

برنامه حمایت تغذیه ای کودکان زیر پنج سال و مادران باردار و شیرده  
مبتلاء به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند با مشارکت خیرین

معاونت بهداشت  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

تیرماه ۱۳۹۹

## 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. سوء تغذیه مادر در دوران بارداری، از مشکلاتی است که اثرات عمیقی بر سلامت دوران بارداری می گذارد و سلامت مادر و جنین را حتی طی سالهای پس از زایمان نیز تحت تاثیر قرار می دهد. در کودکانی که به دلیل سوء تغذیه در طی بارداری با وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم متولد می شوند، خطر مرگ و میر بیشتر از فرزندان با وزن طبیعی است. همچنین شانس ابتلا به چاقی و بیماری های غیر واگیر از جمله بیماری های قلبی و عروقی، دیابت و انواع سرطان در دوران بزرگسالی در این کودکان بیشتر است.

از مهمترین علل بروز سوء تغذیه در مادران و کودکان می توان به فقر، دسترسی نداشتن به غذای کافی، بیسوادی، بیکاری، نا آگاهی های تغذیه ای، خشکسالی، بحران ها مثل سیل، اپیدمی بیماری های عفونی مثل شیوع بیماری کووید-۱۹ در شرایط فعلی و تبعات اقتصادی آن اشاره نمود. 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، مشارکت جامعه و خیرین باید به مورد اجرا گذاشته شود. حمایت تغذیه ای از کودکان و مادران باردار و شیرده ای که بدلیل فقر دچار سوء تغذیه شده اند از طریق تامین و توزیع سبد غذایی استاندارد برای بهبود وضعیت تغذیه کودک و مادر، کاهش عوارض بارداری، بهبود روند وزن گیری در دوران بارداری و بهبود رشد کودکان ضروری است. از سوی دیگر، تداوم کمک های غذایی حداقل در ۶ ماهه اول شیردهی منجر به بهبود وضعیت تغذیه مادر و آمادگی بیشتر او برای تغذیه کودک با شیر مادر و ارتقاء سلامت کودک می گردد.

## وسعت مشکل سوء تغذیه در کودکان و مادران باردار در کشور:

اگرچه شیوع سوء تغذیه کودکان زیر ۵ سال در سطح کشوری بطور قابل توجهی کاهش یافته است و بر اساس 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، شیوع کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری به ترتیب ۴,۳، ۴,۸ و ۴,۳ درصد می باشد و براساس طبقه بندی سازمان جهانی بهداشت، کشور در وضعیت سوء تغذیه با شیوع پایین قرار دارد. ولی نباید از نظر دور داشت که در مناطق محروم کشور شیوع کم وزنی، لاغری و کوتاه قدی کودکان زیر ۵ سال بیش از دو برابر متوسط کشوری است. بطوری که سیستان و بلوچستان (۱۶,۲ درصد)، خراسان جنوبی (۸,۷ درصد)، کرمان (۶,۱ درصد) و هرمزگان (۶ درصد) بالاترین شیوع کوتاه قدی را دارند که معرف سوء تغذیه مزمن و طولانی مدت است. بالاترین شیوع لاغری که معرف سوء تغذیه زمان حال می باشد نیز در استان های هرمزگان (۱۱,۸ درصد)، کردستان (۹ درصد)، کرمان (۶,۸ درصد) و سیستان و بلوچستان (۵,۵ درصد) وجود دارد.

از نظر وضعیت ریز مغذیها، شیوع کمبود آهن و کم خونی ناشی از آن در کودکان ۶ ساله کشور حدود ۱۰ درصد است و بالاترین شیوع کم خونی کودکان در اقلیم سیستان و بلوچستان، جنوب کرمان و جنوب خراسان (۲۳ درصد) وجود دارد. شیوع کم خونی در مادران باردار در این اقلیم ۲۶ درصد و در اقلیم هرمزگان، بوشهر و خوزستان ۲۹ درصد است که تقریباً دو برابر متوسط کشوری (حدود ۱۴ درصد) است. کمبود روی از دیگر مشکلات تغذیه ای شایع در مادران و کودکان است. براساس نتایج دومین بررسی ملی وضعیت ریز مغذی ها، حدود ۲۸ درصد مادران باردار و ۱۴

درصد کودکان ۶ ساله دچار کمبود روی هستند و بالاترین میزان شیوع کمبود روی در مادران اقلیم یزد، اصفهان کرمان و چهار محال و بختیاری (۴۰٫۵ درصد) و اقلیم بوشهر، هرمزگان و خوزستان (۳۹ درصد) وجود دارد. کمبود آهن و کمبود روی در مادران باردار و 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 بیماری‌ها و مرگ، افت تحصیلی و کاهش بازده کاری می‌شود. کمبود ویتامین A نیز در کودکان و مادران در مناطق محروم کشور شایع است. بالاترین میزان شیوع کمبود ویتامین A در اقلیم سیستان و بلوچستان، جنوب کرمان و جنوب خراسان مشاهده شده است به طوری که کمبود این ویتامین در کودکان (۲۶ درصد) و مادران باردار (حدود ۱۸ درصد) گزارش شده است.

### اقدامات در دست اجرا

در حال حاضر برنامه حمایت تغذیه ای کودکان که از سال ۱۳۸۰ با همکاری کمیته امداد امام (ره) به مورد اجرا گذاشته شده است، در سطح کشور در دست اجراست. به طوری که در سال ۱۳۹۸، تعداد ۱۳۶۹۵۷ کودک واجد شرایط تحت پوشش سبد غذایی رایگان قرار گرفتند. برنامه حمایتی تغذیه ای مادران باردار و شیرده مبتلا به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند نیز با همکاری بنیاد علوی از سال ۱۳۸۷ به اجرا گذاشته شد و نتایج مفید آن سبب گردید برنامه حمایت تغذیه ای مادران باردار در سطح کشور گسترش یابد. به طوری که در سال ۱۳۹۸، تعداد ۸۰ هزار مادر باردار و شیرده تحت پوشش برنامه قرار گرفتند.

با توجه به این که در حال حاضر هنوز تعدادی از مادران باردار و کودکان واجد شرایط دریافت سبد غذایی به دلیل کمبود بودجه، تحت پوشش حمایت تغذیه ای نیستند و تاخیر در کمک رسانی پیامد های غیرقابل جبرانی در رشد و تکامل مغزی و جسمی در دوران جنینی و کودکی بدنال دارد، علاوه بر تقویت همکاری های بین بخشی، جلب مشارکت و حمایت خیرین در افزایش پوشش کمک های غذایی مادران باردار و شیرده و کودکان امری ضروری است.

### اهداف:

#### هدف کلی:

- بهبود وضعیت تغذیه و رشد کودکان زیر پنج سال
- بهبود وضعیت تغذیه و ارتقاء سطح سلامت مادران باردار و شیرده دچار سوء تغذیه نیازمند

#### اهداف اختصاصی:

- کاهش سوء تغذیه شامل کم وزنی، لاغری و اختلال رشد (از نظر وزن) در کودکان زیر پنج سال
- کاهش شیوع سوء تغذیه در مادران باردار و شیرده نیازمند
- بهبود روند افزایش وزن مطلوب مادران باردار نیازمند
- افزایش درصد کودکان دارای تغذیه انحصاری با شیر مادر
- افزایش پوشش مادران باردار و شیرده و کودکان زیر پنج سال مبتلا به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند دریافت کننده سبد غذایی
- ارتقاء آگاهی، نگرش و عملکرد تغذیه ای مادران در زمینه تغذیه و رشد کودک، عوارض بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از سوء تغذیه و اهمیت پیشگیری از آن و اهمیت تغذیه در دوران بارداری و شیردهی
- ارتقای آگاهی تغذیه ای خیرین در زمینه اهمیت تغذیه در دوران کودکی، عوارض بهداشتی و اقتصادی و اجتماعی ناشی از سوء تغذیه و اهمیت پیشگیری از آن و اهمیت تغذیه در دوران بارداری و شیردهی
- ارتقاء آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در خصوص استفاده بهینه از منابع غذایی موجود و در دسترس و سبد غذایی ارائه شده توسط خیرین

## وظایف بهداشت

### وظایف در سطح ستاد وزارتخانه :

- جمع آوری عملکرد برنامه بر اساس فرم عملکرد و تدوین گزارش نهائی
- تدوین دستورعمل ، فرم ها و بخشنامه های اجرایی
- تهیه و تدوین و به روز رسانی متون آموزشی
- تدوین و به روز سازی سبد غذایی کودک / مادر باردار ارائه شده توسط خیرین
- تدوین دستور عمل ارائه سبد غذایی ( کالا برگ ، بن خرید ، بسته مواد غذایی و .....)
- تدوین دستور عمل پایش و ارزشیابی برنامه و چک لیست های مربوطه
- نظارت ، پایش و ارزشیابی برنامه

### وظایف در سطح مرکز بهداشت استان و شهرستان

- ۱- تشکیل کمیته اجرایی متشکل از معاون بهداشت ( رئیس کمیته ) ، مدیر سلامت خانواده ، مدیر بهبود تغذیه ، مدیر گروه بهداشت محیط ، امور عمومی ، تدارکات و امور مالی ، نماینده خیرین در شبکه بهداشت
- ۲- شناسایی و ارتباط با خیرین ، تشکیل جلسه برنامه ریزی و هماهنگی با حضور خیرین و واحدهای مرتبط . مسئول پیگیری : نماینده خیرین در شبکه بهداشت
- ۳- توجیه خیرین و تلاش جهت جلب حمایت ایشان ، پیگیری و اجرای مصوبات جلسات هماهنگی . مسئول پیگیری : نماینده خیرین در شبکه بهداشت
- ۴- توجیه بهورزان و مراقبین سلامت در مورد نحوه شناسایی کودکان واجد شرایط (دارای اختلال رشد از خانواده های نیازمند) و مادر باردار (طبق شاخص های برنامه حمایت تغذیه ای مادران باردار و شیرده) مسئول پیگیری : گروه بهبود تغذیه
- ۵- شناسایی مستمر کودکان و مادران باردار و شیرده مبتلا به سوءتغذیه و نیازمند مطابق دستورعمل های موجود ، جمع بندی و تهیه لیست نهایی توسط گروه بهبود تغذیه
- ۶- تعیین سرانه سبد غذایی برای هر کودک/ مادر باردار در هر سال ، تعیین کل سهمیه شهرستان بر اساس بودجه موجود، تعیین تعداد دفعات توزیع سبد غذایی طی سال، تعیین روند توزیع سبدهای غذایی، پیگیری رفع مشکلات موجود . مسئول پیگیری : کمیته اجرایی
- ۷- پایش مستمر مراقبت کودکان تحت پوشش (پایش رشد وزنی و قدی کودک بصورت ماهانه قبل از هر نوبت توزیع سبد غذایی توسط بهورز/ مراقب سلامت) و پایش مادران باردار در مراقبت های روتین بارداری مسئول پیگیری : گروه بهبود تغذیه
- ۸- نظارت مستمر بر عملکرد بهورز و مراقب سلامت (صحت نحوه شناسایی کودکان و مادران باردار واجد شرایط، پایش روند وزن گیری مادر باردار ، مراحل پایش ماهانه قد و وزن کودکان) .مسئول پیگیری : گروه سلامت خانواده
- ۹- تدوین سبد غذایی بومی برای کودک / مادر باردار بر اساس سبد مطلوب غذایی موجود در دستور عمل و نهایی کردن آن بر اساس بودجه خیرین و ابلاغ به کمیته اجرایی و تدارکات شبکه جهت عقد قرارداد با فروشگاه های منتخب . مسئول پیگیری : گروه بهبود تغذیه
- ۱۰- برنامه ریزی و تنظیم سرفصل، تهیه محتوا و به روز رسانی مطالب آموزشی تغذیه مادران باردار و شیرده و کودکان ، آموزش و بازآموزی بهورزان و مراقبین سلامت، سایر کارکنان بهداشتی. مسئول پیگیری : گروه بهبود تغذیه

- ۱۱- برگزاری جلسات آموزشی تغذیه برای خیرین. مسئول پیگیری : گروه بهبود تغذیه
- ۱۲- آموزش مادران در زمینه تغذیه توسط بهورز/ مراقب سلامت، نظارت بر برگزاری مستمر آن و ثبت دقیق اطلاعات. مسئول پیگیری: گروه بهبود تغذیه
- ۱۳- مشاوره تغذیه حضوری / تلفنی برای کودکان و مادران باردار و شیرده تحت پوشش برنامه. مسئول پیگیری : گروه بهبود تغذیه
- ۱۴- نظارت بر شرایط بهداشتی حمل و نقل، انبارداری، محل فروشگاه عرضه مواد غذایی و کیفیت اقلام سبد غذایی و تنظیم گزارش عملکرد ۶ ماهه / سالانه. مسئول پیگیری : گروه بهداشت محیط
- ۱۵- پیگیری توزیع به موقع سبد غذایی از طریق هماهنگی با خیرین و فروشگاه طرف قرار داد ، نظارت بر روند اجرایی ، پیگیری و رفع مشکلات احتمالی و تنظیم گزارش عملکرد ۶ ماهه / سالانه توسط امور عمومی
- ۱۶- انجام فرایند عقد قرارداد با فروشگاه عرضه سبد غذایی ، تعیین روند توزیع سبد غذایی و تنظیم گزارش عملکرد ۶ ماهه / سالانه . مسئول پیگیری : تدارکات و امور مالی
- ۱۷- تهیه کارت / بن جهت افراد تحت پوشش خیرین به منظور ثبت دفعات دریافت سبد غذایی و پایش ماهانه (درج مهرخانه بهداشت / پایگاه سلامت و مهر فروشگاه) و ارسال پیام به افراد جهت اعلام زمان مراجعه به فروشگاه جهت دریافت سبد غذایی. مسئول پیگیری : امور عمومی
- ۱۸- ارائه گزارش عملکرد مربوط به هر بخش در جلسات کمیته اجرایی بصورت ۶ ماهه / سالانه
- توجه: در حال حاضر به دلیل بیماری کووید-۱۹ در برخی از مناطق آموزش به صورت گروهی انجام نمی گردد و مشاوره و آموزش ها از طریق تلفن یا فضای مجازی اجرا می شود.

#### وظایف خیرین:

- شناسایی و برقراری ارتباط با خیرین ، تشکیل جلسه برنامه ریزی و هماهنگی با حضور خیرین و واحد های مرتبط توسط نماینده خیرین در شبکه بهداشت
  - توجیه خیرین و تلاش جهت جلب حمایت ایشان ، پیگیری و اجرای مصوبات جلسات هماهنگی توسط نماینده خیرین در شبکه بهداشت
  - مشارکت و حضور فعال در جلسات توجیهی و بین بخشی
- گروه های اولویت دار و دوره دریافت سبد غذایی :**
- کلیه کودکان معرفی شده براساس دستورعمل موجود به مدت حداقل شش ماه و در صورت بهبود نیافتن وضع تغذیه تا یک سال باید تحت پوشش برنامه باشند.
  - کلیه مادران باردار و شیرده معرفی شده براساس دستورعمل موجود به مدت یک سال از ابتدای ماه چهارم بارداری تا ۶ ماهه اول تولد کودک باید تحت پوشش برنامه باشند.
  - تبصره ۱: قیمت سبد غذایی در شهر و روستا می بایست بر اساس هزینه های خوراکی همان منطقه برآورد گردد.
  - تبصره ۲: تحت هیچ شرایطی نباید پول نقد ، به حساب گروه های هدف ریخته شود و فقط سبد غذایی یا توزیع شود یا از بن کارت ( بر اساس اقلام غذایی تعریف شده) استفاده شود.

#### اعضای کمیته اجرایی :

- معاون بهداشت (رئیس کمیته)
- نماینده مجمع خیرین سلامت در شبکه
- مدیر گروه سلامت خانواده
- مدیر گروه بهبود تغذیه

- مدیر گروه بهداشت محیط
- امور عمومی
- تدارکات و امور مالی

## مراحل اجرایی برنامه

- تشکیل جلسات کمیته اجرایی: جلسات کمیته اجرایی هر سه ماه یک بار جهت بررسی مشکلات اجرایی و ارائه راهکار تشکیل می شود.

### • شناسایی و معرفی کودکان و مادران باردار واجد شرایط به خیرین

در این برنامه کودکان و مادران باردار مبتلاء به سوء تغذیه خانوارهای نیازمند که تحت پوشش هیچ برنامه حمایت تغذیه ای نمی باشند توسط بهروز / مراقب سلامت و براساس دستورعمل موجود شناسایی می شوند.

### اولویت انتخاب کودکان در برنامه حمایتی

- اولویت انتخاب کودکان در مناطق پایلوت برنامه کودک سالم به ترتیب لاغری شدید، لاغری کم، وزنی شدید و کم وزنی می باشند که سبد غذایی کمیته امداد را دریافت نمی کنند. همچنین شدت سوء تغذیه نیز مد نظر قرار گیرد.
- اولویت انتخاب کودکان در مناطق غیر پایلوت برنامه کودک سالم به ترتیب کم وزنی شدید و اختلال رشد (از نظر وزن) می باشد که سبد غذایی کمیته امداد امام را دریافت نمی کنند.
- اولویت انتخاب مادران باردار و شیرده: مادران باردار و شیرده مبتلا به سوء تغذیه و نیازمند واجد شرایط زیر که تحت پوشش برنامه فعلی حمایت تغذیه ای نیستند، توسط خیرین تحت پوشش قرار می گیرند.

- الف) نیازمند بودن مادر
- ب) دارا بودن یکی از شاخص های بهداشتی - تغذیه ای به شرح زیر
- ۱- BMI کمتر از ۱۸/۵ در شروع بارداری
- ۲- وزن کمتر از ۴۵ کیلوگرم در قبل از بارداری
- ۳- هموگلوبین کمتر از ۱۱ گرم در دسی لیتر
- ۴- چند قلبی
- ۵- وزن گیری نامطلوب (کمتر از حد مطلوب) دوران بارداری براساس جدول میزان افزایش وزن برحسب BMI

- پایش کودکان و مادران باردار تحت پوشش در مراقبت های روتین بارداری، آموزش و مشاوره تغذیه با مادران:

پایش رشد کودکان و همچنین وزن گیری مادران باردار از طریق مراقبت های روتین بهداشتی، آموزش و مشاوره تغذیه مادران در زمینه نیازهای تغذیه ای کودک و مادر باردار و شیرده و استفاده بهینه از سبد غذایی کودکان و مادران باردار، یکی از مهم ترین اقدامات بهداشتی و آموزشی در این برنامه است. آموزش مادران در زمینه گروه های غذایی و رهنمودهای غذایی نیز از اقدامات آموزشی برنامه است.

## • آموزش کارکنان بهداشتی:

آموزش کارکنان بهداشتی در خصوص برنامه و دستور عمل اجرایی آن، اهمیت تنظیم سبد غذایی بر اساس مبلغ تعیین شده و با تاکید بر استفاده از غذاهای بومی و اهمیت مشاوره تغذیه از اقدامات آموزشی کارکنان بهداشتی می باشد.

**توجه:** در حال حاضر به دلیل بیماری کووید-۱۹ در برخی از مناطق آموزش به صورت گروهی انجام نمی گردد و مشاوره و آموزش ها از طریق تلفن یا فضای مجازی باید انجام شود.

**شاخص بهبودی و ترخیص کودک:** در صورتی که پس از یک دوره ۳ شش ماهه دریافت سبد غذایی، کودک بر اساس پایش رشد و اندازه گیری وزن دارای شرایط زیر باشد می تواند به عنوان کودک بهبود یافته در نظر گرفته شده و از برنامه خارج شود:

- منحنی وزن برای سن کودک در ۲ مراقبت متوالی (منظور مراقبت ماه پنجم و ششم پس از دریافت سبد غذایی) با شیب مناسبی افزایش داشته و موازی با منحنی مرجع باشد.
- امتیاز Z وزن برای سن یا وزن برای قد در ۲ مراقبت متوالی (منظور مراقبت ماه پنجم و ششم پس از دریافت سبد غذایی) مساوی یا بیشتر از ۲- باشد.

### شاخص بهبودی مادر:

- منحنی وزن برای سن کودک پس از دریافت سبد غذایی توسط مادر شیرده) با شیب مناسبی افزایش داشته و موازی با منحنی مرجع باشد.
- روند وزن گیری مادر طی بارداری در محدوده منحنی مرجع باشد.
- کم خونی مادر باردار کاهش پیدا کرده باشد. (هموگلوبین افزایش پیدا کرده باشد).

### تعاریف:

**تعداد کودکان دریافت کننده سبد غذایی در دوره شش ماهه:** عبارت است از تعداد کل کودکانی که در این دوره شش ماهه با حمایت خیرین سبد غذایی دریافت کرده اند. لازم به ذکر هست که در طول این دوره شش ماهه هیچ کودکی وارد یا خارج از برنامه نخواهد شد.

**تعداد کودکان بهبود یافته در دوره شش ماهه:** عبارت است از کلیه کودکانی که بر اساس شاخص بهبودی مندرج در دستور عمل در طی این دوره شش ماهه با حمایت خیرین بهبود یافته اند.

**در صد کودکان بهبود یافته از طریق سبد غذایی در دوره شش ماهه:** عبارت است از حاصل تقسیم تعداد کودکان بهبود یافته با حمایت خیرین در این دوره شش ماهه به تعداد کل کودکان دریافت کننده سبد غذایی با حمایت خیرین در دوره شش ماهه ضربدر ۱۰۰.

**تعداد مادران کودکان دریافت کننده سبد غذایی در دوره شش ماهه:** تعداد مادران کودکان زیر پنج سال تحت پوشش برنامه با حمایت خیرین در دوره شش ماهه

**تعداد مادران کودکان دریافت کننده سبد غذایی آموزش دیده در خصوص تغذیه (تئوری-عملی) در دوره شش ماهه:** تعداد مادران کودکان زیر پنج سال تحت پوشش حمایت خیرین که در این دوره شش ماهه در زمینه تغذیه کودک به ویژه تنظیم سبد غذایی و تغذیه با شیر مادر، تغذیه تکمیلی، ریز مغذی ها، میان وعده غذایی، گروه ها و سهم غذایی کودکان، رفتارهای تغذیه ای و... به طور تئوری یا عملی آموزش دیده اند.

**درصد مادران کودکان دریافت کننده سبد غذایی آموزش دیده در خصوص تغذیه در دوره شش ماهه:** عبارت است از حاصل تقسیم تعداد مادران کودکان دریافت کننده سبد غذایی با حمایت خیرین که آموزش تغذیه دیده اند به تعداد کل مادران کودکان دریافت کننده سبد غذایی کودکان مبتلا به سوء تغذیه مراجعه کننده به واحدهای مشاوره تغذیه در دوره شش ماهه ضربدر ۱۰۰.

فرم عملکرد برنامه حمایت تغذیه ای کودکان با مشارکت خیرین

دانشگاه علوم پزشکی ..... شش ماهه... سال ...

- |                                                                                      |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---|
| تعداد کودکان دریافت کننده سبد غذایی در دوره شش ماهه                                  | ۱ |
| تعداد کودکان بهبود یافته در دوره شش ماهه                                             | ۲ |
| درصد کودکان بهبود یافته از طریق سبد غذایی در دوره شش ماهه                            | ۳ |
| تعداد مادران کودکان دریافت کننده سبد غذایی در دوره شش ماهه                           | ۴ |
| تعداد مادران کودکان دریافت کننده سبد غذایی آموزشی دیده در خصوص تغذیه در دوره شش ماهه | ۵ |
| درصد مادران کودکان دریافت کننده سبد غذایی آموزشی دیده در خصوص تغذیه در دوره شش ماهه  | ۶ |



فرم عملکرد برنامه حمایت تغذیه ای مادران باردار و شیرده با مشارکت دانشگاه علوم پزشکی .....  
گزارش سال ...

- ۱- تعداد مادران باردار دریافت کننده سبب غذایی در سال ...
- ۲- تعداد مادران شیرده دریافت کننده سبب غذایی در سال ...
- ۳- تعداد مادران باردار با وزن گیری مطلوب پس از دریافت کننده سبب غذایی در سال ...
- ۴- درصد مادران باردار با وزن گیری مطلوب پس از دریافت کننده سبب غذایی در سال ...
- ۵- تعداد کودکان متولد شده از مادران دریافت کننده سبب غذایی در سال ...
- ۶- تعداد کودکان متولد شده با وزن بیش از ۲۵۰۰ کیلو گرم از مادران دریافت کننده سبب غذایی در سال ...
- ۷- درصد کودکان متولد شده با وزن بیش از ۲۵۰۰ کیلو گرم از مادران دریافت کننده سبب غذایی در سال ...
- ۸- تعداد مادران باردار آموزش دیده در خصوص تغذیه دوران بارداری در سال .....
- ۹- تعداد مادران شیرده آموزش دیده در خصوص تغذیه دوران شیرده ای در سال .....
- ۱۰- درصد مادران باردار آموزش دیده در خصوص تغذیه دوران بارداری در سال .....
- ۱۱- درصد مادران شیرده آموزش دیده در خصوص تغذیه دوران شیرده ای در سال .....

سبدهای غذایی

سبد غذایی کمکی برای کودکان ۱۲-۶ ماه دچار سوء تغذیه (غذای کمکی مورد نیاز روزانه)

پسر / دختر			ماده غذایی
وزن (گرم/نفر/ماه)	انرژی (کیلو کالری/نفر/روز)	وزن (گرم/نفر/روز)	
۶۰۰	۷۱/۲	۲۰	برنج
۴۵۰	۳۶	۱۵	ماکارونی
۶۰۰	۷۰/۲	۲۰	حبوبات / مغز دانه ها
۶۰۰	۱۶/۱	۲۰	سیب زمینی
۹۰۰	۸/۴۶	۳۰	سبزی ها
۹۰۰	۱۵/۱۲	۳۰	میوه‌ها
۶۰۰	۵۵/۸	۲۰	گوشت قرمز
۶۰۰	۲۵/۴	۲۰	گوشت سفید
۶۰۰	۲۵/۴	۲۰	تخم مرغ
۳۶۰۰	۹۹/۴۸	۱۲۰	لبنیات
-	۴۲۳	-	جمع

سبد غذایی کمکی کودکان ۲۴-۱۲ ماه دچار سوء تغذیه

پسر / دختر			ماده غذایی
وزن (گرم/نفر/روز)	انرژی (کیلو کالری/نفر/روز)	وزن (گرم/نفر/روز)	
۱۲۰۰	۱۴۲/۵	۴۰	برنج
۱۲۰۰	۹۶	۴۰	ماکارونی
۶۰۰	۷۰/۲	۲۰	حبوبات / مغز دانه ها
۹۰۰	۲۴/۲	۳۰	سیب زمینی
۳۰۰۰	۲۸/۲	۱۰۰	سبزی ها
۳۰۰۰	۵۰/۴	۱۰۰	میوه ها
۶۰۰	۵۵/۸	۲۰	گوشت قرمز
۶۰۰	۲۵/۴	۲۰	گوشت سفید
۱۲۰۰	۵۱	۴۰	تخم مرغ
۱۲۰۰۰	۳۳۲	۴۰۰	لبنیات
۷۳۵	۸۷۵	-	جمع

سبد غذایی کودکان ۲-۳ سال دچار سوء تغذیه

پسر / دختر			ماده غذایی
وزن (گرم/نفر/روز)	انرژی (کیلو کالری/نفر/روز)	وزن (گرم/نفر/روز)	
۱۵۰۰	۱۷۸/۲	۵۰	برنج
۱۲۰۰	۹۶	۴۰	ماکارونی
۶۰۰	۷۰/۲	۲۰	حبوبات
۹۰۰	۲۴/۲	۳۰	سیب زمینی
۴۵۰۰	۴۲/۳	۱۵۰	سبزیها
۴۵۰۰	۷۵/۶	۱۵۰	میوهها
۶۰۰	۵۵/۸	۲۰	گوشت قرمز
۶۰۰	۲۵/۴	۲۰	گوشت سفید
۱۲۰۰	۵۱	۴۰	تخم مرغ
۱۲۰۰۰	۳۳۲	۴۰۰	لبنیات
-	۹۵۰	-	جمع

سبد غذایی کودکان ۴-۵ سال دچار سوء تغذیه

پسر / دختر			ماده غذایی
(گرم/نفر/روز)	انرژی (کیلو کالری/نفر/روز)	(گرم/نفر/روز)	
۱۶۵۰	۱۹۶	۵۵	برنج
۱۲۰۰	۱۴۴	۴۰	ماکارونی
۶۰۰	۷۰	۲۰	حبوبات
۱۲۰۰	۳۲/۳	۴۰	سیب زمینی
۴۵۰۰	۴۲/۳	۱۵۰	سبزی‌ها
۶۰۰۰	۱۰۰/۸	۲۰۰	میوه‌ها
۶۰۰	۵۵/۸	۲۰	گوشت قرمز
۱۲۰۰	۵۱	۴۰	گوشت سفید
۱۳۵۰	۵۷	۴۵	تخم مرغ
۱۲۰۰۰	۳۳۲	۴۰۰	لبنیات
-	۱۰۸۱	-	جمع

### سبد غذایی پیشنهادی

سبد غذایی مطلوب برای تامین کلیه نیازهای غذایی زنان باردار یا شیرده (۲۵۰۰ کیلوکالری)

سبد غذایی ماهیانه	ماده غذایی	گروه غذایی	
۷-۸/۵ کیلو گرم	نان	گروه نان و غلات	
۳-۳/۵ کیلوگرم	برنج		
۷۰۰ گرم	ماکارونی		
۱/۵ کیلوگرم	سیب زمینی		
۱۵۰۰۰ گرم	۱۵ کیسه یک لیتری	شیر	گروه شیر و لبنیات
	۵ کیلوگرم	ماست	
	۴۵۰ گرم	پنیر	
۱/۵ کیلوگرم	گوشت قرمز	گروه گوشت و جانشین‌ها	
۲ کیلوگرم	گوشت سفید (مرغ)		
۱ کیلوگرم	تخم مرغ		
۱ کیلوگرم	حبوبات		
۱۵ کیلوگرم	۱۰۰ واحد	گروه میوه	
۲۲/۵ کیلوگرم	۱۵۰ واحد	گروه سبزیها	
۱۲۰۰ سی سی	روغن مایع	گروه متفرقه	
یک کیلوگرم	شکر (عسل، مربا)		