

بسمه تعالی



شیوه‌نامه اجرایی برنامه حمایتی تغذیه ای کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه مبتلاء به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند (مبتنی بر آزمون وسع)

دفتر بهبود تغذیه جامعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
اداره سلامت سازمان برنامه و بودجه کشور
دفتر امور حمایتی و توانمندسازی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

آبان ماه ۱۴۰۲

مقدمه:

سوء تغذیه یکی از مشکلات تغذیه ای شایع در کودکان زیر ۵ سال است. از پیامدهای نامطلوب سوء تغذیه کودکان می توان به اختلال در رشد و تکامل مغزی و جسمی، تضعیف سیستم ایمنی بدن و افزایش موارد مرگ و میر، افزایش هزینه های درمانی و مراقبت های پزشکی، افت تحصیلی و تحمیل هزینه های سنگین به آموزش و پرورش کشور و از دست دادن روزهای کاری توسط والدین را نام برد که بار سنگین مالی بر اقتصاد جامعه هم در بخش دولتی و هم در بخش خصوصی وارد می سازد. فقر، نامنی غذایی، بیسوادی، بیکاری، ناآگاهی های تغذیه ای، الگوی تغذیه نامناسب، دسترسی نداشتن به خدمات بهداشتی، اپیدمی بیماری های عفونی مثل شیوع بیماری کووید-۱۹ در شرایط فعلی و پیامدهای نامطلوب اقتصادی آن از علل بروز سوء تغذیه در کودکان می باشند. از مهمترین مداخلاتی که برای پیشگیری از سوء تغذیه در گروههای آسیب پذیر تغذیه ای باید بکار گرفته شود توانمند سازی خانوار با اجرای طرح های اشتغال زایی و کمک به افزایش درآمد خانوار، آموزش تغذیه به منظور استفاده بهینه از منابع غذایی موجود و در دسترس بویژه آموزش و توانمند سازی زنان که مسئولیت تهیه و طبخ غذا در منزل را به عهده دارند و هم چنین کمک های غذایی است که با جلب همکاری بخش های مختلف توسعه باید به مورد اجرا گذاشته شود. حمایت تغذیه ای از کودکان که بدلیل فقر دچار سوء تغذیه شده اند از طریق تامین و توزیع سبد غذایی استاندارد برای تامین نیازهای تغذیه ای کودکان و بهبود وضعیت تغذیه، رشد و تکامل آنان ضروری است.

وسعت مشکل سوء تغذیه در کودکان در کشور:

بر اساس آخرین آمار سازمان جهانی بهداشت و صندوق کودکان سازمان ملل متحد (یونیسف) در سال ۲۰۲۱، شیوع لاغری، کوتاه قدی و کم وزنی در کودکان زیر پنج سال جهان به ترتیب ۲۲٫۷ و ۱۷٫۶ درصد می باشد. همچنین، نتایج بررسی کشوری تعیین وضعیت تن سنجی، شاخص های تغذیه ای و رشد و تکامل، و برخی نشانگرهای ارزشیابی خدمات نظام بهداشتی در کودکان زیر ۵ سال کشور در سال ۱۳۹۶ نشان داده است که شیوع کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری به ترتیب ۴٫۳، ۴٫۸ و ۴٫۳ درصد بوده است. اگرچه شیوع سوء تغذیه کودکان زیر ۵ سال در سطح کشور بطور قابل توجهی کاهش یافته است و براساس طبقه بندی سازمان جهانی بهداشت، کشور در وضعیت سوء تغذیه با شیوع پایین قرار دارد. ولی شیوع کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری در استان های سیستان و بلوچستان، کرمان، هرمزگان و خراسان جنوبی بیش از دو برابر متوسط کشوری در سال ۱۳۹۶ بوده است. همچنین، بر اساس نتایج گزارش برنامه مراقبت غذا و تغذیه (سورویلانز) در سال ۱۴۰۰، شیوع کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری در کودکان دو تا پنج سال در همین چهار استان کم برخوردار، حدود دو تا سه برابر بیشتر از میانگین کشوری در سال ۱۳۹۶ می باشد. بر اساس گزارش دومین بررسی کشوری وضعیت ریز مغذی های ایران (پورای ۲) در سال ۱۳۹۰ از نظر وضعیت ریز مغذیها، شیوع کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن در کودکان ۲۳-۱۵ ماهه کشور ۱۷ درصد بوده است و بالاترین شیوع کم خونی کودکان در اقلیم سیستان و بلوچستان، جنوب کرمان و جنوب خراسان (۴۱٫۷ درصد) مشاهده شده است. کمبود روی از دیگر مشکلات تغذیه ای شایع در کودکان به شمار می رود. به طوری که ۱۹٫۱ درصد کودکان ۲۳-۱۵ ماهه دچار کمبود روی بوده اند. همچنین، بر اساس نتایج گزارش برنامه مراقبت غذا و تغذیه در سال ۱۴۰۰، بیش از ۳۰ درصد کودکان ۲ تا ۵ سال در سیستان و بلوچستان از کم خونی رنج می برند و بیش از ۳۰ درصد کودکان دو تا پنج سال استان های سیستان و بلوچستان و کرمان دچار کمبود روی هستند. کمبود آهن و کمبود روی در کودکان زیر ۵ سال بویژه در ۱۰۰۰ روز اول زندگی عوارض غیرقابل جبران از جمله اختلال در رشد و تکامل، کاهش ضریب هوشی، تضعیف سیستم ایمنی بدن و افزایش موارد ابتلا به بیماری ها و مرگ، افت تحصیلی و کاهش بازده کاری به همراه خواهد داشت.

برنامه حمایت تغذیه ای کودکان زیر پنج سال:

با توجه به ماهیت چند بعدی سوء تغذیه کودکان، دفتر بهبود تغذیه جامعه از سال ۱۳۷۵ تا سال ۱۳۷۸ با همکاری انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، یونیسف، وزارت کشاورزی، آموزش

و پرورش، نهضت سواد آموزی، جهاد سازندگی، کمیته امداد امام خمینی و بهزیستی طرح مداخله ای کاهش سوء تغذیه در کودکان مناطق روستایی سه شهرستان ایلام (استان ایلام)، بردسیر (استان کرمان) و برازجان (استان بوشهر) را به مورد اجرا گذاشت تا بر مبنای آن الگوی اجرایی مناسبی که قابل تعمیم به کل کشور باشد بدست آید.

بعد از بررسی وضعیت موجود در هر سه منطقه که پرسشنامه های آن با دقت و تلاش همکاران مجری طراحی شد، ابعاد مشکل سوء تغذیه و علل اصلی آن مشخص گردید و این اطلاعات در کارگاه های مشورتی که در هر سه استان به ریاست استاندار، فرماندار، اعضای کمیته راهبری و کلیه سازمان های مربوطه (کشاورزی، جهاد، نهضت سواد آموزی، آموزش و پرورش، تعاون و ...) و نمایندگان مردم روستاهایی که به منظور اجرای طرح انتخاب شده بودند تشکیل شد، ارائه گردید. در این کارگاه ها از همه شرکت کنندگان درخواست گردید که با مشورت، بحث و تبادل نظر راهکارهای اجرایی را به منظور حل مشکلات تدوین کنند. سپس راهکارهای تدوین شده در سه استان جمع آوری شد و در کمیته راهبری مورد بحث قرار گرفت و این راهکارها که به طور خلاصه **مشکات سلامت** نامیده شد از حرف اول کلمات مختلفی تشکیل شده است که راهکارهای اصلی برای مقابله با سوء تغذیه را در این مناطق روشن کرد.

م = بهداشت محیط	س = سبزیکاری در باغچه منزل
ش = شیر مادر	ل = لبنیات و استفاده از آن
ک = کارت رشد	ا = انرژی و رعایت تنوع و تعادل در رژیم غذایی
ا = آب سالم و مبارزه با اسهال	م = میوه و اهمیت مصرف آن
ت = تغذیه تکمیلی	ت = تنوع غذایی

ارزشیابی این طرح مداخله ای پس از ۳ سال اجرا، حاکی از آن است که میزان شیوع سوء تغذیه کودکان در مناطق مورد مداخله تا حدود ۵۰٪ کاهش یافت. تجربیات حاصل از این طرح نشان می دهد که محوریت استاندار و فرماندار و درگیر شدن مسئولین بخش های مختلف توسعه برای بهبود وضعیت تغذیه جامعه ضروری است. این طرح به عنوان یک برنامه کشوری از سال ۱۳۷۹ در حداقل یک شهرستان از دانشگاه های علوم پزشکی کشور به اجرا گذاشته شد.

متأسفانه فقر و سوء تغذیه در کنار هم یک زنجیره و سیکل معیوبی را ایجاد می کنند که همدیگر را تقویت نموده و سبب بدتر شدن وضعیت جامعه در تمامی ابعاد می شود. مقابله با محرومیت، فقر و سوء تغذیه از جمله وظایف اصلی دولت هاست و تمامی ارگان های ذیربط باید در کنار هم بر علیه آن مقابله کنند. با توجه به این که رفع سوء تغذیه در آن دسته از کودکانی که به دلیل فقر دچار افت رشد می شوند از عهده بخش بهداشت خارج است و همان طوری که ارزشیابی طرح مداخله ای نشان داد پس از گذشت ۳ سال از اجرای طرح هنوز حدود ۵۰٪ کودکان دچار سوء تغذیه بودند که علت آن وجود فقر در خانواده بود. لذا کمیته امداد امام در این بین همکار و همراهی بسیار مناسب جهت تاثیرگذاری بر چرخه فقر و سوء تغذیه است. اهداف و توانایی های وزارت بهداشت و کمیته امداد امام خمینی سبب طراحی برنامه ای گردید که تحت عنوان برنامه حمایتی تغذیه ای کودکان زیر ۵ سال مبتلا به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند از سال ۱۳۸۰ در شهرستان سواد کوه استان مازندران به اجرا گذاشته شد و نتایج مفید آن سبب گردید در مدت کوتاهی به کل کشور تعمیم یابد. در این برنامه کمک های غذایی به شکل یک سبد غذایی توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه طراحی شده و کمیته امداد امام بر اساس آن کودکان نیازمند مبتلاء به سوء تغذیه را تحت پوشش قرار می دهد. یکی از دلایل کاهش چشمگیر شیوع سوء تغذیه کودکان در کشور حاصل اجرای موفق برنامه های مداخله ای فوق است. تا سال ۱۳۹۸، تعداد ۱۳۷۰۰۰ کودک زیر پنج سال تحت پوشش برنامه قرار گرفته و ماهانه بن کارت اعتباری غیر نقدی غذایی تعریف شده به مبلغ صد هزار تومان برای آنان شارژ گردیده است. در سال ۱۴۰۰، به دلیل کمبود بودجه تعداد ۶۰ هزار کودک تحت پوشش برنامه قرار گرفته و ماهانه کارت خرید خانوار آنها به مبلغ ۱۰۰ هزار تومان شارژ گردیده است. بررسی گزارش عملکرد برنامه در سال ۱۴۰۰، بیانگر بهبودی کودکان تحت پوشش به میزان ۵۸ درصد از طریق حمایت تغذیه ای، آموزش تغذیه به ۹۴ درصد از

مادران و مشاوره تغذیه توسط کارشناس تغذیه به ۵۰ درصد کودکان بوده است. در سال ۱۴۰۱ نیز ۶۰ هزار کودک تحت پوشش برنامه حمایتی تغذیه ای قرار گرفته و به مدت شش ماه، کارت خرید خانوار آنها به مبلغ ۱۲۵ هزار تومان شارژ گردید. در سالجاری و بر اساس شناسایی ۱۴۰,۰۰۰ کودک مبتلا به سوءتغذیه در سراسر کشور و پس از برگزاری جلسات متعدد با سازمان برنامه و بودجه و سایر دستگاه‌های دست‌اندرکار مقرر گردید؛ مبلغ یک میلیون تومان برای دهک‌های یک تا ۵ و مبلغ ششصد هزار تومان برای دهک‌های ۶ تا ۷ به صورت اعتبار خرید کالا از طرح کالا برگ الکترونیکی مبتنی بر ارائه سبد مطلوب غذایی رفع سوء تغذیه کودکان ۶ تا ۵۹ ماه دارای سوء تغذیه (کوتاه قدی، لاغری و لاغری شدید و...) به حساب سرپرستان خانوار (از مهر ماه سالجاری) واریز شود.

اولویت شاخص‌های تن سنجی: ۱- لاغری شدید ۲- لاغری ۳- کم وزنی شدید ۴- کم وزنی ۵- کوتاه قدی شدید ۶- کوتاه قدی

شاخص‌های تن سنجی

- **لاغری شدید:** اگر منحنی وزن برای قد کودک پایین تر از $-3Z\text{-score}$ یا ادم دو طرفه گوذه گذار پا و یا $MUAC < 115\text{mm}$ باشد، کودک در طبقه‌بندی " لاغری شدید " قرار می‌گیرد. پس از معاینه اولیه و تثبیت وضعیت عمومی، کودک به بیمارستان ارجاع داده می‌شود. پس از ترخیص کودک از بیمارستان، تمام اقدامات مشابه برای یک کودک لاغر نیز برای او انجام می‌شود. در برنامه حمایتی تغذیه‌ای، منظور از کودک مبتلا به لاغری شدید فقط کودکی است که در صورت ارجاع به بیمارستان، ترخیص شده است، می‌باشد. بر اساس بوکلت کودک سالم، پس از اخذ شرح حال، معاینه فیزیکی کامل و ارزیابی وضعیت تغذیه توسط پزشک (طبق بوکلت غیر پزشک)، آزمایش‌های اولیه را درخواست می‌کند. در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایش‌ها و فقدان امکان تشخیصی درمانی به مرکز تخصصی ارجاع داده می‌شود. در صورت طبیعی بودن آزمایش‌ها از طریق پزشک، کودک به کارشناس تغذیه ارجاع داده می‌شود. کارشناس تغذیه ضمن ارزیابی الگوی تغذیه از طریق تکمیل فرم ارزیابی تغذیه کودک، تعیین امنیت غذایی خانوار و تعیین شاخص‌های تن سنجی کودک برنامه غذایی مناسب او را تنظیم نموده و آموزش و توصیه‌های تغذیه‌ای مناسب را به مادر ارائه می‌کند. همچنین، وضعیت کودک را جهت حمایت تغذیه‌ای از طریق کمیته امداد، به پزشک اعلام می‌کند. در برخی از مناطق روستایی که دسترسی به کارشناس تغذیه نمی‌باشد، پس از ویزیت پزشک کارشناس تغذیه ستادی شهرستان مسئولیت تایید، پیگیری و نحوه ارائه خدمات مشاوره تغذیه را تصمیم‌گیری و بعهده دارد. در ضمن، ممکن است برخی مراکز خدمات جامع سلامت شهری به عنوان مراکز معین معرفی شوند.

- **لاغری:** اگر منحنی وزن برای قد کودک مساوی $-3Z\text{-score}$ تا پایین تر از $-2z\text{score}$ یا $115\text{mm} < MUAC < 125\text{mm}$ باشد، کودک در طبقه‌بندی " لاغر " قرار می‌گیرد. بر اساس بوکلت کودک سالم، پس از اخذ شرح حال، معاینه فیزیکی کامل و ارزیابی وضعیت تغذیه توسط پزشک (طبق بوکلت غیر پزشک)، آزمایش‌های اولیه را درخواست می‌کند. در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایش‌ها و فقدان امکان تشخیصی درمانی به مرکز تخصصی ارجاع داده می‌شود. در صورت طبیعی بودن آزمایش‌ها از طریق پزشک، کودک به کارشناس تغذیه ارجاع داده می‌شود. کارشناس تغذیه ضمن ارزیابی الگوی تغذیه از طریق تکمیل فرم ارزیابی تغذیه کودک، تعیین امنیت غذایی خانوار و تعیین شاخص‌های تن سنجی کودک برنامه غذایی مناسب او را تنظیم نموده و آموزش و توصیه‌های تغذیه‌ای مناسب را به مادر ارائه می‌کند. همچنین، وضعیت کودک را جهت حمایت تغذیه‌ای از طریق کمیته امداد، به پزشک اعلام می‌کند. در برخی از مناطق روستایی که دسترسی به کارشناس تغذیه نمی‌باشد، پس از ویزیت پزشک کارشناس تغذیه

ستادی شهرستان مسئولیت تایید، پیگیری و نحوه ارائه خدمات مشاوره تغذیه را تصمیم گیری و بعهدده دارد. درضمن، ممکن است برخی مراکز خدمات جامع سلامت شهری به عنوان مراکز معین معرفی شوند.

- **کم وزنی شدید:** اگر منحنی وزن برای سن کودک پایین تر از $Z\text{-score} -3$ باشد، کودک در طبقه بندی "کم وزنی شدید" قرار می گیرد. در صورتی که کودک دچار ادم دو طرفه در پاها، وجود بیماری های همراه (غیر از سرماخوردگی یا فارنژیت ساده) و یا $MUAC < 115mm$ باشد، پس از اقدامات اولیه و تثبیت وضعیت کودک از طریق پزشک به بیمارستان ارجاع داده می شود. در غیر این صورت پس از اخذ شرح حال، معاینه فیزیکی کامل و ارزیابی وضعیت تغذیه توسط پزشک (طبق بوکت غیر پزشک)، آزمایش های اولیه را درخواست می کند. در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایش ها و فقدان امکان تشخیصی درمانی به مرکز تخصصی ارجاع داده می شود. در صورت طبیعی بودن آزمایش ها از طریق پزشک، کودک به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شود. کارشناس تغذیه ضمن ارزیابی الگوی تغذیه از طریق تکمیل فرم ارزیابی تغذیه کودک، تعیین امنیت غذایی خانوار و تعیین شاخص های تن سنجی کودک برنامه غذایی مناسب او را تنظیم نموده و آموزش و توصیه های تغذیه ای مناسب را به مادر ارائه می کند. همچنین، وضعیت کودک را جهت حمایت تغذیه ای از طریق کمیته امداد، به پزشک اعلام می کند. در برخی از مناطق روستایی که دسترسی به کارشناس تغذیه نمی باشد، پس از ویزیت پزشک کارشناس تغذیه ستادی شهرستان مسئولیت تایید، پیگیری و نحوه ارائه خدمات مشاوره تغذیه را تصمیم گیری و بعهدده دارد. در ضمن، ممکن است برخی مراکز خدمات جامع سلامت شهری به عنوان مراکز معین معرفی شوند.

- **کم وزنی:** اگر منحنی وزن برای سن کودک مساوی $Z\text{-score} -3$ تا پایین تر از $Z\text{-score} -2$ باشد، کودک در طبقه بندی "کم وزنی" قرار می گیرد. ضمن اخذ شرح حال و معاینات فیزیکی کامل و ارزیابی وضعیت تغذیه توسط پزشک (طبق بوکت غیر پزشک) انجام می گردد. در صورت وجود بیماری درمان مناسب انجام می شود و در صورت غیر طبیعی بودن نتایج آزمایش ها و و فقدان امکان تشخیصی درمانی به مرکز تخصصی ارجاع داده می شود. در صورت طبیعی بودن آزمایش ها از طریق پزشک، کودک به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شود. کارشناس تغذیه ضمن ارزیابی الگوی تغذیه از طریق تکمیل فرم ارزیابی تغذیه کودک، تعیین امنیت غذایی خانوار و تعیین شاخص های تن سنجی کودک برنامه غذایی مناسب او را تنظیم نموده و آموزش و توصیه های تغذیه ای مناسب را به مادر ارائه می کند. در برخی از مناطق روستایی که دسترسی به کارشناس تغذیه نمی باشد، پس از ویزیت پزشک کارشناس تغذیه ستادی شهرستان مسئولیت تایید، پیگیری و نحوه ارائه خدمات مشاوره تغذیه را تصمیم گیری و بعهدده دارد. در ضمن، ممکن است برخی مراکز خدمات جامع سلامت شهری به عنوان مراکز معین معرفی شوند.

- **کوتاه قدی شدید:** اگر منحنی قد برای سن کودک پایین تر از $Z\text{-score} -3$ باشد، کودک در طبقه بندی "کوتاه قدی شدید" قرار می گیرد. کودک به پزشک متخصص کودکان ارجاع شده و جهت ارزیابی و مشاوره تغذیه به کارشناس تغذیه ارجاع داده شود. ۲۴ ساعت بعد برای اطمینان از انجام ارجاع پیگیری شود و سپس مشابه کوتاه قدی اقدام شود. بر اساس بوکت کودک سالم، پزشک منحنی های وزن برای سن و وزن برای قد کودک را بررسی کند. معاینه فیزیکی کامل و بررسی وجود علائم سیستمیک و بررسی های تکمیلی (شرح حال تغذیه ای، توجه به قد و تاخیر در بلوغ والدین، حال عمومی، تکامل، تناسب وزن برای قد، معاینه فیزیکی، بررسی های آزمایشگاهی) انجام شود. در صورت غیر طبیعی بودن معاینه فیزیکی به متخصص کودکان ارجاع داده شود. پزشک جهت مشاوره تغذیه کودک را به کارشناس تغذیه ارجاع دهد. در صورت طبیعی بودن معاینه فیزیکی و بررسی های تکمیلی، طبق توالی بوکت کودک سالم انجام خواهد شد. کارشناس تغذیه ضمن ارزیابی الگوی تغذیه از طریق تکمیل فرم ارزیابی تغذیه کودک، تعیین امنیت غذایی خانوار و

تعیین شاخص های تن سنجی کودک برنامه غذایی مناسب او را تنظیم نموده و آموزش و توصیه های تغذیه ای مناسب را به مادر ارائه می کند. همچنین، وضعیت کودک را جهت حمایت تغذیه ای از طریق کمیته امداد، به پزشک اعلام می کند. در برخی از مناطق روستایی که دسترسی به کارشناس تغذیه نمی باشد، پس از ویزیت پزشک کارشناس تغذیه ستادی شهرستان مسئولیت تایید، پیگیری و نحوه ارائه خدمات مشاوره تغذیه را تصمیم گیری و بعهده دارد. درضمن، ممکن است برخی مراکز خدمات جامع سلامت شهری به عنوان مراکز معین معرفی شوند.

- **کوتاه قدی:** اگر منحنی قد برای سن کودک مساوی $Z\text{-score} -3$ تا پایین تر از $Z\text{-score} -2$ باشد، کودک در طبقه بندی "کوتاه قدی" قرار می گیرد. بر اساس بوکت کودک سالم، پزشک منحنی های وزن برای سن و وزن برای قد کودک را بررسی کند. معاینه فیزیکی کامل و بررسی وجود علائم سیستمیک و بررسی های تکمیلی (شرح حال تغذیه ای، توجه به قد و تاخیر در بلوغ والدین، حال عمومی، تکامل، تناسب وزن برای قد، معاینه فیزیکی، بررسی های آزمایشگاهی) انجام شود. در صورت غیر طبیعی بودن معاینه فیزیکی به متخصص کودکان ارجاه داده شود. پزشک جهت مشاوره تغذیه کودک را به کارشناس تغذیه ارجاع دهد. در صورت طبیعی بودن معاینه فیزیکی و بررسی های تکمیلی، طبق توالی بوکت کودک سالم انجام خواهد شد. کارشناس تغذیه ضمن ارزیابی الگوی تغذیه از طریق تکمیل فرم ارزیابی تغذیه کودک، تعیین امنیت غذایی خانوار و تعیین شاخص های تن سنجی کودک برنامه غذایی مناسب او را تنظیم نموده و آموزش و توصیه های تغذیه ای مناسب را به مادر ارائه می کند. همچنین، وضعیت کودک را جهت حمایت تغذیه ای از طریق کمیته امداد، به پزشک اعلام می کند. در برخی از مناطق روستایی که دسترسی به کارشناس تغذیه نمی باشد، پس از ویزیت پزشک کارشناس تغذیه ستادی شهرستان مسئولیت تایید، پیگیری و نحوه ارائه خدمات مشاوره تغذیه را تصمیم گیری و بعهده دارد. درضمن، ممکن است برخی مراکز خدمات جامع سلامت شهری به عنوان مراکز معین معرفی شوند.

اهداف:

هدف کلی: بهبود وضعیت تغذیه و رشد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه

اهداف اختصاصی:

- ۱) کاهش سوء تغذیه (لاغری، کم وزنی و کوتاه قدی) کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه
- ۲) ارتقاء الگوی تغذیه صحیح کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه
- ۳) ارتقاء کیفیت خدمات مشاوره تغذیه به مادران از طریق کارشناسان تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت
- ۴) ارتقاء آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در زمینه الگوی تغذیه صحیح و رشد کودکان
- ۵) ارتقای کیفیت اقلام غذایی و ارائه بن کارت غذایی تعریف شده بر اساس نیازهای تغذیه ای کودک
- ۶) افزایش دانش و مهارت پزشکان، کارشناسان تغذیه، مراقبین سلامت و بهورزان در زمینه الگوی تغذیه صحیح و رشد کودک

راهکارها:

- ۱- حمایت تغذیه ای کودکان دارای سوء تغذیه از طریق اختصاص سبد غذایی مورد نیاز
- ۲- ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی - تغذیه ای کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه به منظور رفع اختلالات رشد و تکامل و افزایش ضریب هوشی و تقویت سیستم ایمنی کودکان
- ۳- آموزش کارکنان بهداشتی و مادران دارای کودک ۶ تا ۵۹ ماهه به منظور مراقبت های لازم برای رفع سوء تغذیه
- ۴- تقویت همکاری های بین بخشی در دستگاه های ذیربط در راستای حمایت از کودکان دارای سوء تغذیه

۵- پایش و ارزشیابی وضعیت کودکان به لحاظ سلامت و روند بهبودی

اقدامات:

اقدامات اول (حمایت تغذیه ای کودکان دارای سوء تغذیه):

- ۱- شناسائی کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه مبتلاء به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند براساس اطلاعات دریافتی از دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۲- بررسی آزمون وسع سرپرست خانوار دارای کودک ۶ تا ۵۹ ماهه مبتلا به سوء تغذیه توسط پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و اولویت بندی افراد بر اساس دهک بندی ۱ تا ۱۰ از طریق طرح کالبرگ الکترونیکی
- ۳- تخصیص بودجه مورد نیاز از سوی سازمان برنامه و بودجه به صورت ماهانه با اعلام رسمی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ۴- تامین و شارژ ماهانه بن کارت غذایی تعریف شده توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی برای کودکان واجد شرایط
- ۵- اختصاص و شارژ مبلغ مورد نظر برای حمایت از کودکان مبتلا به سوء تغذیه در حساب یارانه سرپرستان خانوارهای دارای کودک مبتلا به سوء تغذیه ۶ تا ۵۹ ماهه مورد تأیید برای خرید اقلام سبد غذایی معین با توافق سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از بستر طرح کالبرگ الکترونیکی شرکت فارا
- ۶- توقف حمایت در صورت عدم بهبودی کودک

اقدامات دوم (ارتقاء کیفیت بهداشتی - تغذیه ای):

- افزایش مهارت انجام تن سنجی کودک (اندازه گیری وزن و قد و مقایسه با منحنی های رشد) توسط مراقب سلامت و بهورز به منظور شناسایی کودکان مبتلا به سوء تغذیه بر اساس شاخص های (لاغری شدید، لاغری، کم وزنی شدید، کم وزنی، کوتاه قدی شدید و کوتاه قدی) و ارجاع به پزشک جهت بررسی بیشتر بر اساس برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم
- بررسی کودک توسط پزشک و ارجاع به کارشناس تغذیه بر اساس برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم
- ارزیابی تغذیه ای کودک مبتلاء به سوء تغذیه و مراقبت های تغذیه ای توسط کارشناس تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت از طریق پرونده های الکترونیک سامانه سیب/ سینا، پارسا و ناب شامل ارزیابی الگوی غذایی، عادات و رفتار غذایی کودک، تعیین شاخص های تن سنجی کودک، امنیت غذایی خانوار، آموزش چهره به چهره و گروهی، مشاوره تغذیه و تنظیم برنامه غذایی، تن سنجی، پایش رشد، پیگیری و ارجاع به پزشک در مورد کودکانی که تحت پوشش برنامه حمایتی قرار گرفته اند.
- پایش رشد کودکان تحت پوشش برنامه حمایتی بر اساس برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم توسط مراقب سلامت و بهورز
- پایش و کالیبراسیون ابزار تن سنجی در خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت
- نظارت ستادی بر تن سنجی های انجام شده مراقب سلامت و بهورز جهت ارتقاء کیفیت خدمات در برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم با همکاری گروه بهداشت خانواده
- تصمیم گیری در خصوص ارجاع کودک به متخصص کودکان توسط کارشناس تغذیه
- پیگیری تاکید بر انجام آزمایشات لازم در صورت دستور پزشک، پیگیری دریافت مکمل مناسب برای گروه های سنی زیر ۲ سال توسط مراقبین سلامت یا بهورزان
- امکان ایجاد دسترسی به سامانه های در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و در اختیار قراردادن وب سرویس تن سنجی کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه مبتلا به سوء تغذیه از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

اقدامات سوم (آموزش کارکنان بهداشتی و مادران دارای کودک ۶ تا ۵۹ ماهه):

- تدوین و بازنگری متون آموزشی برای گروههای هدف
- تدوین برنامه آموزشی (وبینارها، کارگاهها و کلاسهای آموزشی تئوری و عملی تغذیه تکمیلی) در سطح استان و شهرستان جهت پزشکان، مراقبین سلامت و کارشناسان تغذیه
- تهیه و پخش تیزرهای آموزشی در خصوص تغذیه کودکان (تغذیه با شیر مادر، اصول تغذیه تکمیلی، تغذیه کودکان یک تا پنج سال)، پایش رشد، تفسیر منحنی های رشد، اهمیت مصرف مکملها و منابع غذایی آنان
- آموزش تئوری به مادران در زمینه اصول تغذیه کودکان زیر پنج سال حضوری یا غیر حضوری
- آموزش به مادران در خصوص اهمیت استفاده از اقلام غذایی تامین شده توسط بن کارت غذایی برای کودکان به منظور بهبودی آنان
- تجهیز خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت به آشپزخانه های محلی و آموزش عملی به مادران در خصوص نحوه تهیه غذاهای کمکی در صورت امکان و تامین منابع مالی از طریق دانشگاه

اقدامات چهارم (تقویت همکاری های بین بخشی):

- تشکیل جلسات مستمر کارشناسی و مدیریتی با حضور همکاران سازمان برنامه و بودجه و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در سطح ستاد و در مواقع بروز مشکل برگزاری جلسات ویژه به منظور:
 - هماهنگی های بین بخشی
 - بررسی کارشناسی و تخصصی موضوعات ذیربط
 - بررسی مشکلات اجرایی و پیگیری رفع آن از طریق راهکارهای اجرایی
 - تعامل سامانه ای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و در اختیار قراردادن وب سرویس مورد نیاز.
 - اتصال سامانه های وزارت بهداشت به پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان و دسترسی به داده های به روز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق وب سرویس مربوطه.

اقدامات پنجم (پایش و ارزشیابی):

- ۱- تعیین شاخص های عملکردی و تکمیل فرم عملکرد برنامه حمایت تغذیه ای کودکان هر شش ماه یک بار و ارسال به دفتر بهبود تغذیه جامعه
- ۲- انجام بررسی و تحلیل به منظور شناسایی مشکل و انتخاب راهکار مناسب در مناطقی که درصد شیوع سوء تغذیه بر اساس شاخص های تن سنجی کودکان نسبت به میانگین دانشگاه و یا نسبت به سال گذشته افزایش یافته است یا درصد بهبودی کودکان تحت پوشش برنامه کمتر از ۵۰ درصد است.
- ۳- نظارت و پایش های مستمر در سطوح مختلف ستادی/ استان/ دانشگاه
- ۴- ارائه گزارش عملکرد و نتایج حاصل از حمایت های مرتبط با رفع سوء تغذیه از سوی وزارت بهداشت به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه
- ۵- پایش کودکان بهبود یافته و متوقف در روند بهبودی به منظور بررسی سلامت و استمرار حمایت ها و مشاوره به خانواده ها
- ۶- ارائه گزارش تحقق یا توقف روند بهبود کودکان به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در راستای اعمال در سیاست های حمایتی و تخصیص اعتبار و شارژ حساب سرپرستان خانوار مشمول.

وظایف بخش های مختلف در برنامه :

۱- وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

- شناسایی کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه مبتلا به سوءتغذیه
- پایش و نظارت مستمر از فعالیتهای اجرایی برنامه در پایگاهها و خانههای بهداشت بویژه تنسنجی
- ارسال آمار و اطلاعات مرتبط با گروه هدف برنامه به صورت بهنگام و تدقیق شده به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- اعلام مشکلات اجرایی به دفتر بهبود تغذیه جامعه بطور کتبی نظیر شارژ نکردن بن کارت غذایی تعریف شده بیشتر از فاصله زمانی یک ماهه و سایر مشکلات اجرایی
- ارسال نتایج حاصل از بهبود یا توقف بهبود کودکان به منظور بررسی علل مربوطه در راستای استمرار یا توقف حمایت ها به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- تکمیل فرم ارزیابی وضعیت تغذیه کودکان تحت پوشش برنامه پس از شش ماه دریافت بن کارت غذایی و ارسال به دفتر بهبود تغذیه جامعه (لازم به ذکر هست دانشگاه ها به منظور تقویت پایش برنامه می توانند فرم ارزیابی وضعیت تغذیه کودکان را هر سه ماه یک بار از شهرستان ها دریافت و درصد بهبودی کودکان در هر دوره شش ماهه را بررسی و تحلیل نمایند و در صورت بروز مشکل اقدام لازم را انجام دهند)
- تعیین سبد غذایی مورد نیاز کودکان مبتنی بر کالری مورد نیاز و متناسب با اعتبار و بودجه تخصیص یافته از سوی سازمان برنامه و بودجه
- ارسال فهرست کودکان حذف شده از برنامه قبل از اتمام دوره (نبودن کودک در محدوده سنی گروه هدف یا مهاجرت) به صورت ماهانه به دفتر بهبود تغذیه جامعه جهت قطع حمایت (طبق ضوابط دستورعمل) و معرفی کودک جایگزین جهت بهره مندی از برنامه
- نظارت و بازدید دوره ای از نحوه عملکرد استان ها/ دانشگاه ها با همکاران دفتر بهبود تغذیه جامعه و سازمان برنامه و بودجه
- همکاری در تدوین تفاهم نامه، دستورعمل / شیوه نامه و بخشنامههای اجرایی
- ارائه گزارش تحقق یا توقف روند بهبود کودکان به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در راستای اعمال در سیاستهای حمایتی و تخصیص اعتبار و شارژ حساب سرپرستان خانوار مشمول.
- امکان ایجاد دسترسی به سامانههای در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و در اختیار قراردادن وب سرویس تنسنجی کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه مبتلا به سوءتغذیه از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- اتصال سامانههای وزارت بهداشت به پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان و دسترسی به دادههای بهروز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق وب سرویس مربوطه.

وظایف در سطح مرکز بهداشت استان و شهرستان

- شناسایی کودکان مبتلا به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند به تفکیک شهرستان ها و تکمیل اطلاعات لازم و ارسال به دفتر بهبود تغذیه جامعه
- معرفی کودکان جایگزین به دفتر بهبود تغذیه جامعه از طریق تکمیل فایل اکسل به دلایل متعدد مانند نبودن کودک در محدوده سنی گروه هدف یا مهاجرت

- برگزاری جلسات توجیهی - آموزشی در زمینه دستور عمل اجرایی (روش اجرا، گروه های هدف، اقلام بن کارت غذایی، پایش و ارزشیابی) به کلیه مدیران گروه تغذیه در سطح استان/ دانشگاه/ کارشناسان تغذیه ستادی/ کارشناسان تغذیه شهرستان ها / کارشناسان تغذیه مراکز خدمات جامع سلامت/ پزشکان/ مراقبین سلامت / بهورزان/ پزشکان
- مدیریت بر اجرای برنامه توسط مدیر گروه بهبود تغذیه استان/ دانشگاه و تعیین مشکلات اجرایی پیگیری و ارائه راهکارهای اجرایی مناسب و ارسال گزارش اقدامات به دفتر بهبود تغذیه جامعه
- برگزاری جلسه توجیهی برای مادران کودکان تحت پوشش در اولین ماه اجرای برنامه و تاکید بر استفاده از اقلام بن کارت برای کودکان و پایش ماهانه وزن و قد کودک توسط بهورز/ مراقب سلامت و اهمیت روند افزایش وزن و قد مطلوب کودکان و بهبودی شاخص های تن سنجی آنان در تداوم ارائه بن کارت غذایی
- تهیه، طراحی و چاپ متون آموزشی با هماهنگی دفتر بهبود تغذیه جامعه
- برگزاری وبینارها، کارگاهها، کلاس ها و سمینارهای آموزشی به منظور تقویت برنامه پایش رشد کودکان و تقویت مراقبت های تغذیه ای از جمله اصول و خدمات مشاوره تغذیه نظیر برگزاری کارگاه های کنترل و پیشگیری سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سال و ویژه پزشکان/ کارشناسان تغذیه / مراقبین سلامت / بهورزان و کارگاه های آموزشی در حیطه مشاوره تغذیه و ویژه کارشناسان تغذیه
- آموزش همگانی تغذیه از طریق رسانه های گروهی، صدا و سیما، آموزش های چهره به چهره و گروهی در صورت امکان
- تجهیز آشپزخانه های محلی در خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت در صورت امکان
- تقویت برنامه مراقبت تغذیه ای و پایش رشد کودکان در خانه های بهداشت و پایگاه های سلامت
- پایش و نظارت مستمر از فعالیت های اجرایی برنامه در پایگاه ها و خانه های بهداشت

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

- انجام آزمون وسیع و ارسال اطلاعات کودکان واجد شرایط در سراسر کشور به دفتر بهبود تغذیه جامعه
- مشخص نمودن اعتبار تخصیص یافته برای هر کودک بر اساس اعتبار تخصیص یافته از سوی سازمان برنامه و بودجه برای اجرای طرح
- برگزاری جلسات مستمر با همکاران دفتر بهبود تغذیه جامعه و سازمان برنامه و بودجه به منظور ارائه مشکلات اجرایی، پیگیری و تعیین راهکارهای اجرایی مناسب
- هماهنگی با دفتر بهبود تغذیه جامعه در خصوص فهرست اقلام غذایی بن کارت غذایی تعریف شده
- پیگیری و اخذ اعتبارات در چارچوب قانون بودجه سالانه به جهت تامین مالی برنامه از سازمان برنامه و بودجه
- هماهنگی و پیگیری جهت شارژ ماهیانه بن کارت غذایی تعریف شده خانوار های تحت پوشش
- مدیریت، هماهنگی، نظارت و جذب سهمیه ابلاغ شده و تعداد دفعات شارژ کارت تعریف شده غذایی برای کودکان مبتلا به سوء تغذیه
- اعلام زمان شارژ بن کارت غذایی تعریف شده و ارسال مستمر گزارش شارژ ماهیانه به دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت
- جایگزین نمودن برخی کودکان به دلایلی از جمله مهاجرت یا نبودن کودک در محدوده سنی گروه هدف با معرفی وزارت بهداشت
- نظارت و بازدید دوره ای از نحوه عملکرد استان ها/ دانشگاه ها با همکاران دفتر بهبود تغذیه جامعه و سازمان برنامه و بودجه
- همکاری در تدوین تفاهم نامه، دستور عمل/ شیوه نامه و بخشنامه های اجرایی

۲- سازمان برنامه و بودجه کشور:

- تامین و تخصیص به موقع بودجه مصوب از محل ردیف برنامه رفیع سو تغذیه کودکان به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- نظارت و بازدید دوره ای از نحوه عملکرد استان ها/ دانشگاه ها با همکاران دفتر بهبود تغذیه جامعه و سازمان برنامه و بودجه
- همکاری در تدوین تفاهم نامه، دستور عمل/ شیوه نامه و بخشنامه های اجرایی
- تامین و تخصیص اعتبار مربوط به «برنامه رفیع سوءتغذیه کودکان» به شماره (۱۹۰۳۰۹۲۰۰۰) از محل ردیف (۱۵۴۰۰۰) از سوی سازمان برنامه و بودجه به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و توزیع این اعتبار در بستر طرح کالابریگ الکترونیکی با مشارکت شرکت فارا- به عنوان تنها شرکت دارنده سوئیچ رفاهی وزارت متبوع و دولت در اجرای طرح ملی کالابریگ الکترونیکی -

مراحل حمایت تغذیه ای از کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه مبتلا به سوء تغذیه در خانوارهای نیازمند

- ۱- تعیین شاخص های تن سنجی کودکان و شناسائی کودکان دارای لاغری شدید، لاغر، کم وزنی شدید، کم وزنی، کوتاه قدی شدید و کوتاه قدی بر اساس برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم تعیین گردد. سپس مشخصات کودکان واجد شرایط از طریق بهورزان و مراقبین سلامت از طریق تکمیل فرم اکسل به مسئول یا کارشناس ناظر مرکز خدمات جامع سلامت ارسال گردد.
- ۲- فهرست کودکان معرفی شده به مراکز خدمات جامع سلامت از خانه های بهداشت و پایگاه های بهداشتی جمع بندی و توسط مسئول مرکز خدمات جامع سلامت به مرکز بهداشت شهرستان ارسال می گردد.
- ۳- ارسال فهرست نهائی کل کودکان به تفکیک دانشگاه ها به دفتر بهبود تغذیه جامعه
- ۴- جمع بندی اطلاعات دانشگاه ها توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه و ارسال به دفتر امور حمایتی و توانمندسازی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ۵- انجام آزمون وسع و تعیین فهرست نهایی کودکان واجد شرایط و تحت پوشش برنامه به تفکیک دانشگاه ها توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ۶- تخصیص اعتبار ماهانه مورد نیاز از سوی سازمان برنامه و بودجه به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ۷- تامین و تخصیص اعتبار مربوط به «برنامه رفیع سوءتغذیه کودکان» به شماره (۱۹۰۳۰۹۲۰۰۰) از محل ردیف (۱۵۴۰۰۰) از سوی سازمان برنامه و بودجه به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و توزیع این اعتبار در بستر طرح کالابریگ الکترونیکی با مشارکت شرکت فارا- به عنوان تنها شرکت دارنده سوئیچ رفاهی وزارت متبوع و دولت در اجرای طرح ملی کالابریگ الکترونیکی -
- ۸- شارژ ماهیانه بن کارت غذایی کودکان (حساب سرپرست خانوار در طرح کالابریگ الکترونیکی) تحت پوشش برنامه توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

۹- انجام کلیه مراقبت های تغذیه ای (تن سنجی، ارزیابی فرم های تغذیه ای ، آموزش تغذیه به مادران، مشاوره تغذیه، آموزش نحوه ی استفاده از اقلام غذایی بن کارت غذایی تعریف شده، تنظیم برنامه غذایی، پیگیری و ارجاع به پزشک)

۱۰- تکمیل فایل ارزیابی وضع تغذیه کودکان تحت پوشش برنامه پس از شش ماه در خانه های بهداشت/ پایگاه ها و جمع بندی و ارسال به مراکز بهداشت هر شهرستان و جمع بندی نهائی توسط مرکز/ شبکه بهداشت دانشگاه/ استان و ارسال توسط معاونت بهداشت دانشگاه/ دانشکده (رئیس گروه بهبود تغذیه دانشگاه/ دانشکده) به دفتر بهبود تغذیه جامعه

۱۱- ارائه گزارش تن سنجی به دفتر امور حمایتی و توانمندسازی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی هر ۶ ماه یکبار

۱۲- استمرار حمایت از کودک در صورت بهبودی و قطع حمایت در صورت عدم بهبود براساس گزارش تن سنجی در پایان هر ۶ ماه گزارش ارائه شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱۳- اتصال سامانه های وزارت بهداشت به پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان و دسترسی به داده های به روز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق وب سرویس مربوطه.

۱۴- هر ماه یک جلسه با موضوع آموزش تغذیه کودک زیر ۵ سال ویژه کودکان تحت پوشش برنامه حمایت تغذیه ای در سامانه سیب مراقب سلامت/ بهورز باز شده و والدین کودک ملزم به شرکت در این جلسات شوند. پس از شرکت در جلسه و ثبت کدملی در فهرست آموزش دیدگان امکان کنترل آموزشها نیز وجود خواهد داشت. در این جلسه بهورزان/ مراقبین سلامت ضمن آموزش تغذیه، به استفاده از مواد غذایی بن کارت تعریف شده مواد غذایی مورد نیاز کودک تاکید نمایند.

۱۵- پس از انجام پیگیری ها و انجام اقدامات لازم از جمله ارزیابی الگوی تغذیه، آموزش مادر، مشاوره، تغذیه، وضعیت امنیت غذایی، بررسی شاخص های تن سنجی و تنظیم برنامه غذایی توسط کارشناس تغذیه، در صورت روند مناسب وزن گیری و صعودی شدن شیب منحنی وزن برای سن یا وزن برای قد، پایش رشد و سایر خدمات آموزشی تا پایان برنامه توسط مراقب سلامت یا بهورز بر اساس برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم انجام خواهد شد.

مدت زمان شارژ بن کارت غذایی تعریف شده

از شهریور ماه تا اسفند ماه سال ۱۴۰۲ هر ماه یک بار، بن کارت غذایی کلیه سرپرستان کودکان تحت پوشش برنامه، به مبلغ ۱ میلیون تومان (دهک ۱ تا ۵) و ۶۰۰ هزار تومان دهک (۷ و ۸) شارژ می گردد و فرصت استفاده از مبلغ شارژ شده برای خانوار تا پایان سال ۱۴۰۲ می باشد.

پیگیری کودکان توسط کارشناس تغذیه

پیگیری کودکان دارای لاغری شدید / لاغری:

✓ برای کودکان زیر یک سال بعد از مراجعه کودک به کارشناس تغذیه و انجام ارزیابی تغذیه کودک، دو پیگیری و برای کودکان بالای یک سال سه پیگیری لازم است. اولین پیگیری برای کودک بر حسب سن کودک بر اساس بوکلت کودک سالم (زیر یک سال هر دو هفته یک بار و بالای یک سال ۱ ماه بعد) می باشد.

✓ در صورتی که در زمان مورد نظر کودک به مرکز خدمات جامع سلامت مراجعه نکرد، بایستی طی تماس تلفنی لزوم حضور ایشان و پیگیری های مربوطه تاکید شود.

شاخص بهبودی بر اساس شاخص وزن برای قد (لاغری شدید / لاغری)

در صورتی که پس از یک دوره ۱ شش ماهه دریافت ارقام غذایی از طریق شارژ بن کارت غذایی تعریف شده و انجام کلیه مراقبت های تغذیه ای توسط کارشناس تغذیه/ مراقب سلامت/ بهورز، کودک بر اساس پایش رشد و اندازه گیری وزن و قد دارای شرایط زیر باشد می تواند به عنوان کودک بهبود یافته در نظر گرفته شود:

✓ افزایش وزن مناسب و روند صعودی منحنی وزن برای قد در دو پیگیری پیاپی برای کودک زیر یک سال، به شرطی که پس از پایان دوره شش ماهه دریافت بن کارت غذایی و بررسی توسط کارشناس تغذیه، این روند صعودی باشد.

✓ افزایش وزن مناسب و روند صعودی منحنی وزن برای قد در سه پیگیری پیاپی یا حداقل در پیگیری های دوم و سوم برای کودک بالای یک سال، به شرطی که پس از پایان دوره شش ماهه دریافت بن کارت غذایی و بررسی توسط کارشناس تغذیه این روند صعودی باشد.

✓ امتیاز Z وزن برای قد مساوی یا بیشتر از ۲- در دو پیگیری پیاپی برای کودک زیر یک سال، در صورتی که پس از پایان دوره شش ماهه دریافت بن کارت غذایی و بررسی توسط کارشناس تغذیه این روند صعودی باشد.

✓ امتیاز Z وزن برای قد مساوی یا بیشتر از ۲- در سه پیگیری پیاپی یا حداقل در پیگیری های دوم و سوم برای کودک بالای یک سال، در صورتی که پس از پایان دوره شش ماهه دریافت بن کارت غذایی و بررسی توسط کارشناس تغذیه این روند صعودی باشد.

• کودکی که امتیاز Z وزن برای قد آنان کمتر از ۳- می باشد (لاغری شدید)، در صورتی که در دو بار مراقبت متوالی آخر (ماه های پنجم و ششم) امتیاز Z وزن برای قد آنان پایین تر از ۲- تا مساوی ۳- باشد (لاغری)، با توجه به این که کودک هنوز مبتلاء به سوء تغذیه می باشد (لاغری)، کلیه مراقبت های تغذیه ای توسط کارشناس تغذیه/ مراقب سلامت/ بهورز و حمایت های تغذیه ای تا مرحله بهبودی کودک تداوم داشته باشد.

• در صورتی که در زمان های انجام مراقبت، کودک به مرکز خدمات جامع سلامت مراجعه نکرد، بایستی طی تماس تلفنی لزوم حضور ایشان و پیگیری های مربوطه تاکید شود.

• در صورت بهبودی کودک می تواند تحت مراقبت های مراقب سلامت/ بهورز قرار گرفته و توصیه های مرتبط با اصلاح الگوی غذایی و تغذیه مناسب را ادامه دهد.

شاخص های ارجاع کودک مبتلاء به لاغری شدید / لاغری توسط کارشناس تغذیه به پزشک

✓ نداشتن افزایش وزن مناسب در اولین مراقبت بعدی در مقایسه با زمان پذیرش توسط کارشناس تغذیه

✓ روند افقی یا نزولی شیب منحنی وزن برای قد در هر زمان از دوره مراقبت توسط کارشناس تغذیه

✓ تغییر امتیاز زد وزن برای قد از کمتر از منهای ۲ زد اسکور به منهای ۳ زد اسکور برای کودکان لاغر و برای کودکان لاغری شدید کمتر از جایگاه قبلی زد اسکور وزن برای قد آنان در هر زمان از دوره مراقبت توسط کارشناس تغذیه

پیگیری کودکان مبتلاء به کم وزنی شدید / کم وزنی:

• برای کودکان زیر یک سال بعد از مراجعه کودک به کارشناس تغذیه و انجام ارزیابی تغذیه کودک، دو پیگیری و برای کودکان بالای یک سال سه پیگیری لازم است.

• اولین پیگیری برای کودک بر حسب سن کودک بر اساس بوکلت کودک سالم (زیر یک سال هر دو هفته یک بار و بالای یک سال ۱ ماه بعد) می باشد.

• در صورتی که در زمان مورد نظر کودک به مرکز خدمات جامع سلامت مراجعه نکرد، بایستی طی تماس تلفنی لزوم

حضور کودک و پیگیری‌های مربوطه تاکید شود.

شاخص بهبودی بر اساس شاخص وزن برای سن (کم وزنی شدید/ کم وزنی)

در صورتی که پس از یک دوره ۱ شش ماهه دریافت ارقام غذایی از طریق شارژ بن کارت غذایی تعریف شده و انجام کلیه مراقبت‌های تغذیه‌ای توسط کارشناس تغذیه/ مراقب سلامت/ بهورز، کودک بر اساس پایش رشد و اندازه‌گیری وزن و قد دارای شرایط زیر باشد می‌تواند به عنوان کودک بهبود یافته در نظر گرفته شود::

- ✓ افزایش وزن مناسب و روند صعودی منحنی وزن برای سن در دو پیگیری پیاپی برای کودک زیر یک سال به شرطی که پس از پایان دوره شش ماهه دریافت بن کارت غذایی و بررسی توسط کارشناس تغذیه این روند صعودی باشد.
- ✓ افزایش وزن مناسب و روند صعودی منحنی وزن برای سن در سه پیگیری پیاپی یا حداقل در پیگیری‌های دوم و سوم برای کودک بالای یک سال، در صورتی که پس از پایان دوره شش ماهه دریافت بن کارت غذایی و بررسی توسط کارشناس تغذیه این روند صعودی باشد.
- ✓ امتیاز Z وزن برای قد مساوی یا بیشتر از ۲- در دو پیگیری پیاپی برای کودک زیر یک سال، در صورتی که پس از پایان دوره شش ماهه دریافت بن کارت غذایی و بررسی توسط کارشناس تغذیه این روند صعودی باشد.
- ✓ امتیاز Z وزن برای سن مساوی یا بیشتر از ۲- در سه پیگیری پیاپی یا حداقل در پیگیری‌های دوم و سوم برای کودک بالای یک سال، در صورتی که پس از پایان دوره شش ماهه دریافت بن کارت غذایی و بررسی توسط کارشناس تغذیه این روند صعودی باشد..

- کودکانی که امتیاز Z وزن برای سن آنان کمتر از ۳- می‌باشد (کم وزنی شدید)، در صورتی که در دو بار مراقبت متوالی آخر (ماه‌های پنجم و ششم) امتیاز Z وزن برای سن آنان پایین‌تر از ۲- تا مساوی ۳- باشد (کم وزنی)، با توجه به این که کودک هنوز مبتلاء به سوء تغذیه می‌باشد (کم وزنی)، کلیه مراقبت‌های تغذیه‌ای توسط کارشناس تغذیه/ مراقب سلامت/ بهورز و حمایت‌های تغذیه‌ای تا مرحله بهبودی کودک تداوم داشته باشد.
- در صورتی که در زمان‌های انجام مراقبت، کودک به مرکز خدمات جامع سلامت مراجعه نکرد، بایستی طی تماس تلفنی لزوم حضور ایشان و پیگیری‌های مربوطه تاکید شود.
- در صورت بهبودی کودک می‌تواند تحت مراقبت‌های مراقب سلامت/ بهورز قرار گرفته و توصیه‌های مرتبط با اصلاح الگوی غذایی و تغذیه مناسب را ادامه دهد.

شاخص‌های ارجاع کودک مبتلاء به کم وزنی شدید / کم وزنی توسط کارشناس تغذیه به پزشک

- ✓ نداشتن افزایش وزن مناسب در اولین پیگیری بعدی در مقایسه با زمان پذیرش توسط کارشناس تغذیه
 - ✓ روند افقی یا نزولی شیب منحنی وزن برای سن در هر زمان از پیگیری کودک توسط کارشناس تغذیه
 - ✓ تغییر امتیاز Z وزن برای سن از کمتر از منهای ۲ زد اسکور به منهای ۳ زد اسکور برای کودکان کم وزن و برای کودکان کم وزن شدید کمتر از جایگاه قبلی زد اسکور وزن برای سن آنان در هر زمان از دوره مراقبت توسط کارشناس تغذیه
- پیگیری کودکان مبتلاء به کوتاه قدی شدید / کوتاه قدی:**

- برای کودکان زیر یک سال بعد از مراجعه کودک به کارشناس تغذیه و انجام ارزیابی تغذیه کودک، دو پیگیری (هر پیگیری به فاصله یک ماه) و برای کودکان بالای یک سال سه پیگیری (هر پیگیری به فاصله یک ماه) لازم است. در صورتی که در زمان مورد نظر کودک به مرکز خدمات جامع سلامت مراجعه نکرد، بایستی طی تماس تلفنی لزوم حضور کودک و پیگیری‌های مربوطه تاکید شود

شاخص های بهبودی بر اساس شاخص قد برای سن (کوتاه قدی شدید / کوتاه قدی)

- ✓ صعودی شدن مناسب شیب منحنی قد برای سن در دو پیگیری پیاپی برای کودک زیر یک سال، در صورتی که پس از پایان دوره شش ماهه دریافت بن کارت غذایی و بررسی توسط کارشناس تغذیه این روند صعودی باشد.
- ✓ صعودی شدن مناسب شیب منحنی قد برای سن در سه پیگیری پیاپی یا حداقل پیگیری های دوم و سوم برای کودک بالای یک سال، به شرطی که پس از پایان دوره شش ماهه دریافت بن کارت غذایی و بررسی توسط کارشناس تغذیه این روند صعودی باشد.
- ✓ امتیاز Z قد برای سن مساوی یا بیشتر از ۲- در دو پیگیری پیاپی برای کودک زیر یک سال، در صورتی که پس از پایان دوره شش ماهه دریافت بن کارت غذایی و بررسی توسط کارشناس تغذیه این روند صعودی باشد.
- ✓ امتیاز Z قد برای سن مساوی یا بیشتر از ۲- در سه پیگیری پیاپی یا حداقل در پیگیری های دوم و سوم برای کودک بالای یک سال، در صورتی که پس از پایان دوره شش ماهه دریافت بن کارت غذایی و بررسی توسط کارشناس تغذیه این روند صعودی باشد..
- کودکانی که امتیاز Z قد برای سن آنان کمتر از ۳- می باشد (کوتاه قدی شدید)، در صورتی که در دو بار مراقبت متوالی آخر (ماههای پنجم و ششم) امتیاز Z قد برای سن آنان پایین تر از ۲- تا مساوی ۳- باشد (کوتاه قدی)، با توجه به این که کودک هنوز مبتلاء به سوء تغذیه می باشد (کوتاه قدی)، کلیه مراقبت های تغذیه ای توسط کارشناس تغذیه/ مراقب سلامت/ بهورز و حمایت های تغذیه ای تا مرحله بهبودی کودک تداوم داشته باشد.
- در صورتی که در زمان های انجام مراقبت، کودک به مرکز خدمات جامع سلامت مراجعه نکرد، بایستی طی تماس تلفنی لزوم حضور ایشان و پیگیری های مربوطه تاکید شود.
- در صورت بهبودی کودک می تواند تحت مراقبت های مراقب سلامت/ بهورز قرار گرفته و توصیه های مرتبط با اصلاح الگوی غذایی و تغذیه مناسب را ادامه دهد.

شاخص های ارجاع کودک توسط کارشناس تغذیه به پزشک (کوتاه قدی شدید و کوتاه قدی)

تداوم روند افقی یا نزولی شیب منحنی قد برای سن در هر زمان از پیگیری کودک توسط کارشناس تغذیه

نکات قابل توجه :

- پس از ارائه مشاوره و آموزش تغذیه ای - بهداشتی در اولین مراقبت توسط مراقب سلامت / کارشناس تغذیه در صورت حضور، از مادر یا مراقب کودک درخواست کند تا در صورت امکان دو الی سه هفته بعد مجدداً مراجعه کند. در این ملاقات بررسی گردد که آیا مادر موفق به اجرای توصیه های تغذیه ای شده است؟ مشکلات آنها در اجرای توصیه ها بررسی و سعی در رفع مشکلات گردد.
- پس از دریافت اولین بن کارت غذایی تعریف شده از مادر خواسته شود تا مراجعه نماید و از او در مورد کمیت و کیفیت ارقام غذایی سوال شود. آیا مادر به نحو مطلوب از ارقام غذایی برای تغذیه کودک استفاده می کند؟ در صورت مشکل جهت رفع آن اقدامات لازم به عمل آید.
- به منظور تعیین روند مطلوب وزن گیری کودکان مراقب سلامت، بهورز و کارشناس تغذیه می توانند از میزان افزایش وزن و قد کودکان بر حسب سن به شرح زیر استفاده نمایند:

جدول ۱: متوسط میزان افزایش وزن و قد کودک (۱-۰ سال)

سن	وزن روزانه (گرم)	وزن ماهانه (گرم)	قد روزانه (میلیمتر)	قد ماهانه (سانتی متر)
۳-۰ ماه	۳۰-۲۰	۹۰۰-۶۰۰	۱	۳
۶-۳ ماه	۲۱-۱۵	۶۳۰-۴۵۰	۰,۷	۲
۱۲-۶ ماه	۱۳-۱۰	۳۹۰-۳۰۰	۰,۵	۱,۴

جدول ۲: متوسط میزان افزایش وزن و قد کودک (۵-۱ سال)

سن	وزن ماهانه (گرم)	قد ماهانه (سانتیمتر)
۱ تا ۳ سال	۲۳۰	۱
	وزن سالانه (کیلوگرم)	قد سالانه (سانتیمتر)
۳ تا ۵ سال	۲	۷

پایش و نظارت بر اجرای برنامه:

- پایش و نظارت بر اقدامات اجرایی برنامه در سطح ستادی توسط همکاران دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، دفتر امور حمایتی و توانمندسازی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و امور سلامت و رفاه اجتماعی سازمان برنامه و بودجه و در سطح استان و شهرستان توسط خانه های بهداشت روستایی و مراکز بهداشت شهری باید انجام شود. نظارت براساس برنامه زمان بندی مدون شده اجرا (پایش ۶ ماهه) و متعاقب انجام بازدیدها گزارش در جلسات ارائه گردد. تا برای مشکلات و موانع موجود در اجرای برنامه راه حل های مناسب تعیین شود.
- در جلسات ستادی، استان و شهرستان هر یک از بخش ها گزارش پیشرفت اقدامات اجرایی ونحوه پیگیری مصوبات را ارائه نمایند.

پیوست‌ها

فرم عملکرد برنامه حمایت تغذیه ای کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه

دانشگاه علوم پزشکی سال ...

شهرستان / روستا / دهستان	تعداد	عنوان	ردیف
		تعداد کل کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش دانشگاه در طول یک سال	۱
		تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه معرفی شده به وزارت رفاه جهت حمایت تغذیه ای در طول برنامه	۲
		تعداد کودکان دریافت کننده بن کارت غذایی تعریف شده توسط وزارت رفاه در طول برنامه	۳
		درصد کودکان دریافت کننده بن کارت غذایی تعریف شده توسط وزارت رفاه در طول برنامه	۴
		تعداد کل بن کارت غذایی شارژ بن کارت غذایی در طول برنامه	۵
		تعداد کودکان مبتلاء به لاغری شدید در ابتدای برنامه	۶
		تعداد کودکان مبتلاء به لاغری شدید بهبود یافته در انتهای برنامه	۷
		درصد کودکان مبتلاء به لاغری شدید بهبود یافته در انتهای برنامه	۸
		تعداد کودکان مبتلاء به لاغری در ابتدای برنامه	۹
		تعداد کودکان مبتلاء به لاغری بهبود یافته در انتهای برنامه	۱۰

		درصد کودکان مبتلاء به لاغری بهبود یافته در انتهای برنامه	۱۱
		تعداد کودکان مبتلاء به کم وزنی شدید در ابتدای برنامه	۱۲
		تعداد کودکان مبتلاء به کم وزنی شدید بهبود یافته در انتهای برنامه	۱۳
		درصد کودکان مبتلاء به کم وزنی شدید بهبود یافته در انتهای برنامه	۱۴
		تعداد کودکان مبتلاء به کم وزنی در ابتدای برنامه	۱۵
		تعداد کودکان مبتلاء به کم وزنی بهبود یافته در انتهای برنامه	۱۶
		درصد کودکان مبتلاء به کم وزنی بهبود یافته در انتهای برنامه	۱۷
		تعداد کودکان مبتلاء به کوتاه قدی شدید در ابتدای برنامه	۱۸
		تعداد کودکان مبتلاء به کوتاه قدی شدید بهبود یافته در انتهای برنامه	۱۹
		درصد کودکان مبتلاء به کوتاه قدی شدید بهبود یافته در انتهای برنامه	۲۰
		تعداد کودکان مبتلاء به کوتاه قدی در ابتدای برنامه	۲۱
		تعداد کودکان مبتلاء به کوتاه قدی بهبود یافته در انتهای برنامه	۲۲
		درصد کودکان مبتلاء به کوتاه قدی بهبود یافته در انتهای برنامه	۲۳

		تعداد مادران کودکان ۱۲-۶ ماهه (تحت پوشش برنامه حمایتی) آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی (تئوری - عملی) در طول برنامه	۲۴
		تعداد مادران کودکان ۱۲-۶ ماهه (تحت پوشش برنامه حمایتی) آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی (تئوری - عملی) در طول برنامه	۲۵
		درصد مادران کودکان ۱۲-۶ ماهه (تحت پوشش برنامه حمایتی) آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی (تئوری - عملی) در طول برنامه	۲۶
		تعداد مادران کودکان ۵-۱ سال (تحت پوشش برنامه حمایتی) در طول برنامه	۲۷
		تعداد مادران کودکان ۵-۱ سال (تحت پوشش برنامه حمایتی) آموزش دیده در خصوص تغذیه کودک ۵-۱ سال در طول برنامه	۲۸
		درصد مادران کودکان ۵-۱ سال (تحت پوشش برنامه حمایتی) آموزش دیده در خصوص تغذیه کودک ۵-۱ سال در طول برنامه	۲۹
		تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی مراجعه کننده جهت مشاوره تغذیه در طول برنامه	۳۰
		درصد پوشش کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی دریافت کننده خدمات مشاوره تغذیه در طول برنامه	۳۱
		تعداد وبینارها، کارگاهها و کلاس های آموزشی برگزار شده در طول برنامه (ویژه برنامه حمایتی)	۳۲
		تعداد شرکت کنندگان در وبینارها، کارگاههای آموزشی و کلاس های آموزشی برگزار شده در طول برنامه (ویژه برنامه حمایتی)	۳۳
		تعداد بازدیدهای مدیر گروه بهبود تغذیه ستاد دانشگاه از روند اجرایی برنامه در طول برنامه	۳۴
		تعداد بازدیدهای کارشناسان تغذیه ستاد شهرستان از روند اجرایی برنامه در طول برنامه	۳۵

نام و امضای تکمیل کننده فرم:

تاریخ تکمیل :

دستور عمل تکمیل فرم عملکرد برنامه حمایتی تغذیه ای

این فرم بیانگر عملکرد یک دوره شش ماهه از اقدامات اجرایی برنامه در راستای بهبود تغذیه کودکان شامل آموزش، مشاوره تغذیه، شارژ بنکارت غذایی و ... می باشد که توسط مسئولین برنامه در سطوح مختلف شامل خانه بهداشت یا پایگاه سلامت، مراکز خدمات جامع سلامت شهری/روستایی، مرکز بهداشت شهرستان و دانشگاه هرشش ماه یکبار تکمیل می گردد. سطح ستادی (دانشگاه) فرم فوق را پس از تکمیل به دفتر بهبود تغذیه جامعه ارسال می نماید.

نحوه تکمیل فرم:

ابتدا نام دانشگاه و سال تکمیل ثبت می شود. در مواردی که عدد برای آن موجود نیست، خط تیره گذاشته شود.

تعاریف:

۱- **تعداد کل کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش دانشگاه در طول یک سال:** عبارت است از تعداد کل کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه که در طول یک سال تحت پوشش سیستم بهداشتی بودند.

۲- **تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه معرفی شده به وزارت رفاه جهت حمایت تغذیه ای در طول سال**

عبارت است از تعداد کل کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه که جهت آزمون و توسع به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی معرفی شده اند.

۳- **تعداد کودکان دریافت کننده بن کارت غذایی تعریف شده توسط وزارت رفاه در طول سال**

عبارت است از تعداد کل کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه که در طول ۹ ماه بر اساس دستور عمل اجرایی برنامه واجد شرایط حمایت تغذیه ای بوده و بن کارت غذایی را توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی دریافت کرده اند.

۴- **درصد کودکان دریافت کننده بن کارت غذایی تعریف شده توسط وزارت رفاه در طول سال**

عبارت است از درصد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه که در این دوره بر اساس دستور عمل اجرایی برنامه واجد شرایط حمایت تغذیه ای بوده و بن کارت غذایی را دریافت کرده اند. (صورت: تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه دریافت کننده بن کارت غذایی در طول سال مخرج: تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه معرفی شده در طول سال)

۵- **تعداد کل بن کارت غذایی شارژ شده در طول سال:** عبارت است از تعداد کل بن کارت های غذایی شارژ شده در طول

سال (تعداد ماه هایی که بن کارت غذایی شارژ شده است ضربدر تعداد کودکان تحت پوشش برنامه. مثلا اگر ۹ بار شارژ شده تعداد کودکان تحت پوشش ضربدر ۹ می شود.

۶- **تعداد کودکان مبتلاء به لاغری شدید در ابتدای برنامه:** عبارت است از کلیه کودکانی که در ابتدای برنامه مبتلاء به لاغری شدید بودند

۷- **تعداد کودکان مبتلاء به لاغری شدید بهبود یافته در انتهای برنامه:** عبارت است از کلیه کودکانی که بر اساس هر شاخص بهبودی (لاغری شدید) مندرج در دستور عمل در طی این دوره بهبود یافته اند.

۸- **درصد کودکان مبتلاء به لاغری شدید بهبود یافته در انتهای برنامه :** عبارت است از حاصل تقسیم تعداد کودکان لاغر شدید بهبود یافته به تعداد کل کودکان لاغری شدید تحت پوشش برنامه حمایتی در طول سال ضربدر ۱۰۰.

۹-۲۳ شاخص های ۹ الی ۲۳ نیز همانند لاغری شدید تعیین می گردد.

۲۴- **تعداد مادران کودکان ۱۲-۶ ماهه (تحت پوشش برنامه حمایتی) در طول برنامه:** تعداد مادران کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه که در طول برنامه کودکانشان حمایت تغذیه ای دریافت کرده است. اگر در طول برنامه هیچ کودک ۶ تا ۱۲ ماهه تحت پوشش نبوده خط تیره گذاشته شود.

۲۵- تعداد مادران کودکان ۱۲-۶ ماهه (تحت پوشش برنامه حمایتی) آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی (تئوری - عملی) در طول برنامه: تعداد مادران کودکان ۶ تا ۱۲ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی که در طول برنامه در زمینه تغذیه کودک (تغذیه با شیر مادر، تغذیه تکمیلی، ریز مغذی ها، میان وعده غذایی، رفتارهای تغذیه ای و...) به طور تئوری یا عملی آموزش دیده اند. اگر در طول برنامه هیچ مادر کودک ۱۲-۶ ماهه آموزش ندیده خط تیره گذاشته شود.

۲۶- درصد مادران کودکان ۱۲-۶ ماهه (تحت پوشش برنامه حمایتی) آموزش دیده در خصوص تغذیه تکمیلی (تئوری - عملی) در طول برنامه: عبارت است از حاصل تقسیم تعداد مادران دارای کودک ۶ تا ۱۲ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی که در طول برنامه آموزش تغذیه دیده اند به تعداد کل مادران دارای کودک ۶ تا ۱۲ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی طول برنامه ضربدر ۱۰۰.

۲۷- تعداد مادران کودکان ۵-۱ سال (تحت پوشش برنامه حمایتی) در طول برنامه: تعداد مادران کودکان یک تا پنج سال که در طول برنامه کودکان کوشان حمایت تغذیه ای دریافت کرده است. اگر در طول برنامه هیچ کودک یک تا پنج سال تحت پوشش نبوده خط تیره گذاشته شود.

۲۸- تعداد مادران کودکان ۵-۱ سال (تحت پوشش برنامه حمایتی) آموزش دیده در خصوص تغذیه کودک ۵-۱ سال در طول برنامه: تعداد مادران کودکان ۵-۱ سال تحت پوشش برنامه حمایتی که در طول برنامه در زمینه تغذیه کودک (تغذیه با شیر مادر، نیازهای تغذیه کودکان، ریز مغذی ها، میان وعده غذایی، گروه ها و سهم غذایی کودکان، رفتارهای تغذیه ای و...) به طور تئوری آموزش دیده اند. اگر در طول برنامه هیچ مادر کودک ۵-۱ ساله آموزش ندیده خط تیره گذاشته شود.

۲۹- درصد مادران کودکان ۵-۱ سال (تحت پوشش برنامه حمایتی) آموزش دیده در خصوص تغذیه کودک ۵-۱ سال در طول برنامه: عبارت است از حاصل تقسیم تعداد مادران دارای کودک ۵-۱ سال تحت پوشش برنامه حمایتی که در طول برنامه آموزش تغذیه دیده اند به تعداد کل مادران دارای کودک ۵-۱ سال تحت پوشش برنامه حمایتی در طول سال ضربدر ۱۰۰.

۳۰- تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی مراجعه کننده جهت مشاوره تغذیه در طول برنامه: عبارت است تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی که در طول برنامه جهت مشاوره تغذیه به کارشناس تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت مراجعه داشته اند و خدمات مشاوره تغذیه دریافت کرده اند.

۳۱- درصد پوشش کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی دریافت کننده خدمات مشاوره تغذیه در طول برنامه: عبارت است تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی که در طول برنامه خدمات مشاوره تغذیه از کارشناس تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت دریافت کرده اند به تعداد کل کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی که کارت اعتباری غیر نقدی/ غذایی دریافت می کنند (صورت: تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی دریافت کننده خدمات مشاوره تغذیه در طول برنامه مخرج: تعداد کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه تحت پوشش برنامه حمایتی دریافت کننده کارت اعتباری غیر نقدی/ غذایی طول برنامه)

۳۲- تعداد وینارها، کارگاهها و کلاس های آموزشی برگزار شده در طول برنامه (ویژه برنامه حمایتی): تعداد وینارها، کارگاهها و کلاس های آموزشی تغذیه ای مرتبط با برنامه حمایتی که در طول برنامه برای ارتقای دانش تغذیه ای کارکنان بهداشت (بهورز، مراقب سلامت، پزشک، کارشناس تغذیه) تشکیل شده است. اگر در این دوره یک ساله هیچ وینار، کارگاه یا کلاسی برگزار نشده خط تیره گذاشته شود.

۳۳- تعداد شرکت کنندگان در وینارها، کارگاههای آموزشی و کلاس های آموزشی برگزار شده در طول برنامه (ویژه برنامه حمایتی): تعداد افرادی که در طول برنامه در وینارها، کارگاهها و کلاس های آموزشی شرکت نموده اند. در صورت برگزار نشدن وینار، کلاس یا کارگاه در طول برنامه خط تیره گذاشته شود.

- ۳۴- تعداد بازدیدهای مدیر گروه بهبود تغذیه ستاد دانشگاه از روند اجرایی برنامه در طول برنامه
- ۳۵- تعداد بازدیدهای کارشناسان تغذیه ستاد شهرستان از روند اجرایی برنامه در طول برنامه

تعاریف

سرانه تغذیه: مبلغی است ریالی که با هدف بهبود شاخص های سلامت و وضعیت تغذیه کودکان خانواده نیازمند جهت تهیه سبد غذایی که به کودکان مبتلا به سوءتغذیه واجد شرایط و تحت پوشش برنامه اختصاص می یابد و از طریق کالبرگ الکترونیکی به حساب سرپرست خانوار واریز می گردد.

بن کارت غذایی: شامل گروه های مختلف غذایی بوده و ارزش ریالی آن برابر وجه سرانه تغذیه است. که بن کارت اعتباری غیر نقدی غذایی تعریف شده خواهد بود. (لازم به ذکر است که تحت هیچ عنوان سرانه تغذیه به صورت نقدی در اختیار خانواده ها قرار نخواهد گرفت).

ارائه خدمات الکترونیکی و شارژ مبلغ یک میلیون تومان به حساب یارانه سرپرست خانوار ۵ دهک اول درآمدی و ۶۰۰ هزار تومان به حساب یارانه سرپرست خانوار دهک ۶ و ۷ درآمدی از طریق طرح کالبرگ الکترونیکی می باشد که سرپرست خانوار دارای کودک ۶ تا ۵۹ ماه مبتلا به سوءتغذیه واجد شرایط می تواند با استفاده از اعتبار تخصیص یافته از سبد مواد خوراکی در نظر گرفته شده برای کودک و بر اساس میزان تعیین شده، خریداری نماید.

خانواده های نیازمند: خانواده هایی هستند که براساس آزمون وسع وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی تحت پوشش برنامه های حمایتی قرار می گیرند.

منابع مالی: از طریق سازمان برنامه و بودجه کشور تأمین و با پیگیری های لازم توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی تخصیص می یابد و بر اساس موافقت نامه های مبادله شده به حساب شرکت فارا جهت واریز به حساب سرپرستان خانوار واجد شرایط واریز می گردد.

فروشگاه‌های طرف قرارداد:

استان	فروشگاه زنجیره ای (تعداد نرمال فعال)									جمع کل
	تلا	اقق	خانی	دبلی	رفاه	گندم	میو	وال	نایب	
آذربایجان شرقی	۲۳	۴۹۸	۲۸۸	۱۳۱	۱۷۱	۴۲			۶	۱۱۶۹
آذربایجان غربی	۱۴	۶۶۶	۲۸۷	۱۰۲	۱۱۳	۱۱۲		۳	۸	۱۳۰۹
اردبیل	۵	۱۵۴	۶۶	۲۲	۳۷	۳۸		۹	۲۰	۳۵۱
اصفهان	۲۰	۸۳۵	۲۷۱	۱۵۱	۱۲۴	۴۷	۱	۷	۱۱	۱۴۸۳
البرز	۹	۵۷۹	۱۶۵	۲۶	۲۰۲	۵۹	۲۲	۱۹	۵	۱۱۳۶
ایلام	۴	۱۱۲		۱۶	۲۵	۱۷			۴	۲۱۰
بوشهر	۱۶	۲۵۹	۳۱	۱۳	۳۹					۳۵۸
تهران	۱۶۲	۲۰۹۴	۱۳۶۷	۱۹۰	۶۶۹	۳۰۸	۶۱	۲۳	۱۸	۵۲۶۴
چهارمحال و بختیاری	۵	۲۰۸	۲۷	۴۰	۴۲	۲۹				۳۵۱
خراسان جنوبی	۲۲	۱۰۳		۲۱	۲۵					۱۷۱
خراسان رضوی	۳۵	۸۳۴	۱۷۹	۱۸۱	۱۲۶			۷	۳۰	۱۳۷۵
خراسان شمالی	۱۷	۱۲۸		۵۰	۲۲				۹	۲۳۲
خوزستان	۲۱	۷۲۱	۱۴۳	۲۴۹	۷۳	۷۰	۵	۷	۷	۱۳۱۶
زنجان	۷	۸۶	۹۷	۱۵	۴۰	۳۷	۶	۴		۳۱۶
سمنان	۱۷	۱۳۶	۶۲	۱۴	۳۱		۲		۵	۲۸۷
سیستان و بلوچستان	۷	۵۶۰		۷۱	۵۱			۹		۶۹۸
فارس	۲۸	۸۶۴	۲۱۸	۱۳۴	۹۸					۱۳۴۲
قزوین	۸	۲۲۸	۴۲	۱۵	۸۰	۱۴	۷	۴	۲	۴۳۷
قم	۱۱	۲۲۶	۶۲	۲	۲۲	۷			۵	۳۳۵
کردستان	۶	۱۸۰	۵۴	۱۱	۶۸	۴				۳۳۴
کرمان	۲۵	۴۱۲	۸۰	۱۴۶	۹۱	۲۲		۸	۱۹	۸۳۴
کرمانشاه	۳۸	۳۰۵	۵۸	۱۰۳	۷۹	۲۴			۸	۷۰۵
گیلانکوبه	۸	۱۶۰	۲۴	۲۷	۲۶					۳۱۵
گلستان	۱۲	۱۹۴	۷۲	۶۰	۴۴		۱۲	۲	۱۰	۴۱۲
گیلان	۹	۴۴۹	۱۶۶	۱۵۰	۴۹	۵۲	۲۰	۴	۳	۱۰۷۳
لرستان	۶	۲۵۸	۱۸	۴۳	۵۴		۴	۷	۹	۶۸۳
مازندران	۹	۵۴۸	۲۳۹	۱۰۱	۷۶	۴۰	۱۲	۱۴	۱۵	۱۱۳۸
مرکزی	۸	۱۹۰	۶۹	۱۹	۵۰	۱	۳	۷		۳۸۳
هرمزگان	۳	۱۵۰		۴۱	۵۰			۱۲	۵	۲۶۱
صمدان	۳	۲۲۴	۶۲	۳۷	۹۲	۱۳			۲	۴۱۴
یزد	۴	۲۰۰	۲۱	۸	۱۵۴				۱۹	۴۲۶
(blank)		۴	۳	۱۰				۲		۱۹
Grand Total	۵۶۰	۱۲۶۰۵	۴۱۸۳	۲۲۵۹	۲۸۲۳	۹۲۶	۱۵۵	۱۳۸	۲۰۱	۲۵۱۳۵

