

مقایسه عملکرد متخصصین کودکان با دستورالعمل‌های WHO در مورد گاستروآنتریت حاد

دکتر پرویز قدم‌لی *

چکیده

اسهال یکی از علل اصلی ناخوشی^(۱) و مرگ و میر در جهان می‌باشد. دستورالعمل‌های استفاده از محلول‌های مایع درمانی خوراکی (ORS) و روش تغذیه در مرحله حاد گاستروآنتریت توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) چاپ و ارزیابی شده است. هدفهای مطالعه عبارت بودند از بررسی دانش و نحوه اجرای دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی، تأثیر محل تحصیل (تهران در مقابل شهرستانها) و محل کار (مطب در مقابل بیمارستان) در برخورد پزشکان با گاستروآنتریت بدین منظور پرسشنامه‌ای چند گزینه‌ای تهیه و در همایش سالانه متخصصین کودکان توزیع گردید.

در کل ۸۷ نفر از متخصصین کودکان اقدام به تکمیل پرسشنامه نمودند. نتایج بدست آمده از تکمیل پرسشنامه‌ها حاکی از آن بود که ۷۳٪ پزشکان از دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی آگاه بودند و ۶۰٪ آنان از دستورالعمل‌ها پیروی می‌کردند. همچنین در مورد نحوه برخورد با گاستروآنتریت، ۸۳٪ پزشکان متخصص کودکان، ORS را برای درمان کم آبی این بیماری بکار می‌بردند و ۶۰٪ آنان معتقد بودند که رژیم غذایی کامل در گاستروآنتریت مناسب نمی‌باشد. علاوه بر این، ۳۷٪ متخصصین در حین گاستروآنتریت، تغذیه را بطور موقت قطع می‌نمودند.

این یافته‌ها اشاره به آن دارند که اقداماتی برای اجرای دستورالعمل‌های تغذیه‌ای مورد نیاز است.

کل واژگان: گاستروآنتریت حاد، اسهال، محلول مایع درمانی خوراکی

مقدمه

مرگ و میرهای پس از تولد (Postnatal) را تشکیل می‌دهند (۳).

در خصوص نقش اصلی محلول‌های مایع درمانی خوراکی (ORS) به عنوان پایه و اساس درمان برای پیشگیری کم آبی ناشی از گاستروآنتریت بسیار تأکید شده است (۴،۳،۲،۱ و ۵). این محلول، درمان ارجح

اسهال در کودکان زیر پنج سال سالانه موجب مرگ ۵ میلیون کودک در جهان شده و هنوز به عنوان یک عامل جهانی مرگ و میر در این گروه سنی باقی است (۱). علی‌رغم اینکه ناخوشی و مرگ و میر ناشی از اسهال در کشورهای صنعتی کمتر شده است ولی هنوز چشمگیر است. در ایالات متحده سالانه ۲۲۰۰۰۰ کودک زیر پنج سال به علت گاستروآنتریت حاد در بیمارستان بستری شده و تقریباً ۵۰۰-۳۰۰ کودک به علت اسهال و کم آبی (Dehydration) فوت می‌کنند (۲ و ۱). مرگ‌های ناشی از گاستروآنتریت تقریباً ۱۰٪ علل قابل پیشگیری

* عضو هیأت علمی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مرکز پزشکی آموزشی، درمانی بوعلی

1- Morbidity

است. که جهت بررسی آگاهی و روش کار پزشکان متخصص کودکان از دستورالعمل‌های WHO در مورد گاستروانتریت انجام شده است. جهت جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای با ۱۷ بند تهیه گردید و در همایش سالانه انجمن پزشکان کودکان ایران (تحت عنوان تازه‌های طب کودکان و ژنتیک) از تاریخ ششم لغایت دهم آذر ماه ۱۳۷۸ از لیست نام نویسی متخصصین کودکان، بصورت تصادفی (Random)، پزشکان مورد نظر انتخاب و از آنان درخواست شد تا پرسشنامه چند گزینه‌ای را بدون ذکر نام تکمیل کنند. پرسشنامه در سه بخش تنظیم شده بود. در بخش

اول، اطلاعات مربوط به سن، جنس، دانشکده پزشکی محل تحصیل، مدت اشتغال به کار به عنوان متخصص کودکان (به سال)، محل کار (مطب، بیمارستان، هر دو) منظور شده بود. در بخش دوم، سؤالاتی در رابطه با آزمون دانش تئوری شرکت کنندگان در این تحقیق در خصوص نحوه برخورد با گاستروانتریت حاد در شیرخواران و کودکان طرح شده بود (به عنوان عاملی برای کنترل ارتباط منطقی پاسخ‌ها و در جهت اعتبار بخشی جواب‌ها، سؤالات به اشکال مختلف چندبار تکرار شده بودند). در بخش سوم، درباره روش کار خود آنان سؤال شده بود و برای پاسخ هر سؤال در این قسمت، درصد همخوانی روش کار پاسخ دهنده با دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی محاسبه و مشخص گرفت.

تجزیه و تحلیل آماری توسط آزمون واریانس با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS انجام گرفته است.

نتایج

در مجموع ۹۵ نفر از متخصصین کودکان شرکت کننده در همایش سالانه انجمن پزشکان کودکان ایران بصورت تصادفی جهت تکمیل پرسشنامه انتخاب شدند. ۹۰ نفر از انتخاب شوندگان اظهار تمایل به تکمیل پرسشنامه نمودند و در انتها ۸۷ نفر از پزشکان

برای مایع و الکترولیت‌های از دست رفته و یک راهیافت اصلی در پیشگیری از عوارض به علت گاستروانتریت در کودکان مبتلا به کم‌آبی خفیف تا متوسط می‌باشد (۱ و ۶). حتی با وجود استفراغ، اکثر کودکان می‌توانند با ORS درمان شوند (۵، ۲ و ۱). در یک مطالعه مروری (۱۹۹۱)، روش کار متخصصین کودکان در مطب و بیمارستان‌ها بررسی شده و نتایج آن حاکی از آن است که فقط ۳۰ درصد پزشکان از محلول‌های ORS استفاده می‌کنند و ۵۱٪ از آنان این محلول‌ها را فقط برای موارد کم‌آبی خفیف یا بدون کم‌آبی بکار می‌برند (۷).

دستورالعمل‌های قدیمی اشاره به شروع تدریجی شیرخشک‌ها بصورت رقیق شده در درمان گاستروانتریت داشتند (۲). شواهد و مدارک موجود در منابع جدید حاکی از آن است که رژیم‌های غذایی بدون محدودیت نه تنها موجب بدتر شدن دوره بیماری اسهال خفیف نمی‌گردند (۳، ۶ و ۸) بلکه ممکن است حجم مدفوع دفعی را نیز کاهش دهند (۹). همچنین این نوع رژیم غذایی معمولاً به خوبی تحمل می‌گردد (۵ و ۸) و نیازی به اجتناب از لاکتوز نمی‌باشد (۴، ۶، ۸ و ۹). بنابراین دستورالعمل‌های جدید سفارش به استمرار رژیم‌های غذایی متناسب با سن در کودکان بدون کم‌آبی دارند و در کودکان دچار کم‌آبی برقراری رژیم‌های غذایی متناسب با سن پس از رفع کم‌آبی آنان، توصیه می‌گردد (۱۰).

اهداف این مطالعه، بررسی آگاهی و روش کار پزشکان متخصص کودکان از دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی، تأثیر محل تحصیل (تهران در مقابل شهرستانها) و نیز موقعیت محل کار (مطب در مقابل بیمارستان) در نحوه برخورد با گاستروانتریت در کودکان بودند.

مواد و روشها

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی و مقطعی

می نمودند. ۹۳٪ از آنان، از اینکه ORS در مقایسه با سایر مایعات (آب میوه، نوشابه) در درمان گاستروآنتریت مناسب تر است، آگاه بودند و ۸۶٪ آن‌ها از اینکه علیرغم وجود استفراغ می توان از ORS استفاده نمود، مطلع بودند.

در پاسخ روش های تغذیه، ۲۹ درصد پزشکان معتقد به قطع موقتی تغذیه در حین گاستروآنتریت بودند و ۳۷٪ آنان در حین بیماری گاستروآنتریت، تغذیه را بطور موقت قطع می نمودند. ۹۱٪ متخصصین کودکان از دستورالعمل ادامه تغذیه با شیر مادر در طی گاستروآنتریت آگاه بودند. علیرغم پیشنهاد سازمان بهداشت جهانی، ۶۰٪ پزشکان بر این باور بودند که رژیم غذایی کامل (Full-Strength) در گاستروآنتریت مناسب نمی باشد.

۵۵٪ پزشکان معتقد بودند که می بایستی از فرآورده های شیر اجتناب گردد. دو سوم این پزشکان، شیرخشک های سویا را به دلیل عاری از لاکتوز بودن به بیماران گاستروآنتریت پیشنهاد می نمودند. بعلاوه ۸۳٪ آنان رژیم غذایی موز، برنج، سیب و نان سوخاری را برای بیماران گاستروآنتریت مناسب می دانستند.

بحث

نتایج این مطالعه مشخص نمود که متخصصین کودکان از ۷۳٪ دستورالعمل های سازمان بهداشت جهانی در مورد نحوه برخورد با گاستروآنتریت حاد در کودکان آگاه بودند و بطور معمول از ۶۰٪ این دستورالعمل ها پیروی می نمودند. درصد متخصصینی که ORS را در کم آبی ناشی از گاستروآنتریت با شدت خفیف و متوسط بکار می بردند در مقایسه با آنچه که در مطالعه ای در ایالات متحده در سال ۱۹۹۱ حاصل شده، خیلی بیشتر بود (۸۷٪ در مقابل ۳۰٪) (۱۲).

در این بررسی اختلاف چشمگیری بین پزشکانی که فقط در مطب مشغول بکار بودند با آنهایی که در بیمارستان و یا هم در مطب و در بیمارستان اشتغال

انتخاب شده اقدام به تکمیل پرسشنامه نمودند و گستره سنی آنها 17 ± 44 سال و مدت اشتغال به کار آنان (به عنوان متخصص کودکان 6 ± 17 بود. این همکاران شامل ۶۲ نفر مرد و ۲۵ نفر خانم بودند. ۵۷ نفر آنان از دانشکده های پزشکی مستقر در تهران و ۳۰ نفر از دانشکده های پزشکی شهرستانها فارغ التحصیل شده بودند. ۳۶ نفر از پزشکان فقط در مطب، ۲۹ نفر بطور انحصاری در بیمارستان و ۲۲ نفر هم در مطب و هم در بیمارستان مشغول بکار بودند.

بطور کلی، از نظر رابطه بین دانش تئوری و روش کار در بین گروه های مختلف پزشکان اختلاف معنی داری وجود نداشت. ارتباط آماری معنی داری بین رابطه سن یا جنس با نتایج پرسشنامه مشاهده نگردید. در مجموع متخصصین کودکان از ۷۳٪ دستورالعمل های سازمان بهداشت جهانی آگاهی داشتند ولی فقط از ۶۰٪ دستورالعمل های جاری سازمان بهداشت جهانی پیروی می کردند. درصد کلی پاسخ های ارایه شده که هم خوانی با دستورالعمل های سازمان بهداشت جهانی داشت، در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱- درصد پاسخ های صحیح در هر یک از گروه های مختلف پزشکان

گروه	تعداد	درصد پاسخ های صحیح
فارغ التحصیلان دانشکده های پزشکی مستقر در تهران	۵۷	۷۱
فارغ التحصیلان دانشکده های پزشکی شهرستانها	۳۰	۶۲
پزشکان مشغول بکار فقط در مطب	۳۶	۶۳
پزشکان مشغول بکار فقط در بیمارستان	۲۹	۶۸
پزشکان مشغول بکار هم در مطب و هم در بیمارستان	۲۲	۷۴

۶۹٪ متخصصین کودکان از اینکه ORS برای کم آبی خفیف و متوسط مناسب است آگاه بودند، و ۸۳٪ آنان ORS را برای درمان کم آبی در گاستروآنتریت مصرف

جهت نشر و آگاهی پزشکان متخصص کودکان در مورد روش‌های تغذیه‌ای پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی بعمل آید.

داشتند وجود نداشت. همچنین اختلاف معنی داری در بین متخصصین از لحاظ مکان تحصیل مشاهده نگردید. این یافته‌ها حاکی از آن بود که محل کار و مکان تحصیل عوامل مهمی در تعیین روش کار متخصصین کودکان در ارتباط با نحوه برخورد با گاستروآنتریت نیست. در این مطالعه محدودیت‌هایی وجود داشت. بطوریکه پرسشنامه در یک همایش علمی توزیع گردیده که علی‌رغم تلاش برای دستیابی به پزشکان بطور تصادفی، این امکان وجود دارد که این عملکرد بازتابی واقعی از جامعه متخصصین کودکان نباشد چراکه در این همایش نسبت متخصصین فرهیخته بیش از دیگر اجتماعات بود و این امکان وجود داشت تا نتایج حاصله تحت تأثیر قرار گیرند لذا در صورتیکه این موضوع صحت داشته باشد، درصد متخصصین کودکانی که از دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی پیروی می‌نمایند احتمالاً پایین‌تر از این میزان خواهد بود. با این وجود ارتباط منطقی پاسخ‌ها درخصوص دانش تئوری، روش کار و عدم اختلاف در پاسخ‌ها در بین پزشکان شاغل در مطب و بیمارستان، بدون توجه به مدت زمان اشتغال بکار یا محل تحصیل، اعتبار پرسشنامه را تأیید می‌نماید.

لذا تحقیقات با تعداد نمونه بیشتر و در سطح وسیع‌تر توصیه می‌گردد. در ضمن بعلت تعداد کم نمونه نتیجه نمی‌تواند قابل تعمیم به کل جامعه باشد. اگر چه سؤالات در جهت تعیین مغایرت احتمالی بین آگاهی و روش کار پزشکان طراحی شده بودند ولی ما قادر به مشاهده روش کار عملی آنان نبودیم و پرسشنامه فقط یک مدرک نوشتاری در ارتباط با روش کار محسوب می‌گردد تا یک روش کار واقعی محسوب شود.

بطور خلاصه، متخصصین کودکان، صرف نظر از محل تحصیل یا محل کار، از مصرف صحیح محلول ORS آگاه بودند ولی از روش تغذیه‌ای پیشنهاد شده توسط سازمان بهداشت جهانی پیروی نمی‌نمودند. این یافته‌ها دلالت بر آن دارند که می‌بایستی اقداماتی در

REFERENCES

- 1- American Academy of pediatrics, Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Acute Gastroenteritis, Practice parameters: The management of acute gastroenteritis in young children, Pediatrics, 1996;97: 424-433.
- 2- American Academy of pediatrics, Committee on Nutrition, Use of oral fluid therapy and post-treatment feeding following enteritis in children in a developed country, Pediatrics, 1985, 75, 358-361.
- 3- Brown K.H., Peerson J.M., Use of non-human milks in the dietary management of young children with acute diarrhea, a meta-analysis of clinical trials, Pediatrics, 1994, 93, 17-27.
- 4- Brown K.H., Perez F., Gastandauy A.S., Clinical trial of modified whole milk, lactose-hydrolyzed whole milk, or cereal-milk mixtures for the dietary management of acute childhood diarrhea, J. Pediatr., Gastroenterology Nutrition, 1991, 12, 340-350.
- 5- Duggan, C., Santosham, M., The management of acute diarrhea in children: oral rehydration, maintenace, and nutritional therapy, Brit. Med.J., 1992, 41: 1-20.
- 6- Gazala, E., Early Vs Late refeeding in acute infantile diarrhea, J.Med. Sci., 1988, 24, 175-179.
- 7- Ho, M., Diarrheal deaths in American children. Are they preventable? JAMA, 1988, 260, 3281-3285.
- 8- Margolis, P.A., Littcer, T., Effects of unrestricted diet on mild infantile diarrhea: a practice based study, Am.J., Dis. Child., 1990, 144, 162-164.
- 9-Margolis, A., Modern management of acute diarrgca and dehydration in children, American Family Physician, 1995, 5, 1103-1115.
- 10- Pickering, L.K., Snyder, J.D., Gastroenteritis, In Behraman R.E., Klieman R.M., Textbook of Pediatrics, 15th ed., Philadelphia, P.A., W.B., Saunders Company, 1996, 721-724.
- 11- Sandhu, B.K., Isolavri, E., A Multicenter Study on behalf of the European Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition Working Group on acute dearrhea, Early feeding in childhood gastroenterites, J, Gastroenterology nutrition, 1997, 24, 522-527.
- 12- Snyder, J.D., Use and misuse of oral therapy for diarrhea: comparison of US practices with American Academy of Pediatrics recommendations, Pediatrics, 1991, 87, 28-33.

