

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

دکتر پرویز قدم‌لی^۱، ناصر ولایی^۲

خلاصه

سابقه و هدف: با عنایت به نگرانی از نحوه به‌کارگیری دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت (WHO) و نیز اهمیت اجرای آنها، عوارض شناخته شده عدم به‌کارگیری 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 سؤالاتی 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 سؤالات مطرح شده پاسخ دادند. سن پزشکان 44 ± 17 سال و سابقه اشتغال آنان 17 ± 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 کارگیری ORS بودند و در مقابل ۸۳ درصد پزشکان رویکرد مناسب به کارگیری 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.

نتیجه‌گیری: کیفیت به‌کارگیری 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.

واژگان کلیدی: گاستروآنتریت حاد، اسهال، محلول مایع درمانی خوراکی، WHO

^۱ - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان شهدای ثمرش، بخش کودکان

^۲ - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مقدمه

گاسترو آنتریت حاد یکی از مشکلات طب کودکان تلقی می‌شود و در ایالات متحده سالانه ۲۲۰۰۰۰ کودک زیر ۵ سال بستری می‌گردند (۱،۲). برای درمان سرپایی و کاهش موارد بررسی استفاده از محلول‌های مایع درمانی خوراکی (ORS) و ادامه تغذیه برای کودکان و شیرخواران مبتلا پیشنهاد شده است (۲) ولی عدم رعایت این دستورالعمل‌ها منجر به ادامه و تشدید اسهال و نیز کم‌آبی گردیده، می‌تواند منجر به مرگ کودکان گردد به طوری که کودکان در ایالات متحده سالانه ۵۰۰-۳۰۰ کودک به علت اسهال و کم‌آبی فوت می‌نمایند (۱). مرگ‌های ناشی از گاسترو آنتریت تقریباً ۱۰ درصد علل قابل پیش‌گیری مرگ‌های پس از تولد (Postnatal) را تشکیل می‌دهند (۲) و عوارض و تبعات شناخته شده این بیماری به عنوان شاخصی از توسعه یافتگی یا توسعه نیافتگی هر کشوری محسوب می‌گردد.

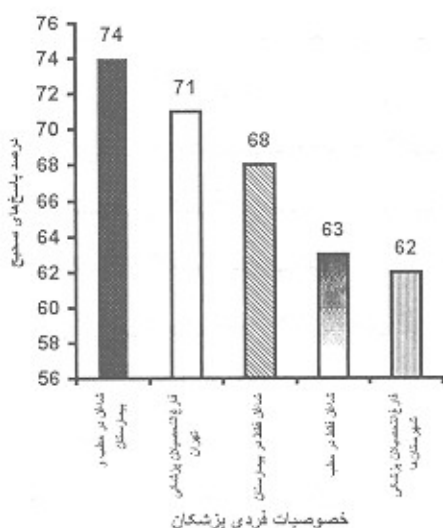
یکی از اقدامات قابل تقدیری که در سال‌های اخیر صورت می‌پذیرد، برگزاری کارگاه‌های آموزشی کنترل بیماری‌های اسهالی (CDD) Control of Diarrheal Diseases به همت دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در جهت آموزش، توجیه و به‌کارگیری دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت (WHO) در مورد گاسترو آنتریت در شیرخواران و کودکان می‌باشد اما سؤال این است که این کارگاه‌های آموزشی تا چه اندازه‌ای موجب ارتقای دانش و رویکرد پزشکان متخصص کودکان نسبت به این دستورالعمل‌ها شده است؟ زیرا در یکی از مطالعه‌ها اعلام گردیده که فقط ۳۰ درصد از پزشکان از محلول‌های ORS استفاده می‌کنند و ۵۱ درصد از آنان محلول‌های ORS را

برای کم‌آبی خفیف یا بدون کم‌آبی به کار می‌برند (۳). با عنایت به وضعیت مذکور و عدم اطلاع از پاسخ‌سؤالات مطرح و به منظور تعیین میزان آگاهی و رویکرد پزشکان متخصص کودکان از مسایل مطرح در دستورالعمل‌های WHO در مورد گاسترو آنتریت حاد، این تحقیق بر روی پزشکان شرکت‌کننده در همایش سالانه انجمن پزشکان کودکان ایران تحت عنوان «تازه‌های 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 به‌هنگام شرکت‌کنندگان همایش تهیه گردید و با رایزنی‌های به‌عمل‌آمده با متخصصین آمار و متدولوژی مقرر گردید از هر ۴ نفر شرکت‌کننده با سابقه اشتغال بیش از ۱۰ سال، یک نفر به‌طور تصادفی انتخاب و مورد بررسی قرار گیرند. با مراجعه به پزشکان نمونه، طرح برای آنان توجیه و جلب موافقت آنان برای همکاری با طرح درخواست گردید تا به سؤالات مطرح‌شده 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 آنتریت‌ها (بدون کم‌آبی، با کم‌آبی خفیف و کم‌آبی متوسط) و نیز نحوه تغذیه (ادامه 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

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 ۷۸ نفر از پزشکان متخصص کودکان بر حسب آگاهی از دستورالعمل‌های سازمان جهانی بهداشت در مورد گاستروانتریت حاد به تفکیک خصوصیات فردی پزشکان در سال ۱۳۷۸

۶۹ درصد پزشکان از اینکه ORS برای کم‌آبی خفیف و متوسط مناسب است، آگاه بودند و ۸۳ درصد آنان ORS را برای درمان کم‌آبی در گاستروانتریت مصرف می‌نمودند. ۹۳ درصد آنان از اینکه ORS در مقایسه با سایر مایعات (آب میوه‌های تجارتي و نوشابه) در درمان گاستروانتریت 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 سؤالات در ۱۷ بند تنظیم شده بودند. این پرسشنامه در یک مطالعه آزمایشی اولاً از نظر پایایی و روایی مورد بررسی قرار گرفت و ثانياً با لحاظ کردن سؤالات کنترل‌کننده، 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 مسایل مطرح‌شده مشخص گردید. نقش خصوصیات فردی پزشکان با دو 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 سؤالات مطروح در پرسشنامه پاسخ نداده و یا ناقص پاسخ داده بودند که در بازمینی 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 ± 17 سال و مدت اشتغال آنها 17 ± 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) به 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 گاستروانتریت آگاهی داشتند و ۲۷ درصد فاقد این آگاهی بودند،

اشاره نشده و یا لاقبل 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 درسنامه‌ها اکتفا نموده و موضوع تغذیه در کودکان که امری حیاتی و اگر نگوئیم مهم‌تر از تشخیص سندرم‌ها است: حداقل، اهمیتی برابر با تشخیص سندرم‌ها 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، ۶۰ درصد پزشکان بر این باور هستند 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 (۵) 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 (۶،۷،۸،۹)، ممکن است حجم مدفوع دفعی را نیز کاهش دهند (۱۰،۱۱)، معمولاً به خوبی تحمل می‌گردند (۷،۱۰) و نیازی به اجتناب از لاکتوز نمی‌باشد (۶،۹،۱۰،۱۲). بنابراین، دستورالعمل‌های جدید سفارش به استمرار رژیم‌های غذایی متناسب با سن در کودکان بدون کم آبی و برقراری رژیم‌های غذایی متناسب 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. ۶۰ درصد پزشکان بر این باور هستند که رژیم غذایی کامل Full-Strength 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، سیب 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) (۳).

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.

نتیجه گیری

دانش و آگاهی پزشکان از ORS در مقایسه با استانداردهای WHO به طور نسبی قابل قبول بوده ولی در مورد تغذیه در حد نازل می باشد و بررسی علل آن و نیز تاثیر استفاده از متخصص تغذیه بر روی آگاهی، رویکرد و عملکرد بخش های کودکان و نیز متخصصان کودکان به ویژه در مورد گاستروآنتریت حاد مصرانه توصیه می گردد.

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

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 بخش های کودکان که در آن گزارشهای ذکر شده در کلیه بخش های کودکان این کشورها از وجود متخصص تغذیه در جریان بیماری های گوناگون بهره برداری می شود، شاید بهتر است چنین الگویی را در جهت ارتقای سطح کیفی

References:

- 1- Pickering LK. Snyder JD. Gastroenteritis. In: Behraman RE, Kliegman RM, Arvin AM (Eds). Nelson Textbook of Pediatrics. 15 the ed. Philadelphia: WB Saunders; 1996: 721-724.
- 2- 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.
- 3- 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.
- 4- Ho MS. Glass RA. Pinsky PF. Diarrheal deaths in American children. Are they Preventable? J Am Med Assoc. 1988; 260: 3281-3285.
- 5- 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.
- 6- Meyers A. Modern management of acute diarrhea and dehydration in children. Am Fam 1995; 51: 1103-1115.
- 7- Duggan C. Santosham M. Glass RI. The management of acute diarrhea in children oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. Br Med J. 1992; 41: 1-20.
- 8- 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.
- 9- Gazala E. Weitzman S. Weitzman Z. Early Vs. Late refeeding in acute in fantile diarrhea. J Med Sci. 1988; 24: 175-179.
- 10-Margolis PA. Litteer T. Effects of unrestricted diet on mild in fantile diarrhea: a practice based study. Am J. Dis. Child. 1990; 144: 162-164.
- 11-Sandhu BK. Isolavri E. Walker-Smith JA. AMulticenter 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.
- 12-Brown KH. Perez F. Gastandauy 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.