

مدیریت و برنامه ریزی غذایی در شرایط بحران

دانشگاه وارستگان

پریسا جعفریان

کشور ایران در ردیف ده کشور نخست حادثه خیز دنیا است و در دو دهه گذشته شاهد بلایای طبیعی از قبیل سیل، خشکسالی و زلزله در مقیاس وسیعی بوده است . شرایط بحران را می توان به دو دسته کلی تقسیم نمود: شرایطی که اراده انسان در آن دخالت ندارند مانند بلایای طبیعی (زلزله، سیل، طوفان و ...) و شرایط بحرانی که انسان در آن به طور مستقیم دخالت دارد، مانند جنگ (بیولوژیک، شیمیایی و هسته ای) .

بلایا و بحران ها به دو گروه طبیعی و ساخته دست بشر تقسیم می شوند. بلایای ساخته دست بشر نظیر کاربرد عوامل بیولوژیکی ، شیمیایی، هسته ای و جنگها دارای جنبه های بهداشتی، تغذیه ای و درمانی شناخته شده ای هستند که در حیطه پزشکی نظامی قرار دارند. ولی بلایای طبیعی (سیل، زلزله، توفان و...) دارای جنبه هایی متفاوت و نیازمند روش های دیگر در برخورد و کمک رسانی می باشند و نیازمند آگاهی همه مردم جامعه می باشد.

به هر حال پس از وقوع یک حادثه طبیعی و یا حوادثی مانند جنگ ، احتمال ایجاد شرایط اضطراری و بحران قوت می گیرد . برای مبارزه با بلایا و حفظ حیات، سه اولویت اصلی عبارتند از : آب، غذا و سرپناه. یکی از مهمترین نیازهای اولیه انسان در شرایط عادی و بحرانی ، غذا می باشد.

شایع ترین راه ورود میکروارگانیسم ها به بدن دستگاه گوارش است و بهترین حامل آنها آب و غذا است.

اثرات بحران بر تغذیه و صنایع غذایی

هریک از انواع بلایا اثرات متفاوتی بر غذا و تغذیه خواهند داشت. برای مثال اثرخشکسالی با اثر زلزله و یا سیل متفاوت است و اثر هر یک باید جداگانه بررسی گردد. در مجموع آثار بلایا بر صنایع غذایی و تغذیه مردم در سه قسمت خود را نشان می دهد. که عبارتند از :

اختلال در تولید و تامین مواد غذایی .

اختلال در شبکه توزیع غذا .

اختلال در مصرف مواد غذایی .

احتمال آلودگی و فساد در مواد غذایی در هر سه مرحله فوق افزایش می یابد.

اپیدمی بیماری های با منشأ غذایی، نیز یکی از مشکلات بهداشتی در شرایط بحران است. مواد غذایی ممکن است توسط آب های آلوده که به وسیله انواع فاضلاب های خانگی و صنعتی آلوده شده اند، آلوده و غیر قابل مصرف شوند. مثلاً در جریان سیل ممکن است آب منابع و مخازن به وسیله فاضلاب ها و باکتری

های بیماریزای موجود در مزارع آلوده شده و موجب آلودگی مواد غذایی شود. در مجموع آثار بلایا را بر صنایع غذایی می توان به شرح ذیل خلاصه نمود:

از بین رفتن مراکز ذخیره مواد غذایی (سیلوها، انبارها و سردخانه ها).

قطع برق و از کارافتادن وسایل نگهداری و در نتیجه فساد مواد غذایی .

تخریب مراکز تولید مواد غذایی (کشاورزی، دامپروری، کارخانجات و ...).

آلودگی منابع آب و یا تخریب منابع مخازن و خطوط انتقال آب توسط بلایای طبیعی و یا جنگ ها و

آشفتگی و تخریب سرویس های ارتباطی (وسایل حمل و نقل ، راه ها، و خابرات و...) .

نیازمندیهای تغذیه ای در بحران

اولین سوالی که بعد از وضعیت اضطراری در مورد تغذیه مردم پیش می آید این است که چه نوع و چه

مقدار مواد غذایی برای مردم آسیب دیده مورد نیاز است؟ برآورد میزان مواد غذایی بستگی به وضعیت

کنترل بحران دارد که می توان آن را به سه مرحله تقسیم نمود.

مرحله اول:

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

مرحله دوم:

شرایطی است که افراد در محل های سکونت موقت استقرار داده شده اند. این وضعیت ممکن است از هفته دوم تا سوم بعد از بحران متغیر باشد.

مرحله سوم:

شرایطی است که امکانات بیشتری برای زندگی راحت تر افراد آسیب دیده فراهم می گردد.

در اوایل بحران بدلیل مشکلات موجود در تهیه، نگهداری و پخت مواد غذایی، باید از غذاهای آماده بویژه کنسروها استفاده شود. بنابراین در هفته اول بحران استفاده از کنسروهای مختلف مانند تن ماهی، لوبیا، عدس و همراه با نان، خرما و بیسکویت توصیه می شود. با توجه به نیاز تنوع مصرف مواد غذایی باید حتی الامکان از کنسروهای مختلف و مناسب جهت مصرف روزانه مردم استفاده شود.

در مرحله دوم زمانی که تنوع در مصرف مواد غذایی کاهش می یابد. هر چند نیازهای تغذیه ای بویژه از نظر انرژی و پروتئین تامین می گردد، افراد آسیب دیده بدلیل دسترسی ناکافی به مواد غذایی تازه بویژه سبزیها و میوه ها (برای مدت زمانی حدود یک ماه یا بیشتر) با کاهش دریافت ویتامین ها و املاح به ویژه

ویتامینهای C, A, B1, B2 ، اسید فولیک و آهن روبرو خواهند شد. در این مواقع یا باید از مواد غذایی غنی شده با ویتامینها و املاح استفاده نمود و یا از طریق مکملهای دارویی ویتامینها و املاح مورد نیاز تامین گردد.

در مرحله سوم هر چه سریعتر در صورت مساعد بودن شرایط (وجود ظروف غذا و وسیله پخت) می توان غذا را بصورت پخته یا بصورت خشک در میان مردم توزیع نمود. در غیر این صورت توزیع غذاهای کنسرو همراه با نان، پنیر، ماست، آب میوه، بیسکویت و خشکبار باید کماکان ادامه یابد (حداقل ۲-۳ هفته). اگر بتوان هر چه سریعتر مواد غذایی را به شکل خشک در میان مردم

آسیب دیده توزیع نمود.

گروه های آسیب پذیر تغذیه ای

آسیب پذیری شامل کلیه عواملی است که مردم را در خطر نا امنی قرار می دهد و می تواند ناشی از ناتوانی مقابله موفقیت آمیز فردی، خانوادگی، گروهی، اجتماعی در برابر شدايد، ناملايمات و شوکهای محیطی باشد. لذا باتوجه به شرایط آسیب پذیری به انواع مختلفی تقسیم می شود که عبارتند از:

۱. آسیب پذیری فیزیولوژیکی (نوزادان؛ کودکان؛ کودکان سنین مدرسه و نوجوانان؛ زنان باردار و شیرده؛ سالمندان و معلولین)

➤ نوزادان به علت رشد سریع در این دوران

➤ کودکان به دلیل فعالیت زیاد و مصرف مقدار کم غذا در هر وعده

➤ نوجوانان بویژه دختران به دلیل جهش رشد دوران بلوغ

➤ زنان باردار به دلیل رشد سریع جنین و نیاز به مواد مغذی اضافی

➤ زنان شیرده به دلیل شیر دادن و نیاز به مواد مغذی اضافی

➤ سالمندان به علت تغییر در نیازهای تغذیه ای آنان بویژه سالمندان تنها یا بیوه

۲. آسیب پذیری جغرافیایی شامل افرادی که در مناطق دچار خشکسالی ؛ مستعد سیل یا جنگ زندگی می کنند.

۳. آوارگان و پناهندگان به دلیل فقر ، ناامنی اقتصادی ، ناامنی غذایی و...

تغذیه گروه های آسیب پذیر

الف : نوزادان

سالمترین روش برای تغذیه نوزادان زیر ۶ ماه تغذیه انحصاری شیر مادر است . کودکانی که منحصرالشیر مادر می خورند هیچ گونه جوشانده گیاهی، اب، پستانک یا غذاهای مکمل نیاز ندارند. در شرایطی که مراقبت های بهداشتی کاهش یافته و خطر عفونت بسیار بالا باشد مادران شیر ده نیاز به حمایت بیشتری دارند. جایگزین های شیر مادر باتوجه به مشکلات تهیه آنها و استفاده از شیشه های شیر غیر بهداشتی ممکن است خطر ناک باشد. لذا باید در زمینه استفاده از شیر مادر و ارتقاء آن آموزش لازم داده شود.

ب : کودکان

بزرگترین بخش جمعیت آسیب دیده که درمقابل آسیب ها باید حمایت شوند کودکان هستند. در این گروه سنی شیردهی تا حداقل ۲ سال ادامه یابد و پس از ۶ ماهگی نیز علاوه بر شیر مادر به غذاهای سرشار از انرژی نیاز دارند. پیشنهاد می گردد که ۳۰٪ از محتوای انرژی رژیم غذایی از منابع چربی تهیه شود. هنگامی که واکسیناسیون علیه سرخک انجام می شود باید مکمل های ویتامین A نیز به کودکان بین ۶ تا ۵۹ ماهه داده شود. به کودکانی که در زمان تولد وزنشان کم بوده نیز باید از زمان دو برابر شدن وزن تولد مکمل آهن داده شود.

ج : زنان باردار و شیرده

خطرات مربوط به جذب ناکافی مواد غذایی برای زنان باردار و شیرده منجر به مشکلات دوران بارداری، مرگ و میر مادران، تولد کودکان کم وزن و شیردهی غیر مستمر می شود. در برنامه ریزی تغذیه همگانی باید نیازهای اضافی زنان باردار و مد نظر قرار گیرد. به علاوه زنان باردار و شیرده باید جیره مکمل آهن و اسید فولیک کافی دریافت نمایند و همچنین اقدامات برای کاهش موارد کمبود آهن از طریق رژیم غذایی متنوع بسیار مهم است. زنانی که در دوران بعد از زایمان به سر می برند نیز باید طی شش هفته بعد از زایمان ویتامین A دریافت کنند.

کمبودهای شایع تغذیه ای در بحران

در زمان بحران به دلیل بروز نا امنی غذایی که معمولاً در هنگامی اتفاق می افتد که مردم به طور مستمر دسترسی اقتصادی، اجتماعی و فیزیکی به غذای مغذی، ایمن و کافی برای تامین نیازهای تغذیه ای خود نداشته باشند. خطر سوء تغذیه و کمبود برخی مواد مغذی وجود دارد شایعترین کمبودها در هنگام بحران عبارتند از:

- سوء تغذیه ناشی از کمبود دریافت (لاغری و تاخیر رشد)

- فقر آهن (کم خونی)

- کمبود ید (گواتر)

- کمبود ویتامین A (کوری - شبکوری)

- کمبود ویتامین C (اسکوروی)

- کمبود ویتامین B1 (بری بری)

- کمبود ویتامین نیاسین (پلاگر)

- کمبود ویتامین D (راشیتیزم)

برآورد متوسط دریافت روزانه برخی از مواد مغذی به ازاء هر نفر در بحران (FAO/WHO)

واحد	مقدار	ماده مغذی
گرم	۵۰	پروتئین
میکروگرم	۵۰۰	ویتامین آ
میلی گرم	۰/۹	تیامین
میلی گرم	۱۲	نیاسین
میکروگرم	۱۶۰	اسید فولیک
میلی گرم	۲۸	ویتامین ث
میلی گرم	۲۲	آهن

انواع برنامه های تغذیه ای در بحران :

۱ - برنامه تغذیه همگانی:

این برنامه، غذا برای کل جمعیت بلا دیده را فراهم می آورد که بایستی از طریق مواد غذایی مناسب حداقل روزانه ۲۱۰۰ کیلو کالری انرژی و ۵۰ گرم پروتئین از یک رژیم مخلوط از غلات، حبوبات را برای هر فرد در اوایل بحران تأمین نماید. (با سردی هوا و ابتلا به سوء تغذیه و فعالیت فیزیکی سنگین این مقدار افزایش می یابد).

همچنین همه مردم باید به مقدار کافی آب برای آشامیدن، پخت و پز و بهداشت شخصی دسترسی داشته باشند. میزان متوسط آب مصرفی در هر خانوار حداقل ۱۵ لیتر برای هر نفر است.

۲- برنامه تغذیه تکمیلی:

برنامه تغذیه تکمیلی غذای اضافی برای گروههای آسیب پذیر (مادران باردار و شیرده - کودکان زیر ۵ سال - سالمندان) و آنهایی که نیاز به نوتوانی تغذیه ای (بیماران) دارند را تأمین می کند.

۳- برنامه تغذیه درمانی:

برنامه تغذیه درمانی جهت کاهش میزان مرگ و میر در کودکانی که از سوءتغذیه شدید رنج می‌برند تدوین می‌گردد. همچنین ارائه مشاوره تغذیه به افراد رنجور و بیمار در جهت استفاده بهینه از منابع غذایی موجود و کم کردن خطر بعضی از بیماریها مثل فشار خون، دیابت، بیماریهای قلبی را نیز شامل می‌گردد.