**بسمه تعالی**

**برنامه ایمنی و پاسخ نظام سلامت در سوانح و حوادث(EOP)**

**واحد بهبود تغذیه**

**شهرستان درمیان**

**سال 1403**

**مقدمه:**

بر اساس آخرين تعريف سازمان جهاني بهداشت ( WHO ) و سازمان خواربار وکشاورزی ( FAO)، امنيت غذايي عبارتست از دسترسي فيزیکی ، اجتماعي واقتصادي همه افراد ، درتمام اوقات به غذاي كافي ، ايمن ومغذي كه نيازهاي روزانه وترجيحات غذايي را براي يك زندگي سالم وفعال تامين نمايد .

علی رغم تعهدات جهانی مبنی بر تامين امنيت غذايي، بیش از يك ميليارد انسان در سال 2009 از گرسنگی مزمن رنج می بردند كه با كاهش 9.6% در سال 2010 ، اين رقم به 925 ميليون نفر كاهش يافته كه 98 درصد آنان متعلق به كشورهاي در حال توسعه بوده و دو سوم آنان فقط در 7 كشور )بيش از 40 % در چين و هند( زندگي مي كنند. ناامنی غذایی ابعاد وسیعی از پدید ه هايي نظير قحطي، بي ثباتي در عرضه غذا، فقر، بيكاري، تورم اقتصادي، بي سوادي، ناآگاهي هاي تغذي ه اي، تغییرات آب و هوایی منطقه، خشكسالي و ... را در بر می گیرد. همه این موارد، سلامت عمومی و زندگی مردم را تهدید کرده و به کمبود غذا و در نهایت به خطر افتادن وضعیت تغذیه ای مردم و در نتیجه افزایش موارد بیماری و مرگ و میر منجر شده است. مخاطرات طبيعي چون زلزله، آتشفشان، سونامي، سيل، خشكسالي، طوفان،

آفتها و بيماري ها، آتش سوزي، يخچال ها، بهمن، رانش زمين و ... هر ساله باعث مرگ هزاران نفر در دنيا مي شوند، درحالي كه كه 96 % اين افراد از كمبودهاي مزمن مواد مغذي رنج مي برند و نزديك به 4 % آنان دچار كمبود موقت انرژي و مواد مغذي می شوند. متاسفانه كشور ما از جمله كشورهاي آسيب پذير بوده و كيي از بالاترين رویدادهای بلاياي طبيعي و انسان ساخت را به خود اختصاص داده است به گونه اي كه در دهه های اخیر شاهد خشکسالی، زلزله و سیل در مقیاس وسیع بوده و هشت سال دفاع مقدس را نیز تجربه کرده است. بدیهی است که راهبردهای مناسب جهت مقابله با این شرایط بحرانی و تامین امنيت غذا و تغذیه در سطح خانوارها ضرورت دارد. حضور كارشناسان تغذيه در معاونت هاي بهداشتي دانشگاههاي علوم پزشكي كشور به عنوان بازوهاي اجرايي برنامه و حساس سازي مسئولين به اهميت مديريت تغذيه دربلايا، یکی از فرصت ها در حوزه سلامت به شمار مي رود.

برنامه استانی عملیات پاسخ تغذیه ای در بلایا و فوریها توسط اینجانب و با هماهنگی فنی گروه مدیریت و کاهش خطر بلایا در سال94 تدوین شده است. از کلیه مدیران و کارشناسان تغذیه در شبکه های بهداشتی درمانی در سطح استان انتظار می رود در مرحله اول EOPحاضر را با شرایط منطقه ای و محلی خود تطبیق داده و آن را مبنای آموزش ها و تمرین های بلایا قرار دهند.

**سیده سمیه اصغری**

**رئیس گروه بهبود تغذیه جامعه**

**سابقه برنامه**

* از دهه 1370 برنامه هاي مديريت تغذيه در بحران و نقش و جايگاه تغذيه در بلايا در معاونت بهداشتي با مديريت بهداشت محيط وعضویت کارشناس تغذیه در کمیته "مدیریت بحران" مطرح گرديد. همچنین شرح وظايف كارشناسان تغذيه در سطوح ستادي، استاني و شهرستان تدوين و به چاپ رسيد.
* در حوادث اسف بار زلزله های شهرستان بم سال 1382 ، لرستان سال 1386 ، آذربایجان شرقی 1391 و بوشهر 1392 دفتر بهبود تغذيه جامعه موظف گرديد سبد مطلوب غذايي در شرايط بحران را تدوين نمايد همچنین به فعاليتهاي آموزشي و ظرفیت سازی کارشناسان تغذیه شاغل در نظام بهداشتی بپردازد.

اولین تجربه دفتر تغذیه در خصوص طراحی مداخلات تغذیه ای با دفتریونیسف تهران پس از حادثه بم در سال 83 شامل موارد ذیل بود:

1-فعالیت های آموزشی

2-تجهیز و راه اندازی مراکز مشاوره تغذیه

* درسال 1384 با همكاري يونيسف و مرکز آسیایی آمادگی در مقابل بلایا كارگاه آموزشي با حضور كارشناسان تغذيه استانهاي آسيب پذير كشور برگزار گردید.
* در سال 1388 با مسئولیت مرکز مدیریت حوادث و فوریتهای پزشکی كشور 2 دوره كارگاه آموزشي کشوری هماهنگی نظام سامت در مدیریت بحران » ويژه كارشناسان تغذیه برگزارشد.
* در سال 1391 با مسئولیت دفتر بهبود تغذیه جامعه كارگاه آموزشي کشوری "مدیریت تغذیه در بحران" ويژه كارشناسان تغذیه برگزارشد.
* ويرايش اول برنامه ملی عملیات پاسخ بهداشت عمومی در بلایا و فوریتها در پاسخ به زلزله مرداد ماه 1391آذربایجان شرقی و فروردین ماه 1392 بوشهر به طور عملیاتی مورد استفاده قرار گرفت و نقاط ضعف و قوت آن به دفتر بهبود تغذیه اعام شد و عاوه برآن نقطه نظرات کلیه کارشناسان مسئول تغذیه معاونتهای بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی در خصوص این مجموعه جمع آوری و در بازبینی این راهنما منظور شد .

با توجه اینکه خراسان جنوبی جزو سه استان زلزله خیز کشور است،دو سوم استان در منطقه خطر بالا و بسیار بالا قرار دارد، زلزله، خشکسالی و سیل از مهم ترین حوادث طبیعی است که در استان رخ می دهد. زلزله های اردکول و حاجی آباد با 7.3 ریشتر، دشت بیاض در سال 74 و شهرستان طبس در سال 57 با قدرت 7.4 ریشتر از بزرگترین زمین لرزه های 30 سال گذشته استان بوده است.

**بیانیه هدف**

سازمان های متولی تهیه و توزیع غذا در شرایط بحران درایران موظفند با توجه به بلایای طبیعی و انسان ساخت نیازهای تغذیه ای کل جمعیت و به ویژه آسیب پذیران تغذیه ای )کودکان زیر 6 سال، مادران باردار و شیرده، سالمندان و معلولین( را تامین کنند. بسيار محتمل است كه در صورت عدم تامین به موقع نیازها، سوء تغذیه ناشی از کمبوددریافت انرژی، پروتئین و ریزمغذی ها )ویتامین ها و اماح( بروز نماید. دفتر بهبود تغذيه جامعه در راستاي راهبرد جلب حمايت و مشاركت بخش هاي مرتبط با تغذيه در بلايا و هماهنگي هاي درون و برون بخشي با سازمانهاي ذيربط باهدف زير فعاليت مي نمايد: "ارتقای کیفیت مدیریت تغذیه در بلايا و فوريت ها در مراحل چهارگانه بحران )پیشگیری وکاهش آسیب، آمادگی، پاسخ و بازیابی(".

**اختيارات قانوني و برنامه هاي مرجع**

 قوانین مرجع ذکر شده در مبانی عملیات این برنامه

 امنیت غذایی و سلامت تغذیه ای جامعه یکی از مهمترین اهداف مورد نظر سند ملی توسعه فرا بخشی در برنامه توسعه چهارم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسامی ایران

 ماده 136 لايحه برنامه پنجم توسعه با هدف تامين امنيت غذايي

 به استناد ششمین جلسه شورای عالی سامت و امنیت غذایی کشور( 29/10/87) مبنی بر تشکیل و راه اندازی کارگروه مشترک به عنوان مدیریت غذا و تغذیه وابسته به سازمان مدیریت بحران

 اجرای برنامه مدیریت تغذیه در بحران به عنوان یکی ار برنامه های 20 گانه مصوب درسند ملی تغذیه و امنیت غذایی(1391-1399)

**شرح وضعیت**

با توجه به آنكه اين برنامه در سطح ملي تهيه مي گردد بديهي است پس از اباغ در سطح دانشگاه ها و شهرستان ها جزئيات مربوطه در سطوح منطقه ای و محلي اضافه خواهد شد. اثرات مخاطرات طبيعي و همچنين انسان ساخت که برخی به طور ناگهانی رخ می دهند )مانند زلزله، سیل، طوفان، آتشفشان، گردباد و سونامی( و برخی دیگر به طور تدریجی وکند منطقه ای را تحت تاثیر قرارمی دهند )مانند خشکسالی(، بستگی به شدت، طول مدت و وسعت منطقه آسیب دیده دارد.

برخی از مخاطرات طبیعی و انسان ساخت با توجه کارکرد اختصاصی که در برنامه ملی عملیات پاسخ بهداشت عمومی در بلایا و فوری تها به آن پرداخته می شود:

 مخاطرات طبیعی: سیل، زلزله، خشکسالی

 مخاطرات انسان ساخت: آلودگی هوا، طغیان بیماری های منتقله از آب و غذا و جنگ و بحران هاي سياسي

**پيامدهاي سوء تغذيه اي و سلامتي این مخاطرات عبارتند از:**

 سیل: تخریب ناگهانی محصولات کشاورزی، از بین رفتن منابع امرار معاش مردم )دام، محصولات کشاورزی و..(،قطع دسترسی مردم به فروشگاه های مواد غذایی وآسیب مراکز خدمات بهداشتی و افزایش پيامدهاي ناشی از آن

 زلزله: افزایش میزان مرگ در جمعیت آسیب دیده، تخریب محصولات کشاورزی، انبار مواد غذایی و جاده ها و تخریب تسهیلات بهداشتی، سیستم آب و فاضاب و در نهایت ناامنی غذایی

 خشكسالي: کاهش تولیدات کشاورزی و دام، افزایش قیمت مواد غذایی،کاهش دسترسی به مواد غذایی،کاهش دسترسی به آب سالم

 آلودگی هوا: آلودگی هوا آثار مخربی را بر دستگاه تنفس، سیستم گوارشی، اعصاب و روان افراد بر جای گذاشته و اختلالاتی را در عملکرد آن ها ایجاد می کند. در حالت عادی، سیستم دفاعی بدن رادیکال های آزاد را خنثی و بی ضرر می کند. اما عوامل مخرب محیطی مثل اشعه ماوراء بنفش، الکل و آلودگی های محیط باعث می شوند بدن نتواند با این رادیکال های آزاد مبارزه کند در نتیجه ساختمان و عمل سلول های بدنی توسط رادیکال های آزاد تخریب شده و منجر به بیماری های التهابی، قلبی عروقی، آسم آلرژیک و ... مي شود.

 طغیان بیماری های منتقله از آب و غذا 1: طغيان بيماري هاي منتقله از آب و غذا يك مشكل جهاني رو به گسترش است. تعريف آن عبارت است از: دو نفر يا بيشتر كه از يك غذا يا آشاميدني مشترك استفاده كرده و علائم باليني مشترك داشته باشند. كيي ازدلايل اصلي بروز اين طغيانها دسترسي ناکافی به آب سالم و دفع غير بهداشتي فاضاب مي باشد که منجر به بروز بیماری هایی مانند سالمونلوزها، شيگلوزها، اشرشياكولي، مسموميت هاي غذائي استافيلوكوكي و بوتوليسم می شود. به جهت پيشگيري و كنترل همه گيريهاي بيماريهاي منتقله از آب لازم است اقدامات به هنگام و موثر در خصوص بهداشت آب و فاضاب انجام گيرد. به منظور كاهش ابتاء، مرگ و مير و هزينه هاي فراوان ناشي از اين طغيان ها بايد آزمايشگاه هاي تشخيص اين عفونت ها در بخش دولتي و خصوصي تقويت و همچنين آزمايشگاه هاي غذا و دارو براي تشخيص آلودگي هاي غذائي تجهيز شوند.

 جنگ و بحران هاي سياسي: از يك سو توليد و يا ورود مواد غذايي محدود شده و از سوي ديگر توان اقتصادي جمعيت مي تواند كاهش یابد، بدنبال آن دسترسي جمعيت به مواد غذايي مورد نياز نه به طور كامل بلكه به طور نسبي محدود شده است.

**گروه هاي آسيب پذير در ارتباط باتغذیه**

 **آسیب پذیری فیزیولوژیکی**

\* نوزادان، شيرخواران وکودکان: به علت رشد سريع و نیاز تغذیه ای نسبتا بالا، و افزايش احتمال ابتا به سوء تغذيه

\* نوجوانان: به ویژه دختران به دليل جهش رشد دوران بلوغ

\* زنان باردار و شیرده: به دليل رشد سريع جنين، شیر دهي و افزایش نیازهای تغذیه ای در این دوران

\* سالمندان و معلولین: به دليل تامین نشدن نیازهای تغذيه اي آنان توسط جیره غذایی،کاهش اشتها، مشکلات بلع و...

\* افراد مبتلا به بيماري هاي مزمن (ديابت، فشارخون و..)

\* افرادي كه در موسسات و سازمان هاي خيريه و بهزيستي زندگي مي كنند (محل نگهداري از افراد يتيم و...(

\* آوارگان و پناهندگان (به دليل فقر، ناامنی اقتصادی، ناامنی غذایی و... )

 **آسیب پذیری جغرافیایی**

\* مناطق در معرض خشکسالی، مستعد سیل یا جنگ

**رویکرد سازمان های ارایه دهنده خدمت با توجه به سناریو پایه**

با توجه به سناريوي پايه و شدت واقعه و تاثير آن برمناطق آسيب ديده به نظر مي رسدكه موقعیت از حالت حاد ياگذرا)نا امني غذايي براي يك مدت زمان محدود و كمتر از 2 ماه( خارج شده و به حالت مزمن ناامني غذايي مي رسد. در

اين شرایط که دامنه منطقه حادثه دیده بسیار وسيع است عما امکان دسترسی به غذا ( Food Accessibility ) وجود ندارد و هدف ارگان های مسئول باید در جهت فراهم نمودن غذا ( Food Availability ) تغییر یابد.

**پیش فرض ها**

**ظرفيت هاي موجود**

 تدوین برنامه عملیاتی تغذیه در بحران در واحد بهبود تغذیه جامعه معاونت بهداشت

شرکت كارشناسان تغذیه استان در کارگاه های آموزشی در زمینه مدیریت تغذیه در بحران

 تدوین و طراحی سبدهای غذایی و نیازهای تغذیه ای در بحرانها براساس تولیدات کشاورزی استان(پیوست)

 تدوین دستورعمل اجرایی پاسخ به بحرانها مشترک با سازمان هلال احمر و یونیسف

 بازنگری ويرايش اول برنامه ملی عملیات پاسخ بهداشت عمومی در بلایا و فوری تها و اختصاص بخشی از این کتاب به مدیریت تغذیه در بحران

**ظرفيت هاي موجود**

1- نيروي انساني متخصص ( كارشناس، كارشناس ارشد) در فيلد

2- شرح وظايف و چك ليست نيروها براي مقابله با بلايا

**نیروهای تغذیه موجود در واحد بهبود تغذیه در شهرستان درمیان**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام مرکز** | **نام و نام خانوادگي** | **مقطع تحصيلي** | **نوع استخدام** | **شماره تلفن مستقيم** | **شماره تلفن همراه** |
| **اسدیه** | فاطمه سالاری | کاردانی | قراردادی | 32129656 | 09158643315 |
| **گزیک** | میلاد فیاضی | کارشناسی | پیمانی | 32113203 | 09051595354 |
| **طبس** | راضیه یعقوبی | کارشناسی | قراردادی | 32112016 | 09157282942 |
| **قهستان** | زهره فلاح | کاردان | رسمی | 32143992 | 09153637028 |
| **بورنگ** | زهرا شهابی | کارشناسی | قراردادی | 32138400 | 09331399792 |
| **خوان** | زینب حسینی | کارشناسی | طرحی | 32153361 | 09044063734 |
| **درمیان** | زهرا علی نژاد | کارشناسی | طرحی | 32133888 | 09941066916 |
| **تخته جان** | زهرا احراری | کارشناسی | قراردادی | 32141230 | 09105477485 |
| **گسک** | فاطمه امینی | کارشناسی | پیمانی | 32140123 | 09039414727 |
| **نوغاب** | فاطمه زهرا براتی | کارشناسی | طرحی | 32128961 | 09157235071 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

اطلاعات جمعيتي شهرستان درمیان در ابتدای سال 1403

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مرکز سلامت جامعه | تعداد خانه های بهداشت | جمعیت كل | جمعیت | | زنان 54-10 ساله همسردار | زنان باردار | کودکان زیر یکسال | کودکان زیر 5 سال | نوجوانان | جوانان | میانسالان | سالمندان |
| مرد | زن |
| اسدیه | اپایگاه  3خ ب | *11632* | *5796* | *5836* | *2405* | *170* | *324* | *1501* | *3436* | *2317* | *3815* | *563* |
| قهستان | *2پایگاه*  *5 خ ب* | *6054* | *2970* | *3084* | *1136* | *31* | *66* | *342* | *1279* | *1001* | *2277* | *1155* |
| طبس مسینا | *1پایگاه*  *5 خ ب* | *11390* | *5831* | *5559* | *2000* | *136* | *270* | *1338* | *3213* | *2341* | *3578* | *920* |
| گزیک | *2پایگاه* | *7544* | *3701* | *3843* | *1410* | *73* | *162* | *812* | *2130* | *1327* | *2477* | *798* |
| تخته جان | *5* | *3130* | *1596* | *1534* | *593* | *23* | *38* | *227* | *779* | *577* | *1085* | *462* |
| گسک | *5* | *2691* | *1352* | *1339* | *497* | *16* | *32* | *157* | *599* | *485* | *931* | *519* |
| بورنگ | *3* | *2688* | *1355* | *1333* | *443* | *20* | *34* | *164* | *472* | *482* | *1003* | *567* |
| درمیان | *4* | *3338* | *1709* | *1629* | *570* | *27* | *49* | *261* | *834* | *640* | *1109* | *494* |
| نوغاب | *4* | *6923* | *3500* | *3423* | *1242* | *56* | *141* | *658* | *1869* | *1382* | *2369* | *618* |
| خوان | *3* | *2148* | *1074* | *1074* | *406* | *8* | *18* | *97* | *455* | *389* | *761* | *446* |
| شهرستان | *6پایگاه*  *40 خ ب* | 57538 | 28884 | 28654 | 10702 | 560 | 1134 | 5584 | 15066 | 10941 | 19405 | 6542 |

**شاخصهای تن سنجی کودکان زیر 5 سال**

* **تحلیل :**

**شاخص کوتاه قدی:** از 5.8 در سال 1401 به 7 در سال 1402 رسیده است و افزایش داشته است.

**شاخص کم وزنی:** از 6.7 در سال 1401 به 6.7 در سال 1402 رسیده است و بدون تغییر بوده است.

**شاخص لاغری:** از 7.3 در سال 1401 به 6.9 در سال1402 رسیده است و کاهش داشته است.

**شاخص اضافه وزن:** در سال 1401 افزایش داشته و به 1.40 رسیده است.

**شاخص کم وزنی:** در سال 1401 به 6.7 درصد افزایش یافته است.

**شاخص لاغری:** در سال 1401به 7.3 درصد افزایش یافته است.

**شاخص کم وزنی و کم وزنی شدید** : این شاخص در شهرستان 6.7 ونسبت به استان که 6.4 است بالاتر است . با توجه به سطح پایین در آمد خانواده ها و مشکلات اقتصادی و اعتیاد و فقر فرهنگی رسیدگی به تغذیه کودکان در بعضی خانواده ها مغفول مانده است البته وجود این مشکل را می توان مرتبط به پایین بودن وزن به صورت ژنتیکی هم دانست که با وجود تغذیه نرمال ولی کودک باز هم این مشکل را دارد.

**شاخص کوتاه قدی و کوتاه قدی شدید**: این شاخص در شهرستان7ونسبت به استان که 5.5 است بالاتر است . با توجه به سطح پایین در آمد خانواده ها و مشکلات اقتصادی و اعتیاد و فقر فرهنگی رسیدگی به تغذیه کودکان در بعضی خانواده ها مغفول مانده است البته وجود این مشکل را می توان مرتبط به پایین بودن قد به صورت ژنتیکی هم دانست که با وجود تغذیه نرمال ولی کودک باز هم این مشکل را دارد.توزیع مکمل زینک بین کودکان کوتاه قد و اختلال رشدی و نظارت و توجه بیشتر بر دریافت مکمل کودکان از جمله اقدامات مداخله ای در این زمینه بوده است.

شاخص لاغری و لاغری شدید: این شاخص در شهرستان 6.9 ونسبت به استان که 7.2 است پایین تر است . با توجه به سطح پایین در آمد خانواده ها و مشکلات اقتصادی و اعتیاد و فقر فرهنگی رسیدگی به تغذیه کودکان در بعضی خانواده ها مغفول مانده است.توزیع مکمل زینک بین کودکان کوتاه قد و اختلال رشدی و نظارت و توجه بیشتر بر دریافت مکمل کودکان از جمله اقدامات مداخله ای در این زمینه بوده است.بیشترین شاخص مربوط به سن 3 سالگی کودکان می باشد.

شاخص اضافه وزن : این شاخص در شهرستان 1.2 ونسبت به استان که 1.1 است بالاتر است .

شاخص احتمال اضافه وزن: این شاخص در شهرستان 7.4 ونسبت به استان که 7.1 است بیشتر است .

شاخص چاقی کودکان: شاخص ابتلا به چاقی در شهرستان0.1 و در استان 0.2 می باشد که وضعیت بهتری نسبت به استان دارد و علت آن را می توان به محرومیت و سطح پایین درآمد ها و در نتیجه کاهش موارد چاقی و اضافه وزن در این گروه سنی است.

**برنامه مراقبت غذا و تغذیه کودکان 2 تا 5 سال**

برنامه مراقبت غذا و تغذیه در ایران با مشارکت پژوهشگران انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور و همکاری دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت و حمایت صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل متحد در ایران )یونیسف( در بهمن ماه سال 99 همزمان با استان های ناامن کشور در استان خراسان جنوبی آغاز شد .

در فاز اولیه و میدانی این برنامه،ارزیابی های سلامت و تغذیه ای در کودکان 5-2 سال شامل دموگرافیک، تن سنجی، بررسی وضعیت دریافت غذایی، عادات غذایی و ارزیابی های بیوشیمیایی در شهرستان های بیرجند، بشرویه، نهبندان، طبس و قاین انجام گرفت.

**نتایج مراقبت غذا و تغذیه غذا و تغذیه کودکان 2 تا 5 سال**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **امن غذایی (درصد)** | **ناامن غذایی** | | |
| **ناامنی غذایی خفیف (درصد)** | **ناامنی غذایی متوسط (درصد)** | **ناامنی غذایی شدید (درصد)** |
| **استان خراسان جنوبی** | **46** | **15** | **23** | **16** |
| **54** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **لاغری (درصد)** | **کوتاه قدی (درصد)** | **کم وزنی (درصد)** | **اضافه وزن و چاقی (درصد)** |
| **شهرستان درمیان** | **6.9** | **7** | **6.7** | **1.3** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **کم خونی** | **کمبود ذخیره آهن** | **کمبود روی** | **کمبود ویتامین A** | **کمبود ویتامین D** |
| **استان خراسان جنوبی** | **24.2** | **32.6** | **22.8** | **26.1** | **88.8** |

* **مقایسه کمبود ریز مغذی های اساسی در کودکان 2 تا 5 سال با نتایج دومین بررسی وضعیت ریز مغذی های ایران (پورای 2) در سال 1391، بیانگر افزایش قابل توجه کمبود ریزمغذی های ضروری در کودکان 2 تا 5 سال می باشد.**
* **افزایش شیوع ناامنی غذایی، سوء تغذیه و کمبود ریزمغذی ها در کودکان 2 تا 5 سال و پیامدهای نامطلوب سوء تغذیه (کمبود درشت و ریزمغذی ها) از جمله اختلال در رشد و تکامل کودکان، کاهش قدرت یادگیری، اختلال در سیستم ایمنی، افزایش ابتلا به بیماریهای عفونی و در نهایت افزایش مرگ و میر کودکان گردد که نیازمند طراحی و اجرای مداخلات مؤثر می باشد.**
* **شاخص های تغذیه ای تغذیه مادران**

**کم وزنی ابتدای بارداری:** شاخص کم وزنی در ابتدای بارداری درسال 1402نسبت به سال 1401 کاهش داشته و از 13.5به 10.6 رسیده است. مرکز درمیان بیشترین درصد کم وزنی را دارا می باشد.

**اضافه وزن ابتدای بارداری:**  شاخص اضافه وزن در ابتدای بارداری در سال 1402 نسبت به 1401افزایش داشته و از 24.5به 27 رسیده است. مرکز نوغاب بیشترین درصد اضافه وزن را دارا می باشد.

**چاقی ابتدای بارداری:** شاخص چاقی در ابتدای بارداری درسال 1402نسبت به سال 1401 افزایش داشته و از 11.6 به 12 رسیده است.مرکز نوغاب بیشترین درصد چاقی را دارا می باشد.

این امر لزوم آموزش بیشتر در مشاوره پیش از بارداری در خصوص تنظیم وزن و بعد اقدام به بارداری را می طلبد.

**شاخص وزن گیری کمتر از حد مطلوب مادران باردار** : این شاخص در سال1402 ، 20.5 درصد که نسبت به سال1401 که22.5 بوده است کاهش داشته است .

**شاخص وزن گیری بیش از حد مطلوب مادران باردار** : این شاخص در سال 1402 ، 18.8درصد است که نسبت به سال 1401 که 19درصد بوده است کاهش داشته است .

**شاخص** کم خونی : درصد کم خونی مادران باردار در ابتدای بارداری در سال 1402 به 4.2 درصد رسیده است که نسبت به سال 1401 که 3.4 درصد بوده است افزایش یافته است .مرکز درمیان بیشترین درصد کم خونی را دارا می باشد.

* **شاخصهای مراقبت تغذیه ای گروهای سنی**
* **شاخص کوتاه قدی نوجوان در سال 1402 نسبت به سال 1401 کاهش داشته و به 6.1 درصد رسیده است ولی از میانگین استانی که 4.5 است بیشتر می باشد.**
* **کمترین شاخص: بورنگ**
* **بیشترین شاخص: درمیان**
* **مراکز با شاخص کمتر از میانگین شهرستان: اسدیه، گزیک، نوغاب،گسک ، بورنگ**
* **مراکز با شاخص بیشتر از میانگین شهرستان: طبس، تخته جان،خوان،درمیان، قهستان**
* **شاخص لاغری نوجوان در سال 1402 نسبت به سال 1401 کاهش داشته و به 16.5 درصد رسیده است و از میانگین استانی که 17.1 است نیز کمتر می باشد.**
* **کمترین شاخص: قهستان**
* **بیشترین شاخص: درمیان و تخته جان**
* **مراکز با شاخص کمتر از میانگین شهرستان: اسدیه، گزیک، نوغاب، بورنگ ، قهستان ، خوان**
* **مراکز با شاخص بیشتر از میانگین شهرستان: طبس، تخته جان،درمیان ، گسک**
* **شاخص لاغری سالمندان در سال 1402 نسبت به سال 1401 افزایش داشته و به 31.4 درصد رسیده است و از میانگین استانی که 24.8درصد است نیز بیشتر می باشد.**
* **کمترین شاخص: قهستان**
* **بیشترین شاخص: بورنگ**
* **مراکز با شاخص کمتر از میانگین شهرستان: قهستان ، خوان، اسدیه ، گزیک**
* **مراکز با شاخص بیشتر از میانگین شهرستان:بورنگ ،درمیان ، طبس ،گسک ، تخته جان**
* **مراکز با شاخص برابر با میانگین شهرستان : نوغاب**

تقریبا 40 درصد جمعیت بالای 18 سال شهرستان مبتلا به اضافه وزن و چاقی می باشند که با توجه به نقش اضافه وزن و چاقی درافزایش بیماریهای غیر واگیر از جمله فشار خون، دیابت، قلبی عروقی و ... و روند افزایشی این شاخص در شهرستان، مسأله هشدار دهنده می باشد

**نقاط قابل ارتقا در برنامه های موجود**

مطلوب تر از میانگین کشوری

شاخص هایی که تعداد را نشان می دهند

 با توجه به سطوح پاسخ دهي (محلی، منطقه ای، ملی و بین المللی) به نظر مي رسد یکی از مشكلات مهم، كمبود هماهنگي بين دستگاه هاي متولي غذا و تغذيه در زمان بلایا مي باشد.

 نبود توافقنامه های همکاری درون بخشی و برون بخشي جهت تقسيم وظايف سازمان ها در بلايا علي رغم چند بخشي بودن مديريت بلايا و فوريت ها) جمعيت هلال احمر جمهوري اسلامی ايران، کمیته امداد حضرت امام (ه)...

 نبود ابلاغ رسمي به كارشناسان تغذيه شهرستان ها و استان به عنوان عضو تيم ارزياب كه مي تواند پيامد هاي زير را به دنبال داشته باشد:

\* توزيع نامناسب مواد غذايي بدون در نظر گرفتن سبد غذايي مطلوب

\* شرایط نامناسب انبارداری و نگهداری بهداشتی مواد غذايي

\*توزیع ناعادلانه مواد غذايي به کل جامعه هدف

\* كاهش دريافت انرژی و پروتئين مورد نیاز برحسب گروههای آسیب پذیر

\* افزايش بيماري هاي ناشي از كمبود دريافت مواد غذايي

\* افزايش مرگ و مير كودكان زير پنج سال

\* كاهش كميت و کیفیت ارائه خدمات بهداشتي به گروه هاي هدف

**کارکردهای تخصصی ارایه خدمات تغذیه در پاسخ به بلایا در جدول زير آمده اند:**

**کارکردهای تخصصی ارایه خدمات تغذیه در بلایا**

|  |  |
| --- | --- |
| **پیوست** | **عنوان کارکرد** |
| **S7-1** | ارزيابي سريع تغذيه اي |
| **S7-2** | پایش کمی و کیفی سبد غذایی |
| **S7-3** | طراحي و اجرای مداخلات بهداشتي- تغذيه اي |

|  |
| --- |
| **کارکردهای ي تخصصی ارایه خدمات تغذیه در بلایا** |
| **پیوستS7-1:ارزيابي سريع تغذيه ای** |
| **واحد مسئول:** گروه بهبود تغذیه جامعه |
| **واحدهای همکار:** تیم ارزیابی سریع |

**شرح کارکرد**

بلافاصله بعد از رخداد با و پايدارشدن وضعيت لازم است وضعیت تغذیه ای جمعیت آسیب دیده برای تعیین کمبودهای تغذیه ای از قبیل درشت مغذی و ریز مغذی، بیماری های منتقله از آب و غذا، شناسایی گروه های آسیب پذیر تغذیه ای و نیازمند به تغذیه خاص و بررسی تجهیزات مورد نیاز )مصرفی و غیر مصرفی( تعیین گردد.

**شرح وظایف واحد مسئول**

1- **تکمیل چک لیست راهنمای اجرایی فرم1**)ارزيابي وضعيت تغذيه كودكان زیر 5 سال در بلایا( با در نظر گرفتن حجم نمونه به شرح زير:

الف( تصادفي:

* تصادفی منظم 450 کودک درخانوارها یی با جمعیت کمتراز 10000 نفر
* جمعیت های کوچکتر( 2000-3000نفر( بررسی تمام کودکان

ب( خوشه اي:

در نمونه گیری خوشه ای 30 خوشه و هر خوشه شامل 30 کودک است یعنی 900 کودک براي جمعيت هاي بالاتر از 10000 نفر

2- **تکمیل چک لیست راهنمای اجرایی فرم2** )فرم ارزيابي سريع تغذيه اي خانوار( به منظور بررسي خانوارها در منطقه آسيب ديده از نظر دريافت مواد مغذي )انرژي، پروتئين، ويتامين هاي B3 ،A ، B2 ، آهن و يد( در طی د وره های معین و در صورت امکان هر سه ماه یکبار با در نظر گرفتن **حجم نمونه** به شرح زير انجام مي شود.

\* **حجم نمونه**

در جمعیت های کمتر از 2000 نفر 10 - 20 % خانوارها

در جمعیت های بالاتراز 2000 نفر 7- 10 % خانوارها

\* **روش نمونه گیری**

**نمونه گیری تصادفی )مناسب تر(**

* نمونه گیری تصادفی خوشه ای

روش نمونه گیری تصادفی ساده : زمانی که فهرستی از تمام خانوارها یا افراد در دسترس است )مانند آمار زیج روستایی در مراکز و خانه های بهداشت( می توان با استفاده از یک تابلوی اعداد تصادفی، افراد را بطور تصادفی از روی فهرست انتخاب نمود.

* روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای

در غیر این صورت رایج ترین فرم انتخاب نمونه، نمونه گیری خوشه ای است که در دو مرحله انجام می شود. ابتدا در روی کاغذ تمام جمعیت به نواحی جغرافیایی کوچکتر مجزا مانند روستاها تقسیم می شود که جمعیتشان معلوم است یا می تواند تخمین زده شود. سپس خوشه ها بطور تصادفی از این روستاها انتخاب می شوند به این ترتیب که شانس انتخاب هر روستا متناسب با اندازه جمعیت آن باشد.

3**- استفاده از نرم افزار ENA ( Assessment Emergency Nutrition**)در صورت فراهم بودن امكانات سخت افزاري و نرم

افزاري كه می توان از آن (در طراحی بررسی و حجم نمونه به قرار زیر استفاده كرد :

 محاسبه حجم نمونه

 استاندارد سازی اندازه گیری های تن سنجی توسط گروه ها

 وارد كردن اطلاعات تغذیه ای - تن سنجی و ادم تغذیه ای

 كنترل کیفیت اطلاعات برای تعیین خطاها:

o تعیین اعداد غیر قابل قبول

o تعیین خطای ترجیح عددی )گرد کردن(

o خطای ناشی از تجزیه و تحلیل به وسیله گروه

**ارزیابی سریع نیازهای تغذیه ای**

**پایش و ارزیابی وضعیت تغذیه حادثه دیدگان**

**دلائل تعيين سوء تغذیه در بحران ها**

در بحران ها همه گروه های اجتماعی به یک اندازه تحت تاثیر قرار نمی گیرند بلکه برخی نیازهای تغذیه ای بیشتری نسبت به سایرین دارند و منابع غذایی باید به مقدار بیشتری برای آن ها اختصاص یابد. به منظور ارزيابي وضعيت حادثه ديده گان روش هاي زير پيشنهاد مي گردد:

**الف) بررسی سریع اولیه:**

این بررسی به منظور برنامه ریزی برای مداخله های ضروری در جمعیت، تعیین ماهیت مشکلات تغذیه ای، تعیین گروههای در معرض خطر، تعداد افراد آسیب دیده، وضعیت عمومی بهداشت محیط، وضعیت واکسیناسیون، عادت های غذایی، دسترسی به مواد غذایی، سوخت و نحوه پخت و پز لازم است. اين بررسي در اولين فرصت پس از حادثه بايد بر اساس فرم شماره 2 انجام شود. كه شامل اندازه گيري وزن، قد كودكان، بررسي 30 خانواز از نظر دريافت مـــواد غذايي بـــه جهت اطمينان از دريافت انرژي، پروتئين، ويتامين هاي A ، B2، B3، آهن و يد مي باشد.

با بررسی سریع هر گونه مشکل تغذیه ای خاص معین گرديده و مناطق و جمعيت در معرض خطر مشخص می گردد. در اغلب موقعیت ها جهت کنترل تغییرات در طول زمان، بایستی بــررسی در طی   
دوره های معین و در صورت امکان هر سه ماه یکبار در مراحل اولیه تکرار می شود.

**ب) غربالگری:**

به وسیله برنامه های غربالگری افرادی که نیازهای ویژه تغذیه ای نظیر تجویز مکمل یا رژیم غذایی دارند مشخص و تعیین می گردد. (بر اساس فرم شماره 3)

**ج) ارزیابی وضعیت تغذیه در جمعیت:**

عبارتست از بررسی تغییرات زمانی در وضعیت تغذیه گروه های جمعیتی درگیر. این روش به همراه سایر اطلاعات، زمینه لازم جهت تعیین و توزیع مناسب اولویت ها، ادامه یا قطع پاره ای از مداخلات فراهم   
می سازد. با بررسی وضعیت تغذیه در مقیاس فردی یا در سطح جمعیتی مشخص می شود که مداخلات   
تغذیه ای چه موقعی شروع شود و تا چه مدت ادامه یابد و چه تغییرات و اصلاحاتی در آن لازم است.

**برنامه ریزی مناسب برای مقابله با سوءتغذیه حاد متوسط و شدید**

اجرای برنامه های بلند مدت:

–توانمندسازی تغذیه ای

-ظرفیت سازی ( انسانی و سازمانی)

- راهبرد هایی نظیر ارائه وام های بی بهره یا کم بهره به تولیدکنندگان غذا

-فراهم نمودن تسهیلاتی به منطور تغییر وضعیت اشتغال مردم حادثه دیده

- استفاده از تجربیات سایر کشورهایی که با این معضل روبرو بوده اند

- دریافت کمک های فنی – مشاوره ای سازمانهای بین المللی

اجرای برنامه های کوتاه مدت :

در قحطی ها و بحران ها که کمبود غذایی وجود دارد به این پرسش که چه مقدارغذا برای جمعیت بلا دیده مورد نیاز است باید به صورت اورژانسی پاسخ داده شود.در صورتی که بر اثر بروز خشکسالی امکان دسترسی به مواد غذایی وجود نداشته باشد باید روشی را اتخاذ کرد که نه تنها پاسحگوی نیازهای فعلی افراد باشد بلکه در صورت امکان به بازکرداندن امنیت غذایی در منطقه کمک کند .

**برنامه ریزی برای بر اساس استانداردهای تعیین میزان نیاز های تغذیه ای ،تناسب و مقبولیت کمک های غذایی ،کیفیت و امنیت غذایی به شرح زیر :**

**میانگین انرژی** سرانه مورد نیاز بر آورد شده در روز 2070 کیلو کالری است ( **2100 کیلو کالری)** می باشد که بر اساس نـیـازهای انــرژی و پــروتئین گــزارش مشترک UNU FAO/ WHO / کمیته کارشناسان مشورتی در سال 1985 ومطابق فرضیات زیر تعیین شده است:

1. مختصات توزیع سنی/ جنسی جمعیت کشورهای در حال توسعه

2. میانگین قد مردان وزنان بالغ به ترتیب 155،169 سانتی متر

3. وزن بزرگسالان با نمایه توده بدنی ( BMI ) بین 20 تا 22

4. فعالیت فیزیکی بالا

**پروتئین:** میانگین دریافت پروتئین هرفرد روزانه **46 گرم** از یک رژیم مخلوط ازغلات،حبوبات، سبزیهاست.

**چربی:** جـزء مهمی از غذای جیره است که قوام غذا را کاهش ، بافت را نرم می کند و با حجم کم انرژی بالایی را فراهم می کند به ویژه برای کودکان در زمان احیا از سوء تغذیه بسیار مهم است در شرایط مطلوب حدود 20% یا حداقل 15% وحداکثر30% نیازهای روزانه انرژی باید از چربی ها و روغن ها تأمین شود.

**آب:** همه مردم بايد به مقدار كافي آب براي آشاميدن، پخت و پز و بهداشت شخصي دسترسي ايمن و يكسان داشته باشند. مراكز عمومي توزيع آب بايد به اندازه كافي به خانه ها نزديك باشند تا افرد بتوانند به حداقل نيازهاي آبي خود دسترسي داشته باشند.ميزان متوسط آب مصرفي در هر خانوار **حداقل 15 ليتر براي هر نفر** است.

**نياز پايه به آب**

|  |  |
| --- | --- |
| **نيازهاي حياتي** | **مقدار روزانه** (ليتر) |
| آشاميدن و غذا | 5/2 تا 3 |
| فعاليت عمده بهداشتي | 2 تا 6 |
| پخت و پز | 3 تا 6 |
| نيازهاي اوليه به آب در جمع | 5/7 تا 15 |

**آب مورد نیاز موسسات و دیگر مصارف**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مرکز** | **مقدار (لیتر )** | **فرد** |
| **مراکز بهداشتی و بیمارستان** | **5** | **بیمار سرپایی** |
| **40-60** | **بیمار بستری در هر روز** |
| **مراکز تغذیه درمانی** | **30** | **هر بیمار در روز** |
| **15** | **هر مراقب در روز** |
| **مدارس** | **3** | **آشامیدن و شستن دستهای هر دانش آموز در روز** |
| **دام ها** | **20-30** | **حیوانات بزرگ و متوسط** |
| **5** | **حیوانات کوچک** |

**ریزمغذی ها:**

میانگین مواد مغذی توصیه شده روزانه در کشورهای درحال توسعه :

|  |  |
| --- | --- |
| انرژی | 2100 کیلو کالری |
| پروتئین | 46 گرم |
| ویتامین A | 500 میکرو گرم |
| ویتامین D | 8/3 میکرو گرم |
| تیامین | 9/0 میلی گرم |
| ریبو فلاوین | 4/1 میلی گرم |
| نیاسین | 12 میلی گرم |
| اسید فولیک | 160 میکرو گرم |
| ویتامین B12 | 9/0 میکرو گرم |
| ویتامین C | 28 میلی گرم |
| ید | 150 میکرو گرم |
| آهن | 22 میلی گرم |
| کلسیم | 500 میلی گرم |

تدارک مناسب تغذیه ای

از جمله وظایف اداره بهبود تغذیه جامعه **طراحی سبدهای غذایی** با توجه به استاندارهای فوق و در نظر گرفتن نیازمند های تغذیه زیربه منظور ارائه به سازمانهای متولی تهیه و توزیع غذا می باشد که در زیر به چند نمونه از آنها اشاره شده است :

**نيازمنديهاي تغذيه اي :**

- آب آشاميدني سالم.

* 2100 كالري و 50 گرم پروتئين مورد نياز روزانه افراد یا 2500 كالري و 50 گرم پروتئين
* به ازاء هر كودك زير 5 سال ، هر دو روز يك بسته غذاي كمكي

**به منظور تامين ريزمغذيها از جمله ويتامين هاي A, B1,C و نياسين**

\* هفته اي 5 عدد قرص مولتي ويتامين برای كليه افراد

در جیره های غذایی، متداول ترین مواد معمولا غلات، حبوبات، روغن های خوراکی است و سایر مواد از قبیل نمک طعام، چای، ادویه مستقیما ارزش تغذیه ای ندارند ولی مزه مواد غذایی را تحت تاثیر قرار می دهند

**راهنماهای اجرایی کارکرد انجام ارزيابي سريع تغذيه اي**

**راهنمای اجرایی1 : فرم ارزيابي وضعيت تغذيه كودكان زیر 5 سال در بلایا**

دانشگاه / دانشكده علوم پزشكي ............. استان ............... شهرستان...................

تاریخ وقوع بحران / / تاریخ ارزیابی / /

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام کودک | نام خانوادگی | سن(ماه) | جنس | | وزن(Kg) | قدcm | دوربازوcm | علایم بالینی | | | | | | | |  | |
| مذکر | مونث | ادم | | کم خونی | | گزروفتالمی | | اسهال | | عفونت تنفسی | |
| دارد | ندارد | دارد | ندارد | دارد | ندارد | دارد | ندارد | دارد | ندارد |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

نام و نام خانوادگی پرسشگر: تاریخ بررسی:

**راهنماهای اجرایی کارکرد انجام ارزيابي سريع تغذيه اي**

**راهنمای اجرایی2 :**

**چک لیست ارزيابي تغذيه اي خانوار**

دانشگاه / دانشكده علوم پزشكي ............. استان ............... شهرستان...................

شهر ..................... روستا..................

تاریخ وقوع بحران / / تاریخ ارزیابی / /

شماره چادر/کانکس: شماره خانوار: تعداد افراد : نام سرپرست خانوار:

1) آيا از سوي سازمان هاي امدادي سبد غذايي به خانوار اهدا شده است؟ بلی خیر

2) در صورت پاسخ بلي چه سازماني سبد غذايي را اهداء كرده است؟

سازمان هلال احمر كميته امداد بهزيستي خيرين ساير سازمان هاي بين المللي سازمان هاي غير دولتي (NGO)

3) اين سبد غذايي شامل چه اقلامي است؟

4) منبع آب اشامیدنی خانوار کدامیک از موارد زیر است؟ لوله کشی پمپ چاه بطری (بسته بندی) تانکر

5) تعداد گروههای آسیب پذیر در خانوار را مشخص کنید:

كودكان كمتر از 5 سال : مادر باردار: مادر شيرده: زنان بي سرپرست : سالمند : افراد معلول:

6 ) آ يا خانوار داراي كودك شيرخوار مي باشد؟ بلي خير  **اگر پاسخ بلی هست لطفا به سوالات زیر پاسخ داده شود:**

7) نحوه تغذيه شیرخوار در قبل /پس از حادثه چگونه است؟

**قبل از حادثه:** شير مادر شيرمصنوعی شيرگاو سفره خانوار

**پس از حادثه:** شير مادر شير مصنوعی شيرگاو سفره خانوار

**اگر مادر باردار در خانوار وجود دارد سوالات زیر پرسیده شود:**

8) در حال حاضر آيا مادر باردار مكمل آهن از خانه بهداشت / پایگاه سلامت دریافت و مصرف کرده است؟ بلی خیر

9) در حال حاضر آيا مادر باردار اسيد فوليك از خانه بهداشت / پایگاه سلامت دریافت و مصرف کرده است؟ بلی خیر

10) در حال حاضر آيا مادر باردار مکمل مولتی ویتامین مینرال حاوی 150 میکرو گرم ید از خانه بهداشت / پایگاه سلامت دریافت و مصرف کرده است؟ بلی خیر

11) آیا مادر باردار مبتلا به سوء تغذیه است؟ بلی خیر

اگر بلی آیا تحت مراقبت ، درمان و پیگیری است؟ بلی خیر

12) آیا مادر باردار تحت پوشش برنامه حمایت تغذیه بنیاد علوی است؟ بلی خیر

اگر پاسخ بلی است آیا در حال حاضر با توجه به بحران اخیر سبد غذایی را از بنیاد علوی دریافت کرده است؟ بلی خیر

**اگر کودک 24-0 ماه است سوالات زیرپرسیده شود:**

13) آيا به کودک زیر 6 ماه قطره A+D داده شده است ؟

14) آيا به کودک 6 تا 24 ماه قطره A+D یا مولتی ویتامین داده شده است؟ بلی خیر

15) آيا قطره يا شربت آهن به کودک 6 تا 24 ماه داده شده است؟ بلی خیر

16) آیا کودک مبتلا به سوء تغذیه شدید است؟ بلی خیر

اگر بلی آیا تحت مراقبت ، درمان و پیگیری است؟ بلی خیر

17) آیا کودک زیر 5 سال تحت پوشش برنامه حمایت تغذیه کمیته امداد امام خمینی (ره) وجود دارد؟ بلی خیر

اگر پاسخ بلی است آیا در حال حاضر با توجه به بحران اخیر سبد غذایی را از کمیته امداد دریافت کرده است؟ بلی خیر

**از مادر یا فرد بالای 15 سال مسئول تامین کننده غذای خانواده دفعات مصرف هر يک از مواد غذايي در خانوار در طی وقوع بحران پرسیده شود**

18) در حال حاضر معمول‌‌ترین و یا بیشترین مصرف هریک از مواد غذایی زیر را در مربع روبرو مشخص کنید :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-18- انواع نان ها  2-18- برنج  3-18- ماکارونی  4-18- انواع سبزی  5-18 - انواع ميوه  6-18- شير، ماست ، پنير و دوغ  7-18- گوشت قرمز  8-18 - گوشت مرغ و ماکيان  9-18– گوشت ماهی  10-18 - تخم مرغ  11-18- حبوبات(لوبيا، عدس و...)  12-18- غذاهای کنسروی(تن ماهی، حبوبات کنسرو شده و..)  13-18- قند و شکر  14-18- انواع روغن | □1- روزانه  □1- روزانه  □1- روزانه  □1- روزانه  □1- روزانه  □1- روزانه  □1- روزانه  □1- روزانه  □1- روزانه  □1- روزانه  □1- روزانه  □1- روزانه  □1- روزانه  □1- روزانه | □2- هفتگي  □2- هفتگي  □2- هفتگي  □2- هفتگي  □2- هفتگي  □2- هفتگي  □2- هفتگي  □2- هفتگي  □2- هفتگي  □2- هفتگي  □2- هفتگي  □2- هفتگي  □2- هفتگي  □2- هفتگي | □3- به‌ندرت  □3- به‌ندرت  □3- به‌ندرت  □3- به‌ندرت  □3- به‌ندرت  □3- به‌ندرت  □3- به‌ندرت  □3- به‌ندرت  □3- به‌ندرت  □3- به‌ندرت  □3- به‌ندرت  □3- به‌ندرت  □3- به‌ندرت  □3- به‌ندرت | □4- هرگز  □4- هرگز  □4- هرگز  □4- هرگز  □4- هرگز  □4- هرگز  □4- هرگز  □4- هرگز  □4- هرگز  □4- هرگز  □4- هرگز  □4- هرگز  □4- هرگز  □4- هرگز | ⬜  ⬜  ⬜  ⬜  ⬜  ⬜  ⬜  ⬜  ⬜  ⬜  ⬜  ⬜  ⬜  ⬜ |

نام و نام خانوادگی پرسشگر: تاریخ بررسی:

|  |
| --- |
| **کارکردهای تخصصی ارایه خدمات تغذیه در بلایا** |
| **پیوست s7-2: پایش کمی و کیفی سبد غذایی** |
| **واحد مسئول**  بهبود تغذیه جامعه  **واحدهای همکار:** دفتر سامت محیط کار، مرکز مدیریت بیماری ها واگیر، سازمان غذا و دارو، دفتر سامت  جمعیت، خانواده و مدارس |

**شرح کارکرد:**

یکی از وظایف مهم کارشناسان تغذیه در زمان بلایا بررسی سبد غذایی جمعیت آسیب دیده برای حصول اطمینان از اینکه از لحاظ کمی و کیفی حداقل نیازهای تغذیه ای آن جمعیت تامین خواهد شد، می باشد.

**شرح وظایف واحد مسئول**

1. پایش امنیت غذایی خانوارهای آسیب دیده )براساس آناليز سوال 1، 3و 18 مندرج در راهنمای اجرایی 2 (
2. پایش تامین ریز مغذی ها برای گروههای آسیب پذیر )براساس آناليز سوال 5-8-9-10-13-14-15 مندرج در

راهنمای اجرایی2 (

1. پایش تامین نيازهاي تغذيه اي شیر خواران )براساس آناليز سوال 6و 7 مندرج در راهنمای اجرایی 2 (
2. استفاده از نتايج پایش سبد غذایی از نظر ایمنی و بهداشت اقام غذایی دفتر سامت محیط و کار به منظور

تصميم گيري بر ادامه توزيع سبد غذايي اهدا شده يا تغ يير در نوع سبد غذايي

|  |
| --- |
| **کارکردهای تخصصی ارایه خدمات تغذیه در بلایا** |
| **پیوست s7-3 : طراحي و اجرای مداخلات بهداشتي- تغذيه اي** |
| **واحد مسئول: گروه** بهبود تغذیه جامعه  **واحدهای همکار:** مرکز توسعه شبکه، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، مرکز سلامت محیط کار، مرکز مدیریت بیمار یهای  واگیرو مرکز مدیریت بیمار یهای غیرواگیر |

**شرح کارکرد**

براساس نتایج حاصل از ارزیابی سریع تغذیه ای و سایر اطلاعات کسب شده ، مداخات مناسب بهداشتي- تغذيه اي طراحي گردد.

**شرح وظایف واحد مسئول**

1. آموزش تغذيه مناسب در بحران به كاركنان و جامعه آسيب ديده
2. ارجاع به واحد مشاوره افراد مبتا به سوء تغذیه )بر اساس شاخص لاغري وزن برای قد(Wasting )حاصل از نتايج ارزيابي وضعيت تغذيه كودكان زیر 5 سال در بلایا و افراد بزرگسال براساس شاخص نمايه توده بدني كمتراز 18.5)

1. ارائه خدمات مشاوره تغذیه ای به گروههاي آسيب پذير تغذيه اي از طريق راه اندازي يا تقويت واحد مشاوره
2. ارجاع به مراکز درمانی افراد مبتا به سوء تغذیه شدید )بر اساس شاخص لاغري حاصل از نتايج ارزيابي وضعيت تغذيه كودكان زیر 5 سال در بلایا و افراد بزرگسال براساس شاخص نمايه توده بدني كمتر از 18.5)
3. تصميم گيري بر ادامه توزيع سبد غذايي اهدا شده يا تغ يير در نوع سبد غذايي بر اساس نتايج پايش و ارزشيابي نظارت بر كنترل كمي و يكفي توزیع سبد غذایی

**شرح وظایف واحدهای همکار**

 با توجه به شرح وظایف واحدهای همکار در همه کارکردهای تخصصی موارد در جدول ضمیمه آورده شده است.

**راهنماهای اجرایی کارکرد طراحی و اجرای مداخلات بهداشتی** – **تغذیه ای**

**راهنمای اجرایی 1: لیست تجهیزات عملیات مدیریت تغذیه**

**تجهیزات غیر مصرفی:**

* **قد سنج**
* **نوار سانتي متر**
* **ترازو**
* **دستگاه اندازه گیری سریع همو گلوبین**
* **تجهیزات مصرفی:**
* **مكمل غذايي و دارويي**

**راهنماهای اجرایی کارکرد طراحی و اجرای مداخلات بهداشتی** – **تغذیه ای**

**راهنمای اجرایی 2: تجهيزات مورد نياز كارشناس تغذيه در بلايا و فوريت ها برای 10000 جمعیت**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| تجهیزات براساس اولویت | **واحد** | **تعداد برای 10000 جمعیت** |  |
| محلول هاي قندي جهت تغذيه وريدي در بيماران بستري | عدد | 2000 |  |
| محلول هاي پروتئيني جهت تغذيه وريدي در بيماران بستري | عدد | 1000 |  |
| محلول هاي اسيد چرب جهت تغذيه وريدي در بيماران بستري | عدد | 1000 |  |
| پودرهاي مخصوص تغذيه از راه لوله در بيماران بستري | بسته | 1000 |  |
| پودر های مخصوص تغذیه از راه لوله در بیماران خاص  )افراد بستري مبتلا به بيماري هاي كبدي، كليوي، ديابتي و قلبي | fsji | 1000 |  |
| ترازوي قابل حمل | **عدد** | **4** |  |
| قدسنج ايستاده/ متر برای اندازه گيری | **عدد** | **2** |  |
| قدسنج خوابيده | **عدد** | **2** |  |
| دستگاه اندازه گيری سريع هموگلوبين خون ) HemoCue | **عدد** | **1** |  |

**شرح وظایف واحدهای همکار مرتبط با تغذیه در بلایا در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نوع فعالیت | مرکز توسعه شبکه | مرکز سلامت محیط و کار | EOC | مدیریت کاهش طربلایا | سلامت خانواده | بیماری های واگیر | بیماری های غیر واگیر | سازمان غذاودارو | آموزش سلامت | آزمایشگاه مواد غذایی | سلامت روان |
| کارکرد تخصصی 1:ارزیابی سریع تغذیه ای | | | | | | | | | | | | |
| 1-1 | تکمیل چک لیست راهنمای اجرایی فرم 1(ارزيابي وضعيت تغذيه كودكان زیر 5سال در بلایا) | \* |  |  |  | \* |  |  |  |  |  |  |
| 2-1 | تکمیل چک لیست راهنمای اجرایی فرم  2 )فرم ارزيابي سريع تغذيه اي خانوار( | \* |  |  | \* | \* |  |  |  |  |  |  |
| 3-1 | استفاده از نرم افزار ENA  (Nutrition Assessment Emergency) | \* |  |  | \* | \* |  |  |  |  |  |  |
| كار كرد تخصصي 2: پایش کمی و کیفی سبد غذایی | | | | | | | | | | | | |
| 1-2 | پایش امنیت غذایی خانوارهایآسیبدیده (براساس آناليز سوال 1، 3، 4،5 و 18  مندرج در راهنمای اجرایی 2) | \* | \* |  | \* | \* |  |  | \* |  | \* |  |
| 2-2 | پایش تامین ریز مغذی ها برای گروههای آسیب پذیر (براساس آناليز سوال 8 ، 11 ،12 ، 13 و 14 مندرج در راهنمای اجرایی 2) | \* |  |  |  | \* |  |  | \* |  |  |  |
| 3-2 | پایش تامین نيازهاي تغذيه اي شیر خواران)براساس آناليز سوال 9و 10 مندرج در  راهنمای اجرایی 2) | \* |  |  |  | \* |  |  | \* |  |  |  |
| 4-2 | استفاده از نتايج پایش سبد غذایی از نظر ایمنی و بهداشت اقلام غذایی دفترسلامت محیط و کار به منظور تصميم گيري بر ادامه توزيع سبد غذايي اهدا شده  يا تغ يير در نوع سبد غذايي | \* | \* |  |  | \* | \* |  |  |  |  |  |
| كار كرد تخصصي 3: طراحي و اجرای مداخلات بهداشتي- تغذيه اي | | | | | | | | | | | | |
| 1-3 | آموزش تغذيه مناسب در بحران به كاركنان و جامعه آسيب ديده | \* | \* |  |  | \* |  | \* |  | \* |  | \* |
| 2-3 | ارجاع به واحد مشاوره افراد مبتلا به سوء تغذیه )بر اساس شاخص لاغري حاصل از نتايج ارزيابي وضعيت تغذيه كودكان زیر5 سال در بلایا و افراد بزرگسال براساس شاخص نمايه توده بدني كمتر از 18.5 | \* |  |  |  | \* |  | \* |  |  |  |  |
| 3-3 | ارائه خدمات مشاوره تغذیه ای به گروههاي آسيب پذير تغذيه اي از طريق راه اندازي يا تقويت واحد مشاوره | \* |  |  |  | \* |  | \* |  |  |  | \* |
| 4-3 | ارجاع به مراکز درمانی افراد مبتلا به سوء تغذیه شدید )بر اساس شاخص لاغري حاصل از نتايج ارزيابي وضعيت تغذيه كودكان زیر 5 سال در بلایا و افراد بزرگسال براساس شاخص نمايه توده بدني كمتر از 18.5 | \* | \* |  |  | \* | \* |  |  |  |  | \* |
| 5-3 | تصميم گيري بر ادامه توزيع سبد غذايي اهدا شده يا تغيير در نوع سبد غذايي براساس نتايج پايش و ارزشيابي نظارت بركنترل كمي و کیفی توزیع سبد غذایی | \* | \* |  |  | \* | \* |  |  |  | \* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **تعیین مسئولیت های مراکز و واحد های درون بخشی مرتبط با تغذیه** | |
| سلامت ومحیط کار | نظارت بر نحوه توزیع مواد غذایی  نظارت بر بهداشت محیط |
| توسعه شبکه | پشتیبانی(تجهیزات ،فنی ...) |
| سلامت خانواده | شناسایی شیرخواران سوء تغذیه ای،کودکان کم وزن بیمار،کودکان  مبتلا به کم خونی وکمبود سایرریزمغذی ها  برآوردشیرمصنوعی وغذای کمکی برای کودکان زیر2سال  برآوردمکمل های دارویی برای زنان باردار،شیرده وکودکان زیر2سال |
| بیماری های واگیر | کنترل بیماریهای واگیر از طریق آب وغذا،شناسایی مادران باردار،شیرده وکودکان مبتلا به ویروسHIV |
| بیماری های غیرواگیر | شناسایی گروه های درمعرض خطر بیماری های مزمن تغذیه ای |
| اداره نظارت برمواد غذایی | تامین شیرمصنوعی،مکمل دارویی وغذای کمکی برای کودکان زیر 2سال ،زنان باردار وشیرده |
| آزمایشگاه موادغذایی | کنترل کیفیت اقلام غذایی توزیع شده |
| آموزش بهداشت | آموزش جامعه براساس بسته آموزشی |
| سلامت روان | آموزش گروه های آسیب پذیر تغذیه ای به منظور حفظ سلامت روان آنان(شیردهی مطلوب مادران و..) |
| کاهش خطربلایا | انجام هماهنگی های درون وبرون بخشی |

|  |  |
| --- | --- |
| **تعیین مسئولیت های مراکز و واحد های برون بخشی مرتبط با تغذیه** | |
| جمعیت هلال احمر | امدادهای تغذیه ای  الف:برنامه های تغذیه همگانی  برنامه های تغذیه انتخابی |
| کمیته امداد امام خمینی(ره) | تامین و توزیع غذا |
| سازمان بهزیستی | تامین و توزیع غذا |
| وزارت بهداشتی | سیاست گزاری و ارائه خدمات بهداشتی تغذیه ای نظارت و ارزیابی |
| سازمان مدیریت بحران | نظارت هماهنگی و تامین منابع |
| جهادکشاورزی | سیاست گزاری و برنامه ریزی جهت تامین اقلام غذایی پیشنهاد شده در سبد غذایی مطلوب در بلایا |
| بازرگانی | تامین برخی از اقلام غذایی پیشنهادشده در سبد غذایی مطلوب در بحران |

**هدف کلی :**

1. **پیشگیری و آمادگی در جهت کاهش عوارض سوء تغذیه ناشی از خشکسالی (مرحله آمادگي)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **هدف اختصاصی** | **استراتژی** | **فعالیت** |
| 1-1-ارتقاء آمادگی بخش بهداشت جهت ارائه مداخلات بهداشتی – تغذیه ای هدفمند | تعیین وضع موجود  بهداشتی –تغذیه ای مناطق تحت پوشش | ایجاد بانک اطلاعاتی قابل دسترس در خصوص شاخص های بهداشتی –تغذیه ای:  شاخص های جمعیتی ( کودکان زیر 5 سال ، زنان باردار و شیرده، سالمندان ومعلولین به تفکیک هر استان / شهرستان /مراکز بهداشتی درمانی )  - شاخص های تن سنجی کودکان در صورت امکان به تفکیک استان و شهرستان  وضعیت BMI مادران باردار در سه ماهه اول بارداری  -تعیین پوشش واکسیناسیون  - تعداد کودکان تحت پوشش کمیته امداد و بهزیستی  -الگوی شیوع بیماریهای شایع در منطقه  - میزان مرگ و میر کودکان زیر 5 سال |
| 2-1-ارتقاء آمادگي ساير بخش های مرتبط با ارائه خدمات تغذیه ای | ایجاد هماهنگی درون بخشی و برون بخشی بین ارگانهای رسمی و غیر رسمی به منظور تامین و مدیریت منابع انسانی –مالی و.... در قالب کمیته تغذیه در بحران خشکسالی | -شناسایی کلیه سازمان های دولتی و غیر دولتی مسئول در امر غذا و تغذیه در حوادث غیر مترقبه ( ستاد)  - شناسایی شرح وظایف سازمانهای مرتبط با امر غذادر بحرانها ( در سطح ستاد)  -تنظیم سبد غذایی مطلوب در حوادث غیر مترقبه (سطح ستاد)  --ابلاغ سبد غذایی به نهادهای مسئول (سطح ستاد)  - اطمینان از و جود ذخایر کافی مواد غذايي (استان/ شهرستان )  -تعیین شرح وظایف تیم های مسئول پایش و نظارت بر توزیع مواد غذایی اعم از ظرفیت انسانی و تجهیزات (در سطح ستاد)  - تجهیز مراکز بهداشتی درمانی بر اساس نوع خدمات (ترازو،قدسنج ،کارت رشد،دستگاه اندازه گیری هموگلوبین خون و مکمل هاو ...) سطح استان/ شهرستان |
| 3-1-ارتقاء سطح دانش و آگاهی کارکنان بهداشتی و عموم مردم | آموزش به پرسنل و جامعه در سه مرحله قبل، حین و بعداز بحران | -تامین بودجه مورد نیاز برای خدمات آموزشی ( در سطح ستاد/استان)  -تهیه بسته های آموزشی در خصوص نحوه تغذیه گروههای آسیب پذیردر بحران ،بیماریهای ناشی از تغذیه و راههای مقابله با آن ، نحوه مصرف و عوارض مکمل (ستاد/استان)  -برگزاری کارگاهها ی آموزشی براي کارشناسان تغذیه و سایر کارشناسان در زمینه تغذیه در بحران (ستاد/استان)  - آموزش به کارشناسان سازمانهای مرتبط با امر تهیه و توزیع غذا و NGO ها و... (ستاد/استان)  -آموزش تغذیه در بحران به دانشجویان و دانش آموزان در کلیه مقاطع تحصیلی ( در سطح استان /شهرستان)  - تهیه مجموعه آموزشی لازم جهت آشنایی حادثه دیدگان در زمان بحران در خصوص سهمیه بندی ، زمان دریافت مواد غذایی و ... (در سطح استان /شهرستان)  -ارائه برنامه هاي آموزشي از طريق رسانه هاي عمومي (ستاد/استان) |

**2-مدیریت و برنامه ریزی تغذیه در بحران (مرحله پاسخ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **هدف اختصاصی** | **استراتژی** | **فعالیت** |
| 1-2-پیشگیری و کنترل وضعیت ناامنی غذایی در منطقه حادثه دیده | - شناسایی نیازهای  تغذیه ای آسیب دیدگان  - تنظيم سبد غذایی مطلوب با توجه به نیازهای تغذیه ای حادثه دیدگان  - پایش و ارزشیابی | -محاسبه انرژی مورد نیاز افراد جامعه با توجه به ترکیب سنی و جنسی - شرایط آب و هوایی ووضعیت تغذیه ای گروههای آسیب پذیر (استان)  -تطبيق سبد غذايي با فرهنگ منطقه حادثه ديده  -نظارت کامل بر توزیع غذا (پایش کمی و کیفی سبد غذایی) (استان)  -ارزیابی وضعیت کمبود ریز مغذیها بر اساس اطلاعات موجود و در صورت نیاز اجرای مکمل یاری و سایر مداخلات در منطقه (استان)  -ارزیابی وضعیت تن سنجی گروههای آسیب پذیر پس از توزیع سبد (استان) |

**3-ارتقاء وضع تغذیه حادثه دیدگان به ویژه مادران باردار و کودکان زیر 6 سال پس از بحران** (مرحله بازسازي)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **هدف اختصاصی** | **استراتژی** | **فعالیت** |
| 1-3- بهبود وضعیت بهداشتی–  تغذیه ای مبتلايان به سوء تغذیه | شناسایی و درمان مبتلایان به سوءتغذیه شدید  ( -PEMکم خونی – گواترو ...) | -غربالگری کلیه حادثه دیدگان از نظر ابتلا به سوءتغذیه با اولویت گروهها و مناطق آسیب پذیر با مسئولیت کارشناس تغذیه استان  -درمان رایگان گروههای مبتلا به سوءتغذیه شدید از طریق کمک های غذایی مکمل و خدمات بیمارستانی |
| 2- 3- ارتقاءوضعیت تغذیه گروههای آسیب پذیر | بررسی وضعیت تغذیه جامعه و تعیین مداخلات مورد نیاز | -بررسی تن سنجی کودکان و تفسیر نتایج مربوط به آن  -بررسی BMIبارداران در سه ماهه اول بارداری پس از دریافت سبد  -بررسی مقطعی الگوی مصرف مواد غذایی در جامعه حادثه دیده (از طریق پرسشنامه)  -تعیین نیازمندیهای غذايي حادثه دیدگان  -پایش، ارزشیابی و نظارت بر مداخلات طراحی شده |
| 3-3 ایجاد امنیت غذایی در جامعه حادثه دیده با همکاریهای سایر  بخش های توسعه | ایجاد خودکفایی در سطح جامعه محلی | -راه اندازی فروشگاههای مواد غذایی  -تسهیل در توزیع مناسب مواد غذایی  -ایجاد بازارهای خودکفایی محلی  -افزایش زیر کشت زمین های کشاورزی و ترویج دامپروری  -آموزش نحوه صحیح مصرف مواد غذایی و راه اندازی باغچه های خانگی  -برآورد آب اشامیدنی سالم ومورد نیاز منطقه و ارائه به سازمانهای تامین کننده |

**سبدهای غذایی پیشنهادی تغذیه در بحران**

سبد های غذایی بر اسا س 2 و 3 نفره طراحی شده است و در صورتی که شرایط طبخ با توجه به کمبود آب مقدور نباشد توصیه می گردد:

|  |  |
| --- | --- |
| **سبد غذایی 2 نفره برای یک روز** | |
| **اقلام** | **مقیاس** |
| **نان** | **1 کیلو گرم** |
| **کنسرو لوبیا با قارچ (چیکا)** | **1 قوطی(280 گرمی)** |
| **تن ماهی** | **1 قوطی (180 گرمی)** |
| **خرما** | **200 گرم** |
| **بیسکویت** | **2 بسته 50 گرمی** |

**الف) سبدهای غذایی 2 نفره**

|  |  |
| --- | --- |
| **سبد غذایی 2 نفره برای یک روز** | |
| **اقلام** | **مقیاس** |
| **نان** | **1 کیلوگرم** |
| **کنسرو لوبیا/عدسی** | **1 قوطی (280 گرمی)** |
| **یا خوراک مرغ (چیکا)** | **1 قوطی (280 گرمی)** |
| **تن ماهی** | **1 قوطی (180 گرمی)** |
| **خرما** | **200 گرم** |
| **بیسکویت** | **2 بسته 50 گرمی** |

|  |  |
| --- | --- |
| **سبد غذایی 2 نفره برای یک روز** | |
| **اقلام** | **مقیاس** |
| **برنج زعفرانی (چیکا)** | **2 بسته 220 گرمی** |
| **خورش قورمه سبزی** | **1 بسته 280 گرمی** |
| **یا خورش قیمه (چیکا)** | **1 بسته 280 گرمی** |
| **نان** | **600 گرم** |
| **کنسرو لوبیا چیتی/ عدسی (چیکا)** | **1 قوطی 280 گرمی** |
| **یا تن ماهی** | **1 قوطی 180 گرمی** |
| **خرما** | **200 گرم** |

**ب) سبدهای غذایی 3 نفره**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **سبد غذایی 3 نفره برای یک روز** | |  | **سبد غذایی 3 نفره برای یک هفته** | |
| **اقلام** | **مقیاس** |  | **اقلام** | **مقیاس** |
| **نان** | **5/1 کیلو گرم** |  | **نان** | **5/10 کیلوگرم** |
| **خرما** | **300 گرم** |  | **خرما** | **2 کیلوگرم** |
| **بیسکویت** | **3 بسته 50 گرمی** |  | **بیسکویت** | **21 بسته 50 گرمی** |
| **کنسرو لوبیا چیتی/ عدسی یا کنسرو لوبیا با قارچ (چیکا)** | **2 قوطی (280 گرمی)** |  | **کنسرو لوبیا چیتی/ عدسی یا کنسرو لوبیا با قارچ (چیکا)** | **14 قوطی (280 گرمی)** |
| **تن ماهی** | **2 قوطی (180 گرمی)** |  | **تن ماهی** | **14 قوطی (180 گرمی)** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **سبد غذایی 3 نفره برای یک روز** | |  | **سبد غذایی 3 نفره برای یک هفته** | |
| **اقلام** | **مقیاس** |  | **اقلام** | **مقیاس** |
| **نان** | **5/1 کیلو گرم** |  | **نان** | **5/10 کیلوگرم** |
| **خرما** | **300 گرم** |  | **خرما** | **2 کیلوگرم** |
| **بیسکویت** | **3 بسته 50 گرمی** |  | **بیسکویت** | **21 بسته 50 گرمی** |
| **کنسرو لوبیا/عدسی (چیکا)** | **2 قوطی (280 گرمی)** |  | **کنسرو لوبیا/عدسی (چیکا)** | **14 قوطی (280 گرمی)** |
| **خوراک مرغ (چیکا)** | **2 قوطی (280 گرمی)** |  | **خوراک مرغ (چیکا)** | **14 قوطی (280 گرمی)** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **سبد غذایی 3 نفره برای یک روز** | |  | **سبد غذایی 3 نفره برای یک هفته** | |
| **اقلام** | **مقیاس** |  | **اقلام** | **مقیاس** |
| **برنج زعفرانی (چیکا)** | **2 بسته 220 گرمی** |  | **برنج زعفرانی (چیکا)** | **14 بسته 220 گرمی** |
| **خورش قورمه سبزی** | **2 بسته 280 گرمی** |  | **خورش قورمه سبزی** | **14 بسته 280 گرمی** |
| **یا خورش قیمه (چیکا)** | **2 بسته 280 گرمی** | **یا خورش قیمه (چیکا)** | **14 بسته 280 گرمی** |
| **نان** | **1 کیلو گرم** |  | **نان** | **7 کیلوگرم** |
| **کنسرو لوبیا چیتی/عدسی (چیکا)** | **2 قوطی 280 گرمی** |  | **کنسرو لوبیاچیتی/عدسی (چیکا)** | **14 قوطی 280 گرمی** |
| **یا تن ماهی** | **2 قوطی 180 گرمی** | **یا تن ماهی** | **14 قوطی 180 گرمی** |
| **خرما** | **300 گرم** |  | **خرما** | **2 کیلوگرم** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **سبد غذایی3 نفره برای یک روز** | |  | **سبد غذایی 3 نفره برای یک هفته** | |
| **اقلام** | **مقیاس** |  | **اقلام** | **مقیاس** |
| **برنج زعفرانی (چیکا)** | **2 بسته 220 گرمی** |  | **برنج زعفرانی (چیکا)** | **14 بسته 220 گرمی** |
| **خوراک مرغ (چیکا)** | **2 بسته 280 گرمی** |  | **خوراک مرغ (چیکا)** | **14 بسته 280 گرمی** |
| **کنسرو لوبیا چیتی/عدسی**  **(چیکا)** | **2 قوطی 280 گرمی** |  | **کنسرو لوبیا چیتی/عدسی (چیکا)** | **14 قوطی 280 گرمی** |
| **یا تن ماهی** | **2 قوطی 180 گرمی** | **یا تن ماهی** | **14 قوطی 180 گرمی** |
| **نان** | **1 کیلوگرم** |  | **نان** | **7 کیلوگرم** |
| **خرما** | **300 گرم** |  | **خرما** | **2 کیلوگرم** |

**تذکر 1:**به منظور پيشگيري از بروز كمبودهاي شايع تغذيه اي در بحران ها كه پيامدهاي ناگواري از جمله كم خوني ناشي از فقر آهن، افزايش بار ابتلا به بيماريهاي عفوني و ..... بدنبال خواهدداشت. ضروري است در شروع بحران مكمل هاي ويتاميني در بسته غذايي خانواده گنجانيده شده و هر چه سريعتر ميوه ها و سبزيها به هر شكل قابل دسترس (تازه، خشك ،کنسروی و.....) در اختيار افراد قرارگيرد. به منظور تامين نيازهاي تغذيه اي كودكان زير 6 سال، لزوم توزيع بيسكوئيتهاي پر انرژي و پر پروتئين (500 كيلوكالري به ازاي 100 گرم)، بصــورت كـيـك، كـلوچه، بيســكوئيتهاي ساده و براي كودكان زير 2 سال توزيع بسته هاي غذاي كمكي توصيه مي گردد.

**تذکر 2**:در صورتیکه امكان پخت غذا از طريق توزيع يك سري ظروف اساسي نيز مهيا گردد.سبد های زیر توصیه می گردد:

**سبد غذايي اقلام غذایی خشک (روزانه يك نفر )**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **اقلام غذايي** | **مقياس** | **انرژي كيلوكالري** | **پروتئين** | **جايگزينهاي مناسب** |
| برنج (خشك) | **100 گرم** | **363** | **7/6** | 100 گرم ماكاروني |
| لوبيا چيتي | **50 گرم** | **170** | **11** | 50 گرم ازانواع حبوبات (عدس، نخود و...) |
| نان | **300 گرم** | **768** | **27** | انواع نانها |
| روغن | **20 گرم** | **176** |  |  |
| قند و شكر | **20 گرم** | **80** |  |  |
| سيب زميني | **1 عدد كوچك (50 گرم)** | **35** | **1/1** |  |
| پياز | **1 عدد متوسط (50 گرم)** | **20** | **7/0** |  |
| پنير | **30 گرم** | **80** | **2/4** | 1بسته شير يا ماست cc200 |
| كنسرو ماهي | **يك قوطي 180 گرمي** | **500** | **40** | 180 گرم گوشت/مرغ/3 عددتخم مرغ |
| خرما | **25 گرم** | **65** | **5/0** | 50 گرم ازانواع ميوه هاي خشك |
| كمپوت | **يك قوطي 200 سي سي** | **274** | **9/0** | ميوه تازه(1عدد سيب متوسط، 2 عدد نارنگي متوسط) |
| نمك | **1 بسته** | **-** | **-** | - |
| رب گوجه فرنگي | **20 گرم** | **10** | **5/0** | آب ليمو |
| چاي (خشك) | **10 گرم** |  |  |  |
| جمع | **-** | **2541** | **92** |  |

**سبد پيشنهادي اقلام غذايي براي خانوارهاي 2 نفره و 3 نفره براي يك هفته**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| اقلام غذايي | خانوارهاي 2 نفره | خانوارهاي 3 نفره | جايگزين هاي مناسب | |
| تعداد/واحد | تعداد/واحد | 2 نفره | 3 نفره |
| برنج خشك | 5/1 كيلوگرم | 2 كيلوگرم | 2 بسته 750 گرمي | 3 بسته 750 گرمي |
| لوبيا چيتي | 1 كيلوگرم | 1 كيلوگرم | انواع حبوبات | انواع حبوبات |
| نان | 3 كيلوگرم | 4 كيلوگرم |  |  |
| روغن | 250 كيلوگرم | 5/0 كيلوگرم |  |  |
| قند و شكر | 250 كيلوگرم | 5/0 كيلوگرم |  |  |
| سيب زميني | 1 كيلوگرم | 5/1 كيلوگرم |  |  |
| پياز | 1 كيلوگرم | 5/1 كيلوگرم |  |  |
| پنير | 2 بسته 250 گرمي | 3 بسته 250 گرمي | 14 بسته شير يا ماست 200 سي سي | 21 بسته شير يا ماست 200 سي سي |
| كنسرو ماهي | 14 قوطي 180 گرمي | 21 قوطي 180 گرمي | 5/2 كيلوگرم گوشت قرمز يا مرغ يا 15 عدد تخم مرغ | 4 كيلوگرم گوشت قرمز يا مرغ يا 30 عدد تخم مرغ |
| خرما | 5/0 كيلوگرم | 1 كيلوگرم | انواع ميوه هاي خشك | |
| كمپوت | 14 قوطي | 21 قوطي | انواع ميوه هاي تازه به ازاي هر نفر روزانه يك عدد متوسط | |
| نمك | 2 بسته 100 گرمي | 3 بسته 100 گرمي | - | - |
| رب گوجه فرنگي | 1 قوطي 250 گرمي | 1 قوطي 500 گرمي | آب ليمو 1 شيشه 250 سي سي | آب ليمو 2 شيشه 250 سي سي |
| چاي | 150 گرم | 250 گرم | - | - |
| غذاي كمكي آماده | 3 بسته 250 گرمي | تعداد كودكان زير 5 سال 3x  X= بسته غذايي 250 گرمي | - | - |

**کارت های جیره غذایی:**

برای هر خانواده یک کارت كه نشان دهنده تعداد افراد دریافت کننده جیره غذایی است صادر   
مي شود. همه کارت ها باید مهر داشته باشند.

نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار:

تعداد کل اعضای خانواده: تعداد کودکان زیر 6 سال:

تعداد افراد آسیب پذیر: والدین تنها، کودکان بی سرپرست، ناتوان جسمی، سالمند بی سرپرست

**تاريخ توزيع**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | نام سازمان توزيع كننده  سازمان هلال احمر  كميته امداد امام خميني  نيروي انتظامي  **ساير** | |
|  | 2 |
|  | 3 |
|  | 4 |
|  | 5 |
|  | 6 | شماره خانوار: تاريخ: / / 13  نام و نام خانوادگي سرپرست خانوار:  گروه هاي آسيب پذير:  كودكان كمتر از 6 سال زن باردار زن شيرده  زنان بي سرپرست و تنها سالمند افراد معلول |  |
|  | 7 |
|  | 8 |
|  | 9 |
|  | 10 |
|  | 11 |
|  | 12 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 13 | تعداد افراد خانوار | زن | مرد |  |  |
|  | 14 |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| تاريخ توزيع جيره | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**راهنما:**با علامت × در مربع مقابل سازمان توزيع كننده غذا، آن را مشخص كنيد.شماره 30-1 دفعات توزيع غذاست در بعد از 30 بار دريافت كارت ديگري جايگزين شود. در مربع مقابل گروه هاي آسيب پذير تعداد افراد هر گروه را ثبت كنيد مثلا" تعداد كودكان كمتر از 6 سال اگر 2 نفر بود عدد 2 را ثبت كنيد.تعداد افراد خانوار را در مربع مقابل آن به تفكيك جنسيت زن و مرد ثبت كنيد.

**نا امنی غذایی**

هر جا كه ناامني غذايي وجود داشته باشد، خطر سوء‌ تغذيه و كمبود برخي مواد مغذي نيز وجود دارد. بررسي تاثير ناامني غذايي بر وضعيت تغذيه اي يكي از ضروري ترين بخش هاي ارزيابي امنيت غذايي است و هنگامي كه افراد در معرض سوء تغذيه قرار مي گيرند. تصميم گيري بايد بر پايه آگاهي از علل، نوع، ميزان و وسعت سوء تغذيه و بهترين پاسخ ممكن باشد.

**اولويت بندي پاسخ هاي حياتي:**

اگرچه توزيع غذا متداول ترين پاسخ به عدم امنيت غذايي شديد در هنگام بحران است وليكن   
پاسخ هاي متنوع ديگري نيز وجود دارد كه به مردم كمك مي كند نيازهاي غذايي آني خود را تامين كنند. به طور مثال: افزايش قدرت خريد با انجام برنامه هاي اشتغال زايي و استفاده از ابتكارها يا توزيع نقدي بين افراد

پايش امنيت غذايي در سطح وسيع تر ضروري است تا بتوان ميزان تطابق برنامه ها با شرايط موجود را برآورد و زمان مناسب براي خاتمه برخي فعاليت ها، شروع اصلاحات يا پروژه هاي جديد را در صورت نياز تعيين كرد و نيازهاي ترويجي/حمايتی را شناسايي كرد.

**تأمین نیازهای تغذیه ای:**

**ارزیابی نیازهای تغذیه ای جمعیت ابزار اصلی مدیریت برای محاسبه نیازبه غذا، پیگیری کفایت غذا**، **دسترسی به دریافت غذا و اطمینان از تدارک غذای کافی است.**

**جمعیت:** متوسط نيازهاي سرانه براي كل گروه هاي جمعيتي شامل نيازهاي همه گروه هاي سنی و هر دو جنس است. تغيير در ساختار گروه هاي جمعيتي گوناگون بر نيازهاي تغذيه اي جمعيت مورد نظر تاثير   
مي گذارد .

**جدول 1: تركيب جمعيتي كشورهاي در حال توسعه**

|  |  |
| --- | --- |
| **گروه** | **درصد از كل جمعيت** |
| 4-0 سال | 12 |
| 9-5 سال | 12 |
| 14-10 سال | 11 |
| 19-15 سال | 10 |
| 59-20 سال | 49 |
| بالاتر از 60 | 7 |
| زنان باردار | 5/2 |
| زن شيرده | 5/2 |
| مذكر/مونث | 49/51 |

زمانی که نیازهای تغذیه ای یک جمعیت یا افرادی از آن جمعیت به طور کامل تأمین نشود معمولا" چند نوع سوء تغذیه در میان افراد و به ویژه گروه آسیب پذیرظاهر می شود که نتیجه آن:

تولد کودکان کم وزن LBW ،مادران کـم خون، شیرخواران ماراسمــوسی، اســکوروی، بری بری، پلاگر،کوری ناشی از کمبود ویتامین A و........ مي باشد.

**گروه های آسیب پذیر تغذیه ای:**

* زنان باردار و شیرده ، بخاطر این که نیاز به مواد مغذی اضافی دارند.
* شیرخواران و کودکان خردسال که ممکن است قادر به مصرف یا هضم غذاهای تهیه شده نباشند و به خاطرنیازهای تغذیه ای نسبتا" بالا استعداد ویژه به سوء تغذیه دارند

ــ خانواده ها یا افرادی که نیازهای آنها ممکن است به طور کامل توسط سیستم توزیع جیره ویژه تأمین نشود به ویژه درخانواده هایی با جمعیت زیاد، بزرگسالان و سالمندان تنها، بیوه زنان و مردان مجرد.

**انواع برنامه های تغذیه ای در بحران ها**

برنامه های تغذیه ای در شرایط اضطراری شامل موارد زیر است:

1. **برنامه تغذیه همگانی:** برنامه تغذیه همگانی، غذا برای کل جمعیت بلادیده را فراهم می آورد که بایستی از طریق مواد غذایی مناسب روزانه حداقل 2100 کیلوکالری انرژی و 50 گرم پروتئین برای هر فرد را در اوایل بحران تامین نماید.
2. **برنامه تغذیه انتخابی:** تامین غذای اضافی برای گروه های آسیب پذیر و آن هایی که نیاز به نوتوانی تغذیه ای دارند و شامل برنامه های تغذیه تکمیلی و تغذیه درمانی است.
   1. **برنامه تغذیه تکمیلی:** زمانی که سوء تغذیه کودکان شایع بوده و یا خطر شیوع آن بالا باشد مورد استفاده قرار می گیرد و تامین کننده بخشی از نیازهای تغذیه ای است.
   2. **برنامه تغذیه درمانی:** برنامه تغذیه درمانی جهت کاهش میزان مرگ و میر در کودکانی که از سوء تغذیه شدید رنج می برند تدوین می گردد و باید بتواند روزانه 200-150 کیلوکالری انرژی و 3-2 گرم پروتئین برای هر کیلوگرم وزن بدن را فراهم نماید.

**برنامه تغذیه همگانی**

اگر جمعیت آسیب پذیر کاملا" به کمک خارجی نیاز داشته باشد ذخیره غذایی باید حداقل 2100 کیلو کالری انرژی در روز را برای هر نفر تامین کند. زمانی که مردم مبتلا به سوتغذیه بوده، هوا سرد باشد، يا فعالیت فیزیکی سنگین انجام گیرد این مقدار افزایش می یابد.

اقلام غذایی باید با میزان نیاز و عادات مردم سازگار بوده، حمل، نقل، ذخیره و توزیع آن آسان باشد و توزیع نیز به طور عادلانه صورت گیرد و از نظر فرهنگی نیز قابل پذیرش باشد و برای گروههای   
آسیب پذیر به راحتی قابل هضم باشد. کلید موفقیت توزیع غذا، سازمان دهی مناسب و هماهنگی بین بخشی است.

کارآیی هر برنامه نیز بایستی در فواصل منظم پایش گردد.اگرچه نیاز یک کودک با نیاز سایر افراد خانواده متفاوت است ولی تامین جیره های غذایی برای گروههای سنی مختلف و در یک جمعیت بزرگ امکان پذیر نمی باشد. از این رو مواد تشکیل دهنده جیره غذایی برای افراد را بدون در نظر گرفتن سن به طور یکسان تهیه می کنند و باید خانواده ها بر مبنای نیاز افراد، آن را بین خود تقسیم نمایند.

**انواع غذاها برای توزیع:**

در جیره های غذایی، متداول ترین مواد معمولا غلات، حبوبات، روغن های خوراکی است و سایر مواد از قبیل نمک طعام، چای، ادویه مستقیما ارزش تغذیه ای ندارند ولی مزه مواد غذایی را تحت تاثیر قرار می دهند.

اگر جمعیتی کاملا وابسته به جیره غذای کمکی باشند باید این مواد نيز در جیره غذایی وجود داشته باشد در غیر این صورت مردم مواد غذایی موجود در جیره را با آنها معاوضه کرده یا مواد غذایی ارزشمند و مغذی را جهت تامین آنها خواهند فروخت.

**اصول کلی ارائه یک جیره غذایی مناسب در بحران ها:**

اصول کلی جهت ارائه یک جیره غذایی تامین کننده نیازمندی های غذایی در شرایط اضطراری به شرح زیر می باشد.

1. غذا باید از نظر فرهنگی مناسب و از مواد مغذی ضروری غنی باشد.
2. به طور صحیحی بسته بندی شده باشد.
3. در حد امکان شامل اقلامی باشد که ضایعات کمتری دارند.
4. ذائقه و عادات غذایی مردم را تغییر نداده و وابستگی ایجاد نکند.
5. غذاهای کمکی باید حاوی اقلامی باشد که فرآوری شده و توزیع و آماده کردن آن ها آسان باشد.
6. باید بدون آن که جایگزین غذای سنتی افراد باشد به عنوان مکمل غذاهای دیگر به کار برده شود.
7. از نظر ایمنی، هم در زمان توزیع و هم در زمان مصرف، برای مصرف انسان مناسب بوده و همه اقلام غذایی در قفسه های مناسبی نگهداری شده تا در زمان توزیع دچار آلودگی شیمیایی و میکروبی نشوند.
8. برای اطمینان از ایمنی و کیفیت خوب غذاهای توزیع شده یک سیستم کنترل کیفیت به کار گرفته شود، بدین معنی که غذاها باید از نظر کپک، ترشیدگی، حشرات و سایر آسیب ها مورد بررسی قرار گیرند. در صورت شک به فاسد شدن آن ها در طول حمل و نقل یا نگهداری بایستی قبل از توزیع، سالم بودن آن ها مورد ارزیابی قرار گیرد.

فهرست مواد غذایی که در مواقع بحران می توان از آن استفاده کرد، شامل:

1- نان 2-کنسرو ماهی یا لوبیا یا عدس یا مرغ

3- بیسکویت 4- خرما و کشمش 5- شیـر

6- مربا 7- پنیر 8- کلوچه با کیک

9- پیاز و سیب زمینی 10- رب گوجه فرنگي 11- چاي

در تمام انواع برنامه های توصیه شده، بايد 1 لیتر آب آشامیدنی به ازای هر نفر در نظر گرفت. همچنین در نخستین روزهای بحران، برآورد سریعی از تعداد کودکان زیر یکسال صورت می گیرد، در صورت نیاز شیر خشک و غذای کمکی آماده تهیه و ارایه می گردد.

**غذاهای پخته شده در سطح کلان:**

از توزیع غذاهای پخته شده در سطح کلان باید اجتناب کرد زیرا:

- چنین بر نامه هایی غالبا از نظر فرهنگی نامناسب بوده و ممکن است باعث مقاومت مردم شود.

- رعایت بهداشت در تهیه مواد غذایی ممکن است مشکل باشد.

- دریافت مواد غذایی غالبا کمتر از حد مورد انتظار است ممکن است توزیع کننده تفاوت حجم غذای خشک و پخته را ندانند.

- تامین نیازهای کودکان برای میان وعده ها مشکل است (کودکان نمی توانند نیازهای کامل خود را در 2 وعده يا 3 وعده تامین نمایند.)

**2) برنامه تغذیه انتخابی**

برنامه های تغذیه تکمیلی و تغذیه درمانی را در بر مي گيرد و براي پذيرش آن معيارهايي به شرح زير بايد در نظر گرفت:

معیارها بر اساس سن، وضعیت تغذیه ای، وضعیت سلامتی است:

-سن کمتر از 59 ماهه یا اگر سن نامعلوم باشد قد کمتر از 110 سانتی متر

-کودکان بزرگتر از 5 سال با سوتغذیه متوسط یا شدید

- در مورد کودکان زیر 6 ماه که از شیر مادر تغذیه می کنند، مادران در برنامه جای می گیرند

**توجه:** زمانی که مادر سوتغذیه شدید داشته باشد یا از عفونت شدید رنج ببرد یا زیاد کار کند و یا مشکل روحی روانی داشته باشد ممکن است شیر کافی نداشته باشد و نوزاد مبتلا به سوتغذیه شود. از این رو یک جیره تکمیلی اضافی و مراقبت های سلامتی صحیح برای این مادران توصیه می شود.

-کودکانی که در دوره بازتوانی هستند یعنی در دوره بهبود از سوتغذیه شدید به سر می برند و برای خارج شدن از برنامه تغذیه درمانی آمادگی دارند. برای جلوگیری از برگشت بیماری حداقل باید سه ماه تغذیه تکمیلی دریافت کنند.

**1-2- برنامه تغذیه تکمیلی:**

هدف کلی آنها کاهش شیوع سوتغذیه و مرگ و میر در گروههای آسیب پذیر است. زمانی مورد نیاز است که سوتغذیه کودکان شایع بوده یا خطر شیوع آن احتمال داشته باشد یا زنان باردار و شیرده کالری موردنیاز خــود را از طــریق جیره خشک دریافت نکنند و برنامه تغذیه تکمیلی از طریق ارایه غــذای پختــه در محــل (حاوی 500 تا 700 کیلو کالری در روز) یا توزیع جیره خشک (حاوی 1200-1000 کیلو کالری در روز) که در منزل مورد استفاده قرار خواهد گرفت عملی است.

تغذیه تکمیلی به منظور جبران کمبود انرژی و یا کمبود مواد مغذی از رژیم اصلی افرادی که دارای نیازهای تغذیه ای ویژه ای بوده یا سوتغذیه متوسط دارند در نظر گرفته می شود.

انواع برنامه های تغذیه ای تکمیلی برای افراد سوتغذیه ای به دو شکل در نظر گرفته می شود:

**1) تغذیه تکمیلی آماده:** که غذای آماده در 4 – 1 وعده غذایی در یک مکان صرف می شود و کودکان سوتغذیه ای هر روز توسط والدین یا امدادگران به مرکز تغذیه آورده می شوند و این غذا بايد تامين كننده 700 – 500 کیلوکالری انرژي و 25 – 15 گرم پروتئین باشد.

**2) تغذیه تکمیلی خشک**: جیره های خشک (به طور هفتگی) برای تغذیه افراد سوتغذیه ای توزیع می شود تا توسط خانواده آماده گردد.

شواهدی وجود ندارد که کدام یک از برنامه های تغذیه ای فوق برای معالجه سوتغذیه موثر است و هر دو نوع تغذیه تکمیلی خشک و آماده دارای مزایا و معایبی می باشند و برخی از مزایای تغذیه خشک عبارتست از:

- درصورتی که محدودیت پرسنل باشد سازمان دهی برنامه تغذیه ای خشک، آسان تر از تغذیه آماده است.

- می تواند کودکان بیشتری را در مقایسه با تغذیه آماده سرویس داد.

- از خطر کمتری در انتقال بیماریهای واگیر در بین کودکان سوتغذیه ای آسیب پذیر در مقایسه با تغذیه آماده برخوردار است ووقت مادران را کمتر می گیرد.

- دسترسی به جمعیت پراکنده از طریق تغذیه خشک آسان تر است.

- در شرایط قحطی که مردم هنوز در خانه هایشان هستند تغذیه خشک از جابجایی و تغییر مکانشان جلوگیری می کند.

**یکی از معایب عمده در تغذیه خشک این است که ممکن است جیره در نظر گرفته شده برای مبتلایان سوتغذیه برای کل خانوار صرف شود.**

**گروه هاي آسيب پذير:**

**الف) نوزادان**

سالم ترين روش براي تغذيه نوزادان زير 6 ماه تغذيه انحصاري شير مادر است. كودكاني كه منحصرا" شير مادر مي خورند هيچ گونه جوشانده گياهي، آب، پستانك يا غذاهاي مكمل نياز ندارند. در شرايطي كه مراقبتهاي بهداشتي كاهش يافته و خطر عفونت بسيار بالا باشد بايد شيردهي را حمايت كرد. جايگزين هاي شير مادر. با توجه به مشكلات تهيه آن ها و استفاده از شيشه هاي شير غير بهداشتي ممكن است خطرناك باشد در اين زمينه بايد حمايت از شيردهي و ارتقاء آن آموزش لازم داده شود.

**ب) كودكان**

بزرگترين بخش جمعيت آسيب ديده را تشكيل مي دهند و در مقابل آسيب ها بايد حمايت شوند زيرا كودكان و افراد جوان بيشترين آسيب ها را مي بينند و آنان بايد دسترسي مساوي و عادلانه به خدمات اوليه را داشته باشند.

بر اساس كنوانسيون حقوق كودك، افراد كمتر از 18 سال، كودك تلقي مي شوند و بسته به بافت هاي اجتماعی ، فرهنگي، تعريف كودك در بين جوامع متفاوت است.

در این گروه سنی شیردهی تا حداقل 2 سال ادامه یابدو پس از 6 ماهگی آنان علاوه بر شیر مادر به غذاهای سرشار از انرژی نیاز دارندپیشنهاد می گردد که 30% از محتوای انرژی رژیم غذایی از منابع چربی تهیه شود.هنگامی که واکسیناسیون علیه سرخک انجام می شود باید مکمل های ویتامین A نیزبه کودکان بین 6 تا 59 ماهه داده شود .به نوزادانی که در زمان تولدوزنشان کم بوده نیز باید مکمل آهن داده شود.

**اصول کلی تغذیه کودکان در بحران ها:**

1. غذا به طور کامل پخته شود.
2. از نگهداری غذاهای پخته شده خودداری گردد.
3. از تماس غذاهای خام و پخته با همدیگر اجتناب شود.
4. میوه ها و سبزیجات را خوب بشویند.
5. از آب سالم استفاده شود.
6. دست ها را مکررا بشویند.
7. از تغذیه کودکان با شیر خشک خودداری شود.
8. غذا از تماس با حشرات، جوندگان و سایر حیوانات محافظت گردد.
9. مواد غذایی فاسد شدنی در مکان های امن نگهداری شود.

**ج) زنان باردار و شيرده**

خطرات مربوط به جذب ناكافي مواد غذايي براي زنان باردار و شيرده شامل مشكلات دوران بارداري، مرگ و مير مادران، تولد كودکان كم وزن، شيردهي غير مستمر مي باشد. در برنامه ريزي تغذيه همگاني بايد نيازهاي اضافي زنان باردار و شيرده را نيز مدنظر قرار داد. به علاوه زنان باردار و شيرده بايد جيره مكمل آهن و اسيد فوليك كافي دريافت نمايند و همچنين انجام اقدامات لازم براي كاهش موارد كمبود آهن از طريق رژيم غذايي متنوع بسيار مهم است. زناني كه در دوران بعد از زايمان به سر مي برند نيز بايد طي شش هفته پس از زايمان ويتامين A دريافت كنند.

**د) سالمندان**

بر اساس تعريف سازمان ملل، زنان و مردان بالاي 60 سال افراد سالمند تلقي مي شوند. اگرچه نقش بزرگي از آسيب ديده ترين گروه در جمعيت بحران زده را سالمندان تشكيل مي دهند. اما اين گروه نقش كليدي در احيا و بازتواني جمعيت آسيب ديده را بر عهده دارند. تجربه نشان داده است كه سالمندان به جاي دريافت كردن بيشتر كمك رسان هستند. در صورت حمايت، سالمندان را در مراقبت، مديريت منابع نقش مهمی را ايفا می كنند.

سالمندان بيشترين آسيب از بحران را مي بينند و عوامل خطر زاي تغذيه اي مجهز به كاهش دسترسي به غذا و افزايش نيازهاي تغذيه اي آنان مي شوند، بنابراين:

* سالمندان بايد امكان دسترسي به منابع غذايي را داشته باشند.
* تهيه و مصرف غذاها براي آنان آسان باشد.
* غذاهاي تهيه شده بايد نيازهاي پروتئيني و ريزمغذي هاي آنان را در بر داشته باشد.

**هـ) معلولين**

داراي ناهنجارهاي جسمي، حسي هستند و در يادگيري مشكل دارند و استفاده از خدمات استاندارد براي آن ها دشوار است و گروه آسيب پذير خاصي هستند. اين گروه براي ادامه حيات در هنگام دوره آوارگي، بايد به تسهيلات خاص مورد نياز خود دسترسي آسان داشته باشند.

ممكن است با برخي خطرات تغذيه اي مواجه شوند كه اين عوامل نيز با توجه به محيطي كه در آن زندگي مي كنند تشديد مي شوند. خطرات تغذيه اي شامل مشكلات موجود در جويدن، بلعيدن كه باعث كاهش ميزان مصرف غذا و خفگي مي شوند، وضع فيزيكي نامناسب هنگام غذا خوردن، قدرت حركت كم كه دسترسي به غذا و نور آفتاب را تحت تاثير قرار مي دهد و باعث كمبود ويتامين D مي گردد، يبوست خصوصا" در افرادي كه دچار فلج مغزي هستندرخ می دهد و لازم است تمهيداتي خاص از قبيل غذاي كمكي، دسترسي به غذاي پرانرژي، تهيه قاشق و ني براي آنان فراهم گردد.

**و) مبتلایان به بیماری ایدز (AIDS):**

افرادي كه از اين بيماري رنج مي برند بيشتر در معرض تبعيض قرار دارند بنابراين رازداي بايد به طور جدي اعمال شود. مبتلایان به ایدز بيشتر در معرض ابتلاء به سوء تغذيه قرار مي گيرند. كاهش ميزان مصرف غذا بر اثر بي اشتهايي يا مشكلات موجود در بلعيدن، جذب ناكافي مواد مغذي به دليل اسهال انگل يا تخريب سلول هاي روده، تغيير در متابوليسم، عفونت، بيماري هاي مزمن از جمله عواملي هستند كه منجر به سوء تغذيه اين افراد مي شوند. نياز به انرژي در افراد مبتلا به ايدز بر حسب ميزان پيشرفت عفونت تغيير   
مي كند. ريزمغذي ها نقش بسيار مهمي در حفظ ايمني و ارتقاء حيات اين افراد دارند. تهيه غذاهاي غنــي و مخلوط شـــده راهكارهاي عملي براي دسترسي اين افراد به رژيم غذايي مناسب مي باشند.

در صورتي كه امكان آزمايش داوطلبانه و محرمانه در مورد HIV/AIDS وجود نداشته باشد همه مادران بايد براي شيردهي تشويق شوند در صورتي كه مادري آزمايش شود و HIV مثبت باشد، تغذيه جايگزين به روش قابل قبول، عملي، پايدار و مطمئن پيشنهاد مي گردد. مادراني كه از HIV رنج مي برند و تصميم مي گيرند كه شيردهي نداشته باشند بايد راهنماي حمايت هاي لازم براي تغذيه مناسب كودك در دو سال اول زندگي را دريافت نمايند.

**بهداشت مواد غذایی دربحران ها**

**بهداشت غذا:**

در جریان وقوع بحران ها انبارهای مواد غذایی، فروشگاه های عمده و خرده فروشی مواد غذایی، رستوران ها و غیره اغلب خراب می شوند یا آسیب می بینند و این امر می تواند منجر به خراب و فاسد شدن مواد غذایی نگاهداری شده گردد. قطع برق به تاسیسات سردخانه ها، کارخانه های یخسازی و کارگاه های تهیه مواد غذایی صدمه می زند و به این ترتیب، منجر به هدر رفتن بیشتر مواد غذایی می شود.

در شرایط اضطراری کنترل موثر کیفیت مواد غذایی مشکل می شود زیرا ممکن است خدمات آزمایشگاهی در دسترس نباشند و بازرسی مواد غذایی فقط بر پایه شکل ظاهری، شرایط فیزیکی، طعم و بوی ماده غذایی و با توجه به خصوصیات معمولی و کیفیت نگهداری انجام گیرد. برای تعیین این که آیا مواد غذایی دست نخورده و هنوز برای مصرف انسان مناسب هستند و یا این که صدمه خورده ولی برای بعضی مصارف از قبیل تغذیه حیوانات مناسب اند و یا این که کاملا" فاسد شده و باید فورا" به نحو بی خطر دفع شوند باید آزمایش دقیق به عمل آید. وضع ظروف محتوی مواد غذایی به خصوص آن هایی که از مواد فاسد شدنی و شکستنی از قبیل مقوا، کاغذ، پارچه و یا شیشه درســت شده اند راهنمای مقدماتی این انتخاب خواهد بود. پس از آن باید آزمایش های کامل تری انجام داد.

سیل در تخریب و آلودگی مواد غذایی نقش عمده ای دارد. آب سیل به همراه خود کثافات و جرم های بیماری را از سطح خاک، شبکه فاضلاب، چاه های مستراح و طویله ها می آورد. به منظور پیشگیری از حصبه و سایر عفونت های روده ای باید تمام مواد غذایی را که با آب سیل در تماس بوده و در قوطی های کــاملا" بسته فلزی قرار نداشته اند از بین برد. حتی مواد غذایی در ظرف های شیشه ای و بطری مشکوک هستند زیرا آلودگی ممکن است از لای درز در شیشه ی فشاری یا پیچی نفوذ کند. قوطی های فلزی سالم ولی آلوده را باید قبل از باز کردن پاک و ضد عفونی کرد.

مواد غذایی که از خارج منطقه حادثه دیده توسط مقامات رسمی و جمعیت های امدادی داوطلب فرستاده شده اند، باید از منابع مطمئن تهیه و ارسال شده باشد و برای حصول اطمینان از این که در جریان حمل به منطقه فاسد نشده اند مورد بازرسی قرار گیرند. بهتر است که اولین محموله این نوع مواد شامل جیره فردی غذاهای مختلف پخته در پوشش یا جعبه نفوذ ناپذیر در برابر آب باشد تا توزیع سریع و مصرف آن ها در دوره ای که پخت و پز عادی و خدمات تغذیه عملی نیست، ممکن باشد. ترکیب این جیره ها در مواقع اضطراری باید بر اساس غلظت، ارزش غذایی، طعم مناسب و دوام انتخاب شود.

بلافاصله پس از وقوع بحران، غذاهای پخته شده در بسته های فردی و یا توسط واحدهای سیار تغذیه توزیع می شود ولی باید هر چه زودتر برنامه های تغذیه در دو جهت تنظیم گردد:

الف) تامین مواد غذایی برای کسانی که تسهیلات تهیه و پختن غذاهای خود را به ابتکار و مسئولیت خودشان دارند.

ب) ترتیب امکانات تغذیه جمعی توسط سازمان های امدادی برای کسانی که چنین تسهیلاتی را در اختیار ندارند.

اقداماتی که امکان انجام آن ها برای تامین صحیح بهداشت غذا میسر است عبارتند از:

1. بازرسی کیفیت مواد غذایی وارد شده برای کشف فساد و آلودگی.
2. بازرسی کیفیت آب مرکز تهیه غذا.
3. مبارزه با حشرات و جوندگان در انبارها، آشپزخانه ها و مراکز تغذیه.
4. تدارک برای انبار کردن صحیح و پختن غذا.
5. تدارک برای دفع صحیح فضولات مایع و جامد.
6. تدارک برای شستشو و گندزدایی ظروف.
7. نظارت بر تهیه غذا و توزیع آن.
8. نظارت بر نظافت محل های تهیه و توزیع غذا.

محل هایی که نظارت و توجه خاص مامورین بهسازی بر آن ها ضروری است عبارتند از:

1. وسایل نقلیه انتقال مواد غذایی.
2. انبارهای مواد غذایی.
3. مراکز تغذیه جمعی و آشپزخانه ها.
4. بیمارستان های اضطراری.
5. مراکز توزیع شیر.

**مراکز تغذیه جمعی:**

1. محل و تقسیم مراکز تغذیه جمعی صحرایی با مشورت مسئولین بهداشت انتخاب و تنظیم مي شود تا پیش بینی های صحیح جهت محافظت های بهداشتی به عمل آید. در هر جا که امکان دارد باید ساختمان های موجود از قبیل رستوران ها، تالارهای غذا خوری هتل ها، تالارهای اجتماعات عمومی و مسجدها که وضع مناسبی برای حفظ استاندارد قابل قبول نظافت در تمام مواقع و جلوگیری از حشرات و جوندگان دارند، مورد استفاده قرار گیرند.
2. در ساختمان های مربوط به تغذیه فقط باید آب آشامیدنی مورد استفاده قرار گیرد. در جایی که آب لوله کشی وجود ندارد باید آب را از مکان دیگری حمل و ذخیره کرد و به نحو بهداشتی مورد استفاده قرار داد.
3. تعداد کافی دستشویی که کنار هر یک صابون، برس ناخن و حوله پاکیزه باشد، باید برای استفاده انحصاری کارگران مواد غذایی تامین گردد.
4. برای شستشوی تمام ظرف های پخت و پز غذا باید ظرفشویی های جداگانه نصب شوند. قبل از شستشو باید چربی تکه های غذای چسبیده روی ظرف ها را تراشیده و در ظرف آشغال خالی کرد.
5. تاسیسات مطمئن دفع مدفوع برای کارکنان مراکز تغذیه جمعی باید در همان نزدیکی تهیه شود، با این فرض که مردمی که در مراکز غذا خوری جمعی غذا می خورند از تسهیلات عمومی استفاده می نمایند. دستشویی ها و مستراح ها بایدهمیشه و به بهترین وضع پاکیزه نگاه داشته شوند.

**نگهداری و بهداشت مواد غذایی**

در شرایط معمولی مواد غذایی در سیلوها، انبارها و سردخانه های بالای صفر و زیر صفر درجه موجـــود در شهـرها، همچنین در یــخچال و فریزر موجود در خانه ها نگهداری و بتدریج مصرف می شوند. با وقوع بلایای مختلف چه طبیعی و چه ساخت بشر، تامین مواد غذایی بازماندگان با مشکل زیادی مواجه گردیده و عــدم رعایت نکات لازم بهداشتی و مصرف غذاهای آلوده منجر به مسمومیت های غذایی می گردد که رسیدگی به چنین بیماری هایی نیز بر مشکلات موجود افزوده خواهد شد. در چنین مواقعی به خصوص وقتی ابعاد حادثه وسیع و گسترده است (مثل وقوع زلزله) در مورد نگهداری و بهداشت مواد غذایی چگونه باید عمل نمود:

**ساعات پس از حادثه:**

در اکثر بلایا مراکز تولید برق و نیز شبکه برق رسانی آسیب می بیند. اگر زمان وقوع بلایا ماه های گرم سال باشد باید روی یخچال و فریزر را با مواد عایق مثل پتوی پشمی پوشاند در این صورت محتویات یخچال تا 12 ساعت و در فریزر تا 24 ساعت سالم خواهد ماند. اگر زمان حوادث ماه های سرد توام با بارندگی باشد مواد غذایی را باید از انجماد و مواد غذایی خشک را از رطوبت محافظت نمود.

در صورت نفوذ آب باران به مواد غذایی خشک، به محض مساعد شدن شرایط آن ها را در آفتاب باید پهن نمود تا خشک شوند. غذاهای منجمد ذوب شده به دلیل افزایش نفوذ پذیری آن ها به میکروارگانیسم ها قابل نگهداری نیستند.

مواد غذایی پایدار یا فاسد نشدنی (مثلا غلات و حبوبات)، مواد غذایی نیمه پایدار (مثلا سیب زمینی، پیاز، هویج، سیب و ...) و مواد غذایی فاسد شدنی که به صورت کنسرو یا خشک شده باشند (مثل شیر خشک) را باید به محل آسیب دیده رساند.

**مواد غذایی دامی:**

شیر باید سریعا تبدیل به فرآورده هایی با قابلیت نگهداری طولانی مدت شود (مثلا ماست و پنیر) تخم مرغ با پوسته سالم را می توان در شرایط معمولی نگهداری کرد در صورت گرم بودن هوا، بهتر است در عرض 15 روز مصرف شود. ماهی باید به حالت زنده در آب نگهداری شود. گوشت و مرغ در هوای گرم بیش از 4-3 ساعت قابل نگهداری نیست، گوشت چرخ کرده به هیچ وجه قابل نگهداری نیست (در یخچال حداکثر 12 ساعت قابل نگهداری است). در صورت وجود امکانات، بهتر است به جای حمل گوشت از نگهداری دام های زنده ومصرف تدریجی آن ها استفاده شود.

**مصرف غذاهای کنسروی:**

غذای کنسروی با PH بالاتر از 5/4 را حتما باید قبل از مصرف 20 دقیقه جوشاند (کنسروهایی مانند تن ماهی، گوشت، لوبیا و ...).

**مصرف میوه و سبزی:**

به دلیل عدم رعایت مسایل بهداشتی و استفاده از آب های آلوده در به عمل آوری سبزیجات حتما باید قبل از مصرف آن ها را انگل زدایی و ضد عفونی نمود. شیوه و ترتیب ضد عفونی عبارت خواهد بود از:

1. شستشو و حذف گل و لای
2. خیساندن به مدت 5 دقیقه در آبی که به ازای هر لیتر 4-3 قطره مایع ظرفشویی دارد (حذف انگلها).
3. خیساندن به مدت 5 دقیقه در آبی که یک قاشق چایخوری پرکلرین 70 درصد به 10 لیتر آن اضافه شده است.
4. سه بار شستشو با آب

**پخت مواد غذایی:**

مواد غذایی به اندازه ای پخته شوند که در هر وعده مصرف شوند. در مورد برنج برای هر وعده یک نفر 90-80 گرم برنج (به اندازه یک استکان) در نظر گرفته می شود. در صورت سرد بودن هوا می توان مواد غذایی باقیمانده را در هوای سرد بیرون به شرطی که بالاتر از 4+ درجه سانتی گراد نباشد، نگهداری کرد.

**منابع:**

1- The Management of Nutrition in Major Emergencies- WHO **2000**

1. مدیریت تغذیه در بحران - مترجم دبیرخانه امنیت غذا و تغذیه دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی آذربایجان شرقی بهار 1384
2. كنسرسيوم بين المللي پناهندگان در ايران - منشور بشر دوستانه و حداقل استانداردهاي امداد رساني ویرایش 2004

4- مجموعه دستور عمل های مدیریت بحران در عرصه بهداشت و درمان در حوادث غیر مترقبه، سازمان بسیج جامعه پزشکی – پاییز 1385