

Kocaeli İlindeki Pratisyen Hekimlerin Astma Konusundaki Yaklaşımları

Haşim BOYACI, Ahmet ILGAZLI, Füsün YILDIZ, Canan ŞENGÜL, Elif ÖZARİ

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İZMİT

ÖZET

Kocaeli ilindeki çeşitli kurum ve kuruluşlarda görev yapan pratisyen hekimlerin astma konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını araştırmak amacıyla 126 pratisyen hekime 31 sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır. Hekimler son bir yıl içinde astma ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılanlar (grup 1) ve katılmayanlar (grup 2) olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Birinci gruptaki 39 hekimin 29 (%74.4)'u, 2. gruptaki 87 hekimin 66 (%75.9)'sı astma tanısı koyduğunu belirtirken, 1. gruptan 24 (%61.5), 2. gruptan da 52 (%59.8) hekim astmalı hastaları tedavi ettiklerini bildirmişlerdir. Birinci gruptan 27 (%69.2), 2. gruptan 59 (%67.8) hekim astma tanımını doğru işaretlerken, astma patogenezi doğru işaretleyenlerin sayısı 1. grupta 18 (%46.2), 2. grupta ise 40 (%46.0) bulunmuştur. Akut atak tedavisinde ilk tercih olarak inhale beta-2 agonist işaretleyenlerin sayısı ise 1. grupta 18 (%46.2), 2. grupta ise 38 (%43.7) bulunmuştur. Her iki grubun astmalı hastaya yaklaşımlarında büyük oranda benzerlik bulunmuş olup, yalnızca astmanın idame tedavisinde antiinflamatuvar ilaç kullanımı konusunda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.020$).

Sonuçlarımız pratisyen hekimlerin astma tanımı, patogenezi ve astmalı hastaya yaklaşım konularında önemli eksikliklerinin olduğunu ve mezuniyet sonrası eğitim programlarına daha fazla önem verilmesi gerektiğini ortaya koymuştur.

ANAHTAR KELİMELE: Bronşiyal astma, astma tanısı ve tedavi yaklaşımı

SUMMARY

GENERAL PRACTITIONERS CLINICAL APPROACH TO ASTHMA IN KOCAELİ

A questionnaire form consisting of 31 questions was given to 126 general practitioners (GP) working in state hospitals and health centers in Kocaeli with the aim of evaluating the knowledge and attitude of physicians against asthma. The physicians were divided into two groups as: Those who have participated in postgraduate courses previously (group 1) and those who have not (group 2).

In group 1 among 39 GP, 29 (74.4%) and in group 2 among 87 GP, 66 (75.9%) stated that they had the diagnosis of asthma in their patients and in group 1, 24 (61.5%) and group 2, 52 (59.8%) GP stated that they started asthma treatment to their patients. In group 1, 27 (69.2%) and group 2, 59 (67.8%) crossed the true statement for definition of asthma, on the other hand 18 (46.2%) GP in group 1 and 40 (46.0%) GP in group 2, crossed the true statement for asthma pathogenesis. In defining acute attack treatment of asthma the GP who selected inhaled beta-2 agonist as the first step treatment in asthma were 18 (46.2%) in group 1 and 38 (43.7%) in group 2. Although there was a great similarity in clinical approach of two groups to asthmatic patients; there was a statistically difference between two groups in using antiinflammatory agents in asthma maintenance therapy ($p=0.020$).

These results have indicated us that the general practitioners had significant lack of knowledge about diagnosis, pathogenesis and treatment of asthma and postgraduate courses must be carried in their future education.

KEY WORDS: Bronchial asthma, diagnostic and therapeutic approaches in asthma

GİRİŞ

Astma ile ilgili bilgiler arttıkça, tanı ve tedavi konusunda da yeni yaklaşımlar belirlenmekte ve bunlar uluslararası konsensus raporları şeklinde hekimlere çeşitli yollarla ulaştırılmaktadır (1). Ülkemizde de bu konsensus raporlarına paralel olarak Toraks Derneği tarafından 1996 yılında Bronş Astımı Tanı ve Tedavi Kılavuzu adı altında bir kitapçık yayınlanmıştır (2). Sözkonusu konsensus raporlarında belirtilen bilgilerin hekimlerimizce ne ölçüde bilinip, uygulandığını belirlemek amacıyla, bronş astmalı hastalarla sık karşılaştıklarını düşündüğümüz, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan pratisyen hekimlere yönelik bir anket hazırlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Pratisyen hekimlerin; astma ile ilgili bilgilerini ve astmalı hastaya yaklaşımlarını belirlemeye yönelik bir anket formu hazırlanmıştır. Anket formunda katılımcılara yaşları, mezun oldukları fakülte, çalıştıkları kurum, son bir yıl içinde astma ile ilgili bir seminer, kurs veya konferansa katılıp katılmadıkları, yılda ortalama kaç astmalı hasta ile karşılaştıkları, astmalı hastalara tanı koyup koyamadıkları, tanı koydukları hastaya ne kadar zaman ayırabildikleri, tanı koydukları astmalı hastaları tedavi edip etmedikleri, akut atak ve idame tedavisinde kullandıkları ilaçlar, formları ve dozları, tedavi ettikleri hastaları düzenli olarak izleyip izleyemedikleri, hastaların tanı ve takibinde kullandıkları yöntemler ile, astma-

nın tanımı ve patogenezi ile ilgili bilgilerini değerlendiren toplam 31 soru yöneltilmiştir. Katılımcılarla ilgili temel bilgiler dışındaki tüm sorular çoktan seçmeli olarak düzenlenmiştir. Bu form örnekleme yöntemiyle belirlenen 126 pratisyen hekime çalıştıkları yere gidilerek verilmiş ve doldurmaları istenmiştir. Doldurulan anket formları değerlendirilmiştir. Hekimlerin tamamı anketi yanıtlamıştır. Anket formunda bulunan bir soruya verilen cevaba göre, hekimler; son bir yıl içinde astma ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılanlar (grup 1) ve katılmayanlar (grup 2), olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Sonuçlar bu iki grup ayrı ayrı ve birlikte alınarak değerlendirilmiştir.

İstatistiksel değerlendirmelerde veriler Epi Info Versiyon 5.0 programı kullanılarak χ^2 testi ile anlamlandırılmıştır.

SONUÇLAR

Çalışmaya 79 erkek, 47 kadın, toplam 126 hekim katılmıştır. Erkeklerin yaş ortalaması 31.46 ± 4.73 yıl (aralık 24-46), kadınların yaş ortalaması 31.36 ± 4.83 yıl (aralık 24-40) olarak bulunmuştur. Bu hekimlerden 91'i sağlık ocağı, 8'i SSK hastaneleri, 7'si devlet hastanesi, 4'ü ana çocuk sağlığı merkezi ve doğumevinde çalışırken, 16'sı iş yeri hekimi olarak çalışmaktadır. Çalışma grubu ile ilgili genel bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

"Son bir yıl içinde astma ile ilgili herhangi bir eğitim çalışmasına katıldınız mı?" sorusuna; "evet" di-

Tablo 1. Çalışma grubunun genel özellikleri.

	Cinsiyet		Toplam 126
	Erkek 79 (%62.7)	Kadın 47 (%37.3)	
Yaş	31.46 ± 4.73 yıl	31.36 ± 4.83 yıl	31.42 ± 4.75 yıl
Çalışılan kurumlar			
Sağlık ocağı	51	40	91
SSK hastaneleri	7	1	8
Devlet hastanesi	6	1	7
AÇS doğumevi	-	4	4
İş yeri hekimliği	15	1	16

yenlerin sayısı 39 (%31), hayır diyenlerin sayısı ise 87 (%69)'dir. Anketi yanıtlayan hekimlerin 101 (%80.2)'i bir yılda 10 hastadan daha az, 25 (%19.8)'i ise 10'dan fazla astmalı hasta gördüklerini belirtmişlerdir.

Çalışma grubundaki hekimlerin 95 (%75.4)'i astma tanısı koyduğunu, 76 (%60.3)'sı astma tedavisi yaptığını, 33 (%26.2)'ü astmalı hastaları düzenli olarak izlediğini ifade etmiştir. Hekimlerin bir yıl içinde karşılaştıkları hasta sayıları, teşhis, tedavi ve düzenli izlem oranları Tablo 2'de verilmiştir.

Hekimlerin tamamı tanı ve izlemde anamnez ve fizik muayene bulgularından yararlandıklarını belirtmiştir. Anamnez ve fizik muayene bulgularına ek olarak solunum fonksiyon testi (SFT) bulgularından yararlanan hekim sayısı 6 (%4.8), IgE düzeyi bulgularından yararlanan hekim sayısı ise 3 (%2.4)'tür. PEFmetre, allerjik deri testi ve bronş provakasyon testi (BPT) bulgularından yararlanan hekim yoktur (Tablo 3). Astma tanımını doğru yapan hekimlerin

sayısı 86 (%68.2), patogenezi ile ilgili soruya doğru yanıt verenlerin sayısı 58 (%46)'dir (Tablo 4).

Çalışmaya katılan hekimlerden akut astma atağında ilk tercih olarak; inhale beta-2 agonist işaretleyenlerin sayısı 56 (%44.4), intravenöz teofilin işaretleyenlerin sayısı 39 (%31), oral teofilin işaretleyenlerin sayısı 24 (%19), oral beta-2 agonist işaretleyenlerin sayısı 4 (%3.2), sistemik steroid işaretleyenlerin sayısı 2 (%1.6), subkutan adrenalin işaretleyenlerin sayısı 1 (%0.8)'dir (Tablo 5).

Astmanın idame tedavisinde antiinflamatuvar ilaçların yerini vurgulayan soruya doğru yanıt verenlerin sayısı 1. grupta 22 (%56.4), 2. grupta ise 30 (%34.4)'dur. Bu soruya verilen yanıtlar açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.020$). Tüm sonuçlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde 1. ve 2. grup arasında astmanın idame tedavisinde antiinflamatuvar ilaçların yerini vurgulayan soruya verilen yanıtlar dışında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 2. Bir yılda görülen hasta sayıları ile tanı, tedavi ve düzenli izlem oranları.

	Grup 1		Grup 2		Toplam	
	n= 39	%	n= 87	%	n= 126	%
Tanı koyma	29	74.4	66	75.9	95	75.4
Tedavi etme	24	61.5	52	59.8	76	60.3
Düzenli izlem	11	28.2	22	25.3	33	26.2
Bir yılda görülen olgu sayısı						
≤ 10	33	84.6	68	78.2	101	80.2
> 10	6	15.4	19	21.8	25	19.8

Tablo 3. Tanı ve takipte kullanılan yöntemler.

	Grup 1		Grup 2		Toplam	
	n= 39	%	n= 87	%	n= 126	%
Anamnez	39	100	87	100	126	100
Fizik muayene	39	100	87	100	126	100
SFT	2	5.1	4	4.6	6	4.8
IgE düzeyi	1	2.6	2	2.3	3	2.4
PEFmetre	0	0	0	0	0	0
Allerjik deri testi	0	0	0	0	0	0
BPT	0	0	0	0	0	0

Grup 1: Astma ile ilgili eğitim almış hekim grubu, Grup 2: Eğitim almamış hekim grubu, SFT: Solunum fonksiyon testi, PEFmetre: Peak expiratory flow meter, BPT: Bronş provakasyon testi.

TARTIŞMA

Tüm dünyada ve yurdumuzda astma, insanların hekime başvuru sebepleri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Hastalığın prevalansının yükseliğine paralel olarak, üzerinde yapılan çalışmalar da yoğunlaşmakta ve yeni tanı ve tedavi prensipleri belirlenmektedir. Belirlenen bu tedavi prensipleri de uluslararası konsensus raporları şeklinde yayınlanmaktadır. Hekimlerin oldukça sık karşılaştıkları bu hastalıkla ilgili bilgilerini yenilemeleri ve uygulamada belirli standartları yakalamalarını amaçlayan bu çalışmalar çerçevesinde ülkemizde Toraks Derneği 1996 yılında Bronş Astımı Tanı ve Tedavi Kılavuzu adı altında bir kitapçık çıkararak bunu hekimlere ulaştırmaya çalışmıştır. Ancak mezuniyet sonrası eğitim programlarının yetersizliği, tanı ve tedavi konularında arzulanan bu standartların yakalanmasını mümkün kılmamaktadır. Ayrıca sağlık sistemindeki aksaklıklar nedeniyle, hekimler ilgi alanları dışındaki hastaları tedavi etmekte, bu da tanı ve tedavide yaşanan aksaklıkları arttırmaktadır.

Çımrın ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, pratisyen hekimlerin %75'inin astma tanısı koyduğunu, %63'ünün ise astmalı hastaları tedavi ettiğini bildirmişlerdir (3). Bizim çalışmamızda ise hekimlerin %75.4'ü astma tanısı koyduğunu, %60.3'ü ise tedavi ettiğini belirtmiştir.

Hekimlerin tedavi yaklaşımları değerlendirildiğinde; Türkteş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, akut atak tedavisinde pratisyen hekimlerin %53'ünün ilk tercih olarak IV teofilin tercih ettikleri bildirilirken, Çelikel ve arkadaşlarının çalışmasında, hekimlerin %41'inin teofilin preparatlarını tercih ettiği bildirilmiştir (4,5). Benzer sonuçlar Erelel ve arkadaşlarının çalışmalarında da belirtilmiştir (6). Bizim çalışmamızda da akut atakta ilk tercih edilen ilaç grubu %50 ile oral ya da IV teofilin olarak bulunurken inhale beta-2 agonist %44.4'te kalmıştır. Astmanın idame tedavisinde inhale steroid kullanma oranları ise Çımrın ve arkadaşlarının çalışmasında %59, Özlü ve arkadaşlarının çalışmasında %51, Özkurt ve arkadaşlarının çalışmasında %60 olarak bildirilmiştir (3,7,8). Bizim çalışmamızda ise %41.3 bulunmuştur.

Özkurt ve arkadaşlarının çalışmasında, pratisyen hekimlerin büyük çoğunluğunun hastaları düzenli olarak izleyemedikleri bildirilmiştir. Çımrın ve arkadaşları da, pratisyen hekimlerin sadece %27.5'inin hastaları düzenli olarak izlediklerini belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise hekimlerin %26.2'si hastalarını düzenli olarak izlediklerini belirtmişlerdir. Astma tanı ve izleminde kullanılması gerekli olan SFT, PEFmetre, IgE, allerjik deri testi, BPT gibi çeşitli parametrelerin hangi oranlarda kullanıldığını saptama-

Tablo 4. Astma tanı ve patogenezi ile ilgili soruları doğru yanıtlayanlar.

	Grup 1		Grup 2		Toplam	
	n= 39	%	n= 87	%	n= 126	%
Tanım	27	69.2	59	67.8	86	68.2
Patogenezi	18	46.2	40	46.0	58	46.0

Tablo 5. Akut atakta ilk tercih edilen ilaçlar ve uygulama yolları.

	Grup 1		Grup 2		Toplam	
	n= 39	%	n= 87	%	n= 126	%
β ₂	18	46.2	38	43.7	56	44.4
β ₂ oral	1	2.6	3	3.4	4	3.2
Teofilin oral	7	17.9	17	19.5	24	19.0
Teofilin IV	12	30.8	27	31.0	39	31.0
Steroid sistemik	1	2.6	1	1.1	2	1.6
Adrenalin sc	0	0.0	1	1.1	1	0.8

β₂: Beta-2, IV: İntravenöz, SC: Subkutan

maya yönelik sorularda değişik çalışmalarda benzer sonuçlar alınmıştır. Örneğin Özlü ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada hekimlerin %67'sinin, sadece anamnez ve fizik muayene bulgularından yararlandıklarını saptamışlardır. Kocabaş ve arkadaşları da, 1993 ve 1996'da yaptıkları çalışmalarda hekimlerin SFT ve PEFmetre kullanma oranlarını SFT için %32 ve %16, PEFmetre için %9.1 ve %22.7 bulmuşlardır (9). Bizim çalışma grubumuzdaki hekimlerin de tamamına yakını diğer çalışmalarda olduğu gibi sadece anamnez ve fizik muayene bulgularından yararlandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca yaptığımız çalışmada hekimlerin astma patogenezi ve tanımı konusundaki sorulara verdiği yanıtlardan bilgilerinin yeterli olmadığı anlaşılmaktadır. Karadağ ve arkadaşları da, hastalara uyguladıkları anket çalışması sonucunda, çocukluk çağı astma olgularında tanı ve tedavinin yetersiz olduğunu bildirmişlerdir (10).

Anket formunun başında sorulan "son bir yıl içerisinde astma ile ilgili herhangi bir toplantıya katıldınız mı?" sorusuna, hekimlerin sadece %31'inin "evet" cevabı vermiş olması da mezuniyet sonrası eğitim programlarındaki yetersizliği veya hekimlerin bu konudaki duyarsızlıklarını göstermektedir. Çalışmamız sonucunda ortaya çıkan ilginç bir sonuç da yukarıdaki soruya "evet" cevabı veren hekimlerle "hayır" cevabı veren hekimlerin; astma tanımı, patogenezi, tanısallık yaklaşımları ve akut atak tedavisi konularındaki yaklaşımlarının hemen hemen aynı olmasıdır. İki grup arasındaki tek belirgin fark, astma bronşiyalenin idame tedavisinde inhale steroidlerin yerini belirleyen soruda ortaya çıkmıştır.

Sonuçlar ilimizdeki pratisyen hekimlerin astma tanısını koyup tedavi ettiklerini ancak, bu konuda uluslararası konsensus raporunda belirtilen standartların çok gerisinde olduklarını göstermektedir. Mezuniyet sonrası eğitim programlarının artırılması ve hekimlerin bu programlara katılımının özendirilmesi ile bu durumun düzeltilebileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Global Initiative For Asthma. Global strategy for asthma management and prevention NHLBI/WHO workshop report. National Heart, Lung, and Blood Institute Publication Number 95-3659, 1995.
2. Toraks Derneği Bronş Astımı Çalışma Grubu: Bronş Astımı Tanı ve Tedavi Kılavuzu, İstanbul 1996.
3. Çımrın AH, Genç S, Musal B ve ark. İzmir ilindeki hekimlerin bronşiyal astma tanı ve tedavisindeki yönelimleri. Solunum 1995;151-7.
4. Türktaş H, Köktürk O, Amber Z. Türk hekimlerinin bronş astması tanı ve tedavisine yaklaşımları. TÜSAD 23. Ulusal Kongresi 11-14 Haziran 1995;19:151-7.
5. Çelikel T, Erk M, Dağlı E. Asthma management in Turkey. Eur Respir J 1994;7(Suppl 18):346.
6. Erelel M, Erkan F, Kılıçaslan O. Türkiye'de astma bronşiyale tanı ve tedavisi. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği XXI. Ulusal Kongresi. Kuşadası Özet Kitabı 1993:81.
7. Özlü T, Çan G, Torun P. Doğu Karadeniz Bölgesi'ndeki hekimlerimizin astma tanı ve tedavisi konusundaki yaklaşımları. Tüberküloz ve Toraks 1997;45:28-31.
8. Özkurt S, Fişekçi F, Altın R, Akdağ B. Hekimlerin astma konusunda bilgi ve yaklaşımları. Solunum 2000;2:12-6
9. Kocabaş A, Burgut R, Seydaoğlu G, Bozdemir N. Changes in the knowledge and attitudes of general practitioners on asthma between 1993-1996. Eur Respir J 1997;10(Suppl 25):347.
10. Karadağ B, Güntekin E, Karakoç F, Dağlı E. Çocukluk çağı astımında teşhis ve tedavi hala yetersiz mi? Toraks Derneği 1. Yıllık Kongresi, Bildiri Özet Kitabı 6-10 Mayıs S: 65, Nevşehir, 1996.

Yazışma Adresi

Haşim BOYACI

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Derince/İZMİR