پژوهش درپزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
سال ۲۸، شماره ۴، صفحات ۲۸۱ تا ۲۸۴ (زمستان ۸۳)

Original Article

بررسی میزان آگاهی پزشکان شرکت کننده در دوره‌های بازآموزی اسهال حاد در کودکان در سالهای ۸۲-۱۳۸۰

دکتر فاطمه قطبی *، دکتر کاتوزیان، محمد حسین ایده آلی *****

* گروه اطفال، بیمارستان آیت ا... طالقانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
** گروه آمار، دانشگاه شهید بهشتی
*** دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: *به درمان صحیح اسهال در ۱۵ سال اخیر توجه زیادی شده است. از سال ۱۳۷۰ برنامه بازآموزی اسهال تحت عنوان CDD (Control of Diarrheal diseases) در ایران با هدف بهبود بخشیدن به سطح علمی و عملکرد پزشکان راه‌اندازی شد. هدف مطالعه حاضر ارزیابی میزان آگاهی پزشکان شاغل در مطبهای خصوصی در مورد برخورد با بیماران اسهالی در کودکان کمتر از ۵ سال در مناطق چهارگانه (شمال، جنوب، شرق و غرب) تهران بود.*

مواد و روشها: *گروه مطالعه پزشکانی بودند که در این کلاسها در سه سال اخیر (۸۲-۱۳۸۰) شرکت کرده بودند و گروه شاهد پزشکانی بودند که در کلاسهای فوق شرکت نکرده بودند. هر یک از آنها به پرسشنامه‌ای شامل ۱۳ سؤال از مطالب تدریس شده در کلاسهای فوق پاسخ دادند و برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز کسب کردند.*

یافته‌ها: *میانگین (±انحراف معیار) امتیاز کسب شده در گروه مطالعه (n=۴۸) و شاهد (n=۲۱) متخصصین اطفال به ترتیب ۱/۵±۱۰/۳ و ۳/۱±۷/۵ بود (p=۰/۰۰۰۱). در بین ۱۵۲ پزشک عمومی میانگین امتیاز کسب شده در گروه مطالعه (n=۹۴) و شاهد (n=۵۸) به ترتیب ۲/۵±۷/۶ و ۳/۱±۷/۰ بود (p=۰/۰۲۶).*

نتیجه‌گیری: *این مطالعه نشان داد که کلاسهای بازآموزی در پیشبرد سطح علمی پزشکان مؤثر است. ما توصیه می‌کنیم که پزشکان به طور مرتب و مکرر در این کلاسها شرکت کنند.*

واژگان کلیدی: *کلاسهای بازآموزی، اسهال.*

مقدمه

هر سال ۱۵۰۰ میلیون مورد اسهال اتفاق می‌افتد که ۳ میلیون از این موارد منجر به مرگ در کودکان کمتر از ۵ سال می‌گردد. با اداره صحیح بیماری اسهال می‌توان مرگ و میر این بیماری را کاهش داد (۱). سازمان بهداشت جهانی سیاست واحدی را تحت عنوان "کنترل ملی بیماریهای اسهالی" در بیش از ۱۳۰ کشور به اجرا گذاشته است. با این برنامه بیش از ۹۹٪ موارد اسهال به طور سرپایی و در منزل درمان می‌گردند. در برنامه "کنترل بیماریهای اسهالی" ارزیابی و درمان بیماران به طور کل بر اساس علایم و نشانه‌هایی است که به سرعت و با انجام چند سؤال و معاینه مختصر به دست می‌آید. در این برنامه وسیله تشخیصی و تستهای آزمایشی لازم نمی‌باشد. سیاست کلی سازمان بهداشت جهانی این است که علاوه بر استفاده از محلول الکترولیت خوراکی (ORS) به تغذیه بیماران توجه زیادی شود و از داروهای ضداسهال و آنتی‌بیوتیکها مگر در موارد خاص استفاده نگردد.

مطالعه‌ای که در سال ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ توسط یونیسف به عمل آمد نشان داد که با استفاده از این سیاست درمانی گرچه تغییری در بروز اسهال به وجود نیامده است (سه بار در سال برای هر کودک زیر ۵ سال) اما بروز مرگ و میر از ۴/۶ میلیون

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-09]

در سال ۱۹۸۰ به ۳/۱ میلیون در سال ۱۹۹۰ و ۱/۸ میلیون در سال ۲۰۰۰ کاهش یافته است. ضمناً در سال ۱۹۸۰، ۳۳٪ کل مرگ و میرها به علت اسهال بود که اکنون این رقم به ۱۲٪ کاهش یافته است (۲).

گرچه برنامه ملی کنترل بیماری‌های اسهالی در بسیاری از کشورها به پزشکان و پرسنل بهداشتی آموزش داده شده است اما مطالعات نشان می‌دهد که روند نسخه‌نویسی در بعضی از کشورها تغییر چندانی نکرده است (۴،۳).

مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان آگاهی پزشکان عمومی و متخصصین اطفال که در سالهای ۸۲-۱۳۸۰ در کلاسهای فوق شرکت کرده بودند و همچنین مقایسه میزان اطلاعات پزشکان شرکت کرده (گروه ۱) و شرکت نکرده (گروه ۲) در کلاسهای فوق انجام شد.

مواد و روشها

مطالعه به صورت پرسش و پاسخ و از طریق سؤالهای درج شده در پرسشنامه (۱۳ سؤال) صورت گرفت. برای هر سؤال یک امتیاز در نظر گرفته شد. سؤالات شامل مطالبی بود که در کلاسهای آموزشی بیماریهای اسهال تدریس شده بود.

محل انجام مطالعه شهر تهران در چهار منطقه شمال، جنوب، شرق و غرب و جمعیت مورد مطالعه پزشکان متخصص اطفال و عمومی که در سالهای اخیر (۸۲-۱۳۸۰) در کلاسهای آموزشی کنترل بیماریهای اسهالی شرکت کرده بودند (گروه مورد یا گروه ۱) و همچنین پزشکانی که در کلاسهای فوق شرکت نکرده بودند (گروه شاهد یا گروه ۲) بود.

همه پزشکان فوق در مطبهای خصوصی خود مشغول طبابت بودند. در این بررسی پزشکان به طور تصادفی انتخاب شدند.. پزشکانی که در این بررسی شرکت کردند فارغ‌التحصیلان سالهای ۱۳۵۸ تا ۱۳۸۲ بودند که به ۵ گروه تقسیم شدند: گروه ۱ سالهای ۵۴-۱۳۴۸، گروه ۲ سالهای ۶۱-۱۳۵۵، گروه ۳ سالهای ۶۸-۱۳۶۲، گروه ۴ سالهای ۷۵-۱۳۶۹ و گروه ۵ سالهای ۱۳۸۲-۱۳۷۶ (جدول ۱).

سپس اطلاعات به دست آمده وارد نرم‌افزار Excell گردید و یافته‌ها با استفاده از برنامه آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۱- مشخصات پزشکان در ۵ گروه برحسب سالهای فارغ‌التحصیلی

سال فارغ التحصیلی	تعداد	متخصص اطفال	پزشک عمومی	شرکت کننده در کلاس
۱۳۴۸-۵۴	۱۰	۳	۷	۹
۱۳۵۵-۶۱	۱۸	۴	۱۴	۱۵
۱۳۶۲-۶۸	۵۴	۲۱	۳۳	۴۶
۱۳۶۹-۷۵	۶۱	۲۰	۴۱	۴۴
۱۳۷۶-۸۲	۷۷	۲۱	۵۶	۲۷

یافته‌ها

از ۲۲۱ پزشک که در این بررسی به پرسشنامه پاسخ دادند ۶۹ نفر پزشک متخصص اطفال و ۱۵۲ نفر پزشک عمومی بودند. اطلاعات مربوط به پزشکان متخصص و پزشکان عمومی و کل پزشکان در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲- خصوصیات و امتیازات کسب شده توسط متخصصین اطفال پزشکان عمومی و کل پزشکان برحسب شرکت (گروه ۱) و یا عدم شرکت (گروه ۲) در کلاس

	گروه	تعداد	میانگین ± انحراف معیار	دامنه
متخصص اطفال	۱	۴۸	۱۰/۳±۱/۵	۵/۵-۱۲/۵
	۲	۲۱	۷/۵±۳/۱	۲-۱۱/۵
پزشک عمومی	۱	۹۴	۷/۶±۲/۴	۲-۱۲/۵
	۲	۵۸	۷/۰±۳/۱	۰-۱۳
کل پزشکان	۱	۱۴۲	۸/۵±۲/۵	۲-۱۲/۵
	۲	۷۹	۷/۱±۳/۰	۰-۱۳

از ۱۵۲ پزشک عمومی ۹۵ نفر شامل ۸۰ مرد و ۱۵ زن در کلاسهای آموزشی شرکت کرده و ۵۷ نفر شامل ۳۶ مرد و ۲۱ زن شرکت نکردند. از ۶۹ پزشک متخصص اطفال ۴۸ نفر شامل ۲۸ مرد و ۲۰ زن در کلاسهای آموزشی شرکت کرده و ۲۱ نفر شامل ۱۱ مرد و ۱۰ زن در کلاسهای فوق شرکت نکرده بودند.

توزیع پاسخهای صحیح به ۱۳ سؤال مطرح شده در جدول ۳ آورده شده است.

این مطالعه نشان داد که پزشکان متخصص و عمومی که در کلاسهای آموزش کنترل بیماریهای اسهالی شرکت کرده بودند (گروه مورد) سطح علمی بالاتری نسبت به پزشکانی که در این کلاسها شرکت نکرده بودند (گروه شاهد) داشتند که آنالیز

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-09]

آماری نشان داد این اختلاف از لحاظ آماری معنی‌دار است. (p=۰/۰۰۰۱).

جدول ۳- توزیع درصد پاسخ صحیح به سؤالات مطرح شده در پرسشنامه ان برحسب شرکت (گروه ۱) و یا عدم شرکت (گروه ۲) در کلاس

سئوالات مطرح شده	گروه ۱(n=۱۴۲)	گروه ۲(n=۷۹)
قطع شیر مادر	۰	۱۰
قطع شیر خشک	۱۲	۲۳
رقیق کردن شیر خشک	۴۲	۶۸
محدودیت تغذیه	۷	۱۱
آنتی‌بیوتیک در اسهال حاد آبکی	۱۷	۷۰
داروی ضد استفراغ	۵	۲۳/۵
تجویز داروهای ضد اسهال	۰	۲۹
تجویز او- آر - اس	۱۰۰	۹۵
تعریف اسهال پایدار	۶۵	۳۴
دادن آنتی بیوتیک در اسهال خونی	۸۲/۵	۳۱
توصیه به استفاده از مایعات خانگی	۹۷	۶۵
نوعی آنتی‌بیوتیک در اسهال خونی	۸۹	۳۴
تجویز آنتی‌بیوتیک در اسهال بدبو	۱۰۰	۱۰۰

توزیع نمرات افراد شرکت کننده بر حسب سال فارغ التحصیلی در جدول ۴ آورده شده است. برای مقایسه بین گروه‌های فارغ‌التحصیلی در سنوات مختلف (گروه‌های ۵-۱) آزمون آنالیز واریانس "ANOVA" نشان داد که فارغ‌التحصیلان گروه ۵ نسبت به گروه ۴ و گروه ۴ نسبت به گروه ۳ و گروه ۳ نسبت به گروه ۲ میانگین امتیازات بیشتری داشتند.

جدول ۴- امتیازات کسب شده برحسب سال فارغ‌التحصیلی

سال فارغ التحصیلی	تعداد	میانگین±انحراف معیار	دامنه
۱۳۴۸-۵۴	۱۰	۸/۱±۳/۰	۳/۵-۱۲/۵
۱۳۵۵-۶۱	۱۸	۷/۸±۲/۵	۳-۱۱/۵
۱۳۶۲-۶۸	۵۴	۷/۹±۲/۳	۲/۵-۱۱/۵
۱۳۶۹-۷۵	۶۱	۸/۱±۳/۱	۰-۱۳
۱۳۷۶-۸۲	۷۷	۸/۱±۲/۹	۱-۱۲/۵
جمع	۲۲۰	۸/۰±۲/۸	۰-۱۳

بحث

این مطالعه نشان داد که پزشکان متخصص و عمومی که در کلاسهای آموزش کنترل بیماریهای اسهالی شرکت کرده بودند سطح علمی بالاتری نسبت به پزشکانی که در این کلاسها شرکت نکرده بودند، داشتند.

تجویز ORS مانع بستری شدن بیش از ۹۹٪ موارد اسهال می‌گردد و مطالعه در چندین کشور نشان داده است که پس از استفاده از ORS میزان بستری تا ۶۱٪ و میزان مرگ و میر تا ۷۱٪ کاهش یافته است و در بعضی از بیمارستانها ۶۰٪ هزینه‌هایی که در این راه به مصرف می‌رسید پس‌انداز شد (۱). مطالعه ما نشان داد که خوشبختانه بیش از ۹۰٪ پزشکان ما می‌دانند که باید در اسهال ORS تجویز کنند.

از طرفی داروهای ضداسهالی هم مضر است و هم گران. این داروها اثر ثابت‌شده‌ای بر روی اسهال حاد ندارند و مانع از دست رفتن مایع که عامل اصلی مرگ در بچه‌ها است نمی‌شوند و حتی ممکن است عوارض خطرناکی مثل دپرسیون سیستم عصبی مرکزی را به دنبال داشته باشند. در مطالعه ما خوشبختانه از کل پزشکان فقط ۲۹٪ در گروه شاهد اظهار داشتند که از داروهای فوق استفاده می‌کنند.

در مکزیک به منظور کاهش سریع مرگ و میر ناشی از بیماریهای اسهالی در کودکان کمتر از ۵ سال، ۱۰۰٪ پزشکان را در این مورد آموزش دادند و این امر سبب بهبودی چشمگیر عملکرد این پزشکان شد. به طوری که میزان تجویز آنتی‌بیوتیک توسط آنها از ۴۸٪ به ۳۴٪ رسید و توصیه به محدودیت غذا از ۳۳٪ به ۴٪ کاهش یافت و همچنین میزان تجویز ORS از ۷۴٪ به ۸۷٪ افزایش یافت (۵). این مطالعه اثر آموزش بر بهبود عملکرد پزشکان را نشان می‌دهد.

در مطالعه ما از ۱۴۲ پزشکی که آموزش دیده بودند (گروه مورد) هیچ یک توصیه به قطع شیر مادر نکردند در حالی که ۱۰٪ گروه شاهد توصیه به قطع آن نمودند و ۳۴٪ گروه مورد و ۸۹٪ گروه شاهد اعتقاد داشتند که اسهال بدبو احتیاج به آنتی‌بیوتیک دارد و ۱۰۰٪ افراد در هر دو گره اظهار داشتند که برای اسهال خونی از آنتی بیوتیک استفاده می‌کنند.

در بررسی دیگری در مکزیک در سال ۱۹۹۴ تأثیر یک سیاست مداخله‌گر به منظور کاهش تجویز دارو و افزایش استفاده از ORT در درمان اسهال حاد را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه ۲۰ پزشک در کلاسهای آموزشی شرکت کردند (گروه مطالعه) و ۲۰ پزشک شرکت نکردند (گروه شاهد). نحوه نسخه نویسی و تجویز دارو در ابتدا در دو گروه مشابه بود اما در ارزیابی مجدد بعد از شرکت در کلاس دو گروه تفاوت چشمگیری داشتند (P<۰/۰۱) (۶). در این بررسی در گروه مطالعه تجویز آنتی‌بیوتیک از ۸۷/۸٪ به ۳۹/۳٪ و محدودیت تغذیه از ۴۷/۳٪ به ۱۲/۴٪ کاهش یافت و استفاده از ORS از ۳۱/۴٪ به ۵۸/۴٪ رسید (۶).

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-09]

در بنگلادش نشان داده شد که اکثر درمانهای ارائه شده برای شیگلا از آنچه WHO پیشنهاد کرده است بسیار متفاوت است. در این بررسی فرض بر این گذاشته شد که یک کودک ۲ ساله به مدت سه روز اسهال خونی دارد و درمان پیشنهاد شده پرسیده شد. ۳۹۸ نفر از ۴۲۳ نفر حداقل یک آنتی‌بیوتیک و ۱۵۵ نفر دو و یا بیشتر را پیشنهاد کردند. بیشترین آنتی‌بیوتیک پیشنهاد شده مترونیدازول و فورازولیدون بود که هیچ یک از آنها انتخاب مناسبی برای دیسانتری نبود (۷).

در مطالعه ما ۸۲/۵٪ گروه شاهد از آنتی‌بیوتیکهای مناسبی مانند کوتریموکسازول یا نالیدیکسیک اسید برای درمان دیسانتری نام بردند در حالی که فقط ۳۱٪ گروه شاهد به سئوال فوق جواب صحیح دادند.

در بررسی دیگری در هند ۴۸ پزشک و ۵۶ داروساز به پرسشنامه طراحی شده با هدف ارزیابی آگاهی و نحوه عملکرد پزشکان در مطبهای خصوصی و نسخه پیچ‌های داروخانه‌ها در درمان اسهال حاد پاسخ دادند. ۸۳٪ پزشکان یک داروی آنتی‌باکتریال و ۵۶٪ Loperamide و ۱۹٪ دی فنوکسیلات و ۳۱٪ یک جاذب آب تجویز می‌کردند (۸). در مطالعه ما هیچ یک از افراد گروه مورد معتقد نبودند که از داروهای ضداسهال استفاده شود اما ۲۹٪ پزشکان گروه شاهد اظهار داشتند که از داروهای فوق استفاده می‌کنند.

مطالعات فوق نشان می‌دهند که اشتباه و ندانم‌کاری در درمان اسهال شایع است و دست‌اندرکاران سیستم بهداشتی هر کشور باید به طور مرتب پزشکان را از نظر نحوه درمان خصوصاً در مورد بیماریهای شایعی مثل اسهال مورد ارزیابی قرار دهند و چنانچه ضعف‌هایی مشاهده می‌کنند به دقت و با نظم مشخصی پزشکان را در این نوع کلاسها شرکت دهند.

REFERENCES

1. World Health Organization Division of Diarrheal and Acute Respiratory Disease Control. Rational management of diarrhea in children. Essential Drugs Monitoring 1991; 11: 10-1.
2. Available at: www.WHO.org/Management of Diarrhea in Children/.
3. Al-Jurayyan NA, Al-Nasser MN, Al-Rashed AM, Al-Mugeiren MM, Al-Mayazad AS, Al-Eissa YA. Management of acute childhood diarrhea in Saudi Arabia: Practices versus the WHO recommendations. East Afr Med J 1994; 71(2): 110-2.
4. Nizami SQ, Khan IA, Bhutta ZA. Self reported concepts about oral rehydration solution, drug prescribing and reason for prescribing antidiarrheal for acute watery diarrhea in children. Trop Doct 1996; 26(4): 180-3.
5. Gutierrez G, Guiscafre H, Reyes H, Peres R, Vega R, Tome P. Reduction in the mortality from acute diarrheal disease. The experiences of an action-research program. Salud Publica Mex 1994; 36(2): 168-79.
6. Gutierrez G, Guiscafre H, Bronfman M, Walsh J, Martinez H, Munoz C. Changing physician prescribing patterns: evaluation of an educational strategy for acute diarrhea in Mexico City. Med Care 1994; 32(5): 436-46.
7. Ronsmans C, Islam T, Bennish ML. Medical practitioners, knowledge of dysentery treatment in Bangladesh. Br Med J 1996; 313: 205-6.
8. Raghu MB, Balasubramanian S, Balasubrahmanyam G. Drug therapy of acute diarrhea in children-actual practice and recommendations. Indian J Pediatr 1995; 62(5): 433-7.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-09-09]