

## آگاهی و رویکرد پزشکان متخصص کودکان از مسایل مطرح شده در دستورالعمل‌های WHO در مورد گاستروآنتریت حاد

دکتر پرویز قاسم‌لی<sup>۱</sup>، ناصر ولایی<sup>۲</sup>

### خلاصه

**سابقه و هدف:** با عنایت به نگرانی از نحوه به کار گیری دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت (WHO) و نیز اهمیت اجرای آنها، عوارض شناخته شده عدم به کار گیری این دستورالعمل‌ها، عدم اطلاع از وضعیت موجود و به منظور تعیین رویکرد پزشکان متخصص کودکان از مسایل مطرح شده در دستورالعمل WHO در مورد گاستروآنتریت حاد، این تحقیق در نزد پزشکان متخصص کودکان شرکت کننده در همایش سالانه انجمن پزشکان کودکان ایران در سال ۱۳۷۸ انجام گرفت.

**مواد و روشها:** تحقیق حاضر با روش توصیفی از نوع مقطعی نزد ۹۵ نفر از پزشکانی که بیش از ۱۰ سال از زمان فارغ‌التحصیلی آنان گذشته بود و به طور تصادفی انتخاب گردیده بودند، انجام گرفت. پرسشنامه‌ای با ۱۷ بند در اختیار آنان قرار گرفت که ضمن ثبت خصوصیات فردی، برای سنجش دانش نظری و نحوه تصمیم‌گیری درمان، با طرح سوالاتی و نیز گزارش مواردی از گاستروآنتریت، آگاهی و رویکرد آنان از دستورالعمل‌های WHO در مورد محلول‌های مایع درمانی خوراکی (ORS) و روش تغذیه در مرحله حاد گاستروآنتریت بررسی و ثبت گردید و سپس پاسخ‌های آنان بر اساس دستورالعمل‌های WHO مورد ارزیابی قرار گرفت.

**یافته‌ها:** از ۹۵ نمونه انتخابی، ۸۷ نفر به تمام سوالات مطرح شده پاسخ دادند. سن پزشکان  $44 \pm 17$  سال و سابقه اشتغال آنان  $17 \pm 6$  سال بود. ۷۳ درصد پزشکان آگاهی مناسب داشتند ولی ۶۰ درصد پزشکان دستورالعمل‌های WHO را به کار می‌بردند. ۶۹ درصد پزشکان دارای دانش به کار گیری ORS بودند و در مقابل ۸۳ درصد پزشکان رویکرد مناسب به کار گیری ORS را در درمان داشتند. ۳۱ درصد پزشکان به لحاظ نظری و ۳۷ درصد پزشکان از نظر عملی در مورد ادامه تغذیه در طول مرحله حاد اسهال، عملکرد متناقض با دستورالعمل‌های WHO داشتند.

**نتیجه گیری:** کیفیت به کار گیری دستورالعمل‌های WHO در مورد ادامه تغذیه در مرحله حاد گاستروآنتریت نازل است و تحقیق برای بررسی علل آن و اقدامات لازم برای ارتقای آن پیشنهاد می‌گردد.

**وازگان کلیدی:** گاستروآنتریت حاد، اسهال، محلول مایع درمانی خوراکی، WHO

<sup>۱</sup> - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان شهدای تحریر، بخش کودکان

<sup>۲</sup> - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

## مقدمه

برای کم آبی خفیف یا بدون کم آبی به کار می بردند(۳). با عنایت به وضعیت مذکور و عدم اطلاع از پاسخ سؤالات مطرح و به منظور تعیین میزان آگاهی و رویکرد پزشکان متخصص کودکان از مسایل مطرح در دستورالعمل های WHO در مورد گاسترو آنتریت حاد، این تحقیق بر روی پزشکان شرکت کننده در همایش سالانه انجمن پزشکان کودکان ایران تحت عنوان « تازه های طب کودکان و ژنتیک » که در آذرماه سال ۱۳۷۸ در محل هتل لاله تهران منعقد بود، انجام گرفت.

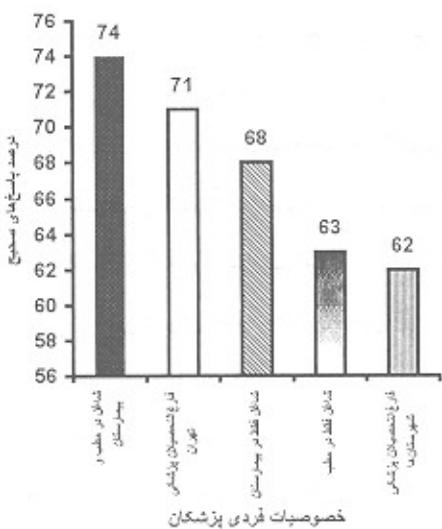
## مواد و روشها

تحقیق حاضر با روش توصیفی از نوع مقطعی صورت پذیرفت. فهرست به هنگام شرکت کنندگان همایش تهیه گردید و با رایزنی های به عمل آمده با متخصصین آمار و متداولوژی مقرر گردید از هر ۴ نفر شرکت کننده با سابقه اشتغال بیش از ۱۰ سال، یک نفر به طور تصادفی انتخاب و مورد بررسی قرار گیرند. با مراجعت به پزشکان نمونه، طرح برای آنان توجیه و جلب موافقت آنان برای همکاری با طرح درخواست گردید تا به سؤالات مطرح شده در پرسشنامه پاسخ دهند. پرسشنامه دارای ۳ بخش بود که بخش اول مشتمل بر خصوصیات فردی پزشکان ( سن، جنس، محل تحصیل، مدت اشتغال و محل کار)، بخش دوم حاوی سؤالاتی در جهت سنجش آگاهی از نظر به کارگیری ORS در مورد گاسترو آنتریت ها ( بدون کم آبی، با کم آبی خفیف و کم آبی متوسط) و نیز نحوه تغذیه ( ادامه و یا قطع و یا نوع تغذیه ) و بخش سوم مساله رویکرد پزشکان را در مورد هر یک از موارد گزارش شده از بیماری گاسترو آنتریت ( به کارگیری ORS و ادامه یا قطع تغذیه و استفاده

گاسترو آنتریت حاد یکی از مشکلات طب کودکان نلقی می شود و در ایالات متحده سالانه ۲۲۰۰۰ کودک زیر ۵ سال بستری می گرددن(۱،۲). برای درمان سرپایی و کاهش موارد بررسی استفاده از محلول های مایع درمانی خوراکی (ORS) و ادامه تغذیه برای کودکان و شیرخواران مبتلا پیشنهاد شده است(۲) ولی عدم رعایت این دستورالعمل ها منجر به ادامه و تشديد اسهال و نیز کم آبی گردیده، می تواند منجر به مرگ کودکان گردد به طوری که کودکان در ایالات متحده سالانه ۳۰۰-۵۰۰ کودک به علت اسهال و کم آبی فوت می نمایند(۱). مرگ های ناشی از گاسترو آنتریت تقریباً ۱۰ درصد علل قابل پیش گیری مرگ های پس از تولد (Postnatal) را تشکیل می دهند(۲) و عوارض و تبعات شناخته شده این بیماری به عنوان شاخصی از توسعه یافتنگی یا توسعه نیافتنگی هر کشوری محسوب می گردد.

یکی از اقدامات قابل تقدیری که در سال های اخیر صورت می پذیرد، برگزاری کارگاه های آموزشی کنترل بیماری های اسهالی (CDD) Control of Diarrheal Diseases دانشگاه های علوم پزشکی کشور در جهت آموزش، توجیه و به کار گیری دستورالعمل های سازمان جهانی بهداشت (WHO) در مورد گاسترو آنتریت در شیرخواران و کودکان می باشد اما سؤال این است که این کارگاه های آموزشی تا چه اندازه ای موجب ارتقای دانش و رویکرد پزشکان متخصص کودکان نسبت به این دستورالعمل ها شده است؟ زیرا در یکی از مطالعه ها اعلام گردیده که فقط ۳۰ درصد از پزشکان از محلول های ORS استفاده می کنند و ۵۱ درصد از آنان محلول های ORS را

میزان آگاهی با توجه به خصوصیات فردی پزشکان متفاوت بود که در نمودار (۱) ارایه گردیده است و نشان می‌دهد که اصولاً پزشکانی که هم در مطب و هم در بیمارستان اشتغال داشتند از آگاهی بیشتری برخوردار بودند و کمترین میزان آگاهی مربوط به فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های پزشکی شهرستان‌ها و نیز پزشکانی بود که فقط در مطب اشتغال داشتند.



نمودار ۱ - توزیع ۷۱ نفر از پزشکان متخصص کوبدکان بر حسب آگاهی از دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت در مورد گاستروآنتریت حاد به تفکیک خصوصیات فردی پزشکان در سال ۱۳۷۸

۶۹ درصد پزشکان از اینکه ORS برای کم آبی خفیف و متوسط مناسب است، آگاه بودند و ۸۳ درصد آنان ORS را برای درمان کم آبی در گاستروآنتریت مصرف می‌نمودند. ۹۳ درصد آنان از اینکه ORS در مقایسه با سایر مایعات (آب میوه‌های تجارتی و نوشابه) در درمان گاستروآنتریت مناسب‌تر است، آگاه بودند و ۸۶ درصد آنها از اینکه علی‌رغم وجود استفراغ می‌توان از وجود ORS استفاده نمود، مطلع بودند. در پاسخ

از محلول‌های خانگی) مورد بررسی قرار می‌داد، این سوالات در ۱۷ بند تنظیم شده بودند. این پرسشنامه در یک مطالعه آزمایشی اولاً از نظر پایایی و روایی مورد بررسی قرار گرفت و ثانیاً با لحاظ کردن سوالات کنترل کننده، سعی لازم را برای بررسی مناسب آگاهی و رویکرد دارا بود.

داده‌های فرم اطلاعاتی بررسی و با معیار دستورالعمل‌های WHO (۴,۵) مورد ارزیابی قرار گرفت و میزان آگاهی و نیز رویکرد پزشکان با مسائل مطرح شده مشخص گردید. نقش خصوصیات فردی پزشکان با در مقوله مذکور به صورت آمار توصیفی ارایه گردید.

#### یافته‌ها

از ۳۸۰ پزشک مورد بررسی، ۹۵ نفر انتخاب شدند که ۸ نفر از آنان به همه سوالات مطروح در پرسشنامه پاسخ نداده و یا ناقص پاسخ داده بودند که در بازبینی پرسشنامه‌ها، شرایط لازم را نداشتند، از این رو از مطالعه خارج شدند و در نهایت، ۸۷ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت.

از این نمونه‌ها، ۶۲ نفر مرد و ۲۵ نفر زن بودند. سن نمونه‌ها  $44 \pm 17$  سال و مدت اشتغال آنها  $17 \pm 6$  سال بود. ۵۷ نفر از دانشکده‌های پزشکی مستقر در تهران و ۳۰ نفر از دانشکده‌های پزشکی شهرستان‌ها فارغ‌التحصیل شده بودند. از پزشکان مورد بررسی ۳۶ نفر ( $41/4$  درصد) فقط در مطب و ۲۹ نفر ( $33/3$  درصد) بد طور انحصاری در بیمارستان و ۲۲ نفر ( $25/3$  درصد) هم در مطب و هم در بیمارستان مشغول به کار بودند.

۷۳ درصد پزشکان مورد بررسی از دستورالعمل‌های WHO در مورد گاستروآنتریت آگاهی داشتند و ۲۷ درصد فاقد این آگاهی بودند.

اشارة نشده و یا لاقل در دسترس ما قرار نگرفتند اما سؤال این است که چرا این اختلاف تقریباً دو برابر وجود دارد؟ پاسخ این است که دانشجویان پزشکی طی دوره پزشکی عمومی فقط دو واحد درس تغذیه را می‌گذرانند که از کیفیت لازم برخوردار نمی‌باشد و دستیاران کودکان نیز به مطالب مختصر در درستامه‌ها اکتفا نموده و موضوع تغذیه در کودکان که امری حیاتی و اگر نگوییم مهم‌تر از تشخیص سندروم‌ها است؛ حداقل، اهمیتی برابر با تشخیص سندروم‌ها را دارا می‌باشد، مورد بی‌مهری بسیار قرار گرفته است و به علت عدم شناخت کافی از فیزیوپاتولوژی گاسترو آنتریت و نقش مواد غذایی در جذب آب، موجب می‌گردد تا بیمار با تاخیر بهبودی یافته و یا بر شدت کم آبی وی افزوده شده و یا از عوارض بیماری رنج ببرد به طوری که در این تحقیق، علی‌رغم پیشنهاد سازمان جهانی بهداشت،<sup>۶۰</sup> درصد پزشکان بر این باورهستند که رژیم غذایی کامل در گاسترو آنتریت مناسب نمی‌باشد. دستورالعمل‌های قبلی اشاره به شروع تدریجی شیر خشک‌ها به صورت رقیق شده در درمان گاسترو آنتریت داشتند<sup>(۵)</sup> ولی شواهد و مدارک موجود در منابع جدید حاکی از آن است که رژیم‌های غذایی بدون محدودیت، موجب بدتر شدن دوره بیماری اسهال خفیف نمی‌گردند<sup>(۶,۷,۸,۹)</sup>، ممکن است حجم مدفعه دفعی را نیز کاهش دهند<sup>(۱۰,۱۱)</sup>، معمولاً به خوبی تحمل می‌گردند<sup>(۷,۱۰)</sup> و نیازی به اجتناب از لاکتوز نمی‌باشد<sup>(۶,۹,۱۰,۱۲)</sup>. بنابراین، دستورالعمل‌های جدید سفارش به استمرار رژیم‌های غذایی مناسب با سن در کودکان بدون کم آبی و برقراری رژیم‌های غذایی مناسب با سن

روش‌های تغذیه، ۳۱ درصد پزشکان معتقد به قطع موقتی تغذیه در حین گاستروآنتریت بودند و ۳۷ درصد آنان در حین بیماری گاستروآنتریت تغذیه را به طور موقت قطع می‌نمودند. ۹۱ درصد از متخصصین کودکان از دستورالعمل‌های ادامه تغذیه با شیر مادر طی گاسترو آنتریت آگاه بودند.<sup>۶۰</sup> درصد پزشکان بر این باورهستند که رژیم غذایی کامل Strength-Full در گاستروآنتریت مناسب نمی‌باشد.

۵۵ درصد پزشکان معتقد بودند که باید از فرآورده‌های شیر اجتناب کرد. دو سوم پزشکان شیر خشک‌های سویادار را به دلیل عاری از لاکتوز بودن به بیماران گاستروآنتریت پیشنهاد می‌نمودند. به علاوه، ۸۳ درصد آنان رژیم غذایی موز، برنج، سبب و نان سوخاری را برای بیماران مبتلا به گاسترو آنتریت مناسب می‌دانستند.

## بحث

نتایج این مطالعه مشخص نمود که متخصصان کودک از ۷۳ درصد دستورالعمل‌های WHO در مورد نحوه برخورد با گاستروآنتریت حاد در کودکان آگاه بودند و به طور معمول از ۶۰ درصد این دستورالعمل‌ها پیروی می‌نمودند. تعداد متخصصانی که ORS را در کم آبی ناشی از گاستروآنتریت با شدت خفیف و متوسط به کار می‌بردند، در مقایسه با آنچه که در مطالعه‌ای در ایالات متحده در سال ۱۹۹۱ حاصل شده، خیلی بیشتر بود (۸۷ درصد در مقابل ۳۰ درصد)<sup>(۳)</sup>.

این تحقیق نشان داد که میزان آگاهی و رویکرد پزشکان جهت تجویز ORS در مقایسه با نحوه تغذیه کودکان مبتلا به گاستروآنتریت بسیار متفاوت بود به طوری که به این مساله مهم در مقالات دیگر

و کمی علم تغذیه به خصوص در نزد متخصصان کودکان سرمشق قرار گیرد.

کودکان دچار کم آبی، به محض آنکه کم آبی آنان رفع گردد، دارند(۲).

#### نتیجه‌گیری

دانش و آگاهی پزشکان از ORS در مقایسه با استانداردهای WHO به طور نسبی قابل قبول بوده ولی در مورد تغذیه در حد نازل می‌باشد و بررسی علل آن و نیز تاثیر استفاده از متخصص تغذیه بر روی آگاهی، رویکرد و علمکردن بخش‌های کودکان و نیز متخصصان کودکان به ویژه در مورد گاستروآتریت حاد مصرانه توصیه می‌گردد.

از این رو، با عنایت به پیشنهادات مذکور و نیز گزارش ماموریت سفر دو تن از اساتید بخش کودکان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به کشورهای فرانسه و امریکا و نتایج بازدید آنان از بخش‌های کودکان که در آن گزارش‌های ذکر شده در کلیه بخش‌های کودکان این کشورها از وجود متخصص تغذیه در جریان بیماری‌های گوناگون بهره‌برداری می‌شود، شاید بهتر است چنین الگویی را در جهت ارتقای سطح کیفی

## References:

- Pickering LK, Snyder JD. Gastroenteritis. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM (Eds). Nelson Textbook of Pediatrics. 15 the ed. Philadelphia: WB Saunders; 1996: 721-724.
- American Academy of Pediatrics. Provisional Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Acute Gastroenteritis. Practice Parameters: The management of acute gasteroenteritis in young children. Pediatrics. 1996; 97:424-433.
- Snyder JD. Use and misuse of oral therapy for diarrhea: comparison of US practice with American Academy of pediatrics recommendations. Pediatrics. 1991; 87: 28-33.
- Ho MS, Glass RA, Pinsky PF. Diarrheal deaths in American children. Are they Preventable? J Am Med Assoc. 1988; 260: 3281-3285.
- American Academy of Pediatrcs, 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.
- Meyers A. Modern management of acute diarrhea and dehydration in children. Am Fam 1995; 51: 1103-1115.
- Duggan C, Santosh M, Glass RI. The management of acute diarrhea in children oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. Br Med J. 1992; 41: 1-20.
- Brown KH, Peerson GM, Fontaine O. 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.
- Gazala E, Weitzman S, Weitzman Z. Early Vs. Late refeeding in acute in fanticile diarrhea. J Med Sci. 1988; 24: 175-179.
- Margolis PA, Litteer T. Effects of unrestricted diet on mild in fanticile diarrhea: a practice based study. Am J. Dis. Child. 1990; 144: 162-164.
- Sandhu BK, Isolayri E, Walker-Smith JA. A Multicenter Study on behalf of the European Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition Working Group on acute diarrhea. Early feeding in childhood gastroenteritis. J. Gastroenterol Nutr. 1997; 24: 522-527.
- Brown KH, Perez F, Gastauduy AS. Clinical trial of modified whole milk, lactose-hydrolyzed whole milk, or cereal-milk mixtures for the dietary management of acute childhood diarrhea. J. Pediatr Gastroenterol Nutr. 1991; 12: 340-350.