Original Article **Open Access**

Health Law Journal

2025; 3: e24

International ThinkTank of Human Dignity | The Bioethics and Health Law Institute | The Iranian Association of Medical Law

Design of a Rights-Based Protocol to Reduce Malnutrition in Children Under Five Years in Hormozgan Province

Raha Rivaz[1], Mehran Zareian[2], Fatemeh EhsaniTabar[2], Seyyed Reza Sobhani[3]*

1. Department of Clinical Nutrition, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
2. Department of Nutritional Sciences, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
3. Department of Community Nutrition, School of Nutritional Sciences and Dietetics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Childhood malnutrition represents a major public health challenge with profound physical, cognitive, social and economic consequences. In Hormozgan Province - one of Iran's deprived regions - the prevalence of severe stunting and underweight among children under five years exceeds the national average. This study aimed to design and develop a locally adapted, rights-based protocol to reduce the incidence of severe malnutrition in children aged 6 months to 5 years.

Methods: This study employed a participatory approach combined with situational analysis. Following a needs assessment, stakeholder analysis was conducted to evaluate stakeholders' power and willingness to engage in program design and implementation. Overall and specific objectives were formulated using the SMART criteria. Evidence-based strategies were developed through scientific literature review and stakeholder scoring/ prioritization. For each strategy, an operational table, Gantt chart timeline, cost estimation and evaluation plan were prepared.

Ethical Considerations: In the present research, the ethical aspects of the library study, including the authenticity of the texts, honesty and integrity, have been observed.

Results: Domestic and international studies demonstrate that nutritional supplementation combined with education and food support (e.g., food baskets and nutrition vouchers) improves anthropometric indices and reduces mortality risk in children. Within this protocol, a targeted food basket and therapeutic supplements were designed for the three lowest economic deciles in the province. Practical mechanisms for beneficiary identification, implementation, community education and effectiveness monitoring were also developed.

Conclusion: Through participatory design with stakeholders, grounded in scientific evidence and child rights principles, this protocol offers a feasible and scalable model for reducing malnutrition in deprived areas of Iran. Sustained financial support, continuous training and rigorous performance monitoring are essential for the success and national scalability of similar programs.

Keywords: Civil Responsibility; Right to Healthy Nutrition; Food Security; Iranian Laws

Corresponding Author: Seyyed Reza Sobhani; **Email:** seyyedrezasobhani@gmail.com

Received: November 15, 2025; **Accepted:** January 20, 2026; **Published Online:** February 20, 2026

Please cite this article as:

Rivaz R, Zareian M, EhsaniTabar F, Sobhani SR. Design of a Rights-Based Protocol to Reduce Malnutrition in Children Under Five Years in Hormozgan Province. Health Law Journal. 2025; 3: e24.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

Copyright©2025, the Authors. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format for any purpose, even commercially) and Adapt (remix, transform and build upon the material for any purpose, even commercially) under CC BY 4.0 terms.

دسترسی آزاد | مقاله پژوهشی

مجله حقوق سلامت

دوره سوم، ۱۴۰۴

طراحی یک پروتکل حقوق‌محور برای کاهش سوءتغذیه کودکان زیر پنج سال در استان هرمزگان

رها ریواز[۱]، مهران زارعیان[۲]، فاطمه احسانی‌تبار[۲]، سیدرضا سبحانی[۳*]

۱. گروه تغذیه بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۲. گروه علوم تغذیه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۳. گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و رژیم‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: سوءتغذیه در دوران کودکی یکی از چالش‌های جدی سلامت عمومی با پیامدهای گسترده جسمی، شناختی، اجتماعی و اقتصادی است. در استان هرمزگان به عنوان یکی از مناطق محروم ایران، شیوع کوتاه‌قدی شدید و کم‌وزنی در کودکان زیر پنج سال بالاتر از میانگین کشوری گزارش شده است. هدف این مطالعه، طراحی و تدوین یک پروتکل بومی مبتنی بر رویکرد حقوق‌محور برای کاهش شیوع سوءتغذیه شدید در کودکان ۶ ماهه تا ۵ ساله است.

روش: در این مطالعه از رویکرد مشارکتی و تحلیل وضعیت استفاده شد. پس از نیازسنجی، تحلیل ذی‌نفعان و تعیین قدرت و تمایل آن‌ها برای مشارکت در طراحی و اجرای برنامه، اهداف کلی و اختصاصی با مدل SMART تدوین شدند. بر اساس شواهد علمی و امتیازدهی ذی‌نفعان، استراتژی‌های اجرایی تدوین و برای هر یک جدول عملیاتی، جدول زمان‌بندی گانت، برآورد هزینه و طرح ارزشیابی تنظیم شد.

ملاحظات اخلاقی: در پژوهش حاضر، جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای، از جمله اصالت متون، صداقت و امانت، رعایت شده است.

یافته‌ها: مطالعات داخلی و بین‌المللی نشان دادند که استفاده از مکمل‌های غذایی، همراه با آموزش و حمایت غذایی (مانند بسته‌های سبد کالا و کوپن‌های تغذیه‌ای)، موجب بهبود شاخص‌های آنتروپومتریک و کاهش خطر مرگ در کودکان می‌شود. در قالب این پروتکل، سبد غذایی و مکمل‌های درمانی برای سه دهک پایین اقتصادی استان طراحی شد و راهکارهایی برای شناسایی، اجرا، آموزش و پایش اثربخشی برنامه تدوین گردید.

نتیجه‌گیری: طراحی این پروتکل با مشارکت ذی‌نفعان، مبتنی بر شواهد علمی و اصول حقوق کودک، مدلی قابل اجرا و قابل تعمیم برای کاهش سوءتغذیه در مناطق محروم کشور فراهم کرده است. استمرار حمایت‌های مالی، آموزش مستمر و پایش عملکرد، کلید موفقیت برنامه‌های مشابه در سطح ملی خواهد بود.

واژگان کلیدی: سوءتغذیه کودکان؛ سبد غذایی حمایتی؛ مکمل‌های غذایی؛ حقوق بشر

نویسنده مسئول: سیدرضا سبحانی؛ **پست الکترونیک:** seyyedrezasobhani@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۲۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۴/۱۰/۳۰؛ **تاریخ انتشار:** ۱۴۰۴/۱۲/۰۱

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Rivaz R, Zareian M, EhsaniTabar F, Sobhani SR. Design of a Rights-Based Protocol to Reduce Malnutrition in Children Under Five Years in Hormozgan Province. Health Law Journal. 2025; 3: e24.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

مقدمه

سوءتغذیه یکی از پیچیده‌ترین و فراگیرترین چالش‌های سلامت عمومی در جهان معاصر است که ابعاد چندگانه زیستی، اجتماعی، اقتصادی و حقوقی را دربر می‌گیرد (۱). سوءتغذیه پروتئین ـ انرژی به معنای عدم تعادل میان دریافت انرژی و پروتئین و نیازهای فیزیولوژیکی بدن، می‌تواند به اشکال مختلفی نظیر لاغری (Wasting)، کوتاه‌قدی (Stunting)، کم‌وزنی (Underweight) و حتی چاقی بروز یابد (۲). این وضعیت به ویژه در کودکان زیر پنج سال و مادران باردار به دلیل نیازهای تغذیه‌ای خاص این دوره‌های حیاتی، عواقب شدید و گاه غیر قابل بازگشتی به همراه دارد (۱، ۳).

طبق آمار جهانی، حدود ۱۴۹ میلیون کودک زیر پنج سال به دلیل سوءتغذیه مزمن دچار کوتاه‌قدی هستند، ۳۴۰ میلیون کودک از کمبود ریزمغذی‌ها رنج می‌برند و بیش از ۱۱ درصد از مرگ و میرهای زیر پنج سال ناشی از سوءتغذیه حاد است (۴-۳)، اگرچه از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ شاهد کاهش نسبی این روند بوده‌ایم، همچنان سوءتغذیه یکی از دلایل اصلی اختلال رشد، ضعف ایمنی، و کاهش توان یادگیری و بهره‌وری در سنین بزرگسالی به شمار می‌رود (۶-۵). در ایران نیز شیوع کم‌وزنی، لاغری و کوتاه‌قدی در کودکان زیر پنج سال به ترتیب ۱۰/۵ درصد، ۷/۸ درصد و ۱۲/۴ درصد گزارش شده است. استان هرمزگان به عنوان یکی از مناطق محروم و پرچالش کشور، با نرخ لاغری ۱۱/۸ درصد و کم‌وزنی بین ۱۵ تا ۳۰ درصد، از وضعیت هشدار برخوردار است. همچنین، این استان با ۶ درصد شیوع کوتاه‌قدی، نشان‌دهنده بار مزمن سوءتغذیه در میان کودکان زیر پنج سال است (۵، ۸-۷).

عوامل مؤثر بر بروز سوءتغذیه به شدت با ساختارهای اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی گره خورده‌اند. فقر، ناامنی غذایی، رژیم‌های غذایی ناکافی، بیماری‌های عفونی، آموزش ناکافی مادران، توزیع ناعادلانه غذا درون خانواده، بحران‌های محیطی، تحریم‌ها و کم‌توجهی به نظام مراقبت‌های بهداشتی، از جمله عواملی هستند که زمینه‌ساز گسترش این بحران به ویژه در مناطق محروم کشور شده‌اند. این وضعیت تنها به آسیب‌های جسمی محدود نمی‌شود، بلکه عواقب شناختی، روانی، متابولیکی و حتی بین‌نسلی نیز به همراه دارد. کودکانی که از سوءتغذیه رنج می‌برند، در معرض تولد زودرس، وزن پایین هنگام تولد، نقص رشد مغزی و جسمی، اختلال در سوخت‌وساز گلوکز و کاهش عملکرد سیستم ایمنی قرار دارند (۷، ۱۰-۹).

از منظر اقتصادی نیز، سوءتغذیه یکی از پرهزینه‌ترین مشکلات سلامت جهانی است (۱۱). بررسی‌ها نشان می‌دهد که درمان سوءتغذیه حاد با روش‌های مبتنی بر جامعه بین ۳۶ تا ۵۳ دلار به ازای هر سال عمر سالم (DALY) هزینه دارد، در حالی که این رقم در روش‌های درمان مبتنی بر مراکز درمانی ممکن است تا ۱۳۴۴ دلار برای هر کودک افزایش یابد (۱۰، ۱۲). در کشورهایی همچون ایالات متحده آمریکا نیز، بار اقتصادی سوءتغذیه و کمبود ریزمغذی‌ها سالانه میلیاردها دلار بر سیستم سلامت تحمیل می‌کند. در مقابل، سرمایه‌گذاری در پیشگیری از سوءتغذیه بازده اقتصادی بسیار بالاتری داشته و به کاهش بار بیماری، افزایش بهره‌وری و تحقق توسعه انسانی منجر می‌شود (۱۰، ۱۳).

از نگاه حقوق بشری، تغذیه کافی نه‌تنها یک نیاز زیستی، بلکه یکی از حقوق بنیادین انسان‌هاست. حق بر غذا که در اسناد بین‌المللی چون میثاق حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و کنوانسیون حقوق کودک به رسمیت شناخته‌شده، زیربنای بهره‌مندی از سایر حقوق انسانی نظیر آموزش، سلامت، کرامت و مشارکت اجتماعی است. در این میان، کودکان و زنان باردار به دلیل آسیب‌پذیری بیشتر، اولویت بالاتری در تحقق این حق دارند. نقض حق تغذیه، به ویژه در دوران بحرانی رشد، نه‌تنها ناقض کرامت انسانی است، بلکه پیامدهای پایدار و گاه برگشت‌ناپذیری بر فرد و جامعه تحمیل می‌کند (۱۵-۱۴).

بر این اساس، مقاله حاضر با هدف کاهش بار سوءتغذیه در مادران باردار و کودکان زیر پنج سال استان هرمزگان، یک پروتکل بومی و حقوق‌محور طراحی کرده است. این پروتکل، با اتکا بر شواهد علمی، رویکرد چندبخشی، مشارکت ذی‌نفعان

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

محلی و اصول عدالت اجتماعی، می‌کوشد تا الگویی اجرایی، مقرون به صرفه و قابل‌تعمیم برای مداخلات استانی در حوزه سلامت و تغذیه فراهم آورد.

روش

این پروتکل بر پایه رویکردی مشارکتی، تحلیل وضعیت و طراحی مبتنی بر شواهد تدوین شده است. در مرحله نخست، نیازسنجی وضعیت تغذیه در کودکان ۶ ماهه تا ۵ سال در استان هرمزگان بر اساس منابع ملی، داده‌های جمع‌آوری‌شده و بررسی‌های میدانی انجام گرفت، سپس با بهره‌گیری از روش تحلیل ذی‌نفعان، گروه‌های مرتبط شناسایی شدند. این ذی‌نفعان شامل کارکنان حوزه بهداشت، مسئولان استانی، کارشناسان تغذیه، تسهیل‌گران سلامت، خانواده‌ها، نهادهای حمایتی، سازمان‌های غیر دولتی و سایر بازیگران مؤثر در نظام تغذیه بودند.

تحلیل ذی‌نفعان بر اساس دو معیار قدرت (Power) و تمایل (Interest) برای مشارکت در طراحی و اجرای برنامه انجام شد و ذی‌نفعان کلیدی مشخص شد که در شکل ۱، جدول تحلیل ذی‌نفعان آورده شده است.



شکل ۱: جدول تحلیل ذی‌نفعان بر اساس دو معیار قدرت و تمایل

پس از شناسایی ذی‌نفعان کلیدی، با برگزاری جلسات مشاوره و گفتگوهای هدفمند برای طرح مسأله، جلب مشارکت و تعیین اولویت‌ها منجر به تعریف اهداف کلی و اهداف اختصاصی برنامه شد که با استفاده از اصول SMART (ویژه، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، مرتبط، زمان‌مند) تدوین شدند؛ در جدول ۱ SMART مربوط به هدف آورده شده است.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

جدول ۱: معیارهای SMART اعمال‌شده بر هدف اصلی

Specific (مشخص)	Measurable (قابل اندازه‌گیری)	Achievable (قابل دستیابی)	Relevant (مرتبط)	Time-Frame (زمان‌بندی)
وضعیت تغذیه کودکان زیر ۵ سال را بهبود دهیم و شاخص‌های رشد کودکان را به میزان قابل‌توجهی افزایش دهیم.	چگونه پی می‌بریم که تغییرات اتفاق افتاده‌اند؟ ۱ـ اندازه‌گیری تغییرات در شاخص‌های رشد کودکان (وزن، قد، و وزن برای قد). ۲ـ بررسی میزان دسترسی گروه هدف به سبدهای حمایتی و مکمل‌ها. ۳ـ ارزیابی تغییرات در کیفیت رژیم غذایی کودکان از طریق پرسش‌نامه‌های غذایی.	آیا اهداف در زمان مورد نظر و با توجه به منابع موجود می‌توانند به دست آیند؟ بله، اما تحقق این هدف نیازمند تأمین منابع پایدار مانند بودجه کافی برای تهیه سبدهای حمایتی، مکمل‌ها، و پایش دقیق است. بازه زمانی سه‌ساله برای مشاهده تغییرات در شاخص‌های رشد و تغذیه کودکان منطقی و کافی به نظر می‌رسد.	آیا این هدف و اطلاعات یا داده‌های جمع‌آوری‌شده با هدف کلی مرتبط هستند؟ بله، این هدف بهبود مستقیم شاخص‌های رشد کودکان را دنبال می‌کند که یکی از بخش‌های اصلی اهداف کلی سلامت جامعه است.	انتظار داریم اهداف چه زمانی حاصل شوند؟ انتظار می‌رود طی ۳۶ ماه (۳ سال) از شروع برنامه، شاخص‌های رشد کودکان (وزن، قد، و شاخص وزن برای قد) حداقل ۲۰ درصد نسبت به ابتدای برنامه بهبود یابد.
جامعه: کودکان زیر ۵ سال از ۳ دهک پایین درآمدی.	مقیاس‌های اندازه‌گیری یا ارزشیابی موفقیت کدامند؟ ۱ـ بهبود ۲۰ درصد در شاخص‌های رشد کودکان بر اساس استانداردهای (WHO). ۲ـ تعداد سبدهای حمایتی توزیع‌شده و دریافت‌شده. ۳ـ درصد بهبود کیفیت رژیم غذایی از طریق امتیازدهی پرسش‌نامه‌های تغذیه‌ای.	آیا منبع علمی و تکنیکی برای آن وجود دارد؟ بله، راهنماهای WHO و FAO برای بهبود تغذیه کودکان ابزارهای مشخصی ارائه کرده‌اند. نتایج برنامه‌های مشابه در کشورهایی مانند هند و بنگلادش نشان می‌دهد که این نوع مداخلات می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر رشد کودکان داشته باشد.	آیا این اهداف منجر به نتایج موردنظر می‌شوند؟ بله، با اجرای مداخلات چندجانبه (مانند ارائه سبد غذایی و مکمل‌ها)، رشد کودکان و سلامت آن‌ها بهبود یافته و نتایج پایدار حاصل خواهد شد.	آخرین فرصت تعیین‌شده چه زمانی است؟ پایان سال سوم از آغاز برنامه. این بازه زمانی به مداخلات تغذیه‌ای، ارزیابی مستمر، و ایجاد تغییرات پایدار فرصت کافی می‌دهد.
استراتژی: ارائه سبد غذایی حاوی مواد ضروری و توزیع مکمل‌ها و ویتامین‌ها. جهت بهبود شاخص‌های رشد و کاهش حداقل ۳۰ درصد نسبت به وضعیت اولیه.	آیا این مقادیر قابل جمع‌آوری و اندازه‌گیری هستند؟ بله، از طریق اندازه‌گیری مستقیم قد و وزن کودکان در مراکز بهداشت، گزارش‌های توزیع سبد غذایی و مکمل‌ها، پرسش‌نامه‌های غذایی و تحلیل داده‌ها توسط تیم‌های تغذیه.			

در پی تلفیق شواهد با داده‌های بومی و تحلیل وضعیت استان هرمزگان، یکی از اهداف اصلی این پروتکل، کاهش حداقل ۳۰ درصد از شیوع سوءتغذیه شدید در میان کودکان زیر پنج سال از طریق ارتقای وضعیت تغذیه در سه دهک پایین اقتصادی تعیین گردید.

سپس، با بهره‌گیری از نظریه‌های تغییر رفتار (از جمله باور بهداشتی، باور سلامت، نظریه شناختی ـ اجتماعی و مدل اکولوژیکی) و مطالعات پیشین استراتژی‌ها و روش‌های اجرایی متناسب با هدف تعیین گردید که استراتژی نهایی انتخاب‌شده تأمین سبد کالای حمایتی و مکمل‌های تغذیه‌ای درمانی برای گروه‌های هدف به همراه آموزش.

بر این اساس، مجموعه اقدامات زیر به عنوان اجزای کلیدی مداخله تعریف شده است:

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

۱ـ شناسایی خانوارهای واجد شرایط از طریق پایگاه‌های مراکز بهداشت و داده‌های وزارت تعاون؛

۲ـ بررسی وضعیت اقتصادی خانوارها برای اولویت‌بندی سه دهک پایین درآمدی؛

۳ـ طراحی سبدکالای بهینه شامل اقلام اساسی، مواد غذایی غنی‌شده و مکمل‌ها، با در نظرگرفتن نیازهای تغذیه‌ای مادران باردار و کودکان؛

۴ـ بررسی بالینی کمبودهای تغذیه‌ای با استفاده از داده‌های آزمایشگاهی موجود در مراکز بهداشت؛

۵ـ تأمین بن خرید مکمل‌های درمانی از طریق داروخانه‌های منطقه‌ای؛

۶ـ هماهنگی با شبکه تأمین‌کنندگان محلی و فروشگاه‌های دولتی جهت دسترسی منصفانه و پایدار به اقلام مورد نیاز؛

۷ـ برنامه آموزشی برای مادران در خصوص نحوه استفاده از اقلام تغذیه‌ای و مکمل‌ها از طریق مراکز بهداشت؛

۸ـ پایش و ارزشیابی فرآیند و اثربخشی برنامه از طریق جمع‌آوری داده از فروشگاه‌ها، داروخانه‌ها، مراکز بهداشت و خانوارهای مشمول.

برای هر یک از استراتژی‌های پیشنهادی، جداول عملیاتی مشتمل بر فعالیت‌ها، مسئولان اجرا، شاخص‌های سنجش و شاخص‌های منابع طراحی شد. همچنین جدول زمان‌بندی (گانت چارت) و برآورد هزینه‌های اجرای برنامه نیز تدوین گردید تا به شفاف‌سازی منابع و تسهیل در اجرا کمک کند؛ که جدول گانت در جدول ۲ به شکل انجام فعالیت به صورت ۳ ماهه آورده شده است.

جدول ۲: جدول زمان‌بندی انجام فعالیت به صورت ۳ماهه

فعالیت / ماه ۳	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
شناسایی خانوارهای واجد شرایط	❋	❋										
بررسی وضعیت اقتصادی خانوارها		❋										
بررسی نیازهای تغذیه‌ای و کمبودهای بالینی		❋										
طراحی سبد کالای بهینه			❋									
هماهنگی تأمین بن خرید برای مکمل‌ها	❋	❋	❋	❋	❋	❋	❋	❋	❋	❋	❋	❋
هماهنگی با تأمین‌کنندگان محلی و مراکز توزیع	❋	❋	❋	❋	❋	❋	❋	❋	❋	❋	❋	❋
اجرای برنامه آموزشی در مراکز بهداشت (۱ بار هر ۳ ماه)	❋	❋	❋	❋	❋	❋	❋	❋	❋	❋	❋	❋
پایش و ارزیابی اثربخشی		❋		❋		❋		❋		❋		❋

در نهایت درکنار اجرای برنامه، یک چهارچوب ارزشیابی برای سنجش فرآیند و اثربخشی مداخلات طراحی شد. این ارزشیابی به صورت مرحله‌ای و با مشارکت ذی‌نفعان صورت خواهد گرفت تا از تحقق اهداف برنامه، استفاده بهینه از منابع، و امکان اصلاح و بهبود در طول زمان اطمینان حاصل گردد؛ اطلاعات تکمیلی چهارچوب ارزشیابی (سؤالات ارزشیابی، شاخص‌ها، منابع داده‌ها، ابزار ارزشیابی و زمان انجام ارزشیابی) در جدول ۳ آورده شده است.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

جدول ۳: چهارچوب ارزشیابی برای سنجش فرآیند و اثربخشی مداخلات طراحی‌شده

سؤال ارزشیابی	شاخص‌ها	منابع داده	ابزار	زمان
آیا تمام خانوارهای واجد شرایط به‌درستی شناسایی شده‌اند؟	۱ـ درصد تطابق خانوارهای شناسایی‌شده با معیارهای واجد شرایط‌بودن. ۲ـ میزان پوشش جمعیتی برنامه (نسبت شناسایی‌شدگان به کل جمعیت هدف). ۳ـ تعداد خانوارهای شناسایی‌شده در هر منطقه.	۱ـ گزارش‌های مرکز بهداشت. ۲ـ بانک‌های اطلاعات محلی. ۳ـ اطلاعات ثبت‌شده در سیستم‌های مدیریت داده برنامه.	۱ـ سیستم اطلاعات جغرافیایی (GIS) برای نقشه‌برداری جمعیت هدف. ۲ـ نرم‌افزارهای مدیریت پایگاه داده. ۳ـ پرسشنامه‌های خانوار و فرم‌های شناسایی دیجیتال.	۱ـ دو ماه پس از آغاز فرآیند شناسایی (گزارش اولیه). ۲ـ هر سه ماه برای پایش و اصلاح فرآیند شناسایی.
آیا وضعیت اقتصادی خانوارهای واجد شرایط به درستی و به طور کامل بررسی شده است؟	۱ـ درصد خانوارهایی که اطلاعات اقتصادی آن‌ها در سامانه ثبت شده است. ۲ـ میزان دقت داده‌ها در مقایسه با معیارهای تعیین وضعیت اقتصادی. ۳ـ تعداد خانوارهای دارای اولویت بر اساس تحلیل اقتصادی.	۱ـ سامانه اطلاعات اقتصادی وزارت تعاون. ۲ـ گزارش‌های مرکز بهداشت. ۳ـ اطلاعات میدانی جمع‌آوری‌شده از خانوارهای هدف.	۱ـ فرم‌های ارزیابی اقتصادی خانوار. ۲ـ نرم‌افزارهای تحلیل داده اقتصادی. ۳ـ مصاحبه با سرپرستان خانوار و پیمایش داده‌های اقتصادی محلی.	۱ـ دو ماه پس از آغاز فرآیند شناسایی (گزارش اولیه). ۲ـ هر سه ماه برای پایش و اصلاح فرآیند شناسایی.
۱ـ آیا سبد کالای طراحی‌شده نیازهای تغذیه‌ای مادران باردار و کودکان زیر ۵ سال را تأمین می‌کند؟ ۲ـ آیا اقلام پیشنهادی در بازار به راحتی در دسترس هستند؟	۱ـ میزان تطابق اقلام سبد کالا با استانداردهای تغذیه‌ای و وزارت بهداشت. ۲ـ تعداد اقلام غنی‌شده در سبد. ۳ـ درصد خانواده‌هایی که گزارش رضایت از اقلام را ارائه کرده‌اند.	۱ـ گزارش داده‌های آزمایشگاهی. ۲ـ نظرسنجی از خانواده‌های واجد شرایط. ۳ـ گزارش‌های موجودی و فروشگاه‌های توزیع‌کننده.	۱ـ جداول ارزش تغذیه‌ای برای تجزیه و تحلیل اقلام. ۲ـ پرسشنامه برای نظرسنجی از خانوارها. ۳ـ داده‌های آماری از فروشگاه‌ها و مراکز توزیع. ۴ـ داده‌های پزشکی و آزمایشگاهی خانوارها.	۱ـ شش ماه پس از آغاز برنامه برای جمع‌آوری داده‌های اولیه. ۲ـ بررسی‌های دوره‌ای هر سه ماه برای اطمینان از اثربخشی سبد کالا و بازنگری احتمالی.
۱ـ آیا کمبودهای تغذیه‌ای شایع در مادران باردار و کودکان زیر ۵ سال شناسایی شده است؟ ۲ـ آیا داده‌های آزمایشگاهی به طور مؤثر گرفته و ثبت می‌شود؟	۱ـ تعداد موارد شناسایی‌شده کمبودهای تغذیه‌ای. ۲ـ درصد پوشش خانوارهای تحت آزمایش.	۱ـ گزارش‌های آزمایشگاهی مراکز بهداشت. ۲ـ پرونده‌های پزشکی مادران باردار و کودکان. ۳ـ پایگاه داده سلامت منطقه‌ای.	۱ـ تجهیزات آزمایشگاهی برای سنجش کمبودهای تغذیه‌ای. ۲ـ نرم‌افزارهای تحلیل داده‌های آزمایشگاهی. ۳ـ پرسشنامه‌ها و فرم‌های ثبت اطلاعات برای مادران و کودکان.	۱ـ شش ماه اول برنامه برای شناسایی کامل کمبودها. ۲ـ بازنگری داده‌ها هر سه ماه برای پیگیری روند پیشرفت.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

سؤال ارزشیابی	شاخص‌ها	منابع داده	ابزار	زمان
۱ـ آیا بن‌های خرید به موقع و به صورت عادلانه در اختیار گروه هدف قرار گرفته‌اند؟ ۲ـ آیا مکمل‌های تغذیه‌ای درمانی مورد نیاز گروه هدف در داروخانه‌های منطقه تأمین شده‌اند؟ ۳ـ آیا رضایت گروه هدف از فرآیند دریافت بن و مکمل‌ها بررسی شده است؟	۱ـ تعداد بن‌های توزیع‌شده میان گروه هدف. ۲ـ درصد داروخانه‌های منطقه که مکمل‌های مورد نیاز را تأمین کرده‌اند. ۳ـ سطح رضایت مادران و خانواده‌ها از برنامه.	۱ـ گزارش توزیع بن‌ها از سازمان مسئول. ۲ـ گزارش موجودی و فروش مکمل‌ها از داروخانه‌های منطقه. ۳ـ نظرسنجی از گروه هدف.	۱ـ سامانه ثبت و پیگیری توزیع بن خرید. ۲ـ فرم‌های ثبت موجودی داروخانه‌ها. ۳ـ پرسشنامه نظرسنجی از مادران و خانواده‌ها.	۱ـ توزیع بن‌ها: در سه ماه اول برنامه. ۲ـ تأمین مکمل‌ها در داروخانه‌ها: همزمان با آغاز برنامه. ۳ـ نظرسنجی از گروه هدف: پایان هر ۳ ماه.
۱ـ آیا فروشگاه‌های محلی و دولتی در برنامه تأمین و توزیع کالا مشارکت داشته‌اند؟ ۲ـ آیا دسترسی گروه هدف به اقلام ضروری و غنی‌شده بهبود یافته است؟ ۳ـ آیا موجودی کالا در فروشگاه‌ها پایدار بوده است؟	۱ـ تعداد فروشگاه‌های محلی و دولتی شرکت‌کننده در برنامه. ۲ـ درصد خانوارهای هدف که به اقلام موردنیاز دسترسی داشته‌اند. ۳ـ میزان موجودی و فروش اقلام در فروشگاه‌ها طی بازه زمانی برنامه.	۱ـ گزارش عملکرد فروشگاه‌های محلی و دولتی. ۲ـ نظرسنجی از خانوارهای هدف. ۳ـ گزارش خرید و فروش اقلام از سامانه مدیریت توزیع.	۱ـ پرسشنامه برای ارزیابی عملکرد فروشگاه‌ها. ۲ـ گزارش‌های فروش و موجودی اقلام. ۳ـ نظرسنجی از خانوارهای هدف.	۱ـ ارزیابی اولیه دسترسی: دو ماه پس از آغاز برنامه. ۲ـ پایش موجودی کالا: به صورت ماهانه. ۳ـ نظرسنجی از خانوارهای هدف: پایان هر ۳ماه.
۱ـ آیا برنامه آموزشی در مراکز بهداشت به‌درستی اجرا شده است؟ ۲ـ آیا مادران هدف از اطلاعات ارائه‌شده در خصوص استفاده بهینه از اقلام غذایی و مکمل‌ها بهره‌برداری کرده‌اند؟ ۳ـ آیا میزان درک و رضایت از محتوای آموزشی افزایش یافته است؟	۱ـ تعداد جلسات آموزشی برگزارشده در مراکز بهداشت. ۲ـ درصد مادران آگاه‌شده در خصوص استفاده بهینه از اقلام غذایی و مکمل‌ها. ۳ـ سطح رضایت مادران از محتوا و نحوه آموزش.	۱ـ گزارش فعالیت‌های آموزشی از مراکز بهداشت. ۲ـ نظرسنجی از مادران پس از شرکت در جلسات آموزشی. ۳ـ ارزیابی‌های عملکردی مربیان و کارشناسان بهداشت.	۱ـ فرم‌های ارزیابی کارگاه‌های آموزشی. ۲ـ پرسشنامه‌های نظرسنجی از مادران شرکت‌کننده در برنامه. ۳ـ گزارش‌های آموزشی مربیان.	۱ـ ارزیابی درک و آگاهی مادران: پس از هر کارگاه. ۲ـ نظرسنجی از مادران: پایان هر سه ماه از اجرای برنامه.
۱ـ آیا داده‌های جمع‌آوری‌شده از فروشگاه‌ها، داروخانه‌ها، مراکز بهداشت و خانوارهای واجد شرایط نشان‌دهنده اثربخشی مثبت برنامه هستند؟ ۲ـ آیا تغییرات در مصرف محصولات و استفاده از مکمل‌ها به وضوح مشاهده شده است؟ ۳ـ آیا برنامه بر کاهش سوءتغذیه و بهبود وضعیت تغذیه‌ای گروه هدف تأثیر داشته است؟	۱ـ درصد خانوارهایی که به طور مؤثر از سبد کالا و مکمل‌ها استفاده کرده‌اند. ۲ـ تعداد فروشگاه‌ها و داروخانه‌هایی که به طور مداوم در برنامه مشارکت دارند. ۳ـ تغییرات مشاهده‌شده در وضعیت تغذیه‌ای و سلامت مادران و کودکان در پی اجرای برنامه.	۱ـ گزارش‌های فروشگاه‌ها و داروخانه‌ها. ۲ـ داده‌های موجود از مراکز بهداشت درباره وضعیت تغذیه‌ای خانوارهای هدف. ۳ـ پرسشنامه‌های ارزیابی از خانوارهای واجد شرایط.	۱ـ فرم‌های ثبت داده‌ها از فروشگاه‌ها و داروخانه‌ها. ۲ـ پرسشنامه‌های ارزیابی از مراکز بهداشت و خانوارها. ۳ـ نرم‌افزارهای تحلیلی برای بررسی تغییرات در وضعیت تغذیه و سلامت.	۱ـ جمع‌آوری داده‌ها: هر ماه به صورت مداوم. ۲ـ ارزیابی نتایج اولیه: ۶ ماه پس از شروع برنامه. ۳ـ ارزیابی نهایی: یک سال پس از اجرای برنامه.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها

در این مطالعه، با استفاده از رویکرد مشارکتی و تحلیل وضعیت، یک پروتکل بومی حقوق‌محور برای کاهش سوءتغذیه شدید در کودکان ۶ ماهه تا ۵ ساله در سه دهک پایین اقتصادی استان هرمزگان طراحی شد.

بر اساس شواهد علمی داخلی و بین‌المللی، مداخلات تغذیه‌ای ترکیبی (شامل توزیع سبد غذایی حمایتی، مکمل‌های درمانی و آموزش مراقبین) می‌توانند شاخص‌های آنتروپومتریک کودکان را بهبود بخشند و خطر مرگ ناشی از سوءتغذیه حاد شدید را کاهش دهند.

راهکارهای عملی شامل:

ـ شناسایی دقیق خانوارهای واجد شرایط بر اساس شاخص‌های اقتصادی و تغذیه‌ای.

ـ توزیع هدفمند سبد غذایی و مکمل‌ها.

ـ برنامه آموزشی مستمر برای مادران و مراقبین در مراکز بهداشت.

ـ پایش و ارزشیابی منظم شاخص‌های رشد.

تدوین شد. این پروتکل با مشارکت ذی‌نفعان کلیدی (ادارات بهداشت، بهزیستی، کمیته امداد، سازمان‌های خیریه و جوامع محلی) و بر اساس معیارهای SMART (مشخص، قابل اندازه‌گیری، قابل دستیابی، مرتبط و زمان‌دار) تهیه گردید تا امکان اجرا و تعمیم به سایر مناطق محروم فراهم شود. انتظار می‌رود این مداخله منجر به بهبود حداقل ۲۰ درصد در شیوع شاخص‌های تغذیه‌ای در گروه هدف طی دوره ۳ ساله شود.

بحث

مرور مطالعات داخلی و بین‌المللی نشان می‌دهد که مداخلات تغذیه‌ای، به ویژه در قالب بسته‌های غذایی و مکمل‌های مغذی به همراه اموزش، می‌توانند تأثیر به سزایی در بهبود شاخص‌های رشد و کاهش سوءتغذیه در کودکان زیر پنج سال داشته باشند. در این مطالعه، بر اساس تحلیل شواهد و طراحی مشارکتی با ذی‌نفعان، برنامه‌ای بومی برای کاهش سوءتغذیه شدید در استان هرمزگان در میان کودکان ۶ ماهه تا ۵ ساله ارائه گردید.

تحلیل مطالعات ملی و بین‌المللی در زمینه مداخلات تغذیه‌ای برای کاهش سوءتغذیه در کودکان زیر پنج سال، شواهد متنوعی از اثربخشی رویکردهای مختلف ارائه می‌دهد. این مداخلات، از توزیع سبدهای غذایی و مکمل‌های آماده تا آموزش مادران و درمان‌های درمانی، نه‌تنها بر شاخص‌های آنتروپومتریک مانند وزن به سن (WAZ: Weight-for-Age)، قد به سن (HAZ: Height-for-Age) و وزن به قد (WHZ: Weight-for-Height) تأثیر می‌گذارند، بلکه بر جنبه‌های رشدی، اقتصادی و اجتماعی نیز اثرگذار هستند. با این حال، موفقیت آن‌ها به عواملی مانند طراحی مطالعه، کنترل عوامل مخدوش‌کننده، پایش مصرف و شرایط زمینه‌ای بستگی دارد.

۱. شواهد بین‌المللی: در سطح جهانی، مطالعات بر مکمل‌های غذایی تخصصی و مداخلات ترکیبی تأکید دارند. برای نمونه، پانچال و همکاران (۲۰۲۳ م.) در یک مطالعه کوهورتی آینده‌نگر در مرکز توان‌بخشی تغذیه‌ای گجرات هند، اثربخشی تغذیه درمانی با فرمول‌های F-75 و F-100 را بر ۷۶ کودک ۶ تا ۶۰ ماهه با سوءتغذیه حاد شدید (SAM: Severe Acute Malnutrition) بررسی کردند. نتایج نشان‌دهنده بهبود معنی‌دار در وزن ($p<0.001$)، دور بازو (MUAC و $p<0.001$) و قد ($p<0.001$) بود، با میانگین افزایش وزن ۷/۹ گرم/ کیلوگرم/ روز و رسیدن ۵۶/۵۸ درصد کودکان به وزن هدف پس از میانگین اقامت ۱۷ روزه. این مداخله، همراه با مشاوره مادران، بر اهمیت درمان فوری و پیگیری تأکید کرد، هرچند نرخ ترک مطالعه بالا (تا ۴۰/۷۸ درصد) و حجم نمونه کوچک از محدودیت‌ها بودند (۱۶). گالاسو (Galasso E.) و همکاران (۲۰۱۹ م.) در ماداگاسکار، با طراحی خوشه‌ای تصادفی بر ۳/۷۳۸ مادر و کودک، اثرات افزودن مکمل‌های لیپیدی (LNS: Lipid-based Nutrient Supplements) و پیشگیری زودهنگام را ارزیابی کردند. مداخلات در کودکان زیر ۶ ماه مؤثرتر بود و گروه‌های

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

دریافت‌کننده LNS بهبود LAZ تا SD=۰/۲۱۶ و کاهش کوتاهی قد (تا ۸/۲ درصد) نشان دادند، در حالی که در کل نمونه تأثیر کلی معنی‌دار نبود. نقاط قوت شامل حجم نمونه بزرگ و بررسی مداخلات ترکیبی بود، اما چالش‌های اجرایی مانند پذیرش پایین تغییرات رفتاری محدودیت ایجاد کرد (۱۷).

۲. شواهد ملی در ایران: در ایران، مداخلات اغلب جامعه‌محور و مبتنی بر توزیع سبدهای غذایی همراه با آموزش هستند. قدسی و همکاران (۲۰۱۷ م.) در مطالعه شبه‌تجربی در قزوین و سمنان، برنامه توزیع ماهانه سبد غذایی (شامل برنج، روغن، شیر و کنسرو) را بر ۳۶۲ کودک بررسی کردند. هر دو گروه مداخله و مقایسه بهبود در WAZ، HAZ و WHZ نشان دادند ($p<0.001$)، اما تفاوت بین‌گروهی معنی‌دار نبود ($p>0.62$). عوامل محدودکننده مانند اشتراک غذا در خانواده (تنها ۵ درصد مصرف انحصاری توسط کودک)، توزیع نامنظم و کمبود ریزمغذی‌ها برجسته بودند (۱۸). درخشنده و همکاران (۲۰۱۹ م.) در فارس، سبدهای حمایتی ماهانه (شامل گوشت، تخم‌مرغ، حبوبات و روغن) را بر ۳/۶۶۷ کودک کم‌درآمد ارزیابی کردند. کاهش غیر معنی‌دار در شیوع کم‌وزنی شدید (۲/۵ درصد) و کوتاهی قد متوسط (۰/۵ درصد) مشاهده شد($p>0.05$) (۱۹). در مقابل، شناور و همکاران (۲۰۲۰ م.) در مطالعه جامعه‌محور در فارس، ترکیب آموزش ماهانه و توزیع غذا (شامل گوشت، برنج و لبنیات) را بر ۱/۲۸۸ کودک بررسی کردند و کاهش معنی‌دار خطر سوءتغذیه گزارش دادند (WAZ: $p=0.008$ و HAZ: $p<0.001$)، پس از کنترل عوامل مخدوش‌کننده، بهبود در HAZ و WAZ پایدار بود که بر ارزش ترکیب آموزش و توزیع تأکید دارد (۲۰).

با وجود این موفقیت‌ها، چالش‌هایی در اجرای پایدار مداخلات وجود دارد. اثربخشی برخی برنامه‌ها در بهبود سوءتغذیه در بلندمدت محدود بوده است. عواملی مانند دریافت دیرهنگام بودجه، مداخلات کوتاه‌مدت و نبود پیوستگی در ارائه آموزش و مشوق‌های اجتماعی، می‌تواند از میزان اثربخشی برنامه‌ها بکاهد (۲۱)؛ همچنین در برخی مناطق، اشتراک‌گذاری بسته‌های غذایی میان افراد خانواده و محدودیت منابع، مانع از بهره‌مندی کامل کودک از مداخلات می‌شود به همین دلیل در کنار اجرای برنامه، ارزشیابی برنامه را به عنوان رکن کلیدی از ابتدای شروع برنامه حمایتی، طراحی و قرار دادیم که در کنار اجرای برنامه، ارزشیابی نحوه اجرا و اثربخشی برنامه هم انجام شود.

با این حال، تجربه کشورهای مختلف و شواهد بومی، نشان می‌دهد که ترکیب مداخلات چندوجهی (مکمل‌های مغذی + آموزش + شناسایی گروه هدف + پیگیری و ارزشیابی) می‌تواند راهکار مؤثری برای کاهش سوءتغذیه باشد. استفاده از مدل‌های مبتنی بر شواهد، مشارکت فعال ذی‌نفعان و پایش مستمر اجرای برنامه، عناصر کلیدی برای موفقیت مداخلات آینده محسوب می‌شوند.

نتیجه‌گیری

در نهایت، اجرای این پروتکل ترکیب مداخلات چندوجهی (مکمل‌های مغذی + آموزش + شناسایی گروه هدف + پیگیری و ارزشیابی) در استان هرمزگان، گامی مؤثر در جهت تحقق حق بنیادین کودکان به تغذیه کافی و سالم، کاهش نابرابری‌های تغذیه‌ای و تقویت سرمایه انسانی آینده کشور است. پیشنهاد می‌شود این مدل به عنوان یک تجربه قابل تعمیم در سایر استان‌های دارای بار بالای سوءتغذیه مورد استفاده قرار گیرد.

مشارکت نویسندگان

رها ریواز: نگارش، گردآوردی اطلاعات و تالیف مقاله.

مهران زارعیان: گردآوری اطلاعات

فاطمه احسانی‌تبار: گردآوری اطلاعات

سیدرضا سبحانی: طراحی و نظارت مقاله.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

بیانیه هوش مصنوعی

از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

References

1. Elia M. Defining, recognizing, and reporting malnutrition. The International Journal of Lower Extremity Wounds. 2017; 16(4): 230-237.

2. Katoch OR. Determinants of malnutrition among children: A systematic review. Nutrition. 2022; 96: 111565.

3. Mohseni M, Aryankhesal A. Developing a model for prevention of malnutrition among children under 5 years old. BMC Health Services Research. 2020; 20(1): 718.

4. Vassilakou T. Childhood malnutrition: time for action. Children. 2021; 8(2): 103-105.

5. Keshani P, Shahraki HR. Modeling trend changes in percent of under five-year-old children with malnutrition amongst 39 Asian countries from 1987 to 2016 via growth mixture model. BMC Nutrition. 2022; 8(1): 38.

6. Rafique S, Afzal S, Amin H, Malik R, Iqbal J, Mushtaq N. Prevalence and predictors of stunting in children under five years of age. Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan. 2023; 33(4): 449-456.

7. Hovsepian S, Rashidi M, Qorbani M, Shafiee G, Motlagh ME, Ebrahimi M, et al. Geographical distribution of growth disorders in Iranian children and adolescents: The caspian-iv study. Iranian Journal of Public Health. 2015; 44(Suppl 1): 45-52.

8. Mansori K, Shadmani FK, Mirzaei H, Azad RV, Khateri S, Hanis SM, et al. Prevalence of stunting in Iranian children under five years of age: Systematic review and meta-analysis. Medical Journal of the Islamic Republic of Iran. 2018; 32: 103.

9. World Health Organization. Malnutrition: Emergencies and Disasters. 2020.

10. Njuguna RG, Berkley JA, Jemutai J. Cost and cost-effectiveness analysis of treatment for child undernutrition in low-and middle-income countries: A systematic review. Wellcome Open Research. 2020; 5: 62.

11. World Health Organization. WHO guideline on the prevention and management of wasting and nutritional oedema (acute malnutrition) in infants and children under 5 years. Geneva: World Health Organization; 2024.

12. Bachmann MO. Cost-effectiveness of community-based treatment of severe acute malnutrition in children. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. 2010; 10(5): 605-617.

13. Tekeste A, Wondafrash M, Azene G, Deribe K. Cost effectiveness of community-based and in-patient therapeutic feeding programs to treat severe acute malnutrition in Ethiopia. Cost Effectiveness and Resource Allocation. 2012; 10: 1-10.

14. Esfandyari C, Mirabbasi SB. The Right to Food in Situation of Armed Conflict under International Law. Journal of Legal Research. 2014; 78(88): 7-36. [Persian]

15. Dabirnia A, Taleb Najaf Abadi A. Right to Referendum in the Constitution of the Islamic Republic of Iran and International Human Rights Instruments. Comparative Studies of Islam and the West. 2017; 4(3): 39-66. [Persian]

16. Panchal F, Parmar R, Shringarpure K, Damor J. A Cohort Study to Evaluate the Effect of Nutritional Intervention on Severe Acute Malnutrition Children Admitted to A Nutritional Rehabilitation Centre in A Tertiary Care Hospital in Central Gujarat, India. National Journal of Community Medicine. 2024; 15(7): 569-574.

17. Dewey KG, Stewart CP, Wessells KR, Prado EL, Arnold CD. Small-quantity lipid-based nutrient supplements for the prevention of child malnutrition and promotion of healthy development: overview of individual participant data meta-analysis and programmatic implications. The American Journal of Clinical Nutrition. 2021; 114(Suppl 1): 3-14.

18. Ghodsi D, Omidvar N, Rashidian A, Eini-Zinab H, Raghfar H, Aghayan M. Effectiveness of the national food supplementary program on children growth and nutritional status in Iran. Maternal & Child Nutrition. 2018; 14(3): e12591.

19. Derakhshandeh-Rishehri SM, Shenavar R, Farmani A, Hemmati A, Faghih S. The effects of nutritional support baskets on growth parameters of under five years old children with malnutrition and low socio-economic status. Journal of Tropical Pediatrics. 2021; 67(1): fmab007.

20. Shenavar R, Sajjadi SF, Farmani A, Zarmehrparirouy M, Azadbakht L. Improvement in anthropometric measurements of malnourished children by means of complementary food and nutritional education in fars province, Iran: A community-based intervention. Frontiers in Nutrition. 2022; 9: 813449.

21. Ghodsi D, Omidvar N, Nikooyeh B, Roustaee R, Shakibazadeh E, Al-Jawaldeh A. Effectiveness of community nutrition-specific interventions on improving malnutrition of children under 5 years of

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.

age in the eastern mediterranean region: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(15): 7844.

[Downloaded from mail.healthlawjournal.ir on 2026-11-18]

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به انستیتو اخلاق زیستی و حقوق سلامت سینا می‌باشد.