

آگاهی و بیان عملکرد مادران جنوب تهران نسبت به مایع درمانی خوراکی در اسهال حاد کودکان کمتر از پنج سال

علی اصغر کلاهی^{۱*}، رضا شکرریز فومنی^۲

۱. دانشیار پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی
۲. متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* نشانی برای مکاتبه: تهران، ولنجک، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی، تلفن: ۸-۲۳۸۷۲۵۶۷، نمابر ۰۲۲۴۳۹۹۳۶-۰۵۴۱ ۱۳۴ ۰۹۱۲ a.kolahi@sbm.ac.ir
دریافت مقاله: آذر ماه هشتاد و هفت پذیرش برای چاپ: اسفند هشتاد و هفت

چکیده

سابقه و هدف: هر سال در میان کودکان کمتر از پنج سال کشور، ۱۷ میلیون اسهال و ۵۱۷ مرگ زودرس به علت اسهال و کم آبی ناشی از آن اتفاق می افتد. اغلب برای جبران کم آبی از روش مایع درمانی وریدی استفاده می شود. در حالیکه امروزه بر موثر بودن پروتکل سازمان جهانی بهداشت تاکید می شود. هدف این مطالعه تعیین آگاهی و عملکرد مادران جنوب تهران نسبت به برخورد با اسهال کودکان خود بر اساس پروتکل سازمان جهانی بهداشت می باشد.

روش کار: این مطالعه توصیفی مقطعی بر روی ۱۲۶۲ نفر از مادران کودکان ۶ تا ۶۰ ماهه جنوب تهران انجام گرفت. روش نمونه گیری بصورت تصادفی ساده و خوشه ای بود، داده ها بصورت مصاحبه با مادران جمع آوری و با آزمون *Chi square* تجزیه و تحلیل شد. یافته ها: ۶۴٪ کودکان در آخرین ابتلا به اسهال به پزشک برده شده بودند. ۴۷٪ آنتی بیوتیک و ۱۲٪ سرم وریدی دریافت کردند. ۷٪ در بیمارستان بستری شدند. ۹۰٪ مادران Oral Rehydration Solution (ORS) پودر خوراکی درمان کم آبی را می شناختند و ۷۲٪ آنها در آخرین اسهال کودک خود آن را به کودکان خود داده بودند. ۴۸٪ مادران نقش ORS در اصلاح کم آبی و ۴۵٪ آنها مقدار آب لازم برای تهیه ORS را می دانستند. ۶۰٪ مادران شیر مادر یا مواد غذایی کودک مبتلا به اسهال را قطع کرده یا مقدار آن را کاهش دادند و تنها ۱۱٪ آنها این مقدار مقادیر را افزایش داده بودند. ولی در مورد مصرف مایعات ۶۰٪ مادران مقدار مایعات را افزایش داده بودند.

نتیجه گیری: آگاهی و عملکرد مادران در برخورد با اسهال کافی نبوده و عملکرد مناسبی ندارند.

واژه گان کلیدی: اسهال حاد، مایع درمانی خوراکی، کودکان، آگاهی، عملکرد، مادران

مقدمه

در کودکان مبتلا به اسهال و گاسترو آنتریت حاد شناخته شده است (۱۲). در بیست سال اخیر با استفاده گسترده از ORS (پودر خوراکی درمان کم آبی) میلیون ها انسان از مرگ به علت کم آبی ناشی از اسهال حاد نجات یافته اند و اجرای پروتکل مایع درمانی خوراکی توصیه شده سازمان جهانی بهداشت (۱۵) از موفق ترین برنامه های در سطح جهان بخصوص در کشورهای در حال توسعه می باشد (۱۳). استفاده از ORS موجب می شود که میزان بستری و مرگ و میر به ترتیب تا ۶۱٪ و ۷۱٪ موارد کاهش یابد (۱۴). بطوریکه مرگ به علت اسهال در کودکان از سال ۱۹۸۰ تا سال ۲۰۰۷ از ۳۳٪ به ۱۸٪ کاهش یافته است (۱۵). درمان با ترکیبی از ORS، ادامه تغذیه معمول هر سال حداقل موجب نجات جان بیش از یک میلیون کودک می شود (۱۶). با این حال هنوز شاهد درمانهای نادرست و مصرف داروهای غیر ضروری و از بین رفتن امکانات و زیانهای اقتصادی هستیم (۱۷).

در جهان هر سال ۱/۵ میلیارد اسهال و ۱/۵-۲/۵ میلیون مرگ رخ می دهد (۱)، که بیش از یک پنجم مرگ ها را شامل می شود (۳ و ۲). در ایالات متحده هر سال بیش از ۳۶ میلیون اسهال و حدود ۳۰ میلیون مراجعه به پزشک و ۲ میلیون بستری و ۳۰۰ مرگ به علت اسهال رخ می دهد (۴). بر اساس مطالعات ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۵ در ایران برآورد می شود که هر سال فقط در کودکان کمتر از پنجسال حدود ۱۸ میلیون مورد اسهال (۶ و ۵)، ۱۲ میلیون مراجعه به پزشک، یک میلیون بستری (۷ و ۸) و ۵۱۷ مورد مرگ اتفاق می افتد و در مجموع هر سال ۱۷ هزار سال عمر به علت مرگ زودرس در اثر بیماریهای عفونی دستگاه گوارش و کم آبی ناشی از آن در کشور از دست می رود (۹). به نظر می رسد علت عمده مرگ ناشی از کم آبی است (۱۰) که اغلب برای جبران آن از روش گران قیمت مایع درمانی وریدی استفاده می شود (۱۱). در حالیکه امروزه مایع درمانی خوراکی به عنوان اساس درمان برای جبران کم آبی خفیف و متوسط

پرسشنامه از لحاظ محتوا با استفاده از مطالعات مشابه و نیز نظر متخصصین پزشکی اجتماعی، اطفال و عفونی تامین گردید. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-11.5 و آزمون Chi square مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $P < 0.05$ سطح معنی داری اختلاف ها قرار داده شد.

یافته ها

تعداد ۱۲۶۲ مادر کودک ۶ تا ۶۰ ماهه مورد بررسی قرار گرفتند. جنس ۶۱۷ نفر (۴۹٪) از کودکان دختر و ۶۴۵ نفر (۵۱٪) پسر و میانگین سن کودکان 30.2 ± 16 ماه بود. میانگین سن مادران 27.1 ± 5.2 سال و ۱۱۹۳ نفر (۹۴/۵٪) از مادران خانه دار و تنها ۶۹ نفر (۵/۵٪) آنها شاغل بودند. در مورد تحصیلات ۵۱ نفر (۴٪) از مادران بیسواد، ۲۸۶ نفر (۲۳٪) ابتدائی، ۳۰۹ نفر (۲۴٪) راهنمائی، ۱۷۸ نفر (۱۴٪) متوسطه، ۴۳۸ نفر (۳۵٪) دارای دیپلم و بالاتر از دیپلم بودند. ۵۷۵ خانواده (۴۶٪) دارای یک فرزند و ۴۲۴ خانواده (۳۴٪) آنها دارای دو فرزند و ۲۶۲ خانواده (۲۰٪) بقیه بیش از دو (۳-۷) فرزند داشتند. ۳۶۱ کودک (۲۹٪) در دو هفته قبل از مصاحبه دارای اسهال بودند که در ۷۳ مورد (۷٪) اسهال حاوی خون بوده است. ۷۹۵ کودک (۶۴٪) در آخرین مورد ابتلا به اسهال به پزشک برده شده بودند که ۵۲۴ مورد (۶۶٪) به مطب در بخش خصوصی، ۱۵۱ مورد (۱۹٪) به مراکز بهداشتی درمانی شهری و ۱۲۰ مورد (۱۵٪) آن به بیمارستان بوده است. ۶۰۴ مورد (۷۶٪) آنها برای اسهال دارو (اعم از داروی ضد اسهال و آنتی بیوتیک)، ۳۷۴ مورد (۴۷٪) صرفاً آنتی بیوتیک و ۹۵ مورد (۱۲٪) سرم وریدی دریافت کرده بودند. ۵۷ نفر (۷/۲٪) از کودکان مبتلا در بیمارستان بستری شده بودند. در ۶۷۵ مورد (۸۵٪) دارو را پزشکان، ۶۴ مورد (۸٪) خود سرانه، ۳۲ مورد (۴٪) داروخانه و ۲۴ مورد (۳٪) را سایرین تجویز کرده بودند. برای ۱۴۲ کودک (۱۴٪) آزمایش اسمیر مدفوع و برای ۱۰۹ کودک (۱۱٪) آزمایش خون انجام شده بود (جدول ۱). چون در مواردی که اسهال خونی وجود دارد، آزمایش خون و مدفوع، تجویز آنتی بیوتیک و در مواردی بستری ممکن است اندیکاسیون داشته باشد، بنابراین رابطه متغیرها فوق و همچنین محل مراجعه کودک جهت ویزیت پزشک مورد بررسی قرار گرفت. همانطور که در جدول ۱ دیده می شود، انجام آزمایش خون، اسمیر مدفوع، تجویز سرم و بستری در بیمارستان در کودکانی که اسهال خونی داشتند بطور معنی داری بالا است ولی در موارد محل مراجعه و فرد تجویز کننده دارو و مصرف آنتی بیوتیک و مصرف دارو تفاوت معنی دار مشاهده نشد.

جدول ۱. مقایسه محل مراجعه، آزمایش خون و مدفوع، تجویز آنتی

بیوتیک، سرم و بستری بر حسب وجود خون در اسهال

P Value	اسهال خونی دارد n=۷۳		اسهال خونی ندارد n=۱۱۸۹	
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)
	محل مراجعه			
	۳۲	(۵۸/۲)	۴۹۰	(۶۷/۲۴)
	۱۰	(۱۸/۲)	۱۳۴	(۱۸/۴)
NS	۱۳	(۲۲/۶)	۱۰۵	(۱۴/۴)
<۰/۰۰۱	۲۱	(۲۸/۸)	۸۸	(۹/۳)
<۰/۰۰۱	۲۸	(۳۸/۴)	۱۱۴	(۱۲)
NS	۵۷	(۷۸/۱)	۷۲۰	(۶۰/۷)
NS	۴۴	(۶۰/۳)	۵۴۲	(۴۶/۷)
	تجویز کننده دارو			
	۵۴	(۸۸/۵)	۶۷۵	(۸۴/۸)
	پزشک			

بطوریکه مطالعات نشان داده است در سال ۱۹۸۳ در جهان استفاده از ORS در مواردی که مناسبت داشته است، در ۴۰٪ موارد، افزایش مصرف مایعات در ۳۴٪ موارد صورت گرفته و حتی در ۴۴٪ موارد قطع مایعات در جریان اسهال رخ داده است (۱۸). در ایران در سال ۱۳۸۴ با وجود دانش نظری کافی پزشکان در مورد ضرورت مایع درمانی خوراکی در عمل فقط در ۴۰٪ موارد ORS در مواردی که مناسبت داشته، تجویز شده بود (۱۹). در تایلند پزشکان در ۴۳٪ موارد (۲۰) ORS تجویز کرده اند. این تصویر تنها محدود به کشورهای در حال توسعه نیست، یک مطالعه در ایالات متحده نشان داد که پزشکان تنها در ۳۳٪ موارد ORS را جهت اسهال های با کم آبی متوسط تجویز می کنند (۲۱). با توجه به اینکه رفتار جامعه در مورد اداره بیماران از رفتار پزشکان تاثیر می پذیرد. مطالعات نشان داده است که آگاهی، نگرش و عملکرد مادران در برخورد با اسهال چندان مطلوب نیست. بطوریکه در هند تنها ۱۹٪ مادران ORS را می شناختند (۲۲)، در سال ۱۳۸۱ در گناباد فقط ۳۶٪ مادران از نحوه تجویز ORS در زمان اسهال آگاهی داشتند (۲۳). در سال ۱۳۷۶ در قزوین سطح آگاهی مادران در مورد مصرف ORS در حد متوسط بوده و ۶۸٪ آنها در مورد نقش ORS نگرش منفی داشتند (۲۴). هدف این مطالعه مقطعی تعیین آگاهی و بیان عملکرد مادران جنوب تهران نسبت به برخورد با اسهال در میان کودکان کمتر از پنج سال خود بر اساس پروتکل سازمان جهانی بهداشت شامل، مایع درمانی خوراکی، افزایش مصرف مایعات، ادامه و افزایش شیر مادر و تغذیه کودک است.

روش کار

مطالعه بصورت توصیفی مقطعی در سال ۱۳۸۵ انجام گرفت. جامعه مورد بررسی مادران کودکان ۶ تا ۶۰ ماهه ساکن در دو منطقه ۱۷ و ۱۸ شهرداری واقع در جنوب تهران با جمعیت کل حدود ۶۰۰ هزار نفر بود. تعداد نمونه ۱۱۹۶ نفر در نظر گرفته شده بود. این نمونه با فرض آگاهی درست مادران از شناخت پودر مایع درمانی خوراکی، افزایش مایعات در جریان اسهال و ادامه تغذیه به میزان ۳۴٪ (۱۸) و خطای نوع اول ۵٪ و دقت ۳٪ و ضریب تصحیح خوشه ۲۰٪ برآورد شده بود. در عمل تعداد ۱۲۶۲ مادر کودکان ۶ تا ۶۰ ماهه مورد بررسی قرار گرفت. روش نمونه گیری بصورت تصادفی ساده و خوشه ای بود، بدین ترتیب که ابتدا تعداد ۶۰ خوشه بطور تصادفی ساده با استفاده از اطلاعات سرشماری ۱۳۷۵ کشور و نقشه های به روز شده مرکز آمار ایران انتخاب شد، سپس پرسشگری از اولین خانواده ساکن در واحد مسکونی ابتدای خوشه آغاز و با حرکت از سمت راست تا رسیدن به تعداد نمونه کافی (۲۱) مادر دارای کودک ۶ تا ۶۰ ماهه ادامه یافت. معیار ورود تمامی مادرانی بودند که دارای کودک ۶ تا ۶۰ ماهه بوده و در روز مصاحبه در منزل حضور داشته و به مشارکت در مطالعه راضی بودند. داده ها بصورت مصاحبه با مادر کودکان توسط دانشجویان پزشکی مؤنث دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی آموزش دیده جمع آوری و در فرم اطلاعاتی طراحی شده ثبت شد. سن، میزان تحصیلات و شغل مادر، جنس، سن، تعداد فرزندان، آگاهی مادران در مورد شناخت ORS، روش آماده سازی و نگه داشتن آن، تاثیر آن در اسهال، عملکرد مادران در جریان آخرین اسهال حاد کودک شامل، بردن به پزشک، انجام آزمایش خون و مدفوع، مصرف دارو، سرم، بستری، مقدار مایعات، شیر و غذا در طول اسهال و داشتن دفترچه بیمه درمانی مورد پرسش قرار گرفت. در این مطالعه اسهال مطابق تعریف سازمان جهانی بهداشت، دفع حداقل سه بار مدفوع شل یا آبکی در ۲۴ ساعت که کمتر از ۱۴ روز طول کشیده باشد فرض شده بود (۲۵). قابلیت اعتماد پرسشنامه با روش Test Retest، ۹۳٪ به دست آمد. اعتبار

بالاتر بود ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. مراجعه به مطب خصوصی، مراکز بهداشتی درمانی دولتی و بیمارستان در بین دو گروه تقریباً یکسان بود (جدول ۴)

جدول ۴. مقایسه مراجعه به پزشک، آزمایش خون و مدفوع، تجویز آنتی بیوتیک، سرم و بستری بر حسب وجود دفترچه بیمه کودکان

P Value	دفترچه بیمه دارد		مراجعه به پزشک
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
<۰/۰۰۱	۳۲۰ (۷۱/۳)	۴۷۳ (۸۱/۷)	مراجعه به پزشک
<۰/۰۰۴	۳۸ (۸/۵)	۷۱ (۱۲/۳)	انجام آزمایش خون
<۰/۰۰۲	۴۹ (۱۱)	۹۳ (۱۶/۱)	اسمیر مدفوع
<۰/۰۰۵	۳۲۰ (۷۱/۷)	۴۵۶ (۷۸/۹)	مصرف دارو
NS	۲۴۳ (۵۴)	۳۴۲ (۵۹)	مصرف آنتی بیوتیک
NS	۵۱ (۱۱/۴)	۷۴ (۱۲/۸)	تجویز سرم
NS	۲۹ (۶/۵)	۴۵ (۷/۸)	بستری در بیمارستان

بحث

مطالعه نشان داد که آگاهی و عملکرد مادران در برخورد با اسهال مناسب نیست، با اینکه ۹۰٪ مادران ORS را می شناختند و در ۷۲٪ موارد به کودکان خود داده اند، ولی در عمل فقط ۴۳٪ کودکان مبتلا با اسهال آن را خورده اند. آمار جهانی در مورد خوردن ORS حدود ۴۸٪ می باشد (۱۸). مادران بنگلادشی نیز در ۷۴٪ موارد ORS را به کودکان خود داده اند (۲۶). در مورد ORS طیف وسیعی از شناخت بین مادران وجود دارد، بطوریکه از ۱۹٪ در میان مادران هندی (۲۲) تا ۹۵٪ در بین مادران بنگلادشی (۲۶) متغیر است. ۸۵٪ مادران قزوینی نیز ORS را می شناسند (۴۵، ۲۴). مادران مطالعه ما از مقدار آب لازم برای آماده کردن آن ORS آگاهی داشتند. در حالی که این درصد در بین مادران هند ۱۸٪ (۲۲)، مادران گنابادی ۳۶٪ (۲۳)، مادران قزوینی ۵۳٪ (۲۴) و مادران بنگلادشی ۵۵٪ بود (۲۶). در مورد نقش ORS ۴۸٪ مادران مطالعه حاضر از نقش ORS در اصلاح کم آبی آگاه بودند و این یافته از ۳۳٪ مادران اندونزیایی (۲۷) بالاتر است. به نظر می رسد آگاهی از نقش ORS در خوراندن آن به کودکان اهمیت دارد. در عمل دیده شده است مادرانی که از این نقش آگاه هستند برای پیدا کردن راه حل های خوراندن آن به کودکان تلاش می کنند. البته باید در نظر داشت که مجموعه آگاهی ها و عملکرد مادران تحت تاثیر رفتار پزشکان و کارکنان بهداشتی مراکز بهداشتی درمانی است. در مطالعه شیوا مشخص شده است که ۷۰٪ نسخه های پزشکان عمومی و ۵۰٪ نسخه های متخصصین کودکان مورد بررسی برای برخورد با اسهال فاقد پودر ORS هستند، لازم به ذکر است که بیماران کودکانی بودند که به طور سرپایی نسخه دریافت کرده بودند و در درجه خفیف تا متوسط کم آبی بودند (۱۹). شاید بتوان نتیجه گرفت که با توجه به اینکه ۶۴٪ موارد اسهال در مطالعه ما به پزشک مراجعه کرده اند، قسمت عمده علت عدم خوراندن ORS مربوط به عدم تجویز آن توسط پزشکان باشد. به نظر می رسد که تجویز آنتی بیوتیک جایگزین تجویز ORS شده است چون در مطالعه ما ۴۷٪ کودکان آنتی بیوتیک مصرف کرده بودند، در حالی که موارد اسهال خونی مشاهده شده توسط مادر و انجام آزمایش مدفوع به ترتیب برابر ۷٪ و ۱۴٪ بود. یعنی با فرض اینکه همه آزمایشات مدفوع انجام شده مثبت باشد به نظر می رسد حداقل در ۳۳٪ موارد مصرف آنتی بیوتیک اندیکاسیون نداشت. البته میزان مصرف آنتی بیوتیک در مقایسه با مطالعه شیوا که در ۸۰٪ نسخه های پزشکان عمومی و ۷۶٪ نسخه های متخصصین کودکان مورد بررسی برای برخورد با اسهال آنتی بیوتیک وجود داشت (۱۹) کمتر است.

مصرف آنتی بیوتیک در کودکان مراجعه کننده به مطب های خصوصی و بیمارستان به ترتیب با ۷۱٪، ۶۵٪ بالاتر از کودکان مراجعه کننده مراکز بهداشتی درمانی ۵۳٪ بود ($P < 0.001$) مادر (۹۰٪) ORS را می شناختند و ۸۴۶ مادر (۷۲٪) در آخرین اسهال کودک خود آن را به کودکان خود داده بودند. ولی مادران اظهار نمودند که فقط ۵۰۵ کودک (۴۳٪) آن را خورده اند و ۳۴۱ کودک (۲۹٪) آن را مصرف نکرده بودند. ۳۲۹ مادر (۲۸٪) اصلاً ORS را به کودکان خود نداده بودند. نکته جالب این است که وقتی از مادران در مورد نقش ORS در اسهال سؤال شد، ۲۷۸ نفر (۲۲٪) آن را موثر نمی دانستند و یا وقتی در مورد مفید بودن ORS در اسهال سؤال شد ۲۶٪ آنها اطلاعی از مفید بودن آن نداشتند. ۴۸٪ مادران از نقش ORS در اصلاح کم آبی کودکان آگاه بودند و ۱۵٪ آنها از نقش ORS بر اسهال اظهار بی اطلاعی کرده بودند. پاسخ های مادران در مورد تاثیر ORS بر اسهال در جدول ۲ دیده می شود.

جدول ۲. توزیع پاسخ های مادران در مورد تاثیر ORS بر اسهال

درصد	تعداد	اصلاح کم آبی
۴۸	۶۰۰	اصلاح کم آبی
۱۵	۱۸۹	درمان بیماری اسهال
۷	۸۷	قطع اسهال
۲	۲۸	تاثیر ندارد
۱۵	۱۸۹	نمی دانم
۱۳	۱۶۹	سایر
۱۰۰	۱۲۶۲	جمع

آگاهی مادران در مورد روش آماده سازی و نگهداری ORS و اضافه کردن مواد دیگر چندان کافی نبود، بطوریکه فقط ۵۶۸ مادر (۴۵٪) از مقدار آب لازم برای حل کردن یک بسته ORS، و زمان نگهداری آگاه بودند ولی در مورد محل نگهداری ORS آماده شده ۱۱۲۳ مادر (۸۹٪) می دانستند که باید آنرا در محل خنک نگهداری کنند. ۷۰۷ مادر (۵۶٪) می دانستند که به محلول آماده شده نباید چیزی اضافه شود. عملکرد مادران در مورد ادامه شیر مادر یا مواد غذایی نامناسب بود، ولی در مورد سایر مایعات وضعیت قابل قبول می باشد. همانطوریکه در جدول ۳ دیده می شود حدود ۶۰٪ مادران شیر مادر یا مواد غذایی کودک مبتلا به اسهال را قطع کرده و با مقدار آن را کاهش و تنها حدود ۱۱٪ مادران مقدار شیر مادر یا مواد غذایی را افزایش داده اند. ولی در مورد مایعات هر چند ۲۳٪ مادران مقدار مایعات را کم کرده یا قطع نموده بودند ولی حدود ۶۰٪ مادران مقدار مایعات را افزایش داده بودند.

جدول ۳. توزیع عملکرد مادران در مورد ادامه تغذیه و مایعات در جریان اسهال

ادامه تغذیه	جریان اسهال			
	بیشتر از معمول (درصد)	به اندازه معمول (درصد)	کمتر از معمول (درصد)	قطع کامل (درصد)
شیر مادر یا مواد غذایی	۱۳۹ (۱۱)	۳۶۶ (۲۹)	۶۱۸ (۴۹)	۱۳۹ (۱۱)
سایر مایعات	۷۵۷ (۶۰)	۲۱۵ (۱۷)	۲۱۵ (۱۷)	۷۵ (۶)

۵۶٪ کودکان دارای دفترچه بیمه بودند. مراجعه به پزشک و انجام آزمایش خون و مدفوع، تجویز دارو در بین کودکانی که دارای دفترچه بیمه بودند، بطور معنی داری از کودکانی که فاقد دفترچه بیمه بودند بیشتر بود، اما تجویز سرم، مصرف آنتی بیوتیک و بستری در بیمارستان با اینکه در گروه دارای دفترچه

لازم داده شد تا تسلط کافی در امر مصاحبه داشته باشند و اجرای مصاحبه را به سبک یکسان در مورد کلیه مصاحبه شوندگان بعمل آورند. به مصاحبه گران آموزش لازم در مورد ثبت فوری و دقیق پاسخ ها از طرف مصاحبه شوندگان داده شد تا از سوگرایی مربوط به برداشت و تفسیر شخصی مصاحبه کنندگان جلوگیری بعمل آید و ضمناً بدین ترتیب از سوگرایی مربوط به تاخیر در ثبت اطلاعات جلوگیری شد. از تورش های احتمالی مطالعه می توان به تاثیر پذیری آگاهی و عملکرد مادران از تجویز پزشکان نام برد. با توجه نوع مطالعه، انواع تورشهای انتخاب (Selection Bias) که در مطالعات تحلیلی و مداخله ای دیده می شود، محتمل نمی باشد، به عنوان مثال با نوع روش نمونه گیری به عمل آمده عملاً از تورش (عدم شرکت) جلوگیری شد. با تأمین اعتبار پرسشنامه، از احتمال تورش ابزار غیر حساس جلوگیری به عمل آمد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان وظیفه خود می دانند از آقایان Keith Rennie، Mohammad Benvahi از دفتر بیروت بانک جهانی و معاونت پژوهشی دانشکده پزشکی به خاطر تصویب و پشتیبانی مالی، جناب آقای دکتر محمد حسین نجاتیان و همکاران محترم شرکت فاضلاب تهران، آقایان مهندس امیر مهدی اصغری، مهندس مهدی بلورچی، مهندس سید علی سجادی، مهندس سپهر فتوت، مهندس سیروس محمودی و دکتر آتش جعفر نژاد به خاطر مساعدت در اجرای مطالعه، دانشجویان مصاحبه کننده بخصوص خانمها دکتر الهام عباسپور و دکتر لیلا نخعی تشکر و قدردانی نمایند.

در این مطالعه تنها ۱۱٪ مادران مقدار شیر مادر یا غذای کودک را در جریان اسهال افزایش داده بودند و ۶۰٪ آنها مقدار شیر مادر یا غذای کودک را در جریان اسهال قطع کرده یا کاهش داده بودند. این یافته با باور ۶۰٪ پزشکان ایرانی مورد مطالعه مبنی بر نامناسب بودن رژیم غذایی کامل در گاستروآنتریت (۲۸) مطابقت دارد. در مورد مصرف مایعات در ۶۰٪ موارد بیشتر از معمول مایعات داده شده بود، در ۱۷٪ موارد دادن کمتر از معمول و تنها در ۶٪ موارد کاملاً قطع شده بود. در مقایسه با وضعیت جهان که میزان افزایش مصرف و قطع کامل مایعات در جریان اسهال به ترتیب برابر ۳۴٪ و ۴۴٪ می باشد (۱۸) بهتر است. در ایران نیز ۸۲٪ مادران قزوینی افزایش مایعات را مفید می دانند (۲۴).

در این مطالعه سعی شد که با انتخاب مدت کوتاه مصاحبه از سوگرایی یادآوری (Recall Bias) جلوگیری شود. ضمناً به مصاحبه گران آموزش

نتیجه گیری

مطالعه نشان داد که با وجود برخی رفتار های نسبتاً مناسب مادران در برخورد با اسهال، در مجموع آگاهی و عملکرد مادران در برخورد با اسهال کافی نبوده و عملکرد مناسبی ندارند، جهت افزایش عملکرد مادران در مورد اجرای صحیح پروتکل سازمان جهانی بهداشت در مورد اصلاح کم آبی ناشی از اسهال بوسیله ORS که متاثر از میزان آگاهی آنان در این باره می باشد، برگزاری برنامه های آموزش بهداشت متناسب با سطح سواد و تحصیلات آنان و نیز اطلاع رسانی به مادران و خانواده ها بوسیله رسانه ها ضروری به نظر می رسد. این مطالعه ضرورت تقویت نقش رابطین بهداشتی در سطح پایگاه ها و مراکز بهداشتی شهری (با توجه به Setting مطالعه) هم از جهت آموزش مستمر آنان در مورد اجزاء پروتکل مایع درمانی خوراکی سازمان بهداشت جهانی و همراه آن ایجاد یک نظام پیگیری برای کودکان مراجعه کننده به دلیل اسهال به مراکز بهداشتی درمانی را نشان می دهد. چون آگاهی و عملکرد مادران بیشتر وابسته به رفتار پزشکان در آموزش و تجویز دارو می باشد توصیه می شود که برنامه های آموزشی برای دانشجویان پزشکی، دستیاران کودکان، داخلی و عفونی و برنامه های باز آموزی برای پزشکان عمومی و متخصصین مربوطه برگزار شود.

REFERENCES

1. King CK, Glass R, Bresee JS, Duggan C; Centers for Disease Control and Prevention. Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. MMWR Recomm Rep. 2003 Nov 21;52(RR-16):1-16.
2. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE; WHO Child Health Epidemiology Reference Group. WHO estimates of the causes of death in children. Lancet. 2005 Mar 26-Apr 1;365(9465):1147-52.
3. Forsberg BC, Petzold MG, Tomson G, Allebeck P. Diarrhoea case management in low- and middle-income countries-an unfinished agenda. Bull World Health Organ. 2007 Jan;85(1):42-8.
4. Bender BJ, Ozuah PO, Crain EF. Oral rehydration therapy: is anyone drinking? Pediatr Emerg Care. 2007 Sep;23(9):624-6.

۵. دفتر بهبود تغذیه جامعه، معاونت سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. پژوهشی در وضعیت ریز مغذی های ایران. تابستان ۱۳۸۵، ص ۴۱

6. The ministry of health and Medical Education and UNICEF. Population and Health in the Islamic Republic of Iran-DHS, October 2000. Table 6.5, p90.

7. Kolahi AA. The effect of sewage system on diarrheal disease in south of Tehran Phase 1: Tehran Sewerage Project Social Assessment. Tehran Sewerage Company and World Bank. July 2001.

8. Kolahi AA. The Effect of Using Urban Sewerage System on Incidence of Diarrhoea in Children 6-60 Month old in 17 and 18 Zones of Tehran, Phase 2. Tehran Sewerage Company and World Bank. May 2005.

۹. نقوی محسن. سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور سال ۱۳۸۳ کتاب پنجم. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تیر ۱۳۸۶، جدول شماره ۱۷ ص ۱۶۰

10. Bhatnagar S, Bahl R, Sharma PK, Kumar GT, Saxena SK, Bhan MK. Zinc with oral rehydration therapy reduces stool output and duration of diarrhea in hospitalized children: a randomized controlled trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2004 Jan; 38(1):34-40.

۱۱. فروتن راضیه، سعادت اقدس، وفایی سیدمجید، ریسی فاطمه. بررسی مقایسه ای اثر سولفات روی خوراکی و محلول ORS بر شدت و مدت اسهال حاد کودکان زیر پنج سال در شهرستان نیشابور. اسرار، مجله دانشکده علوم پزشکی سبزوار، تابستان ۱۳۸۵، سال ۱۳، شماره ۲ ص ۸۰ تا ۸۵.

12. World Health Organization. Treatment of dehydrated patients on Readings on diarrhoea, student manual. World Health Organization, Geneva 1992, pages 65-78

13. Victora CG, Bryce J, Fontaine O, Monasch R. Reducing deaths from diarrhoea through oral rehydration therapy. *Bull World Health Organ.* 2000;78(10):1246-55.

۱۴. قطبی فاطمه، کاتوزیان بهروز، ایده آلی محمدحسین. بررسی میزان آگاهی پزشکان شرکت کننده در دوره های بازآموزی اسهال حاد در کودکان در سالهای ۸۲-۸۰. پژوهش در پزشکی زمستان ۱۳۸۳؛ ۲۸(۴):۲۸۱-۲۸۴

15. Fontaine O, Garner P, Bhan MK. Oral rehydration therapy: the simple solution for saving lives. *BMJ.* 2007 Jan 6;334 Suppl 1:s14.

16. Ulrickson M. Oral rehydration therapy in children with acute gastroenteritis. *JAAPA.* 2005 Jan;18(1):24-9; quiz 39-40.

۱۷. اسدی سرور. نگاهی ویژه به توصیه های سازمان بهداشت جهانی در درمان گاستروآنتریت حاد در کودکان. پژوهش در پزشکی زمستان ۱۳۸۴، ۲۹(۴): صفحات ۲۸۵ تا ۲۸۸.

18. Forsberg BC, Petzold MG, Tomson G, Allebeck P. Diarrhoea case management in low- and middle-income countries-an unfinished agenda. *Bull World Health Organ.* 2007 Jan;85(1):42-8.

۱۹. شیوا فریده، محمد حیدری، عبداللطیف عیدی خانی، مزگان پادیاب. شناسایی الگوی درمان سرپایی گاستروآنتریت حاد در کودکان و مقایسه آن با توصیه های سازمان بهداشت جهانی. مجله پژوهش در پزشکی (دانشکده پزشکی شهید بهشتی)، ۱۳۸۴؛ دوره ۲۹، زمستان، شماره ۴: صفحات ۲۹۳-۲۸۹

20. Chongbanyatcharoen P. Acute diarrhea's recommendations on oral rehydration therapy and feeding. J Med Assoc Thai. 2005 Jun;88 Suppl 1:S30-4. 1685 8934

21. Bender BJ, Ozuah PO, Crain EF. Oral rehydration therapy: is anyone drinking? *Pediatr Emerg Care*. 2007 Sep;2317876250 (9):624-6.

22. Rishi RK, Bodakhe SH, Tailang M. Patterns of use of oral rehydration therapy in Srinagar (Garhwal), Uttaranchal, India. *Trop Doct*. 2003 Jul;33(3):143-5.

۲۳. شمس هدایت الله ، محمد مطلبی، مهدی مشکى. نیازهای آموزشی مادران در مورد اسهال حاد و کاربرد ORS در منزل در کودکان زیر ۵ سال شهر گناباد . افق دانش، مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد، ۱۳۸۱؛ دوره ۸، پاییز و زمستان، شماره ۲: صفحات ۵۵-۶۰

۲۴. کلانتری زهرا ، منیر دلنواز. آگاهی و نگرش مادران کودکان مبتلا به اسهال درباره مصرف مایع درمانی خوراکی اسهال در منطقه راه آهن قزوین (۱۳۷۶). مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین، ۱۳۷۶؛ دوره ، زمستان، شماره ۴: صفحات ۲۵-۳۱

25. WHO. Recommended case definition. Available in 9 April 2005 on: <http://www.who.int/emc-documents/surveillance/docs/whocdscsr992.html/43Acute%20watery%20diarrhoea.htm>

26. Taha AZ. Assessment of mother's knowledge and practice in use of oral rehydration solution for diarrhea in rural Bangladesh. *Saudi Med J*. 2002 Aug; 23(8):904-8.

27. MacDonald SE, Moralejo MN, Matthews MK. Maternal understanding of diarrhoea-related dehydration and its influence on ORS use in Indonesia. *Asia Pac J Public Health*. 2007; 19(1):34-9.

۲۸. پرویز قدم لی، ناصر ولایی. آگاهی و رویکرد پزشکان متخصص کودکان از مسایل مطرح شده در دستورالعمل های WHO در مورد گاستروانتریت حاد. فیض، فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کاشان، ۱۳۸۰؛ دوره ۵، بهار، شماره ۱۷: صفحات ۶۰-۶۴