



# ACİL

# DURUMLARDA

# BESLENME

# REHBERİ

**Dr. Dyt Seda SERTDEMİR**  
**Prof. Dr. Murat BAŞ**

# İÇİNDEKİLER

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	4
ŞEKİLLER LİSTESİ	6
TABLolar LİSTESİ	7
GİRİŞ	8
İNSANİ YARDIM SİSTEMİ	9
İnsani Yardım İlkeleri ve Standartları	9
İnsani Yardım İlkeleri	9
İnsani Yardım Standartları	9
Uluslararası Kızıllaç Ve Kızıllaç Dernekleri Federasyonu	
Temel İlkeleri Ve Etik Değerleri	10
SPHERE Projesi	11
İnsani Yardım Sisteminin Dönüşümü	13
İnsani Yardım Aktörleri	14
Koordinasyon	14
Küme (Cluster) Yaklaşımı	16
Türkiye’de Durum	18
Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD)	18
Acil Durumlarda Beslenme Müdahalelerin Dönüşümü	19
ACİL DURUMLARDA BESLENME VE GIDA GÜVENCESİ	
DEĞERLENDİRMESİ	22
Yetersiz Beslenme Değerlendirme	22
Orta, İleri ve Global Yetersiz Beslenmenin Tanımı	23
5 Yaş Altı Çocukların Beslenme Durumunu Ölçme -	
SMART Metodolojisi	24
Mikrobesin Yetersiz Beslenmesi	25
Bebek ve Küçük Çocuk Yaş Beslenme (IYCF) Değerlendirme	25
Emzirme Göstergeleri	26
Tamamlayıcı Beslenme Göstergeleri	27
Diğer Tamamlayıcı Beslenme Göstergeleri	30
Diğer IYCF Göstergeleri	31
Gıda Güvencesi	31
Gıdaya Erişim - Tüketim Göstergeleri	32
Hassasiyet Başa Çıkma Göstergeleri	35
Diğer Gıda Güvencesi Göstergeleri	37
Maternal Beslenme Değerlendirme	38
Minimum Diyet Çeşitliliği - Kadın (MDD-W)	38
Kadın Beslenme Durumu Analizi- Antropometrik	
Göstergeler	39

Acil Durumlarda Beslenme Alanında Kullanılan Diğer Değerlendirme Yöntemleri	39
Bilgi, Tutum ve Uygulamalar (KAP) Anketleri	39
Bariyer Analizi	40
ACİL DURUMLARDA BESLENME MÜDAHALE YÖNTEMLERİ	41
Akut Yetersiz Beslenmenin Toplum Temelli Yönetimi (CMAM)	44
CMAM Yaklaşımının Dört Bileşeni	45
Akut Yetersiz Beslenme Yönetiminde Kullanılan Beslenme Ürünleri	46
Mikrobesin Yetersizlikleri Müdahaleleri	48
Acil Durumlarda Bebek ve Küçük Çocuk Beslenmesi (IYCF-E)	50
Uygun IYCF-E Müdahale Eylemleri	51
Uygun Politikaların Geliştirilmesi ve Uygulanması	52
Koordinasyon	52
İletişim ve Savunuculuk	53
Eğitilmiş Personel	54
Nitelikli Yardım ve Destek	54
Bakım ve Destek Hizmetleri	58
Beslenme Yetersizliğinin Önlenmesi ve Tedavisi	59
Mikrobesin Takviyeleri	60
Sağlıkla İlgili Müdahaleler	60
Beslenmeye Duyarlı Programlar	61
BESLENME MÜDAHALELERİNİN DİĞER SEKTÖRLERLE BÜTÜNLEŞİK UYGULANMASI	61
Gıda Güvencesi ve Geçim Kaynakları Programları	61
Gıda Yardımı	62
Beslenmeye Duyarlı Tarım, Hayvancılık ve Gelir Getirici Müdahaleler	65
Gelir Getirici Müdahaleler	65
Kadın Güçlendirme Programları	66
Su, Sanitasyon ve Hijyen(WASH) Programları	66
KAYNAKLAR	68

# KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

<b>AFAD</b>	T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
<b>BM</b>	Birleşmiş Milletler
<b>BMI</b>	Body Mass Index - Beden Kütle İndeksi
<b>BMS</b>	Breast-Milk Substitutes.-Anne Sütü Muadilleri
<b>CERF</b>	Central Emergency Response Fund - Merkezi Acil Müdahale Fonu
<b>CMAM</b>	Community-Based Management of Acute Malnutrition- Akut Yetersiz Beslenmenin Toplum Temelli Yönetimi
<b>CSI</b>	Coping Strategies Index - Başa Çıkma Stratejileri Endeksi
<b>Df</b>	Degree of freedom -Serbestlik Derecesi
<b>ENA</b>	Emergency Nutrition Assessment
<b>ERC</b>	Emergency Relief Coordinator -Acil Yardım Koordinatörü
<b>FAO</b>	Food and Agriculture Organization of the United Nations- Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü
<b>FBF</b>	Fortified Blended Food- Zenginleştirilmiş Karışım Gıdalar
<b>FCS</b>	Food Consumption Score- Gıda Tüketim Skoru
<b>FEWSnet</b>	Famine Early Warning Systems Network Kıtlik Erken Uyarı Sistemleri Ağı
<b>GNC</b>	Global Nutrition Cluster -Global Beslenme Kümesi
<b>HHDS</b>	Household Dietary Diversity Scale- Hane Diyet Çeşitliliği Ölçeği
<b>HEB</b>	High Energy Biscuits- Yüksek Enerjili Bisküviler
<b>HFIAS</b>	Household Food Insecurity and Access Scale- Hane Gıda Güvensizliğine Erişim Skoru
<b>HH</b>	Hane Halkı
<b>HHS</b>	Household Hunger Score- Hane Açlık Skoru
<b>IASC</b>	Interagency Standing Committee- Kuruluşlararası Daimi Komite
<b>ICVA</b>	International Council of Voluntary Agencies - Uluslararası Gönüllü Kuruluşlar Konseyi
<b>IFRC</b>	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies - Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu
<b>IPC</b>	Integrated Food Security Phase Classification - Bütünleşmiş Gıda Güvencesi Sınıflandırması
<b>IYCF-E</b>	Infant and Young Children Feeding in Emergencies- Acil Durumlarda Bebek ve Küçük Çocuk Beslenmesi
<b>KAP</b>	Knowledge, Attitude and Practices- Bilgi, Tutum ve Uygulamalar

<b>LNS</b>	Lipid Based Nutrient Supplements-Lipid Bazlı Besin Takviyeleri
<b>MAD</b>	Minimum Adequate Diet- Minimum Kabul Edilebilir Diyet
<b>MAHFP</b>	MonthsofAdequateHouseholdFoodProvisioning-HaneninAylıkYeterli Gıda Temini
<b>MAM</b>	Moderate Acute Malnutrition -Orta dereceli Akut Yetersiz Beslenme
<b>MDD</b>	Minimum- Dietary Diversity- Minimum Besin Çeşitliliği
<b>MMF</b>	Minimum Meal Frequency: Minimum Öğün Sıklığı
<b>MUAC</b>	Mid-Upper Arm Circumference- Orta-Üst Kol Çevresi
<b>OCHA</b>	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs- BM İnsani Yardım Koordinasyon Dairesi
<b>OECD</b>	Organization for Economic Cooperation and Development- Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü
<b>OTP</b>	Outpatient Therapeutic Programme - Ayakta Tedavi Programı
<b>rCSI</b>	Reduced Coping Strategies Index-İndirgenmiş Başa Çıkma Stratejileri Endeksi
<b>RUSF</b>	Ready-to-Use Supplementary Food- Kullanıma Hazır Ek Gıda
<b>RUTF</b>	Ready-to-Use Therapeutic Food - Kullanıma Hazır Terapötik Gıda
<b>SAM</b>	Severe Acute Malnutrition- İleri Dereceli- Akut Yetersiz Beslenme
<b>SFP</b>	Supplementary Feeding Programme - Ek Beslenme Programı
<b>SMART</b>	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
<b>STK</b>	Sivil Toplum Kuruluşu
<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>UNDP</b>	United Nations Development Programme- Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
<b>UNHCR</b>	United Nations High Commissioner for Refugees -Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği
<b>UNICEF</b>	United Nations Children's Fund - BM Çocuklara Yardım Fonu
<b>UNSCN</b>	United Nations System Standing Committee on Nutrition- Birleşmiş Milletler Daimi Beslenme Komitesi
<b>WASH</b>	Water, sanitation and Hygiene - Su, Sanitasyon ve Hijyen
<b>WFP</b>	World Food Programme - Dünya Gıda Programı
<b>WHO</b>	World Health Organization - Dünya Sağlık Örgütü

# ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1	Temel Kalite ve Hesap Verilebilirlik İnsanı Yardım Standartları	10
Şekil 2	Küme Yaklaşımı	15

# TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1</b>	6-59 Aylık Çocuklarda Boya göre Ağırlık ve/veya Ödem Kullanılarak Akut Malnütrisyon Tanımlama	20
<b>Tablo 2</b>	HHS Göstergesi Kategorileri	30
<b>Tablo 3</b>	Beslenme Programlarının Uygulanması için WHO Karar Ağacı	36

# GİRİŞ

Acil durumlar, insan kaynaklı krizler veya doğal afetleri içermektedir. Acil durumlarda gıda üretimi ve tüketimi dahil toplum düzeni bozulmakta ve kesintiye uğramaktadır. Uzun süren gıda güvensizliği ve beslenme yetersizliği toplum açısından ölümcül sonuçlara yol açabilmektedir. İhtiyaçları doğru tespit ederek; duruma erken, zamanında, koordineli ve planlı şekilde müdahale etmek hayatidir. Bu rehber, acil durumlarda yapılan beslenme ve gıda güvencesi müdahaleleri için insani yardım çalışanlarına bir kaynak olması amacıyla yazılmıştır.

Rehber; insani yardım sistemi, acil durumlarda beslenme ve gıda güvencesi değerlendirme ve müdahale yöntemlerine ayrılmıştır. İnsani yardım sisteminde: uluslararası insani yardım ilkeleri ve standartları; sistemin yıllar içindeki dönüşümü; küme yaklaşımını ve Türkiye'nin de içinde bulunduğu koordinasyon sistemi ve uluslararası insani yardım aktörleri yer almaktadır. Değerlendirme yöntem ve göstergelerine ayrılan ikinci bölümde; yetersiz beslenme, maternal beslenme, bebek ve küçük çocuk beslenmesi, gıda güvencesi ve alanda kullanılan diğer değerlendirme tip ve göstergeleri derlenmiştir. Rehberin üçüncü bölümünde acil durumlarda kullanılan beslenme müdahale yöntemleri açıklanmıştır. Akut yetersiz beslenmenin toplum temelli yönetimi; bebek ve küçük çocuk beslenmesi; maternal beslenme müdahale yöntemleri, gıda güvencesi ve geçim kaynakları gibi diğer sektörlerle beslenme müdahalelerinin bütünleşik uygulanması ile ilgili müdahaleler bu bölümde açıklanmıştır.



## İNSANI YARDIM SİSTEMİ

### İnsani Yardım İlkeleri ve Standartları

#### İnsani Yardım İlkeleri

İnsani yardım ilkeleri (4); ulusal Kızılay/Kızılhaç vakıflarına ve uluslararası Kızılhaç Komitesine uzun süredir rehberlik eden temel ilkelerden türetilmiştir. Bu ilkeler, Birleşmiş Milletler Genel Kurul Kararlarında ele alınmıştır ve uluslararası hukuka dayanır.

**İnsanlık:** Sıkıntı ve zor durumda olan insanlara çözüm bulunmalıdır. İnsani yardım eyleminin amacı, yaşamı ve sağlığı korumak ve insana saygıyı sağlamaktır.

**Tarafsızlık:** İnsani yardım aktörleri; çatışmalara taraf tutmamalı ve siyasi, ırksal, dini veya ideolojik nitelikteki tartışmalara girmemelidir.

**Ayrım gözetmeme:** İnsani yardım; yalnızca ihtiyaç temeline dayanmalı, ve en acil durumlara öncelik vermeli ; milliyet, ırk, cinsiyet, dini inanç, sınıf veya siyasi görüşe göre hiçbir olumsuz ayırım yapılmadan yürütülmelidir.

**Bağımsızlık:** İnsani yardım eylemi; yardımın uygulandığı alanlarda, herhangi bir aktörün sahip olabileceği siyasi, ekonomik, askeri veya diğer hedeflerden bağımsız olmalıdır.

#### İnsani Yardım Standartları

İnsani Yardım Standartları; ilkeli, hesap verebilir ve kaliteli insani yardımın temel unsurlarını tanımlayan uluslararası kabul görmüş bir standarttır. 2014 yılında SPHERE, CHS Alliance ve Groupe URD tarafından geliştirilmiştir. Bu standartlar; insani yardımın kalitesini ve etkinliğini iyileştirmek için insani yardım müdahalesinde bulunan kuruluşların ve bireylerin kullanabilecekleri dokuz taahhüdü tanımlamaktadır. Buna göre "acil durumdan etkilenen topluluklar ve bireyler;

1. *İhtiyaçları ile ilgili ve uygun olan yardımı alırlar. (Kalite Kriteri: İnsani yardım müdahalesi, ilgili ve uygundur. )*
2. *İhtiyaç duydukları insani yardıma doğru zamanda erişebilirler. (Kalite Kriteri: İnsani yardım müdahalesi, etkin ve zamanındadır.)*

3. İnsani yardım faaliyetlerinden olumsuz etkilenmezler ve krizlere daha hazırlıklı, dayanıklıdır ve daha az risk altındadırlar. (Kalite Kriteri: İnsani yardım müdahalesi, yerel kapasiteyi güçlendirir ve olumsuz etkileri önler.)

4. Kişiler haklarını ve yetkilerini bilirler, bilgiye erişebilirler ve kendilerini etkileyen karar verme süreçlerine katılırlar. (Kalite kriteri: İnsani yardım müdahalesi iletişim, katılım ve geri bildirim temeline dayanır.)

5. Şikayetleri yöneten güvenli ve cevap veren bir mekanizmaya erişirler. (Kalite Kriteri: Şikayetlere açık olunur ve yanıt verilir.)

6. İyi koordine edilen ve tamamlayıcı yardım alırlar. (Kalite Kriteri: İnsani yardım müdahalesi, iyi koordine edilmiş ve birbirini tamamlayıcıdır.)

7. Kuruluşların edindikleri deneyim ve görüşlerine bağlı olarak gelişmiş seviyede yardım sağlanmasını bekleyebilirler. (Kalite Kriteri: İnsani yardım aktörleri sürekli öğrenirler ve gelişirler.)

8. İhtiyaçları olan yardımcı mesleki yeterlilik sahibi, iyi yönetilen personel ve gönüllülerden alırlar. (Kalite Kriteri: Personele işlerini etkin şekilde yapmaları için destek verilir, adil ve eşit davranılır.)

9. Kendilerine yardım sağlayan kuruluşların, kaynaklarını; etkin,

verimli ve etik şekilde yönetmesini bekler. (Kalite Kriteri: Kaynaklar sorumlu bir şekilde, hedeflenen amaca uygun olarak kullanılır.) ”  
(5)

### Şekil 1 Temel Kalite ve Hesap Verilebilirlik İnsanı Yardım Standartları



**Kaynak:** Sphere Project, CHS Alliance, Groupe URD. 2014; Temel İnsanı Yardım Standardı. Çeviren: Mavi Kalem Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği. 2015.

### Uluslararası Kızılhaç Ve Kızılay Dernekleri Federasyonu Temel İlkeleri Ve Etik Değerleri

Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu (IFRC: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies), 192 Kızılhaç ve Kızılay Derneğini birleştiren ve küresel bir sekreteryaya aracılığıyla

onları destekleyen uluslararası bir üyelik kuruluşudur. IFRC temel ilkeleri, yardım çalışmalarındaki faaliyet alanlarını belirlemede yol gösterirken, aynı zamanda hareketin amacını ve yardımseverlik değerlerini tanıtmak için evrensel bir temel oluşturmaktadır.

Temel İlkeler; insanlık, ayırım gözetmemek, tarafsızlık, bağımsızlık, gönüllü hizmet, birlik ve evrenselliğidir (6). Birleşmiş Milletlerin kabul etmiş olduğu ve uluslararası hukuk ile korunan ilkeler, bu ilkelerden hareketle inşa edilmiştir.

İnsanı yardımda Davranış Kuralları; Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Hareketi ve Sivil Toplum Kuruluşlarının (STK'lar) ilkeli ve etkili insani yardım eylemleri gerçekleştirmelerine yardımcı olmak için tasarlanmış gönüllü bir koddur (7). Etkilenen devletlerin hükümetlerine, bağışçı hükümetlere ve hükümetler arası kuruluşlara tavsiyeler içeren on temel ilke ortaya koymaktadır. Sphere Standartları ve Temel İnsani Yardım Standartları bu kod üzerine inşa edilmiştir(8).

1. İnsani zorunluluk önce gelir: İnsani yardım alma ve sunma hakkı, temel bir insani ilkedir.
2. Yardım, alıcıların ırkı, inancı veya uyruğu ne olursa olsun herhangi ayırım gözetilmeksizin verilir. Yardım öncelikleri sadece ihtiyaç bazında hesaplanır.

3. Yardım, belirli bir siyasi veya dini bakış açısını iletirmek için kullanılmaz.
4. Devletin dış politikasının araçları olarak hareket edilmemeye çalışılır.
5. Kültür ve geleneklere saygı duyulur.
6. Acil durum müdahalesini, yerel kapasiteler üzerine inşa etmeye çalışır
7. Program yararlanıcılarını, yardımların yönetimine dahil etmenin yolları bulunacaktır.
8. Yardım, temel ihtiyaçları karşılamadan yanı sıra, afetlere karşı gelecekteki güvenlik açıklarını azaltmak için de yapılmalıdır.
9. Hem yardım edilmeye çalışılan hem de hibe veren kişilere karşı sorumluluk duyulur.
10. Bilgilendirme, tanıtım ve reklam faaliyetlerinde afet mağdurları; umutsuz nesnelere değil, onurlu insanlar olarak tanıtılır (9).

### **SPHERE Projesi**

SPHERE Projesi 1997 yılında bir grup Sivil Toplum Kuruluşu, Kızılhaç ve Kızılay Hareketi tarafından insani yardımın temel kalitesini artırmak ve yardımların hesap verilebilirliğini geliştirmektir.

SPHERE El Kitabı - İnsani Yardım Sözleşmesi ve İnsani Yardımda Asgari Standartlar (10), insani yardım alanında en yaygın olarak bilinen ve uluslararası kabul görmüş uygulama ölçütü haline gelmiştir. SPHERE El Kitabında koruma ilkeleri, temel standartlar ve hayat kurtarıcı dört sektör için minimum standartlar yer almaktadır.

### **Koruma ilkeleri**

Acil durumlardan etkilenen kişilerin güvenlik, onurla yaşama ve yardım alma hakları; insani yardım faaliyetlerinde gözetilmesi gereken en temel haklardır. Bunun için SPHERE projesi ile beraber dört koruma ilkesi (10) ön plana çıkmıştır:

#### **1. Zarar vermektan kaçınma:**

İnsani yardım faaliyetleri aracılığı ile acil durumdan etkilenen insanların daha fazla zarar görmesini engelleme

#### **2. Tarafsız yardıma erişim sağlama:**

İnsanların ihtiyaçlarına göre ve bu insanlar arasında ayırım yapmadan yardıma erişimlerini sağlama

#### **3. Şiddetten Koruma:**

İnsanların, şiddet ve baskıdan dolayı fiziksel ve psikolojik zararlara maruz kalmasını önleme

#### **4. Haklarına ve yardıma erişime yardım etme ve zarardan**

**koruma:** İnsanların haklarını talep etmesine, yardım olanaklarına ulaşmasına ve zarardan korunmasına yardımcı olma insanları şiddet, zorlama ya da istekleri dışında hareket etme gibi istismarlardan koruma

Bu koruma ilkeleri, Sivil Toplum Kuruluşlarından çok, devletin veya onun görevlendirdiği yetkili kuruluşların görevidir.

### **Temel standartlar**

Temel Standartlar, SPHERE minimum standartlarına ulaşmak için gerekli süreçleri tanımlar.

1. İnsan merkezli insani müdahale
2. Koordinasyon ve işbirliği
3. Değerlendirme
4. Tasarım ve Müdahale
5. Performans, şeffaflık ve öğrenme
6. İnsani yardım çalışanı performansı

### **Minimum standartlar**

SPHERE el kitabında; acil durumlarda hayat kurtarıcı dört sektör için minimum standartlar geliştirilmiştir.

- Su, sanitasyon ve hijyen (WASH)
- Gıda güvencesi ve beslenme
- Barınak, yerleşim ve gıda dışı maddeler
- Sağlık faaliyetleri

Asgari Standartlar, acil durumundan etkilenen insanların hayatta kalması, güvenli koşullarda ve insan onuruna uygun şekilde iyileştirmeleri için başarılması gereken şartları tanımlamaktadır.

## ***İnsani Yardım Sisteminin Dönüşümü***

İnsani yardım sisteminin günümüzdeki şeklini alması belirli süreçler sonucunda gerçekleşmiştir. Körfez Savaşı sırasında, Birleşmiş Milletler (BM) tarafından krizden etkilenen insanlar için yapılan yardımın doğru koordine edilemeyişi, mükerrer çabalara yol açmıştı. Bu da, insani yardım koordinasyon yapısının tekrar düzenlenmesi ihtiyacını doğurdu. BM Genel Kurulu'nun 1991 yılındaki "Birleşmiş Milletlerin insani acil yardım koordinasyonunun güçlendirilmesi 46/182 sayılı kararı, insani yardım için bir çerçeve çizerek koordinasyon yapısında önemli gelişmeler sağlamıştır. Bu karar ile günümüzdeki insani sistemin önemli unsurları olan

Kurumlar arası Daimi Komitesi (IASC), Acil Yardım Koordinatörü (ERC) pozisyonu ve Merkezi Acil Durum Döner Sermayesi (2005 yılında Merkezi Acil Müdahale Fonu - CERF olmuştur) oluşturulmuştur (11).

2005 yılında Sudan'ın Darfur bölgesinde ve Hint okyanusunda gerçekleşen tsunami sonrası yapılan kapsamlı insani yardım süreçlerinin ardından IASC bir inceleme (The Humanitarian Response Review) yapmıştır. Bu inceleme, sistemde görülen; anlık yardımlar ve uzun süredir devam eden eksiklik ve ihtiyaçlar, zayıf koordinasyon, yetersiz işbirliği ve hesap verilebilirlik, tutarsız bağışçı politikaları ve öngörülmeven kapasite gibi zayıflıklara işaret etmiştir. Bu incemenin bulguları ile 2005 İnsani Reform (**Humanitarian reform**) süreci başlamıştır. Bu reformun önemli dört ayağı bulunmaktadır.

1. Koordinasyon: Küme (Cluster) yaklaşımının oluşturulması
2. Liderlik: Ulusal ve uluslararası düzeyde hesap verebilir kapsayıcı bir figür oluşturma
3. Finansman: İlave hızlı yanıt finansman mekanizmalarının oluşturulması
4. Partnerlik: Tüm insani aktörler arasında partnerliği destekleyerek ortaklığın ilkelerini oluşturma

2010 yılında meydana gelen Pakistan'daki sel ve Haiti'deki deprem felaketleri üzerine insani yardım sisteminde hala görülen eksikliklerin üzerine, 2011 yılında IASC sisteminin iyileşmesi için eylem planı oluşturulmuş ve **Dönüşülebilir Gündem (Transformative Agenda)** olarak kabul edilmiştir. Bu plan insani yardımın zamanlamasını ve verimliliğini geliştirmeye odaklanarak; güçlü bir liderlik, daha etkili koordinasyon ve tüm paydaşlara karşı geliştirilmiş hesap verebilirlik olmak üzere üç temele dayanmaktadır (12,13).

### **İnsani yardım program döngüsü**

Ülke içerisinde insani yardımın programlanması, insani yardım program döngüsüne göre yapılır. Bu döngüdeki aşamalar aşağıdaki gibidir (14).

- Acil durumlara hazırlıklı olma
- İhtiyaçların Belirlenmesi ve Analizi
- Stratejik Yanıt Planlaması
- Kaynakların Harekete Geçirilmesi
- Uygulama
- İzleme ve Değerlendirme

## **İnsani Yardım Aktörleri**

İnsani yardım aktörleri, uluslararası insani yardımın ihtiyacı olan yerlere ve insanlara iletilmesini sağlamak için bir araya gelen çok çeşitli kuruluşlar, ajanslar ve kurumlar arası ağlardır. Birleşmiş Milletler kurumları, Uluslararası Kızılhaç/Kızılay Hareketi, Ulusal ve Uluslararası sivil toplum kuruluşları (STK'lar), askeri kurumlar, yerel hükümet kurumları ve bağış kuruluşları bu aktörler arasında bulunmaktadır.

Bu kuruluşların eylemlerine temel insani ilkeler rehberlik eder: insanlık ayırım gözetmeme bağımsızlık ve tarafsızlık.

## **Koordinasyon**

Koordinasyon, acil durumlara müdahale eden kuruluşların işbirliği yapması için uygun ortam yaratmanın bir yolu ve acil küresel yanıtın anahtarıdır. Etkili koordinasyon; insani yardımlarda kaliteyi iyileştirir ve müdahalelerinin kapsamını ve etkisini artırır. Koordinasyon eksikliği insani müdahalelerde gecikmelere neden olur ve etkilenen toplulukların ve kişilerin ihtiyaçlarının karşılanmasını engeller.

Acil durumun meydana geldiği yerlerde öncelikle hükümetler ve/veya onun yetkilendirdiği kurumlar koordinasyon liderliğini üstlenir. Hükümetin insani yardım sağlayamadığı durumlarda, Birleşmiş Milletler (BM), hayat kurtarmak ve acıları hafifletmek için uyumlu ve etkili bir şekilde yardım sağlamak amacıyla uluslararası insani yardım kuruluşlarının koordinasyonunu desteklemekle görevlendirilmiştir. Bununla birlikte, dahil olan tüm insani aktörlerin, bilgileri ve kaynakları paylaşmak için diğer kuruluşlarla koordinasyon sağlama sorumluluğu vardır. Global seviyedeki insani yardım koordinasyonunda kilit aktörler (15): OCHA ve Kurumlar arası Daimi Komite, Acil Yardım Koordinatörü ve Global Kümelerdir:

**BM İnsani Yardım Koordinasyon Dairesi (OCHA)<sup>1</sup>**, acil durumlara müdahaleleri koordine etmekle sorumludur. Bu koordinasyonu, yardım sağlamaktan sorumlu BM sistem birimlerini<sup>2</sup> içeren Kurumlar Arası Daimi Komite (IASC) aracılığıyla yapar.

1 OCHA -United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs - BM İnsani Yardım Koordinasyon Dairesi

2 İnsani yardım sağlamak için birincil sorumluluğa sahip Birleşmiş Milletler kuruluşları; BM Kalkınma Programı (UNDP), Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Gıda Programı (WFP), yardımlarının sağlanmasında birincil rollere sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), insani sağlık acil durumlarına müdahaleyi koordine eder.

**Kurumlar Arası Daimi Komite (IASC)<sup>3</sup>**: IASC, koordinasyon, politika geliştirme ve karar alma süreçlerinde BM kuruluşları ve diğer insani yardım paydaşları için kurumlar arası bir koordinasyon forumudur. İnsani krizlere yanıt olarak; politika oluşturmak, stratejik öncelikler belirlemek ve kaynakları harekete geçirmek için 18 kuruluşun yönetici ve başkanlarını bir araya getirmektedir (16). BM Genel Kurulu ile 1992’de kurulmuştur.

**Acil Yardım Koordinatörü (ERC)<sup>4</sup>**: ERC, Kurumlar arası Daimi Komite’ye başkanlık eder. ERC, OCHA (BM İnsani Yardım Koordinasyon Dairesi)’nin başıdır ve Birleşmiş Milletler’in insani yardımına ihtiyaç duyulan tüm acil durumların yönetiminden sorumludur.Yetkilerinin içinde; insani yardımın koordinasyonu, acil durum bölgelerine erişimin kolaylaştırılması, ihtiyaç değerlendirme misyonlarının organize edilmesi, ortak başvuruların hazırlanması ve kaynakların harekete geçirilmesi yer almaktadır.

**Global Kümeler (Clusters):** İnsani yardım sektörlerinde (sağlık, beslenme, lojistik...) faaliyet gösteren koordinasyon kurumlarıdır. ERC tarafından insani bir duruma yanıt vermek için aktive edilir.

3 IASC-Interagency Standing Committee- Kuruluşlararası Daimi Komite

4 ERC- Emergency Relief Coordinator - Acil Yardım Koordinatörü

Ulusal seviyede; devlet, topraklarında meydana gelen doğal afet ve/veya diğer acil durumlarda, etkilenen mağdurlara bakmakla yükümlüdür ve bu BM Genel Kurulu 46/182 sayılı kararında tanımlanmıştır. Bu nedenle, etkilenen Devlet, kendi topraklarında insani yardımın başlatılması, düzenlenmesi, koordinasyonu ve uygulanmasında birincil role sahiptir (17).

**İnsani Yardım Koordinatörü (HC)**, krize uluslararası bir müdahalenin garanti edilip edilmediğini değerlendirmekten ve gerekirse insani müdahale çabalarının iyi organize edilmesini sağlamaktan sorumludur. HC, Acil Yardım Koordinatörüne (ERC) karşı sorumludur. İnsani Yardım koordinatörleri, yerel durumu dikkate alarak ülkeleri için en uygun koordinasyon çözümlerine karar vermede insani yardım ülke ekibine liderlik eder. Hangi kümelerin oluşturulacağı ve hangi kuruluşların onlara liderlik edeceği konusunda anlaşılmalıdır.

**İnsani Yardım Ülke Ekibi (HCT)**, İnsani yardım koordinatörü tarafından kurulan ve yönetilen stratejik ve operasyonel bir karar alma ve gözetim grubudur. BM, IOM, uluslararası STK'lar, Kızılhaç/Kızılay Hareketi temsilcilerini içerir. HCT, insani yardımla ilgili ortak stratejik konularda anlaşmaktan sorumludur (15).

## **Küme (Cluster) Yaklaşımı**

Küme yaklaşımı, Birleşmiş Milletlerin ortaya koyduğu acil durumlarda bir koordinasyon mekanizmasıdır. Küme kavramı; sağlık, koruma ve eğitim gibi ortak bir insani yardım sektörü etrafında birleşen bir grup kuruluşu ifade etmektedir. 2005'te insani yardım müdahalelerinde "parçalı müdahale, duplikasyon ve ulusal hükümet ve paydaşların yetersiz katılımı" gibi önemli eksiklikler olduğu anlaşılmıştır. İnsani yardımda; işbirliğini, sorumluluğu ve hesap verilebilirliği artırmak için "İnsani Reform" önerilmiştir. Küme Yaklaşımının geliştirilmesi de bu reformun içinde yer almaktadır (17).

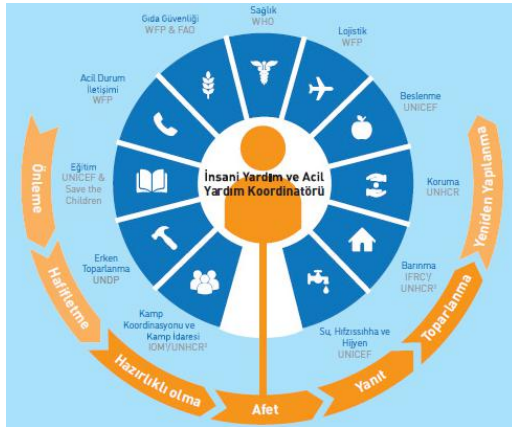
Küme yaklaşımının amacı; acil durum müdahalelerinde kurumlar arasındaki iş bölümünü netleştirmek ve ortaklıkları güçlendirmek, farklı sektörler ve müdahale kurumlarının rollerini ve sorumluluklarını daha iyi tanımlamak, ve hesap verebilirliği sağlamaktır. Küresel olarak dünya çapında faaliyet gösteren 11 küme bulunmaktadır. Küresel kümeler IASC tarafından atanmıştır ve koordinasyon konusunda net sorumlulukları vardır. Her bir sektör kümesinin koordinatörlüğü, ülkedeki hükümetin kararına göre şekillenmektedir.

- Hükümet, Küme Lideri veya Yardımcı Lider olur;



- Hükümet koordinasyon sağlamaya isteklidir, ancak karar verme yetkisini korurken koordinasyon yetkisini kümenin lider BM Ajansına devretmeyi seçer. Bu en yaygın durumdur. Sektörlere göre küme lideri BM ajansları Şekil 2’de gösterilmektedir. Beslenme Kümesinin lider BM ajansı UNICEF’tir.
- Hükümet koordinasyon sağlama konusunda isteksiz veya yetersiz ise kümedeki gelişmeler hakkında düzenli olarak bilgilendirilir (17).

## Şekil 2 Küme Yaklaşımı



**Kaynak:** ICVA.IASC ve küresel insani koordinasyon mimarisi: STK’lar nasıl dahil olur? Çeviren: IHH İnsani Yardım Vakfı.2017:2

### Global Beslenme Kümesi (Cluster)

Global Beslenme Kümesi (GNC), insani müdahale programlarının etkinliğini artırmayı amaçlayan

İnsani Reform sürecinin bir parçası olarak 2006 yılında kurulmuştur. GNC koordinasyon ekibi; ülkelerin beslenme kümelerine operasyonel destek ve ilgili paydaşlar arasında iletişimi sağlamaktan sorumludur ve UNICEF kadrosundadır.

GNC’nin ortakları; acil durumlarda beslenme alanında çalışan ve temel insani ilkelere saygı göstermeyi taahhüt eden, kuruluşlar, gruplar veya bireylerdir. Global düzeyde, GNC’nin Uluslararası Sivil Toplum Kuruluşlarını (INGO’lar), araştırma ve geliştirme gruplarını, akademik kurumları, BM ajanslarını, bağışçıları ve bireyleri temsil eden 46 ortağı ve gözlemcisi vardır. Ülke düzeyinde, bu ortaklara ek olarak, yerel yönetimler ve ulusal STK’lar bulunur (18).

GNC içinde koordinasyon ekibi, stratejik danışma grubu, hızlı müdahale ekibi ve teknik destek ekibi olmak üzere dört grup mevcuttur.

**GNC Koordinasyon Ekibi (GNC-CT)**, küresel forumlarda GNC ortaklarını temsil eder ve paydaşları birbirine bağlar ve etkili iletişim sağlar, aynı zamanda ülke beslenme kümelerine operasyonel destek sağlar.

**GNC Stratejik Danışma Grubu (SAG)**, GNC ‘ye stratejik destek sağlar ve üç STK ortağı, dört BM kuruluşu

(UNICEF, WFP ve UNHCR daimi üyedir), iki bağışçı temsilcisi ve bir Beslenme Küme Koordinatöründen oluşmaktadır.

**Hızlı müdahale ekipleri (RRT)** Acil durumlara zamanında ve koordineli müdahale sağlanmasına yardımcı olan ekiplerdir. Aniden baş gösteren kriz durumlarında veya bir krizin dramatik bir şekilde şiddetlenmesi durumunda; kümelerin kurulması veya desteklenmesi için hemen yönlendirilebilen personel sağlanır. Hemen konuşlandırılabilen ve kümelerin koordinasyonunu sağlayan Beslenme Küme Koordinatörleri ve bilgi yönetimini sağlayan Bilgi yönetim personelleri; UNICEF tarafından işe alınır.

**GNC Teknik İttifakı (TA)**, Acil durumlarda beslenme teknik yardımı sağlamakiçinkurulanbirmekanizmadır. Acil durumlardan etkilenen kişilerin beslenme ihtiyaçlarını karşılamak ve zamanında, sistematik ve koordineli müdahale için kurulan bu oluşum; 40'tan fazla Küresel Beslenme Kümesi ortağı tarafından onaylanmıştır. GNC Teknik İttifakı, UNICEF tarafından ve eş-başkan World Vision International ile birlikte yürütölmektedir (19).

## **Türkiye'de Durum**

Türkiye'de afet ve acil durumlara ilişkin politikalar ilk olarak Erzincan

Depremi sonrası geliştirilmeye başlanmıştır. 1959 yılında "Umumi Hayata Müessir Afetler Dolayısıyla Alınacak Tedbirlerle Yapılacak Yardımlara Dair Kanun" ve 1988 yılında "Afetlere İlişkin Acil Yardım Teşkilatı ve Planlama Esaslarına Dair Yönetmelik" çıkarılmıştır.

Türkiye'de afet yönetimi ve koordinasyonu için asıl dönüm noktası büyük çaplı can kaybı ve hasara neden olan 17 Ağustos 1999 Marmara Depremi'dir. Devlet kurumlarının afet ve acil durumlardaki yetki ve sorumluluklarının tanımlanması, aynı zamanda yetkinin tek bir elde toplanması ihtiyacından hakaretle, ilgili tüm kurumlar kapatılarak<sup>5</sup>; 2009 yılında ,Başbakanlık'a bağlı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) kurulmuş ve yetki ve sorumluluklar tek bir çatı altında toplanmıştır. 15 Temmuz 2018 tarihinde yayınlanan Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi ile Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı İçişleri Bakanlığına bağlanmıştır.

## **Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD)**

AFAD, Türkiye'de afet ve acil durumlardaki tek yetkili kurumdur ve afetlerin önlenmesi ve zararlarının

5 Kapatılan kurumlar: İçişleri Bakanlığı'na bağlı Sivil Savunma Genel Müdürlüğü, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı'na bağlı Afet İşleri Genel Müdürlüğü ve Başbakanlık'a bağlı Türkiye Acil Durum Yönetimi Genel Müdürlüğü

azaltılması, afetlere müdahale edilmesi ve afet sonrasındaki iyileştirme çalışmalarının süratle tamamlanması amacıyla; faaliyetlerin planlaması ve uygulanması, tüm kurum ve kuruluşlar arasında işbirliğini sağlayarak koordinasyonun sağlanması için çalışmaktadır.

AFAD, illerde valiye bağlı İl Afet ve Acil Durum Müdürlükleri ve 11 ilde bulunan "Afet ve Acil Durum Arama ve Kurtarma Birlik Müdürlükleri " vasıtasıyla çalışmalarını yürütmektedir. 2018 kararnamesi ile AFAD; afet durumları ve acil durumlarda: Genel Kurmay Başkanlığı, Dışişleri, Sağlık, Ulaştırma ve Altyapı vb. Gibi ilgili tüm bakanlıklar ve onlara bağlı kamu kurumları, Türkiye Kızılay Derneği ve sivil toplum kuruluşları, üniversiteler, yerel yönetimler, özel sektör ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliği ve koordinasyonu sağlamakla yetkilendirilmiştir (20).

2011 yılında Arap baharının Suriye'de bir iç çatışmaya dönmesi ile milyonlarca Suriyeli, ülkelerinden kaçarak sığınacak ülke arayışına girmiştir. Türkiye, sınırlarını açarak dünyada en fazla Suriye uyruklu vatandaşı kabul eden ülke konumuna gelmiştir. Yine dünyanın birçok yerinden mülteci kabul eden Türkiye, bugün itibariye toplam 4 milyon ( 3,7 milyon Suriye uyruklu ve 330 000 diğer uyruklu) vatandaşı ile dünyada

en fazla mülteciye ev sahipliği yapan ülke konumuna gelmiştir (21). Bu durum; Türkiye'de büyük çaplı ve geniş kapsamlı bir insanı yardım hareketine sebep olmuştur. Hem Suriye içine yapılan insanı yardımları Türkiye üzerinden yönetmek, hem de ülke nüfusuna ek olarak bu kadar mültecinin ihtiyaçlarını karşılamak üzere bir çok insanı yardım aktörü Türkiye'ye gelmiştir. Suriye kriziyle başlayan mülteci akınından bu yana pek çok uluslararası yardım kuruluşu, Birleşmiş Milletler kurumları ve bağışçı kuruluşlar Türkiye'de ofisler açmıştır. Bu kuruluşlar halen; hem kendileri direk uygulayıcı olarak, hem de ulusal sivil toplum kuruluşları, kamu kurumları ve yerel yönetimlerle ortaklaşa olarak çok noktalı ve kapsamlı insani yardım faaliyetleri gerçekleştirmektedir.

### **Acil Durumlarda Beslenme Müdahalelerin Dönüşümü**

Acil beslenme müdahaleleri, 1970'lerin sonlarından itibaren; akut beslenme yetersizliğini tedavi etmek için tedavi protokollerinin, F75 ve F100 süt gibi teröpatik gıdaların ve beslenme tarama çalışmaları için standartlaştırılmış yöntemlerin geliştirilmesi sayesinde önemli ölçüde iyileşmiştir.

Çeşitli krizlerden alınan dersler ile; gıda yardımı olarak dağıtılan rasyonların nicelik(kcal)ve nitelik(mikro besin öğeleri) yönünden artmasıyla sonuçlanmış ve 1500 kkal olan gıda rasyonları 90'lı yıllarda kişi başına günde 2100 kcal'a yükseltilmiştir. Bununla beraber; gıda yardımına bağımlı popülasyonlar arasında pellagra, iskorbüt veya beriberi salgınları nedeniyle rasyonlara kalite olarak da iyileştirmeler getirilmiş; A vitamini takviyesi başta olmak üzere mikro besin takviyeleri, ve güçlendirilmiş tahıllar rasyonlara dahil edilmiştir.

Aynı dönemde, beş yaşın altındaki çocuklardaki ölüm oranı ile akut yetersiz beslenme prevalansı ile bağlantı kurulmuş, bu nedenle beslenme programları acil durumlarda önemli bir bileşen haline gelmiştir.

Program içeriğinde, son 30 yılda, insani koordinasyon da ilerlemiştir. İnsani müdahalede eksiklikleri gidermek, hesap verilebilirliği ve koordinasyonu artırmak için önerilen "İnsani Reform" ile küme yaklaşım geliştirilmiştir. UNICEF, bu dönemde kurulan beslenme küme koordinasyonunun lider BM kuruluşu olarak atanmıştır. Acil durumlardaki beslenme müdahalelerinde; WFP; UNHCR ve ilgili kurumlar ile işbirliği içinde gıda dağıtımlarından; WHO kanıta dayalı

ve güncel beslenme rehberleri ve kriterleri yayınlamak teknik destek sağlamaktan, UNICEF kullanıma hazır teröpatik gıdaların (RUTF) ve WFP 'in kullanıma hazır ek gıdalar( RUSF)ın yönetiminden sorumludur. Beslenme ilgili müdahalelerde devlet ve yetkilendirdiği sağlık bakanlığı ve ilgili bakanlıkların, ilgili BM kuruluşlarının, Ulusal ve uluslararası STK'ların koordineli hareket etmesi müdahalenin etkinliğini artırmaktadır.

İnsani müdahalelerde kaydedilen ilerlemeye rağmen; acil bebek ve küçük çocuk beslenmesi (IYCF) alanında uygun olmayan müdahaleler, krizlere zamanında müdahale eksikliği ve beslenme yetersizliğinin nedenlerini anlama ve müdahale etmede yetersiz uygulamalar, devam etmektedir (17).

IYCF alanında yapılan acil müdahaleler; bebekleri ve küçük çocukları korumak yerine tam tersi yetersiz beslenme, hastalık ve ölüme karşı savunmasızlıklarını artırmaktadır. Acil durumlarda hazırlama koşullarının güvenli olduğundan emin olmadan yapılan: bebek mamaları, süt tozları, biberon ve emzik dağıtımları hala büyük sorun teşkil etmektedir. Bu ürünleri pazarlayan şirketlerin, kitlesel ürün ve malzeme dağıtım yapması ve bu faaliyetleri medya aracılığı ile yapması; acil durumdan etkilenen halkı bu ürünlerden kullanmaya teşvik etmektedir. Bu tür dağıtım ve

müdahaleler, bebek ve küçük çocuk beslenmesi alanında tavsiye ve prosedürleri ihlal etmekle kalmaz, aynı zamanda Anne sütü muadillerinin pazarlanmasıyla ilgili uluslararası yasayı da ihlal eder.

Save the Children tarafından yürütülen bir araştırmaya göre (22); insanı yardım aktörleri, IYCF müdahalelerinin bebekleri ve küçük çocukları korumak için öncelik olması gerektiğini kabul etse de, bu müdahaleler acil durumlarda hala geniş çapta uygulanmamaktadır. Özellikle başka bir program müdahalesi ile desteklenmiyorsa fon bulmanın zorluğu, bu alanda insan kaynakları ve uzmanlık eksikliği, diğer teknik alanlarla olan bağlantının eksik olması ve özellikle fon sağlayan kuruluşlar için bu müdahalelerin uzun vadedeki etkisine dair kanıt eksikliği: IYCF müdahalelerinin hala küçük ölçekte yapılmasına neden olmaktadır.

Yetersiz beslenme ile ilgili müdahalelerin; akut yetersiz beslenme prevalansının acil durum seviyelerine ulaştığında açılması müdahalelerin gecikmesine neden olmaktadır. Yetersiz beslenmeyi değerlendirmek, acil durum ilan etmek ve kaynakları harekete geçirmek için gereken süre; yetersiz beslenen çocukların

tedavisinde gecikmeye neden olmakta. Ayrıca bu gecikme sırasında, artan sayıda çocuğun durumu daha kritik hale gelmekte ve kriz daha da derinleşmektedir. Kaynakların doğru zamanda harekete geçirilmesi için, özellikle yavaş seyreden krizlere erken müdahale yapmak için hazırlık ve devamlılık planları önem kazanmaktadır.

Kuraklık gibi yavaş seyreden afetler, genellikle acil durum seviyelerini aşan akut yetersiz beslenme oranları ile karakterize edilmektedir. Bu durumlardaki beslenme için yapılan acil durum müdahaleleri de ağırlıklı olarak gıda yardımıdır. Ancak yetersiz beslenmenin nedenlerinin tam olarak anlaşılmasına dayanan bir müdahale, beslenme durumunu iyileştirmede gıda yardımından daha iyi bir çözüm olabilmektedir. Bu, özellikle yetersiz beslenmenin yalnızca yetersiz gıda tüketiminden değil, zayıf halk sağlığı ve sanitasyon sistemleri ve doğru olmayan bakım uygulamalarıyla ilgili olduğu durumlarda geçerlidir. Yine yetersiz beslenmenin nedenlerine müdahale edilmediği zaman, sadece kısa vadede hayat kurtaran acil yardımlar yapılır ve krizden etkilenen grubun uzun vadede düzelmesi ve kalkınması için yapılacak müdahalelerde boşluk oluşur.

## ACİL DURUMLARDA BESLENME VE GIDA GÜVENÇESİ DEĞERLENDİRMESİ

Acil durumlarda, beslenme ve gıda güvencesini ölçmek için, gösterge düzeyinde rehberler mevcuttur. Acil durum beslenme değerlendirmelerinde, amaç belirlendikten sonra, en önemli adım, amaca uygun göstergelerin seçilmesidir. Göstergeler seçildikten sonra, hali hazırdaki standart soru formları, gerekirse kültüre ve yerele göre düzenlendikten sonra anket oluşturulur. Daha önce denendiği için rehberlerde yazılan anket soru formlarını kullanmak, değerlendirmenin rahat ilerlemesini sağlayacaktır. Sorular yerel dile çevrilir ve gerekirse dijital bir platforma aktarılır. Ankete dayalı araştırmalarda, anket, değerlendirme başlamadan önce ön test edilmelidir. Bu eylem, saha çalışması başlamadan önce yapı, sorular ve göstergelerle ilgili sorunların düzeltilmesine izin verir (23). Saha ekibi eğitilir ve pilot uygulamadan sonra saha çalışmasına başlanır.

Beslenme ve gıda güvencesi için kullanılan değerlendirme tipleri ve ilgili göstergeler aşağıda açıklanmaktadır.

### Yetersiz Beslenme Değerlendirme

Acil durumlarda, 6 - 59 ay aralığındaki çocuklar arasındaki aşırı zayıflama, tüm toplumun genel sağlığı hakkında ana gösterge olarak kullanılır. Bu gösterge, 6 - 59 ay arasındaki çocukların toplumdaki en savunmasız grup olduğunu varsayar. Antropometrik ölçümlerle değerlendirilen beslenme yetersizlikleri; yaşa göre boy kısalığı (bodurluk), boya göre düşük ağırlık veya aşırı zayıflama ve beslenme ödemi oluşması olarak üç formda karşımıza çıkar. Bunların her birinin prevalansı, bir beslenme anketi sırasında yaş kaydedilerek, ağırlık ve boy ölçülerek ve ödem muayene edilerek değerlendirilir. Bu ölçümler, uluslararası referans standartlarla (yaşa göre boy ,boya göre ağırlık ve yaşa göre ağırlık) karşılaştırılır ve sonuçlar değerlendirilir.

6-59 ay çocuklar haricindeki diğer yaş ve nüfus gruplarında; (ergen, yetişkin, hamile veya emziren anneler, yaşlılar) akut yetersiz beslenmeyi değerlendirmek için kullanılan antropometrik göstergeler ve kesme noktaları konusunda henüz uluslararası bir birlik söz konusu değildir ancak gerektiğinde SMART kılavuzu kullanılarak bu gruplarda da beslenme yetersizliği ölçülebilir.

## Orta, İleri ve Global Yetersiz Beslenmenin Tanımı

Yetersiz beslenme derecelerini belirlemek için, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Çocuk Büyüme Standartlarına göre, boya göre ağırlık Z skorları ve ödem varlığı ölçülür. Ödemleri olmayan ve boya göre ağırlıkları -2 z-skoruna eşit veya daha yüksek olan bireyler normal olarak sınıflandırılır. Bireyin Z-skoru; -2 'den küçük ve -3 'e eşit veya üzerindeyse orta dereceli akut malnutrisyona; -3 'ün altındaysa veya her iki ayakta da ödem varsa, ileri dereceli akut yetersiz malnutrisyona sahiptir. Global akut malnütrisyon (GAM), orta ve ileri dereceli akut malnutrisyonu kombinasyonu olan tüm çocukları kapsamak için kullanılan bir terimdir.

Kullanım ve ölçüm kolaylığı açısından Orta-üst kol çevresi (MUAC) de hızlı beslenme taramalarında kullanılmaktadır. Boya göre ağırlık gibi akut beslenme yetersizliğine işaret eden MUAC'ı ölçmek daha kolay olsa da, kesin ölçümü ve standardizasyonu yoktur. Bununla birlikte topluluk taraması ve ileri tedavi için MUAC ölçümü, acil durumlarda beslenme değerlendirmesi için önemli bir araçtır. Tablo 1'de malnutrisyonların Z skoru, Orta Üst Kol Çevresi ve ödeme göre sınıflandırılması görülmektedir.

**Tablo 1** 6-59 Aylık Çocuklarda Boya göre Ağırlık ve/veya Ödem Kullanılarak Akut Malnütrisyon Tanımlama

Boya Göre Ağırlık	Z-Skoru	Ödem	MUAC (Orta - Üst Kol Çevresi)
İleri Dereceli Akut Malnutrisyon (SAM)	< -3 z-skoru	Var/Yok	MUAC<115mm
	> -3 z-skoru	Var	
Orta Dereceli Akut Malnutrisyon (MAM)	< -2 z-skoru	Yok	115-125mm
	≥ -3 z-skoru		
Toplam (Küresel) Akut Malnutrisyon (GAM)	< -2 z-skoru	Var/Yok	

Başka bir malnutrisyon türü olan mikrobesein yetersizliği, çok önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmasına rağmen, genellikle bir beslenme ve mortalite ve demografi anketi sırasında değerlendirilmez.

### **5 Yaş Altı Çocukların Beslenme Durumunu Ölçme - SMART Metodolojisi**

SMART, bir halk sağlığı durumunun ciddiyetini ve büyüklüğünü anlamak için kullanılan, basitleştirilmiş ve standartlaştırılmış hane düzeyinde bir anket metodolojisidir. 2002 yılında, insani yardım kuruluşları ve uygulayıcıları ağı tarafından başlatılan kurumlar arası bir girişimdir. Bu metodolojide, hayati iki halk sağlığı göstergesi ölçülmektedir ( 1 ) Beş yaş altı çocukların beslenme durumu ve ( 2 ) nüfusun ölüm oranı. Bu göstergeler, kaynakların önceliklendirilmesinin yanı sıra yardımların, nüfusun ihtiyaçlarını ne ölçüde karşıladığını ve müdahalelerin genel etkisini izlemek için yararlıdır.

SMART kılavuzu (24); anketin planlamasını, örneklemin belirlenmesini, personelin eğitimi ve denetimini, antropometrik ölçümleri, yapılan anketin doğruluğunu ve kalitesini ölçmeyi, sonuçların istatistiksel olarak değerlendirmesini kapsar. Toplanan verilerin analizi, [www.smartmethodology.org](http://www.smartmethodology.org) adresinden

ücretsiz olarak indirilebilen "Acil Durum Beslenme Değerlendirmesi (ENA)" aracılığı ile yapılır. Kılavuz, bu yazılımın nasıl kullanılacağını da anlatmaktadır.

SMART anketlerinin sonuçları, dünyada kabul gören erken uyarı sistemleri (Kıtlık Erken Uyarı Sistemleri Ağı (25), Birleşmiş Milletler Daimi Beslenme Komitesi (26), Kriz Durumlarında Beslenme Bilgileri, Gıda Güvencesi Sınıflandırması (27): tarafından kullanılmaktadır. Böylece, SMART anketleri; politika ve müdahale programlama kararlarının, güvenilir ve standartlaştırılmış verilere dayanmasını, fonların doğru aktarılacak en çok ihtiyaç duyanlara insani yardımın sağlanmasını sağlamaktadır.

**Nüfusun ölüm oranı:** SMART metodolojisinde, 5 yaş altı çocukların beslenme durumu yanında ölüm oranları da hesaplanmaktadır. Aşağıdaki iki gösterge, bu hesaplamalarda kullanılır.

- **5 yaş altı mortalite oranı (U5MR):** Her 1000 doğumda 5 yaşından önce ölme olasılığı olarak hesaplanır.
- **5 yaş altı ölüm oranı (U5DR):** Günde 10000 çocuk içinde ölen toplam 5 yaş altı çocuk sayısı olarak hesaplanır.



## **Mikrobesin Yetersiz Beslenmesi**

Mikrobesin yetersiz beslenme göstergelerini ölçmek ve teşhis etmek, büyümenin antropometrik ölçümlerinden daha zordur; ve esas olarak klinik semptomların varlığına dayanır (28). En yaygın ve önlenabilir üç mikro besin eksikliği; iyot, demir ve A vitamini eksiklikleridir.

Vitamin A eksikliği göstergeleri; A vitamininde zengin gıdaların tüketimi ve Vitamin A suplementasyonu ile ölçülür. A vitamininden zengin gıdalar; kırmızı, turuncu ve sarı meyve-sebzeler, yeşil yapraklı bitkiler, karaciğer ve balık yağı olarak anketlerde kodlanmaktadır. Vitamin C eksikliğinde, uzun dönemli taze gıdaların yoksunluğu ölçülür. Vitamin C eksikliğine, narenciye ve koyu yeşil yapraklı gıdaların tüketiminin azlığı veya yokluğu neden olur. Bu eksiklik, uzun dönemde İskorbüt hastalığına neden olmaktadır. Demir eksikliğinde "hamile kadınlarda demir desteği" göstergesi ve anemi durumu ölçülmektedir.

**Anemi prevelansı:** Demir eksikliğinin anemiye neden olduğu anemi prevelansı, hem çocuklarda hem de 15-49 yaş aralığındaki kadınlarda ölçülmektedir. Hemoglobin seviyeleri, desilitre başına gram (g/dl) olarak ölçülerek anemi durumu belirlenir (29).

Yokluğunda Guatr ve kretinizme neden olan İyot eksikliği için iyotlu tuz testi yapılmaktadır (28).

## **Bebek ve Küçük Çocuk Yaş Beslenme (IYCF) Değerlendirme**

Bebek ve küçük çocuk beslenme (IYCF)<sup>6</sup> uygulamaları; iki yaşından küçük çocukların sağlığını, gelişimini, beslenme durumunu, ve en önemlisi hayatta kalma oranını etkiler. Bu nedenle, 0-23 aylık çocuklarda IYCF uygulamalarının iyileştirilmesi, kritik öneme sahiptir.

Uluslararası bir insanı yardım kuruluşu olan CARE'in, IYCF uygulamalarını değerlendirmek amacıyla, 2010 yılında yayımlanmış detaylı bir rehberi bulunmaktadır.(30) Ayrıca, Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) 'nin de, beslenme anketleri modülleri bulunmaktadır ve bu modüllerden biri de IYCF'e (31) ayrılmıştır ancak bu rehber CARE ve WHO rehberlerine göre hazırlanmıştır.

IYCF uygulamalarını değerlendirmek amacıyla, UNICEF ve WHO tarafından 2008 yılında

<sup>6</sup> IYCF: Infant and Young Children Feeding - Bebek ve Küçük Çocuk Beslenmesi

yayımlanan gösterge kılavuzu (32) ile veri toplama ve raporlama için bir standart getirilmiştir. Sekiz temel ve yedi isteğe bağlı göstergeden oluşan bu kılavuz, 2021 yılında yenilenmiştir. Bu yenilenme sonrasında, temel ve isteğe bağlı ayrımı kaldırılarak, 17 gösterge ve bu göstergelerin nasıl ölçüleceğine dair ayrıntılı bir rehber yayımlanmıştır (33).

Tavsiye edilen göstergeler, büyük ölçekli araştırmalarda veya ulusal programlarda veri toplamak için tasarlanmış, nüfus düzeyindeki göstergelerdir. Bu göstergeleri ölçmedeki temel amaçlar; risk altındaki nüfusu belirleyerek müdahale ve politikaları düzenlemek, kaynak tahsisi ve, karşılaştırma yapmak, zaman içindeki eğilimleri tanımlayarak değerlendirme yapmak, hedef ve müdahalelerin etkisini izlemek ve değerlendirmektir.

## **Emzirme Göstergeleri**

### **Emzirmeye erken başlama**

Gösterge son 24 ayda doğan ve doğumdan sonra 1 saati içinde emzirilen bebeklerin yüzdesi olarak hesaplanır. Yenidoğanın hayatta kalması için kritik öneme sahip bir göstergedir. Doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirlenmeyen çocuklarda enfeksiyon

ve ölüm riski daha yüksektir (34). Ayrıca ten teması ile anne-bebek arasındaki bağın kurulması, yenidoğanın vücut ısısının düzenlenmesi, anne derisinden gelen faydalı bakterilerin yenidoğana geçmesi ve uzun vadede emme alışkanlığının gelişmesi için emzirmeye erken başlama önemlidir (33).

Bu gösterge 2008 yılında yayınlanan rehberdeki temel göstergelerden biridir.

### **İlk altı ay sadece anne sütü ile beslenme**

Gösterge, önceki gün sadece anne sütü ile beslenen 6 aydan küçük (0-5 aylık) bebeklerin yüzdesini ölçer ve 2008 yılı WHO rehberine göre ölçülen temel emzirme göstergelerinden biridir. Sadece anne sütü ile beslenme, su dahil olmak üzere başka hiçbir yiyecek veya içecek olmadan emzirme olarak tanımlanır. Acil durumlar da olmak üzere, her yerde, bebekler için en güvenli, en temiz, ve en sağlıklı seçenek anne sütüyle beslenmedir. Bu sebeple Dünya Sağlık Örgütü, bebeklerin altı aylık olana kadar sadece anne sütü ile beslenmesini tavsiye etmektedir. Anne sütü, bebeklerin ihtiyaçlarına özel olarak uyarlanmış bir besin kaynağıdır. Sadece anne sütü ile besleme; bebekleri diyareden, alt solunum yolu enfeksiyonlarından, çocuklukta aşırı kilo ve obeziteden korur.

### **Devam eden emzirme - 12-23 ay**

WHO, annelerin, çocuklarını emzirmeye iki yıl veya daha uzun süre devam etmelerini önermektedir. Gösterge, önceki gün anne sütü ile beslenen 12-23 aylık bebeklerin yüzdesini ölçer. 2008 rehberinde, bu gösterge ile 12-15 aylık bebeklerin anne sütü ile beslenmesi ölçülürken bu aralık, 2021 rehberiyle 12-23 aya çıkarılarak genişletilmiştir.

### **En az bir kere emzirme**

Gösterge, son 24 ayda doğan ve anne sütü ile beslenen bebeklerin yüzdesidir. Bu gösterge, emzirmenin genel olarak kabulünü değerlendirmek ve savunuculuk çalışmaları için kullanılır.

### **Doğumdan sonraki ilk 2 gün sadece anne sütü ile beslenme**

Gösterge, doğumdan sonraki ilk iki gün sadece anne sütü ile beslenen ve son 24 ay içinde doğan çocukların yüzdesini ölçer. Dünyanın bir çok yerinde, doğumdan sonraki ilk günler anne sütü dışında şekerli su veya bebek maması gibi yiyecek ve içecek verilmesi yaygındır. WHO kılavuzları, tıbbi olarak belirtilmedikçe, annelerin anne sütü dışında herhangi bir yiyecek veya sıvı vermemesi gerektiğini belirtmektedir (35). Yenidoğanları, anne sütü

dışında herhangi bir şeyle beslemek, anneleriyle ilk kritik temaslarını geciktirme potansiyeline sahiptir ve uzun vadede emzirmeyi zorlaştırabilir.

### **İlk 6 ay karma beslenme**

Gösterge, önceki gün anne sütüne ek olarak bebek maması ve/veya hayvan sütü ile beslenen 0-5 aylık bebeklerin yüzdesini hesaplar. Her türlü mama ve hayvan sütü göstergeye dahil edilirken yoğurt veya ayran kullanımı dahil edilmez. Göstergenin amacı, altı aydan küçük bebeklerde anne sütüne ek olarak mama ve hayvan sütü verilmesini anlamak ve yanlış uygulamaları ölçerek savunuculuk faaliyetlerinde kullanmaktır. Karma beslenme; emzirmeyi erken bırakma risklerinin artması, anne sütü üretiminin azalması ve bağırsak mikroflorasının değişmesi ile ilişkilidir. Sanitasyonun yetersiz olduğu bölgelerde karma beslenen bebeklerde ishal riski, sadece anne sütü ile beslenen bebeklere göre daha yüksek olma eğilimindedir (33).

### **Tamamlayıcı Beslenme Göstergeleri**

Tamamlayıcı beslenme, bebeklerin beslenme ihtiyaçlarını karşılamak için tek başına anne sütünün artık yeterli olmadığı ve bu nedenle

anne sütü ile birlikte diğer gıda ve sıvılara ihtiyaç duyulması ile başlayan süreç olarak tanımlanmaktadır (36).

### **Ek(Tamamlayıcı) gıdalara geçiş- 6-8 ayda katı, yarı katı veya yumuşak gıdaların tanıtımı**

Gösterge, önceki gün katı, yarı katı veya yumuşak gıdalar tüketen 6-8 aylık bebeklerin yüzdesini ölçer ve WHO 2008 kılavuzunun temel göstergelerinden biridir. WHO , 6 aydan sonra emzirmeye devam ederken katı, yarı katı ve yumuşak gıdalara başlanmasını önermektedir. Bunun nedeni yaşamın ilk altı ayından sonra, sadece annesütünün bebeklerin besin ihtiyaçlarını karşılayamaması ve ek gıdalar verilmedikçe onları yetersiz beslenmeye karşı savunmasız bırakmasıdır. 14 düşük gelirli ülkeyi kapsayan bir analize göre; katı veya yarı katı yiyecekler yiyen 6-8 aylık çocukların bodur veya zayıf olma riskinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (37).

### **Minimum Besin Çeşitliliği 6-23 Ay (MDD)**

Gösterge, bir önceki gün sekiz besin grubundan en az beş tanesine ait olan besinlerden tüketen 6-23 aylık çocukların yüzdesidir. Besin grupları; tahıllar, baklagiller, süt ürünleri, et grubu, A vitamini bakımından zengin sebze ve meyveler, diğer meyve ve

sebzeler ve anne sütüdür. 2008 WHO rehberinde yedi ana gruptan en az dört tanesi Minimum Besin Çeşitliliğini sağlıyorken, 2021 rehberiyle anne sütü de sekizinci grup olarak dahil edilmiştir. WHO 6-23 aylık çocukların besin ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamak için çeşitli gıdalarla beslenmesini önermektedir. Besin çeşitliliğinden yoksun bir diyet, mikro besin eksikliği riskini artırabilir ve bu da çocukların fiziksel ve bilişsel gelişimi üzerinde zararlı bir etkiye sahip olabilmektedir (33).

Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (38) verileri kullanılarak yapılan bir çalışmada besin çeşitliliğinin düşük olduğu ülkelerde, yaşa göre boy uzunluğunun düşük (bodurluk) olduğu tespit edilmiştir (39). Hindistan'dan 2561 adet 0-23 aylık bebekle yapılan bir çalışma, 6 ile 23 ay arasında yumurta, süt ürünleri, meyve ve sebzeler gibi besin değeri yüksek gıdaların az tüketilmesinin ve tüketim sıklığının az olmasının bodurluk ile ilişkili olduğunu göstermiştir (40).

### **Minimum Öğün Sıklığı 6-23 Ay (MMF)**

Gösterge, önceki gün boyunca, minimum sayıda katı, yarı katı veya yumuşak yiyecekler tüketen 6-23 aylık çocukların yüzdesini ölçer. WHO, 6-8 aylık anne sütüyle beslenen

bebeklere, günde 2-3 kez ve 9-23 aylık anne sütüyle beslenen bebeklere ise günde 3-4 kez tamamlayıcı gıdalar verilmesini ve ayrıca günde en az 1-2 kez besleyici atıştırmalık gıdalar verilmesini önermektedir. (41). Emzirmeyen bebeklerde bu öneri günde 4-5 öğüne çıkmaktadır (42). Öğünlerin/atıştırmalıkların, önerilenden daha az sıklıkta verilmesi, toplam enerji ve mikro besin alımını tehlikeye atabilir ve bu da büyümenin durmasına, bodurluğa ve mikro besin eksikliklerine neden olabilir.

Gösterge ölçülürken günlük minimum tüketim sayısı aşağıdaki gibi hesaplanır.

- Anne sütü ile beslenen 6-8 aylık bebekler için günde en az iki kez katı, yarı katı veya yumuşak yiyeceklerle beslenme
- Anne sütü ile beslenen 9-23 aylık bebekler için günde en az üç kez katı, yarı katı veya yumuşak yiyeceklerle beslenme
- Emzirmeyen 6-23 aylık bebekler için günde dört kez katı, yarı katı veya yumuşak gıda veya mama/süt ve süt ürünleri ile beslenme. Bu dört kez beslenmeden en az biri katı, yarı katı veya yumuşak gıdalar olmalıdır.

Mama, süt ve süt ürünleri içine

her türlü bebek maması ve devam sütleri, tüm hayvan sütleri ve ayran gibi hayvan sütünden yapılmış yarı-katı veya sıvı ürünler dahil edilir. Bu tüketim, anne sütü ile beslenen bebeklerde ölçülmez. Gösterge ölçülürken tüm ana ve ara öğünler dahil edilir.

### **Minimum Kabul Edilebilir Diyet** **6-23 Ay (MAD)**

Bu gösterge, minimum besin çeşitliliği (MDD) ve minimum öğün sıklığı (MAD) göstergelerindeki bilgileri birleştirerek, 6-23 aylık bebeklerde, bir önceki gün minimum kabul edilebilir diyet tüketenlerin yüzdesini ölçer. Sadece emzirmeyen bebekler için önceki gün en az iki kez süt ve süt ürünleri almış olması gerekliliği ölçümlere eklenir. WHO, 6-23 aylık bebeklerin enerji ve besin ihtiyaçlarının karşılanması için uygun sıklıkta ve yeterli çeşitlilikte gıda tüketmelerini tavsiye etmektedir .

Kabul edilebilir minimum diyet: Anne sütüyle beslenen bebekler için, önceki gün içinde, yaşlarına göre en az minimum diyet çeşitliliği ve minimum yemek sıklığı; Anne sütü almayan bebekler için, Bir önceki gün içinde, yaşlarına göre en az minimum diyet çeşitliliği ve minimum öğün sıklığı ve ayrıca en az iki mama/süt ve süt ürünleri almak olarak tanımlanır.

## **Diğer Tamamlayıcı Beslenme Göstergeleri**

### **Emzirmeyen 6-23 aylık bebekler için minimum süt ve süt ürünleri beslenme sıklığı**

Bu gösterge, önceki gün en az iki kez süt ve süt ürünleri tüketen ve/veya anne sütü almayan 6-23 aylık çocukların yüzdesini ölçer. Anne sütü almayan bebeklerde, kalsiyum başta olmak üzere önemli besin kaynaklarını karşılamak için süt ve süt ürünlerinin tüketimi önem arzeder. Anne sütü almayan bebekler için yapılan bir araştırmaya göre, eğer bebek hiç bir zenginleştirilmiş besin veya hayvansal gıda almıyorsa, alması gereken süt ve süt ürünü 300-500 ml; hayvansal gıda alıyorsa 200-370 ml civarındadır (43). Bu göstergede ölçülen 2 ölçek süt ve süt ürünleri de 200-500 ml civarındadır.

### **Yumurta ve/veya et tüketimi 6-23 ay**

Gösterge, bir önceki gün yumurta ve/veya et tüketen 6-23 aylık çocukların yüzdesini ölçen bir göstergedir. WHO, hem emzirilen hem emzirmeyen çocuklar için "et, tavuk, balık veya yumurta"nın günlük veya mümkün olduğunca sık yenmesi gerektiğini belirtmektedir. 2129 adet 6-23 aylık bebek arasında yapılan bir araştırmaya göre, bebeklerde yumurta tüketimi ;tüketmeyenlere göre daha

yüksek makro ve mikro besin ( enerji, protein, esansiyal yağ asitleri, B12, selenyum ve fosfor dahil ) alımı ve daha az ilave/toplam şeker alımı ile bağlantılıdır (44).

### **Şekerli içecek tüketimi 6-23 ay**

Bu gösterge, önceki gün şekerli bir içecek tüketen 6-23 aylık bebeklerin yüzdesini ölçer. Şekerli içecekler; ticari mal olarak üretilmiş, gazoz, meyve aromalı içecekler, sporcu içecekleri, çikolata veya diğer aromalı sütler, evde veya dışarıda hazırlanan %100 meyve suları, ve evde şekerle hazırlanan (şurup,limonata gibi) her türlü şekerli içecekleri ifade eder. WHO'nün tamamlayıcı beslenmeye yönelik kılavuzları enerjiden başka hiçbir besine katkıda bulunmadıkları ve daha besleyici gıdaların yerini alabilecekleri için şekerli içeceklerin verilmemesi yönünde tavsiyede bulunur. Altı yıl boyunca izlenen 1189 çocukla yapılan bir çalışmada, şekerle tatlandırılmış içeceklerin daha çok tüketilmesi, her yaştan çocuk arasında artan obezite riski ile ilişkilendirilmiştir (45).

### **Sağlıksız gıda tüketimi 6-23 ay**

Gösterge, bir önceki gün seçilmiş sağlıksız yiyecekleri tüketen 6-23 aylık bebeklerin yüzdesini ölçen bir göstergedir. Sağlıksız yiyecekler içine; şekerlemeler, çikolata, dondurma, kek ve benzeri hamur işleri, bisküviler,

kızartmalar ve cipsler gibi şeker ve/veya sodyum içeriği, enerjisi yüksek olup, besin değeri az olan gıdalar girer. Bu tür gıdaların tüketimi, daha besleyici gıdaların yerini alabilir ve gerekli vitamin ve minerallerin alımını sınırlandırabilir. Birçok düşük ve orta gelirli ülkede, diyet kalıpları daha fazla ilave şeker, sağlıksız yağ, tuz ve rafine karbonhidrat alımına doğru kaymaktadır.

Ticari olarak hazırlanan bu gıda ürünleri genellikle enerji yoğun, besin açısından fakir ve tuz, şeker, doymuş ve/veya trans yağ asitleri bakımından yüksektir. Bebek ve çocuk beslenmesine dair bir çok kılavuz, bu tür gıdalardan kaçınma veya sınırlama ihtiyacını belirtir.

### **Sıfır sebze veya meyve tüketimi** **6-23 ay**

Gösterge, Bir önceki gün herhangi bir sebze veya meyve tüketmeyen 6-23 aylık bebeklerin yüzdesini ölçen bir göstergedir. 1990-2017 arasında, 195 ülkenin verisi taranarak yapılan bir araştırmada; yetişkinler arasında, 2017'de diyet kaynaklı ölüm sayısı 11 milyon (yetişkinler arasındaki tüm ölümlerin %22'si) ve diyet kaynaklı sakatlıkla geçen yaşam sayısı 255 milyon (yetişkinler arasında %15'i) olarak kaydedilmiştir. Düşük meyve alımı; yüksek sodyum ve düşük tam tahıl alımı ile birçok ülkede ölümler

ve sakatlıkla geçen yaşam yılları için önde gelen diyet risk faktörü olarak tespit edilmiştir (46). Çoğu araştırma yetişkinler için yapılmış olsa da, altı aylıktan büyük bebekler için günlük optimal sebze ve meyve porsiyon sayısı için evrensel bir öneri bulunmamakla birlikte, önceki gün sıfır sebze veya meyve tüketimi sağlıksız bir uygulamayı temsil eder (33).

### ***Diğer IYCF Göstergeleri***

Biberonla beslenme 0-23 ay Gösterge önceki gün emzikli biberonla beslenen 0-23 aylık çocukların yüzdesini ölçer. WHO; temiz tutulmasının zor olması, patojenlerin bulaşmasına neden olduğu ve emme refleksine engel olduğu için biberon kullanımından kaçınılmasını önermektedir.

### ***Gıda Güvencesi***

Gıda güvencesi değerlendirmeleri; acil durumu anlamak ve müdahale etme ihtiyacı olup olmadığına karar vermek için kullanılan bir süreçtir. Bu değerlendirme yöntemi; yaşam, onur, sağlık ve geçim kaynaklarına yönelik tehditlerin net bir analizini sağlar.

Gıda güvencesinin üç bileşeni vardır: Gıdanın bulunabilirliği, erişimi ve gıdadan faydalanma. Bulunabilirlik, gıdanın satın alınabilirliği değil, coğrafi bir alanda fiziksel varlığı olarak tanımlanır. Gıda erişimi, tüm hane üyelerinin beslenme gereksinimlerini karşılamak için yeterli kalite ve miktarda gıda elde etme yeteneği olarak tanımlanır (47). Gıdadan faydalanma, bireyin biyolojik olarak gıdayı verimli bir yaşam için kullanma kapasitesini ifade eder ve bireyin hastalıklarından, güvenli olmayan içme suyu, yetersiz sanitasyon veya doğru beslenme bilgisinden etkilenir (48).

Gıda güvencesini değerlendirmek için WFP başta olmak üzere, FAO, UNCHR ve IFRS<sup>7</sup> gibi bir çok önemli kuruluşun rehberleri mevcuttur. Gıda güvencesinde kullanılan göstergeler, kurumlara göre farklılık göstermektedir. Hanenin gıda güvencesini ölçmek için, kabul edilebilir minimum gıda güvencesi göstergeleri kombinasyonu vardır. Her kombinasyon, mevcut gıda tüketimini ölçmek için en az bir gösterge ( Gıda Tüketim Skoru gibi); ekonomik kırılganlığı ölçen en az bir gösterge (Yoksulluk durumu veya gıda harcama payı göstergeleri gibi); ve geçim kaynaklarıyla başa çıkma stratejileri göstergesi içermelidir. Böylece nüfusun gıda güvensizliği seviyesini belirlemek için yeterli bilgi içeriğine sahip olunur (48).

7 IFRS- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies - Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu

Gıda güvencesini ölçmek için en çok kullanılan göstergeler ve içerikleri aşağıda belirtilmiştir. Değerlendirme amacına yönelik göstergeler seçildikten sonra hali hazırda standart soru formları; gerekirse kültüre ve yerele göre düzenlendikten sonra düzenlenir.

## **Gıdaya Erişim - Tüketim Göstergeleri**

### **Gıda Tüketim Skoru- FCS**

Gıda Tüketim Skoru (FCS)<sup>8</sup> : WFP tarafından geliştirilen, önceki yedi gün içinde hane tarafından tüketilen besin gruplarının çeşitliliği ve sıklığını kullanarak ölçülen temel gıda güvencesi göstergelerinden biridir. Hanelere, anketten önceki 7 gün boyunca hane tarafından tüketilen yedi besin grubunun tüketim sıklığı sorulur. Besin grupları; (1) tahıllar, (2) baklagiller ve yağlı tohumlar, (3) süt ve süt ürünleri, (4) et, tavuk, balık ve yumurta (5) sebzeler, (6) meyveler, (7) yağlar, (8) şeker, (9) baharat, çeşni ve içecekler. Her gıda grubunun içerdiği besin içeriğine bağlı olarak ağırlık verilir. (Tahıllar=2, Baklagil ve yağlı tohumlar=3, Sebze ve meyveler=1, et,yumurta ve süt grubu=4, şeker ve yağlar=0.5) Bu ağırlık, bir önceki hafta her besin grubundan yenilen gün sayısı ile çarpılır ve tüm besin gruplarının puanları toplanır. Puanlar üç gruba

8 FCS-Food Consumption Score- Gıda Tüketim Skoru



ayrılarak; hane, yoksul (21 puan ve azı), sınırdaki (22-35 puan arası) veya kabul edilebilir (35 puan üstü) gıda tüketimine sahip olarak sınıflandırılır. Şeker tüketiminin yüksek olduğu ülkelerde, genellikle 28 (yoksul/sınırdaki) ve 42 (sınırdaki/kabul edilebilir) kesme noktaları önerilir (50). FCS ne kadar yüksekse; hanenin besin çeşitliliği ve sıklığı o kadar yüksektir ve hane, yeterli gıdaya ulaşabiliyor demektir.

### **Gıda Tüketim Skoru - beslenme (FCS-N):**

Gıda Tüketim Puanı Beslenme (FCS-N) metodolojisi, FCS ile aynı verileri kullanarak; ana ve alt besin gruplarından olan hane protein, A vitamini ve demir tüketimini analiz eder.

### **Hane Diyet Çeşitliliği Ölçeği (HDDS):**

Hanelerin diyet çeşitliliğini ve tüketimini nüfus düzeyinde ölçen bir diğer gösterge de Hane Diyet Çeşitliliği Ölçeği<sup>9</sup>'dir. Bu gösterge FANTA II Projesi'nin bir parçası olarak 2006 yılında yayınlanmıştır (47).

HDDS'de, son 24 saat içinde tüketilen gıdalar hakkında bilgi toplamak için 16 besin grubundan oluşan standart bir liste kullanılır. Bilgiler sadece evet/hayır olarak toplanıp, skoru hesaplamak için 16 besin grubu 12 ana grupta toplanır.

<sup>9</sup> HDDS- Household Dietary Diversity Scale- Hane Diyet Çeşitliliği Ölçeği

FCS'den farklı olarak tüm besin grupları aynı öneme sahiptir ve tüketilen her grup 1 puan sağlar. Tüketilen besin gruplarının basit toplamı HDDS'yi verir.

Hem FCS hem HDDS, hanenin gıdaya erişimini değerlendirmek için kullanılır. FCS gıda güvencesi olmayan haneleri sınıflandırmak için kullanılırken, HDDS diyet kalitesini izlemek için de kullanılır. FCS, Dünya Gıda Programı (WFP) tarafından kullanılırken; HDDS, Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) tarafından kullanılmaktadır (51). Bu nedenle iki göstergeden birinin gıda güvencesi değerlendirmesinde kullanılması yeterlidir.

### **Hane Gıda Güvensizliği ve Erişim Skoru (HFIAS)**

Gıda ve Beslenme Teknik Yardım Projesi (FANTA) (52), gıda güvencesini karşılaştırılabilir şekilde ölçülmesi amacıyla HFIAS'ı geliştirmiştir. HFIAS anket soruları, son 4 hafta (30 gün) boyunca gıda güvensizliği deneyimiyle ilgili 9 durumu ve bu durumların sıklığını sormaktadır.

Aşağıdaki sorular anket içinde sorulmaktadır.

*"Son 4 hafta (30 gün) içinde;*

S1. *Hanenizde yeterli gıda olmayacağından endişe ettiniz mi?*

S2. *Sizin veya herhangi bir hane*

üyesinin, kaynak yetersizliği nedeniyle tercih ettiğiniz gıdalardan yiyemediği oldu mu?

S3. Sizin veya herhangi bir hane üyesinin, kaynak yetersizliğinden dolayı sınırlı çeşitlilikte gıda yemek zorunda kaldığı oldu mu?

S4. Siz veya herhangi bir hane üyesi, kaynak yetersizliğinden dolayı gerçekten yemek istemediğiniz bazı gıdaları yemek zorunda kaldı mı?

S5. Yeterli yiyecek olmadığı için siz veya herhangi bir ev üyesi, ihtiyaç duyulandan daha küçük bir öğün yemek zorunda kaldı mı?

S6. Yeterli yiyecek olmadığı için siz veya herhangi bir hane üyesi bir günde daha az yemek yemek zorunda kaldı mı?

S7. Kaynak yetersizliğinden dolayı evinizde hiç yiyecek olmadığı oldu mu?

S8. Siz veya herhangi bir hane üyesi, yeterli gıda olmadığı için geceleri aç yattı mı?

S9. Sizin veya herhangi bir hane üyesinin, yeterli yiyecek olmadığı için bütün gün ve gece hiçbir şey yemeden durduğunu oldu mu?" (53)

Bu sorular, gıda güvensizliğinin (1) hanede gıda olmaması kaygısı (2) çeşitlilik ve tercihleri içeren yetersiz

kalite; (3) yetersiz gıda alımı ve fiziksel sonuçları olmak üzere farklı seviyelerini yansıtmaktadır. Bu soruların yanında bu durumların kaç kez tekrarlandığı (1-2 kez: nadiren, 3-10 kez: bazen, 10'dan fazla: sıklıkla) da sorulmaktadır.

Dokuz durum ve tekrarlama sıklığından elde edilen veriler, bir hanenin gıdaya erişim kabiliyetinin tek, kültürler arası eşdeğer bir ölçüsünü sağlamayı amaçlamıştır. Farklı ülkelerden toplanan dataların incelenmesinden sonra; son 3 soru dışında HFIAS sorularının kültürler arası karşılaştırmaya uygun olmadığı ve sıklık sorularının da etkin bir ölçüm aracı olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu nedenle hem kültürler arası karşılaştırma yapmak hem de daha şiddetli seyreden gıda güvensizliğini ölçmek amacıyla Hane Açlık Skoru (HHS) (54) geliştirilmiştir. HFIAS; sadece gıdaya erişimi ölçmede değil başa çıkma eğilimlerini de ölçmeye yaramaktadır.

### **Hane Açlık Skoru(HHS)**

Gıda güvencesi olmayan bölgelerde, hane halkının açlığını ölçmek için, basit bir gösterge olarak tasarlanmıştır ve temeli HFIAS'a dayanır.

Gösterge, zaman içinde, ülkeler veya bölgeler genelinde açlığın yaygınlığını gözlemlemek, gıda güvensizliğini

ve açlığı ele alan politikaları ve programları geliştirmek, uygulamak ve gözlemek için kullanır. HFIAS'ta kullanılan son 3 soru, sıklık sorularıyla beraber HHS anketlerinde kullanılır.

Sıklık değerlendirme sorusuna hayır diyenler "0", nadiren ve bazen

diyenler "1" ve sıklıkla diyenler "2" olarak kodlanır, ve her hanedeki soruların sonuçları toplanır ve sonuç Hane halkı Açlık Skorudur. Skorlar aşağıdaki Tablo 2'ye göre değerlendirilir. Bu gösterge, hane düzeyinde bir göstergedir (54).

**Tablo 2** HHS Göstergesi Kategorileri

Hane Halkı Açlık Skoru	Hane Halkı Açlık Kategorileri
0-1	Hanede açlık yok veya az
2-3	Hanede orta derecede açlık
4-6	Hanede şiddetli derecede açlık

HHS de HFIAS gibi gıda güvencesi ve açlığın yanında bir başa çıkma göstergesidir.

Gıdanın kaynağı: Son yedi gün içinde tüketilen her bir gıdanın kaynağı ölçülür. Her haneden, tüketilen her gıda maddesinin ana ve ikincil kaynağını bildirmesi istenir. Tüm gıda maddeleri; "satın alındı", "üretildi", "hediye", "ödünç alındı", "gıda yardımı" vb. Olarak kodlanmaktadır (51).

### **Hassasiyet Başa Çıkma Göstergeleri**

#### ***Başa Çıkma Stratejileri İndeksi (CSI):***

Başa Çıkma Stratejileri İndeksi<sup>10</sup>, bir hane halkının yeterli gıdaya erişemedikleri takdirde hangi davranışları sergilediğini veya başa çıkma yöntemleri kullandığını değerlendiren bir gıda güvencesi göstergesidir. Geçim kaynağı başa çıkma stratejisi olarak da adlandırılır

10 CSI: Coping Strategies Index – Başa Çıkma Stratejileri İndeksi

CSI, gıda yardımı için ihtiyaçların en fazla olduğu bölgeleri ve nüfus gruplarını belirlemeye hizmet etmek için, yardım programlarının etkisini ölçmek için, yaklaşmakta olan gıda krizinin erken uyarı göstergesi olarak bir araç olarak kullanılabilir. Ayrıca, genellikle tespit edilmesi çok zor olan yüksek yetersiz beslenme oranlarının nedenlerine ışık tutabilir. Son olarak, eğer başa çıkma stratejileri uzun bir süre boyunca izleniyorsa, CSI gıda güvensizliğindeki uzun vadeli eğilimleri izlemek için kullanışlıdır (55).

CSI, tek bir soruya verilen birçok olası cevaba dayanmaktadır: "Yeterli yiyeceğiniz olmadığında ve yiyecek alacak paranız olmadığında ne yaparsınız?. Anket tasarım sürecindeki ilk adım, çalışma alanındaki ilgili başa çıkma stratejilerini aşağıdaki dört kategoriye göre belirlemektir.

- Diyet değişikliği (Ör :Daha az tercih edilen veya ucuz yiyeceklere yönelme)
- Evdeki gıda mevcudiyetini artırmak için kısa vadeli önlemler (Ör :Bir yakından gıda temin etmek, kredi çekmek)
- Beslenecek insan sayısını azaltmak için kısa vadeli önlemler (Ör.:Çocukları yakınlarla göndermek, dilenmek)
- Rasyonu (Gıda miktar ve çeşitliliği) değiştirerek açığı yönetme (Ör.:Porsiyon küçültme,

öğün atlama, küçük çocukların beslenmesi için yetişkinlerin tüketimini sınırlandırma)

Kültüre ve topluma uygun baş etme davranış soruları belirlendikten sonra her bir davranışın algılanan şiddetine göre ağırlıklı bir puan verilir (1:düşük,2:orta,3:şiddetli gibi). Hanelere son 7 gün içinde bu davranışları kaç gün sergilediği sorulur. Sıklık, belirlenen şiddet puanı ile çarpılır ve CSI elde edilir. CSI indeks puanı ne kadar yüksekse, bir hanenin gıda güvensizliği de o kadar yüksek olmaktadır. Ortaya çıkan skor, yapılan değerlendirmeye göre değişkenlik göstereceği için toplumlar arası karşılaştırmada CSI kullanılmaz ancak uzun sürede farklı zamanlarda yapılan değerlendirme ile toplumun gıda güvencesi durumuna ışık tutar. Yine aynı değerlendirme içinde hangi grupların daha hassas ve gıda yardımına ihtiyaç duyduğunu belirlemede güçlü bir araçtır.

### **İndirgenmiş Başa Çıkma Stratejisi İndeksi (rCSI)**

İndirgenmiş CSI, farklı bağlamlarda gıda güvencesini karşılaştırmak için kullanılmak üzere geliştirilmiştir. En yaygın 5 başa çıkma davranışı ve belirlenmiş ağırlık puanları kullanan bu gösterge, CSI'nin standardize edilmiş alt kümesidir.

Böylece, indirgenmiş CSI, herhangi bir hane veya herhangi bir yerde kullanılarak karşılaştırma yapabilmeyi sağlamıştır. Beş standart başa çıkma stratejisi ve bunların şiddetine göre ağırlıklı puanları aşağıda belirtilmektedir (55).

- Daha az tercih edilen yiyecekleri yeme (1.0),
- Arkadaş ve akrabalarından yiyecek/para ödünç alma (2.0),
- Öğünlerde porsiyon sınırlaması (1.0),
- Yetişkin alımının sınırlandırılması (3.0),
- Günlük öğün sayısının azaltılması (1.0).

Son 7 gün içinde bu davranışları gösterme sıklığıyla ağırlıklı puan çarpılır ve her bir puan toplanarak rCSI puanı elde edilir. Haneler 0-3, 4-18, 19-42 ve 43 ve üzeri olmak üzere dört kategoriye ayrılır. Bu kategoriler, sırasıyla IPC (Integrated Food Security Phase Classification) aşamalarına: 1(Gıda güvencesi var), 2 (Sınırdaki Gıda güvensizliği), 3 (Akut gıda ve geçim krizi) ve 4 ve daha (İnsani acil durum) yükseklerine karşılık gelir. (56)

## ***Diğer Gıda Güvencesi Göstergeleri***

### ***Hanenin Yeterli Gıda Temini Ay Sayısı (MAHFP)<sup>11</sup>***

Hane halkı gıda erişimi, tüm hane üyelerinin beslenme gereksinimlerini karşılamak için yeterli kalite ve miktarda gıda elde etme yeteneği olarak tanımlanır. Bu gösterge, hane halkı gıda erişiminin bir temsili ölçüsü olarak hane halkı gıda tedarikini ölçmek için bir yaklaşım sağlar. Haneye, Son 12 aylık periyotta ailenin gıda ihtiyacını karşılayamayacak ayların olup olmadığı sorulur ve aylar not edilir ve tüm hanelerden ortalama bir MAHFP değeri çıkarılır (57). Çok yaygın kullanılan bir gösterge değildir.

### ***Hane harcamaları göstergeleri***

Bu alanda hanenin toplam nakit ve kredilerini nereye harcadığı ölçülür. 2 gösterge aşağıda belirtilmiştir.:

- **Gıda maddelerine yapılan toplam nakit harcamaları:** Aylık olarak belirli gıda maddelerine tahsis edilen toplam nakit miktarı olarak ölçülür.

<sup>11</sup> MAHFP – Months of Adequate Household Food Provisioning- Hanenin Yeterli Gıda Temini Ay Sayısı

- **Gıda dışı kalemlere yapılan toplam nakit harcamalar:** Aylık bazda belirli gıda dışı kalemlere tahsis edilen toplam nakit miktarı olarak ölçülür (51).
- **Günlük öğün sayısı (Yetişkinler ve çocuklar)** Anketten bir gün önce hane halkı tarafından tüketilen öğün sayısıdır (51).

### **Demografik göstergeler**

Gıda güvencesi değerlendirmelerinde hanenin demografik yapısına ait sorular da bulunmaktadır. Kullanılan bazı göstergeler aşağıda sunulmuştur.

- **Hane halkının büyüklüğü:** Ülkedeki Hane halkı tanımına göre bir hanede yaşayan insan sayısıdır. Hane halkı üyelerinin ortalama veya ortanca sayısı hesaplanarak bulunur.
- **Yaş bağımlılık oranı:** Çalışamayacak kadar genç veya çok yaşlı insanların oranı. 15 yaş altı veya 64 yaş üstü bireylerin sayısının 15-64 yaş arasındaki bireylerin sayısına bölünmesi ile bulunan yüzde olarak ifade edilen bir orandır.
- **Bağımlılık yüzdesi:** Hanedeki bağımlı kişi sayısı. Bağımlı kişiler toplam hane sayısına bölünür, ve sonuç yüzde olarak belirtilir.
- **Hane reisinin medeni durumu ve yaşı**

## **Maternal Beslenme Değerlendirme**

### **Minimum Diyet Çeşitliliği - Kadın (MDD-W)**

Üreme çağındaki (WRA) kadınlar, hamilelik ve emzirmenin fizyolojik nedeniyle genellikle beslenme açısından savunmasızdır ve çoğu besin için gereksinimler, hamile ve emziren kadınlar için yetişkin erkeklere göre daha yüksektir. Hamilelik ve emzirme öncesi ve sırasında yetersiz mikro besin alımı, özellikle yaşamın kritik ilk 1000 gününde hem kadınları hem de bebeklerinin gelişimini etkileyebilir.

MDD-W göstergesi, üreme çağındaki kadınların diyet çeşitliliğini, mikro besin yeterliliğini ölçmek ve diyet kalitesini ölçmek amacıyla FAO<sup>12</sup> ve ortakları tarafından geliştirilmiştir. (58) Bu nüfus düzeyinde gösterge, önceki gün veya gece tanımlanmış on gıda grubundan en az beşinden gıda grubunu tüketen 15-49 yaşlarındaki kadınların oranını ölçer. 10 gıda grubu: (1) tahıllar, (2) bakliyatlar, (3) yağlı tohumlar, (4) süt ve süt ürünleri, (5) et, tavuk ve balık, (6) yumurta, (7) koyu yeşil yapraklı sebzeler, (8) diğer A vitamininden zengin meyve ve sebzeler, (9) diğer sebzeler ve (10)

<sup>12</sup> FAO- Food and Agriculture Organization of the United Nations- BM Gıda ve Tarım Örgütü

diğer meyvelerdir. MDD-W göstergesi verileri, 24 saatlik hatırlatma veya listeye dayalı değerlendirme yönteminden biri kullanılarak toplanır. Aynı zamanda 11 mikro besin (A vitamini, tiamin, riboflavin, niasin, B-6 vitamini, folat, B-12 vitamini, C vitamini, kalsiyum, demir ve çinko ) yeterliliği üzerinden diyet kalitesini ölçmeye aracı olur. Mikro besin yeterliliği için vekil gösterge olarak kullanılabilir yani belli bir üreme çağındaki 15-49 yaş grubu arasında daha yüksek bir MDD-W prevalansı, daha iyi mikro besin yeterliliği için bir vekildir (59).

### **Kadın Beslenme Durumu Analizi- Antropometrik Göstergeler**

**Beden Kütle İndeksi (BKİ),** kilogram cinsinden ağırlığın, metre cinsinden boyun karesine (kg/m<sup>2</sup>) oranıdır. BKİ'si 18,5 kg/m<sup>2</sup>'nin altında olan bir yetişkinin (18 yaş ve büyük) yetersiz beslendiği kabul edilir. BKİ, hamile kadınları ve doğum sonrası üç aydan az olanları hariç tutar.

**Orta-üst kol çevresi (MUAC),** akut yetişkin malnütrisyonunu değerlendirmek için de kullanılabilir. Ancak MUAC için yetişkinler arasında akut yetersiz beslenmeyi sınıflandırmak için küresel bir standart yoktur. FANTA III projesi

kapsamında yapılan bir sistematik değerlendirme sonucunda; hamile kadınlarda yetersiz beslenmeyi belirlemek için her ortamda uygun olacak bir MUAC eşik değeri önermenin zor olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, çalışmanın yazarları genel yetişkin popülasyonunda,  $\leq 24.0$  cm'lik bir MUAC'nin , düşük BMI ile değerlendirilebileceğini öne sürmüşlerdir (60).

### **Acil Durumlarda Beslenme Alanında Kullanılan Diğer Değerlendirme Yöntemleri**

#### **Bilgi, Tutum ve Uygulamalar (KAP) Anketleri**

Bilgi, Tutum ve Uygulamalar anketleri, uygulamak istediğimiz faaliyetlerin önündeki yanlış anlamaları ve davranış değişikliğinin önündeki potansiyel engelleri ortaya çıkarır. KAP anketleri ile aşağıdakiler yapılabilir:

- Bilinen bir durumun kapsamını ölçmek: hipotezi doğrulamak veya çürütmek
- Belirli temaların bilgisini, tutumunu ve uygulamalarını geliştirmek; Sağlıkla ilgili çeşitli konularda bilinenleri ve yapılanları belirlemek
- Gelecekteki değerlendirmelerde

kullanılmak üzere temel (referans değer) oluşturmak. Sağlık eğitimi faaliyetlerinin, sağlıkla ilgili davranışları değiştirme yeteneğinin etkinliğini ölçmek.

- Belirli yerel koşulları ve onları etkileyen kültürel faktörleri yansıtan bir müdahale stratejisi önermek (61).

KAP anketleri bir program aktivite veya müdahalesine başlamadan önce, arada ve en sonda yapılabilir. Ancak unutulmamalıdır ki KAP araştırmaları ankete katılanların bildirimlerine dayanır yani ne söylendiğini ortaya çıkarır ancak söylenen ile yapılan arasında önemli boşluklar olabilir.

### **Bariyer Analizi**

Bariyer analizi, toplum sağlığı alanındaki bir davranışa dair belirleyici etkenleri tespit için kullanılan hızlı bir değerlendirme aracıdır. Analizde; algılanan duyarlılık; algılanan ciddiyet; algılanan eylem etkinliği; algılanan sosyal kabul edilebilirlik; algılanan öz yeterlilik; eylem için ipuçları; ilahi iradenin algılanması; ve eylemin olumlu ve olumsuz nitelikleri olmak üzere sekiz belirleyiciye odaklanır. Bariyer Analizi: Davranış değişikliği programına başlamadan önce müdahale için önemli mesajları ve faaliyetleri belirlemek için; devam

eden programlarda, tekrarlanan çabalara rağmen pek değişmeyen davranışlara odaklanarak insanları belirli bir değişiklik yapmaktan alıkoyan şeyin ne olduğunu anlamak için kullanılır (62).

Acil durumlarda ihtiyaca uygun yapılabilecek çok çeşitli beslenme ve gıda güvenliği değerlendirme araçları bulunmaktadır. Bunlardan bazıları aşağıda listelenmiştir:

- *"48 saatlik değerlendirme aracı: Birinci aşama acil durumda gıda güvenliği ve geçim kaynakları"*
- *Beslenme programlarının iyileştirilmesi: Eylem için bir değerlendirme aracı*
- *Tarım teknolojilerinin toplumsal cinsiyet dinamiklerini ve gıda güvenliği sonuçlarını nasıl değiştirebileceğinin değerlendirilmesi*
- *Tarımsal biyoçeşitlilik ile beslenmenin iyileştirilmesi*
- *Bilgi, uygulama ve kapsam anketi (KPC)*
- *Diyetin maliyeti*
- *Geçim kaynakları değerlendirme*
- *Mahsul ve gıda güvenliği değerlendirme*
- *Acil durumlarda hayvancılık değerlendirme*
- *Hane halkı harcama anketleri ile gıda güvenliği değerlendirme*



- *Optifood*
- *Acil durum piyasa haritalama ve analizi, finansal günlük ve kriz öncesi piyasa analizi*
- *Gıda güvencesi ve geçim kaynakları değerlendirmesi*
- *PROPAN*
- *Hızlı ihtiyaç değerlendirmeleri: Su, sanitasyon ve hijyen*
- *Su ve sanitasyon, hijyen değerlendirmeleri*
- *Hane ev ekonomisi yaklaşımı değerlendirme*
- *Hane geçim güvencesi değerlendirmesi*
- *SQUEAC/SLEAC değerlendirme (Akut Malnutrisyon programlarının kalitesini değerlendirme)*
- *Çiftçiler için tohum güvencesi değerlendirmesi" (63)*

## ACİL DURUMLARDA BESLENME MÜDAHALE YÖNTEMLERİ

Acil durumlar; hem insan kaynaklı (çatışma) durumları, hem de doğal afetleri (sel, kuraklık, deprem, kasırga, tayfun, volkanik patlamalar vb.) içermektedir. Karışık acil durumlar, hem insan yapımı hem

de doğal afetlerin kombinasyonlarıdır ve genellikle uzun sürelidir. Her yıl milyonlarca kişi, insani krizlerden etkilenmektedir (64).

Afet veya insan kaynaklı acil durumlar, meydana geldiğinde, toplumdaki düzenli uygulamalar kesintiye uğrar, nüfus genellikle yerinden edilir ve gıda üretimi ve erişimi bozulur. 2020 yılı verilerine göre dünyada 811 milyon insan yetersiz beslenmiştir (65). 5 yaşın altındaki çocuklara baktığımızda; 149 milyon çocuğun bodur (yaşına göre çok kısa) ve 45 milyonunun boyuna göre çok zayıf olduğu tahmin edilmektedir (66). Yetersiz beslenme ve açlık, dünya çapında yaklaşık 82 milyon (67) insanı temsil eden mülteciler ve yerinden edilmiş nüfuslar arasında da yaygındır.

Beslenme acil durumunun evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımı bulunmamaktadır ancak akut yetersiz beslenme ve ölüm oranı gibi ortak göstergeler kullanılarak bir acil durumun ciddiyeti derecelendirilmektedir.

WHO'nün beslenme programları uygulanmasına ilişkin kararaacağı (Tablo 3) veya bütünleşmiş gıda güvencesi aşaması sınıflandırması (IPC), acil durum derecelendirmesi ve müdahale yöntemine seçiminde yok gösterici olabilir.

**Tablo 3** Beslenme Programlarının Uygulanması için WHO Karar Ağacı

Bulgu	Durum-Müdahale
Hane düzeyinde gıda bulunabilirliği: Günlük kişi başı 2100 kcal'nin altında	<b>Yetersiz Durum</b> Yerel gıda mevcudiyeti ve gıdaya erişim yeterli hale getirilene kadar genel gıda dağıtımı
Yetersiz beslenme oranı %15 veya daha fazla veya Ağırlaştırıcı faktörlerle %10-14 ciddi durum	<b>Ciddi Durum</b> Genel gıda dağıtımı (Durum hassas gruplarla sınırlı değilse) artı Hassas grupların tüm üyeleri; özellikle çocuklar, hamile ve emziren kadınlar için genelleştirilmiş ek beslenme. Ağır derecede yetersiz beslenen bireyler için terapötik beslenme programı
Yetersiz beslenme oranı %10-14 veya Ağırlaştırıcı faktörlerle %5-9 %10'un altında yetersiz beslenme oranı Ağırlaştırıcı faktörler olmadan	<b>Riskli Durum</b> Genel dağıtımı yok; ancak Hassas gruplarda yetersiz beslendiği belirlenen bireyleri hedefleyen ek beslenme Ağır derecede yetersiz beslenen bireyler için terapötik beslenme programı. Kabul edilebilir durum Nüfus müdahalesine gerek yok. Düzenli toplum sağlığı hizmetleri aracılığıyla yetersiz beslenen bireylere dikkat edilmeli.

- Yüksek solunum yolu veya ishal hastalıkları insidansı (68)

#### Ağırlaştırıcı faktörler

- Ortalama enerji gereksiniminin altında genel gıda rasyonu
- Günde 10.000'de 1'den fazla kaba ölüm oranı
- Kızamık, boğmaca salgını

Herhangi bir acil ve afet durumu olduğunda; durumu tespit etmek adına birincil (hızlı ve kapsamlı değerlendirme araçları) ve ikincil veri toplama araçları kullanılır. Müdahale yöntemini seçmeden önce hedef grup(acil durumdan etkilenen hassas

grup), müdahalenin alanı ve süresi belirlenmelidir.

Acil durumlardan etkilenen hassas grupların, beslenme durumunun korunması çok önemlidir. Acil durumlar; yetersiz beslenme, morbidite (hastalık) ve mortalite(ölüm) riskini artırabilecek çok çeşitli faktörleri etkiler. Akut yetersiz beslenmeden muzdarip bireylerin hastalanma ve ölme olasılığı daha yüksektir. Acil durumlarda beslenme ihtiyaçları karşılanmadığında, yetersiz beslenme hızla ortaya çıktığından, popülasyondaki en savunmasız grupları belirlemek kritik öneme sahiptir. Bunlar genellikle şu şekilde tanımlanır: Bebekler ve küçük çocuklar başta olmak üzere beş yaşını altındaki çocuklar, Hamile ve emziren kadınlar ile yaşlı ve hasta insanlar. Beş yaşın altındaki çocuklar, akut yetersiz beslenmeye bağlı olarak artan bir ölüm riski taşır. Özellikle altı aylık veya daha küçük bebekler acil tehlike altındadır. Bu nedenle, beş yaşın altındaki çocukları ve öncelikli olarak altı aylıktan küçük bebekleri, önleyici faaliyetlerle ve aynı zamanda bir düzeltici müdahale hazırlayarak korumak esastır (17).

Acil durumlarda yetersiz beslenmeyi önlemek ve tedavi etmek için yapılan müdahaleler; hükümet, ulusal ve uluslararası Sivil Toplum Kuruluşları (STK'lar) veya çeşitli

paydaşlar tarafından yürütülebilir. Bu müdahaleler; toplum temelli beslenme ve sağlık hizmetlerinin mevcudiyeti, erişimi ve alımı başta olmak üzere aşağıdakileri içerir:

- Toplum temelli akut yetersiz beslenmenin önlenmesi ve tedavisi
- Mikrobelerin yetersizlikleri için müdahaleler
- Bebek ve Küçük Çocuk Beslenmesi Müdahaleleri
- Hamile ve Emziren Kadınlar için Müdahaleler
- Beslenme müdahalelerinin diğer sektör müdahaleleri ile bütünleşik uygulanması (Gıda yardımı başta olmak üzere gıda güvencesi, tarım ve özellikle kadınları güçlendiren geçim kaynağı, Sağlık ve Su, sanitasyon ve Hijyen(WASH) müdahaleleri

Bu müdahalelere ek olarak; bilgi, eğitim ve iletişim veya davranış değişikliği programları, savunuculuk faaliyetleri, doğurganlık çağındaki kadınları hedef alan müdahaleler (Aile planlaması ve temel beslenme eğitimleri gibi), HIV ile Yaşayan kişileri hedefleyen beslenme müdahaleleri (HIV pozitif kadınlar için doğum öncesi bakım, anneden çocuğa Bulaşmayı Önleme faaliyetleri, antiretroviral tedaviye (ART) erişim ve beslenme danışmanlığı gibi de yapılabilmektedir.

## **Akut Yetersiz Beslenmenin Toplum Temelli Yönetimi (CMAM)**

Akut Yetersiz Beslenmenin Toplum Temelli Yönetimi (CMAM)<sup>13</sup>, 5 yaşın altındaki çocuklarda orta ve ileri dereceli akut yetersiz beslenmeyi ( SAM ve MAM)<sup>14</sup> yönetmek için kanıtlanmış bir yaklaşımdır ve şu anda 70'den fazla ülkede uygulanmaktadır. Akut yetersiz beslenme, bir hastalık veya yetersiz gıda alımı sonucu ani ve hızlı kilo kaybı ve/veya beslenme ödemi ile karakterize bir durumdur. Genellikle insani krizler sırasında artar, ancak acil olmayan durumlarda da ortaya çıkabilir. CMAM yaklaşımı insani acil durumlarda yetersiz beslenme tedavisine erişimi artırmak için ortaya çıkmış bir yaklaşımdır.

CMAM yaklaşımı öncesi, SAM'lı çocuklar, ticari olarak F75 ve F100 olarak adlandırılan terapötik sütlerle yatarak tedavi edilmekteydi. Ancak bu yöntem hem tedaviye erişim hem de sağlık sistemleri için maliyet açısından zorluk yaratmaktaydı. Ayrıca uzun iyileşme süreleri, enfeksiyona

13 CMAM- Community-Based Management of Acute Malnutrition - Akut Yetersiz Beslenmenin Toplum Temelli Yönetimi

14 MAM- Moderate Acute Malnutrition -Orta dereceli Akut Yetersiz Beslenme  
SAM-Severe Acute Malnutrition- İleri dereceli-Akut Yetersiz Beslenme

açık kalabalık ortam, sütlerin güvenli bir şekilde hazırlanması ve saklanmasıyla ilgili endişeler de yatan hasta yöntemini zorlaştırmaktaydı. 1990'ların ortalarında, evde güvenle tüketilebilecek ve terapötik süte (F100) alternatif olarak kullanıma hazır terapötik gıdalar (RUTF)<sup>15</sup> geliştirildi. Bu ürün ile komplikasyonu olmayan SAM vakalarını evde tedavi etme yolu açıldı.

Valid International tarafından geliştirilen ve ilk test uygulamasının 2000 yılında yapılmasının ardından, CMAM yaklaşımı, 2007 yılında Birleşmiş Milletler kurumları tarafından onaylandı. CMAM yaklaşımı, şu anda acil durumlarda akut yetersiz beslenmeyi yönetmek için bakım standardı olarak kabul edilmektedir (69).

CMAM yaklaşımı, toplum sağlığı çalışanlarının ve/veya gönüllülerinin akut yetersiz beslenmeye sahip çocukları, ciddi şekilde hastalanmadan önce belirlemelerini ve tedavilerine başlamalarını sağlar. Ebeveynler, orta ve ağır derecede akut beslenme yetersizliği olan çocuklarının çoğuna evde kullanıma hazır gıdalar sağlayarak tedavi olmalarını sağlar. Gerektiğinde, tıbbi komplikasyonları olan veya iştahı olmayan, ağır derecede yetersiz beslenen çocuklar, daha yoğun bir tedavi için hastanelere yönlendirilir.

15 RUTF- Ready-to-use therapeutic food - Kullanıma hazır terapötik gıda(RUTF)

CMAM yaklaşımı, yetersiz beslenme insidansını azaltmak ve halk sağlığını sürdürülebilir bir şekilde iyileştirmek için tasarlanmıştır.

CMAM yaklaşımı acil durum bağlamına göre değişiklik gösterse de aşağıdaki adımları kapsamaktadır:

- Toplum temelli sağlık çalışanları, orta-üst kol çevresi (MUAC) bantları kullanarak çocukları akut yetersiz beslenme açısından hızlıca tarar. SAM veya MAM ile tanımlananları en yakın sağlık merkezine yönlendirir. Sağlık merkezine götürülen çocuğun, sağlık çalışanı tarafından antropometrik ölçümleri alınır; beslenme ödemi, iştah ve diğer tıbbi komplikasyonların varlığı teşhis edilir. Varolan protokole göre muayene edilen çocuğun tam teşhisi koyulur.
- Çocuğun SAM ve tıbbi komplikasyonları varsa veya iştahsızsa; çocuk, komplikasyonlar stabilize olana ve ayakta bakıma geçebilene kadar terapötik sütler kullanılarak yatarak tedaviye kabul edilir.
- Çocuğun SAM'si varsa, tıbbi komplikasyon yoksa ve iştahı varsa, çocuk kullanıma hazır terapötik gıdalar (RUTF) ile ayakta tedavi edilir.
- Çocuğun MAM'i varsa, Ek Beslenme Programı<sup>16</sup>'na

16 SFP Supplementary Feeding Programme – Ek Beslenme Programı

yönlendirilir ve çocuğa kullanıma hazır ek gıda (RUSF)<sup>17</sup> veya zenginleştirilmiş karışım gıdalar (FBF)<sup>18</sup> gibi özel gıda ürünleri verilir

- Çocuğun tedavisi bitip eve döndüğünde; durumunu kontrol etmek ve danışmanlık, eğitim, gerekirse tamamlayıcı programlara sevk edilmesi için toplum temelli sağlık çalışanı tarafından ziyaret edilir. Çocuk, çıkış kriterlerine ulaşıncaya kadar programda kalır.

CMAM; 5 yaşın altındaki çocukların en az %10'unun orta derecede yetersiz beslendiği ve ağırlaştırıcı faktörlerin mevcut olduğu durumlarda uygulanmalıdır. Ağırlaştırıcı faktörler arasında genel gıda güvensizliği, yaygın bulaşıcı hastalıklar ve yüksek kaba ölüm oranı yer almaktadır (70).

## CMAM Yaklaşımının Dört Bileşeni

### 1. Topluluğa erişim ve seferberlik;

Toplum seferber ederek ve aktif katılımını sağlayarak, yetersiz beslenme ile mücadeleyi amaçlar. Bu program için toplumda sağlık

17 RUSF-Ready-to-use supplementary food-Kullanıma hazır ek gıda

18 FBF-Fortified Blended Food- Zenginleştirilmiş karışım gıdalar

gönülleri belirlenir ve bu gönüllüler akut beslenme yetersizliği olanları belirlemek için, 5 yaşın altındaki tüm çocukların Orta-Üst Kol Çevresini (MUAC) ölçer.

## **2.Orta Dereceli Yetersiz Beslenme (MAM) tanısı konan çocukların yönetilmesi ek beslenme programı**

Bir toplumda anlamlı derece yetersiz beslenme varsa, genel gıda dağıtımı yeterli değilse; ek beslenme programı müdahalelerden biridir. WHO' nün karar ağacı kullanılarak müdahaleye başlanabilir. Hedefe yönelik ve önleyici olmak üzere iki türlü ek beslenme müdahalesi vardır. Hedefe yönelik ek beslenme programı (Targeted Supplementary Feeding Programme) ; akut yetersiz beslenme oranı %10-15 civarında olduğunda, çocukları, ergenleri, yetişkin ve yaşlıları kapsayan bir müdahale yöntemidir. Önleyici ek beslenme programı (Blanket Supplementary Feeding Programme); akut yetersiz beslenme oranının %15 ve üzeri olduğu durumlarda; yetersiz beslenmeyi önlemek amacıyla uygulanan ve genellikle 5 yaşı altı çocuklar, hamile ve emziren kadınların (Doğumdan itibaren 6 ay) içinde olduğu tüm hassas grupları hedefleyen bir beslenme müdahalesidir (68). Yetersiz beslenmeyi önlemek için ek beslenme programının yanında nakit ve gıda kuponu yardımları ve IYCF destek uygulamaları sıkça kullanılmaktadır.

## **3.Ayakta Tedavi Programı (OTP)<sup>19</sup>**

İleri derecede yetersiz beslenen (SAM) ancak tıbbi komplikasyonları olmayan çocukların ayakta tedavisidir. Kullanıma hazır terapötik gıdalar (RUTF) ile evde tedavi ve rehabilitasyon sağlanır. Çocukların, düzenli aralıklarla, poliklinik ziyareti sağlanarak, durumları izlenir. Aynı zamanda SAM'li çocuğun tüm ailesine gıda rasyonu sağlanır (70).

## **4.Stabilizasyon merkezi / yatan hasta bakımı<sup>20</sup> :**

Tıbbi komplikasyonları ve beslenme ödemi olan, ağır derecede yetersiz beslenen (SAM) çocukların yatarak tedavisidir. 6 ayın altındaki bebeklerde akut yetersiz beslenmenin yönetimi, genellikle ulusal protokollere dahil edilir. Mevcut odak, emzirmeyi desteklerken bebekler için yatarak tedavidir.

## **Akut Yetersiz Beslenme Yönetiminde Kullanılan Beslenme Ürünleri**

Akut yetersiz beslenmenin yönetimine yönelik ulusal tedavi protokolleri; antibiyotikler, sıtma profilaksisi (önleyici tedavi), bağırsak solucanı tedavisi, kızamık aşısı,

19 Outpatient Therapeutic Programme (OTP) -Ayakta Tedavi Programı

20 Stabilisation Centre/Inpatient Care: Stabilizasyon Merkezi/Yatan Hasta Bakımı

A vitamini, demir veya folik asit takviyeleri gibi temel tıbbi tedavilerin yanı sıra (69), aşağıdaki özel beslenme ürünlerini (71) içermektedir

### **İleri Dereceli Akut Yetersiz Beslenme (SAM) tedavisi için**

**RUTF - kullanıma hazır teröpatik gıdalar:** 6 ile 59 aylık çocuklarda SAM'ı tedavi etmek için özel olarak tasarlanmış lipid bazlı, enerji yoğun, mineral ve vitamin bakımından zengin bir besindir. RUTF, F100'e benzer bir besin bileşimine sahiptir, pişirme gerektirmez, evde tüketim için güvenlidir ve çocuk emzirmeye devam edilirken verilir. Ör: "Plumpy nut"

**F75 ve F100,** SAM'ın yatarak tedavisinde kullanılan terapötik sütlerdir. Bu tedaviye yönelik sütler, her 100 mililitre için sırasıyla 75 ve 100 kilokalori sağlar.

**Yetersiz beslenme için rehidrasyon solüsyonu (ReSoMal),** özellikle ağır derecede yetersiz beslenen çocuklar için oral rehidrasyon solüsyonudur.

### **Orta Dereceli Akut Yetersiz Beslenme(SAM) tedavisi için**

**RUSF - Kullanıma Hazır Ek Gıda;** RUTF ile benzer özelliklere sahiptir, ve 6 ile 59 aylık çocuklarda SAM'yi tedavi etmek için özel olarak tasarlanmıştır. Emzirmeye devam edilirken verilir. Ör: "Plumpy sup"

**FBF - Zenginleştirilmiş Karışım Gıdalar** Kısmen önceden pişirilmiş ve öğütülmüş tahıllar ve bakliyatlar; vitamin ve minerallerle zenginleştirilerek karışım elde edilir. Karışıma bitkisel yağ veya süt tozu da ilave edilebilir. Bu gıdalar akut yetersiz beslenmenin önlenmesi için de kullanılmaktadır. Ör: Süper tahıl

### **Yetersiz beslenmenin önlenmesi için**

**LNS<sup>21</sup> - Lipid Bazlı Besin Takviyeleri:** 6-23 aylık bebek ve çocuklarda bodurluk ve mikrobesein yetersizliğini önlemek için anne sütü ve diyetek ek olarak verilen takviyelerdir.

**Vitamin&mineral tozları:** 6-59 aylık bebek ve çocuklarda mikro besin eksikliklerini önlemek için, evde hazırlanmış gıdalara tüketilmeden eklenen takviyelerdir. Çocuk emzirmeye devam ederken verilir.

**Yüksek Enerjili Bisküviler<sup>22</sup> (HEB)** Tüm nüfusa, özellikle hassas gruplara verilebilen, akut beslenme yetersizliğinin ve hassas gruplar için mikro besin eksikliklerinin önlenmesi için geçici olarak öğün yerine geçebilen gıdalardır.

21 LNS-Lipid based Nutrient Supplements-Lipid Bazlı Besin Takviyeleri

22 HEB-High Energy Biscuits- Yüksek Enerjili Bisküviler

## **Mikrobesin Yetersizlikleri Müdahaleleri**

Mikrobesinler, vücudun az miktarlarda ihtiyaç duyduğu vitamin ve minerallerdir ve vücudun normal büyüme ve gelişme için gerekli olan enzimleri, hormonları ve diğer maddeleri üretmesini sağlamak dahil olmak üzere vücutta bir çok işleve sahiptir. Bununla beraber mikrobesinlerden herhangi birinin eksikliği, ciddi ve hatta yaşamı tehdit eden durumlara neden olabilir. Mikrobesin eksiklikleri artan ölüm riskine, morbiditeye ve enfeksiyona yatkınlığa, körlüğe, olumsuz doğum sonuçlarına, bodurluğa, azalmış bilişsel kapasiteye ve zeka geriliğine, bu da eğitim hayatında başarısızlığa ve düşük çalışma kapasitesine yol açabilir.

Demir, A vitamini ve iyot eksiklikleri, tüm dünyada, özellikle çocuklarda ve hamile kadınlarda en yaygın olanıdır. (72) Skorbüt (C vitamini eksikliği), pellagra (Niasin eksikliği) ve beriberi (Tiamin eksikliği) dahil olmak üzere diğer mikro besin eksikliği hastalıkları da son yirmi yılda, acil durumdan etkilenen popülasyonlar arasında yeniden ortaya çıkmıştır.

Acil durumlardan etkilenen nüfus, genellikle beslenme durumundaki genel bir bozulmaya, taze gıdalara sınırlı erişim, geleneksel gıdalara erişim kaybı ve gıda çeşitliliği

eksikliği nedeniyle maruz kalmış olabilir. Özellikle gıda yardımına bağımlı olan popülasyonlar, genellikle mikro besin eksikliği hastalıkları riski altındadır.

Acil gıda yardımı programları bağlamında, mikrobesin eksikliği hastalıkları olasılığını artıran faktörler, bölgedeki yaygın mikrobesin eksiklikleri; rasyonlarda uygun çeşitliliğin olmaması; taze gıdalara erişim eksikliği; B vitaminleri, demir, potasyum, magnezyum ve çinko bakımından düşük olabilen yüksek derecede rafine tahıllara dayalı rasyonlar; ve çocuklarda yüksek enfeksiyon ve/veya ishal oranları olabilir. Bu eksikliklerin çoğu, beslenme eğitimi ve çeşitli gıdaları içeren sağlıklı bir diyetin yanı sıra gerektiğinde gıda takviyesi yoluyla önlenabilir. Mikrobesin ihtiyaçlarını karşılamak için aşağıdaki müdahale yöntemleri uygulanabilir (73).

### **1. Zenginleştirilmiş gıda maddelerinin gıda dağıtım rasyonlarına dahil edilmesi**

Gıda zenginleştirme, işleme sırasında gıdalara bir veya daha fazla mikrobesinin eklenmesi işlemidir. Gıda zenginleştirme işlemi; gıdanın maliyetini çok fazla artırmamalı, tadını, kokusunu da etkilememelidir. Zenginleştirilmiş bir gıda ürünü, tüm temel mikro besinlerin sağlanması için



pratik bir araç değildir. Onun yerine, farklı gıdalar uygun şekilde eşleşen mikro besin(ler) ile güçlendirilmelidir. (Ör: Vit A ve D ile zenginleştirilmiş bitkisel yağ, iyotça zenginleştirilmiş tuz, Vitamin A, B1, B2, Niasin ve folik asitçe zenginleştirilmiş un, ekmek, çeşitli mikrobeyinlerle zenginleştirilmiş karışım gıdalar<sup>23</sup>)

Zenginleştirilmiş gıdalar; mikro besin ihtiyaçları yüksek olan bebek ve küçük çocuklar, hamile ve emziren kadınlar ve yaşlılar için acil bir durumda temel rasyonun önemli bir parçasıdır. Çok sayıda yararlanıcıyı kapsayan hızlı ve uygun maliyetli bir müdahale yöntemidir. Sadece gıda rasyonuna girebilecek gıdalarla sınırlıdır. Taze gıdaya erişim iyileşene kadar sürdürülmelidir. Zenginleştirilmiş gıda üreten tedarikçilerin kalite kontrolü ve denetimi iyi yapılmalıdır.

**2. Sebze ve meyve üretiminin teşvik edilmesi:** Bu teşvikler için yararlanıcıların toprağa, suya ve tarımsal ekipmanlara ihtiyacı olur. Ortak alanlarda bahçelerin/ bostanların kurulması (kent bostanları) bu teşviğe bir örnek olabilir. Hane tarafından tercih edilen yiyeceklerin yetiştirilmesine olanak sağlar.

<sup>23</sup> WFP tarafından üretilmesi için teknik spesifikasyonları verilen Karışım gıdalar (Blended Foods), öğütülmüş tahılların ; bakliyat, kuru yağsız süt, şeker ve yağ gibi diğer bileşenlerle bir karışımıdır. Nihai ürün; çeşitli mineral ve vitamin ile zenginleştirilir. ( 71)

### **3. Sağlıklı gıda hazırlama uygulamalarının teşvik edilmesi:**

Toplumdaki gıda hazırlama teknikleri, gıdaları vitamin ve mineral kaybına uğratiyorsa, doğru gıda hazırlama teknikleri desteklenebilir. Eğer bu teknikler, nüfusun genel alışkanlıklarına yabancı ise iletişim araçları farkındalık için etkin kullanılmalıdır.

### **4. Genel rasyonda taze gıda maddelerinin sağlanması veya taze gıdalara erişimin kolaylaştırılması:**

Bu tür bir müdahale rasyonun lezzetini, çeşitliliğini ve kalitesini artırsa da uygulanması hem maliyetli hem de lojistik açıdan zordur. Aynı zamanda, müdahale edilen tüm nüfusa sağlamak uygulanabilir değildir. Pazara müdahale ederek, yerel veya bölgesel düzeyde piyasa fiyatlarının artmasına neden olabilir.

### **5. Gıda çeşitlendirmesi:**

Rasyona vitamin/mineral açısından zengin bir gıdanın eklenmesi (Ör: yer fıstığı, kurutulmuş balık). Çok sayıda yararlanıcıya ulaşılabilecek hızlı uygulanabilir bir müdahaledir. - Nüfusun aşına olduğu ve ilgili mikro besinleri içeren gıdalarla sınırlıdır ve gıda kalite kontrolü zordur. Taze gıdaya erişim sağlanana kadar müdahale sürdürülmelidir.

### **6. Vitamin/mineral takviyesi dağıtımı**

Bu müdahaleler, sağlık ve bağışıklık artırıcı programlar (örneğin A vitamini) ile bağlantılıysa çok etkili olabilir ancak maliyetli bir programdır.

## 7. Beslenme eğitimleri:

Özellikle risk altındaki bebek ve küçük çocuk, hamile ve emziren kadınların besin çeşitliliği vurgusu yapılarak müdahale edilen gruba, beslenme davranışı değişikliği eğitimleri verilmesi önemlidir. Ebeveynlere; 6 aya kadar sadece anne sütü ve 6 aydan sonra uygun ek besinlere geçiş başta olmak üzere doğru IYCF uygulamaları farkındalık çalışmaları yapılmalıdır.

## 8. Gelir getirici ve pazara erişimi iyileştirici müdahaleler

(73): Gelir yaratma programları yararlanıcıların satın alma gücünü ve dolayısıyla diyet çeşitliliğini artırarak mikro besinlerin diyet alımını iyileştirmeye yardımcı olabilir.

## 9. Tamamlayıcı halk sağlığı müdahaleleriyle pekiştirilen müdahaleler

Belirli bir mikro besin eksikliğini ortadan kaldırmak veya önlemek için, yukarıdaki beslenme müdahalelerini diğer tamamlayıcı halk sağlığı önlemleriyle birleştirmek sıklıkla gereklidir. Halk sağlığı önlemlerinin iki örneği şunlardır: Demir eksikliği anemisini kontrol etmek için demir takviyelerinin dağıtımı ile beraber bağırsak solucanları yok etme müdahaleleri; A vitamini eksikliğini kontrol etmek ve genel morbidite ve mortaliteyi azaltmak için rutin takviyeler yoluyla A vitamini kapsüllerinin dağıtımı (73).

## Acil Durumlarda Bebek ve Küçük Çocuk Beslenmesi (IYCF-E)

Acil durumlarda, daha önce sağlıklı olan toplumlarda dahi, çocuk ölüm oranları ortalamanın 70 kat üstüne kadar çıkabilmektedir. En küçük bebekler ise, en savunmasız olanlardır. Çocukların ana ölüm nedenleri; yetersiz beslenme, ishal hastalıkları, akut solunum yolu enfeksiyonu, kızamık ve sıtmadır (75). LANCET'in çocukların hayatta kalması üzerine 42 ülkeyi kapsayan bir araştırmasına göre; çocuk ölümlerinin üçte ikisinin, uygulanması mümkün olan müdahalelerle önlenebildiğini göstermiştir. Bu çalışmaya göre; sadece anne sütü ile emzirme ve tamamlayıcı beslenmenin, beş yaşın altındaki çocuklarda ölüm oranlarını %19 kadar daha fazla azaltabileceğini göstermiştir (76).

WHO ve UNICEF, Bebek ve Küçük Çocukların Beslenmesi için Küresel bir strateji (77) geliştirmiştir. Bu strateji, yaşamın ilk aylarında ve yıllarında uygun beslenme uygulamalarının; bebek ve küçük çocukların büyüme ve gelişme, sağlık ve dolayısıyla hayatta kalması için oynadığı önemli role ilişkin kanıtlara dayanmaktadır. Emzirme ve ek besinlere geçiş eksikliği gibi uygun olmayan beslenme uygulamalarının yaşam boyu etkisi; zayıf okul performansını, azalan üretkenliği ve bozulmuş entelektüel ve sosyal gelişimi içerir.

Acil durumlarda; yer değiştirme, güvensizlik, mahremiyet eksikliği ile anne ve çocukların yeterli beslenmek için gıdaya erişim sorunları, optimal beslenme uygulamalarını baltalayabilir. Bebeklerin ve küçük çocukların yeterli beslenmesi ve bakımı; sağlık ve hayatta kalmalarının sağlanması kilit faktörlerdir. Sonuç olarak, uygun IYCF müdahaleleri, insani acil durum müdahalesi sırasında çocuk morbidite ve mortalitesini önlemede ve azaltmada önemli bir strateji haline gelmiştir.

IYCF-E, bebekler ve küçük çocukların (0-<24 ay), acil durumlarda güvenli ve uygun beslenmesinin korunması ve desteklenmesi ile ilgili bir dizi müdahaleyi içerir. Bu müdahaleler; anne sütüyle beslenen ve beslenmeyen bebeklerin korunması ve desteklenmesi, tamamlayıcı beslenme, bakım uygulamaları, çocuk gelişimi, çocuk koruma, hamilelik, genel anne ve çocuk beslenmesi ve sağlığı (zihinsel ve fiziksel) ile ilgilendir. Diğer müdahalelerde olduğu gibi bu müdahalelerin başarılı olması; WASH, güvenlik, barınma, sağlık, gıda güvencesi ve geçim kaynakları, çocuk koruma ve lojistik dahil olmak üzere sektörler arası sorumluluk ve katılım gerektirir. IYCF müdahaleleri; politika geliştirmeden, kapasite geliştirmeye kadar farklı düzeylerde bir dizi faaliyeti de kapsamaktadır (78).

IYCF için zamanında ve uygun müdahaleler; politika geliştirme ve uygulama, koordinasyon, güçlü iletişim ve savunuculuk, değerlendirme ve izleme, teknik kapasite ve kaynaklara dayanır.

### **Uygun IYCF-E Müdahale Eylemleri**

- Hamile ve emziren kadınlar için danışmanlık ile 'güvenli alanlar oluşturma.
- Anne sütüyle beslenen ve beslenmeyen bebeklerin korunması ve desteklenmesi için: Bebeklerin, doğumdan sonraki 1 saat içinde emzirmeye başlamasını, 6 aya kadar sadece anne sütü ile beslenmesini, en az 2 yaşına kadar emzirmeye devam edilmesini, 6 aylıktan itibaren güvenli ve uygun tamamlayıcı gıdaların tanıtılmasını sağlama, destekleme ve teşvik etme;
- Anne sütü almayan bebek ve küçük çocuklar için; mama ile beslenmede daha güvenli alternatifler arama (emzirmeye teşvik etme, anne sütü bankalarından anne sütü kullanma) mama ile besleme risklerini en aza indirme uygulamaları geliştirme.
- Bebek ve çocuk beslenmesi ile HIV pozitif annelere takip ve destek için uygun danışmanlık sağlama;

- WFP ve ortak kurumlar ile; çocuklar için güvenli, yeterli ve kabul edilebilir tamamlayıcı gıdaların mevcudiyetini sağlama konularını içerir (79).

### **Uygun Politikaların Geliştirilmesi ve Uygulanması**

SPHERE el kitabı<sup>24</sup>, nda yer alan ve IYCF müdahaleleri için minimum standart kabul edilen bu madde; nüfus için temel politikaların oluşturulması ve uygulanmasıyla, güvenli ve uygun bebek ve küçük çocuk beslenmesinin korunmasını içermektedir.

Acil durumlarda hükümetler ve ilgili kurumlar, aşağıdaki unsurlara yeterince değinen güncel politikalara sahip olmalıdır (80):

- Emzirmenin korunması, teşvik edilmesi ve desteklenmesi
- Yapay beslemenin yönetimi
- Tamamlayıcı beslenme
- Hamile ve emziren kadınların beslenme ihtiyaçları
- Anne sütü muadillerinin pazarlanmasıyla ilgili uluslararası yasaya (81) ve müteakip ilgili Dünya Sağlık Meclisi (WHA) (82,83) kararlarına uygunluk .
- Anne sütü muadili (BMS), biberon ve emzik bağışlarının

<sup>24</sup> Sphere El Kitabı, insani müdahalede en yaygın olarak bilinen ve uluslararası kabul görmüş ortak ilkeler ve evrensel asgari standartlar dizisidir.

önlenmesi, yönetimi, izlenmesi ve rapor edilmesi

-Halk sağlığı acil durumları ve bulaşıcı hastalık salgınlarında bebek beslenmesi

Mevcut politika ve düzenlemeler yoksa, UNICEF ve WHO'nün ulusal politika hazırlığını desteklemede kilit sorumlulukları vardır.

### **Koordinasyon**

SPHERE el kitabındaki acil durumlarda, IYCF uygulamalarının minimum standartlarından biri de koordinasyon mekanizmasının kurulması ve uygulanmasıdır. Bu da kriz koordinasyon mekanizması içinde bir IYCF-E koordinasyon otoritesi oluşturulması ve sektörler arası işbirliğinin sağlanmasını içerir. Hükümet veya hükümetin görevlendirdiği kurum; koordinasyon otoritesidir. Bunun mümkün olmadığı veya desteğe ihtiyaç duyulduğu durumlarda; bebek ve çocuk beslenmesi koordinasyonu; BM kurumları arasında UNICEF veya UNHCR'nin sorumluluğundadır. WFP, acil durumlarda gıda yardımını desteklemek ve harekete geçirmekten sorumludur. WHO, Devletlerin halk sağlığı sonuçları olan acil durumlara hazırlanmalarından, müdahale etmeleri ve bu durumlardan kurtulmaları için desteklemekten sorumludur (80).

## İletişim ve Savunuculuk

İletişim faaliyetleri; acil durumlarda sunulan beslenme hizmetleri, bunlara nasıl ve nereden erişileceği ve haklar hakkında bilgi sağlayan faaliyetlerdir. Etkili iletişim, acil durumlara hazırlanmanın ve müdahale etmenin ayrılmaz bir parçasıdır. Acil durumlar; normal hizmetleri ve normal günlük yaşamı bozduğu için etkilenen topluluklar neye, nereden erişebileceklerini anlamak için bilgiye ihtiyaç duyarlar. İletişim, toplulukların acil durumlar öncesinde, sırasında ve sonrasında uygun davranışları benimsemelerini desteklemek ve alışılmadık durumlarla başa çıkmalarına yardımcı olmak için de önemlidir.

UNICEF, beslenme programları iletişim çabalarında öncü bir rol üstlenmektedir. Çocukların hayatta kalmasını, gelişmesini, korunmasını ve katılımını teşvik etmek için iletişimin gücünü kullanır. Ulusal hükümetler, sivil toplum kuruluşları ve kalkınma ajansları ile ortaklaşa çalışan UNICEF, üç iletişim yaklaşımının bir karışımını benimser: sosyal seferberlik, savunuculuk ve davranış ve sosyal değişim. Özellikle acil durumlarda beslenme iletişimi aşağıdaki amaçlara sahip olabilir:

- **Yeni ürün veya hizmetlerin kullanımına aşinalık kazandırılması** (Ör: kullanıma hazır teröpatik veya ek gıdaların doğru kullanılmasının gösterilmesi)

- **Uygun davranışların teşvik edilerek, istenmeyen davranışlardan kaçınılması.** Sadece anne sütü ile beslenmenin teşvik edilmesi, biberon kullanımından kaçınılması, acil durumlarda stres yüzünden annenin emziremeyeceği gibi yanlış mitleri düzeltmek bir kaç örnektir.

- **Toplum duyarlı hale getirerek beslenme hizmet alım kapsamını genişletme**

- **Bireylerin ve toplulukların beslenme düzeyini korumak ve iyileştirmek için savunuculuk faaliyetleri:** Acil durumlardan etkilenen toplulukların; beslenmesini koruyan ve iyileştiren politikaları, uygulamaları ve davranışları etkilemek için savunuculuk faaliyetleri yapılmalıdır.

Bebek maması bağışlarının sorun teşkil ettiği acil durumlarda, mama kodu hakkında karar vericilere yönelik savunuculuk; çocukların hayatlarının risk altında olduğu durumlarda beslenme yetersizliğinin

yönetimi ve ek kaynaklar için bağışçılara savunuculuk; veya kendi toplulukları içinde uygun emzirme uygulamalarının korunmasını ve teşvik edilmesini desteklemek için topluluk liderlerine savunuculuk bu faaliyetlerden bazılarıdır.

Acil durum iletişimi; kaliteli, kanıta dayalı mesajların birden çok kanal veya seçenek aracılığıyla iletiildiği zaman etkilidir. Yüz yüze toplantılar, danışmanlık, akran iletişimi , basılı materyaller (Gazeteler, posterler, broşürler, el ilanları gibi), radyo, televizyon, film, video, dijital platformlar (Sosyal medya, bloglar gibi) ve SMS ile bilgi aktarımları kullanılabilecek iletişim kanallarıdır (79).

### **Eğitimli Personel**

Acil durumlarda, bebek ve çocuk beslenmesi programlarının daha etkin işleyebilmesi adına, ilgili personel ve faaliyetleri etkileyecek kişilere eğitim verilmeli ve farkındalık kazandırılmalıdır. Özellikle Kadın ve çocuklarla doğrudan ilgilenen personeller (sağlık, acil müdahale ekipleri ve gönüllüler gibi); karar verme pozisyonlarında olanlar(Kamp yöneticileri, sektör liderleri, kanaat önderleri); operasyonları IYCF'yi etkileyenler; bağış yapan kurumları veya kaynakları harekete geçiren personeller(bağışçılar, iletişim ve medya ekipleri)

Eğitim içeriklerini; kültürel hassasiyetlere, belirlenen ihtiyaçlara, annelerin ve personelin kişisel deneyimlerine hitap edecek şekilde uyarlamak gerekmektedir. Anneler ve iki yaşın altındaki çocuklarla temas halinde olan personel, psiko-sosyal konulara duyarlı olmak üzere eğitilmelidir.

Emzirme danışmanlığı ve desteği için mevcut ulusal uzmanları ve ağları<sup>25</sup> belirlemek ve kullanmak gerekebilir (80).

### **Nitelikli Yardım ve Destek**

Güvenli anne- bebek dostu alanlar oluşturma Acil durumlarda; optimal bebek ve küçük çocuk beslenme uygulamalarını koruyan, destekleyen ve teşvik eden güvenli alanlar oluşturmak önemlidir. Bu alanlarda vasıflı IYCF çalışanları olmalı ve bu alanlar; su, hijyen ve sanitasyon açısından da yeterli olmalıdır. Bu alanlarda; nitelikli emzirme danışmanlığı, tamamlayıcı beslenme desteği, HIV bağlamında bebek beslenmesi, emzirmeyen bebek için destek sunulabilir (79). Bu alanlar gerektiğinde bir çadırda veya bir köşede de minimal düzeyde kurulabilir.

25 Ulusal uzmanların kaynakları şunlardır: Sağlık Bakanlığı; UNICEF ve WHO; Emzirme Eylemi için Dünya İttifakı (WABA); La Leche League; Uluslararası Laktasyon Danışmanları Derneği (ILCA); ve Uluslararası Bebek Maması Eylem Ağı (IBFAN).

## **IYCF danışmanlığı**

Sağlık çalışanlarına; emzirme, tamamlayıcı beslenme gibi uygun IYCF uygulamaları alanında temel danışmanlık becerileri kazandırılabilir. Bu sayede, acil durumda anne ve ebeveynlere bebek ve çocuk beslenmesi (0-24 ay) için daha etkin şekilde yardımcı olabilmeleri sağlanır.

## **Destek grupları**

Emzirme destek grupları, anne ve destek grupları gibi platformlarla; anne ve ebeveynlerin; IYCF, danışman veya uzman bir personelinden yönetiminde bir araya gelerek deneyimlerini, endişelerini paylaşmaları ve birbirlerini desteklemeleri sağlanabilir.

## **Emzirme imkanı olmayan bebekler için yapay beslenme yönetimi**

### **1. Anne sütü muadillerinin (bms) bağışlarının yönetimi ve önlenmesi**

Acil durumlarda BMS, diğer süt ürünleri veya besleme ekipmanı (biberonlar, emzikler ve göğüs pompaları dahil) bağışlanmamalı ve bağışlar kabul edilmemelidir. Ortak bir bildiri ile acil durum müdahalesinde bağışlar hakkında net bir tutum sergilenebilir. Bu malzemeleri potansiyel olarak bağışlayacak kişi, kurum ve araçlar tespit edilerek,

onlara riskler ve emzirmeyen bebeklerin beslenme ihtiyaçlarının nasıl karşılandığı hakkında bilgi verilip, uygun destek konusunda rehberlik edilebilir.

BMS, tamamlayıcı gıdalar ve besleme ekipmanı bağışları uygun şekilde UNICEF, UNHCR ve Bebek ve Çocuk Beslenmesi koordinasyon yetkilisine bildirilmelidir. Müdahalede BMS kullanımı için uygun kriterler, bebek ve küçük çocuk koordinasyon yetkilisi ile anlaşarak oluşturulmalıdır. Kriterler mevcutsa, gözden geçirilip, gerekirse revize edilmelidir. Bu kriterler; müdahale ekiplerine, ebeveynlere ve müdahale edilen topluluğa iletilmelidir. BMS dağıtılması gerektiğinde, emziren anneler için yeterli emzirme danışmanlığı ve desteği verilmelidir. BMS'ler kesinlikle gıda dağıtım rasyonlarına dahil edilemez ve reklamı yapılamaz.(80).

### **2. Mama kodu-anne sütü muadillerinin pazarlanmasıyla ilgili uluslararası yasa (1981 )**

Anne sütü yerine geçen ürünlerin pazarlanmasıyla ilgili bu uluslararası kanun, emzirmenin teşviki için kabul edilen uluslararası bir sağlık politikası çerçevesidir. 1981 yılında; WHO'nün organize ettiği Dünya Sağlık Meclisi (WHA) tarafından kabul edilmiştir ve şu ana kadar 84 ülke, kuralların hükümlerinin tümünü veya birçoğunu uygulayan bir mevzuat çıkarmıştır.

Mama kodu; annelerin emzirmekten caydırılmamasını ve gerektiğinde anne sütü ikamelerinin güvenli bir şekilde kullanılmasını sağlamak için pazarlanma kısıtlamalarıyla ilgili tavsiyeler sunar. Kurallar ayrıca biberon ve emziklerin pazarlanmasıyla ilgili etik hususları ve düzenlemeleri de kapsar.

Kanunda yer alan hükümlerden bazıları şunlardır:

- Kurallar kapsamındaki herhangi bir ürünün kamuoyuna reklamının yapılmaması;
- Annelere ücretsiz numune verilmemesi;
- Sağlık sistemleri aracılığıyla ürün tanıtımı yapılmaması;
- Sağlık hizmeti sağlayıcılara hediye verilmemesi
- Mama kutuları, biberonlar vb. etiketlerin üzerinde yapay beslenmeyi idealize eden kelime veya resimler veya bebek resimleri kullanılmaması

### 3. Bardak ile beslenme (Cup feeding)

Acil durumlarda, yüksek kontaminasyon riski ve temizleme zorluğu nedeniyle biberon ve emzik kullanımı caydırılmalı ve bardak kullanımı (Cup feeding) teşvik edilmelidir.

WHO, bebeklerin yaşamın ilk altı ayı boyunca sadece anne sütü ile beslenmesini önermektedir. Emzirmeyen bebekler toz mama gibi anne sütü ikamesine ihtiyaç duyabilir. Ancak toz bebek maması steril değildir ve bebeklerde ciddi hastalıklara neden olabilecek bakteriler içerebilir. Bu mamaları doğru hazırlama ve saklama teknikleri ile hastalık riski azaltılabilir.

Özellikle sanitasyon ve temiz suyun sorun olduğu bir bölgede, bardakla besleme biberonla beslemeden daha güvenli bir seçenektir. Bunun nedeni, biberon ve emziklerinin temizlenmesinin daha zor olması ve bebekleri hasta edebilecek zararlı bakterileri tutabilmesidir. Bebekleri beslemek için kullanılan tüm ekipmanların (Ör: bardak ve kaşık), kullanımdan önce iyice temizlenmiş ve sterilize edilmiş olması çok önemlidir. Ekipmanı temizleme ve sterilize etme, mamada üreyebilecek ve bebekleri hasta edebilecek zararlı bakterileri ortadan kaldırır (84).

### **Tamamlayıcı beslenme**

6 aydan sonra bebeklere anne sütü tek başına yeterli gelmez ve besin ihtiyaçlarını karşılamak için diğer gıda ve sıvılara ihtiyaç duyulur. Bu yüzden acil durumlarda 6-23 aylık çocuklar için üretilmiş veya evde hazırlanmış tamamlayıcı gıdalar ve sıvılar sağlanmalıdır. Acil durum öncesi ve



sırasındaki gıdanın bulunabilirliği ve erişimi gibi gıda güvencesinin tespiti de desteğin verilir verilmemesinde anahtar rol oynamaktadır.

Tamamlayıcı gıda müdahaleleri aşağıdakileri içermektedir:

-Yerel olarak mevcut, zenginleştirilmiş ve besin açısından zengin gıdaları satın almak için nakit temelli yardım veya gıda kuponları

-Besin açısından zengin ev gıdaları veya zenginleştirilmiş gıdaların dağıtımı;

-Mikro besin tozları veya diğer takviyeler ve takviye dağıtımı ile evde zenginleştirme;

-Geçim Kaynakları programları

-Eğitim ve iletişim: Nakit gıda yardımlarının doğru kullanımı için beslenme eğitimi verilebilir. Doğru iletişim kanalları kullanılarak optimal beslenme uygulamaları teşvik edilebilir.

### ***Mikrobesin takviyesi***

Yeterli gıda alamayan 6-59 aylık çocuklara, beslenme gereksinimlerini karşılamak için, birden fazla mikro besin takviyesi gerekebilir. A vitamini takviyesi, acil durumlarda önerilmektedir. Hamile ve emziren kadınlara; demir, folik asit veya çoklu mikro besin takviyesi sağlanmalıdır. Sıtmanın endemik olduğu bölgelerde;

demir takviyesi, sıtmayı önleme ve tedavi stratejileriyle (böcek ilacı uygulanmış cibinlik dağıtımı gibi) bağlantılı olarak sağlanabilir. Ayrıca; mikrobesein tozları ile zenginleştirilen gıdaların bebek, Çocuk, hamile ve emziren kadınlarca tüketilmesi sağlanabilir (10).

### ***HIV ve bebek beslenmesi***

HIV ile yaşayan annelerin, anti retroviral tedavi alırken en az 12 ay ve en fazla 24 ay veya daha uzun süre emzirmeleri desteklenmelidir. Emziren ve HIV ile enfekte olmayan annelere veya HIV durumu bilinmeyenlere, bebeğin yaşamının ilk altı ayı boyunca sadece emzirmeleri konusunda danışmanlık yapılmalı, çocuk 24 aylık veya daha fazla olana kadar emzirmeye devam ederken tamamlayıcı gıda desteği yapılmalıdır (10).

### ***Halk sağlığı krizleri***

Halk sağlığı krizlerinde, sağlık ve beslenme destek hizmetlerine erişimin kesintiye uğramaması, hane halkının gıda güvencesinin ve geçim kaynaklarının devamlılığının sağlanması, emzirme yoluyla hastalık bulaşma risklerinin en aza indirilmesi, anne hastalık ve ölümlerinin en aza indirilmesi için adımlar atmak önemlidir. WHO kılavuzları salgınlarda yön göstericidir (10).

## **Maternal beslenme**

Kadınlar, özellikle menstrüasyon, hamilelik, doğum ve emzirme için artan besin gereksinimleri nedeniyle fizyolojik açıdan yetersiz beslenmeye karşı özellikle savunmasızdır. Özellikle hamilelik ve emzirme döneminde kadınların enerji, protein ve mikrobesein ihtiyaçları önemli ölçüde artar. Acil durumların, kadınlar üzerindeki etkisi çok ve çeşitlidir: Mikrobesein eksikliklerindeki artışlar, ölüm riskini; azalan bağışıklık, sıtma gibi bulaşıcı hastalıklara yakalanma risklerini artırır. Adolesan gebelikler daha fazla yenidoğan ölüme ve doğum komplikasyonlarına neden olur ve adolosanın büyümesini durdurabilir; Cinsiyete dayalı şiddetin artması, kadınlarda kötü beslenmeye ve fiziksel hasara neden olabilir.

Kadınların acil durumlardaki artan savunmasızlıklarının, çocukları için sonuçları da derindir: Akut yetersiz beslenen annelerin bebeklerinin yetersiz beslenme (erken doğum, düşük doğum ağırlığı ) doğma riski daha yüksektir ve bu da daha yüksek yenidoğan ve doğum sonrası ölüm ve bodurluk riskini artırmaktadır. Bu bebeklerin ileri dönemde diyabet gibi kronik hastalık geliştirme riski daha yüksektir. Yine yetersiz beslenen bebeklerde bilişsel ve fiziksel gerilik ile hem eğitim hem iş hayatında kapasite düşüklüğü görülür. Özellikle

A Vitamini, Folik Asit ve İyot gibi eksiklerin, sırasıyla artan düşük doğum ağırlığı ve bebek ölümleri, doğum kusurları ve fetal nörolojik gelişim bozukluğu ile ilişkilidir. Emzirmenin kesintiye uğraması, ölüm riski ve çocuk gelişimi üzerinde kalıcı olumsuz etkilere sahiptir. Buna ek olarak, yetersiz beslenen emziren kadınların bebekleri; anne sütünden yeterli besin alamadıkları için önemli mineral, vitamin ve elzem yağ asitlerinin tükenmesi riskiyle karşı karşıya kalır. Hamilelik sırasında sıtma, düşük doğum ağırlığı ve bebek ölümlerinin artışına neden olur (85). Acil durumlarda maternal beslenme müdahaleleri aşağıda detaylandırılmıştır.

## **Bakım ve Destek Hizmetleri**

Emzirme danışmanlığı ve emzirmeyi teşvik edici programlar; bebeklerin büyümesi ve gelişmesi için gerekli olan hayat kurtarıcı müdahalelerdir. Özellikle acil durumlardaki hem pratik ve psikolojik faktörler, hem de alternatiflerinin (mama veya tamamlayıcı gıdaların erken tanıtımı) teşvik edilmesi, uygun emzirmeyi riskli hale getirir.

Bu programlarda; emzirme güçlüklerinin değerlendirilmesi, teknik ve psikolojik destek hizmetinin sağlanması, gerektiğinde güvenli ve uygun alternatif besleme desteği,

anne sütü ikamelerinin pazarlanmasına ilişkin uluslararası kodların (81,82,83), kararların ve ulusal yasaların tanıtımı yapılmalıdır.

Hamile ve emziren kadınlara verilen danışmanlık hizmetleri için 'güvenli alanlar' oluşturulmalıdır. Bu 'güvenli alanlar': mahremiyet, güvenlik ve barınmanın, su ve yiyeceğe erişimin sağlandığı, kolay erişilebilir alanlar olmalıdır. Bu alanlarda emziren anneler ve bebekleri için temel destekleyici bakım hizmetleri sunulabilir ve kadın destek grupları gibi akran destekleri sağlanabilir.

### **Kadın destek grupları/bakım destekleri**

Acil durumlarda, bebek ve küçük çocuk beslenmesi için anne ve ebeveynlerinin birbirlerini destekleyebilecekleri ve optimal çocuk bakımı ve diğer endişeler için stratejileri tartışabilecekleri toplantılar/alanlar sağlanabilir.

Anne depresyonu, psikososyal destek ve beslenme sonuçları arasındaki bağlantıya dair artan kanıtlara (yukarıda) dayanarak, depresyon belirtileri veya ciddi zihinsel sağlık sorunları olan ebeveynlere ek destek için sevk seçenekleri sağlanmalıdır (86).

### **Beslenme danışmanlığı, eğitimleri ve farkındalık çalışmaları**

Dengeli ve doğru beslenme, diyet çeşitliliği ve gıda grupları, bebek ve küçük çocuk beslenmesi, doğru pişirme teknikleri gibi beslenme, üreme sağlığı konuları; gerek bireysel ve grup danışmanlıkları ile, gerek seminer ve eğitimlerle kadınlara verilebilmektedir. Farkındalık çalışmalarının sadece anneye değil, erkeklere, aile ve topluma yapılması, müdahalelerin başarı oranını artıracaktır. Gelişmiş ve gelişen ülkelerde yapılan çalışmaların sistematik derlemesinde; eğitim ve danışmanlık müdahaleleri ile 6 ayda sadece anne sütü ile beslenme oranını %90 oranında artırdığı kanıtlanmıştır (87).

### **Beslenme Yetersizliğin Önlenmesi ve Tedavisi**

Orta dereceli Beslenme Yetersizliği tespit edilen tüm hamile ve emziren kadınların hangi evrede olduğuna bakılmaksızın SFP'a (Destekleyici Beslenme Programı) dahil edilmesi GNC tarafından önerilmektedir. Ayrıca WHO, genel gıda dağıtımının yanında hamile ve emziren kadınlara zenginleştirilmiş ürünler verilmesini desteklemektedir. Bu da hamile ve emziren kadınların artan enerji ve besin gereksinimlerine ilişkin kanıtlara dayalı olarak mikro

besin ihtiyaçlarını karşılamaları için önerilmektedir. Beslenme yetersizliği görülen hamile ve emziren kadınlar dahil tüm yetişkinlerin, gerekli bakım ve tedavilerinin yapılması için sevk sistemi uygun olarak oluşturulmalıdır.

### **Mikrobesin Takviyeleri**

Kadınlar için genel vitamin takviye önerileri aşağıdaki gibidir.

- **Hamile kadınlar için demir/folik asit takviyesi (WHO)** - doğum öncesi demirin tek başına veya folik asit ile kombinasyon halinde takviyesinin: Anemi insidansında %69 azalma, düşük doğum ağırlığı riskinde %20 azalma, Yenidoğan ölümlerinde %54 azalma, 5 yaşın altındaki çocuklarda ölüm riskinde %34 azalma ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar vardır (85).
- **Hamile ve emziren kadınlar için iyot takviyesi:** İyotlu tuza ulaşılmayan ülkelerde, iyot ihtiyacı yeterince karşılanamayabilir. Eksikliğin olduğu bölgelerde iyot takviyesinin yeni kretinizm vakalarını ortadan kaldırdığını, doğum ağırlığını artırdığını, perinatal ve bebek ölüm oranlarını azalttığını ve genellikle küçük çocuklarda gelişim puanlarını artırdığını gösteren kanıtlar vardır.
- **Hamile kadınlar için kalsiyum takviyesi** (Düşük kalsiyum alımı olan bölgelerde): Kalsiyum

eksikliğinin preeklampsi riskini artırdığına dair güçlü kanıtlar vardır.

- **Hamile kadınlar için A Vitamini Takviyesi** (A vitamini eksikliğinin ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu bölgelerde): Vitamin A Takviyesinin; A vitamini eksikliği olan popülasyonlarda maternal gece körlüğü ve hemoglobin seviyeleri ve anemi riski üzerindeki etkilerine dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır (85).

### **Acil durumlardaki kadınlar için mikrobesin müdahaleleri aşağıdaki gibidir.**

- **Hamile ve riskli kadınlar için Multi Mikrobesin tablet takviyesi:** WHO tarafından sadece tabletler tavsiye edilmektedir, multi mikrobesin tozlarının, etkileri hakkında yeterli kanıt olmadığından özellikle hamile kadınlar için tavsiye edilmemektedir
- **Tüm genel gıda dağıtımlarında iyotlu tuz kullanılması**
- **Hamile ve emziren (Doğumdan sonraki 6 hafta içinde) A Vitamini takviyesi**

### **Sağlıkla İlgili Müdahaleler**

- Tüm hamile kadınlara sıtmayı önlemek için böcek ilacı işlenmiş cibinlik dağıtımı : Bu dağıtım tüm popülasyona veya sadece hedef gruba yapılabilir.

- Bağırsak parazitlerini önleyici tedavi, hamileliğin 2. ve 3. trimesterindeki kadınlara önerilmektedir (74).
- Asgari üreme sağlığı hizmetleri: Anne, yenidoğan ve bebeğin beslenme durumu üzerinde çok büyük etkisi olan temel müdahaleler de dahil olmak üzere, acil bir durumun ilk aşamalarında asgari üreme sağlığı hizmetleri paketinin sağlanmasıdır.
- Bu hizmetler tüm kadınlar ve kızlar için; özellikle hamilelik, doğum ve doğum sonrası dönemlere, devam eden üreme sağlığına ve cinsel şiddetin önlenmesine ve klinik yönetimi için önlemlere odaklanır. Adolesan gebeliklerini önlemeye yönelik programların düşük doğum ağırlığı insidansına etkisi açısından özellikle ergenler bu müdahalelerde hedeflenmelidir (10).

### **Beslenmeye Duyarlı Programlar**

Diğer müdahalelerde olduğu gibi, maternal beslenmeye duyarlı yaklaşımlar ile anne ve çocuk yetersiz beslenmesi yükü azaltılabilir. Kadınların güçlendirilmesi, tarım, gıda güvenliği, eğitim, istihdam, sosyal koruma ve sağlık programlarında beslenme duyarlı yaklaşımların izlenmesi programların başarısını artıracaktır.

## **BESLENME MÜDAHALELERİN DİĞER SEKTÖRLERLE BÜTÜNLEŞİK UYGULANMASI**

Acil beslenme müdahaleleri, ideal olarak mevcut sağlık sistemi aracılığıyla ve Acil Durumu yöneten kurum ve Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içinde uygulanmaktadır. Devletin kapasitesinin yeterli olmadığı durumlarda, CMAM ve IYCF-E müdahaleleri, genellikle, acil müdahale konusunda uzman olan uluslararası sivil toplum kuruluşlarından, ek eğitim ve denetim alabilecek olan toplum sağlığı çalışanları tarafından uygulanmaktadır (64). Başka bir deyişle beslenme ve sağlık müdahaleleri entegre olarak yürütülmelidir. Ek olarak, gıda güvenliği, geçim kaynakları ve tarım, Su, Sanitasyon ve Hijyen (WASH) başta olmak üzere diğer sektörlerdeki acil müdahale programlarıyla, beslenme programları iş birliği içinde olmalı veya bu programların içine, müdahale edilen hedef grubun beslenme durumunu iyileştirecek duyarlı yöntemler dahil edilmelidir.

### **Gıda Güvenliği ve Geçim Kaynakları Programları**

*"Gıda güvenliği; tüm insanların, aktif ve sağlıklı bir yaşam için beslenme ihtiyaçlarını ve gıda tercihlerini"*

*karşılaman, yeterli, güvenli ve besleyici gıdaya her zaman fiziksel ve ekonomik erişimi olduğunda oluşur” (Dünya Gıda Zirvesi, 1996) (88). Gıda güvencesinin: gıdanın mevcudiyeti(Yakınlarda gıda var mı?), gıda erişimi (Gıdaya kolay erişilebiliyor mu?), gıdanın kullanımı- vücutta işlenmesi (Gıda kullanımı vücutta sağlığa etki ediyor mu?) ve sürdürülebilirlik olarak dört boyutu vardır (89).*

Geçim kaynağı; hanelerin yaşam ve geçimlerini sağlamaya yönelik araçlardır. Gıda güvencesi açısından; insanların gıda elde etme yolları da dahil olmak üzere yaşamlarını sürdürmek için ihtiyaç duyulan varlıklarını, yeteneklerini, gelirlerini ve faaliyetlerini ifade eder. Haneler, acil durum ve stresle baş edebildikleri, toparlanabildikleri ve doğal çevrelerine zarar vermeden varlıklarını sürdürebildikleri zaman; sürdürülebilir geçim kaynaklarına sahiptir. Sürdürülebilir geçim, insanların kendi yaşam araçlarını oluşturma ve sürdürme, kendilerinin ve gelecek nesillerin refahını artırma kapasitesini ifade eder. (48). Acil durumlarda gıda güvencesi; üretimin azalması, gıda satın almak için kullanılan varlıkların kaybı, piyasaların bozulması veya gıda satın alacak marketlerin işlememesi gibi nedenlerden ötürü tehdit altındadır.

Gıda güvensizliği; yetersiz beslenme, hastalık ve ölüm riskini artıracak çok çeşitli faktörleri etkiler (17). Acil durumlardan en çok etkilenen hassas grupların (0-2 yaş, yaşlı, hamile ve emziren kadın gibi) beslenme durumunun korunması çok önemlidir. Bu nedenle gıda güvencesi ve geçim kaynakları programları, beslenme programlarıyla paralel gider ve genellikle aynı topluluklarda ve hanelerde gerçekleşir.

Gıda güvencesi ve geçim kaynağı müdahaleleri birincil olarak; gıdanın mevcudiyetini, erişimini ve kullanımını iyileştirmeyi amaçlar. Bu müdahaleler; gıda yardımı, tarım ve hayvancılık müdahaleleri, gelir getirici faaliyetler ve nakit temelli programlar gibi çok çeşitli müdahaleleri içerebilir. İdeal olarak, gıda güvencesi müdahalelerin yanında; IYCF-E, mikro besin eksikliklerini önleme, tedavi etme ve temel beslenme konusunda genel eğitim gibi beslenme programlarının dahil edilmesi, müdahalelerin başarıya ulaşmasını sağlar (64).

## **Gıda Yardımı**

Gıda yardımları; acil durumların ilk fazlarında, anında müdahale etmek ve hanelerin gıda ihtiyaçlarını karşılamak ve hayat kurtarmak (48) için yapılmaktadır. Gıda yardımlarının temel amacı, acil durumdan etkilenen

nüfusun, gıdaya erişimini sağlayarak beslenme durumunun bozulmasını önlemektir. Bu yardımlar; gerçekten gerekli görüldüğü zaman başlatılmalı, gıdaya en çok ihtiyaç duyan grupları hedef almalı ve yararlanıcılar gıdalarını başka yollarla üretme veya gıdaya erişme yeteneğini geri kazandıklarında durdurulmalıdır. Ancak bu yardımlar durdurulurken, yararlanıcılar için nakit yardımı/gıda fişi veya geçim kaynakları müdahaleleri gibi diğer yardım biçimlerine geçiş gerekebilir. Gıda yardımları; genel gıda yardımı, önleyici ve hedefe yönelik gıda yardımı (Bakınız CMAM ek beslenme programı) olmak üzere ayrılmaktadır.

Genel gıda yardımları, acil durumlardan etkilenen hanelerin temel gıda ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla yapılan en klasik müdahale yöntemlerindedir. Dağıtım için kullanılan gıda rasyonları, insanların herhangi bir yiyeceğe erişiminin olmadığı durumlarda, hedef nüfusun beslenme gereksinimlerine karşılayacak şekilde planlanmalıdır.

Rasyon planlamasında bir popülasyonun minimum gereksinimleri kullanılmalıdır. İnsani yardım alanındaki ilkeleri ve minimum standartları derleyen SPHERE (10) el kitabında minimum beslenme gereksinimleri aşağıda belirtilmiştir.

- 2.100 kcal/kişi/gün
- Protein toplam enerjinin %10'u
- Yağ tarafından sağlanan toplam enerjinin % 17'si
- Yeterli mikro besin alımı.

Rasyon belirlemede; WHO, WFP, UNICEF ve UNCHR'in 2004 yılında yayınladığı "Acil Durumlarda Gıda ve Beslenme İhtiyacı" (74) dökümanı, iyi bir rehberdir ve rasyonu hazırlamak için kontrol listesi de mevcuttur. Ayrıca genel gıda rasyonları, **NutVal**<sup>26</sup> gibi rasyon planlama araçları ile hesaplanabilmektedir.

Rasyon içinde genellikle tahıllar, baklagiller, bitkisel yağ, iyotlu tuz ve bazı durumlarda şeker bulunmaktadır. Ancak genel gıda dağıtımında rasyonların "kuru" olması ve sebze, meyve veya hayvan kaynaklı besinler gibi herhangi bir taze gıda içermemesi göz önüne alındığında, temel mikro besinlerde eksiklik olacaktır (90).

Rasyon bir yetişkinin enerji ve makrobesinler açısından gereksinimlerini karşılayan tam bir rasyon olabilir veya mevcut gıda kaynaklarına ek olarak verildiğinde tamamlayıcı bir rasyon olabilir. Önerilen rasyonlar, bir yetişkinin günlük enerji ve makrobesin ihtiyacını karşılasa da ülkelere ve hedef grubun ihtiyaçlarına

<sup>26</sup> NutVal: Gıda yardımı programları için planlama, hesaplama ve izleme uygulaması

göre değişiklik gösterebilir. Risk altındaki bireyler için (Örn. 6-59 aylık çocuklar ve hamile veya emziren kadınlar), nüfusun kompozisyonuna uygun olarak(Ör: ergen erkek çoğunluğu varsa, ağır işte çalıştırılan bir nüfus varsa); genel rasyona ilave bir ek beslenme gerekebilir. Soğuk bir ortam, özellikle barınma, giyinme ve/veya ısıtma yetersizse, bireyin enerji harcamasını artırır. Bu gibi durumlarda 20°C'lik bir ortalama sıcaklık baz alınarak 20°C'nin altındaki her 5° için 100 kcal'lik bir pay eklenir. Nüfusun genel beslenme ve sağlık durumunun aşırı zayıf olduğu durumlarda (Ör: 5 yaş altı yetersiz beslenme prevalansı 15% ve üzeriyse veya kaba ölüm hızı yüksekse) temel rasyona 100-200 kcal ilave edilmelidir (74).

Genel gıda dağıtımını yaparken; gıdaların pişirileceği malzeme, su ve enerjinin olup olmayacağı göz önünde bulundurulmalı, yoksa dağıtılmalıdır. Gıda alımı yapılan tedarikçiler düzenli olarak kalite kontrolden geçmeli; gıdaların uygun koşullarda saklandığı, işlendiği ve kullanıldığından, raf ömrü 6 aydan kısa ürünlerin tedarik edilmediğinden ve personelin genel sağlık ve hijyen kuralları açısından eğitildiğinden emin olunmalıdır. (74) Gıda dağıtımının kalitesi, adedi ve adaletli dağıtımını büyük bir titizlikle izlenmelidir. En başta devletin görevlendirdiği kurum olmak üzere, özellikle kamp alanlarında

dağıtım yapan WFP ve UNCHR gibi Birleşmiş Milletler Kurumları ve Sivil Toplum Kuruluşları; bu sorumluluğu paylaşmalıdır.

Hedefe yönelik beslenme müdahalesi, diğer gıda yardımı operasyonlarına eklenebilen veya ayrı olarak uygulanabilen bir yardım müdahalesidir. Acil bir durumda yetersiz beslenmeden muzdarip olabilecek en savunmasız grupları, yani altı ay ile beş yaş arasındaki bebek ve çocukları, hamile ve emziren kadınları hedefler. Bu nedenle acil müdahalenin ilk aşamalarının bir parçası olabilir. Kuru veya hazır karışık olarak dağıtılan gıda maddeleri, ailenin geri kalanıyla paylaşılma riski (yüksek) dikkate alınarak 5 yaşındaki bir çocuğun (1250 Kcal/gün) beslenme ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde hesaplanır; ve 1500 Kcal'lik rasyon içerir (17).

Nakit temelli müdahalelerin de gıda güvencesini ve dolayısıyla beslenmeyi iyileştirme ve beslenme durumunun bozulmasını önlemede büyük bir potansiyele sahip olduğu kabul edilmektedir. Nakit transferi/ kartı, gıda kuponları veya nakit/ gıda karşılığı çalışma programları gibi çeşitleri olan nakit temelli müdahalelerin; nakit gıda tüketimini ve gıda çeşitliliğini önemli ölçüde artırdığını göstermiştir (17).



## **Beslenmeye Duyarlı Tarım, Hayvancılık ve Gelir Getirici Müdahaleler**

Tarım projeleri; hayvancılık, kümes hayvanları ve ev bahçeciliği, toplum bostanları gibi üretim ve gelir artırıcı faaliyetlerin bir karışımı şeklinde yapılabilir. Meyve, sebze üretimi ve kümes hayvanlarının sağlanması ile hane halkının hem tüketimi hem satış/takas yapması için besin değeri yüksek gıdalar elde edilebilir. Tarımsal üretimi teşvik etmek veya mahsulleri çeşitlendirmek için; tohum, alet ve gübre dağıtımı yapılabilir, bu projelerin teknik eğitimlerle birleştirilmesi sağlanabilir. Bu teşvikler hibe ve mikro kredi/finans şeklinde de verilebilir. Tarımsal müdahaleler beslenmeye duyarlı yapılarak; çiftçiye mikro besin açısından daha zengin gıdaların üretimi teşviğinden; sürdürülebilir, ekolojik ve onarıcı tarım uygulamalarını teşvik etmeye kadar değişebilir.

Hayvancılık müdahaleleri; hayvan sağlığı önlemleri ve veterinerlik hizmetleri, hayvan yemi dağıtımı, balık ağ ve av ekipmanlarının dağıtımı, teşvik kredisi ve hibelerle hayvan alımını ve üreticilerini destekleme, alternatif su kaynaklarını sağlama ve dereceli kurak dönemler sırasında hayvanlarını alternatif otlak alanlarına taşımaları için çobanları destekleme (48) gibi müdahaleleri içermektedir. Sulama,

su ve enerji projeleri de, tarım veya hayvancılığa destek sağlamaktadır.

## **Gelir Getirici Müdahaleler**

Gelir getirici müdahaleler geçim kaynaklarını artırmak için yapılan müdahalelerdir. Bu müdahaleler; tarım ve hayvancılık faaliyetleri dahil, mesleki eğitim ve beceri geliştirme eğitimlerini, mikrokredileri ve nakit karşılığı çalışmayı içeren çok çeşitli faaliyetleri içerebilir. Bu müdahaleler ile Mesleki eğitim ve işletme yönetimi, finans, planlama gibi beceri geliştirme eğitimleriyle ve aynı zamanda verilen küçük hibe destekleriyle, küçük ölçekli girişimler, serbest meslek iş sahipleri, kadınlar desteklenebilir ve gelirlerine katkıda bulunulabilir.

Gelir getirici projeler, beslenmeye duyarlı olacak şekilde düzenlenebilir. Bahçecilik, kent bostanları, hayvancılık, yüksek besleyici gıdaların üretilmesi ve işlenmesi; beslenme üzerinde doğrudan etkisi olan faaliyetlerdir.

Meyve ve sebze kurutma, salça, sos veya reçel yapma; evlerde kolaylıkla yapılabilen, düşük maliyetli gıda işleme yöntemleridir ve meyve ve sebzeleri sezon dışında hazır hale getirerek aile gıda güvencesine katkıda bulunur. Doğal yöntemlerle işlenen bu gıda programları; gıda mevcudiyetini artırma, yoksul ve hassas grupların

beslenme uygulamalarını iyileştirme, yaşam kalitesini artırma ve aynı zamanda istihdam ve gelir sağlama potansiyeline sahiptir. Özellikle bebek ve küçük çocuk anneleri için; gıda işleme, dikiş gibi evden uygulanabilecek müdahale yöntemleriyle annelerin çalışırken çocuklarına bakmaları sağlanabilir (90).

### **Kadın Güçlendirme Programları**

Kadınlar; kaynaklara ve fırsatlara erkeklere göre daha az erişime sahip oldukları ve hane halkının gıda güvencesi, sağlığı ve beslenmesinde kilit rol oynadıkları için, yapılan müdahalelerden mümkün olduğunca doğrudan yararlanmalıdır. Araştırmalar, kadınların gelirindeki artışların; erkeklerin gelirindeki artışlara göre, çocuklarının sağlık ve beslenme durumlarındaki iyileşme ile daha güçlü bir ilişkisi olduğunu göstermektedir (91).

Bu müdahaleler; mümkün olduğunca kadınların toprağa, hayvancılığa, eğitime, çocuk bakımına, finansal hizmetlere, teknolojiye, pazarlara ve istihdama erişimini savunmalıdır. Müdahalenin planlanması, normal iş yükleri dikkate alınarak dikkatlice tasarlanmalıdır. İdeal olarak, planlama, gelecekteki müdahalede hedeflenen kadınlarla tartışılmalıdır. Emziren ve hamile kadınların beslenme durumunu korumak da müdahaleler planlanırken göz önünde bulundurulmalıdır. Gıda yardımı ve nakit temelli yardımların yanında, beslenme danışmanlığı da verilebilir. Kadınlar programlara katılırken veya çalışırken, onlara bağımlı olan bebek ve çocuklara; bakıcıların bulunduğu güvenli alanlar da sunulmalıdır. Güvenli ve mahremiyete önem veren emzirme köşeleri de planlamaya

dahil edilmelidir. Kadınlara yapılan müdahaleler planlanırken, erkekler bir kenara atılmamalıdır. Kadına odaklanan bir proje tek başına kadınları güçlendirmez. Genellikle topluluklarda ve hanelerde karar verici olduklarından, erkekler ve erkek çocuklarını, kadınları daha fazla desteklemeleri için eğitmek ve güçlendirmek gerekir (90).

### **Su, Sanitasyon ve Hijyen(WASH) Programları**

Güvenli su ve sanitasyon ve doğru hijyen uygulamaları; hastalıkları, hastalıklara bağlı ölümleri azaltmaktadır. Bu da; yetersiz beslenmenin hem acil hem de altında yatan nedenlerini ele alarak beslenme sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir. Temel sanitasyon; insan atıklarının (dışkı ve idrar) güvenli bir şekilde bertarafı için tesislere ulaşım (tuvaletlere ulaşım, kanalizasyon sistemleri) ve aynı zamanda çöp toplama, endüstriyel/tehlikeli atık yönetimi ve atık su arıtma gibi hizmetler aracılığıyla hijyenik koşulları sağlama becerisi olarak tanımlanmaktadır (92).

WASH uygulamaları, beslenme durumuna farklı şekillerde etki edebilir: WASH, ishali hastalık insidansını azaltır. İshalin büyük oranda güvenli olmayan su, sanitasyon eksikliği ve kötü hijyen davranışlarından kaynaklandığı ve bu nedenle önlenemez olduğu tahmin edilmektedir. (93) Uzun süreli ishal, özellikle acil durumlarda, yetersiz beslenme riskini artırmaktadır. İkinci olarak kötü WASH koşullarının bağırsak solucanı enfeksiyonuna neden olması ve bu enfeksiyonların besinlerin zayıf emilmesine neden olarak beslenme durumuna olumsuz etki etmesidir (94). Bu yüzden acil beslenme müdahalelerinin; WASH

programlarıyla bütünlüştürilmesi halk sağlığı açısından önemlidir.

WASH ve beslenme programlarının entegre edilmesine ait iyi örnekler aşağıdadır:

- Beslenme Yetersizliği Tedavi (CMAM) alanlarında; temiz su sağlanması, el yıkama alanlarının oluşturulması, sabun ve el yıkama kaplarının dağıtımı ve hijyen ve sanitasyon konusunda farkındalık eğitimleri verilmesi
- Yetersiz beslenme ve kötü hijyen uygulamaları (El yıkama ve gıda hijyenine odaklanarak) arasındaki bağlantılara ilişkin mesajlar yayılarak toplumda farkındalık oluşturma
- Ev ziyaretleri sırasında, WASH göstergelerinin (El yıkama alanının ve sabunun varlığı, el yıkama uygulaması, su depolama kaplarının temizliği ve su kalitesi (serbest kalan klor varlığı) vaka çalışanları tarafından tespit edilmesi (64).

# KAYNAKLAR

1. FAO, IFAD, UNICEF, WFP and WHO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2021.Transforming food systems for food security, improved nutrition and affordable healthy diets for all. 2021. Rome, FAO. <https://doi.org/10.4060/cb4474en>
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Gıda Güvenliği Laboratuvarlar Daire Başkanlığı Toplum Beslenmesi Şubesi. Afet Durumlarında Beslenme Hizmetleri.2007.
3. TÜRK KIZILAYI. Afetlerde Beslenme Hizmetleri Kilavuzu.2017.
4. OCHA. OCHA on message: Humanitarian principles.2012.
5. Sphere Project, CHS Alliance, Groupe URD. 2014; Temel İnsanı Yardım Standardı.Çeviren:Mavi Kalem Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği. 2015. <https://corehumanitarianstandard.org/files/files/Core-Humanitarian-Standard-Turkish.pdf>
6. International Red Cross and Red Crescent Movement. <https://www.ifrc.org/fundamental-principles> (Erişim tarihi 03.03.2022)
7. Türk Kızılayı. <https://www.kizilay.org.tr/kurumsal/temel-ilkelerimiz> (Erişim tarihi :03.03.2022)
8. Humanitarian Inovation Fund.ICRC Code of Conduct <https://higuide.elrha.org/humanitarian-parameters/humanitarian-principles-and-standards/> (Erişim tarihi 03.03.2022)
9. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies and the ICRC. Code of Conduct Principles of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and NGOs in Disaster Response Programmes. <https://www.ifrc.org/code-conduct-international-red-cross-and-red-crescent-movement-and-ngos-disaster-relief> (Erişim tarihi: 12.03.2022)
10. Sphere Association. The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. 4th edition. Geneva, Switzerland; 2018. [www.spherestandards.org/handbook](http://www.spherestandards.org/handbook)
11. OCHA. OCHA on Message: General Assembly resolution 46/182. 2012.
12. ICVA.IASC ve küresel insani koordinasyon mimarisi: STK'lar nasıl dahil olur?. Çeviren: IHH İnsani Yardım Vakfı.2017.
13. OCHA. Transformative Agenda.2011, <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-transformative-agenda> (Erişim Tarihi: 01.03.2022)
14. ICVA.Ülke düzeyinde İnsanı Koordinasyon:Mevcut Sistem Nasıl dönüştü?. Çeviren:IHH İnsani Yardım Vakfı. 2017.
15. OCHA Services.Humanitarian Response.Who does what?. <https://www.humanitarianresponse.info/en/coordination/clusters/who-does-what> (Erişim tarihi 05.03.2022)

16. OCHA Services.IASC. <https://interagencystandingcommittee.org/the-inter-agency-standing-committee> (Erişim Tarihi: 02.03.2021)
17. ACF International Network. Emergency nutrition:A handbook for developing an emergency nutrition intervention strategy.2013.
18. Global Nutrition Cluster. [www.nutritioncluster.net/](http://www.nutritioncluster.net/) (Erişim Tarihi:05.03.2022)
19. Global Nutrition Cluster.Technical Alliance. <https://ta.nutritioncluster.net/> (Erişim Tarihi:05.03.2022)
20. T.C. İişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. <https://www.afad.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 02.03.2022)
21. UNHCR. Turkey Operational Update. Eylül 2021.
22. Save the Children UK.Infant and Young Child Feeding in Emergencies: Why are we not delivering at scale? A review of global gaps, challenges and ways forward?. October 2012.
23. WFP. Emergency Food Security Assessment.Second Edition.2009.
24. Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions Manual 2.2017. <https://smartmethodology.org/>
25. FEWSnet. Famine Early Warning Systems Network Kitlık Erken Uyarı Sistemleri Ağı. <https://fews.net/>
26. UNSCN- United Nations System Standing Committee on Nutrition- Birleşmiş Milletler Daimi Beslenme Komitesi, <https://www.unscn.org/>
27. IPC- Integrated Food Security Phase Classification - Bütünleşmiş Gıda güvenliği sınıflandırması <https://www.ipcinfo.org/>
28. WFP. Comprehensive Food Security & Vulnerability Analysis Guidelines.First Edition.2009
29. USAID. The DHS (Demographic and Health Surveys) Program, <https://dhsprogram.com/data/DHS-Survey-Indicators-Maternal-and-Child-Nutrition.cfm>
30. CARE. Infant and Young Feeding Practices: Collecting and Using Data: A step-by-step Guide. 2010.
31. UNHCR Standardised Expanded Nutrition Survey (SENS) Module 4: IYCF-A Practical Step-by-Step Guide. V3.2018.
32. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices.2008.
33. WHO,UNICEF. Indicators for assessing infant and young child feeding practices:Definitions and Measurement Methods 2021.
34. Neovita Study Group. Delayedbreastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017.
35. WHO Guideline. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. 2017.
36. WHO,PAN American Health Organization.Guiding Principles for complementary feeding of breastfeeding child.2001.
37. Marriott BP, White A, Hadden L, Davies JC, Wallingford JC. World Health Organization (WHO) infant and young child feeding indicators: associations

- with growth measures in 14 low-income countries. *Matern Child Nutr.* 2012;8(3):354-370. doi:10.1111/j.1740-8709.2011.00380.x
38. USAID. The DHS Program. Demographic and Health Surveys, <https://dhsprogram.com/>
  39. Onyango AW, Borghi E, de Onis M, Casanovas Mdel C, Garza C. Complementary feeding and attained linear growth among 6-23-month-old children. *Public Health Nutr.* 2014;17(9):1975-1983. doi:10.1017/S1368980013002401
  40. Aguayo VM, Nair R, Badgaiyan N, Krishna V. Determinants of stunting and poor linear growth in children under 2 years of age in India: an in-depth analysis of Maharashtra's comprehensive nutrition survey. *Matern Child Nutr.* 2016;12 Suppl 1(Suppl 1):121-140. doi:10.1111/mcn.12259
  41. WHO. Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. 2001.
  42. WHO. Guiding principles for feeding non-breastfed children 6-24 months of age. 2005.
  43. Dewey KG, Cohen RJ, Rollins NC; Informal Working Group on Feeding of Nonbreastfed Children. WHO technical background paper: feeding of nonbreastfed children from 6 to 24 months of age in developing countries. *Food Nutr Bull.* 2004;25(4):377-402. doi:10.1177/156482650402500407
  44. Papanikolaou Y, Fulgoni VL 3rd. Egg Consumption in Infants is Associated with Longer Recumbent Length and Greater Intake of Several Nutrients Essential in Growth and Development. *Nutrients.* 2018;10(6):719. Published 2018 Jun 4. doi:10.3390/nu10060719
  45. Pan L, Li R, Park S, Galuska DA, Sherry B, Freedman DS. A longitudinal analysis of sugar-sweetened beverage intake in infancy and obesity at 6 years. *Pediatrics.* 2014;134 Suppl 1(Suppl 1):S29-S35. doi:10.1542/peds.2014-0646F
  46. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 [published correction appears in *Lancet.* 2021 Jun 26;397(10293):2466]. *Lancet.* 2019;393(10184):1958-1972. doi:10.1016/S0140-6736(19)30041-8
  47. USAID-FANTA III. Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide. Version 2. 2006.
  48. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. How to conduct a food security assessment. A step-by-step guide for National Societies in Africa. 2004.
  49. WFP. Consolidated Approach to Reporting Indicators of Food Security (CARI) Guidelines. Second Edition 2015.
  50. WFP, UNICEF. Technical Guidance for the Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment (JANFSA). 1st Edition. 2016.
  51. WFP. Comprehensive Food Security & Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. 1st Edition. 2009.

52. USAID. Food and Nutrition Technical Assistance- FANTA III, <https://www.fantaproject.org/>
53. USAID-FANTA III. Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access: Indicator Guide. Version 3. Aug 2007.
54. USAID- FANTA III. Household Hunger Scale: Indicator Definition and Measurement Guide. August 2011.
55. WFP, USAID, TANGO, CARE and Feinstein International Center. The Coping Strategies Index Field Methods Manual. 2nd Edition. January 2008.
56. Food Security Cluster. FSC Indicator Handbook. 2020. [https://fcluster.org/handbook/Section\\_two\\_rcsi.html](https://fcluster.org/handbook/Section_two_rcsi.html)
57. USAID. Food and Nutrition Technical Assistance- FANTA III. Months of Adequate Household Food Provisioning (MAHFP) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide. Version 4. June 2010.
58. FAO and FHI 360. Minimum Dietary Diversity for Women - A guide for measurement. Rome, FAO. 2016.
59. FAO. Minimum Dietary Diversity for Women - An updated guide for measurement: from collection to action. Rome, 2021. <https://doi.org/10.4060/cb3434en>
60. Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). Global MUAC Cutoffs for Adults: A Technical Consultation. 2018.
61. Médecins du Monde. The Kap (Knowledge, Attitudes, & Practices) Survey Model. 2011. <https://www.medecinsdumonde.org/en/actualites/publications/2012/02/20/kap-survey-model-knowledge-attitude-and-practices>
62. Food for the Hungry & CORE Group .Barrier Analysis Facilitator's Guide. Tool for Improving Behavior Change Communication in Child Survival and Community Development Programs. 2010
63. USAID. Strengthening Partnerships, Results, And Innovations in Nutrition Globally (SPRING) Project. Assessment Tools. [https://www.spring-nutrition.org/sites/default/files/publications/tools/spring\\_context\\_assessment\\_tools\\_all.pdf](https://www.spring-nutrition.org/sites/default/files/publications/tools/spring_context_assessment_tools_all.pdf)
64. USAID. Nutrition in Emergencies: Multisectoral Nutrition Strategy 2014-2025 - Technical Guidance Brief. Feb 2017.
65. UNOCHA. Global Humanitarian Overview. Part one: global trends. 2022.
66. WHO. Fact Sheets: Malnutrition. 2021.
67. UNCHR. Global Trends- Forced Displacement. 2020. <https://www.unhcr.org/flagship-reports/globaltrends/>
68. WHO. The management of Nutrition in Major Emergencies. 2000.
69. USAID. Community-Based Management of Acute Malnutrition Technical Guidance Brief. 2016.
70. World Vision. Community-Based Management of Acute Malnutrition Model. <https://www.wvi.org/nutrition/project-models/cmam>

71. Global Nutrition Cluster MAM Task Force. Moderate Acute Malnutrition: A Decision Tool for Emergencies. 2017.
72. WHO. Health Topics. Micronutrients. [https://www.who.int/health-topics/micronutrients#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/micronutrients#tab=tab_1)
73. UNHCR. Micronutrient Malnutrition - Detection, Measurement and Intervention: A Training Package for Field Staff. 2003.
74. UNHCR, UNICEF, WFP; WHO. Food and Nutrition Needs in Emergencies. 2004.
75. WHO. Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. 2004.
76. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS; Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year?. Lancet. 2003;362(9377):65-71. doi:10.1016/S0140-6736(03)13811-1
77. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. 2003.
78. Save the Children. IYCF-E Toolkit: Rapid start -up for emergency nutrition personnel. 2018.
79. UNICEF. Committed to Nutrition. A toolkit for Action. Fulfilling UNICEF's Core Commitments for Children in Humanitarian Action. June 2017.
80. IFE Core Group. The Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies. Version 3. Oct 2017.
81. WHO. The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes (BMS). 1981.
82. World Health Assembly (WHA) Resolution: Guidance on Ending the Inappropriate Promotion of Foods for Infants and Young Children. 69th WHA A69/7 Add.1. 2016.
83. WHO, UNICEF, Save the Children, IBFAN, & Helen Keller International. WHA Resolution on the Inappropriate Promotion of Foods for Infants and Young Children: Policy Brief. 2016
84. WHO. How to prepare cup feeding at home. 2007.
85. Emergency Nutrition Network (ENN). Maternal Nutrition in Emergencies - Summary of the state of play and key gaps Background Technical Paper for the round table DG ECHO. Brussels. 2013.
86. WHO. Essential Nutrition Actions: Improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. 2013.
87. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost. Lancet. 2013;382(9890):452-477. doi:10.1016/S0140-6736(13)60996-4
88. FAO. World Food Summit. Rome, 1996.
89. FAO. Policy Brief. Food Security. 2006.
90. ACF. Maximizing the nutritional impact of Food Security and Livelihood interventions - A manual for field workers. 2012.
91. International Food Policy Research Institute. Women: the Key to Food Security. Washington, DC, 1995.



92. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – Global Water, Hygiene and Sanitation. <https://www.cdc.gov/healthywater/global/index.html>
93. Prüss-Ustün A, Bartram J, Clasen T, et al. Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene in low- and middle-income settings: a retrospective analysis of data from 145 countries. Trop Med Int Health. 2014;19(8):894-905. doi:10.1111/tmi.12329
94. USAID. WASH&Nutrition-Water and Development Strategy Implementation Brief. Jan 2015.
95. UNHCR. Turkey Operational Update. May 2021.
96. WFP.Turkey Country Brief. 2020.
97. 3RP Regional & Refugee Resilience Plan in response to Syria Crisis. Regional Strategic Overview Turkey Country Chapter 2021-2022.Dec 2020.
98. AFAD,UNICEF. Suriyeli Kadın ve Çocukların Demografi, Sağlık ve Beslenme Araştırması.2016
99. International Medical Corps, USAID,TOPS Small Grant. Barrier Analysis of Infant & Young Child Feeding and Maternal Nutrition Behaviors Among Adolescent Syrian Refugees in Urban Turkey. October 2016.
100. UNICEF, USAID. Report On The Knowledge, Attitudes And Practices (KAP) Survey Infant And Young Child Feeding (IYCF). April 2017.
101. Hacettepe Univ. Nüfus Etüdüleri Enstitüsü.Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (Turkey Demographic and Health Survey).2018.
102. WFP Turkey Country Office. Comprehensive Vulnerability Monitoring Exercise(CVME). Round 4. Jan 2020.
103. Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions, <https://smartmethodology.org/>
104. <https://www.kobotoolbox.org/>
105. WFP, USAID, TANGO, CARE and Feinstein International Center. The Coping Strategies Index Field Methods Manual. Second Edition, January 2008.
106. UNCHR, SENS Guidelines. Module 5: Food Security.2018.
107. WHO. Indicators for the Global Monitoring Framework on Maternal, Infant and Young Child Nutrition and Young Child Nutrition. 2024.
108. UNICEF - WHO. Capture the Moment - Early Initiation of Breastfeeding: The Best Start for Every Newborn. 2018.
109. WHO.Fact Sheets. Children: improving survival and well-being.2020.