



## دستور عمل اجرایی برنامه حمایتی تغذیه ای کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه مبتلا به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند

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، ناامنی 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 باید بکار گرفته شود توانمندسازی 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 توانمندسازی زنان که مسئولیت تهیه و طبخ غذا در منزل را به عهده دارند و همچنین 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.

### 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، یونیسیف، وزارت



کشاورزی، آموزش و پرورش، نهضت سوادآموزی، جهاد سازندگی، کمیته امداد امام خمینی و بهزیستی طرح مد  
اخله 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.

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 اینکه 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 سوادکوه 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 براساس آن کودکان نیازمند مبتلا 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



غیرنقدی غذایی تعریف شده به مبلغ صد هزار تومان برای آنان شارژ گردیده است و حدود پنجاه درصد کودکان پس از دریافت حمایت تغذیه ای بهبود یافته اند .

## اهداف :

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

## اهداف اختصاصی :

- کاهش سوء تغذیه (کم وزنی و لاغری) کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه

- ارتقاء الگوی تغذیه صحیح کودکان ۶ تا ۵۹ ماهه

- افزایش دانش و مهارت پزشکان ، کارشناسان تغذیه ، مراقبین سلامت و بهورزان در زمینه الگوی تغذیه صحیح و رشد کودک

- ارتقاء آگاهی ، نگرش و عملکرد مادران در در زمینه الگوی تغذیه صحیح و رشد کودکان

- ارتقای کیفیت خدمات مشاوره تغذیه به مادران از طریق کارشناسان تغذیه در مراکز خدمات جامع سلامت

## راهکارها :

۱- تقویت همکاری های بین بخشی

۲- ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی-تغذیه ای

۳- آموزش کارکنان بهداشتی و مادران دارای کودک ۶ تا ۵۹ ماهه



#### ۴- حمایت تغذیه ای کودکان دارای سوء تغذیه

#### ۵- پایش و ارزشیابی

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

۱- شاخص های تن سنجی کودکان و شناسائی کودکان دارای لاغری ، کم وزنی شدید و کم وزنی براساس برنامه مراقبت های ادغام یافته کودک سالم تعیین گردد .

۲- کودکان از طریق مرکز خدمات جامع روستائی یا شهری به رئیس مرکز بهداشت شهرستان معرفی شوند ، لازم به ذکر است حتما معرفی نامه با مهر پزشک مربوطه باشد .

۳- فهرست کودکان اعلام شده توسط پزشکان مراکز خدمات جامع سلامت هر سال یکبار از طریق نامه شماره ۱ توسط گروه بهبود تغذیه شبکه بهداشت شهرستان با امضای رئیس مرکز/شبکه بهداشت شهرستان جهت بررسی به رئیس کمیته امداد امام خمینی (ره) شاخه مربوطه ارسال می شود . (نیمه دوم اسفند در هر سال)

۴- نتایج ارزیابی حمایتی توسط رئیس کمیته امداد امام خمینی (ره) شاخه مربوطه از طریق نامه شماره ۲ به رئیس مرکز/شبکه بهداشت شهرستان ارسال خواهد شد . سپس مرکز بهداشت شهرستان نیز باید نتایج را برای خانه های بهداشت و پایگاههای سلامت ارسال نماید تا آنان فهرست اسامی تمام کودکان تحت پوشش برنامه حمایتی را در یک پوشه جداگانه قرار دهند . کمیته امداد امام شهرستان موظف هستند طی دو هفته پس از بررسی وضعیت معیشتی خانواده وضعیت کودک از نظر بهره مندشدن از برنامه حمایتی را تعیین نمایند .



۵- مراکز بهداشت هر شهرستان باید تعداد کودکان معرفی شده، تحت پوشش برنامه و بهبود یافته را هر سال یکبار به مرکز/شبکه بهداشت استان اعلام کند و مرکز بهداشت استان نیز باید آمار فوق را هر سال یکبار در عملکرد برنامه گنجانده و به دفتر بهبود تغذیه جامعه ارسال نماید.

۶- مادران این کودکان نیز جهت آموزش، مشاوره تغذیه، تنظیم برنامه غذایی و نحوه استفاده صحیح از اقلام غذایی بن کارت به کارشناس تغذیه ارجاع داده خواهند شد.

۷- تهیه کارت آموزشی و مراقبت بصورت جدول سالانه و ممه‌ور شدن آن بعد از مراقبت و آموزش توسط طمراقب سلامت یا بهورز در هر ماه و دریافت سبد غذایی ماهانه از فروشگاه مشروط به ارائه بن کارت همراه با کارت ممه‌ور شده در ماه مورد نظر باشد (پیوست ۳).

۸- پس از انجام پیگیری‌ها و انجام اقدامات لازم از جمله ارزیابی تغذیه، آموزش مادر، مشاوره، بررسی شاخص‌های تن سنجی و تنظیم برنامه غذایی توسط کارشناس تغذیه، در صورت روند مناسب وزن‌گیری و صعودی شدن شیب منحنی وزن برای سن یا وزن برای قد، پایش رشد و سایر خدمات آموزشی تا پایان برنامه توسط طمراقب سلامت یا بهورز بر اساس برنامه مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم انجام خواهد شد.

۹- مکمل یاری با ریزمغذی‌ها (ویتامین‌های آ، د و آهن) بر اساس دستور عمل وزارتی برای کودکان تا ۲۴ ماهگی باید انجام شود.

اولویت شاخص‌های تن سنجی: ۱- لاغری ۲- کم‌وزنی شدید ۳- کم‌وزنی

**شاخص‌های تن سنجی**



- لاغر یا سوء تغذیه حاد متوسط: اگر منحنی وزن برای قد کودک مساوی  $Z\text{-score} -3$  تا پایین تر از score  $Z -2$  یا  $115\text{mm} < \text{MUAC} < 125\text{mm}$  باشد، کودک در طبقه بندی لاغر یا سوء تغذیه حاد متوسط قرار می گیرد. کودک پس از تثبیت وضعیت توسط پزشک و در صورت نبودن شرای طمورد نیاز ارجاع او به بیمارستان (بر اساس بوکلت کودک سالم ویژه پزشک) و طبیعی بودن آزمایش ها از طریق پزشک به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شود. کارشناس تغذیه ضمن ارزیابی الگوی تغذیه از طریق تکمیل فرم ارزیابی تغذیه 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 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. در ضمن ممکن است برخی مراکز خدمات جامع سلامت شهری به عنوان مراکز معین معرفی شوند.

- کم وزنی شدید: اگر منحنی وزن بریا سن کودک پایین تر از  $Z\text{-score} -3$  باشد، کودک در طبقه بندی کم وزنی شدید قرار می گیرد. پس از تثبیت وضعیت کودک توسط پزشک و در صورت نبودن شرایط مورد نیاز ارجاع به بیمارستان (بر اساس بوکلت کودک سالم ویژه پزشک) و طبیعی بودن آزمایش ها، کودک از طریق پزشک به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شود. کارشناس تغذیه ضمن ارزیابی الگوی تغذیه از طریق تکمیل فرم ارزیابی تغذیه کودک، برنامه غذایی مناسب او را تنظیم نموده، 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 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. 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  $3Z$ -SCORE تا پایین تر از  $2Z$ -SCORE باشد کودک در طبقه بندی کم وزنی قرار می گیرد. پس از تثبیت وضعیت کودک توسط پزشک و در صورت نبودن شرایط مورد نیاز ارجاع به بیمارستان (بر اساس بوکت کودک سالم ویژه پزشک) و طبیعی بودن آزمایش ها، کودک از طریق پزشک به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شود. کارشناس تغذیه ضمن ارزیابی الگوی تغذیه از طریق تکمیل فرم ارزیابی تغذیه کودک، برنامه غذایی مناسب او را تنظیم نموده، 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 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. در ضمن ممکن است برخی مراکز خدمات جامع سلامت شهری به عنوان مراکز معین معرفی شوند.

### مدت زمان دریافت بن کارت غذایی تعریف شده

کلیه شیرخواران ۲۳-۶ ماه پس از شناسائی به طور مستمر تا دو سالگی بن کارت اعتباری غیرنقدی غذایی را دریافت می نمایند (حداکثر ۱۸ سبد غذایی). بدیهی است این استثناء در خصوص کودکانی می باشد که زیر یکسالگی به امداد معرفی شده باشند و حداکثر تا پایان ۲۳ ماهگی از خدمات دریافت سبد غذایی بهره مند می



باشند (علیرغم بهبودی پس از یک دوره یکساله). در این برنامه تمام کودکان ۵۹-۲۴ ماه (دو سال به بالا) به

مدت یکسال به طور مستمر و ماهیانه سبد غذایی را دریافت می کنند. (حداکثر ۱۲ سبد غذایی)

پیگیری کودکان توسط کارشناس تغذیه

### کودکان لاغر:

- برای کودکان زیر یکسال بعد از مراجعه کودک به کارشناس تغذیه و انجام ارزیابی تغذیه کودک، دو پیگیری و برای کودکان بالای یکسال سه پیگیری لازم است. اولین پیگیری برای کودک با کم وزنی شدید برحسب سن کودک بر اساس بوکت کودک سالم (زیر یکسال هر دو هفته یکبار و بالای یکسال 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.

### کودکان دارای کم وزنی شدید / کم وزنی:

- برای کودکان زیر یکسال بعد از مراجعه کودک به کارشناس تغذیه و انجام ارزیابی تغذیه کودک، دو پیگیری و برای کودکان بالای یکسال سه پیگیری لازم است. اولین پیگیری برای کودک با کم وزنی شدید برحسب سن کودک بر اساس بوکت کودک سالم (زیر یکسال هر دو هفته یکبار و بالای یکسال 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 های بهبودی بر اساس شاخص وزن برای قد (لاغری)

در صورتی که پس از یک دوره یکساله دریافت ارقام غذایی از طریق بن کارت تعریف شده، کودک براساس پایش رشد و اندازه گیری وزن دارای یکی از شرایط زیر باشد می تواند به عنوان کودک بهبود یافته در نظر گرفته شود:

- امتیاز Z وزن برای قد مساوی یا بیشتر از ۲- در دو بار مراقبت متوالی آخر (ماههای یازدهم و دوازدهم)
- صعودی شدن شیب منحنی وزن برای قد در دو بار مراقبت پیاپی آخر (ماههای یازدهم و دوازدهم)
- 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 های ارجاع کودک 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 قد در هر زمان از پیگیری کودک توسط کارشناس تغذیه
- تغییر امتیاز زد وزن برای قد از کمتر از منهای ۲ زد اسکور به منهای ۳ زد اسکور در هر زمان از پیگیری

کودک توسط کارشناس تغذیه

## شاخص های بهبودی بر اساس وزن برای سن (کم وزنی شدید و کم وزنی)

- افزایش وزن مناسب و روند صعودی منحنی وزن برای سن در دو مراقبت پیاپی آخر (ماههای یازدهم و دوازدهم)
- امتیاز Z وزن برای قد مساوی یا بیشتر از ۲- در دو مراقبت پیاپی آخر (ماههای یازدهم و دوازدهم)



- 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.

- با داشتن هر کدام از شرایط فوق 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

- نداشتن افزایش وزن مناسب در اولین پیگیری بعدی در مقایسه با زمان پذیرش توسط کارشناس تغذیه
- روند افقی یا نزولی شیب منحنی وزن برای قد در هر زمان از پیگیری کودک توسط کارشناس تغذیه
- تغییر امتیاز زد وزن برای قد از کمتر از منهای ۲ زد اسکور به منهای ۳ زد اسکور در هر زمان از پیگیری کودک توسط کارشناس تغذیه

### شرایط خروج کودک از برنامه در طول یکسال

- در صورتی که کودک پس از انجام پیگیری ها و مراقبت توسط کارشناس تغذیه به دلیل افزایش وزن نامناسب و یا شیب منحنی وزن برای سن یا وزن برای قد افقی یا نزولی به پزشک ارجاع داده شده باشد و پزشک پس از بررسی علل غیر تغذیه ای را دلیل وزن گیری نامناسب کودک دانست در صورت صلاحدید پزشک، کودک از برنامه خارج و کودک دیگری توسط بخش بهداشت به کمیته امداد امام معرفی خواهد شد.

**نکات قابل توجه :**



- پس از ارائه مشاوره و آموزش تغذیه ای - بهداشتی در اولین مراقبت توس طمراقب سلامت / کارشنا ستغذیه در صورت حضور ، از مادر یا مراقب کودک درخواست شود تا دو 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 صفحه بعد استفاده نمایند :

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

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