

تغذیه شیرخواران و کودکان در بحران

*فاطمه کلروزی^۱، راضیه فراز^۲، مرضیه لک^۳

چکیده

مقدمه: قاره‌ی آسیا از نظر بروز بلایای طبیعی مقام چهارم را در دنیا دارا می‌باشد و در این میان ایران حادثه خیز ترین کشور در این منطقه است. از طرف دیگر، در ایران و درحالت عادی و غیر بحرانی، ۳۰ درصد از کودکان دچار فقر تغذیه‌ای از نوع پروتئین و انرژی هستند که ۱۱ درصد ایشان به صورت متوسط تا شدید درگیر این مشکل هستند. این مطالب کوتاه اشاره به آن دارد که به هنگام بحران، کادر بهداشتی و درمانی و امدادی کشور باید به گروه‌های آسیب پذیر به خصوص کودکان توجه ویژه داشته باشند که در این مقاله مختصراً به آن پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها: این مقاله از نوع مروری بوده و در تدوین آن از جستجوی کتابخانه‌ای و اینترنتی در جدیدترین کتب و مقالات و سایت‌های علمی مربوطه استفاده شده است.

یافته‌ها: ارائه و توزیع غذای اضافی به گروه‌های آسیب پذیر از طریق پخت وعده‌های غذا در محل (۵۰۰ - ۳۵۰ کیلوکالری در روز) و یا دادن جیره خشک (۷۰۰ - ۱۰۰ کیلو کالری در روز) روزانه بین یک تا دو وعده توصیه شده است. این رژیم غذایی شامل یک وعده غذای عمده نان، روغن یا چربی، حبوبات و پروتئین‌های حیوانی و مقداری سبزیجات و میوه جات می‌باشد و هدف از توزیع آن کاهش و یا پیشگیری از سوء تغذیه شدید و مرگ میر ناشی از آن و توانبخشی افرادی که دچار سوء تغذیه متوسط هستند، می‌باشد. اگر میزان سوء تغذیه در جمعی آسیب دیده از ده درصد بیشتر باشد یا سایر عوامل تشدید کننده سوء تغذیه مثل مرگ و میر بالا و یا اپیدمی بیماری‌های عفونی یا سرخک و اسهال وجود داشته باشد، در این صورت برخی از ویتامینها مثلاً ویتامینهای A و C (به صورت هفتگی) و شربت آهن به فرد داده می‌شود. اگر دریافت آب محدود باشد، بایستی سعی شود از مصرف زیاد چربی و پروتئین و غذاهای پرنمک اجتناب نمود زیرا ایجاد تشنگی می‌کنند و توصیه بیشتر بر مصرف غذاهای کنسروی آبدار است.

نتیجه گیری: در شرایط بحران ارزیابی منابع غذایی، جیره بندی صحیح و اولویت دادن به گروه‌های پر خطر و آسیب پذیر به ویژه کودکان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تغذیه با شیر مادر برای شیر خواران بحران زده در اولویت قرار دارد و از آنجایی که مرگ و میر در شرایط بحران ناشی از عفونت و اختلالات متابولیکی است، توجه به علائم کلینیکی جهت آغاز تغذیه درمانی بسیار مهم است و توجه به تامین حداقل انرژی ۲۱۰۰ کیلو کالری، پروتئین‌ها و ویتامین‌ها و مواد معدنی برای کاهش سوء تغذیه و عوارض آن الزامی می‌باشد.

کلمات کلیدی: تغذیه، کودکان، بحران، کادر امداد و درمان

مقدمه

بحران شرایطی است که در اثر حوادث، رخدادها ی طبیعی و

عملکردهای انسانی به طور ناگهانی یا غیر قابل کنترل به وجود

براساس مصوبه سازمان مدیریت بحران کشور در خرداد ۱۳۷۸،

۱- مری، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری، گروه پرستاری کودکان (*نویسنده مسئول)
آدرس الکترونیک: fkalroozi@yahoo.com

۲- دانشجوی کارشناسی پرستاری، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری

۳- دانشجوی کارشناسی پرستاری، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری

بیماری‌های ناشی از کمبود مواد غذایی مانند بیماری‌های ماراسموس و کواشیورکور و کمبود ویتامین‌ها و مواد معدنی (کمبود آهن، کمبود ویتامین‌های A، B1، نیاسین و ویتامین C) بعد از وقوع وضعیت‌های اضطراری مانند زلزله دیده می‌شود. ماراسموس به دنبال عدم دریافت پروتئین و کالری ولی کواشیورکور به دنبال عدم مصرف کافی پروتئین ظاهر می‌گردد (۶).

در شرایط بحران و بلایا، محدودیت منابع غذایی و کاهش دریافت انرژی شامل ریز مغذی‌ها و ویتامین‌ها، افراد جامعه دچار بحران را مستعد ابتلا به انواع عفونت‌ها و بیماری‌ها می‌نماید و این موضوع موجب افزایش میزان مرگ و میر کودکان می‌شود (۷). برای مقابله با این مشکل میتوان از غذاهای کمکی استفاده نمود، معمولترین غذای مکمل شامل شیر خشک پر انرژی حاوی شیر، سویا و گندم می‌باشد ولی لازم به ذکر است که همیشه تغذیه با شیر مادر مطلوب‌ترین و ایمن‌ترین روش تغذیه شیرخواران در بحران می‌باشد، چون به طور آنی در دسترس است و حفاظت فعال در برابر بیماری‌ها را فراهم نموده و شیر خوار را گرم نموده و نزدیک مادر نگه می‌دارد (۸).

یافته‌ها

اصول تغذیه شیرخواران

در شرایط بحران، تغذیه با شیر مادر یک سپر حفاظتی برای شیر خواران محسوب میشود (۹). در حالیکه شیر خشک این خصوصیت را ندارد به علاوه، منابع اساسی مورد نیاز تغذیه مصنوعی مثل آب تمیز و سوخت در شرایط بحران کمیاب هستند و خطرات تغذیه مصنوعی بسته به کیفیت و کفایت ذخایر شیر مصنوعی، آلودگی ذاتی شیر مصنوعی و مشکلات تمیز کردن شیشه و سرشیشه نیز مطرح میباشد (۱۰). از طرف دیگر جانشین شونده‌های شیر مادر که به عنوان کمک‌های بشر دوستانه اهدا می‌شوند، علاوه بر کاهش اعتماد به نفس مادران شیرده، اغلب در بازار محلی به فروش میرسند و اثرات منفی بر روش‌های تغذیه‌ای شیر خواران در جامعه میزبان که آوارگان را پناه داده اند، بر جای می‌گذارند (۸).

اغلب در شرایط بحران، تغذیه با شیر مادر به دلایل زیر تضعیف می‌شود:

به عنوان یکی از علل مهم میتوان به فقدان آگاهی در مورد تغذیه شیرخوار با شیر مادر اشاره کرد. باورهای غلط نظیر کم شدن شیر

می‌آید و موجب ایجاد مشقت و سختی به یک مجموعه یا جامعه انسانی می‌شود و بر طرف کردن آن به اقدامات اضطراری، فوری و فوق العاده نیاز دارد (۱). ایران از نظر شیوع حوادث و مرگ و میر ناشی از آن جزء ۱۰ کشور اول جهان محسوب می‌شود و به عبارت دیگر از ۴۰ نوع بلای طبیعی شناخته شده ۳۱ نوع آن در ایران اتفاق می‌افتد (۲). حوادثی مانند زلزله، سیل و خشکسالی بیش از ۹۰ درصد بلایا در کشور ایران را شامل می‌شوند، زلزله‌های فاجعه بار بوئین زهرا، طبس، رودبار و منجیل و زلزله مهیب بم در ۴۰ سال اخیر از مرگ بارترین زلزله‌های جهان بوده‌اند (۱). بر همین اساس و طبق قانون سازمان مدیریت بحران ایران، مدیریت جامع بحران کشور باید با استفاده از ابزارهای موجود از بحران پیشگیری کرده، یا در صورت بروز آنها با آمادگی لازم برای کاهش خسارات جانی و مالی به مقابله سریع پرداخته تا شرایط به وضعیت عادی باز گردد (۳).

در این میان وزارت بهداشت به عنوان متولی نظام سلامت کشور و مسئول اداره بحران در کلیه حوادث طبیعی و جنگ مسئول مدیریت گروه‌های در معرض خطر همچون سالمندان، کودکان و زنان باردار می‌باشد و از بین آنها، کودکان به علت تکامل ناقص سیستم ایمنی و عدم توانایی در محافظت از خود، از آسیب پذیرترین گروه‌ها در بحران محسوب می‌شوند و یکی از مهم‌ترین تأثیرات منفی بحران بر کودکان سوء تغذیه می‌باشد (۴). گروه‌های آسیب پذیر، بیشتر در معرض مشکلات و خطرات تغذیه‌ای قرار می‌گیرند، این گروه‌ها شامل کودکان کمتر از ۶ سال، مادران باردار و شیرده، سالمندان، بیماران، خانواده‌های پر جمعیت افرادی که از نظر طبقه اجتماعی و اقتصادی آسیب پذیر هستند و افراد تنها و یا بیوه می‌باشند. سازمان بهداشت جهانی تعداد کودکان مبتلا به سوء تغذیه را در جهان ۱۵۰ میلیون نفر گزارش کرده است و نیز اعلام نموده است که حدود ۳۰ درصد کل کودکان زیر ۵ سال در کشورهای در حال توسعه دچار سوء تغذیه‌اند و ۷۰ درصد این کودکان در آسیا زندگی می‌کنند که تقریباً ۵ برابر میزان آن در کشورهای پیشرفته می‌باشد. هم چنین ۲۰ تا ۷۰ درصد از کل کودکان ایرانی مبتلا به درجاتی از گواتر هستند و ۱۰ درصد کودکان زیر خط رشد وزن و ۱۶ درصد زیر خط نرمال قد هستند که این میزان در روستاها بیش تر از شهرها است و تنها ۲۰ درصد از مردم از لحاظ میزان و نوع تغذیه (پروتئین و انرژی) در حد مناسب‌اند (۵).

باشد (مثل فوت یا بیماری جدی مادر یا عدم توانایی مادر برای شیردهی یا عدم حضور طولانی مدت مادر هنگامی که دسترسی به شیر دایه یا سایر منابع شیر وجود نداشته باشد، در این صورت استفاده از شیر دایه ارجح است) و ثانیاً شیر خوار قبل از بحران، منحصر با جانشین شونده‌های شیر مادر تغذیه می‌شده است (۸). غذای تکمیلی مناسب باید دارای ویژگی‌های متعددی باشد مانند دارا بودن کالری زیاد ولی با حجم کم، سهل الهضم و نرم، تازه، در دسترس و ارزان بودن امکان استفاده در دفعات مکرر و کاملاً تمیز، پخته، سرد و سرپوشیده باشد (۱۱).

اصول تغذیه تکمیلی

غذای تکمیلی بعد از تغذیه شیرخوار با شیر مادر به وی داده شود و هرگز غذای تکمیلی قبل و یا در فواصل تغذیه با شیر مادر به شیرخوار داده نشود و مواد غذایی چه از نظر مقدار و چه از نظر نوع باید به تدریج به غذای شیرخوار اضافه شود. همچنین غذای کمکی از یک نوع غذای ساده شروع شود و به تدریج به مخلوطی از چند نوع افزایش یابد. از مقدار کم به اندازه یک قاشق مربا خوری شروع و به تدریج بر مقدار آن افزوده شود (به استثناء زرده تخم مرغ که باید به اندازه‌ی یک نخود شروع شود). بین اضافه کردن مواد غذایی مختلف ۵ تا ۷ روز فاصله لازم است تا شیرخوار به غذای اول عادت کند و بعد غذای جدیدی به او داده شود اضافه کردن یک نوع ماده غذایی و فاصله دادن بین آنها باعث می‌شود که اگر ناسازگاری نسبت به آن وجود داشته باشد شناخته شده و دستگاه گوارش شیرخوار نیز فرصت سازش به مواد غذایی جدید را پیدا کند. غذاها در شروع باید نسبتاً رقیق و غلظت آنها کمی بیشتر از شیر مادر باشد و سپس تدریجاً به غلظت آنها افزوده شود با اینکار به یادگیری عمل جویدن در شیرخوار کمک می‌شود. در صورتی که در شروع تغذیه‌ی تکمیلی، شیرخوار به غذای مخصوص میلی نشان نداد، نباید با فشاری کرد، برای یک تا دو هفته آن غذا حذف شده و سپس مجدداً شروع گردد. اگر شیرخوار باز هم امتناع کرد به صورت دیگر مثلاً سرد یا گرم به او داده شود (۱۲).

شاخص‌های بررسی وضعیت تغذیه‌ای کودک در شرایط بحران:

۱- شاخص وزن برای قد و شاخص قد نسبت به سن (طبقه بندی واترلو): متداولترین شاخص‌هایی هستند که در بررسی وضعیت

مادر بر اثر اضطراب، یا عدم توانایی مادران سوء تغذیه‌ای برای شیردهی رایج است. بسیاری از مردم نمی‌دانند که مادران می‌توانند تولید شیرشان را افزایش دهند، یا شیردهی خود را پس از قطع آن مجدداً برقرار کنند همچنین فقدان حمایت و حفاظت فعال از تغذیه با شیر مادر از دیگر دلایل مطرح می‌باشد. منظور از چنین حفاظت و حمایتی، اطمینان یافتن از حفظ امنیت مادران و اولویت دسترسی آنان به غذا، آب، پناهگاه و در صورت نیاز وجود مکان خصوصی برای تغذیه شیر خواران با شیر مادر است. حفاظت به معنی اقدام برای پیشگیری از اهدای بی‌رویه و بدون کنترل شیر مصنوعی و محصولات شیری، شیشه، سرشیشه و گول زنک (پستانک)، تاکید بر ارزش تغذیه با شیر مادر به منظور پیشگیری و مقابله با پیام‌های حاوی باورهای نادرست از رسانه‌ها می‌باشد (۱۰). سومین دلیل تضعیف شیردهی مادران، اهدای شیر مصنوعی (شیر خشک) و بطری‌های شیر است که این محصولات در بحران‌ها به طور مکرر برای تمام مادران اهدا و توزیع می‌شود و موجب تضعیف شیردهی آنان و در نهایت بیماری و مرگ کودکان می‌گردد (۸). کادر بهداشتی و درمانی برای به حد اقل رساندن خطرات بیماری‌ها و پیشگیری از بروز آنها باید روشها و توصیه‌های عملی و کاربردی زیادی بدانند و آن را به کار گیرند، استفاده از شیر دایه می‌تواند یک انتخاب مناسب برای تغذیه شیرخوار به عنوان یک راه حل موقت و یا برای شیر خواران یتیم راه حلی دائمی باشد. همچنین شیر مصنوعی (شیر خشک) و سایر غذاهای کودک، بطری و سرشیشه باید کنترل شوند و محصولاتی که علیرغم عدم درخواست یا نیاز، اهدا می‌شوند باید توسط سازمان مسئول تغذیه شیرخواران به طور متمرکز و یکجا ذخیره و توسط کارکنان بهداشتی توزیع شوند. ضروری است جانشین شونده‌های شیر مادر فقط به شیرخوارانی که نیازمند آن هستند داده شود و دسترسی به ذخایر جانشین شونده‌های شیر مادر تا زمانی که شیرخوار به آن نیازمند است تداوم یابد (حداقل تا ۶ ماهگی و حداکثر تا یک سالگی یا تا زمانی که تغذیه با شیر مادر امکان پذیر شود) این محصولات برای ترویج یک نام تجاری خاص مورد استفاده قرار نگیرند و جانشین شونده‌های شیر مادر هرگز نباید بخشی از توزیع عمومی غذا باشند (۸).

جانشین شونده‌های شیر مادر باید فقط به استفاده در شرایطی محدود شوند که در درجه اول شیرخوار دسترسی به شیر مادر نداشته

MUAC شاخص مستقل از قد و سن می‌باشد (۸). گروه مشاورین بین‌المللی تغذیه (International Dietary) IDECG Energy Consultancy Group نیاز به انرژی را در گروه شیرخواران ۹۰-۱۲۰ کیلو کالری به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز و نیاز به پروتئین را در این دوره، در ماه اول ۲gr/kg/day و از ۹-۱۲ ماهگی حدود ۰/۸gr/kg/day تعیین کرده‌اند (۱۱). چربی باید ۴۰-۵۰ درصد انرژی مصرفی شیر خوار را تشکیل دهد که در شیر خشکهای تجارتي، چربی حدود ۴۵-۵۰ درصد انرژی و در شیر انسان ۵۵ درصد انرژی را تشکیل می‌دهد. کربوهیدرات بایستی حدود ۶۰-۳۰ درصد انرژی دریافتی را تامین کند و در شیر انسان ۳۷ درصد و در فرمولای تجارتي ۴۰-۵۰ درصد انرژی از لاکتوز و یا کربوهیدرات‌های دیگر مشتق می‌شود (۱۱). هرچند در شرایط بحران نمی‌توان دقیقاً نیازهای تغذیه‌ای شیرخواران را تامین کرد ولی متخصصین سعی در تامین هرچه بیشتر این نیازها دارند.

مراحل بحران

معمولاً بحران به ۳ مرحله تقسیم می‌شود:

۱- مرحله اول (۷-۳ روز اول بروز بحران): ویژگی سبب غذایی در این مرحله عبارت از تامین حداقل ۲۱۰۰ کیلو کالری انرژی و ۵۰ گرم پروتئین برای شیرخواران و برای کودکان زیر ۵ سال تغذیه مکمل به صورت توزیع مکمل مولتی ویتامین و کپسول امگا ۳ می‌باشد.

۲- مرحله دوم (هفته دوم تا سوم بعد از بحران): در این مرحله تامین حداقل ۲۵۰۰ کیلو کالری انرژی و ۵۰ گرم پروتئین، متنوع ساختن سبب غذایی و توزیع مکمل مولتی ویتامین برای همه افراد و توزیع غذای کمکی برای کودکان و شیرخواران مد نظر می‌باشد.

۳- مرحله سوم (هفته سوم به بعد): ویژگی سبب غذایی آن تامین ۲۵۰۰ کیلو کالری انرژی و ۵۰ گرم پروتئین، تامین میوه تازه و لبنیات، توزیع غذای کمکی برای کودکان زیر دو، توزیع مولتی ویتامین برای کودکان زیر ۵ سال می‌باشد.

در دو هفته اول غذای شیرخوار مبتلا به سوءتغذیه شدید، باید با غلظت ۵۰ درصد تهیه گردد و به تدریج غلظت آنرا افزایش داده و به غلظت ۱۵۰ درصد رسانید (۱۳).

تغذیه کودکان زیر ۵ سال به کار می‌روند. کودکانی که اخیراً دچار سوء تغذیه یا یک بیماری حاد همچون اسهال شده‌اند، شاخص وزن برای قد کاهش می‌یابد، در واقع وزن حساسترین شاخصی است که در سوء تغذیه مورد توجه قرار می‌گیرد و عموماً کاهش می‌یابد و نشان دهنده سوء تغذیه فعلی است، کمبود طولانی مدت تغذیه‌ای یا بیماری مزمن باعث کاهش شاخص قد برای سن می‌شود و لذا این شاخص، وضعیت تغذیه‌ای گذشته را به خوبی نشان می‌دهد (جدول شماره ۱ و ۲) (۹).

۲- شاخص توده بدنی یا BMI: به دلیل اینکه تحت تاثیر ادم‌های رایج در سوء تغذیه مانند ادم پاها و پری اربیتال و آسیت قرار می‌گیرد، کمتر مورد استفاده است (۵).

۳- محیط بالای بازوی چپ (Mid-Upper Arm Circumference) MUAC

این شاخص در نقطه وسط بین شانه و آرنج اندازه گیری می‌شود و مقدار توده چربی و ماهیچه را در این نقطه نشان می‌دهد. در وضعیت سوء تغذیه، بدن ماهیچه و چربی را برای تامین انرژی متابولیزه می‌کند و MUAC کاهش می‌یابد. این شاخص در شرایط بحران که محدودیت زمانی و کمبود تجهیزات وجود دارد، شاخص مناسبی برای بررسی رشد کودکان است. این شاخص، برای ارزیابی وضعیت تغذیه کودکان ۵-۱ سال توصیه می‌شود و نسبت به BMI، برای نشان دادن آتروفی بافتها نسبت به بدن توده شاخص حساس تری است. ضمناً

جدول شماره ۱- ارتباط سوء تغذیه با نسبت وزن به قد (طبقه بندی واترلو)

ردیف	درجات	استاندارد وزن نسبت به قد
۰	وضعیت تغذیه‌ای طبیعی	بیش تر از ۹۰ درصد
۱	سوء تغذیه خفیف	۸۰-۹۰ درصد
۲	سوء تغذیه متوسط	۷۰-۸۰ درصد
۳	سوء تغذیه شدید	کمتر از ۷۰ درصد

جدول شماره ۲- ارتباط سوء تغذیه با نسبت وزن به سن (طبقه بندی واترلو)

ردیف	درجات	استاندارد وزن نسبت به سن
۰	وضعیت تغذیه‌ای طبیعی	بیش تر از ۹۰ درصد
۱	سوء تغذیه خفیف	۹۵-۹۰ درصد
۲	سوء تغذیه متوسط	۸۵-۸۹ درصد
۳	سوء تغذیه شدید	کمتر از ۸۵ درصد

پناهندگان و یا منطقه‌ی دچار بلایا را به این صورت ارزیابی کند:
۱- به صورت هفتگی متوسط میزان مرگ و میر روزانه را محاسبه کند
۲- به فواصل یک ماه در دسترس بودن غذا و محتویات مواد غذایی اصلی و فرعی آن را کنترل کند ۳- هر سه ماه یکبار بررسی انتروپومتریک (اندازه گیری ابعاد بدنی) را هدایت کند (۱۴).

بحث و نتیجه گیری

مصرف کافی مایعات و دریافت متنوع از گروه‌های مختلف مواد غذایی توسط گروه‌های آسیب پذیر در هنگام شرایط اضطراری مانند زلزله در سلامتی آنها می‌تواند نقش مهمی داشته باشد. ارتقاء سطح تغذیه مادران و کمک مادی به مراتب اثر بخش تر از دادن غذاهای آماده یا شیر خشک به شیرخوار یا کودک است. از تغذیه شیر خوار با شیر مادر باید حمایت جدی بعمل آید و از توزیع شیر خشک بدون ارزیابی دقیق وضعیت خانوارهای آسیب دیده اجتناب نمود. در صورتی که ناگزیر به استفاده از تغذیه مصنوعی باشیم از محصولات غنی شده با ویتامین A و ترکیبات شیر و غلات بهتر است استفاده شود. تعداد وعده‌های غذایی شیرخوار باید حد اقل ۵-۳ وعده در روز و یا بیشتر باشد و پروتئین، ویتامینها و مواد معدنی کافی دریافت شود (۱۵). میزان نیازهای غذایی افراد آسیب دیده و محاسبه جیره روزانه آنها باید به شیوه علمی انجام شود و می‌بایست از انجام محاسبات سر انگشتی و فرضی خودداری شود مواد غذایی مورد مصرف کودکان علاوه بر استانداردهای خاص متداول می‌بایست دارای قابلیت نگهداری بلند مدت و نیز سهولت در حمل و نقل و بسته بندی نیز باشند که این موضوع خود موجب می‌گردد که تنها بتوان از تعداد محدودی از تولیدات غذایی بهره برد. نگهداری مواد غذایی کودکان در انبارهای احتیاط برای بلند مدت، نیازمند یک برنامه ریزی بسیار دقیق و انبار داری خاصی میباشد تا بتوان قبل از انقضاء مدت زمان نگهداری مواد غذایی نگهداری شده، موجودی انبارها را با اهدا نمودن به شیرخوارگاه‌ها و جایگزین کردن مجدد تمدید نمود (۱۶). که البته این امر نیازمند پشتیبانی و حمایت بسیار دقیق نیروهای پشتیبانی که از قبل دوره‌های خاص را دیده‌اند، میباشد.

مدیریت و درمان سوء تغذیه در شرایط بروز بحران و بلایا در اردوگاه‌های پناهندگان

کارکنان بهداشتی در هنگام وقوع بلایا و در اردوگاه‌های پناهندگان ممکن است ناگزیر از درمان تعداد زیادی از کودکان مبتلا به سوء تغذیه‌ی شدید باشند. این کار غالباً مستلزم استقرار یک مرکز تغذیه درمانی است، محل مرکز تغذیه درمانی حتی الامکان باید نزدیک و یا داخل یک بیمارستان باشد همچنین می‌تواند در ساختمان‌های ساده یا چادرهای امدادی واقع، یک مرکز قادر است تا ۵۰ کودک و شیرخوار را زیر پوشش قرار دهد، اگر بیش از ۱۰۰-۵۰ کودک وجود دارد مرکز دومی باید برقرار شود. هم چنین هر مرکز باید یک واحد مراقبت ویژه که طی درمان اولیه خدمات شبانه روزی ارائه و یک واحد مراقبت روزانه که طی دوره‌ی باز توانی مراقبت لازم را ارائه نماید، داشته باشد، یک آشپزخانه جمعی با منبع قابل اطمینان سوخت برای پخت و پز تامین گردد. تامین نیاز غذایی باید بر اساس تخمین تعداد کودکان و شیرخواران مبتلا به سوء تغذیه شدید، به همراه مادران یا مراقبین آنها صورت گیرد. تسهیلات انباری مطمئن برای اقلام دارویی و غذایی مورد نیاز است (۹). هر مرکز باید شامل حداقل یک پزشک پاره وقت سه پرستار، ده نفر کمک پرستار باشد مادران و مراقبین کودکان هم می‌توانند کمک کنند (۱۴). معیار پذیرش و ترخیص به اهداف برنامه و منابعی که در دسترس هستند بستگی دارد، به طور کلی شیرخوارانی که شاخص وزن برای قد آنها زیر ۳ انحراف معیار (۳-) و یا ۷۰ درصد مقادیر میانه مرجع مرکز ملی آمار حیاتی است و یا مبتلا به ادم هستند باید در مرکز تغذیه درمانی پذیرفته شوند. وقتی که شاخص وزن برای قد شیرخوار به حداقل ۲- و یا ۸۰ درصد مقادیر میانه فوق در دو نوبت متوالی اندازه گیری به فاصله یک هفته رسید، معمولاً کودک مرخص می‌گردد، در بعضی از موقعیت، محیط قسمت بالایی بازو به عنوان معیار پذیرش به کار می‌رود (۱۴). اصول درمان و مراقبت در بحران همانند انجام این امور در بیمارستان است، پزشک باید روزانه هر شیرخوار را ارزیابی کند، درمان اولیه باید شامل ویتامین‌ها، مواد معدنی، داروهای ضد انگلی و ضد میکروبی باشد (۳).

ارزشیابی مرکز تغذیه درمانی در زمان بحران

یک تیم پزشکی باید وضعیت سلامت و تغذیه کل جمعیت اردوگاه

References

- 1- Jafary, z. tabatabae, e. Role of medical emergency teams in the disaster and forests. Journal of cultural pulse. No. 3 Spring 90 - Page 33-32 [Persian]
- 2- Hosseini, shadi. Nature disasters in world and Iran. www.kermanshah.persianbloge.ir.updated 91.1.31. pp1-2. [Persian]
- 3- J. dialect. With emphasis on management of nursing services, Principles of Management. Elam. First Edition. 1383 [Persian]
- 4- Gosh Santhi. Practical guide to nutrition care of children. Translation Mozaffari Khosravi F. Rashid oven. Mohammad Hassan Eftekhari Tehran, Albab 1380 [Persian]
- 5- Ansari-poor, Mohammad. Nutrition in crisis and disasters. www.donya-e-eqtasad.com
- 6- Wong. donnel. pediatric nursing. text book. mosbyco. 2012.
- 7- Farshi. M. Education in crisis. www.emdad.com. Updated in 91.3.29
- 8- Salem, Z. Rezaeian, M. Raeisabady, K. Salagegheh, L. Assessing Nutritional Status of Students in Rafsanjani University of Medical Sciences Using Anthropometric Indices. www.medical pdf.ir. Accepted: 18/07/09 [Persian]
- 9- Morvarid. Mohammad Jafar. DI push Ali - Nutritional status and treatment of children with severe malnutrition. Printing Elam, 1381 [Persian]
- 10- Formosan Mino, nutrition during lactation, first Jap Tehran. four edition. 1381 [Persian]
- 11- Formosan, Mino. Feeding, Growth of infant behavior (first year), first published in Tehran in 1381 four edition [Persian]
- 12- Agostoni, Carlo. Decsi, few trellm and etal. Complementary feeding: commentary by th Esp Ghan Committee on nutrition. pediatric Gastro enter nutria, 2008-46: 99-110.
- 13- Behrman, Richard. Robert, nelson. Pediatric nursing text book. 2012.
- 14- Accident Emergency Medicine, Medical Sciences Basher. www.bushehr-ems.com/eoc/index.Unexpected health committee.