Does food supplementation increase efficacy of a school-based nutrition education programme for adolescent girls? Lessons learned at BRAC

Rita Das Roy
S M Ziauddin Hyder
AMR Chowdhury
Zeba Mahmud

BRAC
Research and Evaluation Division

195

N-3

RED

Does food supplementation increase efficacy of a school-based nutrition education programme for adolescent girls? Lessons learned at BRAC

Rita Das Roy, S M Ziauddin Hyder, AMR Chowdhury, Zeba Mahmud

BRAC, Research and Evaluation Division

Background

Majority of adolescent girls in Bangladesh get married at early age and become pregnant within a year of marriage. Since malnutrition during adolescence has far reaching effect on the outcome of future pregnancies, the importance of increasing their health and nutritional status has been emphasised in planning development projects. Adolescence (11-19 years) is a period of transition from childhood to adulthood marked by rapid change in body, mind and social relationship. Adolescent girls constitute 23% of the female population in Bangladesh, of which 20% are married. The mean age of their marriage is little over 15 years. Approximately 38% of the adolescent girls have a Body Mass Index <16.5, indicating severe undernutrition. As girls in developing countries are often held to cultural norms, which limit adequate food intake and health care services, the groundwork for depletion of their essential nutrients starts at an earlier age. Furthermore, pregnant adolescent girls in Bangladesh are at greater risk of physical deformities as well as premature and, still births, low birth weight babies and prenatal deaths. Thus, in addition to health and nutrition, all these negative outcomes have long lasting economic implications to the entire country.

The Intervention

BRAC, a large private developmental organisation in Bangladesh, has undertaken multi-sectoral development interventions in rural development, education, health and nutrition since its inception in 1972. The twin goal of BRAC is poverty alleviation and women's empowerment. BRAC reaches over 3.3 million households through micro-credit programme, over 30 million population through the health programme and more than 1 million girls and boys through the education programme in more than 50,000 villages. Over the years, BRAC has taken the challenge of educating adolescents through its non-formal primary education (NFPE) programme. Only the poor households are eligible to enroll their children in BRAC schools. One of the BRAC's education programmes, the *kishor-kishori* school, focuses on the adolescents

who never enrolled in schools or who dropped out from a school. On average, in each school there are 33 students, 70% of whom are girls. The curriculum takes 3 years to complete and is tailored to meet special needs of rural adolescents particularly of girls using learner-centred participatory approach. The graduates of *kishor-kishori* schools are eligible to enroll in class five in a formal school.

In 1992, BRAC developed a multi-disciplinary innovative strategy, popularly known as "Muktagacha Pilot Nutrition Initiative" to reduce malnutrition among the at-risk population such as women and children. The project area covered 158 villages in Muktagacha *thana* of Mymensingh covering a population of about 156,542. BRAC designed an expanded curriculum on health and nutrition called '*Amader Shastho*' within the context of its education programme, which was introduced in the pilot area. The aim was to address special needs of adolescent girls with respect to improving nutritional knowledge and practices. In Muktagacha, three special interventions were implemented from 1993 to 1995 under the adolescent component of the pilot nutrition initiative. Firstly, '*Amader Shastho*' was introduced in all BRAC schools in addition to regular NFPE curriculum. The book contained tips on necessary health and nutritional knowledge needed during adolescence. It was equivalent to 45 school-hours taught during the last or third year. Secondly, all adolescent girls were assigned an extra task as a community health worker in addition to their school-based activities. Under the task, each girl mobilised at least three pregnant and/or lactating mothers within her neighbourhood to encourage them for attending the monthly growth monitoring and promotion session and immunisation centre. Thirdly, the students received a mid-day food supplementation at school for entire duration of schooling, which provided around 640 kcal per day per person. The food supplementation given at the schools was not meant to fulfil the total calorie requirements, but to use it as a vehicle to deliver nutrition and health massages more effectively so that the knowledge is better translated into practices. Samvugonj area in Mymensingh served as a control area for the food supplementation component of the pilot nutrition initiative, where the adolescent girls received the NFPE intervention including '*Amader Shastho*', but did not receive any food supplementation.

Objectives

There are evidences that supervised food supplementation increases nutritional status of adolescents as measured by changes in body weight and height. However, little is known about the long-term efficacy of a school-based nutrition education project for adolescent girls if combined with food supplementation. To our knowledge, in South Asian countries including Bangladesh no published report is available on this issue, which has important implication in designing interventions for adolescent girls.

The objective of this study, therefore, was to assess long term impact of food supplementation under the Muktagacha Pilot Nutrition initiative for adolescent girls on their knowledge and practices with respect to health and nutrition.

Study design

The Research and Evaluation Division of BRAC conducted a cross-sectional study to evaluate adolescent component of the Muktagacha Pilot Nutrition Initiative in terms of its impact on long-term changes in knowledge and practices. The study was carried out during July-August 1998 in Mymensingsh district on three groups of mothers who had at least one child. The first group consisted of 161 mothers in Muktagacha who received both nutrition education and food supplementation. The second group of 93 mothers in Samvugonj who received nutrition education but no food supplementation, and the third group of 151 mothers in Dapunia did not receive any intervention. Thus, information were obtained from 405 mothers. All information were obtained through house-to-house visits.

Results

The mean age of the study mothers was 20 years, ranging from 15-26 years. However, the mothers in Muktagacha and Samvuganj were somewhat older than in those of Dapunia. Most mothers (95%) were currently married at the time of interview and few of them were separated or divorced. The mothers in the three groups had no difference in terms of family size, parity, socioeconomic status and membership in different organisations, indicating that the study mothers in the three areas came from similar socio-economic and demographic background.

Impact on knowledge

The mothers were asked to mention major carbohydrate, protein and vitamin rich foods. All of them could mention at least one major source of carbohydrate, i.e., rice, which did not differ across the three population groups. On the other hand, knowledge on sources of protein was higher in the mothers of Muktagacha and Samvugonj than in those of Dapunia, but it was not different between the mothers in the two intervention areas. Similarly, although there was no difference between the two intervention areas in the knowledge on sources of vitamin A rich food, it was significantly lower among the mothers in Dapunia. In general, knowledge on dietary sources of iron and iodine was found poorer than expected in all areas. About half of the study mothers in Muktagacha were not aware of the sources of dietary iron compared to 75% in Sumvugonj and 80% in Dapunia. The mothers in both the intervention areas had no difference in terms of their knowledge about the source of dietary iodine. More than half of the mothers in Muktagacha and Samvugonj knew iodised salt as the best source of iodine compared to only 20% in Dapunia.

The mothers were asked about the causes of major nutritional deficiency diseases in Bangladesh such as nightblindness, anaemia and goiter. It was found that the study mothers in Muktagacha and Samvugonj had no difference in terms of their knowledge on the causes of all these deficiency diseases. The mothers in Dapunia showed significantly lower level of the knowledge. The study also attempted to explore the impact of the intervention on knowledge of the definition of low birth weight (LBW) (which is less than 2.5 kg according to World Health Organization). It was surprising to notice an overall low level of knowledge on LBW across the three groups of the study mothers. In Muktagacha, 10% of the mothers were found to have correct knowledge on LBW as compared to only 1% in Samvugonj. However, 5% of the study mothers in Dapunia had the correct knowledge on this definition.

Impact on practice related to mother and child care

One of the objectives of the pilot nutrition initiative was to motivate the future mothers to seek available antenatal care during pregnancy. On average, 85% of the study mothers in all three groups visited antenatal care centres during their last pregnancy. The three groups of mothers did not significantly differ in terms of seeking the antenatal care service. As reported, the major

reason for visiting an antenatal centre by a mother was to get information about her own as well as foetus's health and wellbeing. Almost all the study mothers in Muktagacha and Samvugonj considered growth monitoring of under-2 children as an important tool to improve their nutritional status. On the other hand, it was found less popular among the mothers in Dapunia. For the youngest child, participation in the growth monitoring and promotion session was 98% by the mothers in Muktagacha and 96% in Samvugonj, but it was only 50% in Dapunia.

The study also explored other aspects of child caring practices such as pre-lacteal feeding, colosturm feeding, breastfeeding and supplementary feeding. Liquids such as water mixed with sugar or crystalline sugar, honey and cow's milk were commonly used as pre-lacteal feeding. A very high proportion of all the study mothers introduced pre-lacteal feeding, which increases the chance to introduce infection to the new born. However, the pre-lacteal feeding practice was lower among the study mothers in Muktagacha and Samvugonj (overall, more than 70%) compared to the mothers in Dapunia (94%). Unexpectedly, a poor trend was also observed among all the study mothers in terms of introduction of colostrum. In Muktagacha, 30% of the mothers gave colostrum to their youngest child as opposed to 23% in Samvugonj. In comparison, only 5% of the study mothers in Dapunia gave colostrum to the new born as the first feeding. The study mothers in Muktagacha and Samvugonj did not significantly differ in terms of feeding colostrum within the first hour of birth (58% vs. 54%). However, significantly lower proportion of the mothers in Dapunia gave colostrum to their children within the same interval after birth (27%). Introduction of supplementary food at right age, i.e., 4-5 months, was also found to be generally poor. The mothers in Muktagacha and Samvugonj did not differ in terms of introduction of supplementary food, but the proportion was lower among the mothers in Dapunia. The proportion of the mothers in Muktagacha and Samvugonj giving supplementary food to their children at right age was 48% and 35% respectively, compared to 27% in Dapunia. Only one-third of the mothers in both the intervention areas reported that children needed supplementary food to meet their extra energy requirements with increasing age. Most of the mothers in non-intervention area, however, could not give any right answer to the importance of supplementary feeding.

Discussion and conclusion

Since women in Bangladesh often become pregnant by the age of 15, in Muktagacha Pilot Nutrition Initiative, the basic principle of implementing nutrition intervention from 1993 to 1995 was to equip adolescent girls with appropriate knowledge on health and nutrition before childbearing. One of the reasons for adding food supplementation with the school-based nutrition activities was to reinforce the nutrition education itself. It was thought that food supplementation would help demonstrating the girls to understand the need for additional food at different stages of life cycle such as infancy, adolescence, pregnancy and lactation, in addition to provide extra energy and other nutrients. In Muktagacha, the nutrition education activity was further reinforced by assigning each of the girls to mobilise three pregnant and/or lactating mothers. By applying the knowledge learned at schools, the aim of this particular activity was to involve the adolescent girls in the community-based nutrition project to prepare them as future nutrition workers. However, adolescent girls who were enrolled at the BRAC schools in Samvugonj received only nutrition education, but they neither received any food supplementation nor were involved in the mobilisation activities.

Our present study was designed to evaluate the long-term impact of nutrition education provided through the BRAC schools to adolescent girls during 1993 to 1995 as well as to explore if the food supplementation could produce any additional impact over nutrition education in changing nutritional knowledge and practices. Necessary measures were taken to make a systematic selection of the study mothers from the three neighbouring areas. The study revealed that nutrition education that was provided during adolescence could make enormous impact in changing knowledge and practices as reflected during their motherhood. The extra curricular activities such as mobilisation of the mothers in health and nutrition activities seemed to make impact with respect to increasing knowledge on a number of issues related to nutrition such as dietary sources of iron and low birth weight (LBW). However, it was evident from our present study that the food supplementation could not make any additional impact in terms of either improving knowledge or changing health practices.

Although the study mothers in Muktagacha and Samvugonj did not significantly differ in terms of most of the indicators, knowledge on sources of iron and correct definition of LBW was found

higher in Muktagacha. One might explain this as an added benefit of food supplementation. As we have reported, the adolescent girls in Muktagacha were involved in some extra curricular activities, which included mobilisation of pregnant and/or lactating mothers at the antenatal care and growth monitoring centres and assisting BRAC community health workers in measuring birth weights. Routine iron supplementation and providing dietary advice to pregnant and lactating mothers were done regularly at the centres. Since the mobilisation activity itself provided added knowledge, including knowledge on sources of iron and LBW, we may conclude that the observed difference in knowledge between the mothers in Muktagacha and Samvugonj was not due to the food supplementation.

Therefore, it can be concluded that adding food supplementation in a school-based nutrition programme aimed to improve knowledge and change practices should be considered with extra caution because of its extra cost, but no extra benefit.

কিশোরীদের পুষ্টি উন্নয়ন প্রকল্প

চৌধুরী এস, বি, জালাল

মো: মিজানুর রহমান

মার্চ ২০০০

ব্র্যাক

গবেষণা ও মূল্যায়ন বিভাগ
ব্র্যাক শিক্ষা কর্মসূচি
অত্যাবশ্যকীয় স্বাস্থ্য পরিচর্যা-পল্লী উন্নয়ন কর্মসুচি
স্বাস্থ্য ও জনসংখ্যা বিভাগ

ব্র্যাক-গবেষণা ও মূল্যায়ন বিভাগ
কিশোরীদের পুষ্টি উন্নয়ন প্রকল্প

সারা বিশ্বে বর্তমানে কিশোরীদের স্বাস্থ্য ও পুষ্টি উন্নয়নের জন্য নানা ধরনের প্রকল্প/ কর্মসূচি হাতে নেয়া হয়েছে। এরই ধারাবাহিকতায় বাংলাদেশেও কিশোরীদের স্বাস্থ্য ও পুষ্টি নিয়ে চিন্তা ভাবনা চলছে।

পুষ্টি বলতে কি বুঝায়

পুষ্টি বলতে একটি পুর্ণাংগ প্রক্রিয়াকে বুঝানো হয় যার মধ্যে খাদ্য উৎপাদন থেকে শুরু করে খাদ্য গ্রহণ, হজম করা ও খাদ্যের বিভিন্ন প্রয়োজনীয় উপাদান ব্যবহার করে দৈহিক বৃদ্ধি ও মানসিক উৎকর্ষতা লাভ ও তা বজায় রাখা অন্তর্ভুক্ত।

কিশোরী কারা

বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার মতে ১০-১৯ বছর বয়সী মেয়েদের কিশোরী বলা হয়। এই সময়ের শারীরিক ও মানসিক পরিবর্তন তাদেরকে পরিপূর্ণতার দিকে এগিয়ে নিয়ে যায়। অর্থাৎ কিশোরীকাল শেষে (১৮-২০ বছরের মধ্যে) শারীরিক বৃদ্ধি সম্পন্ন হয় এবং এই শারীরিক পরিবর্তন ও বিভিন্ন হরমোনের প্রভাবে তার মানসিক পরিবর্তন হয়।

কিশোরীদের স্বাস্থ্য ও পুষ্টির দিকে বেশি নজর দেয়া জরুরী কেন?

স্বাস্থ্য ও পুষ্টির দিক বিবেচনা করলে একজন মেয়ের জন্য কিশোরীকাল অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। ধানের জমিতে যেমন ধান পাকার পর বেশি যত্ন অথবা সার দিয়ে লাভ নেই, তেমনি শারীরিক বৃদ্ধির সময়, অর্থাৎ একজন মেয়ের কৈশোরে পুষ্টি গ্রহণ ও স্বাস্থ্য পরিচর্যা না করলে পরবর্তীতে বেশি পুষ্টিকর খাবার খেলে বা যত্ন নিলেও প্রকৃত উপকার পাওয়া যায় না।

আমাদের দেশের গ্রামাঞ্চলে মেয়েদের কম বয়সে বিবাহ দেয়ার প্রচলন আছে। বাল্য বিবাহের জন্য মেয়েরা শিক্ষা থেকে বঞ্চিত হয়। ফলে উন্নততর কর্মক্ষেত্রে প্রবেশের পথ বন্ধ হয়ে যায় এবং প্রায়শঃই তারা খুব কম বয়সে গর্ভধারণে বাধ্য হয়। একজন মায়ের নিজেরই পুষ্টির অভাব থাকলে গর্ভের সন্তান ঝুকিপুর্ণ ও অপুষ্ট হবে এটাই স্বাভাবিক। শিক্ষার অভাব এবং কুসংস্কার পুষ্টিজনিত এই সমস্যাকে আরও জটিলতর করে তুলে।

আমাদের সমাজে এখনও মেয়েদের তুলনায় ছেলেদের গুরুত্ব বেশি দেয়া হয়। যার প্রভাব পরে খাবার বন্টনেও। কিশোরীরা তাদের ভাইদের তুলনায় কম খাবার পেয়ে থাকে অথচ গৃহস্থালির সকল কাজের ভার তাকে নিতে হয়। ফলে শরীরের চাহিদানুযায়ী তারা পুষ্টি থেকে বঞ্চিত হয়। আরও দেখা যায়, পিতামাতার পুষ্টিজ্ঞান কম থাকায় অনেক ক্ষেত্রে সাধ্য থাকা সত্ত্বেও কিশোরীরা প্রয়োজনমাফিক পুষ্টিকর খাবার গ্রহণ করতে পারে না।

উপরের কারণগুলিসহ আরও অনেক কারণ আছে যেগুলো প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে পুষ্টি উন্নয়নের প্রতিবন্ধকতাস্বরূপ। ফলশ্রুতিতে বেড়ে যায় শিশু ও মাতৃমৃত্যুর হার। কারণ, মোট জন্মদাত্রী মায়ের এক পঞ্চমাংশই কিশোরী। এই অবস্থা কাটিয়ে উঠতে হলে আমাদের কিশোরীদের স্বাস্থ্য ও পুষ্টির উপর বিশেষ নজর দেয়া প্রয়োজন।

বর্তমান অবস্থা

বাংলাদেশ সরকার এবং বিভিন্ন এনজিওসমুহ ইতিমধ্যে পুষ্টি বিষয়ক নানা প্রকল্প হাতে নিয়েছে। যেমন, বাংলাদেশ সমন্বিত পুষ্টি উন্নয়ন প্রকল্পে মা ও শিশুদের উপর গুরুত্ব দেয়া হয়েছে। কিন্তু দেখা গেছে, কিশোরীদের পুষ্টি উন্নয়নের জন্য সরাসরি কোন পদক্ষেপ এখনও কেউ গ্রহণ করেনি।

ব্র্যাক তার কিশোর-কিশোরী স্কুলের মাধ্যমে পুষ্টি শিক্ষা কার্যক্রম পরিচালনা করে থাকে। তদুপরি কার্যকরী ও সমন্বিত পুষ্টি কার্যক্রমের অভাব রয়েছে সারা দেশব্যাপী। তবে আশার কথা এই যে, জাতীয় পর্যায়ে কিশোর-কিশোরীদের পুষ্টি উন্নয়নে বিভিন্ন পরিকল্পনা নেয়ার চিন্তা-ভাবনা চলছে।

কিশোরীদের পুষ্টি উন্নয়ন প্রকল্প

এই প্রথমবারের মত ব্র্যাক তার বিভিন্ন বিভাগের সমন্বয়ে "কিশোরীদের পুষ্টি উন্নয়ন প্রকল্প" নামে একটি ব্যাপক গবেষণা প্রকল্প চালু করতে যাচ্ছে। গবেষণা ও মূল্যায়ন বিভাগ, ব্র্যাক শিক্ষা কর্মসূচি, অত্যাবশ্যকীয় স্বাস্থ্য পরিচর্যা-পল্লী উন্নয়ন কর্মসুচি এবং স্বাস্থ্য ও জনসংখ্যা বিভাগ যৌথভাবে এই প্রকল্পের ব্যবস্থাপনায় জড়িত। প্রকল্পের আওতায় টাংগাইল ও গাজীপুর জেলার বেশ কিছু BEOC কিশোর-কিশোরী স্কুলের সকল ছাত্র-ছাত্রীকে প্রতিদিন উন্নতমানের পুষ্টিযুক্ত-শরবত সরবরাহ করা হবে। এক বছরের জন্য সরবরাহকৃত এই 'পুষ্টি-শরবত' এর মধ্যে থাকবে শরীরের জন্য অপরিহার্য কিছু ক্ষুদ্রাতিক্ষুদ্র খাদ্য উপাদান, যাদের 'Micronutrient' বলা হয়। যেমন, আয়রন, আয়োডিন, ভিটামিন এ, জিংক, এসকরবিক এসিড, রিবোফ্ল্যাভিন, ফলিক এসিড, ভিটামিন বি-১২, ভিটামিন বি-৬, ভিটামিন বি-২, ভিটামিন ই, ভিটামিন সি, শর্করা, নিয়াসিন, ক্যালসিয়াম ও ফসফরাস।

এই বিশেষ প্রকল্পের প্রয়োজনীয়তা

খাদ্যের বিভিন্ন প্রয়োজনীয় উপাদান বলতে শর্করা, আমিষ, চর্বি, খনিজ লবণ, ভিটামিন ও পানিকে বুঝানো হয়। জীবনধারণের জন্য এর প্রতিটির গুরুত্ব অপরিসীম; বিশেষত যে বয়সে শারীরিক ওমানসিক বৃদ্ধি হয়ে থাকে। সব উপাদান কোন না কোনভাবে আমাদের খাদ্যে থাকলেও কিছু কিছু খনিজ লবণ ও ভিটামিনের অভাব প্রায় ক্ষেত্রেই পরিলক্ষিত হয়। এর কারণ মুলত পুষ্টি জ্ঞান ও খাদ্যের অভাব। অথচ এই উপাদানগুলো খাদ্যে সঠিক মাত্রায় না থাকলে একজন মানুষের দৈহিক ও মানসিক বৃদ্ধি পরিপুর্ণ হওয়া সম্ভব নয়। খনিজ লবণ ও ভিটামিনকেই মাইক্রোনিউট্রিয়েন্ট (গরপৎড়হঁঃৎরবহঃ) বলা হয়। এই পুষ্টি উপাদানগুলোর চাহিদা খুব কম হলেও শরীরের বৃদ্ধি ও স্বাভাবিক কার্যক্রম পরিচালনার জন্য এর গুরুত্ব অপরিসীম।

প্রকল্পের উদ্দেশ্য

ক) প্রকল্পের মূল উদ্দেশ্য হলো বাংলাদেশের কিশোরীদের মাইক্রোনিউট্রিয়েন্টের (Micronutrient) ঘাটতির উপর আলোকপাত করা।

খ) সুনির্দিষ্ট উদ্দেশ্যসমূহ

⇒ কিশোরীদের মাইক্রোনিউট্রিয়েন্টের (Micronutrient) ঘাটতি পুরণে পুষ্টি-শরবত কতটুকু কার্যকারী তা যাচাই করা;

⇒ কিশোরীদের শরীর গঠন এবং মেধা বিকাশে পুষ্টি-শরবতের কার্যকারিতা নিরূপণ করা;

⇒ ব্র্যাক স্কুলের পরিবেশে প্রতিদিন কিশোরীদের শরবত খাওয়ানোর গ্রহণযোগ্যতা নিরূপণ করা;

⇒ পুষ্টি-শরবতের স্বাদ কিশোরীদের কাছে কতটুকু পছন্দনীয় তা যাচাই করা ও প্রতিদিন নিয়মিতভাবে পুষ্টি-শরবত খাওয়ার ব্যাপারে কিশোরীদের স্বতঃস্ফুর্ততা নির্ণয় করা;

⇒ শিক্ষিকা ও স্বাস্থ্য সেবিকারা শরবত তৈরীর সময় কতটুকু সঠিক পুষ্টিমান বজায় রাখতে পারে তা দেখা; এবং

⇒ বৃহত্তর আঙ্গিকে ব্র্যাক কর্মসূচির মাধ্যমে সুষ্ঠভাবে এই পুষ্টি-শরবত বিতরণ করা সম্ভব কিনা তা দেখা।

প্রকল্পের আওতায় যে যে কর্মকান্ডগুলো থাকবে

⇒ আপনার এলাকার ব্র্যাক স্কুলে অন্তর্ভুক্ত সকল কিশোর-কিশোরীকে প্রতিদিন এক গ্লাস করে পুষ্টি-শরবত সরবরাহ করা হবে;

⇒ যারা প্রকল্পে অংশগ্রহণ করবেন তাদের পরিবারের আর্থ-সামাজিক অবস্থা এবং পরিষ্কার পরি'ছন্নতা বিষয়ক তথ্য সংগ্রহ করা হবে;

⇒ প্রতিদিন কিশোরীর শারীরিক অবস্থার তথ্য নেয়া হবে। সে কোন রোগে ভুগে থাকলে কি চিকিৎসা নিয়েছে তা জেনে রাখা হবে;

⇒ প্রতিমাসে স্বাস্থ্য ও পুষ্টিজনিত অবস্থার কি উন্নতি হয়, উ'চতা, বাহুর মাপ ও ওজন নেয়ার মাধ্যমে তা নির্ণয় করা হবে;

⇒ প্রকল্পের শুরুতে, ৭ম মাসে ও শেষ মাসে কিশোরীর পুষ্টিজনিত অবস্থা নির্নয়ের জন্য রক্ত, প্রস্রাব ও পায়খানা পরীক্ষা করে দেখা হবে;

⇒ একই সময়ে তার মেধা যাচাই করার জন্য বিশেষ ধরণের পরীক্ষা নেয়া হবে; এবং

⇒ শিক্ষিকারা নিজ নিজ স্কুলের ছাত্র-ছাত্রীদের শরবত গ্রহন নিশ্চিত করবেন এবং শারীরিক তথ্য লিপিবদ্ধ করবেন।

কেউ এই 'পুষ্টি-শরবত' পান করতে না চাইলে কিংবা প্রকল্পে অংশগ্রহন থেকে বিরত থাকতে চাইলে বিরত থাকতে পারেন। অভিভাবকের লিখিত অনুমতি ছাড়া কোন কিশোরীকে এই প্রকল্পে অন্তর্ভূক্ত করা হবে না।