

تغذیه در شرایط بحران



وقایع طبیعی و انسان ساخت، بی خبر از راه می‌رسند

زهره صامت

کارشناس مسئول آموزش بهوزری
دانشکده علوم پزشکی گراش



دکتر سعید مهروری

معاون بهداشت
دانشکده علوم پزشکی گراش



محمد نوروزی

معاون فنی
دانشکده علوم پزشکی گراش



کمال کدیور

کارشناس ارشد هماهنگی فرماندهی حادثه اداره
کاهش خطر بلایا دانشکده علوم پزشکی گراش



اهداف آموزشی

امید است خوانندگان محترم پس از مطالعه مقاله:

پیامدهای سوءتغذیه در مخاطرات را شرح دهند.

گروه‌های آسیب‌پذیر در ارتباط با عملکرد اختصاصی را نام ببرند.

استاندارد توزیع غذا در شرایط بحرانی را بیان کنند.

کارکردهای تخصصی ارایه خدمات تغذیه در شرایط بحرانی را توضیح دهند.

بحران و آسیب‌پذیری

سیل، زلزله، خشکسالی، جنگ و ... با مخاطرات گسترده‌ای که ایجاد می‌کنند، تخریب ناگهانی مزارع و منابع کشاورزی، دامداری و ... را هم به دنبال دارند و از سوی دیگر با برهم زدن ارتباطات جاده‌ای، سیستم حمل و نقل، آب و فاضلاب و ... از یک طرف دسترسی مردم به مواد غذایی و امکان برخورداری از تغذیه سالم را محدود یا غیرممکن می‌سازند و از طرف دیگر موجب شیوع بیماری‌های مختلف می‌شوند. در چنین شرایطی شناخت گروه‌های مختلف جامعه از حیث میزان آسیب‌پذیری و رعایت اولویت‌های تغذیه‌ای نقش مهمی در مقابله با بحران و کاهش آثار منفی آن‌ها دارد.

وقتی از «آسیب‌پذیری» صحبت می‌کنیم، باید توجه داشته باشیم که این مقوله از دو جنبه آسیب‌پذیری فیزیولوژیک و آسیب‌پذیری جغرافیایی برخوردار است. منظور از «آسیب‌پذیری جغرافیایی» مناطقی است که در معرض خشکسالی، سیل یا جنگ قرار گرفته‌اند. همچنین افرادی که در محل‌های مخصوص نگهداری افراد بی‌سرپرست و ... متعلق به مؤسسات و سازمان‌های خیریه و بهزیستی زندگی می‌کنند یا آوارگان و پناهندگانی که با فقر، ناامنی اقتصادی، ناامنی غذایی و ... دست به گریبانند.

گروه‌هایی که از حیث فیزیولوژیک در معرض آسیب هستند شامل این مواردند:

- **نوزادان، شیرخواران و کودکان:** به علت رشد سریع و نیاز تغذیه‌ای نسبتاً بالا و افزایش احتمال ابتلا به سوءتغذیه
- **نوجوانان:** به ویژه دختران به دلیل جهش رشد دوران بلوغ
- **زنان باردار و شیرده:** به دلیل رشد سریع جنین، شیردهی و افزایش نیازهای تغذیه‌ای در این دوران
- **سالمندان و معلولان:** به دلیل تأمین نشدن نیازهای تغذیه‌ای آنان توسط جیره غذایی، کاهش اشتها، مشکلات بلع و ...
- افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن (دیابت، فشارخون و ...)



مقدمه

بحران‌های ناگهانی طبیعی و انسانی همچون زلزله، سیل، جنگ، پاندمی‌ها و دیگر شرایط اضطراری می‌توانند زندگی میلیون‌ها نفر و به‌ویژه سلامت و تغذیه افراد آسیب‌پذیر را تهدید کنند. تغذیه مناسب در این شرایط از عوامل حیاتی برای حفظ سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و تسریع بهبود آسیب‌دیدگان است. بحران‌ها، زنجیره تأمین مواد غذایی را مختل کرده و دسترسی افراد به منابع غذایی متنوع و سالم را محدود می‌سازند. کمبود مواد غذایی بویژه در کودکان، زنان باردار، سالمندان و بیماران می‌تواند منجر به ضعف سیستم ایمنی، تشدید بیماری‌ها و افزایش نرخ مرگ و میر شود. اهمیت تغذیه در شرایط بحران نه تنها از بعد سلامت جسمی، بلکه از لحاظ روانی و اجتماعی نیز قابل توجه است.

کشور عزیز ما ایران از جمله کشورهایی است که میزان بالایی از رویدادهای بلایای طبیعی و انسان‌ساخت را به خود اختصاص داده است به‌گونه‌ای که در دهه‌های اخیر شاهد خشکسالی، زلزله و سیل در مقیاس وسیع بوده و همچنین هشت سال دفاع مقدس و جنگ تحمیلی ۱۲ روزه را تجربه کرده است. در شرایط بحران، واحد تغذیه یکی از بخش‌های کلیدی در سازمان‌های امدادی و بهداشتی محسوب می‌شود که نقش مهمی در تأمین و توزیع غذای سالم، متعادل و ایمن دارد. واحد تغذیه باید بر اساس ارزیابی‌ها، نیازهای غذایی افراد و گروه‌های مختلف را تعیین کرده و برنامه‌هایی برای تأمین آن‌ها تدوین کند.



مواد غذایی ویژه بحران

- مواد غذایی که در شرایط بحران توزیع می‌شوند باید این ویژگی‌ها و شرایط را داشته باشند:
- مناسب با نیازهای تغذیه‌ای افراد باشند.
- با نوع جیره غذایی مردم محل هماهنگی داشته و از نظر فرهنگی قابل قبول باشند.
- مقوی بوده و حداقل یک بار در روز توزیع شوند.
- نیازی به پخت و پز نداشته باشند یا به کمترین زمان و امکانات برای آماده‌سازی نیاز داشته باشند.
- سالم و بهداشتی باشند.
- باعث بروز بیماری‌های گوارشی نشوند.
- میزان انرژی آن‌ها کافی باشد.
- آب آشامیدنی نیز حداقل ۲ لیتر در روز به هر نفر تحویل شود.
- ماندگاری این غذاها زیاد و فسادپذیری‌شان کمتر باشد.
- حمل و نقل آن‌ها آسان باشد.
- از بسته بندی محکم و قابل توزیع در مناطق صعب‌العبور به وسیله هواپیما برخوردار باشند.

مراحل بحران

بحران‌ها از حیث توجه به اصول تغذیه جمعیت درگیر با مخاطرات، سه مرحله دارد. مرحله نخست ۳ تا ۷ روز ابتدای بروز حادثه یا واقعه غیرمترقبه است. مرحله دوم شامل هفته‌های دوم و سوم واقعه است. هفته سوم به بعد هم مرحله سوم بحران محسوب می‌شود.

مرحله اول:

در این مرحله با توجه به حجم حادثه و مشکلات اولیه موجود می‌بایست غذاهایی توزیع شود که حداقل نیازهای روزانه افراد را تأمین کند. بهترین غذاها در این مرحله نان، خرما، بیسکویت، انواع کنسرو و کمپوت، شیرخشک برای نوزادان و حتی شیرخشک معمولی برای مصرف بزرگسالان است.

مرحله دوم:

می‌بایست گستره و تنوع مواد غذایی بیشتر شده و موادی مانند پنیر، خشکبار و آب‌میوه نیز علاوه بر گروه

غذایی مرحله اول بین آسیب دیدگان توزیع شود.

مرحله سوم:

در این مرحله می‌بایست غذای گرم، میوه تازه، شیر، لبنیات به همراه ظروف و وسایل اولیه پخت و پز توزیع شود.

کارکردهای تخصصی

ارزیابی سریع تغذیه‌ای: بلافاصله بعد از رخداد بحران و پایدار شدن وضعیت، لازم است وضعیت تغذیه‌ای جمعیت آسیب‌دیده برای تعیین کمبودهای تغذیه‌ای از قبیل درشت مغذی و ریزمغذی و بیماری‌های منتقله از آب و غذا، بررسی شده و شناسایی گروه‌های آسیب‌پذیر تغذیه‌ای و نیازمند به تغذیه خاص و بررسی تجهیزات موردنیاز مصرفی و غیرمصرفی انجام شود.

شرح وظایف کارشناس تغذیه

- در مرحله نخست، کارشناس تغذیه باید چک‌لیست‌های مورد نیاز را به این شرح تکمیل کند:
۱. تکمیل چک‌لیست راهنمای اجرایی فرم ۱ (ارزیابی وضعیت تغذیه کودکان زیر ۵ سال در بلایا) با در نظر گرفتن حجم نمونه
۲. تکمیل چک‌لیست راهنمای اجرایی فرم ۲ (ارزیابی سریع تغذیه‌ای خانوار) به منظور بررسی خانوارها در منطقه آسیب دیده از نظر دریافت مواد مغذی (انرژی، پروتئین، ویتامین‌های B۲، B۳، آهن و ید) در طی دوره‌های معین و در

صورت امکان هر سه ماه یکبار با در نظر گرفتن حجم نمونه

در مرحله دوم نوبت به «پایش کمی و کیفی سبد غذایی» می‌رسد. یکی از وظایف مهم کارشناسان تغذیه در زمان بلایا بررسی سبد غذایی جمعیت آسیب دیده است؛ برای این که اطمینان حاصل شود حداقل نیازهای تغذیه‌ای جمعیت مورد نظر از لحاظ کمی و کیفی تأمین خواهد شد. در این مرحله کارشناس تغذیه باید اقدام‌های زیر را انجام دهد

- پایش امنیت غذایی خانوارهای آسیب‌دیده
- پایش تأمین ریزمغذی‌ها برای گروه‌های آسیب‌پذیر
- پایش تأمین نیازهای تغذیه‌ای شیرخواران
- استفاده از نتایج پایش سبد غذایی از نظر ایمنی و بهداشت اقلام غذایی دفتر سلامت محیط و کار به منظور تصمیم‌گیری بر ادامه توزیع سبد غذایی اهدا شده یا تغییر در نوع سبد غذایی مرحله سوم «طراحی و اجرای مداخلات بهداشتی تغذیه‌ای» است. یعنی باید بر اساس نتایج حاصل از ارزیابی سریع تغذیه‌ای و سایر اطلاعات کسب شده، مداخلات مناسب بهداشتی تغذیه‌ای طراحی شود.

شرح وظایف کارشناس تغذیه در این مرحله:

- آموزش تغذیه مناسب در بحران به کارکنان و جامعه آسیب‌دیده
- ارجاع به واحد مشاوره افراد مبتلا به سوءتغذیه بر اساس شاخص لاغری وزن برای قد حاصل از نتایج ارزیابی وضعیت تغذیه کودکان زیر ۵ سال در بلایا و افراد بزرگسال بر اساس شاخص نمایه توده بدنی کمتر از ۱۸/۵
- ارایه خدمات مشاوره تغذیه‌ای به گروه‌های آسیب‌پذیر تغذیه‌ای از طریق راه‌اندازی یا تقویت واحد مشاوره
- ارجاع افراد مبتلا به سوءتغذیه شدید به مراکز

درمانی بر اساس شاخص لاغری حاصل از نتایج ارزیابی وضعیت تغذیه کودکان زیر ۵ سال در بلایا و افراد بزرگسال بر اساس شاخص نمایه توده بدنی کمتر از ۱۸/۵

- تصمیم‌گیری 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

نتیجه‌گیری

تغذیه مناسب در بحران‌ها یک ضرورت حیاتی برای حفظ سلامت عمومی و کاهش عوارض بلندمدت ناشی از شرایط اضطراری است. با توجه به چالش‌های متعدد در تأمین و توزیع مواد غذایی در این شرایط، طراحی و اجرای راهکارهای جامع و هماهنگ، آموزش مؤثر و استفاده از منابع محلی از اهمیت بالایی برخوردار است. در نهایت، حمایت مستمر از جمعیت‌های آسیب‌دیده و آسیب‌پذیر و توجه ویژه به نیازهای تغذیه‌ای آنان می‌تواند به کاهش پیامدهای منفی بحران‌ها کمک کند و تاب‌آوری جامعه را افزایش دهد.

پیشنهادات

- تقویت روابط و هماهنگی بین دستگاه‌های متولی تغذیه در شرایط بحرانی با توجه به سطوح پاسخ‌دهی (محلی، منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی)
- توافق‌نامه همکاری درون‌بخشی و برون‌بخشی جهت تقسیم وظایف سازمان‌ها در شرایط بحرانی
- پشتیبانی از تولیدات محلی و تشویق کشاورزی محلی و تأمین مواد غذایی تازه و سالم در مناطق آسیب‌دیده
- برگزاری مانورها با سناریوهای متفاوت مرتبط، با هدف آمادگی در فازهای مختلف شرایط بحرانی

منابع

- اردلان علی، مرادیان محمد جواد، صابری امین، نبوی محمود، کتاب برنامه ملی پاسخ نظام سلامت در بلایا و فوریت‌ها، سال ۱۳۹۴، صفحه ۵۴۹ الی ۵۵۴
- فیروزکوهی مسعود، فیروزی فرخنده، کتاب غذا در بحران، سال ۱۳۹۴، صفحه ۵۸-۶۶