

مجله دانشکده پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

سال ۶۳، شماره ۹، صفحات ۷۷۰ تا ۷۷۵، (۱۳۸۴)

# آگاهی و عملکرد متخصصین کودکان نسبت به تشخیص، درمان و آموزش بیماران مبتلا به آسم

کنگره بین المللی کودکان - ۱۳۸۱

دکتر محمد قرگزلو (استادیار)، دکتر محمدحسن بمانیان (دستیار فوق تخصص ایمونولوژی و آلرژی)، هنگامه عبدالله پور، زهرا معین فر، دکتر مجتبی صداقت (استادیار)  
دانشگاه علوم پزشکی تهران

## چکیده

**مقدمه:** آسم یکی از شایعترین مشکلات حاد و مزمن کودکان به شمار می آید و متخصصین کودکان در زمره مهمترین پزشکانی هستند که برای معالجه این بیماری به آنها مراجعه می شود، در حالیکه اطلاعات منتشر شده ای در زمینه نحوه و کیفیت درمان این بیماری توسط آنها وجود ندارد. این مطالعه به منظور تعیین سطوح آگاهی و عملکرد متخصصین کودکان ایرانی نسبت به تشخیص، درمان و آموزش آسم انجام شده است.

**مواد و روشها:** برای انجام این مطالعه پرسشنامه استاندارد در بین ۲۰۰ متخصصین بیماریهای کودکان شرکت کننده در کنگره بین المللی کودکان (تهران، مهر ماه ۱۳۸۱) توزیع و تکمیل گردید.

**یافته ها:** از میان پرسشنامه های تکمیل شده ۱۹۳ مورد (۹۶/۵٪) قابلیت بررسی کامل و آنالیز را داشت. حدود ۴۹٪ از پاسخ دهندگان مرد بودند و ۱۸٪ آنان مدرک فوق تخصص داشتند. خس خس سینه مهمترین علامت برای شک به بیماری آسم در کودکان ذکر شد. چهل درصد پزشکان مورد مطالعه برنامه ای برای انجام اسپیرومتری در کودکان مشکوک به آسم نداشته و نیز ۳۵/۲٪ آنان با پیک فلومتر آشنا نبودند. حدود ۱۷/۶٪ آنان ویزیت منظم برای کودکان مبتلا به آسم نداشتند. در میان این پزشکان تنها ۷/۳٪ استروئید استنشاقی را برای کودک ۶ ساله مبتلا به آسم متوسط و مزمن تجویز می کردند و سالبوتامول استنشاقی تنها در ۳۷/۳٪ آنان داروی انتخابی اول برای حمله حاد آسم بود، در حالیکه ۱۷/۱٪ آنان اپی نفرین تزریقی را برای این منظور به کار می بردند. حدود ۴۲/۲٪ از پاسخ دهندگان، برنامه آموزشی و دستورالعملی برای راهنمایی بیمار خود نداشتند و تنها برای ۶۰/۶٪ آنان دسترسی به برنامه آموزشی و راهنمای استاندارد درمان آسم میسر بود.

**نتیجه گیری و توصیه ها:** نتایج حاصل از این مطالعه نشان می دهد که بسیاری از جنبه های تشخیصی و درمانی آسم کودکان در کشور ما با توصیه ها و دستورالعملهای استاندارد مطابقت ندارد. این مطالعه و اطلاعات حاصل از آن می تواند زمینه ای برای برنامه ریزی در جهت بهبود سطح آگاهی و عملکرد متخصصین کودکان در مورد بیماری آسم باشد.

**کلمات کلیدی:** آسم، آگاهی و عملکرد، سالبوتامول استنشاقی

## مقدمه

## مواد و روش‌ها

با توجه به اینکه سایر مطالعات مشابه از حجم نمونه ۱۰٪ کل جمعیت مورد نظر استفاده کرده‌اند و با توجه به جمعیت حدود ۲۰۰۰ نفری متخصصین اطفال در ایران و گردهمایی این متخصصین در کنگره سالانه بین‌المللی کودکان در تهران، ۲۰۰ نفر از پزشکان مذکور در ساعات بین سخنرانها و استراحت در کنگره طی ۳ روز اول کنگره، توسط ۱۰-۱۲ نفر از دانشجویان پزشکی و با پرسشنامه از پیش طراحی شده بر مبنای استانداردهای بین‌المللی و داخلی، ارائه شده برای تشخیص و درمان و آموزش بیماران آسمی بصورت فعال در مصاحبه شرکت کردند و مورد ارزیابی قرار گرفتند. حین مصاحبه اطلاعات فرد در محدوده‌ای اخذ شد که احساس امنیت کند.

## یافته‌ها

از مجموع ۲۰۰ پرسشنامه تکمیل شده ۱۹۳ پرسشنامه قابل بررسی و آنالیز بود که اطلاعات جمع‌آوری شده در سه بخش تشخیص، درمان و موارد مربوط به آموزش بیماران آورده شده است (جدول ۱-۳).

از کل ۱۹۳ نفر پزشکان شرکت کننده در مطالعه ۱۵۹ نفر (۸۲/۴٪) متخصص کودکان و ۳۴ نفر (۱۷/۶٪) فوق تخصص رشته‌های مختلف کودکان بودند که ۹۰ نفر آنها (۴۶/۶٪) در گروه سنی ۳۰-۳۹ سال بودند و بقیه در گروه‌های سنی از زیر ۲۹ سال تا بالای ۷۰ سال قرار می‌گرفتند. ۹۲ نفر (۴۷/۷٪) مرد و ۹۹ نفر (۵۱/۳٪) زن بودند. بطور متوسط ۸/۱٪ بیماران مراجعه کننده به این پزشکان را بیماران آسمی تشکیل می‌دادند (جدول شماره ۱).

شایعترین علامتی که پزشکان شرکت کننده در مطالعه را مشکوک به آسم می‌کرد خس‌خس سینه بود (۲۵/۴٪) و تنها ۱۱/۴٪ پزشکان با سرفه مزمن بیمارشان شک به آسم می‌کردند، و ۳۸/۳٪ شرکت کنندگان تنها علائم بالینی را ملاک

آسم شایعترین بیماری مزمن در کودکان است که علت شایع غیبت از مدرسه در گروه سنی کودکان و نوجوانان می‌باشد.

۹۰-۸۰٪ موارد آسم قبل از سن مدرسه علائم خود را نشان می‌دهد و تشخیص این بیماری بر اساس علائم بالینی و آزمایشات پاراکلینیک می‌باشد (۱). با توجه به شیوع رو به تزايد این بیماری و اینکه موارد قابل توجهی از بیماران علائم کلاسیک بیماری که شامل سرفه، تنگی نفس و خس‌خس می‌باشد را نشان نمی‌دهند و گاهی تنها علامت بیماری سرفه مزمن است (۲).

با انجام این مطالعه میزان آگاهی پزشکان متخصص بیماریهای کودکان ایران نسبت به تشخیص و درمان صحیح و نحوه پی‌گیری بیماران آسمی مورد ارزیابی قرار گرفته است. در درمان آسم، پیشگیری‌های اولیه و ثانویه، شامل جلوگیری از حساس شدن اولیه و جلوگیری از بروز علائم بیماری پس از حساس شدن اولیه نقش اصلی دارند (۲) و پزشکان مراقبت‌های اولیه هدف اصلی برنامه‌های آموزش و پیشگیری می‌باشند.

در یک بررسی پرسشنامه‌ای به منظور بررسی میزان آگاهی دسته‌ای از پزشکان شیکاگو (شامل متخصصین کودکان، پزشکان عمومی و پزشکان خانواده) تهیه شد و میزان تطابق عملکرد این دسته از پزشکان با استانداردهای ارائه شده به نام عملکرد (National Asthma Education and Prevention Program) بررسی شد و مشخص شد گروه مورد مطالعه برخی دستورالعمل‌های NAEPP را اجراء می‌کنند و برخی دیگر از دستورالعمل‌های مهم را اجراء نمی‌کنند (۳).

در مطالعه دیگری مشخص شد تنها ۵۰٪ متخصصین ریه و آلرژی در برنامه‌های آموزشی مداوم آسم شرکت می‌کردند (۴) در مطالعات دیگر نشان داده شد که در مورد درمان آسم کودکان نگرانی‌هایی در بین پزشکان به ویژه در مورد مصرف استروئیدهای استنشاقی وجود دارد که ممکن است سبب عدم پیروی آنان از پروتکل‌های استاندارد شود (۵-۱۰).

ارجاع می‌کردند و ۲۹/۵٪ سالانه یکبار توصیه به انجام اسپیرومتری می‌کردند. حدود ۴۰/۴٪ پزشکان پاسخی برای اینکه سالانه چند بار اسپیرومتری صورت گیرد، نداشتند. حدود ۳۵/۲٪ پزشکان با دستگاه پیک فلومتری آشنا نبودند و ۵/۷٪ آنها به سؤال آشنایی با دستگاه پیک فلومتر جوابی ندادند. همچنین ۴۶/۶٪ آنها طرز کار پیک فلومتر را نمی‌دانستند و ۶/۳٪ نیز به سؤال " آیا طرز کار پیک فلومتر را می‌دانید؟" پاسخی ندادند و ۵۰/۷٪ ابراز می‌داشتند که تا به حال هرگز برای بیمار خود پیک فلومتری انجام نداده‌اند. (جدول شماره ۲). حدود ۱۷/۶٪ پزشکان ویزیت مرتب برای بیماران آسمی خود نداشتند. ارزیابی بیماران آسمی توسط پزشکان در ویزیت‌های بعدی ۲۸٪ بر اساس شدت و شیوع علائم بیماری بود و ۵۸/۵٪ بر اساس شدت علائم بالینی، دفعات مصرف برونکودیلاتر، میزان تحمل فعالیت، پیک فلومتری، غیبت از مدرسه یا محل کار و میزان اختلال خواب بود.

برای تشخیص بیماری آسم قرار داده بودند، در حالیکه ۸/۳٪ علائم بالینی همراه با اسپیرومتری را ملاک قرار داده بودند.

جدول ۱- ویژگی‌های افراد شرکت کننده در بررسی آگاهی و عملکرد پزشکان کودکان نسبت به بیماری آسم

ویژگی	تعداد	درصد
متخصص کودکان	۱۵۹	۸۲/۴٪
فوق تخصص رشته‌های مختلف کودکان	۳۴	۱۷/۶٪
جنسیت		
مرد	۹۲	۴۷/۷٪
زن	۹۹	۵۱/۳٪
نحوه فعالیت		
فقط مطب	۳۴	۱۷/۶٪
مطب و یا بیمارستان	۱۵۲	۷۸/۸٪
بدون پاسخ	۷	۳/۶٪
درصد بیماران مبتلا به آسم در کل	-	۸/۱٪
بیماران مراجعه کننده به پزشک		

۲۴/۴٪ علائم بیماری و رادیوگرافی سینه را عنوان کرده بودند و ۲۲/۸٪ پزشکان بیمار خود را برای انجام اسپیرومتری

برای بیمار مبتلا به آسم متوسط یا شدید در بین حملات تنها ۷/۳٪ پزشکان از استروئید استنشاقی استفاده می‌کردند و ۱۸/۱٪ پزشکان از سالبوتامول استنشاقی استفاده می‌کردند. ولی

جدول ۲- نحوه تشخیص بیماران آسمی توسط پزشکان کودکان

نوع بررسی	تعداد	درصد
علائم بالینی	۷۴	۳۸/۳٪
علائم بالینی همراه گرافی سینه	۴۷	۲۴/۴٪
علائم بالینی و اسپیرومتری	۱۶	۸/۳٪
سایر موارد	۵۶	۲۹٪
پزشکانی که اسپیرومتری را توصیه کرده‌اند در چه شرایطی این عمل برای بیمارشان انجام می‌دهند؟		
حمله حاد آسم	۲۰	۱۰/۴٪
وقتی بیمار بدون علامت است	۸۳	۴۳٪
در هر دو شکل حاد و مزمن	۶۳	۳۲/۶٪
بدون پاسخ	۲۷	۱۴٪
انجام پیک فلومتری توسط پزشکان		
هرگز انجام نداده‌ام	۹۸	۵۰/۷٪
گاهی یا ندرتاً انجام داده‌ام	۸۰	۴۱/۵٪
بدون پاسخ	۱۵	۷/۸٪

جدول ۳- اقدامات درمانی افراد شرکت کننده در بررسی آگاهی و عملکرد پزشکان کودکان نسبت به بیماری آسم

دارو	فراوانی	درصد
در حمله حاد آسم از چه دارویی استفاده می‌کنید؟		
سالبوتامول استنشاقی	۷۲	۷۳/۳٪
آدرنالین تزریقی	۳۳	۱۷/۱٪
استروئید استنشاقی	۱۸	۹/۳٪
استروئید تزریقی	۸	۴/۱٪
آمینوفیلین و سایر موارد	۶۲	۳۲٪
در آسم متوسط و یا شدید بین حملات از چه دارویی استفاده می‌کنید؟		
سالبوتامول استنشاقی	۳۵	۱۸/۱٪
استروئید استنشاقی	۱۴	۷/۳٪
کتوتیفن	۱۱	۵/۷٪
سایر موارد مثل کورتن خوراکی یا سالبوتامول خوراکی، کرومولین و...	۱۲۶	۶۵٪
بدون پاسخ	۷	۳/۶٪
آیا در استفاده از داروها از Spacer استفاده می‌کنید؟		
پزشکانی که از Spacer استفاده می‌کنند	۱۲۶	۶۵/۳٪
پزشکانی که از Spacer استفاده نمی‌کنند	۵۲	۲۶/۹٪
بدون پاسخ	۱۵	۷/۸٪
آیا به بیمار مبتلا به آسم خود آموزش می‌دهید؟		
پزشکانی که توسط کتاب جزوه، پرستار یا خودشان آموزش می‌دهند	۶۰	۳۱/۱٪
پزشکانی که به هر دلیل آموزش نمی‌دهند	۱۲۲	۶۳/۲٪
بدون پاسخ	۱۱	۵/۷٪

آسم را بسیار مفید می‌دانستند ۶۶/۳٪ پزشکان نحوه مصرف داروها و کاربرد وسایل آسم توسط بیماران را مستقیماً مشاهده می‌کردند و ۴۷/۲٪ آنها در برنامه ویژه آموزشی آسم شرکت کرده بودند و ۶۰/۶٪ پزشکان به راهنمای استاندارد برای آموزش و درمان بیماران دسترسی داشتند (جدول شماره ۳).

## بحث

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که چالش‌های قابل توجهی در امر تشخیص، درمان و پیگیری و آموزش بیماران آسمی وجود دارد که حاکی از آگاهی و اطلاعات ناکافی پزشکان می‌باشد. در امر تشخیص سرفه مزمن تنها ۱۱/۴٪ پزشکان را متوجه آسم می‌کند و علائم دیگر چون عدم تحمل ورزش و تنگی نفس سهم بسیار ناچیزی برای ایجاد شک به آسم در

در پاسخ به سؤال آیا در درمان بیماران آسمی از کورتون استنشاقی استفاده می‌کنید ۷۶/۷٪ پاسخ مثبت دادند. در مورد دلیل عدم استفاده از استروئید استنشاقی ۷۸/۸٪ پاسخ ندادند و ۶/۲٪ معتقد بودند که درمانهای بهتری وجود دارد و ۵/۷٪ از عوارض دراز مدت دارو نگرانی داشتند.

حدود ۳۷/۳٪ پزشکان در موارد حمله آسم در کودکان از سالبوتامول استنشاقی استفاده می‌کردند و ۱۷/۱٪ از اپی‌نفرین (آدرنالین) تزریقی سود می‌جستند. حدود ۸۱/۳٪ پزشکان با محفظه داروهای استنشاقی آشنا بودند و ۷۶/۲٪ آنان روش استفاده از آن را می‌دانستند ولی ۶۵/۳٪ آنها از این محفظه دارویی برای بیماران خود استفاده می‌کردند و در مقابل سؤال علت عدم استفاده از محفظه دارویی ۷۶/۱٪ پاسخی نداشتند.

۴۲٪ پزشکان به بیمار مبتلا به آسم خود آموزش نمی‌دادند در حالیکه ۷۳/۶٪ آنها آموزش‌های خاص به بیماران مبتلا به

داروها بوده است، در سایر مطالعات نیز گزارش شده است (۱۲،۱۳).

از مشکلات دیگر عدم استفاده صحیح داروها و بکار بردن محفظه‌های دارویی است که تنها ۶۵/۳٪ پزشکان از این وسیله جهت مصرف داروها به بیماران خود توصیه کرده بودند در مورد حمله آسم، سالبوتامول استنشاقی تنها ۳۷/۳٪ پزشکان بعنوان انتخاب اول ذکر کرده‌اند و ۱۷/۱٪ هنوز از آدرنالین تزریقی استفاده می‌کنند که دور از استانداردهای موجود می‌باشد.

شاید مهمترین مشکل پزشکان کودکان عدم دسترسی کافی به اطلاعات و آموزش‌های مناسب و استاندارد در زمینه آسم کودکان است، در حالیکه آموزش‌ها و استفاده مناسب از آنها می‌تواند سبب تغییرات قابل توجه در نگرش و عملکرد ایشان باشد (۱۴،۱۵).

بر پایه اطلاعات ما، این پژوهش اولین بررسی از نوع خود در زمینه ارزیابی دانش و عملکرد پزشکان متخصص و معالج آسم کودکان در کشور است و لذا امیدواریم نتایج به دست آمده بتواند در روشن‌تر شدن وضعیت موجود و برنامه‌ریزی جهت رفع مشکلات تشخیص، درمان و پیشگیری آسم کودکان مؤثر و مفید باشد.

### تقدیر و تشکر

بدینوسیله از کلیه همکاران متخصص و فوق تخصص کودکان که در تکمیل پرسشنامه و فراهم نمودن امکان دسترسی به اطلاعاتی از وضعیت موجود در زمینه بیماری آسم کودکان، به ما یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایم. این پژوهش به عنوان یکی از طرح‌های تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات ایمونولوژی، آسم و آلرژی انجام شده است که در این جا از کلیه همکاران این مرکز که در تصویب و انجام آن به ما یاری رسانده‌اند سپاسگزار می‌باشیم.

آنان داشته است. و در استفاده از ابزارهای پاراکلینیکی درصد بیشتری از پزشکان (۲۴/۴٪) همراه با علائم بالینی از رادیوگرافی سینه استفاده کرده بودند و تنها (۸/۳٪) پزشکان اسپیرومتری را همراه با علائم بالینی در کمک به تشخیص آسم استفاده کرده بودند در حالیکه رادیوگرافی سینه در آسم اغلب فاقد یافته بود و چندان کمکی به تشخیص نمی‌تواند بکند و نسبت به اسپیرومتری یک پروسه تهاجمی محسوب می‌شود. پیک فلومتر که وسیله‌ای ساده، ارزان و مؤثر در مونیتورینگ روزانه بیماران آسمی در منزل می‌باشد حدود ۵۰٪ پزشکان طرز کار آن را نمی‌دانستند و هرگز برای بیمار خود پیک فلومتری انجام ندها بودند. عدم استفاده مناسب و به جا از وسایل کمک تشخیصی برای آسم، در یک مطالعه آمریکایی نیز گزارش شده است (۱۱).

نداشتن ویزیت‌های مرتب در پیگیری بیماران آسمی (۱۷/۶٪) و عدم استفاده از ابزارهای ساده و مؤثر در این راستا و عدم ارجاع بیماران به سطوح بالاتر و کمک گرفتن از فوق تخصص آلرژی و ریه که تنها در ۱۶٪ موارد انجام گرفته بود از دیگر مشکلاتی است که گریبانگیر بیماران آسمی در جامعه می‌شود.

استفاده بسیار ضعیف از استروئیدهای استنشاقی که خط اول درمان نگاه دارنده بیماران آسمی است و تنها ۷/۳٪ پزشکان در آسم شدید یا متوسط استفاده کرده‌اند و استفاده غیر صحیح داروهای برونکودیلاتور استنشاقی بصورت دراز مدت از عوامل بسیار مؤثر در عدم کنترل و افزایش شیوع عوارض جانبی داروها در بیمار می‌باشد. نتایج مشابهی که حاصل نگرانی پزشکان از عوارض داروها و یا قیمت گران

## منابع

1. Andrew H. Liu, Joseph D. spahn, and Donuld Y.M. Leung: childhood Asthma. In Behrman, Kliegman. Jenson, NELSON Textbook of Pediatrics. 17th edition Philadelphia: WB Saunders, 2004; pp, 760-774.
2. Mark H. Moss, James E. Gern , and Robert F. Lemanske. Asthma in infancy and childhood, In N. Franklin Adkinson JR, John W.Yunginger , William W. Busse, et al. MIDDLETON'S Allergy Principles and Practice, volume 2 ,16th edition St Louis, CV, Mosby, 2003, pp 1225-1255.
3. Grant EN, Moy IN, Turner - Roan k , et al . Asthma care practices, perceptions and beliefs of Chicago - area primary care physicians. Chest 1999; 116: 1455-1544.
4. Moy JN , Grant EN, Turner - Roan K, et al . Asthma care practices, perceptions, and beliefs of Chicago - area asthma specialists. Chest 1999; 116: 1545-1625.
5. Cabana MD, Lewis TC. Improving physicians adherence to asthma guidelines. J Com 2001 ,8: 35-46.
6. Cabana MD, Ebel BE, Cooper PL, et al. Barriers Pediatrics face when using asthma practice guidelines. Arch Pediatric Adolesc Med 2000; 154: 685-644.
7. Grunfeld A, et al. Management of acute asthma in Canada: an assessment of emergency physician behavior. J Emerg Med 1997; 15: 547-556.
8. Doerschug KC, Petereson MW, Dyton CS, et al. Asthma guidelines for physicians: understanding and practice . Am J Respir Crit Care Med 1999; 159: 1735-1741
9. Rovithis E, Lionis C, Schiza SE, The Knowledge of bronchial asthma among primary health care physicians in care: a pre and post test following on educational course. BMC Medical Education 2001; 1: 2-6.
10. Clark N.W, Gong M. Schork MA, et al . Impact of education for physicians on asthma outcomes. Pediatrics 1998; 101: 831-836.
11. Wolle JM, Cwi J. Physician's prevention - related practice behaviors in treating adult patients with asthma: results of a national survey. J Asthma 1995; 32: 131-140.
12. Lang DM, Sherman MS, polansky M. Guidelines and realities of asthma management. Arch Intern med 1997; 15: 1193-1200.
13. Eggleston PA, Malveaux FJ, Butz Am , et al . Medications used by children with asthma living in the inner city. Pediatrics 1998 ; 101 : 349-354 .
14. Inouye J, Kirstopatis R, Stone E, et al . Physicians changing attitudes towards guidelines. J Gen Intern med 1998; 13: 324 - 326.
15. Picken HA, Greenfield S , Teres D, et al. Effect of local standards on the implementation of national guidelines for asthma primary care agreement with national asthma guidelines. J Gen Intern Med 1998; 13: 659-663 .