

فصل هجدهم

تغذیه با شیرمادر در زمان بحران

بحران، چه از نوع طبیعی و چه ایجاد شده توسط بشر، سبب محرومیت انسان از غذا، آب سالم، گرما، پناهگاه، لباس، دارو و سایر منابع ضروری حیات می‌شود. شیرخواران در بحران در معرض بیشترین خطر قرار دارند. به همین دلیل سازمان‌های امداد و نجات بلافاصله اقدام به ارسال فرمولا (شیرخشک) به منطقه آسیب دیده می‌کنند. هر چند که معمولاً بدلیل محدودیت دسترسی به آب قابل شرب و ابزار تغذیه ای استریل، فرمولا نیز قابل استفاده نیست. تغذیه با شیرمادر، در هر شرایطی پاکیزه‌ترین و ایمن‌ترین تغذیه برای شیرخواران و کودکان خردسال می‌باشد. شیرمادر سالم و بهداشتی بوده و نیازی به برق و استفاده از یخچال برای آماده‌سازی و ذخیره ندارد. شیرمادر مناسب‌ترین تغذیه بوده، بدون نیاز به وسایل دیگر در دسترس است و با دمای مناسب و بدون نیاز به گرم کردن یا خنک کردن موجود است. به علاوه مادر و کودک را در کنار هم نگه می‌دارد که سبب پیشگیری از هیپوترمی و محافظت از سرما می‌شود. شیرمادر کودک را در مقابل بیماری‌های عفونی، به خصوص اسهال و بیماری‌های تنفسی که خطرآن در طی بحران افزایش پیدا می‌کند، محافظت نماید. امنیت و گرمای ایجاد شده از طریق تغذیه با شیرمادر، برای مادر و کودک در شرایط نابسامان اورژانس، حیاتی است. به علاوه تغذیه با شیرمادر به مادر امکان می‌دهد علی‌رغم درماندگی که در زمان بحران رخ داده است بصورت مستقل از کودکش حمایت و مراقبت کند.

استفاده از فرمولا در طی بحران مضرات زیادی دارد. ممکن است فرمولا از ابتدا در دسترس نباشد یا مقدار آن قبل از اینکه وضعیت تثبیت شود، تمام شود. احتمال آلودگی آن‌ها وجود دارد. اشتباه در آماده کردن فرمولا ممکن است در هر زمانی، به خصوص در طی شرایط آشفته بحران رخ دهد. ممکن است آبی که با پودر یا کنستانتیره فرمولا مخلوط می‌شود آلوده باشد و روشی برای استریل کردن فرمولا، بطری، یا سرشیشه وجود نداشته باشد. به علاوه اگر برق نباشد فرمولای تهیه شده و بازاری نمی‌توان در یخچال نگهداری کرد. بنابراین هدف کنترل بحران در شیرخواران و بهترین راه برای نجات جان کودکان آسیب‌پذیر، حفظ تغذیه با شیرمادر و کمک به برقراری مجدد شیردهی در زنانی است که شیردهی را متوقف نموده‌اند (relactation). حمایت‌های غذایی باید برای تغذیه مادر فراهم گردد نه برای شیرخوار. با تغذیه مادر، شما به مادر و کودک کمک نموده و به هیچ یک آسیب نمی‌زنید.

آمادگی برای بحران

به منظور اثربخشی بهتر، آمادگی برای بحران باید قبل از وقوع بحران انجام شود. کارکنان سلامت باید سازمان‌های امدادگرا (در کلیه سطوح نظارتی، کارکنان فنی و غیرفنی، و نیروهای داوطلب) در زمینه تغذیه با شیرمادر آموزش دهند تا آنان در فوریت‌ها و موارد اورژانس به درستی از تغذیه با شیرمادر حفاظت و حمایت نمایند. این آموزش‌ها باید علاوه بر حمایت‌های کاربردی تغذیه با شیرمادر، انتظارات فرهنگی و تجربیات فردی کارکنان و داوطلبینی را که موانعی برای درک و حمایت از تغذیه با شیرمادر دارند، نیز مرتفع سازد. اطلاعات کلیدی درباره تغذیه شیرخواران و خردسالان باید در فرایندهای ارزیابی سریع بحران و برنامه‌های آمادگی اورژانس ادغام شود. آمادگی برای فوریت باید شامل راهکارهایی برای جلوگیری از جدایی مادر و شیرخوار در مراحل تخلیه منطقه بحران، انتقال و اسکان باشد و همچنین مادر و شیرخوار که در بحران از هم جدا شدند مجدداً به هم رسانده شوند. برای کودکانی که علی‌رغم تلاش‌های انجام شده نیاز به فرمولا دارند، باید استانداردهایی تبیین شود تا مطمئن شویم از شیرهای مصنوعی خریداری شده و اهدایی بصورت سالم نگهداری و استفاده می‌شود. برای مثال فرمولاهای آماده مصرف بهتر از فرمولاهایی است که برای تهیه آن باید از آب استریل استفاده کرد.

حمایت از تغذیه با شیرمادر در طول بحران

نقش کارکنان نظام سلامت در طی بحران کلیدی ترمی شود. در مرحله بلافاصله پس از بحران نقش مهم کارکنان سلامت، جلب مشارکت برای ایجاد پناهگاه امن برای زنان باردار و مادران شیرده و نگهداشتن اعضای خانواده با همدیگر است. این پناهگاه‌ها باید ایمن بوده و خدمات مشاوره‌ای، آب سالم و غذا داشته باشد. این پناهگاه‌ها باید محیطی امن و خصوصی برای شیردهی یا دوشیدن شیر مادران باشد. برای ایجاد چنین پناهگاه‌هایی کارکنان بهداشتی می‌توانند از مطب‌ها و بیمارستان‌ها استفاده کنند و یا در درون سایر پناهگاه‌ها چنین مناطقی را بسازند. کارکنان بهداشتی باید مادران شیرده را در زمان ورود به پناهگاه شناسایی کنند و به آنان در مورد تداوم تغذیه با شیرمادر و افزایش تولید آن آموزش و اطمینان داده و مادران را حمایت کنند. مادرانی که در طی بحران زایمان می‌کنند نیز باید در خصوص اهمیت تغذیه با شیرمادر در حفظ و نجات جان شیرخوار آموزش دیده و برای شروع و تداوم شیردهی حمایت شوند.

باید به مادران اطمینان داد که استرس باعث خشک شدن شیرمادر نمی‌شود و حتی زنان دارای سوء تغذیه نیز می‌توانند شیردهی موفق داشته باشند. مادران باید به تغذیه انحصاری با شیرمادر تا حد ممکن تشویق شده و بدانند که تولید حداکثر شیرمادر بر اساس تقاضای شیرخوار بدست می‌آید. مادرانی که اخیراً شیرخوار یا کودکان را از شیر گرفته‌اند باید بدانند که برقراری مجدد شیردهی یک واقعیت امکان‌پذیر می‌باشد. زنان

شیرده باید در لیست آب سالم و غذا در اولویت باشند. اگر دوشیدن شیر لازم است نحوه دوشیدن شیر با دست به مادران نشان داده شود. اگر کمبود غذای کمکی برای شیرخواران بالای ۶ ماه وجود دارد، کارکنان بهداشتی می‌توانند به مادران اطمینان دهند که شیرمادر، در نبود سایر غذاها، منبع خوب تغذیه‌ای در سال اول زندگی و پس از آن است. شیرمادر منبع غذایی عالی در شرایط فوریت و بحران می‌باشد.

در طی بحران، ارزیابی نیازهای کودکان شیرخوار باید شامل ارزیابی وضعیت آب و غذا باشد. زنان شیرده نیز ممکن است همانند بالغین و بزرگسالان نیازمند واکسیناسیون بر علیه بیماری سرخک، اوریون، سرخجه، کزاز، دیفتری، سیاه سرفه، آنفولانزا، استرپتوکوکوس پنومونیه، نایسریا مننژیتیس، هپاتیت B و A، آبله مرغان و فلج اطفال غیر فعال شده باشند. آنتی بیوتیک‌ها و سایر داروها نیز در صورت نیاز، در طی بحران برای زنان شیرده بدلیل سازگاری با شیردهی، قابل استفاده است. اگر چه مقدار کمی DEET وارد شیرانسان می‌شود اما در صورت توصیه به استفاده از حشره کش‌ها، بهتر است مواجهه مادران شیرده به آن محدود شود. حشره‌کش باید فقط روی لباس و پوست نواحی که پوشش ندارند مثل دست‌ها و صورت استفاده شود و هرگز برای ناحیه پستان استفاده نشود.

کارکنان بهداشتی باید برای انتخاب بهترین نوع تغذیه برای شیرخواران یتیم و شیرخوارانی که از مادرشان جدا شدند یا مادرانی که نمی‌توانند شیر بدهند، آنان را حمایت کنند. وقتی شیر خود مادر کودک در دسترس نمی‌باشد بهترین انتخاب بعدی شیر اهدا کنندگان است. اگر چه ترجیح با شیر اهدایی پاستوریزه از یک بانک شیر معتبر است، این شیر باید به صورت یخ زده به ناحیه بحران حمل شود و تا زمان تغذیه کودکان، یخ زده یا در یخچال نگهداری شود. ماهیت بحران به این صورت است که این زیر ساخت‌ها اغلب در روزهای اولیه وجود ندارد. بنابراین شیر اهدایی پاستوریزه انتخاب بادوامی در آن مکان نیست. انتخاب دیگر شیر اهدایی «غیر رسمی» نامیده می‌شود شیردهی بوسیله مادرشیرده دیگر (wet nursing) یا شیر دوشیده شده از مادران داوطلب می‌باشد. اگر از شیر اهدایی «غیر رسمی» استفاده می‌شود، والدین یا فردی که مسئولیت کودک را بعهده دارد باید خطرات و فواید تغذیه با شیر غیر پاستوریزه را بداند (فصل ۱۱). اگر فرمولا داده می‌شود کارکنان بهداشتی باید فرمولای آماده مصرف را توصیف کنند. کنستانتتره یا پودر فرمولا باید وقتی استفاده شود که آب جوشیده یا آب بسته بندی در بطری در دسترس باشد. آبی که با قرص‌های ید یا کلر ضد عفونی شده است نباید استفاده شود مگر به عنوان آخرین انتخاب.

در طی بحران، منابع و فعالیت‌های تغذیه‌ای شیرخواران باید ارزیابی و ساماندهی و پایش شوند، مادرانی که از کودک خود جدا هستند باید تشویق و کمک شوند تا شیر خود را برای تداوم تولید شیر بدوشند و در صورت امکان برای استفاده سایر شیرخواران اهدا نمایند تا زمانی که دوباره به کودک خود بپیوندند.

به محض اینکه شرایط محیطی پناهگاه تثبیت شد، تهیه یخچال و امکانات انتقال شیر پاستوریزه اهداکنندگان، تهیه غذاهای کمکی برای کودکان بالای ۶ ماه باید در اولویت قرار گیرد و یک مشاور شیردهی ماهر در تیم کارکنان آموزش دیده فوریت‌ها، قرار گیرد.

برقراری مجدد شیردهی

برای بعضی از مادران و کودکان، شیردهی مجدد (یعنی از سرگیری مجدد شیردهی پس از توقف) امکان‌پذیر است (فصل ۱۵). گام‌های برقراری شیردهی مجدد شامل تشویق مادر به تماس پوست به پوست با شیرخوار و مکیدن مکرر پستان مادر هر ۲ ساعت یک بار توسط شیرخوار، می‌باشد. در صورتی که امکان شستن و تمیزکردن تجهیزات وجود داشته باشد، مکمل‌های تغذیه‌ای باید ترجیحاً با استفاده از سیستم کمکی شیردهی (SNS) داده شود که در آن شیرخوار همزمان پستان رامک می‌زند. میزان شیرمادر اغلب به تدریج طی چند روز تا چند هفته افزایش یافته و تغذیه با مکمل‌ها باید متناسب با آن کاهش پیدا کند. علایم تولید شیر شامل افزایش اندازه پستان و یا پرشدن پستان، کاهش مصرف مکمل‌ها، رضایت شیرخوار پس از تغذیه با پستان، نرم‌تر شدن قوام مدفوع و زرد شدن آن می‌باشد. در طی این پروسه ارزیابی دقیق تغذیه و هیدراتاسیون شیرخوار به وسیله مادر و کارکنان بهداشتی حیاتی است. اگر شیرخوار به تازگی از شیر گرفته شده باشد، یا اگر مادر هنوز گاهی به وی شیر می‌دهد و یا اگر شیرخوار زیر ۶ ماه است، برقراری مجدد شیردهی موفق‌تر خواهد بود. گرچه این امر در شیرخواران بزرگتر و مادرانی که هرگز شیر نداده‌اند (induced lactation) نیز امکان‌پذیر است. شرایط ضروری برای اینکار انگیزه بالای مادر، تحریک پستان‌ها و حمایت مداوم می‌باشند.

اشعه‌ها

وقتی در محل راکتور هسته‌ای نشت یا انفجاری رخ می‌دهد اشعه یونیزان آزاد می‌شود که اغلب بصورت ید رادیواکتیو است. گرچه در نزدیک‌ترین ناحیه به محل حادثه، سوختن با اشعه و اثرات فوری تهدیدکننده حیات رخ می‌دهد، در خارج از این مناطق مصرف آب، شیر و غذای آلوده به تشعشعات یا استنشاق گاز پرتوها نگران‌کننده خواهد بود. کودکان به خصوص آسیب‌پذیرتر هستند، زیرا ذرات سنگین به سرعت به سمت زمین، جایی که کودکان و بچه‌های خردسال زندگی می‌کنند، سقوط می‌کنند. از آن جایی که تعداد تنفس کودکان در دقیقه بیشتر از بزرگسالان است، کودکان در معرض خطر دریافت ذرات آئروسول بیشتری هستند. ید رادیواکتیو به طور فعال به داخل شیر پستانداران منتقل می‌شود، هم شیر انسان و هم شیرگاو، و این مسئله این منابع تغذیه‌ای را برای جمعیت آسیب‌پذیر بالقوه خطرناک می‌کند. اگر آب آلوده برای تهیه فرمولای کودکان استفاده شود، منبع دیگری برای مواجهه داخلی با اشعه اضافه می‌شود. ید رادیواکتیو به سرعت جذب غده تیروئید

شده و در نهایت می‌تواند منجر به سرطان تیروئید شود. میزان ابتلا به سرطان تیروئید در کودکان صفر تا ۴ ساله در زمان حادثه راکتور چرنوبیل (Chernobyl)، ۱۰۰ برابر قبل از حادثه بوده است. این سرطان‌ها در کودکانی که در معرض اشعه با مقادیر بسیار کم بودند، رخ داد. افزایش واضح در کودکانی که در معرض ۵cGy اشعه بوده‌اند، دیده شد در حالی که در کودکانی که در معرض ۱cGy اشعه بوده‌اند موارد محدود بوده است.

بر اساس نظر سازمان جهانی بهداشت، تجویز یداید پتاسیم (KI) برای کودکان، شیرخواران، زنان باردار یا شیرده که پیش‌بینی می‌شود تیروئید آنها در معرض ۱cGy اشعه یا بیشتر بوده توصیه می‌شود و مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها ۵ cGy و بیشتر را توصیه می‌کند. درمان با KI افراد را در مقابل ید رادیواکتیو محافظت می‌کند زیرا KI با جذب ید رادیواکتیو توسط غده تیروئید رقابت می‌کند. پس از اشباع با KI، تا ۲۴ ساعت ید رادیواکتیو یا KI جذب نمی‌شود. گرچه برای دریافت KI زمان محدود است و بهترین زمان آن قبل از مواجهه تا بلافاصله پس از مواجهه است. در طی ۱۲ ساعت پس از مواجهه اثر حفاظتی KI کم خواهد شد. اگر ید رادیواکتیو وارد تیروئید شد، KI نمی‌تواند آن را بردارد یا اثرات آن روی سلامتی را تغییر دهد. از آنجایی که اثر حفاظتی KI، ۲۴ ساعت دوام دارد، لذا KI باید روزانه برای مادر استفاده شود. به هر حال از تکرار دوز KI در نوزاد باید اجتناب شود تا خطر هیپوتیروئیدی به حداقل برسد.

اگرچه نگرانی زیادی در مورد خطر آلودگی بالقوه شیر مادر به تشعشع وجود دارد، ما توصیه می‌کنیم در شرایط بحران، مادرانی که در معرض مقادیر غیرکشنده اشعه قرار داشتند می‌توانند و باید شیر بدهند. تصمیم برای شیر دادن مادر باید بر اساس مقدار مواجهه و در دسترس بودن جانشین شونده‌های شیر مادر انجام شود. استفاده از فرمولای بدلیل وضعیت آب‌ناحیه ممکن است ناسالم باشد. شیر گاو نیز ممکن است ناسالم باشد. فرمولای آماده برای تغذیه اگر در دسترس باشد یک انتخاب است. مادران شیرده باید روزانه ۱۳۰ میلی‌گرم KI را تا وقتی که خطر مواجهه قابل توجه با ید رادیواکتیو، چه به صورت استنشاقی یا گوارشی وجود دارد، دریافت کنند زیرا KI مادر و بچه را محافظت می‌کند و مقادیر اشعه را در شیر کاهش می‌دهد. شیرخوار زیر یک ماه یا یک ماهه باید یک دوز ۱۶ میلی‌گرمی KI و شیرخوار بالای یک ماه باید یک دوز ۳۲ میلی‌گرمی دریافت کند. مقادیر بیشتر، کودک را در معرض خطر هیپوتیروئیدیسم قرار می‌دهد. عملکرد تیروئید شیرخوار باید زیر نظر گرفته شود و در صورت بروز هیپوتیروئیدی، درمان با هورمون تیروئید انجام شود. از آنجایی که شیرخواران نسبت به اشعه آسیب‌پذیر هستند، لذا در زمان تخلیه محل یا کنترل مواد غذایی، شیرخواران و مادرانشان باید در اولویت قرار گیرند. اگر KI در دسترس نیست و فرمولای سالم در دسترس است، مکمل یاری با فرمولا باید به عنوان یک راه حل موقتی تلقی شود، تا زمانی که KI در دسترس قرار گیرد یا مسئولین بهداشتی، دوباره سلامت تغذیه با شیرمادر را اعلام کنند. اگر چنین تصمیمی گرفته شد، مادران باید برای دوشیدن شیر و تداوم تولید آن حمایت

شوند تا شیرخوار بتواند دوباره تغذیه با شیرمادر را از سر بگیرد.