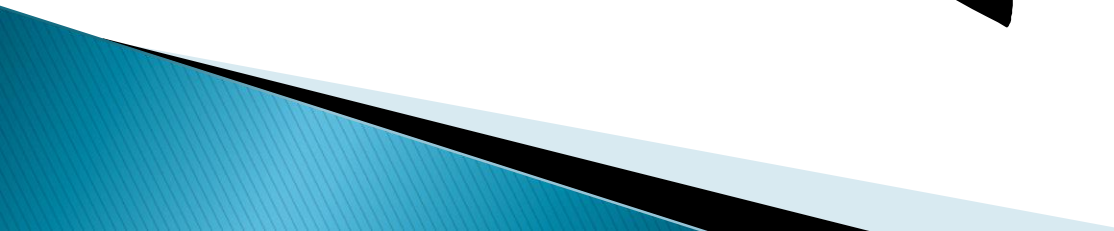




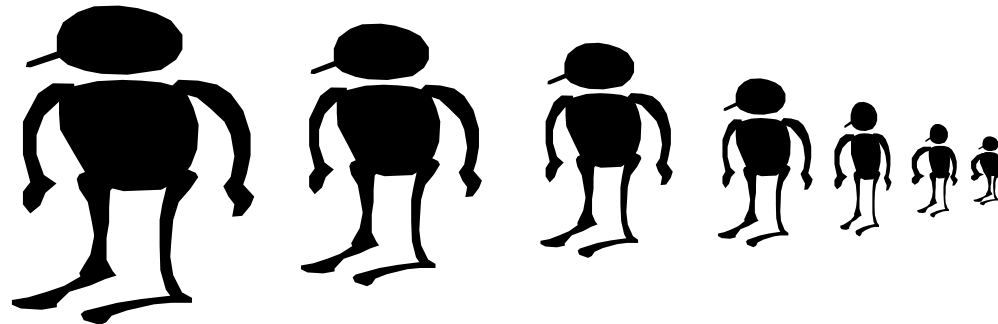
برنامه تغذیه در بلایا

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



امنیت غذا و تغذیه

دسترسی مردم در تمام اوقات به غذای کافی، سالم و متناسب با مطلوبیت اجتماعی و فرهنگی و بهره مندی تمام سلولها از مواد مغذی کافی برای دستیابی به زندگی سالم و فعال

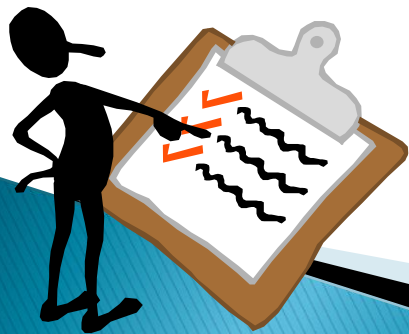


سه حیطة ی اصلی امنیت غذا و تغذیه (*Food & Nutrition Security*)

▶ تامین غذای کافی (Food Availability)

▶ توان اقتصادی برای تامین غذا (Food Accessibility)

▶ تامین سلامت یا بهره مندی بدن از غذا (Food Utilization)



تدوام (*Stability*) در همه زمان ها

مدیریت تغذیه در بحران

مجموعه فعالیت بین بخشی است که با همکاری و برنامه ریزی سازمانهای ذیربط در مراحل چهارگانه بحران:

پیشگیری - آمادگی - پاسخ دهی و بازتوانی

صورت می گیرد تا

تامین انرژی کافی برای عموم مردم و سالم بودن مواد غذایی حاصل شود.

اهداف مدیریت تغذیه در بحران

▶ ارتقاء کیفیت خدمات تغذیه ای

▶ کنترل شیوع سوء تغذیه (کمبود دریافت انرژی - پروتئین و ریز مغذی)

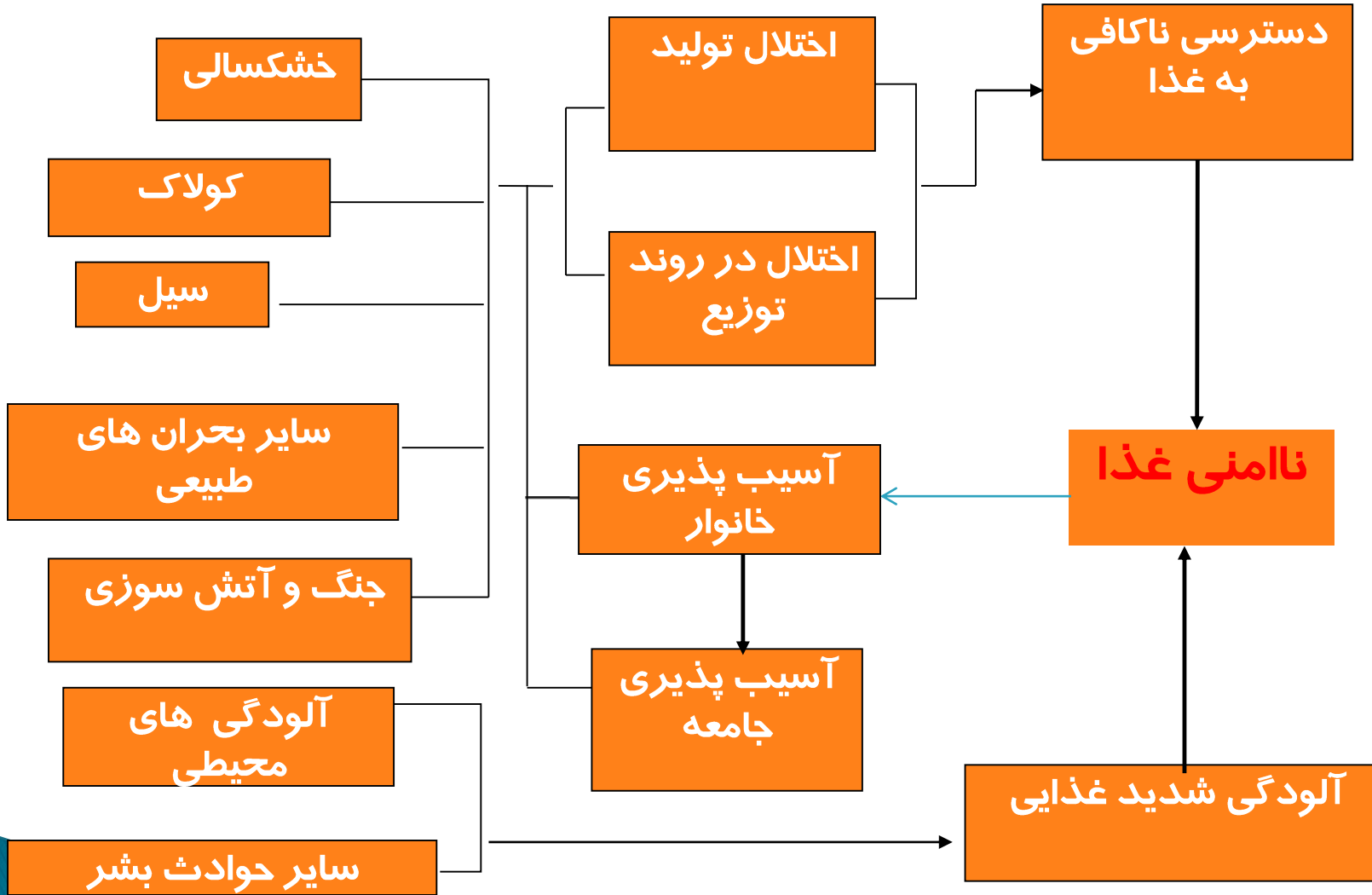
▶ جلوگیری از بروز موارد جدید سوء تغذیه به ویژه در گروههای آسیب پذیر

▶ ارتقاء آگاهی جامعه و کارکنان

▶ طراحی و اجرای مداخلات مناسب



تأثیر بحران‌ها بر وضعیت غذا



تأثير بحران هابر وضع تغذيه بستگي به

❖ نوع بحران (اثر سيل و طوفان بر وضعيت تغذيه حادثه ديدگان بدتر از زلزله)

❖ مدت زمان اثر بحران

❖ وسعت منطقه تحت تأثير بحران

❖ وضعيت تغذيه منطقه قبل از بحران

تقسیم بندی حوادث غیر مترقبه از جنبه تاثیر بر امنیت غذایی

دسته اول حاد یا گذرا :

به حوادثی گفته می شود که برای يك مدت زمان محدود و کمتر از 1 تا 2 ماه امنیت غذایی جمعیت را تحت تاثیر قرار می دهند مانند اکثر بلایای طبیعی و خطوط اول دفاع در جنگ

دسته دوم حوادث مزمن :

به حوادثی اتلاق می شود که بروز نا امنی غذایی در بخش بزرگی از جمعیت کشورها یا سال ها به طول بیانجامند. مانند جنگ و یا بحران های سیاسی در این قبیل بحران ها دسترسی جمعیت به مواد غذایی مورد نیاز نه به طور کامل بلکه به طور نسبی محدود شده است.

نیازهای اساسی افراد در شرایط بحران

❖ آب

❖ بهداشت محیط

❖ پناهگاه

❖ مراقبتهای بهداشتی

❖ غذا و تغذیه

گروههای آسیب پذیر تغذیه ای در مراکزها

□ آسیب پذیری فیزیولوژیکی (نوزادان؛ کودکان و نوجوانان؛ زنان باردار و شیرده؛ سالمندان و معلولین)



□ آسیب پذیری جغرافیایی (افرادی که در مناطق دچار خشکسالی ؛ مستعد سیل یا جنگ زندگی می کنند مانند آوارگان و پناهندگان که دچار فقر، ناامنی اقتصادی، ناامنی غذایی و ... شده اند)

امدادهای تغذیه ای

الف) توزیع عمومی غذایی (برنامه تغذیه همگانی) General Food Distribution

ب) برنامه های تغذیه انتخابی Selective Feeding Programs

- ▶ تغذیه تکمیلی (همه جانبه و هدف مند)
- ▶ تغذیه درمانی

الف) برنامه های تغذیه همگانی
توزیع سبدهای غذایی تأمین کنند ه
2100 کیلو کالری انرژی
50 گرم پروتئین

ب) برنامه های تغذیه انتخابی
تامین غذای اضافی برای گروههای آسیب پذیر و آنهایی که نیاز به
بازتوانی تغذیه ای دارند .

برنامه های تغذیه همگانی تأمین انرژی

در کمیته کارشناسان مشورتی سال 1985 FAO/WHO:

میانگین انرژی مورد نیاز در بحراناها : 2100 کیلو کالری

1. مختصات توزیع سنی/ جنسی کشورهای در حال توسعه

2. میانگین قد مردان و زنان بالغ (155،169 سانتی متر)

3. وزن بزرگسالان (BMI) بین 20 تا 22

4. فعالیت فیزیکی متعادل

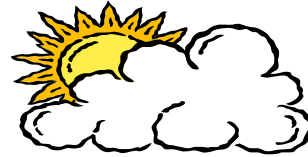


انرژی و پروتئین مورد نیاز بر حسب گروه سنی

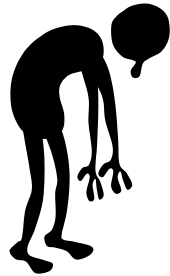
گروه سنی بر حسب سال	زن و مرد	
	پروتئین (گرم)	انرژی
0-4	15	1290
5-9	24	1860
10-14	30	2210
15-19	48	2420
20-59	42	2230
+60	42	1890
زنان باردار	60% اضافی	+285
مادران شیرده	60% اضافی	+500
کل جمعیت	46	2080

محاسبه انرژی مورد نیاز، بستگی به :

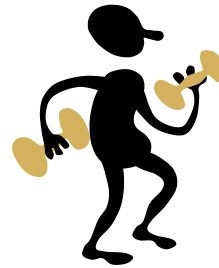
□ دمای محیط



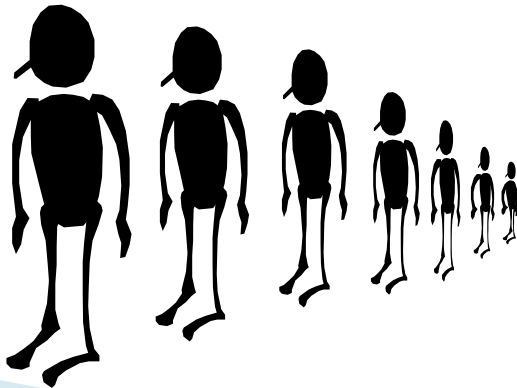
□ وضعیت بهداشت و تغذیه جمعیت



□ فعالیت فیزیکی



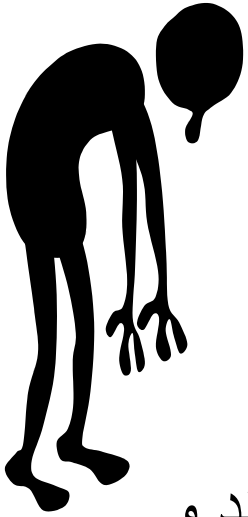
□ توزیع دموگرافی جمعیت



دمای مبنا = 20°C

کالری (کیلو کالری)	دما (سانتی گراد)
2100	20
+100	15
+200	10
+300	5
+400	0

وضعیت بهداشت و تغذیه جمعیت



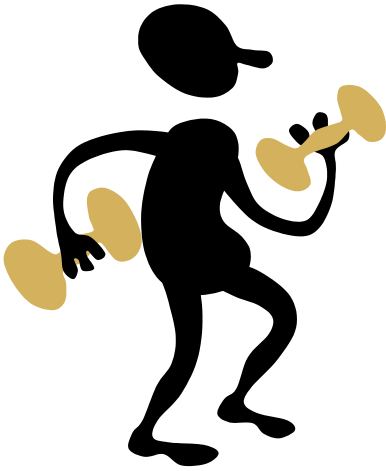
افزایش نیاز انرژی در:

جوامع با کمبود مواد غذایی یا شیوع سوءتغذیه بالا .

2100 کیلوکالری برای کودکانی که از قبل سوء تغذیه داشته اند و
برای نوجوانان و بزرگسالان کافی نمی باشد

100-200 کیلو کالری به مقدار کالری پایه اضافه نمود.

فعالیت فیزیکی



2100 کیلو کالری انرژی مورد نیاز
برای حفظ سلامت و تغذیه افراد سالم با تحرک معمول

□ فعالیت متوسط + 100 kcal

□ فعالیت متوسط تا شدید + 150 kcal

□ فعالیت شدید + 250 kcal

توزیع جمعیتی

□ توزیع نرمال جمعیت 2100 کیلو کالری

□ نیاز گروه سنی 10-19 سال پسر به انرژی 2300-2700 است

- در یک اردوگاه 80% جمعیت پسران نوجوان زندگی می کنند باید 300+ کیلوکالری به انرژی پایه مورد نیاز جمعیت اضافه گردد (2400 کیلوکالری)

گروه	درصد از کل جمعیت	درصد از کل جمعیت در ایران
۰-۴ سال	۱۲	7.8
۵-۹ سال	۱۲	7.8
۱۰-۱۴ سال	۱۱	9.5
۱۵-۱۹ سال	۱۰	12.4
۲۰-۵۹ سال	۴۹	55/3
بالا تر از ۶۰	۷	7.26
زنان باردار	۲.۵	1.6
زن شیرده	۲.۵	2.8
مذکر/مونث	۴۹/۵۱	49.1/50.9

پروتئین

میانگین مورد نیاز :

50-46 گرم یا 10-12 % از کل انرژی

□ پروتئین حبوبات بیش از 2 برابر غلات

□ پروتئین های منشأ حیوانی

(شیر- تخم مرغ - گوشت- پنیر- ماهی و.....)

□ ترکیب غذاهای گیاهی برای مثال غلات با حبوبات

یا افزودن مقداری پروتئین حیوانی به منابع گیاهی

چربی

▶ جزء مهمی از غذای جیره است
به ویژه برای کودکان در زمان احیا از سوء تغذیه بسیار مهم است

در شرایط مطلوب کمتر از 30% ولی در شرایط بحران حداقل
15-17%

- در کودکان 30-40%
- در زنان باردار و شیرده حداقل 20%

ویژگیهای سبذغذایی در مرحله اول بحران

اوج بحران، شرایطی است که اولویت، نجات، حفظ حیات افراد و کمک رسانی سریع به مجروحان و مصدومان است که ممکن است این وضعیت ۳ تا ۷ روز بطول بیانجامد.

○ تامین حداقل 2100 کیلو کالری و 50 گرم پروتئین

○ حاوی حداقل 3-4 نوع از اقلام غذایی

○ آب آشامیدنی سالم



○ تامین ریز مغذیها

● توزیع قرص مولتی ویتامین برای کلیه افراد (5 عدد در هفته)

● توزیع کپسول مگادوز ویتامین آ

○ غذای کمکی برای کودکان زیر 2 سال (هر دو روز یک بسته)

سبد غذایی یک نفره در مراحل اول بحران

پروتئین (گرم)	انرژی (کیلوکالری)	مقیاس	اقلام غذایی
۴۰	۱۲۰۰	۴۵۰ گرم	نان
۳۸	۴۶۰	۱ قوطی ۲۸۰ گرمی	کنسرو لوبیا/عدسی
۲	۲۶۰	۱۰۰ گرم	خرما
۴	۲۳۱	۵۰ گرم	بیسکویت
۸۴	۲۱۵۱	-	جمع

سبد غذایی روزانه و هفتگی برای ۲ نفر

سبد غذایی ۲ نفر برای یک هفته		سبد غذایی ۲ نفره برای یک روز	
مقیاس	اقلام	مقیاس	اقلام
۷ کیلوگرم	نان	۱ کیلوگرم	نان
۷ قوطی (۲۸۰ گرمی)	کنسرو لوبیا با قارچ	۱ قوطی (۲۸۰ گرمی)	کنسرو لوبیا با قارچ
۷ قوطی (۱۸۰ گرمی)	تن ماهی	۱ قوطی (۱۸۰ گرمی)	تن ماهی
۵/۱ کیلوگرم	خرما	۲۰۰ گرم	خرما
۱۴ بسته ۵۰ گرمی	بیسکویت	۲ بسته ۵۰ گرمی	بیسکویت

سبد غذایی روزانه و هفتگی برای ۳ نفر

سبد غذایی ۳ نفره برای یک هفته		سبد غذایی ۳ نفره برای یک روز	
مقیاس	اقلام	مقیاس	اقلام
۱۰.۵ کیلوگرم	نان	۱.۵ کیلوگرم	نان
۲ کیلوگرم	خرما	۳۰۰ گرم	خرما
۲۱ بسته ۵۰ گرمی	بیسکویت	۳ بسته ۵۰ گرمی	بیسکویت
۱۴ قوطی (۲۸۰ گرمی)	کنسرو لوبیا/عدسی	۲ قوطی (۲۸۰ گرمی)	کنسرو لوبیا/عدسی
۱۴ قوطی (۲۸۰ گرمی)	خوراک مرغ	۲ قوطی (۲۸۰ گرمی)	خوراک مرغ

ویژگیهای سبد غذایی در مرحله دوم بحران

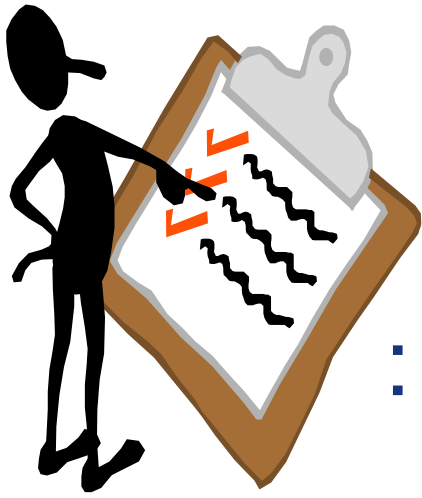
- تامین 2500 کالری و 50 گرم پروتئین
- آب آشامیدنی سالم
- تامین برخی از ریزمغذیها با رعایت تنوع در سبد غذایی
- ادامه توزیع قرص مولتی ویتامین برای کلیه افراد (5 عدد در هفته)
- غذای کمکی برای کودکان زیر 2 سال (هر دو روز یک بسته)



ویژگیهای سبد غذایی در مرحله سوم بحران

- تامین 2500 کیلوکالری و 50 گرم پروتئین
- آب آشامیدنی سالم
- توزیع میوه های تازه و لبنیات در صورت امکان
- غذای کمکی برای کودکان زیر 2 سال
- ادامه توزیع مولتی ویتامین
- (کودکان زیر 5 سال و زنان باردار و شیرده)
- برقراری امکان پخت غذا باتوزیع یک سری ظروف اساسی





انواع غذاها برای توزیع

در جیره های غذایی، متداول ترین مواد :
غلات، حبوبات، روغن های خوراکی

سایر مواد : نمک طعام، چای، ادویه



تهیه غذا

بسته به نوع و شدت حادثه حداقل تا 1 هفته توصیه نمی شود.

▶ نیاز های غذایی افراد آسیب دیده صرفا از طریق غذا های آماده به مصرف بر پایه غلات و حبوبات در مقیاس گسترده با قابلیت نگهداری ، حمل و خصوصیات تغذیه ای مناسب تر تامین گردد .

توصیه :

غذاهای پخته شده در در مراحل اول توزیع نشود

- نامناسب بودن از نظر فرهنگی
- عدم رعایت بهداشت در تهیه مواد غذایی
- دریافت کمتر از حد مورد انتظار
- هزینه بردار بودن و نیازمندی به سیستم تهیه و توزیع
- برآورده نشدن تمامی نیازهای کودکان

معیارهای پذیرش برنامه تغذیه انتخابی

- سن کمتر از ۵۹ ماه
- اگر سن نامعلوم باشد قد کمتر از ۱۱۰ سانتی متر
- کودکان بزرگتر از ۵ سال با سوتغذیه متوسط یا شدید
- مادران شیرده (تغذیه کودکان زیر ۶ ماه از شیر مادر)
- انتخاب برخی مادران باردار

برنامه ریزی دربرنامه تغذیه تکمیلی

هدف: کاهش شیوع سوءتغذیه و مرگ و میر، کمبود ریزمغذی ها درگروه های آسیب پذیر

افراد منتخب:

- ▶ کل کودکان کمتر از 5 سال
- ▶ زنان باردار 4-6 ماهه
- ▶ زنان شیرده

انواع تغذیه تکمیلی

1- برنامه تغذیه تکمیلی همه جانبه

- ✓ میزان سوتغذیه لاغری (وزن برای قد) بیشتر از 15%
- ✓ 10% میزان سوتغذیه لاغری همراه با عوامل تشدید کننده

2- برنامه تغذیه تکمیلی هدف مند

- ✓ میزان سوتغذیه بیشتر از 10 درصد
- ✓ 5 درصد همراه با سایر عوامل تشدید کننده سوتغذیه یا بیماری عفونی اپیدمیک

برنامه های تغذیه تکمیلی

(1) تغذیه تکمیلی آماده

صرف غذای آماده در 4 – 1 وعده غذایی در یک مکان
(500 – 700 کیلوکالری انرژی و 25 – 15 گرم پروتئین)

(2) تغذیه تکمیلی خشک

توزیع جیره های خشک (به طور هفتگی) برای مبتلایان به سوتغذیه
(1000-1200 کیلوکالری)

برنامه تغذیه درمانی

هدف:

کاهش میزان مرگ و میر نوزادان و کودکان مبتلا به سوءتغذیه شدید

امکانات:

وجود پرسنل ماهر

مسکونی بودن واحد

پذیرش 50 کودک

ارائه حداقل 8 - 6 وعده غذایی (یکی از آنها در نیمه شب)

وجود مراقب برای هر کودک و در صورت امکان حضور مادر

تغذیه درمانی

معیارهای پذیرش

- وزن برای قد پایین تر از 3 انحراف معیار از میانگین یا کمتر از 70% میانگین استاندارد (ماراسموس)
- ادم در مبتلایان به کواشیورکور یا ماراسموس – کواشیورکور

اقدامات

- آنتی بیوتیک درمانی با طیف وسیع
- هیدراتاسیون دهانی (یا بینی)
- واکسیناسیون علیه سرخک
- تجویز دزهای نرمال از ویتامین A

ادامه

▶ رژیم بازتوانی : غذای غنی از انرژی در فواصل زمانی متعدد (روزانه تامین کننده 200 – 150 کیلو کالری انرژی و 3 – 2 گرم پروتئین در هر کیلوگرم وزن کودک)

▶ مراقبت پزشکی: همراه با غذا دادن هر سه ساعت یکبار

کارکردهای اختصاصی تغذیه در بلایا و فوریت ها

کارکردهای تخصصی ارائه خدمات بهداشتی – تغذیه ای در پاسخ به بلایا

پیوست	عنوان کارکرد
S7-1	ارزیابی سریع تغذیه ای
S7-2	پایش کمی و کیفی سبد غذایی
S7-3	طراحی و اجرای مداخلات بهداشتی- تغذیه ای

انواع ارزیابی تغذیه در بحران



روش جمع آوری اطلاعات	اهداف	نوع
<p>-مشاهدات مستقیم جمعیتی و محیطی -مصاحبه با افراد مطلع کلیدی</p>	<p>-تعیین وجود یا تهدید یک بحران تغذیه ای -برآورد تعداد افراد دچار بحران -تامین نیازهای فوری -تعیین منابع محلی قابل دسترس -تعیین منابع خارجی مورد نیاز</p>	<p>ارزیابی سریع</p>
<p>-جامعه: بررسی شاخص های تن سنجی در کودکان زیر پنج سال - بیمارستان: نمایه توده بدنی، کاهش آلبومین سرم و کاهش وزن طی دوره زمانی</p>	<p>-تعیین شیوع سوء تغذیه -شناسایی علل سوء تغذیه</p>	<p>بررسی</p>
<p>-بررسی های مکرر -پایش رشد</p>	<p>- تعیین روند وضعیت سوء تغذیه</p>	<p>سورویالانس تغذیه</p>

روشهای ارزیابی مستقیم وضع تغذیه

1. روشهای تن سنجی
2. ارزیابی رژیم غذایی
3. روشهای آزمایشگاهی (بیوشیمیایی)
4. ارزیابی بالینی

کارکرد ۱: ارزیابی سریع تغذیه ای

- واحدهای همکار: تیم ارزیابی سریع
- زمان : بلافاصله بعد از رخداد بلا و پایدارشدن وضعیت جمعیت آسیب دیده
- شرح کارکرد:
 1. تعیین کمبودهای تغذیه ای (درشت مغذی و ریز مغذی)
 2. شناسایی بیماری های منتقله از آب و غذا
 3. شناسایی گروه های آسیب پذیر تغذیه ای
 4. بررسی تجهیزات مورد نیاز (مصرفی و غیر مصرفی)

ابزار ارزیابی سریع تغذیه ای

▶ چک لیست راهنمای اجرایی ارزیابی وضعیت تغذیه کودکان
زیر ۵ سال در بلایا

▶ استفاده از نرم افزار ENA

(Emergency Nutrition Assessment)

▶ چک لیست راهنمای اجرایی ارزیابی سریع تغذیه ای خانوار

گروه هدف در ارزیابی سریع

کودکان زیر 5 سال

(59 / 6 ماهه) یا (65 to 110 cm)

دلایل:

حساس در زمینه فشارها و عدم تعادل تغذیه ای

شاخص ها:

▶ آنتروپومتریک (وزن، قد و دور بازو)

▶ مشاهدات بالینی

حجم نمونه

الف) تصادفی

تصادفی منظم 450 کودک در خانوارهایی با جمعیت کمتر از 10000 نفر جمعیت های کوچکتر (2000-3000 نفر) بررسی تمام کودکان

ب) خوشه ای:

در نمونه گیری خوشه ای 30 خوشه و هر خوشه شامل 30 کودک است یعنی 900 کودک برای جمعیت های بالاتر از 10000 نفر

فرم ارزیابی وضعیت تغذیه کودکان زیر 5 سال پس از وقوع بحران

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی
 استان شهرستان

عنوان تفصیلی	علامت بالینی										دور باز (cm) ()	قد (cm)	وزن (Kg)	جنس		سن (ماه) ()	نام خانوادگی	نام کودک	رشد
	اسهال		گزروفتادگی		کم خونی		ادم		مرد	زن									
	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد	دارد	ندارد											

نام و نام خانوادگی پرسشگر:
 تاریخ بررسی:



Planning Nutrition Survey

Name of Survey

Sampling

- Random
 Cluster

Sample size calculation

for a cross sectional anthropometric survey

 Children below 5 years

 Estimated prevalence %

 Desired precision %

 Design effect

Sample size calculation

for a mortality rate survey

 Population size

 Estimated prevalence rate per 10000/day

 Desired precision %

 Design effect

 Recall period in days

Table for Cluster sampling

Geographical unit	Population size
A	100
B	2000
C	3000
D	1000
E	100
F	500
G	200
H	100

 Number of Cluster

Random Number Table

Range from to Numbers

انتخاب شاخص مناسب در ارزیابی ها

- ▶ اندازه گیری دور بازو اندازه مناسب برای غربالگری سریع و تعیین نیاز برای ارزیابی جامع بعدی است.
- ▶ اما در بررسی‌های تعیین شیوع سوء تغذیه، نمایه وزن برای قد کاربرد دارد.

تفسیر اندازه دور بازو

▶ کودکان ۶-۵۹ ماهه

- ▶ کمتر از 135 میلی‌متر: در معرض خطر
- ▶ کمتر از 125 میلی‌متر: سوء تغذیه
- ▶ بین 110-124 میلی‌متر: سوء تغذیه متوسط
- ▶ کمتر از 110 میلی‌متر: سوء تغذیه شدید

لاغري (Wasting) (وزن برآي قدر)

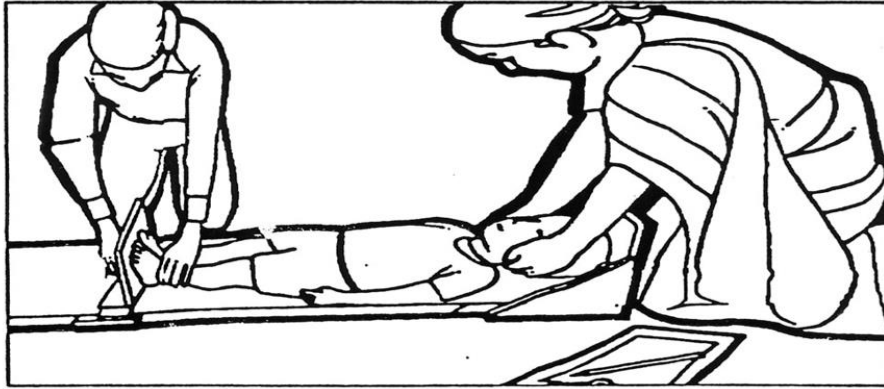
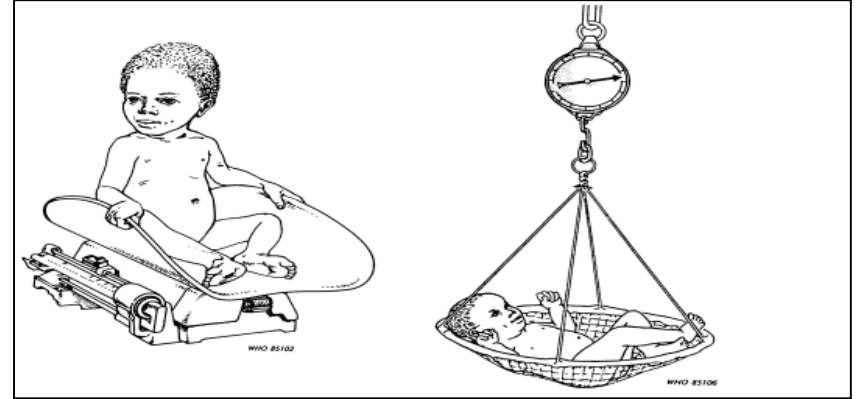


Figure 3 Height assessment in lying position.



نشانگر پدیده ای حاد و حاصل بیماری یا بحرانی در گذشته نزدیک
بیانگر وضع تغذیه کودک در زمان حال

لاغري مهمترين شاخص تعيبن کننده وضع تغذيه در برانها

وليد:

در کودکان زیر 5 سال نسبت وزن برای قد تقریباً ثابت است
(بدون تاثیر جنس، نژاد و بایک ضریب ثابت با افزایش سن افزایش می یابد)

وزن در مقابل دریافت مواد غذایی حساس و تغییر پذیر
وزن به قد تقریباً مستقل از سن کودک عمل می کند

تفسیر شاخص های تن سنجی در کودکان

مقدار انحراف از میانگین	وضعیت تغذیه ای
کمتر از 2- انحراف معیار	سوء تغذیه خفیف
ما بین 2- تا 3- انحراف معیار	سوء تغذیه متوسط
کمتر از 3- انحراف معیار یا ورم 2 طرفه	سوء تغذیه شدید

شاخص پیشنهادی در بررسی وضعیت سوء تغذیه حاد در افراد بزرگسال

نمایه توده بدنی BMI

سوء تغذیه پروتئین – انرژی در بزرگسالان

لاغری همراه یا بدون ادم ، در کل بدن یا در پاها و ران

علائم پوست و مو کمتر قابل رویت است

تعیین وضعیت فردی بر اساس نمایه توده بدنی

وضعیت تغذیه ای	BMI
لاغری شدید	< ۱۶
لاغری متوسط	۱۶-۱۷
لاغری خفیف	۱۷-۵/۱۸

طبقه بندی شدت سوء تغذیه در جمعیت جاوئه ویره

شدت سوء تغذیه	شیوع در کودکان زیر ۵ سال کمتر از $-2SD$	شیوع در بالغین بالای ۱۹ سال BMI کمتر از ۱۸.۵
قابل قبول	کمتر از ۵ درصد	۵ تا ۹ درصد
در معرض خطر	۵ تا ۹ درصد	۱۰ تا ۱۹ درصد
شدید	۱۰ تا ۱۴ درصد	۲۰ تا ۳۹ درصد
بحرانی	۱۵ درصد یا بیشتر	۴۰ درصد یا بیشتر

ب) ارزیابی خانوار

هدف :

جهت تعیین افراد نیازمند خدمات تغذیه ای ویژه (فرم شماره 3)

بررسی خانوار از نظر دریافت مواد غذایی

(انرژی، پروتئین، ویتامین های A، B2، B3، آهن و ید)

در طی دوره های معین و در صورت امکان هر سه ماه یکبار

1) حجم نمونه

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

در جمعیت های بالاتر از 2000 نفر 7-10% خانوارها

2) روش نمونه گیری

▶ نمونه گیری تصادفی (مناسب تر)

▶ خوشه ای

فرم پایش

تاریخ وقوع بحران: / / 13

تاریخ ارزیابی: / / 13

شماره چادر: شماره خانوار:

نام سرپرست خانوار:

استان: شهرستان:

روستا:

آیا از سوی سازمان مای امدادی سید غذایی به خانوار امداد شده است؟

بلی خیر

در صورت پاسخ بلی چه سازمانی سید را امداد کرده است؟

سازمان ملل احمر کمیته امداد بهزیستی خیرین

سایر سازمان مای بین المللی سازمان مای غیر دولتی

(NGO)

اولین سید غذایی در چه زمانی امداد شده است؟

این سید شامل چه اقلامی بوده است؟

آخرین سید غذایی دریافت شده در چه زمانی بوده است؟

این سید شامل چه اقلامی بوده است؟

آیا خانوار دارای کودک شیرخوار می باشد؟ بلی

خیر

در صورت پاسخ بلی نحوه تغذیه او در قبل و پس از حادثه به چه صورت

بوده است؟

قبل از حادثه: شیر مادر شیرخشک شیرگاو

سفره خانوار

پس از حادثه: شیر مادر شیر خشک شیر گاو

سفره خانوار

اگر در خانوار کودک زیر 5 سال یا زن باردار وجود دارد قسمت زیر

را تکمیل کنید:

آیا مکمل آهن و اسید فولیک برای زنان باردار توزیع شده است؟

بلی خیر

آیا قطره A+D و مکمل آهن برای کودکان داده شده است؟

بلی خیر

میزان ذخایر یا دسترسی خانوار نسبت به هر يك از اقلام زیر چگونه است؟

آیا در سطح منطقه قابل خرید است؟ بلي ✓ خير -	آیا دسترسی رایگان روزانه یا هفتگی وجود دارد؟ بلي ✓ خير -	ذخایر خانوار شامل اقلام اهدائی و موجودی بلي ✓ خير -	ماده غذایی
			نان یا آرد
			برنج
			ماکارونی
			حبوبات
			سیب زمینی
			سبزی ها
			میوه ها
			گوشت
			قرمز/سفید/تن ماهی
			تخم مرغ
			شیر و لبنیات
			روغن
			قند و شکر
			پیاز
			تخمک یددار
			آب آشامیدنی (بطری)

کارکرد ۲: پایش کمی و کیفی سبد غذایی

واحدهای همکار:

دفتر سلامت محیط کار، مرکز مدیریت بیماری‌ها و واگیر و سازمان غذا و دارو

هدف:

بررسی سبد غذایی جمعیت آسیب دیده برای اطمینان از تامین حداقل نیازهای تغذیه‌ای آن جمعیت از لحاظ کمی و کیفی

چک لیست ارزیابی سریع تغذیه ای

- الف: میزان انرژی اقلام غذایی مصرفی روزانه چند کیلو کالری بوده است ؟
- ب: میزان شیوع سوءتغذیه (لاغری) در کودکان زیر ۵ سال چند درصد بوده است ؟
- ج: بر اساس نتایج بندهای الف و ب مناسب ترین تصمیم برای برنامه غذایی جامعه حادثه دیده کدام است ؟
 1. افزایش جیره عمومی غذایی
 2. تغذیه تکمیلی برای گروه های آسیب پذیر
 3. تغذیه درمانی
 4. ادامه جیره غذایی بدون افزایش مقدار آن

نتایج کارکرد پایش کیفی و کمی سبد غذایی

- پایش امنیت غذایی خانوارهای آسیب دیده
- پایش تامین ریز مغذی ها برای گروه های آسیب پذیر
- پایش تامین نیاز های تغذیه ای شیرخواران
- تصمیم گیری بر ادامه توزیع سبد غذایی اهدا شده یا تغییر در نوع سبد غذایی

کارکرد ۳: طراحی و اجرای مداخلات بهداشتی – تغذیه ای

طراحی مداخلات مناسب بهداشتی - تغذیه ای
براساس نتایج حاصل از ارزیابی سریع تغذیه ای و
سایر اطلاعات

واحد های همکار: مرکز توسعه شبکه، دفتر سلامت
جمعیت، خانواده و مدارس، سلامت محیط کار و
مدیریت بیماری های واگیر و غیر واگیر

شرح وظایف

- آموزش تغذیه در بحران به کارکنان و جامعه آسیب دیده
- ارجاع به واحد مشاوره افراد مبتلا به سوء تغذیه
- ارائه خدمات مشاوره تغذیه ای به گروههای آسیب پذیر تغذیه ای از طریق راه اندازی یا تقویت واحد مشاوره
- ارجاع به مراکز درمانی افراد مبتلا به سوء تغذیه شدید
- تصمیم گیری بر ادامه توزیع سبد غذایی اهدا شده یا تغییر در نوع سبد غذایی بر اساس نتایج پایش و ارزشیابی نظارت بر کنترل کمی و کیفی توزیع سبد غذایی

تصمیم گیری برای اجرای برنامه غذایی

یافته	وضعیت	اقدام
دسترسی به غذا در سطح خانوار کمتر از 2100 کیلو کالری برای هر فرد	وضعیت نامطلوب	مقدار جیره غذایی عمومی تا حد مطلوب افزایش یابد
میزان سوتغذیه 15% یا بیشتر 10-14% همراه با عوامل تشدید کننده (اپیدمی سرخک، بیماریهای تنفسی و اسهال، میزان خام مرگ بیشتر از 2 در 10000	وضعیت حاد	تغذیه تکمیلی (گروههای آسیب پذیر به ویژه کودکان، زنان باردار و شیرده) تغذیه درمانی (مبتلایان به سوتغذیه شدید)

ادامه :

اقدام	وضعیت	یافته
<p>➤ تغذیه درمانی (مبتلایان به سوتغذیه شدید)</p> <p>➤ تغذیه تکمیلی هدف مند (مبتلایان به سوتغذیه)</p>	<p>وضعیت در معرض خطر</p>	<p>میزان سوتغذیه کمتر از 14% یا 5-9% همراه با عوامل تشدید کننده</p>
<p>➤ به مداخله نیازی نیست</p> <p>➤ توجه بیشتر به ارائه خدمات بهداشتی - تغذیه ای به افراد سوتغذیه ای</p>	<p>وضعیت قابل قبول</p>	<p>میزان سوتغذیه کمتر از 10% و بدون عوامل تشدید کننده</p>

راهنمایی اجرایی ۱ : لیست تجهیزات عملیات مدیریت تغذیه

تجهیزات غیر مصرفی :

قد سنج

متر نواری

ترازو

دستگاه اندازه گیری سریع هموگلوبین

تجهیزات مصرفی :

مکمل غذایی و دارویی



با تشکر از توجه شما