

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

ASTIMLI ADÖLESLANLARDA MOTİVASYONEL
GÖRÜŞMENİN ASTIM KONTROLÜ, ÖZ ETKİLİLİK VE
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Hazırlayan
İlknur YILDIZ

Danışman
Doç. Dr. Meral BAYAT

Doktora Tezi

Kasım 2015
KAYSERİ

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

ASTIMLI ADÖLESLANLARDA MOTİVASYONEL
GÖRÜŞMENİN ASTIM KONTROLÜ, ÖZ ETKİLİLİK VE
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Hazırlayan
İlknur YILDIZ

Danışman
Doç. Dr. Meral BAYAT

Doktora Tezi

Bu çalışma; Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi
tarafından TDK-2014-5109 kodlu proje ile desteklenmiştir.

Kasım 2015
KAYSERİ

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

İlknur YILDIZ

İmza:



YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI

“Astımlı Adölesanlarda Motivasyonel Görüşmenin Astım Kontrolü, Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesine Etkisi” adlı Doktora tezi, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.



Tezi Hazırlayan

İlknur YILDIZ

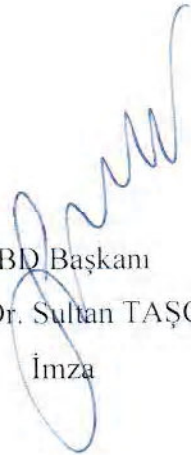
İmza



Danışman

Doç. Dr. Meral BAYAT

İmza



ABD Başkanı

Prof. Dr. Sultan TAŞCI

İmza

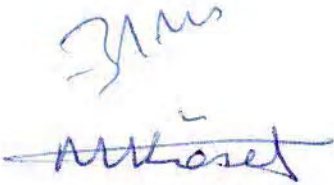
KABUL VE ONAY SAYFASI

Doç.Dr. Meral BAYAT danışmanlığında **İlknur YILDIZ** tarafından hazırlanan “**Astımlı Adölesanlarda Motivasyonel Görüşmenin Astım Kontrolü, Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesine Etkisi**” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Doktora** tezi olarak kabul edilmiştir.

...03.../...11.../2015

JÜRİ:

Danışman : Doç. Dr. Meral BAYAT
(Erciyes Üniversitesi)
Üye : Prof. Dr. Mehmet KÖSE
(Erciyes Üniversitesi)
Üye : Doç. Dr. Emine ERDEM
(Erciyes Üniversitesi)
Üye : Yrd. Doç. Dr. Emine ALTUN YILMAZ
(Cumhuriyet Üniversitesi)
Üye : Yrd. Doç. Dr. Zübeyde KORKMAZ
(Nuh Naci Yazgan Üniversitesi)






ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../2015

Prof. Dr. Saim ÖZDAMAR

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca ve tez çalışmasının her aşamasında gösterdiği sonsuz ilgi, sabır ve anlayışı ile beni destekleyen, hayata ve mesleğime dair çok şey öğrendiğim değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Doç.Dr.Meral BAYAT'a,

Tez süresince değerli bilimsel katkılarından dolayı tez izleme komitesi üyeleri; Sayın Doç.Dr. Emine ERDEM ve Sayın Prof.Dr. Mehmet KÖSE'ye,

Çalışmanın istatistiksel analizlerine katkıda bulunan Sayın Yrd.Doç.Dr.Ferhan ELMALI'ya,

Doktora eğitimi süresince, mesleki bilgi ve tecrübeleri ile iyi bir hemşire ve akademisyen olabilmemiz için bize yol gösteren, tüm profesyonel tutum ve davranışlarıyla bize rol modeli olan Sayın Prof. Dr. Nurgün PLATİN'e,

Çalışmanın yürütülmesinde gerekli ortam ve olanakları sağlayan, uzman görüşü, öneri ve katkıları alınan Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Pediatrik Allerji ve İmmünoloji öğretim üyesi Sayın Prof. Dr. Ömer CEVİT'e, Sayın Uzm.Dr. Fatma DUKSAL'a ve tüm poliklinik çalışanlarına,

Çalışmaya katılan tüm adölesanlar ve ailelerine,

Tüm yaşamımda ilgi ve desteğini esirgemeyen başta annem olmak üzere aileme ve arkadaşlarıma en içten dileklerimle teşekkürlerimi sunuyorum.

İlknur YILDIZ

ASTIMLI ADÖLESLANLARDA MOTİVASYONEL GÖRÜŞMENİN ASTIM KONTROLÜ, ÖZ ETKİLİLİK VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

İlknur YILDIZ

Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Doktora Tezi, Kasım 2015

Danışman: Doç. Dr. Meral BAYAT

ÖZET

Bu çalışma astımlı adölesanlarda motivasyonel görüşmenin astım kontrolüne, öz etkililiğe ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla ön test-son test randomize kontrol gruplu deneysel araştırma deseni ile yapılmıştır.

Çalışmaya, bir üniversite hastanesinin Çocuk Alerji ve İmmünoloji Polikliniği'nde astım tanısı ile izlenen 12-18 yaş grubu 30 adölesan (15 çalışma, 15 kontrol grubu) katılmıştır. Çalışma için etik kurul, kurum onayı, adölesan ve ebeveynlerinden yazılı onam alınmıştır. Veriler; Adölesan-Aile Tanıtıcı Bilgi Formu, Astım Kontrol Testi, Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar İçin Öz-Etkililik Ölçeği, Çocuklar için Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği, Solunum Fonksiyon Testi, İlaç Uyum Anketi ile toplanmıştır. Bu ölçek ve formlar çalışma öncesi ve sonrası gruplara uygulanmıştır. Ayrıca çalışma öncesi ve sonrası ev ziyareti yapılarak Ev Ortamı Değerlendirme Formu doldurulmuştur. Çalışma grubundaki adölesanlarla yarı yapılandırılmış Motivasyonel Görüşme Formu ile üç motivasyonel görüşme yapılmıştır. Veriler, bilgisayar ortamında tanımlayıcı istatistikler, homojenlik testleri, ki-kare, Cronbach alfa, Pearson Korelasyon, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testleri ve iki eş ortalama arasındaki farkın önemlilik testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmada; motivasyonel görüşme sonrası, çalışma grubundaki adölesanların astım kontrol testi ve öz etkililik ölçeği puan ortalamalarının çalışma öncesine göre arttığı ($p<0.05$), kontrol grubundaki adölesanların ise değişmediği ($p>0.05$) grupların puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Görüşme sonrasında, çalışma grubundaki adölesanların yaşam kalitesi tüm alt ölçek puan ortalamalarının çalışma öncesine göre arttığı ($p<0.05$), çalışma ve kontrol grupları puan ortalamaları arasındaki farkın ölçeğin belirtiler alt ölçeği ($p<0.05$) dışında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, solunum fonksiyon testi ortalamalarının arttığı ancak farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Ayrıca görüşme sonrasında, çalışma grubundaki adölesanların çalışma öncesine göre ilaç kullanım özelliklerinde, inhaler kullanım becerilerinde ve ev ortamında olumlu değişimler olduğu belirlenmiştir. Çalışma öncesinde çalışma grubundaki adölesanların toplam yaşam kalitesi puan ortalamaları ile astım kontrol testi puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki varken, çalışma sonrasında bunlarla birlikte öz etkililik puan ortalamalarında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, hemşirelerin astım yönetiminde motivasyonel görüşmeyi kullanmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Astımlı adölesan, motivasyonel görüşme, öz etkililik, yaşam kalitesi, hemşire.

**THE EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING ON ASTHMA
CONTROL, SELF-EFFICACY AND QUALITY OF LIFE IN ADOLESCENTS
WITH ASTHMA**

İlknur YILDIZ

**Erciyes University, Institute of Health Sciences
Department of Child Health and Diseases Nursing**

PhD. Thesis, November 2015

Supervisor: Assoc. Prof. Dr. Meral BAYAT

ABSTRACT

The study was conducted randomized-controlled and experimentally to determine the effect of motivational interviewing on asthma control, self-efficacy and quality of life in adolescents with asthma.

Thirty adolescents (15 in study, 15 in control group) who were 12-18 years old and followed up at Children's Allergy and Immunology Outpatient Clinic of a university hospital with asthma were enrolled. Written consent from adolescent/parents and ethical committee approval were taken. The data were collected with; Adolescent-Family Information Form, Asthma Control Test, Self-Efficacy Scale for Children and Adolescents with Asthma, Pediatric Asthma Quality-of-Life Questionnaire, Pulmonary Function Test Form, Drug Use Questionnaire. These scales and forms were applied on the groups before and after the study. In addition, Home Environment Assessment Form was completed through home visits before and after the study. Three motivational interviewing were performed with adolescents in the study group as an individual using semi-structured Motivational Interviewing Form. Data were evaluated by using descriptive statistics, homogeneity tests, Chi-square, Cronbach's alpha, Pearson correlation and significance tests of the difference between two means and significance tests of the difference between two equivalent means. After motivational interviewing, mean scores of asthma control and self-efficacy of adolescents in the study group were increased however did not change in the control group while the difference between mean scores was statistically significant ($p<0.001$). After interviewing, all the quality of life subscales of adolescents in the study group has increased, the study and control groups scores signs of the scale of the difference between the mean outside subscale ($p<0.05$) was not significant and the pulmonary function test was average ($p>0.05$). In addition, after the interviewing, the characteristics of drug use, the use of inhaled skills and home environments of adolescents in the study group was determined to have positive changes. While for the adolescents in the study group there was a significant positive correlation between the total quality of life scores and the asthma control test scores before the study, a significant positive correlation in the self-efficacy scores was also determined after the study.

According to these results, it is suggested that nurses should use motivational interviewing in the management of asthma.

Key Words: Adolescent with asthma, motivational interviewing, self-efficacy, quality of life, nurse.

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI.....	ii
ONAY	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR.....	ix
TABLO, GRAFİK ve ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1.ASTIM.....	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. İnsidans	4
2.1. 3. Fizyopatoloji.....	4
2.1. 4. Risk Faktörleri	5
2.1.5. Tanı	5
2.1.6. Tedavi.....	6
2.1.7. Hemşirelik Bakımı.....	11
2.2. ASTIM VE ADÖLESAN	11
2.3. ASTIMLI ADÖLESAN VE YAŞAM KALİTESİ	12
2.4. ASTIMLI ADÖLESANLAR VE ÖZ ETKİLİLİK	13

2.5. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME.....	14
2.5.1. Motivasyonel Görüşmenin Kullanıldığı Alanlar ve Hemşirelik.....	21
2.5.2. Motivasyonel Görüşme İle İlgili Çalışmalar	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	24
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	24
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	24
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	26
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI	29
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	34
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	34
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	60
6. KAYNAKLAR	73
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

KISALTMALAR

MG :Motivasyonel Görüşme

SBT :Sosyal Bilişsel Teori

AKT :Astım Kontrol Testi

AÇAÖÖ :Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar için Öz Etkililik Ölçeği

ÇAYKÖ :Çocuklar için Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği

SFT :Solunum Fonksiyon Testi

FEV₁ :Forced expiratory volume in 1 second: 1. saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm

FVC :Forced vital capacity: Zorlu vital kapasite

FEF₂₅₋₇₅ :Forced expiratory flow in 25-75% of FVC: Zorlu vital kapasitenin % 25-75 arasındaki ortalama akım hızı

PEF :Peak Expiratory Flow: Zirve ekspirasyon akımı

TABLO, ŞEKİL VE GRAFİK LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 3.1. Çalışmaya Alınan Astımlı Adölesanların Eşleştirme Kriterleri.....	26
Tablo 3.2. Çalışma Uygulama Şeması	32
Tablo 3.3. Motivasyonel Görüşme Uygulama Şeması.....	33
Tablo 4.1. Adölesanların Tanıtıcı Özellikleri	35
Tablo 4.2. Adölesanların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri.....	37
Tablo 4.3. Adölesanların Astım Kontrol Testi (AKT) Puan Ortalamaları.....	38
Tablo 4.4. Adölesanların AKT Düzeyleri	39
Tablo 4.5. Adölesanların Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar için Öz Etkililik Ölçeği (AÇAÖÖ) Puan Ortalamaları... ..	39
Tablo 4.6. Adölesanların Çocuklar için Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ) Puan Ortalamaları.....	40
Tablo 4.7. Adölesanların İlaç Kullanım Özellikleri.....	41
Tablo 4.8. Adölesanların Çalışma Öncesi ve Sonrası İlaç Kullanım Özelliklerindeki Değişim.....	44
Tablo 4.9. Adölesanların Solunum Fonksiyon Testi (SFT) Ortalamaları	46
Tablo 4.10. Adölesanların İnhaler İlaç Kullanım Becerileri	47
Tablo 4.11. Adölesanların Ev Ortamı Özellikleri.....	50
Tablo 4.12. Çalışma Grubundaki Adölesanların Görüşme Öncesi AKT, AÇAÖÖ ve ÇAYKÖ Puan Ortalamalarının Korelasyonu	56
Tablo 4.13. Kontrol Grubundaki Adölesanların Görüşme Öncesi AKT, AÇAÖÖ ve ÇAYKÖ Puan Ortalamalarının Korelasyonu	57
Tablo 4.14. Çalışma Grubundaki Adölesanların Görüşme Sonrası AKT, AÇAÖÖ ve ÇAYKÖ Puan Ortalamalarının Korelasyonu	58
Tablo 4.15. Kontrol grubundaki Adölesanların Görüşme Sonrası AKT, AÇAÖÖ ve ÇAYKÖ Puan Ortalamalarının Korelasyonu	59

1.GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. PROBLEMİN TANIMI ve ÖNEMİ

Birçok hücre ve hücre bileşeninin rol oynadığı kronik ve enflamatuvar bir hava yolu hastalığı olan astım, çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalıklardandır (1-5). Dünyada yaklaşık 300 milyon, ülkemizde 3.5 milyon kişiyi etkilediği tahmin edilen astımın, küresel prevelansı %1 ile %18 arasında değişmektedir (1-3,6-7). Çocuklarda ise astım prevelansı yıllar içinde artış göstermekte olup, ülkemizde %2-15 oranında görülmektedir (2,8-12). Son yıllarda özellikle adölesan dönemde astıma bağlı morbidite ve mortalite riskinin arttığı belirtilmektedir (4,13-15).

Astımlı adölesanlar, hasta olmayı reddetme, ilaç tedavisine uymama, tetikleyicilerden kaçınmama, madde kullanımı gibi davranışları nedeniyle yüksek risk taşımaktadır (14-17). Bu dönemin psikososyal etkisi sonucu adölesanda aktif sigara içiciliğinde ve hazır gıda tüketiminde artma, obezite, kozmetik ürünlerin kullanımına bağlı bronşiyal hiperaktivite görülebilir ve bunlarda astımı olumsuz etkileyebilir. Ayrıca bu dönemde spora, takım faaliyetlerine, farklı gruplara girmeye eğilim artmakta, bu nedenlerle egzersizle tetiklenen astıma da sık rastlanılmaktadır. Onüç-ondört yaşlarında astım ataklarının %55'inin spor salonunda olduğu saptanmıştır (3,15,18). Aileye olan bağımlılığın yerini bağımsız olma çabaları alır. Adölesan kronik hastalığı ve tedaviyi, bağımsızlığına müdahale olarak görür, kontrol edilemeyen astımın tehlikesini anlayamaz ve tedaviyi reddedebilir. Adölesanlarda antiastmatik ilaç kullanımının azaldığı, tedavi planına uyumda ve astım ataklarını önlemede güçlükler yaşandığı belirtilmektedir (4,16,18-19). Kronik bir hastalık olan astımda, tedaviye uyumsuzluk, adölesanın astım kontrolünü, günlük yaşamını ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (20-22). Uygun ilaç tedavisi, çevresel kontrol ve eğitimle kontrol edilebilecek bir hastalık olan astımda tedaviye uyum önemlidir. Tedaviye uyumu

sağlamak için adölesana ve aileye eğitim yoluyla gerekli bilgi, becerilerin kazandırılması gerekir. Ancak astım kontrolü ve yönetimi için yapılan eğitimlerle bazen bilgi düzeyi artarken, davranış değişikliği sağlanamadığı da belirtilmektedir (4,23-24). Bu nedenle son yıllarda astımlı hastalarla çalışan sağlık profesyonellerine bilgiyi davranışa dönüştürmeye yardım eden etkili motivasyonel teknikleri kullanmaları önerilmektedir (24). Sağlıkla ilgili değer ve davranışlarda olumlu değişiklikler sağlamak için motivasyon gereklidir. Sosyal Bilişsel Teori (SBT) bireyi sağlığı geliştirici davranışları uygulamaya motive eder, insanların kendi davranışlarını kontrol edebilme yeteneğine sahip olduğunu savunur (25-26). Değişime hazır olmayan hastaları değişime motive etmek için tasarlanmış hasta merkezli danışmanlık yaklaşımı olan MG, hastaların davranış değiştirmeye yönelik ambivalansını çözerek, eğitim öncesi içsel motivasyon oluşumunu sağlamaktadır (27).

Motivasyonu geliştirmede Motivasyonel Görüşme (MG)'den yararlanılabilir. Yapılan çalışmalarda yüksek motivasyonlu adölesanların, astımı da içeren birçok kronik hastalığın tedavisine daha iyi uyum sağladığı belirlenmiştir (28-29). SBT'nin temel kavramlarından biri olan öz etkililik ise, davranışı benimseme, davranışa başlama ve sürdürmede önemli rol oynamaktadır (30-31). Astımlı adölesanlarda öz etkililiğin davranışsal faktörlere odaklanılarak geliştirilebileceği ve yüksek düzeyde öz etkililiğin astımı kontrol etme becerilerini arttırdığı, öz bakım davranışları kazandırdığı, tedaviye uyumu arttırdığı ve semptomlarda azalmayı sağladığı belirtilmektedir (24,28,32-34). Değişimi sağlayacak düzeyde öz etkililik ve motivasyon, astım kontrolünü ve iyilik düzeyini arttırarak, bakımda daha iyi sonuçlar almayı sağlar. Böylece adölesanın astımı kontrol altında tutularak astım ile kaliteli bir yaşam sürdürmesi sağlanır (2,20,28,35).

MG, sağlık ekibi ile hastanın beklentilerini, inançlarını, sağlığı ve tedaviye ilişkin endişelerini anlamayı sağlayan dolayısıyla hastalığı değil, hastayı anlamaya çalışan bir yaklaşımdır (27). Sağlığı koruma ve geliştirme uygulamalarında temel insan gücü olarak kabul edilen hemşirelerin, bireylerin davranışları değiştirmede ve kronik hastalıkların kontrolünde birey merkezli ve etkili bir yaklaşım olan MG'yi hemşirelik uygulamalarında kullanması önemlidir (26-27). Literatürde alkol-madde kullanımı, kilo kontrolü ve Tip 2 diyabet gibi MG'nin kullanıldığı bazı çalışmalarda olumlu sonuçlar elde edilmiştir (36-39). Adölesanlarda ise MG'nin diyabet (40), beslenme-obeze (41-42), alkol-ilaç (43-44) ve sigara (45-46) kullanımı olmak üzere pek çok alanda kullanıldığı ve adölesanlarda otonomiye destekleyen, sosyal ve kültürel ihtiyaçlara

duyarlı bir yaklaşım olduğu belirlenmiştir. Ayrıca astımlı adölesanlarla yapılan bir çalışmada, MG'nin tedaviye uyumu artıran bir yaklaşım olduğu belirtilmiştir (28). Literatürde astımlı adölesanlarda MG'nin kullanıldığı sınırlı sayıda çalışma olup (28), ülkemizde ise herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çocuk/adölesanlarda en sık görülen kronik hastalıklardan biri olan astımın kontrolüne yönelik değişimler sağlamada yeni bir yaklaşım olarak MG'nin kullanılmasının önemli yararlar sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma, astımlı adölesanlarda motivasyonel görüşmenin astım kontrolüne, öz etkililiğe ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H₁. Çalışma grubundaki astımlı adölesanların motivasyonel görüşme sonrasında Astım Kontrol Testi (AKT) puan ortalamaları arasında fark vardır.

H₂. Çalışma ve kontrol grubundaki astımlı adölesanların motivasyonel görüşme sonrasında Astım Kontrol Testi (AKT) puan ortalamaları arasında fark vardır.

H₃. Çalışma grubundaki astımlı adölesanların motivasyonel görüşme sonrasında Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar için Öz Etkililik Ölçeği (AÇAÖÖ) puan ortalamaları arasında fark vardır.

H₄. Çalışma ve kontrol grubundaki astımlı adölesanların motivasyonel görüşme sonrasında Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar için Öz Etkililik Ölçeği (AÇAÖÖ) puan ortalamaları arasında fark vardır.

H₅. Çalışma grubundaki astımlı adölesanların motivasyonel görüşme sonrasında Çocuklar için Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ) puan ortalamaları arasında fark vardır.

H₆. Çalışma ve kontrol grubundaki astımlı adölesanların motivasyonel görüşme sonrasında Çocuklar için Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ) puan ortalamaları arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ASTIM

2.1.1. Tanım

Astım birçok hücre ve hücre bileşeninin rol oynadığı kronik ve enflamatuvar bir hava yolu hastalığıdır (1,3,8-9). Çeşitli immünolojik ve immünolojik olmayan uyaranların etkisi ile erken aşırı duyarlılık reaksiyonu sonucu bronşlarda meydana gelen ağır bronkospazm, mukoid sekresyon, dispne, öksürük, balgam çıkarma, hırıltılı solunum, solunum yollarının ödem ve enflamasyonu ile birlikte ataklar halinde seyreder (12,47). Bu ataklar genellikle akciğerlerde yaygın ama değişken ve çoğunlukla kendiliğinden veya tedaviyle geri dönüşlü bir hava yolu obstrüksiyonu ile ilişkilidir (1,3,8).

2.1.2. İnsidans

Astım çocuklarda en sık görülen kronik hastalıktır (3-4,12,48). Son yıllarda tüm dünyada hastalığın prevalansında artış görülmekte olup, giderek daha fazla sayıda çocuğu etkilemektedir. Astımın dünyada yaklaşık 300 milyon, ülkemizde 3.5 milyon kişiyi etkilediği, prevalansının dünyanın farklı ülkelerinde yaşayan toplumlarda %1 ile %18 arasında değiştiği tahmin edilmektedir (1,3,11). Astımda son bir yıl içinde en yüksek prevalansın İngiltere, Avustralya, Yeni Zelanda ve İrlanda'ya ait olduğu, kıyı kesimleri, şehirler, büyük metropoller ve düşük sosyoekonomik yaşam koşullarında daha sık görüldüğü belirtilmektedir (2,12). Araştırma sonuçlarına göre Türkiye'de çocukluk dönemi astım prevalansı (%2-15) yıllar içinde artış göstermektedir (2,7-8,12). Çocukluk döneminde erkek çocuklarda kızlardan iki kat fazla görülürken, adölesan döneminde her iki cinste eşit oranda görülmektedir (4,6) .

2.1.3. Fizyopatoloji

Astım havayolu duvarındaki kronik enflamasyon sonucu gelişen hava akımı azalması ve havayolu aşırı duyarlılığı ile karakterize bir klinik tablodur. Patogeneizde ana bulgular havayolu enflamasyonu, geri dönüşümlü havayolu obstrüksiyonu, havayolu

hiperreaktivitesi ve doku değişikliğidir. Birey duyarlı olduğu allerjen ile karşılaştığında mast hücre yüzeylerine bağlı halde bulunan IgE reseptörleri uyarılarak histamin, bradikinin, prostaglandin ve lökotrienler salgılanır. Enflamatuvar yanıt olarak, küçük bronşiyollerin çeperinde lokalize ödem, bronşiyollerin düz kaslarında spazm oluşarak solunum yollarında direnç artar ve astım semptomları görülür (1-4,6,8,47-48).

2.1.4. Risk Faktörleri

Astımla ilgili risk faktörleri hastalığın gelişmesine yol açan ve semptomlarını tetikleyenler olarak ikiye ayrılabilir. Bunlardan birincisi konakçıya ait faktörleri, ikincisi ise genellikle çevresel faktörleri içerir (1-3,6,8).

➤ Konakçıya Ait Faktörler

- Genetik faktörler
 - Atopi gelişmesine yatkınlık sağlayan genler
 - Hava yolu aşırı duyarlılığının gelişmesine yatkınlık sağlayan genler
- Obezite
- Cinsiyet

➤ Çevresel Faktörler

- Allerjenler
 - Ev içi: ev içi akarları, kürkly hayvanlar (köpek, kedi), hamamböceği allerjenu
 - Ev dışı: polenler, mantarlar, küf, mayalar
- Enfeksiyonlar
- Mesleksel ajanlar
- Sigara dumanı
 - Pasif içicilik
 - Aktif içicilik
- İç ve dış ortam hava kirliliği
- Beslenme
- Psikolojik faktörler (1-4,47).

2.1.5. Tanı

Astımda tanı çocuğun öyküsü, öksürük, solunumla ilgili belirtiler, tekrarlayan ataklar, solunum fonksiyon testleri ve deri testleri ile konulur (1-4,47,49). Akciğer fonksiyonu ölçümleri, erişkinlerde ve çocuklarda astım kontrolünün farklı yönleriyle ilgili tamamlayıcı bilgi sağlar. Solunum yolu obstrüksiyonu ve bronş hiperaktivitesi hakkında

önemli bilgiler veren solunum fonksiyon testleri (SFT) çocuk ile etkin bir iletişim kurulabilen yaştan itibaren hastalığın tanısı, izlemi ve kontrolü için kullanılabilir (1-3).

Solunum fonksiyon testlerinde sıklıkla kullanılan parametreler:

FVC (Forced vital capacity): Maksimum inspirasyon sonrasında zorlu bir ekspiryum ile atılan toplam hava miktarıdır.

FEV₁ (Forced expiratory volume in 1 second): Zorlu ekspiryumda atılan havanın 1. saniyesindeki yüzdesidir. Büyük ve orta çaplı bronşlarda obstrüksiyon hakkında bilgi verir.

FEV₁/FVC (%): FEV₁ obstrüktif hastalıklar dışında da düşük bulunabilir. Bu nedenle FEV₁/FVC oranının alınması daha doğru olur. Sağlıklı çocuklarda % 90'ın üzerindedir.

FEF 25-75 (Forced expiratoryflow in 25-75% of FVC) (L/sn): Zorlu vital kapasitenin % 25-75 arasındaki ortalama akım hızıdır. Orta ve küçük çaplı bronşlar hakkında bilgi verir.

PEF (Peak Expiratory Flow) (L/dk): Zorlu inspiryum sonrası zorlu ekspiryumdaki zirve ekspiratuvar akım hızıdır (1-3).

2.1.6. Tedavi

Tedavide hedefler;

- ✓ Semptomları kontrol altına almak ve bunu sürdürmek,
- ✓ Solunum fonksiyonlarını normal veya normale yakın tutmaya çalışmak,
- ✓ Hastanın günlük aktivitelerini rahat yapabilmesini sağlamak,
- ✓ Astım ataklarını önlemek,
- ✓ Tedavide ilaçların yan etkilerinin gelişmesini engellemek
- ✓ Astım mortalitesini önlemektir.

Tedavide kullanılan yöntemler;

- Çocuk ve aile eğitimi
- Astımı tetikleyen faktörlerden (risk faktörleri) uzak durulması
- Astımın klinik şiddetinin belirlenmesi
- İlaç tedavi planının yapılması
- Hastanın astım atağını tanımasının sağlanması ve bu durumda uygulayacağı planın belirlenmesi
- Düzenli takibin sağlanmasıdır (1-4,12,47).

Astım Ataklarının Tedavisi

Nefes darlığında artış, öksürük, hışıltılı solunum, göğüste sıkışma hissi veya bu semptomların birlikte bulunması astım atağı veya akut astım olarak adlandırılmaktadır. Akut astım atakları, çocuğun okulunu, sosyal yaşamını ve günlük aktivitelerini engellemektedir. Ağır ataklar potansiyel olarak yaşamı tehdit eder ve hastanın yakından gözetim altında tutulmasını gerektirir. Uygun tedavi verilebilmesi için atağın ağırlığının belirlenmesi gerekir. Akut astım atağının tedavisinde astım ilaçları yoğun ve doğru şekilde verilerek, allerjenlerle temas kesilmelidir (1-4,47,50-51).

Astım ataklarında mortalite ve morbiditenin azalması, sağlık kurumlarına gereksiz başvuruların önlenmesi için çocuğa/adölesan ve aileye astım atağının erken belirtileri öğretilmelidir. Astımlı her hasta her zaman akut atak geçirebilir. Bu nedenle astımlı her hastaya astım atağını tetikleyen faktörler, atak anında neler yapması gerektiği, ne zaman sağlık ekibi ile iletişim kuracağı açıklanmalı ve yazılı olarak çocuğa ve aileye verilmelidir (1-4,52).

Risk faktörlerine maruz kalmanın azaltılması

Çevresel risk faktörleri (tetikleyiciler) ile temasın azaltılması hem astım gelişiminin önlenmesi, hem de hastalık gelişmiş kişilerde semptomların kontrol altına alınabilmesi açısından önem taşımaktadır (1-4,53-54).

Primer Korunma

Astım gelişmesini önlemeye yönelik önlemleri kapsar. Duyarlanmanın önlenmesi veya duyarlanmış kişide astım gelişiminin engellenmesini kapsar. Primer korunmada;

- Beslenme ile ilgili öneriler
- ✓ Gebe/Annenin beslenmesine yönelik uygulamalar
- ✓ Bebeğin beslenmesine yönelik öneriler (anne sütü alımı/ek gıdaların başlanması vs)
- Allerjenlerden korunmaya yönelik uygulamalar
- Pasif sigara dumanı maruziyeti başta olmak üzere çevresel irritanlara yönelik uygulamalar yer almaktadır (2,54-55).

Sekonder Korunma

Astım gelişmiş bir kişide semptomlarının ve atak gelişiminin önlenmesidir. Sekonder korunmada;

- Farmakolojik tedavi
- Çevresel korunma önlemleri
- İmmünoterapi bulunmaktadır (2,55).

Allerjenlere maruz kalma ile astım ve astım ataklarının tetiklenmesi, astım tedavisinde allerjenlerden korunmanın önemini ortaya koymaktadır. Astım semptomları ve astım alevlenmeleri risk faktörlerinden kaçınarak ya da azaltılarak önlenabilir (1,3,47,54).

İlaç Tedavisi: Astım tedavisinde kullanılan ilaçlar kontrol edici ve rahatlatıcı ilaçlar olarak ikiye ayrılır:

Kontrol edici ilaçlar, antienflamatuvar etkileri sayesinde astımın kontrol altında tutulmasını sağlamak üzere her gün ve uzun süreli kullanılan ilaçlardır. Çocuklarda kullanılan kontrol edici ilaçlar inhale ve sistemik glikokortikosteroidler, lökotrien düzenleyici ilaçlar, uzun etkili inhale β_2 -agonistler, teofilin kromonlardır. İnhaler glukokortikosteroidler günümüzde en etkili kontrol edici ilaçlardır.

Rahatlatıcı ilaçlar hızla etki ederek bronkokonstrüksiyonu geri döndüren, semptomları gideren ve gerektiğinde kullanılan ilaçlardır. Bu grup; hızlı etkili inhale β_2 -agonistler, inhale antikolinergik ilaçları, kısa etkili teofilin ve kısa etkili oral β_2 -agonistleri içerir. Rahatlatıcı ilaç kullanımının artması ve özellikle her gün kullanım gereksiniminin olması, astım kontrolünde kötüleşme meydana geldiğine ilişkin bir uyarıdır ve tedavinin yeniden değerlendirilmesini gerektirir (1-4,8,12).

Astım tedavisi inhalasyon yoluyla, oral ya da parenteral (subkutan, intravenöz ya da intramüsküler enjeksiyon) olarak uygulanabilmektedir. İnhaler tedavinin başlıca avantajı; sistemik yan etkilerinin anlamlı ölçüde düşük olması, ilaçların doğrudan hava yollarına verilmesi nedeniyle bu bölgelerde daha yüksek lokal konsantrasyonlara ulaşabilmesidir (1-4,12,47).

Astım tedavisinde inhaler tedavi her yaş grubu çocukta kullanılmaktadır. Etkili bir tedavi için çocukların yaş grubuna göre farklı inhaler kullanmaları gerekir. Bu nedenle inhaler seçimi bireye göre yapılır. İnhaler aygıtı seçilirken ilacın hastaya verilmesi konusundaki etkinliği, maliyeti, güvenliği, kullanım kolaylığı, uygunluğu ve hastanın yaş grubundaki kullanımı ile ilgili bilgiler dikkate alınmalıdır (1,3,47). Bu yöntemle tedavi uygulanırken hastaya ve ailesine ayrıntılı eğitim verilmeli, kontrollerde kullanım tekniği sürekli gözden geçirilmelidir (56-58).

Zirve Ekspirasyon Akımı (Peak Expiratory Flow-PEF) İzlemi

PEF takibi astım tanısının doğrulanmasında, özellikle semptomları algılamayan hastalarda astım kontrolünde düzelme sağlanmasında, astım semptomlarının çevresel nedenlerinin tanımlanmasında yardımcıdır. Genellikle 5 yaş ve daha büyük çocuklar PEF-Metreği başarılı bir şekilde kullanabilirler. PEF oranını (PEFR-peak expiratory

flow rate) belirlemek için 3 kategoriden yararlanılır. Kategorilerin anlaşılabilirliğini sağlamak için de trafik lambası benzetmesi yapılır. Buna göre:

- Yeşil (Kişisel en iyi PEFr değeri %80-100): Astım iyi bir şekilde kontrol altında, bulgu yok, kontrolü sağlamak için rutin tedaviye devam edilir.
- Sarı (Kişisel en iyi PEFr değeri %50-79): Dikkat edilmeli, astım çok iyi kontrol edilemiyor, akut bir şekilde kötüleşme olabilir. Tedavi artırılabilir. Eğer çocuk bu kategoride kalırsa sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.
- Kırmızı (Kişisel en iyi PEFr değeri %50'nin altında): Tehlike uyarısı. Ciddi düzeyde hava yolu daralması oluşabilir. Kısa süreli bronkodilatatörler uygulanabilir. Eğer sarı ya da yeşil kategoriye hızlı bir şekilde dönmezse hemen sağlık kuruluşuna götürülmelidir. Güvenli PEF ölçümü için en düşük değere yakın değerlerin ölçüldüğü sabah ilaç almadan önce ve değerlerin daha yüksek olduğu gece saatlerinde ölçüm yapılmalıdır (1,3,47). Ölçüm değerleri (kırmızı, sarı, yeşil alan) çocuğun yazılı astım hareket planına not edilmelidir. Bu plan hem evde hem de okulda uygun bir yerde saklanmalıdır.

Astımın Klinik Şiddetinin Belirlenmesi

Astım, şiddetine göre (semptomlar, hava akımı kısıtlanmasının düzeyi, akciğer fonksiyonlarındaki değişkenliği) dört gruba ayrılmıştır:

1. İntermittan
2. Hafif Persistan
3. Orta Persistan
4. Ağır Persistan

Bu sınıflama hastanın tedavisiyle ilgili kararların alındığı başlangıçtaki değerlendirmede yararlıdır. Astımın şiddeti hem altta yatan hastalığa, hem de tedaviye verilen yanıtla bağlıdır ve bu sınıflama değişebilir. Son yıllarda astımlı çocuğun yönetiminde kullanılan ve yeniden gözden geçirilen astım tanı ve yönetim rehberlerinde astım şiddetinin yanı sıra astım kontrolü tanımı üzerinde durulmaktadır (1-4,9,12,47).

Astım Kontrolü

Astım kontrolü, astım belirtilerinin (semptomlar, fonksiyonel bozukluklar gibi) ne derece azaldığı ve tedavinin amacına ulaşmış olup olmadığını ifade eden bir terimdir. Astım kontrolü, gündüz ve gece yakınmaları, rahatlatıcı ilaç gereksinimi, aktivite kısıtlaması, solunum fonksiyonları, son bir yılda atak sayısı ve astım kontrol testleriyle değerlendirilmektedir. Astım kontrol düzeyleri ise kontrol altında olan, kısmen kontrol altında olan ve kontrol altında olmayan astım olarak sınıflandırılmaktadır (1-2).

Astım kontrolü astımın ciddiyeti ile yakın ilişkilidir ve astımın ciddiyetini olduğu kadar tedaviye uyumu, allerjenlerden korunmayı ve hasta tarafından astımın algılanışını da göz önüne alan bir değerlendirmeyi yansıtır. Astım kontrolünün belirlenmesi tedavinin yeterli biçimde uygulanmasına olanak sağlar. Astım kontrolü, hasta ile ilgili düzenlenmelerin sonucudur ve astımı şiddetlenme riski taşıyan hastaların tanımlanmasını sağlar (59).

Astımın birey, aile ve toplum üzerinde önemli etkilerinin olduğu, astımın şiddetiyle maliyetin arttığı, bu nedenle kontrol altında olan astımın daha düşük maliyetli olduğu bilinmektedir. Kronik bir hastalık olan astımda, tam bir tedavi olmamakla birlikte kontrol sağlanabilir. Astım kontrolünde ise amaç, bireyin uzun dönemde istenmeyen bir durum yaşamadan, normal yaşamını sürdürebilmesidir (1-2).

Çocuk/Adölesan ve Aile Eğitimi

Astım tedavisinde bir süreç olarak ele alınan hasta eğitiminde çocuk/adölesan ve ailesiyle işbirliği yapılarak, tedavi beklentileri tartışılmalı, bireyin/ailenin korku ve endişeleri ortaya çıkarılmalıdır. Her yaştaki astım hastası için önemli bir yere sahip olan eğitim çocuğun ve ailenin özelliklerine göre ve aşamalı olarak verilmeli, gerekli durumlarda mesajlar gözden geçirilerek, tekrarlanmalıdır (1,23,54).

Astımlı çocuk ve ailesine yönelik eğitimler;

- Astım tanısı
- Astımı tetikleyen faktörlerden korunma
- Astım tedavisinde kullanılan koruyucu ve rahatlatıcı ilaçlar
- İnhaler ilaç kullanımı
- PEF-metre kullanımı
- Belirti ve atakların önlenmesi
- Astım kontrolünün izlenmesi
- Tıbbi tedaviye başvurulması gereken zaman ve yöntemi içermelidir (1-2,5).

Astım hakkında toplumun eğitilmesi, astımlı çocuk ve ebeveynleri tıbbi yardım arama ve astım tedavi programına bağlı kalma konusunda teşvik ettiği için yararlıdır. Ayrıca, bu eğitimler astım konusundaki toplumsal farkındalığı arttırarak, hastalığa ilişkin olası yanlış anlamaları ortadan kaldırmaya yardımcı olabilir (1).

İzlem ve Kontrol

Astımlı çocuğun yönetiminde mümkün olduğunca az ilaç uygulanarak astım kontrolünün sağlanması amaçlanır. Bu amaca ulaşılabilmesi için hastalığın düzenli

izlenmesi hastanın sorunlarının tartışılarak, astım ve tedavisiyle ilgili bütün durumların gözden geçirilmesi gerekir. İzlem görüşmeleri, kişinin tedavi planına uyumunun kontrol edilmesini, risk faktörlerini azaltmaya yönelik önerileri ve PEF ölçüm kayıtlarının incelenmesi gibi konuları da içermelidir (1-2,5,60). Astımlı hastayla çalışan sağlık ekibinin eğitilmesi ve astımlı hastanın izleminin ekip çalışması şeklinde yürütülmesi astım kontrolünün sağlanması açısından önemlidir. Ayrıca astım konusunda uzmanlaşmış poliklinikler ve acil servis gibi belirli alanlarda, hasta bakım rehberlerinin uygulanması sağlanabilir (2). Ebeveynlere ve çocuğa/adölesana izlemin sürekliliği hakkında bilgi verilerek, astım kampları ve destek gruplarına katılma konusunda destek verilmesi önemlidir (3-4,8,11).

2.1.7. Hemşirelik Bakımı

Astımlı çocuk ve adölesanların hem akut hemde uzun süreli hemşirelik bakımında hastalık yönetiminde ebeveynlere ve çocuklara allerjenlerden korunma, bronkospazm belirtilerini tanıma, ilaç kullanımı, sağlığın korunması, komplikasyonların önlenmesi, günlük aktivitelerin sürdürülmesi konularında bilgi verilmelidir. Hemşireler ev ziyaretleri ile ev ortamını değerlendirmeli ve evde astım kontrolünün sağlanmasını desteklemelidir (3,47).

2.2. ASTIM VE ADÖLESAN

Astımlı adölesanlar sağlıklarını etkileyen fiziksel ve psikososyal değişim süreci yaşarlar (15). Yaşanan değişimlere bağlı olarak tıbbi yardım aramada isteksizlik, semptomları inkar etme, astım hakkındaki bilgi eksikliği, tedaviye uyumda azalma ve morbiditeye yol açan yetersiz astım kontrolü adölesanlarda sık görülür (3-4,16-17,19,61-63). Astım adölesanların akran ilişkilerini, kimlik gelişimini, beden imajını ve psikolojik uyumunu etkileyerek, hastalıktan utanma, inhaler ilaç taşımama ve akranları önünde ilaçlarını daha az kullanma gibi sorunlara neden olabilir (15,63). Akut astım atakları, çocuğun/adölesanın okulunu, sosyal yaşamını ve günlük aktivitelerini engellerken, semptomların yatışması durumunda var olan hafif bulgular gözardı edilebilir veya atlanabilir (3,18). Astımlı adölesanlar sağlıklı yaşatlarına göre tedaviye bağlılığı azaltan ve tıbbi sonuçları kötüleştiren anksiyete ve depresyon yaşama konusunda büyük risk taşımaktadır (15). Risk alma davranışları ve hastalığı anlayamamaya bağlı olarak astım kontrolünün kötü olması, ciddi hastalık komplikasyonları ve yaşam kalitesinde düşme görülmektedir (15-16). Sağlık profesyonelleri, depresyonda olan ve tedaviye uymayan

adölesanların farkında olarak, astım kontrolünü ve astım ile kaliteli bir yaşam sürdürülmesini desteklemelidir (1-2,15,35,54,64).

2.3. ASTIMLI ADÖLESAN VE YAŞAM KALİTESİ

Son yıllarda sağlık bakım hizmetlerinde bireylerin kaliteli bir yaşam sürdürmelerini sağlamaya dönük girişimler artmıştır. Bireyin hastalığa ilişkin subjektif algıları, günlük yaşam fonksiyonları ve iyilik durumunun nasıl etkilendiği hakkında bilgi veren yaşam kalitesi kavramı, hastalığın akut ya da kronik olmasına, prognozuna, hastanede yatış süresine bağlı olarak değişmektedir (21,65). Özellikle kronik hastalıklarda, tedavi ve bakım maliyetinin azaltılamamasına bağlı olarak hastalığın aileye ve topluma getirdiği yük artmakta ve bu durum bireyin yaşamını sosyal, duygusal, davranışsal yönlerden etkileyerek yaşam kalitesinde bozulmaya neden olmaktadır (4,35).

Astım sosyal, duygusal, fiziksel yönlerden değişik kısıtlamalara yol açan ve çocuğu/aileyi etkileyen en yaygın görülen kronik hastalıktır. Astımın nefes darlığı, öksürük, hırıltılı solunum gibi semptomları, geçirilen ataklar, uyku bozukluğu ve tedavinin oluşturduğu yan etkiler, astımlı çocuk ve adölesanın yaşam kalitesini etkileyen nedenlerdir. Astımlı hastaların değerlendirilmesinde, hastalığın klinik semptomları, muayene bulguları ve solunum fonksiyon testleri gibi fizyolojik ölçümlerin yanı sıra yaşam kalitesi düzeyi önemli bir sağlık ölçümü olarak kullanılır (20-22,65-66). Astımlı çocuklarda hastalık davranışının, psikolojik tepkilerin ve uyum güçlüklerinin anlaşılması ve uygun baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine destek olacak bakım girişimlerinin planlanması yaşam kalitesi değerlendirmeleri ile mümkün olabilir. Astımda klinik bulguların düzeltilmesinin yanında, adölesan ve ailelerinin kaliteli bir yaşam sürdürebilmelerini sağlamak için oluşturulan astım yönetim programlarında: semptomların en aza indirilmesi, atakların önlenmesi, solunum fonksiyonlarının normale veya olabilecek en iyi düzeye getirilmesi, gece uykusunun sağlanması, okul ve sosyal aktivitelerinde aksama olmadan alışılmış yaşantının sürdürülmesi amaçlanmaktadır (1-2,4,67). Ayrıca, astımlı çocuk/adölesan ve ailesine bakımları öğretilerek hastalık yönetimini yapabilmeleri sağlanarak, daha kaliteli bir yaşam sürdürmesi sağlanabilir(4,35,54).

2.4. ASTIMLI ADÖLESANLAR VE ÖZ ETKİLİLİK

Davranış üzerinde etkili olduğu düşünülen ve SBT'nin temel kavramlarından biri olan öz etkililik, bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri organize

edip başarılı olarak yapma kapasitesine ilişkin kendi yargısı olarak tanımlanır. Öz etkililik, bireyin, farklı durumlarla baş etme, belli bir etkinliği başarma yeteneğine ilişkin kendini algılayışıdır. Bu terim, Türkçe literatüre öz etkililik ve öz yeterlilik olmak üzere iki şekilde geçmiştir (26,33,68-70). Kişinin bir davranışı yapabileceğine dair kendine olan inancı ve yaptığı davranışın sonucunun başarılı olabilmesi ile ilgili beklentileri kişinin davranışı yapmasında etkilidir. Bireyin bir konudaki öz etkililiği arttıkça o konuda harcadığı çabalarda daha güçlü ve ısrarlı olacaktır (26,69). Yapılacak davranışın sonucu önemli fakat kişinin bu davranışı yapabilirliliği hakkındaki kendine inanması daha da önemlidir (71). Bireyin öz etkililiğine ilişkin inançları, davranış değiştirme amacını, amacına ulaşma gayretini ve motivasyonunu zayıflatan engellerle mücadele gücünü etkiler (69). Literatürde çocuğun/adölesanın astım yönetim davranışları ile öz etkililik inancı arasında pozitif ilişki olduğu, sonuç beklentisi ile algılanan etkililiğin öz yönetim ve sağlık davranışlarını benimsemede önemli rol oynadığı belirtilmektedir (30,75). Yapılan araştırmalarda öz etkililiğin astımla ilgili sağlık davranışlarında önemli bir faktör olduğu, yüksek öz etkililiğin kısa sürede astım tedavisine uyumu arttırdığı gösterilmiştir (24,28,76-77).

Hastalığa uyumu ve öz bakım davranışlarını etkilemesiyle giderek önemi artan bir kavram olan öz etkililik algısı, bireyin düşünce, davranış ve motivasyonunu belirler (70). Öz etkililik algısının geliştirilmesi sürecinde öz bakım ve öz etkililik algısını artıran girişimlerin planlanmasına gerek vardır (72-73). Bireyin davranış değiştirebileceğine ve olumlu sonuç alacağına inanması onu güçlü bir şekilde motive eder (74). Yüksek öz etkililik, davranış değişimi sağlayarak bireyin zorlukların üstesinden gelmesini ve bunu sürdürmesini destekler. Davranışsal değişiklik olmadan, yalnızca bilginin astım kontrolü ve yönetimi için yeterli olmayacağı, davranış değişikliği sağlayabilmek için hastanın genel ve astıma özgü öz etkililik beklentilerini arttırmanın etkili olduğu belirtilmektedir (23,78). Öz etkililiğin desteklenmesi kişinin değişim olasılığına inancını arttırmak için geçmişteki başarılarını açıklamayı ve şimdiki durumuyla kıyaslamayı gerektirir. Yüksek öz etkililik ile birlikte değişimi sağlayacak düzeyde motivasyon olması gerekir. Bu nedenle astımlı hastalarla çalışan sağlık profesyonellerine tedaviyi uyumu etkileyen, öz etkililiği geliştiren ve bilgiyi uygulamaya dönüştürmeye yardım eden etkili motivasyonel stratejilerin kullanılması önerilmektedir (24).

Hemşireler, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde davranış değişikliği sağlayabilmek için, çocuk/adölesanların öz etkililik duygularını, geçmiş olumlu deneyimleri ile destekleyerek çocuk/adölesanın ihtiyaçlarına en uygun olan müdahaleleri geliştirmek durumundadırlar. Bu amaçla astımlı adölesanlarda hastalığın kontrolünde değişimi sağlayan, otonomiye destekleyen ve gelişimsel özelliklere uygun motivasyonel stratejilerin kullanıldığı motivasyonel görüşmeden yararlanılabilir.

2.5. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME (MG)

Motivasyon, bireyin spesifik değişim stratejilerine girme, sürdürme ve bunlara sıkı sıkıya bağlanma ihtimalini ifade eden bir durumdur. Motivasyon dış faktörlerden etkilenen içsel bir durum olup, değişmeye hazır ya da istekli değildir ve duruma ve zamana göre değişkenlik gösterir (74,78-80). İnsan davranışlarında önemli bir role sahip olan motivasyon, bireyin algılama gücünü arttırarak harekete geçirir ve davranış değişikliğine yönelik belirlenen amaçlar yönünde işlev yapmasını sağlar (74).

Motivasyon için üç önemli öge; isteklilik, yapabilir olmak ve hazır olmaktır.

- İsteklilik, değişimin birey için önemini gösterir. Eğer değişimin önemliliği düşük düzeyde ise, genelde bu durum inkar veya direnç olarak adlandırılır. Aslında bu durum, üstünde çalışılması gereken ve değişebilir bir durumdur.
- Yapabilirlik bireyin değişim için olan kendine güvenini inancını gösterir. Bazı insanlar değişmeyi ister ama bunu yapamayacağını düşünür. Birey, yapabileceğine inanırsa değişecektir.
- Hazır olmak bir öncelik sorunudur. Değişim birey için önemlidir, kendini bunu yapabilecek güçte hissediyordur ama daha zamanı değildir. Birey hazır değilse, ortam ne olursa olsun değişmemektedir (79,81).

MG, danışanların ambivalansı keşfedip çözümlemelerine yardımcı olarak davranış değişikliğini ortaya çıkartmak için kullanılan, direktif ve danışan merkezli bir yaklaşımdır. Temel amaç; bireyin ambivalanslarını çözerek, başa çıkma yeteneğini ve kendine olan güvenini arttırmaktır. Bireyi davranış değişikliği için harekete geçirir (74). Bu değişim içinde, dışsal motivasyonun etkinliği sınırlı olduğundan, dışsal motivasyonu içsel motivasyona dönüştürmek önemlidir (82).

MG, değişim için isteksiz olan bireylerin sorunlarını anlamalarını ve değişim amacıyla eyleme geçmelerini sağlamak için yapılan yardımın özel bir yoludur (79,81). Değişime hazır olmayan bireyleri değişime motive etmek için tasarlanmış birey merkezli

danışmanlık yaklaşımı olan MG, hasta merkezli iletişimle örtüşmekle birlikte, tıbbi uygulamalara kolay ve açık bir şekilde entegre edilebilen bazı somut motivasyonel stratejileri içerir (27)

Ambivalans, değişim sürecinde bireyin değişim olasılığını umutla düşünmeye, tasarlamaya ve keşfetmeye devam ettiği önemli bir durum ya da aşamadır. Birey aynı şey hakkında aynı zamanda zıt, tutarsız ve bağdaşmayan fikirlere sahiptir. Ambivalans değişimin meydana gelmesi için mutlaka çözümlenmesi gereken anahtar konu olabilir. Ambivalansı anlamak için empatik dinleme, gerçek saygı ortamı, bireyin bir adım geri atması, kendisine dışardan bakabilmesi, kendini gözlemlemesi ve kendiyle yüzleşmesi gerekir (27,79).

MG'de Yaklaşım

MG'nin 4 temel ilkesi bulunmaktadır. Bunlar:

Empatinin Gösterilmesi: Danışanın duygu ve algılarını; yargılama, eleştirme ya da suçlama olmaksızın anlamadır. Kabul, anlaşma ya da onaylama anlamına gelmez. Onaylanmayan bireyin kendisi değil, sadece problemli davranışdır. Danışman eleştirmeden, yargılamadan ya da suçlamadan karşı tarafın duygularını anlamaya çalışmalıdır. Empatik davranabilmenin önemli kuralı yansıtıcı dinleme tekniklerini kullanmaktır. Bunun için öncelikle bireyi dikkatli bir şekilde dinlemek gerekir. Birey dikkatli dinlenildiği zaman olaylara/durumlara nasıl bir bakış açısıyla baktığı daha kolay anlaşılacak ve kişiye düşünceleriyle ilgili geri bildirim vermek kolaylaşacaktır. Bireyler alışkanlıklarının baskısı altında kalarak zaman zaman ambivalan duygular yaşayabilirler. Danışman bu tür durumları değişim sürecinin bir parçası olarak görmelidir. Görüşme sürecinde yakınlık oluşturmak ve motivasyon sağlamak için bireyin düşünceleri ile ilgili empatik geribildirimlerde bulunulması gerekir (74,79,81,83).

Çelişkilerin Ortaya Çıkarılması: Bireyin önemli amaç ve değer yargıları ile şimdiki davranışı arasında oluşan çelişkileri görmesi sağlanmalıdır. Çünkü değişim, şu anki davranış ve bireysel hedef ya da değerler arasında algılanan çelişki tarafından motive edilir. Motivasyonel görüşmeler esnasında davranışa ilişkin çelişki geliştirilmesi sağlanarak, bireylere gelecekte ne olmak istedikleri ve kendilerini nasıl görmek istedikleri sorulabilir. Birey yaşamındaki bazı değerleri (sağlık, başarı vb.) öne çıkarıyorsa çelişkiler oluşmaya başlamış demektir. Çelişki oluşan bireylerde danışmanın görevi çelişkileri daha da derinleştirmek olmalıdır. Bu aşamada bireylerin sahip

oldukları öz güven ve problem davranışa verdikleri önem çelişkiler üzerinde etkilidir (74,79,81,83).

Dirençle Çalışma: Değişim sürecinde direnç beklenen bir durumdur ve bu bireylerin değişime karşı oldukları anlamına gelmemektedir. Değişime karşı direnç gösteren bireylerle altta yatan faktörler tartışılmalı ve direncin nedenleri fark ettirilmelidir. Bireyle değişme gerekliliği konusunda tartışılmamalı, farklı bakış açıları sunulmalıdır. Görüşmeler sırasında bireyin ifadeleri son derece önemlidir. Çünkü direnç gösteren bireyler, sık sık konuyu bölmeye, tartışmaya, negatif düşünceler ileri sürmeye çalışırlar. Bu nedenle gereksiz tartışmalardan ve bireyi ikna etmeye yönelik ısrarcı tutumlardan kaçınılmalı, değişimin avantajları ve değişimle ilgili iyimser bakış açısı ön plana çıkarılmalıdır. Bu süreçte bireye yeni davranış önerilebilir ancak zorlanmamalıdır. Çözümleri bireyin kendisinin üretmesi, öz etkililiği de artırarak davranışlar üzerinde daha fazla kontrol oluşturmayı sağlar (74,79,81,83).

Öz Etkililiği Destekleme: Değişimin olası olduğuna bireyin inancı önemli bir motivatördür ve MG'nin amacı bireyin değişim yönünde inancını arttırmaktır. Öz etkililik, bireyin herhangi bir görevi yapma ya da başarıma konusunda kendisine duyduğu inancı ifade eder. Değişme sorumluluğu tamamen bireyin kendisine aittir ancak bireylerin değişme yönünde herhangi bir umudu ya da çabası yoksa değişim gerçekleşmemektedir. Bu nedenle görüşmeler esnasında bireylerin öz güvenlerini artırarak değişimin getirdiği zorlukları aşabileceklerine ilişkin inanç geliştirmelerine yardım etmek motivasyonel görüşmenin temelini oluşturmaktadır (27,74,79,81-84).

MG'nin Aşamaları

1. Birinci Aşama: Değişim için motivasyon kurulması

Önem ve Güven: MG'de bireylerin değişim için yeteri kadar nedenleri olduğuna inanmalarını ve değişimi gerçekleştirebilecekleri yönünde kendilerine güven duymalarını sağlamak gerekmektedir. Bir kişi için değişmek önemliyse ve bu değişikliği yapma konusunda kendine yeterince güven duyuyorsa, bu değişimi gerçekleştirebilir. Bunu araştırmak ve bireye kazandırmak için 0 ile 10 arasında bir skala üstünden değerlendirme yapması istenebilir (27,79-81).

İlk görüşme

İlk görüşme çok önemlidir. Görüşmenin başında ilişki kurmak temeldir. Hem sözel hem de sözel olmayan davranışlar ilişkinin hızlıca kurulmasını sağlar. Görüşmenin ne kadar

süreceği, hedefler, danışanın rolü belirtilir. Burada temel soru “Bugün neler konuşacağız?”dır.

Açılış ve yapılandırma

Görüşmenin ne kadar süreceği, roller, hedefler, danışanın rolü belirtilir ve sorulacak ayrıntılı sorular açıklanır.

Gündem oluşturma

Gündem oluştururken, öncelikle danışana sormak ve onun önem verdiği konuyu ortaya çıkarmak gerekir. Önce onun gündeminden başlamak, erken odaklaşma tuzağına düşmeyi engeller (80).

Beş erken yöntem: MG’de temel etkileşim stratejileri şunlardır:

1. Açık uçlu sorular

Açık uçlu soru, yargılayıcı ve yönlendirici olmayan, danışanın kendini açıkça ifade edebileceği ve konuşmanın ilerlemesi için kapı açıcı nitelikte sorulardır. Bu danışana hedef davranış konusunda konuşmak veya konuşmamak konusunda serbestlik tanır ve görüşmecinin tedavi planı için önemli olacak ve başka biçimde elde edilemeyecek bilgileri almasını da sağlayabilir (27,85).

2. Yansıtıcı dinleme

Yansıtıcı dinleme, herhangi bir ifade duyulduğunda bunun ne anlama geldiğini ve hangi anlamının daha yoğun olabileceğini tahmin etmek ve bunu karşı tarafa ifade etmektir. Bireyin ifadesini tekrar etme, vurgulama ve ona ayna tutma şeklinde olan yansıtıcı dinlemenin amacı, bireyin değişim üstünde konuşmaya ve düşünmeye devam etmesini sağlamaktır. Yansıtıcı dinlemenin yararı, bireyin söylediklerini anladığınızı ve onu dinlediğinizi göstermesi, değişimle ilgili olumlu cümleleri vurgulaması, direnci yayması ve direnci dağıtmasıdır (27,74,85).

3. Desteklemek

Görüşmede danışanı desteklemek ilişki kurmada büyük önem taşır. Bireyin kendini keşfetmeye başlaması için de önemli bir adımdır.

4. Özetleme

Özetleme, bilgilerin toplanması ve yansıtmasını amaçlar. Özetlemeden sonra başka bir konuya geçmek daha uygundur. Özetlemede hedef aynı zamanda ambivalansın ortaya konmasıdır. Özetleme, yansıtmadan daha uzundur ve görüşmenin ortasında başka bir konuya geçmek ya da bireyin ambivalansının iki tarafını da aydınlatmak için

kullanılmalıdır. Özetler görüşmenin sonunda temel noktaları toplamak için de kullanılmalıdır (27,86).

5. Değişimi konuşmak

MG’de değişimi konuşmanın anlamı “öz motivasyonel” sözcükleri ortaya çıkarmaktır (79,81).

İkinci Aşama: Değişim Taahhüdünü Güçlendirmek

Taahhüt ifadeleri gelecekteki davranışa ilişkin bir anlaşma, niyet veya vaat içerir. Bu doğrudan bir taahhüt fiiliyle ya da dolaylı olarak ifade edilebilir. Taahhüdün gücünü ölçmek bireyin değişimi sağlamak ve sürdürmek konusunda ne kadar kararlı olduğu ile ilgilidir. Doğrudan sözel taahhüdü ölçmenin birçok biçimi vardır.

Danışanın, şimdiki durumun olumsuz yanlarının ve değişimin avantajlarının farkına varması, değişim yönündeki iyimserliği görmesi ve değişimden görüşmecinin kastını anlaması için değişimi konuşmak gerekir. Bu amaçla, danışanın değişim için isteği, değişebilme yeteneği, değişmek için nedenler, değişmek için ihtiyacı ve değişime bağlılığını araştırmak gerekir.

Değişimi konuşmak için yöntemler

- 1.Açıklayıcı sorular sormak: Şimdiki durumun dezavantajları, Değişimin avantajları vb.
- 2.Önemlilik cetvelini kullanmak: 0-10 arasında puan vermesi istenebilir.
- 3.Karar dengesini açığa çıkarmak: Değişimin avantajlarının ve dezavantajlarının birer listesinin yapılmasıdır.
- 4.Ayrıntılandırmak: Eğer birey değişim için bir neden söylediye, bu durumda görüşmeci bu konuyu daha ayrıntılı olarak işlemelidir. Bu amaçla görüşmeci; netleştirmek için sorular sorabilir “ne zaman, nasıl?” soruları gibi ve örnekler vermesi istenebilir.
- 5.Uç durumları sorgulamak
- 6.Geleceğe bakmak
- 7.Hedefleri ve değerleri ortaya çıkarmak: Her bireyin hedefleri ve değerleri vardır. Bireyin rehber değerlerinin neler olduğu sorulmalıdır. Bir “sorun” davranış varsa, bu davranışın bireyin hedef ve değerleriyle ne kadar içsel olduğu öğrenilmeye çalışılmalıdır (78-81).

Etkin Motivasyonel Yaklaşımlar

- a) Tavsiyede bulunma: Değişimi başlatan ve uyaran etkenlerden birisi açık tavsiyelerdir. Sağlıkla ilgili bilgiler danışanın almaya, anlamaya ve kabul etmeye yatkın olacağı

biçimde paylaşılmalıdır. Bu, net ve anlaşılabilir bir dil kullanmak, danışan merkezli bir yaklaşım ve danışanın endişelerini aydınlatan yansımalar yapmakla sağlanabilir (27,84).

MG’de görüşmeci, danışanlara sağlıklarıyla ilgili geri bildirim verirken Çıkart-Sağla-Çıkart Sürecini kullanır. Süreçte önemli olan talep edilmemiş önerilere geri dönüşten kaçınılmasıdır.

Çıkart: İlk önce, danışanın kendi durumuyla ilgili endişe ve görüşleri değerlendirilir. Sağla: Danışana, söz konusu riskli davranışı gösteren bireye “çoğunlukla” ne olduğuna ilişkin bilgi verilmelidir. Tahlil sonuçları, sağlık kontrolleri, ilaç kullanımı, belirtiler ve hareket kısıtlılıkları ile ilgili geri bildirim verilebilir.

Çıkart: Bireyin bilgiye ilişkin yorumu değerlendirilmelidir. Sonuç olarak önemli olan bilginin kendisi değil, danışanın onu nasıl yorumladığıdır (85).

b) Engelleri Kaldırma

Bir başka önemli motivasyonel yaklaşım değişim çabalarının önündeki belirli engellerin tanımlanması ve bunların kaldırılmasıdır. Bu engellere örnek olarak bir adölesan için okul, derslerin yoğunluğu ve arkadaşlarıyla ilişkiler sayılabilir. Bu sorunlar tanımlandığında görüşmecinin görevi bireyin engeli kaldırmasına yol göstermektir. Değişim yönündeki engellerin kaldırılmasında daha çok bilişsel yöntemler ve bilgilendirici stratejiler kullanılabilir (81).

c) Seçenek Sunma

Motivasyon, bireyin özgürce bir davranışı seçebildiğini hissettiği ve bunun dıştan gelen bir etki veya zorlama ile olmadığını algıladığı zaman artmaktadır. Örneğin çeşitli tedavi seçenekleri sunulabilir ve bunların arasından kendi seçimini yapması desteklenebilir. Bu yöntem, direnci ve tedaviyi bırakmayı azaltmaktadır. Aynı şekilde bu yöntem tedavi hedeflerinde de uygulanabilir ve bireye sunulan seçeneklerden kendisine uygun olan birisini seçmesi istenebilir (84).

e) Geribildirim

Şimdiki durumun açık bir şekilde bilinmesi motivasyonda çok önemli bir etkidir. Örneğin: bir astım hastasının PEF değerlerini izlemesi, ilaç kullanımının önemini görmesini sağlar (27,84).

f) Hedefleri Netleştirme

Yalnızca geribildirim değişimi gerçekleştirmede yeterli olmaz. Eğer bireyde açık hedefler olmazsa geribildirim de işe yaramayacaktır. Bu nedenle bireyin açık ve net

hedefler bulmasını sağlamak gerekir. Bireyin net hedefler bulmasına yardım etmek değişimi kolaylaştırır (79).

g) Aktif Yardım

Aktif yardım, bireyin değişim süreci ile aktif ve olumlu bir şekilde ilgilenilmesi olarak tanımlanabilir. Değişim için bireyin kendi kararını vermesi gerekir. Fakat bu kararın verilmesinde görüşmecinin ne kadar büyük bir etkisinin olduğu da göz ardı edilemez (79,81).

Direnç

Görüşmede direncin göstergeleri şunlardır:

a) Tartışmaya Girme

Görüşmecinin doğruluğu, uzmanlığı veya güvenilirliği konusunda birey bir mücadeleye girer. Birey direkt olarak görüşmecinin söylediklerinin güvenilirliğine meydan okur ya da görüşmecinin bireysel otoritesi ve uzmanlığını sorgulayarak onun değerini düşürmeye çalışır. Birey görüşmeciye olan düşmanlığını doğrudan gösterebilir.

b) Görüşmeyi Kesme

Birey sürekli görüşmecinin sözünü keser, görüşmeci konuşurken o da konuşur.

c) İnkâr Etme

Birey sorunları kabul etmede, işbirliği yapmada, sorumluluğu almada veya öğütleri dinlemede isteksizdir. Sorunlarında sürekli diğer insanları suçlar.

d) Aldırmama

Birey, görüşmeciye aldırmadığını gösterir. Görüşmeye dikkatini vermez, verdiği yanıtlar görüşmecinin sorularının yanıtları değildir ya da hiçbir sözlü yanıt vermeyebilir, konuyu farklı alanlara çekmeye çalışır (79,81).

Dirençle Başa Çıkma

Dirençle başa çıkmanın birinci yolu görüşme sırasında bireyde gelişen direncin farkına varılmasıdır. Eğer görüşmeci direncin farkına varmazsa, görüşmenin kontrolü elden gidecektir. Unutulmaması gereken bir diğer nokta her zaman direncin aşılamayacağının da bilinmesidir. Direnç aşılamazsa, zorlamak gereksizdir. Dirençle karşılaşıldığında görüşmeci danışanın neden sorunla ilgili konuşmaktan kaçındığını düşünmelidir. Değişimin onun kararı olup olmadığı tekrar değerlendirilmelidir.

Dirençle başa çıkmanın yolları şunlardır:

- Yansıtıcı dinleme yapmak
- Empatik cümleler kurmak

- Odağı değiştirmek
- Değişim yerine ilişkiyi kurmaya çalışmak
- Önce onun için önemli olanları konuşmak
- Bireysel tercih ve kontrolü vurgulamak
- Terapötik paradoks (79,81).

MG, danışan merkezli bir görüşme tekniğidir. Bireyin şimdiki endişe/ilgi ve problemlerine odaklanan bu yöntemde, yaklaşımlar sonucu değişim, bireyin, kendi değerlerine bağlı olarak ortaya çıkar. Birey değişim yönünde karar vermediği sürece, MG sırasında çözüm önerileri sunulmaz. Terapotik ilişki uzman/alıcı rolünden çok bir ortaklık/arkadaşlık ilişkisidir. MG tekniğinde danışman, ikna etmeye çabalamaz. Değişim motivasyonu danışandan alınır, dışardan dayatılmaz. Ambivalansı çözmek danışmanın değil danışanın görevidir. Danışmanın tarzı sessiz ve veriyi çıkartan bir tarzıdır. Doğrudan ikna, saldırgan yüzleştirme ve tartışma motivasyonel görüşmenin kavramsal karşıtlarıdır (79,81).

2.5.1. MG'nin Kullanıldığı Alanlar ve Hemşirelik

MG tekniği koruyucu, tedavi edici sağlık hizmetleri ile tedavinin sürdürülmesinde ve hastanın rehabilitasyonunda öz yeterliliği artırması nedeniyle oldukça olumlu sonuçlar sağlamaktadır. Sağlıklı davranışa doğru değişimi sağlamak açısından hemşireler için etkili bir iletişim tekniği olabilir (74). Değişimi sağlayan birey merkezli bir yaklaşım olan MG'nin, riskli ve kötü davranışların değişimi veya tıbbi tedaviye uyumun artırılması gibi alanlarda kullanımı terapötik çalışma açısından yararlıdır (78,87). Son yıllarda yapılan araştırmalarda MG'nin sağlık davranışlarına uyumu arttırdığı, tedaviye uyum ve tedavi sonuçlarında önemli derecede etkiler sağladığı, sağlık davranışlarını geliştiren uygun bir yaklaşım olduğu vurgulanmaktadır (80,88). Motivasyonel görüşmenin en önemli özelliklerinden biri kısa süreli olması ve bireyde olumsuz davranış bırakma yönünde kalıcı etkilerinin olmasıdır (79). MG'nin kısa karşılaşmalarda (2-15 dk) dahi uzun etki gösterebildiği, yoğun madde kullanım bozukluklarında bile bir-iki seans görüşmenin etkili olabildiği belirtilmektedir (89-91). Hemşireler, etkinliği birçok çalışmayla ispatlanmış olan MG tekniği konusundaki bilgi ve deneyimini artırarak, bu tekniği davranış değişikliği beklenen hemen her alanda rahatlıkla kullanabilir ve bireyleri sağlıklı davranış değişikliğine yöneltmede danışmanlık yapabilir (74,81). Hemşireler için birey merkezli iletişimin bir yolu olan MG becerileri eğitimlerle geliştirebilir. MG özellikle kronik hastalıklarda, hastalığa

uyumun sağlanmasında, tedavi ve bakımın istendik düzeyde sürdürülmesi için motivasyon sağlamada hemşireler tarafından kullanılabilir (74,83).

2.6.2. MG ile İlgili Çalışmalar

Son yıllarda davranış değişikliğinin önemli olduğu alanlarda yaygın olarak kullanılmaya başlanan MG'nin danışanlara geleneksel olarak uygulanan tavsiye verme yaklaşımından farklı olarak davranış değişiminde yardım eden etkili bir yaklaşım olduğu belirtilmiştir (79,90). Literatürde alkol-madde kullanımı, kilo kontrolü ve Tip 2 diyabet gibi farklı hastalık ve sağlık problemlerinin tedavisinde fizyolojik ve psikolojik olarak MG'nin yararlı olduğunu gösteren sonuçlar bulunmaktadır (36-39). Denetimli serbestlik olgularıyla yapılan bir çalışmada, MG'nin, denetimli serbestlik sürecinde yer alan madde bağımlıları üzerinde, madde kullanımını sonlandırmak açısından etkili bir yöntem olduğu ifade edilmiştir (92). Karatay (93) çalışmasında, MG'nin gebelerde sigara bırakma üzerine etkili olduğunu bulmuştur. Yetişkin kronik kalp hastalığı olan bireylerin hastaneye yeniden yatışını etkileyen faktörler ile diyet, ilaç ve bireysel izlemlerine uyumlarının arttırılmasında da MG'nin etkili bir yöntem olduğu belirtilmiştir (94). Astımlı yetişkinlerle yapılan başka bir çalışmada ise eğitim ile eğitim+MG yapılan gruplar karşılaştırılmış, yalnızca eğitim alan katılımcılarda ilaç tedavisine uyumunda bir azalma görülürken, eğitim+MG alanların uyum düzeyinde anlamlı bir artış görülmüştür (24).

Psikososyal açıdan kimlik gelişimine karşın rol karmaşası yaşayan adölesanlarda MG kullanımı uygundur. Bu dönemde adölesanlar yaygın bir şekilde yaşadığı ambivalansla mücadele ederek kendi otonomisi ve kimliğini kurmaya çalışır, otoriteye meydan okuması nedeniyle riskli davranışlar görülür (84). MG, adölesanlıktaki gelişimsel meydan okumalarla birlikte, bireyin kendi davranışı hakkındaki doğru ve değiştirilemeyen yeteneklerini, otonomisini kabul ederek, riskli ve uygunsuz davranışlarını değiştirmeye uğraşır (86). Ayrıca MG adölesanlarda amaç geliştirme ve değişim için motivasyon sağlayarak, tedaviye uyumu arttırmaya ve sürdürmeye yardım eder (95). Direnci artırmayan, ambivalansı ve bireysel seçimleri kabul eden bir klinik yaklaşım olarak MG'nin adölesanlarda kullanımı yararlıdır (96).

Adölesanlarda MG'nin kullanımına yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde; Naar-King (97), D'Amicon et al. (44) ve Spirito et al. (98), çalışmalarında MG yapılan adölesanlarda alkol ve ilaç gibi madde kullanım alışkanlıklarında azalma olduğunu ortaya koymuş, MG'nin adölesanların fiziksel ve zihinsel sağlığına olumlu katkılar

sağladığını ifade etmiştir. Brown et al. (99) ve Colby et al. (45) MG ve kısa tavsiyelerin sigara-alkol bırakma çabalarını arttırdığını, ambivalansı yüksek olan gençlerde MG'nin daha etkili olduğunu bulmuşlardır. Knight et al. (100) diyabet kontrolü yetersiz olan 20 adölesanla yapılan MG'nin adölesanlarda kabul ve kontrol duygularını arttırarak diyabet algısında pozitif değişimler sağladığını belirtmişlerdir. Walpole et al. (101), aşırı kilolu ve obez 10-18 yaş grubu çocuk ve adölesanlara uygulanan MG'nin, sağlık davranışlarına olumlu katkı sağladığını, Berg-Smith et al. (41), MG ve kısa görüşmelerin, diyetle kolesterol ve yağ alımını azalttığını, Willgerodt et al. (102) motivasyona dayalı müdahalenin okul çağı çocuklarda uyku örüntülerini değiştirdiğini belirtmiştir. Tip 1 diyabetli adölesanlarla yapılan bir çalışmada ise MG'nin iyilik hali ve yaşam kalitesini arttırdığı, HbA_{1c} düzeyini düşürdüğü bulunmuştur (40). Riekert et al. (28) tarafından 37 adölesanla yapılan MG'nin astımlı adölesanlarda tedaviye uyumu arttırdığı, bakım vericilerde ve adölesanlarda olumlu değişimler sağladığı belirlenmiştir. Ülkemizde Yurt (42) tarafından yapılan çalışmada MG'nin kilolu adölesanların kilo vermelerinde etkili olduğu, beslenme ve egzersizle ilgili tutum ve davranışları olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Bir başka çalışmada ise adölesanlarda değişim aşamalarına dayalı MG'nin sigara bırakmada etkili olduğu bulunmuştur (46).

Jackman (87) hemşirelerin gelişim teorilerini temel alıp, adölesanların gereksinimlerini belirleyerek MG'yi kullanabileceğini ve terapötik bir müdahale olarak kullanılmasının adölesanların bireysel ve grup terapilerine katılımını destekleyeceğini belirtmiştir. Ayrıca hemşirelerin hasta savunuculuğu rolü doğrultusunda terapötik yaklaşım olarak MG'yi kullanmalarının olumlu hasta-hemşire iletişimi ve pozitif tedavi sonuçları sağladığını belirterek adölesan sağlığında kullanımının yaygınlaştırılmasını önermiştir. Bu öneriler doğrultusunda astımlı adölesanlarda MG'nin astım kontrolü, öz etkililik ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyeceği düşünülerek bu çalışma yapılmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3. 1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu çalışma astımlı adölesanlarda motivasyonel görüşmenin astım kontrolüne, öz etkililiğe ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla ön test-son test, randomize kontrol gruplu deneysel çalışma olarak yapılmıştır.

3. 2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Çalışma, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Pediatrik Alerji ve İmmünoloji Polikliniği'nde yapılmıştır. Pediatrik Alerji ve İmmünoloji Polikliniği'nde çocukluk çağı bronşiyal astım, allerjik hastalıklar, sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, immün yetmezlikler, kistik fibrozis gibi hastalıkların tanı ve tedavisine yönelik hizmet verilmektedir. Pediatrik Alerji ve İmmünoloji Polikliniği'ne başvuran 0-18 yaş grubu çocuklara hafta içi hergün sabah 09.00-12.00 öğleden sonra 13.30-16.00 saatleri arasında bir öğretim üyesi, bir asistan, bir teknisyen ve bir intörn doktor ile poliklinik hizmeti verilmektedir. Polikliniğe başvuran tüm hastaların öyküsü alınarak, muayeneleri yapıp, gerekli tetkikler sonrası tedavileri düzenlenmektedir. İzlemde olan hastalar durumlarına göre ayda ya da üç ayda bir kontrollere çağrılmakta ve kontroller genellikle bireyin hastalığının özelliğine göre düzenlenmektedir. Poliklinikte bir muayene odası ve bir solunum fonksiyon testi laboratuvarı bulunmaktadır. Poliklinikte hemşire bulunmamaktadır.

3. 3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini, Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Pediatrik Alerji ve İmmünoloji Polikliniği'nde astım tanısıyla izlenen 12-18 yaş grubu adölesanlar oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü; Çevik'in (103) "Astımlı Çocuk ve Adölesanlara Verilen Eğitimin Öz Etkililik ve Hastalığın Seyrine Etkisi" isimli çalışmasında elde edilen verilerden müdahale öncesi ve sonrası değerleri dikkate

alınarak yapılan güç analizinde, (% 90) $\alpha=0.05$ ve $\beta=0.10$ olarak hesaplanmış ve örnekleme 15 çalışma, 15 kontrol olmak üzere toplam 30 adölesan alınmıştır. Adölesanlar polikliniğe geliş sıralarına göre bir çalışma grubuna bir kontrol grubuna olacak şekilde çalışmaya alınmıştır.

Bu örneklem hacmi ile çalışma grubundaki astımlı adölesanların MG öncesi ve sonrası astım kontrolü, öz etkililik ve yaşam kalitesi toplam puanlarının, çalışma sonrası istatistiksel gücü (post-power) analizi yapıldığında; alfa (α)=0.05 durumunda güç tam (1.00) olarak elde edilmiştir. Bu sonuç ile örneklem büyüklüğünün yeterli olduğuna karar verilmiştir.

3.3.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

1. Pediatrik Alerji ve İmmünoloji Polikliniği'ne başvuran,
2. 6 aydan uzun süredir astım tanısı olan,
3. Astım Kontrol Testi (AKT) puanı 24 ve altında olan,
4. 12–18 yaş aralığında olan,
5. Astım dışında başka bir kronik hastalığı olmayan,
6. İletişim kurulabilen,
7. Kendisinin ve ebeveyni çalışmaya katılmayı kabul eden ve yazılı izin formlarını imzalayan adölesanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3.2. Araştırmadan çıkarılma kriterleri: Adölesanlardan çalışmayı sonuna kadar sürdüremeyeceğini ifade eden, çalışmaya başlama tarihinden sonra sağlık sorunu olan, taşınan adölesanlar örnekleme alınmamıştır.

3.3.3. Eşleştirme Kriterleri

- AKT puanı 24 ve altında olanlar
- Yaş
- Cinsiyet
- Hastalık süresi
- Sayı

Tablo 3.1.Çalışmaya Alınan Adölesanların Eşleştirme Kriterleri

Eşleştirme Kriterleri	Çalışma Grubu (n ₁ =15)		Kontrol Grubu (n ₂ =15)		Test	
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet						
Kız Erkek	9	60	9	60	$\chi^2=0.000$	p= 1.000
	6	40	6	40		
	Ortalama $\pm$ SS		Ortalama $\pm$ SS			
Yaş	14.13 $\pm$ 1.84 (min-max:12-17)		13.60 $\pm$ 1.40 (min-max:12-16)		t= 0.890	p=0.381
Hastalık süresi (yıl)	3.00 $\pm$ 2.29		3.80 $\pm$ 3.09		Z=0.465	p=0.653
AKT Puanı	16.06 $\pm$ 4.14		17.86 $\pm$ 3.83		t=1.234	p=0.227

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak geliştirilen adölesan ve ebeveynlerinin sosyo-demografik özelliklerinden oluşan Adölesan-Aile Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1), adölesanların astım kontrol düzeylerini belirlemek için Astım Kontrol Testi (AKT) (Ek 2), öz etkililik düzeyini değerlendirmek için Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar İçin Öz-Etkililik Ölçeği (AÇAÖÖ) (Ek 3), yaşam kalitesini ölçmek için Çocuklar için Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ) (Ek 4), solunum fonksiyon testi değerleri için Solunum Fonksiyon Testi (SFT) İzlem Formu (Ek 5), ilaç kullanım özelliklerini belirlemek için İlaç Uyum Anketi (Ek 6), ev ortamını değerlendirmek amacıyla Ev Ortamı Değerlendirme Formu (Ek 7), motivasyonel görüşmelerde adölesanların astıma yönelik duygu, düşünce ve görüşlerini değerlendirmek için yarı yapılandırılmış Motivasyonel Görüşme Formu (Ek 8) kullanılmıştır.

3.4.1. Adölesan-Aile Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1):

Bu form; astımlı adölesan ve ebeveynlerinin sosyodemografik özelliklerine ve hastalığa yönelik 24 sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Astım Kontrol Testi (AKT) (12 yaş ve üzeri) (Ek 2):

AKT, astımı yeterince kontrol altına alınamamış hastaları tanımlayan 5 maddelik bir ankettir. AKT'nin çocuk ve adölesanlar için (4-11 yaş, 12 yaş ve üzeri) iki ayrı formu bulunmaktadır. Bu çalışmada 12 yaş ve üzeri adölesanlara yönelik AKT kullanılmıştır. Liu et al. (104) tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Şekerel et al. (105) tarafından yapılmıştır. Değerlendirmede, gece ve gündüz semptom sıklığı, aktivite kısıtlanması, rahatlatıcı ilaç kullanımı, kontrolün hasta tarafından algılanması

kullanılmaktadır. Alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan 25'dir. Değerlendirmede 25 puan: "tam kontrol", 24-20 puan: "kısmi kontrol", 19 puan ve altı: "kontrol altında değil" olarak değerlendirilmektedir (2,104-105).

3.4.3. Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar İçin Öz-Etkililik Ölçeği (AÇAÖÖ) (Ek 3):

AÇAÖÖ, 10-18 yaş arası astımlı çocuk ve adölesanların astım yönetim becerilerinde öz etkililik düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Schsöller ve Havermans (32) tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Çevik ve Çelebioğlu (33) tarafından yapılmıştır. Çocuk/adölesanların hastalığı nedeniyle olabilecek tüm durumlara karşı, adölesanın kendine olan öz güvenini belirleyen beşli likert tipteki ölçek 22 maddeden oluşmaktadır. İlk 8 madde astımla ilgili tıbbi bilgileri, 9-16 arası maddeler çevresel faktörlere yönelik astım yönetim becerilerini, 17-22 arası maddeler ise problem çözme becerilerini ölçmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.89 bulunmuştur. Bu çalışmada ön test alfa değeri 0.82, son test alfa değeri 0.88 olarak saptanmıştır.

Ölçeğin toplam puanı verilen yanıtlara göre puanların toplanması ile hesaplanmaktadır. Ölçekten en az 22, en fazla 110 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınacak 88 puan altı yetersiz (düşük), 88 ve üzeri puan ise yeterli (yüksek) öz etkililik olarak yorumlanmaktadır. Ölçek puanının yüksek olması çocuk/adölesanın öz etkililik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (32-33).

3.4.4. Çocuklar için Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ) (Ek 4):

ÇAYKÖ, Juniper et.al. (21) tarafından 7-17 yaş grubu astımlı çocukların hastalığa özgü fiziksel, ruhsal ve sosyal bozukluklarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Bozkurt (23) tarafından 2003 yılında, Yüksel ve ark. (106) tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Ölçek 23 madde ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçeğin alt boyutları;

- Belirtiler (4,6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 23. maddeler)
- Faaliyet Kısıtlaması (1, 2, 3, 19, 22. maddeler)
- Duygusal İşlev (5,7,9,11,13, 15,17, 21. maddeler)

Ölçekte her bir soru 1-7 puanlık likert skalası kullanılarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınacak toplam puan 23-161 arasındadır. Ölçek puanının yüksek olması yaşam kalitesinde iyileşmenin olduğunu göstermektedir (23,106). Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı faaliyet kısıtlaması alt ölçeği için 0.80, belirtiler alt ölçeği için 0.90, duygusal işlev alt ölçeği için 0.86 olarak bulunmuştur (106). Bu çalışmada ön test alfa değeri sırasıyla faaliyet kısıtlaması alt ölçeği için 0.81, belirtiler alt ölçeği için 0.93,

duygusal işlev alt ölçeği için 0.92, son test alfa değeri sırasıyla 0.66, 0.92, 0.91 olarak saptanmıştır.

3.4.5. Solunum Fonksiyon Testi (SFT) İzlem Formu (Ek 5):

Akciğer fonksiyonu ölçümleri erişkinlerde ve çocuklarda astım kontrolünün farklı yönleriyle ilgili tamamlayıcı bilgi sağlar. Solunum fonksiyon testleri (SFT) bu amaçlarla en sık kullanılan tetkiktir.

Solunum fonksiyon testlerinde sıklıkla kullanılan parametreler:

FVC (Forced vital capacity): Maksimum inspirasyon sonrasında zorlu bir ekspiryum ile atılan toplam hava miktarıdır. Sağlıklı bireylerde % 80'nin üzerindedir.

FEV₁ (Forced expiratory volume in 1 second): Zorlu ekspiryumda atılan havanın 1. saniyesindeki yüzdesidir. Büyük ve orta çaplı bronşlarda obstrüksiyon hakkında bilgi verir. Sağlıklı bireylerde % 80'nin üzerindedir.

FEV₁/FVC (%): FEV₁ obstrüktif hastalıklar dışında da düşük bulunabilir. Bu nedenle FEV₁/FVC oranının alınması daha doğru olur. Sağlıklı çocuklarda % 80'in üzerindedir.

FEF₂₅₋₇₅ (Forced expiratory flow in 25-75% of FVC) (L/sn): Zorlu vital kapasitenin % 25-75 arasındaki ortalama akım hızıdır. Orta ve küçük çaplı bronşlar hakkında bilgi verir. Sağlıklı bireylerde % 70'in üzerindedir.

PEF (Peak Expiratory Flow) (L/dk): Zorlu inspiryum sonrası zorlu ekspiryumdaki zirve ekspiratuvar akım hızıdır (1-3).

SFT İzlem Formu (Ek 5), adölesanların SFT değerlerinin izlenmesine yönelik oluşturulmuştur. Formda bulunan beş değer ilk ve son görüşmede olmak üzere iki kez değerlendirilmiştir.

3.4.6. İlaç Uyum Anketi (Ek 6):

İlaç Uyum Anketi, hastaların kullandığı ilaçları ve ilaç kullanımına ilişkin davranışlarını sorgulayan, araştırmacı tarafından geliştirilen 12 soruluk bir ankettir. Ankette adölesanların, ilacını düzenli kullanıp kullanmadığı, ilacı aksatma ve unutma nedenleri, ilaç alımında karşılaştığı güçlükler, ilacını kimin verdiği ile ilgili sorular bulunmakta ve "Evet/Hayır" olarak cevaplandırılmaktadır. Ankette inhaler ilaç becerilerine yönelik yer alan 10 ifade ise "Doğru/Yanlış" olarak değerlendirilmektedir (107-110). Yapılan ön uygulama sonucunda ve 5 uzman görüşü doğrultusunda ankete son şekli verilmiştir.

3.4.7. Ev Ortamı Değerlendirme Formu (Ek 7):

Literatüre dayalı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen bu formda adölesan ve ailesinin yaşadığı evle ilgili özellikler; oturulan evin tipi, evdeki rutubet varlığı, ısıtma

sistemi, evcil hayvan besleme, evde saksı bitkisi yetiştirme, evdeki yer döşemesi, yatakta yün veya pamuk eşya kullanımı, evde görünen küf varlığı, evin havalandırılma durumu sorulmaktadır. Anket, “Evet/Hayır” olarak cevaplanmakta ve toplam 30 sorudan oluşmaktadır (111-112). Yapılan ön uygulama sonucunda ve 5 uzman görüşü doğrultusunda ankete son şekli verilmiştir.

3.4.8. Motivasyonel Görüşme (MG) Formu (Ek 8):

Adölesanların astıma yönelik bilgi ve görüşlerini MG yoluyla değerlendirmek için araştırmacı tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış Motivasyonel Görüşme Formu kullanılmıştır. Bu form; adölesanların astıma yönelik düşünceleri, ilaç kullanımı, çevre kontrolü, ev-okul yaşamı, spor aktiviteleri, ilişkileri ve gelecekle ilgili endişelerini içeren 28 sorudan oluşmaktadır. Beş adölesanla görüşülerek ön uygulama yapılmış ve MG'nin aşamaları doğrultusunda kullanılan bazı stratejiler ve tekniklerle adölesanın değiştirmek istediği konular, alanlar değerlendirilmiş ve forma son şekli verilmiştir.

3.4.9. Astım Kontrolü Kitapçığı (Ek 9):

Araştırmacı tarafından oluşturulan kitapçık, motivasyonel görüşmeler sırasında adölesanın gereksinim duyduğu bilgilerin verilmesi amacıyla kullanılmıştır. Kitapçık oluşturulduktan sonra 5 uzman görüşü doğrultusunda düzenlemeler yapılmıştır. Kitapçıkta astımın tanımı, risk faktörleri, tanı ve tedavisi, allerjenlerden korunma yollarına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Kitapçık, MG'yi etkilememesi için çalışma sonunda çalışma ve kontrol grubundaki adölesanlara verilmiştir.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

3.5.1. Ön Uygulama

Araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan anket, görüşme formu, ölçekler ve eğitim kitapçığının anlaşılabilirliğini belirlemek ve motivasyonel görüşmelerin sayısı, süresi ve içeriğini şekillendirebilmek için örneklem dışında kalan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine sahip olan 5 adölesana formlar uygulanmış ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Ayrıca motivasyonel görüşmeler için oluşturulan görüşme formu kullanılarak görüşmelerin süre, sayı ve sorularında gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

3.5.2. Uygulama

Çalışma 03 Mart 2014-23 Ocak 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Pediatrik Allerji ve İmmünoloji Polikliniği'ne başvuran 12-18 yaş grubu astımlı adölesan ve aileleriyle tanışılarak araştırma hakkında bilgi verilmiş, ebeveyni ve kendisi kabul eden adölesanlar

poliklinikteki görüşme odasına alınarak Adölesan-Aile Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1) ve AKT (Ek 2) uygulanmıştır. Araştırma kriterlerini karşılayan, AKT puanı 24 ve altında olan adölesan ve ailelerine araştırmanın amacı ve süreci açıklanarak sözel ve yazılı onam alınmıştır (Ek 10). Adölesanlara diğer veri toplama formları (AÇAÖÖ, ÇAYKÖ, İlaç Uyum Anketi) hakkında kısa bir açıklama yapılarak ve ebeveynin dışarıda olmasına özen gösterilerek doldurmaları sağlanmıştır. Ayrıca hastalardan muayene sırasında rutin olarak istenen SFT değerleri kaydedilmiştir. Formlar uygulandıktan sonra adölesan ve ailesine yapılması planlanan üç MG hakkında bilgi verilmiştir. Adres ve iletişim bilgileri alınarak ev ziyareti olarak yapılması planlanan birinci MG için tarih ve saat belirlenmiştir.

Birinci MG: Ev ziyareti yapılarak gerçekleştirilen bu görüşmeler adölesan ve ailelerin uygun olduğu tarih ve saatte yapılmıştır. Ziyaret öncesi ailelere telefonla ulaşarak, poliklinikte planlanan tarihin uygun olup olmadığı kontrol edilmiştir. Ev ziyaretinde görüşmeye başlamadan ailelerden izin alınarak ev ortamı, odalar, banyo, mutfak vb. değerlendirilmiş, Ev Ortamı Değerlendirme Formu (Ek 7) doldurulmuştur. Daha sonra evin uygun olan bir odasında adölesanla yalnız görüşme yapılmıştır. Görüşme yaklaşık 30-40 dakika sürmüştür. Ebeveynlerle daha sonra görüşülmüştür. Aileyle 15 gün sonra hastanede yapılacak olan ikinci görüşme için tarih ve saat planlanmıştır.

İkinci MG: Adölesanların okul, sınav vb. durumlarının uygunluğuna göre birinci görüşmeden ortalama 15-18 gün sonra hastanede ikinci görüşme yapılmıştır. Görüşme poliklinikte bölünmelerin, gürültünün olmadığı uygun bir odada ebeveynlerin dışarıda olması sağlanarak sadece adölesanla yapılmıştır. Daha sonra ebeveynlere de soruları doğrultusunda açıklamalar yapılmıştır. Görüşmeler yaklaşık 30-35 dakika sürmüştür. Görüşme bittikten sonra adölesan ve ebeveynle 15 gün sonra hastanede yapılacak olan üçüncü görüşme için tarih ve saat planlanmıştır.

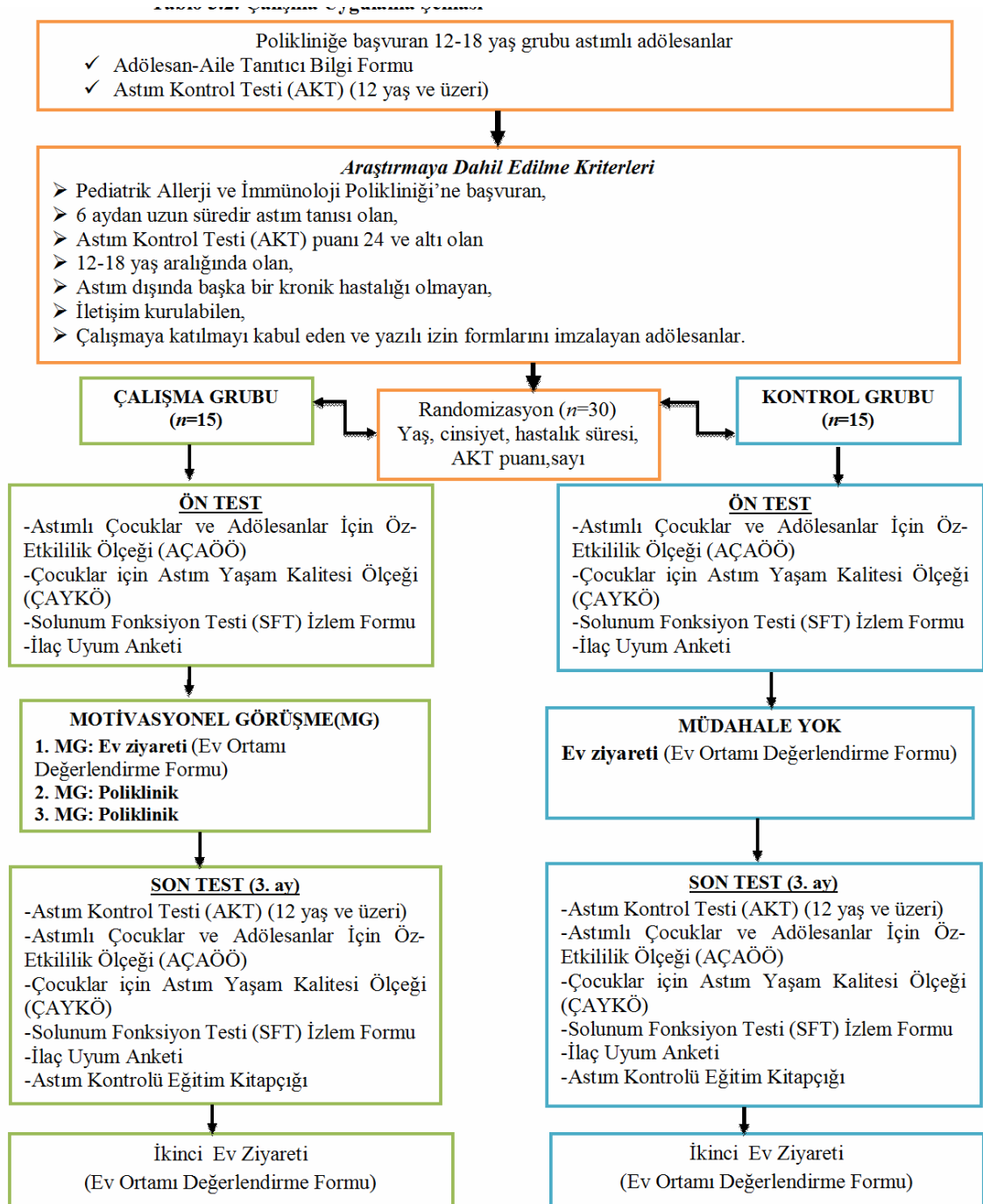
Üçüncü MG: İkinci görüşmeden ortalama 15-18 gün sonra hastanede üçüncü görüşme yapılmıştır. Görüşme yaklaşık 30-35 dakika sürmüştür. Görüşmeler tamamlandıktan sonra adölesan ve ebeveynin soruları cevaplandırılarak araştırmanın 3. ayında (yaklaşık 1.5 ay sonra) önce hastane daha sonra ev ziyareti şeklinde gerçekleştirilecek olan son test görüşme tarihi belirlenmiştir.

Çalışmanın son test görüşmeleri için hastalar bir hafta önceden telefonla aranarak ve randevuları hatırlatılarak hastaneye çağırılmış, daha önce belirlenen tarih ve saatte adölesan ve ebeveynleriyle görüşülerek anketler tekrar uygulanmıştır. SFT değerleri

kaydedilmiş, soruları varsa cevaplandırılmıştır. Yapılması planlanan ev ziyareti hakkında bilgi verilerek ve uygun gün ve saat belirlenerek ev ziyareti yapılmıştır. Ev ziyaretinde ev ortamı tekrar değerlendirilmiş, son ziyarette Astım Kontrolü Eğitim Kitapçığı verilmiş, gerekli durumlarda görüşülebileceği mesajı verilerek görüşmeler sonlandırılmıştır.

Kontrol grubuna, çalışma grubuyla eş zamanlı olarak araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek izin alınmış, kriterleri karşılayan adölesanlar örnekleme alınarak gerekli bilgi formları ve ölçekler doldurulmuştur. Ev ortamını değerlendirmek amacıyla yapılacak olan ev ziyareti hakkında bilgi verilerek uygun tarih belirlenmiştir. Belirtilen tarihte ev ziyareti yapılarak Ev Ortamı Değerlendirme Formu (Ek 7) doldurulmuştur. Çalışmanın 3. ayını dolduran hastalar telefonla aranarak hastaneye çağırılmıştır. Belirlenen tarih ve saatte adölesan ve ebeveynleriyle görüşülerek anketler tekrar uygulanmıştır. SFT değerleri kaydedilerek, soruları cevaplandırılmıştır. Yapılması planlanan ev ziyareti hakkında bilgi verilerek uygun gün ve saat belirlenmiştir. Belirlenen gün ve saatlerde ev ziyareti yapılarak, ev ortamı tekrar değerlendirilmiştir. Son ziyarette Astım Kontrolü Eğitim kitapçığı verilerek ve gerekli durumlarda görüşülebileceği mesajı verilerek görüşmeler sonlandırılmıştır.

Tablo 3.2. Çalışma Uygulama Şeması



Tablo 3.3. Motivasyonel Görüşme Uygulama Şeması

GÖRÜŞME	İÇERİK	KULLANILAN FORMLAR
POLİKLİNİKTE TANIŞMA		-Adölesan-Aile Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 1) -AKT (Ek 2) -AÇAÖÖ (Ek 3) -ÇAYKÖ (Ek 4) -SFT İzlem Formu (Ek 5) -İlaç Uyum Anketi (Ek 6)
BİRİNCİ MG (Ev ziyareti yapılarak)	Ev ziyareti yapılarak astım hastalığı, nedenleri, astımı tetikleyen faktörler, astımı etkileyen ev içi ve ev dışı durumların adölesan ile tartışılması.	-Ev Ortamı Değerlendirme Formu (Ek 7) -Motivasyonel Görüşme Formu (Ek 8)
İKİNCİ MG (Poliklinikte) (Birinci MG'den 15-20 gün sonra)	- İlk görüşmenin özetlenmesi. - Adölesanın ilaç kullanımına yönelik düşünce ve görüşlerinin, inhaler ilaç kullanım becerilerinin değerlendirilmesi.	-Motivasyonel Görüşme Formu (Ek 8)
ÜÇÜNCÜ MG (Poliklinikte) (İkinci MG'den 15-20 gün sonra)	- Önceki görüşmenin özetlenmesi - Astım ve geleceğe yönelik düşüncelerinin tartışılması. - Soruların cevaplandırılması.	-Motivasyonel Görüşme Formu (Ek 8)
İKİNCİ EV ZİYARETİ		-Ev Ortamı Değerlendirme Formu (Ek 7)

3.5.3. Araştırmacının Eğitimi

Araştırmacı, motivasyonel görüşme tekniği konusundaki bilgisini artırmak üzere iki aşamalı Motivasyonel Görüşme Tekniği kursuna katılmıştır (Ek 14).

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Çalışmaya başlamadan önce Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (2014/69) (Ek 11), Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Pediatrik Allerji ve İmmünoloji Polikliniği'nden (Ek 12) yazılı, çalışmaya katılmayı kabul eden adölesan ve ebeveynlerinden yazılı ve sözel onam alınmıştır (Ek 10).

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 14.0 programında değerlendirilmiştir. Veri toplama formlarında yer alan sorular bağımsız, AKT, AÇAÖÖ ve ÇAYKÖ alınan ortalama puanlar bağımlı değişken olarak alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler (ortalama, yüzdelik), Cronbach's Alpha, Pearson Korelasyon, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Independent t, Mann Whitney U) ve iki eş ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Paired t ve Wilcoxon eşleştirilmiş 2 örnek testleri) kullanılmıştır. Varyansların homojenliği, Levene testi ile kontrol edilmiş, kategorik değişkenlerin karşılaştırmalarında ki-kare testi kullanılmış ve $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. İki değişken arasındaki ilişkinin düzeyi, korelasyon katsayısı (r , pearson korelasyon katsayısı) ile hesaplanmıştır. r ilişki katsayısı $-1 < r < +1$ aralığında gözlemlendiğinde, -1 ile 0 arasındaki değerler negatif ilişkiyi, 0 ile $+1$ arasındaki değerler pozitif ilişkiyi tanımlamıştır.

Bağıntı katsayısı;

$r = 0-0.30 =$ düşük,

$r = 0.30-0.70 =$ orta,

$r = 0.70-1.00 =$ yüksek şeklinde değerlendirilmiştir (113).

4.BULGULAR

Bu bölümde astımlı adölesanların tanıtıcı özellikleri ve motivasyonel görüşmenin astım kontrolüne, öz etkililiğe, yaşam kalitesine, ilaç kullanımı ve ev ortamına etkisi incelenmiş ve aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Tablo 4.1. Adölesanların Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Çalışma Grubu ($n_1=15$)		Kontrol Grubu ($n_2=15$)		Toplam ($n=30$)		Test	
	$(\bar{x} \pm ss)$		$(\bar{x} \pm ss)$		$(\bar{x} \pm ss)$		t	p
Yaş	14.13±1.84		13.60±1.40		13.86±1.63		0.890	0.381
Cinsiyet	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Kız	9	60.0	9	60.0	18	60.0	0.000	1.000
Erkek	6	40.0	6	40.0	12	40.0		
Anne eğitim durumu								
Okuryazar	1	6.7	1	6.7	2	6.7	1.476	0.870
İlkokul	7	46.7	5	33.3	12	40.0		
Ortaokul	2	13.3	4	26.7	6	20.0		
Lise	3	20.0	4	26.7	7	23.3		
Yüksekokul	2	13.3	1	6.7	3	10.0		
Baba eğitim durumu								
Okuryazar	-	-	1	6.7	1	3.3	1.952	0.869
İlkokul	4	26.7	3	20.0	7	23.3		
Ortaokul	2	13.3	1	6.7	3	10.0		
Lise	5	33.3	7	46.7	12	40.0		
Yüksekokul	4	26.7	3	20.0	7	23.3		
Anne çalışma durumu								
Çalışan	2	13.3	2	13.3	4	13.3	0.000	1.000
Çalışmayan	13	86.7	13	86.7	26	86.7		
Baba çalışma durumu								
Çalışan	14	93.3	13	86.7	27	90.0	0.370	1.000
Çalışmayan	1	6.7	2	13.3	3	10.0		

Tablo 4.1. Adölesanların Tanıtıcı Özellikleri (devamı)

Tanıtıcı Özellikler	Çalışma Grubu ($n_1=15$)		Kontrol Grubu ($n_2=15$)		Toplam ($n=30$)		Test	
	$(\bar{x} \pm ss)$		$(\bar{x} \pm ss)$		$(\bar{x} \pm ss)$		Z	p
Kardeş sayısı	3.00±1.03		3.06±0.70		2.93±1.01		0.726	0.533
Gelir düzeyi	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Düşük	1	6.7	-	-	1	3.3	1.333	1.000
Orta	13	86.7	13	86.7	26	86.7		
Yüksek	1	6.7	2	13.3	3	10.0		
Evde sigara içen								
Var	4	26.7	7	46.7	11	36.7	1.292	0.450
Yok	11	73.3	8	53.3	19	63.3		
Ailede astım hastalığı								
Var	7	46.7	8	53.3	15	50.0	0.133	1.000
Yok	8	53.3	7	46.7	15	50.0		

Adölesanların tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; çalışma ve kontrol grubundaki adölesanların %60.0'nin kız olduğu görülmektedir. Çalışma grubundaki adölesanların yaş ortalaması 14.13±1.84 yaş iken, kontrol grubundaki adölesanların yaş ortalamasının 13.60±1.40 yaş olduğu belirlenmiştir. Annelerin eğitim düzeyine bakıldığında çalışma grubundaki annelerin %46.7'sinin, kontrol grubundaki annelerin ise %33.3'ünün ilkökul mezunu olduğu, çalışma ve kontrol grubundaki annelerin %86.7'sinin çalışmadığı belirlenmiştir. Babaların ise çalışma grubunda %33.3'ünün, kontrol grubunda %46.7'sinin lise mezunu olduğu, çalışma grubunda %93.3'ünün, kontrol grubunda %86.7'sinin çalıştığı, gelir düzeyinin çalışma ve kontrol grubunda %86.7 oranında orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kardeş sayısı çalışma grubunda ortalama 3.00±1.03, kontrol grubunda 3.06±0.70'dir. Çalışma grubundaki adölesanların %46.7'sinin, kontrol grubundakilerin %53.3'ünün ailesinde astım olduğu belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol grubundaki adölesanların hiçbirinin sigara içmediği, evde sigara içilme oranının çalışma grubunda %26.7, kontrol grubunda %46.7 olduğu bulunmuştur. Adölesanların tanıtıcı özellikleri bakımından çalışma ve kontrol grupları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Adölesanların Hastalıklarına İlişkin Özellikler

Hastalıklarına İlişkin Özellikler	Çalışma Grubu (n ₁ =15)		Kontrol Grubu (n ₂ =15)		Toplam (n=30)		Test	
	$(\bar{x} \pm ss)$		$(\bar{x} \pm ss)$		$(\bar{x} \pm ss)$		Z	p
Hastalık yılı	3.00±2.29		3.80±3.09		3.40±2.71		0.465	0.653
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	χ^2	p
Son bir yılda astım nedeniyle hastaneye yatma durumu								
Yatan	4	26.7	4	26.7	8	26.7	0.000	1.000
Yatmayan	11	73.3	11	73.3	22	73.3		
Son bir yılda astım nedeniyle acile başvurma durumu								
Başvuran	8	53.3	6	40.0	14	46.7	0.536	0.715
Başvurmayan	7	46.7	9	60.0	16	53.3		
Düzenli egzersiz yapma durumu								
Yapan	6	40.0	1	6.7	7	23.3	4.658	0.080
Yapmayan	9	60.0	14	93.3	23	76.7		
Fiziksel aktivitelerden sonra atak geçirme durumu								
Geçiren	12	80.0	13	86.7	25	83.3	0.240	1.000
Geçirmeyen	3	20.0	2	13.3	5	16.7		
Astımlı olduğunu arkadaşlarıyla paylaşma durumu								
Paylaşan	11	73.3	14	93.3	25	83.3	2.160	0.330
Paylaşmayan	4	26.7	1	6.7	5	16.7		
Astımın alerji ile ilişkisi								
Var	11	73.3	12	80.0	23	76.7	0.186	1.000
Yok	4	26.7	3	20.0	7	23.3		
Astımı tetikleyenler*								
Polenler	9	60.0	8	53	17	56.7	0.136	1.000
Ev tozu akarı	13	86.7	10	66.7	23	76.7	1.677	0.390
Hava durumu	8	53.3	6	40.0	14	46.7	0.536	0.715
Hayvanlar	5	33.3	4	26.7	9	30.0	0.159	1.000
Küf (Nem)	8	53.3	6	40.0	14	46.7	0.536	0.715
Koku	13	86.7	11	73.3	24	80.0	0.833	0.651
İlaçlar	-	-	1	6.7	1	3.3	1.034	1.000
Sigara dumanı	13	86.7	15	100	28	93.3	2.143	0.483
Hava Kirliliği	11	73.3	7	46.7	18	60.0	2.222	0.136
Egzersiz	7	46.7	7	46.7	14	46.7	0.000	1.000
Besin	1	6.7	1	6.7	2	6.7	0.000	1.000
Enfeksiyonlar	2	13.3	2	13.3	4	13.3	0.000	1.000
Stres	5	33.3	5	33.3	10	33.3	0.000	1.000
Atağı başlatan uyaranlar için önlem alma durumu								
Önlem alan	10	66.7	5	33.3	15	50.0	3.333	0.143
Önlem almayan	5	33.3	10	66.7	15	50.0		
Alınan önlemler								
Etkenden uzak durmak	7	70.0	1	20.0	8	53.3	5.438	0.138
Ortamı havalandırmak	1	10.0	3	60.0	4	26.7		
Sigaradan uzak durmak	1	10.0	-	-	1	6.7		
Çok yorulmamak	1	10.0	1	20.0	2	13.3		

* Birden fazla yanıt olduğu için toplam denek sayısı üzerinden yüzde alınmıştır.

Tablo 4.2’de adölesanların hastalıklarına ilişkin özellikler verilmiştir. Çalışma grubundaki adölesanların 3.00 ± 2.29 yıl, kontrol grubundakilerin 3.80 ± 3.09 yıldır astım hastası olduğu belirlenmiştir. Astım nedeniyle hastaneye yatma oranı çalışma ve kontrol grubunda son bir yılda %26.7’dir. Son bir yılda astım nedeniyle acile başvurma oranının ise çalışma grubunda %53.3, kontrol grubunda %40.0 olduğu belirlenmiştir. Çalışma grubundaki adölesanların %40.0’ının, kontrol grubundaki adölesanların %6.7’sinin düzenli egzersiz yaptığı, çalışma grubunda %80.0’inin, kontrol grubunda ise %86.7’sinin fiziksel aktivitelerden sonra atak geçirdiği belirlenmiştir. Çalışma grubundaki adölesanların %73.3’ü, kontrol grubundakilerin %93.3’ü astımlı olduğunu arkadaşlarıyla paylaşmaktadır. Çalışma grubundaki adölesanların %73.3’ünde, kontrol grubundakilerin %80.0’inde astım alerjiyle ilişkili olup, astımı tetikleyen maddelere bakıldığında, her iki grupta da astımı en fazla tetikleyen maddelerin sigara (çalışma grubu %86.7, kontrol grubu %100), koku (çalışma grubu %86.7, kontrol grubu %73.3) ve ev tozu akarı (çalışma grubu %86.7, kontrol grubu %66.7) olduğu saptanmıştır. Atağı başlatan uyaranlar için çalışma grubundaki adölesanların %66.7’sinin önlem aldığı ve bu önlemin %70.0 oranında “etkenlerden uzak durmak” olduğu, kontrol grubunda ise %33.0’ünün önlem aldığı ve bunun %60.0 oranında “ortamı havalandırmak” olduğu belirlenmiştir. Adölesanların hastalığa ilişkin özellikleri bakımından çalışma ve kontrol grupları arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 4.3. Adölesanların AKT Puan Ortalamaları

AKT Puanı	Çalışma Grubu ($n_1=15$)	Kontrol Grubu ($n_2=15$)	Test*	
	($\bar{X} \pm SS$)	($\bar{X} \pm SS$)	t	p
Çalışma öncesi	16.06 $\pm$ 4.14	17.86 $\pm$ 3.83	1.234	0.227
Çalışma sonrası	21.26 $\pm$ 2.57	19.06 $\pm$ 2.18	2.233	0.034
Test**	$t=7.108$ $p<0.001$	$t=1.585$ $p=0.135$		

*Bağımsız iki örnek t testi

** Eşleştirilmiş t testi

Adölesanların AKT puan ortalamaları incelendiğinde, motivasyonel görüşme sonrasında çalışma grubundaki adölesanların AKT puan ortalamalarının arttığı, çalışma öncesi ve sonrası puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Kontrol grubunda ise adölesanların AKT puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Çalışma öncesinde AKT puan ortalamaları arasında çalışma ve kontrol grupları arasında fark yokken, çalışma sonrasında çalışma ve kontrol grupları puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Adölesanların AKT Düzeyleri

AKT Düzeyi	ÇALIŞMA ÖNCESİ				ÇALIŞMA SONRASI			
	Çalışma Grubu ($n_1=15$)		Kontrol Grubu ($n_2=15$)		Çalışma Grubu ($n_1=15$)		Kontrol Grubu ($n_2=15$)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Tam kontrol	-	-	-	-	1	6.7	-	-
Kısmi Kontrol	3	20.0	5	33.3	11	73.3	8	53.3
Kontrolsüz	12	80.0	10	66.7	3	20.0	7	46.7
Test*	$\chi^2=0.682$ $p=0.682$				$\chi^2=3.074$ $p=0.245$			

* Ki kare analizi

Astımlı adölesanların AKT düzeyleri incelendiğinde, çalışma grubundaki adölesanlarda çalışma öncesinde “tam kontrol” olmadığı, %20.0’sinin “kısmi kontrol”, %80.0’inin “kontROLSÜZ” olduğu, çalışma sonrası %6.7’sinin “tam kontrol”, %73.3’ünün “kısmi kontrol”, %20.0’sinin “kontROLSÜZ” olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki adölesanlarda ise çalışma öncesinde “tam kontrol” olmadığı, %33.3’ünün “kısmi kontrol”, %66.7’sinin “kontROLSÜZ” olduğu, çalışma sonrası “tam kontrol” olmadığı %53.3’ünün “kısmi kontrol”, %46.7’sinin “kontROLSÜZ” olduğu belirlenmiştir. Çalışma öncesi ve sonrası AKT düzeyleri karşılaştırıldığında iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Adölesanların AÇAÖÖ Puan Ortalamaları

AÇAÖÖ	Çalışma Grubu ($n_1=15$)	Kontrol Grubu ($n_2=15$)	Test*	
	$(\bar{x} \pm ss)$	$(\bar{x} \pm ss)$	t	p
Çalışma öncesi	81.66±10.73	84.60±11.46	0.723	0.475
Çalışma sonrası	99.33±6.12	84.86±11.12	4.411	<0.001
Test**	$t=8.138$ $p<0.001$	$t=0.100$ $p=0.922$		

*Bağımsız iki örnek t testi

** Eşleştirilmiş t testi

Çalışma ve kontrol grubundaki adölesanların çalışma öncesi ve sonrası AÇAÖÖ puan ortalamaları Tablo 4.5’te verilmiştir.

Çalışma öncesinde, çalışma ve kontrol gruplarında öz etkililik puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Ancak çalışma sonrasında çalışma grubunun AÇAÖÖ puan ortalamaları artarken, kontrol grubunda değişim olmadığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Tablo 4.6. Adölesanların ÇAYKÖ Puan Ortalamaları

ÇAYKÖ	Çalışma Grubu ($n_1=15$)	Kontrol Grubu ($n_2=15$)	Test*	
	($\bar{X} \pm ss$)	($\bar{X} \pm ss$)	t	p
Belirtiler				
Çalışma öncesi	40.40±15.40	43.80±15.23	0.608	0.548
Çalışma sonrası	58.86±8.66	50.33±11.48	2.297	0.029
Test**	$t=5.573$ $p<0.001$	$t=2.656$ $p=0.028$		
Faaliyet Kısıtlaması				
Çalışma öncesi	20.20±7.00	23.66±6.42	1.413	0.169
Çalışma sonrası	27.93±4.63	26.06±4.09	1.169	0.252
Test**	$t=5.834$ $p<0.001$	$t=1.426$ $p=0.115$		
Duygusal İşlev				
Çalışma öncesi	36.66±13.98	42.13±11.80	1.157	0.257
Çalışma sonrası	48.33±8.76	45.06±9.71	0.967	0.342
Test**	$t=5.552$ $p<0.001$	$t=1.590$ $p=0.134$		
ÇAYKÖ Toplam				
Çalışma öncesi	97.26±34.33	109.60±30.13	1.046	0.305
Çalışma sonrası	135.13±20.42	121.46 ±19.87	1.857	0.074
Test**	$t=6.550$ $p<0.001$	$t=2.462$ $p=0.027$		

*Bağımsız iki örnek t testi

** Eşleştirilmiş t testi

Tablo 4.6'da astımlı adölesanların çalışma öncesi ve sonrası yaşam kalitesi puan ortalamaları görülmektedir. Çalışma grubundaki adölesanların çalışma öncesine göre çalışma sonrasında yaşam kalitesi tüm alt ölçek ve ölçek toplam puan ortalamalarının arttığı ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Kontrol grubundaki adölesanların ise çalışma öncesine göre çalışma sonrasında sadece belirtiler alt ölçeği ve ölçek toplam puan ortalamalarının arttığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, diğer alt ölçeklerde anlamlı bir artış olmadığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışma öncesinde çalışma ve kontrol grupları puan ortalamaları arasında fark olmadığı ($p>0.05$), çalışma sonrasında ise belirtiler alt ölçeği ($p<0.05$) dışında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Adölesanların İlaç Kullanım Özellikleri

İlaç Kullanım Özellikleri	Çalışma Öncesi				Çalışma Sonrası			
	Çalışma Grubu (<i>n</i> ₁ =15)		Kontrol Grubu (<i>n</i> ₂ =15)		Çalışma Grubu (<i>n</i> ₁ =15)		Kontrol Grubu (<i>n</i> ₂ =15)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Astım nedeniyle koruyucu ilaç kullanımı								
Evet	14	93.3	14	93.3	10	66.7	12	80.0
Hayır	1	6.7	1	6.7	5	33.3	3	20.0
Test*	$\chi^2=0.000$ $p=1.000$				$\chi^2=0.682$ $p=0.682$			
Astım nedeniyle rahatlatıcı ilaç kullanımı								
Evet	10	66.7	5	33.3	7	46.7	9	60.0
Hayır	5	33.3	10	66.7	8	53.3	6	40.0
Test*	$\chi^2=3.333$ $p=0.143$				$\chi^2=0.536$ $p=0.715$			
İlaçları önerilen şekilde alma								
Evet	13	86.7	14	93.3	15	100	11	73.3
Hayır	2	13.3	1	6.7	-	-	4	26.7
Test*	$\chi^2=0.370$ $p=1.000$				$\chi^2=4.615$ $p=0.100$			
İlaçları düzenli alma								
Evet	5	33.3	8	53.3	14	93.3	8	53.3
Hayır	10	66.7	7	46.7	1	6.7	7	46.7
Test*	$\chi^2=1.222$ $p=0.462$				$\chi^2=6.136$ $p=0.035$			
İlaç almayı aksatma								
Evet	15	100	12	80.0	1	6.7	11	73.3
Hayır	-	-	3	20.0	14	93.3	4	26.7
Test*	$\chi^2=3.333$ $p=0.224$				$\chi^2=13.889$ $p<0.001$			

Tablo 4.7. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Adölesanların İlaç Kullanım Özellikleri (devamı)

Ev dışında ilaç almakta güçlük yaşama								
Evet	6	40.0	1	6.7	-	-	2	13.3
Hayır	9	60.0	14	93.3	15	100	13	86.7
Test*	$\chi^2=4.658$ p=0.080				$\chi^2=2.143$ p=0.483			
İlacı zamanında almayı unutma								
Evet	9	60.0	11	73.3	1	6.7	12	80.0
Hayır	6	40.0	4	26.7	14	93.3	3	20.0
Test*	$\chi^2=0.600$ p=0.700				$\chi^2=16.425$ p<0.001			
Unutmadığı halde ilaç almayı ihmal etme								
Evet	9	60.0	6	40.0	4	26.7	8	53.3
Hayır	6	40.0	9	60.0	7	73.3	7	46.7
Test*	$\chi^2=1.200$ p=0.466				$\chi^2=2.222$ p=0.264			
Kendini iyi hissettiğinde ilaç içmeyi bırakma								
Evet	10	66.7	12	80.0	3	20.0	12	80.0
Hayır	5	33.3	3	20.0	12	80.0	3	20.0
Test*	$\chi^2=0.682$ p=0.682				$\chi^2=10.800$ p=0.003			
Doktor söylemediği halde ilacı azaltma								
Evet	7	46.7	7	46.7	-	-	8	53.3
Hayır	8	53.3	8	53.3	15	100	7	46.7
Test*	$\chi^2=0.000$ p=1.000				$\chi^2=10.909$ p=0.002			
Seyahatte ilaçlarını yanına alma								
Evet	13	86.7	14	93.3	12	80.0	13	86.7
Hayır	2	13.3	1	6.7	3	20.0	2	13.3
Test*	$\chi^2=0.370$ p=1.000				$\chi^2=0.240$ p=1.000			
İlacını kimin verdiği								
Kendisi	13	86.7	12	80.0	15	100	12	80.0
Annesi	2	13.3	3	20.0	-	-	3	20.0
Test*	$\chi^2=0.240$ p=1.000				$\chi^2=3.333$ p=0.224			

*Ki kare analizi

Çalışma ve kontrol grubundaki adölesanların ilaç kullanım özellikleri Tablo 4.7’de görülmektedir. Çalışma öncesinde çalışma ve kontrol grubundaki adölesanların ilaç kullanım özelliklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışma sonrasında ise çalışma grubunda “ilaçları düzenli alma” davranışının arttığı, “ilaç almayı aksatma”, “ilacı zamanında almayı unutma”, “kendini iyi hissettiğinde ilaç içmeyi bırakma”, “doktor söylemediği halde ilacı azaltma” davranışlarının azaldığı ve bu özellikler açısından kontrol grubu ile aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.8. Adölesanların Çalışma Öncesi ve Sonrası İlaç Kullanım Özelliklerindeki Değişim

İlaç Kullanım Özellikleri	Çalışma Grubu ($n_1=15$)				Kontrol Grubu ($n_2=15$)			
	Çalışma öncesi		Çalışma sonrası		Çalışma öncesi		Çalışma sonrası	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Astım nedeniyle koruyucu ilaç kullanımı								
Evet	14	93.3	10	66.7	14	93.3	12	80.0
Hayır	1	6.7	5	33.3	1	6.7	3	20.0
Test*	$p=0.125$				$p=0.500$			
Astım nedeniyle rahatlatıcı ilaç kullanımı								
Evet	10	66.7	7	46.7	5	33.3	9	60.0
Hayır	5	33.3	8	53.3	10	66.7	6	40.0
Test*	$p=0.250$				$p=0.125$			
İlaçları önerilen şekilde alma								
Evet	13	86.7	15	100	14	93.3	11	73.3
Hayır	2	13.3	-	-	1	6.7	4	26.7
Test*	**				$p=0.250$			
İlaçları düzenli alma								
Evet	5	33.3	14	93.3	8	53.3	8	53.3
Hayır	10	66.7	1	6.7	7	46.7	7	46.7
Test*	$p=0.004$				$p=1.000$			
İlaç almayı aksatma								
Evet	15	100	1	6.7	12	80.0	11	73.3
Hayır	-	-	14	93.3	3	20.0	4	26.7
Test*	**				$p=1.000$			

Tablo 4.8. Adölesanların Çalışma Öncesi ve Sonrası İlaç Kullanım Özelliklerindeki Değişim (devamı)

Ev dışında ilaç almakta güçlük yaşama								
Evet	6	40.0	-	-	1	6.7	2	13.3
Hayır	9	60.0	15	100	14	93.3	13	86.7
Test*	**				p=1.000			
İlacını zamanında almayı unutmama								
Evet	9	60.0	1	6.7	11	73.3	12	80.0
Hayır	6	40.0	14	93.3	4	26.7	3	20.0
Test*	p=0.008				p=1.000			
Unutmadığı halde ilaç almayı ihmal etme								
Evet	9	60.0	4	26.7	6	40.0	8	53.3
Hayır	6	40.0	11	73.3	9	60.0	7	46.7
Test*	p=0.125				p=0.688			
Kendini iyi hissettiğinde ilaç içmeyi bırakma								
Evet	10	66.7	3	20.0	12	80.0	12	80.0
Hayır	5	33.3	12	80.0	3	20.0	3	20.0
Test*	p=0.039				p=1.000			
Doktor söylemediği halde ilacı azaltma								
Evet	7	46.7	-	-	7	46.7	8	53.3
Hayır	8	53.3	15	100	8	53.3	7	46.7
Test*	**				p=1.000			
Seyahatte ilaçlarını yanına alma								
Evet	13	86.7	12	80.0	14	93.3	13	86.7
Hayır	2	13.3	3	20.0	1	6.7	2	13.3
Test*	p=1.000				p=1.000			
İlacını kimin verdiği								
Kendisi	13	86.7	15	100	12	80.0	12	80.0
Annesi	2	13.3	-	-	3	20.0	3	20.0
Test*	**				p=1.000			

*Mc Nemar Testi ** Test yapılamamıştır.

Adölesanların çalışma öncesi ve sonrası ilaç kullanım özelliklerindeki değişim Tablo 4.8’de görülmektedir. Çalışma grubundaki adölesanların çalışma öncesine göre çalışma sonrası “ilaçları düzenli alma” davranışının arttığı, “ilacı zamanında almayı unutma”, “kendini iyi hissettiğinde ilaç içmeyi bırakma” davranışlarının azaldığı ve aralarındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). “Doktor söylemediği halde ilacı azaltma” çalışma grubunda çalışma öncesi %46.7 olduğu, çalışma sonrasında ise %100’e ulaştığı görülmektedir. Kontrol grubundaki adölesanların çalışma öncesine göre çalışma sonrasında ilaç kullanım özellikleri açısından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Adölesanların SFT Ortalamaları

SFT	Çalışma Grubu ($n_1=15$)	Kontrol Grubu ($n_2=15$)	Test*	
	($\bar{x} \pm ss$)	($\bar{x} \pm ss$)	t	p
FEV₁				
Çalışma öncesi	93.93±16.27	95.60±10.44	0.334	0.741
Çalışma sonrası	99.40±10.86	97.40±9.37		
Test**	$t=1.490$ $p=0.158$	$t=0.930$ $p=0.368$		
FVC				
Çalışma öncesi	84.93±12.40	86.80±13.14	0.400	0.692
Çalışma sonrası	89.66±9.73	88.26±12.48		
Test**	$t=1.417$ $p=0.178$	$t=0.850$ $p=0.410$		
FEF₂₅₋₇₅				
Çalışma öncesi	96.00±27.28	100.46±18.32	0.526	0.603
Çalışma sonrası	103.60±27.65	105.13±17.82		
Test**	$t=1.338$ $p=0.202$	$t=1.576$ $p=0.137$		
FEV₁/FVC				
Çalışma öncesi	108.06±8.36	108.73±8.04	0.222	0.826
Çalışma sonrası	108.86±6.20	108.73±7.42		
Test**	$t=0.499$ $p=0.626$	$t=0.000$ $p=1.000$		
PEF				
Çalışma öncesi	86.53±22.62	88.40±13.73	0.273	0.787
Çalışma sonrası	93.93±16.81	89.80±13.06		
Test**	$t=1.650$ $p=0.121$	$t=0.453$ $p=0.658$		

* Bağımsız iki örnek t testi

** Eşleştirilmiş t testi

Adölesanların çalışma öncesi ve sonrası SFT ortalamaları incelendiğinde; çalışma grubunda çalışma öncesine göre çalışma sonrasında SFT ortalamalarında yükselme olduğu, ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Çalışma ve kontrol grupları arasında SFT ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Adölesanların İnhaler İlaç Kullanım Becerileri

İnhaler İlaç Kullanım Becerileri	Çalışma Öncesi				Çalışma Sonrası			
	Çalışma Grubu ($n_1=15$)		Kontrol Grubu ($n_2=15$)		Çalışma Grubu ($n_1=15$)		Kontrol Grubu ($n_2=15$)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İnhalerin kapağını çıkarma								
Doğru	10	66.7	11	73.3	15	100	11	73.3
Yanlış	5	33.3	4	26.7	-	-	4	26.7
Test	$\chi^2=0.159$ $p=1.000$				$\chi^2=4.615$ $p=0.100$			
İnhaleri doğru tutma								
Doğru	8	53.3	4	26.7	14	93.3	6	40.0
Yanlış	7	46.7	11	73.3	1	6.7	9	60.0
Test	$\chi^2=2.222$ $p=0.264$				$\chi^2=9.600$ $p=0.005$			
İnhaleri kullanıma doğru bir şekilde hazırlama								
Doğru	7	46.7	4	26.7	14	93.3	5	33.3
Yanlış	8	53.3	11	73.3	1	6.7	10	66.7
Test	$\chi^2=1.292$ $p=0.450$				$\chi^2=11.627$ $p=0.002$			
Nefesini verme								
Doğru	7	46.7	10	66.7	15	100	12	80.0
Yanlış	8	53.3	5	33.3	-	-	3	20.0
Test	$\chi^2=1.222$ $p=0.462$				$\chi^2=3.333$ $p=0.224$			
Ağız parçasını dudaklarının arasına alma								
Doğru	5	33.3	2	13.3	15	100	3	80.0
Yanlış	10	66.7	13	86.7	-	-	12	20.0
Test	$\chi^2=1.677$ $p=0.390$				$\chi^2=20.000$ $p<0.001$			

Tablo 4.10. Adölesanların İnhaler İlaç Kullanım Becerileri (devamı)

Nefes almaya başladığında metal tüpe basma								
Doğru	11	73.3	11	73.3	15	100	9	60.0
Yanlış	4	26.7	4	26.7	-	-	6	40.0
Test	$\chi^2=0.000$ $p=1.000$				$\chi^2=7.500$ $p=0.017$			
Nefesini vermeden ilacı ağızdan çekme								
Doğru	6	40.0	3	20.0	15	100	2	13.3
Yanlış	9	60.0	12	80.0	-	-	13	86.7
Test	$\chi^2=1.429$ $p=0.427$				$\chi^2=22.941$ $p<0.001$			
Nefesini 5-10 saniye tutma								
Doğru	7	46.7	8	53.3	15	100	9	60.0
Yanlış	8	53.3	7	46.7	-	-	6	40.0
Test	$\chi^2=0.133$ $p=1.000$				$\chi^2=7.500$ $p=0.017$			
Nefesini verme								
Doğru	8	53.3	12	80.0	15	100	14	96.7
Yanlış	7	46.7	3	20.0	-	-	1	3.3
Test	$\chi^2=2.400$ $p=0.245$				$\chi^2=1.034$ $p=1.000$			
Kullandıktan sonra koruyucu kapağı kapatma								
Doğru	10	66.7	11	73.3	15	100	11	73.3
Yanlış	5	33.3	4	26.7	-	-	4	26.7
Test	$\chi^2=0.159$ $p=1.000$				$\chi^2=4.615$ $p=0.100$			

* Ki kare analizi

Tablo 4.10’da adölesanların çalışma öncesi ve sonrası inhaler ilaç kullanım becerileri görülmektedir. Çalışma öncesi çalışma ve kontrol grubunun inhaler kullanım becerilerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Çalışma sonrası iki grup karşılaştırıldığında inhaler kullanım becerilerinde “inhaleri doğru tutma”, “inhaleri kullanıma doğru bir şekilde hazırlama”, “ağız parçasını dudaklarının arasına alma”, “nefesini vermeden ilacı ağızdan çekme” ve “nefesini 5-10 saniye tutma” basamaklarında çalışma grubunda yanlış olan uygulamaların düzeldiği ve aralarındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.11. Adölesanların Ev Ortamı Özellikleri

Ev Ortamı Özellikleri	Çalışma Öncesi				Çalışma Sonrası			
	Çalışma Grubu ($n_1=15$)		Kontrol Grubu ($n_2=15$)		Çalışma Grubu ($n_1=15$)		Kontrol Grubu ($n_2=15$)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaşanılan binanın tipi								
Apartman dairesi	13	86.7	13	86.7	13	86.7	13	86.7
Bahçeli/müstakil	2	13.3	2	13.3	2	13.3	2	13.3
Test*	$\chi^2=0.000$ $p=1.000$				$\chi^2=0.000$ $p=1.000$			
Isınma sistemi								
Merkezi Kalorifer	12	80.0	15	100	12	80.0	15	100
Soba	3	20.0	-	-	3	20.0	-	-
Test*	$\chi^2=3.333$ $p=0.224$				$\chi^2=3.333$ $p=0.224$			
Pencerelerde kullanılan örtü								
Perde	14	93.3	14	93.3	14	93.3	14	93.3
Panjur	1	6.7	-	-	1	6.7	-	-
Stor	-	-	1	6.7	-	-	1	6.7
Test*	$\chi^2=2.000$ $p=1.000$				$\chi^2=2.000$ $p=1.000$			
Evde sigara içilme durumu								
Evet	4	26.7	8	53.3	4	26.7	8	53.3
Hayır	11	73.3	7	46.7	11	73.3	7	46.7
Test*	$\chi^2=2.222$ $p=0.264$				$\chi^2=2.222$ $p=0.264$			
Evin elektrik süpürgesi ile süpürülmesi								
Evet	15	100	15	100	15	100	15	100
Hayır	-	-	-	-	-	-	-	-
Test*	**				**			

Tablo 4.11. Adölesanların Ev Ortamı Özellikleri (devamı)

Evin nemli bezle silinmesi								
Evet	14	93.3	15	100	14	93.3	13	86.7
Hayır	1	6.7	-	-	1	6.7	2	13.3
Test*	$\chi^2=1.034$ $p=1.000$				$\chi^2=0.370$ $p=1.000$			
Adölesanın ayrı bir odada uyuması								
Evet	9	60.0	11	73.3	9	60.0	12	80.0
Hayır	6	40.0	4	26.7	6	40.0	4	20.0
Test*	$\chi^2=0.600$ $p=0.700$				$\chi^2=1.429$ $p=0.427$			
Adölesanın kullandığı yatak tipi								
Bazalı yatak	8	53.3	9	60.0	9	60.0	9	60.0
Kanepe	3	20.0	3	20.0	2	13.3	3	20.0
Diğer	4	26.7	3	20.0	4	26.7	3	20.0
Test*	$\chi^2=0.202$ $p=1.000$				$\chi^2=0.343$ $p=1.000$			
Yatağın gündüzleri bir örtü ile kapatılması								
Evet	13	86.7	11	73.3	14	93.3	12	80.0
Hayır	2	13.3	4	26.7	1	6.7	3	20.0
Test*	$\chi^2=0.833$ $p=0.651$				$\chi^2=1.154$ $p=0.598$			
Yatak/yorgan/yastık için anti allerjen kılıf kullanımı								
Evet	2	13.3	3	20.0	3	20.0	4	26.7
Hayır	13	86.7	12	80.0	12	80.0	11	73.3
Test*	$\chi^2=0.240$ $p=1.000$				$\chi^2=0.184$ $p=1.000$			
Yatak takımlarının yün olması								
Evet	8	53.3	11	73.3	4	26.7	10	66.7
Hayır	7	46.7	4	26.7	11	73.3	5	33.3
Test*	$\chi^2=1.292$ $p=0.450$				$\chi^2=4.821$ $p=0.066$			
Yatak takımlarının 60°C ile haftada en az bir kez yıkanması								
Evet	8	53.3	8	53.3	9	60.0	6	40.0
Hayır	7	46.7	7	46.7	6	40.0	9	60.0
Test*	$\chi^2=0.000$ $p=1.000$				$\chi^2=1.200$ $p=0.466$			

Tablo 4.11. Adölesanların Ev Ortamı Özellikleri (devamı)

Zemin döşemesinin tipi								
Halı/Halıfleks	3	20.0	6	40.0	2	13.3	6	40.0
Ahşap/fayans/marley	12	80.0	9	60.0	13	86.7	9	60.0
Test*	$\chi^2=1.429$ $p=0.427$				$\chi^2=2.727$ $p=0.215$			
Mobilyaların uygun döşeme malzemesi ile kaplanması								
Evet	8	53.3	11	73.3	12	80.0	10	66.7
Hayır	7	46.7	4	26.7	3	20.0	5	33.3
Test*	$\chi^2=1.292$ $p=0.450$				$\chi^2=0.682$ $p=0.682$			
Dolgu (peluş) oyuncakların olması								
Evet	4	26.7	7	36.7	2	13.3	7	46.7
Hayır	11	73.3	8	63.3	13	86.7	8	53.3
Test*	$\chi^2=1.292$ $p=0.450$				$\chi^2=3.968$ $p=0.109$			
Evde hayvan besleme durumu								
Evet	3	20.0	2	13.3	-	-	3	20.0
Hayır	12	80.0	13	86.7	15	100	12	80.0
Test*	$\chi^2=0.240$ $p=1.000$				$\chi^2=3.333$ $p=0.224$			
Damlayan su/musluk / su kaynağı olması								
Evet	6	40.0	6	40.0	1	6.7	4	26.7
Hayır	9	60.0	9	60.0	14	93.3	11	73.3
Test*	$\chi^2=0.000$ $p=1.000$				$\chi^2=2.160$ $p=0.330$			
Evde parfüm/ sprey/vb. kullanımı								
Evet	12	80.0	14	93.3	12	80.0	14	93.3
Hayır	3	20.0	1	6.7	3	20.0	1	6.7
Test*	$\chi^2=1.154$ $p=0.598$				$\chi^2=1.154$ $p=0.598$			
Temizlik maddelerinden uzak durması								
Evet	10	66.7	9	60.0	13	86.7	10	66.7
Hayır	5	33.3	6	40.0	2	13.3	5	33.3
Test*	$\chi^2=0.144$ $p=1.000$				$\chi^2=1.677$ $p=0.390$			

Tablo 4.11. Adölesanların Ev Ortamı Özellikleri (devamı)

Küf kokusu ya da görüntüsü								
Evet	4	26.7	5	33.3	4	26.7	6	40.0
Hayır	11	73.3	10	66.7	11	73.3	9	60.0
Test*	$\chi^2=0.159$ $p=1.000$				$\chi^2=0.600$ $p=0.700$			
Evde hava nemlendirme cihazı bulunması								
Evet	3	20.0	-	-	2	13.3	1	6.7
Hayır	12	80.0	15	100	13	86.7	14	93.3
Test*	$\chi^2=3.333$ $p=0.224$				$\chi^2=0.370$ $p=1.000$			
Odalarda soba, çamaşır kurutma durumu								
Evet	8	53.3	6	40.0	5	33.3	6	40.0
Hayır	7	46.7	9	60.0	10	66.7	9	60.0
Test*	$\chi^2=0.536$ $p=0.715$				$\chi^2=0.144$ $p=1.000$			
Evin düzenli olarak havalandırılması								
Evet	15	100	15	100	15	100	15	100
Hayır	-	-	-	-	-	-	-	-
Test*	**				**			
Hamamböcekleri ve/veya kemirgenlerin bulunması								
Evet	3	20.0	4	26.7	2	13.3	4	26.7
Hayır	12	80.0	11	73.3	13	86.7	11	73.3
Test*	$\chi^2=0.186$ $p=1.000$				$\chi^2=0.833$ $p=0.651$			
Yiyecek kırıntısı veya açıkta bırakılmış besin varlığı								
Evet	2	13.3	-	-	1	6.7	-	-
Hayır	13	86.7	15	100	14	93.3	15	100
Test*	$\chi^2=2.143$ $p=0.483$				$\chi^2=1.034$ $p=1.000$			
Çöpün kapağının kapalı olması								
Evet	15	100	15	100	15	100	15	100
Hayır	-	-	-	-	-	-	-	-
Test*	**				**			

Tablo 4.11. Adölesanların Ev Ortamı Özellikleri (devamı)

Evde bitki olması								
Evet	8	53.3	10	66.7	5	33.3	11	73.3
Hayır	7	46.7	5	33.3	10	66.7	4	26.7
Test*	$\chi^2=0.556$ $p=0.710$				$\chi^2=4.821$ $p=0.066$			
Koridor veya girişte eve zararlı haşerelerin girişine izin veren bağlantı materyalleri ve boruların varlığı								
Evet	2	13.3	3	20.0	2	13.3	4	26.7
Hayır	13	86.7	12	80.0	13	86.7	11	73.3
Test*	$\chi^2=0.240$ $p=1.000$				$\chi^2=0.833$ $p=0.651$			
Polenlerin yoğun olduğu dönemde evde önlem alma								
Evet	5	33.3	1	6.7	8	53.3	4	26.7
Hayır	10	66.7	14	93.3	7	46.7	11	73.3
Test*	$\chi^2=3.333$ $p=0.169$				$\chi^2=2.222$ $p=0.264$			

*Ki kare analizi

**Test yapılamamıştır.

Tablo 4.11’de adölesanların ev ortamı özellikleri görülmektedir. Çalışma grubunda kontrol grubuna göre çalışma sonrası yatağın gündüzleri bir örtü ile kapatılması (çalışma grubu %93.3, kontrol grubu %80.0), yün yatak kullanımı (çalışma grubu %26.7, kontrol grubu %66.7), yatak takımlarının yıkanması (çalışma grubu %60.0, kontrol grubu %40.0), zemin döşemesini tipi (çalışma grubu %13.3, kontrol grubu %40.0), mobilyaların uygun döşeme malzemesi ile kaplanması (çalışma grubu %80.0, kontrol grubu %66.7), dolgu (peluş) oyuncak kullanımı (çalışma grubu %13.3, kontrol grubu %46.7), evde hayvan beslenmesi (çalışma grubu -, kontrol grubu % 20.0), damlayan su/musluk/su kaynağının olması (çalışma grubu %6.7, kontrol grubu %26.7), temizlik maddelerin uzak durulması (çalışma grubu %86.7, kontrol grubu %66.7), odalarda çamaşır kurutulması (çalışma grubu %33.3, kontrol grubu %40.0), evdeki bitki bulunması (çalışma grubu %33.3, kontrol grubu %73.3) ve polenlerden korunmaya (çalışma grubu %53.3, kontrol grubu %26.7) yönelik alınan önlemlerde artış olduğu belirlenmiştir. Ancak çalışma öncesi ve sonrasında çalışma ve kontrol gruplarının ev ortamı özelliklerinde anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$)

Tablo 4.12. Çalışma Grubundaki Adölesanların Çalışma Öncesi AKT, AÇAÖÖ ve ÇAYKÖ Puan Ortalamalarının Korelasyonu

	Belirtiler	Faaliyet K.	Duygusal İşlev	ÇAYKÖ Toplam	AKT	AÇAÖÖ
Belirtiler <i>r</i> <i>p</i>	1.000 -					
Faaliyet K. <i>r</i> <i>p</i>	0.831** <0.001	1.000 -				
Duygusal İşlev <i>r</i> <i>p</i>	0.818** <0.001	0.843** <0.001	1.000 -			
ÇAYKÖ Toplam <i>r</i> <i>p</i>	0.952** <0.001	0.920** <0.001	0.946** <0.001	1.000 -		
AKT <i>r</i> <i>p</i>	0.630* 0.012	0.754** 0.001	0.694** 0.004	0.720** 0.002	1.000 -	
AÇAÖÖ <i>r</i> <i>p</i>	0.316 0.251	0.234 0.402	0.396 0.144	0.351 0.200	0.304 0.271	1.000 -

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Tablo 4.12’de çalışma grubunun çalışma öncesi AKT, AÇAÖÖ ve ÇAYKÖ puan ortalamalarının korelasyonu yer almaktadır. Çalışma grubundaki adölesanların; belirtiler alt ölçeği ile AKT puan ortalamaları ($r=0.630$; $p<0.05$), duygusal işlev ile AKT puan ortalamaları ($r=0.694$; $p<0.01$) arasında pozitif yönde, orta düzeyde, faaliyet kısıtlaması ile AKT puan ortalamaları ($r=0.754$; $p<0.01$), ÇAYKÖ ile AKT puan ortalamaları ($r=0.720$; $p<0.01$) arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.13. Kontrol Grubundaki Adölesanların Çalışma Öncesi AKT, AÇAÖÖ ve ÇAYKÖ Puan Ortalamalarının Korelasyonu

	Belirtiler	Faaliyet K.	Duygusal İşlev	ÇAYKÖ Toplam	AKT	AÇAÖÖ
Belirtiler						
<i>r</i>	1.000					
<i>p</i>	-					
Faaliyet K.						
<i>r</i>	0.639*	1.000				
<i>p</i>	0.010	-				
Duygusal İşlev						
<i>r</i>	0.679**	0.832**	1.000			
<i>p</i>	0.005	<0.001	-			
ÇAYKÖ Toplam						
<i>r</i>	0.908**	0.862**	0.912**	1.000		
<i>p</i>	<0.001	<0.001	<0.001	-		
AKT						
<i>r</i>	0.771**	0.462	0.341	0.622*	1.000	
<i>p</i>	0.001	0.083	0.213	0.013	-	
AÇAÖÖ						
<i>r</i>	0.160	0.181	0.148	0.178	0.192	1.000
<i>p</i>	0.569	0.517	0.598	0.527	0.493	-

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Kontrol grubunda; belirtiler alt ölçeği ile AKT puan ortalamaları ($r=0.771$; $p<0.01$) arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde, ÇAYKÖ ile AKT puan ortalamaları ($r=0.622$; $p<0.05$) arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Çalışma Grubundaki Adölesanların Çalışma Sonrası AKT, AÇAÖÖ ve ÇAYKÖ Puan Ortalamalarının Korelasyonu

	Belirtiler	Faaliyet K.	Duygusal İşlev	ÇAYKÖ Toplam	AKT	AÇAÖÖ
Belirtiler						
<i>r</i>	1.000					
<i>p</i>	-					
Faaliyet K.						
<i>r</i>	0.762**	1.000				
<i>p</i>	0.001	-				
Duygusal İşlev						
<i>r</i>	0.753**	0.836**	1.000			
<i>p</i>	0.001	<0.001	-			
ÇAYKÖ Toplam						
<i>r</i>	0.921**	0.909**	0.938**	1.000		
<i>p</i>	<0.001	<0.001	<0.001	-		
AKT						
<i>r</i>	0.593*	0.510	0.597*	0.624*	1.000	
<i>p</i>	0.020	0.052	0.019	0.013	-	
AÇAÖÖ						
<i>r</i>	0.692**	0.660**	0.623*	0.711**	0.170	1.000
<i>p</i>	0.004	0.007	0.013	0.003	0.544	-

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Tablo 4.14'te çalışma grubunun çalışma sonrası AKT, AÇAÖÖ ve ÇAYKÖ puan ortalamalarının korelasyonu yer almaktadır. Çalışma grubundaki adölesanların; belirtiler alt ölçeği ile AKT puan ortalamaları ($r=0.593$; $p<0.05$), duygusal işlev ile AKT puan ortalamaları ($r=0.597$; $p<0.05$), ÇAYKÖ ile AKT puan ortalamaları ($r=0.624$; $p<0.05$) arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Benzer şekilde belirtiler alt ölçeği ile AÇAÖÖ ($r=0.692$; $p<0.01$), faaliyet kısıtlaması ile AÇAÖÖ ($r=0.660$; $p<0.01$) duygusal işlev ile AÇAÖÖ puan ortalamaları ($r=0.623$; $p<0.05$) arasında pozitif yönde, orta düzeyde, ÇAYKÖ ile AÇAÖÖ puan ortalamaları ($r=0.711$; $p<0.01$) arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 4.15. Kontrol Grubundaki Adölesanların Çalışma Sonrası AKT, AÇAÖÖ ve ÇAYKÖ Puan Ortalamalarının Korelasyonu

	Belirtiler	Faaliyet K.	Duygusal İşlev	ÇAYKÖ Toplam	AKT	AÇAÖÖ
Belirtiler						
<i>r</i>	1.000					
<i>p</i>	-					
Faaliyet K.						
<i>r</i>	0.069	1.000				
<i>p</i>	0.806	-				
Duygusal İşlev						
<i>r</i>	0.644**	0.023	1.000			
<i>p</i>	0.010	0.935	-			
ÇAYKÖ Toplam						
<i>r</i>	0.907**	0.257	0.865**	1.000		
<i>p</i>	<0.001	0.354	<0.001	-		
AKT						
<i>r</i>	0.834**	-0.038	0.501	0.719**	1.000	
<i>p</i>	<0.001	0.894	0.057	0.003	-	
AÇAÖÖ						
<i>r</i>	0.202	0.006	-0.209	0.016	0.123	1.000
<i>p</i>	0.471	0.982	0.455	0.955	0.663	-

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Kontrol grubunda; belirtiler alt ölçeği ile AKT puan ortalamaları ($r=0.834$; $p<0.01$), ÇAYKÖ ile AKT puan ortalamaları ($r=0.719$; $p<0.01$) arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4.15).

5.TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu bölümde astımlı adölesanlarda motivasyonel görüşmenin astım kontrolüne, öz etkililiğe ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen üç başlık altında tartışılmıştır;

1. Astımlı adölesanların astım kontrolüne (ilaç kullanımı, SFT, ev ortamı) ilişkin bulguların tartışılması
2. Astımlı adölesanların öz etkililiğine ilişkin bulguların tartışılması
3. Astımlı adölesanların yaşam kalitesine ilişkin bulguların tartışılması

5.1. Astımlı Adölesanların Astım Kontrolüne İlişkin Bulguların Tartışılması

Astım kontrolü, astım belirtilerinin (septomlar, fonksiyonel bozukluklar gibi) azalma derecesi ve tedavinin amacına ulaşp ulaşmadığını ifade eden bir terimdir. Astım tamamen ortadan kaldırılabilir bir hastalık olmadığından amaç hastalığın etkili ve sürdürülebilir şekilde kontrol altına alınmasıdır. Astım kontrolünün başarılı ya da başarısız olduğu Astım Kontrol Testi (AKT) ve astım kontrol düzeyleri (kontrol altında olan, kısmen kontrol altında olan ve kontrol altında olmayan) ile objektif bir şekilde tanımlanmaktadır (1-2,104).

Çalışmada çalışma grubuna yapılan motivasyonel görüşmeler sonrasında AKT puan ortalamalarında, çalışma öncesine göre çalışma sonrasında anlamlı artış olduğu kontrol grubunda ise anlamlı bir artış olmadığı gruplar arasındaki farkın da anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3). AKT puanlarındaki artışta MG'nin etkili olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre çalışmanın “Çalışma grubundaki astımlı adölesanların motivasyonel görüşme sonrasında Astım Kontrol Testi (AKT) puan ortalamaları arasında fark vardır.”(H_1) ve “Çalışma ve kontrol grubundaki astımlı adölesanların motivasyonel görüşme sonrasında Astım Kontrol Testi (AKT) puan

ortalamları arasında fark vardır.” (H₂) hipotezleri araştırmanın sınırlılıkları dahilinde kabul edilmiştir.

Çalışmada ayrıca astım kontrol düzeylerine de bakılmıştır. Çalışma grubunda çalışma öncesine göre astımın kısmi kontrolü sağlayan adölesanların sayısında artış olduğu (sırasıyla %20.0,%73.3), astımı kontrol altında olmayan adölesanların sayısında ise azalma olduğu (sırasıyla %80.0,%20.0) görülmektedir. Kontrol grubunda bu oranlarda daha az düzeyde bir değişim olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Bu sonuçlar doğrultusunda adölesanların astımlarını kontrol altına almada MG’nin etkili olduğu söylenebilir.

Çocuk ve adölesanlarda astım kontrol düzeylerinin incelendiği belirlediği iki çalışmada AKT düzeyleri %71.9 ve %78.0 olarak bulunmuştur (114-115). Astımlı çocuklarla yapılan başka iki çalışmada ise çocukların %70.5 ve %90.3’ünün astımlarının kontrol altında olduğu, AKT puan ortalamalarının ise 21.1 ± 4.3 , 24.4 ± 3.1 olduğu bulunmuştur (116-117). Yurt dışında yapılan bu çalışmalarda astımı kontrol altında olan çocuk oranının bu çalışmaya göre (çalışma grubunda %20.0, kontrol grubunda %33.3) oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Göçmen ve ark.(118)’inin astımlı çocuklarla yaptıkları çalışmada ise bu çalışmayla benzer şekilde çocukların %33.4’ünün astımının kontrol altında olduğu bulunmuştur.

Yetişkin astımlılarla yapılan bir çalışmada MG sonrası deney grubunun AKT puan ortalamalarında artış olduğu belirlenmiştir (119). Genç yetişkin astımlı hastalarla yapılan bir çalışmada ise müdahale öncesinde hastaların %73.1’inin astımının kontrol altında olmadığı belirlenmiş ve düzenli fiziksel aktivite ve solunum egzersizleri sonrası bu oranın %15.4’e düştüğü saptanmıştır (120). Bu bulgular MG sonrası çalışma grubunun sonuçlarıyla (çalışma öncesi %80-çalışma sonrası %20) benzerlik göstermektedir (Tablo 4.4).

Astım yönetiminin amacı astım kontrolünü sağlamak, sürdürmek ve gelecekteki riskleri azaltmaktır. Hemşireler, adölesan ve ailesinin astım kontrol becerilerini geliştirmede önemli rol oynar. Bu nedenle sağlık ekibi tarafından astım kontrol düzeyinin tam ve doğru bir şekilde değerlendirilmesi ve astım kontrolüne yönelik eğitimler verilmesi önemlidir (121,122). Bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre eğitimin yanı sıra adölesanın gelişimsel ihtiyaçlarına uygun, otonomisini destekleyen motivasyonel girişimlerin kullanılmasının davranış değişikliği sağlamada daha etkili olacağı düşünülmektedir.

5.1.1. İlaç Kullanımı

Astım kontrolünde ilaç kullanımı büyük önem taşımaktadır. Tedavide kullanılan ilaçlar kontrol edici ve rahatlatıcı ilaçlar olarak iki ana grupta incelenmektedir. Kontrol edici ilaçlar, antienflamatuar etkileri sayesinde astımın kontrol altında tutulmasını sağlamak üzere her gün ve uzun süreli kullanılan ilaçlardır. Rahatlatıcı ilaçlar ise hızla etki ederek bronkokonstrüksiyonu geri döndüren, semptomları gideren ve gerektiğinde kullanılan ilaçlardır (1-4,8,12-13,47).

Çalışma öncesi çalışma ve kontrol grupları arasında ilaç kullanım özellikleri açısından fark bulunmazken ($p>0.05$), çalışma sonrası çalışma grubunda “ilaçlarını düzenli alma” davranışının arttığı, “ilaç almayı aksatma”, “ilacı zamanında almayı unutma”, “kendini iyi hissettiğinde ilacı içmeyi bırakma”, “doktor söylemediği halde ilacını azaltma” davranışlarının azaldığı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Bu sonuca göre motivasyonel görüşmenin ilaç kullanım özelliklerini olumlu yönde etkilediği söylenebilir. Riekert et al. (28) çalışmasında astımlı adölesanlarda MG’nin tedaviye istekliliği ve motivasyonu arttırdığını bulmuştur. Halterman et al. (123) tarafından yapılan çalışmada da doğrudan gözetimli tedavi ve MG’nin semptom düzelmesinin yanında, ilaç uyumu, güven, önem, motivasyon düzeylerinde olumlu değişimler sağladığı ve kontrol edici ilaç kullanımına yönelik motivasyonun arttırdığı belirlenmiştir. Bu iki çalışmanın bulguları bu çalışmayla benzerlik göstermektedir. Astımlı yetişkinlerle yapılan bir çalışmada; bu çalışmayla benzer şekilde eğitim+MG’nin ilaç kullanımında süreklilik ve artışla birlikte, daha pozitif davranışlar sağladığı, motivasyonel desteğin yararlı olduğu, sadece eğitim alan katılımcılarda ise ilaca uyumda azalma görüldüğü belirlenmiştir (24). Yine yetişkinlerde yapılan başka bir çalışmada MG sonrası deney grubunun ilaç kullanım davranışlarında olumlu değişimler bulunmuştur (119). Bu bilgiler ışığında; astımda tedaviye uyumsuzluğun yaygın olduğu, tedaviye uyumu arttırmada motivasyon yüksekliğinin etkili olduğu söylenebilir. Bu nedenle tedaviye uyumsuzluğu önlemede ve davranış değişikliği sağlamada motivasyonel görüşmeden yararlanılmalıdır.

İlaçların düzenli kullanılması, astımın kontrol altına alınmasını sağlayarak adölesanın bağımsızlığını ve tedaviye uyumunu destekler. Çalışmada ilaçları düzenli alma oranının arttığı (çalışma öncesi çalışma grubu %33.3, kontrol grubu %53.3, çalışma sonrası çalışma grubu %93.3, kontrol grubu %53.3) bulunmuştur ($p<0.05$). (Tablo 4.7). Astımlı adölesanlarla yapılan diğer çalışmalarda da koruyucu ilacı düzenli kullanma oranının

%30-48 arasında değiştiği belirtilmektedir (124-127). Çevik (103)'in astımlı çocuk ve adölesanlarda yaptığı çalışmada deney grubunda bulunan çocuk ve adölesanların eğitim sonrası ilaçlarını daha düzenli kullandığı belirlenmiştir. Cihangir (128)'in çalışmasında da ev ziyaretleri sonrası adölesanlarda ilaçları düzenli kullanma oranının arttığı bulunmuştur. Bu çalışmada MG sonrasında çalışma grubunun ilaçlarını daha düzenli aldığı ayrıca ilaç almayı aksatma davranışının anlamlı derecede azaldığı (çalışma öncesi çalışma grubu %100, kontrol grubu %80.0, çalışma sonrası çalışma grubu %6.7, kontrol grubu %73.3) bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.7). Bu sonuçlar çalışma grubuna yapılan MG'nin düzenli ilaç kullanımında etkili olduğunu göstermektedir.

İlaç tedavisinde ilacın zamanında alınması önemlidir. Bu çalışmada ilacı zamanında almayı unutmanın çalışma sonrasında azaldığı ve MG'nin ilacın zamanında alınmasında etkili olduğu bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.7). Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (128-130). Yine MG sonrası çalışma grubunda “kendini iyi hissettiğinde ilaç içmeyi bırakma” ve “doktor söylemediği halde ilacını azaltma” davranışının çalışma öncesine göre azaldığı bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.7). MG ile ilaç kullanım davranışlarında önemli değişim sağlandığı görülmektedir. Astımlı adölesanlarla yapılan bir çalışmada da, hastalığı önemsemediğini ifade eden adölesanların ilaç tedavisine uyumunun düşük olduğu bulunmuştur (131). Tedaviye uyum ve ilaç kullanımına ilişkin bilgiler genellikle doktor ve hemşire tarafından kontrollerde ailelerden alınmakta, zaman kısıtlılığı ve iletişim engelleri nedeniyle yeterince açık şekilde belirlenememektedir. Bu nedenle astımlı çocuklarda kısa tıbbi görüşmelere alternatif olarak, tedaviyi engelleyen algıların tartışıldığı astım tedavisine uyumu arttıran stratejilere gereksinim duyulduğu belirtilmektedir (132-135). Bu çalışmada adölesanlardan MG ile ilaç kullanımına ilişkin bilgi ve gereksinimlerinin yeterli zaman ayrılarak alınmasının ilaç kullanımına ilişkin sonuçları olumlu etkilediği düşünülmektedir.

5.1.2. İnhaler Kullanım Becerileri

Astım ilaçları; inhalasyon, oral ve parenteral olmak üzere çeşitli yollardan uygulanabilir. İnhalasyon yoluyla verilen ilaçların en büyük avantajları ilacın hedef organa daha etkili olarak ve daha yüksek konsantrasyonda ulaşabilmesi ve sistemik yan etkilerin en aza indirilmesidir (11). İnhalerlerin doğru kullanılmaması, uygun tekniğe göre yapılmaması ilacın etkinliğini azaltır. Doğru ilaçlar doğru dozlarla kullanılsa bile hastanın tedaviye uymaması ve ilaçların verimli bir şekilde kullanılmaması tedavinin

başarısını düşürür (56-58). Celano et al. (136) 6-17 yaş grubu 55 astımlı çocuk ve adölesanla yaptığı çalışmada ilaç kullanım tekniklerinin genellikle (%73.0) yanlış olduğu bulmuştur. Bu çalışmada da çalışma öncesinde çalışma ve kontrol grubunda inhaler kullanım becerilerinin yeterli olmadığı görülmektedir. Çalışma sonrası iki grup karşılaştırıldığında “inhaleri doğru tutma/çalkalama”, “inhaleri kullanıma doğru bir şekilde hazırlama”, “ağız parçasını dudaklarının arasına alma”, “nefesini vermeden ilacı ağızdan çekme” ve “nefesini 5-10 saniye tutma” basamaklarının doğru yapılma oranının arttığı ve iki grup arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.10). Bu sonuç, MG’nin inhaler ilaç uygulama becerilerini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda da eğitim sonrasında inhaler kullanım becerilerinin arttığı bulunmuştur (24,137-139). Cihangir (128) de çalışmasında, ev ziyaretlerinden sonra deney grubundaki adölesanların ilaç uygulama becerisinin arttığını belirlemiştir.

5.1.3. Solunum Fonksiyon Testi

Solunum fonksiyon testleri (SFT) erişkinlerde ve çocuklarda astım kontrolünün farklı yönleriyle ilgili tamamlayıcı bilgi sağlayan ve en sık kullanılan testtir. Solunum yolu obstrüksiyonu ve bronş hiperaktivitesi hakkında önemli bilgiler veren SFT, çocuk ile etkin bir iletişim kurulabilen yaştan itibaren hastalığın tanısı ve izlemi için kullanılabilir. SFT, sıklıkla kullanılan parametreler: zorlu ekspiratuvar birinci saniye hacmi (FEV_1), zorlu vital kapasite (FVC) ve zirve akım hızı (PEF), astıma ait hava yolu darlığını göstermede en güvenilir ölçüm olan FEV_1/FVC oranıdır (1-3).

Çalışmada, çalışma ve kontrol gruplarındaki adölesanların çalışma öncesi ve sonrası SFT ortalamaları incelendiğinde; çalışma öncesi ve sonrası çalışma ve kontrol gruplarında SFT ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.9). Astımlı adölesanlarda baş etme becerilerinin geliştirilmesine yönelik yapılan bir çalışmada deney grubunda PEF düzeyinin arttığı, fakat bu artışın anlamlı olmadığı belirlenmiştir (140). Yine başka bir çalışmada astımlı çocuk ve adölesanlarda akupunkturun akciğer fonksiyonlarını etkilemediği bulunmuştur (141). Pber et al. (142) tarafından yapılan çalışmada ise, yetişkin astımlılarda farkındalık terapisinin stres ve yaşam kalitesini değiştirdiği fakat akciğer fonksiyonlarını etkilemediğini belirtmişlerdir. Halterman et al. (123) ise çalışmasında astımlı adölesanlarda doğrudan gözetimli tedavi ve motivasyonel görüşmenin hava yolu enflamasyonunda azalmayı gösteren FeNO ölçümlerini azalttığını bulmuşlardır.

5.1.4. Ev Ortamı Özellikleri

Adölesanın yaşadığı ortamın uygun şekilde düzenlenerek, allerjenlerden korunmak için alınan çevresel kontrol önlemleri atakların önlenmesinde, semptomların ve ilaç kullanımının azalmasında, sonuç olarak astım kontrolünün sağlanmasında önemli rol oynar (1,3,47,143-146). Adölesan ve ailesinin ev ortamı özellikleri ve uygulamalarının değerlendirilmesi amacıyla belirli aralıklarla ev ziyaretleri yapılması önemlidir (128). Sağlık profesyonelleri tarafından yapılan ev ziyaretleri ile çevresel tetikleyicilerin tanımlanması, hasta ve ailesinin yaşadıkları ortamın uygunluğunu değerlendirmeyi ve gerekli düzenlemeler konusunda aileyle işbirliği yapılmasını sağladığı için astım yönetiminde etkili bir yaklaşım olarak görülmektedir (146-147).

Çalışmada çalışma öncesi ve sonrasında çalışma ve kontrol gruplarında ev ortamı özellikleri açısından anlamlı bir fark bulunmazken, çalışma grubunda çalışma sonrası yatağın gündüzleri bir örtü ile kapatılması, yün yatak kullanımı, yatak takımlarının yıkanması, zemin döşemesini tipi, mobilyaların uygun döşeme malzemesi ile kaplanması, dolgu (pelüş) oyuncak kullanımı, evde hayvan beslenmesi, damlayan su/musluk/su kaynağının olması, temizlik maddelerin uzak durulması, odalarda çamaşır kurutulması, evdeki bitki bulunması ve polenlerden korunmaya yönelik önlemlerin alındığı belirlenmiştir (Tablo 4.11). Bu sonuç adölesanın ev ortamı özelliklerinin çalışmanın başında ve sonunda ev ziyareti yoluyla değerlendirilmesinin ve birinci motivasyonel görüşmenin evde yapılmasının etkili olduğunu göstermektedir. ev ortamındaki değişimlerin sınırlı olmasını aile ile MG yapılmayıp, sadece adölesanla yapılması etkilemiş olabilir. Çünkü ev ortamı değişimine adölesan tek başına karar verememekte, aile katılımı gerekmektedir.

Yapılan çalışmalarda, astımlı adölesanlara verilen eğitimin, adölesanların tetikleyicilerden korunma oranlarını arttırdığı belirlenmiştir (23,127-128,148). Sweet et al. (149) ev ortamına ilişkin eğitimle çocuklarda astım tetikleyicilerinin azalarak sonuçların düzeldiğini, Tyzeng et al. (147) hemşire tarafından verilen astım yönetimi eğitimiyle ev ortamındaki tetikleyicilerin ve çocuklarda astım şiddetinin azaldığını belirlemişlerdir (147). Karadağ ve ark.(150)'nın çalışmasında, astımlı çocuğu olan ailelere verilen eğitimden sonra evde sigara içme oranının azaldığını belirlemişlerdir. Bu bilgiler ışığında; adölesanın astım atağını tetikleyen faktörlerden korunmasını sağlamak için sürekli olarak eğitim ve izlem yapılarak adölesanın ev koşulları

değerlendirilmeli ve gerekli düzenlemeler adölesanla birlikte planlanmalıdır. Astım tetikleyicileri ile temasın azaltılması, astım gelişiminin önlenmesi ve hastalık gelişmiş kişilerde semptomların kontrol altına alınabilmesi açısından önem taşımaktadır (1,3,47).

5.2. Astımlı Adölesanların Öz Etkililiğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Albert Bandura tarafından geliştirilen ve Sosyal-Bilişsel Teori'nin ana kavramlarından biri olan öz etkililik “bir davranışı yapmada ya da başarmada bireyin kendine olan inancı” olarak tanımlanmaktadır. Hedefleri başarmak için insanları motive etmede önemli rol oynayan öz etkililik düzeyi, bireyin herhangi bir işi başarılı bir şekilde gerçekleştirmede ne derece yeterli ve yetenekli olacağına ilişkin görüşünü yansıtır (68-69).

Kronik bir hastalık olan astım, adölesanın normal gelişimini etkileyerek, belirsizlik hissi, aşırı korku, otonomi ve bağımsızlık kaybına yol açabilir. Kronik hastalıkların yönetiminde davranış değişikliği sağlamada ön koşul olarak kabul edilen öz etkililik düzeyi, adölesanların astım kontrolüne yönelik becerilerinin artmasında oldukça önemlidir (32,138). Bu nedenle astımlı çocuk ve adölesanlarda astım yönetimini sağlamaya yönelik uygulanacak olan eğitim ve özel müdahale programlarının bilgi arttırılmasının yanında, bilgi ve davranışları etkileyen öz etkililik, sosyal destek ve başatma becerileri gibi kavramları da içermesi gerekir (30,32,151).

Çalışmada, görüşmeler sonrası çalışma grubundaki adölesanların öz etkililik puan ortalamalarının anlamlı ölçüde arttığı ($p<0.001$) ve çalışma sonrası iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.5). Bu sonuçla çalışmanın “Çalışma grubundaki astımlı adölesanların motivasyonel görüşme görüşme sonrasında Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar İçin Öz-Etkililik Ölçeği (AÇAÖÖ) puan ortalamaları arasında fark vardır.” (H_3) ve “Çalışma ve kontrol grubundaki astımlı adölesanların motivasyonel görüşme görüşme sonrasında Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar İçin Öz-Etkililik Ölçeği (AÇAÖÖ) puan ortalamaları arasında fark vardır.” (H_4) hipotezleri araştırmanın sınırlılıkları dahilinde kabul edilmiştir. Riekert et al. (28) çalışmasında motivasyonel görüşmenin astımlı adölesanlarda, öz etkililiği ve tedaviye uyumu arttıran uygun bir yaklaşım olduğunu belirtmişlerdir. Srof et al. (140) astımlı adölesanlarda baş etme becerilerini arttırmaya yönelik çalışmada, deney grubundaki adölesanların öz etkililik puan ortalamalarını anlamlı düzeyde arttığını bulmuşlardır. Bu sonuçlar bu çalışma bulgularını desteklemektedir.

Bireyin kronik sağlık sorunlarının yönetiminde öz etkililik düzeyinin tedaviye uyumla ilişkili olduğu ve motivasyonel bir etki sağladığı belirtilmektedir (30,152-153). Astımlı çocuk ve adölesanlarda öz etkililiği arttırmaya yönelik girişimler hastalığın yönetimi için gereklidir (74). Velsor-Friedrich et al. (154) çalışmasında baş etme becerilerini geliştirmenin, Butz et al. (138) eğitimin, Lieberman (155) interaktif oyunun, Buckner et al. (156) ise astım kampının öz etkililiği arttırdığını bulmuşlardır. Uzun dönem astım kontrolü ve öz etkililiğin artırılmasına yönelik çalışmalarda düzenli ilaç kullanımı ve allerjen kontrolünün sağlanması için çeşitli sağlık eğitim programlarının geliştirildiği, eğitimlerin bireysel ya da okul dayalı olarak yürütüldüğü görülmektedir (151,157-158). Yüksek öz etkililik ile birlikte değişimi sağlayacak düzeyde motivasyonun sağlık davranışlarının benimsenmesinde önemli rol oynadığı gösterilmiştir (30,151). MG, adölesanın gelişimsel özelliklerine uygun, bağımsızlığını destekleyen ve davranış değişiminde etkili bir yaklaşımdır. Bu nedenle pediatri hemşirelerinin, astımlı adölesanlarda öz etkililiği arttıran, davranış değişikliğine yardım eden MG tekniğini öğrenmesi ve kullanması sağlanmalıdır.

5.3. Astımlı Adölesanların Yaşam Kalitesine İlişkin Bulguların Tartışılması

Astım çocuk ve adölesanlarda yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen en yaygın kronik hastalıktır. Sağlık araştırmalarında son yıllarda yaygın olarak kullanılan yaşam kalitesi kavramı, çocuk ve ebeveynin hastalığa ilişkin subjektif algıları, günlük yaşam fonksiyonları ve iyilik durumunun nasıl etkilendiği hakkında önemli bilgiler verir (20-22,65,159). Kronik bir hastalık olan astım, hastaların günlük yaşamda fonksiyonel, sosyal ve duygusal alanlarını etkiler (20,21). Astımlı çocuklar öksürük, hırıltılı solunum ve solunum güçlüğü gibi semptomlar nedeniyle stres yaşar ve bu durum onların okul, spor, arkadaşlarıyla olan aktivitelerini ve günlük yaşamı etkiler (22). Özellikle astımda uzun süre tedavi, takip ve tedavide ebeveynlere bağımlı olmak astımlı çocukların yaşam kalitelerini etkileyebilir (160).

Çalışmada motivasyonel görüşmelerden sonra, çalışma grubundaki adölesanların yaşam kalitesi tüm alt ölçek ve ölçek toplam puan ortalamalarının arttığı, farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubunda da belirtiler alt ölçeği ve ölçek toplam puan ortalamalarının arttığı, çalışma ve kontrol grupları puan ortalamaları arasındaki farkın belirtiler alt ölçeği dışında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). (Tablo 4.6). Bu sonuçlara göre, “Çalışma grubundaki astımlı adölesanların motivasyonel görüşme sonrasında Çocuklar için Astım Yaşam

Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ) puan ortalamaları arasında fark vardır.”(H₅) hipotezi araştırmanın sınırlılıkları dahilinde kabul edilmiş ancak “Çalışma ve kontrol grubundaki astımlı adölesanların motivasyonel görüşme sonrasında Çocuklar için Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ) puan ortalamaları arasında fark vardır.”(H₆) hipotezi belirtiler alt ölçeği dışında red edilmiştir.

Benzer şekilde tek grup astımlı adölesanlarla yapılan çalışmalarda motivasyonel görüşmenin tüm yaşam kalitesi puan ortalamalarını anlamlı düzeyde etkilediğinin bulunması çalışma bulgularını desteklemektedir (28,123). Ayrıca ülkemizde yapılan bir çalışmada astım yönetimi eğitiminin faaliyet kısıtlamaları alt ölçeği dışında yaşam kalitesi puan ortalamalarını anlamlı şekilde arttırdığı bulunmuştur (23). Literatürde astım yönetimine ilişkin adölesanlara bilgisayar ortamında, internete dayalı veya akran eğitimi ile yapılan astım yönetimi eğitimlerinin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (19,148,161-162). Srof et al. (140) baş etme becerilerini geliştirmeye yönelik yaptığı çalışmada deney grubunda yaşam kalitesi ölçeğinin yalnızca faaliyet alt ölçeğini etkilediğinin bulunması da çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Başka bir çalışmada ise adölesanlarda akran eğitimi modeli ile verilen astım eğitimi sonucunda yaşam kalitesi ölçeği toplam ölçek ve faaliyet kısıtlamaları alt ölçeğinde anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (163). Bazı çalışmalarda ise astımlı çocuk ve adölesanlara uygulanan akupunktur (141) ve internete dayalı müdahalenin (164) yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarını etkilemediği belirlenmiştir. Çalışmalardan elde edilen bulgular doğrultusunda; astımın adölesanlarda yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarını farklı şekilde etkilediği ve bunun adölesanlara uygulanan müdahale farklılıklarından kaynaklandığı söylenebilir.

Astım günlük yaşamdaki etkisine yönelik hastanın subjektif algısının anlaşılması ve çeşitli müdahalelerle iyilik düzeyinin geliştirilmesi astım kontrolü davranışını değiştirerek bakımda daha iyi sonuçlar almayı sağlar (20-22). Kronik hastalıkların takibinde genellikle ihmal edilen yaşam kalitesi kavramının astımlı çocuklarda açık şekilde anlaşılması, etkileyen faktörler belirlenerek, buna yönelik girişimlerin yapılması astım kontrolü ve yaşam kalitesi açısından önemlidir (22,160).

Astımın bireyi, aileyi ve toplumu ciddi biçimde etkilediği, kontrolü sağlandığında daha iyi fiziksel hareket ve yaşam kalitesi sağlayarak, hastaneye yatış, atak riski ve maliyeti azalttığı, sonuçta hastaya ve topluma önemli yararlar sağladığı bilinmektedir. Astım kontrolünün, astımda öz etkililiğin etkilediği çeşitli davranışsal faktörlere (kendi

kendini izlem, tedaviye bağlılık) bağlı olduğu ve astım kontrolünün sağlanamadığı durumlarda hastaların ve bakım vericilerin yaşam kalitesinde önemli değişimler olduğu belirtilmektedir (165-167). Düzenli izlem ve hastalık yönetimi ile kontrol altına alınan astımda tedavinin amacı; semptomların kontrolü, kontrolde sürekliliğinin sağlanması, atakların önlenmesi ve yaşam kalitesinde bozulmanın önlenmesidir (1-2).

Çalışmada görüşme sonrası çalışma grubundaki adölesanların toplam yaşam kalitesi ile astım kontrol testi puan ortalamaları ($r=0.624$, $p<0.05$) arasında pozitif yönde, orta düzeyde toplam yaşam kalitesi ile öz etkililik puan ortalamaları ($r=0.711$, $p<0.01$) arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. (Tablo 4.14). Başka bir deyişle adölesanların astım kontrolü ve öz etkililik düzeyleri arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır. Bu olumlu gelişmede, astımlı adölesanlara bireysel olarak uygulanan motivasyonel görüşmelerin etkisi olduğu düşünülmektedir. Riekert et al. (28) çalışmasında da motivasyonel görüşmenin astımlı adölesanlarda, öz etkililiği, yaşam kalitesini ve tedaviye uyumu artırması çalışma sonuçlarını desteklemektedir. Astımlı hastalarda (çocuk/adölesan/yetişkin) astım kontrolü, öz etkililik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen sınırlı sayıda çalışma olduğu belirlenmiştir (119,167-168). Astımlı çocuk ve adölesanlarda çeşitli girişimlerin astım sonuçları, öz etkililik ve yaşam kalitesine etkisi belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda; astımlı adölesanlarda baş etme becerilerini arttırmaya yönelik girişimlerin öz etkililik ve yaşam kalitesi puan ortalamalarını anlamlı düzeyde arttırdığı, astım kontrolünde (rahatlatıcı ilaç kullanımı, PEF değerleri) olumlu değişimler sağladığı belirlenmiştir (140,146). Yapılan müdahaleler sonucunda astım kontrolü ile yaşam kalitesindeki değişimi inceleyen çalışmalarda; Rikkers-Mutsaerts et al.(19) tarafından astım kontrolü yetersiz olan adölesanlarda internete dayalı öz yönetim müdahalesinin üç aylık izlem sonucunda astım kontrolü ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği, Rhee et al. (169) çalışmasında aile desteğinin adölesanların tedaviye ve sağlık personeline karşı negatif tutumlarını azaltarak, toplam yaşam kalitesi ve alt ölçek puanlarıyla birlikte astım kontrolünü düzenlediği bulunmuştur. Yetişkin astımlılarla yapılan bir çalışmada astımda öz etkililik puanlarının astım kontrol anketi ile negatif yönde, yaşam kalitesi puanlarıyla pozitif yönde ilişki gösterdiği belirlenmiş, kişinin astım semptomlarını kontrol etme yeteneğinin daha iyi astım kontrolü ve yaşam kalitesiyle sonuçlandığı belirtilmiştir (167). Benzer şekilde yapılan çalışmalarda da astım kontrolü ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğu ve astım kontrolü arttıkça yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir

(118,152,170-171). Ayrıca yetişkin astımlılılarla yapılan bir çalışma da MG sonrası deney ve kontrol grubunun astım kontrol ve öz etkililik puanlarında anlamlı fark olduğu ancak yaşam kalitesi puan ortalamalarında anlamlı değişim olmadığı bulunmuş, korelasyon bakılmamıştır (119). Çalışmada MG'nin, astım kontrolü ve tedaviye uyumu olumlu etkilediği, özellikle MG ile hastalık kontrolünün öz etkililik davranışlarını doğrudan etkileyerek, yaşam kalitesini arttırdığı görülmektedir. Bu doğrultuda adölesanlarda astım kontrolü, öz etkililik ve yaşam kalitesini etkisini belirlemek amacıyla daha geniş ve kapsamlı araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar;

1. Çalışma ve kontrol grubundaki astımlı adölesanların çoğunun kız olduğu, yaş ortalamalarının benzer olduğu, gelir düzeyinin orta olduğu, adölesanların yaklaşık yarısının ailesinde de astım olduğu, hiçbirinin sigara içmediği ancak evinde sigara içildiği ve tanıtıcı özellikler açısından çalışma ve kontrol gruplarının benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.1).
2. Çalışma ve kontrol grubundaki astımlı adölesanların ortalama 3 yıldır astım hastası olduğu, yaklaşık yarısının astım nedeniyle son bir yılda acile başvurduğu, çoğunun fiziksel aktivitelerden sonra atak geçirdiği, astımlı olduğunu arkadaşlarıyla paylaşma oranının yüksek olduğu belirlenmiştir. Her iki grupta da astımı en fazla tetikleyen maddelerin sırasıyla sigara, koku ve ev tozu akarı olduğu saptanmıştır. Hastalığa ilişkin özellikler açısından çalışma ve kontrol gruplarının benzer olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.2).
3. Motivasyonel görüşme öncesinde çalışma ve kontrol grubundaki adölesanlarda, astım kontrolünün yetersiz olduğu (çalışma grubunda %80, kontrol grubunda %66.7), görüşmeler sonrasında, astım kontrolünün arttığı, çalışma ve kontrol grubundaki adölesanların astım kontrol testi puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$), (Tablo 4.3),(Tablo 4.4).
4. Çalışma grubundaki astımlı adölesanların öz etkililik puan ortalamalarının görüşme öncesine göre anlamlı ölçüde arttığı, kontrol grubunda ise anlamlı bir farklılık olmadığı, görüşme sonrasında gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$), (Tablo 4.5).
5. Motivasyonel görüşme sonrası çalışma ve kontrol gruplarındaki astımlı adölesanların yaşam kalitesi puan ortalamaları arttığı, çalışma ve kontrol grupları

puan ortalamaları arasındaki farkın belirtiler alt ölçeği dışında ($p<0.05$) anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.6).

6. Motivasyonel görüşme sonrası çalışma grubunda “ilaçları düzenli alma” davranışının arttığı, “ilaç almayı aksatma”, “ilacı zamanında almayı unutma”, “kendini iyi hissettiğinde ilaç içmeyi bırakma”, “doktor söylemediği halde ilacı azaltma” davranışlarının azaldığı ve bu özellikler açısından kontrol grubu ile aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.7).
7. Çalışmada adölesanların SFT ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.9).
8. Motivasyonel görüşme sonrası, çalışma grubundaki adölesanların inhaler kullanım becerilerinde “inhaleri doğru tutma”, “inhaleri kullanıma doğru bir şekilde hazırlama”, “ağız parçasını dudaklarının arasına alma”, “nefesini vermeden ilacı ağızdan çekme” ve “nefesini 5-10 saniye tutma” basamaklarında çalışma grubunda yanlış olan uygulamaların düzeldiği ve çalışma ve kontrol grupları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.10).
9. Ev ortamı özellikleri değerlendirildiğinde, motivasyonel görüşme sonrası adölesanların ev ortamına yönelik aldığı önlemlerde değişimler olduğu, çalışma ve kontrol grupları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$), (Tablo 4.11).
10. Motivasyonel görüşme sonrası, çalışma grubundaki astımlı adölesanların belirtiler alt ölçeği ile AKT puan ortalamaları ($r=0.593$; $p<0.05$), duygusal işlev ile AKT puan ortalamaları ($r=0.597$; $p<0.05$), ÇAYKÖ ile AKT puan ortalamaları ($r=0.624$; $p<0.05$) arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Benzer şekilde belirtiler alt ölçeği ile AÇAÖÖ ($r=0.692$; $p<0.01$), faaliyet kısıtlaması ile AÇAÖÖ ($r=0.660$; $p<0.01$) duygusal işlev ile AÇAÖÖ puan ortalamaları ($r=0.623$; $p<0.05$) arasında pozitif yönde, orta düzeyde, ÇAYKÖ ile AÇAÖÖ puan ortalamaları ($r=0.711$; $p<0.01$) arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4.14).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Astımlı çocuk/adölesan ve ailelerine astım kontrol düzeyleri belirlenerek, poliklinik izlemlerinde motivasyonel görüşme tekniklerinin kullanıldığı görüşmelerin yapılması, poliklinikte bu izlemi yapacak nitelikte bir hemşirenin bulunması,

- Astımlı adölesanların ev ziyaretleri ile ev ortamı özelliklerinin düzenli olarak izlenmesi, görüşme ve danışmanlık hizmetlerinde sürekliliğin sağlanması,
- Hemşirelere yönelik motivasyonel görüşme konusunda bilgi ve becerilerinin arttırılması amacıyla girişimler planlanması,
- Astım kontrolüne ilişkin yüksek risk taşıyan adölesanlarda hastalık yönetim programlarına motivasyonel görüşmelerin entegre edilmesi,
- Astımlı adölesan ve ebeveynlerin astım kontrol, öz etkililik, yaşam kalitesi düzeyleri değerlendirilerek, sonuca göre girişimler planlanması,
- Astımlı adölesan ve ebeveynlerin ilaç kullanım davranışları değerlendirilerek, sonuca göre girişimler planlanması,
- Adölesanların hastalığın kontrolünde kendi sorumluluklarını alabilmesi için cesaretlendirilmesi ve destek olunması önerilmektedir.

6.KAYNAKLAR

1. Global Strategy For Asthma Management and Prevention (GINA) (2012). http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_March13.pdf. (Erişim Tarihi: 23/10/2013).
2. Türk Toraks Derneği Astım Tanı ve Tedavi Rehberi (2014). <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/> (Erişim Tarihi: 16/01/2015).
3. Bayat M, Erdem E. Çocuklarda İmmün Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Conk Z, Başbakkal Z, Balyılmaz H, Bolışık B (Ed), Pediatri Hemşireliği. 1. Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2013: ss 543-558.
4. Çavuşoğlu H. Solunum Sorunu Olan Çocuk ve Hemşirelik Bakımı. Çocuk Sağlığı Hemşireliği II. Genişletilmiş 9. Baskı. Sistem Ofset. Ankara, 2011: ss 395-402.
5. şekerel B, Kalaycı Ö. Çocukluk çağında kronik astma tedavisi. T Klin Tıp Bilimleri 1997; 17: 326-338.
6. Asthma Statistics. <http://www.aaaai.org/about-the-aaaai/newsroom/asthma-statistics.aspx> (Erişim Tarihi: 22/11/2014).
7. Yıldız F, Oğuzölgen İK, Dursun B, ve ark. Turkish Thoracic Society asthma management and prevention guideline: key points. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2011; 59: 291-311.
8. Dağlı E. Astım. Klinik Çocuk Forumu 2003; 3: 4-11.
9. Yorgancıoğlu A, Kalaycı Ö, Kalyoncu AF, ve ark. Allerjik rinit ve astım üzerine etkisi güncelleme (ARIA 2008) Türkiye deneyimi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2008; 56: 224-231.
10. Tomaç N, Saraçlar Y. Astım epidemiyolojisi. Klinik Çocuk Formu Pediatrik Allerji Özel Sayısı 2003; 3: 14-17.

11. Sapan N, Canitez Y, Öneş Ü. Astımlı çocuğun tedavisinde astım kamplarının yeri. *Güncel Pediatri Dergisi* 2003; 1: 96-100.
12. Törüner E, Büyükgönenç L. Solunum Sistemi Sorunu Olan Çocuk. *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*. 1. Baskı. Göktuğ Yayıncılık, Amasya, 2012: ss 614-626.
13. Bruzzese JM, Bonner S, Vincent EJ, et al. Asthma education: the adolescent experience. *Patient Educ and Couns* 2004; 55: 396-406.
14. Towns SJ, Van Asperen PP. Diagnosis and management of asthma in adolescents. *Clin Respir J* 2009; 3: 69-76.
15. Bitsko MJ, Everhart RS, Rubin BK. The adolescent with asthma. *Paediatric Respiratory Reviews* 2014; 15: 146-153.
16. Sadof M, Kaslovsky R. Adolescent asthma: a developmental approach. *Current Opinion in Pediatrics* 2011; 23: 373-378.
17. Gustafsson PM, Watson L, Davis KJ, Rabe KF. Poor asthma control in children: evidence from epidemiological surveys and implications for clinical practice. *Int J Clin Pract* 2006; 60: 321-334.
18. Can D. Puberte ve astım. *Klinik Pediatri* 2011; 6: 33-35.
19. Rikkers-Mutsaerts ERVM, Winters AE, Bakker MJ, et al. Internet-based self-management compared with usual care in adolescents with asthma: a randomized controlled trial. *Pediatric Pulmonology* 2012; 47: 1170-1179.
20. Alvim CG, Picinin IM, Camargos PM, et al. Quality of life in asthmatic adolescents: an overall evaluation of disease control. *Journal of Asthma* 2009; 46: 186-190.
21. Juniper EF. How important is quality of life in pediatric asthma? *Pediatr Pulmonol Suppl* 1997; 15: 17-21.
22. Souza PG, Sant'Anna CC, March MBP. Quality of life in children with asthma in Rio de Janeiro, Brazil. *Indian J Pediatr* 2013; 80: 544-548.
23. Bozkurt G. Astımlı Okul Çağı Çocuklarına Hastalığın Yönetimi Konusunda Verilen Eğitimin Yaşam Kalitelerine Etkisi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik AD, Doktora Tezi, İstanbul, 2003: 35-50.*
24. Schmalting KB, Blume AW, Afari N. A randomized controlled pilot study of motivational interviewing to change attitudes about adherence to medications for asthma. *J Clin Psychol Med Settings* 2001; 8: 167-172.

25. Senemoğlu N. Sosyal bilişsel kuram. Gelişim Öğrenme ve Öğretim Kuramdan Uygulamaya. 12. Baskı, Gazi Kitabevi, Ankara, 2005: ss 216-237.
26. Gözümlü S, Bağ B. Etkin sağlık eğitiminde sosyal bilişsel öğrenme kuramının kullanımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 1: 32-43.
27. Borrelli B, Riekert KA, Weinstein A, et al. Brief motivational interviewing as a clinical strategy to promote asthma medication adherence. J Allergy Clin Immunol 2007; 120: 1023-1030.
28. Riekert KA, Borrelli B, Bilderback A, Rand CS. The development of a motivational interviewing intervention to promote medication adherence among inner-city, African-American adolescents with asthma. Patient Education and Counseling 2011; 82: 117-122.
29. Greening L, Stoppelbein L, Moll G, et al. Intrinsic motivation and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes. Diabetes Care 2004; 27: 15-17.
30. Zebracki K, Drotar D. Outcome expectancy and self-efficacy in adolescent asthma self-management. Children's Health Care 2004; 33: 133-149.
31. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman. 1997; 279-313. <http://www.westga.edu/~Efficacy.pdf>. (Erişim Tarihi 08/06/2014).
32. Schlösser M, Havermans G. A self-efficacy scale for children and adolescents with asthma: construction and validation. Journal of Asthma 1992; 29: 99-108.
33. Çevik Ü, Çelebioğlu A. Astımlı çocuklar ve adölesanlar için öz etkililik ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 15: 55-62.
34. Womble C. Bandura's Self-efficacy Theory in Asthma Compliance.. Washington State University Intercollegiate College for Nursing, Master of Nursing Washington 2001: 4-12.
35. Ekici B. Çocuklarda astım yönetimi. Çocuk Forumu 2003; 6: 25-28.
36. Miller W, Benefield R, Tonigan J. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1993; 61: 455-461.
37. Stephens R, Roffman R, Curtin L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2000; 68: 898-908.

38. Smith D, Heckemeyer C, Kratt P, et al. Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM: A pilot study. *Diabetes Care* 1997; 20: 53-54.
39. Chen SM, Creedy D, Lin HS, et al. Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 2012; 49: 637-644.
40. Channon SJ, Huws-Thomas MV, Rollnick S, et al. A multi center randomized controlled trial of motivational interviewing in teenagers with diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30: 1390-1395.
41. Berg-Smith SM, Stevens VJ, Brown KM, et al. A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. *Health Educ Res Theory Pract* 1999; 14: 399-410.
42. Yurt S. Fazla Kilolu Adölesanlara Uygulanan Motivasyon Görüşmelerinin Beslenme Tutumu, Davranışları ve Kilo Üzerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Doktora Tezi, İstanbul, 2008: 76-78.
43. Peterson PL, Baer JS, Wells EA, et al. Short-term effects of a brief motivational intervention to reduce alcohol and drug risk among homeless adolescents. *Psychol Addict Behav* 2006; 20: 254-264.
44. D'amico E, Miles JNV, Stern SA, et al. Brief motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: A randomized pilot study in primary care clinic. *J. Subst Abuse Treat* 2008; 35: 53-61.
45. Colby SM, Monti PM, O'Leary TT, et al. Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. *Addict Behav* 2005; 30: 865-874.
46. Erol S, Erdogan S. Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: The Transtheoretical Model-based study. *Patient Education and Counseling* 2008; 72: 42-48.
47. Wong DL, Hockenberry MJ. The Child with Respiratory Dysfunction. Wong's Nursing Care of Infants and Children. 7th Edition, St. Louis, Mosby, 1999: pp 1385-1389.

48. Ball JW, Bindler RC. The Child With Respiratory Dysfunction. Pediatric Nursing Caring For Children. 4th Edition, Pearson Edution, New Jersey, 2008: pp 834-850.
49. Türkteş İ. Astımda tanı sorunları. Alerji ve Astım Dergisi 2003;5:70-74.
50. Öneş Ü, Güler N, Tamay Z. Çocuklarda Akut Astım Atağı ve Tedavisi. Cantez T, Ömeroğlu RE, Baysal SU, Oğuz F (ed) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2003: ss 76-82.
51. Yıldız S. Çocuklarda akut astım atağı ve hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 1997; 1: 32-40.
52. Saraçlar Y, Şekerel B. Bronşial astma; çocuklarda akut atak tedavisi. T Klin Tıp Bilimleri 1997; 17: 338-344.
53. Şekerel BE, Saraçlar Y, Akçakaya N, ve ark. Astıma bakış: Çocuk hastalar ve çocuk hastaların yakınları. T Klin Alerji Astım 2000; 2: 49-56.
54. Mutlu B, Balcı S. Çocuklarda astım: risk faktörleri, klinik özellikler ve korunma. TAF Prev Med Bull 2010; 9: 79-86.
55. Hocaoglu AB, Karaman Ö. Çocukluk çağı astımda primer ve sekonder korunma. Klinik Pediatri 2011; 6: 68-72.
56. Karadağ B. İnhalasyon teknikleri. Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler Dergisi. 2009; 5: 73-78.
57. Akçay A. Astım tedavisinde inhalasyon teknikleri. Klinik Pediatri 2011;6:56-60.
58. Hess D. Aerosol delivery devices in the treatment of asthma. Respir Care 2008; 53: 699-723.
59. Gandhi RK, Blaiss MS. Pediatrik astım kontrolünde en iyi ölçütler nelerdir? Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology (Türkçe Baskı) 2006; 1: 39-47.
60. Yazıcıoğlu M, Durmuş A. Astımlı çocuğun adım adım izlemi. Klinik Tıp Pediatri 2014; 6: 20-24.
61. De Benedictis D, Bush A. The challenge of asthma in adolescents. Pediatric Pulmonol 2007; 42: 683-692.
62. Naimi DR, Freedman TV, Ginsburg KR, et al. Adolescents and asthma: Why bother with our meds? J Allergy Clin Immunol 2009; 6: 1335-1341.
63. Altay N, Çavuşoğlu H. Using Orem's self-care model for asthmatic adolescents. Journal for Specialists in Pediatric Nursing 2013; 18: 233-242.

64. Ergin D. Çocuklarda astım yönetiminde hemşirelik yaklaşımı. Sağlıkta Birikim Dergisi 2005; 1: 164-171.
65. Boran P, Tokuç G, Pişgin B, Öktem S. Assessment of quality of life in asthmatic Turkish children. Turk J Pediatr 2008; 50: 18-22.
66. Mussaffi H, Omer R, Prais D, et al. Computerised paediatric asthma quality of life questionnaires in routine care. Arch Dis Child 2007; 92: 678-682.
67. Annett RD. Assessment of health status and quality of life outcomes for children with asthma. J Allergy Clin Immunol 2001; 107: 473-481.
68. McGhan SL, Wells HM, Befus AD. The “Roaring Adventures of Puff”: A childhood asthma education program. J Pediatr Health Care 1998; 12: 191-195.
69. Gözüm S, Aksayan S. Öz etkililik yeterlilik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999; 2: 21-32.
70. Bandura A. Self-efficacy. <http://www.westga.edu/~vickir/Healthcare/HC14Self-Efficacy.pdf> (Erişim Tarihi: 24/05/2015).
71. Korkmaz İ. Sosyal öğrenme kuramı. Yeşilyaprak B. (Ed.) Gelişim ve öğrenme psikolojisi. 3. Baskı. Pegem A Yayınları, Ankara, 2002: ss 198-218.
72. Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. Psychology and Health 1998; 13: 623-649.
73. Bartona C, Clarke D, Sulaiman N, Abramson M. Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. Respir Med 2003; 97: 747-761.
74. Işıl Ö. Motivasyon ve Davranış Değişikliğinde Ailenin Rolü. Kuşuoğlu S, Demirbağ BC (ed) Aile Temelli Sağlık Yaklaşımı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2015: ss 121-133.
75. Velsor-Friedrich B, Pigott TD, Srof B. The asthma belief survey: Development and testing. Journal of Nursing Measurement 2004; 12: 7-19.
76. Scherer YK, Schmieder LE. The effect of a pulmonary rehabilitation program on self-efficacy, perception of dyspnea, and physical endurance. Heart&Lung: The Journal of Acute and Critical Care 1997; 26: 15-22.
77. Volsko TA. A pediatric asthma clinic pilot program reduces emergency department visits, hospitalizations and cost of care. Respiratory Care 1998; 43: 107-113.

78. Gance-Cleveland B. Motivational interviewing: Improving patient education. *Journal of Pediatric Health Care* 2007; 21: 81-88.
79. Ögel K. Motivasyonel Görüşme Tekniği, Kurs Notları, 2013.
80. Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behavior change: A guide for practitioners. Churchill Livingstone, London, 2003: pp 103-128.
81. Miller WR, Rollnick S. Motivasyonel Görüşme Bağlam, Pratik, Uygulamalar. Karadağ F, Ögel K, Tezcan AE. (Çev), Motivasyonel Görüşme. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2009: ss 40-104.
82. Erickson SJ, Gerstle M, Feldstein SW. Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric healthcare settings. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159: 1173-1180.
83. Özdemir H, Taşcı S. Motivasyonel görüşme tekniği ve hemşirelikte kullanımı. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013; 1: 41-47.
84. Sindelar HA, Abrantes AM, Hart C, et al. Motivational interviewing in pediatric practice. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2004; 34: 322-339.
85. Elizabeth AR. İletişim. Batu E.D. (Çev.) Rudolph Pediatri 22. Baskı 1. Cilt, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara 2013: ss 5-14.
86. Lask B. Motivating children and adolescents to improve adherence. *J Pediatr* 2003; 143: 430-433.
87. Jackman K. Motivational interviewing with adolescents: an advanced practice nursing intervention for psychiatric settings. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2012; 25: 4-8.
88. Lundahl B, Kunz C, Brownell C, et al. A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Res Soc Work Pract* 2010; 20: 137-160.
89. Burke LE, Fair J. Promoting prevention: Skill sets & attributes of health care providers who deliver behavioral interventions. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2003; 18: 256-266.
90. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, et al. Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 2005; 55: 305-312.

91. Dunn C, Deroo L, Rivara FP. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction* 2001; 96: 1725-1742.
92. Özcan S. Denetimli Serbestlik Uygulamasında Motivasyonel Görüşmelerin Etkinliği. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri AD, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009: 35-40.
93. Karatay G. Sigara Bırakma Aşamalarına Odaklı Motivasyonel Görüşmelerle Gebelerde Sigara Bıraktırma. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği AD, Doktora Tezi, Ankara, 2007: 49-52.
94. Uysal H, Enç N. Kronik kalp yetersizliği olan hastaların uyumu için motivasyonel görüşme. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2012; 3: 1-6.
95. Myers M, Brown S, Tate S, et al. Toward brief interventions for adolescents with substance abuse and comorbid psychiatric problems. In adolescents, alcohol, and substance abuse: Reaching teens through brief interventions, PM Monti SM Colby, TA O'Leary(ed) New York: Guilford 2001: ss 275-296.
96. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. second edition. New York, Guilford Press, 2002: ss 123-129.
97. Naar-King S. Motivational interviewing in adolescent treatment. *Can J Psychiatry* 2011; 56: 651-657.
98. Spirito A, Monti PM, Barnett NP, et al. A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *J Pediatr* 2004; 145: 396-402.
99. Brown RA, Ramsey SE, Strong DR, et al. Effects of motivational interviewing on smoking cessation in adolescents with psychiatric disorders. *Tob Control* 2003; 12: 3-10.
100. Knight KM, Bundy C, Morris R, et al. The effects of group motivational interviewing and externalizing conversations for adolescents with Type-1 diabetes. *Psychology, Health & Medicine* 2003; 8: 150-157.
101. Walpole B, Dettmer E, Morrongiello B, et al. Motivational interviewing as an intervention to increase adolescent self-efficacy and promote weightloss: Methodology and design. *BMC Public Health* 2011; 11: 459-467.

102. Willgerodt MA, Kieckhefer GM, Ward TM, et al. Feasibility of using actigraphy and motivational-based interviewing to improve sleep among school-age children and their parents. *J Sch Nurs* 2014; 30: 136-148.
103. Çevik Ü. Astımlı Çocuk ve Adölesanlara Verilen Eğitimin Öz Etkililik ve Hastalığın Seyrine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik AD, Doktora Tezi, Erzurum, 2011: 45-60.
104. Liu AH, Zeiger R, Sorkness C, et al. Development and cross-sectional validation of the Childhood Asthma Control Test. *J Allergy Clin Immunol* 2007; 119: 817-25.
105. Şekerel B, Soyer O, Keskin O, et al. The reliability and validity of Turkish version of Childhood Asthma Control Test. *Qual Life Res* 2012; 21: 685-690.
106. Yüksel H, Yılmaz Ö, Kırmaz C, ve ark. Validity and reliability of the Turkish translation of the Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire. *Turk J Pediatr* 2009; 51: 154-160.
107. Ari A, Hess D, Myers TR, Rau JL. Solunum Tedavileri Uygulayanlar için Aerosol Tedavi Cihazları Rehberi, Çalışkaner Z (Çev. Ed.), 2. Baskı, 2012. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği “İnhalasyon Tedavileri” Çalışma Grubu. <http://www.inteda.net/> (Erişim Tarihi: 03/12/2013).
108. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği İnhalasyon Tedavileri Çalışma Grubu İnhaler İlaç Doğru Uygulama Teknikleri. <http://www.inteda.net/> (Erişim Tarihi: 03/12/2013).
109. Gürkan K. Epileptik Çocuklarda Psikopatolojinin Hasta Memnuniyeti ve İlaç Uyumu ile İlişkisi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2002: 42-46.
110. Hacıevliyagil SS, Arıkan ÖÖ, Günen H. Hastaların inhaler ilaçları kullanma becerileri. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi* 2005; 25: 51-60.
111. Demirtaş N. Astımlı Hastalarda Ev İçi Ortam Değerlendirmesi ve Atopi Özellikleri. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Aydın, 2008: 37-41.
112. Asthma Home Environment checklist http://www.epa.gov/asthma/pdfs/home_environment_checklist.pdf (Erişim Tarihi: 06/12/2013).

113. Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. Pegem Akademi, 9.Baskı, Ankara, 2002: ss 26-27.
114. Cerović S, Zivković Z, Milenković B, et al. The Serbian Version of the Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire in daily practice. *Journal of Asthma* 2009; 46: 936-939.
115. Chong CS, Lu YX, Ramamurthy MB, et al. The associations of poor asthma control with lifestyle habits, stress levels and quality of life in Singaporean adolescent patients. *Supplement: 13th International Congress on Pediatric Pulmonology* 2014; 49: 91-92.
116. Deschildre A, Pin I, El Abd K, et al. Asthma control assessment in a pediatric population: comparison between GINA/NAEPP guidelines, Childhood Asthma Control Test (C-ACT), and physician's rating. *Allergy* 2014; 69: 784-790.
117. Ito Y, Adachi Y, Itazawa T, et al. Association between the results of the Childhood Asthma Control Test and objective parameters in asthmatic children. *Journal of Asthma* 2011; 48: 1076-1080.
118. Göçmen Öİ, Dalan M, Avşar FZ, ve ark. Çocukların astım kontrolünün ebeveynler tarafından algısı. *Marmara Medical Journal* 2012;25 Ek:1 Poster no:5. http://mmj.dergisi.org/pdf/pdf_MMJ_654.pdf (Erişim Tarihi: 18/12/2013).
119. Lavoie KL, Moullec G, Lemiere C, et al. Efficacy of brief motivational interviewing to improve adherence to inhaled corticosteroids among adult asthmatics: results from a randomized controlled pilot feasibility trial. *Patient Preference and Adherence* 2014; 8: 1555-1569
120. Kırtay F, Oğuz S. Genç erişkin astım hastalarında düzenli fiziksel aktivite ve solunum egzersizinin fonksiyonel performansa etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2011; 4: 75-82.
121. Arslan S, Taşçı S. Astım kontrolünde hasta eğitimi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2011; 6: 41-51.
122. Pedersen S. Measuring childhood asthma control. *J Allergy Clin Immunol* 2014; 133: 1606-1607.
123. Halterman JS, Riekert K, Bayer A, et al. Pilot study to enhance preventive asthma care among urban adolescents with asthma. *J Asthma* 2011; 48: 523-530.
124. Singh M, Kansra S. Adherence issues in asthma. *Indian Pediatrics* 2006; 43: 1050-1055.

125. Jonasson G, Carlsen KH, Mowinckel P. Asthma drug adherence in a long term clinical trial. *Archives Disease Children* 2000; 83: 330-333.
126. McQuaid EL, Kopel SJ, Klein RB, et al. Medication adherence in pediatric asthma: Reasoning, responsibility and behavior. *J Pediatr Psychol* 2003; 28: 323-333.
127. Iglesias AM, Jara MD, Remón LZ et al. Asthma camp quality of life questionnaires. *Allergol et Immunopathol* 2003; 31: 231-235.
128. Cihangir N. Astımlı Adölesanlarda Uyum ve Öz-Bakım Modellerine Göre Geliştirilen Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Doktora Tezi, Ankara, 2007: 37-45.
129. Buston KM, Wood SF. Non-compliance amongst adolescents with asthma: Listening to what they tell us about self-management. *Family Practice* 2000; 17: 134-138.
130. Gabe J, Bury M, Ramsay R. Living with asthma: The experiences of young people at home and at school. *Social Science & Medicine* 2002; 55: 1619-1633.
131. Logan D, Zelikovsky N, Labay L, et al. The illness management survey: Identifying adolescents' perceptions of barriers to adherence. *Journal of Pediatric Psychology* 2003; 28: 383-392.
132. Penza-Clyve SM, Mansell C, McQuaid EL. Why don't children take their asthma medications? A qualitative analysis of children's perspectives on adherence. *Journal of Asthma* 2004; 41: 189-197.
133. Dinwiddie R, Muller WG. Adolescent treatment compliance in asthma. *JR Soc Med* 2002; 95: 68-71.
134. Desai M, Oppenheimer JJ. Medication adherence in the asthmatic child and adolescent. *Curr Allergy Asthma Rep* 2011; 11: 454-64.
135. Hanghøj S, Boisen KA. Self-reported barriers to medication adherence among chronically ill adolescents: a systematic review. *Journal of Adolescent Health* 2014; 54: 121-138.
136. Celano M, Geller RJ, Phillips KM, et al. Treatment adherence among low-income children with asthma. *Journal of Pediatric Psychology* 1998; 23: 345-349.

137. Alaniz KL, Nordstrand J. An asthma education program for adolescents. *American Journal of Maternal Child Nursing* 1999; 24: 133-137.
138. Butz A, Pham L, Lewis L, et al. Rural children with asthma: impact of a parent and child asthma education program. *J Asthma* 2005; 42: 813-821.
139. Burkhart PV, Svavarsdottir EK, Rayens MK, et al. Adolescents with asthma: predictors of quality of life. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 65: 860-866.
140. Srof BJ, Velsor-Friedrich B, Penckofer S. The effects of coping skills training among teens with asthma. *Western Journal of Nursing Research* 2012; 34: 1043-1061.
141. Scheewe S, Vogt L, Minakawab S, et al. Acupuncture in children and adolescents with bronchial asthma: A randomised controlled study. *Complementary Therapies in Medicine* 2011; 19: 239-246.
142. Pbert L, Madison JM, Druker S, et al. Effect of mindfulness training on asthma quality of life and lung function: A randomised controlled trial. *Thorax* 2012; 67: 769-776.
143. Tutanç M, Arıca V, Başarslan F, ve ark. Astımda etkili allerjenlere güncel bakış. *Klinik Pediatri* 2011; 6: 62-65.
144. Dağlı E. Çocuklarda astım tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2006; 2: 36-40.
145. Karaman Ö, Babayiğit A, Ölmez D. Çocukluk çağında astım. *Güncel Pediatri* 2006; 3: 56-62.
146. Ekim A. Planlı Taburculuk Programının Astım Yönetimine Etkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Doktora Tezi, İstanbul, 2011: 40-44.*
147. Tzeng LF, Chiang LC, Hsueh KC, et al. Preliminary study to evaluate a patient-centred asthma education programme on parental control of home environment and asthma signs and symptoms in children with moderate-to-severe asthma. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19: 1424-1433.
148. Valizadeh L, Bilan N, Zarei S, et al. Effect of education and controlling asthma triggers on quality of life among adolescents with asthma: A randomized clinical trial. *J Mazand Univ Med Sci* 2013; 23 :49-57.

149. Sweet LL, Polivka BJ, Chaudry RV, et al. The impact of an urban home-based intervention program on asthma outcomes in children. *Public Health Nursing* 2014; 31: 243-252.
150. Karadağ B, Karakoç F, Kut A, ve ark. Astımlı çocukların ebeveynlerinin sigara içme davranışları üzerine eğitimin etkisi. *Bağımlılık Dergisi* 2001; 2: 64-67.
151. Shaw SF, Marshak HH, Dyjack DT, et al. Effects of a classroom-based asthma education curriculum on asthma knowledge, attitudes, self-efficacy, quality of life, and self-management behaviors among adolescents. *American Journal of Health Education* 2005; 36: 140-145.
152. Kaul T. Helping African American children self-manage asthma: The importance of self-efficacy. *Journal of School Health* 2011; 81: 29-33.
153. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: Implications for health education practice (Part I). *Health Promot Pract* 2005; 6: 37-43.
154. Velsor-Friedrich B, Lisa KM, Maryse HR, et al. Effects of coping-skills training in low-income urban African-American adolescents with asthma. *Journal of Asthma* 2012; 49: 372-379.
155. Lieberman DA. Management of chronic pediatric diseases with interactive healthgames: Theory and research findings. *J Ambul Care Manage* 2001; 24: 26-38.
156. Buckner EB, Simmons S, Brakefield JA, et al. Maturing responsibility in young teens participating in an asthma camp: Adaptive mechanisms and outcomes. *Journal of Specialists in Pediatric Nursing* 2007; 12: 24-36.
157. Bartholomew LK, Sockrider M, Abramson SL, et al. Partners in school asthma management: Evaluation of a self-management program for children with asthma. *J Sch Health* 2006; 76: 283-290.
158. Cicutto L, Murphy S, Coutts D, et al. Breaking the Access barrier: Evaluating an asthma center's efforts to provide education to children with asthma in schools. *Chest* 2005; 128: 1928-1935.
159. Çetinkaya F. 5-11 yaş arası çocuklarda güncel astım tedavisi ve öneriler. *Klinik Pediatri* 2011; 6: 53-59.

160. Gümüş S, Kelekçi S, Yolbaşı İ, ve ark. Astımlı çocukların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. *J Clin Anal Med* 2012; 3: 178-181.
161. Al-Sheyab N. Power of peer leaders in improving self-management skills among adolescents with asthma. *Evidence-Based Nursing* 2012; 15: 45-46.
162. Rhee H, Belyea MJ, Hunt JF, Brasch J. Effects of a peer-led asthma self-management program for adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011; 165: 513-519.
163. Shah S, Peat JK, Mazurski EJ, et al. Effect of peer led programme for asthma education in adolescents: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2001; 10: 583-585.
164. Joseph CLM, Peterson E, Havstad S, et al. A web-based, tailored asthma management program for urban African-American high school students. *Am J Respir Crit Care Med* 2007; 175: 888-895.
165. Dean BB, Calimlim BM, Kindermann SL, et al. The impact of uncontrolled asthma on absenteeism and health-related quality of life. *Journal of Asthma* 2009; 46: 861-866.
166. Vollmer WM, Markson LE, O'Connor E, et al. Association of asthma control with health care utilization: A prospective evaluation. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165: 195-199.
167. Lavoie KL, Bouchard A, Joseph M, et al. Association of asthma self-efficacy to asthma control and quality of life. *Ann Behav Med* 2008; 36: 100-106.
168. Mancuso CA, Sayles W, Allegrante JP. Knowledge, attitude, and self-efficacy in asthma self-management and quality of life. *Journal of Asthma* 2010; 47: 883-888.
169. Rhee H, Belyea MJ, Brasch J. Family support and asthma outcomes in adolescents: Barriers to adherence as a mediator. *J Adolesc Health* 2010; 47: 472-478.
170. Schmier JK, Manjunath R, Halpern MT, et al. The impact of inadequately controlled asthma in urban children on quality of life and productivity. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology* 2007; 98: 245-251.
171. Nordlund B, Konradsen JR, Pedroletti C, et al. The clinical benefit of evaluating health-related quality-of-life in children with problematic severe asthma. *Acta Pædiatrica* 2011; 100: 1454-1460.

ADÖLESAN-AİLE TANITICI BİLGİ FORMU (EK 1)

Sevgili Gençler,

Bu sorular, sizinle ilgili bilgi edinmek üzere hazırlanmıştır. Doğru veya yanlış cevap yoktur. İşaretsiz soru bırakmayınız. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Arş. Gör. İlknur Yıldız

Adı Soyadı:

Adres:

Telefon:

1. Yaş:

2. Cinsiyet: () Kız () Erkek

3. Okula gidiyor musun? () Evet (Kaçıncı sınıf.....) () Hayır

4. Sınıf tekrarı durumunuz var mı? () Evet () Hayır

5. Annenin eğitim durumu:

() Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Yüksekokul

6. Babanın eğitim durumu:

() Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Yüksekokul

7. Anneniz çalışıyor mu? () Evet () Hayır

8. Babanız çalışıyor mu? () Evet () Hayır

9. Kaç kardeşiniz?.....

10. Gelir düzeyiniz:

() Düşük () Orta () Yüksek

11. Ailenin sosyal güvencesi var mı?

() Var () Yok

12. Sigara içiyor musun?

() Evet (miktar).....() Hayır

13. Evde sigara içen biri var mı?

() Var () Yok

14. Ailede senden başka astım hastalığı olan var mı?

() Evet () Hayır

15. Kaç yıldır astım hastalığın var?.....

16. Son 1 yılda astım nedeniyle hastaneye yattın mı?

() Evet (kaç kez)..... () Hayır

17. Son 1 yılda astım nedeniyle acil servise başvurdu mu?

() Evet (kaç kez)..... () Hayır

18. Düzenli egzersiz/spor yapıyor musun?

() Evet (Türü:.....) () Hayır

19. Koşma, egzersiz yapma gibi fiziksel aktivitelerden sonra (öksürük, hışıltı, nefes darlığı) hiç nöbet (atak) oldu mu?

() Evet () Hayır

20. Astımlı olduğunuzu arkadaşlarınıza söylüyor musun?

() Evet () Hayır

21. Sana göre astımını tetikleyen faktörler nelerdir?

22. Astımının allerjiyle ilişkisi var mı?() Var () Yok

23. Aşağıdakilerden herhangi biri astımını tetikler mi?

() Polenler	() Sigara dumanı
() Ev tozu akarı	() Hava Kirliliği
() Hava durumu (sıcak/soğuk/nemli)	() Egzersiz
() Hayvanlar	() Besin
() Küf (Nem)	() Enfeksiyonlar
() Koku (sprey, parfüm, deterjan)	() Stres, üzüntü
() İlaçlar	() Diğer.....

24. Nöbeti/Atağı başlatan uyaranlar için evde önlem alıyor musunuz?

() Evet () Hayır

Evet ise nedir?.....

12 Yaş ve Üzeri Hastalar için Astım Kontrol Testi (AKT)(EK 2)

Astım Kontrol Testi ^{İM}					Puan
1.Son 4 haftada astımınız sizin işte, okulda veya evde yapmak istediklerinizi ne kadar etkiledi?					
Her zaman 1	Çoğu zaman 2	Bazen 3	Çok az 4	Hiçbir zaman 5	
2. Son 4 haftada süresince ne kadar sıklıkta nefes darlığı hissettiniz?					
Günde birden 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 şikayetlerinizi (hırıltı, öksürük, nefes darlığı, göğüs sıkışması veya ağrısı) kaç gece veya sabah sizi normal kalkış saatinden önce uyandırdı?					
Haftada en az 4 gece 1	Haftada 2-3 gece 2	Haftada bir kez 3	Bir veya iki kez 4	Hiçbir zaman 5	
4.Son 4 haftada süresince rahatlatıcı inhaler cihazınızı veya salbutamol türü nebülizer cihazınızı kaç kez kullandınız?					
Günde 3 kez veya daha sık 1	Günde 1-2 kez 2	Haftada 2-3 kez 3	Haftada veya daha az 4	Hiçbir zaman 5	
5. Son 4 haftada astım kontrolünüzü nasıl değerlendirdiniz?					
Kontrol dışı 1	Çok az kontrol altında 2	Biraz kontrol altında 3	Epey kontrol altında 4	Tamamen kontrol altında 5	
Toplam Puan:					

ASTIMLI ÇOCUK VE ADÖLESANLAR İÇİN ÖZ ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ(EK 3)

	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
	5	4	3	2	1
1. Hırıltım olursa ne zaman ilaç kullanacağıma karar verebilirim					
2. Hırıltım olduğunda ilacı kaç kez çekeceğime karar verebilirim					
3. Nelere ihtiyacım olduğunu doktora sorabilirim					
4. Hangi ilacı alacağıma karar verebilirim					
5. İlaç miktarını değiştirme konusunda doktorla konuşabilirim					
6. Aynı fikirde olmadığımız konuları doktorumla tartışabilirim					
7. İlacı kaç kez çekeceğime karar verebilirim					
8. Günlük ilaçlarımı alıp almayacağıma karar verebilirim					
9. Hırıltım olduğunda nasıl olduğumu açıklayabilirim					
10. Beden eğitimi öğretmenine hırıltım olduğunda dinlenmem gerektiğini söyleyebilirim					
11. Hırıltım olduğunda yardım isteyebilirim					
12. Kendimi hasta hissettiğimde yardım isteyebilirim					
13. Bir yere gitmeden önce orada alerjen (alerjiye neden olacak bir şeyler) olup olmadığını araştırabilirim					
14. Gece evin dışında bir yerde kalıp kalmayacağıma karar verebilirim					
15. Gereksinim duyduğumda arkadaşlarımdan veya ailemden yardım isteyebilirim					
16. Bir partide yabancılarla konuşabilirim					
17. Bir astım atağının kötüye gitmeyeceğinden emin olabilirim					
18. Astımımı kontrol altına alabilirim					
19. Nasıl olduğumu doktora açıklayabilirim					
20. Sorunların çözümünü düşünebilirim					
21. Hangi sporları yapmak istediğime karar verebilirim					
22. Sorunların üstesinden gelebilirim					

ÇOCUKLAR İÇİN ASTIM YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (ÇAYKÖ)(EK 4)

Faaliyet listesine bakarak geçen hafta yapmış olabileceğin faaliyetlerden, hangilerini yaparken astımın yüzünden sıkıntı çektiğini düşün.

1. Geçtiğimiz hafta boyunca astımın nedeniyle (1.Faaliyeti:.....) yaparken ne kadar sıkıntı duydun?						
1 Aşırı derecede rahatsız olmuş	2 Çok rahatsız olmuş	3 Oldukça fazla rahatsız olmuş	4 Biraz rahatsız olmuş	5 Çok az rahatsız olmuş	6 Hemen hemen hiç rahatsız değil	7 Hiç rahatsız değil
2. Geçtiğimiz hafta boyunca astımın nedeniyle (2.Faaliyeti :.....) yaparken ne kadar sıkıntı duydun?						
1 Aşırı derecede rahatsız olmuş	2 Çok rahatsız olmuş	3 Oldukça fazla rahatsız olmuş	4 Biraz rahatsız olmuş	5 Çok az rahatsız olmuş	6 Hemen hemen hiç rahatsız değil	7 Hiç rahatsız değil
3. Geçtiğimiz hafta boyunca astımın nedeniyle (3.Faaliyeti :.....) yaparken ne kadar sıkıntı duydun?						
1 Aşırı derecede rahatsız olmuş	2 Çok rahatsız olmuş	3 Oldukça fazla rahatsız olmuş	4 Biraz rahatsız olmuş	5 Çok az rahatsız olmuş	6 Hemen hemen hiç rahatsız değil	7 Hiç rahatsız değil
4. Geçtiğimiz hafta boyunca ÖKSÜRÜK seni ne kadar sıkıntıya soktu?						
1 Aşırı derecede rahatsız olmuş	2 Çok rahatsız olmuş	3 Oldukça fazla rahatsız olmuş	4 Biraz rahatsız olmuş	5 Çok az rahatsız olmuş	6 Hemen hemen hiç rahatsız değil	7 Hiç rahatsız değil
5. Geçtiğimiz hafta boyunca astım yüzünden ne sıklıkta kendini ÜZGÜN VE KIRGIN hissettin?						
1 Her zaman	2 Çoğu zaman	3 Oldukça sık	4 Bazen	5 Arada bir	6 Hemen hemen hiçbir zaman	7 Hiçbir zaman
6. Geçtiğimiz hafta boyunca ne sıklıkta kendini YORGUN hissettin?						
1 Her zaman	2 Çoğu zaman	3 Oldukça sık	4 Bazen	5 Arada bir	6 Hemen hemen hiçbir zaman	7 Hiçbir zaman
7. Geçtiğimiz hafta boyunca astım yüzünden ne sıklıkta kendini ENDİŞELİ YA DA KAYGILI hissettin?						
1 Her zaman	2 Çoğu zaman	3 Oldukça sık	4 Bazen	5 Arada bir	6 Hemen hemen hiçbir zaman	7 Hiçbir zaman

8. Geçtiğimiz hafta boyunca ASTIM KRİZLERİ seni ne kadar rahatsız etti?						
1 Aşırı derecede rahatsız olmuş	2 Çok rahatsız olmuş	3 Oldukça fazla rahatsız olmuş	4 Biraz rahatsız olmuş	5 Çok az rahatsız olmuş	6 Hemen hemen hiç rahatsız değil	7 Hiç rahatsız değil
9. Geçtiğimiz hafta boyunca astım yüzünden ne sıklıkta kendini KIZGIN hissettin?						
1 Her zaman	2 Çoğu zaman	3 Oldukça sık	4 Bazen	5 Arada bir	6 Hemen hemen hiçbir zaman	7 Hiçbir zaman
10. Geçtiğimiz hafta boyunca GÖĞSÜNDEKİ HIRILTI seni ne kadar rahatsız etti?						
1 Aşırı derecede rahatsız olmuş	2 Çok rahatsız olmuş	3 Oldukça fazla rahatsız olmuş	4 Biraz rahatsız olmuş	5 Çok az rahatsız olmuş	6 Hemen hemen hiç rahatsız değil	7 Hiç rahatsız değil
11. Geçtiğimiz hafta boyunca astım yüzünden ne sıklıkta kendini TEDİRGİN (SIKINTILI) hissettin?						
1 Her zaman	2 Çoğu zaman	3 Oldukça sık	4 Bazen	5 Arada bir	6 Hemen hemen hiçbir zaman	7 Hiçbir zaman
12. Geçtiğimiz hafta boyunca GÖĞSÜNDEKİ SIKIŞMA seni ne kadar rahatsız etti?						
1 Aşırı derecede rahatsız olmuş	2 Çok rahatsız olmuş	3 Oldukça fazla rahatsız olmuş	4 Biraz rahatsız olmuş	5 Çok az rahatsız olmuş	6 Hemen hemen hiç rahatsız değil	7 Hiç rahatsız değil
13. Geçtiğimiz hafta boyunca astım yüzünden ne sıklıkta kendini FARKLI YA DA DIŞLANMIŞ hissettin?						
1 Her zaman	2 Çoğu zaman	3 Oldukça sık	4 Bazen	5 Arada bir	6 Hemen hemen hiçbir zaman	7 Hiçbir zaman
14. Geçtiğimiz hafta boyunca NEFES DARLIĞI seni ne kadar rahatsız etti?						
1 Aşırı derecede rahatsız olmuş	2 Çok rahatsız olmuş	3 Oldukça fazla rahatsız olmuş	4 Biraz rahatsız olmuş	5 Çok az rahatsız olmuş	6 Hemen hemen hiç rahatsız değil	7 Hiç rahatsız değil
15. Geçtiğimiz hafta boyunca ne sıklıkta kendini BAŞKALARINDAN GERİ KALMA NEDENİYLE ÜZGÜN VE KIRGIN hissettin?						
1 Her zaman	2 Çoğu zaman	3 Oldukça sık	4 Bazen	5 Arada bir	6 Hemen hemen hiçbir zaman	7 Hiçbir zaman

16. Geçtiğimiz hafta boyunca astımın seni ne sıklıkta GECE UYKUNDAN UYANDIRDI?						
1 Her zaman	2 Çoğu zaman	3 Oldukça sık	4 Bazen	5 Arada bir	6 Hemen hemen hiçbir zaman	7 Hiçbir zaman
17. Geçtiğimiz hafta boyunca astımın yüzünden ne sıklıkta kendini KEYİFSİZ hissettin?						
1 Her zaman	2 Çoğu zaman	3 Oldukça sık	4 Bazen	5 Arada bir	6 Hemen hemen hiçbir zaman	7 Hiçbir zaman
18. Geçtiğimiz hafta boyunca ne sıklıkta NEFES ALAMADIĞINI hissettin?						
1 Her zaman	2 Çoğu zaman	3 Oldukça sık	4 Bazen	5 Arada bir	6 Hemen hemen hiçbir zaman	7 Hiçbir zaman
19. Geçtiğimiz hafta boyunca astımın yüzünden ne sıklıkta BAŞKALARINA UYAMADIĞINI hissettin?						
1 Her zaman	2 Çoğu zaman	3 Oldukça sık	4 Bazen	5 Arada bir	6 Hemen hemen hiçbir zaman	7 Hiçbir zaman
20. Geçtiğimiz hafta boyunca astımın yüzünden ne sıklıkta sıkıntılı bir GECE UYKUSU uyudun?						
1 Her zaman	2 Çoğu zaman	3 Oldukça sık	4 Bazen	5 Arada bir	6 Hemen hemen hiçbir zaman	7 Hiçbir zaman
21. Geçtiğimiz hafta boyunca ne sıklıkta ASTIM KRİZİ GELECEK DİYE KORKTUĞUNU hissettin?						
1 Her zaman	2 Çoğu zaman	3 Oldukça sık	4 Bazen	5 Arada bir	6 Hemen hemen hiçbir zaman	7 Hiçbir zaman
22. Geçtiğimiz hafta boyunca yaptığın faaliyetlerin hepsini birden düşün. Astımın, bu faaliyetleri yürütürken seni genel olarak ne kadar rahatsız etti?						
1 Aşırı derecede rahatsız olmuş	2 Çok rahatsız olmuş	3 Oldukça fazla rahatsız olmuş	4 Biraz rahatsız olmuş	5 Çok az rahatsız olmuş	6 Hemen hemen hiç rahatsız değil	7 Hiç rahatsız değil
23. Geçtiğimiz hafta boyunca ne sıklıkta DERİN NEFES ALMADA GÜÇLÜK çektin?						
1 Her zaman	2 Çoğu zaman	3 Oldukça sık	4 Bazen	5 Arada bir	6 Hemen hemen hiçbir zaman	7 Hiçbir zaman

FAALİYET LİSTESİ

- Bilgisayar kullanma
- Resim yapma
- Basketbol
- Dans
- Futbol
- Tenefüste oynama
- Evdeki hayvanlarla oynama
- Arkadaşlarla oynama
- Bisiklete binme
- Koşma
- İp atlama
- Alışveriş
- Uyuma
- Çocuk parkına gitme
- Yüzme
- Voleybol
- Yürüyüş
- Tepeye tırmanma
- Merdiven çıkma
- Gülme
- Ders çalışma
- Ev işi yapma
- Şarkı söyleme
- El işi veya sevdiği şeylerle uğraşma
- Bağırma
- Jimnastik
- Tekerlekli patenle kayma
- Kay kay
- Saklambaç oynama
- Kızakla kayma
- Kayak yapma
- Buz pateni yapma
- Tırmanma
- Sabahları yataktan kalkma
- Sohbet etme
- Evcilik oynama
- Bilye oynama
- Güreş etme
- İstöp oyna

SOLUNUM FONKSİYON TESTİ (SFT) DEĞERLENDİRME FORMU(EK 5)

Adı-Soyadı:

İLK GÖRÜŞME	SON GÖRÜŞME
Tarih:	Tarih:
FEV₁:	FEV₁:
FVC:	FVC:
FEF₂₅₋₇₅:	FEF₂₅₋₇₅:
FEV₁/FVC:	FEV₁/FVC:
PEF:	PEF:

İLAÇ UYUM ANKETİ (EK 6)

1. Astım nedeniyle düzenli olarak kullandığın (koruyucu) ilaç/ilaçlar var mı?	() Evet	() Hayır		
Cevabınız EVET ise;				
<u>İlaç Adı</u>	<u>Dozu</u>	<u>Zamanı</u>	<u>Kullanım Şekli</u>	
2. Astım nedeniyle gerekli olduğunda kullandığın (rahatlatıcı) ilaç/ilaçlar var mı?			() Evet	() Hayır
Cevabınız EVET ise;				
<u>İlaç Adı</u>	<u>Dozu</u>	<u>Kullanım Sıklığı</u>	<u>Kullanım Şekli</u>	
3. Mutlaka ilaçlarını önerildiği şekilde alman gerektiğine inanıyor musun?			() Evet	() Hayır
4. Son bir aylık ilaç kullanımını düşündüğünde ilacını düzenli aldın mı?			() Evet	() Hayır
5. Son bir ayda ilaç almayı hiç aksattın mı?			() Evet Kaç kez.....	() Hayır
6. Ev dışında ilaç almak gerektiğinde bir güçlükle karşılaşıyor musun?			() Evet Belirtiniz.....	() Hayır
7. İlacını zamanında almayı unutuyor musun?			() Evet	() Hayır
8. Son bir ayda unutmadığın halde ilaç almayı ihmal ettiğin oldu mu?			() Evet Kaç kez.....	() Hayır
9. Kendini iyi hissettiğinde ilacı içmeyi bırakıyor musun?			() Evet	() Hayır
10. İlacını doktor söylemediği halde azalttığın oluyor mu?			() Evet	() Hayır
11. Seyahatte ilaçlarını yanına alıyor musun?			() Evet	() Hayır
12. İlacını kim veriyor?			() Kendim	() Diğer Belirtiniz....

İNHALER İLAÇ UYGULAMA AŞAMALARI

ÖLÇÜLÜ DOZ İNHALER	TURBUHALER	DİSKUS		
Ölçülü doz inhalelerin kapağının çıkarması	Turbuhalerin kapağının çıkarması	Diskus kapağını çıkarması	()Doğru	()Yanlış
Ölçülü doz inhalelerin çalkalanması	Turbuhaleri dik tutması	Diskus yatay pozisyonda tutması	()Doğru	()Yanlış
Ölçülü doz inhaleleri dik tutarak başıyla aynı hizaya getirmesi	Alt tabanı saat yönüne ve sonra tersi yöne çevirip, “klik” sesinin duyulması	Mandalı geri çekip kapsülü delmesi	()Doğru	()Yanlış
Nefesini vermesi	Nefesini vermesi	Nefesini vermesi	()Doğru	()Yanlış
Ağız parçasını dudaklarının arasına alması	Ağız parçasını dudaklarının arasına alması	Ağız parçasını dudakların arasına alması	()Doğru	()Yanlış
Nefes almaya başladığında metal tüpe basması	Kuvvetli ve derin bir nefes çekmesi	Kuvvetli ve derin bir nefes çekmesi	()Doğru	()Yanlış
Nefesini vermeden ilacı ağızdan çekmesi.	Nefesini vermeden ilacı ağızdan çekmesi.	Nefesini vermeden ilacı ağızdan çekmesi	()Doğru	()Yanlış
Nefesini 5-10 saniye tutun	Nefesini 5-10 saniye tutun	Nefesini 5-10 saniye tutun	()Doğru	()Yanlış
Nefesini vermesi	Nefesini vermesi	Nefesini vermesi	()Doğru	()Yanlış
Kullandıktan sonra koruyucu kapağı kapatması	Kullandıktan sonra koruyucu kapağı kapatması	Kullandıktan sonra koruyucu kapağı kapatması	()Doğru	()Yanlış

EV ORTAMI DEĞERLENDİRME FORMU (EK 7)

1. Adölesanın yaşadığı binanın tipi	☐ Apartman dairesi (Kaçınıcı kat.....) ☐ Bahçeli/müstakil ☐ Diğer.....
2. Isınma sistemi	☐ Merkezi Kalorifer ☐ Soba ☐ Klima/Elektrik Sobası ☐ Yerden ısıtma ☐ Diğer.....
3. Havalandırmayı sağlayan pencereler var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
4. Pencereler ne ile örtölmüş?	☐ Perde ☐ Panjur ☐ Stor ☐ Diğer.....
5. Evde sigara içen var mı?	☐ Evet ☐ Hayır
6. Tüm evin elektrik (çift torba, su filtreli, hepafiltreli) süpürgesi ile süpürölmesi	☐ Evet ☐ Hayır
7. Tüm evin nemli bezle silinmesi	☐ Evet ☐ Hayır
8. Adölesan ayrı bir odada uyuyor mu?	☐ Evet ☐ Hayır
9. Adölesanın kullandığı yatak tipi	☐ Bazalı yatak ☐ Kanepe ☐ Diğer.....
10. Yatak, gündüzleri bir örtü ile kapatılıyor mu?	☐ Evet ☐ Hayır
11. Yatak, yorgan ve yastık anti allerjen kılıflarla kaplı mı?	☐ Evet ☐ Hayır
12. Yatak takımları yünlü, tüylü ya da pamuklu mu?	☐ Evet Evet ise hangisi/hangileri? ☐ Yorgan ☐ Battaniye ☐ Yastık ☐ Yastık ☐ Hayır ☐ Diğer.....
13. Yatak takımları en az 60° derecede haftada bir yıkıyor mu?	☐ Evet ☐ Hayır ☐ Diğer.....
14. Şu anda olan zemin döşemesinin tipi nedir?	☐ Halı/Halıfleks ☐ Ahşap/fayans/marley ☐ Kilim ☐ Diğer.....
15. Mobilyalar döşeme ile kaplanmış mı?	☐ Evet ☐ Hayır
16. Dolgu (peluş) oyuncaklar var mı?	☐ Evet ☐ Hayır

17. Evde hayvan besleniyor mu?	() Evet () Hayır
18. Damlayan su, musluk ya da su kaynağı var mı?	() Evet () Hayır
19. Evde parfüm, sprey, deodorant, losyon kullanımı var mı?	() Evet () Hayır
20. Temizlik maddelerinden uzak duruyor mu?	() Evet () Hayır
21. Küf kokusu ya da görüntüsü var mı? (Banyoda, duvarlarda, pencerelerde, lavabo altlarında...)	() Evet () Hayır () Diğer.....
22. Evde hava nemlendirme cihazı var mı?	() Evet () Hayır
23. Odalarda soba, çamaşır kurutucu var mı?	() Evet () Hayır
24. Ev düzenli olarak havalandırılıyor mu? (banyo her kullanımdan sonra, tuvalet ve mutfak her gün)	() Evet () Hayır
25. Hamamböcekleri ve/veya kemirgenler var mı?	() Evet () Hayır
26. Yiyecek kırıntısı veya açıkta bırakılmış besin var mı?	() Evet () Hayır
27. Çöpün kapağı kapalı mı?	() Evet () Hayır
28. Evde bitki var mı?	() Evet (sayı.....) () Hayır
29. Koridor veya girişte eve zararlı haşerelerin girişine izin veren bağlantı materyalleri ve boruları var mı?	() Evet () Hayır
30. Polenlerin yoğun olduğu dönemde evde herhangi bir önlem alınıyor mu?	() Evet (.....) () Hayır

MOTİVASYONEL GÖRÜŞME YARI YAPILANDIRILMIŞ FORMU(EK 8)

Birinci Görüşme

- Astımın nasıl bir hastalık olduğunu anlatır mısın?
- Astım hayatında neleri etkiliyor?
- Astımda nelere dikkat etmek gerekir?
- Tipik/Normal bir gününü tartışma (allerjenlere maruz kalma durumunu değerlendirmek amacıyla)
- Ev ortamında sana göre astımını etkileyen faktörler neler?
- Ev ortamını/odanı düzenlerken nelere dikkat ediyorsun?
- Astımına yönelik ev dışı çevrede nelere dikkat ediyorsun?
- Astım krizi yaşadın mı? Neler hissettin?
- Astımlı olduğunu arkadaşlarına söylüyor musun?
- Eğer ev içi ve ev dışı allerjenlere dikkat edersen en iyi sonucun ne olacağını düşünüyorsun?

İkinci Görüşme

- Tipik/normal gününü tartışma/Gün içinde ilaçlarını nasıl alırsın?
- Astımda ilaç kullanmak ne kadar önemli?
- İlaçlarını düzenli kullanmak konusunda kendine ne kadar güveniyorsun?
- Düzenli ilaç kullanımının iyi tarafları neler?
- Düzenli ilaç kullanımının o kadar iyi olmayan tarafları neler?
- Astım ilaçlarını alırken nelere dikkat ediyorsun?
- İnhaler ilaçlarını nasıl kullanıyorsun?
- Şu anda mevcut astım tedavileri hakkında ne düşünüyorsun?
- Eğer ilaçlarını düzenli kullanırsan en iyi sonucun ne olacağını düşünüyorsun?

Üçüncü Görüşme

-(Spor, stres, egzersiz, beslenme vb. gibi adölesanın konuşmak istediği konu öğrenilir) ve astım hakkında ne düşünüyorsun?
- Astımla ilgili ne tür güçlükler/zorluklar yaşıyorsun?
- Sence bu hastalığın en zor tarafları neler?
- Şu anda hastalığın hakkında ne düşünüyorsun?
- Hastalığının senin hayatında önceliği var mı?
- Astımla ilgili seni en çok endişelendiren şey nedir?
- İmkânın olsaydı astımla ilgili neyi değiştirmek isterdin?
- Sen neler yaparsan astımın düzelir?
- Gelecekle ilgili neler düşünüyorsun? (On yıl sonra nasıl bir hayatın olacak?)

ASTIM KONTROLÜ EĞİTİM KİTAPÇIĞI

ARTIK RAHAT NEFES ALIYORUM



HAZIRLAYAN
ARŞ. GÖR. İLKNUR YILDIZ

SİVAS
2014

İÇİNDEKİLER

Giriş.....	2
Astım.....	3
Astımın Gelişmesini ve Ortaya Çıkmasını Etkileyen Faktörler	4
Tanı.....	4
Tedavi.....	5
Astım Tetikleyicilerinden Korunma.....	6
İlaç Tedavisi	10
PEF-Metre İzlemi.....	18
PEF-Metre Kullanımı	19
Kaynaklar.....	20

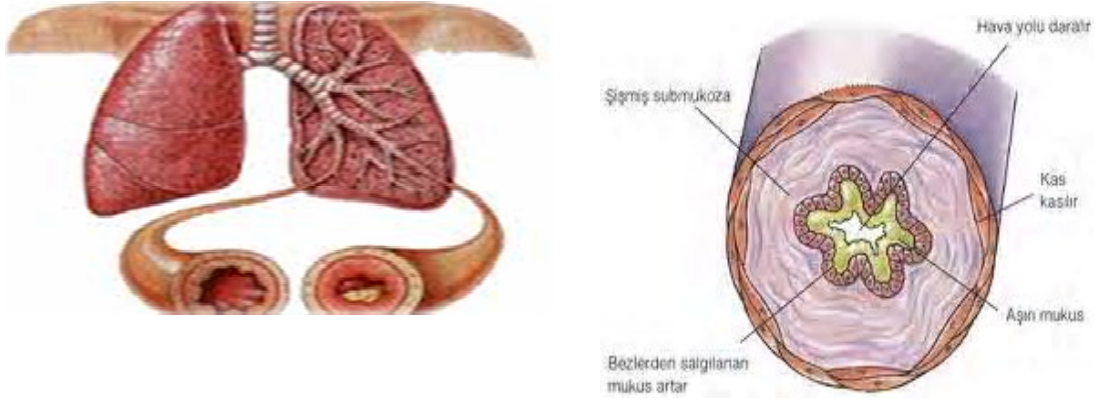
SEVGİLİ GENÇLER VE ANNE BABALAR

Astım, çocuk ve gençlerde çok sık görülen önemli sağlık sorunlarından biridir. Astımın oluşmasında genetik ve çevresel faktörler önemli bir etkidir. Astımı kontrol altında tutmak için astım hastalarının yaşam tarzında ve günlük yaşam aktivitelerinde bir takım düzenlemeler yapması gerekmektedir.

Bu eğitim kitapçığında, astımınızı kontrol altında tutmaya yardımcı olabilecek öneriler yer almaktadır. Kitapçığın hazırlanmasında amaç, astımlı çocuk-genç ve ailelerinin astımı kontrol altında tutmayı öğrenmesi ve kaliteli bir yaşam sürdürebilmesidir.

ASTIM

Astım, hava yollarında iltihaplanma ve daralmaya neden olan, ataklar (krizler) halinde gelen kronik bir hastalıktır. Astımda çeşitli uyaranlar (alerji, ilaçlar, egzersiz, soğuk hava, tahriş edici kokular, virüs enfeksiyonları) havayollarını uyararak havayollarındaki kasların kasılmasına, salgı bezlerinin aşırı balgam üretmesine ve şişmesine neden olur. Bunun sonucunda da hava yollarında daralma ve tıkanıklık oluşur.



Bu nedenle;

- ✓ **Hırıltılı (hışıltılı) solunum**
- ✓ **Göğüste sıkışma veya baskı hissi**
- ✓ **Nefes darlığı**
- ✓ **Öksürük (genellikle kuru) belirtileri görülür.**

Astımda;

- Yakınmalar tekrarlayıcıdır, nöbetler halinde gelir.
- Genellikle gece ve/veya sabaha karşı ortaya çıkar.
- Kendiliğinden veya ilaçlarla kaybolur.
- Mevsimsel değişkenlik de gösterebilir.

ASTIMIN GELİŞMESİNİ VE ORTAYA ÇIKMASINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

• **Genetik Faktörler**

- Vücutta bulunan ve astıma/alerjiye duyarlılık yaratan genler
- Obezite
- Cinsiyet

• **Cevresel Faktörler**

▪ ***Alerjenler***

- Ev içi: ev içi akarları, tüylü hayvanlar (köpek, kedi, fare), hamamböceği alerjeni, mantarlar, küf, mayalar
- Ev dışı: polenler, mantarlar, küf, mayalar

▪ ***Enfeksiyonlar***

▪ ***Mesleksel etkenler***

▪ ***Sigara dumanı***

- Pasif içicilik
- Aktif içicilik

▪ ***Ev dışı/Ev içi hava kirliliği***

▪ ***Beslenme***

▪ ***Psikolojik faktörler***



TANI

Astımda tanı hastalık öyküsü, öksürük, solunumla ilgili belirtiler, tekrarlayan ataklar, solunum fonksiyon testleri ve deri testleri ile konulur.

TEDAVİ

Astım tedavisinde amaç, hava yollarındaki mikrobik olmayan iltihabın, daralmanın giderilmesi ve hastanın rahat nefes almasının sağlanmasıdır.



Bunun için:

- ✓ Hastalığı başlatan (tetikleyici) etkenlerden mümkün olduğunca sakınılır.
- ✓ Astım belirtilerinin nasıl seyrettiği, ilerlediği kaydedilir ve belirtilerde bir değişiklik görülmesi halinde ne yapılması gerektiği öğrenilir.
- ✓ İlaçlar doğru ve düzenli kullanılır (hangi ilacı, ne zaman, ne kadar ve hangi sıklıkta kullanılması gerektiği öğrenilir).
- ✓ Belirtiler olmasa da düzenli hekim kontrolüne gidilir.



ASTIM TETİKLEYİCİLERİNDEN KORUNMA

Ev Tozu Akarları: Ev akarları en yaygın görülen alerjendir. En çok yatak, yorgan, yastık, halı, kumaş kaplı mobilyalar ve tüylü oyuncaklarda bulunurlar.



Korunma:

- Havalandırma arttırılmalı, ev içinde nem oranı %30-50 arasında tutulmalı
- Ev işi yaparken maske kullanılmalı
- Kumaş döşeli mobilyalar yerine silinebilir mobilyalar tercih edilmeli
- Ev, haftada en az bir kez güçlü bir elektrik süpürgesi ile temizlenmeli, sonra ıslak bezle silinmeli
- Özellikle yatak odasında halı kullanılmamalı
- Tüylü ve içi dolu oyuncaklar kaldırılmalı
- Yatak takımları 60°C'nin üzerinde en az haftada bir kez yıkanmalı
- Yatak, yorgan ve yastıklar özel kılıflarla kaplanmalı
- Yastıkların köpük ya da kauçuk, battaniyelerin ise sentetik olmasına özen gösterilmeli, mümkünse yünlü/tüylü olmayan yorgan ve battaniyeler kullanılmalı
- Yatağın altına bir şey konulmamalı, giysiler kapısı kapalı bir gardropta muhafaza edilmeli

Polenler: Yabani ot, çimen, ağaçlar gibi tüm bitkilerden kaynaklanan ve daha çok çiçek açma dönemlerinde görülen polenler vücuda solunum yolu ile alınarak astım atağına neden olabilirler.



Korunma:

- Polenlerin yayılma döneminde mümkün olduğunca dış ortam aktivitelerinden kaçınılmalı
- Kapı ve pencereler kapalı tutulmalı
- Dış ortamdan eve gelince duş yapıp, elbiseler değiştirilmeli

Küf Mantarı Sporları: Küf mantarları iç ve dış ortamda rutubetli yerlerde bulunurlar. Ev içerisinde en çok banyo, çatı ve bodrum katları gibi nemli bölgelerde barınırlar.

Korunma:

- Nemli ortamlardan kaçınılmalı, havalandırma arttırılmalı
- Eski halı, yatak, mobilya ve küf kokan malzeme atılmalı
- Duvarlar silinebilir boya ya da duvar kağıdı ile kaplanmalı
- Kışın mümkünse evin tüm odaları ısıtılmalı ve evin içinde çamaşır kurutulmamalı
- Fazla miktarda saksı bitkisi bulundurulmamalı
- Akvaryum ve kuş kafesleri çevresinde küf kolay gelişebileceğinden evde bulundurulmamalı
- Damlayan ve sızan musluklar, borular tamir edilmeli, kiler ve dolaplardaki delik ve çatlaklar kapatılmalı

Hayvansal Kaynaklı Alerjenler: Tüm tüylü hayvanlar (köpek, kedi vb.) ve hamamböceği alerjeni astım atağına neden olabilir.

Korunma:

- Hayvanlarla (kedi, köpek, tavşan vb.) temas sınırlandırılmalı, hayvanat bahçesinden, çiftliklerden uzak durulmalı
- Evcil hayvanın gıdaları da dahil bütün gıdalar dolaplarda muhafaza edilmeli.
- Çöp kapalı olarak muhafaza edilmeli.
- Mutfak temizliğine dikkat edilmeli, açıkta kirli bulaşık bulundurulmamalı
- Giriş yeri olabilecek kapı altı boşlukları, çatlaklar ve boru çevreleri gözden geçirilmeli ve onarılmalıdır.
- Hamam böceklerini öldürmek için böcek ilacı kullanılmalı



Ev dışı/ev içi hava kirliliği: Hava kirliliği, kişinin alerjenlere daha duyarlı olmasına neden olur. Çevre havasını kirleten endüstriyel maddeler ve gazlar, evde kullanılan sobalardan kaynaklanan dumanların yanı sıra parfüm, deodorant gibi kozmetik ürünler de astımın ortaya çıkmasında risk faktörleridir. Ani ısı değişiklikleri, soğuk hava gibi faktörler de astımı tetiklemede rol oynamaktadır.

Korunma:

- Soğuk, kuru havada egzersizden kaçınılmalı, egzersiz yaparken ağız-burun bölgesi atkı vb. ile kapatılarak soğuktan korunulmalı
- Koku ve spreylere kaçınılmalı (örn: parfümler, pudralar, oda spreyleri, tebeşir tozu, taze bitki ya da temizlik solüsyonları)
- Boya, cila, temizlik malzemeleri dikkatle uygulanmalı ve ardından ortam iyice havalandırılmalı
- Sobaların baca temizliğine dikkat edilmeli ve bacasız sobalar kullanılmamalı

Mesleki etkenler: Sanayileşmiş ülkelerde astım en sık görülen meslek nedenli solunum hastalığıdır.

Korunma:

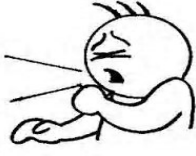
- Mesleki astımı olanlarda işyerinden uzaklaşma gerekebilir; bu sağlanamıyorsa mutlaka işyerinde etkili bir havalandırma sistemi olmalı, uygun maske kullanılmalı
- Daha önceden astımı olduğu bilinen kişiler riskli işlerde (marangozluk, boyacılık, kuaförlük, fırıncılık vb.) çalışmamalı

Beslenme: Bazı besin maddeleri (yumurta, fındık, süt, balık, çikolata vb.), her türlü tatlandırıcı, renklendirici ve koruyucu katkı maddeleri alerjik reaksiyonlara neden olabilir, astımı tetikleyebilir.

Korunma:

- Bireyin herhangi bir besin maddesine alerjisi varsa bu besinleri tüketmemelidir. Mümkün olduğu kadar doğal beslenmeye özen gösterilmelidir.





Enfeksiyonlar: Astımlı hastalarda üst solunum yolu enfeksiyonları sıklıkla astım belirtilerinin artmasına neden olur.

Korunma:

- Kışın enfeksiyonların bulaşma riski nedeniyle kalabalık yerlerden kaçınılmalı.
- Her yıl Eylül ya da Ekim ayında olmak üzere bir kez grip aşısı yaptırılmalı.
- Doktor tarafından gerekli görülmedikçe antibiyotik kullanılmamalı.

Sigara: Sigara dumanında bulunan kimyasal maddeler astımın oluşumunda önemli rol oynarlar. Sigara içen ya da sigara içilen ortamda bulunan astımlı hastalarda hastalığın ciddiyetinin arttığı ve kontrolünün zorlaştığı belirtilmektedir.



Korunma:

- Astım hastaları ve astımlı çocuğu olan anne babalar kesinlikle sigara içmemeli
- Astımlı hastalar sigara içilen ortamlardan uzak durmalı

Psikolojik faktörler: Stres, korku, heyecan gibi psikolojik faktörler astım ataklarının ortaya çıkmasına neden olabilir.

Korunma:

- Strese neden olan faktörler belirlenmeli
- Stresle başetme yöntemleri kullanılabilir.



İlaç Tedavisi

Astım tedavisinde kullanılan ilaçlar ikiye ayrılır:

- 1. Kontrol edici ilaçlar**, iltihap giderici etkileri sayesinde astımın kontrol altında tutulmasını sağlamak için her gün ve uzun süreli kullanılan ilaçlardır.
- 2. Rahatlatıcı ilaçlar** ise belirtileri gideren ve gerektiğinde kullanılan ilaçlardır.

Kontrol edici ilaçlar: Kortizon içeren ilaçlar, lökotrien düzenleyici ilaçlar, uzun etkili beta teofilin, kromonlardır.

Kortikosteroidler (kortizon ilaçları)

Kortikosteroidler, iltihap giderici etkisi olduğu için kontrol edici tedavinin temelini oluşturmaktadır. Ses kısıklığı ve ağızda pamukçuk gibi yan etkilere karşı ilacı kullandıktan sonra suyla ağzı çalkalayıp, gargara yapmak ve tükürmek etkili olabilmektedir. Kortizon içeren ilaçların herhangi bir alışkanlık yapıcı etkisi yoktur. Piyasada beklometazon, budesonid, flutikazon içeren ve solunum yolu ile uygulanan ilaçlar bulunmaktadır.

Lökotrien düzenleyici ilaçlar

Hafif ve orta derecede astımı olan hastalarda tek başına veya diğer ilaçlar ile birlikte kullanılabilir. Bu grup ilaçların kortikosteroidlerden farklı bir mekanizmayla iltihabı giderici etkisi vardır. Piyasada montelukast veya zafirlukast içeren tablet şeklinde bulunmaktadır.

Kromonlar

Genellikle çocuklara ve hafif astımı olan kişilere önerilir. Egzersizden hemen önce uygulanırsa, egzersizle oluşan astım ataklarının önlenmesinde yararlı olabilir. Hiçbir yan etkisi bulunmamaktadır. Sodyum kromoglikat ve nedokromil sodyum içeren ve sadece solunum yolu ile kullanılan toz ve sprey tipi ilaçları vardır.



Rahatlatıcı (Nefes açıcı) ilaçlar: Kısa etkili beta agonistler; uzun etkili beta agonistler, teofilin ve antikolinergik ilaçlar bulunmaktadır.

Beta agonistler

Nefes açıcı ve rahatlatıcı olarak en sık kullanılan ilaçlardır. Genellikle solunum yoluyla alınır ve etkisi birkaç dakikada başlar. İki türü bulunmaktadır;

- ✓ Kısa etkili olanlar: 4-6 saat kadar etki gösterirler (salbutamol, terbutalin).
- ✓ Uzun etkili olanlar: 12 saat kadar etki gösterirler (salmeterol, formoterol).

Tedavinin başlangıcında ellerde titreme, sinirlilik, kramp ve kalp çarpıntısı gibi yan etkileri görülebilir ancak bu etkiler tedaviye devam edildikçe kaybolur.

Teofilin

Beta agonistler gibi solunum yolu kaslarını gevşetir. Düşük dozlarda kontrol edici, yüksek dozlarda rahatlatıcı etkisi olup, ilaç miktarının doğru olarak alınması büyük önem taşımaktadır. Aksi durumlarda mide ekşimesi, bulantı, kusma, uyku bozuklukları ve çeşitli uyarılara karşı duyarlılık artışı gibi yan etkiler görülebilir. Piyasada tablet ve acil durumlarda dikkatli verilmek üzere enjeksiyon şekilleri bulunmaktadır.

Antikolinergik ilaçlar

Astımda kas gevşetici etkisi olup, diğer grup ilaçlarla birlikte kullanılabilir. Piyasada tek başına veya salbutamol ile birlikte bulunmaktadır.

Solunum Yoluyla (İnhaler) İlaç Kullanımı



Astım hastalarının ilaçlarını düzenli ve uygun şekilde kullanmaları ilaç tedavisinin en önemli basamağıdır. Solunum yoluyla ilaç kullanımı, ilacın doğrudan hava yollarına uygulanmasını, etkisinin kısa sürede başlamasını, daha az dozda verilmesini ve böylece ilaç yan etkilerinin azalmasını sağlar.

Astım tedavisinde kullanılan birçok ilacın solunum yoluyla kullanılabilen şekilleri mevcuttur. Bu cihazların kullanımları birbirinden farklıdır.

Bu cihaz tipleri:

1. Ölçülü Doz İnhaleri (ÖDİ) (spreyler).
 - ✓ Hava hazneleri: şeffaf balonlar (spacer): Gerektiğinde ölçülü doz inhalerlere eklenebilir.
2. Kuru Toz İnhalerler (KTİ): İlaç kuru toz halindedir.
 - ✓ Tek dozlu KTİ: Rotahaler, Spinhaler, Aerolizer
 - ✓ Çok dozlu KTİ: Diskhaler, Turbuhaler, Diskus
3. Nebülizatörler



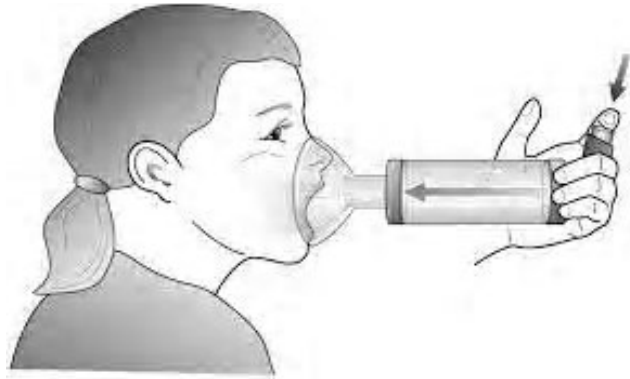
Ölçülü Doz İnhalerler (ÖDİ): Bu cihazlarda plastik bir kap içine ilacı ve basınçlı itici gazı içeren metal tüp yerleştirilmiştir. Tüp içinde suda çözünmüş halde bulunan ilaç, tüpe basıldığında zerreler halinde dışarı püskürtülür. Tüpe her basılışta aynı miktarda ilacı püskürttüklerinden, ölçülü doz inhaler olarak adlandırılmışlardır.

1. Koruyucu kapağı çıkarın.
 2. Cihazı iyice çalkalayın. İlk kez kullanılacak ya da uzun süredir kullanılmamış ÖDİ'yi kullanıma hazırlamak için birkaç doz havaya doğru sıkın.
 3. Dik olarak oturun veya ayakta durun. ÖDİ 'yi ağızlık parçası altta olacak şekilde dik tutun.
 4. Nefesinizi verin (cihazın içine üflemeyin).
 5. Dişler ağızlık parçasının üzerine gelecek ve dudaklarınız arasında boşluk kalmayacak şekilde cihazı ağızınıza yerleştirin.
 6. Yavaş ve uzun bir nefes almaya başlayın ve bu sırada cihaza bir kez basın ve bastıktan sonra nefes almaya devam edin.
 7. Nefes alma işlemi tamamlandıktan sonra cihazı ağızınızdan ayırın ve 5-10 saniye kadar nefesinizi tutun.
 8. Nefesinizi yavaşça verin.
 9. İkinci bir doz uygulamanız gerekiyorsa en az bir dakika bekleyin.
 10. Kullandıktan sonra ÖDİ'nin kapağını kapatın.
- Kortikosteroid içeren ÖDİ kullandıktan sonra su ile ağızınızı çalkalayın ve gargara yapın, suyu yutmayın.*



Hava Haznesi/ Ara odacık (Spacer): Hazne, ölçülü doz inhaler (ÖDİ) kullanımını kolaylaştırmak ve akciğerlere daha fazla ilaç ulaştırılmasını sağlamak amacıyla geliştirilmiş bir ara bağlantı parçasıdır.

1. Koruyucu kapağı çıkarın.
2. Cihazı iyice çalkalayın. İlk kez kullanılacak ya da uzun süredir kullanılmamış ÖDİ'yi kullanıma hazırlamak için birkaç doz havaya doğru sıkın.
3. ÖDİ'yi ağızlık parçası altta olacak şekilde hazneye takın.
4. Dik olarak oturun veya ayakta durun.
5. Nefesinizi verin (cihazın içine üflemeyin).
- Maskesiz kullanırken;*
6. Dişler ağızlık parçasının üzerine gelecek ve dudaklarınız arasında boşluk kalmayacak şekilde cihazı ağızınıza yerleştirin.
- Maske ile kullanırken;*
6. Maskeyi ağız ve burnunuzu kapatacak şekilde yüzünüze yerleştirin.
7. Yavaş ve uzun bir nefes almaya başlayın ve bu sırada ÖDİ'ye bir kez basın, nefes almaya devam edin.
8. Nefes alma işlemi tamamlandıktan sonra cihazı ağızınızdan ayırın ve 8-10 saniye kadar nefesinizi tutun.
9. Nefesinizi yavaşça verin.
10. İkinci bir doz uygulamanız gerekiyorsa en az bir dakika bekleyin.
11. Kullandıktan sonra ÖDİ'nin kapağını kapatmayı unutmayın.



Kuru Toz İnhalerler (KTİ)

Kuru toz cihazlar sadece nefes alma ile çalışır; bu cihazların içinde ilaç kuru toz halindedir. Hasta hızlı ve derin bir nefeste toz ilacı içine çeker.

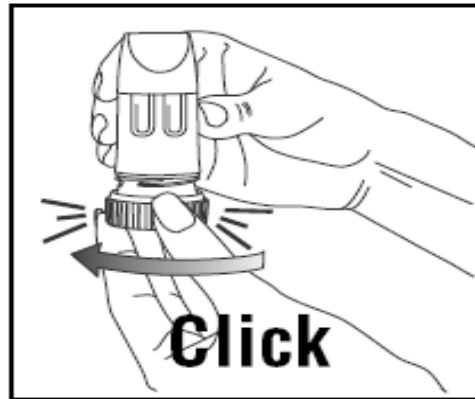
Aerolizer: Kapsül şeklindeki ilaçların kullanıldığı tek dozluk kuru toz inhalerlerdir. Tek dozluk olduğu için her kullanımda içine ilaç yerleştirilmesi gerekir.

1. Koruyucu kapağı çıkartın.
2. Cihazı alt kısmından tutarak, ağızlık parçasını saat yönünün aksine çevirin.
3. Kapsülü folyo ambalajdan uygulamadan hemen önce çıkartın (elinizde bekletmeyin).
4. Kapsülü inhalerin kapsül boşluğuna yerleştirin.
5. Cihazı alt kısmından tutarak, ağızlık parçasını saat yönünde çevirin.
6. Kapsülü delmek için yandaki mandallara aynı anda (sadece bir kez) basın.
7. Başınızı dik tutun.
8. Aerolizer'ı ağzınızdan uzak tutarak nefesinizi verin (cihazın içine üflemeyin).
9. Mandallar her iki yanda olacak şekilde cihazı yatay olarak tutun.
10. Ağızlık parçasını ağzınıza yerleştirin ve dudaklarınızı sıkıca kapatın.
11. Mümkün olduğu kadar hızlı ve derin bir nefes alın.
12. Cihazı ağzınızdan ayırın ve 5-10 sn kadar nefesinizi tutun
13. Nefesinizi verin (cihazın içine üflemeyin).
14. Ağızlık parçasını açın ve kapsül içinde ilaç kalıp kalmadığını kontrol edin, kalmışsa tekrar derin nefes alma işlemini uygulayın.
15. Bitmiş kapsülü çıkartın, cihaz içinde kapsül bırakmayın.
16. Ağızlık parçasını kapatın ve koruyucu kapağını takın.

Turbuhaler

Cihazın içinde uygulanacak olan ilaç toz halinde ve herhangi bir katkı maddesi içermeksizin bulunmaktadır. İçinde bulunan ilaca ve dozuna göre alt kısmında döner disk (renkli bilezik) bulunan cihazlardır. Bu cihazda toz parçacıkları çok küçük olduğundan ilaç ve tadı hissedilmez.

1. Koruyucu kapağı çıkarın.
2. Turbuhaleri dik pozisyonda tutun.
3. Doz yükleme bileziğini (tabandaki renkli kısım) önce ileri, sonra “klik” sesini duyuncaya kadar geri çevirin.
4. Nefesinizi verin (cihazın içine üflemeyin)
5. Dişler ağızlık parçasının üzerine gelecek ve dudaklarınız arasında boşluk kalmayacak şekilde cihazı ağızınıza yerleştirin.
6. Mümkün olduğu kadar hızlı ve derin bir nefes alın.
7. Nefes alma işlemini tamamladıktan sonra cihazı ağızınızdan çekin.
8. Nefesinizi 8 -10 saniye kadar tutun.
9. Nefesinizi yavaşça verin.
10. Turbuhaleri dik tutarak, tabanı tekrar çevirip ikinci inhalasyona hazırlaması.



Diskus

Uygulanacak olan ilaç, cihazın içinde şerit şeklinde bir blister yapı içindedir.

1. Cihazın koruyucu kapağını çevirerek açın.
2. Cihazı yatay pozisyonda tutun.
3. Kurma kolunu soldan sağa doğru kaydırın.
4. Nefesinizi verin (cihazın içine üflemeyin).
5. Ağızlık parçasını ağızınıza yerleştirin ve dudaklarınızı sıkıca kapatın.
6. Cihazı yatay pozisyonda tutmaya devam ederek hızlı ve derin bir nefes alın.
7. Cihazı ağızınızdan ayırın ve 8-10 saniye kadar nefesinizi tutun.
8. Nefesinizi yavaşça verin (cihazın içine üflemeyin).
9. Koruyucu kapağı kapatın.

Nebülizatör

Bu cihazlar, ilacı yüksek basınçla (jet nebülizatörler) veya ultrasonik olarak (ultrasonik nebülizatörler) küçük parçacıklara ayırıştırarak solunum yoluyla (buhar halinde) hastaya veren elektrikli cihazlardır. İlaç ağızlık veya yüz maskesi ile uygulanır.

1. Nebülizatör içine ilaç konur (en fazla 5 ml solüsyon konulmalıdır).
2. Ağızlık veya maske nebülizatöre takılır.
3. Nebülizatör bağlantı kablosu ile elektrik pompasına bağlanır.
4. Hasta cihazın karşısına rahat bir şekilde oturur.
5. Cihazın düğmesi açıldıktan sonra, hasta rahat bir şekilde nefes alıp verir.
6. Cihazın içindeki solüsyon bitinceye kadar 10 dakika içerisinde ilaç aralıklarla yavaş yavaş kullanılır.

PEF-METRE İZLEMİ

Astımlı hastaların evdeki takip ve tedavilerinde PEF-metre ölçümlerinden yararlanılır. PEF-metre takibi astım tanısının doğrulanmasında, özellikle belirtileri algılamayan hastalarda astım kontrolünde düzelme sağlanmasında, astım belirtilerinin çevresel nedenlerinin tanımlanmasında yardımcıdır.



PEF-metre cihazları pratik, ucuz ve kullanımı kolaydır. PEF-metrede aynı markayı kullanmak önerilir çünkü farklı markalar farklı değerler verebilir.

PEF-metre ölçümüne göre durumu belirlemek için 3 kategoriden yararlanılır. Kategorilerin anlaşılabilirliğini sağlamak için de trafik lambası benzetmesi yapılır. Buna göre:

YEŞİL (Kişisel en iyi PEF değeri %80-100): Astım iyi bir şekilde kontrol altında, bulgu yok, kontrolü sağlamak için rutin tedavi uygulanır.

SARI (Kişisel en iyi PEF değeri %50-79): Dikkat edilmeli, astım çok iyi kontrol edilemiyor, akut bir şekilde kötüleşme olabilir. Tedavi artırılabilir. Eğer çocuk bu kategoride kalırsa sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

KIRMIZI (Kişisel en iyi PEF değeri %50 nin altında): Tehlike uyarısı. Ciddi düzeyde hava yolu daralması oluşabilir. Kısa süreli bronkodilatatörler uygulanabilir. Eğer sarı ya da yeşil kategoriye hızlı bir şekilde girmezse hemen sağlık kuruluşuna götürülmelidir.

Bireysel olarak kırmızı, sarı ve yeşil alanlar için özel PEF-metre değerleri yazılı astım hareket planına not edilmelidir. Bu plan hem evde hem de okulda uygun bir yerde saklanmalıdır.

PEF-METRE Kullanımı

1. Her kullanımdan önce, cihazın göstergesini sıfıra getirin.
2. Düz bir şekilde oturun ya da ayakta durun
3. Ağızınızda sakız ve ya herhangi bir gıda varsa çıkarın.



4. Derin bir nefes alın ve ağızlık etrafında dudaklarınızı sıkıca kapatın, dilinizi uzaklaştırın.
5. Yapabildiğiniz kadar hızlı ve sıkı üfleyin *"hızlı, sıkı bir puf"*



6. Cihazın göstergesindeki numarayı not alın.
7. Göstergeyi tekrar sıfıra getirerek aynı işlemi 3 kez tekrarlayın ama her işlem arasında en az 30 saniye bekleyin.
8. Ortalamayı değil; 3 okumanın en yükseğini kaydedin.



9. Ölçümleri her gün aynı saatte yapın. (örn: sabah ve akşam; ilaç alımından 15 dakika önce ve sonra)
10. Elde edilen ölçümleri günlük izlem çizelgesine kaydedin.

KAYNAKLAR

- Akçakaya N (1998) Çocukluk Çağı Astım Tedavisinin Prensipleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Allerji - Astım Sempozyumu, İstanbul.
- Ari A, Hess D, Myers TR, Rau JL (2012) Solunum Tedavileri Uygulayanlar için Aerosol Tedavi Cihazları Rehberi. (Çev.Ed. Çaliskaner Z), 2. Baskı, Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği "İnhalasyon Tedavileri" Çalışma Grubu.
- Barış İ, Şahin A, Çöplü L, Emri S, Selçuk Z.T, Savcı S (1996) Bronş Astması El Kitabı. (Ed. Kalyoncu F.), Genişletilmiş 2. Baskı, Kent Matbaacılık, Ankara.
- Bayat M, Erdem E (2013) Çocuklarda İmmün Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Pediatri Hemşireliği. (Ed.Conk Z, Başbakkal Z, Balyılmaz H, Bolışık B), Güneş Tıp Kitabevleri. 1. Baskı, İstanbul.
- Çavuşoğlu H (2011) Solunum Sorunu Olan Çocuk ve Hemşirelik Bakımı. Çocuk Sağlığı Hemşireliği I. Genişletilmiş 8. Baskı. Ankara, Sistem Ofset.
- Gemicioğlu B (2008) Kim Korkar Astımdan. Turgut Yayıncılık, İstanbul.
- Global Strategy For Asthma Management and Prevention. Updated 2012 http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_March13.pdf
- Güler N (2004) Çocukluk Çağı Astmasında Tanı. (Ed. Aydılek R), Allerjik Hastalıklar, Bilmedya Grup, İstanbul,
- Hockenberry MJ, Wilson D (2009) The Child with Respiratory Dysfunction. Essentials of Pediatric Nursing. 8th Edition, St. Louis, Elsevier.
- How to Use Your Peak Flow Meter | Asthma Initiative of Michigan (AIM). <http://www.getastmahelp.org/peak-flow-how-to.aspx>
- İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Hasta Okulları. Çocuklarda Astım ve Alerjik Hastalıklar Soru ve Cevaplarla Astım www.saglik.gov.tr/GARD.
- Şekerel B, Kalaycı Ö (1997) Çocukluk çağında kronik astma tedavisi. T Klin Tıp Bilimleri.17:326-338.
- Törüner E, Büyükgönenç L (2012) Solunum Sistemi Sorunu Olan Çocuk. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Göktuğ Yayıncılık, Amasya.
- Türk Toraks Derneği (2011) Astımla Yaşam. <http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/>
- Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği. <http://www.solunum.org.tr/menu/55/astim>
- TÜSAD İnhalasyon Tedavileri Çalışma Grubu. [http:// www.inteda.net](http://www.inteda.net).
- Wong DL, Hockenberry MJ (1999) The Child with Respiratory Dysfunction. Wong's Nursing Care of Infants and Children. 7th Edition, St. Louis, Mosby.

İletişim Bilgileri

Arş. Gör. İlknur YILDIZ

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

Telefon: 0 346 219 10 10-3158

KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU (EK 10)

ÇALIŞMA GRUBU

BİLGİLENDİRME

Bu çalışma, astımlı adölesanlarda motivasyonel görüşmeninastım kontrolü, özetkililik ve yaşam kalitesineetkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmaktadır. Çalışmada adölesanların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren bilgi formu, astım kontrol düzeylerini belirlemek için Astım Kontrol Testi, astımda özetkililik düzeylerini değerlendirmek için Astımlı Çocuk ve Adölesanlar için Öz Etkililik Ölçeği, yaşam kalitelerini değerlendirmek için Çocuklar için Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ev Ortamı Değerlendirme Formu, solunum fonksiyonlarını değerlendirmek içinSolunum Fonksiyon Testi (SFT) çalışmanın başında ve sonunda (3.ay) uygulanacaktır. Çalışmanın başında ve sonunda (3. ay) ev ziyareti yapılacaktır. İlk görüşmeden sonra astımınızı kontrol edebilmenize yönelik üç kez motivasyonel görüşme yapılacaktır. Görüşmeler ses kayıt cihazı ile kaydedilecektir.

Çalışma öncesinde bu çalışmada yer almak, size verilen veri toplama formlarını uygulamak vegörüşmelere katılmak istediğinize dair bir evrak imzalamanız gerekmektedir.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. İsteddiğiniz zaman gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Elde edilen veriler, toplu olarak bilimsel amaçlı kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

Araştırmacı

İlknur YILDIZ

KATILIMCI ONAMI

Aşağıda imzası bulunan ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım.

Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Bu şartlar altında söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:...../...../.....

Adı Soyadı:

İmza:

KATILIMCI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

KONTROL GRUBU

BİLGİLENDİRME

Bu çalışma, astımlı adölesanlarda motivasyonel görüşmenin astım kontrolü, öz etkililik ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmaktadır. Çalışmada adölesanların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren bilgi formu, astım kontrol düzeylerini belirlemek için Astım Kontrol Testi, astımda öz etkililik düzeylerini değerlendirmek için Astımlı Çocuk ve Adölesanlar için Öz Etkililik Ölçeği, yaşam kalitelerini değerlendirmek için Çocuklar için Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ev Ortamı Değerlendirme Formu, solunum fonksiyonlarını değerlendirmek için Solunum Fonksiyon Testi (SFT) çalışmanın başında ve sonunda (3. ay) uygulanacaktır. Çalışmanın başında ve sonunda (3. ay) ev ziyareti yapılacaktır.

Çalışma öncesinde bu çalışmada yer almak, size verilen veri toplama formlarını uygulamak ve görüşmelere katılmak istediğinize dair bir evrak imzalamanız gerekmektedir.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. İsteddiğiniz zaman gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Elde edilen veriler, toplu olarak bilimsel amaçlı kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

Araştırmacı
İlknur YILDIZ

KATILIMCI ONAMI

Aşağıda imzası bulunan ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım.

Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Bu şartlar altında söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:...../...../.....

EBEVEYN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

ÇALIŞMA GRUBU

BİLGİLENDİRME

Bu çalışma, astımlı adölesanlarda motivasyonel görüşmenin astım kontrolü, öz etkililik ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmaktadır. Çalışmada adölesanların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren bilgi formu, astım kontrol düzeylerini belirlemek için Astım Kontrol Testi, astımda öz etkililik düzeylerini değerlendirmek için Astımlı Çocuk ve Adölesanlar için Öz Etkililik Ölçeği, yaşam kalitelerini değerlendirmek için Çocuklar için Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ev Ortamı Değerlendirme Formu, solunum fonksiyonlarını değerlendirmek için Solunum Fonksiyon Testi (SFT) çalışmanın başında ve sonunda (3.ay) uygulanacaktır. Çalışmanın başında ve sonunda (3. ay) ev ziyareti yapılacaktır. İlk görüşmeden sonra çocuğunuzun astımını kontrol edebilmesine yönelik üç kez motivasyonel görüşme yapılacaktır. Görüşmeler ses kayıt cihazı ile kaydedilecektir.

Çalışma öncesinde bu çalışmada yer almak, size verilen veri toplama formlarını uygulamak ve görüşmelere katılmak istediğinize dair bir evrak imzalamanız gerekmektedir.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. İsteddiğiniz zaman gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Elde edilen veriler, toplu olarak bilimsel amaçlı kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

Araştırmacı

İlknur YILDIZ

EBEVEYN ONAMI

Aşağıda imzası bulunan ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım.

Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Bu şartlar altında söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:...../...../.....

Adı Soyadı:

İmza:

EBEVEYN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

KONTROL GRUBU

BİLGİLENDİRME

Bu çalışma, astımlı adölesanlarda motivasyonel görüşmenin astım kontrolü, öz etkililik ve yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak yapılmaktadır. Çalışmada adölesanların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren bilgi formu, astım kontrol düzeylerini belirlemek için Astım Kontrol Testi, astımda öz etkililik düzeylerini değerlendirmek için Astımlı Çocuk ve Adölesanlar için Öz Etkililik Ölçeği, yaşam kalitelerini değerlendirmek için Çocuklar için Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ev Ortamı Değerlendirme Formu, solunum fonksiyonlarını değerlendirmek için Solunum Fonksiyon Testi (SFT) çalışmanın başında ve sonunda (3. ay) uygulanacaktır. Çalışmanın başında ve sonunda (3. ay) ev ziyareti yapılacaktır. Araştırmaya alınan çocuğunuzun astım kontrol düzeyi değerlendirilecek ve kontrol düzeyine göre gerekli görüşmeler yapılacaktır.

Çalışma öncesinde bu çalışmada yer almak, size verilen veri toplama formlarını uygulamak ve görüşmelere katılmak istediğinize dair bir evrak imzalamanız gerekmektedir.

Bu çalışmaya katılmakta özgürsünüz. İsteddiğiniz zaman gerekçe göstermeden çalışmadan ayrılabilirsiniz. Elde edilen veriler, toplu olarak bilimsel amaçlı kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

Araştırmacı

İlknur YILDIZ

EBEVEYN ONAMI

Aşağıda imzası bulunan ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım.

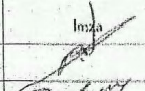
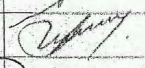
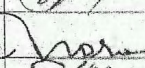
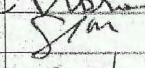
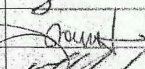
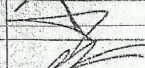
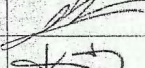
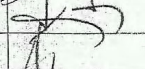
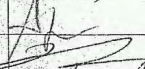
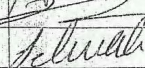
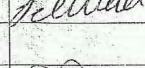
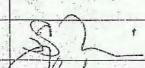
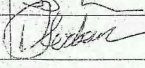
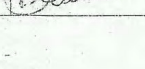
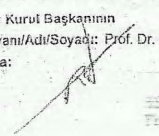
Araştırma sonuçlarının eğitim ya da bilimsel amaçlarla kullanılması sırasında mahremiyetime saygı gösterileceğine inanıyorum. Bu şartlar altında söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:...../...../.....

Adı Soyadı:

İmza:

ETİK KURUL ONAY (EK 11)

DEĞERLENDİRİLEN DOKÜMANLAR	GÜVENLİK BİLDİRMELERİ DİĞER	 Bahri YANCAR Fakülte Şefi				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 2014/89 Karar Tarihi : 07.02.2014					
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçeğe kâğıtlandırılmasında etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu					
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI : Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL						
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Ünvanı / Adı Soyadı Ek Üyeliliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Sani AYDOĞAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Karamahmet YILDIZ	Anest. ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Prof. Dr. Salih KUK	Tıbbi Parazitoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Kemal DENİZ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Musa KARAKÜKÇÜ	Çocuk Sağ. ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Hüseyin ARINÇ	Kardiyoloji	Kayseri Eğitim Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Erdem KILIÇ	Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi	E.Ü. Diş Hek. Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Aydın ÜNAL	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Yard. Doç. Dr. Afra YILDIRIM	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Yard. Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Yard. Doç. Dr. Ferhan ELMALI	Biyoistatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Av. Zafer Tuğrul SARIASLAN	Avukat	Hukuk Müşaviri	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☐ H ☒ X	
Ecz. Şükran TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E ☐ K ☒ X	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Serkan KARACA	Sivili Üye	Öğretmen	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒ X	E ☒ H ☐	
Etik Kurul Başkanının Ünvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL İmza: 						
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU Faks: 0 352 427 40 18 11 Faks: 0 352 427 52 53						

KURUM İZİN BELGESİ (EK 12)



T.C.
Cumhuriyet Üniversitesi
REKTÖRLÜK

Sayı : 74817733-774-01- 131 - 253
Konu: İlknur Yıldız'ın Tez Çalışması Hk.

23 Ekim 2014

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi:15.01.2014 tarih ve 755 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora programı öğrencisi İlknur Yıldız'ın, "*Astımlı Adölesanlarda Motivasyonel Görüşmenin Astım Kontrolü, Öz Etkililik ve Yaşam Kalitesine Etkisi*" konulu doktora tez çalışması ile ilgili olarak Üniversitemiz Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı'nda uygulama yapması Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Hüseyin YILMAZ
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

MOTİVASYONEL GÖRÜŞME TEKNİĞİ KURSU SERTİFİKASI (EK 13)

13 Aralık 2013

Sayın İlknur Yıldız

13 Aralık 2013 tarihinde İstanbul’da yapılan Motivasyonel Görüşme Tekniği
birinci aşama eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla

Prof. Dr. Kültegin ögel
Motivasyonel Görüşme Eğitici



17 Ocak 2014

Sayın İlknur YILDIZ,

17 Ocak 2014 tarihinde İstanbul'da yapılan Motivasyonel Görüşme Tekniği
ikinci aşama eğitimine katılmıştır.

Saygılarımla

Prof. Dr. Kültegin ögel
Motivasyonel Görüşme Eğiticisi



ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: İlknur YILDIZ

Uyruğu:Türkiye (TC)

Doğum Tarihi ve Yeri: 01 Ekim 1985, Sivas

Medeni Durumu:Bekar

Tel: +90 3462191010-3158

Fax:+90 3462191110

E-mail: iyildiz@cumhuriyet.edu.tr

Yazışma Adresi: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 58140/SİVAS

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık BilimleriEnstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.	2010
Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2007
Lise	Cumhuriyet Anadolu Lisesi	2003

İŞ DENEYİMLERİ

Yıl	Kurum	Görev
2007-Halen	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	Araştırma Görevlisi
Temmuz-Ekim 2007	Özel Sivas Anadolu Hastanesi	Hemşire

YABANCI DİL

İngilizce