



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL DURUMLARDA BESLENME REHBERİNİN
GELİŞTİRİLMESİ**

SEDA SERTDEMİR
DOKTORA TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Murat Baş

İSTANBUL-2022



ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL DURUMLARDA BESLENME REHBERİNİN
GELİŞTİRİLMESİ**

SEDA SERTDEMİR
DOKTORA TEZİ

BESLENME VE DİYETETİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Murat Baş

İSTANBUL-2022

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

13.03.2022

Seda Sertdemir



ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Araştırmanın her aşamasında bilimsel ve manevi desteğiyle yanımda olan ve araştırmayı sonuçlandırmamda itici bir güç olan kıymetli hocam Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı Prof.Dr.Murat Baş'a,

Beslenme ve Diyetetik bölümüne girdiğimden beri tecrübe, bilgi birikimi ve maneviyatıyla beni her daim aydınlatan ve doktora yapmama teşvik eden kıymetli hocam Prof.Dr.Sevil Başoğlu'na,

Doktora eğitimim süresince 2211 - Genel Yurtiçi Doktora Burs Programı ile destek sağlayan Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu-TÜBİTAK'a

Bu araştırmanın pilot proje kısmının yapılması için finansal destek sağlayan çalıştığım kurum olan Welthungerhilfe İnsanı Yardım Derneği'ne,

Araştırmamı yaparken bana evini açan, son dakika yardımlarıyla hızır gibi yetişen, manevi desteğiyle hep yanımda olan çalışma arkadaşım ve artık kardeşim Alexandra Zehra Aksu'ya, pilot projeyi yaparken gece gündüz çalıştığım Çiğdem İlci'ye, manevi desteğini ve yardımlarını esirgemeyen Dildar Mehmet'e, "Acil Durumlarda Beslenme Rehberi" nin harika görselini oluşturan sevgili Meryem Aksu'ya, Arapça anket kısmında yardımcı olan Ahmet Elallush'a, doktora sürecimi paylaştığım dönem arkadaşlarıma ve araştırmanın son okumalarını yapan canım Yakup Emrah Eraslan'a,

Her koşulda yanımda olan, destek ve sevgisini her an hissettiğim canım annem,babam, anneannem ve bana kardeş olan arkadaşlarıma,

En derin ve içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	iii
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTIMA VE SİMGELER LİSTESİ	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER.....	6
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	13
3.1. Örneklem	13
3.1.1. Örneklem büyüklüğü	14
3.1.2. Birinci aşama örnekleme - kümelerin seçimi	16
3.1.3. İkinci aşama örnekleme - hanehalkı seçimi.....	17
3.2. Saha Çalışması.....	17
3.3. Veri Geçerliliği Kontrolü ve Analizi.....	18
3.4. Çalışmanın Sınırlılıkları	18
4. BULGULAR.....	20
4.1. Ulaşılan Anket Sayısı	20
4.2. Hanehalkı Demografik Yapısı.....	21
4.3. Gıda Güvencesi.....	22
4.3.1. Gelir ve ekonomik durum.....	22
4.3.2. Başa Çıkma Stratejileri ve İndirgenmiş Başa Çıkma Stratejisi Endeksi	24
4.3.3. Gıda Tüketim Skoru (FCS)	26
4.3.4. Hane Açlık Skoru (HHS)	29
4.4. Maternal Beslenme	30
4.4.1. Danışmanlık alan 0-23 aylık çocuk sahibi annelerin oranı	30
4.4.2. Annelerin günlük tükettiği öğün sayısı.....	32
4.4.3. Annelerin aldığı takviyeler	33
4.5. Bebek ve Çocuk (0-23 Ay) Beslenmesi (IYCF).....	33
4.5.1. Emzirmeye erken başlanması	34
4.5.2. Genel emzirme oranı.....	35
4.5.3. Sadece anne sütüyle beslenme.....	35

4.5.4. Biberonla beslenme	36
4.5.5. Karma beslenme	37
4.5.6. Ek gıdaya geçiş: katı,yarı katı veya yumuşak gıdaya geçilmesi.....	37
4.5.7. Mama ile beslenme	38
4.5.8. Devam eden emzirme (12-23 ay)	38
4.5.9. Minimum Besin eşitliliği (MDD - Mininum Dietary Diversity)	39
4.5.10. Minimum ğün Sıklığı (MMF - Minimum Meal Frequency)	40
4.5.11. Minimum Kabul Edilebilir Beslenme (MAD-Minimum Acceptable Diet).....	41
5. TARTIşMA	43
6. SONUÇ.....	51
7. KAYNAKLAR	57
8. EKLER.....	59
EK 1: Acil Durumlarda Beslenme Rehberi	59
EK 2: Türkçe Gıda Güvencesi ve IYCF Anketi	146
EK 3: Arapça Gıda Güvencesi ve IYCF Anketi.....	159
9. ZGEMİş.....	171

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

AFAD	T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
BM	Birleşmiş Milletler
BMI	Body Mass Index – Beden Kütle İndeksi
BMS	Breast-Milk Substitutes.-Anne Sütü Muadilleri
CERF	Central Emergency Response Fund - Merkezi Acil Müdahale Fonu
CMAM	Community-Based Management of Acute Malnutrition- Akut Yetersiz Beslenmenin Toplum Temelli Yönetimi
CSI	Coping Strategies Index – Başa Çıkma Stratejileri Endeksi
Df	Degree of freedom -Serbestlik Derecesi
ENA	Emergency Nutrition Assessment
ERC	Emergency Relief Coordinator -Acil Yardım Koordinatörü
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations- Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü
FBF	Fortified Blended Food- Zenginleştirilmiş Karışım Gıdalar
FCS	Food Consumption Score- Gıda Tüketim Skoru
FEWSnet	Famine Early Warning Systems Network Kıtlık Erken Uyarı Sistemleri
	Ağı
GNC	Global Nutrition Cluster -Global Beslenme Kümesi
HDDS	Household Dietary Diversity Scale- Hane Diyet Çeşitliliği Ölçeği
HEB	High Energy Biscuits- Yüksek Enerjili Bisküviler
HFIAS	Household Food Insecurity and Access Scale – Hane Gıda Güvensizliği ve Erişim Skoru
HH	Hane Halkı
HHS	Household Hunger Score- Hane Açlık Skoru
IASC	Interagency Standing Committee- Kuruluşlararası Daimi Komite
ICVA	International Council of Voluntary Agencies - Uluslararası Gönüllü Kuruluşlar Konseyi
IFRC	International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies - Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu

IPC	Integrated Food Security Phase Classification – Bütünleşmiş Gıda Güvencesi Sınıflandırması
IYCF-E	Infant and Young Children Feeding in Emergencies- Acil Durumlarda Bebek ve Küçük Çocuk Beslenmesi
KAP	Knowledge, Attitude and Practices- Bilgi, Tutum ve Uygulamalar
LNS	Lipid Based Nutrient Supplements-Lipid Bazlı Besin Takviyeleri
MAD	Minimum Adequate Diet- Minimum Kabul Edilebilir Diyet
MAHFP	Months of Adequate Household Food Provisioning- Hanenin Aylık yeterli Gıda Temini
MAM	Moderate Acute Malnutrition -Orta dereceli Akut Yetersiz Beslenme
MDD	Minimum- Dietary Diversity- Minimum Besin Çeşitliliği
MMF	Minimum Meal Frequency: Minimum Öğün Sıklığı
MUAC	Mid-Upper Arm Circumference- Orta-Üst Kol Çevresi
OCHA	United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs - BM İnsani Yardım Koordinasyon Dairesi
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development - Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü
OTP	Outpatient Therapeutic Programme - Ayakta Tedavi Programı
rCSI	Reduced Coping Strategies Index –İndirgenmiş Başa Çıkma Stratejileri Endeksi
RUSF	Ready-to-Use Supplementary Food- Kullanıma Hazır Ek Gıda
RUTF	Ready-to-Use Therapeutic Food - Kullanıma Hazır Terapötik Gıda
SAM	Severe Acute Malnutrition- İleri Dereceli- Akut Yetersiz Beslenme
SFP	Supplementary Feeding Programme – Ek Beslenme Programı
SMART	Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions
SPHERE	İnsanı Yardım Sözleşmesi ve İnsanı Yardımda Asgari Standartlar
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNDP	United Nations Development Programme – Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees -Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği

UNICEF	United Nations Children’s Fund – BM Çocuklara Yardım Fonu
UNSCN	United Nations System Standing Committee on Nutrition- Birleşmiş Milletler Daimi Beslenme Komitesi
WASH	Water,sanitation and Hygiene - Su, Sanitasyon ve Hijyen
WFP	World Food Programme - Dünya Gıda Programı
WHO	World Health Organization - Dünya Sağlık Örgütü



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 Gelir Gruplarına göre Negatif Başa Çıkma Strateji Endeks Sonuçları.....	26
Şekil 2 Gıda Tüketim Skoru (Şeker ve yağ grubu dahil).....	27
Şekil 3 Hane Açlık Skoru.....	29
Şekil 4 Hamilelik/Emzirme Döneminde Danışmanlık.....	30
Şekil 5 Annelerin Sağlık Hizmetlerine Erişiminde Karşılaştığı Engeller.....	32
Şekil 6 Hamilelik ve Emzirme Döneminde Annelerin Aldığı Takviyeler.....	33
Şekil 7 Bebeklerde 6 Aydan Sonra Ek Gıdalara Geçiş Oranı.....	38
Şekil 8 6-23 Aylık Bebeklerde Yaş Gruplarına Göre Minimum Besin Çeşitliliği Oranları	40

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1 Örneklem Hesaplaması	15
Tablo 2 Bir Kümede Yapılacak Günlük Anket Sayısı Hesaplama	16
Tablo 3 Planlanan ve Ulaşılan Anket Sayısı	20
Tablo 4 Türkiyeli ve Suriyeli Ailelerin Demografik Yapısı	21
Tablo 5 Hanehalkının Nakit Yardımları Harcama Kalemleri	23
Tablo 6 Son 4 Hafta İçinde Başa Çıkma Stratejilerini Uygulayan Hanehalkı Oranı	24
Tablo 7 Negatif Başa Çıkma Stratejilerini (rCSI) Uygulayan Hanehalkı Oranı.....	25
Tablo 8 Negatif Başa Çıkma Strateji Endeks Sonuçları	26
Tablo 9 Besin Grupları İçin Hanehalkı Tüketim Ortalamaları	28
Tablo 10 Annelerin Aldığı Beslenme Destek ve Danışmanlığın Kaynağı	31
Tablo 11 Gelir Düzeyi ve Annelerin Tükettiği Günlük Ortalama Öğün Sayısı.....	32
Tablo 12 Emzirmeye Erken Başlama (0-2 yaş)	34
Tablo 13 Doğumdan İtibaren İlk 3 Gün İçinde Bebeğe Sıvı Verilmesi (Prelaktal Beslenme).....	35
Tablo 14 İki Yaş Altı Bebek ve Çocuklarda Emzirme ve Beslenme Uygulamaları..	37
Tablo 15 İki Yaş Altı Bebek ve Çocuklarda Mama ile Beslenme Oranları.....	38
Tablo 16 İki Yaşa Kadar Devam Eden Emzirme.....	39
Tablo 17 Minimum Öğün Sıklığı (İki Yaş Altı Emzirilen Bebek ve Çocuklar).....	41
Tablo 18 Minimum Kabul Edilebilir Beslenme (İki Yaş Altı Emzirilen Bebek ve Çocuklar).....	42
Tablo 19 Türkiyeli ve Suriyeli İki Yaş Altı Bebek ve Çocuk Beslenme Gösterge Sonuçları	42

ÖZET

Acil Durumlarda Beslenme Rehberinin Geliştirilmesi

Bu çalışma, acil durumlarda beslenme alanında yapılan insani yardım müdahaleleri için kapsamlı bir rehber sunmak amacıyla yapılmıştır. Çalışma; rehber ve pilot proje olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Rehber niteliğindeki kısımda; uluslararası kabul gören ve acil durumlar için tasarlanmış rehber ve dökümanlardan faydalanılarak; insani yardım sistemi, acil durumlarda beslenme ve gıda güvencesi değerlendirme tipleri, göstergeleri ve müdahale yöntemleri derlenmiştir. Pilot proje olan ikinci kısımda, Gaziantep ve Hatay'da Suriyeli ve Türkiyeli halklar için gıda güvencesi ile anne, bebek ve küçük çocuk beslenme (IYCF) değerlendirmesi yapılmıştır. Değerlendirmenin amacı mevcut projeleri ihtiyaca yönelik düzenlemek ve yeni beslenme projelerine öneri sağlamaktır. Uluslararası kabul görmüş beslenme ve gıda güvencesi göstergelerine göre Türkçe ve Arapça anket hazırlanarak iki aşamalı küme örnekleme uygulanmıştır. Gıda güvencesi için toplam 1873 haneye ve IYCF değerlendirmesi için 385 anneye ulaşılmış, sonuçlar göstergelere göre değerlendirilmiştir. Gıda güvencesi göstergesi olan gıda tüketim skoru 105 üzerinden Suriyeli hanelerde 56,6 ve Türkiyeli hanelerde 79,1' dir. IYCF değerlendirmesi için Suriyeli ve Türkiyeli bebek ve çocuklarda sırasıyla; emzirmeye erken başlama %54 ve %55, 6 aya kadar sadece anne sütü ile beslenme %40 ve %53, mama ile beslenme %39 ve %26, zamanında ek gıdalara geçiş oranı %64 ve %82, besin çeşitliliğini ölçen minimum besin çeşitliliği %36 ve %56'dır. İki topluluk arasında sadece anne sütü ile beslenme, minimum besin çeşitliliği, sıklığı ve kabul edilebilir beslenme göstergeleri arasında anlamlı bir fark ($p<0.05$) bulunmuştur. Bu sonuçlara göre beslenme farkındalık artırma müdahaleleri, beslenme uzmanı ve hizmetlerinin artırılması, tarım gibi gelir getirici müdahaleler ile entegre edilmiş beslenme müdahale yöntemleri önerilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Acil durumlarda beslenme, gıda güvencesi, insani yardım, beslenme müdahaleleri, beslenme göstergeleri

ABSTRACT

Development of a Guideline for Nutrition in Emergencies

This study was conducted to provide a comprehensive guide for humanitarian response in the field of nutrition in emergencies. The study consists of a guideline and pilot project. The first part compiled from internationally accepted guidelines and practices for emergencies; is divided into the humanitarian system, nutrition and food security assessment types, indicators, and interventions in emergencies. The second part presents the pilot project “Food Security and Maternal, Infant and Young Child Feeding (IYCF) Assessment” conducted with Syrian and Host Communities in Gaziantep and Hatay to provide suggestions for new and existing nutrition projects. A questionnaire was prepared in Turkish and Arabic according to internationally accepted nutrition and food security indicators and two-stage cluster sampling was applied. A total of 1873 households for food security and 385 mothers were surveyed for the IYCF assessment. The food consumption score, an indicator of food security, is 56.6 for Syrian and 79.1 for Turkish households out of 105. For Syrian and Turkish infants and young children respectively IYCF results are 54% and 55% for early initiation of breastfeeding, 40% and 53% for exclusive breastfeeding, 39% and 26% for formula feeding, 64% and 82% for introduction of solid, semi-solid foods, 36% and 56% for minimum dietary diversity. There were significant differences ($p<0.05$) among two populations in terms of exclusive breastfeeding, minimum dietary diversity, meal frequency, and acceptable diet indicators. Based on findings, nutritional awareness raising interventions, increasing the presence of nutritionists and nutrition services, integrated nutrition interventions with agricultural income generation have been suggested.

Keywords: Nutrition in emergencies, food security, humanitarian aid, nutrition interventions, nutrition indicators

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Küresel olarak 2020 yılında, 720 ile 811 milyon arasındaki bir sayıda insanın açlıkla karşı karşıya kaldığı tahmin edilmektedir. Bu oran COVID-19 pandemisi nedeniyle daha da artmış ve dünya genelinde %9,9 civarına ulaşmıştır. Yine küresel olarak 928 milyon kişinin, yani dünya nüfusunun %12'sinin gıda güvencesi bulunmamaktadır. Aynı zamanda 5 yaşın altındaki nüfusun %22'sinin (149 milyon kişi) yaşına göre kısa(bodur), %6,7'sinin (45 milyon kişi) boyuna göre zayıf olduğu tahmin edilmektedir (1).

Acil durumlar; çatışma gibi insan kaynaklı krizleri ve deprem, sel, kuraklık gibi doğal afetleri içermektedir. Afet veya insan kaynaklı acil durumlar sonucu gıda üretimi ve tüketimi dahil toplum düzeni bozulmakta ve kesintiye uğramaktadır. Özellikle günümüzde; çatışma, iklim değişikliğine bağlı afetler, COVID-19 Pandemisi nedeniyle ekonomik gerilemeler, gıda güvensizliği ve yetersiz beslenmenin önde gelen nedenleridir. Bu ana etkenleri iyi değerlendirerek ve anlayarak, duruma yönelik müdahaleler geliştirmek önemlidir.

Bu çalışma; acil durumlarda beslenme rehberi ve rehberin uygulanmasına ilişkin yapılan pilot proje olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Rehber olarak ayrılan ilk kısım, acil durumlarda beslenme ve gıda güvencesi müdahaleleri alanında bir kaynak olması amacıyla hazırlanmıştır. Türkiye'de afet ve acil durum beslenmesi ile ilgili kaynaklara bakıldığında; yayımlanmış sadece iki kaynak bulunmaktadır. Sağlık bakanlığı, 2007 yılında Afet Durumlarında Beslenme (2) olarak 0-1 yaş, hamile ve emziren kadın, yaşlı beslenmesi ve yiyecek, su yardımı organizasyonunu içeren 11 sayfalık özet bir döküman çıkarmıştır. İkinci olarak Kızılay, 2017 yılında Afetlerde Beslenme Hizmetleri Kılavuzu (3) adı altında bir döküman yayımlamıştır. Ancak bu döküman daha çok katı ve sıcak gıda, malzeme dağıtımı, bu hizmetlerde kullanılan ekipmanlar ve hizmetlerin organizasyonunu içermektedir. Türkiye'de Acil durumlarda Beslenme için yayımlanan ilk kapsamlı rehber olması açısından; bu çalışmanın alanda hem boşluğu doldurması, hem insani yardım için çalışacak kişilere ve konuyla

ilgilenen üniversite öğrencilerine yol gösterici bir döküman olması temenni edilmektedir.

Rehber, uluslararası kabul gören ve acil durumlar için tasarlanmış rehber ve uygulamalardan derlenerek; insani yardım sistemi, acil durumlarda beslenme ve gıda güvencesi değerlendirme tipleri, göstergeleri ve müdahale yöntemlerine ayrılmıştır. İnsani yardım sisteminde: uluslararası insani yardım ilkeleri ve standartları; sistemin yıllar içindeki dönüşümü; küme yaklaşımının 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. Tezin ana bölümünü oluşturan rehber kısmını okuma ve uygulama kolaylığı açısından eklere koyulmuştur.

İkinci kısım olan pilot çalışma, Gaziantep ve Hatay illerinde yaşayan Suriyeli Sığınmacılar ve aynı bölgede yaşayan Türkiyeli yerel halklar arasındaki gıda güvencesi ile anne, bebek ve küçük çocuk beslenme değerlendirmesidir. Bu değerlendirmenin temel amacı; geçici koruma altındaki Suriyeli ve Türkiyeli hanhalklarının gıda güvencesi ve beslenme uygulamalarını incelemek, bu toplulukların ihtiyaçlarını değerlendirerek çözüm önerileri sunmaktır. Çalışmada iki topluluk arasındaki gıda güvencesi ile anne ve bebek, küçük çocuk beslenme uygulamaları arasındaki farkların belirlenmesi, hanhalklarının beslenme alışkanlıkları, besin çeşitliliği ve tüketimlerinin analiz edilmesi, toplulukların gıda ihtiyaçlarını karşılama kabiliyetinin tespit edilmesi, beslenme ve gıda güvencesine ilişkin eksiklikleri tanımlayarak uygun çözüm veya müdahale yollarının önerilmesi ve Türkiye'de gelecekte yapılacak projeler için referans verilerin oluşturulması hedeflenmiştir.

Çalışma, Acil Durumlarda Beslenme Rehberinde yer alan ve dünyada kabul görmüş değerlendirme ve analiz yöntemleri kullanılarak araştırmacının çalıştığı kurum olan Welthungerhilfe (WHH) derneğinin fonlamasıyla yapılmıştır. Çalışmanın sonuçları; derneğin hali hazırda uyguladığı beslenme projelerinin ihtiyaca yönelik olarak dizayn edilmesinde ve yeni projelerin finanse edilmesinde kullanılacaktır.

Değerlendirme, nicel veri toplama yöntemleri kullanılarak Suriyeli sığınmacıların en çok yaşadığı illerden olan ve Welthungerhilfe'nin hali hazırda Beslenme Projeleri yürüttüğü Gaziantep ve Hatay il ve ilçelerinde gerçekleştirilmiş ve toplamda 1.873 hane (963 Suriyeli, 910 Türkiyeli) ile anket yapılmıştır. Besin Güvencesini değerlendirmek için hane reisleri ile; anne, bebek ve küçük çocuk beslenme değerlendirmesinin yapılması içinse 2 yaşından küçük çocuğu olan anneler ile görüşülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

İnsani yardım sistemi tarih içinde çeşitli dönüşümlerle günümüzdeki şeklini almıştır. Körfez Savaşı sonrasında; Birleşmiş Milletlerin insani acil yardım koordinasyonunun güçlendirilmesi 46/182 sayılı kararı ile, insani yardım için bir çerçeve çizilmiş ve koordinasyon yapısı düzenlenmiştir (4). 2005 yılında Sudan ve Hint okyanusundaki tsunami afetleri sonunda 2005 İnsani Reform (Humanitarian reform) süreci başlamış ve Beslenme ve Gıda Güvencesi-Geçim Kaynakları Kümesinin de dahil olduğu küme sistemi süreci başlamıştır. 2010 yılında meydana gelen Pakistan'daki sel ve Haiti'deki deprem felaketleri sonrasında insani yardım sisteminde hala görülen eksikliklerin üzerine, Dönüşebilir Gündem (Transformative Agenda) eylem planı kabul edilmiştir(5, 6).

Acil beslenme müdahaleleri ise, 1970'lerin sonlarından itibaren; akut beslenme yetersizliğini tedavi etmek için tedavi protokollerinin, teröpatik gıdaların ve beslenme tarama çalışmalarının standartlaştırılması sayesinde iyileşmiştir. 90'lı yıllarda gıda rasyonları nicelik ve nitelik yönünden artarak 2100 kkal'a yükseltilmiş, 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 (7). UNICEF, bu dönemde kurulan beslenme küme koordinasyonunun lider BM kuruluşu olarak atanmıştır

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 (7). Acil durumlarda hazırlama koşullarının güvenli olduğundan emin olmadan yapılan bebek mamaları, süt tozları gibi bağış ve dağıtımlar, bebek ve küçük çocuk beslenmesi alanında tavsiye ve prosedürleri ile anne sütü muadillerinin pazarlanmasıyla ilgili uluslararası yasayı (8) ihlal etmektedir. Save the Children tarafından yürütülmüş bir araştırmaya göre (9); insani yardım aktörleri, IYCF müdahalelerinin bebekleri ve küçük çocukları korumak

için öncelik olması gerektiğini kabul etse de, bu müdahalelerin acil durumlarda hala geniş çapta uygulanmadığını vurgulamaktadır. 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. Bir diğer yandan yetersiz beslenme ile ilgili müdahalelerin, akut yetersiz beslenme prevelansının 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 olmaktadır. Kaynakların doğru zamanda harekete geçirilmesi için, özellikle yavaş seyreden krizlere erken müdahale yapmak için, hazırlık ve devamlılık planları önem kazanmaktadır. (9)

Türkiye’de duruma baktığımızda; 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 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 hareketle, ilgili tüm kurumlar kapatılarak¹; 2009 yılında, Başbakanlık’a bağlı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) kurulmuş, böylece yetki ve sorumluluklar tek bir çatı altında toplanmıştır. 15 Temmuz 2018 tarihinde Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı İçişleri Bakanlığına bağlanmıştır.(10)

Türkiye, 4 milyondan fazla mülteci nüfusu ile dünyadaki en büyük mülteci nüfusuna sahip ülke konumundadır ve Suriye'deki iç çatışma on birinci yılına girerken, Türkiye, sınırları içinde ikâmet eden 3,6 milyondan fazla Suriyeli nüfusu ile Suriyeli

¹ Kapatılan kurumlar: İçişleri Bakanlığı’na bağlı Sivil Savunma Genel Müdürlüğü, Bayındırlık ve İskan Bakanlığı’na bağlı Afet İşleri Genel Müdürlüğü ve Başbakanlık’a bağlı Türkiyeliye Acil Durum Yönetimi Genel Müdürlüğü

sığınmacıları kabul eden ana ev sahibi ülkedir (11). Bu krizle beraber Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti kriz yönetiminde liderliği ve mali yükün büyük kısmını üstlenmiş durumdadır. 2014 yılında yürürlüğe giren geçici koruma rejimi ile Suriyeli sığınmacılara, temel hizmetlere erişim imkânları verilmiştir (12). 2016 yılında ise Avrupa Birliği ve Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti ortaklığıyla hassas koruma altındaki Suriyeli sığınmacıların temel ihtiyaçlarını karşılayarak yardım etmek amacıyla Sosyal Uyum/Kızılay kart programı hayata geçirilmiştir. Bütün bu yardımlara rağmen, küçük bir ülke nüfusu büyüklüğündeki bu mülteci akınının ihtiyaçlarını karşılamada doğal olarak eksiklikler vardır. Bu durum; sığınmacı nüfusunun büyük çoğunluğunun bulunduğu güneydoğu illerinde, hem mültecileri hem de o bölgedeki yerel halkı etkilemektedir. 3RP 2021(13) raporuna göre 1,8 milyon yerel halk bu mülteci akımından etkilenmiştir.

COVID-19 Pandemisi hem koruma altındaki Suriyeli sığınmacıların, hem de yereldeki hassas grupların gelirlerinin azalmasına veya kaybına yol açmıştır. Yurt içi gıda fiyatlarındaki artış, düşük gelirler ve artan işsizlik ile satın alma gücü azalmış, genel gıda güvencesi ve yoksulların sağlıklı gıdaya erişimi üzerinde olumsuz etkiler görülmüştür. Dolayısıyla, birçok hane, gittikçe artan bir şekilde beslenmeye ilişkin olumsuz başa çıkma stratejileri edinmekte (günlük öğün sayısını ve diyet çeşitliliğini azaltma, eğitim ve sağlık gibi temel ihtiyaçlarını kısıma) ve yoksul hanelerde yaşayan çocuklar için besin güvenliği ve beslenme yetersizliği riski artmaktadır. Bu riskler, özellikle hane reisinin kadın olduğu haneleri çok daha fazla etkilemiştir (13). Suriyeli sığınmacılar ile Türkiyelilerin sağlık ve beslenme durumlarına ilişkin raporları hakkında aşağıda detaylıca açıklanan bir literatür derlemesi verilmiştir.

Türkiye Acil Durum ve Afet Yönetimi Başkanlığı (AFAD) ile UNICEF tarafından, 2014 yılında Türkiye'nin 9 ilinde kampta ve kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacılara yönelik, toplam 9 ilde 1214 Suriyeli hane ile bir araştırma (14) yürütülmüştür. Bu araştırma sonuçlarına göre Suriyeli hanelerin yalnızca %51'inin kendi kaynaklarıyla gıda satın alabildiği gösterilmiştir. Türkiye'de yaşayan Suriyeli yetişkin ve çocukların günde 3 kereden az öğün yediği ve aynı zamanda, yetişkinlerin, gün aşırı bir öğün eksik yediği ve çocukların her beş günde bir öğünden biraz yüksek

bir oranda öğün kaçırdığı bulunmuştur. Günde en az bir kez yemek pişirilemeyen hanelerin oranı %13 olarak tespit edilirken, bunun nedeni sorulduğunda Suriyeli hanelerin yüzde 55'i, maddi yetersizlikler, %18'i mutfak araç ve gereçlerinin olmaması, %11 'i ise yemek pişirmek için yakıt bulunmaması nedeniyle yemek pişiremediğini bildirmiştir. Önceki yedi gün içinde yeterli miktarda gıda ya da gıda ihtiyacını karşılayacak para bulunup bulunmadığı incelendiğinde, kent ve kırsalda yaşayan Suriyeli hanelerin %51 'i yeterli paraya sahip olmadığını belirtmiştir. Gıdayı karşılayacak yeterli maddi imkana sahip olunmadığında başvurulan yöntemler incelendiğinde; hanelerin %23'ü daha az tercih edilen ve fiyatı daha uygun olan yiyecekler tükettiğini, % 20'si gün içinde yedikleri öğün sayısını azalttığını, %17'si ise öğünlerin porsiyonunu azalttığını ifade etmiştir. Son yedi gün içerisinde besin gruplarının ortalama tüketilme günleri sorulduğunda; Türkiye'de yaşayan Suriyeli hanelerin; ekmek grubunu 5,7 gün, süt grubunu ve yumurtayı 4 er gün, bakliyatı 1,8 gün, et grubunu 1,4 gün, sebze ve meyve grubunu 2,7 gün, A vitamini bakımından zengin meyve ve sebzeleri son yedi gün içinde 2,2 gün tüketmiş olduğu görülmüştür. Bu araştırma 2014 yılında, krizin ilk yıllarında ve Suriyeli hanelerin Türkiye'ye yeni yerleşmeye başladığı ve kampların açık olduğu dönemde yapıldığı için, güncel sonuçlar yeni araştırmalarla tekrar incelenmelidir.

International Medical Corps tarafından 2016 yılında Gaziantep ve İstanbul illerinde Suriyeli hanelerle, adolesan Suriyeli sığınmacılar arasında anne beslenmesi ve IYCF davranışları bariyer analizi ¹ (15) çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada; Suriyeli adolesan annelerde teşvik edilmesine rağmen iyileştirme görülmemiş olan IYCF ve maternal beslenmesindeki üç gösterge “(1) sadece anne sütü ile beslenme, (2) tamamlayıcı beslenme sırasında demirden zengin besinlerin sağlanması ve (3) hamilelik sırasında fazladan öğün tüketmek” incelenmiştir. Çocuklarını 6 aya kadar yalnızca anne sütü ile beslemeyen annelere, bunun nedenleri sorulduğunda cevap olarak bebeklerinin sadece anne sütünden tatmin olmayışını, yeterli miktarda anne sütü salgılayamadıklarını, bebeğin yeterli miktarda anne sütünü emmediğini söyledikleri

¹ Bariyer Analizi, hedef grubun tercih edilen bir davranışı benimsemesini engelleyen faktörleri ve aynı zamanda davranışı benimsemeyi kolaylaştıran veya motive eden faktörleri belirlemek için kullanılan hızlı bir değerlendirme aracıdır.

görülmüştür. 6-23 aylık bebeklerin, haftada en az üç gün demir bakımından zengin gıdalarla beslenmesi incelendiğinde, katılımcılar, bu gıdaların yüksek fiyatları ve gıda satın almaları için gerekli kaynaklardan yoksun olmaları sebebiyle, çocuklarını demir zengini gıdalarla beslemelerinin zorlaştığını bildirmiştir. Çocuklarını demir bakımından zengin gıdalarla beslemeyen annelerin bir diğer açıklaması ise hangi gıdaların demir açısından zengin olduklarını bilmedikleri olmuştur. Hamilelik dönemlerinde ekstrasdan öğün tüketmeyen adolesanlar; stresli durumlarının ve kötü psikolojik koşullarının, yemek yedikten sonra hasta hissetmelerinin ve yeterli paralarının olmamasının ekstra öğün tüketmelerine engel teşkil ettiğini belirtirken; ekstra öğün tüketen adolesan hamileler ise aile desteğinin bu davranışı pozitif yönde etkilediğinin altını çizmiştir.

Yetersiz beslenmeye sebep olan yanlış çocuk ve anne beslenme uygulamalarını anlamak ve etkili müdahale önerileri sunmak için Suriye içinde, bilgi, tutum ve davranış araştırması yapılmış (16) ve Suriyeli anneler arasında doğru IYCF beslenme davranışları bilgisinin çok az olduğu görülmüştür. 2017'de yapılan bu araştırmaya göre doğumdan sonraki 1 saat içinde emzirmeye başlama oranı %38, prelaktal beslenme oranı %73, ve 6 aydan küçük bebeklerde yalnızca anne sütüyle besleme oranı %31 olarak bulunmuştur. 12-15 aylık bebeklerde bakılan 1 yıla kadar beslenme oranı %72, 20-23 aylık bebeklerde bakılan 2 yıla kadar beslenme oranı ise %37 olarak bulunmuştur; ancak bu iki göstergenin hesap edilme şekli 2021 yılında değiştiği için dikkatle ele alınmalıdır. Bunun yanında; 0-23 aylık bebeklerdeki biberon ile beslenme oranı %34 ve emzik kullanma oranı %30 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, 6-23 ay yaş aralığındaki çocuklarda, yedi besin grubundan dört veya daha fazla besin grubu tüketme oranı (MDD) %57, Minimum öğün sayısı (MMF) %44, Minimum kabul edilebilir diyet (MAD) değeri %32 olarak bulunmuştur. Alandaki doğru uygulamaları artırmak için: Sağlık ve Beslenme personellerinin kapasitesinin IYCF danışmanlığında geliştirilmesi, toplumdaki çocuklarla ilgilenen tüm kesimde farkındalık çalışmalarının yapılması, konuyla ilgili paydaşlarla işbirliği, beslenme programlarının alandaki diğer projelere entegre edilmesi, savunuculuk faaliyetleri ve kültüre uygun iletişim ile stratejik davranış değişikliğinin sağlanması, araştırmada verilen öneriler arasında bulunmaktadır.

2018 yılında, hem Türkiyeli hem de Suriyeli mülteci nüfusu ile yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (17), anne ve çocuk beslenmesinde önemli göstergeleri incelemiştir. Antropometrik ölçümlere göre; 5 yaşından küçük Suriyeli çocuklar arasında bodurluk (Yaşa göre boy, kronik yetersiz beslenme göstergesidir) oranının %17 ve ciddi bodurluk oranının %6; Türkiyeli çocuklar arasında bodurluk oranının %6, ciddi bodurluk oranının % 1,5 olduğu gösterilmiştir. Beş yaşından küçük çocuklarda aşırı zayıflık(boya göre ağırlık-akut beslenme yetersizliği göstergesidir) oranının hem Suriyeli, hem Türkiyeli çocuklar arasında %2'den az olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, 2 yaş altı Türkiyeli çocukların %98' inin, Suriyeli çocukların da %94' ünün hayatının bir döneminde emzirildiği gösterilmiştir. Türkiyeli yenidoğanların %42' sinin, Suriyeli yenidoğanların ise %24' ünün tavsiyelerin aksine prelakteal (Emzirme öncesi) olarak beslendiği görülmüştür. Erken emzirmeye başlama göstergesi olan yenidoğanın doğumu takiben bir saat içinde emzirme oranı Türkiyeli bebeklerde %71, Suriyeli bebeklerde %73'tür. 6 aydan küçük Türkiyeli bebeklerin %41' inin yalnızca anne sütüyle beslendiği, bu oranın Suriyeli bebeklerde %52 olduğu tespit edilmiştir. Annelerin antropometrik ölçümlerine dayanan verilere göre 15-49 yaşlarındaki Türkiyeli kadınların %4'ü, Suriyeli kadınların %3'ü çok zayıftır. Kadınların yarısından fazlası (Türkiyeli %59 ve Suriyeli %60) fazla kilolu veya şişmandır.

WFP tarafından 2020'de yayımlanan mülteci nüfusun kırılganlık seviyesini ölçen Kapsamlı Hassaslık İzleme Çalışmasına (18) göre Türkiye'deki sığınmacı popülasyonunda gıda güvencesi, yaşam standartlarından sonra en fazla koşulları kötüleşen grupta yer almaktadır. Türkiye'deki Sığınmacı Nüfusunun %48' inin, kendilerini gıda güvencesi açısından yoksun hissettikleri ve %44'ünün (1.8 milyon), yeterince yiyecek satın alamadıkları için gıdayla ilgili başa çıkma stratejilerine başvurmak zorunda kaldıkları bildirilmiştir. En yaygın başa çıkma stratejisinin, daha az tercih edilen ve daha ucuz gıdaya yönelim olduğu görülmüştür. Ayrıca, gıda fiyatlarındaki artışın, gıda tüketimindeki nicelik ve nitelik olarak etkisini ölçen göstergeye göre, sığınmacı hanhalklarının %21' inin, toplam gelirlerinin %65' inden fazlasını gıdaya harcadıkları bildirilmiştir. Sığınmacı popülasyonunda gıda güvencesinin tatmin edici bulunmasına rağmen, 120 000 nüfusa tekabül eden %3 lük

nüfusun kabul edilemez gıda tüketim skoru bulunduğu ve bu grubun temel ihtiyaçlarını karşılaması için yardıma muhtaç olduğu gösterilmiştir. Hanenin gıdayı alacak alım gücü olmadığı; adapte ettikleri “Geçim kaynağı başatme stratejilerine” bakıldığında; %43’ünün stres seviyesinde olduğu (Gıda almak için borç para almak, veya varlıkları satmak gibi), %15’inin kriz stratejileri geliştirtirdiği (Gıda olmayan harcamaları azaltma, çocuğu okuldan alma ve işe gönderme gibi) ve %1.2’si olan 48 000 mülteci nüfusunun da acil durum stratejileri(evden taşınmak, riskli işlerde çalışmak, çocuğu evlendirmek, dilenmek gibi) ile ayakta kaldığı tespit edilmiştir. Kadın tarafından yönetilen haneler ve Afgan mülteciler raporda ölçülen tüm göstergelere göre en hassas grup olarak nitelendirilmiştir. Özellikle hane reisinin kadın olduğu hanelerdeki çocuklar günde üçten az öğün tüketmekte ve bu hanelerde besin değeri yüksek (Sebze, et, yumurta, balık gibi) olan gıdalar daha az tüketilmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmanın eklerde gösterilen rehber kısmı literatür çalışması ile uluslararası rehber, protokol ve standartların taramasına dayanmaktadır. İnsanı yardım sisteminin yazımında; Sphere rehberi, BM İnsani Yardım Koordinasyon Dairesi (OCHA), Kuruluşlararası Daimi Komite (IASC), Global Beslenme Kümesi ve T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) gibi uluslararası ve ulusal insanı yardım koordinasyonundan sorumlu başlıca kurumların çıkardıkları kaynak ve rehberlerden yararlanılmıştır. Beslenme ve Gıda Güvencesi değerlendirme tip ve göstergeleri için; WHO, UNICEF, WFP, FAO, UNHCR gibi önde gelen Birleşmiş Milletler kurumlarının rehberlerinin yanı sıra yetersiz beslenmede uluslararası arenada kabul edilen SMART Metodolojisi (1), gıda güvencesi göstergeleri için Tufts üniversitesi INDDX projesi kaynaklarından, ve tüm göstergeler için USAID'in çıkarmış olduğu rehber ve kaynaklardan yararlanılmıştır. Acil durumlarda müdahale yöntemlerinde yine Birleşmiş Milletler kaynakları; World Vision, Care, Save the Children, ACF gibi uluslararası Sivil Toplum Kuruluşlarının kaynakları; Emergency Nutrition Network (ENN), Global Nutrition Cluster gibi platformlardaki rehber ve kaynaklardan ve araştırmacının kendi yönettiği insanı yardım proje deneyimlerinden yararlanılmıştır.

Gaziantep ve Hatay illerinde yaşayan Suriyeli sığınmacı ve Türkiyeli yerel halkların besin güvencesi ve beslenme değerlendirmesi için yapılan pilot proje kısmı sahada yapılan anket çalışmasına dayanmaktadır. Anket çalışması; Welthungerhilfe Derneği'nin kaynak sağlanmasıyla, Ocak-Mart 2021 tarihleri arasında Gaziantep ve Hatay illerinde yapılmıştır. Bu araştırmanın gereç ve yöntemleri aşağıda ayrıntılı olarak anlatılmaktadır.

3.1. Örneklem

Bu çalışmada, iki aşamalı küme örnekleme uygulanmıştır. Mahalle, birincil örnekleme birimi ve hanehalkı, ikincil(temel) örnekleme birimi olarak alınmıştır. İlk aşamada anket yapılacak hanelerin seçildiği kümelerin rastgele dağılımını

sağlayabilmek için büyüklükle orantılı olasılık (PPS- proportional-to-size) kullanılmıştır. Anket çalışmasının yapıldığı Gaziantep ve Hatay illeri 24 ilçeden oluşmaktadır ve bu ilçelerden koruma altındaki Suriyelilerin yoğun olarak yaşadığı 13 ilçe örneklem evreni olarak seçilmiştir. Bu ilçelerden rastgele mahalle seçimi ENA (Emergency Nutrition Assessment) yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Bu yazılım acil durumlarda Beslenme anketleri için kullanılan SMART Metodolojisi (19) için tasarlanmıştır. İkinci aşamadaki hane seçimi, sahada yürüme kuralları kullanılarak rastgele seçilmiştir.

3.1.1. Örneklem büyüklüğü

Örneklem büyüklüğü hem Suriyeli hem Türkiyeli hanehalkları için farklı hesaplanmıştır. İki nüfus grubu için hem hanehalkı düzeyinde gıda güvencesi, hem de 0-23 aylık çocuklar arasından bebek ve küçük çocuk parametreleri (IYCF= Infant and Young Children Feeding) için örneklem hesaplaması yapılmıştır. IYCF parametreleri içinde, n prevalansı da bilindiği için, “Erken Emzirmeye başlama” göstergesi kılavuz olarak alınmıştır

Örneklem büyüklüğü hesaplamalarında, afet durumlarında kullanılan çeşitli rehberler baz alınmıştır ve aşağıdaki denklemler SMART rehberinde yer almaktadır. Örneklem hesaplaması Tablo 1’de yer almaktadır.

$$n = z^2 \times (p \times q) / d^2 \times$$

n = Örneklem büyüklüğü
z = 2.045 (Küme örneklemede % 95 güven aralığına bağlı olan sabit değer)
p = Beklenen Prevelans (1’in kesri) -Estimated Prevalance
q = 1-p
d = İstenen kesinlik (Desired Precision)
DEFF = Tasarım Etkisi (Design Effect)

Örneklem büyüklüğünün çocuk sayısından hane sayısına dönüştürülmesi.

$$n(\text{hanehalkı}) = n(\text{çocuk}) / (\text{ortalama hanehalkı sayısı} \times \% \text{ çocukların nüfusa oranı} \times 0,9)$$

Tablo 1 Örneklem Hesaplaması

Parametre	Emzirmeye Erken Başlanması (0-23 Aylık Çocuklar)		Hanehalkı Gıda Güvencesi		Kaynak/Varsayım
	Suriy eli	Türkiy eli	Suriy eli	Türkiy eli	
Tahmini Prevelans (%)	%73	%71	%50	%50	Emzirmeye Erken başlama prevelansları 2018 TNSA'dan(17) alınmıştır. Gıda güvencesinde prevelans bulunmadığı için SMART klavuzuna göre en yüksek örneklem büyüklüğüne ulaşmak için %50 olarak alınmıştır.
Güven Aralığı (%)	%95	%95	%95	%95	SMART Kılavuzuyla uyumlu
± İstenen Kesinlik	%10	%10	%10	%10	CARE IYCF örnekleme kılavuzuna (20) dayalı kesinlik
Tasarım Etkisi	1.5	1.5	1.5	1.5	İki aşamalı küme örneklemede alınan değer (SMART)
Örneklem Büyüklüğü- Çocuklar	124	129	-	-	
Ortalama Hane Halkı Büyüklüğü	6.0	4.1 (Gazian tep) 3.8 (Hatay)	-	-	2018 Türkiye TNSA verilerine göre Suriyelilerin ortalama hane büyüklüğü. Türkiye İstatistik Kurumu(TUİK) 2019 tahminlerinden Türkiye'deki ortalama hane büyüklüğü
2 yaş altı çocukların toplam nüfusa oranı (%)	% 5.5	%4.0	-	-	Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün Suriyeli haneler için 5 yaş altı çocukların %13,8 ve 5 yaşın altındaki çocukların %10,0 olduğu tahminlerine göre 2 yaş altı çocuklar orantısal olarak hesaplanmıştır. ¹
Örneklem Büyüklüğü- Hanehalkı	414	886	157	157	

¹ 5 yaş altındaki Suriyeli çocuk oranının hesaplanması : % 13,8 /60 ay* 24 ay = 5.5%

Emzirmeye erken başlama göstergesine göre 124 Suriyeli ve 129 Türkiyeli çocuğa ihtiyaç olduğu hesaplanmıştır. Bu çocuk sayısına ulaşmak için ortalama hanehalkı büyüklükleri kullanılarak en az 886 Türkiyeli ve 414 Suriyeli haneye ihtiyaç olduğu hesaplanmıştır. Bu nedenle, tüm göstergelerde yeterli örneklem büyüklüğünü sağlamak için en büyük örneklem büyüklüğü (886 hane) seçilmiştir. Eşit sayıda Suriyeli ve Türkiyeli hane halkının anlamlı karşılaştırmalar yapılması istenildiği için örneklem sayısı 900 Suriyeli ve 900 Türkiyeli hane halkı olarak belirlenmiştir. Gıda güvencesi anketi 1800 hanenin tamamında gerçekleştirilirken, IYCF anketi yalnızca 2 yaşından küçük çocukları olan hanelerde gerçekleştirilmiştir.

Toplam küme sayısı SMART klavuzu baz alınarak bir günde yapılabilecek anket sayısına göre hesaplanmıştır. Her küme başına yaklaşık 16 anketin uygulanabileceği tahmin edilmiştir. Toplamda 1.800 hane ve küme başına 16 hane örneklem büyüklüğü göz önüne alındığında, toplam 112 kümede anket yapılması uygun görülmüştür (1800 hane/ 16 günlük anket sayısı). Hesaplama Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2 Bir Kümede Yapılacak Günlük Anket Sayısı Hesaplama

Aktivite	Zaman- Dakika
Toplam çalışma süresi (09: 00-19: 00)	600
Seyahat süresi	60
Öğlen arası	60
Her HH'daki ortalama süre	25
HH'lar arasında yolculuk süresi	5
Günlük anket yapılan hane sayısı	16 600-60-60 7 (25+30)

3.1.2. Birinci aşama örnekleme - kümelerin seçimi

Gaziantep ve Hatay İllerinin ilçe düzeyinde Suriyeli ve Türkiyeli nüfus tahminleri mevcut iken mahalle düzeyinde sadece Türkiyeli nüfusu mevcuttur. Mahalle düzeyinde Suriyeli nüfus mevcut olmadığından, ilçe düzeyindeki Türkiyeli/Suriyeli oranları kullanılarak; o ilçedeki mahallelerin Suriyeli hane sayısı tahmin edilmeye çalışılmıştır. Suriyeli nüfusun %20 olması ve Türkiyeli hanelerinin daha erişilebilir

olması sebebiyle; SMART'ın ENA yazılımına yalnızca mahalle düzeyinde tahmin edilen Suriyeli nüfusu girilmiştir. Örneklem evrenini oluşturan 13 ilçe içinden 112 küme ENA yazılımı ile rastgele seçilmiştir. Yine rastgele seçilen yedek kümeler ise toplam kümelerin 10'una veya örneklem büyüklüğünün %20'sine ulaşamadığında etkinleştirilmiştir.

3.1.3. İkinci aşama örnekleme - hanehalkı seçimi

Hanehalkı listeleri halka açık olmadığı için, hane halkları mahallelerin bölümlere ayrılması ve saha yürüme kuralları uygulanarak rastgele seçilmiştir. Türkiye'deki mahalleler çok büyük olduğu için mahalleler çevrimiçi haritalar kullanılarak segmentlere ayrılmış ve bu segmentlerden biri rasgele sayı üretici yazılımı kullanılarak seçilmiştir. Segment seçildikten sonra; ekipler hangi yöne gideceklerini belirlemek için rastgele sayı üretici kullanmış ve her üç binada bir anketi uygulamıştır. Okullar, kamu binaları ve ofisler; bu üç bina kuralının dışında tutulmuştur. Ekip, binadaki daire sayısını rastgele sayı üreticiye girerek anket yapacağı kapı numarasını rastgele seçmiştir.

Tüm hanelere gıda güvencesi ve geçim kaynakları soruları sorulurken, IYCF ve anne beslenme soruları sadece hanede 0-23 aylık bebek varsa annesine sorulmuştur. Bir hanede birden fazla anne veya 0-23 aylık bir çocuğun bakıcısı varsa, biri rastgele seçilmiştir. Seçilen anne veya bakıcının 0-23 aylık birden fazla çocuğu varsa, tüm çocukları IYCF soruları için uygun kabul edilmiştir.

3.2. Saha Çalışması

Anket çalışması; insanı yardım çalışmalarında sıkca kullanılan ve soru formlarını dijitalize ederek data toplamaya yarayan KOBO uygulaması (21) ile sağlanmıştır. Tüm anket ve kodlaması KOBO uygulamasına girildikten sonra; en doğru anket uygulamasına erişene dek pilot anket yapılmıştır.

Bu anketin fonlamasını yapan Welthungerhilfe'nin servis tedarikçisi aracılığıyla 24 kişilik Türkçe ve Arapça konuşan bir saha ekibi oluşturulmuştur. Anket ve Kobo uygulaması kullanımı, saha davranış kuralları, saha yürüme kuralları, COVID-19 önleyici tedbirler konularında Türkçe ve Arapça olarak eğitimler verildikten sonra pilot saha çalışması yapılmış, sonuçlar incelenmiş ve değerlendirme yapılmıştır. Arapça ve Türkçe konuşan ve 2 kadın, 1 erkekten oluşan üçerli takımlar oluşturularak saha çalışmasına başlanmıştır. Bu çalışma COVID-19 pandemi sırasında yapıldığı için, tedbirlere çok dikkat edilmiş ve özenle gözlemlenmiştir. Bunlar arasında katılımcılara maske sağlanması, dezenfektan kullanımı, sosyal mesafe, günlük ateş kontrolü, saha çalışanlarının semptom kontrol listesinde belirtilen semptomlar için tüm akşam kontrolü yer almıştır.

3.3. Veri Geçerliliği Kontrolü ve Analizi

Saha çalışması boyunca; soruların doğru sorulduğundan, yürüme kurallarına uyulduğundan ve COVID-19'a karşı önleyici tedbirlerin uygulandığından emin olmak için tüm ekipler izlenmiş ve denetlenmiştir. Ayrıca anketlerin saha personeli tarafından gerçekleştirildiğinden emin olmak için anketi cevaplayanların %5' i geri aranmıştır. Bu geri aramalar; anketin yapıldığını, saha personelinin profesyonel bir şekilde davrandığını ve yanıtlayanın herhangi bir şikayeti olmadığını kontrol etmek için yapılmıştır.

İlk hafta yapılan saha izlemesi ve data analizi sonucunda bir ekibin işine son verilmiş ve yaptıkları tüm anketler iptal edilmiştir. Çalışmaya ara verilip, bir değerlendirme yapılmış, yeni ekip alınmış ve bir ara eğitim daha verilmiştir. Veriler MS excel'e indirilmiş, haftalık olarak incelenmiş, temizlenmiş ve analiz edilmiştir.

3.4. Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma sadece Gaziantep ve Hatay illerinde yapıldığı için, tüm Türkiye'yi temsil eden bir çalışma değildir. İki ilden ilçelerin seçimi Suriyeli nüfusu yoğunluğuna göre yapıldığı için, bu ilçelerdeki mahalleler rastgele seçilmiştir. Bu yüzden iki topluluk

arasındaki etkileşim sonuçları etkileyebileceğinden, sadece Türkiyeli nüfusunun olduğu bölgeleri ayrıca incelemek gerekmektedir. COVID-19 pandemisi nedeniyle, red oranı artığı saha çalışması da uzamıştır. Suriyeli nüfus verilerinin kamuya açık olmaması nedeniyle, mahallerdeki Suriyeli nüfusu ilçelerdeki Suriyeli-Türkiyeli nüfus oranlarına göre belirlenmiştir. Saha çalışmaları yapılırken, sahada yeni alınmış personelin etik olmayan davranışları nedeniyle 4 saha personelin işine son verilmiştir. Bu nedenle yapılan anketlerin iptal edilmesi, yeni personelin alınması ve eğitilmesi gerekmiş, ya bu da yine sahanın uzamasına neden olmuştur.

4. BULGULAR

Pilot proje için erişilen bulgular aşağıda anlatılmaktadır.

4.1. Ulaşılan Anket Sayısı

Anket çalışması; toplam 112 kümede 900 Suriyeli ve 900 Türkiyeli hanesini değerlendirecek şekilde planlanmıştır. Bununla birlikte, yeterli Türkiyeli bebek ve çocuk örneklem büyüklüğüne ulaşmak için, 5 yedek küme kullanılmıştır. Büyük ölçüde COVID-19 ile ilgili endişelerden dolayı %31 gibi yüksek bir çoğunluktan ret cevabı alınmıştır, %18’de evde bulunamamıştır. Türkiyeli hanelerde ret oranıyla daha çok karşılaşmıştır. Ancak saha ekibinin yeterli olması ve toplam anket sayısı üzerinden servis kontratı yapılması sebebiyle Tablo 3’de detaylandırıldığı gibi, planlanandan daha fazla anket sayısına ulaşılmıştır.

Tablo 3 Planlanan ve Ulaşılan Anket Sayısı

	Planlanan	Ulaşılan	% Ulaşılan/ Planlanan
Küme	112	117*	% 104
Suriyeli Haneler/ Gıda Güvencesi	900	963	% 107
Türkiyeli Haneler// Gıda Güvencesi	900	910	% 101
Suriyeli bebek ve küçük çocuklar (0-23 ay) /IYCF	124	252	% 203
Türkiyeli bebek ve küçük çocuklar (0-23 ay) /IYCF	129	133	% 103

* Türkiyeli bebek ve küçük çocuklar için örneklem büyüklüğüne ulaşmak için 5 yedek kümede çalışmalar yapılmıştır.

4.2. Hanehalkı Demografik Yapısı

Bu çalışmada; toplamda 963 Suriyeli, 910 Türkiyeli haneden veri toplanmış ve 9445 hanehalkı üyesine (5555 Suriyeli ve 3890 Türkiyeli) ulaşılmıştır. En çarpıcı farklılık 18 yaş altındaki çocuk oranında gözlenmiştir. Suriyeli hanelerde çocuk oranı (%51) iken Türkiyeli hanelerinde (%38) olarak tespit edilmiştir. Ortalama hane halkı büyüklüğü de Suriyeli hanelerde (5,8 kişi); Türkiyeli hanelerine (4,3 kişi) göre daha yüksektir.

Haneler ayrıca hassas gruplar açısından da değerlendirilmiştir. Suriyeli ve Türkiyeli ailelerinde eşit oranda kronik hasta (%38) ve benzer oranda engelli (Sırasıyla %9 ve %11) birey bildirilmiştir. Suriyeli hanelerin %9'u ve Türkiyeli hanelerin %3'ü; en az bir hane üyesinin yetim olduğunu bildirmiştir.

Son olarak, hane halkı bakmakla yükümlü olunan kişilere karşı gelir elde eden (çalışan) hane halkı üyelerinin oranını anlamak için haneler değerlendirilmiştir. Anket sırasında çalışan hane üyelerinin ortalama sayısı ;Suriyeli hanelerde (1,14 kişi); Türkiyeli hanelere (0,97) göre daha yüksek; yine bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı, Suriyeli hanelerde (4,63 kişi) Türkiyeli hanelere (3,31 kişi) göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Bu verilere göre de ortalama bağımlı nüfus oranının Suriyeli hanelerde (4,02) Türkiyeli hanelerine (2,98) göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Hanelerin demografik yapısı Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4 Türkiyeli ve Suriyeli Ailelerin Demografik Yapısı

Hanehalkı Demografisi	Suriyeli (n=963)	Türkiyeli (n=910)
Toplam Hanehalkı sayısı	5555	3890
18 yaş altı çocuk sayısı	%51 (2797)	%38 (1439)
Erkek hane reisi	%91 (872)	%85(778)
Ortalama hane büyüklüğü	5.8	4.3
Hane reisinin ortalama yaşı	42	47
Bir veya daha fazla yetim hane üyesi	%9 (84)	%3 (26)

Bir veya daha fazla engelli hane üyesi	%9 (90)	%11 (98)
Bir veya daha fazla kronik hastalığı olan hane üyesi	%38 (366)	%38 (350)
Çalışan hanehalkı üyelerinin ortalama sayısı	1.14	0.97
Hane halkının bakmakla yükümlü olduğu ortalama kişi	4.63	3.31
Ortalama bağımlı nüfus oranı ¹	4.02	2.98

4.3. Gıda Güvencesi

4.3.1. Gelir ve ekonomik durum

Tüm hanelere son 3 aydaki ortalama gelirleri sorulmuştur. En yüksek dağılım , Suriyeli hanelerde %44 ve Türkiyeli hanelerde %52 ile 1500-3000 TL gelir aralığında görülmüştür. Bu aralığı takiben en sık görülen gelir grubu 1500 TL olmuştur ve Suriyelilerin %27'si ve Türkiyelilerin %22 'si bu kategoriye girmiştir.

Hanelere ayrıca herhangi bir yardım alıp almadıkları sorulmuştur. Suriyeli hanelerin %58'i belirli bir yardım alırken bu durum Türkiyeli ailelerde %27 olarak tespit edilmiştir. Alınan yardım türleri sorulduğunda; Suriyeli hanelerin yarısından fazlasının (%52) Kızılay - SUY kartı ile nakit para yardımı aldığı tespit edilirken, Türkiyeli hanelerin arasında en büyük yardım kategorisini %15 ile kömür/yakıt yardımı almaktadır. Yiyecek yardımının çok düşük olması da dikkat çekmiş; sadece 1 Suriyeli hane ve 8 Türkiyeli hane gıda yardımı aldığını bildirmiştir.

Suriyeli ve Türkiyeli hanelerin nakit yardımlarını nasıl harcadıklarıyla ilgili sorular sorulmuş ve farklılıklar kaydedilmiştir. Suriyeli hanelerin %92' si nakit yardımını kira ödemeye, %37' si yiyeceğe ve %10' u borç ödemesine harcamıştır. Türkiye'deki hanelerin %76' sı nakit yardımını gıda satın almak için, %60'ı kira

¹ Bağımlı nüfus, bir toplumda ekonomik olarak üretken olmayan nüfustur. Kendileri çalışmayıp, toplumdaki çalışanların ürettiklerini tüketen nüfus kitlesine bağımlı nüfus, bunların toplam nüfusa oranına ise bağımlılık oranı veya bağımlı nüfus oranı denir.

ödemek ve %50'si hijyen malzemeleri satın almak için harcamıştır. Bununla birlikte, gıda harcamaları, Suriyeli haneler arasında 2. öncelik, Türkiyeli haneler arasında birinci önceliklidir. Ayrıntılar Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5 Hanehalkının Nakit Yardımları Harcama Kalemleri

Harcama kalemleri	Suriyeli (n=507)		Türkiyeli (n=62)	
	n	%	n	%
Kira, barınak onarımı, ev eşyası, fatura	467	%92	37	%60
Gıda	188	%37	47	%76
Hijyen malzemesi, kıyafet	31	%6	31	%50
Borç geri ödemesi	49	%10	5	%8
Su	34	%7	11	%18
Yakacak odun-kömür / yemek pişirmek veya ısınmak için yakıt	24	%5	13	%21
Sağlık maliyetleri (ilaçlar dahil)	14	%3	13	%21
Eğitim masrafları	12	%2	2	%3
Geçim kaynağı faaliyeti için giderler(ör: tohum, aletler..)	7	%1	2	%3
Tasarruf etme veya bir kısmını diğer yakınlarla verme	2	%<1	0	%0
Diğer Harcamalar	1	%<1	1	%2

Hanelere, temel hane ihtiyaçları da sorulmuştur ve Suriyeli hanelerin %64' ünün, Türkiyeli hanelerin %38' inin bu temel ihtiyaçları karşılayamadıkları bildirilmiştir. Hanelerin karşılayamadığı belirli temel ihtiyaç kategorileri de incelenmiştir. Suriyeli hane halklarının, tüm gelir kategorileri arasında ilk önce kirayı ve sonra da gıda ihtiyaçlarını karşılayamadığı görülmüştür. Türkiye'deki hanehalkları arasında, ilk önce gıda, sonra kira ve hijyen malzemeleri karşılanmamış ihtiyaçlar olarak gösterilmiştir.

4.3.2. Başa Çıkma Stratejileri ve İndirgenmiş Başa Çıkma Stratejisi Endeksi (rCSI)

Başa Çıkma Stratejisi (CSI) (22), bir hanehalkının yeterli yiyeceği veya yiyecek almak için yeterli parası olmadığında hangi başa çıkma yöntemleri kullandığını değerlendiren bir gıda güvencesi göstergesidir.

Son 4 hafta içinde başvuru stratejilere bakıldığında; Suriyeli hanelerin %53'ünün ve Türkiyeli hanelerin %50' sinin, gıda ihtiyaçlarını karşılamak için temel ihtiyaç kalemlerini azaltma eğiliminde olduğu gözlenmiştir. Tablo 6'da gösterildiği gibi, haneler ihtiyaçları karşılamak için temel ihtiyaçlarını azaltmak yanında; borç para aldıklarını (%58 Suriyeli, %33 Türkiyeli haneler) ve kira/ borç ödemelerini ertelediklerini (%55 Suriyeli, %43 Türkiyeli haneler) belirtmişlerdir.

Tablo 6 Son 4 Hafta İçinde Başa Çıkma Stratejilerini Uygulayan Hanehalkı Oranı (106)

Başa Çıkma Stratejileri	Suriyeli (n=963)		Türkiyeli (n=910)	
	n	%*	n	%
Para için riskli faaliyetlerde bulunma	11	%1	7	%1
Alınan yardımların satışı	42	%4	14	%2
Evden bir kişiyi uzakta çalışmaya gönderme	44	%5	28	%3
16 yaşın altındaki hane halkı üyelerini çalışmaya gönderme	81	%8	19	%2
Bir çocuğu okuldan alma	117	%12	11	%1
Daha düşük kaliteli bir barınağa geçme	101	%10	34	%4
Varlık satma	138	%14	84	%9
Borç para alma	560	%58	301	%33
Kira / borç ödemelerini atlama	530	%55	388	%43
Temel ihtiyaç harcamalarını azaltma	511	%53	454	%50

* Birden fazla başa çıkma stratejisi seçilebildiğinden, toplamlar % 100'ün üzerindedir

Haneler ayrıca beş farklı başa çıkma stratejisi sorularak Başa Çıkma Stratejileri Endeksi (rCSI) açısından değerlendirilmiştir. Suriyeli hanelerin %21'i ve Türkiyeli hanelerin %27'si, bu anketi gerçekleştirmeden önceki yedi gün içinde hanelerine yiyecek almak için yeterli yiyeceğe veya paraya sahip olmadıklarını bildirmiştir. Sonuçlar Tablo 7'de gösterilmektedir.

Tablo 7 Negatif Başa Çıkma Stratejilerini (rCSI) Uygulayan Hanehalkı Oranı

	Şiddeti	Suriyeli (n=961)		Türkiyeli (n=908)	
		n	%	n	%
Daha ucuz veya az tercih edilen yiyeceklere yönelme	1	200	%21	218	%24
Gıda ödünç alma veya bir tanıdıktan yardım alma	2	166	%18	85	%9
Öğün sayısını azaltma	1	157	%16	93	%10
Yenen porsiyonun büyüklüğünü azaltma	1	160	%17	90	%10
Çocukların yemek yiyebilmesi için yetişkinlerin tüketimini azaltması	3	137	%14	79	%9

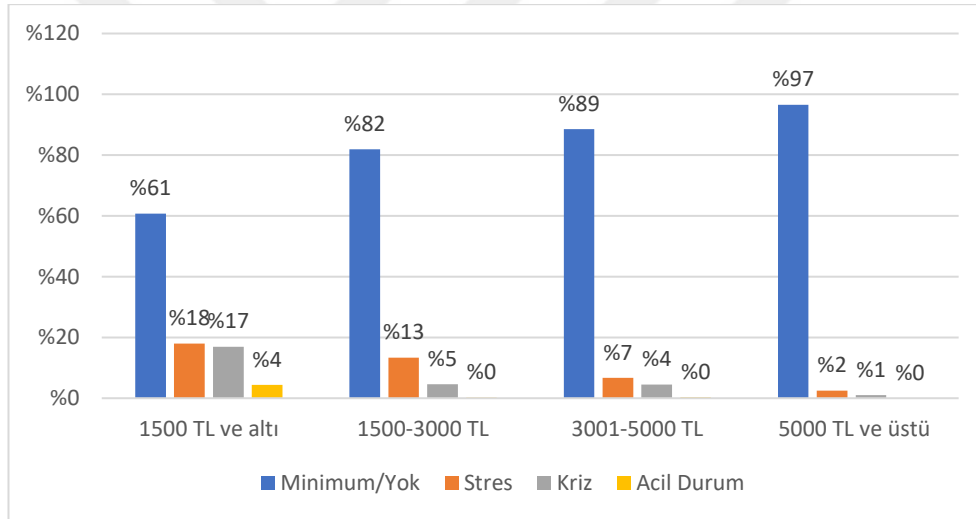
Sorulan beş soru için şiddet dereceleri belirlenmiş ve son 7 gün içinde belirtilen sıklıkla çarpılarak; endeks belirlenmiştir¹ Bu rCSI kategorilerine göre, Suriyeli hanelerin %11'i ve Türkiyeli hanelerinin %13'ünün stres eşiğini aştığı, Suriyeli hanelerin %8'inin ve Türkiyeli hanelerin %6'ının kriz durumunda olduğu ve Suriyeli ve Türkiyeli hanelerin %1'inin acil durumda olduğu belirlenmiştir. Negatif Başa Çıkma Strateji Endeks Sonuçları Tablo 8'de gösterilmektedir.

¹ rCSI kategori eşikleri minimum: 0-3, stres 4-18, kriz 19-42 ve acil durum 43+ olarak alınmıştır, https://fscluster.org/handbook/Section_two_rcsi.html

Tablo 8 Negatif Başa Çıkma Strateji Endeks Sonuçları

	Minimum/Yok	Stres	Kriz	Acil Durum
Suriyeli	%79	%11	%8	%1
Türkiyeli	%80	%13	%6	%1

Gelir yükseldikçe stres, kriz veya acil durum rCSI değerlerinin azaldığı Şekil 1’de görülmektedir. Suriyeli haneler söz konusu olduğunda, acil olarak sınıflandırılan tüm hanelerin (n = 14) en düşük iki gelir kategorisinde olduğu görülmüştür. Hem Suriyeli hem de Türkiyeli haneler arasında, en yüksek gelir kategorisinde hiçbir hane acil durum olarak kategorize edilmemiştir.



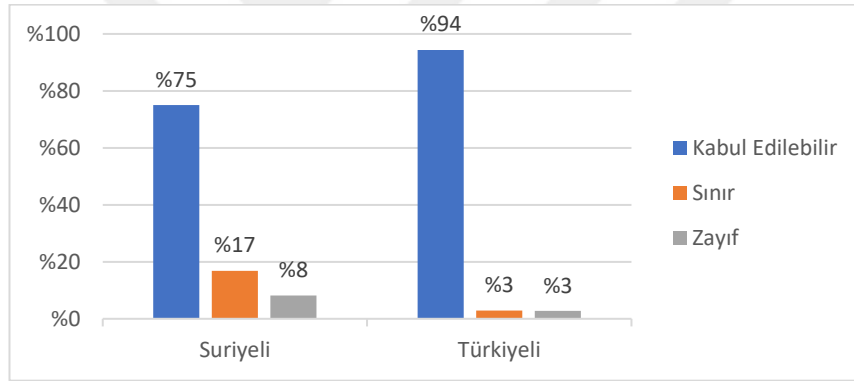
Şekil 1 Gelir Gruplarına göre Negatif Başa Çıkma Strateji Endeks Sonuçları

4.3.3. Gıda Tüketim Skoru (FCS)

Gıda Tüketim Skoru (FCS), WFP tarafından geliştirilen besin çeşitliliği ve gıda tüketim sıklığı kullanılarak ölçülen gıda güvencesi skorlarından biridir. FCS aynı zamanda hanehalkı düzeyinde besin çeşitliliğini ölçmekte de kullanılmaktadır. Bir hanehalkı değişkenidir ve hanedeki herhangi bir birey için gıda sıklığını veya çeşitliliğini ölçmez. Görüşmeden önceki yedi güne odaklanarak; evdeki kişilerin kaç gün belirtilen besin gruplarından yediği kaydedilir. Her besin kategorisine, besin

grubunun enerji ve makro ve mikro besin içeriğine bağlı olarak bir ağırlık verilir. Bu ağırlık, bir önceki hafta her besin grubundan yenilen gün sayısı ile çarpılır. Her besin grubu için alt puanlar daha sonra bir FCS üretmek için toplanır (23). FCS ne kadar yüksekse, besin çeşitliliği ve sıklığı o kadar yüksektir. Yüksek FCS, bir hanenin yeterli gıdaya ulaşma olasılığını artırır.

FCS analizinin sonuçları, aşağıdaki Şekil 2' de gösterilmektedir. Suriyeli hane halklarının (%75) Türkiyeli hane halklarına (%94) göre "Kabul edilebilir" düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Yine Suriyeli hane halklarının; sınırdaki (%17) ve yoksul kategorisinde (%3) grupların Türkiyeli'deki hanelere göre (Sırasıyla %3 ve %3) daha yüksek olduğu görülmüştür. Ortalama FCS puanı (Mümkün olan maksimum puan 105'tir.) Suriyeli hanelerde 56,6 ve Türkiyeli hanelerde 79,1' dir



Şekil 2 Gıda Tüketim Skoru (Şeker ve yağ grubu dahil)

FCS göstergesinin hesaplanmasında kullanılan ana ve alt gıda gruplarının tam listesi, kullanılan ağırlığı ve Suriyeli ve Türkiyeli hanelerin besin grupları tüketim ortalaması tablo 9'da gösterilmiştir. Bu sonuçlar, bazı besin gruplarında Suriyeli ve Türkiyeli hane halklarının benzer beslenme uygulamalarına sahip olabilmelerine rağmen, 18 gıda alt grubunun 15'inde Türkiyeli hanelerin gıdaları daha sık tükettiği (7 günlük hatırlamada tüketim ortalamalarının daha yüksek olduğu) görülmüştür. Sonuçlara göre, Suriyeli ve Türkiyeli hanelerin, tahıl grubunu hemen hemen her gün tükettiği (Son 7 günde sırasıyla ortalama 6.3 ve 6.6 gün), bakliyat grubunda (Sırasıyla 2.5 ve 2.4) ve yumurta hariç et grubunda benzer tüketim ortalamalarına sahip olduğu görülmüştür.

Tablo 9 Besin Grupları için Hanehalkı Tüketim Ortalamaları

#	Besin Grubu	Ağırlık	Suriyeli (n=963) Ortalama	Türkiyeli (n=910) Ortalama
1	Tahıllar, kökler ve yumrular	2	6.3	6.6
2	Bakliyat ve yağlı tohumlar			
2,1	Bakliyat	3	2.5	2.4
2.2.	Yağlı Tohumlar	3	0.7	1.9
3	Süt ve diğer süt ürünleri	4	4	5.9
4	Protein			
4,1	Sığır,koyun, tavuk... etleri	4	1.1	1.6
4,2	Sakatatlar	4	0.2	0.5
4,3	Balık ve deniz ürünleri	4	0.3	0.2
4,4	Yumurtalar	4	3	5.3
5	Sebzeler (herhangi biri)		4	5.4
5,1	A vitamini açısından zengin sebzeler ve yumrular	1	1.5	2.3
5,2	Koyu yeşil yapraklı sebzeler	1	3.3	4.8
6	Meyveler (herhangi biri)	1	2.2	4.2
6,1	A vitamini açısından zengin meyveler	1	0.7	0.8
7	Yağlar			
7,1	Bitkisel yağlar	0.5	5.2	6.6
7,2	Katı sıvı ve katı yağlar	0.5	5.6	6.7
8	Tatlılar	0.5	3.8	4.8
9	Baharatlar ve çeşniler		5.5	6.8
10	İçecekler		6.2	6.8

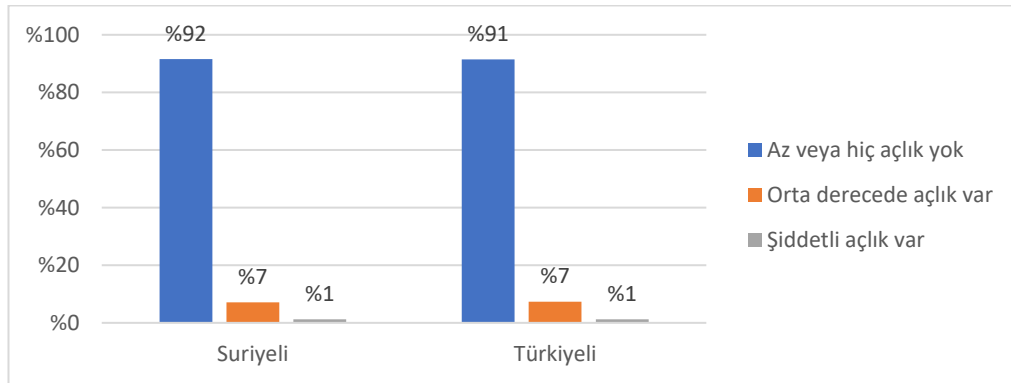
Son 7 günde ortalama gıda grubu tüketimi, Suriyeli ve Türkiyeli hanelerde gelir düzeyine göre değerlendirildiğinde; iki toplulukta da baklagiller, sebze, meyve, et ve balık ile yumurta gıda grupları bakımından, artan gelirle birlikte tüketimin artması

eğilimi görülmüştür. Suriyeli hanelerde süt ürünleri tüketimi gelire artarken Türkiyeli hanelerde gelirden bağımsız bir tüketim görülmektedir. Tahıllar, tatlılar ve yağlar bakımından daha karma sonuçlar elde edilmiştir.

4.3.4. Hane Açlık Skoru (HHS)

Hane Açlık Skoru (Household Hunger Scale- HHS) gıda güvencesinin olmadığı bölgelerde hanehalkı açlık düzeyini belirlemek için kullanılan bir göstergedir (24). Gösterge ölçümü için hanelere son 4 haftalık hatırlatmaya dayalı olarak 3 soru sorulmuştur. (1) Kaynak yetersizliği nedeniyle hanede yiyecek bulunmaması, (2) Herhangi bir hane üyesinin yiyecek eksikliği nedeniyle aç uyuması, (3) Herhangi bir üyenin yiyecek eksikliği nedeniyle bir gün ve bir gece hiç yemek yememesi. Cevap evetse, bu durumu kaç kez tekrarladığı sorulmuştur. Son 4 haftada bu davranışlar nadir (1-2 kez) veya arada (3-10 kez) tekrarlanıyorsa 1, sık sık (10'dan fazla) tekrarlanıyorsa 2 puan verilir ve sonuçlar toplanır. Toplanan sonuç değerleri 0-1 puan arasındaysa az veya hiç açlık yok, 2-3 puan arasındaysa orta derecede açlık var, 4-6 puan arasındaysa ciddi derecede açlık var olarak kodlanır.

Türkiye şartlarında bu skorun yüksek gelmesi beklenilmemiş ve Şekil 3'de gösterildiği gibi iki hanehalkının çok yüksek bir çoğunluğunda açlık durumu gözlenmemiş, sadece %7'lik hanede orta derecede açlık tespit edilmiştir.



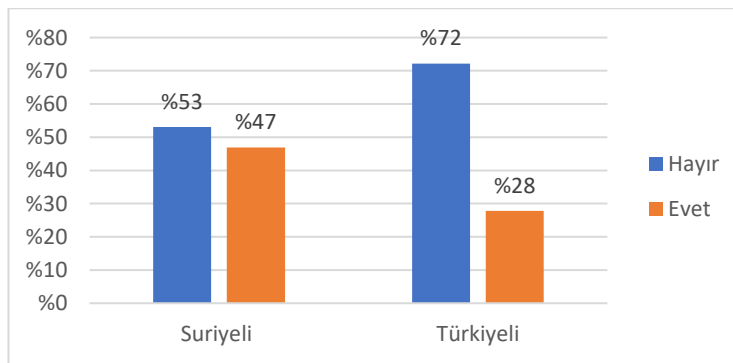
Şekil 3 Hane Açlık Skoru

4.4. Maternal Beslenme

Maternal Beslenme için kullanılan göstergelerin çoğu ya antropometrik ölçümlere (Düşük ağırlıklı kadın: Beden Kütle İndeksi =BKI <18.5 veya kilolu veya obez kadın: BKI \geq 25) veya laboratuvar ölçümlerine (Anemi oranı: hamile kadın hemoglobinin <11, hamile olmayan kadın hemoglobinin <12) g dayalı göstergelerdir (25). Yaptığımız çalışma hanehalkı gıda güvencesi ve IYCF indikatörlerine odaklandığı, aynı zamanda antropometrik ve laboratuvar ölçümleri bu çalışmada yapılmadığı için Maternal Beslenme için ölçülen göstergeler sınırlı tutulmuştur. Analiz yapılırken birden fazla çocuğa sahip olan annelerinin verisi bir kez alınmış ve toplam 374 annenin (241 Suriyeli, 133 Türkiyeli) verisi analiz edilmiştir.

4.4.1. Danışmanlık alan 0-23 aylık çocuk sahibi annelerin oranı

Bu göstergede 0-23 aylık çocuk sahibi olan annelere hamilelik veya emzirme dönemlerinde emzirme veya beslenme için herhangi bir destek / danışmanlık alıp almadığı sorulmuştur. Analiz sonuçlarına göre Türkiyeli annelerin %72'si, Suriyeli annelerin %53'ü böyle bir danışmanlık almadığını belirtmiştir (Şekil 4). Beslenme danışmanlığı almayan annelerin yarısından fazlası (% 57 Suriyeli, % 61 Türkiyeli), bu desteği alma şansları olduğu takdirde faydalı olacağını düşünmektedir.



Şekil 4 Hamilelik/Emzirme Döneminde Danışmanlık

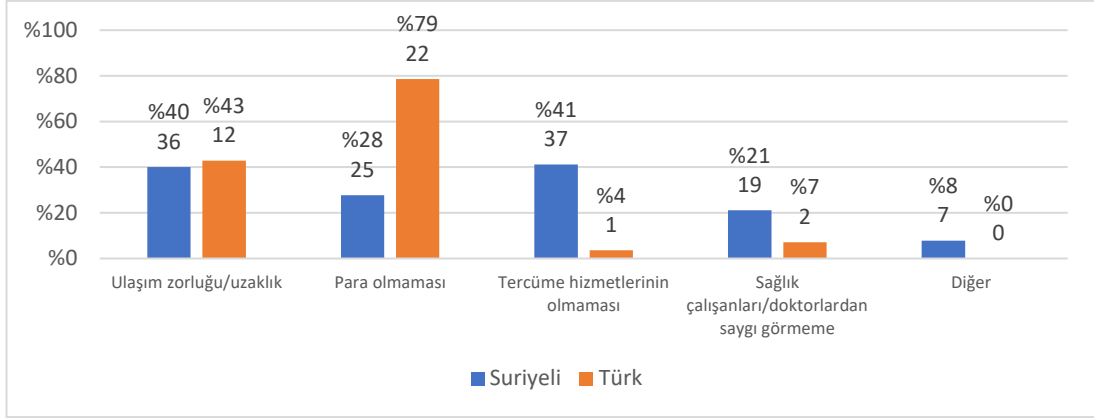
Destek veya danışmanlık alan annelere bu desteği nereden aldığı sorulduğunda; Suriyeli annelerin% 33'ü ve Türkiyeli annelerin% 59'u bunu bir sağlık veya beslenme

uzmanından aldığını belirtmiştir. Suriyeli anneler en çok aile üyelerinden (%51) destek alırken, Türkiyeli anneler diğer annelerden (%41) daha çok destek aldığını belirtmiştir. Alınan beslenme destek ve danışmanlığının kaynağı Tablo 10'da gösterilmektedir.

Tablo 10 Annelerin Aldığı Beslenme Destek ve Danışmanlığın Kaynağı

Destek veya Danışmanlık Kaynak Türü	Suriyeli (n=113)	Türkiyeli (n=37)
Sağlık veya beslenme personeli tarafından	% 33	% 59
Annelerin destek grubu tarafından	% 33	% 41
Aile üyesi tarafından	% 51	% 35
Başkaları tarafından	% 3	% 0
Alınan destek/ danışmanlık yardımcı olmuştur	% 97	% 97

Araştırmada, annelere, ziyaret edilen sağlık merkezlerinde emzirme odalarının ve bilgilendirici materyalin bulunup bulunmadığı sorulmuştur. Suriyeli katılımcıların %32'si ile Türkiyeli katılımcıların %8'i, ziyaret ettikleri sağlık merkezlerinde emzirmek için özel alan görmediklerini bildirmiştir. Ayrıca, Suriyeli katılımcıların %33'ü, ziyaret ettikleri sağlık kurumlarında emzirme, tamamlayıcı beslenme, aşılama takvimi veya çocuk gelişiminin izlenmesiyle ilgili herhangi bir bilgilendirici materyali fark etmediğini bildirmiştir. Bu oran, Türkiyeli katılımcılar arasında daha düşük (%9) bulunmuştur. Bunun en önemli nedeni sağlık merkezlerinde bilgilendirici materyallerin çoğunun Türkçe olması ve Suriyelilerin bu materyalleri okuyup anlayamaması olabilir. Sağlık erişimleri irdelendiğinde; Suriyeli katılımcıların %38'si ile Türkiyeli katılımcıların %21'i sağlık hizmetlerine erişimde engellerle karşılaştığını bildirmiştir. Bu engellerden en büyüğü iki toplum için de ulaşım zorluğu iken (%40 Suriyeli, %43 Türkiyeli) özellikle Suriyeli annelerde tercüme hizmetlerinin olmaması (%41 Suriyeli, %4 Türkiyeli) da zorluk olarak bildirilmiştir. Sonuçlar şekil 5'de gösterilmektedir.



Şekil 5 Annelerin Sağlık Hizmetlerine Erişiminde Karşılaştığı Engeller

4.4.2. Annelerin günlük tükettiği öğün sayısı

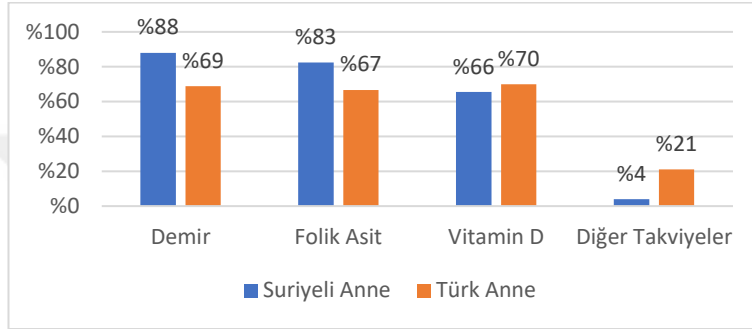
Annelere bir önceki gün kaç öğün tükettiği sorulduğunda; Suriyeli annelerin günde ortalama 2,4 öğün, Türkiyeli annelerin ortalama 2,8 öğün tükettiği gözlenmiştir. Günlük 3 öğünden az tüketen annelerin oranı; Suriyeli annelerde % 63 ve Türkiyeli annelerde %40 olarak tespit edilmiştir. Gelir düzeyi ve annelerin aldığı ortalama öğün sayıları karşılaştırıldığında, beklenildiği üzere pozitif bir ilişki gözlenmiştir ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) Sonuçlar Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11 Gelir Düzeyi ve Annelerin Tükettiği Günlük Ortalama Öğün Sayısı

Gelir Düzeyleri	Suriyeli (n=241)	Türkiyeli (n=133)
<1500 TL	2.2	2.5
1500-3000 TL	2.3	2.7
3001-5000 TL	2.6	2.7
>5000 TL	2.6	3.2
Korelasyon	0.1651	
P Değeri	0.001351	

4.4.3. Annelerin aldığı takviyeler

İki yaşından küçük çocuğu olan annelere, hamilelikleri veya emzirme dönemlerinde takviye alıp almadıkları sorulduğunda yüksek bir çoğunluğun (Suriyeli annelerin %83'ü ve Türkiyeli annelerin %68' i) takviye aldığı tespit edilmiştir. Kullanılan takviye türü Şekil 6'da gösterildiği üzere incelendiğinde iki toplulukta da Demir, Folik Asit ve Vitamin D'nin yüksek oranda kullanıldığı görülmüştür.



Şekil 6 Hamilelik ve Emzirme Döneminde Annelerin Aldığı Takviyeler

4.5. Bebek ve Çocuk (0-23 Ay) Beslenmesi (IYCF)

Bu bölümde toplam 385 anket yapılmıştır. Bunların 133'ü Türkiyeli çocuklar, 252'si Suriyeli çocuklar içindir. Bu araştırmada ölçülen göstergeler aşağıdaki gibidir ve gösterge ölçümünde UNICEF ve WHO'nun çıkardığı IYCF gösterge klavuzları baz alınmıştır (26,27).

- Emzirmeye Erken Başlanması
- Genel emzirme durumu
- Sadece anne sütüyle beslenme
- Karma Beslenme
- Biberonla Beslenme
- Devam eden beslenme
- Ek gıdaya geçiş
- Minimum Besin Çeşitliliği
- Minimum Öğün Sıklığı
- Minimum Kabul Edilebilir Diyet

4.5.1. Emzirmeye erken başlanması

IYCF ana göstergelerinden biri olan “Emzirmeye erken başlanması” son 24 ayda doğan bebekler arasından, doğumdan hemen sonraki 1 saat içinde emzirenlerin yüzdesidir. Annelere doğumdan sonra ne zaman emzirmeye başladıkları sorulduğunda; Suriyeli annelerin %54'i ile Türkiyeli annelerin %55'ü, doğumu takip eden ilk bir saat içinde yenidoğanı emzirmeye başladığını bildirmiştir. Her iki tahmin de 2018 TNSA'daki Suriyeli Anneler (%73) ve Türkiyeli anneler (%71) tahminlerinden düşük bulunmuştur. Ayrıca, doğumu takiben ilk günde emziren bebekler; Suriyelilerde %27, Türkiyelilerde %32 dir. Suriyeli bebeklerin %18'i ile Türkiyeli bebeklerin %12'si, doğumu takip eden ilk 1 günden sonra anne sütü ile beslenmeye başlamıştır. Sonuçlar Tablo 12’de sunulmaktadır.

Tablo 12 Emzirmeye Erken Başlama (0-2 yaş)

Doğumdan hemen sonra emzirme saati	Suriyeli	Türkiyeli	Toplam
1 saatten az	%54	%55	%55
1-23 saat arasında	%27	%32	%29
24 saatten fazla	%18	%12	%16

Prelakteal beslenme (Bebegin doğumu takip eden ilk 3 günde anne sütünden başka bir şeyle beslenmesi) sorulduğunda; iki yaşından küçük Suriyeli çocukların %41'i ile Türkiyeli çocukların %23'ünün prelakteal olarak beslendiği bildirilmiştir. Prelakteal olarak verilen sıvılar arasında, en sık verilen sıvının, Suriyeli bebeklerde şekerli su (%70), Türkiyeli bebeklerde ise bebek maması (%71) olduğu görülmüştür. Kimyon ve anason çayı aromalı sıvılar da Suriyeli bebeklere sıklıkla (%21) verilmiştir

Tablo 13 Doğumdan İtibaren İlk 3 Gün İçinde Bebeğe Sıvı Verilmesi (Prelaktal Beslenme)

Prelaktal Besleme	Suriyeli (n=252)	Türkiyeli (n=133)
Anne sütü dışında sıvı verilen	%41	%23
<i>Kullanılan Sıvılar</i>		
Bebek Maması	%21	%71
Şekerli su	%70	%23
Toz hâlinde veya taze hayvan sütü	%9	%3
Sade su	%7	%10
Diğer	%21	%0

Türkiyeli anneler, tüm OECD ülkeleri arasında en yüksek sezaryen doğum oranına (%53) sahiptir ve bu değerlendirmenin sonuçları (%25 Suriyeli, %53 Türkiyeli anneler) ve TNSA (2018) bulgularıyla tutarlıdır.

4.5.2. Genel emzirme oranı

0-23 aylık bebeklerin doğduğundan beri hiç emzirilip emzirilmediği sorulduğunda Suriyeli annelerin %94'ünün, Türkiyeli annelerin de %98'inin çocuklarını en az bir kere emzirdiğini belirtmiştir. Çıkan sonuçlar 2018 TNSA ile birebir uyumludur. Sonuçlar Tablo 14'de gösterilmiştir.

4.5.3. Sadece anne sütüyle beslenme

Sadece anne sütü ile beslenme; 6 aydan küçük bebeklerin, vitamin, mineral veya ilaç haricinde su bile dahil olmak üzere başka hiçbir yiyecek veya içecek olmadan emzirilmesi olarak tanımlanır. WHO bebek ve küçük çocukların; ideal büyüme, gelişim ve sağlık için ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenmesini tavsiye eder. Anne sütü dünyanın her yerinde çocuklar için tek başına en güvenli ve en sağlıklı seçenektir. Bebeklere ihtiyaçlarına göre benzersiz bir şekilde uyarlanmış bir besin kaynağı garanti

ederken aynı zamanda güvenli, temiz, sağlıklı ve erişilebilir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde; altı aydan önce karma beslenme (anne sütüne ek olarak gıdalar ve sıvılar) ile beslenen bebeklerin sadece anne sütü ile beslenenlere göre mortalite oranlarının 3 kat fazla olduğu görülmektedir. Sadece anne sütü ile besleme; bebekleri diyareden, alt solunum yolu enfeksiyonlarından ve çocuklukta aşırı kilo ve obeziteden korur (27).

Gösterge; önceki gün sadece anne sütü ile beslenen ve herhangi bir sıvı, katı, yarı katı veya yumuşak gıda almayan 0-5 aylık bebeklerin, tüm 0-5 aylık bebeklere oranlamasıyla hesaplanır. Altı aylıktan küçük bebeklerin mevcut beslenme durumlarını değerlendirmek için, annelere çocuklarının anketten önceki gün veya gece anne sütü, sıvı ya da herhangi bir katı, yarı katı veya yumuşak gıdayla beslenip beslenmediği sorulmuştur. Tablo 14’de gösterildiği üzere; 6 aylıktan küçük Suriyeli çocuklarda %40 ve Türkiyeli çocuklarda %53 sadece anne sütü ile beslenme oranları görülmektedir. Bu tahminler, 2018 TNSA’nın %52 (Suriyeli), %41 (Türkiyeli) tahmininden biraz farklılık göstermiştir¹.

4.5.4. Biberonla beslenme

WHO rehberleri şişelerin temiz tutulmasının zor olmasından ve patojen bulaşımına olanak sağladığından ötürü acil durumlar haricinde biberon kullanımından kaçınılmasını önerir. Aynı zamanda biberon kullanımı bebekte emme refleksi davranışını engelleyebileyeceğinden biberon yerine bardakla beslenmeyi önermektedir. Gösterge 0-23 aylık bebeklerin; önceki gün biberonla herhangi bir gıda, sıvı ve hatta anne sütü alanların yüzdesini hesaplayarak bulunmaktadır. Türkiyeli hanelerdeki (%53) biberonla besleme oranının Suriyeli Hanelere göre (%40) daha fazla olduğu Tablo 14’de açıkça görülmektedir.

¹ Bu değerlendirmenin sonuçları ulusal sonuçlarla doğrudan karşılaştırılabilir olmamasına rağmen genel bir karşılaştırma söz konusudur.

4.5.5. Karma beslenme

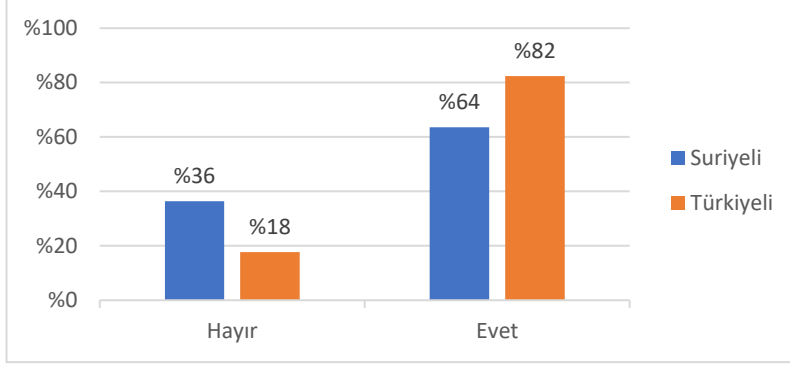
Karma beslenme (Mixed feeding); 0-5 aylık bebeğin anne sütüne ek olarak mama ve/veya hayvan sütü ile beslenmesidir. Gösterge, önceki gün karma beslenen 0-5 aylık bebeklerin yüzdesi olarak hesaplanır. Bu beslenme biçimi önerilen bir uygulama olmamasına rağmen birçok ülkede yaygındır ve ne yazık ki anne sütü üretimini azaltan, emzirmeyi erken bırakma riskini artıran ve bebeklerde bağırsak mikroflorasını değiştiren bir uygulamadır. Sanitasyonun yetersiz olduğu bölgelerdeki karma beslenen bebeklerde ishal oranı sadece anne sütü ile beslenen bebeklere göre normalden daha yüksek olma eğilimindedir (27). Bebek ve çocuklarda emzirme ve beslenme uygulamaları Tablo 14’de gösterilmektedir.

Tablo 14 İki Yaş Altı Bebek ve Çocuklarda Emzirme ve Beslenme Uygulamaları

Beslenme Durumu	Hesaplama Ayları	Suriyeli	Türkiyeli	Toplam
Genel Emzirme Oranı	0-23 ay	%94	%98	%95
Sadece Anne Sütü ile Beslenme	0-5 ay	%40	%53	%45
Biberonla Beslenme	0-23 ay	%40	%53	%45
Karma Beslenme	0-5 ay	%28	%29	%28

4.5.6. Ek gıdaya geçiş :katı, yarı katı veya yumuşak gıdaya geçilmesi

WHO bebeklerin artan ve değişen beslenme ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için, 6 aylıktan itibaren emzirmeye devam ederken yeterli besin değeri taşıyan ve güvenli tamamlayıcı gıdalarla beslenmesini tavsiye eder. Bunu değerlendirmek için, annelere 6-8 aylık bebeklerinin son 24 saatte katı, yarı katı veya sıvı gıda alıp almadığı sorulmuştur ve aşağıda Şekil 7’de gösterildiği üzere, Suriyeli bebeklerin %64’ünün ve Türkiyeli bebeklerin %82’sinin 6 aydan sonra tamamlayıcı gıdalara geçtiği görülmüştür. Ancak bu bulgular, küçük örneklemelerden hesaplandığı için dikkatli bir şekilde yorumlanmalıdır.



Şekil 7 Bebeklerde 6 Aydan Sonra Ek Gıdalara Geçiş Oranı

4.5.7. Mama ile beslenme

Bu indikatör 2018 Interagency “IYCF Göstergeleri” toplantısında önerilmiş olsa da tartışmalar sonucu ana göstergelerin içine alınmamıştır. Çok çeşitli içerikte bebek mamalarının olması, bu içeriklerin ayırt etmenin zor olması ve anket sorularıyla özelleştirmenin çok çaba gerektirmesi nedeniyle göstergenin ölçülmesi desteklenmemiştir. Araştırmada veriler ölçüldüğü için Tablo 15’de mama ile beslenme oranları yaş gruplarına göre gösterilmektedir. Buna göre 0-23 aylık bebeklerde mama ile beslenme oranları Suriyeli toplumda (%39), Türkiyeli topluma göre (%26) daha fazla görülmektedir.

Tablo 15 İki Yaş Altı Bebek ve Çocuklarda Mama ile Beslenme Oranları

Yaş Aralığı	Suriyeli	Türkiyeli	Toplam
0-5 aylık	%32	%20	%27
6-23 aylık	%41	%30	%38
0-23 aylık	%39	%26	%35

4.5.8. Devam eden emzirme (12-23 ay)

WHO çocukların iki yıl veya daha uzun süre emzirmeye devam etmelerini önerir. Bir yaşından sonra hala anne sütü ile beslenenler, enerjilerinin önemli bir kısmını karşılayabilirler. Hastalık anında emzirmeye devam etmek de hayati önem taşır: çünkü hasta çocuklar genellikle katı gıdaya çok az iştah duyarken, emzirmeye devam etmek

toparlanma için gerekli besinleri sağlayıp dehidrasyonu önlemeye yardımcı olur. Devam eden emzirme, çocuklardaki zeka testlerinde yüksek performans sonuçları ile ilişkililiken; çocuğun aşırı kilolu veya obez olma riskini azaltabilir. Meme kanseri riskini azaltması ve potansiyel olarak yumurtalık kanseri ve tip 2 diyabet riskini azaltmasından dolayı devam eden emzirme anneler için de önemlidir (27).

Bu gösterge önceki gün anne sütü ile beslenen 12-23 aylık çocukların yüzdesi alınarak hesaplanmaktadır. 2021 yılında yenilenen gösterge; 1 yaşına veya 2 yaşına kadar devam eden göstergelerin yerini almıştır. 12-23 aylık bebeklere bakıldığında; tablo 16’da görüldüğü üzere Suriyeli bebeklerde %61, Türkiyeli bebeklerde %73 ile devam eden beslenme oranları görülmektedir. Her iki toplumda da bebeklerde 2 yaşına kadar beslenme oranı ortalama %65’dir.

Tablo 16 İki Yaşa Kadar Devam Eden Emzirme

Suriyeli(n:115)		Türkiyeli(n:49)		Toplam(n:164)	
%	n	%	n	%	n
%61	70	%73	36	%65	106

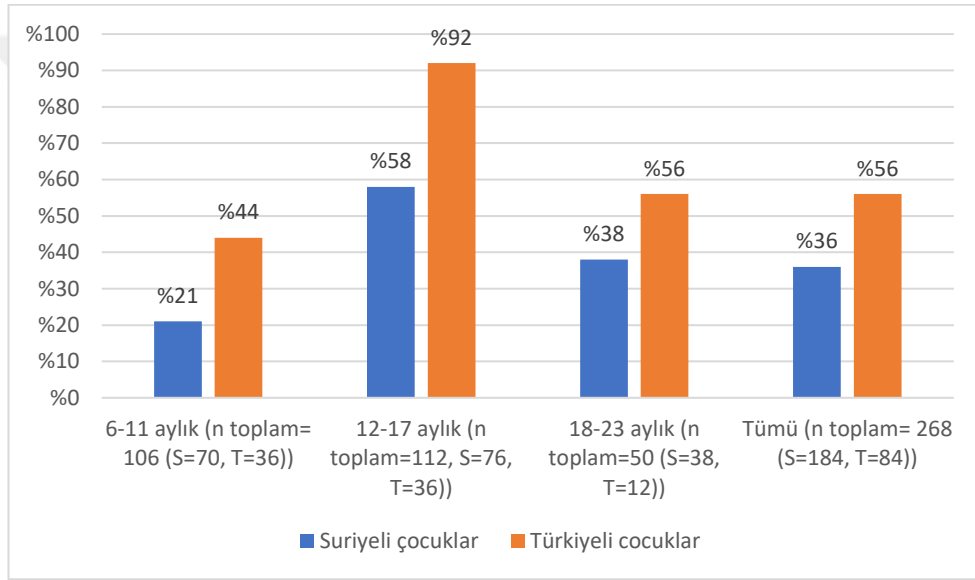
4.5.9. Minimum Besin Çeşitliliği (MDD - Minimum Dietary Diversity)

MDD Skoru; 6-23 aylık çocukların arasından önceki gün içinde tanımlanmış sekiz gıda ve içecek grubundan¹ en azı beşini tüketen çocukların yüzdesidir. 2021 yılında WHO ve UNICEF tarafından yayımlanan IYCF göstergeleri rehberi ile 2008 yılındaki rehberde toplam yedi olan gıda grubu; anne sütü de eklenerek sekize tamamlanmıştır (27). Bu sonuçlar Suriyeli ve Türkiyeli çocuklar için Şekil 8’de gösterildiği üzere, yaş gruplarına göre değerlendirilmiştir. 6- 23 aylık yaş grubunda en az beş farklı yemek grubundan beslenenlerin oranı, Suriyeli çocuklar (%36) arasında, Türkiyeli çocuklara (%56) kıyasla daha düşük bulunmuştur. Ayrıca, ortalama beslenme çeşitliliği skoru (0

¹ 1. anne sütü; 2. tahıllar, kökler, yumrular ve plantainler; 3. baklagiller (fasulye, bezelye, mercimek), kabuklu yemişler ve tohumlar; 4. süt ürünleri (süt, bebek maması, yoğurt, peynir); 5. etli yiyecekler (et, balık, kümes hayvanları, sakatatlar); 6. yumurtalar; 7. A vitamini açısından zengin meyve ve sebzeler; ve 8. diğer meyve ve sebzeler.

ila 8 aralığında bir ölçekte) Suriyeli çocuklar arasında 2,98 ve Türkiyeli çocuklar arasında 3,10 olarak bulunmuştur.

Suriyeli çocuklar örnekleminde, MDD'ye ulaşan çocukların oranı, 6 ila 11 aylık yaş grubunda (%21) en düşük ve 12 ila 17 aylık yaş grubunda (%58) en yüksek bulunmuştur. Türkiyeli çocuklar örnekleminde, MDD'ye ulaşan çocukların oranı, 6 ila 11 aylık yaş grubunda (%44) en düşük ve 12 ila 17 aylık yaş grubunda (%92) en yüksek bulunmuştur. Ancak bu dağılımlı karşılaştırmalar küçük örneklemlerde gerçekleştirildiğinden, dikkatli bir şekilde yorumlanmalıdır.



Şekil 8 6-23 Aylık Bebeklerde Yaş Gruplarına Göre Minimum Besin Çeşitliliği Oranları

4.5.10. Minimum Öğün Sıklığı (MMF - Minimum Meal Frequency)

Gösterge 6-23 aylık çocukların içinde bir önceki gün yeteri sıklıkta katı, yarı katı veya yumuşak gıda tüketen çocukları gösterir. Anne sütü almayan çocuklarda (Süt ürünleri ile beslenme) hayvan sütü, bebek maması ve yoğurt, kefir, ayran gibi sıvılar da hesaba katılır. Göstergede katı, yarı katı veya yumuşak yiyeceklerden; anne sütü alan ve 6- 8 aylık bebeklerde en az iki kez, 9-23 aylık bebeklerde en az 3 kez ve anne sütü ile beslenmeyen çocuklarda süt ile beslenme dahil en az 4 kez beslenmesi ölçülür. Anne sütü almayan bebeklerde tüm öğünler süt ile beslenme ile ölçülmemesi için en

az bir kere katı, yarı katı ve yumuşak gıda yemesi şartı formüle eklenir (27). Bu çalışmada hayvan sütü, bebek maması ve yoğurt, kefir, ayran gibi sıvıların içilme sıklığı sorulmadığı için emzirilmeyen bebeklerde bu gösterge ölçülmemiştir.

Ulaşılan skorlar; Tablo 17’de Suriyeli ve Türkiyeli çocuklar için gösterildiği üzere, yaş gruplarına göre ve sadece emzirilen çocuklara göre değerlendirilmiştir. MMF, emzirilen bebeklerde Suriyeli toplulukta %34, Türkiyeli topluluğunda ise %57 bulunmuştur.

Tablo 17 Minimum Öğün Sıklığı (İki Yaş Altı Emzirilen Bebek ve Çocuklar)

Emzirilen Çocuklar	6-11 aylık		12-17 aylık		18-23 aylık		Tümü	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Suriyeli	59	%34	50	%34	19	%37	128	%34
Türkiyeli	28	%61	26	%58	9	%44	63	%57

4.5.11. Minimum Kabul Edilebilir Beslenme (MAD - Minimum Acceptable Diet)

Bu gösterge, minimum besin çeşitliliği ve minimum öğün sıklığı göstergelerini birleştirirken aynı zamanda anne sütüyle beslenmeyen çocukların bir önceki gün en az iki kez süt ürünleri ile beslenmiş olmasını da ölçer (27). Bu çalışmada emzirilmeyen bebekler için MMF’in ölçümü sınırlı kaldığı için MAD skorları sadece emzirilen bebekler için analiz edilmiştir. Emzirilen bebeklerdeki MAD skorları Suriyeli toplulukta (%20 ortalama), Türkiyeli topluluğuna kıyasla (%35) daha düşüktür. Sonuçlar Tablo 18’de gösterilmektedir.

Tablo 18 Minimum Kabul Edilebilir Beslenme (İki Yaş Altı Emzirilen Bebek ve Çocuklar)

Emzirilen Çocuklar	6-11 aylık		12-17 aylık		18-23 aylık		Tümü	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Suriyeli	59	%14	50	%22	19	%37	128	%20
Türkiyeli	28	%32	26	%35	9	%44	63	%35

2 yaş altındaki bebek ve çocuk beslenmesi göstergeleri için iki topluluk arasındaki farklar tablo 19’da incelenmiştir. Suriyeli ve Türkiyeli topluluk arasında; sadece anne sütü ile beslenme, minimum besin çeşitliliği, minimum besin sıklığı ve minimum kabul edilebilir beslenme göstergeleri arasında anlamlı bir fark ($p<0.05$) bulunmuştur. Tüm göstergelerin p değerleri tablo 19’da gösterilmektedir.

Tablo 19 Türkiyeli ve Suriyeli İki Yaş Altı Bebek ve Çocuk Beslenme Gösterge Sonuçları

Gösterge Adı	Ölçülen ay aralığı	Suriyeli		Türkiyeli		Toplam		p değeri
		n	%	n	%	n	%	
Emzirmeye Erken Başlama	0-23 ay	252	%54	133	%55	385	%55	0.583
Genel Emzirme Durumu	0-23 ay	252	%94	133	%98	385	%95	0.062
Sadece Anne Sütü ile Beslenme	0-5 ay	252	%40	133	%53	385	%45	0.045
Biberonla Beslenme	0-23 ay	252	%40	133	%53	385	%45	0.295
Karma Beslenme	0-5 ay	252	%28	133	%29	385	%28	0.669
Devam Eden Emzirme	12-23 ay	115	%61	49	%73	164	%65	0.111
Tamamlayıcı Gıdalara geçiş (6 aydan itibaren)	6-8 ay	33	%64	17	%82	50	%70	0.150
Minimum Besin Çeşitliliği (MDD)	6-23 ay	184	%36	84	%56	268	%42	0.047
Minimum Öğün Sıklığı (MMF) - Emzirilen bebekler	6-23 ay	128	%34	63	%57	191	%42	0.003
Minimum Kabul Edilebilir Beslenme (MAD) - Emzirilen bebekler	6-23 ay	128	%20	63	%35	191	%25	0.040

5. TARTIŞMA

Bu çalışmanın rehber bölümü (Ek 1), acil durumlarda beslenme ve gıda güvencesi müdahaleleri alanında bir kaynak olması amacıyla hazırlanmıştır. Türkiye’de afet ve acil durum beslenmesi ile ilgili kapsamlı hazırlanmış ilk rehber olması bakımından çalışmanın; hem alanda çalışmak isteyenler hem de üniversite öğrencileri için önemli bir kaynak olacağı öngörülmektedir.

Pilot projenin temel amacı; geçici koruma altındaki Suriyeli ve Türkiyeli hanelerin gıda güvencesi ve beslenme uygulamalarını incelemek, bu toplulukların ihtiyaçlarını değerlendirerek mevcut ve planlanan projeleri ihtiyaçlara göre düzenlemektir. Çalışmanın sonuçları yeni proje yazımında kullanılmış ve beslenme ile bütünleşik bir geçim kaynağı projesinin fonlanmasına vesile olmuştur.

Çalışmada gıda güvencesi, anne, bebek ve küçük çocuk değerlendirme göstergelerini ölçmek için Hatay ve Gaziantep’te anket çalışmaları yürütülmüştür. Toplamda 963 Suriyeli, 910 Türkiyeli haneden veri toplanmış ve 5555 Suriyeli ve 3890 Türkiyeli hane halkı üyesine ulaşılmıştır. Demografik bulgulara bakıldığında iki topluluk arasında ortalama bağımlı nüfus oranının Suriyeli hanelerde (4.02) Türkiyeli hanelere (2.98) göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Ek analizler, bu üç göstergenin arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. ($p < 0.001$), Bu da Suriyeli hanelerde, Türkiyeli hanelere göre, daha fazla bakmakla yükümlü olunan kişi olduğunu ve onları desteklemek için daha fazla hane üyesinin çalıştığını göstermektedir. Ortalama hane halkı büyüklüğüne bakıldığında; Suriyeli hanelerde, hane büyüklüğü 5,8 kişi iken; Türkiyeli hanelerde 4,3 kişi olarak tespit edilmiştir ve bu veriler TÜİK’in verileriyle uyumludur (Tablo 4).

Hanelerin gelirine ve ekonomik durumuna bakılırken Suriyeli hanelerin yarısından fazlasının yardım aldığı (%58) ve bu yardımlarının en büyüğünü %52’lik pay ile Kızılay - SUY nakit yardımı olduğu gözlemlenmiştir. Türkiyeli hanelerin %28’inin yardım aldığı tespit edilmiştir. Suriye krizinin 11. yılını bitirirken, nakit temelli yardımlar yerine sürdürülebilir, kalkınma odaklı, gelir getirici müdahalelere

odaklanmak ve bu müdahaleleri ayırım gözetmeksizin iki topluluğa da yaymak en doğru çözüm olacaktır. Her iki yılda bir yayımlanan ve Suriye krizindeki fonların nereye harcanacağı ile ilgili insanı yardım aktörlerine önemli bir rehber olan 3RP Türkiye raporunda (13) da geçim kaynakları odak sektörler arasındadır. Rapora göre; özellikle COVID-19 pandemisinin etkisiyle geçici ve uluslararası koruma altındaki sığınmacıların %80'i istihdam ve gelir durumunda olumsuz bir değişiklik bildirmiş, bu da haneleri temel ihtiyaçlarını azaltmaya itmiştir. Gelir getirici faaliyetlerin sadece temel ihtiyaç ve servislere erişimi değil, istihdam için yarışan yerel halk ve sığınmacılar için sosyal uyumu da baltalayan ve çocuk işçiliğini ve evliliğini artıran bir durum olduğu da raporda belirtilmiştir. 3RP aktörlerinin tüm sektörler için gelir getirici faaliyetleri desteklemesi gerektiği de ön plana çıkmıştır. 2017 yılından beri Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) Türkiye'nin desteği ile yayımlanan Türkiye barometresi de; geçici çözümlerden uzak, kalkınmaya dayalı bir göç ve sığınmacı politikasının gerekliliğini ve Avrupa Birliği tarafından karşılanan Sosyal Uyum Yardım (SUY) kaynaklarının kalkınma ve yatırım çalışmalarına dönüştürülmesini vurgulamaktadır. (28)

Suriyeli ve Türkiyeli hanelerin nakit yardımlarını nasıl harcadıklarıyla ilgili sorular için Türkiyeli hanelerin nakit yardımın %76'sını ve Suriyeli hanelerinde kiradan sonra %37'sini gıdaya harcadıkları tespit edilmiştir (Tablo 5). COVID-19 Pandemisi ile artan işsizlik oranları ve yüksek enflasyon ile gıda fiyatlarının artması gıdaya erişimi daha da kısıtlamıştır. Bu da, hanelerin kendi gıdalarını üretebilecekleri bahçecilik (ev,balkon,toplum) gibi tarım faaliyetlerinin ve gelir getirici faaliyetlerin, nakit yardımlardan daha kalıcı çözümler getireceğini göstermektedir. 3RP raporu (13) gıda güvencesi ve tarım stratejik planının içine gıda ve tarım sektöründe sürdürülebilir geçim kaynakları desteklerinin verilmesi gerektiği de vurgulanmaktadır.

Bir hanehalkının yeterli yiyeceği veya yiyecek almak için yeterli parası olmadığında hangi başa çıkma yöntemleri kullandığını değerlendiren bir gıda güvencesi göstergesi olan başa çıkma stratejileri de bu çalışma kapsamında değerlendirilmiştir. İki toplulukta da başa çıkma stratejisi olarak temel ihtiyaç kalemlerini azaltma (Suriyeli hanelerin% 53'ünün ve Türkiyeli hanelerin %50' sinin)

görülmüştür. Negatif başa çıkma stratejisi göstergesi içinde; Suriyeli hanelerin %21'inin ve Türkiyeli hanelerin %27'sinin son 7 gün içinde yiyecek almak için yeterli yiyeceğe veya paraya sahip olmadıkları bildirilmiştir. Negatif Başa Çıkma Strateji Endeks Sonuçları bakımında iki toplulukta da acil durum seviyesi %1 olmasına rağmen, kriz seviyesinde olan (Suriyeli %8 ve Türkiyeli %6) hassas gruplar için müdahaleler planlanmalıdır (Tablo 8). Hanehalkı geliri ve rCSI değerleri arasındaki ilişkiyi tespit etmek için karşılaştırma yapıldığında; beklenildiği üzere gelir yükseldikçe endeksin azaldığı görülmüştür ve fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($r(87) = -0.29$, $p < .05$).

En yaygın kullanılan gıda güvencesi göstergelerinden biri olan Gıda Tüketim Skoru ortalaması, Suriyeli hanelerde 56,6 ve Türkiyeli hanelerde 79,1' dir. Ek analizler, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ($p < 0.001$) ve bu göstergeye göre, Suriyeli hanelerin beslenme çeşitliliği açısından Türkiyeli hanelere göre daha zayıf bir diyeteye sahip olduğunu göstermiştir (Şekil 2). FCS göstergesinin hesaplanmasında kullanılan 18 ana ve alt gıda grupları sonuçlarına göre Meyve ve sebzeler, yumurta, yağlı tohumlar grubunda Türkiyeli hanelerin daha yüksek tüketim oranlarına sahip olması (Tablo 9); besin çeşitliliğinde Suriyeli hanelere göre daha zengin olduğunu göstermektedir. Ayrıca tatlı ve yağlı gruplarında Türkiyeli hanelerin daha yüksek tüketiminin olması da dikkat çekmektedir. İki toplulukta da baklagiller, sebze, meyve, et ve balık ile yumurta gıda grupları bakımından, artan gelirle birlikte tüketimin artması eğilimi görülmüştür. Bu da besin çeşitliliği bakımından gelirin önemli bir faktör olduğunu vurgulamaktadır. Ancak gelir grubu yüksek de olsa, beslenme farkındalık çalışmaları ve eğitimleri toplumun her kesimine verilmelidir. Hanehalkı açlık düzeyini belirlemek için kullanılan Hane Açlık Skoru göstergesinin sonuçları beklendiği üzere yüksek çıkmamış ve her iki toplulukta da kriz seviyesi %1'in altında kalmıştır (Şekil 3).

Maternal beslenme kapsamında 0-23 aylık çocuk sahibi olan annelere hamilelik veya emzirme dönemlerinde emzirme veya beslenme için herhangi bir destek / danışmanlık alıp almadığı sorulmuştur. Analiz sonuçlarına göre iki toplulukta yüksek bir oranın (Türkiyeli %72, Suriyeli %53) böyle bir danışmanlık almadığı görülürken

(Şekil 4), danışmanlık almayan annelerin yarısından fazlası (%57 Suriyeli, %61 Türkiyeli), bu desteği alma şansları olduğu takdirde faydalı olacağını düşünmektedir. Bu da iki topluluktaki annelerin beslenme danışmanlık hizmetlerine pozitif baktığı halde bu hizmetlerin olmaması alandaki boşluğu belgelemektedir. Çalışmada Suriyeli annelerin günde ortalama 2,4 öğün, Türkiyeli annelerin ortalama 2,8 öğün tükettiği gözlenmiştir. Gelir düzeyi ve annelerin aldığı ortalama öğün sayıları arasındaki ilişkiye bakıldığında pozitif bir ilişki gözlenmiştir ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 11).

Bebek ve Çocuk Beslenmesi kapsamında WHO ve UNICEF'in IYCF göstergeleri için en son 2021 Mart ayında yayımlanmış olan rehberi baz alınmış (27) ve bu kapsamda 0 -23 aylık bebek ve çocuklar arasında emzirmeye erken başlanması, genel emzirme durumu, sadece anne sütüyle beslenme, karma beslenme, biberonla beslenme, devam eden beslenme, ek gıdaya geçiş, minimum besin çeşitliliği, minimum öğün sıklığı ve minimum kabul edilebilir diyet göstergeleri ölçülmüştür.

IYCF ana göstergelerinden biri olan “Emzirmeye erken başlanması” doğumdan hemen sonraki 1 saat içinde emzirilen bebeklerin yüzdesini ölçmektedir. WHO ve UNICEF, yenidoğanın hayatta kalması ve uzun vadede emme alışkanlığının gelişmesi için kritik öneme sahip olduğunu vurgulayarak, bebeklerin doğumu takip eden ilk bir saat içinde emzirilmesini tavsiye eder (29). Doğumdan hemen sonraki 1 saat içinde emzirilenlerin yüzdesini ölçen emzirmeye erken başlama iki toplulukta da uyum göstererek ortalama %55 olarak tespit edilmiştir (Tablo 12).

Prelakteal beslenme yani bebeğin doğumu takip eden ilk 3 günde anne sütünden başka bir şeyle beslenmesi ölçüldüğünde; Suriyeli çocuklarda %41, Türkiyeli çocuklarda %23 prelakteal beslenmesi bildirilmiştir. En sık verilen sıvının, Suriyeli bebeklerde şekerli su (%70), Türkiyeli bebeklerde ise bebek maması (%71) olduğu görülmüştür (Tablo 13). Bu sonuçlar, anketin uygulama alanında bebek beslenmesi konusunda hâlâ yanlış anlamaların ve mitlerin olduğunu, prelakteal beslemenin Suriyeli hanelerde Türkiyeli hanelere kıyasla daha yaygın olduğunu göstermiştir.

WHO-UNICEF Capture the Moment raporuna (29) göre sezaryen olan bebeklerin erken emzirmeye başlanması ülke profilleri incelendiğinde anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Sezaryen doğum ile sadece anne bebek arasındaki ilk yakın temasın ve bebeğin emzirilmesinin gecikmesi değil, anneden bebeğe geçecek ve bebeğin bağırsak sağlığını ve bağışıklık sistemini geliştirmede kritik olacak iyi bakterilerin de geçmesi engellenmiş olur. Sezaryen doğum oranları Türkiyeli anneler için %53 olarak tespit edilmiştir ve bu sonuç en son yapılan TNSA (2018) bulgularıyla tutarlıdır. Türkiyeli anneler, tüm OECD ülkeleri arasında en yüksek sezaryen doğum oranına sahiptir. Sezaryen ile beraber erken emzirme oranlarının neredeyse yarıya düştüğü düşünüldüğünde bu bulgular endişe vericidir. Sezaryen sonrası emzirme konusunda bilgi eksikliği veya yenidoğanların ek yiyecek veya içeceklerle beslenmesini içeren kültürel uygulamalar, yenidoğanların anneleriyle ilk kritik temasını geciktirebilir.

Türkiyeli hanelerdeki (%53) biberonla besleme oranının Suriyeli hanelere göre (%40) daha fazla olduğu görülmüştür. 0-5 aylık bebeğin anne sütüne ek olarak mama ve/veya hayvan sütü ile beslenmesini ölçen Karma beslenme ortalama %28 olarak ölçülmüştür (Tablo 14). Bu da göstermektedir ki Türkiyeli anneler biberonu sadece mama ve süt değil, farklı içecekler için de yaygın olarak kullanmaktadır. 0-23 aylık bebeklerde mama ile beslenme oranlarına bakıldığında, Suriyeli toplumun (%39) Türkiyeli topluma göre (%26) daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 15). Bu farklılık, Suriyeli hanelere yapılmış olan mama yardımlarının olumsuz davranış değişikliğine sebep olmasından kaynaklanabilir. UNICEF ve WHO'nun mama pazarlamasının bebek besleme kararları ve uygulamaları üzerindeki etkisinin incelenmesi üzerine sekiz ülkede ve 8500 kadın, 300 sağlık uzmanı ile yürüttüğü çalışma; mama pazarlamasına maruz kalmanın, annelerin mamayı seçme olasılıklarını artırdığını açıkça göstermiştir. Mama pazarlamasına maruz kalan anne oranı %84, Vietnam'da %92 ve Çin'de %97 olarak tespit edilmiştir. Rapor; 1981 yılında yayınlanan Mama Kodu'nu (8) ihlal eden yanıltıcı pazarlama mesajlarının; emzirme ve anne sütü ile ilgili mitleri nasıl pekiştirdiğini ve kadınların emzirme yeteneklerine olan güvenini baltaladığını ayrıntılarıyla ortaya koymaktadır. Bu yanıltıcı mesajlardan bazıları doğumdan sonraki ilk günlerde mamanın gerekliliği, anne sütünün bebek beslenmesinde yetersiz kalması, belirli bebek maması bileşenlerinin çocuk gelişimini

veya bağışıklığını iyileştirdiği, mamanın bebekleri daha uzun süre tok tuttuğu algısı ve anne sütünün kalitesinin zamanla azalmasıdır. Raporun başka çarpıcı sonucu ise ankete katılan kadınların üçte birinden fazlasının, bir sağlık çalışanının kendilerine belirli bir mama markası önerdiğini söylemesidir. Rapor bu durumun sebebini; mama endüstrisinin bir çok ülkedeki sağlık çalışanına promosyon hediyeler, ücretsiz numuneler, araştırma finansmanı, ücretli etkinlikler ve konferanslar ile yaklaşması şeklinde yorumlamıştır. Bu yaklaşım sonucu sağlık çalışanlarının tavsiyeleri ile ebeveynlerin bebek besleme seçimleri doğrudan etkilenmektedir.(30)

İlk altı ay sadece anne sütü ile beslenme oranlarına bakıldığında ;6 aylıktan küçük Suriyeli çocuklarda %40'ı ve Türkiyeli çocuklarda %53 görülmüştür. Bu tahminler, 2018 TNSA'nın (17) sonuçlarından biraz farklılık gösterse de farkındalık çalışmalarının üst düzeyde yapıldığı bir alanda hala yüzde ellileri yakalayamamak düşündürücüdür. Annelerin 6 aya kadar neden sadece anne sütü vermeyi tercih etmediklerinin nedenleri araştırılıp, kaynağa yönelik müdahale anlamlı bir sonuç getirebilir. Ebeveynlerin anne sütü muadili ürünlerine maruz kalması en önemli sebeplerden biri olabilir. UNICEF ve WHO'nun çalışmasına (30) göre küresel olarak 6 aylıktan küçük bebeklerin sadece %44'ünün sadece anne sütüyle beslendiği ortaya koyulmuştur. Rapor; küresel emzirme oranlarının son yirmi yılda çok az artarken, aynı zamanda mama satışlarının iki katından fazla artmasına dikkat çekmektedir.

Her iki toplumun da %69 ile büyük bir çoğunluğu, 2 yaşına kadar bebeklerini emzirmeye devam etmiştir (Tablo 16). Bu da göstermektedir ki her iki toplum da anne sütüne devam etmenin önemini bilmektedir. Ek gıdalara geçiş zamanında ise iki toplum için de iyi uygulamalar görülmektedir. Suriyeli bebeklerin %64'ünün ve Türkiyeli bebeklerin %82'sinin 6 aydan sonra ek gıdalara geçtiği görülmüştür (Şekil 7).

Beslenme çeşitliği ve yeterliliğini ölçen göstergeler Suriyeli bebek ve çocuklarda daha düşük çıkmıştır. Sekiz gıda ve içecek grubundan en az beşini tüketen 6-23 aylık bebek yüzdesini ölçen Minimum Besin Çeşitliliği; Suriyeli bebekler için %46, Türkiyeli bebekler için %73 ölçülmüştür (Şekil 8). Yeteri sıklıkta katı, yarı katı veya

yumuşak gıda tüketen 6-23 aylık bebekleri ölçen Minimum Öğün Sıklığı; emzirilen Suriyeli bebeklerde %34, Türkiyeli bebeklerde ise %57 bulunmuştur (Tablo 17). Minimum Besin Çeşitliliği ve minimum öğün sıklığı göstergelerini birleştiren Minimum kabul edilebilir beslenme göstergesi, yine emzirilen Suriyeli bebeklerde %20 ortalama ile Türkiyeli bebeklere kıyasla (%35) daha düşüktür (Tablo 18). Suriyeli hanelerin yeterli ve çeşitli gıdaya ulaşamaması; hem doğru bilgi eksikliğinden hem de maddi yetersizlikten kaynaklanabilir. Suriyeli haneler; gelen yardımlarının ve gelirlerinin çoğunu kiraya yatırdıklarını, gıdanın harcama kategorisinde ikinci sırada yer aldığı gelir ve harcama sorularında açıkça belirtmiştir. Bu da tarım başta olmak üzere gelir getirici faaliyetlerin önemini bir kez daha vurgulamaktadır. Bu faaliyetlerin beslenme farkındalık çalışmaları ile beraber yürütülmesi, beslenmeye duyarlı tarım faaliyetlerinin çoğalması toplulukta besin çeşitliliği ve sıklığında pozitif bir değişiklik yaratacaktır. Tarım müdahalelerinin gıda güvencesine olan etkisini ölçen, sistematik bir derlemede incelenen 73 tarım müdahalesinin %67'sinin gıda güvencesine pozitif etki yarattığı görülmüştür. Araştırma; özellikle birbirini tamamlayan, toplum katılımlı ve yerel kurumlarla işbirliği içinde yürütülen bütüncül müdahale yöntemlerinin gıda güvencesine pozitif etki yaptığını göstermiştir. (31) Küresel beslenme yetersizliğinin nerdeyse yarısının görüldüğü Güney Asyada yapılan bir çalışma; tarım müdahaleleri ve beslenme durumu arasındaki ilişkiyi incelemiş; besin değeri yüksek mahsullerin, ev bahçelerinin ve tarımsal üretimin meyve, sebze ve su ürünleri yetiştiriciliğine yönelik çeşitlendirilmesinin; besin alımını ve beslenme sonuçlarını potansiyel olarak iyileştirebileceğini göstermiştir. Çalışmada ayrıca kadınların güçlendirilmesi ve beslenme bilgisinin artırılmasının da, tarım ve beslenme sonuçları arasında bağlantı kurulmasında önemli bir rol oynadığı da belirtilmiştir. (32)

Etiyopya'da yapılan bir çalışma (33); yerli gıda üretiminin, gıdaların eski usüllerle işlenmesi, ve muhafaza edilmesinin, gıda güvensizliği sorunlarının azaltılmasında önemli bir rol oynadığını savunmaktadır. Çalışma; yerli gıdaların üretimi ve kullanımının ucuz, güvenli ve besleyici olduğu yönünden hareketle genel gıda güvencesini artıracığını savunmuştur. Welthungerhilfe Derneği tarafından tarım ve beslenme projesi için yapılan fizibilite çalışmasında da mazot, kimyasal gübre ve ilaç maliyetleri yüzünden çiftçilerin zarar ettiği görülmektedir. Geleneksel tarımdan uzak

kimyasal gübre ve ilaçla yetiştirilen tek tip ürünlerin toplum sağlığına ve artan hastalıklarla uzun dönemde ekonomiye çok büyük zarar verdiği aşıktır. Yapılacak tarımsal müdahalelerin ekolojik ve onarıcı tarım esaslarına dayalı olması, atalık tohumlarla yerli ürünlerin geleneksel yöntemlerle kimyasal kullanmadan yetiştirilmesi, besin değeri yüksek gıdalara öncelik verilmesi ve bu müdahalelerin beslenme eğitimleriyle pekiştirilmesi toplum beslenme durumu ve genel sağlığı, gıda güvencesi ve uzun dönemde devlete ekonomik açıdan çok güçlü katkılar sunacaktır.



6. SONUÇ

Dünya nüfusunun %10'u açlıkla savaşıırken, %12'sinin gıda güvencesi bulunmamaktadır. Çatışma gibi insan kaynaklı krizler, iklim değişikliğine bağlı afetler ve COVID-19 Pandemisi gibi tüm dünyayı etkileyen acil durumlar; gıda güvensizliği ve yetersiz beslenmeyi daha çok tetiklemektedir (34).

Bununla beraber küresel olarak; 5 yaşın altında 149 milyon bodur, 45 milyon boyuna göre zayıf çocuk olduğu tahmin edilirken, 2020 yılında 5 milyon çocuk ölmüştür. Beslenme ile ilgili faktörler, 5 yaşın altındaki çocuk ölümlerinin yaklaşık %45'ine sebep olmaktadır (35). Bu nedenle acil durumlarda yapılacak ihtiyaca yönelik müdahaleler dünya genelinde yetersiz beslenme, gıda güvensizliği ve çocuk ölüm oranlarını azaltmada önem arz etmektedir. Uluslararası insani yardım alanında çıkarılmış çok çeşitli döküman ve rehber olmasına rağmen, Türkiye'de acil durumlarda beslenme alanında kapsamlı bir döküman bulunmamaktadır. Özellikle 4 milyon Suriyeli ve diğer yerlerinden edilmiş ülkelerin vatandaşları ile dünyanın en kalabalık mülteci nüfusuna sahip ülke olarak, ekonomik krizin ve COVID-19 pandemisinin gıda güvencesine etkilerini göz önünde bulundurarak ve sınırlarında yaşanan çatışma kaynaklı insani krizlere ihtiyaç duyulan yardımları göz önünde bulundurarak; acil durumlarda beslenme rehberi olarak hazırlanmış bu çalışmanın Türkiye için önemli bir kaynak olacağı öngörülmektedir.

Rehber çalışmasında; insani yardıma giriş yapılarak bu alandaki minimum standartlar ve ilkeler, uluslararası koordinasyon mekanizması ve aktörler ve bugünkü halini alması için sistemde yapılan köklü değişikliklerin tarihçesi anlatılmıştır. Beslenme ve gıda güvencesini değerlendirmek için kullanılan göstergeler ve değerlendirme tipleri rehberin ikinci kısmını oluşturmuştur. Uluslararası platformda kabul gören ve en çok kullanılan yetersiz beslenme, maternal beslenme, bebek ve küçük çocuk beslenmesi, gıda güvencesi gösterge ve değerlendirme tipleri derlenmiştir. Rehberin en son kısmı müdahale yöntemlerine ayrılmıştır. Akut yetersiz beslenmenin toplum temelli yönetimi; mikrobeyin yetersizlik, maternal, bebek ve küçük çocuk beslenme müdahaleleri; gıda yardımı dahil gıda güvencesi müdahaleleri,

beslenme duyarlı tarım ve gelir getirici faaliyetler, kadın güçlendirme programları gibi farklı sektörlerle bütünlük uygulanabilecek beslenme müdahaleleri, rehberin bu son bölümünde anlatılmıştır.

Yapılan pilot proje; acil durumlarda beslenme rehberinde bulunan değerlendirme metodları ve Uluslararası Sivil Toplum Kuruluşu olan Welthungerhilfe'nin fonu kullanılarak hayata geçmiştir. Pilot projenin amacı; hali hazırdaki beslenme projelerini daha verimli hale getirmek ve gelecekte yapılabilecek potansiyel projeler için ihtiyaçları doğru analiz ederek, öneriler sunmaktır. Araştırma bulgularına ve rehberine dayanılarak gelinen sonuç ve yapılan öneriler aşağıda listelenmiştir.

- Katılımcıların önemli bir kısmı (%64 Suriyeli ve %38 Türkiyeli) temel ihtiyaçlarını karşılayamadıklarını bildirmiş ve bunlardan Suriyeli hanelerin %53'ü ve Türkiyeli hanelerin %64'ü temel gıda ihtiyaçlarını karşılayamadıklarını belirtmiştir. Başa Çıkma Stratejilerine bakıldığında; Suriyeli hanelerin % 53' ünün ve Türkiyeli hanelerin %50'sinin, gıda ihtiyaçlarını karşılamak için temel ihtiyaç kalemlerini azaltma eğiliminde olduğu gözlenmiştir. Haneler Negatif Başa Çıkma Stratejileri Endeksi (rCSI) açısından değerlendirildiğinde bu anketi gerçekleştirmeden önceki yedi gün içinde Suriyeli hanelerin % 21'i ve Türkiyeli hanelerin %27'si, haneleri için yiyecek almak için yeterli yiyeceğe veya paraya sahip olmadıklarını bildirmiştir. Hanehalkı geliri ve rCSI değerleri arasındaki ilişkiye bakıldığında gelirin yükseldikçe endeksin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı görülmüştür.
- Araştırmanın yapıldığı bölgelerde hassas grupların temel ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik kısa dönemli nakit veya gıda yardımları ve uzun dönemli gelir getirici müdahaleler önem arz etmektedir.
- Besin Çeşitliliğini ve sıklığını ölçen Gıda Tüketim skoruna göre Suriyeli hanelerde baklagiller, sebze, meyve, et ve balık ile yumurta ve süt ürünleri gıda grupları bakımından, artan gelirle birlikte tüketimin artması eğilimi

görülmüştür. Son 7 günde ortalama gıda grubu tüketimi, Suriyeli ve Türkiyeli hanelerde gelir düzeyine göre değerlendirildiğinde; iki toplulukta da baklagiller, sebze, meyve, et ve balık ile yumurta gıda grupları bakımından, artan gelirle birlikte tüketimin artması eğilimi görülmüştür. Günlük 3 öğünden az tüketen annelerin oranı; Suriyeli annelerde %63 ve Türkiyeli annelerde %40 olarak tespit edilmiştir. Gelir düzeyinin artmasıyla annelerin aldığı ortalama öğün sayıları anlamlı düzeyde artmaktadır. Özellikle Suriyeli çocukların Minimum Besin Çeşitliliği (MDD), Minimum Öğün Sıklığı (MMF) ve Minimum Kabul Edilebilir Diyet (MAD) skorları düşük düzeydedir ve çocukların MDD skorları ile gelir düzeyleri paralel bir artış göstermektedir. COVID-19 pandemisi nedeniyle işsizlik sorununun daha da derinleşmesi hassas grupların ihtiyaçlarını daha da derinleştirmiştir.

- Gelir düzeyi ile pozitif olarak artan beslenme ve gıda güvencesi göstergeleri anlatmaktadır ki; anne ve çocuklar dahil özellikle hassas grupların beslenme ihtiyaçlarının karşılanması konusunda bilgi ve farkındalık ile birlikte odaklanılması gereken en önemli sorunlardan biri gelir düzeyidir. Bu nedenle, bu hassas grupların beslenme çeşitliliğini ve böylece Gıda Güvencelerini artırmaya yönelik Beslenme farkındalık artırma (Eğitim, seminer, destek grupları, danışmanlık) ve gelir getirici müdahaleleri kapsayan çok sektörlü projelerin geliştirilmesi için stratejik planlama yapılması gerekmektedir.
- Okul bahçeleri, kent bostanları, arka bahçe uygulamaları gibi küçük ölçekli ekolojik ve sürdürülebilir tarıma odaklanan ve aynı zamanda beslenme farkındalığı bileşenleri içeren programlar; özellikle hassas gruplarda gıda çeşitliliğinin artırılmasına, beslenme alışkanlıklarının iyileştirilmesine ve ayrıca gelir sağlamaya yönelik olarak önemli katkılarda bulunabilir.
- Türkiyeli annelerin %72'si, Suriyeli annelerin %53'ü herhangi bir beslenme danışmanlığı almadığını belirtirken ve bu annelerin yarısından fazlası (%57 Suriyeli,%61 Türkiyeli), bu desteği alma şansları olduğu takdirde faydalı olacağını düşünmektedir. Sonuç olarak iki topluluk da bu hizmetleri almaya

hazır olmasına rağmen, hizmetlerin sağlanmasında eksiklik vardır. Bu nedenle, beslenme uzmanlarının (tüm birincil sağlık merkezlerinde bulunması veya sayısının artırılması; sayısının sağlık merkezlerinde artırılması; aynı zamanda belediyeler, göç idareleri, Türkiye Kızılayı ve sağlık merkezleri ile yapılacak protokollerle bu devlet kurumlarına personel ve finansman desteği sağlanması, danışmanlık hizmetlerine erişimde atılacak önemli bir adım olacaktır. Hem STK'lar/USTK hem de İl Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmet Müdürlüklerindeki koruma, vaka yönetimi ve diğer ilgili proje ekiplerine beslenme uzmanlarını eklenmesi, farkındalık çalışmalarına katkıda bulunacaktır.

- Beslenme farkındalığını toplum düzeyinde artırmak için hem erkek hem kadın hem de çocuklara yönelik farkındalık artırıcı faaliyetlerin yürütülmesi gereklidir. Özellikle Suriyeli topluluklara yönelik bilgilendirme ve farkındalık yaratma faaliyetlerinde, STK'ların hem kendi aralarında hem de devlet kurumlarıyla ortak ve uyumlu çabaları faaliyetlerin başarısını artıracaktır.
- Suriyeli annelerin %33'ü, ziyaret ettikleri sağlık kurumlarında emzirme, beslenme gibi herhangi bir bilgilendirici materyali fark etmediğini bildirmiştir. Özellikle Suriyeli toplulukta farkındalık yaratma, bilgilendirme ve iletişime yönelik bilgilendirici ve eğitici materyal konusundaki eksikler dikkate alınarak, IYCF ve anne beslenmesi hakkında materyaller temin edilerek Suriyeli kadın ve çocukların yoğun olduğu sağlık kliniklerine dağıtılmalı ve göç idaresi büroları gibi kamu kurumlarının emzirme odalarında bulunması sağlanmalıdır.
- Suriyeli annelerin %32'si ziyaret ettikleri merkezlerde emzirmek için özel alan görmediklerini bildirmiştir. Belediye ve göç idaresi daireleri gibi kadınların ve çocukların sıklıkla gittiği kamu kurumlarında, eğitici materyallerin olduğu emzirme odaları yaygınlaştırılabilir. Emziren kadınlar için güvenli, mahrem ve hijyenik alanlar sağlamak amacıyla yerel idarelerin bu tür emzirme odaları kurmaları için finans ve personel desteği U/STK'lar tarafından verilebilir.

- Sağlık hizmetlerine erişimde Suriyeli annelerin %38'i ile Türkiyeli annelerin %21'i engellerle karşılaştığını bildirmiştir ve en büyük engel her iki topluluk için de ulaşım zorluğu ve özellikle Suriyeli annelerde tercüme hizmetlerinin olmaması olarak bildirilmiştir. Sağlık ve beslenme hizmetlerine erişimi sağlamak amacıyla, özellikle hassas gruplara gerekli ulaşım ve tercüme hizmetleri verilmelidir.
- Türkiye'de anne ve ocuk sağlığı hizmetlerini sağlayan ana kurumlar, Türkiye Cumhuriyetinin birincil sağlık merkezleri olduğundan Sağlık Bakanlığı ve İdari Yönetimler ile işbirliği çok önemlidir. Beslenme hizmeti veren sağlık merkezlerinin finansal destek ve personel desteği sağlayacak protokoller ile desteklenmesi, beslenme hizmetlerinin kapsamını genişletecektir. Ayrıca, sağlık kurumlarında tercüme hizmetleriyle birlikte Arapça dilinde basılmış bilgilendirici ve eğitici materyallerin kullanılması, Suriyeli topluluğun doğru bilgiye erişimini arttıracaktır.
- Kadınların doğru beslenme uygulama bilgi düzeyini artırabilecekleri, sağlık ve beslenme hizmetlerine erişimlerini artırmak için haklarını renebilecekleri ve kendi tecrübelerini beslenme uzmanı kontrolünde birbirleriyle paylaşabilecekleri kadın destek grupları STK'lar tarafından oluşturulabilir.
- Türkiyeli anneleri, tüm OECD lkeleri arasında en yüksek sezaryen doğum oranına (%53) sahiptir ve bu değerlendirmenin sonuçları, bu bulgu ile tutarlıdır. Sezaryen ile beraber erken emzirme oranı yarıya düşmekte ve Sezaryen sonrası yenidoğanların anneleriyle ilk kritik teması gecikmektedir. Bu nedenle; sezaryen doğumların ihtiyaa uygun Şekilde mi yaptırıldığı daha detaylı bir Şekilde araştırılmalıdır.
- Başta bebekler ve küçük çocuklar ile hamile/emziren kadınlar olmak üzere en hassas gruplara yönelik beslenme müdahaleleri geliştirilmeli ve uygulanmalıdır. Verilecek eğitim, seminer ve danışmanlık hizmetlerinde sadece anne sütü ile beslenme, ek gıdaya geçiş zamanı, mama ve biberon

kullanımının zararları, beslenme çeşitliliği ve sıklığının önemi konusuna özellikle dikkat edilmelidir.

- Hamile ve emziren kadınlar, çocuklarını sadece anne sütüyle besleme konusunda desteklenmelidir. Bebekleri yeterli miktarda emzirmemek ve mama veya başka bir anne sütü ikamesi vermek gibi yanlış emzirme alışkanlıklarına dair farkındalık çalışmaları yürütülmelidir.
- IYCF uygulamalarına yönelik beslenme danışmanlığı ve farkındalık yaratma faaliyetleri, yenidoğanlara kolostrum (ağız sütü-doğumu müteakip birkaç gün salgılanan anne sütü) verilmesinin önemini de kapsamalı ve ağız sütü yerine şekerli su veya bebek maması gibi sıvıları vermenin zararlarını vurgulamalıdır. Bu raporda, Suriyeli annelerin %42'si ile Türkiyeli annelerin %24'ünün bebeklerini prelakteal olarak (bebeğe doğumu müteakip ilk 3 gün içinde anne sütü dışında bir şey verilmesi) besledikleri ve bunlar arasında, Suriyeli bebeklerin %70'ine şekerli su veya glikozlu su verilirken, Türkiyeli bebeklerin %71'ine bebek maması verildiği görülmüştür.
- Hem Suriyeli hem Türkiyeli annelere, 2 yaşından küçük çocuklarda ek gıdaya geçiş zamanı, beslenme çeşitliliği ve öğün sıklığı konusunda destek olunmalıdır. Bu gıdaları temin etmek için hassas gruplara yardım edilmeli ve doğru beslenme alışkanlıklarına dair farkındalık yaratılmalıdır.

7. 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 Kılavuzu. 2017.
4. OCHA. OCHA on Message: General Assembly resolution 46/182. 2012.
5. ICVA.IASC ve küresel insani koordinasyon mimarisi: STK'lar nasıl dahil olur?. Çeviren: IHH İnsani Yardım Vakfı. 2017.
6. OCHA. Transformative Agenda. 2011. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-transformative-agenda>
7. ACF International Network. Emergency nutrition: A handbook for developing an emergency nutrition intervention strategy. 2013.
8. WHO. The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes (BMS). 1981.
9. 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.
10. T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. <https://www.afad.gov.tr/>
11. UNHCR. Turkey Operational Update. May 2021.
12. WFP. Turkey Country Brief. 2020.
13. 3RP Regional & Refugee Resilience Plan in response to Syria Crisis. Regional Strategic Overview Turkey Country Chapter 2021-2022. Dec 2020.
14. AFAD, UNICEF. Suriyeli Kadın ve Çocukların Demografi, Sağlık ve Beslenme Araştırması. 2016
15. 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.
16. UNICEF, USAID. Report On The Knowledge, Attitudes And Practices (KAP) Survey Infant And Young Child Feeding (IYCF). April 2017.
17. Hacettepe Univ. Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (Turkey Demographic and Health Survey). 2018.
18. WFP Turkey Country Office. Comprehensive Vulnerability Monitoring Exercise (CVME). Round 4. Jan 2020.
19. Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions, <https://smartmethodology.org/>
20. CARE. Infant and Young Feeding Practices: Collecting and Using Data: A step-by-step Guide. 2010.
21. <https://www.kobotoolbox.org/>

22. WFP, USAID, TANGO, CARE and Feinstein International Center. The Coping Strategies Index Field Methods Manual. Second Edition, January 2008.
23. WFP, UNICEF. Technical Guidance for the Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment (JANFSA). 1st Edition. 2016.
24. USAID- FANTA III. Household Hunger Scale: Indicator Definition and Measurement Guide. August 2011.
25. WHO. Indicators for the Global Monitoring Framework on Maternal, Infant and Young Child Nutrition and Young Child Nutrition. 2014.
26. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. 2008.
27. WHO, UNICEF. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: Definitions and Measurement Methods 2021.
28. UNHCR, Erdoğan, M. Suriyeliler Barometresi 2020.
29. UNICEF, WHO. Capture the Moment – Early Initiation of Breastfeeding: The Best Start for Every Newborn. 2018.
30. WHO, UNICEF. How marketing of formula milk influences our decisions on infant feeding- The impact of marketing of breast-milk substitutes on infant feeding decisions and practices: report of a multi-country research study. 2022.
31. Bizikova L, Jungcurt S, McDougal K, Tyler S. How can agricultural interventions enhance contribution to food security and SDG 2.1?, Global Food Security. 2020;26. doi.org/10.1016/j.gfs.2020.100450
32. Pandey VL, Mahendra Dev S, Jayachandran U. Impact of agricultural interventions on the nutritional status in South Asia: A review. Food Policy. 2016;62:28-40. doi:10.1016/j.foodpol.2016.05.002
33. Kuyu CG, Bereka TY. Review on contribution of indigenous food preparation and preservation techniques to attainment of food security in Ethiopian. Food Sci Nutr. 2019;8(1):3-15. Published 2019 Nov 27. doi:10.1002/fsn3.1274
34. 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>
35. WHO. Fact Sheets. Children: improving survival and well-being. 2020.

8. EKLER

EK 1: Acil Durumlarda Beslenme Rehberi



İÇİNDEKİLER

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	62
ŞEKİLLER LİSTESİ	64
TABLolar LİSTESİ	65
GİRİŞ	66
İNSANİ YARDIM SİSTEMİ	67
İnsani Yardım İlkeleri ve Standartları	67
İnsani Yardım İlkeleri	67
İnsani Yardım Standartları	67
Uluslararası Kızıllaç Ve Kızıllaç Dernekleri Federasyonu Temel İlkeleri Ve Etik Değerleri	69
SPHERE Projesi	70
İnsani Yardım Sisteminin Dönüşümü	72
İnsani Yardım Aktörleri	74
Koordinasyon	74
Küme (Cluster) Yaklaşımı	76
Türkiye’de Durum	79
Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD)	79
Acil Durumlarda Beslenme Müdahalelerin Dönüşümü	80
ACİL DURUMLARDA BESLENME VE GIDA GÜVENCESİ DEĞERLENDİRMESİ	83
Yetersiz Beslenme Değerlendirme	83
Orta, İleri ve Global Yetersiz Beslenmenin Tanımı	84
Beş Yaş Altı Çocukların Beslenme Durumunu Ölçme - SMART	85
Mikrobesin Ögesi Yetersiz Beslenmesi	86
Bebek ve Küçük Çocuk Yaş Beslenme (IYCF) Değerlendirme	87
Emzirme Göstergeleri	88
Tamamlayıcı Beslenme Göstergeleri	90
Diğer Tamamlayıcı Beslenme Göstergeleri	92
Diğer IYCF Göstergeleri	94
Gıda Güvencesi	94
Gıdaya Erişim - Tüketim Göstergeleri	96
Hassasiyet Başa Çıkma Göstergeleri	99
Diğer Gıda Güvencesi Göstergeleri	101
Maternal Beslenme Değerlendirme	103
Minimum Diyet Çeşitliliği – Kadın (MDD-W)	103
Kadın Beslenme Durumu Analizi- Antropometrik Göstergeler	103
Acil Durumlarda Beslenme Alanında Kullanılan Diğer Değerlendirme Yöntemleri	104

Bilgi, Tutum ve Uygulamalar (KAP) Anketleri	104
Bariyer Analizi	105
ACİL DURUMLARDA BESLENME MÜDAHALE YÖNTEMLERİ	107
Akut Yetersiz Beslenmenin Toplum Temelli Yönetimi (CMAM)	110
CMAM Yaklaşımının Dört Bileşeni	112
Akut Yetersiz Beslenme Yönetiminde Kullanılan Beslenme Ürünleri	113
Mikrobesin Yetersizlikleri Müdahaleleri	115
Acil Durumlarda Bebek ve Küçük Çocuk Beslenmesi (IYCF-E)	118
Uygun IYCF-E Müdahale Eylemleri	119
Uygun Politikaların Geliştirilmesi ve Uygulanması	120
Koordinasyon	121
İletişim ve Savunuculuk	121
Eğitilmiş Personel	122
Nitelikli Yardım ve Destek	123
Maternal Beslenme	128
Bakım ve Destek Hizmetleri	129
Beslenme Yetersizliğinin Önlenmesi ve Tedavisi	130
Mikro Besin Takviyeleri	130
Sağlıkla İlgili Müdahaleler	131
Beslenmeye Duyarlı Programlar	132
BESLENME MÜDAHALELERİN DİĞER SEKTÖRLERLE BÜTÜNLEŞİK UYGULANMASI	133
Gıda Güvencesi ve Geçim Kaynakları Programları	133
Gıda Yardımı	134
Beslenmeye Duyarlı Tarım, Hayvancılık ve Gelir Getirici Müdahaleler	137
Gelir Getirici Müdahaleler	137
Kadın Güçlendirme Programları	138
Su, Sanitasyon ve Hijyen (WASH) Programları	139
KAYNAKLAR	141

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

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

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

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1	Temel Kalite ve Hesap Verilebilirlik İnsani Yardım Standartları	69
Şekil 2	Küme Yaklaşımı	77



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1	Çocuklarda (6-59 ay) Akut Malnütrisyon Tanımlama	84
Tablo 2	Hane Açlık Skoru Göstergesi Kategorileri	99
Tablo 3	Beslenme Programlarının Uygulanması için WHO Karar Ağacı	107



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.

İNSANİ YARDIM SİSTEMİ

İnsani Yardım İlkeleri ve Standartları

İnsani Yardım İlkeleri

İnsani yardım ilkeleri (1); ulusal Kızılay/Kızıllaç vakıflarına ve uluslararası Kızıllaç 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.

Ayırım 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; ilkel, hesap verebilir ve kaliteli insani yardımın temel unsurlarını tanımlayan uluslararası kabul görmüş bir standarttır. 2014 yılında SPHERE(İnsani Yardım Sözleşmesi ve İnsani Yardımda Asgari Standartlar), 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 (Bkz Şekil 1). 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. *Şikâyetleri yöneten güvenli ve cevap veren bir mekanizmaya erişirler. (Kalite Kriteri: Şikâyetlere 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 yardımı 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.) ” (2)*



Şekil 1 Temel Kalite ve Hesap Verilebilirlik İnsanı Yardım Standartları¹

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 evrenseldir (3). Birleşmiş Milletlerin kabul etmiş olduğu ve uluslararası hukuk ile korunan ilkeler, bu ilkelerden hareketle inşa edilmiştir.

¹ Sphere Project, CHS Alliance, Groupe URD. 2014; Temel İnsani Yardım Standartları. Çeviren: Mavi Kalem Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Derneği. 2015.

İnsanı yardımda Davranış Kuralları; Uluslararası Kızıllaç ve Kızıllaç Hareketi ve Sivil Toplum Kuruluşlarının (STK'lar)ilkeli ve etkili insani yardım eylemleri gerçekleştirmelerine yardımcı olmak için tasarlanmış gönüllü bir koddur (4). 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(5).

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 ayrım gözetilmeksizin verilir. Yardım öncelikleri sadece ihtiyaç bazında hesaplanır.
3. Yardım, belirli bir siyasi veya dini bakış açısını ilerletmek 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 karşılamanın 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 olarak değil, onurlu insanlar olarak tanıtılır (6).

SPHERE projesi

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

SPHERE(İnsani Yardım Sözleşmesi ve İnsani Yardımda Asgari Standartlar) El Kitabı (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 asgari standartlar yer almaktadır.

Koruma ilkeleri

Acil durumlardan etkilenen kişilerin güvenlik, onurla yaşama ve yardım alma hakları; insanı yardım faaliyetlerinde gözetilmesi gereken en temel haklardır. Bunun için SPHERE projesi ile beraber dört koruma ilkesi (7) 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

Asgari 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 açmıştır. Bu da, insani yardım koordinasyon yapısının tekrar düzenlenmesi ihtiyacını doğurmuştur. 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 (8).

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 incelemenin 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 İlkelerini 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 **Dönüştürülebilir 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 (9,10).

İnsani yardım program döngüsü Ülke içerisinde insani yardımın programlanması, insani yardım program döngüsüne göre yapılır. Bu döngüdeki aşamalar aşağıdaki gibidir (11).

- 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 Kızılderiniler/Kızılderiniler 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 ayırımı 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 (12): OCHA ve Kurumlar arası Daimi Komite, Acil Yardım Koordinatörü ve Global Kümelerdir:

BM İnsani Yardım Koordinasyon Dairesi (OCHA) ^I, acil durumlara müdahaleleri koordine etmekle sorumludur. Bu koordinasyonu, yardım sağlamaktan sorumlu BM sistem birimlerini ^{II} içeren Kurumlar Arası Daimi Komite (IASC) aracılığıyla yapar.

Kurumlar arası Daimi Komite (IASC^{III}): 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 (13). BM Genel Kurulu ile 1992’de kurulmuştur.

Acil yardım koordinatörü (ERC^{IV}): 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.

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

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

^{II} 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.

^{III} IASC- Interagency Standing Committee- Kuruluşlararası Daimi Komite

^{IV} ERC- Emergency Relief Coordinator -Acil Yardım Koordinatörü

topraklarında insani yardımın başlatılması, düzenlenmesi, koordinasyonu ve uygulanmasında birincil role sahiptir (14).

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 (12).

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 (14).

Küme yaklaşımının amacı; acil durum müdahalelerinde kurumlar arasındaki işbölümünü 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’dir.
- Hükümet koordinasyon sağlama konusunda isteksiz veya yetersiz ise kümedeki gelişmeler hakkında düzenli olarak bilgilendirilir (14).



Şekil 2 Küme Yaklaşımı¹

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.

¹ ICVA.IASC ve küresel insani koordinasyon mimarisi: STK'lar nasıl dahil olur?. Çeviren: IHH İnsani Yardım Vakfı.2017:2

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 (15).

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 başgösteren kriz durumlarında veya bir krizin dramatik bir şekilde şiddetlenmesi durumunda; kümelerin kurulması veya desteklenmesi için hemen yönlendirilebilen personel sağlar. 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 sağlamak için kurulan bir mekanizmadır. 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 yürütülmektedir (16)

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 hareketle, ilgili tüm kurumlar kapatılarak¹; 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 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

¹ 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

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 (17).

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) vatandaş ile dünyada en fazla mülteciye ev sahipliği yapan ülke konumuna gelmiştir (18). Bu durum; Türkiye’de büyük çaplı ve geniş kapsamlı bir insani yardım hareketine sebep olmuştur. Hem Suriye içine yapılan insani yardımları Türkiye üzerinden yönetmek, hem de ülke nüfusuna ek olarak bu kadar mültecinin ihtiyaçlarını karşılamak üzere bir çok insani 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 doğrudan 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 (kkal)ve nitelik (Mikro besin öğeleri) yönünden artmasıyla sonuçlanmış ve 1500 kkal olan gıda rasyonları 90’lı yıllarda kişi başına günde 2100 kkal'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 ögesi 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 sağlamak, UNICEF kullanıma hazır teröpatik gıdaların (RUTF) ve WFP ‘in kullanıma hazır ek gıdaların (RUSF) yönetiminden sorumludur. Beslenme ile 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 (14).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 bağışı yapması ve bu faaliyetleri medya aracılığı ile yapması; acil durumdan etkilenen halkı bu ürünlerden kullanmaya teşvik etmektedir. Bu tür bağış 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 etmektedir.

Save the Children tarafından yürütülen bir araştırmaya göre (19); insani yardım aktörleri, IYCF müdahalelerinin bebekleri ve küçük çocukları korumak için öncelik olması gerektiğini kabul etse de, bu müdahaleler acil durumlarda hala geniş çapta uygulanamamaktadır. 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 olmaktadır. 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 seyrenden 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 yardımdır. 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.

ACIL DURUMLARDA BESLENME VE GIDA GÜVENCESİ 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 (20). 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 (21) 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 malnutrisyon (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. (21,22)

Tablo 1 Çocuklarda (6-59 ay) Akut Malnutrisyon Tanımlama (21,22)

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 < -2 z-skoru Var/Yok
(GAM)

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

Beş 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 (21); 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 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 (23), Birleşmiş Milletler Daimi Beslenme Komitesi (24), Kriz Durumlarında Beslenme Bilgileri, Gıda Güvencesi Sınıflandırması (25)): tarafından kullanılmaktadır. Böylece, SMART anketleri; politika ve müdahale programlama kararlarının, güvenilir ve standartlaştırılmış verilere dayanmasını,

fonların doğru aktarılarak 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.

Mikro besin Ögesi Yetersiz Beslenmesi

Mikro besin ögesi yetersiz beslenme göstergelerini ölçmek ve teşhis etmek, büyümenin antropometrik ölçümlerinden daha zordur; ve esas olarak klinik semptomların varlığına dayanır (26). En yaygın ve önlenbilir üç mikro besin ögesi eksikliği; iyot, demir ve A vitamini eksiklikleridir.

Vitamin A eksikliği göstergeleri; A vitamininde zengin gıdaların tüketimi ve Vitamin A takviyesi 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. Hemoglobinin seviyeleri, desilitre başına gram (g/dl) olarak ölçülerek anemi durumu belirlenir (27). Yokluğunda Guatr ve kretinizme neden olan İyot eksikliği için iyotlu tuz testi yapılmaktadır (26).

Bebek ve Küçük Çocuk Yaş Beslenme(IYCF) Değerlendirme

Bebek ve küçük çocuk beslenme (IYCF)¹ 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 insani yardım kuruluşu olan CARE'in, IYCF uygulamalarını değerlendirmek amacıyla, 2010 yılında yayımlanmış detaylı bir rehberi bulunmaktadır (28). Ayrıca, Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) 'nin de, beslenme anketleri modülleri bulunmaktadır ve bu modüllerden biri de IYCF'e (29) ayrılmıştır ancak bu rehber CARE ve WHO rehberlerine göre hazırlanmıştır.

IYCF uygulamalarını değerlendirmek amacıyla, UNICEF ve WHO tarafından 2008 yılında yayımlanan gösterge kılavuzu (30) 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 (31).

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.

¹ IYCF: Infant and Young Children Feeding - Bebek ve Küçük Çocuk Beslenmesi

Emzirme Göstergeleri

Emzirmeye erken başlama

Gösterge son 24 ayda doğan ve doğumdan sonra 1 saat içinde emzirilen bebeklerin yüzdesi olarak hesaplanır. Yenidoğanın hayatta kalması için kritik öneme sahip bir göstergedir. Doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmeyen çocuklarda enfeksiyon ve ölüm riski daha yüksektir (32). 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 (31). 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 dahil olmak üzere, her yerde, bebekler için en güvenli, en temiz, ve en sağlıklı seçenek anne sütüyle beslenmedir. Bu sebeple WHO, 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 llrken bu aralık, 2021 rehberiyle 12-23 aya çıkarılarak geniletilmitir.

En az bir kere emzirilme

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 ler. Dünyanın bir çok yerinde, doğumdan sonraki ilk günler anne sütü dışında Şekerli su veya bebek maması gibi yiyecek ve içecek verilmesi yaygındır. WHO klavuzları, tıbbi olarak belirtilmedikçe, annelerin anne sütü dışında herhangi bir yiyecek veya sıvı vermemesi gerektiğini belirtmektedir (33). 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, nceki 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 (31).

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 (34).

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 klavuzunun 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 anne sütünün bebeklerin besin ihtiyaçlarını karşılayamaması ve ek gıdalar verilmedikçe onları yetersiz beslenmeye karşı savunmasız bırakmasıdır. 14 düşük gelirli ülkeyi kapsayan kapsayan bir analize göre; katı veya yarı katı yiyecekler yiyen 6-8 aylık çocukların bodur veya zayıf olma riskinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir (35).

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 ögesi eksikliği riskini artırabilir ve bu da çocukların fiziksel ve bilişsel gelişimi üzerinde zararlı bir etkiye sahip olabilmektedir (31).

Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (36) verileri kullanılarak yapılan bir çalışmada besin çeşitliliğinin düşük olduğu ülkelerde, yaşa göre boy uzunluğunun düşük (bodurluk) olduğu tespit edilmiştir (37). 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 (38).

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. (39). Emzirilmeyen bebeklerde bu öneri günde 4-5 öğüne çıkmaktadır (40). Öğünlerin/atıştırmalıkların, önerilenden daha az sıklıkta verilmesi, toplam enerji ve mikro besin ögesi alımını tehlikeye atabilir ve bu da büyümenin durmasına, bodurluğa ve mikro besin ögesi 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
- Emzirilmeyen 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 emzirilmeyen 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

Emzirilmeyen 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 (41). 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. 6-23 aylık 2129 bebek arasında yapılan bir araştırmaya göre, bebeklerde yumurta tüketimi ;tüketmeyenlere göre daha yüksek makro ve mikro besin (enerji, protein, esansiyel yağ asitleri, B12, selenyum ve fosfor dahil) ögesi alımı ve daha az ilave/toplam şeker alımı ile bağlantılıdır (42).

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 dışarda 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 yaşta çocuk arasında artan obezite riski ile ilişkilendirilmiştir (43).

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 (44). 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 (31).

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 (45). 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 (46).

Gıda güvencesini değerlendirmek için WFP başta olmak üzere, FAO, UNCHR ve IFRS¹ 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 (47).

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

¹ IFRS- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies - Uluslararası Kızılhaç ve Kızılay Dernekleri Federasyonu

Gıdaya Erişim- Tüketim Göstergeleri

Gıda Tüketim Skoru- FCS

Gıda Tüketim Skoru (FCS) ¹: WFP tarafından geliştirilen, önceki yedi gün içinde hane tarafından tüketilen besin gruplarının çeşitliliği ve sıklığını kullanarak ölçülen temel gıda güvencesi göstergesilerinden 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, çesni 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 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 (48). 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.

¹ FCS-Food Consumption Score- Gıda Tüketim Skoru

Hane Diyet Çeşitliliği Ölçeği (HDDS):

Hanelerin diyet çeşitliliğini ve tüketimini nüfus düzeyinde ölçen bir diğer gösterge de Hane Diyet Çeşitliliği Ölçeği¹'dir. Bu gösterge Gıda ve Beslenme Teknik Yardım Projesi (FANTA) (49) Projesi'nin bir parçası olarak 2006 yılında yayınlanmıştır (45).

HHDS'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. 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 (50). Bu nedenle iki göstergeden birinin gıda güvencesi değerlendirmesinde kullanılması yeterlidir.

Hane Gıda Güvensizliği ve Erişim Skoru (HFIAS)

Gıda ve Beslenme Teknik Yardım Projesi (FANTA) (49), 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?

¹ HDDS- Household Dietary Diversity Scale- Hane Diyet Çeşitliliği Ölçeği

- 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?" (51)

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) (52) 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 Hane Gıda Güvensizliği ve Erişim Skoru

(HFIAS)'na dayanır. Gösterge, zaman içinde, ülkeler veya bölgeler genelinde açlığın yaygınlığını gözlemlemek, gıda güvensizliğini ve açlığı ele alan politikaları ve programları geliştirmek, uygulamak ve gözlemlemek için kullanılır. 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 Hanehalkı Açlık Skorudur. Skorlar aşağıdaki tablo 2'ye göre değerlendirilir. Bu gösterge, hane düzeyinde bir göstergedir (52).

Tablo 2 Hane Açlık Skoru Kategorileri

Hane Halkı Açlık Skoru	Hanehalkı 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 (50).

Hassasiyet Başa Çıkma Göstergeleri

Baş Çıkma Stratejileri İndeksi (CSI);

Baş Çıkma Stratejileri İndeksi ¹, bir hanehalkının yeterli gıdaya erişemedikleri takdirde hangi davranışları sergilediğini veya başa çıkma yöntemleri kullandığını

¹ CSI: Coping Strategies Index – Baş Çıkma Stratejileri İndeksi

değerlendiren bir gıda güvencesi göstergesidir. Geçim kaynağı başa çıkma stratejisi olarak da adlandırılır.

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 (53).

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 yakınlarına 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 başatme 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 (53).

- 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. (54)

Diğer Gıda Güvencesi Göstergeleri

Hanenin Yeterli Gıda Temini Ay Sayısı (MAHFP) ¹

Hane halkı gıda erişimi, tüm hane üyelerinin beslenme gereksinimlerini karşılamak için yeterli kalite ve miktarda gıda elde etme yeteneği olarak tanımlanır.

¹ MAHFP – Months of Adequate Household Food Provisioning- Hanenin Yeterli Gıda Temini Ay Sayısı

Bu gösterge, hanehalkı 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 (55). 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.
- **Gıda dışı kalemlere yapılan toplam nakit harcamalar:** Aylık bazda belirli gıda dışı kalemlere tahsis edilen toplam nakit miktarı olarak ölçülür (50).
- **Günlük öğün sayısı (Yetişkinler ve çocuklar)** Anketten bir gün önce hane halkı tarafından tüketilen öğün sayısıdır (50).

Demografik göstergeler

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

- **Hane halkının büyüklüğü:** Ülkedeki Hanehalkı tanımına göre bir hanede yaşayan insan sayısıdır. Hanehalkı 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**

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 ögesi alımı, özellikle yaşamın kritik ilk 1000 gününde hem kadınları hem de bebeklerinin gelişimini etkileyebilir.

MDD-W göstergesi, üreme çağındaki kadınların diyet çeşitliliğini, mikro besin ögesi yeterliliğini ölçmek ve diyet kalitesini ölçmek amacıyla FAO¹ ve ortakları tarafından geliştirilmiştir. (56) Bu nüfus düzeyinde gösterge, önceki gün veya gece tanımlanmış on gıda grubundan en az beş 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) diğer meyvelerdir. MDD-W göstergesi verileri, 24 saatlik hatırlatma veya listeye dayalı değerlendirme yönteminden biri kullanılarak toplanır. Aynı zamanda 11 mikro besin ögesi (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 ögesi yeterliliği için bir vekildir (57).

Kadın Beslenme Durumu Analizi- Antropometrik Göstergeler

Beden Kütle İndeksi (BKİ), kilogram cinsinden ağırlığın, metre cinsinden boyun karesine (kg/m^2) oranıdır. BKİ'si $18,5 \text{ kg/m}^2$ 'nin altında olan bir yetişkinin (18

¹ FAO- Food and Agriculture Organization of the United Nations- BM Gıda ve Tarım Örgütü

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, ≤ 24.0 cm'lik bir MUAC'nin , düşük BMI ile değerlendirilebileceğini öne sürmüşlerdir (58).

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 (59).

KAP anketleri bir program aktivite veya müdahalesine başlamadan önce, arada ve en sonda yapılabilir. Ancak unutulmamalıdır ki KAP araştırmaları ankete katılanların

bildirilerine 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 (60).

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

- *“48 saatlik değerlendirme aracı: Birinci aşama acil durumda gıda güvencesi ve geçim kaynakları*
- *Beslenme programlarının iyileştirilmesi: Eylem için bir değerlendirme aracı*
- *Tarım teknolojilerinin toplumsal cinsiyet dinamiklerini ve gıda güvencesi sonuçlarını nasıl değiştirebileceğinin değerlendirilmesi*
- *Tarımsal biyoçeşitlilik ile beslenmenin iyileştirilmesi*
- *Bilgi, uygulama ve kapsam anketi (KPC)*
- *Diyetin maliyeti*
- *Geçim kaynakları değerlendirme*
- *Mahsül ve gıda güvencesi değerlendirme*
- *Acil durumlarda hayvancılık değerlendirme*
- *Hanehalkı harcama anketleri ile gıda güvencesi 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” (61)*

ACIL 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 (62).

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 (63). 5 yaşın altındaki çocuklara bakıldığında; 149 milyon çocuğun bodur (yaşına göre çok kısa) ve 45 milyonunun boyuna göre çok zayıf olduğu tahmin edilmektedir (64). Yetersiz beslenme ve açlık, dünya çapında yaklaşık 82 milyon (65) insanı temsil eden mülteciler ve yerinden edilmiş nüfuslar arasında da yaygındır.

Beslenme acil durumunun evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımı bulunmamaktır ancak akut yetersiz beslenme ve ölüm oranı gibi ortak göstergeler kullanılarak bir acil durumun ciddiyeti derecelendirilmektedir. WHO'nün beslenme programları uygulanmasına ilişkin karar ağacı (Tablo 3) veya bütünlüştürmüş gıda güvencesi aşaması sınıflandırması (IPC), acil durum derecelendirmesi ve müdahale yöntemi seçiminde yol gösterici olabilir.

Tablo 3 Beslenme Programlarının Uygulanması için WHO Karar Ağacı

Bulgu	Durum- Müdahale
Hane düzeyinde gıda bulunabilirliği:	Yetersiz Durum
Günlük kişi başı 2.100 kkal'nin altında	Yerel gıda mevcudiyeti ve gıdaya erişim yeterli hale getirilene kadar genel gıda dağıtımı
Yetersiz beslenme oranı %15 veya daha fazla	Ciddi Durum
veya	Genel gıda dağıtımı (Durum hassas gruplarla sınırlı değilse) artı

Ağırlaştırıcı faktörlerle %10-14. ciddi durum	Hassas grupların tüm üyeleri; özellikle çocuklar, hamile ve emziren kadınlar için geliştirilmiş ek beslenme. Ağır derecede yetersiz beslenen bireyler için terapötik beslenme programı.
Yetersiz beslenme oranı %10-14 veya Ağırlaştırıcı faktörlerle %5-9.	Riskli Durum Genel dağıtımı yok; ancak Hassas gruplarda yetersiz beslendiği belirlenen bireyleri hedefleyen ek beslenme Ağır derecede yetersiz beslenen bireyler için terapötik beslenme programı.
%10'un altında yetersiz beslenme oranı ağırlaştırıcı faktörler olmadan	Kabul edilebilir durum Nüfus müdahalesine gerek yok. Düzenli toplum sağlığı hizmetleri aracılığıyla yetersiz beslenen bireylere dikkat edilmeli.

Ağırlaştırıcı faktörler

- Ortalama enerji gereksiniminin altında genel gıda rasyonu
- Günde 10.000'de 1'den fazla kaba ölüm oranı
- Kızamık, boğmaca salgını
- Üst solunum yolu veya ishal hastalıkları insidansı (66)

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 artıracak 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 (14).

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
- Mikro besin öğesi 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 yapılabilir.

Akut Yetersiz Beslenmenin Toplum Temelli Yönetimi (CMAM)

Akut Yetersiz Beslenmenin Toplum Temelli Yönetimi (CMAM)^I, 5 yaşın altındaki çocuklarda orta ve ileri dereceli akut yetersiz beslenmeyi (SAM ve MAM)^{II} 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 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) ^{III} 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 (67).

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

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

^{II} MAM- Moderate Acute Malnutrition -Orta dereceli Akut Yetersiz Beslenme
SAM-Severe Acute Malnutrition- İleri dereceli- Akut Yetersiz Beslenme

^{III} RUTF- Ready-to-use therapeutic food - Kullanıma hazır terapötik gıda(RUTF)

yetersizliği olan çocuklarının çoğuna evde kullanıma hazır gıdalar sağlayarak tedavi olmalarını sağlar. Gerektiğinde, tıbbi komplikasyonları olan veya iştahi olmayan, ağır derecede yetersiz beslenen çocuklar, daha yoğun bir tedavi için hastanelere yönlendirilir. 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-st kol evresi (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; ocuk, komplikasyonlar stabilize olana ve ayakta bakıma geebilene kadar terapötik sütler kullanılarak yatarak tedaviye kabul edilir.
- Çocuğun SAM'si varsa, tıbbi komplikasyon yoksa ve iştahi varsa, ocuk kullanıma hazır terapötik gıdalar (RUTF) ile ayakta tedavi edilir.
- Çocuğun MAM'i varsa, Ek Beslenme Programı¹'na yönlendirilir ve çocuğa kullanıma hazır ek gıda (RUSF)^{II} veya zenginleştirilmiş karışım gıdalar (FBF)^{III} 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. ocuk, ıkış kriterlerine ulaşana kadar programda kalır.

¹ SFP Supplementary Feeding Programme – Ek Beslenme Programı

^{II} RUSF-Ready-to-use supplementary food- Kullanıma hazır ek gıda

^{III} FBF-Fortified Blended Food- Zenginleştirilmiş karışım gıdalar

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 (68).

CMAM Yaklaşımının Dört Bileşeni

1. Topluluğa erişim ve seferberlik;

Toplumun seferber ederek ve aktif katılımını sağlayarak, yetersiz beslenme ile mücadeleyi amaçlar. Bu program için toplumda sağlık 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 dağıtımını 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 yaş altı çocuklar, hamile ve emziren kadınların (Doğumdan itibaren 6 ay) içinde olduğu tüm hassas grupları hedefleyen bir beslenme müdahalesidir (66). Yetersiz beslenmeyi önlemek için ek beslenme programının yanında nakit ve gıda kuponu yardımları ve IYCF destek uygulamaları sıkça kullanılmaktadır.

3. Ayakta Tedavi Programı (OTP)^I

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 (68).

4. Stabilizasyon merkezi/yatan hasta bakımı^{II}:

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, A vitamini, demir veya folik asit takviyeleri gibi temel tıbbi tedavilerin yanı sıra (67), aşağıdaki özel beslenme ürünlerini (69) içermektedir :

İleri Dereceli Akut Yetersiz Beslenme(SAM) tedavisi için

RUTF - kullanıma hazır terapötik 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”).

^I Outpatient Therapeutic Programme (OTP) -Ayakta Tedavi Programı

^{II} Stabilisation Centre/Inpatient Care: Stabilizasyon Merkezi/Yatan Hasta Bakımı

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

LNS¹- Lipid Bazlı Besin Takviyeleri: 6-23 aylık bebek ve çocuklarda bodurluk ve mikrobesein yetersizliğini önlemek için anne sütü ve diyeteye 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.

¹ LNS-Lipid based Nutrient Supplements-Lipid Bazlı Besin Takviyeleri

Yüksek Enerjili Bisküviler¹ (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.

Mikro besin Yetersizlikleri Müdahaleleri

Mikro besin öğeleri, 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 mikrobeseinlerden herhangi birinin eksikliği, ciddi ve hatta yaşamı tehdit eden durumlara neden olabilir. Mikro besin öğesi 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 (70). 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, mikro besin öğesi eksikliği hastalıkları olasılığını artıran faktörler, bölgedeki yaygın mikrobesein eksiklikleri; rasyonlarda uygun çeşitliliğin olmaması; taze gıdalara erişim eksikliği; B vitaminleri,

¹ HEB-High Energy Biscuits- Yüksek Enerjili Bisküviler

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. Mikro besin ögesi ihtiyaçlarını karşılamak için aşağıdaki müdahale yöntemleri uygulanabilir (71).

1. Zenginleştirilmiş gıda maddelerinin gıda dağıtım rasyonlarına dahil edilmesi

Gıda zenginleştirme, işleme sırasında gıdalara bir veya daha fazla mikrobeseinin eklenmesi işlemidir. Gıda zenginleştirme işlemi; gıdanın maliyetini çok fazla artırmamalı, tadını, kokusunu da etkilememelidir. Zenginleştirilmiş bir gıda ürünü, tüm temel mikro besin öğelerinin sağlanması için pratik bir araç değildir. Onun yerine, farklı gıdalar uygun şekilde eşleşen mikro besin öğeleri 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 mikrobeseinlerle zenginleştirilmiş karışım gıdalar¹)

Zenginleştirilmiş gıdalar; mikro besin ögesi 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.

¹ 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 (69).

3. Sağlıklı gıda hazırlama uygulamalarının teŖvik edilmesi: Toplumdaki gıda hazırlama teknikleri, gıdaları vitamin ve mineral kaybına uğratıyorsa, 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 eğitimi :Özellikle risk altındaki bebek ve küçük çocuk, hamile ve emziren kadınların besin çeşitliliği vurgusu yapılarak müdahale edilen gruba, beslenme davranışı değişikliği eğitimi verilmesi önemlidir. Ebeveynlere; 6 aya kadar sadece anne sütü ve 6 aydan sonra uygun ek besinlere geçiş bašta olmak üzere doğru IYCF uygulamaları farkındalık çalışmaları yapılmalıdır.

8. Gelir getirici ve pazara erişimi iyileştirici müdahaleler (71): Gelir yaratma programları yararlanıcıların satın alma gücünü ve dolayısıyla diyet çeşitliliğini artırarak mikro besinlerin diyet alımını iyileştirmeye yardımcı olabilir.

9. Tamamlayıcı halk sağlık m¼dahaleleriyle pekiştirilen m¼dahaleler Belirli bir mikro besin eksikliğini ortadan kaldırmak veya önlemek için, yukarıdaki beslenme m¼dahalelerini 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 m¼dahaleleri; A vitamini eksikliğini kontrol etmek ve genel morbidite ve mortaliteyi azaltmak için rutin takviyeler yoluyla A vitamini kaps¼llerinin dağıtımı (72).

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 (73). LANCET'in çocukların hayatta kalması üzerine 42 ülkeyi kapsayan bir araştırmasına göre; çocuk ölümlerinin üçte ikisinin, uygulanması mümkün olan m¼dahalelerle önlenbildiğini göstermiştir. Bu çalışmaya göre; sadece anne sütü ile emzirme ve tamamlayıcı beslenmenin, beş yaşın altındaki çocuklarda ölüm oranlarını %19 kadar daha fazla azaltabileceğini göstermiştir (74).

WHO ve UNICEF, Bebek ve Küçük Çocukların Beslenmesi için Küresel bir strateji (75) 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 sağlanmasında 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 (76).

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 (77).

Uygun Politikaların Geliştirilmesi Ve Uygulanması

SPHERE el kitabı' ¹nda 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 (78):

- 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) (80,81) kararlarına uygunluk .
- Anne sütü muadili (BMS), biberon ve emzik bağışlarının 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.

¹ Sphere El Kitabı, insani müdahalede en yaygın olarak bilinen ve uluslararası kabul görmüş ortak ilkeler ve evrensel asgari standartlar dizisidir.

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 arasından 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 (78).

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.
- **Toplumdu 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 iletildiği 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 kullanılabilir iletişim kanallarıdır (77).

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 ağları¹ belirlemek ve kullanmak gerekebilir (78).

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, emzirilmeyen bebek için destek sunulabilir (77). Bu alanlar gerektiğinde bir çadırda veya bir köşede de minimal düzeyde kurulabilir.

IYCF danışmanlığı

Sağlık çalışanlarına; emzirme, tamamlayıcı beslenme gibi uygun IYCF uygulamaları alanında temel danışmanlık becerileri kazandırılabilir. Bu sayede, acil

¹ 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).

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 personelin denetiminde bir araya gelerek deneyimlerini, endişelerini paylaşmaları ve birbirlerini desteklemeleri sağlanabilir.

Emzirilme 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 emzirilmeyen 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 kullanımını 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.(78).

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'nn 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 cretsiz 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. Emzirilmeyen 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 (82).

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 verilip 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 ögesi 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; mikro besin ögesi tozları ile zenginleştirilen gıdaların bebek, Çocuk, hamile ve emziren kadınlarca tüketilmesi sağlanabilir (7).

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 (7).

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 (7).

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 adolesanın 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 (83). 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 (79-81), 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 (84).

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 (85).

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.

Mikro Besin 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 (83).

- **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 (83).

Acil durumlardaki kadınlar için mikrobesein müdahaleleri aşağıdaki gibidir.

- **Hamile ve riskli kadınlar için çoklu mikro besin tablet takviyesi:** WHO tarafından sadece tabletler tavsiye edilmektedir, multi mikrobesein 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 (72).

- **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 (7).

Beslenmeye Duyarlı Programlar

Diğer müdahalelerde olduğu gibi, maternal beslenmeye duyarlı yaklaşımlar ile anne ve çocuk yetersiz beslenmesi yükü azaltılabilir. Kadınların güçlendirilmesi, tarım, gıda güvencesi, 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 (62). Başka bir deyişle beslenme ve sağlık müdahaleleri entegre olarak yürütülmelidir. Ek olarak, gıda güvencesi, 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 Güvencesi ve Geçim Kaynakları Programları

“Gıda güvencesi; tüm insanların, aktif ve sağlıklı bir yaşam için beslenme ihtiyaçlarını ve gıda tercihlerini karşılayan, yeterli, güvenli ve besleyici gıdaya her zaman fiziksel ve ekonomik erişimi olduğunda oluşur” (Dünya Gıda Zirvesi, 1996) (86). 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 (87).

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 (46). 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 artırabilecek çok çeşitli faktörleri etkiler (14). 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 (62).

Gıda Yardımı

Gıda yardımları; acil durumların ilk fazlarında, anında müdahale etmek ve hanelerin gıda ihtiyaçlarını karşılamak ve hayat kurtarmak (46) 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 gereksinimlerini karşılayacak şekilde planlanmalıdır.

Rasyon planlamasında bir popülasyonun minimum gereksinimleri kullanılmalıdır. İnsani yardım alanındaki ilkeleri ve minimum standartları derleyen SPHERE (7) el kitabında minimum beslenme gereksinimleri aşağıda belirtilmiştir.

- 2.100 kkal/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" (72) dökümanı, iyi bir rehberdir ve rasyonu hazırlamak için kontrol listesi de mevcuttur. Ayrıca genel gıda rasyonları, **NutVal**¹ 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 besin öğelerinde eksiklik olacaktır (88).

Rasyon bir yetişkinin enerji ve makro besin öğeleri açısından gereksinimlerini karşılayan tam bir rasyon olabilir veya mevcut gıda kaynaklarına ek olarak verildiğinde tamamlayıcı bir rasyon olabilir. Önerilen rasyonlar, bir yetişkinin günlük

¹ NutVal: Gıda yardımı programları için planlama, hesaplama ve izleme uygulaması

enerji ve makrobesin ihtiyacını karşılasa da ülkelere ve hedef grubun ihtiyaçlarına 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 kkal'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 kkal ilave edilmelidir (72).

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 (72). 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 kkal/gün) beslenme ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde hesaplanır; ve 1500 kkal'lik rasyon içerir (14).

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 (14).

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 hanehalkının 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 mikrokredi/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 (46) 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 (88).

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 (89).

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 (88).

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 (90).

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. (91) 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 (92). Bu yüzden acil beslenme müdahalelerinin; WASH programlarıyla bütünleştirilmesi 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 (62).



KAYNAKLAR

1. OCHA. OCHA on message: Humanitarian principles.2012.
2. 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>
3. International Red Cross and Red Crescent Movement. <https://www.ifrc.org/fundamental-principles>
4. Türk Kızılayı. <https://www.kizilay.org.tr/kurumsal/temel-ilkelerimiz>
5. Humanitarian Inovation Fund.ICRC Code of Conduct <https://higuide.elrha.org/humanitarian-parameters/humanitarian-principles-and-standards/>
6. 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>
7. Sphere Association. The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. 4th edition. Geneva, Switzerland; 2018. www.spherestandards.org/handbook
8. OCHA. OCHA on Message: General Assembly resolution 46/182. 2012.
9. ICVA.IASC ve küresel insani koordinasyon mimarisi: STK'lar nasıl dahil olur?. Çeviren: IHH İnsani Yardım Vakfı.2017.
10. OCHA. Transformative Agenda.2011, <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-transformative-agenda> (Erişim Tarihi: 01.03.2022)
11. ICVA.Ülke düzeyinde İnsanı Koordinasyon:Mevcut Sistem Nasıl dönüştü?.Çeviren:IHH İnsani Yardım Vakfı. 2017.
12. OCHA Services.Humanitarian Response.Who does what?.<https://www.humanitarianresponse.info/en/coordination/clusters/who-does-what> (Erişim tarihi 05.03.2022)
13. OCHA Services.IASC.<https://interagencystandingcommittee.org/the-inter-agency-standing-committee> (Erişim Tarihi: 02.03.2021)
14. ACF International Network. Emergency nutrition:A handbook for developing an emergency nutrition intervention strategy.2013.
15. Global Nutrition Cluster. www.nutritioncluster.net/
16. Global Nutrition Cluster.Technical Alliance. <https://ta.nutritioncluster.net/>
17. T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. <https://www.afad.gov.tr/>
18. UNHCR. Turkey Operational Update. Eylül 2021.
19. 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.
20. WFP. Emergency Food Security Assessment.Second Edition.2009.
21. Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions Manual 2.2017. <https://smartmethodology.org/>

22. WHO, UNICEF. WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children.2009
23. FEWSnet. Famine Early Warning Systems Network Kıtık Erken Uyarı Sistemleri Ağı. <https://fewsn.net/>
24. UNSCN- United Nations System Standing Committee on Nutrition- Birleşmiş Milletler Daimi Beslenme Komitesi, <https://www.unscn.org/>
25. IPC- Integrated Food Security Phase Classification – Bütünleşmiş Gıda güvenliği sınıflandırması <https://www.ipcinfo.org/>
26. WFP. Comprehensive Food Security & Vulnerability Analysis Guidelines.First Edition.2009.
27. USAID. The DHS (Demographic and Health Surveys) Program, <https://dhsprogram.com/data/DHS-Survey-Indicators-Maternal-and-Child-Nutrition.cfm>
28. CARE. Infant and Young Feeding Practices: Collecting and Using Data: A step-by-step Guide. 2010.
29. UNHCR Standardised Expanded Nutrition Survey (SENS) Module 4: IYCF-A Practical Step-by-Step Guide. V3.2018.
30. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices.2008.
31. WHO,UNICEF. Indicators for assessing infant and young child feeding practices:Definitions and Measurement Methods 2021.
32. Neovita Study Group. Delayedbreastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017.
33. WHO Guideline. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. 2017.
34. WHO,PAN American Health Organization.Guiding Principles for complementary feeding of breastfeeding child.2001.
35. 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
36. USAID. The DHS Program. Demographic and Health Surveys, <https://dhsprogram.com/>
37. 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
38. 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
39. WHO.Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child.2001.
40. WHO. Guiding principles for feeding non-breastfed children 6–24 months of age. 2005.
41. 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

42. 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
43. 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
44. 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
45. USAID-FANTA III. Household Dietary Diversity Score (HDDS) for Measurement of Household Food Access: Indicator Guide. Version 2. 2006.
46. 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.
47. WFP. Consolidated Approach to Reporting Indicators of Food Security (CARI) Guidelines. Second Edition 2015.
48. WFP, UNICEF. Technical Guidance for the Joint Approach to Nutrition and Food Security Assessment (JANFSA). 1st Edition. 2016.
49. USAID. Food and Nutrition Technical Assistance- FANTA, <https://www.fantaproject.org/>
50. WFP. Comprehensive Food Security & Vulnerability Analysis (CFSVA) Guidelines. 1st Edition. 2009.
51. USAID-FANTA III. Household Food Insecurity Access Scale (HFIAS) for Measurement of Food Access: Indicator Guide. Version 3. Aug 2007.
52. USAID- FANTA III. Household Hunger Scale: Indicator Definition and Measurement Guide. August 2011.
53. WFP, USAID, TANGO, CARE and Feinstein International Center. The Coping Strategies Index Field Methods Manual. 2nd Edition. January 2008.
54. Food Security Cluster. FSC Indicator Handbook. 2020. https://fscluster.org/handbook/Section_two_rcsi.html
55. 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.
56. FAO and FHI 360. Minimum Dietary Diversity for Women - A guide for measurement. Rome, FAO. 2016.
57. FAO. Minimum Dietary Diversity for Women - An updated guide for measurement: from collection to action. Rome, 2021. <https://doi.org/10.4060/cb3434en>
58. Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA). Global MUAC Cutoffs for Adults: A Technical Consultation. 2018.
59. 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>

60. 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
61. USAID. Strengthening Partnerships, Results, And Innovations in Nutrition Globally (SPRING) Project. Assesment Tools. https://www.spring-nutrition.org/sites/default/files/publications/tools/spring_context_assessment_tools_all.pdf
62. USAID.Nutrition in Emergencies: Multisectoral Nutrition Strategy 2014-2025 - Technical Guidance Brief. Feb 2017.
63. UNOCHA.Global Humanitarian Overview. Part one:global trends. 2022.
64. WHO.Fact Sheets:Malnutrition.2021.
65. UNCHR.Global Trends-Forced Displacement.2020. <https://www.unhcr.org/flagship-reports/globaltrends/>
66. WHO.The management of Nutrition in Major Emergencies.2000.
67. USAID.Community-Based Management of Acute Malnutrition Technical Guidance Brief.2016.
68. World Vision. Community-Based Management of Acute Malnutrition Model. <https://www.wvi.org/nutrition/project-models/cmam>
69. Global Nutrition Cluster MAM Task Force.Moderate Acute Malnutrition: A Decision Tool for Emergencies. 2017.
70. WHO.Health Topics.Micronutrients. https://www.who.int/health-topics/micronutrients#tab=tab_1
71. UNHCR.Micronutrient Malnutrition – Detection,Measurement and Intervention:A Training Package for Field Staff.2003.
72. UNHCR,UNICEF,WFP;WHO.Food and Nutrition Needs in Emergencies.2004.
73. WHO. Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies.2004.
74. 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
75. WHO. Global strategy for infant and young child feeding.2003.
76. Save the Children. IYCF-E Toolkit: Rapid start -up for emergency nutrition personnel.2018.
77. UNICEF. Committed to Nutrition. A toolkit for Action. Fulfilling UNICEF’s Core Commitments for Children in Humanitarian Action. June 2017.
78. IFE Core Group. The Operational Guidance on Infant and Young Child Feeding in Emergencies.Version 3.Oct 2017.
79. WHO. The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes (BMS). 1981.
80. 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.
81. 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
82. WHO.How to prepare cup feeding at home.2007.
83. 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.

84. WHO. Essential Nutrition Actions: Improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition.2013.
85. 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
86. FAO.World Food Summit.Rome, 1996.
87. FAO.Policy Brief.Food Security.2006.
88. ACF.Maximizing the nutritional impact of Food Security and Livelihood interventions – A manual for field workers.2012.
89. International Food Policy Research Institute. Women: the Key to Food Security. Washington, DC, 1995.
90. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – Global Water, Hygiene and Sanitation. <https://www.cdc.gov/healthywater/global/index.html>
91. 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
92. USAID. WASH&Nutrition-Water and Development Strategy Implementation Brief. Jan 2015

EK 2: Türkçe Gıda Güvenesi ve IYCF Anketi

Ankete giriş ve rıza	
<p>Merhaba. Ben XXX ve XXX'ten geliyoruz ve size, sizinle ve ailenizle ilgili birkaç soru sormak istiyoruz. Bunu, toplumdaki gıda güvenliği durumu ve beslenme alışkanlıklarını tespit etmek için ve sizi etkinliklerimizle, en iyi hangi şekilde destekleyebileceimizi öğrenmek için yapıyoruz. Sizin sunacağınız bilgi gönüllü ve gizlidir, yani isminiz ve diğer detaylar kurum dışından kimse ile paylaşılmayacaktır. Eğer belirli bir soruyu yanıtlamak istemezseniz, bu bizim için sorun değildir. Ayrıca belirtmem gerekir ki bu anket sadece değerlendirme için yapılmaktadır ve bu mülakattan sonra herhangi bir destek alabileceğinizi garanti edemeyiz. Anket yaklaşık 25 dakika sürecektir.</p>	
GIDA GÜVENESİ BÖLÜM 1: Hane Halkı Soruları	
DM1	Anketi uygulamamız için rızanız var mı? Evet Hayır
DM2	Bu evde kaç kişi yaşıyor? Bu evde aynı çatı altında yaşayan bütün insanlar aynı sofrada, birlikte mi yemek yiyor? Evet Hayır Burada kaç aile yaşıyor?
DM3	Hane reisinin cinsiyeti nedir? Kadın Erkek
DM4	Hane reisinin yaşı kaçtır (yıl olarak)?
DM5	Hane reisinin uyuğu nedir? Türkiye Suriye Afganistan Irak İran Diğer (Lütfen belirtin) Söylememeyi tercih ediyorum
DM6	Hanede toplam kaç kişi yaşıyor?

Hanehalkı Bilgisi	Total	0-23 ay		24-59.9 ay		5-17 yaş		18-64 yaş		65 yaş ve üstü	
		E	K	E	K	E	K	E	K	E	K
(Her kategori için toplam sayıyı veriniz.)											
1. Hanede kaç kişi yaşıyor?											
2. Hanede kaç kişi çalışıyor?											
3. Hanede kaç kronik hastalığı olan kişi var ?											
4. Hanede engelli olan kaç kişi var ?											
5. Hanede kaç tane yetim ve/veya öksüz var											
DM7	<p>Hanedeki Kadınlar</p> <p>Şimdi Hanedeki kadın sayısını sormak istiyorum. Lütfen aşağıdaki her gruba dahil toplam üye sayısını belirtiniz.</p> <p>1. 15-49 yaş arası toplam kadın sayısı 2. Toplam hamile kadın sayısı 3. Toplam emziren kadın sayısı 4. Toplam hem hamile ve hem emziren kadın sayısı</p> <p>Çocuklar</p> <p>(Saha araştırmacısı için) 24 aydan küçük çocukların sayısı: Numaralı kadının 24 ayın altında kaç çocuğu var?</p> <p>(Saha araştırmacısı için) Rasgele seçme esnasında 24 aydan küçük kaç çocuk seçtiniz?</p>										
GIDA GÜVENCESİ BÖLÜM 2: Gıda Güvencesi Soruları											
FS1	<p>Haneniz herhangi bir destek/yardım alıyor mu?</p> <p>Evet Hayır Bilmiyorum</p>										
FS2	<p>Hanenizin yardım kategorisi nedir?</p> <p>Kızılay Yardımı Diğer nakit yardımı Yemek yardımı Kömür veya diğer yakıt yardımı Giysi/Kıyafet yardımı Eğitim yardımı Diğer Bilmiyorum</p>										

FS3	<p>Geçen ay aldığımız nakit desteğini nasıl harcadınız?</p> <p>Gıda</p> <p>Su</p> <p>Hijyen malzemeleri, giysiler, ayakkabılar</p> <p>Sağlık masrafları (ilaçlar dahil)</p> <p>Kira, barınak onarımı, ev eşyaları (ör. Şilte, battaniye, bidon), kamu hizmetleri</p> <p>Elektrik, su faturaları, telefon faturaları)</p> <p>Yakacak odun/yemek pişirmek veya ısıtmak için yakıt</p> <p>Geçim kaynağı faaliyeti için malzemeler (örn. tohumlar, aletler, çiftçilik, balıkçılık vb.)</p> <p>Borç geri ödemesi</p> <p>Biraz para biriktirmek veya bir kısmını diğer aile üyelerine, akrabalarına, arkadaşlarına</p> <p>Eğitim (ör. Okul ücretleri, üniforma, kitaplar)</p> <p>Diğer</p> <p>Bilmiyorum</p>
FS4	<p>Hanehalkınız tarafından karşılanamayan herhangi bir temel ihtiyaç var mı?</p> <p>Evet</p> <p>Hayır</p> <p>Bilmiyorum</p>
FS5	<p>Lütfen hanehalkınızın temel ihtiyaçlarından hangilerini karşılayamadığınızı belirtiniz.</p> <p>Gıda</p> <p>Su</p> <p>Hijyen malzemeleri, giysiler, ayakkabılar</p> <p>Sağlık masrafları (ilaçlar dahil)</p> <p>Kira, barınak onarımı, ev eşyaları (ör. Şilte, battaniye, bidon), kamu hizmetleri</p> <p>Elektrik, su faturaları, telefon faturaları)</p> <p>Yakacak odun/yemek pişirmek veya ısıtmak için yakıt</p> <p>Geçim kaynağı faaliyeti için malzemeler (örn. tohumlar, aletler, çiftçilik, balıkçılık vb.)</p> <p>Borç geri ödemesi</p> <p>Biraz para biriktirmek veya bir kısmını diğer aile üyelerine, akrabalarına, arkadaşlarına</p> <p>Eğitim (ör. Okul ücretleri, üniforma, kitaplar)</p> <p>Tüm temel ihtiyaçlar karşılandı</p> <p>Diğer</p> <p>Bilmiyorum</p>
FS6	<p>Son dağıtımdan kalan kömür veya başka yakıtlar hanenizde kaç gün kullanıldı?</p>
<p>GIDA GÜVENCESİ BÖLÜM 3</p>	
	<p>Şimdi ihtiyaçlarınızı karşılamak için sizin veya evinizden herhangi birinin yapmış olabilecekleri hakkında bazı sorular sormak istiyorum.</p> <p>Son 4 hafta için aşağıdaki soruları cevaplayınız.</p>

FS7	Son 4 hafta içinde hanedeki bir çocuk okuldan alınmak zorunda kaldı mı? Evet Hayır Bilmiyorum
FS8	Son 4 hafta içinde, siz veya evinizdeki herhangi bir kişi, gıda veya temel malzeme satın almak için satılmayan herhangi bir eşyayı satmak zorunda kaldı mı? (Örneğin, araba, motosiklet, dikiş makinesi, diğer ev aletleri, hayvancılık ürünleri, verimli arazi) Evet Hayır Bilmiyorum
FS9	Son 4 hafta içinde, siz veya evinizdeki herhangi bir kişi daha düşük kaliteli bir eve taşınmak zorunda kaldı mı? Evet Hayır Bilmiyorum
FS10	Son 4 hafta içinde, 16 yaşın altında herhangi bir hane halkını çalışmaya göndermek zorunda kaldınız mı ? Evet Hayır Bilmiyorum
FS11	Son 4 hafta içinde, hane halkından herhangi bir kişiyi, evden uzağa çalışmaya göndermek zorunda kaldınız mı? Evet Hayır Bilmiyorum
FS12	Son 4 hafta içinde, siz veya hanehalkından herhangi bir kişi eve para, gıda veya eşya getirmek için riskli faaliyetlerde bulunmak zorunda kaldı mı? (Örneğin yasadışı faaliyetler, yabancılardan para istemek (dilenmek) veya erken evlilik (16 yaşın altındaki genç kızların aile üzerindeki mali stresi azaltmak için evlenmesi) Evet Hayır Bilmiyorum
FS13	Son 4 hafta içinde, siz veya hanenizdeki herhangi bir kişi, diğer ihtiyaçları karşılamak için kira / borç ödemelerini atlamak zorunda kaldı mı? Evet Hayır Bilmiyorum
FS14	Son 4 hafta içinde, siz veya evinizdeki herhangi bir kişi; yeni kredi veya borç para almak zorunda kaldı mı? Evet Hayır Bilmiyorum
FS15	Son 4 hafta içinde, siz veya evinizdeki herhangi bir kişi, evdeki gıda ihtiyaçlarını karşılamak için: Hijyen malzemeleri, su, bebek eşyaları, sağlık veya eğitim harcamalarını azaltmak zorunda kaldı mı?

	<p>Evet Hayır Bilmiyorum</p>
FS16	<p>Son 4 hafta içinde, siz veya evinizdeki herhangi bir kişi;hanenize destek olarak verilen insani yardımları satmak zorunda kaldı mı? (Örnek: gıda olmayan ürünler)</p> <p>Evet Hayır Bilmiyorum</p>
GIDA GÜVENCESİ BÖLÜM 4: Hane Açlık Skoru	
FS17	<p>Son 4 hafta içinde hanenizde maddi yetersizlikten dolayı yiyecek hiçbir şeyin olmadı zamanlar oldu mu?</p> <p>Evet Hayır Bilmiyorum</p> <p>Bu, son 4 haftada ne sıklıkla gerçekleşti? Nadiren (1-2 kez) Bazen (3-10 kez) Genellikle (10 kereden fazla)</p>
FS18	<p>Son 4 hafta içinde... Yeterli yemek olmadığı için siz veya hane üyelerinizden herhangi birinin gece aç uyuduğu oldu mu?</p> <p>Evet Hayır Bilmiyorum</p> <p>Bu, son 4 haftada ne sıklıkla gerçekleşti? Nadiren (1-2 kez) Bazen (3-10 kez) Genellikle (10 kereden fazla)</p>
FS19	<p>Son 4 hafta içinde... Siz veya hane üyelerinizden herhangi birinin, yeterli yemek olmadığı için bütün bir günü ve geceyi hiçbir şey yemeden geçirdiği oldu mu?</p> <p>Evet Hayır Bilmiyorum</p> <p>Bu, son 4 haftada ne sıklıkla gerçekleşti? Nadiren (1-2 kez) Bazen (3-10 kez) Genellikle (10 kereden fazla)</p>
FS20	<p>FS20. Son 7 gün içerisinde hanenizde yeterli gıdanın olmadığı veya gıda almak için gerekli paranın bulunmadığı zamanlar oldu mu?</p> <p>Evet Hayır Bilmiyorum</p>

GIDA GÜVENCESİ BÖLÜM 5: Olumsuz Başaıkma	
FS21	Son 7 gün içinde, yiyecek veya para eksikliğinden dolayı; hanede kaç gün daha az tercih edilen ve/veya daha ucuz yiyecekler yemek zorunda kaldınız mı? __ gün
FS22	Son 7 gün içinde, yiyecek veya para eksikliğinden dolayı; hanede kaç gün bir arkadaştan veya akrabadan yiyecek yardımı almak zorunda kaldınız ? __ gün
FS23	Son 7 gün içinde, yiyecek veya para eksikliğinden dolayı; hanenizde bir günde yenen öğün sayısını kaç gün azalttınız? __ gün
FS24	Son 7 gün içinde, yiyecek veya para eksikliğinden dolayı; kaç gün öğünlerde porsiyonları küçültmek zorunda kaldınız? __ gün
FS25	Son 7 gün içinde, yiyecek veya para eksikliğinden dolayı, çocukların yeterli gıda alabilmesi için yetişkinler kaç gün gıda tüketimini azalttı? __ gün
GIDA GÜVENCESİ BÖLÜM 6: Gıda Grupları	
FS26	Hane üyeleri son 7 gün içinde evde hazırlanan ve/veya tüketilen aşağıdaki yiyecekleri kaç gün yedi?
	FS26.1 Tahıllar, kökler ve yumrular (Ekmek Dahil) __ gün
	FS26.2 Kuru baklagiller ve yağlı tohumlar __ gün
	FS26.2.1 Kuru baklagiller __ gün
	FS26.2.2 Kuruyemişler ve yağlı tohumlar __ gün
	FS26.3 Süt ve diğer süt ürünleri __ gün
	FS26.4 Et, balık ve yumurta gıda grubu __ gün
	FS26.4.1 Kırmızı ve beyaz etler __ gün
	FS26.4.2 Organ etleri __ gün
	FS26.4.3 Balık ve deniz ürünleri __ gün
	FS26.4.4 Yumurtalar __ gün
	FS26.5 Sebzeler ve koyu yeşil yapraklı sebzeler __ gün
	FS26.5.1 A vitamini açısından zengin sebzeler ve yumrular __ gün
	FS26.5.2 Koyu yeşil yapraklı sebzeler __ gün

	FS26.6 Meyveler __gün
	FS26.6.1 A vitamini açısından zengin meyveler __gün
	FS26.7 Sıvı ve katı yağlar __gün
	FS26.7.1 Sıvı Yağlar (zeytin yağı, ayçiçek yağı, mısır yağı gibi) __gün
	FS26.7.2 Katı yağlar (sade yağ, tereyağı, iç yağı, kuyruk yağı, krema) __gün
	FS26.8 Şeker ve şekerli içecekler __gün
	FS26.9 Baharatlar, çeşniler __gün
	FS26.10 İçecekler __gün
FS27	Bu yiyecek nasıl temin edildi? Satın alma (nakit yardım ile kendi imkanlarıyla) Kendi üretimi (mahsuller, hayvancılık, balıkçılık/avcılık, toplama) Ticareti yapılan mal/hizmetler, takas Ödünç alındı (tüccarlardan borç/kredi) Hediye olarak alındı (aile akrabalarından veya arkadaşlardan/komşulardan) Aynı yardım veya kupon bazlı gıda yardımı Diğer Bilmiyorum
FS28	Son 3 ay içerisinde hanenizin ortalama geliri ne kadardı? 1500 TL'den az 1500-3000 TL 3001-5000 TL 5000 TL'den fazla
	Lütfen anket doğrulaması için telefon numaranızı rica edebilir miyiz? Evet Hayır Evet ise telefon numarası:
	ANKETÖR NOTLARI:

IYCF -Bebek ve Küçük Çocuk Anketi

Merhaba. Ben XXX . ve XXX'ten geliyoruz ve size, sizinle ve ailenizle ilgili birkaç soru sormak istiyoruz. Bunu, toplumdaki gıda güvenliği durumu ve beslenme alışkanlıklarını tespit etmek için ve sizi etkinliklerimizle, en iyi hangi şekilde destekleyebileceimizi öğrenmek için yapıyoruz. Sizin sunacağınız bilgi gönüllü ve gizlidir, yani isminiz ve diğer detaylar kurum dışından kimse ile paylaşılmayacaktır. Eğer belirli bir soruyu yanıtlamak istemezseniz, bu bizim için sorun değildir. Ayrıca

belirtmem gerekir ki bu anket sadece değerlendirme için yapılmaktadır ve bu mülakattan sonra herhangi bir destek alabileceğinizi garanti edemeyiz. Anket yaklaşık 25 dakika sürecektir.

BÖLÜM ÇOCUK 1: 0-23 Aylık veya 6-23 Aylık Çocuğun Bilgileri

BU SORULARIN ANNE VEYA ANA BAKICIYA SORULMASI GEREKMEKTEDİR.

CH1	Anketin gerçekleştirilmesi için ailenin rızası alındı mı? Evet Hayır
CH2	Çocuğun ismi
CH3	Çocuğun cinsiyeti Kız Erkek
CH4	Doğumu belgeleyen herhangi bir doküman var mı? Evet Hayır
CH5	Çocuğun doğum tarihi _/_/___
CH6	(Çocuğun ay olarak yaşı En az:0 En fazla:23 ay
NOT:	ÇOCUĞUN 24 AYDAN KÜÇÜK OLDUĞUNDAN EMİN OLUNMALIDIR. EĞER ÇOCUK 24 AYDAN BÜYÜKSE ANKET BURADA SONLANDIRILMALIDIR.
NOT:	BU SORULAR 0-23 AYLAR ARASINDA OLAN ÇOCUĞUN VE ÇOCUĞUN BESLENMESİNDEN SORUMLU ANNE VEYA ANA BAKICIYA SORULMALIDIR.
IF1	(Çocuğun adı) daha önce hiç emzirildi mi? Evet Hayır Bilmiyorum
IF2	(Çocuğun adı) neden hiç anne sütüyle beslenmedi? Bir sağlık çalışanı veya aile üyesinden tavsiye Aile üyesinden tavsiye Emzirme zorlukları (ağrı, yetersiz süt vb.) Bebek maması daha iyidir Bebek yeterince kilo almıyor Hastalık - anne veya bebek hasta Anne - gebelik Anne - çalışıyor/ayrılmış veya çok meşgul (Zaman eksikliği) Anne - güzellik nedenleri Emzirme için uygun ortam bulunamaması

	Diğer
IF3	Doğumdan ne kadar sonra; ilk defa (Çocuğun adı)'i göğsünüze alıp emzirdiniz? 1 saatten az 1 ile 23 saat arası 24 saatten fazla Bilmiyorum
IF4	Doğum şekli neydi? Normal doğum Sezaryen doğum
IF5	Doğumdan sonraki ilk 3 gün içinde, anne sütü dışında veya ona ek olarak (Çocuğun adı)'a herhangi bir şey verildi mi? Cevabınız evet ise lütfen ne verildiğini söyleyin. Sade su Şekerli su veya glikozlu su Toz veya taze hayvan sütü Bebek maması (Örnek: Bebelac, Aptamil, SMA, Similac, Humana) Diğer Hatırlamıyorum
IF6	(Çocuğun adı) dün gün içinde ve/veya gece emzirildi mi? Evet Hayır (Cevap evet ise IF7'ye geçiniz)
IF7	(Çocuğun adı) dün gündüz ve gece kaç kez (yeterli miktarda) emzirildi? ___ kez
IF8	(Çocuğun adı)'nın dün gece gündüz içmiş olabileceği sıvılar hakkında soru sormak istiyorum. Dün gündüz veya gece, Yalnızca kendisini veya diğer yiyeceklerle birlikte aşağıdakilerden herhangi birini tüketti mi? Evet Hayır Hatırlamıyorum
	IF8.A. Damla olarak vitamin damlaları veya diğer ilaçlar
	IF8.B. Sade su
	IF8.C. Bebek maması (Örnek: Bebelac, Aptamil, SMA, Similac, Humana)
	IF8.D. Süt (Örnek: Taze, şişe hayvan sütü)
	IF8.E. Meyve suyu
	IF8.F. Et veya kemik suyu
	IF8.G. Ayran veya kefir gibi süt ürünleri

	IF8.H. Sulu lapa, tarhana gibi sulu çorba veya çorba karışımı
	IF8.I. Şekerli su
	IF8.J. Diğer içecekler, örneğin soda, şekerli içecekler, çay, bitki çayları
BÖLÜM ÇOCUK 2: Katı, Yarı Katı Ve Yumuşak Gıdalar	
IF9	(Çocuğun adı)'e katı veya yarı katı (yumuşak, lapa) yiyecekleri vermeye kaçınıcı ayda başladınız? _____ ay
IF10	Dün, gündüz veya gece, (Çocuğun adı) katı veya yarı katı (yumuşak, ezilmiş) yiyecekler yedi mi? Evet Hayır
IF11	Şimdi size (Çocuğun adı)'nın yiyebileceği bazı yiyecekleri sormak istiyorum. Dün, gündüz veya gece, (Çocuğun adı) aşağıdakilerden herhangi birini tüketti mi?
	IF11.1 Ekmek, pirinç, erişte, patates veya koyu kıvamlı yulaf lapası dahil olmak üzere tahıllardan yapılan diğer yiyecekler
	IF11.2 İçi sarı veya turuncu olan balkabağı, havuç veya kabak
	IF11.3 Fasulye, bezelye, mercimekten (kırmızı veya yeşil) yapılan tüm yiyecekler
	IF11.4 Kuruyemişler ve yağlı tohumlar
	IF11.5 Koyu yeşil yapraklı sebzeler
	IF11.6 Greyfurt, kayısı (taze veya kurutulmuş), şeftali (Diğer A vitamini yönünden zengin meyveler)
	IF11.7 Diğer meyve veya sebzeler
	IF11.8 Karaciğer, böbrek, kalp veya diğer organ etleri
	IF11.9 Sığır eti, kuzu eti, keçi, tavuk veya ördek gibi etler
	IF11.10 Taze veya kurutulmuş balık, kabuklu deniz ürünleri veya deniz ürünleri
	IF11.11 Yumurtalar
	IF11.12 Peynir, yoğurt veya diğer süt ürünleri
	IF11.13 Herhangi bir bitkisel yağ (Zeytinyağı, ayçiçek yağı, mısır yağı)
	IF11.14 Katı Yağlar veya tereyağı veya bunlardan herhangi biriyle yapılmış yiyecekler
	IF11.15 Çikolata, tatlı, şeker, hamur işi, kek veya bisküvi gibi şekerli yiyecekler var mı
	IF11.16 Acı biber, baharat, otlar gibi çeşniler
IF12	Dün gece veya gündüz (Çocuğun adı) kaç kez (kaç öğün) sıvı dışında katı, yarı katı veya yumuşak yiyecekler yedi? _____ kez

BÖLÜM ÇOCUK 3: 0-23 Aylık Çocuklarda Mama ile Beslenme	
IF13	Dün bebek maması verildiyse, neden verildi? Lütfen belirtin. Bebek emzirilmiyor (hiç) Bir sağlık çalışanından (doktor, ebe) veya bir aile üyesinden tavsiye Emzirme zorlukları (ağrı, yetersiz süt vb.) Bebek - yeterince kilo almama / anne sütü yeterli değil Anne - çok meşgul (zaman eksikliği) veya çalışıyor Bebek çok ağlıyor Hastalık - bebek veya anne hasta/ilaç alıyor Emzirme için uygun ortam bulunamaması Bebek maması bebek için daha uygun Diğer
IF14	Bebek maması tüketiliyorsa; mamayı nasıl temin ediyorsunuz? Lütfen belirtin Satın aldı / kendisi ödedi Bağış (Bir sağlık çalışanı / bir hayır kurumu / STK tarafından, gıda kiti içerisinde) Diğer
BÖLÜM ÇOCUK 4: 0-23 aylık çocuklar için Biberonla Beslenme	
IF15	(Çocuğun adı) dün veya dün gece biberon ile herhangi bir şey içti mi? Evet Hayır Bilmiyorum
IF16	(Çocuğun adı) dün veya dün gece hiç emzik kullandı mı? Evet Hayır Bilmiyorum
BÖLÜM ANNE 1: Anne Beslenmesi	
M1	Hamile veya emziriyor musunuz? Hamile Emziren Anne Her ikisi de Hayır
M2	İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız?(Yıl olarak)
M3	(Çocuğuna adı) nerede doğdu? Evde Kamu (devlet) sağlık kuruluşu Özel sağlık kuruluşu Diğer
M4	İhtiyaç duyduğunuzda sağlık hizmetlerine erişimde zorluk çekiyor musunuz?
M5	Sağlık hizmetlerine erişimde ne tür zorluklar yaşıyorsunuz? Para eksikliği

	Tercüme hizmetlerinin eksikliği Ulaşım da zorluklar / Uzaklık Sağlık çalışanlarının / doktorların saygısızlığı Diğer (lütfen belirtiniz)
M6	Hamilelik veya emzirme dönemlerinde emzirme veya beslenme ile ilgili herhangi bir destek/danışmanlık aldınız mı? Evet Hayır
M7	Bu desteği nereden aldınız? Bir sağlık veya beslenme personelinden Diğer annelerden (Anne destek grubu) Bir aile üyesinden Diğer
M8	Aldığınız Desteğin/danışmanlığın sizin için faydalı olduğunu düşünüyor musunuz? Evet Hayır
M9	Neden bu tür bir destek almadınız? Bunun gerekli olduğunu düşünmedim İstedim ama destek alamadım Böyle bir destek yoktu Diğer (lütfen belirtiniz)
M10	Bu tür bir destek almanın yararlı olacağını düşünüyor musunuz? Evet Hayır Bilmiyorum
M11	Hizmet aldığınız hastanede veya sağlık merkezinde özel emzirme odası var mı? Evet Hayır
M12	Emzirme, bebek beslenmesi , Aşı takvimi veya çocuğun kilo ve boy takibi (büyüme çizelgeleri) hakkında herhangi bir bilgi materyali (posterler - broşürler) fark ettiniz mi? Evet Hayır
M13	(Çocuğun adı) nın aşı kartı var mı ? Evet Hayır
M14	Hamilelik veya emzirme döneminde hiç takviye aldınız mı? Evet Hayır Hatırlamıyorum
M15	Lütfen hamilelik veya emzirme dönemlerinde aşağıdaki takviyelerden hangilerini aldığınızı Belirtiniz Demir Folik asit

	D Vitamini Diğer
M16	Bu takviyeyi nasıl temin ettiniz? Satın aldı / kendisi ödedi Bir hayır kurumundan / STK'dan bağış Reçete ile eczaneden alındı veya bir sağlık çalışanı tarafından verildi Diğer
M17	Dün gündüz veya gece kaç öğün yemek yediniz?
M18	Dün aile üyelerinin tükettiğinden fazla öğün tükettiniz mi? Evet Hayır
M19	Dün 3 öğünden az yemenizin sebebi nedir? Yiyecek eksikliği Zaman eksikliği (meşgul) 3 öğün yemek yemek önemli değil Diğer

EK 3: Arapça Gıda Güvencesi ve IYCF Anketi

<p>اسميXXXXXXXX أنا أعمل في شركة كريست بوينت للإستشارات والتنمية. لدي بعض الاسئلة عنك وعن عائلتك. تهدف هذه الأسئلة إلى تقييم الوضع الغذائي والعادات الغذائية في مجتمعك وسنستخدم المعلومات التي سنجمعها منك لتحديد انشطتنا وتصميمها بشكل افضل لخدمتكم. إن هذا الإستبيان تطوعي ولك حرية الاختيار في عدم المشاركة ونؤكد لك بأن كل المعلومات المقدمة ستكون خاصة وسرية ولن يتم مشاركتها مع مع أي جهات أخرى. هذا الاستبيان فقط بغرض التقييم ولكن يكون هناك اي دعم يتوقف على المشاركة في هذا الاستبيان، ولكننا نأمل بمشاركتك لأن أرائك مهمة بالنسبة لنا. سيستغرق الاستبيان حوالي 25 دقيقة تقريبا.</p>	
1 قسم المجموعات الغذائية	
DM1	هل تسمح لنا باجراء التقييم؟ نعم لا
DM2	ما هو العدد الإجمالي لأفراد الأسرة؟ الأشخاص الذين يعيشون تحت سقف واحد ويأكلون معاً من نفس الطبق نعم لا
DM3	في هذا المكان كم عائلة تعيش؟ ماهو جنس؟ المجيب؟ ذكر؟ امراة؟
DM4	ما هو عمر رب الأسرة (بالسنوات)؟
DM5	ما هو بلد منشأ رب الأسرة؟ تركيا سوريا أفغانستان العراق في إيران أخرى أفضل عدم الاجابة
DM6	كم شخص في البيت؟

المعلومات العامة	المجموع	0-23 شهر		24-59.9 شهر		5-17 سنة		18-64 سنة		65 أكبر من	
		صبي	بنت	صبي	بنت	صبي	بنت	امراة	رجل	امراة	رجل
معلومات الأسرة											
كم عدد الأطفال / الأشخاص الذين يعيشون في الأسرة؟											
كم عدد الأشخاص الذين يعملون في الأسرة؟											
كم عدد الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة (الأمراض المزمنة) في الأسرة؟											
كم عدد الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة (المعاقين) في الأسرة؟											
كم عدد الأيتام الذين يعيشون في الأسرة؟											
DM7	النساء في الأسرة الآن أود أن أسأل عن عدد النساء في الأسرة . يرجى الإشارة إلى العدد الإجمالي لأفراد كل من المجموعات التالية. 1. إجمالي عدد النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة 2. إجمالي عدد الحوامل 3. إجمالي عدد النساء المرضعات 4. العدد الإجمالي للحوامل والمرضعات (كلاهما) الأطفال										
2 قسم المجموعات الغذائية											
FS1	هل كانت أسرتك تتلقى أي نوع من المساعدة؟? نعم لا لا اعرف										
FS2	ما هي فئة مساعدة لأسرتك؟? كرت الهلال الاحمر مساعدات نقدية أخرى مساعدات غذائية										

	<p>مساعدة الفحم أو وقود أخرى مساعدة البسة مساعدة تعليمية أخرى لا أعرف</p>
FS3	<p>كيف أنفقت المنح النقدية التي تلقيتها الشهر الماضي ؟</p> <p>والملابس والأحذية بينة (بما في ذلك الأدوية) لاح المأوى، الأدوات المنزلية (مثل الفراش، البطانية، الغالونات) المرافق والفواتير (مثل الكهرباء، فواتير المكالمات الهاتفية) سبل العيش (مثل البذور والأدوات والزراعة وصيد الأسماك والتجارة الصغيرة، إلخ .)</p> <p>لمال أو إعطائه لأفراد الأسرة الآخرين أو الأقارب أو الأصدقاء رسوم المدرسية واللباس المدرسي والكتب)</p>
	<p>هل هناك اي احتياجات اساسية ليس باستطاعة اسرتك تأمينها؟</p> <p>نعم لا لا اعرف</p>
	<p>الطعام الماء مواد النظافة والملابس والأحذية التكاليف الصحية (بما في ذلك الأدوية) الإيجار، إصلاح المأوى، الأدوات المنزلية (مثل الفراش، البطانية، الغالونات) المرافق والفواتير (مثل الكهرباء، فواتير المياه، وانتمان المكالمات الهاتفية حطب/وقود للطبخ أو التدفئة أصول لنشاط سبل العيش (مثل البذور والأدوات والزراعة وصيد الأسماك والتجارة الصغيرة، إلخ.) سداد الديون ادخار بعض المال أو إعطائه لأفراد الأسرة الآخرين أو الأقارب أو الأصدقاء التعليم (مثل الرسوم المدرسية واللباس المدرسي والكتب) تم تلبية جميع الاحتياجات الأساسية أخرى لا أعلم</p>
	<p>كم عدد الأيام التي استخدم فيها الفحم أو أي وقود آخر من الدورة الأخيرة؟</p>
	<p>3 قسم المجموعات الغذائية</p>
	<p>في الأسابيع الأربعة الماضية، هل تعين عليك أنت أو أي شخص في أسرتك منع الطفل من الذهاب إلى المدرسة؟؟ نعم لا لا اعرف</p>

	لعناصر المباعة مثل السيارة أو الدراجة النارية أو المحراث أو ماكينة الخياطة أو الأدوات أو مخزون البذور أو الماشية أو أراضي خصبة نعم لا لا اعرف
	في الأسابيع الأربعة الماضية، هل احتجت أنت أو أي شخص في أسرتك إلى الانتقال إلى مأوى ذي جودة أقل؟ نعم لا لا اعرف
	سابيع الأربعة الماضية، هل لزم عليك أنت أو أي شخص في أسرتك إرسال أفراد الأسرة الذين نقل أعمارهم عن 16 عاماً إلى العمل؟ نعم لا لا اعرف
FS11	سابيع الأربعة الماضية، هل تعين عليك أنت أو أي شخص في أسرتك إرسال أحد أفراد الأسرة للعمل بعيداً نعم لا لا اعرف
FS12	في الأسابيع الأربعة الماضية، هل احتجت أنت أو أي شخص في أسرتك إلى الانخراط في أنشطة مقابل المال أو الأشياء التي تشعر أنها تعرضك أنت أو أفراد أسرتك الآخرين لخطر الأذى (مثل الأنشطة غير القانونية، طلب المال من الغرباء (التسول) أو الزواج المبكر (زواج الفتيات دون سن 16 عاماً لتخفيف الضغط المالي على الأسرة) نعم لا لا اعرف
FS13	سابيع الأربعة الماضية، هل احتجت أنت أو أي شخص في أسرتك إلى تأجيل دفع الإيجار/سداد الديون لتلبية الاحتياجات الأخرى نعم لا لا اعرف
FS14	سابيع الأربعة الماضية، هل تعين عليك أنت أو أي شخص في أسرتك الحصول على قروض جديدة أو اقتراض أموال؟ نعم لا لا اعرف
FS15	سابيع الأربعة الماضية، هل احتجت أنت أو أي شخص في أسرتك إلى تقليل الإنفاق على مواد النظافة والمياه ومستلزمات الأطفال والصحة أو التعليم من أجل تلبية الاحتياجات الغذائية المنزلية نعم لا لا اعرف
FS16	سابيع الأربعة الماضية، هل احتجت أنت أو أي شخص في أسرتك لبيع المساعدة الإنسانية (مثل المواد غير الغذائية) نعم لا لا اعرف

4 قسم المجموعات الغذائية	
FS17	<p>سابيع الأربعة الماضية... هل سبق ولم يكن هناك طعام تأكله من أي نوع في منزلك بسبب نقص الموارد للحصول على الطعام؟</p> <p>نعم لا لا اعرف</p> <p>كم مرة حدث هذا في الأسابيع الأربعة الماضية؟ نادراً مرة أو مرتين قليلاً بين 3 و10 مرات عادة أكثر من 10 مرات</p>
FS18	<p>في الأسابيع الأربعة الماضية... هل ذهبت أنت أو أي أحد من أفراد أسرتك للنوم ليلاً وأنت جائع بسبب عدم وجود طعام كافٍ؟</p> <p>نعم لا لا اعرف</p> <p>كم مرة حدث هذا في الأسابيع الأربعة الماضية؟ نادراً مرة أو مرتين قليلاً بين 3 و10 مرات عادة أكثر من 10 مرات</p>
FS19	<p>في الأسابيع الأربعة الماضية... هل قضيت أنت أو أي فرد من أفراد أسرتك يوماً كاملاً دون أن تتناول فيه أي شيء على الإطلاق لأنه لم يكن هناك ما يكفي من الطعام؟</p> <p>نعم لا لا اعرف</p> <p>كم مرة حدث هذا في الأسابيع الأربعة الماضية؟ نادراً مرة أو مرتين قليلاً بين 3 و10 مرات عادة أكثر من 10 مرات</p>
FS20	<p>في الأيام السبعة الماضية ، هل مررت بأيام لم يكن لديك فيها ما يكفي من الطعام أو المال لشراء الطعام للأسرة؟</p> <p>نعم لا لا اعرف</p>
5 قسم المجموعات الغذائية	
FS21	<p>خلال الأيام السبعة الأخيرة، كم عدد الأيام التي اعتمدت فيها أسرتك على طعام أقل تفضيلاً و/أو أقل تكلفة بسبب نقص الطعام أو المال لشراء الطعام</p>
FS22	<p>خلال الأيام السبعة الأخيرة، كم عدد الأيام التي اقترضت فيها أسرتك الطعام أو اعتمدت على المساعدة من صديق أو قريب بسبب نقص الطعام أو المال لشراء الطعام</p>
FS23	<p>خلال الأيام السبعة الأخيرة، كم عدد الأيام التي قللت فيها أسرتك من عدد الوجبات المتناولة في اليوم بسبب نقص الطعام أو نقص المال لشراء الطعام</p>
FS24	<p>خلال الأيام السبعة الأخيرة، كم عدد الأيام التي قللت فيها أسرتك من حجم الطعام في وقت الوجبة بسبب نقص الطعام أو المال لشراء الطعام</p>

FS25	خلال الأيام السبعة الأخيرة، كم عدد الأيام التي قلت فيها أسرتك الاستهلاك من قبل البالغين حتى يتمكن الأطفال من تناول الطعام بسبب نقص الطعام أو نقص المال لشراء الطعام
6 قسم المجموعات الغذائية	
FS26	خلال الأيام السبعة الماضية، كم عدد الأيام التي تناول فيها أفراد أسرتك العناصر الغذائية التالية، المعدة و/أو المستهلكة في المنزل؟ ملاحظة : الوجبات تقاس بالايام وليس بتكرار الوجبة باليوم (بحيث اذا اكلت العائلة من نفس الاكلة اكثر من مرة بنفس اليوم تسجل مرة واحدة)
	مجموعة البذور والجزور والدرنات البيضاء (متضمنة الخبز)
	البقوليات والمكسرات
	البقوليات
	مجموعة المكسرات والبذور
	الحليب ومنتجات الألبان الأخرى
	مجموعة أغذية اللحوم والأسماك والبيض
	اللحوم
	الحوم الأعضاء
	سمك و مأكولات بحرية
	بيض
	مجموعة الخضار والأوراق الغذائية
	الخضراوات والدرنات الغنية بفيتامين A
	الخضروات الورقية الخضراء
	مجموعة الفواكه الغذائية
	الفواكه الغنية بفيتامين أ
	مجموعة الزيوت والدهون
	الزيوت السائلة (زيت الزيتون و زيت عباد الشمس وزيت الذرة)
	الزيوت والدهون الصلبة
	حلويات والمشروبات المحلاة (متضمنة السكر والمشروبات التي يدخل السكر فيها)
	البهارات والتوابل
	المشروبات
FS27	كيف تم الحصول على هذا الطعام؟

	<p>الشراء (باستخدام المنح النقدية و/أو بأموالهم الخاصة) الإنتاج الخاص (المحاصيل، الثروة الحيوانية، صيد السمك/صيد الحيوانات، التجميع) السلع/الخدمات التجارية، المقايضة الاقتراض (قرض/انتمان من التجار) المساعدة الغذائية العينية أو القائمة على القسائم</p> <p>أخرى لا أعرف</p>
FS28	<p>كم هو متوسط دخل اسرتك في الثلاث الأشهر الماضية؟</p> <p>من 150 300 من</p>
	<p>هل نستطيع تلفون أخذ رقم هاتفكم؟</p> <p>نعم لا</p>

قسم المرضعات

القسم 1: تفاصيل الطفل من 0 إلى 23 شهراً أو من 6 إلى 23 شهراً	
يجب طرح هذه الأسئلة على الأم أو مقدم الرعاية الرئيسي المسؤول عن إطعام الطفل ويجب أن يكون الطفل بين 0 و 23 شهراً من العمر.	
CH1	هل سبق إرضاع {ch3}\$ من قبل؟ نعم لا
CH2	اسم الرضيع؟
CH3	جنس الرضيع؟ بنت صبي
CH4	هل لديك وثيقة رسمية تشير لعمر {ch3}\$ نعم لا
CH5	تاريخ الميلاد _/_/_
CH6	عمر {ch3}\$ هو {ch_age}\$ شهر أقل من: 0 أكثر من: 23 شهر

NOT	يجب طرح هذه الأسئلة على الأم أو مقدم الرعاية الرئيسي المسؤول عن إطعام الطفل ويجب أن يكون الطفل بين 0 و 23 شهراً من العمر.
IF1	هل سبق إرضاع من قبل؟ نعم لا لا أعرف
IF2	لماذا لم يرضع أبداً؟ نصيحة من عامل صحي أو أحد أفراد الأسرة نصيحة من أحد أفراد الأسرة صعوبات في الرضاعة الطبيعية (ألم، قلة حليب، إلخ). الحليب الصناعي أفضل عدم اكتساب الطفل للوزن الكافي المرض - الأم أو الطفل مريض الأم - عاملة / منفصلة أو مشغولة للغاية (ضيق الوقت) الأم - أسباب الجمال عدم وجود خصوصية أخرى
IF3	ما هي المدة التي مرت بعد الولادة لوضع لأول مرة على صدرك للرضاعة؟ أقل من ساعة أكثر من 24 ساعة لا أعرف
IF4	ماذا كانت نوع الولادة؟ ولادة مهبلية طبيعية قيصرية
IF5	في الأيام الثلاثة الأولى بعد الولادة، هل تم إعطاء أي شيء يشربه بخلاف حليب الأم أو بالإضافة إليه؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، من فضلك أخبرني ماذا تم إعطاء الماء العادي ماء محلى أو ماء جلوكوز الحليب المجفف أو الطازج حليب الأطفال (أضف الأسماء التجارية المتوفرة محلياً) أخرى لا أتذكر
IF6	هل تم إرضاع البارحة نهاراً وأو ليلاً؟ نعم لا لا اعرف
IF7	كم مرة تم إرضاع (بشكل كاف) البارحة خلال النهار والليل؟ إذا كنت لا تتذكر اكتب 98
IF8	الآن أود أن أسألك عن السوائل التي ربما تناولها البارحة أثناء النهار والليل. أنا مهتم فيما إذا كان طفلك قد حصل على العنصر حتى لو تم دمج مع أطعمة أخرى. البارحة خلال النهار أو الليل، هل تلقى أي مما يلي؟ نعم

	لا لا اعرف
	قطرات فيتامين أو أدوية أخرى على شكل قطرات
	الماء العادي
	حليب الأطفال على سبيل المثال بيبيلاك، أبتاميل، SMA، سيميلاك أو هيوماننا
	الحليب مثل حليب الحيوانات (طازج أو عيوات أو بودرة)
	عصير أو مشروبات العصير
	مرق شفاف أو مرقة العظام
	الزبادي أو العيران أو اللبن الرائب مثل الكفير
	عصيدة رقيقة على سبيل المثال الحساء الرقيق مثل شوربة البندورة بالفلفل أو خليط الحساء
	مياه بالسكر
	أي سوائل أخرى ذات أساس مائي مثل المشروبات الغازية والمشروبات الحلوة الأخرى وشاي الأعشاب الشاي القهوة
	طعام صلب أو شبه صلب (طري، نزع)
IF10	البارحة أثناء النهار أو بالليل، هل أكل أطعمة صلبة أو شبه صلبة (طرية، مطحونة)؟ نعم لا لا اعرف
IF11	الآن أود أن أسألك عن بعض الأطعمة التي قد يأكلها . البارحة خلال النهار أو الليل، هل تلقى أيًا مما يلي؟ خلال 24 ساعة الماضية الخبز و الأرز و المعكرونة و البطاطس أو غيرها من الأطعمة المصنوعة من الحبوب بما في ذلك العصيدة السميكة المصنوعة من الحبوب؟ اليقطين و الجزر و القرع ذات اللون الأصفر أو البرتقالي من الداخل؟ أي أطعمة مصنوعة من الفول والبازلاء والعدس (أحمر أو أخضر) فاصوليا مجففة، حمص، عدس أحمر، عدس أخضر المكسرات والبذور أي خضار ذات الأوراق الخضراء الداكنة؟ جريب فروت، مشمش (طازج أو مجفف)، خوخ (فواكه أخرى غنية بالفيتامين A) أي فواكه أو خضروات أخرى؟ الكبد، الكلى، القلب أو لحوم الأعضاء الأخرى؟ أي لحوم مثل لحم البقر أو الضأن أو الماعز أو الدجاج أو البط؟

	الأسماك الطازجة أو المجففة، المحار، أو المأكولات البحرية؟
	بيض
	الجبن أو الزبادي أو غيرها من منتجات الألبان؟
	أي زيت عشبي (زيت زيتون، زيت عباد الشمس، زيت ذرة)
	دهون أم زبدة أم أطعمة مصنوعة بأي منها؟
	أي من الأطعمة السكرية مثل الشوكولاتة أو الحلويات أو الحلوى أو المعجنات أو الكعك أو البسكويت؟
	توابل للكهة مثل الفلفل الحار أو التوابل أو الأعشاب أو مسحوق السمك؟
	كم مرة (وجبات) تناول أطعمة صلبة أو شبه صلبة أو طرية بخلاف السوائل الباردة خلال النهار أو الليل؟
حالة التغذية بالحليب الصناعي للطفل 0-23 شهرا	
	إذا تم استهلاك حليب الأطفال الصناعي الباردة؛ لماذا أعطي النوع الصناعي؟ الطفل لا يرضع (إطلاقاً) نصيحة من عامل صحي (طبيب، قابلة) أو من أحد أفراد الأسرة صعوبات في الرضاعة الطبيعية (ألم، قلة حليب، إلخ). الطفل - عدم اكتساب وزن كاف / حليب الأم غير كاف الأم - مشغولة جداً (ضيق الوقت) أو العمل طفل يبكي مرض - طفل أو أم مريضة / تتناول الدواء عدم وجود خصوصية حليب الطفل جيد للطفل أخرى
IF14	إذا تم استهلاك حليب الأطفال الصناعي؛ كيف حصلت عليه؟ أمل صحي / جمعية خيرية / منظمة غير حكومية / سلة غذائية)
الرضاعة من الزجاجات للأطفال من 0 إلى 23 شهراً	
IF15	هل شرب شيئاً من زجاجة بها حلقة (رضاعة - البيرونة - مثيلاتها) الباردة أو اللينة الماضية؟ نعم لا لا أعرف
IF16	هل استخدم الحلقة (اللهاية)؟ نعم لا لا أعرف
تغذية الأم	
M1	هل أنت حامل أو مرضعة؟ ? حامل

	مرضعة كلاهما لا يوجد
M2	في أي عمر أنجبت طفلك الأول؟ (بالسنوات)
M3	أين تمت ولادة؟ في المنزل مرفق صحي عام (حكومي) منشأة صحية خاصة أخرى
M4	هل تواجه أي صعوبات للوصول إلى الخدمات الصحية عند الحاجة؟
M5	ما نوع الصعوبات التي تواجهها للوصول إلى الخدمات الصحية؟ عدم توفر المال نقص خدمات الترجمة صعوبات في المواصلات / البعد عدم احترام من قبل العاملين الصحيين/الأطباء أخرى
M6	هل تلقيت أي دعم/استشارة بخصوص الرضاعة الطبيعية أو التغذية في فترات الحمل أو الإرضاع؟ نعم لا
M7	من أين حصلت على هذا الدعم؟ من فريق الصحة أو التغذية من أمهات أخريات (مجموعة دعم الأم) من أحد أعضاء العائلة أخرى
M8	هل تعتقد أن الدعم/الاستشارة كانت مفيدة لك؟ نعم لا
M9	لماذا لم تحصل على هذا النوع من الدعم؟ لم أعتقد أنه ضروري أردت ولكن لم أستطع الحصول على أي دعم لم يكن هناك أي دعم مثل هذا أخرى
M10	هل تعتقد أنه سيكون من المفيد أن تتلقى هذا النوع من الدعم؟ نعم لا لا أعرف
M11	هل توجد أي غرفة خاصة للرضاعة في المستشفى أو مركز الرعاية الصحية الذي يقدم لك الخدمة؟ نعم لا
M12	هل لاحظت أي مواد إعلامية (ملصقات - نشرات) عن الرضاعة الطبيعية أو تغذية الطفل أو متابعة جدول ومواعيد لقاحات الطفل أو متابعة وزن وطول (مخططات النمو) الطفل؟ نعم لا

M13	هل يمتلك بطاقة، كرت، دفتر لقاح؟ نعم لا
M14	هل سبق وتناولت أي مكملات في فترة الحمل أو الرضاعة؟ نعم لا لا أعرف
M15	من فضلك قل لي أي من المكملات التالية تناولتها في فترات الحمل أو الإرضاع الحديد حمض الفوليك فيتامين د أخرى
M16	كيف حصلت على هذه المكملات؟ اشترى / دفع ثمنها تبرع من مؤسسة خيرية / منظمة غير حكومية أخذت عن طريق الصيدلية أو أعطيت من قبل عامل صحي أخرى
M17	كم عدد الوجبات التي تناولتها البارحة خلال النهار أو في الليل؟
M18	هل تناولت وجبة إضافية عن الوجبات التي تناولها أفراد الأسرة البارحة؟ نعم لا
M19	ما سبب تناولك أقل من 3 وجبات البارحة؟ نقص الغذاء ضيق الوقت (مشغول) ليس من المهم تناول 3 وجبات أخرى

9. ÖZGEÇMİŞ



