



بسته اجرایی مراقبت های ادغام یافته تغذیه ای در برنامه مدیریت بیماری سل

طرح ادغام مراقبت های تغذیه ای در برنامه مدیریت بیماری سل در دانشگاه های زابل، زاهدان، ایرانشهر و گلستان



دفتر بهبود تغذیه جامعه با همکاری مرکز مدیریت شبکه، مرکز مدیریت بیماری های واگیر و مشارکت معاونت بهداشتی و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گلستان و معاونت های بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی زابل، زاهدان و ایرانشهر

بهار ۱۴۰۰

بسمه تعالی

بسته اجرایی مراقبت های ادغام یافته تغذیه ای در برنامه مدیریت
بیماری سل

طرح ادغام مراقبت های تغذیه ای در برنامه مدیریت بیماری سل در دانشگاه های زابل، زاهدان، ایرانشهر و گلستان

تهیه و تدوین:

ستاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دفتر بهبود تغذیه جامعه:	مرکز مدیریت بیماریهای واگیر:	مرکز مدیریت شبکه:
• دکتر زهرا عبداللهی	• دکتر مهدی گویا	• دکتر جعفر صادق تبریزی
• دکتر پریسا ترابی	• دکتر مهشید ناصحی	• دکتر محمد اسلامی
• مریم مشلول	• دکتر شیرین بنکدار	
• حسین فلاح	• دکتر سعید شرفی	

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان

معاونت تحقیقات و فناوری:

- دکتر محمد رضا هنرور
- دکتر امراله شریفی
- دکتر فریده کوچک

معاونت بهداشت:

- دکتر ناهید جعفری
- دکتر سید مهدی صداقت
- مهندس فرهاد لشکر بلوکی
- خانم حمیده صادق زاده
- دکتر علی باقری
- دکتر مهناز شیخی
- خانم الهه رحیم اربابی

و با همکاری:

معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل
معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان
معاونت بهداشت دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایرانشهر

زیر نظر:

آقای دکتر حیدری. معاون بهداشت. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

پاییز ۱۴۰۰

فهرست مطالب

- ❖ مقدمه
- ❖ گروه هدف گیرنده خدمت
- ❖ خدمات تغذیه ای مشترک برای بیماران مبتلا به سل
- ❖ بررسی افراد در تماس با بیماران
- ❖ نقش ها و مسئولیت های کارکنان
- ❖ چالش های مشاوره در تغذیه
- ❖ برخورد با چالش های مشاوره
- ❖ روش های موثر بودن مشاوره
- ❖ مراحل اجرای کار
- ❖ فلوجارت ارائه مراقبت های تغذیه ای به بیماران مبتلا به سل
- ❖ پیگیری و پایش تغذیه
- ❖ شاخص های قابل استخراج از فرم های غربالگری و ارزیابی تغذیه ای بیماران
- ❖ امنیت غذایی بیمار
- ❖ بسته کمک غذایی توصیه شده
- ❖ سبد غذایی پیشنهادی ماهانه ۲۰۶ هزار تومانی با احتساب تامین تخمینی نیاز غذایی روزانه بیماران مبتلا به سل
- ❖ جدول گانت برنامه تامین سبد غذایی حمایتی خانوارهای نیازمند واجد بیمار مبتلا به سل
- ❖ اطلاعات دانشگاههای طرح پایلوت سبد حمایتی مسلولین مبتلاء به سوء تغذیه

بسمه تعالی

مقدمه

ادغام مراقبت های تغذیه ای در برنامه مدیریت سل، به سبب حضور کارشناسان تغذیه در شبکه بهداشتی درمانی کشور مقدور گردید و ارائه خدمت تخصصی تغذیه توسط کارشناسان تغذیه پا به پای پزشکان، به منظور تکمیل خدمات درمانی قابل ارائه به بیماران مبتلا به سل، آغاز ورود مداخلات تغذیه ای به مراقبت های بیماری های واگیر در کشور می باشد.

در این راستا مجموعه آموزشی تغذیه در سل برای گروه کارشناسان تغذیه در شبکه بهداشتی درمانی کشور و مجموعه فرم ها و دستورالعمل تکمیل فرم برای مراقبین سلامت/ بهورزان و کارشناسان تغذیه بعنوان ابزاری برای ارزیابی و روش اجرای مداخلات تغذیه ای به شکل مدیریت شده، طراحی و تدوین شده است.

با توجه به اجرای مطالعه پایلوت ادغام مراقبت های تغذیه ای در برنامه مدیریت سل در دانشگاه علوم پزشکی گلستان که بعنوان کار مشترک دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت، مرکز مدیریت بیماری های واگیر وزارت بهداشت، بنیاد علوی وابسته به بنیاد مستضعفان و معاونت بهداشتی و معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی گلستان طی سال های ۹۷ و ۹۸، بازنگری نحوه اجرای برنامه طی این دو سال بر مبنای بازبینیها و گزارشات تهیه شده از اجرای طرح انجام شد و در نهایت فرم های ارزیابی و مداخلات تغذیه ای و همچنین دستورالعمل اجرایی برنامه استخراج گردید.

این بسته اجرایی پس از اجرا در چهار دانشگاه/ دانشکده پایلوت مورد بازنگری قرار گرفته و بر اساس شرایط دانشگاه های کشور و بنابر تجربیات بدست آمده در مناطق پایلوت، تکمیل خواهد گردید.

امید است با ادغام مراقبت های تغذیه ای به برنامه مراقبت های مدیریت شده سل در دانشگاه های کشور و تامین سبب غذایی حمایتی برای بیماران نیازمند، ارائه خدمات غذایی و تغذیه ای بعنوان مکمل درمان بیماران با هدف پیشگیری و کنترل سوء تغذیه شایع در این بیماری در سطح کشور گسترش یافته و مهار و کنترل بیماری، تسریع در بهبود بیماران و افزایش امید به زندگی را برای بیماران مبتلا به سل به ارمغان آورد.

دکتر حیدری

معاون بهداشت

**برنامه اجرایی ارائه مراقبت های تغذیه ای
به بیماران مبتلا به سل**

گروه هدف گیرنده خدمت:

بیماران مسلول اسمیر مثبت که در مراکز شهری و روستایی تحت پوشش مراکز بهداشت شهرستان های پایلوت بر اساس راهنمای تشخیص و درمان سل شناسایی و همزمان با شروع درمان ضد سل از نظر تغذیه مطابق با راهنمای ارزیابی و مراقبت تغذیه در بیماران مسلول، ارزیابی و مراقبت خواهند شد.

بیماران شناسایی شده بر اساس دستورالعمل که BMI کمتر از ۱۸.۵ داشته و همزمان، مبتلاء به ناامنی غذایی متوسط و شدید بر اساس پرسشنامه (HFIAS) باشند، مشمول دریافت سبد حمایتی خواهند بود.

در مرحله توسعه برنامه، پیش بینی می شود بیماران اسمیر منفی نیز تحت پوشش قرار گیرند.

مراقبت های تغذیه ای برای بیماران مبتلا به سل :

در برنامه مراقبت تغذیه ای بیماران مبتلا به سل، کلیه افراد مبتلا به سل فعال باید مراقبت های تغذیه ای زیر را دریافت نمایند:

الف- غربالگری اولیه تغذیه ای

ب- ارزیابی تخصصی وضعیت تغذیه

ج- ارزیابی امنیت غذایی بیمار

د- آموزش و مشاوره تغذیه به بیمار و همراهان

ه- پیگیری وضعیت تغذیه

بررسی افراد در تماس با بیماران

با توجه به احتمال بالای انتقال بیماری به اعضای خانواده از فرد بیمار، لازم است اعضای خانواده بیمار نیز حتما تحت ارزیابی تغذیه ای قرار گیرند و در صورت دارا بودن نمایه توده بدنی ۱۸.۵ و کمتر و تشخیص سوء تغذیه، بدلیل آسیب پذیری افراد مبتلا به سوء تغذیه برای ابتلا به سل، لازم است تحت مراقبت های تغذیه ای (آموزش و مشاوره) قرار گیرند و از تغذیه مناسب برخوردار گردند.

نقش ها و مسؤلیت های کارکنان

با ادغام مراقبت و درمان تغذیه ای در برنامه DOTs هر یک از کارکنان در سطوح مختلف نظام سلامت دارای وظایفی به شرح ذیل خواهند بود. لازم به ذکر است در چهار دانشگاه/دانشکده تحت پایلوت، در حال حاضر خوشبختانه کارشناس تغذیه در

شهرستانهای تحت مطالعه موجو است و ارزیابی تخصصی، آموزش تغذیه و تنظیم رژیم غذایی توسط آن کارشناس انجام خواهد شد.

در زمان تعمیم و گسترش برنامه در سایر دانشگاه ها، در صورت عدم حضور کارشناس تغذیه در شهرستان، تشخیص احتمالی سوء تغذیه و آموزش تغذیه توسط پزشک یا کاردان/کارشناس بیماری ها صورت خواهد گرفت و ارزیابی تخصصی تغذیه ای انجام نخواهد شد.

وظایف هماهنگ کننده سل (کاردان / کارشناس بیماری ها یا پزشک)

۱. تکمیل فرم غربالگری اولیه تغذیه و تشخیص احتمال سوء تغذیه بیماران
۲. ارائه توصیه های تغذیه ای و آموزش به بیمار و خانواده آنها
۳. تجویز مکمل های مورد نیاز
۴. ارجاع به کارشناس تغذیه (مستقر در ستاد شهرستان یا مرکز جامع سلامت) برای ارزیابی تخصصی تغذیه ای و دریافت مشاوره و رژیم غذایی

وظایف کارشناس تغذیه ستاد شهرستان / مرکز جامع سلامت

با توجه به حضور کارشناس تغذیه در چهار دانشگاه پیلوت مورد نظر، شرح وظایف کارشناسان تغذیه این چهار دانشگاه در این برنامه به شرح زیر اعلام می گردد:

۱. تکمیل فرم ارزیابی تخصصی تغذیه ای بیماران و تشخیص قطعی سوء تغذیه در بیماران
۲. تکمیل فرم ارزیابی امنیت غذایی بیماران در صورت تشخیص سوء تغذیه
۳. تعیین شرایط احراز دریافت سبد غذایی حمایتی و نظارت بر مصرف آن
۴. کنترل تامین و ارائه مکمل های غذایی به بیماران
۵. نظارت بر تامین و ارائه سبدهای غذایی برای بیماران
۶. ارائه مشاوره به بیمار و خانواده وی در زمینه اجرای توصیه های غذایی با تهیه دستورات غذایی بر اساس فرهنگ و میزان دسترسی اقتصادی بیمار و خانواده وی
۷. برنامه ریزی و در اولویت قرار دادن آموزش و توانمند سازی خانوار از نظر سواد تغذیه ای و استفاده بهینه از منابع غذایی موجود در دسترس
۸. تعیین شرایط احراز دریافت سبد غذایی / بن کارت غذایی
۹. تکمیل فرم پیگیری وضعیت تغذیه پس از دو ماه (همزمان با مراجعه بیماران برای تکمیل درمان)

وظایف کارشناس تغذیه ستاد دانشگاه

با توجه به حضور کارشناس تغذیه در شهرستانهای پیلوت این مطالعه، شرح وظایف واحد تغذیه ستاد دانشگاه به شرح دو مورد زیر است:

۱. نظارت بر فعالیت های کارشناسان تغذیه ستاد شهرستان ها/ مراکز جامع سلامت

۲. هماهنگی ستادی برای تامین و ارائه سبدهای غذایی حمایتی/ بن کارت غذایی
۳. هماهنگی ستادی با واحد مدیریت سل ستاد دانشگاه در صورت نیاز
۴. تعیین شرایط احراز دریافت سبد غذایی حمایتی و نظارت بر مصرف آن (تنها در صورت نبود کارشناس تغذیه محیطی)
۵. کنترل تامین و ارائه مکمل های غذایی به بیماران (تنها در صورت نبود کارشناس تغذیه محیطی)
۶. نظارت بر تامین و ارائه سبدهای غذایی برای بیماران (تنها در صورت نبود کارشناس تغذیه محیطی)
۷. تکمیل فرم پیگیری وضعیت تغذیه پس از دو ماه (همزمان با مراجعه بیماران برای تکمیل درمان، تنها در صورت نبود کارشناس تغذیه محیطی)

وظایف پشتیبانی دانشگاه

۱. تحویل بسته های غذایی حمایتی
۲. انبارداری و پایش بسته های غذایی
۳. ارسال بسته ها به شهرستان ها و کنترل تحویل گرفتن سبدهای غذایی توسط مسئولین شهرستان ها

شرایط تداوم توزیع سبد غذایی

۱. شرکت در برنامه آموزش تغذیه (خود یا خانواده)
۲. مراجعه منظم به سیستم بهداشتی و دریافت مراقبت های بهداشتی
۳. پایبندی به درمان

نکات مهم در مشاوره تغذیه

چالش های مشاوره در تغذیه:

۱. عدم توانایی در یافتن یا خرید غذاهای مغذی.
۲. آگاهی های تغذیه ای پایین و تصور این که تغذیه در مقایسه با سایر مشکلات مهم نیست .
۳. مشاورین غیر متخصص یا بی تجربه.
۴. باورهای نادرست در خصوص آنکه بیماری ها بدلیل سرنوشت و تقدیر ایجاد می شوند.
۵. عادات و رفتار های غذایی غلط

برخورد با چالش های مشاوره:

۱. تا حد امکان و بر حسب شرایط تعیین شده، داوطلبین را مورد حمایت غذایی قرار دهید.
۲. در خصوص اهمیت تغذیه برای پیشگیری و بهبودی بیماری، عملکرد بهتر در مدرسه یا محل کار و کمک به تاثیر بهتر دارودرمانی، مشاوره دهید.
۳. در خصوص تغذیه و روش های مشاوره بیشتر توضیح دهید.

۴. با مبتلایان به سل بصورت خصوصی صحبت کنید و به آنها اطمینان دهید که اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند.

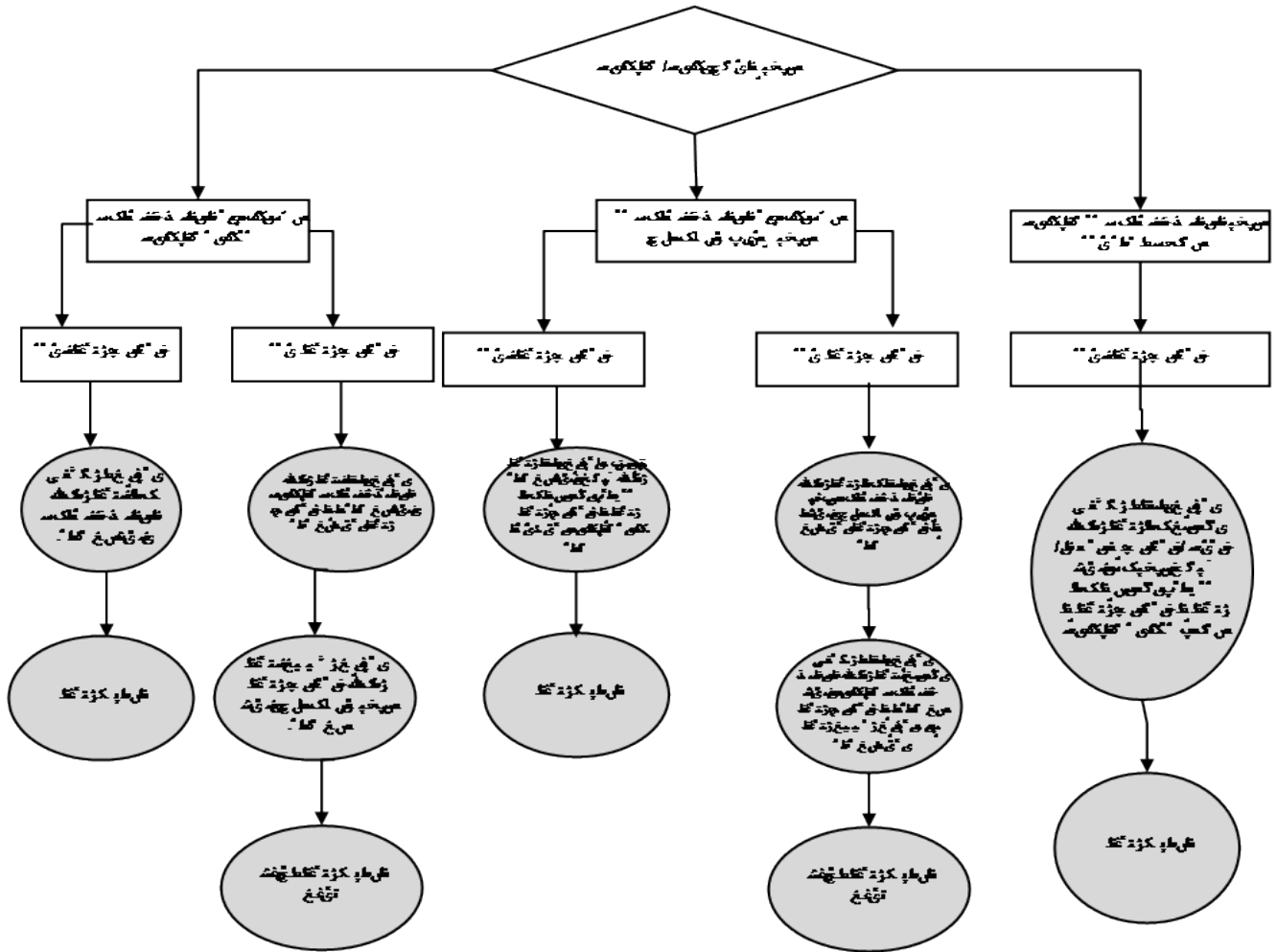
۵. شواهدی را در خصوص بهبودی بدنبال مداخلات تغذیه ای برای بیمار توضیح دهید.

روش های موثر بودن مشاوره

برای موثر بودن، مشاوره باید:

- محاوره دو طرفه داشته باشید.
- در ارتباط با وضعیت واقعی زندگی روزمره بیمار باشید.
- روی مشکل تمرکز کنید.
- با کمک گرفتن از مشاور سلامت روان، برطرف کردن مشکلات رفتارهای مرتبط با سلامتی را تسهیل کنید.
- به افراد برای برطرف کردن موانع رفتارهای سلامتی با همکاری یک کارشناس آموزش سلامت کمک کنید.

فلوچارت ارائه مراقبت های تغذیه ای به بیماران مبتلا به سل



مراحل اجرای کار:

۱. پس از اخذ اطلاعات اولیه در خصوص وضعیت بیمار، فرم غربالگری تغذیه توسط کاردان/کارشناس بیماری ها و یا پزشک هماهنگ کننده سل تکمیل می گردد (مطابق بسته دستورالعمل تکمیل فرم).
 ۲. اگر جواب حتی یکی از سوالات فرم غربالگری موارد تشخیص داده شده سل بلی باشد (مشکوک به سوء تغذیه)، جهت تشخیص، پیشگیری، کنترل و درمان سوء تغذیه به کارشناس تغذیه ارجاع داده می شوند.
- تبصره ۱:** در صورتی که بیمار بستری در بیمارستان ترخیص گردید، تحت نظر پزشک هماهنگ کننده سل قرار گرفته و با ارجاع از سوی پزشک مرکز، تحت مشاوره تغذیه کارشناس مرکز قرار می گیرد.

تبصره ۲: در مراکز روستایی و مراکز شهری که کارشناس تغذیه ندارند، مراقبتهای تغذیه ای شامل ارزیابی اولیه تغذیه، تشخیص احتمال سوء تغذیه، ارزیابی امنیت غذایی (HFIAS)، ارائه توصیه های تغذیه ای و فعالیت های مرتبط با سبب غذایی حمایتی توسط اعضای تیم برنامه مدیریت سل ارائه می شود.

۳. فرم ارزیابی تخصصی تغذیه بیماران توسط کارشناس تغذیه تکمیل و وضعیت بیمار از نظر ابتلا یا عدم ابتلا به سوء تغذیه تعیین می شود.

۴. آموزش تغذیه توسط کارشناس تغذیه

۵. کارشناس تغذیه، رژیم غذایی و توصیه های لازم را برحسب شرایط به بیماران و همراهان (مراقبین بیمار) ارائه می دهد.

۶. در صورتی که فرد پس از ارزیابی ها، امتیاز سوء تغذیه متوسط یا شدید گرفت، فرم ارزیابی امنیت غذایی (HFIAS: Household Food Insecurity Access Scale) توسط کارشناس تغذیه/ کارشناس ناظر مرکز بهداشتی درمانی/ کاردان بیماری ها و یا پزشک (به ترتیب اولویت در تکمیل: در صورتی که اولی نبود، توسط مسئول بعدی) تکمیل خواهد شد. صحت اطلاعات پرسشنامه تکمیل شده توسط پزشک معالج / کارشناس تغذیه نیز تایید می گردد.

۷. پس از طی کردن مراحل فوق، بیمار واجد نمایه توده بدنی کمتر از ۱۸.۵ و امتیاز ۸ و بالاتر از پرسشنامه HFIAS، واجد شرایط دریافت سبب حمایتی بوده و لازم است ارزیابی کننده، بیمار را برای دریافت سبب غذایی حمایتی به مسئولین از قبل تعیین شده اعلام نماید.

۸. دو هفته پس از ویزیت کارشناس تغذیه و دریافت سبب حمایتی، پیگیری وضعیت بیمار با مراجعه مجدد بیمار به کارشناس تغذیه انجام خواهد شد.

۹. لازم است در هر مرحله اطلاعات فرم های تکمیل شده در پرونده بیمار مبتلا به سل بایگانی گردد. پس از تکمیل حجم نمونه و اعلام توسط کارشناس سل استان، توقف انجام غربالگری به شهرستان اعلام می گردد. لازم است موارد خروج از درمان با توجه به معیارهای مذکور به ستاد شهرستان و استان نیز اعلام گردد.

نکات قابل توجه:

۱. کلیه بیماران شناسایی شده در جمعیت تحت پوشش مراکز، پس از غربالگری تغذیه و شروع درمان توسط پزشک، لازم است توسط کارشناس تغذیه در اولین فرصت طی هفته اول درمان، ویزیت شده و تحت ارزیابی وضعیت تغذیه بر اساس فرم مربوطه و مشاوره تغذیه قرار گیرند.

۲. همزمان با شروع درمان بیماران شناسایی شده در طرح (از شروع تا پایان درمان برای کلیه بیماران اسمیر مثبت شناسایی شده) و همزمان با درمان ضد سل روزانه یک عدد مولتی ویتامین مینرال/ ویتامین B6 نیز به کلیه بیماران داده می شود.

۳. بیماران دچار آنمی (خفیف تا شدید) شناسایی شده، پس از منفی شدن اسمیر خلط، توسط پزشک مرکز، تحت مکمل درمانی با آهن بر اساس وضعیت آنمی و شرایط بیمار قرار می گیرند.

۴. نحوه توزیع سبد غذایی/ کارت / بن مواد غذایی بر اساس مصوبات جلسات تغذیه با تصمیم گیری کمیته تغذیه شهرستان صورت خواهد گرفت (با توجه به توزیع سبد حمایتی توسط نهادهای و انجمن های حمایتی در بازه های زمانی معین، لازم است لیست بیماران واجد شرایط، پس از دریافت آخرین سبد غذایی بازنگری، آماده و فرم های مربوطه تکمیل گردد).
۵. بیمارانی در طرح ادغام مراقبت های تغذیه ای و دریافت سبد غذایی وارد می شوند که علاوه بر اینکه معیارهای پرسشنامه امنیت غذایی و وضعیت سوء تغذیه را دارا هستند، حداقل دو سبد از سه سبد حمایتی طرح را دریافت کرده باشند (جهت افزایش اعتبار و قابلیت سنجش نتایج کمک غذایی بر بهبود وضعیت سوء تغذیه).

پیگیری و پایش تغذیه

- تواتر پیگیری و ارزیابی سوء تغذیه بیماران پس از پایان درمان، مطابق پروتکل مدیریت سل (پس از پایان درمان بیمار، اطرافیان در تماس با او هر شش ماه تا دو سال یکبار) و توسط کارشناس تغذیه (یا کارشناس بیماری ها در صورت نبود کارشناس تغذیه) مورد ارزیابی قرار می گیرند.
- ارزیابی روند وزن گیری و BMI در دو ماه اول درمان (فاز حمله) هر دو هفته یکبار و در مرحله نگهدارنده به صورت ماهیانه توسط کارشناس بیماری ها برای کلیه بیماران (طبق دستورالعمل سل) انجام شده و نتایج در پرونده بیمار مسلول ثبت می گردد.
- ارزیابی بیماران از نظر پاراکلینیک از جمله بررسی آنمی (اندازه گیری میزان هموگلوبین) _در صورت لزوم- بر اساس نتیجه آزمایشات در پرونده بیمار صورت می گیرد.
- در مورد بیماران شناسایی شده در مراکز روستایی، پیگیری وضعیت تغذیه و روند وزنگیری بیمار توسط کارشناس ناظر بیماریها/ کارشناس بیماری ها / پزشک مرکز و در صورت نیاز درخواست مشاوره غیر حضوری به کارشناس تغذیه انجام شده، فرم پیگیری تغذیه ای تکمیل شده و در صورت عدم بهبودی و یا ادامه روند کاهش وزن، به کارشناس تغذیه مرکز جامع خدمات سلامت شهری روستایی/ شهری معرفی می شوند.
- در مورد بیماران تحت پوشش مراکز شهری، پیگیری کارشناس تغذیه (یا کارشناس بیماری ها در صورت نبود کارشناس تغذیه) از طریق ارزیابی مجدد مطابق فرم پیگیری تغذیه ای انجام می شود.
- بیماران از نظر مصرف سبد حمایتی و بررسی وضعیت دریافت روزانه مکمل مولتی ویتامین در فاز حمله هر دو هفته یکبار و در مرحله نگهدارنده بصورت ماهیانه توسط کارشناس بیماری ها و کارشناس ناظر بر درمان پایش می شوند.
- یک نسخه از فرم غربالگری، فرم ارزیابی تخصصی تغذیه، پرسشنامه HFIAS و رژیم غذایی تنظیم شده که در ویزیت های دوره ای تکمیل گردیده در پرونده بیمار نگهداری می گردد.
- فرم اطلاعات بیمار به صورت ماهیانه جمع بندی و به ستاد شهرستان ارسال می گردد.

شاخص های قابل استخراج از فرم های غربالگری و ارزیابی تغذیه ای بیماران :

۱. شیوع BMI کمتر از ۱۸.۵ در بیماران بالای ۱۸ سال در اولین مراجعه
۲. شیوع زد اسکور نمایه توده بدنی بر اساس سن و زد اسکور وزن به قد کمتر از ۲- در بیماران کمتر از ۱۸ سال
۳. شیوع مشکلات گوارشی از قبیل تهوع، استفراغ و اسهال
۴. شیوع ابتلا به بیماری های زمینه ای (دیابت، فشار خون بالا و ...)
۵. درصد بیماران واجد شرایط دریافت سبد حمایتی
۶. درصد سوء تغذیه با شدت های مختلف
۷. نسبت بیماران مراقبت شده توسط کاردان بیماری ها و پزشک (به تفکیک) به جمعیت بیماران مسلول منطقه
۸. درصد بیماران مشاوره شده توسط کارشناس تغذیه
۹. درصد کنترل سوء تغذیه بیماران
۱۰. مقایسه نتایج ارزیابی روند وزن گیری و BMI در دو ماه اول درمان (فاز حمله) هر دو هفته یکبار
۱۱. مقایسه نتایج ارزیابی روند وزن گیری و BMI در مرحله نگهدارنده به صورت ماهیانه
۱۲. ارتباط پایش وزن و نمایه توده بدنی بیماران با دریافت سبد حمایتی و مصرف روزانه مکمل مولتی ویتامین در فاز حمله و مرحله نگهدارنده
۱۳. درصد درجات مختلف نا امنی غذایی

امنیت غذایی بیمار:

در مشاوره، هدف شناسایی وضعیت تغذیه بیمار و نیازهای غذایی او با توجه به وضعیت معیشتی، عوارض همراه و یا نیازهای پزشکی بیمار است. همچنین لازم است موارد جایگزین برای اصلاح مشکلات بیمار تحت بررسی قرار گیرد. علاوه بر آن محدودیت هایی که بیمار در دسترسی به غذا دارد باید مورد شناسایی قرار گیرد. لازم است کارشناس تغذیه با جلب اعتماد بیمار و فرد مراقب یا اعضاء نزدیک خانواده بیمار، محیطی مناسب برای مشاوره و یافتن راه حلی برای مشکلات و نگرانی های بیمار فراهم نماید. در بیمارانی که سوء تغذیه شناسایی شده و واجد شرایط برای دریافت سبد غذایی حمایتی هستند، برنامه ریزی برای ارائه سبد حمایتی انجام می شود. محتوای سبد در جداول شماره ۱ و ۲ معرفی شده است.

بسته کمک غذایی

در طرح ارائه بسته غذایی برنامه ریزی شده برای بیمار، در واقع برای یک خانواده چهار نفره با احتساب تامین تخمینی نیاز روزانه بیمار بزرگسال عمدتاً به انرژی، پروتئین و برخی ریزمغذی های مورد نیاز طراحی شده است (جدول ۱ و ۲). بنابر این علاوه بر بیمار، اعضای خانوار نیز از بسته برای مدت زمان طراحی شده بهره خواهند برد.

اقدام غذایی جدول با توجه به غذاهای بومی و فرهنگ و عادات غذایی هر منطقه، با نظر کارشناس تغذیه مرکز شهرستان، قابل جایگزینی با غذاهای منطقه می باشد.

سبد غذایی حمایتی پیشنهادی خانوارهای دارای بیمار مبتلا به سل

پروتئین	کالری	ارزش (ریال)	توضیحات	مقدار هر سبد (برای ۲ ماه)	ماده غذایی
دو ماه (هر سبد)	دو ماه (هر سبد)	برای دو ماه (یک سبد)			
700	35,000	2,000,000		۱۰	برنج
224	9,800	290,400		۲.۸	ماکارونی
152	2,400	400,000	بصورت کیسه ای مدت دار	۴	شیر
1,200	9,000	1,200,000	معادل سهم، انواع گوشت سفید و قرمز به شکل کنسروی قابل جایگزینی است.	۶	انواع گوشت
200	6,000	150,000	بسته به شرایط منطقه گردوه - پسته و ...	۱	مغزها (بادام)
880	12,000	800,000		۴	حبوبات
40	5,400	300,000		۲	خرما
0	36,000	480,000		۴	روغن مایع
3,396	115,600	5,620,400			جمع

- کالری تامین شده از هر سبد به ازای هر روز برای هر خانواده : ۲۰۰۰ کیلوکالری
- پروتئین تامین شده از هر سبد به ازای هر روز برای هر خانواده : ۵۶۶ گرم
- تعداد کل سبدهای قابل تهیه با مشخصات فوق: ۱۰۰۰ سبد (با توجه به مبلغ قابل پرداخت توسط خیرین که ۵۶۰ میلیون تومان کل است)
- تعداد سبد قابل توزیع در هر نوبت: ۳۳۰ عدد
- تعداد افراد تحت پوشش واجد شرایط دریافت سبد: ۳۳۰ نفر

اختصاصات اجرا در سه منطقه زابل، زاهدان و ایرانشهر

درصد پیشرفت کار	زمان برحسب ماه										مراحل اجرایی طرح	
	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲		۱
									*	*	*	* تشکیل جلسات جهت جلب حمایت خیرین
									*	*	*	* بازنگری بسته های اجرایی و دستورالعمل
									*	*		تشکیل جلسات هماهنگی ستادی
								*	*			جلسه هماهنگی با دانشگاهها و تدوین فرایند اجرای پایلوت
									*			مکاتبه و ارسال بسته های آموزشی و اجرایی
						*	*	*				تشکیل کارگاه مجازی اجرای برنامه
					*	*	*					بازدید از نحوه اجرای برنامه
				*	*	*						تحلیل اجرای برنامه
		*										گزارش نهایی دانشگاههای

