

**ASTIM HASTALARINDA HASTALIK ALGISININ
ASTIM KONTROLÜ ÜZERİNE ETKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

Gülcan BAHÇECİOĞLU

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

Tez Yöneticisi

Yrd. Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL

Yüksek Lisans Tezi - 2013

TC.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ASTİM HASTALARINDA HASTALIK ALGISININ ASTİM
KONTROLÜ ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

Gülcan BAHÇECİOĞLU

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL**

**ERZURUM
2013**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI


ASTIM HASTALARINDA HASTALIK ALGISININ ASTIM
KONTROLÜ ÜZERİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Gülcan BAHÇECİOĞLU

Tez Savunma Tarihi : 06.12.2013

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL 

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Behice ERCİ 

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Mehtap TAN 

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM- 2013

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
TABLolar DİZİNİ	IX
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Astım	4
2.2. Astımın Epidemiyolojisi	4
2.3. Astım İçin Risk Faktörleri.....	5
2.3.1. Kişisel faktörler.....	5
2.3.2. Çevresel faktörler.....	6
2.4. Klinik Bulgular	8
2.5. Astım Atağı	9
2.6. Astım Tanısı	9
2.6.1. Solunum Fonksiyon Testi	10
2.7. Astım Tedavisi	10
2.8. Astım Kontrolü	13
2.8.1. Bireysel Kontrol.....	13
2.8.2. Astım Kontrolü Takibi	14
2.9. Astım Kontrol Testinin Geliştirilmesi.....	15
2.10. Hastalık Algısı.....	16
2.11. Hastalık Algısının Bileşenleri	18

2.11.1. Hastalığın kimliği.....	18
2.11.2. Nedensel inanışlar.....	19
2.11.3. Zamansal inanışlar.....	19
2.11.4. Kontrol veya tedavi hakkındaki İnançlar	19
2.11.5. Sonuçlar	20
2.12. Astım ve Hastalık Algısında Hemşirenin Rolü	20
3. MATERYAL VE METOT.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.4. Verilerin Toplanması	24
3.4.1. Veri Toplama Araçları	24
3.4.2. Veri Toplama Yöntemi.....	28
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	30
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	30
4. BULGULAR.....	31
5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
KAYNAKLAR.....	47
EKLER	57
EK 1. ÖZGEÇMİŞ.....	57
EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU	58
EK-3. HASTANE İZİN YAZISI	59

EK-4. HASTA TANITIM FORMU	60
EK-5. HASTALIK ALGI ÖLÇEĞİ	61
EK-6. ASTIM KONTROL TESTİ	65

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalıőmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aőamasında yardımlarını esirgemeyen hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Rahşan ÇEVİK AKYIL'a en derin saygı ve őükranlarımı sunarım.

Desteklerinden dolayı Sayın Uz. Dr. Cahit DEMİR ve Sayın Öğr. Gör. Talip MANKAN'a, eğitim hayatımı aksatmadan iş hayatımı da sürdürmeme izin veren Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi çocuk servisi sorumlusu Sayın Suna APAYDIN ve hemşire arkadaşlarıma, araőtırmamın uygulanmasına izin veren hastane yönetimlerine ve araştırmaya katılan hastalara, aynı yola baş koyduğum yardımlarıyla hep yanımda olan, Fatma GÜNDÜZ ve Didem ÇOŐKUN'a

Yaşamımın her döneminde olduğu gibi, bu aőamada da benden sevgi ve desteğini esirgemeyen ablam Leyla KILIÇ, eői Mehmet Ali KILIÇ ve sevgili aileme tüm kalbimle teşekkür ederim...

Gülcan BAHÇECİOĞLU

ÖZET

Astım Hastalarında Hastalık Algısının Astım Kontrolü Üzerine Etkisinin Belirlenmesi

Amaç. Araştırma, astım hastalarının hastalık algısının astım kontrolü üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot. Araştırmanın evrenini Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı ve Özel Vizyon FTR ve Göğüs Hastalıkları Dal Merkezi polikliniklerine başvuran, tanı süresi en az 6 ay olan hastalar oluşturdu.

Örnekleme bu hastalar içersinden Haziran–Ağustos 2012 tarihleri arasında polikliniklere başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 200 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında; hasta tanıtım formu, hastalık algısı ölçeği ve astım kontrol testi kullanıldı. verilerin değerlendirilmesinde; tek yönlü ANOVA testi ve Student t test, Kruskal-Wallis, Mann Whitney-U ve Pearson korelasyon testleri ile değerlendirildi.

Bulgular. Hastalık algısının alt boyutlarından olan hastalık belirtisi boyutlarının puan ortalaması 6.99 ± 1.74 , hastalık hakkındaki görüşleri boyutlarının puan ortalaması; kişisel kontrol 16.37 ± 1.63 , süre (akut/kronik) 18.03 ± 1.12 , duygusal temsiller 18.34 ± 5.73 , hastalığı anlayabilme 11.54 ± 2.45 , sonuçlar 22.28 ± 2.39 , tedavi kontrolü 12.99 ± 1.62 , süre (döngüsel) 12.06 ± 0.87 , hastalık nedenleri boyutlarının puan ortalaması; psikolojik atıflar 15.47 ± 2.88 , risk faktörleri 18.99 ± 2.17 , bağışıklık 10.47 ± 1.69 , kaza ve şans 4.19 ± 1.30 olarak saptandı.

Hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlarından hastalık belirtisi, kişisel kontrol, psikolojik atıflar ve kaza veya şans alt boyutu puan ortalamaları ile astım kontrol testi puan ortalaması arasında negatif bir ilişki saptandı ($p < 0.01$). Bununla birlikte, duygusal temsiller, hastalığı anlayabilme, sonuçlar, bağışıklık ve süre (döngüsel) alt boyutu puan ortalamaları ile astım kontrol testi puan ortalaması arasında pozitif bir ilişki bulundu ($p < 0.01$ ve $p < 0.05$).

Sonuç. Hastalık algısı çoğu alt boyutları ile birlikte değerlendirildiğinde astım kontrolünü etkilediği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Astım, astım kontrol testi, hastalık algısı ölçeği, hemşirelik

ABSTRACT

Determination of Effect on Asthma Control of Illness Perception of Asthma Patients

Aim. This research was carried out with the aim to determinate the effect of the illness perception of asthma patient on asthma control.

Material and Method. The target population of the study were patients whose time of diagnosis were at least 6 months, and who had applied to the Elazığ State Academical Hospital, Pulmonology Department Polyclinic, and the Private Vizyon FTR & Pulmonology Center.

200 individuals of the patients who applied to the polyclinics between June-August 2012, who accepted to join the research, and who were qualified in accordance with the research criteria composed the samples. The data collecting; the patient identification form, the illness perception questionnaire, and asthma control test were utilized. The evaluation of the data: the evaluation was materialized with the oneway ANOVA test and student t test, the Kruskal-Wallis, Mann Whitney-U, and Pearson correlation tests.

Results. The average point and standard deviations of symptom dimensions which are the subscales of illness perception were 6.99 ± 1.74 , the average points and standard deviations of their opinion dimensions about the disease; personal control were 16.37 ± 1.63 , timeline (acute/ chronic) were 18.03 ± 1.12 , emotional representations were 18.34 ± 5.73 , illness perception were 11.54 ± 2.45 , results were 22.28 ± 2.39 , treatment control were 12.99 ± 1.62 , timeline cyclical were 12.06 ± 0.87 , the average points and standard deviations of the reason dimensions of the illness; psychological attributions were 15.47 ± 2.88 , risks factors were 18.99 ± 2.17 , immunity were 10.47 ± 1.69 , accident & chance were 4.19 ± 1.30 .

A negative relation was detected ($p < 0.01$) between the subscale average points of the factors which compose the subscales of illness perception questionnaire: symptoms, personal control, psychological attributions and accident or chance, and the average points of the asthma control test. Furthermore, a positive relation was detected ($p < 0.01$ and $p < 0.05$) between the average points of subscale: emotional representatives, results, immunity and period (cyclic), illness perception, and the average points of the asthma control test.

Conclusion. It's recorded that many sub-scale of illness perception the asthma control test, when they are evaluated together.

Key words: Asthma, asthma control test, illness perception questionnaire, nursing.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AKT	: Astım kontrol testi
DSÖ	: Dünya sağlık örgüt
HAÖ	: Hastalık algı ölçeği
FEV1	: Forced Expiratory Volume in One Second Birinci Saniyedeki Zorlu Ekspirasyon Volüm)
PEF	: Peak Expiratory Flow (En yüksek ekspirasyon akım hızı) Prevention Program (Ulusal kalp. Akciğer ve Kan Enstitüsü Astım Eğitimi ve Koruma Programı)
GINA	:Global Initiative for Asthma (Uluslararası Astım Tanı ve Tedavi Rehberi)
ATAQ	: Astım kontrol puanlama sistemi Workshop
ACQ	: Astım tedavi değerlendirme anketi
IPQ	: Illness Perception Questionnaire
ISAAC	: International Study for Asthma and Allergies in Childhood
NAEPP	: National Heart, Lung, and Blood Istitute Asthma Education and
SFT	: Solunum fonksiyon testi
UHY ME	: Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Çalışması
NHLBI	:National Heart, Lung and Blood Institute Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Astım Prevalansının Dünya Haritası ^{3,5}	5
Şekil 4.1. Astım Kontrol Testi Dağılımı	33

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Hastalık Algısı Ölçeğinin Geçerlik-Güvenirlik Değerlendirmesi	29
Tablo 4.1. Demografik Özelliklere Göre Astım Kontrol Testi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	31
Tablo 4.2. Astım Kontrol Testi Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	33
Tablo 4.3. Hastalık Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	34
Tablo 4.4. Hastalık Belirtileri ve Hastalıkla İlişkilendirilme Durumlarının Dağılımı ...	34
Tablo 4.5. Hastalık Tipi: Hastalık Belirtilerine Göre Dağılımlar	35
Tablo 4.6. Hastalık Algısı Ölçeği ve Astım Kontrol Testi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	36

1. GİRİŞ

Solunum sisteminin kronik hastalıkları, bireylerde ciddi şekilde sınırlılık ve yetersizliğe neden oldukları, ölüm oranında artışa yol açtıkları için önemli hastalıklar olarak kabul edilmektedir. Bu hastalıklar arasında en yaygın olarak görülenlerden biride astımdır.^{1,2} Astım; nefes darlığı, hışıltı, göğüste sıkışma ve/veya öksürük gibi tekrarlayan solunum semptomları ile karakterize olan geri dönüşümlü hava yolu obstrüksiyonunun eşlik ettiği bir hastalıktır.¹⁻⁴

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; dünyada 300 milyon kişiyi etkileyerek 2005 yılında 255.000 kişinin ölümüne sebep olan astım ciddi bir halk sorunudur.^{1,5,6}

Astım prevalansı ülkeler arasında farklılıklar gösterse de son 40 yıl içinde tüm ülkelerde astım ve alerji görülme sıklığının arttığı görülmüştür. Modern yaşam biçiminin benimsenmesi ve şehirleşmenin artmasıyla bu prevalansın giderek artacağı düşünülmekte ve 2025 yılına kadar yüz milyon kişinin daha astım olacağı öngörülmektedir.^{1,4,7}

Ülkemizde yapılmış olan 2003 Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik (UHY-ME) Çalışması Hane halkı Araştırmasına göre; 18 yaş üzeri astım sıklığı %3.87'i olarak saptanırken bununda yaklaşık 4 milyon kişiye karşılık geldiği bulunmuştur.^{1,4,8}

Astım tedavisinin ana amacı, astıma bağlı istenmeyen sonuçları önlemek için astım kontrolünün sağlanması olarak kabul edilmektedir.^{9,10} Astım kontrolü ise, astım belirtilerinin (semptomlar, fonksiyonel bozukluklar gibi) ne derece azaldığı ve tedavinin amacına ulaşmış olup olmadığını ifade eden bir terimdir. Kontrolü sağlamaya yönelik tedavi ve korunma, kontrolün sürdürülmesi için izleme ve değerlendirme yöntemleri ile kontrolün sağlanması amaçlanır. Astım kontrolünün sağlanmasında en büyük etkenlerden biride hastalarda hastalık algısının doğru şekilde ifade edilebilmesidir.^{2,11}

Tıbbi literatürde hastalık algısının, hastalıkla bahsetme, tıbbi tedavi kullanımını ve tedavi etkilerini değerlendirme ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.¹² Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmalara göre, içsel kontrol algısı yüksek olan kişilerde hastalığın gidişi daha iyidir.^{13,14-19}

Hastalık algısının diyabetli hastalarda yaşam kalitesini ve hastalığa uyumunu etkileyerek, hastada depresif bozukluklara neden olduğu bulunmuştur.^{13,20} Yapılan başka bir araştırmada meme kanseri olan hastaların verdikleri psikososyal tepkilerin gerçekte hastalığı algılayışları ile ilişkili olduğu bulunmuştur.^{14,21} Bu sonuçlar fiziksel hastalığı olan kişilerin etkin tedavisi için hastalığı nasıl algıladıklarını öğrenmenin önemini ortaya koymaktadır.

Hastaların hastalık algısı değerlendirilerek, hastalıklarına ait algılarının olumlu yönde gelişmesi sağlanarak, kendi kendilerini yönetebilme, kronik hastalığın oluşturduğu duygusal durumla baş edebilme ve kronik hastalığa eşlik eden günlük streslerin üstesinden gelebilmeleri için problem çözme becerileri kazandırılabilir.¹⁶ Kronik hastalıklar; ilerleyici, tedavi edilemez, fonksiyonları zayıflatan, tekrarlayıcı belirtileri olan bireylerin yaşam düzeninde değişikliğin sürekli olduğu, hastalıkla ilişkili uyum için gayret ve istek gerektiren sağlık problemleridir.^{5,22 (105-108),23(193-197)}

Bazı hastalar hastalıklarını tamamen negatif algılamakta ve özgürlüklerinin sınırlandığını ifade etmektedir. Kronik hastalarda hastalık algısının doğru şekilde ifade edilememesi durumunda hastaların, hastalıklarının kontrolünde yetersiz kaldıkları bilinmektedir.^{10,13,24}

Hastaların kronikleşmiş hastalıkları hakkındaki görüşleri sağlık profesyonelleri tarafından nadiren sorgulanmakta ve hastalar hastalıkları hakkındaki inanışlarını çoğu zaman ifade etmemektedirler. Oysaki yapılan araştırmalar bireylerin hastalıklarını doğru

şekilde algıladıklarında hastalığın kontrolünün daha etkin olarak sağlanabildiğini tespit etmiştir.^{24,25}

Bu noktada sağlık profesyonelleri arasında yer alan hemşireler; hastanın, birey olarak hastalığına dair yorumunu, algısını, ortaya koyduğu duygusal ve davranışsal tepkilerini, hastalıkla baş etme biçimlerini, psikososyal tepkilerini hastalıklarının yönetimini ve kontrolünü sağlamak açısından sorgulayarak yaklaşmalıdırlar.

Bu araştırma, astım hastalarının hastalık algısının astım kontrolü üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Astım

Astım, hava yollarının kronik inflamatuvar bir hastalığıdır.^{3,22(s.410),23(s.378),26,27} Bu inflamasyonda mast hücreleri, eozinofiller ve T-enfositler başta olmak üzere değişik hücreler rol oynamaktadır. İnflamasyon, hastalarda tekrarlayan ataklar halinde özellikle gece ve/veya sabah hırıltılı solunum, nefes darlığı, göğüste sıkıntı hissi ve öksürük semptomlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır.^{1-4,22(s.411), 23(s.380)}

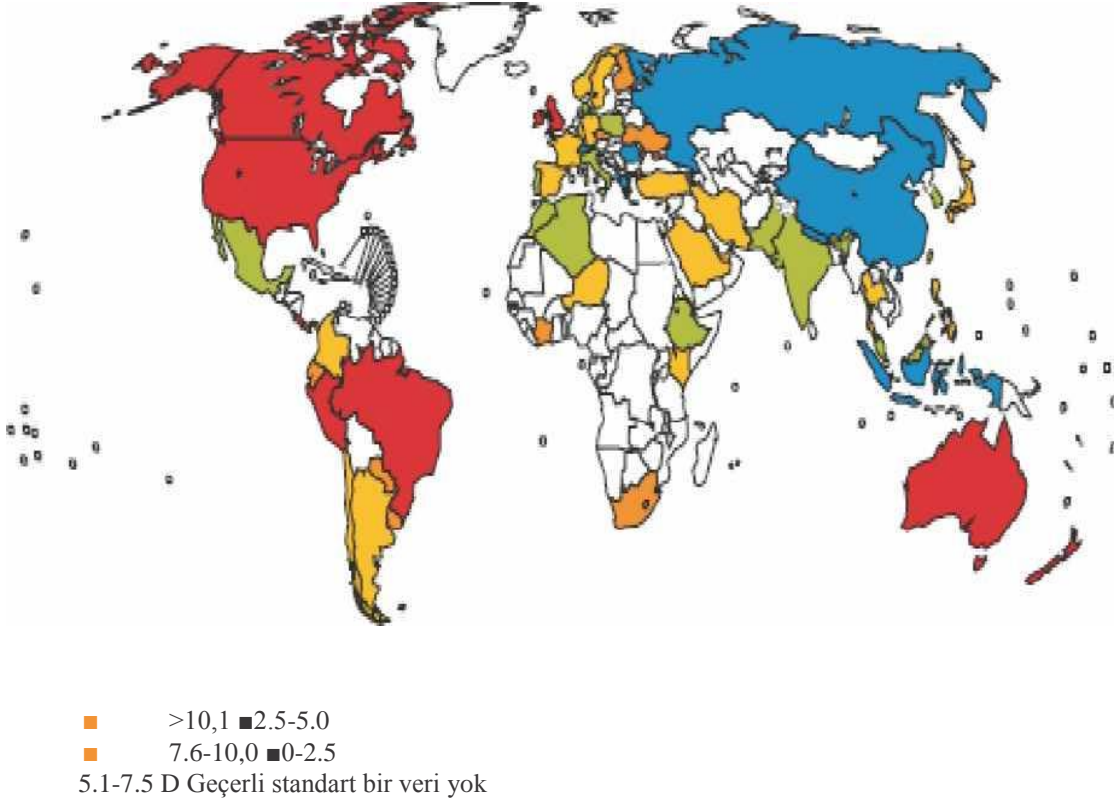
Kronik inflamasyon, ayrıca hava yollarının uyarılara karşı duyarlılığının artmasına, inflamasyonu, bronşun aşırı duyarlılığı ve difüz, geri dönüşümlü hava yolu obstrüksiyonu astımın temel özelliklerini oluşturmaktadırlar.^{4,6,28}

2.2. Astımın Epidemiyolojisi

Dünya genelinde 300 milyon astım hastası bulunmaktadır.³ ISAAC tarafından 56 ülkeyi kapsayan bir araştırmaya göre astım sıklığının en yüksek görüldüğü ülkeler İngiltere, Yeni Zelanda, Avustralya ve İrlanda Cumhuriyetidir. Görülme sıklığının en az olduğu ülkeler ise Doğu Avrupa Ülkeleri, Endonezya, Yunanistan, Çin, Tayvan ve Özbekistan'dır.⁶ Ülkeler arasında farklılıklar gösterse de dünyada yılda 250.000 kişinin astım nedeni ile öldüğü ve son 40 yıl içinde tüm dünyada astım ve alerji prevalansı arttığı gösterilmiştir.^{3,5,7} Modern yaşam biçiminin benimsenmesi ve şehirleşmenin artmasıyla bu prevalansın giderek artacağı düşünülmekte ve 2025 yılına dek 100 milyon kişinin daha astım olacağı öngörülmektedir.^{3,5-7}

Ülkemizde ise 2003 Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik (UHY-ME) Çalışması Hane Halkı Araştırmasına göre astım, ulusal düzey yaş grubu dağılımında 0-14 yaş grubu içerisinde erkeklerde %0.2 oranı ve 15-59 yaş grubu içerisinde astım %1.3 oranı ile ölüme neden olan hastalıklar içerisinde olup, ölüme neden olan ilk 20 hastalık içinde yer almaktadır.^{6,8}

Türkiye'de astım prevalansının gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi artış gösterdiği anlaşılmaktadır. Ülkemizde astım prevalansı batılı gelişmiş ülkelere göre düşük, Doğu Avrupa ve Asya'daki birçok ülkeden ise daha yüksektir.^{6,30}



Şekil 2.1. Astım Prevalansının Dünya Haritası^{3,5}

2.3. Astım İçin Risk Faktörleri

Astım gelişiminde, kişisel ve çevresel faktörler etkileşerek hastalığın ortaya çıkmasına neden olur.^{3,4}

2.3.1. Kişisel faktörler

a) **Genetik:** Astımın genetik bir hastalık olduğuna dair yeterince kanıt bulunmakla birlikte ailesel birikim göstermesi, tek yumurta ikizlerinin ikisinde birden astım görülme oranının (konkordans) çift yumurta ikizlerinden daha fazla olması astımın genetik geçişli bir hastalık olduğunu destekleyen bulgulardır.^{4,31}

Anne veya babadan birinin astımlı olması durumunda çocukta astım görülme riski %20-30'a yükselmekte, anne ve babanın her ikisinin astımlı olması durumunda ise bu risk %60-70'lere ulaşmaktadır.^{1,4,30,31}

b) Cinsiyet: Erkek cinsiyet çocukluk yaş grubu için astım açısından risk oluşturmaktadır. Ergenlik döneminden önce astım erkek çocuklarda kızlardan 2 kat fazla görülmektedir.^{3,4,30} Bu dönemden sonra arada fark ortadan kalkmaktadır. Yetişkin dönemde ise astım prevalansı kadınlarda erkeklerden daha fazla hale gelmektedir.^{32,33}

c) Obezite: Obezitenin astım için bir risk faktörü olduğu konusunda çeşitli araştırmalar mevcuttur. Bu araştırmalar beden-kitle indeksi yüksek olan kişilerde astımın daha fazla görüldüğünü, astım gelişme riskinin, obezlerde obez olmayanlara göre 2.7 kat arttığını göstermektedir.^{3,6,35}

2.3.2. Çevresel faktörler

a) Alerjenler: İç ortam alerjenlerinden ev tozu akarları, hayvansal alerjenler (kedi, köpek, hamam böceği), mantarlar, dış ortam alerjenlerinden polenler ve mantarlar duyarlılık ve astım gelişimi açısından önem taşımaktadırlar. Kişinin duyarlı olduğu alerjenle karşılaşması astım semptomlarının ortaya çıkmasına ve semptomların kalıcı hale gelmesine yol açmaktadır.^{3,4,36}

b) İnfeksiyonlar: Solunum sistemi enfeksiyonlarının astımla ilişkileri oldukça karmaşık ve hatta çelişkilidir. Yaşamın erken döneminde geçirilen enfeksiyonların atopi gelişimine karşı koruyucu ve astım riskini azaltıcı etkileri olabileceği öne sürülmektedir.^{3,4,36-38} Örneğin büyük kardeşleri ile yetişen veya kreşe devam eden çocuklarda enfeksiyon riski artarken, bu durum sonraki yıllarda alerjik hastalık ve astım gelişimine karşı koruyucu olabilmektedir.^{3,38} Ancak atopi ve viral enfeksiyonlar arasındaki ilişki karmaşıktır.³⁹ Bununla birlikte çocukluk çağında geçirilen viral solunum sistemi enfeksiyonları ile ileride astım gelişimi arasında anlamlı bir korelasyon

olduğu da öne sürölmektedir. Ayrıca akut viral solunum sistemi enfeksiyonları hem çocuk hem de erişkin yaş grubunda astım semptomlarında artışa yol açmaktadır.^{3,4,38,39}

c) Sigara dumanı maruziyeti: Sigara dumanına maruziyet astımlılarda akciğer fonksiyonunun azalmasını hızlandırmakta, astım şiddetini arttırmakta, hastaların inhale ve sistemik tedaviye yanıt vermesini ve astımın kontrol altına alınma olasılığını azaltmaktadır.^{3,40} Sigara içen annelerin bebeklerinde yaşamının ilk yıllarında hışıltılı solunum ile seyreden hastalık gelişme riski 4 kat fazla bulunmuştur.^{4,41} Pasif sigara dumanı maruziyeti bebeklik ve çocukluk çağında alt solunum yolu hastalığı riskini artırmaktadır.^{41,42} Astımlı hastaların aktif sigara içimi, semptomların şiddetlenmesine, FEV1 düşüşünün hızlanmasına, steroidlere yanıtın azalmasına, ölümcül astım riskinin artmasına ve hava yolu inflamasyonunda değişikliklere yol açar.^{6,30,40}

d) İç ve dış ortam hava kirliliği: Hava kirliliği ve astım gelişimi arasındaki ilişki kesin değildir. Hava kirliliği olan bölgelerde yaşayan çocukların akciğer fonksiyonlarının azaldığı gösterilmiş ama astım gelişimine neden olduğu gösterilememiştir. Hava kirliliğinde artışla bağlantılı olarak astım alevlenmelerinin de arttığı gösterilmiştir. Bu durum, hava kirliliğine yol açan maddelerde meydana gelen genel bir artışa ya da bireylerin duyarlı olduğu özgül alerjenlerin artmasına bağlı olabilmektedir.⁴

e) Mesleksel ajanlar: İş ortamında maruz kalınan etkenler nedeniyle oluşan astım “mesleksel astım” olarak adlandırılmaktadır.^{43,44} Astım endüstrileşmiş ölkelerdeki en yaygın mesleksel solunum sistemi hastalığı olup mesleksel duyarlaştırıcıların çalışma yaşındaki erişkin astımının yaklaşık 10'da birinden sorumlu olduğu tahmin edilmektedir.^{4,43,44}

f) Beslenme: Anne sütünün atopik hastalık gelişimi üzerinde olumlu bir etkisi tam olarak bilinmemekle birlikte, bu konuda yapılan araştırmalarda anne sütü ile

beslemenin diğerk tüm yararlı etkilerinin yanı sıra alerjiye karşı koruyucu etkisi olabileceği sonucuna varılmıştır. İnek sütün ile beslenen çocuklarda erken çocukluk döneminde hışıltılı solunum gelişme oranı anne sütün ile beslenenlere kıyasla daha yüksek bulunmuştur.^{4,34,45} Epidemiyolojik çalışmalar diyetlerinde omega-3 yağ asitlerinden zengin bir besin olan balığa sıkça yer veren toplumlarda astım semptomlarına daha az rastlandığını ortaya koymuştur.^{4,34,35,45}

2.4. Klinik Bulgular

Bronşial astımın klinik şekilleri çok farklılık gösterir. Her astımlı hastanın kendisine göre bir klinik şekli ve şiddeti olduğu söylenebilir. Hastalarda astım kliniği çok hafif tablolardan, hayatı tehdit eden durumlara kadar değişiklik gösterebilir.⁴

Astımda en önemli semptomlar nefes darlığı (derin soluk almada zorluk, tam ekspirasyon yapamamak, solunumun hissedilir duruma gelmesi ve efor gerektirmesi) hışıltı, göğüste baskı hissi ve öksürüktür. Kuru öksürük ve/veya hışıltı en yaygın semptomdur.^{4,35} Kronik öksürük, bazen astımlı olgularda tek başına görülebilmektedir. Kronik öksürük nedenlerini araştıran prospektif çalışmalarda vakaların % 6,5-57'sinde astımın sadece öksürükle ortaya çıktığı saptanmıştır. Bu astım tipine öksürük variant astım denilmektedir.⁴ Üç haftadan uzun süren öksürüklerde ayırıcı tanıda astım akla gelmelidir. Öksürük genelde nonproduktiftir. Akut astımlı hastanın balgamı, tedaviye yanıt alınana kadar az ve yapışkandır, sonra bol sulu bir görünüm alır. Astım krizlerinin uzun süre tekrarlanması kronik amfizeme yol açar.^{4,35}

Astım hastalarının solunum güçlüğu atakları ve öksürükleri gece veya sabaha karşı daha belirgin olur. Bunun nedeni gece ve sabaha doğru akciğerklerin görevinin yavaşlaması, beden ve solunum yolları ısısının düşmesidir. Ayrıca, yatak odasındaki alerjenler, akşam yemeğinin fazla yenmesi, yatmaya yakın yiyecek ve içecek alınması, yağlı yemek yenmesi ve regürjitasyon da atakları başlatabilir.^{4,35}

2.5. Astım Atağı

Astım atağı, astımlı bir hastada hızlı ve ilerleyici olarak astım semptomlarının ortaya çıkması ya da bu semptomların artması ile birlikte solunum fonksiyon parametrelerinin bozulması durumudur.^{4,28-31} Astım atakları akut başlayan ve acil müdahaleyi gerektiren klinikte en sık karşılaşılan durumdur.⁴⁶ Astım atağı sırasında dispne, öksürük, solunum seslerinde azalma, wheezing, taşipne, ekspiryumda uzama, yardımcı solunum kaslarının kullanımı, derinin nemli ve kızarmış görüntüsü, mukoz membranlarda kuruma görülebilir. Hipoksiye bağlı periferik siyanoz olabilir; taşikardi ve pulsus paradoksus, solunum yetmezliğine bağlı letarji ve ajitasyon gelişebilir. Hasta yürümede konuşmada güçlük çeker, karın kaslarının ve diafragmanın zorunlu kullanımına bağlı olarak karın ağrısı görülür Astım tanısı ile izlenen tüm hastalarda atak gelişme riski vardır.^{4,47,48}

Ataklar arasında hasta semptomsuz olabilir ve fizik muayenede akciğer hastalığı ile ilgili bulgu olmayabilir. Bununla birlikte, sık tekrarlayan ataklardan sonra solunum yollarında kalıcı hasar oluşmuş ise atak dışında da belirtiler görülebilir.⁴ Atakların sıklığı, şiddeti, gece semptomlarının varlığı, semptomların günlük aktiviteler üzerindeki etkileri, ataklar arasındaki solunum fonksiyonel testi (SFT) değişiklikleri, ilaç gereksinimi göz önünde tutularak Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü (NHLBI, National Heart, Lung and Blood Institute) uygulama rehberine göre astım, hafif intermittan (aralıklı), hafif, orta ve ağır persistan (inatçı) olarak dört kategori olarak sınıflandırılır.^{3,4}

2.6. Astım Tanısı

Astım tanısı anamnez, fizik muayene, solunum fonksiyon testi ve diğer laboratuvar tetkikleri ile konulur. Astım sıklığı ve şiddeti büyük ölçüde kişiden kişiye ve aynı kişide farklı zamanlar arasında değişkenlik gösterebilir. Bu nedenle ilk kez yapılan

muayene veya solunum fonksiyon testlerine dayanarak astım hastalığı var/yok denemez.^{3,4,42}

2.6.1. Solunum Fonksiyon Testi

Astımın tanısı genellikle bu hastalığın karakteristiği olan semptomların varlığı ile konur. Bunun yanında solunum fonksiyonlarının ölçümü; hastalık tanısını koymak ve ağırlığını belirlemek, tedavi sırasında ise hastanın en iyi değerlerini belirlemek için uygulanır. Daha sonraki izlemlerinde rutin olarak yapılması önerilmemekle beraber semptomlar ortaya çıktığında tekrarlanabilir.³

Hava akımı kısıtlanmasını ve reverzibilitesini ölçmek ve astım tanısını koymak için önerilen yöntemlerden biri olan SFT ölçümünde FEV1: %80 ve üstü normal (intermitant) FEV1: % 80 ve altındaki değerler düşük olarak değerlendirilmekle birlikte FEV1:%80-60 orta persistan ve FEV1:%60'ın altındakiler ağır persistan olarak değerlendirilir.^{3,4}

2.7. Astım Tedavisi

Astım tedavisi uzun hatta yaşam boyu sürdürülebilmektedir. Bu süreçte hasta ve ailesinin işbirliği, hastalığa uyumları ve eğitimleri tedavinin başarıya ulaşmasında büyük öneme sahiptir. Kronik bir hastalık olan astımında tedavi sürecinde sağlık personeli, hasta ve ailesine sorumluluklar düşmektedir. Astım tedavisinin amaçları şunlardır.^{4,26,28,30}

- Kronik ve sıkıntı veren tüm semptomları önlemek, “normal” veya normale yakın akciğer fonksiyonlarını sağlamak,
- Egzersiz ve bedensel aktiviteler dahil normal günlük yaşantısını sağlamak,
- Tekrar eden astım ataklarını önlemek ve hastaneye yatırılma ya da acil servise başvurma sıklığını en aza indirmek,
- Tedavide yan etkisi en az, ya da hiç olmayan ilaçları seçmek,

- Astım tedavisi ile hastaların ve ailelerinin beklentilerini karşılamak ve hastaları ve aileleri tam anlamıyla tatmin etmektir.⁴

Bu amaçlar doğrultusunda; astımın tedavisi; hasta eğitimi, çevresel kontrolün sağlanması ve ilaç tedavisini içermektedir.^{19,26}

a. Hasta Eğitimi: Astımda hasta eğitiminin hastalık kontrolü ve hasta uyumu üzerinde önemli bir katkısı olduğu bilinmekte ve birçok çalışma sonucu da bunu desteklemektedir. GINA 2012 revizyonunda; hasta eğitiminin sağlık bakım profesyonelleri tarafından verilmesi ve bu eğitime ek olarak, küçük yaş gruplarında ebeveynleri ve bakım verenlerini, adölesan yaş grubunda ise akran destek gruplarını da içermesi önerilmektedir. Eğitimin en önemli amacı olarak; astımlı bireyin, ailesinin ve diğer bakım verenlerinin eğitilmesi yoluyla sağlık profesyoneli tarafından geliştirilen tedaviye ve ilaç kullanımına uyumun artırılması ve sağlanan bu uyumun korunması/sürdürülmesidir.² Eğitimin içeriği; astımla ilgili temel bilgiler, ilaç ve ilaç kullanımı ile ilgili bilgiler, tedavide araçların kullanımı (pefmetre, spirometre, kullanımı beceri gerektiren diskus, aerolizer, turbuhaler vb.), bireysel izlem ve acil durumlar için eylem planlarını mutlaka kapsamalıdır.^{3,11,26}

b. Çevresel kontrolün sağlanması: Astım tedavisinin en önemli adımlarından biri, tetikleyen faktörlerin saptanıp (alerjenler, viral enfeksiyonlar, hava kirleticiler ve ilaçlar gibi), ortamdaki uzaklaştırılmasıdır. Bu sayede atak sayısı, semptomlar ve ilaç kullanımı azalabilir. Çevresel kontrolün sağlanması aynı zamanda sekonder profilaksi olarak da adlandırılmaktadır.^{3,26,49}

c. İlaç Tedavisi: Astım tedavisinde kullanılan ilaçlar; Kontrol edici ilaçlar ve semptom giderici ilaçlar olarak ikiye ayrılır.^{3,4}

1) Kontrol edici ilaçlar; İlaç tedavisi ile kronik inflamasyonun kontrol altına alınması ve bronş düz kas spazmının düzeltilmesi hedeflenir. Bu amaçla hava yolu

inflamasyonunu baskılamak için kullanılan ilaçlardır. Kontrol edici ilaçların etkisi çok yavaş ortaya çıkar. Bu nedenle bu ilaçlar her gün düzenli kullanılmalıdır. Bu gruptaki ilaçlar; inhaler ve sistemik steroidleri, lökotrien antagonistleri, inhaler steroidler ile birlikte kullanılan uzun etkili beta 2-agonistleri, yavaş salınan teofilin, kromonlar, anti-IgE ve sistemik steroid dozunun azaltılmasını sağlayan diğer ilaçları içerir.^{4,26}

2) Semptom giderici ilaçlar; bronkospazmı gidermek için kullanılan ilaçlara denir. Etkisini çok çabuk gösterir ancak altta yatan duyarlılığı azaltmaz. Bu gruptaki ilaçlar sürekli kullanılmazlar.^{3,4,11} Bu gruptaki ilaçlar; hızlı etkili beta 2-agonistleri, inhaler kısa etkili antikolinajik ilaçlar, kısa etkili teofilini ve kısa etkili oral beta 2-agonistleri içerir.^{3,4} İlaç tedavisinin etkinliği büyük oranda kullanılan inhalerlerin doğru bir şekilde ve uygun dozlarda alınmasına bağlıdır.

Yapılan çalışmalarda doğru şekilde kullanılmayan inhaler ilaçların, hastalık yönetimi ve hasta uyumunu olumsuz şekilde etkilediği, bu nedenle hastalığı kontrol altına almayı güçleştirdiği saptanmıştır. Aynı zamanda, hastaların uygulanan tedavinin beklenen ve olası yan etkilerinin neler olabileceği ve bu yan etkilerin nasıl en aza indirilebileceği veya bu durumda neler yapması gerektiği konusunda sosyokültürel düzeyine uygun bir şekilde bilgilendirilmesi; hem hastanın tedaviye katılımını, hem de kontrol duygusunu artıracak için tedavinin büyük oranda başarılı olmasını sağlayacaktır.^{3,4,26,49} Ancak; tedavinin yetersiz kaldığı, tedavinin bırakıldığı, hastanın astımını tetikleyici bir faktöre maruz kaldığı, riskli hasta grubunda bulunduğu (ilave kronik hastalığının olması, daha önce hayatı tehdit edici atak geçirmesi, sık hastaneye yatma/acile başvurma, oral steroidi yeni kesmiş olma, psikiyatrik hastalığın olması vb.) durumlarda hasta, astım atağı geçirebilir.^{3,4,26,49}

Astım tedavisinin yönlendirilmesi açısından, klinik bulgular (şiddeti) ve solunum fonksiyon testlerine dayalı bir sınıflama yapılmaktadır. GINA da ise; bu sınıflamanın

(intermittant; hafif, orta ve ağır persistant) sadece klinik çalışmalarda kullanılmasını, klinik izlem ve tedavinin yönlendirilmesinde kullanılacak sınıflamanın (a) kontrol altında, (b) kısmen kontrol altında, (c) kontrol altında değil şeklinde kontrol düzeylerine göre yapılmasını önermektedir.^{3,4}

2.8. Astım Kontrolü

2.8.1. Bireysel Kontrol

Çevresel risk faktörleri ile temasın ortadan kaldırılması veya azaltılmasına yönelik önlemlerin alınması, astım semptomlarını kontrol altına almada ve atakların önlenmesinde önemlidir.⁴ Astımlı hasta ve hasta yakınlarının alması gereken başlıca önlemler şunlardır

- Özellikle hastanın yatak odasında bulunan halı, kilim, battaniye ve kumaşla kaplı mobilyalar kaldırılmalıdır.

- Evde ahşap, deri, plastik ve vinleks kaplı eşyalar ve mobilyalar kullanılmalıdır.

- Nevresim, arşaf ve yatak kılıfları düzenli olarak haftada bir kez sıcak su ile (55°C zeri) yıkanmalıdır. Battaniye ve perdeler 3 ayda bir yıkanmalı veya temizlemeye verilmelidir. Özel yatak kılıfları kullanılabilir.

- nemli bir akar kaynağı olan tüylü yumuşak oyuncaklar evden uzaklaştırılmalıdır.

- Evde hayvan bulundurulmamalıdır. Evde beslenen hayvanların idrar, tüy ve salyası alerjik reaksiyonlara yol açabilir.

- Ev içi nem oranını (%60'ın altında) düşük tutmak amacıyla ev içerisinde çamaşır kurutulmaması, mutfak ve banyo kapısının kapalı tutulması uygundur. Ev içi temizlik toz kaldırmadan yapılmalıdır. Hamam böceklerine karşı evin sürekli temizlenmesi ve ilaçlanması gerekir. Ortamda yemek artıkları ve p bulunmamalıdır.

İlaçlamanın düzenli aralıklarla ve mutlaka hastanın evde olmadığı sırada yapılması gereklidir. Küf mantarlarına karşı evde rutubetin önlenmesi önemlidir.

- Sigara dumanı, saç spreyi, boya, cila ve egzoz dumanı gibi irittan uyarılardan uzak durulmalıdır. İşyerlerinde sigara içilmesi önlenmeli ve astımlılara sigarasız ortamda çalışmaları yönünde rapor verilmelidir.

- Hava kirliliğinin olduğu dönemlerde gereksiz fiziksel aktiviteden kaçınılmalıdır. Açık havada ve özellikle soğukta egzersiz yapılmamalıdır.

- Enfeksiyonlar korunmak için solunum yolu enfeksiyonu olan kişilerle temastan kaçınılmalı, her yıl Eylül veya Ekim aylarında grip aşısı olmalı, enfeksiyonlar sırasında inhale steroid dozunu artırması veya gerekirse oral steroidlerin tedaviye eklenmesi, viral enfeksiyonlarda gereksiz antibiyotik kullanımından kaçınılması önerilir.

- Eğer besinlere bağlı reaksiyonlar söz konusu olursa bu gıdalardan kaçınmak gerekir. Sıklıkla bazı besinlere eklenen sülfite, tartrazin, benzoat ve monosodyum glutamata bağlı ortaya çıkabilir. Sülfite patates cipsleri, konserve karidesler, kuru yemişler, bira ve şaraplarda; monosodyum glutamat ise hazır çorbalarda ve Çin yemeklerinde katkı maddesi olarak bulunabilir

- Düzenli aralıklarla sağlık kontrollerine gidilmeli.^{2-4,36,38,41}

2.8.2. Astım Kontrolü Takibi

Astımın kontrol altında olmasıyla, hastalığın semptomlarının kontrol altına alınmasını sağlamanın yanı sıra akciğer fonksiyon testlerini normal sınırlara getirmek, astım atak ve acil servise başvuru sayısını azaltmak, olası risk faktörlerinin etkisini azaltmak ve hastaların yaşam kalitelerini yükseltmek amaçlanır.⁵⁰

Astımın kontrol altında olma göstergeleri olan testler indükte balgamda, bronş sıvılarında ve biyopsilerde eozinofil incelenmesi, ekspirasyon havasında nitrik oksit

ölçümleri gibi pek çok test vardır. Ancak bu testlerin uygulanması zor, zaman alıcı ve pahalıdır ve her yerde erişilmesi mümkün değildir. Bu testlerin yerine daha basit yöntemlerle hastalığın kontrolü önerilmektedir. Önerilen bu testlerden biride astım kontrol testidir(AKT).^{9,10, 51}

2.9. Astım Kontrol Testinin Geliştirilmesi

Astımda kontrol; astımlı hasta ve ailelerinin günlük yaşam aktivitelerini etkin ve kaliteli bir şekilde gerçekleştirebilmelerini sağlamaktır.^{4,10} Astım kontrolünün amacı, özellikle PEF değeri olmak üzere akciğer fonksiyon testlerini normal sınırlara getirmek, astım atak ve acil servise başvuru sayısını azaltmak, risk faktörlerini belirlemek, olası risk faktörlerinin etkisini azaltmak ve hastaların yaşam kalitesini yükseltmektir.^{3,4,50}

Dünya Sağlık Örgütü ve National Heart, Lung, and Blood Institute (Ulusal kalp. Akciğer ve Kan Enstitüsü) tarafından hazırlanan ve yenilenen GINA rehberi, astımın kontrol ve korunmasına yönelik global stratejileri içermektedir. Bu rehberin son düzenlenmesinde, astımın başarılı bir şekilde tedavisine, tedavide yeni sınıflamanın kullanılmasına, astımın kontrol altında tutulmasına, sağlık personeli ile hasta arasındaki iletişimin geliştirilmesine ve hasta eğitime odaklanılmıştır.^{3,4,6,52}

Sağlık profesyonelleri hastanın etkin tedavisinde ve bireysel astım kontrolünde önemli görevlere sahiptir. İlaç kullanımı, akciğer fonksiyonları, planlanmamış sağlık bakımı gibi astım kontrolünü etkileyen durumlar sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirilmelidir.⁵³

Tüm bu nedenlerden dolayı astım kontrolünü pratik olarak yansıtabilecek bir anket oluşturulması amacıyla bir çalışma dizayn edilmiştir. Bu çalışmada, özet olarak hasta bazlı bir sistem oluşturularak astım kontrol seviyesinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Kontrolü sağlanan kişide ise kontrolün sürekli olması için hasta yakından izlenmelidir. Kontrol düzeylerini belirlemek için oluşturulmuş ölçümler

mevcuttur, bu ölçümler ulaşılması planlanan hedefleri puanlamakta ve farklı astım kontrol düzeylerini saptamaya yarayan sayısal değerler sağlamaktadır.³

GINA'da onaylanmış kontrol değerlendirme anketleri; Astım kontrol anketi (ACQ), Astım tedavi değerlendirme anketi (ATAQ), Astım kontrol puanlama sistemi ve Astım Kontrol Testi (AKT)'dir.^{3,4,9,10,51} AKT, yüksek sensivite özelliği nedeni ile kontrolsüz vakaları, düşük spesifisite özelliği nedeni ile tam kontrolde olan olguları tespit etmede daha başarılı bulunmuştur.^{10,51}

2.10. Hastalık Algısı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, fiziksel ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlar. Bu tanımda eleştirilen yönlerde vardır. Örneğin insanın hem bedensel hem sosyal hem de ruhsal olarak iyiliğin bir ölçüde ölçülüp gösterilmesinin mümkün olmadığı “tam bir iyilik halinin ne olduğu sorgulanmasından bahsedilir. Bu noktada bireyin kendini nasıl algıladığı noktası devreye girmektedir.^{22(s.79,80)}

Hastalıkla baş etme ve mücadelede kişinin hastalık algısı sağlığın ruhsal ve sosyal yönünü doğrudan etkilemektedir. Hastalık, hastanın rahatsızlığını algılaması ve hastalığı ile ilgili sahip olduğu deneyimler ile şekillenir. Hastalık algısı bakımından içsel kontrolü olan kişilerde hastalık gidişatı olumlu yönde etkilenmektedir.^{13,14,21,54}

Kimi insan, hastalıkla mizah duygusu ve cesaretle yüzleşirken, kimisi de anksiyete, öfke, korku veya umutsuzluk gibi duygular yaşayabilmektedir.^{14,21,54}

Hasta hastalığını mücadele edilmesi gereken, meydan okuyan bir durum olarak gördüğünde, aktif olarak başa çıkmaya uğraşır. Bu durumda hasta, amaçlı, fiziksel aktivitede değişiklik yapma, tedavi ve işbirliği arayarak hastalığa uyumlu davranışlar gösterir. Bu tutum ve anlam çoğunlukla arzu edilen olduğundan, teşvik edilmelidir.^{14,21,54}

Hastanın hastalık algısı fiziksel özelliklerine, hastanın bireysel özelliklerine, çevrenin desteğine göre değişkenlik gösterir. Yapılan araştırmalara göre hastaların büyük çoğunluğu daha çok kronik bir hastalığı algılamakta güçlük çekmektedir. Geçmişteki hastalıklar hızlı bir şekilde iyileşmişken, kişi uzun süre tedavi gerektiren bir durumla yüzleştiğinde kendisini engellenmiş hisseder. Kişideki iyileşme olgusunun tamamıyla asla gerçekleşmeyeceği duygusu anksiyeteye ve bu durum da kişinin yaşam kalitesine etki eder. Örneğin diyabet hastalığını doğru algılamış bir hasta tedavisindeki işbirliği ve pozitif yaklaşımıyla normal yaşantısına devam ederken, hastalığını kısıtlayıcı ve yetersizlik olarak algılayan hasta sosyal yaşantısında da bir geri çekilme isteği yaşar.^{14,21}

Hastalık algısı bazen de hastada hak ettiği bir ceza olarak algılanabilmektedir. Kişi geçmiş yaşantılarının neticesi olarak kendisinin cezalandırıldığına inanabilir. Bu suçluluk duygusunun varlığı hastalığın tehdit, zarar verici, kayıp ve ceza olarak algılanması tedavi sürecini olumsuz yönde etkiler.^{14,22 54,55}

Türkiye’de 1000 kişiye düşen doktor sayısı: 1.6 kişi ve yine 1000 kişiye düşen hemşire sayısı 1.5 kişinin olması, istedik tedavi ve bakıma ulaşmak çokta mümkün gibi görünmediğinden,⁵⁶ bütüncül yaklaşım çerçevesinde hastanın hastalık algısı oluşturmada gerekli desteğin verilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır.^{23(s.54-56),57} Hastanın hastalığı hakkında yeterli bilgiye ulaşmasını sağlamak baş etmesini kolaylaştıracağından, felaketçi algıyı engelleyeceğinden dolayı hastalık hakkındaki tepkilerini de olumlu yönde etkileyecektir. Bilginin yetersiz olması ya da bilgi verilmemesi ise anksiyete düzeyinin artmasına neden olur, buda hastanın tedaviye uyumunu güçleştirir, dolayısıyla iyileşme sürecini geciktirir.^{13, 14,16 ,17, 21}

Tüm bu nedenlerden dolayı hastanın hastalığa tepkisini etkileyen faktörlerden biri olan hastalık algısının oluşumuna destek olunmalı ve hastalık algısını bilmek

gerekmektedir. Hasta için hastalığın anlamını bilmemiz hastanın duygularını ve davranışlarını daha iyi anlamamıza yardım eder.^{13,14,16, 54}

Hastalık algısının diyabetli hastalarda yaşam kalitesinin ruhsal boyutuyla ilişkili olduğu, osteoartrit hastalarında öz-yönetimi etkilediği, astım ve hemofili hastalarında ilaca uyumu ve miyokart enfarktüsü hastalarında yaşam kalitesinin belirleyicisi olduğu saptanmıştır. Meme kanseri olan hastalarda hastalık şiddetinden çok, hastalık algısının tedaviye verilen psikososyal tepkiyi belirlediği bildirilmiştir.^{13,14}

Sonuç olarak yapılan araştırmalar şunu göstermektedir. Tedavi sürecini oluşturan etkenlerden biri olan hastalık algısı, tedavinin kalitesini ve başarısını olumlu yönde etkileyen, göz ardı edilemeyecek önemli bir faktördür.^{13-17, 21, 25,58}

2.11. Hastalık Algısının Bileşenleri

Hastaların mental modeller geliştirme yolu hakkında tutarlı modelleri bulunmaktadır. Önceki çalışmalar 5 ana bileşen saptamıştır.^{25,58}

- Hastalığın kimliği
- Nedensel inanışlar
- Zamansal inanışlar
- Kontrol veya tedavi hakkındaki inanışlar
- Sonuçlar

Hastalık algısının etkileyici yönü, aynı hastalıklara ya da problemlere sahip olan hastaların oldukça farklı algılarının olması ve bu algıların bazı hastaları yanlış yollara yönlendirebilmesidir.

2.11.1. Hastalığın kimliği

Hastalar genellikle durumlarıyla ilişkilendirdikleri semptomlarda aynı zamanda hastalıklarıyla ilgili yorumlar oluştururlar. Örneğin çoğu insan soğuk algınlığı ya da besin zehirlenmesi gibi kısa semptomlu yaygın hastalıklarla ilgili düşünceler

geliştirmişlerdir; fakat uzun bir tedavi süreci gerektiren hastalıklara gelince belirsiz fikirleri vardır. Buna rağmen hastalar tanı aldıklarında hastalığın sebep olduğu semptomlar hakkında zamanla inançlar geliştirirler. Hastalar sıklıkla tedavinin yan etkileri ya da hiçbir ilişkisi olmasa bile görülen semptomlar hakkında yanlış yorumlar yapabilirler.⁵⁸

2.11.2. Nedensel inanışlar

Tanı aldıktan hemen sonra hastalar, hastalığın neden geliştiği ile ilgili nedensel inanışlar oluştururlar.⁶⁰ Nedensel inançlar, hastaların kendi durumlarıyla ilgili araştırdıkları tedavi yöntemini etkilemede veya mantıklı yollarla hastalığın kontrol altında tutulması için gereken değişikliklerde önemlidir. Mesela bir kalp hastası hastalığının nedenini sigara içmek ya da çok yağlı beslenmek gibi fakir sağlık koşullarına bağlıyorsa bu davranışlarını değiştirmeye çalışma olasılığı daha yüksektir veya stresin neden olduğunu düşünüyorsa işini bırakabilecektir.⁵⁸

2.11.3. Zamansal inanışlar

Hastalar genellikle akuttan kroniğe değişen durumları hakkında zamansal inanışları kabul ederler. Mesela astımlı hastalarda olduğu gibi hastalar hastalığının artmasını son zamanlarda maruz kaldıkları çok fazla alerjene bağlayabilirler. İlaç alımı ile zamansal inanış önemli ilişkiye sahiptir. Akut hastalar, kronik hastalara göre ilaçlarını ve tedavilerini daha erken terk etme eğilimindedirler.⁵⁸

2.11.4. Kontrol veya tedavi hakkındaki inanışlar

Zamansal ve nedensel ilişkiler kontrol veya tedavi hakkındaki inanışlarla yakından ilişkilidir. Genellikle kontrol inanışlar, hastanın kişisel kontrole nasıl duyarlı olduğunu ve tedavi ile nasıl iyi kontrol edilebileceğini oluşturur. Yüksek seviyedeki kontrol genellikle kısa zamansal algıyla ilişkilidir.⁵⁸

2.11.5. Sonuçlar

Hastalık algısının son bileşeni, hastaların hastalığının sonucuyla ilişkilidir. Bu genellikle iş yaşantısında, aile yaşantısında, hayat tarzında ve ekonomik olarak yaşayacağı hastalığın etkilerini kapsamaktadır. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırmaktadır.^{15,25,58}

2.12. Astım ve Hastalık Algısında Hemşirenin Rolü

Hemşirelik; hasta bireyi bir bütün olarak ele almak, onunla bakım verici bir ilişki kurmak ve bu doğrultuda bilimsel temelli bir hizmet sunmaktır. Dolayısıyla hemşirelik yalnızca teknik işlemleri değil çok yönlü bakım sunmayı içerir.^{22(s.18-20),23(s.53,54)}

Hemşirelik bakımının temel hedefi; hasta bireyin hastalık algısının fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını olumlu şekilde etkilemesini sağlamaktır. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'ne göre hemşirelik, gerçek veya olası sağlık problemlerine kişinin tepkilerinin tanımlanması ve tedavisidir. Bu tanım hemşireliğin hareket alanının sağlık problemlerinin kendisi değil, sağlık problemlerine kişinin tepkileri olduğunu vurgular.^{22(s.3,4),23(s.53,54),26}

Astım, hasta bireylerin anlamak için ciddi bir çaba göstermesi gereken karmaşık kronik bir hastalıktır.⁶⁰ Hasta bireyler hastalığının tanımını, semptomlarını, baş etme ve korunma yöntemlerini ve remisyonunda olduğundaki korunma yöntemlerini bilmeli, hastalığının bilincinde olmalıdır.

Astımlı hastada fiziksel semptomlar yaşanmanın yanı sıra, gelecek hakkındaki bilinmezlik ve korku, gerginlik, ekonomik stres, kısıtlanmış sosyalizasyon, iletişim zorlukları gibi psikososyal sorunlarda yaşanır.⁶¹ Aynı zamanda hastalığın teşhisiyle birlikte bireyde kızgınlık, kendini suçlu hissetme, hastalıkla ilgili yas (üzüntü) tutma ve ardından depresyon gibi evreler yaşanmaktadır. Tüm bu evrelerin sonunda beklenen

bireyin hastalığı kabul etmesidir. Hastalığın kabulü tedavinin etkinliğini ve sürekliliğini olumlu etkileyecektir. Birey bu evreleri yaşarken, çeşitli etkenler nedeniyle evrelerden birinde kalabilir ya da bir önceki evreye dönebilir. Bu süreçte hemşirenin görevi, hasta bireyin yaşadığı dönemleri anlayarak, ona destek olmaktır.^{23(s.53-54),32}

Astımın kişisel veya toplumsal olarak kontrol altına alınmasında hastanın hastalığı algılama biçimi ve geliştirdiği tutumlar önemlidir. Hastalık hakkında hastayı doğru bilgilendirme ve bilinçlendirme, hastanın algılama bozukluklarını engeller ve hastalığının tam olarak anlaşılması sağlanarak astımın kontrol altına alınması sağlanır.⁶² Bu sebeple hemşirenin bilgi kaynağı olarak yararlanılma oranının %12.7 olduğu saptanmıştır.^{11,19,63} Astım konusunda hemşireler eğitici, danışman, tedavi edici, bakım verici rolleri ile hastayı kendi bakımı konusunda rehabilite etmeli ve hastanın tedaviye uyumunu sağlamalıdır.

Hemşireler astımın bireyin günlük yaşamını nasıl etkilediğini, bireyin önerilen tedaviye uyumunu ve bireyin astımın yönetiminde yeterliliklerini değerlendirerek bireysel ihtiyaçlarına göre uygun eğitimler planlamalıdır. Ayrıca hemşireler hastaların hastalık algısını değerlendirerek tedaviye uyum sağlamada hastalara yardım edebilir. Bu algıları değerlendirerek olumlu tepkileri tanımlayabilir ve hastalık ve tedavisi ile ilgili yanlış anlamaları düzeltebilir, hastaların algılarını değerlendirerek bireyin endişelerine yönelik eğitim verebilir, etkili psikolojik danışmanlık yapabilir ve olumlu algıları geliştirebilir. Bu sayede bireylerin hastalıkları ile ilgili olarak eğitilmeleri, hastalıklarını algılama düzeyinin belirlenmesi hastalığa uyum sağlamada ve tedavinin başarıya ulaşmasında büyük önem taşımaktadır.^{23(s.380-381)}

Literatürlerde hasta ve hemşire hastalıkla ilgili işbirliği içinde olduğunda hastalığın kontrolünün artacağı vurgulanmaktadır.^{64,65} Bu nedenle astım hastalarında

olduğu gibi hemşire hastayı bir bütün olarak ele almalı, hastaların hastalıklarını algılamasını ve hastalığını kontrol altına almasında hastaya büyük destekçi olmalıdır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma ilişkisel tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Elazığ İl'indeki Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği ve Özel Vizyon Fizik Tedavi, Rehabilitasyon ve Göğüs Hastalıkları Dal Merkezi'nde Haziran 2012 - Aralık 2013 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs kliniği 25 yataklı olup, 5 doktor ve 12 hemşire görev yapmaktadır. Hastanede 4 göğüs polikliniği olup, 5 tane uzman doktor rotasyonlu hizmet vermekte ve aylık ortalama 250 astım hastasına bakılmaktadır. Özel Vizyon FTR ve Göğüs Hastalıkları Dal Merkezi'nde ise bir göğüs polikliniği olup bir uzman doktor ve bir hemşire hizmet vermekte ve ayda ortalama 150 astım hastasına sağlık hizmeti verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı ve Özel Vizyon FTR ve Göğüs Hastalıkları Dal Merkezi polikliniklerine başvuran, tanı süresi en az 6 ay olan hastalar oluşturdu.

Evrenden örneklem seçiminde, olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi kullanıldı. Örnekleme bu hastalar içerisinde Haziran – Ağustos 2012 tarihleri arasında polikliniklere başvuran ve araştırma kriterlerine uyan hastalar oluşturdu.

Araştırmanın örneklem sayısı, istatistik uzmanı tarafından aşağıdaki formüle göre hesaplandı.

$$n = \frac{t^2 pq}{d^2}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p= İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t

tablosundan bulunan teorik değeri

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

$$n = \frac{(1.96)^2(0.05)(0.95)}{(0.05)^2}$$

$$n = 73$$

Evreni daha iyi temsil etmesi ve genellenebilirliğini artırmak amacıyla örneklem değeri 73 belirlenmesine rağmen geçerlilik ve güvenilirliği güçlendirmek için 200 hasta ile çalışıldı.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Bilinen bir malign bir hastalığının olmaması,
- İletişime ve işbirliğine açık olmak,
- Tanılanmış psikiyatrik bozukluğuna sahip olmamak.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Araçları

a. Hasta Tanıtım Formu (EK 4)

Araştırmacı tarafından hazırlanan hastaların demografik özelliklerini belirlemek için 9 sorudan oluşmaktadır.

10 kişiye ön uygulama yapılarak hasta tanıtım formunda gerekli düzenlemeler yapıldı.

b. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) (EK 5)

HAÖ, 1996 yılında Weinman ve ark.²⁵ tarafından geliştirilmiş, Moss-Morris ve ark.⁶⁹ tarafından gözden geçirilmiştir. Hastalık algısı ölçeğinin ülkemiz için geçerlilik, güvenilirlik çalışması Armay ve ark.¹⁵ tarafından yapılmış, Kocaman ve ark.¹³ tarafından da tekrar yapılmıştır. Hastalık algısı ölçeği 70 maddeden oluşup 11 tane alt boyutu vardır.

Ölçeğin Türk toplumunda yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında hastanın hastalığı hakkında görüşlerini içeren boyutun alt ölçeklerinin alfa katsayılarının 0.69-0.77 arasında ve hastalık nedenlerinin alt ölçeklerinin alfa güvenilirlik katsayılarının 0.25- 0.72 arasında değiştiği saptanmıştır.¹³

Bu çalışmada ise hastalık algısı ölçeğinin hastalık belirtisi boyutunun alfa katsayısı 0.57, hastalık algısı boyutunun alfa katsayısı 0.55, hastalık nedenleri boyutunun da alfa katsayısı 0.45 bulunmuş olup, alt boyutların geçerlik-güvenirlik sonuçları Tablo 3.1’ de gösterilmektedir.

HAÖ; hastalık belirtileri, hastalık hakkındaki görüşleri ve hastalık nedenleri olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır.

Hastalık belirtileri boyutu: Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içerir.

Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, ‘hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı’, daha sonra ‘bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği’ sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturur.

Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu: Otuz sekiz maddeden oluşmuş ve beşli likert tipi ölçüm kullanılmıştır. (1.Kesinlikle böyle düşünmüyorum, 2. Böyle düşünmüyorum, 3. Karasızım, 4. Böyle düşünüyorum, 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum). Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir.¹³

1. Süre (akut/kronik) alt boyutu, kişinin hastalığının süresiyle ilgilidir. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığının kronik olduğunu düşündüğünü gösterir. Bu boyut altı madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 1, 2, 3, 4, 5, 18. Bir, dört ve on sekizinci maddeler puanlamada tersine döndürülecek maddelerdir.

2. Sonuçlar alt boyutu, kişinin hastalığının şiddetine ve fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel, episodik olarak gruplanır. Olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Altı madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 6, 7, 8, 9, 10, 11. Sekizinci madde puanlamada tersine döndürülecek maddedir Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığının çok ciddi sonuçları olduğuna güçlü bir şekilde inandığını, hastalığın sonuçlarını negatif algıladıklarını gösterir.

3. Kişisel kontrol alt boyutu, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Hastalığını kontrol edebileceğine ilişkin pozitif algısını gösterir. Altı madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 12, 13, 14, 15, 16, 17. On beş ve on yedinci maddeler puanlamada tersine döndürülecek maddelerdir

4. Tedavi kontrolü alt boyutu, kişinin uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Beş madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 19, 20, 21, 22, 23. On dokuz ve yirmi üçüncü maddeler puanlamada tersine döndürülecek maddelerdir. Bu

boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığın tedavi ile kontrol edilebileceğine ilişkin pozitif algısını gösterir.

5. Hastalığı anlayabilme alt boyutu, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. Beş madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 24, 25, 26, 27, 28. Yirmi dört, yirmi beş, yirmi altı, yirmi yedinci maddeler puanlamada tersine döndürülecek maddelerdir. Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığını anlayabildiğini gösterir.

6. Süre (döngüsel) alt boyutu, kişinin hastalığının zaman içerisindeki farklı yansımalarını araştırır. Dört madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 29, 30, 31, 32. Bu boyuttan alınan yüksek puan hastalığının döngüsel olduğunu düşündüğünü gösterir.

7. Duygusal temsiller alt boyutu, kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır. Altı madde içerir. Bu maddeler şunlardır: 33, 34, 35, 36, 37, 38. otuz altıncı madde puanlamada tersine döndürülecek maddedir Bu boyuttan alınan yüksek puan hastalığı ile ilgili endişesinin fazla olduğunu, olumsuz etkilendiğini gösterir.

Hastalık nedenleri boyutu: Hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar;

1. Psikolojik atıflar (stres ya da endişe, benim tutumum, duygusal durumum, aile problemleri, kişilik özelliklerim, aşırı çalışma)

2. Risk faktörleri (kalıtsal, diyet-yemek alışkanlıkları, kötü tıbbi bakım, kendi davranışım, yaşlanma, sigara içme, alkol kullanımı, yaşlanma)

3. Bağışıklık (bir mikrop ya da virüs, çevre kirliliği, vücut direncimin az olması)

4. Kaza veya şans (kaza ya da yaralanma, şans ya da kötü talih)

Alt boyutlarının puanlaması; her bir alt boyuttaki puanların toplanıp, o alt boyuttaki madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. Yüksek skor hastalığa neden olan faktörlerin algılamasını gösterip, hastalık algısının ölçülmesini sağlar.

Ölçeğin en sonunda, kalitatif değerlendirmeye olanak vermek üzere kişinin hastalığının en önemli nedeni olarak gördüğü üç faktörü yazması istenmektedir.^{13,67}

c. Astım Kontrol Testi (AKT) (EK 6)

Astım kontrol testi: 12 yaş ve üzeri astım hastalarının çok yönlü değerlendirme yapması, birinci ve ikinci basamakta kullanıma uygun olması, klinik değişimleri belirleyebilmesi, kolay ve çabuk uygulanabilmesi, değerlendirmesinin kolay olması ve hasta kullanımına uygun olması amacıyla hazırlanmıştır. Nathan ve ark⁹ tarafından 2004 yılında geliştirilmiş olup, Schatzve ark.⁶⁸ tarafından 2006 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılmış, Schatz ve ark.⁶⁹ tarafından 2007 yılında tekrar yapılmıştır. Astımlı hastaların son dört haftada gündüz ve gece astım belirtilerini, kurtarıcı ilaç kullanımını ve astım nedeniyle günlük aktivitelerde etkilenme düzeyini sorgulayan beş sorudan oluşan bir ölçektir.

Beşli likert tipi olan bu ölçekte yanıtların puanları toplanarak hastanın durumu değerlendirilmektedir. Bu testin maksimum puanı 25, minimum puanı ise 5'tir. AKT puanlaması yapılırken 25 puan "tam kontrol", 20-24 puan "iyi kontrol" ve 19 puandan düşük "kontROLSÜZ" olarak kabul edilmektedir. En yüksek puan en iyi kontrolü; 19 ve altındaki puanlar hastalığın kontrol altında olmadığını ve kontrole ulaşmak için tedavide değişiklikler yapılması gerekliliği ifade eder. Bu araştırmada astım kontrol testinin cornbach's alpha katsayısı 0.94 saptanmıştır (Tablo 3. 1).

3.4.2. Veri Toplama Yöntemi.

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü etik kurul onayı alındıktan sonra, araştırmanın yapılacağı Özel Vizyon Göğüs Hastalıkları Dal Merkezi ve Elazığ Eğitim

ve Araştırma Hastanesi yönetiminden gerekli yazılı izinler alınıp, verilerin toplandığı Haziran- Ağustos 2012 tarihleri arasında hafta içi her gün 9-16 saatleri arası polikliniklere başvuran hastalarla yüz yüze görüşülerek, araştırmanın amacı ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra ve gönüllü olan, okuma yazması olmayan hastalara araştırmacı tarafından, okuma yazması olan hastalara kendilerine verilerek toplandı.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Astım kontrol testi puan ortalaması

Bağımsız değişkenler: Hastalık algısı

Tablo 3.1. Hastalık Algısı Ölçeğinin Geçerlik-Güvenirlilik Değerlendirmesi

	Soru Sayısı	İçerdiği Maddeler	Min.	Max.	α
HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ					
Hastalık Belirtisi Boyutu	14	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10 11,12,13,14	3	12	0.575
Hastalık Hakkındaki Görüşleri Boyutu	38				0.550
Kişisel Kontrol	6	12,13,14,15,16,17	11	22	0.393
Süre (Akut/Kronik)	6	1,2,3,4,5,18	12	29	0.279
Duygusal Temsiller	6	33,34,35,36,37,38	8	30	0.937
Hastalık Tutarlılığı	5	24,25,26,27,28	6	15	0.241
Sonuçlar	5	6,7,8,9,10,11	15	26	0.552
Tedavi Kontrolü	5	19,20,21,22,23	8	16	0.221
Süre (Döngüsel)	4	29,30,31,32	7	15	0.340
Hastalık Nedenleri Boyutu	18				0.450
Psikolojik Atıflar	6	1,9,10,11,12,17	6	23	0.484
Risk Faktörleri	7	2,4,6,8,13,14,15	10	28	0.211
Bağıışıklık	3	3,7,18	6	14	0.292
Kaza veya Şans	2	5,16	2	8	0.338

α : Cronbach's alpha katsayısı

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında

normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova testi ve Student t test kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametreler arasında Kruskal-Wallis ve Mann Whitney-U testi kullanıldı. Yine normal dağılım gösteren parametreler arasındaki ilişki analizi için Pearson korelasyon katsayısı kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırmanın sınırlılığı olasılıksız rastlantısal yöntemin kullanılmış ve bu araştırmanın yapıldığı gruba genellenebilir olmasıdır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapıldığı kurumlardan yazılı izin ve Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alınmıştır. Araştırma kapsamındaki hastaların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hastalara, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

4. BULGULAR

Astım hastalarının hastalık algısının astım kontrolü üzerindeki etkisini incelendiği bu araştırmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Demografik Özelliklere Göre Astım Kontrol Testi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	S	%	Astım Kontrol Testi Puanı		Test değeri; p
			X	SD	
Yaş	20-30	33	16.5	22.15	2.88
	31-40	61	30.5	20.00	4.01
	41-50	37	18.5	16.41	5.46
	51-60	44	22.0	17.00	5.03
	61-70	25	12.5	14.72	5.72
Cinsiyet	Kadın	142	71.0	18.12	5.28
	Erkek	58	12.5	18.98	4.98
Eğitim	Okuryazar olmayan	32	16.0	15.09	5.43
	Okuryazar	25	12.5	16.72	4.89
	İlkokul	42	21.0	16.29	5.36
	Ortaokul	27	13.5	20.22	4.44
	Lise	39	19.5	20.28	4.55
	Yüksekokul-Üniversite	35	17.5	21.49	2.63
Medeni Durum	Evli	170	85	18.07	5.25
	Bekâr	30	15	20.40	4.87
Çocuk Sayısı	0	33	16.5	18.76	6.30
	1	32	16.0	21.50	2.05
	2	54	27.0	19.28	4.88
	3	32	16.0	16.66	4.86
	4	17	8.5	18.24	4.47
	5 ve üzeri	32	16	15.09	5.26
Aile Tipi	Çekirdek	177	88.5	18.78	5.03
	Geniş	23	11.5	15.21	5.46
Mesleği	Ev Hanımı	99	49.5	16.56	5.26
	İşçi	19	9.5	19.89	4.95
	Serbest	45	22.5	19.60	4.89
	Memur	37	18.5	20.95	3.67
Gelir Durumu	Gelir < Gider	22	11.0	15.09	5.26
	Gelir = Gider	168	84.0	18.74	5.11
	Gelir > Gider	10	5.0	19.30	4.24
Sigara	Hiç içmeyen	110	55.0	17.73	5.32
	Bırakmış	52	26.0	18.90	4.78
	Halen içen	38	19.0	19.50	5.24

*p<0.05, **p<0.01

F: Oneway ANOVA test

t: Student t test

Z: Mann Whitney U testi

χ^2 : Kruskal Wallis testi

Araştırma kapsamına alınan hastalara ait demografik özellikler Tablo 4.1’de verildi. Hastaların yaş %30.5’inin 31-40 yaşları arasında, %71 kadın, %85’inin evli, %21’inin ilkokul düzeyinde eğitim aldığı, %50.5’inin çalıştığı ve meslek olarak %49.5’inin ev hanımı olduğu, aile tipi olarak %88.5 çekirdek aile ve %27’sinin 2 çocuk sahibi olduğu, %84’ünün gelir giderine eşit ve %55’in hiç sigara kullanmadığı bulundu.

Yaşa göre hastaların astım kontrol testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulundu ($p<0.01$). 20-30 yaş grubunun puan ortalamasının en yüksek ve 61-70 yaş grupların da en düşük olduğu tespit edildi. Eğitim durumuna göre astım kontrol testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulundu ($p<0.01$). Yüksekokul - üniversite mezunlarında puan ortalamasının en yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.1).

Bekâr hastaların astım kontrol testi puan ortalamaları evli hastalardan istatistiksel olarak önemli şekilde yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Çocuk sayısına göre astım kontrol testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulundu ($p<0.01$). Bir çocuk sahibi olan hastaların puan ortalamasının en yüksek, 5 ve daha fazla çocuk sahibi hastaların da en düşük olduğu tespit edildi. Çekirdek ailede yaşayan hastaların astım kontrol testi puan ortalaması geniş ailede yaşayan hastaların puanından $p<0.01$ düzeyinde yüksek saptandı (Tablo 4.1).

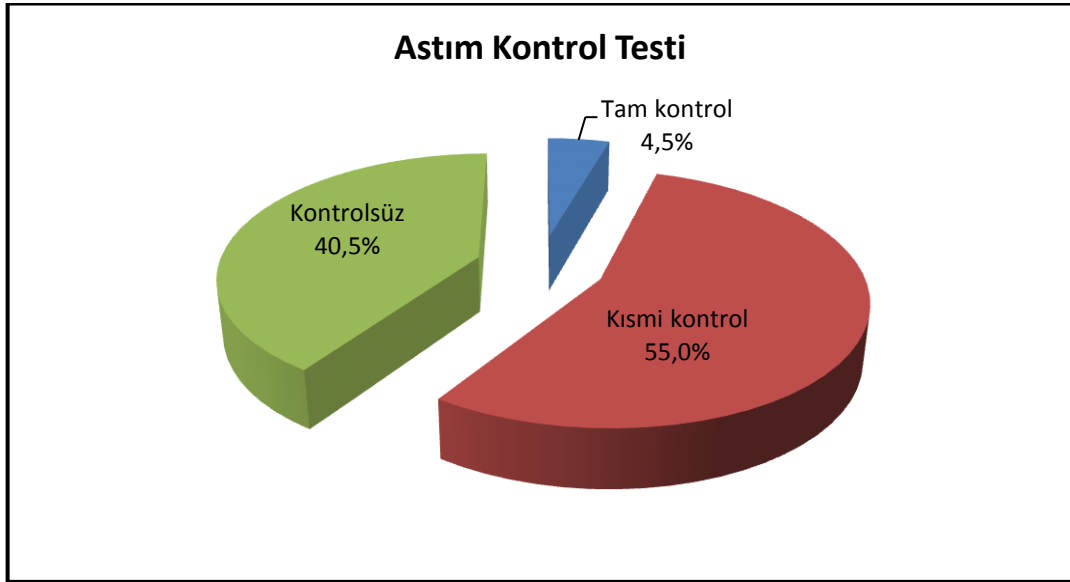
Mesleğe göre hastaların astım kontrol testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı önemli fark bulundu ($p<0.01$). Memur olan hastaların puan ortalamasının en yüksek, ev hanımı olan hastaların da en düşük olduğu tespit edildi. Gelir durumuna göre astım kontrol testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulundu ($p<0.01$). Geliri giderinden fazla olan hastaların puan ortalamasının en yüksek, geliri giderinden az olan hastaların da en düşük olduğu tespit edildi.

Cinsiyete ve sigara kullanımına göre astım kontrol testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 4.1).

Araştırmaya katılan hastaların %55'inin kısmi kontrol altında olduğu saptandı (Tablo 4.2)

Tablo 4.2. Astım Kontrol Testi Puan Ortalamalarının Dağılımı

	S	%
Tam kontrol	9	4.5
Kısmi kontrol	110	55.0
KontROLSÜZ	81	40.5



Şekil 4.1. Astım Kontrol Testi Dağılımı

Tablo 4.3'de hastalık belirtisinin puan ortalamasını 6.99 ± 1.74 olduğu, hastalık hakkındaki görüşlerden en yüksek puan ortalamasının sonuçlar alt boyutunda 22.28 ± 2.39 olduğu ve hastalık nedenleri ile ilgili en yüksek puan ortalamasının da risk faktörleri alt boyutunda 18.99 ± 2.17 olduğu tespit edildi.

Tablo 4.3. Hastalık Algısı Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

		X	±	SD	Min	Max
1.Hastalık Belirtisi		6.99	±	1.74	3.0	12.0
2.Hastalık hakkındaki görüşleri	Kişisel Kontrol	16.37	±	1.63	11.0	22.0
	Süre (Akut/Kronik)	18.03	±	1.12	12.0	29.0
	Duygusal Temsiller	18.34	±	5.73	8.0	30.0
	Hastalığı anlayabilme	11.54	±	2.45	6.0	15.0
	Sonuçlar	22.28	±	2.39	15.0	26.0
	Tedavi Kontrolü	12.99	±	1.62	8.0	16.0
	Süre (Döngüsel)	12.06	±	0.87	7.0	15.0
3.Hastalık Nedenleri	Psikolojik Atıflar	15.47	±	2.88	6.0	23.0
	Risk Faktörleri	18.99	±	2.17	10.0	28.0
	Bağıışıklık	10.47	±	1.69	6.0	14.0
	Kaza veya Şans	4.19	±	1.30	2.0	8.0

Tablo 4.4. Hastalık Belirtileri ve Hastalıkla İlişkilendirilme Durumlarının Dağılımı

Belirtiler	Hastalığın Başından Beri Bu Belirtiyi Yaşadım		Bu Belirti Hastalığımla İlgili	
	S	%	S	%
Ağrı	181	90.5	174	87.0
Boğazda Yanma	184	92.0	184	92.0
Bulantı	65	32.5	60	30.0
Soluk Almada Güçlük	200	100.0	200	100.0
Kilo Kaybı	9	4.5	7	3.5
Yorgunluk	163	81.5	159	79.5
Eklem Sertliği	13	6.5	7	3.5
Gözlerde Yanma	181	90.5	181	90.5
Hırıltılı Solunum	200	100.0	200	100.0
Baş Ağrıları	92	46.0	82	41.0
Mide Yakınmaları	27	13.5	5	2.5
Uyku Güçlükleri	84	42.0	80	40.0
Sersemlik Hissi	25	12.5	22	11.0
Güç Kaybı	39	19.5	36	20.0

Tablo 4.4’de hastalığın başından beri soluk almada güçlük ve hırıltılı solunum tüm hastalarda görüldü. Bunu ağrı, gözlerde yanma ve boğazda yanma şikâyetinin takip ettiği ve kilo kaybı, eklem sertliğinin en düşük oranda bildirildiği tespit edildi.

Tablo 4.5’de hastaların 14 hastalık belirtisinden kaçını gösterdiği incelendiğinde ortalama belirti sayısının 6.99 ± 1.74 olduğu tespit edildi.

Tablo 4.5. Hastalık Tipi: Hastalık Belirtilerine Göre Dağılımlar

Hastalık Belirtisi	S	%
3 belirti	5	2.5
4 belirti	6	3.0
5 belirti	23	11.5
6 belirti	55	27.5
7 belirti	36	18.0
8 belirti	37	18.5
9 belirti	23	11.5
10 belirti	9	4.5
11 belirti	4	2.0
12 belirti	2	1.0
Total	200	100
	Min-Max	X±SD
Hastalık Belirtisi Puanı	3-12	6.99±1.74

Tablo 4.6’da hastalık belirtisi, kişisel kontrol, psikolojik atıflar ve kaza veya şans alt boyutu puan ortalamaları ile astım kontrol testi puan ortalamaları arasında negatif bir ilişki saptandı ($p<0.01$).

Duygusal temsiller, hastalığı anlayabilme, sonuçlar, bağışıklık ve süre (döngüsel) alt boyutu puan ortalamaları ile astım kontrol testi puan ortalamaları arasında pozitif yönde bir ilişki bulundu ($p<0.01$ ve $p<0.05$) (Tablo 4.6).

Süre (akut/kronik), tedavi kontrolü ve risk faktörleri alt boyutu puan ortalamaları ile astım kontrol testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki saptanmadı (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Hastalık Algısı Ölçeği ve Astım Kontrol Testi Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	Astım Kontrol Testi	
	r	p
Hastalık Belirtisi	-0.338	0.001**
Hastalık Hakkındaki Görüşleri		
Kişisel Kontrol	-0.552	0.001**
Süre (Akut/Kronik)	0.009	0.897
Duygusal Temsiller	0.348	0.001**
Hastalığı anlayabilme	0.717	0.001**
Sonuçlar	0.197	0.005**
Tedavi Kontrolü	0.054	0.448
Süre (Döngüsel)	0.173	0.015*
Hastalık Nedenleri		
Psikolojik Atıflar	-0.309	0.001**
Risk Faktörleri	0.066	0.350
Bağışıklık	0.293	0.001**
Kaza veya Şans	-0.294	0.001**

r: Pearsonkorelasyon katsayısı *p<0.05 **p<0.01

5. TARTIŞMA

Araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılarak sunuldu.

Yaşa göre hastaların astım kontrol testi puan ortalamaları incelendiğinde istatistiksel olarak önemli bir fark bulundu ($p<0.01$). 20-30 yaş hastaların puan ortalamasının en yüksek ve 61-70 yaş hastaların da en düşük olduğu tespit edildi (Tablo 4.1). Yaşlanma ile astım kontrolünün düşmesinin sebebi; yaşlanma ile bilişsel ve fiziksel alandaki gerileme, üreticilik rolünün bırakılması, sosyal konumda değişme, kişiler arası desteğin zayıflaması ve sağlığın kaybı gibi döneme özgü sorunlar bildirilmiştir.⁷⁰⁻⁷² Bu nedenle ileri yaşlarda astım kontrolünün azaldığı düşünülmektedir.

Cinsiyete göre astım kontrol testi puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamakla beraber, astım kontrol testine ait puan ortalamaları erkeklerde daha yüksek bulundu ($p>0.05$) (Tablo 4.2). Bu çalışmanın bulgusu Bozkurt ve ark.⁷³ tarafından astım hastalarında yapılmış olan araştırmanın bulgusu ile benzer bulundu. Bu sonuç kadınlarda hormonal nedenler, bronş hipereaktivitesinin daha fazla rastlanması ve puberte sonrası akciğer ve hava yollarının gelişiminin erkeklere göre daha az olması ile ilişkilendirilebilir.^{73,74}

Eğitim durumuna göre astım kontrol testi puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; istatistiksel olarak önemli farklılık bulundu ($p<0.01$). Yüksekokul - üniversite mezunlarında puan ortalamasının en yüksek olduğu saptandı (Tablo 4.1). Yapılan çalışmalarda eğitim seviyesi yükseldikçe farkındalığın da gelişerek yaşam kalitesini artırdığı tespit edilmiştir.^{72,75,76} Bu çalışmada da eğitimle AKT' nin paralel olduğu bulunmuştur.

Medeni duruma göre astım kontrol testi puan ortalamaları arasında önemli bir fark bulunmakla beraber, AKT puanlarının bekâr hastalarda daha yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.1). Bu çalışmada sonucun farklı olmasının; bekâr sayısının

az olması ve bu hastaların genç bireylerden oluşmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çocuk sayısına göre astım kontrol testi puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde, istatistiksel olarak önemli bir fark bulundu ($p<0.01$). Bir çocuk sahibi olan hastaların puan ortalamasının en yüksek, 5 ve daha fazla çocuk sahibi olan hastaların da en düşük olduğu tespit edildi. Çocuk sayısının artması ile birlikte bireylerin kendilerine fazla zaman ayıramamaları ve sorumluluk duygusunun psikolojik anlamda bireyleri yorması bu sonucun sebebi olarak düşünülebilir.

Aile tipine göre astım kontrol testi puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak önemli fark bulunmakla beraber, çekirdek ailede yaşayan hastaların puan ortalaması daha yüksek tespit edildi ($p<0.01$) (Tablo 4.1). Daha öncede belirtildiği gibi;⁷⁷⁻⁷⁹ astım hastalarının da diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi yaşanan bu değişimlerle baş etmesinde aile varlığı ve desteği önemlidir.⁷ Literatürde astımın oluşmasındaki risk faktörleri arasında aile büyüklüğü de yer almaktadır.⁸⁰ Dolayısıyla geniş ailede yaşayanlarda astım kontrolünün de yönetimi zorlaşabilir. Bu çalışmada çekirdek ailede yaşayanların astım kontrol testi puanının daha yüksek olmasının sebebi; geniş ailede yaşayan hastaların sayısının az olmasından ve çekirdek tipi ailede yaşayanların kendilerine ayıracak vakitlerin daha çok olması, bakım düzeylerinin artması ihtimalinden kaynaklanmış olabilir.

Meslek gruplarına göre astım kontrol testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmakla beraber, ev hanımlarında AKT'nin puan ortalamasının en düşük olduğu tespit edildi ($p<0.01$) (Tablo 4.1). Astımın oluşmasında en büyük etmenlerden biride çevresel etkenlerdir.^{3,81} Ev hanımlarının astımın alevlenmesini sağlayan çok sayıda duyarlılığı artırıcı iç ortam alerjenlerine evde fazlaca maruz kalmalarına bağlı olarak astım kontrolleri daha düşük çıkmış olabilir.

Gelir durumuna göre astım kontrol testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli fark bulunmakla beraber, geliri giderinden fazla olan hastaların puan ortalamasının en yüksek olduğu saptandı ($p<0.01$) (Tablo 4.1). Kaufman'ın çalışmasında,²⁷ aile geliri düşük olanlarda astım prevalansının yüksek olduğu belirtilmiştir. Horner ve ark.³³ çalışmasında ailenin gelir durumunun, evde astım yönetimini de etkilediği belirtilmiştir. Bu araştırmanın bulgusu daha önce yapılmış çalışmalarla benzer bulundu. Kronik bir hastalık olan astım, ilaç kullanımı, çalışma düzeninin aksaması, kontrole gitme gibi nedenlerden dolayı ailenin gelir düzeyini olumsuz yönde etkileyebilir.

Sigara kullanma durumuna göre astım kontrol testi puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 4.2'de astım kontrol testi puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; Araştırmada %4.5'i tam kontrol ve % 55'i kısmi kontrol düzeyde olduğu saptanırken %40.5'i kontrol altında olmadığı belirtilmiştir. Astım kontrolünün incelendiği başka bir çalışmada, hastaların %26.1'nin tam kontrol ve % 40.7'sinin kısmi kontrol düzeyde olduğu saptanırken %33.2' sinin kontrol altında olmadığı belirtilmiştir.⁸² Abadoğlu'nun (2008) çalışmasında,⁵¹ AKT sonuçlarına göre astımlı hastaların %64.4'ü kontrolsüz olarak değerlendirilmiştir. Bu sonuçlar ülkemizde astım hastalığının kontrol düzeyinin oldukça düşük olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda astımlı bireylerin hastalık algısı puan ortalamaları incelendiğinde; hastalık belirtisinin puan ortalaması 6.99 ± 1.74 bulundu (Tablo 4.3) (Tablo 4.5). Ciddi'nin kalp yetmezliği hastalarıyla yaptığı çalışmasında,¹⁷ hastaların hastalığına yönelik 7.63 tane semptom algıladıkları bulunmuştur. Bu sonuç, hastalığın başlangıcından bu yana hastaların bu belirtileri yaşadıklarını, daha sonra bu belirtiyi

hastalığıyla ilgili gördüklerini göstermektedir. En az 6-7 semptomun yaşanması her iki araştırmanında kronik hastalığı olan bireylerde yapılması ile ilişkili olabilir.

Hastalığının başından beri soluk almada güçlük ve hırıltılı solunum yaşama durumu tüm hastalarda görüldü. Bunu ağrı, gözlerde yanma ve boğazda yanma şikâyetinin takip ettiği ve kilo kaybı, eklem sertliğinin en düşük oranda bildirildiği tespit edildi (Tablo 4.4). Yapılan çalışmalar astım hastalarında soluk almada güçlük, hırıltılı solunum ve öksürüğün yoğun olarak yaşandığını göstermiştir.^{4,35,83}

Hastaların hastalık hakkındaki görüşleri ile ilgili alt boyutlar puan ortalamaları incelendiğinde; sonuçlar, duygusal temsiller algısı, süre (akut/kronik) algısı ve kişisel kontrol algısı puan ortalamalarının diğer alt boyutlara göre yüksek olduğu belirlendi. Sonuçlar algısının puan ortalaması en yüksek, hastalığı anlayabilme algısının puan ortalaması en düşük bulunmuştur (Tablo 4.3). Hastalık hakkında görüşleri kapsayan alt boyutlardan biri olan sonuçlar algısı alt boyutunu içeren maddeler incelendiğinde “Hastalığının yaşamım üzerinde ciddi etkileri var, hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor, ciddi bir hastalığım var, hastalığının ciddi maddi sonuçları var, hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor” diye ifade eden hastaların çoğunlukta olduğu tespit edilmiş ve bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığının kronik olduğunu düşündüğünü gösterir.^{13,14} Hastalarda hastalığının kronik seyirli olduğunu bilme ve bilinçlenme düzeyinin artışının hastalık üzerindeki bireysel kontrolü yükselttiği tespit edilmiştir.²⁴

Hastalık hakkında görüşleri kapsayan alt boyutlardan biri olan duygusal temsiller algısının alt boyutunu içeren maddeler incelendiğinde, duygusal belirtilerin yoğun olarak algılandığını gösterdi. Astım hastalarında, hem kronik bir hastalığın beraberinde getirdiği tıbbi ve psikososyal sorunlar, hem de ilaç uygulamasının getirdiği sıkıntılar öfke, kaygı, mutsuzluk ve korku gibi olumsuz duyguların yaşanmasına neden olur.⁵⁹ Bu

sebeple hastaların endişelerine odaklanarak bireye psikolojik danışmalık sağlanabilir ve olumlu algıları geliştirilebilir.

Araştırma bulgularından elde edilen önemli bir sonuçta kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırılan süre (akut/kronik) algısı alt boyutu puan ortalamaların da yüksek olmasıdır (Tablo 4.3). Süre algısı maddeleri incelendiğinde; hastaların büyük bir çoğunluğunun hastalığın uzun süreceğini, hastalığın geçici olmaktan çok kalıcı olduğunu ve yaşamının geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğine ilişkin görüşlere sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu sonuçlar hastaların hastalıklarının kronik bir hastalık olduğuna inandıklarını ve bu sürece uyum gösterdiklerini ortaya koymaktadır.^{17,24} Bu araştırmanın bulgusu, daha önce yapılmış araştırmaların bulguları ile uyumlu bulundu.

Hastalık hakkında görüşleri kapsayan alt boyutlardan biri olan kişisel kontrol algısı alt boyutunu içeren maddeler incelendiğinde; “hastalığımın seyri bana bağlı”, “yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir” diye ifade eden hastaların çoğunlukta olduğu tespit edildi. Karabulutlu ve Okanlı²⁴ tarafından hemodiyaliz hastalarıyla yapılan çalışmada da kişisel kontrol algısı yüksek bulunmuştur.

Hastalık hakkında görüşleri kapsayan alt boyutlardan biri olan tedavi kontrolü algısının alt boyutunu içeren maddeler incelendiğinde “tedavim hastalığımı kontrol edebilir”, “tedavim hastalığımın iyileşmesinde etkili olacaktır”, “tedavim hastalığımın olumsuz etkilerini ortadan kaldıracaktır” diye ifade eden hastaların puan ortalamasının düşük olduğu belirtildi. Ciddi'nin çalışmasında,¹⁷ hastaların kalp yetmezliğini tedavi ile kontrol altına alabileceğine inandıkları belirtilmiştir. Bu araştırmanın sonucu; hastaların tedavi ile hastalıklarını kontrol altına alınabileceğine tam olarak inanmamaları ve hastalık hakkında yeterince bilgi sahibi olmamalarına bağlı olduğu düşünülebilir.

Hastalık hakkında görüşleri kapsayan alt boyutlardan biri olan süre (döngüsel) algısının alt boyutunu içeren maddeler incelendiğinde hastalığının belirtileri bazen var bazen yok”, “hastalığının belirtileri günden güne farklılık gösteriyor”, “hastalığının daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemler oluyor” diye ifade eden hastaların puan ortalamasının düşük olduğu belirtildi. Ciddi'nin¹⁷ çalışmasında hastaların hastalıklarının kronik ve döngüsel olduğuna inandıkları belirtilmiştir. Bu araştırmada hastaların hastalığının kronik ve döngüsel olduğuna tam olarak inanmama nedeni olarak, polikliniğe başvuran hastalara yeterince hastalığı hakkında bilgi verilememesi sonucu gelişmiş olabilir.

Hastalık hakkında görüşleri kapsayan alt boyutlardan biri olan hastalığı anlayabilme algısının alt boyutunu içeren maddeler incelendiğinde;“hastalığımı gayet net anlayabiliyorum”,“hastalığımı anlamıyorum”,“hastalığım bana anlamsız geliyor”, “hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum”,“hastalığının belirtileri beni şaşırtıyor” diye ifade eden hastaların puan ortalamasının düşük olduğu belirlendi. Hastaların tedaviye inanması ve sürdürmesi açısından hastalıklarını anlayabilmeleri önemlidir.^{17,78,79,84} Bu boyuttan alınan yüksek puan bireyin, hastalığını anlayabildiğini gösterirken bu araştırmada alınan düşük puan yine polikliniğe başvuran hastalara yeterince hastalığı hakkında bilgi verilememesi sonucu gelişmiş olabilir.

Hastalığın nedenleri ile ilgili alt boyutlar incelendiğinde; hastalar en çok risk faktörleri ve psikolojik atıflardan dolayı hastalıklarının ortaya çıktığını belirttikleri tespit edildi. Hastaların en az kaza veya şans olası nedenini belirttikleri görüldü (Tablo 4.4). Hasta birey hastalığının nedenleri ve sonuçları hakkında daha çok çevresinin veya kendisinin önceki hastalıklarının deneyimlerine göre yorumlar yapar. Buda şimdiki hastalığıyla ilgili davranışlarını ve düşüncelerini olumlu veya olumsuz yönde etkiler.²¹ Hastalığın algılanmasında hastalıkla ilgili bireysel algıların yanı sıra, kültürel

yatkınlıklar da önemlidir. Hastalık nedenleri genel olarak değerlendirildiğinde; Türk toplumunda kültürün bir yansıması olarak hastalıkların nedenlerinin genellikle stres, sıkıntı ve endişeye bağlanıldığı görülmektedir.²⁴

Hastalık belirtisi, kişisel kontrol, psikolojik atıflar ve kaza veya şans alt boyut puan ortalamaları ile astım kontrol testi puan ortalaması arasında negatif bir ilişki bulundu ($p<0.01$) (Tablo 4.7). AKT puan ortalaması hastalık belirtisinin negatif yönlü ilişkisi beklenen bir sonuçtur.

Genelde düzenli ve yeterli tedavi almayan ya da atağa neden olabilecek bir nedenle karşılaşan hastalarda, kısa süre içinde astım semptomları artarak bir astım atağı ortaya çıkabilir. bu da astımın kontrol altına alınmasını zorlaştırır.⁸⁵

Sekerel ve ark.⁸⁶ tarafından yapılan çalışmada astımlı hastaların çoğunluğunun şiddetli semptom yaşadığı ve tam ya da iyi kontrol sağladığına inanan hastaların sadece %1.3'ünde rehber dayalı astım kontrolü sağlanabildiğinin tespit edilmiş olması bu araştırma sonucu ile uyumludur.

AKT puan ortalaması ile psikolojik atıflar, kaza veya şans ve kişisel kontrol alt boyut puan ortalamaları arasında negatif bir ilişki bulunmasının sebebi ise şöyle açıklanabilir; Kronik hastalıklarda hastalığın kontrol altına alınamaması, hastalık belirtilerinin, depresif bulguların artması ve yaşam kalitesinde azalmasına neden olmaktadır. Duygu durum bozuklukları da hastalık kontrolünü zorlaştırmaktadır.^{21,87} Bozbaş ve ark.⁷⁴ tarafından astım hastalarında yapılmış olan çalışma sonuçları; astımda hastalığın kontrol altına alınamamasının depresif bulgulara neden olduğunu göstermiştir. Bu durumdaki bir hastanın hastalığına neden olarak psikolojik bir atıfta bulunması ve astım kontrolünün negatif olarak etkilenmesi beklenebilir.

Astım kontrol altına alındıkça bireyde stres, endişe, kaygı, ailevi problemler gibi psiko-sosyal problemlere yönelik sebep arayışı beklendiği gibi kaza ve şansa sığınmada

bir tür kaygı ve endişenin vermiş olduğu bir savunma mekanizması olduğundan batıl inanışların da azalması beklenir.

Araştırma kapsamında hastalık nedeni olarak en düşük ortalamanın kaza ve şans faktöründen elde edildi. Bununla birlikte, bu alt boyut ile AKT puan ortalaması arasında negatif bir ilişki bulundu. Hastalık nedenini kaza ve şansa bağlamak tıpkı anılan bu nedenlerin kendisi gibi kontrol edilemeyen bir durumla karşı karşıya olunduğuna duyulan inancı işaret ediyor olarak yorumlanabilir. Bu inancın hastalık kontrolünü olumsuz etkileyeceği beklenebilir.

Kişisel kontrol alt boyutu hastalığını kontrol edebileceğine ilişkin pozitif algıyı vurguluyor olmasına karşın bu araştırma kapsamında değerlendirilen hasta grubunda astım kontrolü ile negatif bir ilişki sergilemiştir. Bu sonuç hastaların hastalık hakkında yeterince bilgi sahibi olmamalarından kaynaklanmış olabilir.

Hastalığı anlayabilme, sonuçlar bağımsızlık, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller alt boyut puan ortalamaları ile astım kontrol testi puanı ortalamaları arasında pozitif bir ilişki bulundu (Tablo 4.7). Bu durum; hastalık nedenlerini çevresel etkenler, mikroplar yani bağımsızlık sistemi olarak gören, ciddi sonuçlar doğurabileceğinin farkında olan, hastalığını doğru bir şekilde anlayabilmiş ve bu hastalığın döngüsel bir süreç içerdiğinin farkında olan hastaların daha bilinçli bir tavır sergilemeleri ve buna bağlı olarak daha yüksek bir kontrol puan ortalamasına ulaşmış olmaları ile açıklanabilir.

Duygusal temsiller puanı ile astım kontrol testi puanı arasındaki pozitif yönlü ilişkinin sebebi olarak; hastalar astım kontrolünü sağlamak için duydukları yüksek endişeye bağlı olarak daha dikkatli ve titiz davranma çabası içine girmeleri gösterilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda;

Yaş, eğitim, medeni durum, çocuk sayısı, aile tipi, mesleği, gelir durumu ile AKT'ye ait puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.1).

Hastaların astım kontrol testine ait sonuçlarında %40.5'i kontrolsüz, %55'i kısmi ve %4,5'i tam kontrol altında olduğu bulundu (Tablo 4.2).

Hastalık algısının alt boyutlarından olan hastalık belirtisi boyutlarının puan ortalaması 6.99 ± 1.74 , hastalık hakkındaki görüşleri boyutlarının puan ortalaması; kişisel kontrol 16.37 ± 1.63 , süre (akut/kronik) 18.03 ± 1.12 , duygusal temsiller 18.34 ± 5.73 , hastalığı anlayabilme 11.54 ± 2.45 , sonuçlar 22.28 ± 2.39 , tedavi kontrolü 12.99 ± 1.62 , süre (döngüsel) 12.06 ± 0.87 , hastalık nedenleri boyutlarının puan ortalaması; psikolojik atıflar 15.47 ± 2.88 , risk faktörleri 18.99 ± 2.17 , bağışıklık 10.47 ± 1.69 , kaza ve şans 4.19 ± 1.30 olarak saptandı (Tablo 4.3).

Hastaların tümünde hastalığının başından beri soluk almada güçlük ve hırıltılı solunum görüldü (Tablo 4.4).

Hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlarından; hastalık belirtisi, kişisel kontrol, psikolojik atıflar ve kaza veya şans alt boyutu puan ortalamaları ile astım kontrol testi puan ortalaması arasında negatif bir ilişki saptandı ($p<0.01$) (Tablo 4.6).

Hastalık algısı ölçeğinin alt boyutlarından; duygusal temsiller, hastalığı anlayabilme, sonuçlar, bağışıklık ve süre (döngüsel) alt boyutu puan ortalamaları ile astım kontrol testi puan ortalaması arasında pozitif bir ilişki bulundu ($p<0.01$ ve $p<0.05$) (Tablo 4.6).

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

-Hastaların hastalıklarını nasıl algıladıklarının bilinmesi hastalığın yönetimi açısından oldukça önemli bir konu olduğu için başta hemşireler tarafından tüm sağlık çalışanların bunu dikkate almaları gerekir. Bu nedenle sağlık ekibine hastalığın algılanması açısından değerlendirmeler yapılmasının önemi hakkında eğitimler ve bilinçlendirmelerin yapılması,

-Daha geniş bir evrende çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıklarını (Astım-KOAH) Önleme ve Kontrol Programı (2009-2013) Eylem Planı. Ankara: Anıl Matbaacılık, 2009, 29-30.
2. Fesçi H, Görgülü Ü. Astım ve yaşam (derleme). *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 77-83
3. Global Initiative for Asthma (GINA).Global Strategy for Asthma Management and Prevention NHLBI/WHO work-shop report. National Heart, Lung and Blood Institute 2012. <http://www.ginasthma.org>. 22 Mayıs 2013
4. Türk Toraks Derneği Astım Tanı ve Tedavi Rehberi. Eds: Umut S, Saryal SB, 2010. İstanbul Aves Yayıncılık
5. World Health Organization asthma 2007
<http://www.toraks.org.tr/news.aspx?detail=572>. 29 Şubat 2013
6. Türkiye’de Temel Akciğer Sağlığı Sorunları ve Çözüm Önerileri. Türk Toraks Derneği Beyaz Kitap. Ed: Metintaş M, Ankara: Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, 2010
7. Lai CK, Beasley R, Crane J, Foliaki S, Shah J, Weiland S. Global variation in the prevalence and severity of asthma symptoms: phase three of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Thorax* 2009, 64:476.
8. T.C.Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Rapor, Aralık 2004 Kitap. Ed: Metintaş M, Ankara, Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık, 2004

9. Nathan RA, Sorkness CA, Kosinski M, Schatz M, Li JT. Asthma Control Test: reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2006, 117:549-556.
10. Abadoğlu, Ö. Astım Kontrolünü Değerlendirme Anketleri. *Astım Alerji İmmünoloji*, 2008, 6: 99-104.
11. Arslan S, Tasçı S. Astım Kontrolünde Hasta Eğitimi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2011, 6: 42
12. Williams B, Healy D. Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team: explanatory model or exploratory map? *Social Science and Medicine*, 2001, 53: 465-476
13. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007, 8: 271-280.
14. Armay Z. Hastalık Algısı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Prevanatif Onkoloji/Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı. Tez çalışması, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2006
15. Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğin'in kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikiyatri*, 2007, 10: 192-200
16. Acehan O. Hipertansiyon Kontrolünde Hatalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi. Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2010

17. Ciddi S. Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin Hastalık Algısına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2010
18. Uysal Y. Akpınar E. Tip 2 Diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2013, 38: 31-40
19. Akkoyunlu C. Tip II Diyabet Mellitüs Ve Romatoid Artrit Hastalarında Hastalık Algısının Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Ankara Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi, 2012
20. Paschalides C, Wearden AJ, Dunkerley R, Bundy C, Davies R, Dickens CM. The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Psychosomatic Research* 2004, 57: 557-564.
21. Kocaman N. Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008, 11: 1
22. Karadakovan A, Eti AF. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Geliştirilmiş 2. Baskı, Adana: Nobel Kitabevi, 2011: 3-9
23. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı, Ankara, 2005, 6-7
24. Karabulutlu EY, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 14: 4
25. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology Health* 1996, 11:431-445.
26. Tokem Y. Erişkin astım ve hemşirelik yönetimi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2010, 3:71-76

27. Kaufman G. Asthma: Pathophysiology, diagnosis and management. *Nursing Standard*, 2011, 26:48-56.
28. Tomaç N, Saraçlar Y. Astım epidemiyolojisi. Klinik Çocuk Forumu Pediatrik Allerji. Özel Sayısı 2, 2003, 3: 6-16.
29. Kırıtay F. Oğuz S. Genç erişkin astım hastalarında düzenli fiziksel aktivite ve solunum egzersizinin fonksiyonel performansa etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2011, 4:1
30. Mutlu B, Balcı S. Çocuklarda Astım: Risk Faktörleri, Klinik Özellikler ve Korunma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010, 9:79-86,
31. Çelik EG. Astım Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri. Demirel SY. ed. Güncel Akciğer Hastalıkları Serisi:10. *Astım Tanı ve Tedavi*. Ankara, Bilimsel Tıp Yayınevi, 2004: 9–37
32. Çavuşoğlu H. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. I.Cilt, 4. Baskı. Ankara, Bizim Büro Basımevi Tesisleri, 2004: 72-86
33. Horner S, Surratt D, Smith S. The impact of asthma risk factors on home management of childhood asthma. *Journal of Pediatric Nursing*, 2002, 17:45-53.
34. Demir AU, Karakaya G, Bozkurt B, Sekerel BE, Kalyoncu AF. Asthma and allergic diseases in school children: third cross-sectional survey in the same primary school in Ankara, Turkey. *Pediatrics Allergy and Immunology*, 2004; 15: 531-538
35. Talay F, Kurt B. Astımlı hastalarda obezite ile demografik özellikler, hastalık şiddeti ve atopi arasındaki ilişki. *Solunum*, 2008,10:163-167.
36. Özkan S, Öztürk C. Ev ortamında astımı tetikleyen çevresel faktörler ve bu faktörlerin kontrol altına alınmasında hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2006, 22: 267-279

37. Murray CS, Poletti G, Kepadze T, Morris J, Woodcock A, Johnston SL, Custovic A. Study of modifiable risk factors for asthma exacerbations: Virus infection and allergen exposure increase the risk of asthma hospital admissions in children. *Thorax*, 2006, 1: 294-311003; 111:1008-1016.
38. Solak ZA. Astım ve atopi gelişiminde hijyen hipotezi. *Toraks Dergisi*, 2003, 4: 269-278
39. Zambrano JC, Carper HT, Rakes GP, et al. Experimental rhinovirus challenges in adults with mild asthma: response to infection in relation to IgE. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2003, 111:1008-1016.
40. Aytemur ZA, Başoğlu ÖZ, Önal A. Düzenli izlenen astım olgularında aktif – pasif sigara içme durumunun astım atakları ve hastalık şiddeti ile ilişkisi. *Türk Toraks Dergisi*, 2009, 10: 178-182
41. Hylkema MN, Sterk PJ, de Boer WI, Postma DS. Tobacco use in relation to COPD and asthma. *European Respiratory Journal*, 2007, 29: 438-445
42. British Guideline On The Management Of Asthma A National Clinical Guideline. British Thoracic Society Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2007 http://thorax.bmj.com/content/63/Suppl_4/iv1.full.pdf. 2 Mayıs 2013
43. Akpınar, M., Çimrin, A.H., Elçi, Ö.Ç. Prevalence and risk factors of occupational asthma among hairdressers in Turkey. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2002, 44: 585-590.
44. Öner F, Numanoğlu N. Mesleki astım. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2003, 51: 78-90
45. Devereux G, Seaton A. Diet as a risk factor for atopy and asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2005, 115: 1109-17

46. Jamil SM, Bigby TD. (2008). Astım: Yönetim Planı. İçinde: *Göğüs Hastalıklarında Klinik Problemler El Kitabı*. Çeviri Ed: Yıldız P, Altıncı Baskı, İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul. s:272-27
47. Atış S, Kaplan ES, Özge C, Bayındır S. Astım ataklarında ağırlığı belirleyici risk faktörleri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 2008, 56:187-196.
48. Yıldız F, Başyigit Ş, Boyacı H, Ilgazlı A, Büyükgöze B, Yücesoy L, Şengül C, Yıldırım E. Yakın takip edilen astımlı hastalarda atak sıklığı. *Solunum Hastalıkları*, 2003, 14: 1-4
- 49.. Astım Hekim Eğitim Seti. Toraks Derneği Astım Çalışma Grubu, 2004.
<http://www.toraks.org.tr/news.aspx?detail=386>. 25. Ağustos. 2012
50. Sims JM. An Overview of asthma. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 2006, 25: 264-268.
51. Abadoğlu Ö. Astım kontrol testi: Etkileyen faktörler ve vizüel analog skalası ile karşılaştırma. *Astım Alerji İmmünoloji*, 2008, 6: 17-2
52. National Heart, Lung, and Blood Institute, National Asthma Education and Prevention Programme Expert Panel Report 3: Guidelines For the Diagnosis and Management of Asthma. Full Report 2007. NIH Publication.
<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.pdf> 10 Mayıs 2013
53. Horne R, Price D, Cleland J, Costa R, Covey D, Gruffydd-Jones K, Hayghney J, Henrichsen SH, Kaplan A, Langhammer A, Östrem A, Thomas M, Van der Molen T, Virchow JS, Williams S. Can asthma control be improved by understanding the patient's perspective? *BMC Pulmonary Medicine*, 2007, 7:1-11.
54. Lipowski ZJ. Psychosocial reactionsto physical illness. *Canadian Medical Association Journal*, 1983, 128: 1069-1072

55. Kaplan M. Geleneksel Tıbbın Yeniden Üretim Sürecinde Kadın-Ankara Kent Örneğinde Kuşaklar Arası Çalışma. Ankara Üniversitesi Rektörlüğü Yayınları, Ankara, 2010: 257,
56. Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing.http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en. 2. Ekim 2013.
57. Kostak MA. Hemşirelik bakımının spritürel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2: 105-117
58. Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*. 2006, 6: 536-
59. Petrie KJ, Wessely S. Modern worries, new technology, and medicine. *British Medical Journal*, 2002, 324: 690–691
60. Bozkurt G, Yıldız S. Astımlı okul çocuklarına hastalığın yönetimi konusunda verilen eğitimin yaşam kalitelerine etkisi. *Hemşirelik Dergisi*, 2004, 8: 101-113,
61. Kartaloğlu Z. Astım ve stres arasındaki ilişkiler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2011, 53: 304-312
62. Çimen M, Akpolat M, Çiftçi F, Işık O, Bayram Ş. Astım hastalarının sağlık inanç modeline dayalı algı ve tutumları ile tedavi başarısına yönelik düşüncelerinin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2012, 11: 87-96
63. Abadoğlu Ö, Özyol G, Demir Ş, Do the patients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease prefer internet or other sources to get information? *Asthma Allergy and Immunology*, 2010, 8: 94-100
64. Kostak MA. Hemşirelik bakımının spiritual boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2: 6
65. İnanç N. Hemşirelik Esasları. Damla Matbaacılık Reklam ve Yayıncılık, 2003, 8. Baskı, 27-30, Ankara

66. Öz, F. İnsan, Spiritual Gereksinimler ve Hemşirelik. *Dahili Tıp Bilimleri*, 2004, 10:3.
67. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick L. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 2002, 17: 1-16.
68. Schatz M, Sorkness CA, Li JT, Marcus P, Murayy JJ, Nathan RA, Kosinski M, Pendergraft TB, Jhingran P. Asthma Control Test: Reliability, validity, and responsiveness in patients not previously followed by asthma specialists. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2006, 117: 549-56..
69. Schatz M, Zeiger RS, Drane A, Harden K, Cibildak A, Oosterman JE, Kosinski M. Reliability and predictive validity of the Asthma Control Test administered by telephone calls using speech recognition technology. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2007, 119: 336-43.
70. Altay B, Aydın Avcı İ. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda özbakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. *Dicle Tıp Dergisi*, 2009, 36: 275-282.
71. Avşaroğlu S, Deniz ME, Kahraman A. Teknik öğretmenlerde yaşam doyumu iş doyumu ve mesleki tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2005, 14: 115-130,
72. Bardage C, Isacson Dag GL. Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in Sweden *Journal of Clinical Epidemiol*, 2001, 54: 172-181
73. Bozkurt N, Bozkurt Aİ, Taş E, Çatak B, Denizli il merkezinde 15 yaş ve üzeri nüfusta astım prevalansı. *Toraks Dergisi*, 2006, 7: 5-10

74. Bozbaş ŞS, Özyürek BA, Ulubay G. Astımda hastalık kontrolü ile demografik özellikler, yaşam kalitesi ve emosyonel durumun ilişkisi. *Türk Toraks Dergisi*, 2011, 12: 139-144.
75. Li W, Liu L, Puente JG, Li Y, Jiang X, Jin S, Ma H, Kong L, Ma L, O X, Ma S, Chen C. Hypertension and healthrelated quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *Journal of Hypertension*, 2005, 23: 1667-1676.
76. Göçgeldi E. Babayiğit MA, Hassoy H, Han AC, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2008, 50: 172-179
77. Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in Turkish patients with cancer. *Cancer Nurs* 2005, 28: 236-40.
78. Ayaz S. Efe Y. Korukluoğlu S. Jinekolojik kanserli hastaların algıladıkları sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye klinikleri Journal of Medicine Science*, 2008, 28: 880-5.
79. Soyuer F. Ünalın D. Öztürk A. Kronik Beyin damar hastalıklarında yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2006, 13: 157-162
80. Mugan D. Astım Tanı ve Tedavisi
http://168.144.121.167/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/mesleki-kurslar-1-ppt-pdf/dilsat_mungan.pdf
81. Evyapan FF. Mesleksel astım. Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2003

82. Ko FWS, Leung TF, Hui DSC, Chu H, Wong GWK, Wong E, Tung AHM, Lai CKW. Asthma control test correlates well with the treatment decisions made by asthma specialists. *Respirology*, 2009, 14: 559-566
83. Taşkın F. Astımlı Hastalarda Eğitimin Semptom Kontrolüne, Atak Sıklığına Ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2012
84. Karamahmutlu S. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Kişilik Yapısının Glisemik Kontrole Etki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006
85. Akyıl ÇR. Solunum Sistemi Hastalıkları ve Bakım. *Editör: Durna Z. Akademi Basın ve Yayıncılık*, İstanbul 2013: 99-146
86. Sekerel BE, Gemicioglu B, Soriano JB. Asthma insights and reality in Turkey (AIRET) study. *Respiratory Medicine*, 2006, 100: 1850-1854
87. Güçlü N. Stres Yönetimi G.Ü. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2001, 21: 91-109

EKLER

EK 1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
<p>Adı Soyadı : Gülcan BAHÇECİOĞLU</p> <p>Doğum tarihi : 01.07.1986</p> <p>Doğum yeri : ELAZIĞ</p> <p>Medeni hali : Bekâr</p> <p>Uyruğu : T.C.</p> <p>Adres : Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Servisi</p> <p>Tel : 05065576086</p> <p>E-mail : glcnbah@hotmail.com</p>
Eğitim
<p>Lise : Elazığ Gazi Lisesi (2000-2003)</p> <p>Lisans : Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü (2005-2009)</p> <p>Yüksek lisans : Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları ve Hemşireliği Ana Bilim Dalı (2011-2013)</p> <p>Doktora :</p>
Yabancı Dil Bilgisi
<p>İngilizce :45</p>
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
İlgi Alanları, Hobiler
<p>Kitap okumak, seyahat etmek, yüzmek, müzik dinlemek</p>

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU

“2012. 2. 42“SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 08.05.2012

2/42 - Enstitümüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Gülcan BAHÇECİOĞLU' nun “ Astım Hastalarında Hastalık Algısının Astım Kontrolü Üzerine Etkisinin Belirlenmesi” tez konusu görüşüldü; İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcutun oybirliği ile,

ADI SOYADI	GÖREVİ	İMZA
Prof. Dr. Funda BAYINDIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanı	
Doç. Dr. Ayşe OKANLI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof. Dr. Samih DİYARBAKIR	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	Katılmadı
Prof.Dr.Yavuz Selim SAĞLAM	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Prof. Dr. H. İnci GÜL	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Doç.Dr.Ahmet YILDIZ	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	Katılmadı
Doç. Dr.Abdulkadir YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Yrd.Doç.Dr.Engin SAYGIN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi	
Yrd. Doç. Dr. İlhan ŞEN	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Üyesi ve Raportör	

EK-3. HASTANE İZİN YAZISI



Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği

Sayı : 42883194 -01/ 3671
Konu : Öğr. Gülcan BAHÇECİOĞLU

12/08/2012

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına
ERZURUM

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans öğrencisi Gülcan BAHÇECİOĞLU' nun " **Astım Hastalarında Hastalık Algısının Astım Kontrolü Üzerine Etkisinin Belirlenmesi** " konulu tez çalışmasını 12.06.2012 tarihinden itibaren Göğüs Hastalıkları Polikliniği'nde çalışmasına izin verilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Ahmet KIZIRGİL
Baştabip

EK-4. HASTA TANITIM FORMU

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1- Kaç Yaşındasınız?.....

2- Cinsiyetiniz? 1) Kadın 2) Erkek

3- Eğitim Durumunuz Nedir?

1) Okuryazar 2) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5) Yüksekokul - Üniversite

6) Okuryazar olmayan

4- Medeni Durumunuz Nedir?

1) Evli 2) Bekar

5- Kaç Çocuğunuz var?.....

6- Aile Tipiniz Nedir?

1) Çekirdek 2) Geniş

7- Mesleğiniz?.....

8- Gelir Durumunuz Nedir?

1) Geliri Giderlerinden Az 2) Geliri Giderlerine Eşit

3) Geliri Giderlerinden Fazla

9- Sigara kullanıyor musunuz?

1-Hiç İçmedim

2-İçtim Bıraktım

3-Halen İçiyorum.....

EK-5. HASTALIK ALGI ÖLÇEĞİ

Astım Hastalığınız Hakkında Sizin Görüşleriniz

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım			Bu belirti hastalığımla ilgili	
Ağrı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	-----	Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum 4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

Hastalık Hakkındaki Görüşler	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					

28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığının belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığının belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığının daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendirmiyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

Astım Hastalığının Nedenleri

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

Olası Nedenler	1	2	3	4	5
1- Stres ya da endişe					
2- Kalıtsal (irisi)					
3- Bir mikrop ya da virüs					
4- Diyet -yemek alışkanlıkları					
5- Şans ya da kötü talih					
6- Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
7- Çevre kirliliği					
8- Kendi davranışım					
9- Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
10- Aile problemleri					
11- Aşırı çalışma					
12- Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					

13- Yaşlanma					
14- Alkol					
15- Sigara içme					
16- Kaza ya da yaralanma					
17- Kişilik özelliklerim					
18- Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya astım hastalığınıza neden olduğunuzu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre hastalığıma yol açan en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3

EK-6. ASTIM KONTROL TESTİ

1. Son 4 haftada astımınız sizin işte, okulda veya evde yapmak istediklerinizi ne kadar etkiledi?

Tamamen	1
Çoğunlukla	2
Bazen	3
Nadiren	4
Hiçbir zaman	5

2. Son 4 haftada süresince ne kadar sıklıkta nefes darlığı hissettiniz?

Günde bir kezden fazla	1
Günde bir kez	2
Haftada 3-6 kez	3
Haftada 1-2 kez	4
Hiçbir zaman	5

3. Son 4 haftada süresince astım şikâyetlerinizi kaç gece veya sabah sizi normal kalkış saatinden önce uyandırdı?

Haftada en az dört gece	1
Haftada iki-üç gece	2
Haftada bir kez	3
Bir veya iki kez	4
Hiçbir zaman	5

4. Son 4 haftada süresince rahatlatıcı inhaller cihazınızı veya salbutamol türü nebülizer cihazınızı kaç kez kullandınız?

Günde üç kez veya daha sık	1
Günde 1 veya 2 kez	2
Haftada 2 veya 3 kez	3
Haftada 1 kez veya daha az	4
Hiçbir zaman	5

5. Son 4 haftada astım kontrolünüzü nasıl değerlendirdiniz?

Hiç kontrol altında değil	1
Zayıf düzeyde	2
Haftada 2 veya 3 kez	3
İyi düzeyde	4
Tamamen kontrol altında	5