

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ASTIMLI ÇOCUK VE ADÖLESLANLARIN ÖZ-ETKİLİLİKLERİNİN
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı

Yüksek Lisans Tezi

Duygu KARAARSLAN

İZMİR

2015

T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ASTIMLI ÇOCUK VE ADÖLESLANLARIN ÖZ-ETKİLİLİKLERİNİN
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı

Yüksek Lisans Tezi

Duygu KARAARSLAN

DANIŞMAN
Prof. Dr. DİDAR ZÜMRÜT BAŞBAKKAL

İZMİR

2015

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan

:Prof. Dr. Didar Zümrüt BAŞBAKKAL

(Danışman)

Üye

:Yrd. Doç. Dr. Figen YARDIMCI

Üye

: Yrd. Doç Dr. Dilek ERGİN

Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih:.....

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün sayfalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

DUYGU KARAARSLAN

ÖNSÖZ

Araştırmanın tüm basamaklarında bilimsel desteğini esirgemeyen ve önerilerini aldığım çok kıymetli tez danışmanım, değerli Prof. Dr. Zümrüt BAŞBAKKAL hocama,

Çalışmam süresince bana katkı sağlayan, önerilerde bulunan değerli komite üyelerim, sevgili Yrd.Doç.Dr. Figen YARDIMCI ve Yrd.Doç.Dr. Dilek ERGİN hocalarıma,

İstatistiksel değerlendirme aşamasında katkılarını esirgemeyen Doç.Dr. Murat BEKTAŞ, Yrd.Doç.Dr. Hakan BAYDUR ve Yrd.Doç.Dr. Aynur ÇAKMAKÇI ÇETİNKAYA hocalarıma,

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi ve elemanlarına,

Tezim süresince bana her zaman yardımcı olan, yol gösteren, destek ve önerilerini esirgemeyen değerli arkadaşlarım Arş. Gör. Ayşe Ersun KAHRAMAN ve Arş. Gör. Atiye KARAKUL'a,

Araştırmanın örneklemini oluşturan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan bütün astımlı çocuk ve adölesanlar ile onların ebeveynlerine,

Bugünlere gelmemde sonsuz emeği, sabrı, hoşgörüsü ve fedakarlığı olan, her zaman destek ve güvenlerini hissettiğim, çocukları olmaktan ömrüm boyunca gurur duyduğum biricik aileme; annem ve babama,

Son olarak bütün çalışma sürecim, öğrenim ve eğitim hayatım boyunca desteğini benden esirgemeyen, moral veren, her zaman yanımda olan sevgili eşim Serkan KARAARSLAN'a,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum...

Duygu KARAARSLAN

Özet

ASTIMLI ÇOCUK VE ADÖLESANLARIN ÖZ-ETKİLİLİKLERİNİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Bu araştırma; astımlı çocuk ve adölesanların öz-etkililiklerinin yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılan bir tanımlayıcı alan araştırmasıdır.

Araştırmanın örneklemini, Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Solunum-Alerji Polikliniği'nde takip edilen daha önce astım tanısı almış, 10-18 yaşları arasında, 137 astımlı çocuk ve adölesan oluşturmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurul'undan, ve araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı, çocukların ailelerinden ise sözel izin alınmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından oluşturulan “Astımlı Çocuk ve Adölesan Bilgi Formu”, poliklinik ziyaretlerinde astımlı çocuk ve adölesanların izleminde “Astımlı Çocuk ve Adölesanlar için Öz-Etkililik Ölçeği (AÇAÖÖ)” ve “Çocuklar İçin Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ)” kullanılmıştır. Ölçeklerin kullanılabilmesi için yazarlardan yazılı izin alınmıştır.

Verilerin analizi SPSS for Windows 16.0 paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma; demografik değişkenler sayı ve yüzde; ölçekler ve alt boyutlar ise minimum-maksimum değerler olarak gösterilmiştir. Öz-etkililik ile yaşam kalitesi ve alt boyutları verilerinin incelemesinde korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiklerin anlamlılığı için yanılma düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Araştırma sonucunda astımlı çocuk ve adölesanların % 34.3'ü kız, % 65.7'si erkek, yaş ortalamaları 13.7 ± 2.2 'dir. Astımlı çocuk ve adölesanların %35.8'sinin evde, okulda, sokakta sigara dumanına maruz kaldığı; evde %21.2'sinin evcil hayvan beslediği; %77.4'ünün 1-50 ay arasında astım tanısı ile takip edildiği belirlenmiştir. Astımlı çocuk ve adölesanların % 19'unun son bir yılda astım nöbeti geçirdiği, %16.1' inin en az bir kez “orta” ve “hafif” şiddette astım nöbeti geçirdiği, %33.6'sının astım nedeniyle hastaneye yattığı ve %89.8'inin astım ilaçlarını düzenli kullandıkları belirlenmiştir. Astım nöbetini tetikleyen faktörlerin %34.3'ünde polenlerin, %27.7'sinde ev tozu akarının, %16.8'inde hayvanların olduğu saptanmıştır. Astımlı çocuk ve adölesanların hastalıkları süresince %36.5' inin astım eğitimi aldıkları ancak ailelerin %70.8'i aldıkları astım eğitiminin yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Astımlı çocuk ve adölesanların %35.8'inde gündüz “öksürük”, %30.7' sinde

gece “öksürük” belirtileri varlığı belirlenmiştir. Ayrıca koşma, egzersiz ve fiziksel aktivite sonrasında %46’sının ataklarının (öksürük, nefes darlığı, hışıltı) olduğu görülmüştür.

Astımlı çocuk ve adölesanların ÇAYKÖ puan ortalamaları; “belirtiler” puanı (55.16 ± 1.30); “faaliyet kısıtlanması” puanı: (23.35 ± 5.03); “duygusal işlev” puanı: (45.73 ± 9.34) ve toplam “ÇAYKÖ” puanı (124.24 ± 24.64) olarak, “Astımlı Çocuk ve Adölesanlar için Öz-Etkililik Ölçeği” puan ortalamaları; “tıbbi bilgiler puanı” (26.00 ± 7.62); “çevresel faktörlere yönelik yönetim becerileri puanı” (30.53 ± 5.21); “problem çözme becerileri puanı” (22.88 ± 4.69) ve toplam “Astımlı Çocuk ve Adölesanlar için Öz-Etkililik Ölçeği” puanı ise (79.41 ± 15.65) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda astımlı çocuk ve adölesanların öz-etkililik düzeyleri ile yaşam kalitesi alt boyutu olan “belirtiler” ($r: -0.083$, $p: 0.33$) ve “toplam yaşam kalitesi” ($r: -0.035$, $p: 0.68$) düzeyleri arasında negatif yönlü, çok zayıf ve anlamsız ($p > 0.05$) bir ilişki saptanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre, astımlı çocuk ve adölesanların toplam yaşam kalitesi ve alt boyutlarının puanları orta ve üst düzeyde; öz-etkililik ve alt boyutlarının puanları ise orta düzeyde belirlenmiştir. Astımlı çocuk ve adölesanların öz-etkililik ve yaşam kalitelerinin arttırılması için tanı aşamasında başlayarak, hemşirelerin yazılı ve görsel eğitim materyali kullanarak bilgi vermeleri, eğitimlerin düzenli olarak sürdürülmesi ve bu eğitime mutlaka ailenin de katılması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Astım, çocuk, adölesan, öz-etkililik, yaşam kalitesi

Abstract

EFFECT OF SELF-EFFICACY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ASTHMA ON THEIR QUALITY OF LIFE

This descriptive study aimed to investigate the effect of self-efficacy of children and adolescents with asthma on their quality of life.

The study sample included 137 children and adolescents previously diagnosed with asthma aged between 10-18 years old who were monitored by Respiratory-Allergy Clinic at Celal Bayar University Hafsa Sultan Hospital Pediatrics Unit. A permission in writing was granted by Ege University Nursing Faculty Board of Ethics and Celal Bayar University Hafsa Sultan Hospital and oral assent was sought from the parents of children. The data collection tools were “Children and Adolescents with Asthma Information Form” which the researcher created, “A Self Efficacy Scale for Children and Adolescent with Asthma” at clinical visiting for monitoring children and adolescents with asthma and “Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ)”. The scales were used with the written permission of the authors.

The study data were analyzed with SPSS for Windows 16.0 program. Descriptive statistics were given as mean $\pm$ standard deviation; demographic variables were demonstrated as number and percentage; scales and subdimensions were shown as minimum-maximum values. The correlation between self-efficacy and quality of life and subdimension scores was analysed. The level of statistical significance was 0.05.

The study results indicated that 34.3% of children and adolescents with asthma were girls and 65.7% of them were boys with a mean age of 13.7 ± 2.2 . It was noted that 35.8% of the children and adolescents with asthma were exposed to tobacco smoke at home, school, or on the streets and 21.2% of them were keeping pets at home; 77.4% of them were monitored with asthma diagnosis between 1 to 50 months. It was stated that 19% of the children and adolescents with asthma had an asthma crisis within the last year and 16.1% of them had at least one “mild” or “moderate” asthma crisis; 33.6% of them were hospitalized for asthma and 89.8% of them were regularly using medication for asthma. It was determined that factors of triggering asthma crises were pollens (34.3%), house dust mites (27.7%), and pets (16.8%). It was suggested that 36.5% of the children and adolescents with asthma in the study were included in education programs, but 70.8% of the families considered these education programs to be inadequate. It was also reported that 35.8% of children and adolescents with

asthma in the study had daytime “cough”, 30.7% of them had nighttime “cough”. Additionally it was observed that 46% of them had attacks (cough, dyspnea, wheezing) after running, exercise and physical activities.

The mean scores of PAQLQ of children and adolescents with asthma “symptoms” was found to be (55.16 ± 1.30) ; “activity confinement” score was (23.35 ± 5.03) ; “emotional function” score was (45.73 ± 9.34) and total “PAQLQ” score was (124.24 ± 24.64) . Moreover, the mean scores of “A Self Efficacy Scale for Children and Adolescent with Asthma” were analyzed and the study results also indicated that “medical knowledge” score was (26.00 ± 7.62) ; “management skills of environmental factors” score was (30.53 ± 5.21) ; “problem solving skills” score was (22.88 ± 4.69) and total “A Self Efficacy Scale for Children and Adolescent with Asthma” score was found to be (79.41 ± 15.65) .

In our study was determined that there was a negative, weak and insignificant correlation ($p > 0.05$) between levels of self-efficacy of children and adolescents with asthma and symptoms which are subdimension of quality of life ($r: -0.083$, $p: 0.33$) and total quality of life ($r: -0.035$, $p: 0.68$).

In light of the study results, it was reported that scores of total quality of life of children and adolescents with asthma and its subdimensions were at moderate and high levels while scores of self-efficacy and its subdimensions were found to be at moderate levels. It was recommended that nurses inform children and adolescents with asthma with printed and visual education materials in order to increase levels of self-efficacy and quality of life as early as their initial diagnosis, which should certainly be maintained on a regular basis with the participation of their parents.

Keywords: Asthma, children, adolescent, self-efficacy, quality of life

İÇİNDEKİLER	Sayfa No
BÖLÜM I	1-3
1.GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	2
1.4. Sayıtlılar.....	2
1.5. Araştırmanın Önemi.....	2
1.6.Araştırmanın Sınırlamaları.....	3
1.7 Tanımlar.....	3
BÖLÜM II	4-49
2.GENEL BİLGİLER	4
2.1. ASTİM.....	4
2.1.1. Astımın Tanımı ve Epidemiyolojisi.....	4
2.1.2. Etiyolojisi.....	5
2.1.3. Klinik Bulgular.....	7
2.1.4. Astım Atağının Oluşmasına Neden Olan Faktörler.....	12
2.1.4.1 Konakçıya Ait Risk Etkenleri.....	13

2.1.4.2 Çevresel Risk Etkenleri.....	14
2.1.5. Astım Tanısı.....	17
2.1.6. Astım Tedavisi.....	19
2.2. ASTIMLI ÇOCUK ve ADÖLESANLARDA ASTIM YÖNETİMİ	27
2.3. ASTIMLI ÇOCUK ve ADÖLESANLARDA HEMŞİRELİK BAKIMI.....	28
2.4. ÖZ-ETKİLİLİK.....	30
2.4.1. Öz-Etkililiğin Sağlık Davranışları Üzerindeki Etkisi.....	31
2.4.2. Çocuk ve Adölesanlarda Öz-Etkililiğin Gelişimi.....	32
2.4.3. Yüksek ve Düşük Öz-Etkililiğe Sahip Çocuk ve Adölesanların Özellikleri.....	33
2.4.4. Öz-Etkililiğin Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü.....	34
2.5. YAŞAM KALİTESİ.....	37
2.5.1. Yaşam Kalitesi Kavramı.....	38
2.5.2 Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü.....	39
2.5.3. Çocukluk Çağı Astımı ve Yaşam Kalitesi.....	41
2.5.4. Pediatrik Astımda Kullanılan Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçekleri.....	42
2.5.4.1.Çocukluk Çağında Astımda Kullanılan Generik Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçekleri.....	43

2.5.4.2. Çocukluk Çağında Astımda Kullanılan Spesifik Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçekleri.....	46
BÖLÜM III.....	50-52
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	50
3.1. Araştırmanın Tipi.....	50
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	50
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	50
3.4. Verilerin Toplanması.....	50
3.4.1. Astımlı Çocuk ve Adölesan Bilgi Formu (EK-I).....	50
3.4.2. Astımlı Çocuk ve Adölesanlar İçin Öz-Etkililik Ölçeği (AÇAÖÖ) (EKII).....	51
3.4.3. Çocuklar İçin Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ) (Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire –PAQLQ) (EK III)	51
3.4.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulaması.....	51
3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	52
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	52
3.7. Süre ve Olanaklar.....	52
3.8 Araştırmanın Etik Yönü	52

BÖLÜM IV	53-63
4.BULGULAR	53
4.1. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Demografik Özellikleri	53
4.2. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Ebeveynlerine İlişkin Demografik Özellikleri	54
4.3. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Ailelerinin Genel Özellikleri	55
4.4. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Evlerinin Genel Özellikleri	56
4.5. Çocuk ve Adölesanlara Ait Astım Hastalığı ile İlgili Demografik Özellikleri	57
4.6. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Hastalık Belirti Durumları	59
4.7. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Astım Nöbetini Başlatan Uyaranlar	60
4.8. Çocuklar İçin Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ) 3 Alan Ortalaması ve Toplam Puan Değerleri	61
4.9. Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar İçin Öz-Etkililik Ölçeği (AÇAÖÖ) 3 Alan Ortalaması ve Toplam Puan Değerleri	62
4.10. Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutlarının Öz-etkililik Arasında, Öz-etkililik	63

ve Alt Boyutlarının Yaşam Kalitesi Arasında Korelasyonu.....	
BÖLÜM V	64-79
5.TARTIŞMA	64
5.1. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Demografik Özelliklerine Ait	65
Bulguların Tartışması.....	
5.2. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Ailelerin Genel Özelliklerine Ait	
Bulguların Tartışması.....	65
5.3. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Evlerinin Özelliklerine Ait	70
Bulguların Tartışması.....	
5.4. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Astım Hastalığına Ait Bulguların	77
Tartışması.....	
5.5. Çocuklar İçin Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ) Bulguların	77
Tartışması.....	
5.6. Astımlı Çocuk ve Adölesanlar İçin Öz-Etkililik Ölçeği (AÇAÖÖ)	78
Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışması.....	
5.7. Çocuk ve Adölesanların Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutlarının Öz-	79
etkililik Arasında, Öz-etkililik ve Alt Boyutlarının Yaşam Kalitesi	
Arasında Korelasyon Bulguların Tartışması.....	
BÖLÜM VI	80-82

6. Sonuç ve Öneriler.....	80
6.1. Sonuçlar.....	80
6.2. Öneriler.....	82
BÖLÜM VII.....	83
7.1. Yararlanılan Kaynaklar.....	83
ÖZGEÇMİŞ.....	95



EKLER

EK I Astımlı Çocuk ve Adölesan Bilgi Formu (EK I).....	96
EK II Astımlı Çocuk ve Adölesanlar İçin Öz-Etkililik Ölçeği (EK II).....	101
EK III Çocuklar İçin Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ) (Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire –PAQLQ) (EK III).....	102
EK IV Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurul İzin Yazısı.....	109
EK V Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi İzin Yazısı.....	110
EK VI Yazarın İzin Yazıları.....	111

Tablo 1. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Demografik Özellikleri.....	53
Tablo 2. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Ebeveynlerine İlişkin Demografik Özellikleri.....	54
Tablo 3. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Ailelerinin Genel Özellikleri.....	55
Tablo 4. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Evlerinin Genel Özellikleri.....	56
Tablo 5. Çocuk ve Adölesanlara Ait Astım Hastalığı ile İlgili Demografik Özellikler.....	57
Tablo 6. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Hastalık Belirti Durumları.....	59
Tablo 7. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Astım Nöbetini Başlatan Uyaranlar....	60
Tablo 8. Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ) 3 Alan Ortalaması ve Toplam Puan Değerleri.....	61
Tablo 9. Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar İçin Öz-Etkililik Ölçeği (AÇAÖÖ) 3 Alan Ortalaması ve Toplam Puan Değerleri.....	62
Tablo 10. Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutlarının Öz-etkililik Arasında, Öz-etkililik ve Alt Boyutlarının Yaşam Kalitesi Arasında Korelasyonu.....	63

Şekil I: Normal Hava Yolu ile Astım Arasındaki Fark.....	7
Şekil II: Tedavi Öncesinde Klinik Bulgulara Göre Astım Şiddetinin Belirlenmesi.....	10
Şekil III: Çocuklarda Akut Astım Atağının Değerlendirilmesi.....	11
Şekil IV: Astım Gelişmesinde Rol Oynayan Risk Faktörleri.....	12
Şekil V: Enflamasyon, Hava Yolu Duyarlılığı ve Semptom İlişkisi.....	13
Şekil VI: Çocuklarda Kullanılan İnhaler Cihazlar.....	22
Şekil VII: Astım İlaçlarının Etki Mekanizmaları ve Yan Etkileri.....	23
Şekil VIII: Astım Tedavisinin Basamakları ve 5 Yaş Altındaki Çocuklarda Tedavi.....	25
Şekil IX: Astım Tedavisinin Basamakları ve 5 Yaş Üstü Çocuklarda Tedavi.....	26
Şekil X: Etkililik ve Sonuç Beklentisi.....	31
Şekil XI: Öz-Etkililik Algısı Yüksek ve Düşük Olan Çocuk/Adölesan Özellikleri	34
Şekil XII: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli.....	35
Şekil XIII: Çocuklarda Kullanılan Genel Yaşam Kalitesi Ölçekleri.....	44
Şekil XIV: Çocuklarda Sık Kullanılan Özel Yaşam Kalitesi Ölçekleri.....	48

KISALTMALAR

GINA:	Global Initiavite for Asthma
RSV:	Respiratuar Sinsisyal Virüs
FEV:	Zorlu ekspiratuvar birinci saniye hacmi
PEF:	Tepe ekspiratuar akım hızı
FVC:	Zorlu vital kapasite
İKS:	İnhaler kortikosteroidler
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
SİYK:	Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi
ÇAYKÖ:	Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği
AÇAÖÖ:	Astımlı Çocuk ve Adölesanlar İçin Öz-Etkililik Ölçeği

BÖLÜM 1

1.GİRİŞ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Günümüzde kronik hastalığı olan çocuk ve yetişkinlerin nüfusu gittikçe artmakta ve kronik hastalıklar, dünyada ve bütün sanayileşmiş ülkelerde görülen en önemli sağlık sorununu oluşturmaktadır. Geçen son 20 yıl süresince kronik hastalığı olan çocukların sayısında önemli ölçüde artış olmuştur (1,2,3). Astım prevalansı ülkeden ülkeye değişmekle birlikte son 20 yılda özellikle çocuklarda dikkat çekici bir şekilde artmaktadır (4,5,6). Bu artışı etkileyen risk faktörleri arasında; hastalığın erken başlaması, atopik kişilerin daha fazla alerjenle karşılaşması, ilaç tedavisine uyumsuzluk, hastalığın yönetimindeki güçlükler ve hastalığı kabul etmeme gibi psikolojik sorunlar yer almaktadır (1).

Astımlı çocuk, nefes darlığı, wheezing, öksürük atakları nedeniyle günlük aktivitelerinde ve sosyal yaşantısında kısıtlanır, hayal kırıklığı yaşar ve kendini diğer çocuklardan farklı hisseder (7). Yaşanan korku, stres, kızgınlık, endişe gibi duygular çocukların psikolojik adaptasyonunu bozar (8). Astımlı çocuklarda depresyon, stres ve anksiyetenin diğer kronik hastalıklı çocuklara göre daha sık yaşandığı çalışmalarla gösterilmiştir (8,9). Bu sorunlar çocuğun yaşam kalitesini, okula devamını, fiziksel ve ruhsal gelişimini olumsuz yönde etkiler. Çocuklarda okul devamsızlığına ve okul performansının azalmasına yol açar (10).

Astım gibi kronik hastalığı olan çocuk ve adölesanların sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi ile ilgili kararları almalarında öz-etkililik algısı oldukça önemli bir rol oynar. Genel anlamda; bir eylemi, bir davranışı yapabilme algısı olarak tanımlanan öz-etkililik, bireyin belli bir performansı göstermek için gerekli etkinlikleri düzenleyip başarılı bir biçimde gerçekleştirme kapasitesi hakkında kendine ilişkin yargısıdır. Bireyin bir konudaki öz-etkililiği arttıkça o konuda harcadığı çabalar da daha güçlü ve ısrarlı olacaktır (2,11,12).

Astım kronik bir hastalık olduğundan çocuklar sık sık hastaneye getirilmekte ve bazen de yatırılarak tedavi edilmeleri gerekmektedir (2,7).

Astım sonuçları ile bireyi, aileyi ve toplumu ciddi biçimde etkiler. Astımın akılcı kontrolü, çocuğun okul devamsızlığının azalması, hastaların hayat kalitesinin yükselmesi ve aileler üzerinde maddi ve manevi yükün hafifletilmesini sağlayacaktır (13).

Astımlı çocukların öz etkililik düzeylerinin yüksek olması, onların özel astım becerileri (ilaçlar, problem çözme), genel anlamda astımı korumaya yönelik becerileri (alerjenlerden sakınma) ve daha rutin günlük davranışlarıyla ilgili başa çıkma umutlarını artırmada oldukça önemlidir (2).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma; astımlı çocuk ve adölesanların öz-etkililiklerinin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

Araştırmanın amacına yönelik hipotezler;

H₀: Astımlı çocuk ve adölesanların öz-etkililikleri yaşam kalitesini etkilemez.

H₁: Astımlı çocuk ve adölesanların öz-etkililikleri yaşam kalitesini etkiler.

1.4. SAYILTILAR

Evren, örneklem, veri toplama teknikleri, kullanılan araç ve gereçler araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Dünyada astımın giderek artmasının en önemli nedenleri arasında yoksulluk, yetersiz eğitim, yetersiz alt yapı, hastalık yönetimi yaklaşımının yeterince yerleşmemiş olması, düzenli kontrollerin yerine acil servislerin kullanımı, ilaçların dünyada yeterince yaygınlaşmaması, kültürel faktörler ve kanıtlanmamış geleneksel yöntemlerin sık kullanımı gibi faktörler yer almaktadır (8).

Dünyada astım konusunda temel alınan kaynak olan Global Initiative for Asthma'nın (GINA) altı maddeden oluşan astım yönetim planının ilk maddesinde “astım yönetiminde işbirliği yapabilmek için hastaları eğitin” denmektedir. Bu madde sadece hekim eğitiminin yeterli olmadığını, profesyonel bir ekip çalışması içinde hastaların da sağlık çalışanları ile işbirliği içinde ve onun rehberliğinde astımın tanı, tedavi ve izleminde kendi sorumluluklarını almaları gerektiğini ifade etmektedir (14,15).

Günümüzde diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi astımda da klinik bulguların düzeltilmesinin yanında, hasta ve ailelerinin kaliteli bir yaşam sürdürebilmelerini sağlamak yaygın olarak kabul gören bir uygulamadır. Bu amaçla çeşitli enstitü ve birimler astım yönetim programları uygulamakta ve hemşirelerde buralarda aktif rol almaktadırlar. Bu programlarda, semptomların en aza indirilmesi, atakların önlenmesi, solunum

fonksiyonlarının normale veya olabilecek en iyi düzeye getirilmesi, rahat gece uykusunun sağlanması, okul ve sosyal aktivitelerinde engel olmadan alışılmış yaşantının sürdürülmesi amaçlanmaktadır (14). Astımlı çocuklarda hastalık davranışının, psikolojik tepkilerin ve uyum güçlüklerinin anlaşılması ve uygun başetme yöntemlerinin geliştirilmesine destek olacak bakım girişimlerinin planlanması, yaşam kalitesi değerlendirmeleri ile mümkün olabilir (16).

Astımlı adölesanlar, yüksek mortalite oranı ile riskli grubu oluşturmaktadır. Adölesanlarda; son 20 yılda astım mortalitesindeki artış, daha küçük çocuklara göre iki kat fazladır (2,17).

Hemşireler, sağlığın gelişmesi ve hastalıkların önlenmesinde görevlerini etkin olarak kullanmak için, çocuk ve adölesanın ihtiyaçlarına en uygun müdahaleyi sağlamak zorundadırlar (18). Hemşireler eğitim programlarında çocuk ve adölesanların öz-etkililik duygularını, geçmiş olumlu deneyimleri ile desteklemelidir (8,17). Çocuk ve adölesanın davranışları hem bilişsel algılardan hem de sosyal çevreden etkilendiği için hemşireler, olumlu davranış değişimini sağlamaya yönelik girişimlerde, sosyal öğrenme teorileri ile bilişsel davranış teorilerinden yararlanmalıdır (2).

1.6 ARAŞTIRMANIN SINIRLAMALARI

Bu araştırma, Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Solunum Alerji Bilim Dalı Polikliniği'ne 10–18 yaş grubunda başvuran astımlı çocuk ve adölesanlar ile sınırlandırılmıştır. Okuma yazma bilmeyen, 10 yaşın altında olan iletişim ve zihinsel problemi olan çocuklar araştırmaya alınmamıştır.

1.7.TANIMLAR

Astım: Değişik uyaranlara karşı artmış havayolu duyarlılığı ve geri dönüşümlü havayolu obstrüksiyonu ile karakterize etiyolojisinde genetik, çevresel faktörlerin rol oynadığı çocuğun yaşamını fiziksel, emosyonel, sosyal ve manevi boyutlarda kısıtlayan kronik bir hastalıktır (14,19).

Öz-etkililik: Bireyin davranışları üzerinde etkili olan bilişsel algılama faktörlerinden birisidir. Bireyin nasıl hissedeceği, düşüneceği ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliğidir. Aynı zamanda, gelecekte karşılaşılabileceği güç durumların üstesinden gelmede ne derece başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki yargısı, inancıdır (20).

Yaşam Kalitesi: Erişkin ise hastanın, çocuk ise çocuğun ve ailesinin, çevresi, hastalığı ve hastalığı ile ilgili çeşitli klinik uygulamaların üstünde, hastanın kendisi tarafından algılanan, fiziksel, emosyonel ve sosyal yaşam açısından uygun miktarda yapabilme kapasitesine sahip olma ve tam bir iyilik hissetme halidir (21).

BÖLÜM II

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ASTIM

2.1.1. Astımın Tanımı ve Epidemiyolojisi

Astım, hem çocuk ve adölesanlar hem de erişkinler arasında görülen kronik hastalıkların en önemlilerindendir (3,22,23,24,25). Çocuklarda astım, genellikle bronş hiperaktivitesi ve farklı derecelerde havayolu obstrüksiyonu ile birlikte, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi, tekrarlayan öksürük ve wheezing ataklarına neden olan hava yollarında eozinofil ve mast hücrelerinin ön planda olduğu, kronik, enflamatuvar bir hastalıktır. Yakınmalar özellikle gece veya sabaha karşı görülür (2,15). Çocuklarda %10-15, erişkin yaşta ise %5-10 arasında görülmektedir ve çocukları erişkinlerden daha fazla etkilemektedir (26). Çocuklar için en fazla okul devamsızlığı (bütün devamsızlıkların üçte biri) ve en sık hastaneye yatış nedeni olan hastalık grubu arasındadır (22). Hastalık yaşam kalitesini çok belirgin etkilerken aynı zamanda tedavi maliyeti de yüksektir. Bu nedenle uygun astım tedavisinin hasta ve ailesinin yaşam kalitesine ve halk sağlığı verilerine büyük etkisi vardır (27,28).

Hastaların %30'unda başlangıç 1 yaş civarında olup, %80-90'ında ilk belirtiler 4-5 yaşlarından önce ortaya çıkmaktadır. Bu yaşlarda astım prevalansının erkek çocuklarda kızlardakinin 2 katı olduğu gözlenmektedir. Bu oran adölesana doğru giderek küçülme, erişkinde ise tersine dönmektedir (3,24).

Prematüre bebeklerin yaşam şansının ve annelerde sigara içiciliğinin artmasının yanı sıra, tanı ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemelerle astım tanısının daha erken yaşlarda konulabilmesi, çocuklardaki astım sıklığının artışı açıklayan nedenler arasındadır (29).

Astım, ileri derecede sanayileşmiş batı toplumlarında gelişmekte olan ülkelere oranla çok daha fazladır (29,30,31,32,33).

Dünyada her yaştan 300 milyon astımlı kişinin olduğu (15,34), ve bu sayıya 2025 yılına kadar 100 milyon kişinin daha ekleneceği tahmin edilmektedir (3,35). “European Community Respiratory Health Survey (ECRHS)” ve “The International Survey of Asthma and Allergy in Children” çalışmalarının sonuçlarına göre dünyadaki astım prevalansı ülkeden ülkeye büyük farklılıklar göstermektedir (%1.5-%11.4) (22). Asya’da en düşük prevalans %2.4 olarak Çin’de, en yüksek ise %8 olarak Malezya’da bulunmuştur. İskandinav ülkelerinde prevalans yaklaşık %4-5, İngiltere’de %10-15 arasındadır. Avusturalya ve Yeni Zelanda’da en yüksek prevalanslar (%11-%30) olarak bildirilmektedir (31,32).

Astım, dünyada hastalık yüküne neden olan hastalıklar içinde 22. sırada, ülkemizde ise ilk 20 hastalık içinde; kentsel alanda 14. sırada, kırsal alanda ise 19. sırada yer almaktadır

(36). Ülkemizdeki görülme sıklığının ise, yapılan çalışmalarda %2.8–9.8 arasında değiştiği bildirilmektedir (37).

Allerjik hastalıkların toplumlar arasında farklı sıklık ve semptom ağırlık seviyesi göstermesi ve bazılarının bu hastalıklara daha yatkın olması epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç doğurmuştur. 1990'lı yılların başlarından itibaren uluslararası çok merkezli büyük bir çalışma olan ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) yürütülmeye başlanmıştır. Üç fazlı olan ISAAC çalışmasında Faz 1'in amacı farklı coğrafik bölgelerde yaşayan çocuklarda alerjik hastalıkların sıklığını ve ağırlığını belirlemektir. Bu verilere dayanarak muhtemel etiyolojik faktörleri araştırmak için Faz 2 ve sıklıktaki değişimi değerlendirmek için Faz 1'in tekrarı olarak Faz 3 yapılmaktadır (38,39).

Gelişmiş toplumlarda ISAAC yöntemi ile astım prevalansı %4-23 arasında bulunmuştur. Ülkemizde ISAAC yöntemi ile yapılan çocukluk çağı prevalans çalışmalarında ise kümülatif astım prevalansı %13.7-15.3 arasında değişmektedir (32,40).

Dünya Sağlık Örgütü astımın ekonomik maliyetinin HIV ve tüberkülozun toplamından daha fazla olduğunu tahmin etmektedir (41,42).

2.1.2 Etiyolojisi

Çocuklarda astım oluşumunda genetik ve sonradan kazanılmış olan kişisel ve çevresel çeşitli faktörler rol oynar (2,7). Anne babadan birinin astımlı olması durumunda çocukta astım görülme riski %20-30'a yükselmekte, anne ve babanın her ikisinin de astımlı olması durumunda bu risk %60-70'e ulaşmaktadır (43,44). Ebeveynlerin birinde astım öyküsü olması çocukta astım riskini iki katına, her ikisinde de astım olması ise bu riski dört katına kadar artırmaktadır (45,46).

İkizlerde yapılan çalışmalarda monozigotlarda, dizigotlara göre çok daha yüksek oranlarda astım görüldüğü bildirilmektedir. Araştırmalar, astımın kalıtsal özelliği olduğunu göstermekle birlikte, kalıtım şekli kesin olarak belirlenememiştir (44).

Astım gelişiminde rol oynayan genetik değişiklikler dört temel alanda meydana gelmektedir:

- a) Alerjene spesifik antikor üretimi (Ig E yapısında),
- b) Havayolu aşırı cevaplılığında etkili olan genler,
- c) Enflamatuvar mediyatörlerin sentezini etkileyen genler (sitokinler, kemokinler ve büyüme faktörleri),
- d) Th1 ve Th2 immün cevap arasındaki dengenin belirlenmesi (hijyen hipotezi ile ilişkili olarak) (43,47).

Hijyen Hipotezi: Yaşamın erken dönemlerinde çeşitli mikroorganizmalara maruz kalma eksikliği ve yüksek hijyen koşullarında bireyin bazı hastalıklarla savaşıma yeteneğinin zayıflaması ve bireyin otoimmün hastalıklara daha duyarlı olmasıdır. Hijyen hipotezine göre; temizliğin artması ve çeşitli enfeksiyonlara maruziyetin azalması sonucu astım ve diğer atopik hastalıklarda artış olduğu ileri sürülmüştür (47,48).

Avrupa’da yapılan epidemiyolojik çalışmalarda köylerde çiftlik hayvanları ile temas halinde olan çocuklarda astım, alerjik rinit ve alerjen duyarlılığı şehirde yaşayanlardan belirgin olarak az bulunmuştur (49). Ailedeki birey sayısı fazla olan, çok sayıda büyük kardeşi olan, erken ve sık enfeksiyon geçiren çocuklarda daha az astım gelişmektedir (1,50). Hijyen teorisi gelişmekte olan ülkelerde kötü hijyen koşullarında yaşayan popülasyonda alerjik hastalıkların, modern yaşam koşullarına sahip toplumlara göre neden daha az görüldüğünü açıklamaktadır (51). Benzer şekilde çocukluk döneminde geçirilen; hepatit A virüsü, kızamık virüsü, mycobacterium tuberculosis enfeksiyonları ve parazit enfestasyonlarının astım ve atopiye karşı koruyucu olduğu gösterilmiştir (7).

Obezite de astım için risk faktörü olarak bulunmuştur. Astımın obezlerde özellikle de obezitesi olan kızlarda daha sık olduğu bilinmektedir. Astım ve obezite modern yaşam tarzının iki salgını olduğu belirtilmektedir (52).

Astımla ilgili oluşturulan birçok ulusal ve uluslararası rehberlerde; astımın tetikleyicileri olarak alerjenler, iritanlar, egzersiz ve sigara içimi, solunum yolu enfeksiyonları ve sinüzit, bazı ilaçlara karşı duyarlılık, gastroözefagial reflü, emosyonel anksiyete ve stres belirtilmektedir (30,53,54).

Aktif ve pasif sigara dumanı maruziyeti astım için risk faktörleri arasında sayılmaktadır. Özellikle fetal yaşamda annenin içtiği sigara dumanına maruz kalan ve yaşamının ilk yıllarında evinde sigara içilen çocuklarda astım ve wheezing gelişme riskinin 4 kat arttığı bildirilmektedir (44,55).

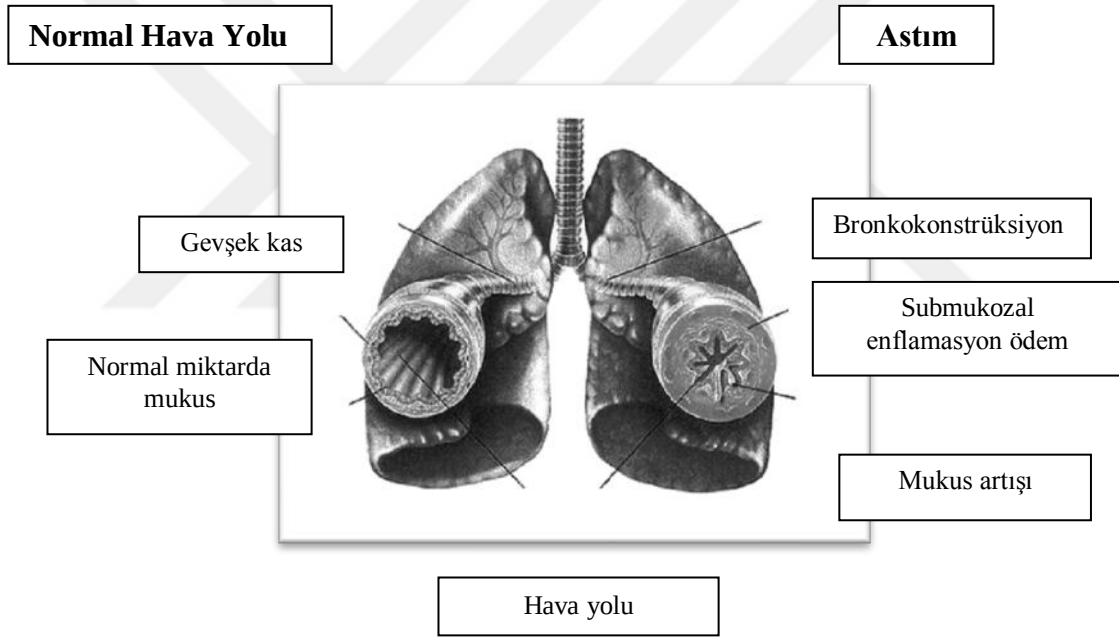
Alerjene maruz kalma, duyarlılık gelişmesi için çok önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır. Kişinin duyarlı olduğu alerjenle karşılaşması astım semptomlarının ortaya çıkmasına ve semptomların kalıcı hale gelmesine yol açmaktadır. İç ortam alerjenlerinden ev tozu akarları, hayvansal alerjenler (kedi, köpek), hamam böceği, mantarlar, dış ortam alerjenlerinden polenler ve mantarlar astım için risk faktörü olarak bilinmektedirler. Astıma ender olarak neden olan diğer etken besinlerdir. Astımı olan çocukların %6-10’unda besin alerjisinin de olduğu belirtilmektedir (2).

Aspirine karşı aşırı duyarlılık astımlı hastaların %5-10 oranında mevcut, kronik rinosinüzit ve nazal polipozis ile ilişkili bir sendromdur. Aspirinin astımı şiddetlendirdiği belirtilmektedir (56).

2.1.3. Klinik Bulgular

Kronik enflamasyon, özellikle gece veya sabahın erken saatlerinde meydana gelen tekrarlayıcı hırıltılı solunum, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi ve öksürük ataklarına neden olan hava yolu aşırı duyarlılığı ile ilişkilidir. Bu belirtiler sırasında akciğerde bronşlarda farklı şiddette daralmalar olur. Bu ataklar kendiliğinden veya tedavi ile geri dönüşlü, değişken bir hava yolu obstrüksiyonu ile birlikte (32,34,40,53,57).

Şekil 1: Normal Hava Yolu ile Astım Arasındaki Fark (58)



Alerjenle karşılaşma sonrası nefes darlığı bulgularının ortaya çıkması, semptomların sıklığı ve şiddetinin mevsimlere göre değişiklik göstermesi, ailede astım veya atopik alerjik hastalıkların olması tanı rehberlerinde başlıca yararlanılan bulgulardır. Bu hastalarda başlıca yakınma nefes darlığı veya wheezingden çok öksürüktür. Daha sıklıkla çocuklarda rastlanır ve tipik özelliklerinden biri de öksürüğün özellikle geceleri artıyor olmasıdır (2).

Kronik öksürük, bazen astımlı olgularda tek başına görülebilmektedir. Kronik öksürük nedenlerini araştıran prospektif çalışmalarda vakaların %6.5-57'sinde astımın sadece

öksürükle ortaya çıktığı saptanmıştır. Bu astım tipine varyant astım denilmektedir (2,25,30,59). Üç haftadan uzun süren öksürüklerde ayırıcı tanıda astım akla gelmelidir. Öksürük genelde nonproduktiftir. Akut astımlı çocuğun balgamı, tedaviye yanıt alınana kadar az ve yapışkandır, sonra bol sulu bir görünüm alır. Astım krizlerinin uzun süre tekrarlanması kronik amfizeme yol açar (30).

Astımda saptanan klinik bulgular, neden olan etkenler, eşlik eden hastalıklar, tedaviye alınan yanıt gibi bir dizi önemli özellik kişiden kişiye değişkenlik gösterebilir. Bundan dolayı astım bir hastalık olmaktan çok bir “sendrom” olarak adlandırılır (13,31).

Astım hastalarının solunum güçlüğü atakları ve öksürükleri gece veya sabaha karşı daha belirgin olur. Bunun nedeni gece ve sabaha doğru akciğerlerin görevinin yavaşlaması, vücut ve solunum yolları ısısının düşmesidir. Ayrıca, yatak odasındaki alerjenler, akşam yemeğinin fazla yenmesi, yatmaya yakın yiyecek ve içecek alınması, yağlı yemek yenmesi ve regürjitasyon da atakları başlatabilir. Tüm bu nedenlerle çocuk uykusundan uyanır ve belirtiler nedeniyle uyuyamaz (2,59).

Uyku bozukluğu ve hipoksiye bağlı olarak, astımlı çocuklarda fiziksel aktivitede azalma ve genel yorgunluk hali görülebilir. Efor kapasiteleri azalan çocuklar, fiziksel aktivitelerde akranlarıyla rekabet etmekte zorluk çekebilirler (60). Astımlı bir çocukta atak dışında, muayene bulguları tamamen normal iken, atak sırasında hava yolu obstrüksiyonunu gösteren ekspiratuar whezing, ekspiryumun uzaması, takipne, siyanoz, taşikardi, yardımcı solunum kaslarının solunuma katılması, substernal, interkostal çekilmeler, burun kanatlarının solunuma katılması, göğsün ekspansiyonu gibi astımın tipik klinik bulguları görülebilir (60,61).

Astımlı hastaların çoğunda rinit semptomları da vardır. Semptomların gün içinde veya mevsimsel değişkenlik göstermesi, sis, duman, çeşitli kokular veya egzersiz gibi nedenlerle tetiklenmesi, geceleri artış olması ve uygun astım tedavilerine yanıt vermesi astım tanısını destekler (55).

Astımda ayırıcı tanıda gözden geçirilmesi gereken hastalıklar hastanın yaşına göre farklı özellikler taşır. Çocukluk yaş gruplarına göre (34);

a) 5 yaş altı çocuklar

Erken çocukluk döneminde astım tanısı ağırlıklı olarak klinik değerlendirme ve fizik inceleme üzerine kuruludur. En sık belirlenen bulgular öksürük ve hışıltıdır. Hışıltılı çocuklarda tekrarlayan ve persistan hışıltıya sebep olan astım dışı nedenlerin mutlaka araştırılması gerekir. Beş yaş altı çocuklarda hışıltının karakterine göre çocuklar

gruplandırılarak incelendiğinde gelecekte astım gelişmesi ile ilgili bazı ipuçları yakalamak mümkün olabilir.

- 1) Geçici erken wheezing:** İlk üç yaşta ortaya çıkıp kaybolan wheezing genellikle prematürite ve ebeveyn sigara içimi ile ilgili bulunmuştur.
- 2) Persistan erken başlangıçlı wheezing (<3 yaş):** Bu çocuklarda genellikle akut üst solunum yolları ile ilgili tekrarlayan wheezing olup beraberinde sıklıkla atopi ve ailede alerjik hastalık hikayesine rastlanmaz. Semptomlar genellikle okul çağında da devam eder, bazılarında semptomlar 12 yaşında da devam etmektedir. İki yaş altı çocuklarda sıklıkla respiratuvar sinsitiyal virüs daha büyüklerde ise rinovirüs başta olmak üzere diğer viral etkenlerle wheezing gelişir.
- 3) Geç başlangıçlı wheezing:** Üç yaş sonrası başlayan semptomlar sıklıkla çocukluk ve erişkin çağda da devam eder. Genelde özgeçmişlerinde atopi, sıklıkla atopik dermatit ve ailede alerjik hastalık hikayesi vardır. Solunum yollarındaki patoloji astım ile uyumludur.

b) 5 yaş üzeri çocuklar ve genç erişkinlerde

Dikkatli bir sorgulama ve fizik inceleme eşliğinde solunum fonksiyon testleri ile reversibilite, variabilite (değişkenlik) veya hava yolları aşırı duyarlılığının gösterilmesi ile astım tanısı konur. Ancak aşağıdaki alternatif tanıların göz önünde bulundurulması önerilir.

- Hiperventilasyon sendromu ve panik ataklar
- Üst solunum yolu obstrüksiyonu ve yabancı cisim inhalasyonu
- Vokal kord disfonksiyonu
- Diğer obstrüksiyon ile seyreden akciğer hastalıkları: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH)
- Obstrüksiyon ile seyretmeyen akciğer hastalıkları: Difüz Parenkimal Akciğer Hastalığı
- Akciğer dışı nedenler: Sol Kalp Yetmezliği

Astım sık görülen bir hastalık olduğundan tek başına görülebildiği gibi yukarda söz edilen diğer hastalıklarla birlikte de görülebilir. Başka hastalıkların eşlik etmesi astım tanı, izlem ve kontrolünü zorlaştırır. Hem astım, hem de komorbid hastalığın tedavisi ile semptomlar kontrol altına alınabilir.

Şekil II: Tedavi Öncesinde Klinik Bulgulara Göre Astım Şiddetinin Belirlenmesi (50)

İntermitan • Semptomlar <1 kez/hafta • Kısa alevlenmeler • Gece semptomları ≤ 2 kez/ay • FEV1 veya PEF $\geq \%80$ • PEF veya FEV1 değişkenliği/variabilitesi < %20	Orta Persistan • Semptomlar hergün var • Alevlenmeler aktivite ve uykuyu etkileyebilir • Gece semptomları >1 kez/hafta • Günlük kısa etkili inhaler β_2-agonist kullanımı var • FEV1 veya PEF %60-80 arasında • PEF veya FEV1 değişkenliği/variabilitesi >%30
Hafif Persistan • Semptomlar >1 kez/hafta ama <1 kez/gün • Alevlenmeler aktivite ve uykuyu etkileyebilir • Gece semptomları >2 kez/ay • FEV1 veya PEF $\geq \%80$ • PEF veya FEV1 değişkenliği/variabilitesi <%20-30	Ağır Persistan • Semptomlar hergün var • Sık alevlenmeler var • Sık gece semptomları var • Günlük aktivitelerde kısıtlanma var • FEV1 veya PEF $\leq \%60$ • PEF veya FEV1 değişkenliği/variabilitesi >%30

Şekil III: Çocuklarda Akut Astım Atağının Değerlendirilmesi (62)

Semptomlar	Hafif	Orta	Ağır	Solunum Yetmezliği
-	Yürürken ortaya çıkar	Konuşurken ortaya çıkar	İstirahatte nefes darlığı vardır.	-
-	Hasta yatabilir.	Tiz ve ince sesle kısa süreli ağlar, beslenme zorluğu olur.	Beslenemez.	-
-	-	Yatamaz oturmayı tercih eder.	Öne doğru eğilmeyi tercih eder.	-
Bilinç Durumundaki Değişiklikler	Yok	Huzursuz	Huzursuz, uykuya meyilli	Bilinci bulanık
O2 satürasyon	>%95	%91-95	<%90	-
Konuşma	Cümleler kurarak konuşur	2-3 kelime	kelimelerle	-
Hışıltı	Sadece exp.	kaba	Genellikle kaba	Hışıltı yok
Solunum sayısı	Artmış	Artmış	Genellikle >30/dk	
Normal solunum sayısı	Yaş <2 ay <60/dk 2-12 ay <50/dk 1-5 yaş <40/dk 2-8 yaş <30/dk Solunum sayısı			
Solunuma yardımcı kasların kasılması	yok	genellikle	genellikle	Torako-abd paradoksal solunum
Nabız	<100/dk	100-120/dk	>120/dk	Bradikardi
Normal değerler	2-12 ay normal < %160/dk 1-2 yaş normal < %120/dk 2-8 yaş normal < %110 /dk			
Santral Siyanoz	Yok	Olabilir	Var	-
PEF bronkodilatör sonrası	>%80	%60-%80	<%60	-

2.1.4. Astım Atağının Oluşmasına Neden Olan Faktörler

Astım tanılı tüm hastalarda atak gelişme riski olduğu gibi astım atağını başlatan faktör ve atağın şiddeti değişken olabilir. Ani ortaya çıkan ataklardan çoğunlukla viral enfeksiyon veya alerjen gibi bir tetikleyiciyle temas sorumlu iken, düzenli kullanılan antienflamatuvar tedavinin yetersiz kaldığı durumlar, çoğunlukla yavaş ilerleyen ataklardan sorumlu tutulur (15,63).

Orta ve ağır persistan astım sınıfına giren çocuklar, daha önce ağır ve hayati tehdit edici atak geçirmiş olanlar, son bir yılda 2 den fazla acil servis ve hastane başvurusu olanlar, sık kısa etkili kullanma ihtiyacı hisseden çocuklar, yüksek doz inhale steroid yada sistemik steroid alanlar, tedavi ve izlem sorunu olan hastalar akut atak için yüksek risk grubundadırlar (21).

Astımın en yaygın tetikleyicileri ev akarları, hayvan kürkleri, polen, sigara dumanı, soğuk hava ve göğüs enfeksiyonlarıdır (64).

Son yıllarda obezite, astım ve atopi prevalansı birlikte artış göstermektedir. Son 20-30 yılda, özellikle sosyoendüstriyel açıdan gelişmiş toplumlarda, çevre şartları ve yaşam tarzındaki değişim obezite, astım ve atopi prevalansında artışa yol açmıştır (65).

Şekil IV: Astım Gelişmesinde Rol Oynayan Risk Faktörleri (50)

Genetik faktörler

- Atopi gelişmesine yatkınlık yaratan genler
- Havayolu aşırı duyarlılığının gelişmesine yatkınlık yaratan genler

Cinsiyet

Obezite

Çevresel faktörler

Alerjenler

- Ev içi: Ev içi akarları, kürklü hayvanlar (köpek, kedi, fare), hamamböceği alerjeni, mantarlar, küf, mayalar
- Ev dışı: Polenler, mantarlar, küf, mayalar,

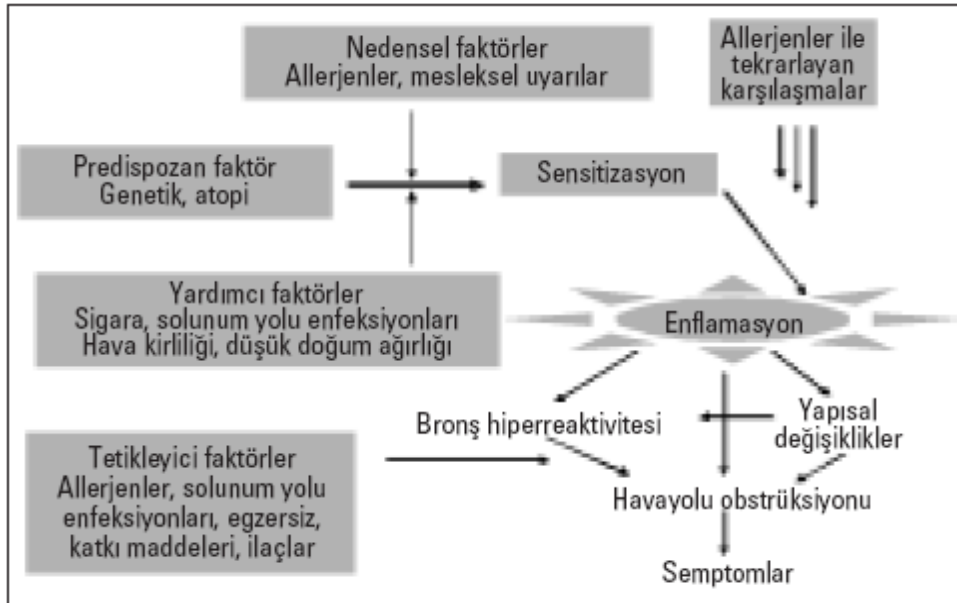
Enfeksiyonlar (öncelikle viral)

Mesleksel duyarlaştırıcılar

Sigara dumanı

- Pasif içicilik
- Aktif içicilik

Ev dışı/ev içi hava kirliliği

Şekil V: Enflamasyon, Hava Yolu Duyarlılığı ve Semptom İlişkisi (32,34,40,49)

2.1.4.1. Konakçıya Ait Risk Etmenleri

Genetik yatkınlık: Astımlı bireylerin çocuklarında benzer fenotipten astım görülme sıklığı sağlıklı bireylerin çocuklarına göre daha sıktır (32,66). Astım duyarlılığına yol açmada 5. 6. 11. 12. ve 13'üncü kromozomların rolü olduğu öne sürülmektedir (32,67).

İkizlerde yapılan çalışmalarda tek yumurta ikizlerinden birinde astım olduğunda diğerinde görülme riski 17.9 kat fazla iken, çift yumurta ikizlerinde 2-3 kat fazladır. Genetik yapının astım için risk faktörü taşıma bakımından çok önemli bir yeri olduğu kesindir (68).

Atopi ve havayolu aşırı duyarlılığı: Atopi bireyin çevresel alerjenlerle teması halinde yüksek miktarda IgE antikor yapması olarak tanımlanır (44,69). Atopi varlığı toplam veya spesifik IgE ölçümleri ve deri testi ile kanıtlanır ve bireyleri astıma yatkın kılan önemli bir özelliktir. Toplumsal çalışmalar astımın %50'sinin atopiye bağlı olduğunu ortaya koymaktadır. Ebeveynlerde havayolu aşırı duyarlılığı ve atopi birlikte varsa çocuklarının astım olma olasılığı yüksektir. Atopik annelerin bebeklerinde astım ortaya çıkması atopik babalarinkine oranla çok daha fazladır (32). Çocukluk çağı astımında atopi oranı %80-90'dır (13,25).

Cinsiyet: Çocukluk çağı astımı erkeklerde daha fazla görülür. Bu durum erkek çocukların daha dar hava yollarının olması, daha yüksek IgE değerleri olması ile ilişkilidir. On yaşından itibaren her iki cinsin havayolu çapı/uzunluğu eşitlendiği için görülme sıklığı eşitlenir. Erkek çocukların puberte ile göğüs kafesinde görülen değişiklik, ileride daha az astım görülmesinde yapısal bir rol oynayabilir. Böylece erişkin yaşlarda kadınlarda astım daha sık görülebilir (32, 47).

İrk ve etnik grup: Irksal prevalans farklılıkları görünüşte var gibi görünse de, bu farklılığın sosyoekonomik ve çevresel etkenlere bağlı olduğu görüşü yaygındır (32,36,67). ABD’de yapılan son çalışmalar astım prevalansının siyah ırkta 2.5 kat fazla olduğunu ortaya koymuştur (68).

2.1.4.2. Çevresel Risk Etkenleri

Genetik zemini değiştirmek ve hastalığı tedavi ile ortadan kaldırmak mümkün olmadığından, dikkatler daha çok astımın ortaya çıkmasına neden olan çevresel risk faktörlerinden korunma ve klinik durumu kontrol altına almaya çekilmektedir. Genetik yatkınlık olsun veya olmasın astımın çevresel etkenlerle tetiklenmesi ve ataklarla seyretmesi nedeniyle, tetikleyicilerin bilinmesi astım gelişmesinin ve atakların önlenmesi açısından önemlidir (70,71).

Alerjenler: Astım olguların yaklaşık %35-%55’inde alerjik komponent tanımlanabilmektedir (49). Alerjenler yiyecek alerjenleri, iç ortam alerjenleri; ev akarları, hayvan alerjenleri, hamam böceği, küf mantarları ve dış ortam alerjenleri; polenler, küf mantarları olarak sınıflandırılabilir. Küçük bebeklerde inek sütü, yumurta, buğday, soya, balık, fıstık gibi yiyecek alerjenleri etkindir. Oyun çocuklarında ise daha hareketli olduklarından ev tozu akarları, küfler ve hayvan tüyleri gibi alerjenler daha sık atağa neden olurlar. Polenler, daha büyük çocuklarda astım atağını başlatırlar. Ayrıca hastanın alerjik olduğu böcek alerjenleri (hem ısırarak hem de inhalasyon yolu ile) ve ilaçlar da etken olabilir. Aspirin en sık semptomlara neden olan ilaçtır (2,32).

Ev akarları: Ev tozu akarları tüm dünyada en yaygın alerjendir. Ülkemizde sahil kesimlerinde ev tozu akarları duyarlılığı, iç ve yüksek kesimlere oranla daha sık saptanmaktadır. Ev içi alerjenleri içinde yer alan ev tozu akarları, mikroskop altında görülebilen canlılar olup halılar, yatak, yorgan, battaniye ve kumaşla kaplı mobilyalarda kendilerini tekstil lifleri arasında derinlere gömerek yaşarlar (72).

Akarlar, solunum sırasında bronkokonstrüksiyona neden olmaktan, IgE düzeyini arttırmaktan ve astım semptomlarının uzun sürmesinden sorumlu en önemli tetikleyicidir. Bu duruma akarların sindirim sistemindeki enzimleri ve dışkıları neden olmaktadır. Genellikle

halılar, yatak, yastık, koltuk döşemeleri ve tüylü oyuncaklarda yoğun olarak bulunurlar ve insan deri artıkları ile beslenirler. Akar alerjenleri yere çökmüş haldedirler. Yüzeyin süpürülmesi, çırpma gibi işlemlerden yaklaşık 15 dk sonra akar alerjenlerinin %10-20'sinin havada asılı kaldığı bilinmektedir (32,55).

Bebeklik dönemindeki maruziyette oran düşük olsa bile duyarlılık gelişebilmektedir. Ancak sadece bebeklik veya erken çocukluk döneminde değil daha sonraki yaş döneminde de artan akar maruziyeti semptom oluşmasına neden olabilmektedir. Ev tozu akarı duyarlılığı olan astımlı olgularda yakınmalar yıl boyudur ve hastaların yakınmaları iç ortamda özellikle gece daha belirgindir (49).

Sporik ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmaya göre (1995); bebeklikte yüksek oranda ev tozu akarına maruz kalan ve rutubetli ortamda yaşayan çocuklar ile düşük oranda ev tozu akarına maruz kalan çocukların astım ve hışıltılı solunum prevalansı arasında büyük bir fark saptanmıştır (Akt: Sabuncular, 2013) (47).

Genel popülasyonun %10'unun, allerjik astımlıların %90'ının toz akarlarına duyarlı olduğu, Amerika'da yapılan son çalışmalarda ise astımlı genç bireylerin % 45'inin ev tozuna karşı alerjisi olduğu bildirilmiştir (73).

Hayvan alerjenleri: Evlerde beslenen kedi, köpek gibi hayvanların tüy, epitelyum döküntüleri, anal sekresyonları fazla miktarda alerjen içermekte ve endotoksinlerinin astıma neden olduğu bilinmektedir. Duyarlılaşma hayvanla temasın başlamasından 6–12 ay sonra başlar ve hayvanın uzaklaştırılmasına rağmen aylar hatta yıllar boyu devam edebilir (32).

Hamam böceği: Son 30 yılda bir iç ortam alerjeni olan hamamböceğinin allerjik hava yolu hastalıklarında önemli rolü olduğu gözlenmiştir. Feçesi, salyası, yumurtaları ya da deri döküntülerinin astım ataklarını tetiklediği bilinmektedir. Astımlı olgularda hamam böceği duyarlılığının; düşük sosyoekonomik düzey ve sağlıksız konut koşullarında yaşayanlarda daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ülkemizde hamam böceği duyarlılığı %25 oranında saptanmış ve akar duyarlılığı ile birlikteliği fazla bulunmuştur (32,41).

Küf mantarları: Küf mantarları gözle görülmeyen allerjik etkisi olan sporlar üretirler. Ev dışında (çürüyen bitkiler üzerinde veya havada) bulunabilecekleri gibi ev içinde (evin güneş görmeyen nemli yerlerinde) de bulunabilirler. Polenler gibi atmosferdeki spor sayısı hava koşullarına bağlıdır. Havanın sıcak ve nemli olduğu zamanlarda (yazın sonlarına doğru ve erken sonbaharda) en fazladır (74). En çok üredikleri yerler bodrum katları, karanlık ve az havalandırılan yerler, pencere pervazları, mutfak, banyo perdeleri, kiler, çöplük, ahır, tarla, bahçeler, deri, hasır eşya, sızıntılı duvar köşeleri, duvar kağıtları, ev bitkilerinin saksılarıdır. Sobalı evlerde küf yoğunluğu daha fazladır (32).

Polenler: Polenler dış ortamda astımı tetikleyen başlıca etkenlerdir. Çayır (grass), ağaç ve yabani ot (weed) polenleri başlıca sorumlu alerjenlerdir. Polenlerin mevsimsel dağılım göstermesi, bu duyarlılığı gösteren olgularda da mevsimsel yakınmaların oluşmasına neden olur. Bu olgularda, mevsimsel olarak duyarlı oldukları polenin atmosferde bulundukları dönemde astım semptomları ortaya çıkar. Polen mevsiminin sona ermesi ile birlikte bu olguların yakınmaları da kaybolur. Atmosferdeki polen sayısı 25-50 partikül/m² olduğunda duyarlı kişilerde semptom ortaya çıkmaktadır (32,49).

Her bitki için polen yayma dönemi belirlidir. Ağaç polenleri genellikle Şubat-Mart, çim polenleri Nisan-Temmuz ortasına kadar, yabani ot polenleri ise yaz sonu ve genellikle sonbaharda ortaya çıkar (36).

Enfeksiyonlar: Özellikle ilkbahar, sonbahar ve kış mevsimlerinde viral enfeksiyonlar astım atağını en sık tetikleyen faktörlerdir. Bunlar içinde Respiratuar Sinsisyal Virüs (RSV), Parainfluenza virus ve Rinovirüs en önemlileridir (32,42).

Hastaneye yatırılan ve RSV olduğu belgelenen çocuklarda yapılan çalışmada, bu hastaların yaklaşık %40'ında hışıltılı solunumun devam ettiği veya geç çocukluk çağı astımının ortaya çıktığı gösterilmiştir (15,49).

Egzersiz: Egzersiz özellikle çocuklarda olmak üzere her yaş grubunda astım için genel bir predispozan faktördür. Özellikle soğuk ve kuru havada yapılan ağır egzersiz sonrası solunum yollarından ısı ve sıvı kaybı sonucu astımlı hastalarda bronkokonstriksiyon oluşabilmektedir (36,49). Soğuk havalarda ani olarak başlanan egzersiz, astım semptomlarının ortaya çıkmasına veya artışına yol açabilmektedir (49). Egzersize bağlı bronkospazm, ağır vücut hareketlerinden 5-15 dk sonra ortaya çıkan ve orta ağır derecede olabilen havayolu obstrüksiyonudur (32). Bu durumun astımlı çocukların %90'ında, astımı olmayan atopik fertlerin %40'ında ve normal fertlerin %3'ünde olduğu bildirilmektedir (75).

İklim faktörleri: Soğuk ve kuru hava vagal refleksi uyarak astım atağına neden olur. Havanın ıslığı ve nem oranındaki ani değişiklikler de atağı başlatabilir Astım hastalarının özellikle yılın üç ayında (Ocak, Mayıs, Eylül) yüksek risk altında oldukları belirtilmektedir (32).

Sigara: Sigara kullanımı astımlı hastalarda akciğer fonksiyonunun azalmasını hızlandırmakta, astım şiddetini artırmakta, hastaları inhale ve sistemik glukokortikosteroid tedavilerine daha az yanıt verir duruma getirmekte ve astımın kontrol altına alınması olasılığını azaltmaktadır (34,36,49). Annenin gebeliğin son 3 ayında sigara içmesinin çocukta bağışıklığı baskıladığı ve plasentada IgE seviyesini yükselttiği bilinmektedir (32). Ayrıca sigara kullanan annelerin

bebeklerinde yaşamın ilk yıllarında hışıltılı solunum ile seyreden hastalık gelişme riski 4 kat yüksektir (49).

Pasif içicilik olarak tanımlanan sigara dumanına maruz kalma ise hem alerjik duyarlılığa neden olmakta hem de astım şiddetini arttırmaktadır (32). Günde en az 1 paket sigara içen annelerin çocuklarında alt solunum sistemine ilişkin semptom gelişme riski 1.4-2.8 kat daha fazla bulunmuştur (75).

Hava kirliliği: Artan çevresel hava kirliliği alerjik hastaların sıklığının artmasında önemli bir faktördür. Üretimde kullanılan katı ve sıvı yakıtların çıkardığı duman içerisindeki zararlı maddeler ve şehirleşme ile birlikte artan araç yoğunluğunun ortaya çıkardığı egzoz gazı hava kirliliğine yol açmaktadır (32,74). Ev içinde sigara dumanı, ısıtma için kullanılan gaz yakıtlarının dumanı da astım gelişimini etkilemektedir. Ayrıca yapı ve mobilya malzemeleri, yapıların oturduğu zemin, biyoaerosoller (yemek buharları, küf, akar vb.) ağır metaller diğer ev içi hava kirletici kaynaklardır (36).

Psikolojik faktörler: Psikolojik etkenler, hastalarda uyarı algı arasındaki ilişkiyi anlamlı bir şekilde etkileyebilmektedir. Anksiyeteli hastaların solunumsal uyarılara karşı daha yüksek duyarlılık gösterdikleri saptanmıştır. Astımlı hastalarda semptom yoğunluğunun, gelişen bronkospazma bağlı olmayıp, hastanın içsel algı karakteristiğine bağlı olduğu ileri sürülmektedir. Semptom algısı yüksek olan astımlıların daha çok ilaç kullanmaya ve dolayısıyla daha fazla yan etki görülme riskine ve daha fazla sağlık harcamaları yapmaya eğilimli oldukları görülmüştür. Semptom algısı az olan astımlılarda ise hastalığın tedavisiz kalma ve akut hayatı tehdit eden ciddi ataklar geçirme riskinin yüksek olduğu bilinmektedir. Astımlı çocuklarda psikolojik sorunların sık olduğu, davranış problemleri, anksiyete, depresyon ve emosyonel problemlere daha sık rastlandığı belirlenmiştir (76).

Diğer faktörler: Boyalar, parfümler ve evde kullanılan kimyasallar astım ataklarını ortaya çıkarabilir (32).

2.1.5. Astım Tanısı

Astım tanısı anamnez, fizik muayene, solunum fonksiyon testi ve diğer laboratuvar tetkikleri ile konulur. Astımın sıklığı ve şiddeti büyük ölçüde kişiden kişiye ve aynı kişide farklı zamanlar arasında değişkenlik gösterebilir (36). Bu nedenle, ilk kez yapılan muayene veya solunum fonksiyon testlerine dayanarak astım tanısı koymak doğru değildir (36,49).

Tanı aşamasında destekleyici olması açısından yapılan solunum fonksiyon testleri birinci saniyedeki zorlu ekspiratuvar volüm (FEV1) ve tepe ekspiratuvar akım hızı Peakflow: (PEF), non-spesifik bronş provokasyon testi, akciğer radyogramı ve alerji testleri de dikkate alınmalıdır (34,77).

Anamnez: Astım tanısının temeli anamneze dayanmaktadır. Dikkatli bir anamnezle hastaların büyük çoğunluğunda astım tanısı konulabilir (36). Anamnezde, semptomlar, semptomların özelliği, tetikleyici faktörler, ilaç kullanımı, aile öyküsü, sosyal öyküsü (eğitim düzeyi, evin durumu, sigara maruziyeti, rutubet), egzersiz veya hava şartlarının etkileri ve günlük yaşantıda semptomların bireye ve ailesine etkisi sorgulanır (34,36). Astım şiddetinin belirlenmesi açısından, hastanın konuşması da anamnez alırken değerlendirilmelidir (36).

Özellikle inatçı nitelikte ve gece uykudan uyandırabilen öksürük atakları, tekrarlayan solunum sıkıntısı ve hışıltı atakları yakınmaları astım tanısı koymada yardımcıdır (13). Ailede astım öyküsünün bulunması ve atopik hastalıkların varlığı tanıyı koymaya yardımcı olan diğer özelliklerdir. Bazı duyarlı bireylerde, polen, küf mantarları gibi mevsimsel artış gösteren etkenlerle astım alevlenebilir (34).

Ayrıca cevabı olumlu olduğu takdirde astım düşünülmesi gereken sorularda hastaya sorulmalıdır. Bunlar (50);

- Hastada bir kez ortaya çıkan ya da tekrarlayan hışıltılı solunum var mı?
- Hastada geceleri sorun yaratan bir öksürük var mı?
- Hastada egzersiz sonrasında öksürük ya da hışıltılı solunum meydana geliyor mu?
- İnhalasyonla alınan alerjenlere ya da hava kirliliğine maruz kalma sonrasında hastada hışıltılı solunum, göğüste sıkışma hissi ya da öksürük meydana geliyor mu?
- Hastanın soğuk algınlığı “ göğsüne iniyor” ya da iyileşmesi 10 günden fazla sürüyor mu?
- Semptomlar uygun astım tedavisiyle düzeliyor mu?

Fizik inceleme: Fizik muayene bulguları hastalığın şiddetine göre değişmekte olup sabah ve ilaç alınmadan önce yapılmalıdır. Öncelikle hastanın yaşam bulguları, nabız ve solunum sayısı değerlendirilir. Semptomatik hastalarda ekspiryum uzaması ve ronküsler saptanabilir. Muayenede yardımcı solunum kaslarının kullanımı, interkostal çekilme, siyanoz ve dalgınlık görülebilir. Fizik muayenede ayrıca cilde ait bulguların (ürtiker, anjiödem, atopik dermatit) saptanması, üst solunum yollarının muayenesinde polip, rinosinüzite ait bulguların olması astıma eşlik eden durumlar hakkında bilgi verebilir (36,78).

Hasta semptomatik değilse solunum sistemi muayenesi normal bulunabilir fakat fizik incelemenin normal olması astım tanısını dışlamaz. Solunum sesleri normal bulunan bazı astımlı hastalarda oskültasyon sırasında zorlu ekspirasyon yaptırılırsa ronküs işitilebilir.

Anamnez ve fizik inceleme sırasında hemen her derin inspirasyondan sonra öksürük gelişmesi, hava yolu duyarlılığının indirekt göstergesidir ve astımı düşündürür. Ciddi astım ataklarında ileri derecede azalmış ventilasyon ve hava akımı nedeniyle ronküs ve hışıltı duyulmayabilir. Bu durumdaki hastalarda atağın ciddiyetini gösteren siyanoz, uyku hali, konuşma güçlüğü, taşikardi, yardımcı solunum kaslarının kullanımı ve interkostal çekilmeler gibi diğer fizik inceleme bulguları gözlenir (34,49,50,79).

Solunum fonksiyon testleri: Astım tanısı ve izlemi için sıklıkla solunum fonksiyon testleri kullanılır. Bu testler, astımın varlığını, derecesini ve tedaviye yanıtı objektif olarak değerlendirmeyi sağlar (1).

Çocuk ile etkin bir iletişim kurulabilen yaştan itibaren, hastalığın tanısı ve izlemi hakkında önemli bilgiler veren testtir. Test sırasında çocuktan derin bir inspiryumun ardından hızlı, güçlü ve uzun bir ekspiryum yapması istenir. Bu test genellikle altı yaşından büyük çocuklara güvenli şekilde uygulanabilir. Spirometre ile en sık ölçülen parametreler, zorlu ekspiratuvar birinci saniye hacmi (FEV1), zorlu vital kapasite (FVC) ve zirve akım hızı (PEF) ölçümüdür (1,34).

Astımın erken tanısında FEV1/FVC oranı iyi bir göstergedir. Bu oranın sağlıklı yetişkinlerde %75-80'nin, çocuklarda %90'ın üzerinde olması beklenir. Bunun altındaki değerler solunum yollarında obstrüksiyonu gösterir (35,36). Astımdaki obstrüksiyonun en önemli özelliği geri dönüşlü olmasıdır. Bronkodilatör öncesi ve sonrası için yapılan spirometrik testlerle belirlenen geriye dönüş astım tanısı için önemlidir (1).

Radyolojik çalışmalar: Akciğer grafisi genellikle normaldir. Ancak havalanma artışı nedeniyle bazen diyafragmada düzleşme olabilir (34).

Deri testleri: Astımlı çocukların %60'ı atopik olduğu için alerjik duyarlılık testleri yapılır. Çocuklarda ev tozu akarı, hayvan tüyü, ve ağaç polenleri gibi antijenlere karşı spesifik IgE yapımı 1-3 yaş arasında başlamaktadır (34).

2.1.6. Astım Tedavisi

Astım kişiden kişiye etiyolojik faktörleri, klinik görünümü, şiddeti, doğal seyri ve tedaviye yanıtı farklılıklar gösteren, aynı kişide de zaman içinde önemli oranda değişimler gösteren kronik bir hastalık olduğu için tedavisinde kişiye ve duruma göre değişebilen dinamik bir yapı gerektirmektedir. Bunun için her hastanın kendine özel bir tedavi planı olmalıdır (2).

Astım tedavisinin genel ilkeleri şunlardır (50,80):

- 1) Kronik ve hastaya sıkıntı veren belirtilerin önlenmesi
- 2) Normal solunum fonksiyonunun sürdürülmesi

- 3) Normal aktivitenin sürdürülmesi
- 4) Astım ataklarının önlenmesi, acil tedavi ve hastaneye yatış ihtiyacının en aza indirilmesi
- 5) Astım ilaçlarının yan etkilerinden korunma
- 6) Geriye dönüşümü olmayan hava yolu daralmasının gelişmesinin önlenmesi
- 7) Astımdan ölümlerin önlenmesi

Astımda tedavinin amacı hastalık semptomlarının kontrol altına almak, astım ataklarının şiddetini ve sayısını azaltmak, astıma bağlı mortaliteleri önlemek, çocuğun okulda aile ve toplum içinde günlük yaşamını ve aktivitesini normale yakın bir düzeyde tutmak, ilaçlara ait yan etkileri engellemek ve tüm bu süreç içerisinde çocuğun bedensel ve ruhsal gelişiminin etkilenmesini önlemektir (2).

Astımlı bir çocuğun tedavisi planlanırken sadece farmakolojik tedavi düşünülmemelidir. Hastalığı kontrol altına almak için hastanın ve ailesinin eğitimi, alerjenlerden korunma, düzenli klinik kontroller ile başarılı bir astım tedavisi sağlanabilir (2,7,25,35).

Uygulanan tedavi ile hastaneye başvurular en aza inmeli, bronşiyal hiperaktivite azaltılarak solunum fonksiyonları normale getirilebilmelidir (2).

a) Hasta Eğitimi: Astımda hasta eğitiminin hastalık kontrolü ve hasta uyumu üzerinde önemli bir katkısı olduğu bilinmekte ve birçok çalışma sonucu da bunu desteklemektedir. GINA 2009 revizyonunda; hasta eğitiminin sağlık bakım profesyonelleri tarafından verilmesi ve bu eğitime ek olarak, küçük yaş gruplarında ebeveynleri ve bakım verenleri, adolesan yaş grubunda ise akran destek gruplarını da içermesi önerilmektedir (15,75,36). Çocuklarda bu şekilde takiple astım morbiditesinin azaltıldığı gösterilmiştir (26,72).

Astım eğitimi çocuk ve ailenin kendi kendini yönetmesi esasına dayandırılır. Çocuğun astım belirtilerinin üstesinden gelebilmesi ve önerilen planı uygulayabilmesi için ailenin tümünün ortak çaba göstermesi. Astım yönetimi eğitimi düzenli ve sistematik bir yol izler. Hastalıkla ilgili yanlış inançları düzeltme ve kendini koruma algısını arttırmayı hedefler. Amaç bireyin sadece belirtilerine tepki göstermesi yerine, astımdan korunmayı alışkanlık haline getirmesi, evdeki ortamını ve çevresiyle etkileşimini düzenleyecek değişimleri sağlamasıdır (72).

Astımlı hastalara aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir (34,36,54):

- Astım hastalığı ile ilgili temel bilgiler
- Astım ilaçlarının türleri, etkileri ve yan etkileri
- İnhalasyon teknikleri ve PEF metre kullanımı

- Semptom ve atakların önlenmesi
- Risk faktörlerine yönelik alınacak önlemler
- Astım kontrolünün izlenmesi
- Gevşeme teknikleri
- Tıbbi yardıma ihtiyaç duyduğunda ulaşabileceği kurumun iletişim bilgileri

Astım eğitim programının başarılı olabilmesi için astım tedavisinde sağlık ekibi ile hasta arasında işbirliğinin olması ve eğitim içeriğinin bireysel olması gerekir. Astımlı hastalar, eğitim sonrası gece ve gündüz semptomlarının olmamasını, astım ataklarından ve ilaç yan etkilerinden korunmayı, egzersiz düzeyinde kısıtlanma olmamasını ve akciğer fonksiyonlarının en iyi düzeyde olmasını beklemektedir (7,36).

b) Çevresel kontrolün sağlanması: Astım tedavisinin en önemli adımlarından biri tetikleyen faktörlerin saptanıp (alerjenler, viral enfeksiyonlar, hava kirleticiler ve ilaçlar gibi), ortamdan uzaklaştırılmasıdır. Bu sayede atak sayısı, semptomlar ve ilaç kullanımı azalabilir. Çevresel kontrolün sağlanması aynı zamanda sekonder profilaksi olarak da adlandırılmaktadır (15,54).

c) İlaç Tedavisi: Çocuklarda astım tedavisinde kullanılan kontrol edici ilaçlar (inhale ve sistemik steroidler, lökotrien reseptör antagonistleri, uzun etkili teofilin, kromonlar, uzun etkili beta-2 agonistler) ve semptom giderici ilaçlar (kısa etkili beta-2 agonistler, teofilinler, antikolinergikler) olarak iki gruba ayrılır. Astım tedavisinde kontrol edici ilaçlardan ilki inhaler glukokortikosteroidler (İKS)'dir . İKS'ler çocuklarda tüm yaş gruplarında önerilen en etkili kontrol edici tedavidir (27).

İlaç tedavisi ile kronik enflamasyonun kontrol altına alınması ve bronş düz kas spazmının düzeltilmesi hedeflenir (2).

Astım tedavisi inhalasyon yoluyla, oral ya da parenteral (subkutan, intravenöz ya da intramüsküler enjeksiyon) olarak uygulanabilmektedir. İn hale tedavinin başlıca avantajı anlamlı ölçüde düşük sistemik yan etki riskiyle, ilaçların doğrudan hava yollarına verilmesini ve bu bölgelerde daha yüksek lokal konsantrasyonlara ulaşabilmesini sağlar (50).

Şekil VI: Çocuklarda Kullanılan İnhaler Cihazlar (27)

Yaş grubu	Tercih edilen cihaz	Alternatif cihaz
4 yaştan küçük	Ölçülü doz inhalerlerin maskeli uygun aracı cihaz ile kullanımı	Yüz maskesi ile nebulizer tedavi
4-6 yaş	Ölçülü doz inhalerlerin ağız parçalı uygun aracı cihaz ile kullanımı	Yüz maskesi ile nebulizer tedavi
6 yaştan büyük	Kuru toz inhaler veya ölçülü doz inhalerlerin uygun aracı cihaz ile kullanımı	Ağız parçasıyla nebulizer tedavi

Astım tedavisinde inhaler tedavi tüm yaş grupları için önemlidir. Etkili tedavi için farklı yaş gruplarına yönelik farklı inhaler gereksinimi vardır ve tedavi bireyselleştirilmelidir. İnhalasyonla alınan ilacın akciğere dağılımı ve dolayısıyla etkinliği inhalasyonun şekli, aerosolün özellikleri ve kişiye ait özellikler gibi faktörler tarafından belirlenmektedir. Genel olarak aracı tüp ile kullanılan ölçülü doz inhaler kullanım kolaylığı, etkili akciğer dağılımı, yan etki riskinin düşük olması ve maliyetinin az olması nedeniyle nebulize tedaviye tercih edilir. Kuru toz inhaler için aerolizer, turbohaler ve diskus gibi cihazlar kullanılır (17,81). Aşağıdaki tabloda astım ilaçlarının etki mekanizmaları ve yan etkileri verilmiştir.

Şekil VII: Astım İlaçlarının Etki Mekanizmaları ve Yan Etkileri (82,83)

Astım ilacı	Etki mekanizması	Yan etkiler
Kortikosteroidler	Doğrudan bronş mukozasında etki göstererek, hava yolunda enflamatuvar hücrelerin toplanmasını önlerler ve hava yolu enflamasyonunu baskılayarak ödem gelişimini engellerler. Ayrıca eosinofiller başta olmak üzere, çeşitli hücrelerden enflamatuvar mediatörlerin salınımını baskılar ve mukus sekresyonunu engellerler.	İnhaler kullanımda; - Oral kandidiyazis - Ses kısıklığı (disfoni) - Üst solunum yolu irritasyonuna bağlı öksürük Oral kullanımda; - Ekimoz - Osteoporoz - Katarakt, glokom - Böbrek üstü bezlerin baskılanması
Lökotrien antagonistleri	Hava yolu düz kaslarındaki sisteinil lökotrien reseptörlerinin blokajıyla mast hücresi ve eosinofillerden lökotrien salınımını inhibe ederler.	Churg-Strauss sendromu
Beta Agonistler	Havayollarındaki Beta 2 reseptörlerini uyarak hava yolu düz kaslarının gevşemesini düzenlerler.	- Tremor - Taşikardi - Çarpıntı - Baş ağrısı - Hiperglisemi
Metilksantinler (Teofilin)	Fosfodiesteraz enzimi inhibasyonu ve adenosin reseptör antagonistliği ile bronkodilatasyon sağlar.	- Taşikardi - Bulantı, kusma - Karın ağrısı, diyare - Tremor
Kromonlar	Mast hücre duvarını stabilize eder, eozinofil ve epitel hücrelerinin aktivasyonunu engeller.	- Boğazda irritasyon - Boğaz kuruluğu
Antikolinergik	Bronş mukozasındaki muskarinik reseptörlerin blokajıyla hava yollarında vagal kolinerjik tonüsü azaltarak bronkodilatasyon sağlarlar.	- Taşikardi - Ağız kuruluğu - Aritmi
Anti-Ige		

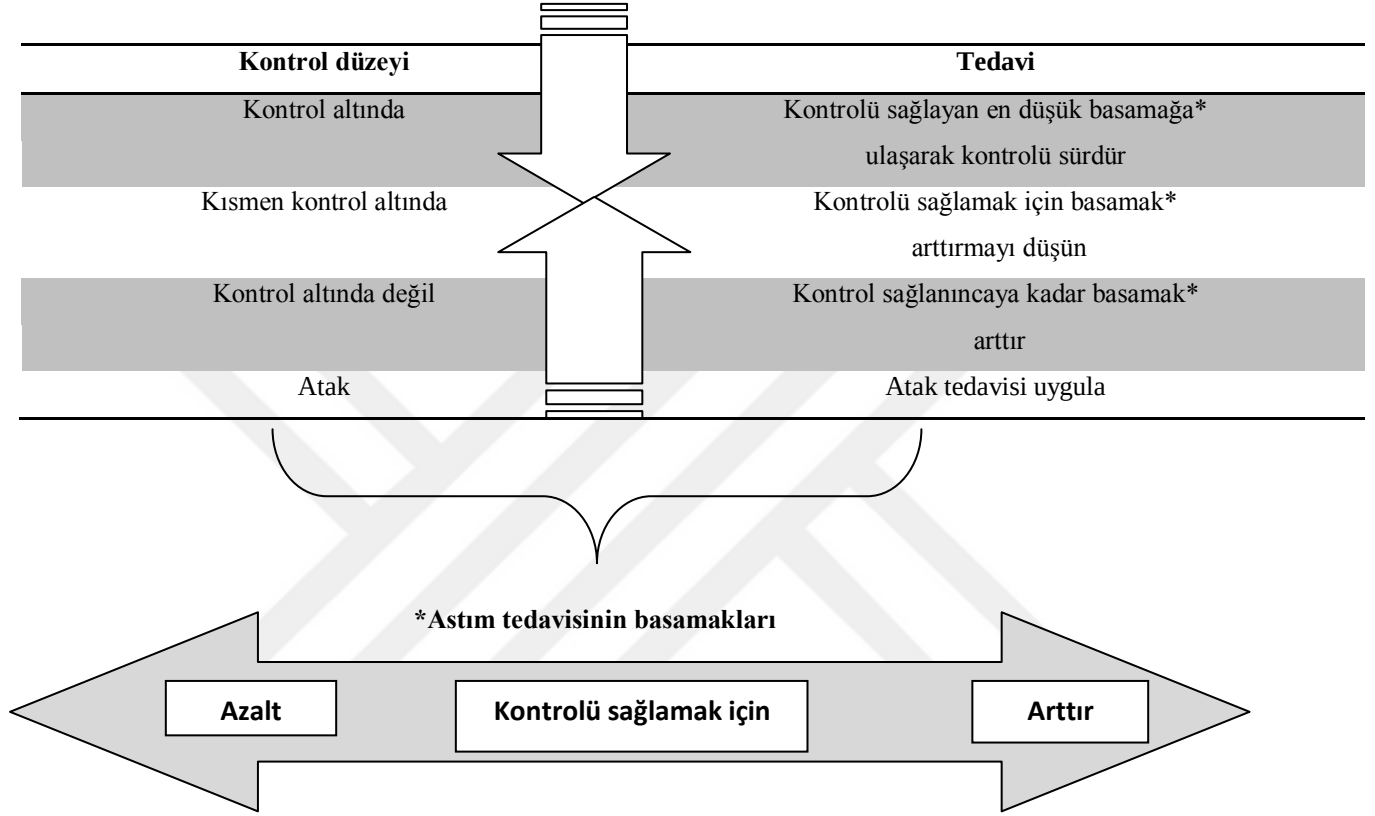
	Mast hücre ve bazofil reseptörlerine yüksek affiniteyle bağlanarak histamin, löotrien, sitokinlerin salınımına yol açarlar.	Anaflaksi
--	---	---

Tedaviye hastalık şiddetine göre başlanmakta, hastalığın ağırlığı arttıkça kullanılan ilaç sayısı ve dozları artırılıp, semptomlar kontrol altına alındıkça azaltılmaktadır. Bu şekilde uygulanan yöntem astımda basamak tedavisi olarak adlandırılmaktadır. Hastalık şiddetine göre uygun dozda tedavisi başlanan hastalar 1-3 ay ara ile değerlendirilmektedir. Eğer hasta haftada 3'ten fazla semptomatik dönem tanımlıyorsa, kullandığı ilaçlara rağmen günde 4'ten fazla beta agonist gereksinimi oluyorsa hastalığın kontrol altında olmadığı düşünülerek bir üst basamağa geçilmektedir. Bir basamakta astım 3 ay süre ile kontrol altındaysa bir basamak aşağı inilmektedir. Amaç en düşük ilaç dozlarıyla en iyi kontrolü sağlamak olmalıdır (2,27).

İmmünoterapi tedavisi ise alerjenlere karşı hastanın toleransını arttırmak için uygulanan bir tedavi yöntemi olup astımın sıkı çevresel önlemleri ve farmakolojik tedavilerinin olmasından dolayı daha kolay kabul görmektedir (2,34,84). İmmünoterapide hasta allerjenlere tolerans kazanır. Uzun süren bir tedavidir ve az da olsa anaflaksi riski taşımaktadır (85). Genelde beş yaşının üzerindeki hastalara uygulanmalıdır. Beş yaş altında ise nadiren kullanılabilir. İmmünoterapi, saptanan alerjenlerle çocuğun astımı arasında belirgin bir ilişki varsa yapılmalıdır. Mevsimsel rinokonjonktivit astım hastalarında yararlıdır. Çocuklarda erişkinlere göre daha etkilidir (34).

Aşağıdaki tabloda astım tedavisinin basamakları verilmiştir.

Şekil VIII: Astım Tedavisinin Basamakları ve 5 Yaş Altındaki Çocuklarda Tedavi (34,62,86)

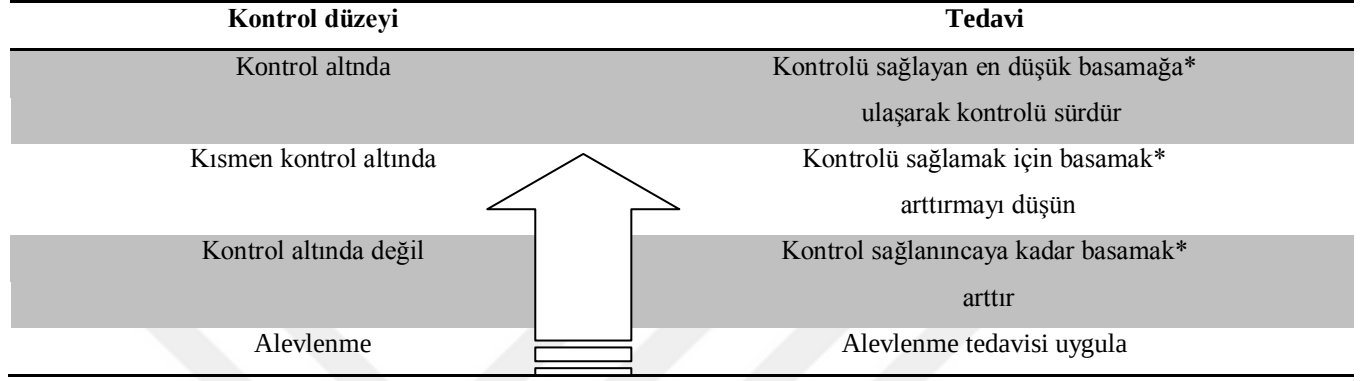


1.Basamak	2.Basamak	3.Basamak	4. Basamak**	5. Basamak
Hasta Eğitimi				
Çevresel Kontrol				
Gerektiğinde hızlı etkili B- agonist				
Kontrol edici tedaviye gerek yok	İlk seçenek kontrol edici tedavi			
	Düşük Doz İKS*	Düşük Doz İKS+ LTRA	Orta/ Yüksek Doz İKS+LTRA	Yüksek Doz İKS +LTRA ve/ veya LABA
	Alternatif Tedavi	veya	Alternatif Tedavi	veya
	Lökotrien reseptör antagonisti (LTRA)	Orta Doz İKS**	Orta - Yüksek Doz İKS + uzun etkili Beta 2- agonist (LABA)	+Oral steroid (en düşük doz)

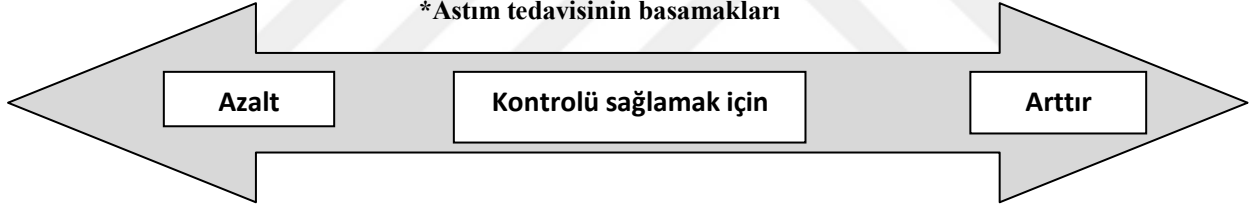
*İKS: İnhaler kortikosteroidler, **Üçüncü basamak sağlık kuruluşuna gönderilmesi önerilir.

Not: 4-6 hafta içinde klinik düzelme görülmediyse hasta uyumunu ve çevre koşullarını gözden geçirin.

Şekil IX: Astım Tedavisinin Basamakları ve 5 Yaş Üstü Çocuklarda Tedavi (34,62,86)



***Astım tedavisinin basamakları**



1.Basamak	2.Basamak	3.Basamak	4. Basamak**	5. Basamak
Hasta Eğitimi				
Çevresel Kontrol				
Gerektiğinde hızlı etkili Beta 2- agonist				
Kontrol edici tedaviye gerek yok	İlk seçenek kontrol edici tedavi			
	Düşük Doz IKS*	Düşük Doz IKS+ uzun etkili Beta 2- agonist	Orta- Yüksek Doz IKS+ uzun etkili Beta 2- agonist	4. Basamak tedavisi
	Alternatif Tedavi	Alternatif Tedavi	Yetersiz kalırsa eklenebilecekler	eklenebilecekler
		veya	ve/veya	ve/veya
		Düşük doz IKS+Lökotrien reseptör antagonisti	Yavaş salımlı oral teofilin	Anti Ig-E tedavisi***
		veya		
		Düşük doz IKS+		

		yavaş salınlımlı oral teofilin		
--	--	-----------------------------------	--	--

*İKS: İnhaler kortikosteroidler, **Üçüncü basamak sağlık kuruluşuna göndermeyi düşün

*** Sadece tüm kontrol edici tedavilere rağmen astımı kontrol altına alınamayan atopik olduğu kanıtlanmış olgulara uzman merkezlerce uygulanması önerilmektedir.

2.2. ASTIMLI ÇOCUK ve ADÖLESANLARDA ASTIM YÖNETİMİ

Dünya Sağlık Örgütü sağlık eğitimini, bireylere sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmeye ve uygulamaya inandırmak, sağlık hizmetlerini doğru kullanmaya alıştırmak, sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacıyla bireylere ve topluma karar aldirmek ve eyleme koymak olarak tanımlamıştır (7).

Geçtiğimiz on yılda, astım yönetiminin odağı, hem astım hastalığının (gündüz, gece, efor semptomları ve kurtarıcı ilaç tedavisi kullanımı) hem de risklerin (alevlenme, pulmoner fonksiyonda azalma ve tedaviyle bağlantılı yan etkiler) en aza indirilmesini öngören astım kontrolünün başarılması ve sürdürülmesi olmuştur. Bu durum söz konusu iki ana sonucu içermektedir: günlük semptom kontrolü ve atakların önlenmesi (87).

Aileler ve çocukları hedefleyen ideal eğitim programının amaçları ve ilkelerini ilk kez 1991-1997 tarihlerinde Ulusal Sağlık Enstitüsü, Ulusal Astım Eğitimi ve Koruma Programı (National Asthma Education and Prevention Program, NAEPP) geliştirmiştir. Burada belirlenen ortak amaç hasta memnuniyeti geliştirmek, kendine güven kazandırmak, hastalanmayı önlemek ve maliyeti azaltmaktır (2).

Alerjik hastalıklar, çocuklarda günlük yaşamın erişkinlerden birçok farklı yönünü de etkiler (115). Astım yönetimi eğitimi düzenli ve sistematik bir yol izler. Hastalıkla ilgili yanlış inançları düzeltme ve kendini koruma algısını arttırmayı hedefler. Çocukların astımları ile başa çıkmalarında dört temel yaklaşım ön görülmektedir (75):

- 1 -Astım belirtilerinden kaçınma
- 2 -Astımı kabullenme
- 3 -Astıma uyum gösterme
- 4 -Astımı tedavi etmeyi öğrenmektir.

Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü (NHLBI), astım yönetimindeki hedeflerini üç maddede toplamıştır. Bunlar:

1. Kronik astım belirtilerini ve astım ataklarını gece ve gündüz önlemek, böylece astım belirtileri nedeniyle uyuyamamayı, okula devamsızlığını, acil bakım ya da hastaneye yatmayı önlemektir.

2. Normal aktivite seviyesini sürdürmektir. Bu aktiviteler arasında egzersiz ve günlük yaşam aktivitelerini de içermektedir.

3. Akciğer fonksiyonlarının normal ya da normale yakın düzeyde olmasını sağlamaktır (2,15).

Bu amaçla, çocuk ve ebeveynine astım hakkında temel bilgiler verilir. Hastalık belirtilerini ve astım atağını tanımaları, hastalık belirtilerinin takibini ve ilaç tedavilerini, tedavi planları doğrultusunda kendi kendilerine yapmaları sağlanır. Astım yönetim programında (2,30,75);

*Astım fizyolojisi yalın bir dille anlatılır.

*Astım ilaçlarının etki mekanizması, çocuğun tedavi dozu, zamanı ve kullanımı gösterilerek anlatılır ve uyumu sağlanır.

*Astımın belirli semptomları, semptomların başlangıçları, nasıl seyrettiği ve tetikleyiciler öğrenir.

*PEF metre doğru kullanımı (nefes verme, okuma, kayıt etme) gösterilir ve önemi anlatılır.

* Egzersiz ve egzersizin astımdaki rolü anlatılır.

*Astımın kötüleşmesine neden olan faktörler ve evde, okulda astımı kötüleştiren faktörlerin kontrolü öğretilir.

*Astım günlüğü ve takip çizelgesinin nasıl tutulacağı ve önemi anlatılır.

*Çocuğun, ebeveynin, hekimin ve çocuk hemşiresinin katılımıyla çocuğa en uygun tedavi ve izlem programı hazırlanır.

2.3. ASTIMLI ÇOCUK ve ADÖLESANLARDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Astımlı çocukların hemşirelik bakımı, hem akut hem de uzun süreli bakımı içermektedir. Astımlı çocukla evde ya da klinikte karşılaşan hemşirenin çocuk ve ailelerinin bu durumla yaşamayı öğrenmeleri konusunda yardımcı olmada önemli rolü bulunmaktadır (80,88). Pediatri hemşirelerinin rutin sağlam çocuk bakımında veya astım alevlenmelerinde astımlı çocuklarla sıkı bir iletişim kurması gereklidir. Astım eğitimi, bu ziyaretlerde önemli bir aşamadır (88). Hemşireler ev ziyaretleri ile bakım verenlerin ve hastaların astım, tetikleyiciler ve hastalık yönetimine ilişkin bilgilerini arttırabilir, çocuğun astımdan kaynaklanan fiziksel yetersizliğini iyileştirebilirler (50). Hemşire sağlık ekibinin diğer üyeleriyle işbirliği yaparak çocuğun ve ailesinin (anneleri, babaları, kardeşleri vb.) gereksinimlerini belirlemeli ve karşılamalıdır Alerjenlerden korunma, astım tetikleyicileri her çocuk için özeldir. Hemşire çocuğa ve aileye çocuk için uygun çevrenin oluşturulması ve çocuğun sağlığı için gerekli olan çevresel düzenlemelerin yapılmasında yardımcı olmalıdır (89).

Hastaneye akut astım atağı ile gelen çocuklar endişeli ve huzursuzdurlar. Çocuk sessiz, sakin, alerjenlerden ve enfekte kişilerden uzak temiz bir odaya yerleştirilmeli ve anne babası ile kalması sağlanarak yakından izlenmelidir (88). Hemşire, çocuğun solunum özelliklerine, postürüne, göğüs özelliğine (fıçı göğüs gibi), şimdiki ve geçmişteki ataklara tetikleyici faktörlere ilişkin bilgi alır. Hemşireler tanı testlerine, pulmoner fonksiyon testlerine, deri testi ve genel sağlık değerlendirmesine yardım eder. Aynı zamanda astımın çocuğun günlük hayatını, benlik algısını nasıl etkilediğini, çocuk ve ailenin reçete edilen tedaviye katılımını ve onların bireysel tedavi amaçlarını inceler (50).

Aile eğitimi, astım ataklarından korunmayı, astım ataklarının erken fark edilmesini, tedaviyi, PEF ve inhaler ilacı doğru teknikle kullanımını içermelidir (89). Aynı zamanda çocuk ve ailesinin hastalığın şiddetini algılayışını, sosyal destek düzeylerini ve yönetim aktivitelerini etkileyebilen herhangi bir kültürel, etnik inançları ya da uygulamaları var mı saptamalı ve ailenin ihtiyaçlarını karşılamak için eğitimsel yaklaşımları düzenlemelidir (50). Verilecek her türlü eğitim ve destek anksiyete düzeyini azaltır, tedaviye uyumu artırır ve ailenin stresini en aza indirir (90). Hemşireler, astım öz-yönetim becerilerini öğretirken, gelecekte çocuğun karşılaşılabileceği sorunlara rehberlik etmelidirler (88).

Kronik seyirli bir hastalık olduğu için astımı olan çocuklarda ve ailelerinde bazı psikososyal sorunlarla da karşılaşılır. Bunlar arasında astımlı çocukların kendine güven duygusunu kaybetme ve arkadaşlarıyla, kardeşleriyle, aileleriyle ilişkilerinde bozulma bildirilmiştir. Bu nedenle sağlık personeli ile ailelerin, okul yöneticilerinin ve eğitimcilerin iletişim içinde olmaları önemlidir (90).

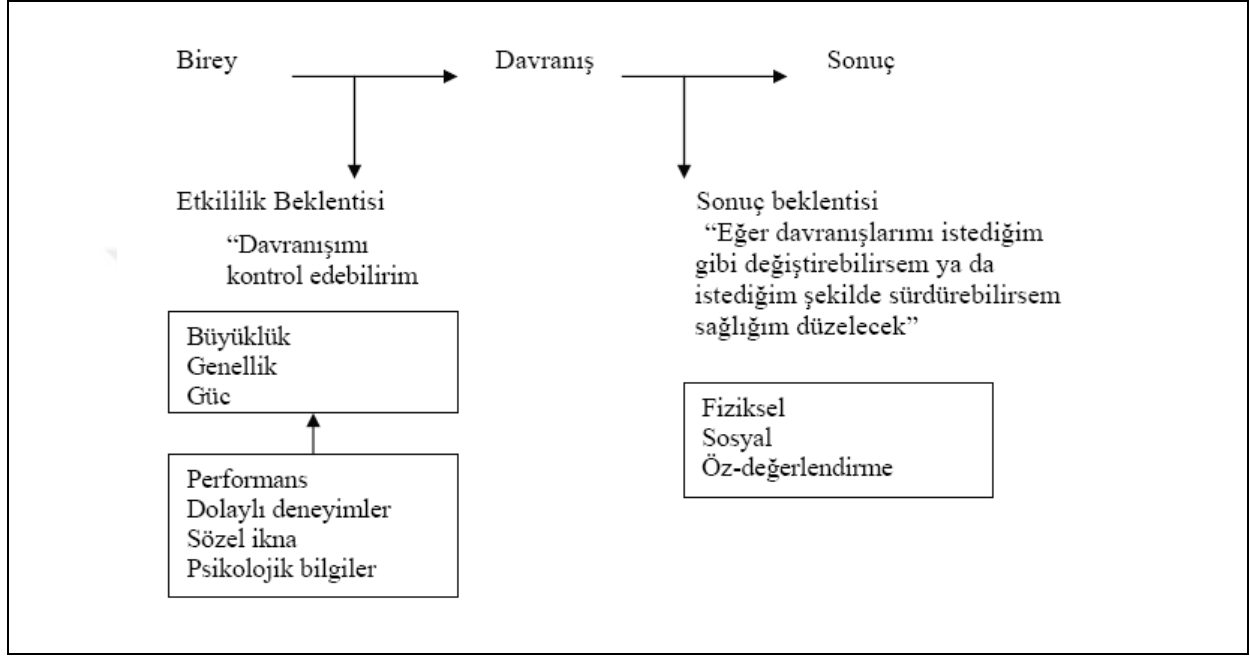
2.4. ÖZ-ETKİLİLİK

Öz kavramı, bireyin kendine ait algılarının toplamını ifade eder. Öz kavramı çok boyutludur ve öz güven, öz saygı kavramlarını da kapsar. Bireyin öz kavramı çevrenin yorumlamaları, deneyimleri aracılığıyla biçimlenir. İnsanların teşvikleri ya da değerlendirmelerinden de oldukça etkilenir (11). Bu kavram okul başarısı, emosyonel bozukluklar, mental ve fiziksel sağlık, kariyer seçimi ve sosyopolitik değişim gibi pek çok farklı alanda kullanılabilmektedir (91). İngilizce karşılığı self-efficacy olan terim Türkçede “öz-yetki”, “öz-etkililik” “algılanan öz-etkililik” olarak kullanılmıştır. Aksayan ve Gözüm (1998) “öz-etkililik” teriminin kullanılabileceğini, bununla birlikte “öz-etki”, “kendi kendini etkileme”, “kendini etkileme”, “kendine yarar algısı” gibi ifadelerin de aynı anlamı taşıdığını bildirmişlerdir (92).

Öz-etkililik belli bir sonucu elde etmek için bir davranışı yapabilme algısı olarak tanımlanır (93). Genel bir durumla değil spesifik bir durumla ilişkili olan öz-etkililik ilk defa Amerikan psikolog Albert Bandura tarafından 1977 yılında, “Bilişsel Davranış Değişimi” kapsamında ileri sürülmüştür (91). Öz-etkililik kuramı öz-etkililik beklentisi, sonuç beklentisi ve dürtü gibi anahtar kavramları kullanan davranışı tahmin eden ve açıklayan sosyal bilişsel kurama dayanır. Türkçe hemşirelik literatürü incelendiğinde; öz-etkililik/self-efficacy teriminin sınırlı karşılık bulduğunu görmekteyiz. Hemşirelik literatüründe bu kavramın karşılığını Aksayan ve Gözüm (1999), Erdoğan ve arkadaşları (1994) öz-etkililik olarak verirken, psikolog yazar Senemoğlu ise (1998) öz-yeterlilik olarak ifade etmiştir (93,94).

Her birey kendi içerisinde olayları kontrol etme, mevcut sorunla başa çıkma, düşündüklerini uygulamaya geçirme gibi birçok yetiye sahiptir (2). Öz-etkililiği doğrudan etkileyen en önemli kaynak bireyin kendi performans deneyimleridir. Performans deneyimlerini, dolaylı deneyimler (model alma gibi), sözel ikna ve son olarak fizyolojik kaynaklar izlemektedir. Sözel ikna diğer kaynakları desteklemek amacıyla sıklıkla kullanılan zayıf bir kaynaktır (12,95). Etkililik ve sonuç beklentisi aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

Şekil X: Etkililik ve Sonuç Beklentisi (96)



Öz-etkililik, bireyin davranışları üzerinde etkili olan bilişsel algılama faktörlerinden birisidir. Bireyin nasıl hissedeceği, düşüneceği ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliğidir. Aynı zamanda, gelecekte karşılaşılabileceği güç durumların üstesinden gelmede ne derece başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki yargısı, inancıdır (2).

Öz-etkililik hissi ne kadar güçlü olursa, o kişide o kadar çok çaba, ısrar ve direnç olacaktır (97). Bu kişiler zor işleri yapmayı seçerler ve amaçlarına ulaşmak için kendilerini yönlendirirler, hedefleri yüksektir. Güçlü bir bitirme hissi ise, işlemleri kavramayı kolaylaştırır ve akademik performansı artırır (91,98).

Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyici olan öz-etkililik, KOAH, astım, diyabet gibi kronik hastalıklarda da sağlığı geliştirme davranışlarının önemli bir bileşenidir (77). Güçlü öz-etkililik algısına sahip bireyler, daha zor durumlarda sağlığı korumaya eğilimlidirler ve bunun için amaçlar belirler (2,91).

Öz-etkililiğe yeterince sahip olmayan bireyler, olayların görüldüğünden zor olduğunu düşünür, her şeye dar bir görüş açısından bakarlar ve karşılaştıkları problemleri çözemezler

(97). Ayrıca böyle bireyler düşük öz güvene sahiptirler ve bireysel başarıları ve gelişimleri hakkında kötümser düşünceler beslerler (91).

2.4.1. Öz-Etkililiğin Sağlık Davranışları Üzerindeki Etkisi

Astım gibi kronik hastalığı olan çocuk ve adölesanların sağlığının korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi ile ilgili kararları almalarında öz-etkililik algısı oldukça önemli rol oynar (2). Kronik hastalıklarla başetme durumunda olan bireylerin davranış değişiklikleri yapma yönünde desteklenmelerine ve öz-bakımlarının geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (95).

Sağlığı geliştirme aktivitelerinde hemşireler değerlendirme, vaka yöneticisi, danışman, hizmet götürücü, yönlendirici gibi çeşitli roller üstlenmektedir. Sağlığı geliştirmede ilk adım bireyin mevcut sağlığı geliştirme davranışlarının tanımlanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesidir. Bireylerin sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirmelerinde topluma rol model olan sağlık personelinin bireylerin sağlık düzeylerini yükseltilmesinde primer sorumlulukları vardır (81,99,100). Tüm bunlar yapılırken bireyin kendi kendine yeterli olmasını en kısa zamanda sağlamak en önemli hedeftir (51,95).

Kronik hastalıklar, endüstrileşmiş ülkelerin sağlık sorunları içinde önemli bir yer tutmaktadır. Kronik hastalık denilince akla gelen “bireysel yönetim” kavramı, sosyal bilişsel kuram tarafından ele alınmaktadır. Bu kuram, insan davranışlarının bireysel ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu oluştuğunu savunmaktadır. Bireysel yönetimin başarılı olabilmesinde, bireyin öz-bakım davranışlarını yapabileceğine dair “yeterlilik inancının” ya da öz-etkililik düzeyinin önemli rol oynadığı saptanmıştır (77,95).

Öz-etkililik, hem sağlıkla ilgili davranış değişimi kararında, hem de davranışın denetimi aşamasında oldukça önemlidir. Bireyin davranışsal sorunlarıyla başa çıkabilmesi, kişisel denetimini sağlayabilme ve uygun adımları atabilmesi için öz-etkililik düzeyi önemlidir. Sağlık davranışı değişikliği için en önemli koşul ve iyi bir belirleyicidir (101).

2.4.2. Çocuk ve Adölesanlarda Öz-Etkililiğin Gelişimi

Öz-etkililik, gerçekçi olmayan iyimserlikle ve hayallerle aynı değildir. Deneyime dayanır, mantıklı olmayan riski almaya yol açmaz ve bireyin yeteneklerini geliştirmesiyle atak davranışlara öncülük eder. Bireyin kendi yeteneklerini, kapasitesini daha objektif bir şekilde değerlendirmesini sağlar (102). İlk öz-etkililik deneyimleri aile içinde başlar. Ama büyüyen çocuğun sosyal dünyası hızla genişledikçe, diğer insanlarla iletişime geçerler. Kardeşler, diğer aile üyeleri ve aile dostları da çocukları etkileyecektir. Yaşamın ilk döneminde edinilen deneyimler sonraki dönemler üzerinde etkisi bakımından önemli rol oynamaktadır (2,103).

Çocuklar okula başladığı zaman öz-etkililik ve benlik saygısı düzeyi şekillenmeye devam eder. Yeni arkadaşlar edinmek yeni durumlarla başa çıkma yeteneklerini nasıl algıladıkları ve yeni ortamda kendilerini nasıl gördüklerini etkileyecektir. Yeni deneyimler çocuğun kendi hakkında mevcut olan inançlarını güçlendirecektir. Çocuklar adölesan döneme ise bebeklik ve çocukluk çağında elde edilen deneyimlerine dayanarak oluşan öz güven ve öz saygı düzeyleri ile adım atmışlardır. Adölesan dönemi yaşam döngüsünün en zorlu ve en savunmasız dönemi olarak değerlendirilmektedir (2). Çocuk bu döneme girdiğinde okulda, sosyal ve aile yaşamında yoğun bir uyuma ihtiyaç duymaktadır. Bununla birlikte endişe, memnuniyetsizlik ve garip duygular hissetmektedir. Bazıları için ise ailelerinden, arkadaşlarından, öğretmenlerinden gördükleri sosyal yaşantı örnekleri onların kendileri ile ilgili öz-etkililik düzeylerinin geliştirmelerinde önemli rol oynayacaktır (2,103).

2.4.3. Yüksek ve Düşük Öz-Etkililiğe Sahip Çocuk ve Adölesanların Özellikleri

Bandura'ya göre kişisel öz-etkililiğinin gelişmesine katkıda bulunan dört kaynak bulunmaktadır; geçmiş deneyimler, başkalarının deneyimleri, sosyal algılar ile psikolojik etkilenme durumudur. Bu kaynaklar doğrudan bireysel öz-etkililiği etkilemezler ancak bu bilgilerin bireysel olarak yorumlanması sonucunda öz-etkililik artar veya azalır (104).

Öz-etkililik; bireyin nasıl hissedeceğini, düşüneceğini ve davranacağını belirleyen önemli bir özelliktir. Düşük öz-etkililik hissi depresyon, anksiyete ve çaresizlik hissi ile birlikte ortaya çıkmaktadır. Ayrıca böyle bireyler düşük öz güvene sahiptirler ve bireysel başarıları ve gelişimleri hakkında olumsuz düşünceler beslerler (2).

Astım, süregelen bir hastalık olma durumuyla çocuk ya da adölesanın normal gelişimini etkileyerek, günlük iniş çıkışlarla değişkenlik gösterebilir. Bu durum, çocuklarda belirsizliğin hissedilmesi, aşırı korku, genç adölesanlarda ise otonomi ve bağımsızlık kaybı olarak ortaya çıkabilir. Örneğin, ailelerinden bağımsız olmak isteyen gençler bedenlerinde oluşan bir yetersizlikle ailelerine tekrar bağımlı olup geri adım atabilirler (89).

Güçlü öz-etkililik algısına sahip bireyler daha zorlu işlere girişmeye eğilimlidirler ve kendilerine büyük amaçlar belirleyerek bu amaçlarına ulaşmaya çalışırlar. Yeni şeyleri denemekten korkmazlar. Ayrıca ortaya çıkabilecek olumsuzluklara karşı öz-etkililiği düşük olanlara göre daha çok ve uzun süre çaba harcarlar. Bundan dolayı herhangi bir aksilik durumunda çabuk toparlanarak amaçlarına ulaşma çabalarını sürdürürler (2,20,105). Yüksek ve düşük öz-etkililik algısına sahip çocuk ve adölesanların özellikleri aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Şekil XI: Öz-Etkililik Algısı Yüksek ve Düşük Olan Çocuk ve Adölesan Özellikleri (2)

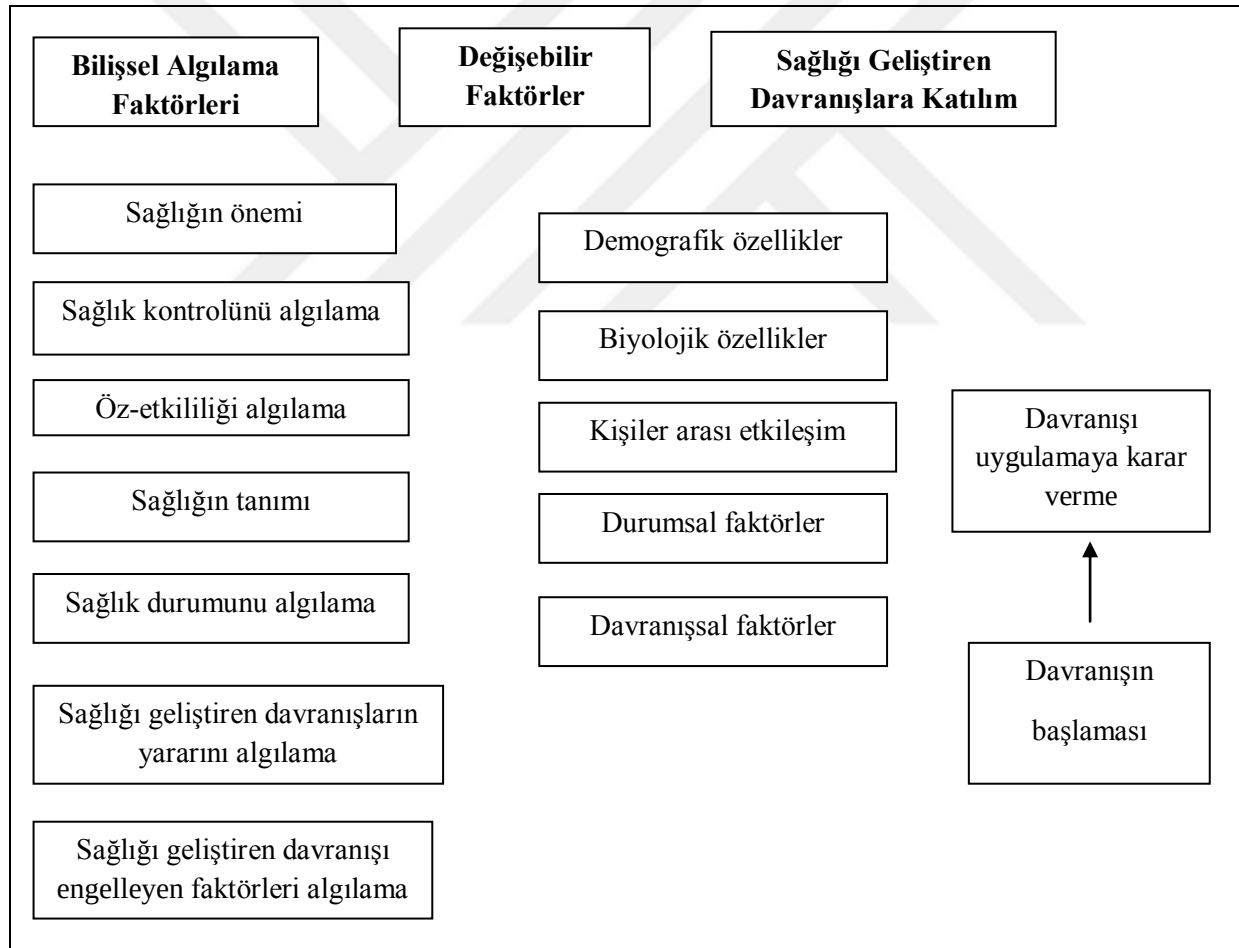
Yüksek Öz-Etkililik Algısına Sahip Çocuk ve Adölesan	Düşük Öz-Etkililik Algısına Sahip Çocuk ve Adölesan
• Zor görevleri tehdit olarak değil, mücadele edilecek görevler olarak algırlar. • Kendilerine sunulan görevlere olan ilgileri yüksektir. • Kendilerine ilgi çekici ve çaba harcamayı gerektiren hedefler belirlerler. • Aksiliklerle karşılaşınca çabalarını arttırırlar. • Zorlukla karşılaşınca görev odaklı kalırlar ve stratejik düşünürler. • Başarısızlıklarını yetersiz çabaya ve bilgi eksikliğine bağlarlar. • Başarısızlık karşısında öz yeterliklerini çabuk toparlarlar. • Stres kaynaklarına güvenle yaklaşır ve onların üzerinde kontrol oluştururlar. • Başarılı sonuçlar umarlar.	• Zor görevleri kişisel tehdit olarak algırlar. • Kendilerine sunulan görevlere olan istekleri çok azdır. • Kendilerine fazla çaba gerektirmeyen, çok küçük hedefler belirlerler. • Aksiliklerle karşılaşınca çabuk pes ederler. • Zorlukla karşılaşınca aksilikler ve başarısız olma ihtimali üzerine yoğunklaşırlar. • Başarısızlıklarını kişisel eksikliklere bağlarlar. • Başarısızlık karşısında öz yeterliklerini yeniden kazanmakta zorlanırlar. • Kolaylıkla strese yenik düşerler. • İyi performans sergilemeyi ummazlar, olumsuz inançlara sahip oldukları için yeteneklerine uygun seviyede performans gösteremezler.

2.4.4. Öz-Etkililiğin Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Günümüzde sağlık bakımının amacı; yaşamı uzatmak değil, bireyin sorunları ile baş etmesini sağlamak, öz bakım gücünü ve öz-etkililik algısını arttırmak, bilgi ve becerilerini güçlendirerek bağımsızlığını ve yaşam kalitesini geliştirmektir (106).

Kronik hastalıklarda sağlığı geliştirme davranışlarının önemli bileşenlerinden biri olan öz-etkililik algısı, olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde önemli bir belirleyicidir. Bireyin öz-etkililik algısının artması onun olumlu sağlık davranışları göstermesine neden olur (77,106). Pender'e göre öz-etkililik, sağlıklı yaşam biçimini etkileyen önemli bilişsel algılama faktörlerindendir (106). Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Şekil XII: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli (107)



Hemşire, eğitim yolu ile bireyin sağlığına ilişkin temel bilgiyi kazanmasını, riskleri öğrenip sağlığı olumsuz etkileyecek ortam ve davranışlardan uzak durmasını ve yaşamını

nitelikli bir şekilde devam ettirecek yaşam tarzını benimsemesini hedefler (77). Bu işlevini bireyin kendi potansiyel gücünü kullanmasını sağlayarak yerine getirmesi gerekmektedir (95,99).

Hemşireler, çocuk ve adölesanın davranışları hem bilişsel algılardan hem de sosyal çevreden etkilendiği için olumlu davranış değişimini sağlamaya yönelik girişimlerde, sosyal öğrenme teorileri ile bilişsel davranış teorilerinden yararlanmalıdır (2,108).

Bunların yanı sıra Aksayan ve Gözüm (1998) şu noktalarda bazı stratejiler geliştirmiştir (2,81).

1. Hemşireler, bireylerin genel ve duruma özel öz-etkililik algısını değerlendirmelidir.
2. Hedeflenen davranış, çok karmaşık ve uzun süre gerektiriyorsa daha kolay ele alınabilmesi için küçük parçalara bölünmelidir.
3. En basit ve en kısa süren davranış değişimine öncelik verilmelidir.
4. Engeller ve yüksek riskli durumların belirlenmesi alınacak önlemlerin saptanması bakımından önemlidir. Bunun için ağırlıklı olarak gözlem tekniği ile ileri veri toplamalıdır.
5. Bireylerin başarılı davranışlarına olumlu pekiştireçler verilerek desteklenmelidir.
6. Uzun süreli amaçlara doğru ilerlerken gelişmeler, bireyin daha sonra hatırlayabilmesi için kaydedilmelidir.
7. Bireyler hem geçici hem de sürekli kalıcı davranışları gerçekleştirme kapasiteleri konusunda ikna edilmelidir.
8. Konuyla ilgili bilgi verilmeli, en önemli noktalar eğitimin ya başında ya da sonunda vurgulanmalıdır.
9. Modelleme tekniği kullanılarak olumlu rol modellerinden yararlanılmalıdır.
10. Arkadaş çevresi ve aile gibi sosyal destek sistemlerinin devreye girmesi sağlanmalıdır.
11. Stresle başa çıkma yolları öğretilerek, bireyin öz-etkililik algısını ve dolayısıyla davranışın başlatıp sürdürülmesini olumsuz etkileyebilecek anksiyete ve stresin engellenmesi veya azaltılmasına çalışılmalıdır.

Sağlık eğitiminin önemli bir uygulayıcısı olan hemşireler, bireylerin sağlıkla ilgili davranış değişikliklerini başarılı bir şekilde başlatmaları ve sürdürebilmeleri için en iyi stratejileri ve son gelişmeleri her zaman yakından takip etmek zorundadırlar (95).

2.5. YAŞAM KALİTESİ

Günlük yaşantımıza giren ve kullandığımız her üründe daha nitelikli örneklerin sunulması için gerekliliği tartışmasız olan "kalite" anlayışı sağlık hizmeti sunulan tıp alanında da giderek daha çok kullanım alanı bulmaya başlamıştır. Yaşam standartlarını süratle değişmesi ile yaşama bakış açılarındaki değişim "yaşam kalitesi" tanımını sağlık alanında kullanılır hale getirmiştir (107).

Genel olarak “kalite”, iyiliğin bir derecesidir. Yaşam kalitesi, kişisel sağlık durumundan öte, kişisel iyilik halini de içine alan daha geniş bir kavramdır. Mendola ve Pelligrini yaşam kalitesini “bireyin algıladığı bedensel kapasite sınırları içinde başardığı tatmin edici sosyal durum” olarak tanımlamıştır (109,110,111).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’ nün Yaşam Kalitesi Çalışma Grubu 1986 yılında yaşam kalitesini “bireylerin; yaşadıkları kültür ve değer sistemleri içinde ve hedeflerine ilişkin, yaşamdaki kendi pozisyonlarına bakış açıları, beklentileri, standartları ve endişeleri” olarak tanımlamıştır (18). Öte yandan: ‘Her bireyin sağlıklı, toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken olması ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması gereği DSÖ’ nün 21.yy hedefleri içinde yer almaktadır (15).

Tüm insanlık için evrensel bir kavram olan yaşam kalitesi, bireylerin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemlerinin bütünü içinde amaçları, beklentileri, ilgileri ve düşünceleri ile ilişkili olarak yaşam içindeki durumlarını algılamalarıdır. Bu anlamda yaşam kalitesi değerlendirilirken bireye kendi yaşamı ile ilgili ne hissettiği sorulmakta ve bireyi tüm özellikleriyle bir bütün olarak ele almak amaçlanmaktadır (15,112).

Doyum ve memnuniyet veren bir yaşam için yaşam kalitesinin yükseltilmesinde; bireyin bilinçlendirilmesi, sağlıklı davranışların kazandırılması, önerilen tedaviye uyumun sağlanması, sağlıkla ilgili yeteneklerini sonuna kadar kullanmasını sağlayacak davranış ve becerilerin kazandırılması gerekmektedir. Kaliteli yaşam için bir kriter yoktur, o nedenle yaşam kalitesi soyuttur ve ölçülmesi zordur (7).

Bu alanda birçok uzman; yaşam kalitesini çok boyutlu bir yapı olarak değerlendirmiştir. Bunlar (18,108);

1. Fiziksel fonksiyon: Hastanın kendine bakım aktiviteleri performansını, fonksiyonel durumunu, hareket, fiziksel aktiviteler ve iş ya da aile sorumluluklarını yerine getirip getirmediğini değerlendirir.

2. Psikolojik fonksiyon: Yaşamdan doyum bulma, yararlılık, beden imajı, anksiyete, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı ve mutluluk gibi duygulardır.

3. Sosyal fonksiyon: Bireysel fonksiyonlar, sosyal aktiviteler, başkalarından destek alma, rol işlevi gibi sosyal durumları içerir.

4. Hastalık ve tedavi ile ilgili semptomlar: Ağrı ya da solunum güçlüğü gibi hastalık semptomları, bulantı, alopesi, impotans, sedasyon gibi tedavi yan etkilerinin olup olmadığını içerir.

Kronik hastalıklar, mali kayıpların yanı sıra bireyi fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal açıdan olumsuz yönde etkileyerek, kaliteli bir yaşam sürdürmesini engellemektedir. Hastalık durumunda, bireyin yaşam kalitesi; hastalığın akut ya da kronik olmasına, prognozuna ve hastanede kalış süresine bağlı olarak azalmaktadır (72). Yüksek yaşam kalitesine sahip bireyler hastalıklarına daha kolay uyum sağlamakta ve yaşamdan doyum almaları artmaktadır. (7,14).

Çocuklarda yaşam kalitesi incelemelerinin ortaya çıkmasının önemli bir nedeni, erişkin yaşlarda yaşam kalitesi düşük olan bireylerin çocukluk döneminde ortaya çıkan yaşam kalitesi sorunları ile ilgili olduğu belirtilmiştir. Bu nedenle öncelikle çocukluk döneminde saptanan sorunların iyileştirilmesi ve ilerideki yaşlarda bireyin bu sorunlar çıkmadan sağlıklı bir yaşam kalitesine kavuşmasında önemli yere sahip olduğu düşünülmektedir (2). Bugüne kadar çocuklarda yaşam kalitesinin değerlendirildiği araştırmalar astım, kanser, epilepsi, diyabet, romatoid artrit, crohn hastalığı, spina bifida, nöromusküler hastalıklar, kronik böbrek yetmezliği ve renal transplantasyon gibi belli alanlarla sınırlı kalmıştır (113).

2.5.1. Yaşam Kalitesi Kavramı

a. Sağlık durumu, sağlık algılaması: Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık halidir. Sağlık algılaması (veya algılanan sağlık) bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir. Bazı insanlar bir veya daha çok kronik hastalık nedeniyle sıkıntı çekerken kendilerini sağlıklı saymakta, bazıları ise nesnel bir hastalık belirtisi yokken kendilerini hasta algılamaktadırlar.

b. İşlevsel durum (Functional status): Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki

yeterliliğidir. İşlevsel kapasite, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki günlük işlevleri yerine getirmedeki en yüksek kapasitesini yansıtırken, işlevsel performans günlük yaşam akışı içindeki işlevleri içermektedir. Herkes tarafından iyi olarak değerlendirilen ancak kendisini hasta olarak gören bir kişi kapasitesinden daha düşük işlevsel performansa sahip olabileceği üzerinde durulmaktadır.

c. Ruhsal durum (Mood): Ruhsal durum uzun ve kısa süreli streslere (örneğin sağlık durumundaki değişiklikler) verilen duygusal yanıttır. Bireyin dünyaya karşı gösterdiği yüzü olarak tanımlanabilir. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte olabilen ve bireyin işlevsel performansını, belirtileri, sağlık algılarını ve yaşam kalitesini etkileyen duygusal durumlardır.

d. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK) (Health-Related Quality of Life): SİYK bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. SİYK sağlık hizmet durumunun alanına giren etkenlerle doğrudan ilişkisi nedeniyle yaşam kalitesinden ayrılmaktadır. Genel olarak SİYK değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili değişkenlerin (örneğin hastalık veya tedavi), genelde (genel SİYK) veya belli bir hastalığı olanlarda (duruma özel SİYK) önemli olan yaşam olaylarıyla ilişkisini yansıtmaya çalışmaktadır (107,114).

SİYK yaklaşımı son yıllarda bedensel sağlık sorunlarının psikososyal sonuçlarını inceleyen bir yaklaşım olarak yetişkin ve çocuk Liyazon Psikiyatrisi alanında yaygın olarak kullanılmaktadır (109).

2.5.2 Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Günümüzde artık tıbbi bakım ve tedavinin birincil amacı belki de sadece yaşam süresini uzatmak ve kür sağlamak değil, yaşam kalitesinin de birlikte sağlanması olmalıdır (36). Sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlığın korunması sürdürülmesi, geliştirilmesi ve rehabilitasyon uygulamaları ağırlık kazanmaya başlamıştır (13).

1970' ler den sonra tıp alanında ilgi görürken, 1980' den sonra hemşireliğin konu alanına girmiştir. Hemşirelik alanında yaşam kalitesi çalışmaları; yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren ve bu yönü yükseltmeye yönelik bakım sağlama gerçeğine dayanmaktadır (10,18,36,51).

Padilla ve arkadaşları (1992) hemşirelikte yaşam kalitesine ilişkin araştırma alanlarını şöyle sıralamışlardır:

- Özgül bir hastalığa karşı hastanın fiziksel ve psikososyal yanıtını tanılamak,
- Hastalık ve tedaviye yanıt olarak semptom yönetimini belirlemek,
- Hasta ve/veya ailenin tedaviye yanıtını karşılaştırmak

- Özgöl rehabilitasyon uygulamalarının etkisini göstermek,
- Sağlık-hastalık sürecindeki zayıf (kolay zedelenebilir) dönemleri tanımaktır (10,18,36).

Bu sorumlulukları yerine getirmeden önce yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin belirlenmesi gerekir (36).

Yaşam kalitesi, sağlık durumunun ve tedavinin değerlendirilmesinde önemli bir sonuç ölçümüdür (16). Hörnquist'e göre, sağlık alanında yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde mutlaka ele alınması gereken konular şunlardır (115,116):

Biyolojik Alan: Beden sağlığı, çeşitli beden fonksiyonları, özgöl hastalık semptomları ve ağrı (sıklığı, yoğunluğu, süresi), yan etkiler, yara iyileşmesi gibi durumlar,

Psikolojik Alan: Esenlik, algılama, etkileşimler, öğrenme, mantık, yaratma yeteneği, vb. gibi bilgisel ve pratik yeterlilik,

Sosyolojik Alan: Bir bütün olarak yaşam, tümüyle sosyal yaşam, genel sosyal etkileşimler, aile yaşamı, cinsel yaşam ve sosyal etkileşim kapasitesi,

Davranış Aktivite Alanı: Tüm aktif yaşam, özbakım gücü (yeteneği), hareket, çalışma kapasitesi, temel alışkanlıklar, çalışma arzusu, yeme, içme, uyku ve diğer alışkanlıklar,

Maddi Alan: Bireysel ekonomi, barınma durumu, özel destekler, işten sağlanan kazanç,

Yapısal Alan: Yaşamın anlamı, sosyal statü, sosyallik görüşüdür .

Bireyin hastalıkla başedebilme gücünün ve bağımsızlığının arttırılması, yaşam kalitesinin geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinde giderek ilk sıralarda, hemşirelik bakımının da temel hedeflerinden biri olmuştur (14).

Hemşireler hemen her zaman hastaların ve ailelerin sağlık durumlarını değerlendirmekte, onların yaşam kalitelerini olası en üst düzeye çıkarmak için planlar yapmakta ve sonucunu değerlendirmektedirler. Burckhardt, Lewis ve Padilla tarafından benimsenen hemşirelik süreci ile yaşam kalitesinin boyutları arasındaki ilişki modelinde 4 ana değişkenden söz edilmektedir.

- Hemşirelik süreci bağımsız değişkenleri,
- Aracılık eden bilişsel değişkenler,
- Bağımlı sonuç değişkenleri,
- Dış kaynaklı değişkenler

Hemşirelik süreci girişimlerinin etkisinin istenen sonuca ulaşabilmesi, aracılık eden bilişsel değişkenlere bağlıdır. Hastanın öz-bakım yeteneğini geliştirebilmesi, kişisel denetimini sağlayacak ve dolayısı ile psikolojik iyilik hali etkilenecektir. Özgüven; yaşam

kalitesinin çok önemli boyutlarından biri olan psikolojik iyilik durumunu oluşturmada etkili bilişsel emosyonel araçtır (2).

İnsan sağlığında herhangi bir sapma olduğunda, yaşamdan doyum sağlama etkilenir. Bu durumda hemşirenin amacı ve işlevi; bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye kadar destek olmak, bireyin en kısa zamanda kendi bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve yaşam doyumunu en üst düzeye çıkartmak olmalıdır (7,118).

Hemşire, hastalığa karşı çocuk ve ailesinin genel durumunu gözlemlemelidir. Çocuk ve ailesinin emosyonel gelişimi hastalıkla ve tedavi ile başetmesini etkileyebilir. Çocuğun kronolojik yaşı ve gelişim aşaması değerlendirmede kritik faktörlerdir (18).

2.5.3. Çocukluk Çağı Astımı ve Yaşam Kalitesi

Astım çocukluk çağında dünyada en sık görülen kronik hastalıklardan biridir (13,119). Kronik olarak hasta olma, çocuk ve ailede uzun süreli strese ve tükenmeye neden olur (1,2). Astımlı çocuk hastaların ataklar dışında sağlıklı çocuklardaki gibi iyi bir hayat standartlarının olması beklenir. Bu durum hastalığın oluşumuna doğrudan katkısı olmayan bir takım dış faktörler nedeniyle (ekonomik gelir, anne eğitim durumu gibi) olumsuz yönde değişebilmektedir (120). Bu durumda, çocukların okula devamlılıkları azalmakta, oyun, eğlence ve spor aktivitelerini hatta beslenme, uyku, hijyen gibi günlük gereksinimlerini yapamamaktadırlar (2,75). Astım prevalansının artmasıyla astıma bağlı hastane yatışları ve acil servis başvuruları da önemli derecede artmıştır (27). Astım atağından korkmak, yapmak istediği şeyleri yapamamanın hayal kırıklığı, farklı hissetmek, dışlanmak, yaşitlarına ayak uyduramamak gibi durumlar onları mutsuz eder (7).

Astımın akılcı kontrolü, çocuğun okul devamsızlığının azalması, hastaların yaşam kalitesinin yükselmesi ve aileler üzerinde maddi ve manevi yükün hafifletilmesini sağlayacaktır (27,119,120).

Günümüzde sağlık bakım hizmetlerinde hastalık merkezli anlayıştan, hasta merkezli anlayış kavramına doğru bir değişim yaşanmaktadır. Bu değişim doğrultusunda benimsenen bütüncül yaklaşıma göre, hasta çocuklar hem biyomedikal hem de psikososyal açıdan değerlendirilmelidir (116). Örneğin, alerjik astım tanısı konulmuş bir çocuk eğer kullanılan ilaçlar nedeniyle her gün konsantrasyon bozukluğu, öğrenme güçlüğü, okul başarısızlığı ya da sosyal kayba uğruyorsa solunum fonksiyon testi (SFT) düzelme olmasına rağmen tam iyileşme sağlanamamıştır. Çünkü sağlık ruh ve beden olarak tam bir iyilik halidir (75).

Yaşam kalitesini değerlendirirken nesnel ve öznel alanlarının olduğunu bilmek gerekmektedir. Nesnel olarak aynı durumda olan iki kişi öznel olarak yaşam kalitelerini farklı algılayabilmektedir. Nesnel değerlendirmede çocuk ve ergenin neler yapabildiği, yaşam

koşulları, çevre ve okul işlevselliği, sosyal ilişkileri değerlendirilmektedir. Öznel değerlendirmede ise çocuk ve ergenin fiziksel, duygusal ve sosyal işlevselliği göz önüne alınmaktadır (109,112).

Çocuklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi erişkinlerden bazı farklılıklar içermektedir. Çocukların gelişim dönemleri ile ilgili olan bu farklılıkların bilinmesi yaşam kalitesi ölçeklerini geliştiren ve kullanan araştırmacılar açısından önem taşımaktadır. Erişkinlerde yaşam kalitesini değerlendirirken kullanılan alanlardan bir tanesi olan fiziksel işlevselliği değerlendirebilmek için iş yaşamı, öz bakım, aile içindeki görevler, merdiven çıkabilme, evi süpürebilme gibi aktiviteler değerlendirilirken, çocuklarda yemek yiyebilme, kendi başına tuvalete gidebilme, banyo yapabilme, ufak gündelik işleri yerine getirebilme ve oyun oynama gibi aktiviteler değerlendirilmektedir. Çocuklarda yapılan sosyal işlevsellik değerlendirmesinde aile ilişkileri, arkadaşları ile görüşme, onlarla oyun oynama, okula uyum düzeyi önemli bir yer tutmaktadır (68,75,109,110,121).

Bu nedenle yaşam kalitesi ölçümü sağlık düzeyi ile ilgili ölçütlerden daha geniş kapsam ve kavrayışa sahiptir (109).

2.5.4.Pediyatrik Astımda Kullanılan Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Çocukluk çağında yaşam kalitesi ölçekleri geç kullanıma girmiştir. Bunun nedeni ise çocuğun soyut bir kavram olan yaşam kalitesi ölçeklerini tanımlamada kognitif yetersizliği ve aileye bağımlı olunmasıdır (122).

Çocukların gelişim düzeylerine bağılı olarak verecekleri yanıtların farklı olacağı, farklı yaş grupları için farklı yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmesinin gerekliliği getirilmiştir. Çocukların sorulara yaklaşımı erişkinden daha farklı olduğundan hastalığın nedeni, etkileri ve tedavisi hakkında erişkinler gibi düşünmezler. Kendi yaşam kalitesini değerlendirebilecek yaşta olan çocukların yanıtlarının da kendilerinden alınması en doğru olanıdır. Özellikle 8 yaş altı çocukların, kendi değerlendirmelerini yapmalarının zor olduğu, bunun sağlanabileceği yöntemlerin geliştirilmesi gerektiği bildirilmektedir (10,18).

Çocuklarda SİYK ile ilgili çalışmalara ilk kez 80'li yıllarda rastlamaktayız. Herndon ve arkadaşları 1986 yılında, ağır yanığı olan 12 çocukta yaşam kalitesini fiziksel işlevsellik, yanık izi derecesi, psikososyal uyum ile değerlendirmişlerdir. Ditesheim ve Templeton (1987) yaptıkları bir çalışmada, anüsü olmayan bebeklere uyguladıkları cerrahi tedavi sonrasında bu çocukların okula devamlılığını, sosyal ilişkilerini ve fiziksel yetilerini ölçüt alarak yaşam kalitelerini gözden geçirmişlerdir. Çocuklarda yapılan bu ilk değerlendirmelerin basit düzeyde

yapılmış olmasına rağmen genel ve hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeği gelişimine öncülük etmeleri açısından önemli oldukları belirtilmektedir (14).

Günümüzde Türk çocukları için geçerli az sayıda SİYK ölçekleri bulunmaktadır. Bu durum Türk çocukları için geçerli ve güvenilir SİYK ölçüm araçlarına artan gereksinimi göstermektedir (121,122).

2.5.4.1.Çocukluk Çağında Astımda Kullanılan Generik Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Genel yaşam kalitesi ölçekleri hem hastalığı olan hem de sağlıklı olan çocuk ve ergenlerde kullanılabilen, bu nedenle hastalığı olan ve sağlıklı grup karşılaştırmalarında, toplum sağlığı çalışmalarında geniş örneklemelere uygulanabilmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçen bazı ölçekler belirtileri ya da klinik durumu sorgularken, bazıları kişinin işlevsel becerisini, psikososyal iyilik halini, sosyal destek durumunu ve yaşamdan memnuniyetini değerlendirmektedir (13,14,21,110).

1. KINDL:

Çocuklar için, Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan ölçektir. Bu ölçeğin, çocuklar için üç, aileler için ise iki ayrı formu vardır. Yaş grubuna göre Kiddy-KINDL 0-4 yaş grubu için, Kid-KINDL 8-12 yaş grubu için görüşmeci tarafından (interview-administrative) uygulanır. Kiddo-KINDL ise 12-16 yaş grubu içindir ve çocuk tarafından doldurulur (self-administrative). Aile anketi olarak da 4-8 yaş ve 8-16 yaş olarak iki ayrı formu vardır. Hastaların semptom skoru, solunum fonksiyon testi ve diğer fiziksel ölçütleri ile karşılaştırılabilir.

1. Diğer Ölçekler:

Türkçe'ye çevrilen ancak geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış olan, yapılmamış ya da henüz tamamlanmamış birkaç ölçek daha mevcuttur. Bunlardan ilk çevirisi yapılan "PedsQo" dur. Ayrıca "Child Health Questionnaire" (CHQ) Türkçe'ye çevrilmiştir. Geçerlilik ve güvenirlik çalışması tam olarak yapılmıştır. Dünya'da kullanılan diğer bir ölçek "KidCOPE" dur, ancak Türkçe'ye uyarlaması yapılmamıştır.



Şekil XIII: Çocuklarda Kullanılan Genel Yaşam Kalitesi Ölçekleri (110,121)

ÖLÇEK ADI	GELİŞTİREN	YAŞ GRUBU	ÖLÇEK ÖZELLİKLERİ	TÜRKÇE GEÇERLİK ve GÜVENİRLİK
Functional Status II Scale (FSII-R)	Stein ve Jessop (1990)	0–16 yaş	Yalnızca ebeveyn formu olan, uzun formu 48, kısa formu 14 maddeden oluşan bir ölçektir. Geçerliliği ve güvenilirliği yüksek olarak saptanmıştır (Cronbach alfa>0.80)	
Child Health and Illness Profile (CHIP)	Starfield ve ark. (1993)	6–17 yaş	Özbildirim ve ebeveyn formları olan bu ölçeğin, 6–11 yaş grubu formları 48'er maddeden, 12–17 yaş grubu formları ise 188'er maddeden oluşmaktadır. Geçerliliği ve güvenilirliği yüksek olarak saptanmıştır (Cronbach alfa=0.70)	
Nordic Quality of Life Questionnaire for Children	Lindström ve Erikson (1993)	2–18 yaş	2–5 yaş grubu yalnızca ebeveyn, 5-18 yaş grubunda ise ebeveyn özbildirim formları bulunan ölçek 75 maddeden oluşmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirlik bilgileri yeterli değildir.	
German Quality of Life Questionnaire (KINDL)	Ravens- Sieberer ve Bullinger (1998)	8–16 yaş	40 maddeden oluşan ölçeğin, ebeveyn ve özbildirim formları bulunmaktadır. İç tutarlılığı yüksek (Cronbach alfa>0.75), tekrar test geçerliliği iyi, klinik güvenilirliği düşük bulunmuştur.	8–12 ve 13–16 yaş grubu çalışmaları Eser ve ark. (2004) tarafından yapılmıştır
Child Quality of Life Questionnaire	Landgraft ve ark. (1998)	4- 18 yaş	4–9 yaş grubunda ebeveyn formu olan ölçeğin 10–18 yaş grubu için özbildirim formunda bulunmaktadır. İç tutarlılığı (Cronbach alfa=0.62-0.91)	Çalışma Özdoğan ve ark tarafından 2001 yılında yapılmıştır.
Netherlands Organisation for Applied Scientific Research Academic Medical Centre (TNO/AZL) Quality of Life Questionnaire (TACQOL)	Vogels ve ark. (1998)	6- 15 yaş	6–8- yaş grubunda ebeveyn formu, 9-15yaş grubunda özbildirim ve ebeveyn formları olan 56 maddelik bir ölçektir. İç tutarlılığı (Cronbach alfa=0.71-0.89) ve geçerliliği yüksek bulunmuştur.	

ÖLÇEK ADI	GELİŞTİREN	YAŞ GRUBU	ÖLÇEK ÖZELLİKLERİ	TÜRKÇE GEÇERLİLİK ve GÜVENİRLİK
Infant Quality of Life (QUALIN)	Mannifikat ve ark. (1999)	0–3 yaş	34 maddelik hekim yada ebeveynin doldurabildiği tek formu olan bir ölçektir.	
Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL 4.0TM)	Varni ve ark. (1999)	2- 18 yaş	2–4 yaş grubunda 21 maddeden oluşan ebeveyn formu varken, diğer yaş gruplarında 23 maddelik ebeveyn ve öz bildirim formları bulunmaktadır. İç tutarlılığı (Cronbach alfa=0.70–0.89) ve güvenilirliği yüksek bulunmuştur.	2–7 yaş grubu çalışması Üneri (2005) tarafından, 8–18 yaş grubu çalışması ise Çakın Memik (2005) tarafından yapılmıştır.
Exeter Health Related Quality of Life (EHRQOL)	Eiser ve ark. (1999)	7- 12 yaş	16 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. İç tutarlılığı yeterli (Cronbach alfa=0.50–0.69) ve güvenilirliği yüksek bulunmuştur.	
Generic Health Questionnaire	Colliger ve ark. (2000)	6–16 yaş	25 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. İç tutarlılığı (Cronbach alfa=0.75) ve güvenilirliği yüksek bulunmuştur	
How Are You? (HAY)	Bruil (1999)	7-13 yaş	80'er maddeden oluşan ebeveyn ve öz bildirim formları olan bir ölçektir. İç tutarlılığı (Cronbach alfa=0.77–0.93) ve geçerliliği yüksek bulunmuştur	

2.5.4.2.Çocukluk Çağında Astımda Kullanılan Spesifik Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri sadece geliştirilmiş olduğu hastalığın değerlendirmesinde geçerlidir. Bunlar daha çok fonksiyonel sağlık durumunu ölçmek, doğru tedaviyi belirlemek, tedavinin beklenen sonuçlarını değerlendirmek ve hastalığın gidişatını izlemek için geliştirilen tek boyutlu ölçeklerdir (13,14,21).

1. PAQLQ

PAQLQ (Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire) 7–17 yaş çocuklar için Juniper ve arkadaşları tarafından (1996) geliştirilmiş olup Türkçe'ye H. Yüksel ve arkadaşları tarafından (2009) çevrilmiştir. Bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları bitirilmiş ve yayın haline getirilmiştir. Ölçek 23 soru ve 3 alt boyutundan oluşur. Bunlar semptom, aktivite kısıtlaması ve emosyonel fonksiyondur. Bu 3 alt boyut ve toplam PAQLQ olmak üzere 4 skor elde edilir. Her bir soru 7 puandır. PAQLQ'nun semptomatik ve asemptomatik astımlı çocuklarda yaşam kalitesi farkını ayırt edebildiği gösterilmiştir. Hastalardan elde edilen sonuçlar, hastaların generik SYK ölçekleri ve hastalığın klinik ağırlığının göstergeleri olan PEF değişkenliği, beta-agonist gereksinimleri ile korele bulunmuştur. Bunlar arasında en zayıf korelasyon FeV1 iledir. Hatta bazı serilerde FeV1 ile skorlar arasında ilişki saptanmamıştır. Bu sonuç fonksiyonel parametrelerin her zaman yaşam kalitesi ile paralellik gösterdiğini doğrulamaktadır.

2. CAQ

Bu ölçek (Childhood Asthma Questionnaire) ayrı yaş grupları için 3 form halinde geliştirilmiştir. Form A: 4–7 yaş, Form B: 8–11 yaş, Form-C: 12–16 yaş. Hastaların yanıtı “evet / hayır” olarak alınır. Fonksiyonel yeti “gülen yüz” şekli ile tanımlanır. Hastalık spesifik ölçek olmasına rağmen genel aktivite soruları da vardır. Astım ağırlığı ile zayıf korelasyon saptanmıştır. Ölçeğin çocuklarda gece semptomları ile anlamlı korelasyonu vardır. Ancak Türkçe'ye uyarlanması ve diğer çalışmaları yapılmamıştır. Bu nedenle kullanımı mümkün değildir.

3. PADQLQ

Bu ölçek (Pediatric Allergic Disease Quality of Life Questionnaire) birden çok alerjik hastalığa sahip olan çocukların yaşam kalitelerini tek bir form ile değerlendirebilmek için geliştirilmiştir. Amaç, aslında, alerjik hastalığın fizyopatolojisi ile uyumludur. Çünkü alerjik hastalık, sistemik bir hastalıktır. Bu nedenle, bir hastada birden çok mukoza tutulumu olabilir. Bu en sık alerjik rinit ve astım birlikteliğinde gözlenir. Genel popülasyonda % 5–10 olan astım sıklığı, alerjik rinitli popülasyonda % 20–70'e çıkmaktadır. Bu nedenle, astımlı çocuğun

yaşam kalitesini diğer alerjik hastalık etkileyebilir. Bu ölçekte hem astım, hem rinit, hem de diğer deri, gastrointestinal sisteme ait sorular bulunmaktadır. Sonuçlar astımlı ve rinitli hastada hastalık spesifik skorlarla (PAQLQ, PRQLQ vs) ve semptomlarla korele bulunmuştur. Bu ölçeğin diğer dillere çevrimi ve yaygın kullanımı kabul görmemiştir. Türkçe'ye uyarlamamıştır.



Şekil XIV: Çocuklarda Sık Kullanılan Özel Yaşam Kalitesi Ölçekleri (110,121)

ÖLÇEK ADI TÜRKÇE	GELİŞTİREN	YAŞ GRUBU	ÖLÇEK ÖZELLİKLERİ	GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
Childhood Asthma Questionnaires (CAQ)	Christie ve ark. (1993)	4–16 yaş grubundaki astım hastaları için hazırlanmıştır.	4–7 yaş formu 14, 8 - 11 yaş formu 22, 12 - 16 yaş formu 31 maddeden oluşmaktadır. Bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirliliği yüksektir.	
Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLO)	Juniper ve ark. (1996)	7–17 yaş grubundaki astım hastaları için hazırlanmıştır.	23 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Test tekrar test güvenirliği ve geçerliği yüksek olarak değerlendirilmiştir.	Çalışma 2004 yılında Yüksel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.
About My Asthma (AMA)	Mishoe ve ark. (1998)	6-12 yaş grubundaki astım hastaları için hazırlanmıştır.	44 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. İç tutarlığı (Cronbach alfa=0.93) yüksektir. Geçerliği bilgileri belirtilmemiştir.	
Pediatric Cancer Quality of Life Inventory (PCQL -32)	Varni ve ark.(1998b)	8-18 yaş grubundaki onkoloji hastaları için hazırlanmıştır.	32’şer maddeden oluşan öz bildirim ve ebeveyn formları bulunmaktadır. İç tutarlığı (Cronbach alfa=0.91 -0.92) ve klinik geçerliği yüksek olarak saptanmıştır.	
Pediatric Oncology Quality of Life Scale (POQOL)	Goodwin ve ark. (1994)	5-17 yaş grubundaki onkoloji hastaları için hazırlanmıştır.	21 maddelidir. Yalnızca ebeveyn formu bulunmaktadır. İç tutarlığı (Cronbach alfa=0.85) ve geçerliği yüksek bir ölçektir.	
Quality of Life Epilepsy – Adolescent Version (QOLIE-AD-48)	Cramer ve ark. (1998)	11-17 yaş grubundaki epilepsi hastaları için hazırlanmıştır.	48 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Test tekrar test geçerliği, iç tutarlığı (Cronbach alfa>0.70) ve geçerliği yüksektir.	
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	Dolgun ve ark. (2004)	8-12 yaş grubundaki dikkat eksikliği hiperaktivite	30 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Test tekrar test güvenirliği, iç tutarlığı	Form Türkçe geliştirilmiştir.

Yaşam Kalitesi Ölçeği (DEHBYKÖ)		bozukluğu olan hastalar için hazırlanmıştır.	(Cronbach alfa = 0.76- 0.80) ve geçerliği yüksektir.	
Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI)	Lewis- Jones ve Finley (1995)	3–16 yaş grubundaki dermatoloji hastaları için hazırlanmıştır.	10 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Test tekrar test güvenirliği yüksek olan ölçeğin geçerlik bilgileri belirtilmemiştir.	
Diabetes Quality of Life for Youths (DQOL-Y)	Ingersoll ve Marrero (1991)	11–18 yaş grubundaki diyabetli hastalar için hazırlanmıştır.	52 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. İç tutarlığı (Cronbach alfa=0.85) yüksek olan ölçeğin geçerlik bilgileri belirtilmemiştir.	
Juvenile Arthritis Quality of Life Questionnaire	Duffy ve ark. (1997)	2–18 yaş grubundaki romatoloji hastaları için hazırlanmıştır.	74 maddeden oluşan ölçeğin 9 yaş sonrası için öz bildirim ve ebeveyn formları varken, 9 yaş öncesinde yalnızca ebeveyn formu bulunmaktadır. Güvenirliği yüksek bulunan ölçeğin geçerlik bilgileri belirtilmemiştir.	
Life Satisfaction Index for Adolescents	Reid ve Renwick (1994)	12-19 yaşları arasındaki nöromusküler hastalığı olan ergenler için hazırlanmıştır.	35 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. İç tutarlığı (Cronbach alfa=0.52-0.88) ve geçerliği yüksektir.	

BÖLÜM III

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma; astımlı çocuk ve adölesanların öz-etkililiklerinin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacı ile tanımlayıcı olarak düzenlenmiştir.

3.2 ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI

Bu araştırma, Ocak 2014 - Mayıs 2014 tarihleri arasında, Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Solunum-Alerji Bilim Dalı Polikliniği'nde Perşembe günleri yapılmıştır. Araştırma ön çalışma tamamlandıktan ve izinler alındıktan sonra yürütülmeye başlanmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırma örneklemini, Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Solunum-Alerji Bilim Dalı Polikliniği'nde takip edilen daha önce astım tanısı almış, 10-18 yaşları arasında olan, araştırmaya alınma kriterlerine uygun, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 137 astımlı çocuk ve adölesan oluşturmuştur.

Çocuk ve Adölesanların Araştırmaya Alınma Kriterleri

- ❖ Çocuk ve ailenin araştırmaya katılmayı kabul etmesi
- ❖ Çocuğun okuma yazmasının olması
- ❖ Çocuğun daha önceden bilinen psikolojik bir hastalığının bulunmaması
- ❖ Görme ve işitme ile ilgili duyu kaybının olmaması
- ❖ İletişime ve işbirliğine açık olması
- ❖ Zihinsel bir problemi olmaması

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan çocuk, adölesan ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerini içeren “Astımlı Çocuk ve Adölesan Bilgi Formu”, poliklinik ziyaretlerinde astımlı çocuk ve adölesanların izleminde “Astımlı Çocuk ve Adölesanlar için Öz-Etkililik Ölçeği (AÇAÖÖ)” ve “Çocuklar İçin Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ)” kullanılmıştır.

3.4.1. Astımlı Çocuk ve Adölesan Bilgi Formu (EK-I)

Veri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan, çocuk, adölesan ve ebeveynlere ait demografik soruları içeren “Astımlı Çocuk ve Adölesan Bilgi Formu” oluşturulmuştur.

3.4.2. Astımlı Çocuk ve Adölesanlar İçin Öz-Etkililik Ölçeği (AÇAÖÖ) (EK-II)

Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar İçin Öz-Etkililik Ölçeği (AÇAÖÖ), 10–18 yaş grubundaki astımlı çocuk ve adölesanların öz-etkililik algısını ölçmek ve onların hastalıklarıyla başetmelerini kolaylaştırmak amacıyla Schlösser ve Havermans tarafından 1992 yılında Hollanda’da geliştirilmiştir. Türkiye’de astımlı çocuk ve adölesanlara yönelik herhangi bir ölçek olmadığından bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Çevik ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Schlösser ve Havermans bu ölçeğin Cronbach alfa katsayısını 0.87 olarak bulmuştur. Yapılan faktör analiziyle maddeler tek faktör altında toplanmıştır. Ölçek 5’li Likert-tipi olup 1’den (Tamamen katılıyorum) 5’e (Hiç katılmıyorum) kadar devam eden sıralama ile derecelenmiştir. Ölçeğin puanlaması 22 ile 110 arasında değişmektedir. Tamamen katılıyorum 5, Hiç katılmıyorum 1 puan olacak şekilde değerlendirme yapılmaktadır.

3.4.3. Çocuklar İçin Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ) (Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire –PAQLQ) (EK III):

Juniper ve arkadaşları tarafından 1996 yılında 7-17 yaş grubu astımlı çocukların hastalığa özgü fiziksel, ruhsal ve sosyal bozukluklarını ölçmek amacıyla geliştirilen, 23 maddeden oluşan yaşam kalitesi ölçeğidir. Türkçe’ye Yüksel ve arkadaşları tarafından 2004 yılında çevrilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfası 0.83 olarak belirlenmiştir. Son bir hafta boyunca çocukların astım hastalığı sonucu yaşadığı deneyimleri sorgulamakta ve üç 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)

Ölçek; astımlı çocuk doktoru ile görüşmeden ve yanında ebeveyni olmaksızın uygulanır. Ölçekteki her bir soru 1-7 puanlık likert skalası kullanılarak değerlendirilir. 1 en düşük, 7 ise en büyük dereceyi ifade etmektedir. Soruların puan ağırlıkları eşittir. Bütün maddelerden alınacak toplam puan 23-161 arasındadır. Genel yaşam kalitesi tüm soruların, alt kategorileri ile ilgili alan puanı toplanıp ortalamaları alınarak hesaplanır. Puan yükseldikçe yaşam kalitesinde iyileşmenin olduğunu ifade etmektedir.

3.4.4. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmada kullanılan “Astımlı Çocuk ve Adölesan Bilgi Formu”, 10-18 yaş arası astımlı çocuk ve adölesanlara yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından yapılmıştır. “Astımlı Çocuk ve Adölesanlar İçin Öz-Etkililik Ölçeği “ ve “Çocuklar İçin

Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği” araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra 10-18 yaş arası astımlı çocuk ve adölesanlar doldurmuştur.

3.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Araştırmanın bağımlı değişkeni: Astımlı çocuk ve adölesanların yaşam kalitesi puan ortalamaları

Araştırmanın bağımsız değişkeni: Astımlı çocuk ve adölesanların öz-etkililik puan ortalamaları

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 16.0 istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırma kapsamına alınan astımlı çocuk ve adölesana ilişkin tanımlayıcı istatistikler ortalama $\pm$ standart sapma; demografik değişkenler sayı ve yüzde; ölçekler ve alt boyutlar ise minimum-maksimum değerler olarak gösterilmiştir. Öz-etkililik ile yaşam kalitesi ve alt boyutları verilerinin incelemesinde korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiklerin anlamlılığı için yanılma düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

3.7. SÜRE VE OLANAKLAR

Haziran 2012 – Kasım 2012 döneminde araştırma planı yapılmış, ilgili literatürler taranmış, tez konusu belirlenmiştir. Araştırma 31 Temmuz 2013 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Ocak-Aralık 2014 tarihleri arasında veriler toplanıp, araştırmacı tarafından kodlamaları yapıp analiz edilmiştir.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

“Astımlı Çocuk ve Adölesanlar İçin Öz-Etkililik Ölçeği “ nin kullanılabilmesi için ölçeği geliştiren ve geçerlilik güvenirliğini yapan Yrd.Doç.Dr. Ümran ÇEVİK ile internet aracılığıyla görüşülmüş ve uygulanması için gerekli izin alınmıştır (Ek II).

“Çocuklar İçin Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ)” nin kullanılabilmesi için Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Solunum-Alerji Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Hasan YÜKSEL’ den sözlü ve yazılı izin alınmıştır (Ek III).

Araştırmanın yapılabilmesi için; Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu’ndan, çalışmanın yürütülebilmesi için Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi’nden gerekli izin yazıları alınmıştır.

Ayrıca çocuklara görüşme öncesi, araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman konusunda açıklamalar yapılmış ve sözlü onamları alınmıştır.

BÖLÜM IV

4. BULGULAR

4.1. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Demografik Özellikleri

Tablo 1. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Demografik Özellikleri

Cinsiyet	Sayı	%
Kız	47	34.3
Erkek	90	65.7
Yaş		
10-12	52	38.0
13-15	57	41.6
16-18	28	20.4
Ortalama yaş±standart sapma	13.7±2.2	
Ortanca yaş	14	
En düşük-en yüksek yaş	10-18	
Öğrenim Durumu		
İlköğretim	17	12.4
Ortaöğretim	76	55.5
Lise	44	32.1
Okul Başarısı		
İyi	83	60.6
Orta+Kötü	54	39.4
TOPLAM	137	100.0

Tablo 1’de araştırma kapsamına alınan astımlı çocuk ve adölesanların demografik özellikleri görülmektedir. Araştırmaya katılan astımlı çocuk ve adölesanların %65.7’sinin erkek, %41.6 ’sının 13-15 yaş grubunda olduğu, %55.5’inin ortaöğretim okuduğu ve %60,6’sının okul başarısının “iyi” olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan astımlı çocuk ve adölesanların yaş ortalaması 13.7±2.2, ortanca yaşı 14, en düşük yaş 10, en yüksek yaş ise 18 dir.

4.2. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Ebeveynlerine İlişkin Demografik

Tablo 2. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Ebeveynlerine İlişkin Demografik Özellikleri

Annenin Yaşı	Sayı	%
26-36	47	34.3
37-47	78	56.9
48-56	12	8.8
Öğrenim Durumu		
Okur-Yazar Değil	3	2.2
Okur-Yazar	3	2.2
İlkokul	60	43.8
Ortaokul	16	11.7
Lise	31	22.6
Üniversite	24	17.5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	46	33.6
Çalışmıyor	91	66.4
Babanın Yaşı		
32-40	53	38.7
41-50	68	49.6
51-60	16	11.7
Öğrenim Durumu		
Okur-Yazar Değil	1	0.7
Okur-Yazar	3	2.2
İlkokul	46	33.6
Ortaokul	19	13.9
Lise	32	23.4
Üniversite	36	26.3
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	130	94.9
Çalışmıyor	7	5.1
TOPLAM	137	100.0

Tablo 2’de astımlı çocuk ve adölesanların ailelerinin demografik özellikleri verilmektedir. Araştırmaya katılan astımlı çocuk ve adölesanların annelerinin %56.9’unun 37-47 yaş grubunda, %43.8’inin ilköğretim mezunu ve %66.4’ünün çalışmadığı; babalarının ise %49.6’sının 41-50 yaş grubunda, %33.6’sının ilkokul mezunu ve %94.9’unun çalıştığı belirlenmiştir.

4.3. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Ailelerinin Genel Özellikleri

Tablo 3. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Ailelerinin Genel Özellikleri

Aile Tipi	Sayı	%
Çekirdek aile	118	86.1
Geniş aile	14	10.2
Parçalanmış aile	5	3.6
Ailede Yaşayan Birey Sayısı		
2-5 kişi	122	89.1
6-9 kişi	15	10.9
Ailenin Gelir Düzeyi		
Düşük	7	5.1
Orta	120	87.6
Yüksek	10	7.3
Sağlık Güvencesi		
Var	131	95.6
Yok	6	4.4
Çocuğun Sigara Dumanına Maruz Kalma Durumu		
Evet	49	35.8
Hayır	88	64.2
TOPLAM	137	100.0

Tablo 3’te astımlı çocuk ve adölesanların ailelerinin genel özellikleri görülmektedir. Araştırmaya katılan astımlı çocuk ve adölesanların ailelerin % 86.1’ inin çekirdek aile yapısında olduğu, %89.1’inde ailede 2-5 arasında birey yaşadığı, %87.6’sının gelir düzeyinin “orta” olduğu, %95.6’ sının sağlık güvencesinin bulunduğu ve %35.8’inde ise çocuğun sigara dumanına maruz kaldığı belirlenmiştir.

4.4. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Evlerinin Genel Özellikleri

Tablo 4. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Evlerinin Genel Özellikleri

Evin Isınma Durumu	Sayı	%
Sobalı	48	35.0
Doğalgaz	72	52.6
Klimalı	17	12.4
Evin Nem Durumu*		
Nemli*	35	25.5
Nemsiz	102	74.5
Evi Havalandırma Durumu		
Yeterli	130	94.9
Yetersiz	7	5.1
Evin Güneş Alma Durumu		
Alıyor	130	94.9
Almıyor	7	5.1
Çocuğun Kendine Ait Odası		
Evet	82	59.9
Hayır	55	40.1
Evde Evcil Hayvan Besleme Durumu		
Evet	29	21.2
Hayır	108	78.8
TOPLAM	137	100.0

*Evin duvar ya da tavan gibi bazı bölümlerinde küflerin oluşması.

Tablo 4'te astımlı çocuk ve adölesanların evlerinin genel özellikleri görülmektedir. Araştırmamızda, evlerin %52.6'sının doğalgazlı olduğu, %25.5'inin nemli olduğu, %5.1'inin yeterli güneş ışığı almadığı görülmektedir. Ayrıca ailelerin %94.9'unun evi yeterli havalandırdığı, %59.9' unun kendine ait odası olduğu, %21.2'sinin evcil hayvan beslediği belirlenmiştir.

4.5. Çocuk ve Adölesanlara Ait Astım Hastalığı ile İlgili Demografik Özellikler

Tablo 5. Çocuk ve Adölesanlara Ait Astım Hastalığı ile İlgili Demografik Özellikler

Ailede Astım	Sayı	%	Hayır	91	66.4
Var	72	52.6	Düzenli İlaç Alma		
Yok	65	47.4	Evet	123	89.8
Çocuk Astım Mevcut Durumu (ay)			Hayır	14	10.2
1-50 ay	106	77.4	Sağlığını Değerlendirme*		
51-100 ay	17	12.4	İyi	112	81.8
101-121 ay ve üzeri	14	10.2	Orta	21	15.3
			Kötü	4	2.9
Son Bir Yılda Astım Nöbeti Geçirme			Astım Eğitimi Alma	Sayı	%
Evet	26	19.0	Evet	50	36.5
Hayır	111	81.0	Hayır	87	63.5
Son Bir Yılda Astım Nöbeti Geçirme Sayısı			Alınan Eğitim Yeterli mi?		
Nöbet Yok	111	81.0	Evet	40	29.2
1 Kez	22	16.1	Hayır	97	70.8
2 Kez	4	2.9	Astımlı Arkadaş Varlığı		
Son Bir Yılda Geçirilen Astım Nöbetinin Şiddeti			Evet	49	35.8
Hafif	13	9.5	Hayır	88	64.2
Orta	13	9.5	Astım Derneklerine Üye Olma		
Nöbet Yok	111	81.0	Hayır	137	100.0
Astım Nedeniyle Hastaneye Yatma			TOPLAM	137	100.0
Evet	46	33.6			

*Sağlığını değerlendirme astımlı çocuk ve adölesanların ifadelerine göre belirlenmiştir.

Tablo 5’de çocuk ve adölesanlara ait astım hastalığı ile ilgili demografik özellikler verilmektedir. Araştırmaya katılan astımlı çocuk ve adölesanların %52.6’sının ailesinde astım olduğu, %77.4’ünün 1-50 ay arasında astım tanısı ile takip edildiği belirtilmektedir. Ayrıca bu çocukların % 19’unun son bir yılda astım nöbetini %16.1’ inin en az bir kez “orta” ve “hafif” şiddette geçirdiği görülmektedir. Astımlı çocuk ve adölesanların %33.6’sının astımdan dolayı hastaneye yattığı, %89.8’ inin astım ilaçlarını düzenli kullandıkları ve %81.8’inin şu anki sağlık durumunu “iyi” olarak değerlendirdiği görülmektedir.

Araştırmaya alınan astımlı çocuk ve adölesanların %36.5’inin astım eğitimi aldıkları ve %70.8’inin aldıkları eğitimin yeterli olmadığı görülmektedir. Ayrıca %35.8’i sınıfında ya da okulunda astımlı arkadaşı olduğunu belirtmektedir. Astım derneklerine üye olma durumları sorulduğunda ise % 100’ünün derneğe üye olmadığı belirlenmiştir.



4.6. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Hastalık Belirti Durumları

Tablo 6. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Hastalık Belirti Durumları

Astım Belirtileri		Var		Yok	
		Sayı	%	Sayı	%
Gündüz	Öksürük	49	35.8	88	64.2
	Hırıltı	25	18.2	112	81.8
	Nefes Darlığı	27	19.7	110	80.3
	Balgam	33	24.1	104	75.9
Gece	Öksürük	42	30.7	95	69.3
	Hırıltı	23	16.8	114	83.2
	Nefes Darlığı	20	14.6	117	85.4
	Balgam	32	23.4	105	76.6
Hareket Kısıtlılığı		Sayı		%	
Evet		54		39.4	
Hayır		83		60.6	
Hareket Sonrası Atak Geçirme*					
Evet		63		46.0	
Hayır		74		54.0	
TOPLAM		137		100.0	

*Koşma, egzersiz ve fiziksel aktivite sonrası.

Tablo 6’da astımlı çocuk ve adölesanların hastalığa yönelik gündüz belirtilerinin %35.8’inde gündüz “öksürük”, %30.7’ sinde gece “öksürük” belirtileri oluşturmaktadır. Astım hastalığından dolayı %39.4’ünün günlük hareketlerinde azalma olduğunu belirtmişlerdir. Koşma, egzersiz ve fiziksel aktivite sonrası %46’sının (öksürük, nefes darlığı, hışıltı) ataklarının olduğu belirlenmiştir.

4.7. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Astım Nöbetini Başlatan Uyaranlar

Tablo 7. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Astım Nöbetini Başlatan Uyaranlar

Astım Nöbetini Başlatan Uyaranlar	Sayı	%
Polenler	47	34.3
Ev Tozu Akarı	38	27.7
Hayvanlar	23	16.8
Küf	10	7.3
Sigara Dumanı	11	8.0
Hava Kirliliği	6	4.4
Nem	2	1.5
Uyaran İçin Önlem Alma		
Evet	83	60.6
Hayır	54	39.4
TOPLAM	137	100.0

Tablo 7’de çocuk ve adölesanların astım nöbetinin %34.3’ünü “polenler” in, %27.7’sini “ev tozu akarı” nın, %16.8’ini “hayvanlar” ın oluşturduğu görülmüştür. Ayrıca bu çocukların %60.6’ sının astım nöbetini başlatan uyaranlar için önlem aldıklarını belirtmişlerdir

4.8. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ) 3 Alan Ortalaması ve Toplam Puan Değerleri

Tablo 8. Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ) 3 Alan Ortalaması ve Toplam Puan Değerleri

Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları	Alt – Üst Puanları	X ± SS
Belirtiler Puanı	10-70	55.16±1.30
Faaliyet Kısıtlanması Puanı	8-35	23.35±5.03
Duygusal İşlev Puanı	9-56	45.73±9.34
Toplam Yaşam Kalitesi Puanı	27-161	124.24±24.64

Tablo 8’de astımlı çocuk ve adölesanların yaşam kalitesini değerlendirmek için ÇAYKÖ anketi uygulandı. Ankette; belirtiler puanı, faaliyet kısıtlanması puanı, duygusal işlev puanı ve toplam ÇAYKÖ puanı olmak üzere 4 puan elde edildi. Ortalama belirtiler puanı: (55.16±1.30); faaliyet kısıtlanması puanı: (23.35±5.03); duygusal işlev puanı: (45.73±9.34) ve toplam ÇAYKÖ puanı ise (124.24±24.64) olarak saptandı.

4.9. Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar İçin Öz-Etkililik Ölçeği (AÇAÖÖ) 3 Alan Ortalaması ve Toplam Puan Değerleri

Tablo 9. Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar İçin Öz-Etkililik Ölçeği (AÇAÖÖ) 3 Alan Ortalaması ve Toplam Puan Değerleri

Öz-Etkililik ve Alt Boyutları	Alt- Üst Puanları	X ± SS
Tıbbi Bilgiler Puanı	8-40	26.00±7.62
Çevresel Faktörlere Yönelik Astım Yönetim Becerileri Puanı	8-40	30.53±5.21
Problem Çözme Becerileri Puanı	6-30	22.88±4.69
Toplam Öz-Etkililik Puanı	22-110	79.41±15.65

Tablo 9’da astımlı çocuk ve adölesanların öz-etkililik değerlendirmek için AÇAÖÖ anketi uygulandı. Ankette; tıbbi bilgiler puanı, çevresel faktörlere yönelik yönetim becerileri puanı, problem çözme becerileri puanı ve toplam AÇAÖÖ puanı olmak üzere 4 puanı elde edildi. Ortalama tıbbi bilgiler puanı: (26.00±7.62); çevresel faktörlere yönelik yönetim becerileri puanı: (30.53±5.21); problem çözme becerileri puanı: (22.88±4.69) ve toplam AÇAÖÖ puanı ise (79.41±15.65) olarak saptandı.

4.10. Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutlarının Öz-etkililik Arasında, Öz-etkililik ve Alt Boyutlarının Yaşam Kalitesi Arasında Korelasyonu

Tablo 10. Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutlarının Öz-etkililik Arasında, Öz-etkililik ve Alt Boyutlarının Yaşam Kalitesi Arasında Korelasyonu

	Öz -Etkililik	
Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutları	r	p
Yaşam Kalitesi	-0.035	0.686
Belirtiler	-0.083	0.337
Faaliyet Kısıtlaması	0.029	0.733
Duygusal İşlev	0.027	0.751
	Yaşam Kalitesi	
Öz-Etkililik ve Alt Boyutları	r	p
Öz-etkililik	-0.035	0.686
Tıbbi Bilgiler	-0.049	0.572
Çevresel Yönetim Becerileri	-0.002	0.984
Problem Çözme Becerileri	-0.027	0.754

Tablo 10’ da astımlı adölesan ve çocukların öz-etkililik düzeyleri ile yaşam kalitesi alt boyutu olan “belirtiler” (r: -0.083, p: 0.33) ve “toplam yaşam kalitesi” (r: -0.035, p:0.68) düzeyleri arasında negatif, çok zayıf ve anlamsız ($p>0.05$) bir ilişki vardır.

Astımlı adölesan ve çocukların yaşam kalitesi düzeyleri ile öz-etkililik alt boyutları arasında negatif ve anlamsız ($p>0.05$) bir ilişki vardır.

BÖLÜM V

5. TARTIŞMA

Astım dünyada en sık karşılaşılan atak ve remisyon (sönme) dönemleri ile seyreden kronik bir hastalıktır. Astım, çocuğun fiziksel sağlığını etkilediği kadar aynı zamanda okul ile ilgili sorunlarda, kişiler arası ilişkilerde, aile içi aktivitelerde, başa çıkmada ve özgüvende yetersizliğe neden olabilir. Hastalığının kronik olması, acil servise ya da hastaneye başvuruda gerek çocuk ve adölesanın, gerekse ailesinin ruhsal ve sosyal uyumunu önemli ölçüde etkileyebilir; hatta bu etki tüm yaşam boyu da sürebilir. Bugünkü sağlık anlayışı ve ekonomik koşullar göz önüne alındığında, hemşirelerin kronik hastalığı olan çocuklara hastalığı ile yaşamayı öğreterek, yaşam kalitesini iyileştirmede etkin rol alabileceği düşüncesinden hareketle tanımlayıcı olarak yapılan çalışmanın bulguları aşağıda tartışılmaktadır (14).

5.1. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Demografik Özelliklerine Ait Bulguların Tartışması

Çalışma grubumuzu 10-18 yaş arası astım tanısı almış 137 çocuk ve adölesan oluşturmaktadır. Astımlı çocuk ve adölesanların %65.7'si erkek, %41.6'sı 13-15 yaş grubunda ve yaş ortalaması 13.7 ± 2.2 dir (Tablo 1).

Erkek cinsiyet çocukluk dönemi astımı için önemli bir risk faktörüdür. Bozkurt ve arkadaşlarının (2012) yaptığı araştırmada, astımlı çocukların %65.2'sinin erkek olduğu, %34.8'inin 11-14 yaş grubunda olduğu ve yaş ortalamasının 9.2 ± 2.2 olduğu görülmüştür (70). Özkaya ve arkadaşları (2014), çocukluk çağı astımında risk faktörlerinin araştırıldığı çalışmasına 93'ü erkek olmak üzere, toplam 150 astımlı çocuk katılmış olup, hastaların yaş ortalaması 9.3 olarak hesaplanmıştır (123).

Gümüş (2010) yaptığı çalışmada, çalışmaya alınan 97 astımlı çocuğun %67'si erkek ve %33'ü kız, yaş ortalaması 10.3 ± 2.49 olarak bulunmuştur (120). Pamukçu ve arkadaşları (2003) çalışmada da astım yaygınlığı erkeklerde kızlara göre 1.4 kat fazladır (122). Shohat ve arkadaşları (2000) astımın erkeklerde anlamlı olarak yaygın olduğunu, ancak astım semptomlarının kızlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Akt: Bulduk, 2009) (125).

Bateman ve arkadaşları (2008), astım prevalansının 14 yaşından küçük erkek çocuklarda, kız çocuklarına göre yaklaşık 2 kat daha yüksek olarak (82); Cengizlier ve arkadaşları (2006) ile (126) Kalyoncu ve arkadaşları (1999)'nın Ankara ilinde yaptıkları çalışmalarda erkek çocuklarda bronşial astım görülme sıklığının kız çocuklara göre yaklaşık olarak 1.5 kat daha fazla (127); Topal'ın (2013) yaptığı bir çalışmada erkek cinsiyet oranı

kızlardan daha fazla (%64.8'i erkek, %35.2'si kız) olarak bulunmuştur. Astım prevalansının kızlarda puberteden sonra arttığı bildirilmiştir (86).

Cinsiyete göre incelendiğinde ortaya çıkan bu fark, erken çocukluk döneminde hava yolu çaplarının erkeklerde kızlara oranla daha küçük olması ve dolayısıyla daha yüksek hava yolu rezistansına sahip olmaları, inhaler alerjen duyarlılığının erkek çocuklarda daha sık görülmesi ve erkek çocukların daha fazla aktivite içinde olmaları ile açıklanabilmektedir (13,129).

Rae-Grant (1989), özellikle erkek çocukların hem fiziksel hem psikososyal stresörlerle daha çabuk yaralandığına, bu nedenle cinsiyetin önemli olduğuna dikkat çekmektedir (Akt: Çalışkan, 2007) (74).

Araştırmamızda astımlı çocuk ve adölesanlarda erkek cinsiyet oranının, kızlardan fazla bulunması literatürler bilgileri ile desteklenmektedir (44,120,123,128).

5.2. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Ailelerinin Genel Özelliklerine Ait Bulguların Tartışması

Çalışmamızda, astımlı çocuk ve adölesanların ailelerinin genel özellikleri incelendiğinde, ailelerin % 86.1' inin çekirdek aile yapısında olduğu, %89.1'inde ailede 2-5 arasında birey yaşadığı, %87.6'sının ailenin gelir düzeyinin “orta” olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Astım hastalığının sosyoekonomik koşullarla arasındaki ilişkiyi belirleme konusunda, Demirci'nin (2011) astımlı çocuklarda yaptığı çalışmada, ailelerin %85'inin çekirdek aile yapısında ve %85'inin gelir düzeyinin “orta” düzeyde olduğu belirlenmiştir (14).

Talay ve arkadaşları (2008) çalışmalarında, okul çocuklarında düşük sosyoekonomik durumun astım riskini arttırdığını belirtmişlerdir (129). Bayram ve arkadaşlarının (2001) yaptıkları çalışmada, sosyoekonomik durumu “düşük” olan öğrencilerde, “orta” ve “yüksek” sosyoekonomik düzeyine sahip olanlara göre astım görülme sıklığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (131). Bulduk ve arkadaşlarının (2009) astımlı ilköğretim çocuklarında yaptıkları araştırmada da bu durum desteklenmektedir (125).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, evde yaşayan kişi sayısının artmasının çocuk ve erişkinlerde alerjiye karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir. İlk olarak literatürde Golding ve Peters (2002) tarafından “kardeş etkisi” olarak tanımlanmıştır. Evde yaşayan kardeşlerin sayısı ile astım bronşiyal arasında ilişki saptanmamışken; evde yaşayan kardeş sayının artışının “atopik dermatit” ve “alerjik rinit” riskini azalttığı saptanmıştır. Karmaus ve Botezan (2005) aile büyüklüğü, astım ve semptomları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların 22'sinde, ailede yaşayan kişi sayısı arttıkça astım bronşiol ve semptomlarının azaldığını

bulmuşlardır. Bu koruyucu etki; ailede kardeş sayısının artmasıyla enfeksiyonlarla karşılaşma oranının artmasına ve TH2'den TH1'e doğru immün sistemin gelişmesine yol açarak (hijyen hipotezi) atopik hastalıkların gelişmesini engelleyebileceği belirlenmiştir (130).

Bayram (2001)'in çalışmasında, 6-18 yaş arası çocukların evlerinde yaşayan kişi sayısının altı ve üzerinde olmasının, astım için risk oluşturmadığı belirlenmiştir (131).

Batı tarzı yaşam kültürüne sahip toplumlarda artan astım prevalansı, çocukluk çağı enfeksiyonlarının ve mikroorganizmalarla temasın koruyucu etkisini gündeme getirmiştir (52).

Araştırmamızda astımlı çocuk ve adölesanların %35.8'sinin evde, okulda, sokakta sigara dumanına maruz kaldığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Genetik yatkınlığı olan çocuk, çevresel risk faktörlerine maruz kaldığında astım gelişme riski de artmaktadır (70). Sigara dumanı ev içinde hava kirliliğinin esas nedenidir. Evde sigara içilmesi astım için önlenabilir bir risk faktörüdür. Pasif içiciliğin erken çocukluk döneminde tekrarlayan hışıltı ve pnömoniye yol açarak astım gelişimi için bir risk faktörü oluşturabildiği belirlenmiştir (129).

Topal'ın (2013), astım atağı nedeniyle alerji polikliniğine ve acil servise başvuran çocuk hastalarda yaptığı çalışmasında, 84 çocuk hastanın (%12.7) intrauterin döneminde, 128 çocuk hastanın (%19.3) ise evde pasif içiciliğe maruz kaldığı ortaya çıkmıştır (86).

Karadağ ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışma, astımlı çocukların %64.5'inin evinde (132); Kalyoncu'nun (1996) çalışmasında, araştırmaya katılan 1036 ailenin %73.9'unun evinde en az bir kişinin sigara içtiği belirlenmiştir (133).

Prenatal dönemde ya da erken çocuklukta sigara dumanına maruz kalanlarda astım sıklığının daha fazla olduğu ve sigara içiminin astım bulgularını kötüleştirdiği bilinmektedir. Çocuklukta pasif sigara içiminin erişkin astımı için de risk teşkil ettiği belirtilmiştir (14).

Sigara dumanı özellikle ev içi hava kirliliğinin en önemli nedenidir. Sigara dumanıyla teması olan hastalarda astımın kontrol altına alınması zordur. Ayrıca, böyle hastalarda solunum fonksiyonlarında azalma olur, atak sıklığı ve hastaneye yatış riski artar (86).

Akçay ve arkadaşlarının (2009), Denizli ilinde yaptıkları çalışmada, ev ortamında sigara içilmesi astım bronşiyal için bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (134). Sabuncular'ın (2013), 6-15 yaş arası astımlı çocuklarda yaptığı çalışmasında, ev ortamında sigara kullanım oranlarının astım grubunda %61.9 olarak bulunmuştur (47).

Altuğ (2013), bazı hava kirleticilerin ilkökul çocuklarında astım ve alerjik hastalıklarla ilişkisine etkisini incelediği çalışmasında, evde sigara kullanımının bazı astım semptomlarının prevalansını etkilediğini ortaya çıkarmıştır. Ayrıca astım semptomlarından en az birinin

varlığı için evde sigara kullanan ailelerin çocuklarında 1.3 kat daha fazla semptom belirlenmiştir (135).

Geçmiş yıllarda ortaya çıkan bu veriler, “dumansız hava sahası” politikası adı altında etkin bir sigara maruziyetini önleme uygulanmasına karşın, ülkemizde halen çocukların sigara dumanına maruz kaldıkları görülmektedir.

5.3. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Evlerinin Özelliklerine Ait Bulguların Tartışması

Astımlı çocuk ve adölesanların evlerinin genel özellikleri incelendiğinde, evlerin %52.6’sının doğal gazlı olduğu, %25.5’inin nemli olduğu, sadece %5.1’inin yeterli güneş ışığı almadığı belirlenmiştir. Ayrıca ailelerin %94.9’unun evi yeterli havalandırdığı belirlenmiştir (Tablo 4).

Dış ortam havası aynı zamanda iç ortam hava kirliliği için partikül maddelerin ve gaz kirleticilerin ana kaynağı olması nedeniyle iç ortam hava kalitesini de önemli oranda etkilemektedir (135).

Demirci’nin (2011) çalışmasında, astımlı çocukların yaşadığı evlerin %19’unun sobalı, %13’ünün nemli, %6’sının yetersiz havalandırıldığı ve %21’inin yeterli güneş ışığı almadığı belirlenmiştir (14).

Palalı’nın (2012) çalışmasında, evde odun-kömür sobası ile ısınan çocuklarda astımın görülmesinin, odun-kömür sobası ile ısınmayan çocuklardan anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür. Bunun nedeni odun-kömür sobasından ortaya çıkan gazların ev içi hava kirliliğine neden olmasıdır (130).

Sabuncular’ın (2013) çalışmasında, astımlı çocukların evlerinde odun-kömür tüketim oranı %83.3 olarak belirlenmiştir (47). Akçay ve arkadaşlarının (2007), Denizli ilinde 6-7 yaş okul çocuklarında yaptıkları çalışmalarında kömür sobası ile ısınmanın astım bronşiyal riskini artırdığını belirlemişlerdir (134).

Ev içindeki rutubet hem ev tozu akarlarının, hem de küf mantarlarının çoğalmasına neden olmaktadır. Rutubetli ve iyi havalanmayan evlerde oturan kişilerde var olan solunum yolu hastalığı semptomları artmaktadır (138).

Altuğ (2013) çalışmasında, evde küf ortamının varlığı ya da nemli bir evde oturmanın çocuklarda alerjik hastalıkları arttırdığını ve solunum yollarını olumsuz etkilediğini belirlemiştir. Ayrıca küflü bir evde yaşamının son bir yıldaki wheezing ve gece kuru öksürüğü ile ilişkili yakınmaları arttırdığı saptanmıştır (135).

Turan (2009) çalışmasında, evde rutubet olma oranının, astımlı çocuklarda %35.9 olarak, astım ve alerjik rinitli çocuklarda %41.8 olarak belirlemiştir (128). Çetemen’in (2011) çalışmasında, ev ortamında bulunan rutubetin 6-7 yaş çocuklarda hışıltı sıklığını arttırdığı

ortaya çıkmıştır (137). Gümüş'ün (2010) çalışmasında, rutubetli evde oturan ve ısınma aracı olarak soba kullanan çocuklarda astım anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (120).

Bu sonuçların ortaya çıkmasında ev ortamındaki nem ve küfün, astım semptomlarını ve astım şiddetini arttırarak bireyin yaşamını olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Özellikle evde rutubet oluşmaması için gerekli önlemlerin alınması koruyucu bir faktör olarak ön plana çıkmaktadır

Araştırmaya alınan astımlı çocuk ve adölesanların evde %21.2'sinin evcil hayvan (n:19 kuş; n:8 balık; n:7 köpek; n:4 kedi; n:1 su kaplumbağası) beslediği belirlenmiştir (Tablo 4).

Ev içinde alerjen yükünü artıran bir neden de evcil hayvan beslenmesi ve tüylü oyuncağın bulunmasıdır. Özellikle atopik bünyesi olanlarda, hayvansal ürünlerin semptomlara neden olabileceği bilinmektedir (41).

Demirci'nin (2011) astımlı çocuklarla yaptığı çalışmasında evde evcil hayvan besleme durumunu %18 olarak belirlemiştir (14). Altuğ (2013) çalışmasında, evlerinde tüylü evcil hayvan (yarı kentsel bölgede %22; kentsel bölgede %30; kentsel trafik bölgede %20) bulunan 1880 ilkököl çocuğunda rinit ve astım semptom prevalansının etkilediğini belirlemiştir (135).

Turan (2009) çalışmasında, evde hayvan besleme oranı, astımlı çocuklarda %5.7, astım ve alerjik rinitli hastalarda ise %12.1 olarak bulunmuştur (128). Demirel ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, evde evcil hayvan besleme oranı astımlı çocuklarda %20 olarak bulunmuştur ve bu çocukların %85'inin evlerinde “kuş” besledikleri ortaya çıkmıştır (71).

Bayram ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında, Hatay'ın Payas kasabasında bulunan ilkököl çocuklarında evcil hayvan besleme oranı %40.2 olarak belirlenmiştir (131).

Araştırmada astımlı çocuk ve adölesanların evlerinde evcil hayvan besleme oranı bazı literatür ile benzer bulunmuştur. Astımlı çocuk ve adölesanlar ile çalışan hekim ve hemşireler bu konuda öncelikle doğru veri toplamalı, daha sonra aile ve çocuğa eğitim vermeli ve izlemelidirler.

Astımlı çocuk ve adölesanların okul ile ilgili özellikleri incelendiğinde; %55.5'inin ortaöğretim'de okuduğu ve %60.6 'sının okul başarısının “iyi” olduğu görülmektedir (Tablo1) Astımlı çocuk ve adölesanların %35.8'i sınıfında ya da okulunda astımlı arkadaşı olduğunu belirtmektedir (Tablo 5).

Astım, çocuklarda ve adölesanlarda okul başarısızlığının en önemli nedenlerinden biridir (41). Epidemiyolojik çalışmalar, okul çağı çocuklarında yaklaşık %20'sinin astım hastalığı olduğunu göstermektedir. Astım, fizik aktivitede kısıtlanmaya yol açabilmekte ve

ataklar nedeniyle okula devamı ve okul performansını etkilemektedir. Okula gidilemeyen gün sayısı arttıkça, çocuklarda okul başarısında düşme, özgüvende azalma ve davranış problemleri görülebilmektedir (6).

Cihangir'in (2007), astımlı adölesanların öz-bakım ve uyumlarını geliştirmedeki etkisini belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada, hastalığın okuldaki başarısını etkileme durumu incelendiğinde, deney (%57.5'inin) ve kontrol (%65.0'inin) grubundaki adölesanların okuldaki başarılarının etkilendiğini ve bu etkinin en fazla okul devamsızlığı nedeniyle (deney grubu: %78.2; kontrol grubu %65.4) ortaya çıktığı saptanmıştır (89).

Çevik (2011) yaptığı araştırmasında, astımlı çocuk ve adölesanların okula devam durumu değerlendirildiğinde, deney grubunda bulunan çocuk ve adölesanların %15'inin, kontrol grubundakilerin ise %60'ının astım nedeniyle okula gidemediği belirlenmiştir (2).

Yoos ve McMullen'in (1996), 6–18 yaş grubunda 28 astımlı çocuk ile yaptığı çalışmada, Rydsröm ve arkadaşlarının ise (2005), 6-16 yaş grubunda 14 astımlı çocuk ile yaptığı çalışmada, çocukların hastalıkları nedeniyle okula devam edemedikleri ve okul başarılarının düştüğü belirlenmiştir (Akt: Cihangir, 2007) (89).

Razi'nin (2003), ergenlik çağındaki okul çocuklarının astım hastalığı hakkındaki bilgi düzeyini ölçmek ve verilen eğitim sonrası bilgi düzeylerindeki değişimi saptamak için yaptığı çalışmada öğrencilerin, %70'den fazlası 'astım'ı "okulda kalma" veya "okulda başarısız olma" ile ilişkili görmedikleri ortaya çıkmıştır. Ayrıca öğrencilerin %83.5'inin astımlı bir çocuk ile aynı sınıfta olmanın kendisini rahatsız etmeyeceğini, %94.9'unun da astımın utanılacak bir hastalık olmadığını belirtmişlerdir (6). Bu araştırma sonucu, astım hastalığı olmayan ergenlerin astım hastalığı olan arkadaşlarına karşı yüksek oranda hoşgörüyeye sahip olduğunu ve astımlı arkadaşlarını kendilerinden farklı görmediklerini göstermektedir.

Çalışmamızda astımlı çocuk ve adölesanların %52.6'sının ailesinde astım (n:16 anne; n:13 baba; n:12 anneanne; n:10 babaanne) olduğu belirtilmektedir (Tablo 5).

Astım, genetik yatkınlığın rol oynadığı kronik hastalıklardan biri olup, hastalığın risk faktörlerinden en önemlisi birinci derece akrabalarında atopik hastalık olmasıdır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda atopik hastaların % 40-80'inde pozitif aile öyküsü bulunmuş ve astımın gelişiminde en önemli risk faktörü olduğu bildirilmiştir (128).

Akçay ve arkadaşlarının (2007), Denizli ilinde 3000 çocukla yaptıkları çalışmada, ailelerinde alerji hastalık öyküsü olan çocuklarda anlamlı olarak daha yüksek astım sıklığı saptamışlardır (134).

Palalı (2011) çalışmasında, 7-8 yaş astımlı çocuklarda astım ve diğer alerjik hastalıklar için en önemli risk faktörü olarak ailede alerjik hastalık öyküsünün olmasını saptamıştır (130).

Demirel ve arkadaşları (2002), ailede allerjik hastalıklar öyküsünün olmasının astım için istatistiksel olarak çok anlamlı bir risk faktörü olduğunu ortaya çıkarmıştır (71). Turan (2009) çalışmasında, ailede atopi hikayesi olan astımlı çocukları %41.6 olarak belirlemiştir. (128).

Bozkurt ve arkadaşlarının (2012) çalışma grubundaki çocukların %55.6'sının ailesinde astım olduğu belirlenmiştir. Astımlı çocuklarda ailesel yatkınlığın risk faktörü olarak sorgulanması tanılama açısından önemlidir (70).

Çevik (2011) yaptığı çalışmada, çocuk ve adölesanların %57.6'sının I. derece ve II. derece akrabalarının astım hastalığına sahip olduğu ve astım hikayesinin bulunduğu belirlenmiştir. Anne ya da babadan biri astımlı olduğunda çocuğun astım olma olasılığının %30' a, her ikisinin astımlı olması durumunda bu oranın %50' ye çıktığı, genetik geçişin sık olduğu yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (2). Bozkurt'un (2003) çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur (7).

Demirci'nin (2011) yaptığı çalışmada, astımlı çocukların ailelerin %76'sında astım varlığının olduğu (14), Topal'ın (2013) çalışmasında %12.7'i çocuğun (n:84) ailesinde astım tanısı alan birey bulunduğu belirlenmiştir (86).

Alerjik hastalıkların kalıtımı multifaktöriyeldir. Genetik yatkınlığın (anne, baba, kardeş, yakın akrabalarda veya kendisinde allerjik hastalıklardan birisinin olması) diğer allerjik hastalıklar için de bir risk oluşturduğu bilinmektedir (130).

5.4. Astımlı Çocuk ve Adölesanların Astım Hastalığına Ait Bulguların Tartışması

Araştırmamızda astımlı çocuk ve adölesanların %77.4'ünün 1-50 ay arasında astım tanısı ile takip edildiği belirtilmektedir. Ayrıca bu çocukların % 19'unun son bir yılda astım nöbetini %16.1' inin en az bir kez “orta” ve “hafif” şiddette geçirdiği görülmektedir (Tablo 5).

Astım erken çocukluk hastalığıdır. Şikayetler büyük oranda hayatın ilk yıllarında başladığından hastalık gelişimi için yüksek risk altındaki küçük çocukların belirlenmesi çok önemlidir (140).

Çevik (2011) çalışmasında, çocuk ve adölesanların çoğunlukla 1-5 yıl arasında astım tanısı aldığı ve tedavi gördüğü belirlenmiştir (2).

Bu konuda yapılmış çalışmalar incelendiğinde;

Cihangir' in (2007) astımlı adölesanlarda yaptığı çalışmada, % 47.5'nin son 1-5 yıl arasında astım ile takip edildiği (89); Ekici' nin (2005) astımlı çocuklarla yaptığı çalışmada ise bu oranın % 42.5 olduğu belirlenmiştir (59).

Astım semptomları hastadan hastaya farklılık göstermektedir. Bir tarafta sürekli olarak ilaç kullanan, sık sık hastaneye yatan, zaman zaman yoğun bakım ünitelerinde takibi gereken

“ağır persistan” gruptaki hastalar varken, diğer tarafta her yıl veya birkaç yılda bir ilaç kullanmadan kendiliğinden geçebilen “hafif astım” atakları geçiren intermittan çocuk ve adölesanlar da vardır (41).

Özkaya ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları araştırmada, çalışmaya katılan astımlı çocukların %45’i GINA kılavuzuna göre hafif “intermitan astım” sınıfında iken, sadece bir hastanın “ağır persistan” sınıfında olduğu saptanmıştır (123). Topal (2013) astım atağı nedeniyle acil servise başvuran çocukların atak şiddetinin incelendiği çalışmada, %54.1’inde (n=441) “hafif”, %38.3’ünde (n=313) “orta”, %7.2’sinde (n=59) “ağır” ve %0.4’ünde (n=3) “çok ağır” olarak belirlemiştir (86).

Karagöl ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında çocuklar astım atağı şiddeti yönünden değerlendirildiğinde, 20 çocukta (%50) “hafif”, 18 çocukta (%45) “orta”, 2 çocukta ise (%5) “ağır” şiddette astım atağı belirlenmiştir (140).

Çevik’in (2011) araştırmasına alınan astımlı çocuk ve adölesanların astım şiddeti değerlendirildiğinde; %67.6 çocukta “hafif” ve “orta” şiddette bulunmuştur (2).

Tüm ataklarda öncelikle atağın şiddeti değerlendirilip daha sonra buna uygun bir tedavinin acilen başlanması yaşamsal bir önem taşır, çünkü atak şiddeti arttıkça yaşamı tehdit eden solunum yetmezliği riski ortaya çıkmaktadır (86).

Araştırmamızda astımlı çocuk ve adölesanların %33.6’sının astım nedeniyle hastaneye yattığı, %89.8’inin astım ilaçlarını düzenli kullandıkları görülmektedir (Tablo 5).

Astım şiddetini ve hastalığın seyrini belirlemek için kullanılan diğer kriterler astımlı çocuğun hastaneye yatma durumudur. Astımın morbidite ve mortalitesinin artmasında tedaviye uyumsuzluğun etkili olduğu, hastaların ilaçlarını önerilen zaman ve dozda gibi kullanmadıkları belirlenmiştir. Bu ilaçların her gün düzenli olarak kullanılması gerekmektedir (2).

Şahbaz’ın (2010) astımlı çocuklarda yakınma günlüğü tutmanın astım kontrolüne etkisinin araştırıldığı çalışmasında, hastaneye yatış sayısı yakınma günlüğü tutan grupta (minimum:1, maximum:12), yakınma günlüğü tutmayan grupta (minimum:1, maximum:10) yatış yapıldığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan tüm astımlı çocukların 12’si (%3.5) son 1 yıl içinde (10’u bir defa, 1’i iki defa, 1’ üç defa) son 1 yılda hastaneye astım nedeniyle yatırılmıştır (141).

Kronik bir hastalık olan astım, çocuk ve adölesanda fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunların bir arada yaşanmasına sebep olur. Hastalığı kontrol altına almanın uzun sürmesi, devamlı ilaç kullanacak olması çocuk ve adölesanı psikolojik olarak etkileyecektir. Çocuk ve adölesanın bu duruma alışması oldukça uzun zaman alacaktır. Adölesan döneminde olmanın

verdiği ruhsal durum ile ebeveynlerden bağımsızlaşmak isteği ve akranlarıyla daha çok birlikte olmaya başlamasıyla kendi tedavi sorumluluğunu alma ile ilgili sorunlar ortaya çıkabilecektir (2).

Çevik (2011) çalışmasında, astımlı çocuk ve adölesanların rahatlatıcı ilaç kullanma sıklığı %37.5 olarak belirlenmiştir (2).

Bozkurt ve arkadaşlarının (2012) çalışma grubundaki çocukların yaklaşık 1/4'ünün hiç ilaç kullanmadığı, %15'inin düzenli ilaç kullandığı belirlenmiştir (70).

Çalışmamızda astımlı çocuk ve adölesanların hastalıkları süresince %36.5' inin astım eğitimi aldıkları görülmüştür. Ancak ailelerin %70.8'inin aldıkları astım eğitimlerinin yeterli olmadığı görülmektedir (Tablo 5).

Etkin bir astım eğitimi ile çocuk ve adölesan sorumluluk kazanır, kendi ilaçlarını kullanabilir, ilaç doz ayarlaması yapabilir, sonuçta okul devamsızlığı aileler üzerindeki yük azalır.

Çevik (2011) çalışmasında, çocuk ve adölesanın eğitim sonrası %97.5'inin astım nöbet belirtilerini bildiklerini ifade etmişlerdir (2).

Yapılan çalışmalarda da eğitim verilen gruptaki çocukların, astım nöbet belirtilerinin erken zamanda farkına varabilme oranlarının, eğitim almayan gruba göre daha anlamlı olduğu bulunmuştur (89).

Razi (2006) çalışmasında, okul çocuklarına “anne veya babada astım olması çocuklarında astım hastalığına yol açar mı?” sorusuna, eğitim öncesi öğrencilerin %56.9' u doğru yanıt verirken, eğitim sonrası ise % 94.5'i doğru yanıt vermiştir (6). Ayrıca eğitim sonrası doğru cevap oranlarının %70'i geçmiş olması eğitimin, çalışma grubunu yeterli bilgi düzeyine çıkardığını da göstermektedir.

Zhao ve arkadaşları (2012), astımlı çocukların son bir yıldaki hastalık kontrolünü değerlendirmek amacıyla 50 sorudan oluşan anket çalışması yapmışlardır. Çocukların ve ailelerin astım konusundaki bilgi düzeylerini de ölçen sorular sormuşlar ve astımla ilgili bilgileri yetersiz olan ailelerin çocuklarının son bir yılda daha sık atak geçirdiklerini görmüşlerdir. Astım kontrol düzeyinin ailelerin astım konusundaki bilgi eksikliğinden etkilendiğini tespit etmişlerdir (142).

Bozkurt'un (2003) astımlı okul çocuklarında yaptığı araştırmasında eğitim verilen grupta eğitim sonrası astım belirtilerinde azalma olduğu ortaya çıkmıştır (7).

Ekici'nin (2005) yaptığı çalışmada, acile başvuru oranı eğitim öncesinde %13.3 iken daha sonra eğitim sırasında 3 ay içinde giderek azalmalar olduğu saptanmıştır (59).

Robinson ve arkadaşlarının (2008), yaptığı çalışmada da acile başvuru oranı eğitim öncesinde %62.8 iken, eğitim sonrasında %33.2 olarak bulunmuştur (Akt. Topal, 2013) (86).

Topal (2013) çalışmasında, astım kontrol düzeyinin ailelerin astım bilgi eksikliğinden etkilendiği araştırmasında ortaya çıkmıştır (86).

Astımlı hastalara yapılan eğitim, öz-etkililik düzeyini artırarak tedavinin doğru uygulanmasını, hastanın kendi takibini, astımı tetikleyen etkenlerden korunmasını ve dolayısıyla astımla yaşamayı öğrenmesini sağlar. Hastalıkla yaşamayı öğrenen çocuklarda hastalık semptomlarının hafiflediği, atak sayısının azaldığı ve yaşam kalitelerinin arttırdığı görülmektedir (2).

Bu veriler, hastaların veya ailelerin hastalık konusunda yeterli bilgi sahibi olabilmeleri için tekrarlayan eğitimler verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu şekilde çocuklarda hem uzun dönem hastalık kontrolü daha iyi sağlanacak, hem de atak tedavisi daha erken başlamış olacaktır.

Çalışmamızda astımlı çocuk ve adölesanların hastalığa yönelik belirtileri incelenmiş, %35.8'inde gündüz “öksürük”, %30.7' sinde gece “öksürük” belirtileri oluşturmaktadır. Ayrıca koşma, egzersiz ve fiziksel aktivite sonrasında %46'sının ataklarının (öksürük, nefes darlığı, hırıltı) olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Topal (2013) çalışmasında astım atağı nedeniyle alerji polikliniği ve acil serviste tedavi edilen çocuk hastalarda ortaya çıkan nökslerin değerlendirilmesi çalışmasında çocuklarda en sık görülen ilk başvuru yakınması %99.2 “gündüz öksürük” ve %93.1 “gece öksürük” olmuştur (86).

Astım semptomlarının bilinmesi, çocuğun klinik durumunun takibi, tedavi ve hastalığın yönetimi açısından önemlidir. Astımla ilgili klinik yakınmalarının çoğunlukla gece arttığı bilinmektedir.

Bozkurt ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, astımda sık görülen klinik belirtilerden; öksürük, hırıltı, solunum sıkıntısı ve balgamın gündüz belirtileri, gece belirtilerinden daha çok olduğu görülmüştür. Ayrıca solunum sıkıntısı belirtileri %58.5'i koştığında, % 24.5'i enfeksiyon durumunda ve %15.1'i gece ortaya çıkmıştır (70).

Çevik (2011) çalışmasında, çocuk ve adölesanlarda son bir ayda görülen astım belirtilerinin (öksürük, hırıltı, nefes darlığı, balgam) sıklığı incelendiğinde %42.5 olarak haftada birkaç kez görüldüğü belirlenmiştir (2).

Karagöl ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, akut astım atağı ile hastaneye başvuran çocuklarda en sık görülen semptom belirtilerinin “öksürük” olduğu ortaya çıkmıştır. Öksürüğün niteliği yönünden değerlendirildiğinde, 37 çocukta (%92.5) “eforla öksürük”

saptanmıştır. Ayrıca, 31 çocukta (%77.5) “kuru öksürük”, 23 çocukta (%57.5) “balgamlı öksürük” ve 27 çocukta (%72.5) “gece öksürük” olduğu belirlenmiştir (140).

Astımlı çocukların günlük yaşamı, hastalık şiddetinin zaman zaman artması nedeniyle olumsuz şekilde etkilenebilmektedir. Özellikle kış aylarında çocuklarda öksürük, nefes darlığı gibi bulgular nedeniyle hastaneye yatma ve okul devamsızlığı sık olmaktadır. Bu nedenle astımlı çocuklar, ailelerinin ve öğretmenlerinin aşırı korumacı davranışları nedeniyle sportif faaliyetlere daha az katılabilmektedirler (143). Hatta okul çağında ailelerin beden eğitimi dersinden rapor almaya yöneldikleri dikkat çekmektedir (39).

Egzersiz sonucu astım ataklarının oluşması; hareketsiz bir yaşamı beraberinde getirmektedir. Bu nedenle çocukların astım alevlenmesine yol açmadan spor yapmasını sağlamak, bu kısır döngüyü ortadan kaldırmak bakımından oldukça önemlidir.

Astımlı hastalarda egzersize başlama yaşı kesin olarak bilinmemekle birlikte, atopi öyküsü olan çocuklarda egzersize, okul öncesi yaşta ya da mümkün olduğu kadar erken başlaması önerilmektedir (144).

Bozkurt ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, astımlı çocukların %23.6'sının günlük aktivitelerinde azalma görüldüğü ve %62.3'ünün astım atağının egzersizle tetiklendiği belirlenmiştir (70).

Özkaya ve arkadaşlarının (2014) araştırmasında; çocukların astım nedeniyle yapmakta zorlandığı üç faaliyetten en fazla seçtikleri faaliyetler; koşma (%66), futbol (%36) ve merdiven çıkma (%27) olmuştur (123).

Cihangir (2007) araştırmasında, adölesanların yapmakta zorlandığı aktiviteleri incelenmiş, en fazla zorlanılan aktivitenin “koşma” olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan adölesanların aktivite sırasında en fazla göğüste sıkışma ve solunum zorluğu semptomları yaşadıkları belirlenmiştir (89).

Al- Akour ve arkadaşlarının (2006), Ürdün’lü astımlı çocuklarda yapmış oldukları çalışmada hastaların yapmakta zorlandığı üç faaliyet; koşma (%52), arkadaşlarla oynama (%43) ve futbol (%38) olarak belirlenmiştir. Reichenberg ve arkadaşlarının (2007), çalışmasında da İsveçli çocuklarda koşma (%74), jimnastik (%30) ve tepeye tırmanma (%26) ilk üç sırada yer alan faaliyetler olmuştur (Akt. Bozkurt, 2003) (7).

Bu çalışma sonuçları astımlı çocukların özellikle koşma ve futbol oynama gibi oyunlardan, kısmen uzak tutulması, fakat çocuğa bunun sağlığı için olduğunun anlatılması gerekmektedir.

Altınel’in (2009) çalışmasında, astımlı çocukların yapmakta zorlandığı üç faaliyetten en fazla seçtikleri; koşma %91, merdiven çıkma %45, futbol oynama %32, tenefüste oynama

%18, basketbol oynama %18, güreş etme %17, tepeye tırmanma %17, bağıрма %11 olarak belirlenmiştir (7).

Rasmussen ve arkadaşları (2000), yaş ortalamaları 9.7 yıl olan 757 astımlı çocuğun fiziksel uygunluk seviyelerini değerlendirdikleri çalışma sonucunda çocukluk dönemindeki yüksek fiziksel uygunluğun astım gelişme riskini düşürdüğünü gözlemişlerdir (Akt:Soyuer, 2013) (144).

Spor gibi çocuğun bedensel, zihinsel ve sosyal gelişimini destekleyen ve sürdüren faaliyetlerin devam edebilmesi için astım yönetiminin uygulanması gerekmektedir. Astımlı ocukların kendi kendine bakım programlarında; dinlenme ve aktivite alanında uyumlarının arttırılmasına yönelik hemşirelik yaklaşımının en önemli amacı, çocukların astım nedeniyle spor ve egzersizi bırakmalarını değil, hastalıklarına göre gerekli kuralları bilerek devam etmelerinin sağlanması, ocuk ve ailesine hastalık ve bakımı ile ilgili bilgiler verilmelidir (89,143).

Araştırmamıza katılan ocuk ve adölesanların astım nöbetinin %34.3’n “polenler” in, %27.7’sini “ev tozu akarı” nın, %16.8’ini “hayvanlar” ın oluşturduğu grlmştir. Ayrıca bu çocukların %60.6’ sının astım nöbetini başlatan uyaranlar için önlem aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 7).

Astım, ocukluk çağında en sık görülen kronik hastalık olup prevalansı her geçen yıl artmaktadır. Astımın etiyolojisinde birçok bireysel ve çevresel faktör rol oynamaktadır (136). Çocukluk ağında atopi ve çevresel alerjenler arasında güçlü bir ilişki olduğunu gösteren birçok çalışma vardır. Ülkemizde astımlı hastaların %22.8’inde alerjen duyarlılığı saptanmıştır (139).

Astım tanılı tüm hastalarda atak gelişme riski olduğu gibi astım atağını başlatan faktör ve atağın şiddeti değişken olabilir. Atakların nlenmesinde ilk kural astım atağının özelliklerinin ve sebep olan risk faktörlerinin belirlenmesi ve koruyucu önlemlerin alınmasıdır (141).

Uysal ve Karaman (2012) araştırmasında, evcil hayvan, hamam beği, akar ve mantar gibi alerjenlere hayatın erken dönemlerinde maruz kalmanın, hışıltılı solunum riskinde artışa neden olduğu ve solunum fonksiyonlarında azalmaya neden olduğunu bildirmişlerdir (146).

Bozkurt (2003), ocuklarda astımı en sık tetikleyen etkenler; %71.7 oranında “ev tozu”, %23.9 oranında “polenler” ve %21.7 oranında “sigara” olarak belirlenmiştir (7).

Maas ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu çalışmaya göre, astıma yatkınlığı olan çocuklardan gıda ve inhaler alerjenlerin (akarlar, kedi-köpek, mantar, polen vb.) uzak

tutulmasıyla, ilerleyen yaşlarda astım görülme riskinin %50 azaltılabileceği bildirilmiştir (147).

Her çocuk farklı bir veya birden fazla çevresel faktörden etkilenebilir. Ev içindeki alerjenler çocuğun solunumunu doğrudan etkilemesi nedeniyle, daha çok önemsenmektedir.

Bozkurt ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, çocuklarda astımı tetikleyen etkenlerin, ilk üç sırasında “ev tozu akarları” (%67), “polenler” (%26.4) ve “evde sigara içilmesi” (%17.9) olduğu görülmüştür (70).

Cihangir (2007) çalışmasında, astımlı adölesanlarda astımı tetikleyen risk faktörleri olarak “sigara” (deney grubu %87.5; kontrol grubu %67.5), “polen” (deney grubu %67.5; kontrol grubu %65.0) ve “ev tozu” (deney grubu %52.5; kontrol grubu %45.5) olarak saptanmıştır (89).

Sabuncular’ın (2013) çalışmasında, astım grubunda bulunan 6-15 yaş grubu çocukta evde tüylü evcil hayvan besleme oranını %33.3 olarak, kontrol grubundan (%15.5) 2 kat daha yüksek olarak belirlemiştir (47).

Karagöl ve arkadaşlarının çalışmasında (2012) akut astım atağı ile başvuran çocuklarda en sık saptanan alerjen duyarlılığı 10 çocukta (%25) “polen” alerjisi, 4 çocukta (%10) “ev tozu akarları alerjisi”, 2 çocukta ise (%5) “küf-mantar alerjisi” saptanmıştır. Çocukların %35’inde tek bir risk faktörü belirlenebilirken, %65’inde astım atağı için birden fazla atağı tetikleyici risk faktörü belirlenmiştir (140).

Palalı (2011) çalışmasında, ev iç küfün, astım bronşiyal ve diğer alerjik hastalıklar için önemli bir risk faktörü olduğunu bulmuştur. Bu sonuca göre mevcut küflü ortamdan salınan organik maddelerin ve ortamda büyüyen mikroorganizmalara bağlı geçirilen enfeksiyonların hışıltı sıklığını arttırdığı bilinmektedir. Küflü ortamlar solunum sisteminde irritasyon yaratan organik maddelerin salınmasına ve küflerin üzerinde bakteri üremesine olanak sağlamaktadır. Ayrıca mevcut küflü ortam bronşiyal hiperaktivite gelişmesine yol açarak sık hışıltıya yol açabilir (130).

Civelek ve arkadaşlarının (2009)’da yaptığı çok merkezli çalışmada evde küf varlığının çocuklarda son on iki ayda hışıltı sıklığını arttırdığını belirlemişlerdir (Akt: Palalı, 2011) (130).

Astımda, çocuğa ve aileye evde astım yönetimi konusunda gerekli bilgi ve becerilerin kazandırılması önemlidir. Hemşireler onlara bu bilgi ve becerilerin kazandırılmasında önemli bir pozisyona sahiptirler. Astımlı çocuğun ve ailesinin hemşirelik bakımı, astım hakkında bilgilendirmeyi, astım ataklarını tetikleyen faktörlerden korunmayı içerir.

5.5. Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ) Bulguların Tartışması

Astımlı çocuk ve adölesanların yaşam kalitesini değerlendirmek için ortalama “belirtiler” puanı (55.16 ± 1.30); “faaliyet kısıtlanması” puanı: (23.35 ± 5.03); “duygusal işlev” puanı: (45.73 ± 9.34) ve toplam “ÇAYKÖ” puanı ise (124.24 ± 24.64) olarak saptandı (Tablo 8).

Çalışmamızda astımlı çocuk ve adölesanların toplam yaşam kalitesi ve alt boyutları puanlarının orta ve üst düzeyde saptanmıştır.

Çocukluk çağı astımı hastaneye defalarca yatış, okul devamsızlığı ve diğer günlük aktivitelerde azalma gibi sonuçlara neden olmaktadır. Astımı olan çocukların fiziksel, sosyal ve emosyonel durumları bozulmaktadır. Astım hastalığı çocukları ve ebeveynlerin yaşam kalitesini etkilemektedir (123).

Astımlı çocuk yaşam kalitesi ölçeğinde (ÇAYKÖ) alınacak toplam puan “23-161” arasındadır. Alınacak puanın 161’e yaklaşması yaşam kalitesinin iyiye gittiğini, 23’e yaklaşması ise yaşam kalitesinin kötüye gittiğini göstermektedir.

Demirci’nin (2011), astımlı çocuklarda yaşam kalitesini etkileyen faktörlerini incelediği çalışmada ÇAYKÖ puan ortalamalarında “belirtiler” puan ortalaması (45.19 ± 13.49); “faaliyet kısıtlaması” puan ortalaması (19.54 ± 4.88); “duygusal işlev” puan ortalaması (41.03 ± 7.31) ve “toplam puan” ortalaması (105.76 ± 22.69) olarak bulunmuştur (14).

Gümüş (2010), astımlı çocuklarda yaşam kalitesinin değerlendirdiği çalışmasında toplam 7 puan üzerinden olmak üzere, ortalama “belirtiler” puan ortalaması (3.88 ± 1.10), “faaliyet kısıtlanması” puan ortalaması (3.67 ± 0.92), “duygusal işlev” puan ortalaması (4.55 ± 1.18) ve toplam ÇAYKÖ puanı ise (4.07 ± 0.95) olarak belirlenmiştir (120).

Özkaya ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmasında toplam puan üzerinden değerlendirilen ÇAYKÖ skorlarının genel olarak düşük olduğu saptanmıştır (aktivite skoru 3.94; duygusal skor 4.67; semptom skoru 4.31; toplam skor 4.35) (123).

Bozkurt’un (2003) çalışmasında, astımlı çocukların ÇAYKÖ toplam puan ortalaması eğitim öncesi (100.85 ± 23.20) olarak; eğitim sonrası (113.26 ± 26.94) olarak belirlenmiştir (7).

Yapılan bu çalışmalarda, çocukların yaşam kalitesi düzeyiyle ilgili farklı sonuçlar bulunduğu görülmektedir. Çocukların yaşam kalitesinin birçok çalışmaya göre yüksek bulunmasının nedenleri; astımlı çocukların düzenli sağlık kontrollerine gelmesi, ilaçlarını düzenli kullanması, astım atakları sırasında ne yapacakları ve ev ortamlarını ailelerin nasıl düzenleyeceği konusunda sağlık ekibinin etkili eğitimler vermesi olduğu düşünülebilir.

Bu çalışma verileri hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılmaları ile çocukların hastalığa özgü daha özgül değerlendirildikleri ve buna göre aynı hastalığa sahip çocukların hastalığın özgü birçok sorun ile benzer sıkıntıları paylaşabileceğinden yaşam kaliteleri algılarının benzerlik göstermektedir.

5.6. Çocuk ve Adölesanların AÇAÖÖ Puan Ortalamalarına Ait Bulguların Tartışması

Araştırmaya katılan astımlı çocuk ve adölesanların öz-etkililikleri için AÇAÖÖ puan ortalamaları değerlendirdiğimizde; “tıbbi bilgiler puanı” (26.00 ± 7.62); “çevresel faktörlere yönelik yönetim becerileri puanı” (30.53 ± 5.21); “problem çözme becerileri puanı” (22.88 ± 4.69) ve toplam AÇAÖÖ puanı ise (79.41 ± 15.65) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda astımlı çocuk ve adölesanların toplam öz-etkililik ve alt boyutları puanlarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir (Tablo 9).

Kronik bir hastalık olan astım, çocuk ve adölesanda fizyolojik, psikolojik ve sosyal sorunların bir arada yaşanmasına sebep olur. Hastalığı kontrol altına almanın uzun sürmesi, devamlı ilaç kullanılması, takiplerinin fazla olması çocuk ve adölesanı psikolojik olarak etkileyebilir. Çocuk ve adölesanın bu duruma alışması oldukça uzun zaman alacaktır. çoğu zaman adölesan döneminde olmanın verdiği ruhsal durum ile ebeveynlerden bağımsızlaşmak istemesi ve akranlarıyla daha çok birlikte olmaya başlamasıyla kendi tedavi sorumluluğunu alma ve hastalık yönetimiyle ilgili sorunlar ortaya çıkabilecektir (2). Ayrıca kötü kontrollü bir astım, kişinin özgüvenini azaltarak davranış problemlerine yol açabilmektedir (6).

Çevik’in (2011), astımlı çocuk ve adölesanlara verilen eğitimin öz-etkililik ve hastalığın seyrine etkisinin karşılaştırıldığı çalışmasında, AÇAÖÖ düzeyleri yönünden deney ve kontrol grupları arasında önemli farklılık olduğu bulunmuştur. AÇAÖÖ düzeyleri ön test sonuçlarına incelendiğinde deney grubunun %2.5’inin (78.25 ± 7.95), kontrol grubunun ise % 27.5’inin (79.97 ± 9.66) yüksek öz etkililiğe sahip olduğu, son test sonuçları incelendiğinde; deney grubunun %85’inin (96.75 ± 10.32), kontrol grubunun ise % 12.5’inin (76.45 ± 8.04) yüksek öz etkililiğe sahip oldukları saptanmıştır (2).

Bilindiği gibi eğitim; hastalığa adapte olmada, komplikasyonları önlemede, reçete edilen tedaviyi uygulamada ve yeni durumlara yönelik problemleri çözebilmede oldukça önemli bir yer tutar. Eğitim ve desteğin, hastalığın yönetiminde oldukça etkili olan öz-etkililik algısının artmasını sağlayarak tedaviye uyumu arttıracığı, öz bakım davranışlarını geliştireceği, fiziksel ve psikolojik semptomların azalmasına yardımcı olacağı ve hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyeceği bildirilmektedir (2).

Tousand (2003) çocuklarla yaptığı çalışmasında astım hastası bireylerin %20 ila %50’si arasında depresyon hastalığının da eşlik ettiğini ve bu bireylerde öğrenilmiş çaresizlik

görüldüğünü ispatlamış, bunun nedenini de bireylerin astım nedeniyle okula gidemedikleri günlük aktivitelerini sağlıklı yerine getiremediklerini, özellikle de uzun dönem ilaç tedavisi almanın bireyde depresyona yol açtığını, geceleri astım atağıyla uyandıkları ve hastalıklarını iyi yönetemediklerini dolayısıyla da öğrenilmiş çaresizlik yasadıklarını ve bu durumun da onlarda düşük kendilik algısı oluşturduğunu ve düşük kendine odaklanmaya neden olduğunu belirtmiştir (Akt. Çalışkan, 2007) (74).

5.7. Çocuk ve Adölesanların Yaşam Kalitesi ve Alt Boyutlarının Öz-etkililik Arasında, Öz-etkililik ve Alt Boyutlarının Yaşam Kalitesi Arasında Korelasyon Bulguların Tartışması

Çalışmamızda astımlı adölesan ve çocukların öz-etkililik düzeyleri ile yaşam kalitesi alt boyutu olan “belirtiler” ($r: -0.083$, $p: 0.33$) ve “toplam yaşam kalitesi” ($r: -0.035$, $p: 0.68$) düzeyleri arasında negatif yönlü, çok zayıf ve anlamsız ($p > 0.05$) bir ilişki vardır. Astımlı adölesan ve çocukların yaşam kalitesi düzeyleri ile öz-etkililik alt boyutları arasında negatif ve anlamsız ($p > 0.05$) bir ilişki vardır (Tablo 10).

Öz-etkililik algısının bireyin stresle başa çıkma kapasitesinin bir yansıması ve karşılaşabileceği güç durumların üstesinden gelmede ne derece başarılı olabileceğine ilişkin kendi hakkındaki yargısı ve inancı olduğu bilgisine dayanarak, astımlı çocuk ve adölesanın öz-etkililik düzeyinin arttırılmasının yaşam kalitesini arttıracakı düşünülse de, çalışma sonucunda öz-etkililik ile yaşam kalitesi ve hastalık belirtileri ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (2).

Özkaya ve arkadaşlarının (2014) çocukluk çağı astımında risk faktörlerinin yaşam kalitesine olan etkisinin araştırıldığı çalışmada, çocukların inhaler kortikosteroid kullanımıyla ÇAYKÖ skorları arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır (123).

Astım ilacı kullanan hastalarda genellikle daha şiddetli astım olmalarından dolayı yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini ve bu sonucun ortaya çıktığı düşünülebilir.

BÖLÜM VI

SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Astımlı çocuk ve adölesanların öz-etkililiklerinin yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

Araştırmaya katılan astımlı çocuk ve adölesanların %65.7'si erkek, %41.6'sının 13-15 yaş grubunda olduğu, %55.5'inin ortaokul okuduğu ve %60.6'sının okul başarısının “iyi” olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan astımlı çocuk ve adölesanların yaş ortalaması 13.7 ± 2.2 , ortanca yaşı 14, en düşük yaş 10, en yüksek yaş ise 18 dir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan astımlı çocuk ve adölesanların annelerinin %56.9'unun 37-47 yaş grubunda, %43.8'inin ilköğretim mezunu ve %66.4'ünün çalışmadığı; babalarının ise %49.6'sının 41-50 yaş grubunda, %33.6'sının ilkokul mezunu ve %94.9'u çalışmaktadır (Tablo 2).

Araştırmaya katılan astımlı çocuk ve adölesanların ailelerin % 86.1' inin çekirdek aile yapısında olduğu, %89.1'inde ailede 2-5 arasında birey yaşadığı, %87.6'sının gelir düzeyinin “orta” olduğu, %95.6' sının sağlık güvencesinin bulunduğu ve %35.8'inde ise çocuğun sigara dumanına maruz kaldığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Araştırmamızda, evlerin %52.6'sının doğalgazlı olduğu, %25.5'inin nemli olduğu, %5.1'inin yeterli güneş ışığı almadığı görülmektedir. Ayrıca ailelerin %94.9'unun evi yeterli havalandırdığı, %59.9' unun kendine ait odası olduğu, %21.2'sinin evcil hayvan beslediği belirlenmiştir (Tablo 4).

Araştırmaya katılan astımlı çocuk ve adölesanların %52.6'sının ailesinde astım olduğu, %77.4'ünün 1-50 ay arasında astım tanısı ile takip edildiği belirtilmektedir. Ayrıca bu çocukların % 19'unun son bir yılda astım nöbetini %16.1' inin en az bir kez “orta” ve “hafif” şiddette geçirdiği görülmektedir. Astımlı çocuk ve adölesanların %33.6'sının astımdan dolayı hastaneye yattığı, %89.8' inin astım ilaçlarını düzenli kullandıkları ve %81.8'inin şu anki sağlık durumunu “iyi” olarak değerlendirdiği görülmektedir (Tablo 5).

Araştırmaya alınan astımlı çocuk ve adölesanların %36.5'inin astım eğitimi aldıkları ve %70.8'inin aldıkları eğitimin yeterli olmadığı görülmektedir. Ayrıca %35.8'i sınıfında ya da okulunda astımlı arkadaşı olduğunu belirtmektedir. Astım derneklerine üye olma durumları sorulduğunda ise % 100'ünün derneğe üye olmadığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Astımlı çocuk ve adölesanların hastalığa yönelik gündüz belirtilerinin %35.8'ini ve gece belirtilerinin %30.7'sini "öksürük" varlığı oluşturmaktadır. Astım hastalığından dolayı %39.4'ünün günlük hareketlerinde azalma olduğunu belirtmişlerdir. Koşma, egzersiz ve fiziksel aktivite sonrası %46'sının (öksürük, nefes darlığı, hışıltı) ataklarının olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Çocuk ve adölesanların astım nöbetini başlatan uyarının %34.3'ü "polenler" oluşturduğu görülmüştür. Ayrıca araştırmaya katılan astımlı çocuk ve adölesanların %60.6'sı astım nöbetini başlatan uyaranlar için önlem aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 7).

Astımlı çocuk ve adölesanların yaşam kalitesini değerlendirmek için ortalama "belirtiler" puanı (55.16 ± 1.30); "faaliyet kısıtlanması" puanı: (23.35 ± 5.03); "duygusal işlev" puanı: (45.73 ± 9.34) ve toplam "ÇAYKÖ" puanı ise (124.24 ± 24.64) olarak saptanmıştır. Çalışmamızda astımlı çocuk ve adölesanların toplam yaşam kalitesi ve alt boyutları puanlarının orta ve üst düzeyde saptanmıştır (Tablo 8).

Astımlı çocuk ve adölesanların öz-etkililikleri için AÇAÖÖ puan ortalamaları değerlendirdiğimizde; "tıbbi bilgiler puanı" (26.00 ± 7.62); "çevresel faktörlere yönelik yönetim becerileri puanı" (30.53 ± 5.21); "problem çözme becerileri puanı" (22.88 ± 4.69) ve toplam AÇAÖÖ puanı ise (79.41 ± 15.65) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda astımlı çocuk ve adölesanların toplam öz-etkililik ve alt boyutları puanlarının orta düzeyde saptanmıştır (Tablo 9).

Astımlı adölesan ve çocukların öz-etkililik düzeyleri ile yaşam kalitesi alt boyutu olan "belirtiler" ($r: -0.083$, $p: 0.33$) ve "toplam yaşam kalitesi" ($r: -0.035$, $p: 0.68$) düzeyleri arasında negatif, çok zayıf ve anlamsız ($p > 0.05$) olarak belirlenmiştir. Astımlı adölesan ve çocukların yaşam kalitesi düzeyleri ile öz-etkililik alt boyutları arasında negatif ve anlamsız ($p > 0.05$) bir ilişki vardır (Tablo 10).

6.2. Öneriler

- 1) Astımlı çocuk ve adölesanların, yaşam kalitesi ile öz-etkililik arasındaki ilişkiyi incelenmek üzere farklı yaş grupları ve çok merkezli araştırmaların yapılması sağlanmalıdır.
- 2) Astımlı çocuk ve adölesanların, semptomların kontrol altına alınabilmesi, astım ataklarının önlenmesi ve yaşam kalitesi düzeylerinin artırılması için konusunda uzman hemşireler tarafından eğitim, bakım ve tedavilerinin yapılması sağlanmalıdır.
- 3) Astım eğitim hemşiresi tarafından, astımlı çocukların öz-etkililik ve yaşam kalitelerinin artırılması için tanı aşamasında başlayarak, yazılı ve görsel eğitim materyali kullanılarak bilgilendirme yapılması, eğitimlerin düzenli olarak sürdürülmesi ve bu eğitime mutlaka ailenin de katılması sağlanmalıdır.
- 4) Astımlı çocuk ve adölesanların öksürük, nefes darlığı gibi yaşadıkları semptomlar ve ebeveynlerin koruyucu tutumları nedeniyle faaliyet kısıtlanmaları mevcuttur. Astımlı çocuk ve adölesanların spor yapmaları ve aktivitelere katılmaları engellenmemeli, spor yapmaları sağlanmalıdır.
- 5) Astımlı çocuk, adölesan ve ailelerin yaşam kalitesi ve öz-etkililik geliştirmeleri için astım derneğine üye olma konusunda bilgi verilmeli, teşvik edilmeli dernek sitesinin adresi her polikliniğe gelen aileler ile paylaşılmalıdır.
- 6) Çocuklar için astım yaşam kalitesi ölçeği ÇAYKÖ gibi hastalığa özgü yaşam kalitesi anketleri ya da genel sağlıkla ilgili yaşam kalitesi anketlerini konu alan ve bu anketlerin tedavi planındaki önemini vurgulayacak çok merkezli, geniş hasta grubunu kapsayan çalışmalara ihtiyaç vardır. Astım yaşam kalitesi değerlendirmeleri, klinik değerlendirme yanında düzenli olarak kullanılarak, tedaviyi yönlendirmeye ışık tutacaktır.

BÖLÜM VII

7.1. Yararlanılan Kaynaklar

- 1) Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. I-II. Cilt, Bizim Büro Basımevi Tesisleri, Dördüncü Basım, Ankara, 2013;72-86.
- 2) Çevik Ü. Astımlı Çocuk ve Adölesanlara Verilen Eğitimin Öz-Etkililik ve Hastalığın Seyrine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora tezi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum, 2011.
- 3) Global Initiative for Asthma (GINA). Pocket Guide For Asthma Management And Prevention In Children. A Pocket Guide for Physicians and Nurses.2006.
(Erişim tarihi: 01.04.2013) (www.ginasthma.com)
- 4) Bush Saglani S. Management of Severe Asthma in Children. 2010;376, September 4.
(Erişim Tarihi: 10.05.2014) (www.thelancet.com)
- 5) Corrigan DL., Paton JY. Managing Acute Asthma in Children. Current Paediatrics. 2001;11:414-419.
- 6) Razi H. Okul Çocuklarında Astım Eğitimi ve Değerlendirilmesi. Yan Dal Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Alerji ve Astım Bilim Dalı. Ankara, 2006.
- 7) Bozkurt G. Astımlı Okul Çocuklarına Hastalığın Yönetimi Konusunda Verilen Eğitimin Yaşam Kalitelerine Etkisi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul, 2003.
- 8) Yıldız F., Başyigit İ., Boyacı H., Ilgazlı A., Büyükgöze B., Yücesoy L. Yakın Takip Edilen Astımlı Hastalarda Atak Sıklığı. Solunum Hastalıkları Dergisi. 2003;14:1-4.
- 9) Aydoğan M. Astımda Psikososyal Faktörlerin Rolü. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. İstanbul, 1997.
- 10) Gonzalez MG., Joo I., Sanchez I. Evaluation of The Impact of A Pharmaceutical Care Program in Children with Asthma. Patient Education and Counseling.2002;1-6.
(Erişim Tarihi: 11.03.2013) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12527148>)
- 11) Acar T. Öz-Yeterlilik (Self-Efficacy) Kavramı Üzerine.
(Erişim Tarihi:10.12.2012) (<http://www.parantezegitim.net>)
- 12) Bandura A. Self-Efficacy. In V.S. Ramachaudraan (ed). Encyclopedia of Human Behavior. Stanford University . 1998;4:71-81.

- 13) Gümüş S., Kelekçi S., Yolbaşı İ., Gürkan F. Astımlı Çocukların Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 2012;3(2):178-81.
- 14) Demirci E. Astımlı Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Bazı Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Sivas, 2011.
- 15) Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2009. (Erişim Tarihi: 15.02.2013) (www.ginasthma.com)
- 16) Yakar T., Baran A., Yalçınsoy M., Çelik O., Güngör S., Can G. Astımlı Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *İzmir Göğüs Hastalıkları Dergisi*. 2006; 20-1:1-10.
- 17) Akinbami L.J., Schoendorf K.C. Trends in Childhood Asthma: Prevalence, Health Care Utilization and Mortality. *Pediatrics*. 2002;110-2:315-322. (Erişim tarihi: 18.05.2013) (<http://pediatrics.aappublications.org/content>)
- 18) Çetinkaya Ş., Kurt S.A. Lösemili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008;3:8.
- 19) Solé D., Wandalsen G.F., Camelo-Nunes I.C., Naspitz C.K. Prevalence of Symptoms of Asthma, Rhinitis, and Atopic Eczema Among Brazilia Children and Adolescents Identified By The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase 3. *Journal de Pediatria (Rio J)*. 2006;82-5:341-6.
- 20) Aksayan S., Gözüm S. Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-Etkililik (Kendini Etkileme) Algısının Önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1998; 2-1.
- 21) Yüksel H. Pediatride Alerjik Hastalıklar, Astım ve Yaşam Kalitesi. 3. Ulusal Yaşam Kalitesi Kongresi Bildiri ve Sunum Kitabı. SAYKAD. 2010-85.
- 22) Beyhun E., Çilingiroğlu N. Hastalık Maliyeti ve Astım. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2004; 52-4:386-392.
- 23) Karaayvaz M., Çalışkaner Z. Çocuklarda Akut Astım Atağı Tedavisi. *Klinik Pediatri*. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Pediatri Anabilim Dalı. Ankara, 2003;2-1:5.
- 24) Önder N., Hatipoğlu S., Battaloğlu İ., Sıkar D. 5-15 Yaş Arası Astımlı Çocukların Sosyodemografik Özellikleri ve Risk Faktörleri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2013;17(2):60-64.
- 25) Öner Ü., Güler N., Tomay Z. Alerji ve Alerjik Hastalıklar. Cilt 1, Neyzi O., Ertuğrul T., ed. *Pediatric 1. Nobel Tıp Kitabevleri*, 3.baskı, İstanbul. 2002; 609-642.

- 26) Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute Revised NIH Publications. 2002;02-3659.
- 27) Karaman Ö., Sözman Ş. Astımda Kombine Tedaviler. Pediatri Uzmanlık Akademisi Dergisi. İzmir, Ocak-Mart 2013.
- 28) Kupczyk M., Haahtela T., Cruz AA., Kuna P. Reduction of Asthma Burden is Possible Through National Asthma Plans. Allergy. Eurpoean Journal of Allergy and Clinical Immunology. 2010;65:415–419.
- 29) Tomaç N., Saraçlar Y. Astım Epidemiyolojisi. Klinik Çocuk Forumu.2003;3-4:14-17.
- 30) Güler N. Kronik Öksürüğü Olan Çocuğa Yaklaşım. Çocuk Dergisi. 2002;2-3:161-169.
- 31) Güler N. Hışıltılı Çocuk ve Astım Prevalansı.
(Erişim tarihi: 11.02.2013) (<http://www.guncelpediatric.com/sayilar/3/2005-9->)
- 32) Mutlu B., Balcı S. Çocuklarda Astım: Risk Faktörleri, Klinik Özellikler ve Korunma. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010; 9-1:79-86.
- 33) Tanaç R. Çocukluk Çağı Astımında Genel Önlemler ve Eğitim. 22. Pediatri Günleri ve 2. Pediatri Hemşireliği Günleri Kitabı. İstanbul, 2000;147-148.
- 34) Türk Toraks Derneği Astım Tanı ve Tedavi Rehberi. Eds: Umut S., Saryal SB. Aves Yayıncılık. 2010;11-1.
- 35) Yorgancıoğlu A. Bronş Astımı. Türk Toraks Derneği VI. Kış Okulu. 2007;129-148.
- 36) Yılmaz F. Astımlı Hastalarda Eğitimin Semptom Kontrolüne Atak Sıklığına ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2012.
- 37) Erdiñç M. Astımda İlaç Tedavisi. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi. 2005; 1-41:35-41.
- 38) Asher MI., Keil U., Anderson HR., Beasley R., Crane J., Martinez F., et al. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): rationale and methods. European Respiratory Journal. 1995;8:483-91.
- 39) Çetemen A., Yenigün A. Aydın İl Merkezinde Okul Çocuklarında Astım ve Allerjik Hastalıkların Prevalansı. Asthma Allergy Immunol.2012;10:84-92.
- 40) Karaman Ö., Babayigit A., Ölmez D. Çocukluk Çağında Astım. Güncel Pediatri. 2006;3:56-62.
- 41) Tunçalp D. Stres ve Astım. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı (Erişim Tarihi: 07.09.2012) (<http://www.ctf.edu.tr/stek/pdf>)

- 42) World Health Organization: Bronchial Asthma.
(Erişim Tarihi: 10.11.12) (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets>)
- 43) Baydar O. Astım Gelişiminde D Vitaminin Rolü. Uzmanlık Tezi. ukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Adana, 2012.
- 44) Karaboğā B. Astımlı Çocuklarda Sağ Ventriköl Fonksiyonları ve Vasküler Epitel Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Manisa, 2013.
- 45) London SJ. Gene-air Pollution Interactions in Asthma. Proceedings of the American Thoracic Society. 2007;4:217-20.
- 46) Yılmaz Ö., Türkeli A., Söğüt A., Yüksel H. Atopik Çocukların Ebeveynlerinde Allerjen Deri Duyarlılıklarının Durumu ve Klinik Özellikler ile İlişkisi. Asthma Allergy Immunol. 2011;9:86-91.
- 47) Sabuncular C. 6–15 Yaş Grubu Çocuklarda Astım Görölmesi İle Akdeniz Tarzı Beslenme Durumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2013.
- 48) Cabana MD., McKean M., Wong AR., Chao C., Caughey AB. Examining the Hygiene Hypothesis: the Trial of Infant Probiotic Supplementation. Paediatric and Perinatal Epidemiology. 2007; 21 (3): 23-28.
- 49) Doğru S. Astım Atağıyla Takip Edilen Hastaların Yaş Gruplarına Göre Klinik Özellikleri. Uzmanlık Tezi. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakóltesi Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Anabilim Dalı. Konya, 2009.
- 50) Conk Z., Başbakkal Z., Bal Yılmaz H., Bolışık B. Pediatri Hemşireliğı. Akademisyen Tıp Kitabevi. Ankara, 2013.
- 51) Birol L. Hemşirelik Süreci. Bozyaka Matbaacılık, 10. Baskı. 2013, İzmir.
- 52) Kaya Ö. 3-6 Yaş Arası Astımlı Çocuklarda Obezitenin Astım şiddetine Olan Etkilerinin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. 2012, Edirne.
- 53) Karaman Ö., Ölmez D., Babayigit A. Astımda Atak Tedavisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi. 2006;20-3:193-200.
- 54) Tokem Y. Erişkin Astım ve Hemşirelik Yönetimi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi. 2010; 3-2:71-76.
- 55) Özkan S., Öztürk C. Ev Ortamında Astımı Tetikleyen Çevresel Faktörler ve Bu Faktörlerin Kontrol Altına Alınmasında Hemşirenin Rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 22-1:267-279.

- 56) Hoxha M., Piluri E., Mesonjësi E., Priftanji A. Aspirin-Sensitive Asthma Aggravation After Toothpaste Use. *Asthma Allergy Immunol.* 2010;8:189-192.
- 57) Uzaslan EK., Özyardımcı N., Yüksel EG., Karadağ M., Ege E., Gözü RO. et. al. Astımlı Hastanın Eğitimi; Halk Astım Okulu Deneyimi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi.* 2000; 48-3:187-195.
- 58) Yüksel H. Akut Astım Atağı Tedavisi. *Güncel Pediatri Dergisi.* 2008;6.
- 59) Ekici B. Astım Eğitiminin, Çocuklarda Astım Yönetimine ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul, 2005.
- 60) Yoldaş A. Astımlı Çocuklarda Büyüme ve Puberte Sürecinin Değerlendirilmesi. *Türk Toraks Dergisi.* 2013; 14-1.
- 61) Baki A. Bronşiyal Astımda Klinik Bulgular. *The Journal of Current Pediatrics.* 2008;6-53.
- 62) T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Astım ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığının Tanı ve Tedavisinde I. Basamak Hekimler için. Hizmet İçi Eğitim Modülü Eğitimci Rehberi. Ankara, 2010.
- 63) Karagöl C., Karagöl Ertoyl H., Keleş S., Artaç H., Reisli I. Akut Astım Atağı ile Başvuran Çocukların Klinik Özellikleri ve Risk Faktörleri. *Astım Allerji İmmünoloji.* 2012;10:70-77.
- 64) Uzaslan EK., Özyardımcı N., Gürdal YE. Astımlı Hastanın Eğitimi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi.* 2000;48-3:187-195.
- 65) Çetemen A., Yenigün A., Ünüvar T., Gültekin B. Yaşları 6-18 Yıl Arasında Değişen Çocuklarda Obezite, Astım ve Atopi İlişkisi. *Asthma Allergy Immunol.* 2012;10:134-142.
- 66) Özdemir C., Bahçeciler NN., Barlan IB. Çocukluk Çağında Acil Serviste Akut Astım Atağı ve Tedavisi. *Güncel Pediatri.* 2006;3:109-113.
- 67) Tahan F., Şekerel BF. Alerjik Hastalıklardan Korunma. *Klinik Çocuk Forum.* 2003;3-4: 43-47.
- 68) Sevinç Ş. Astımlı Çocukların ve Annelerinin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Diyarbakır, 2009.
- 69) Bayram A., Oymak S., Gülmez İ. Astımda Atopi ve Alerjik Rinit Sıklığı. *Erciyes Tıp Dergisi.* 2010; 32,1.

- 70) Bozkurt G., Yıldız S., Çokuğraş H. Astımlı Çocuklarda Tetikleyici Faktörler ve Klinik Özelliklerin İncelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012;13(3) :13-17.
- 71) Demirel F., Ermiş B., Tomaç N., Acun C. Zonguldak'taki Astımlı Çocuklarda Ev İçi Risk Faktörleri. Türkiye Klinikleri Allerji Astım Dergisi. 2002;4:115-8.
- 72) İrkil S. Astımlı Hastalarda Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2006, Kocaeli.
- 73) Atambay M., Aycan ÖM., Yoloğlu S., Karaman Ü., Daldal N. Alerjik Deri Testi İle Ev Tozu Akarı Arasındaki İlişki. Türkiye Parazitoloji Dergisi. 2006; 30 (4): 327-329
- 74) Çalışkan Ö. Okul Öncesi Dönem Astım Hastası Çocuklar ile Sağlıklı Çocukların Depresyon Seviyelerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü İlköğretim Anabilim Dalı. Okul Öncesi Öğretmenliği Bilim Dalı. İstanbul, 2007.
- 75) Ergin D. Çocuklarda Astım Yönetimi İçin Hemşirelik Yaklaşımları. Sağlıkta Birikim. 2005;1-1.
- 76) Kartaloğlu Z. Astım ve Stres Arasındaki İlişkiler. Gülhane Tıp Dergisi.2011;53:304-312.
- 77) Mirici A., Kara M. KOAH Öz-Etkililik Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlilik ve Güvenirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları ve Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalları. Erzurum, 2002;34:61-66.
- 78) Yorgancıoğlu A. Astımda Tanı. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi. 2005;1-41:20-28.
- 79) Arslan K. Astım Hastalarında Uyku Kalitesinin Astım Kontrolü, Solunum Fonksiyonları ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. Uzmanlık tezi. Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Manisa, 2011.
- 80) Değirmencioğlu H., Mete E. Çocukluk Çağı Astımın Güncel Tedavisi ve Yeni Gelişmeler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005; 27-1:39-46.
- 81) Akgül N. Sivas İl Merkez Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Toplum Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas, 2008.
- 82) Bateman ED., Hurd SS., Barnes PJ., Bousquet J., Drazen JM., FitzGerald M. et al. Global Strategy for Asthma Management and Prevention: GINA executive summary. European Respiratory Journal. 2008;31:143-178.

- 83)** Kavuru MS. Astım Tanısı ve Tedavi Yaklaşımları. 3th ed, Çeviren: Ersoy B, AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon. 2006, İstanbul.
- 84)** Sapan N. Alerjik Hastalıklarda İmmünoterapi. Türk Pediatri Arşivi. 2010; 45: 225-31
- 85)** Mete E., Değirmencioğlu H. Çocukluk Çağı Astımının Güncel Tedavisi ve Yeni Gelişmeler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005;27(1):39-46.
- 86)** Topal E. Astım Atağı Nedeniyle Alerji Departmanı ve Acil Serviste Tedavi Edilen Hastalarda Ortaya Çıkan Nükslerin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, 2013.
- 87)** Yılmaz HF., Artaç H. Okul Öncesi Çocuklarda Astımın Teşhisi ve Hastalığın Yönetimi. Selçuk Pediatri Dergisi. 2013; 1-1:16-29.
- 88)** Demiralay R. The Effects of Asthma Education On Knowledge, Behavior and Morbidity in Asthmatic Patients. Turkish Journal of Medical Sciences; 2004; 34: 319–326.
- 89)** Cihangir N. Astımlı Adölesanlarda Uyum ve Öz Bakım Modellerine Göre Geliştirilen Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. 2007, Ankara.
- 90)** Çevik Ü., Keleş S., Keser M., Reisli İ. Astımlı Çocuğu Olan Ebeveynlere Verilen Hemşirelik Eğitiminin Kaygı Düzeylerine Etkisi. Genel Tıp Dergisi. 2006;16(2).
- 91)** Orgun F., Kesgin G. Öğrencilerin Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeyleri İle Başa Çıkma Stratejilerinin İncelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2006;7:92-99.
- 92)** Yiğitbaş Ç., Yetkin A. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeyinin Değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003;7-1.
- 93)** Vatansever Ö. Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum Öz-etkililik Düzeylerinin ve Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği. 2011.
- 94)** Gözüm S., Aksayan S. Öz-Etkililik-Yeterlilik Ölçeğinin Türkçe Formunun Güvenirlilik ve Geçerliliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1999;2:21-34.
- 95)** Erol Ö. İnsülin Kullanan Diyabetlilerde Hipoglisemi Korkusu ve Öz-Etkililik. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul, 2009.
- 96)** Zengin N. İdrar Kaçıran Kadınlarda Hemşirelik Eğitimi ve Davranışsal Tedavinin Konfor, Pelvik Taban Kas Egzersizi Uygulaması Öz-Etkililik Algısı ve Yaşam

Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul, 2008.

- 97)** Durmaz H. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Öz-Etkililik Düzeylerinin Bakım Yüküne Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum, 2011.
- 98)** Karadağ E., Derya Aksoy Y., Ucuzal M. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz-Etkililik Yeterlilik Düzeyleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:4,Sayı:1. 2011
- 99)** Erdemir F. Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998;2-1:59-63.
- 100)** Vural BK. Sağlık Riskinin Belirlenmesi ve Hemşirelik İçin Önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998; 2-2:39-43.
- 101)** Kılınç Ö., Tezel A. Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Durumlarına Göre Öz-Etkililik ve Bağımlılık Düzeylerinin Değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010; 11-3.
- 102)** Doni Yentürk N., Şimşek Z., Gürses G., Özer MS. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz-Etkililik Yeterlilik Düzeyleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009;4:12.
- 103)** Schunk DH., Meece J. Self-efficacy Development in Adolescence. In Pajares F, Urdan T. eds. Self-efficacy Beliefs during Adolescence. Greenwich, CT Information Age Publishing. 2005;71-96.
- 104)** Okçin A., Gerçeklioğlu G. Öğrencilerin Öz-Etkililik-Yeterlilik Algıları ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;2-1.
- 105)** Gözüml S., Bağ B. Etkin Sağlık Eğitiminde Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramının Kullanımı Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998;1-2:32-41.
- 106)** Ünsal A., Kaşıkçı M. Artritli Bireylerde Öz-Etkililik Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;11-1.
- 107)** Koçoğlu D., Akın B. Sosyoekonomik Eşitsizliklerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009;2-4;145-154.

- 108)** Kızılcı S. Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1999;3-2:18-26.
- 109)** Eser E., Yüksek H., Baydur H. Çocuklar İçin Genel Amaçlı Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kid-KINDL) Türkçe Sürümünün Psikometrik Özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2008;19-4:409-417.
- 110)** Havlioğlu S. Göçebe Mevsimlik Tarım İşçisi Ergenlerde Yaşam Kalitesi Düzeyi ve Sorun Davranışları Sıklığı. Yüksek Lisans Tezi. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Şanlıurfa, 2011.
- 111)** TÜİK, Türkiye İstatistik Yıllığı. 2010.(Erişim Tarihi:18.05.2013) www.tuik.gov.tr
- 112)** Memik NÇ., Ağaoğlu B., Coşkun A., Üneri ÖŞ., Karakaya İ. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18-2:1-12.
- 113)** Hanımeli Rİ. İdrar İnkontinanslı Çocuklarda ve Ailelerinde Yaşam Kalitesi ve PINQ'nun Türk Çocuklarında Geçerliliği Çalışması. Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. 2011, Manisa.
- 114)** Aksu MT. Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Sosyodemografik Özellikleri Depresyon, Anksiyete, Problem Çözme Yeteneği ve Yaşam Kaliteleri Açısından Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. T.C Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2008.
- 115)** Pınar R. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. Sendrom Dergisi.1997;9-9:117-124.
- 116)** Taş F., Yılmaz Bal Hatice. Pediatrik Onkoloji Hastalarında Yaşam Kalitesi Kavramı. Türk Onkoloji Dergisi. 2008;23(2):104-107.
- 117)** Yakar T., Baran A., Yalçınsoy M., Çelik O., Güngör S., Can G. et. al. Astımlı Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi. 2006; 20-1:1-10.
- 118)** Başbakkal Z. Pediatri Hemşireliğinde Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi. 4.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Derneği (SAYKAD). İzmir, 4-6 Nisan 2013.
- 119)** Oğuzülgen KI., Türктаş H. Bronşiyal Astımda Hasta Eğitiminin Hastalığın Prognozu, Solunum Fonksiyonları ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2001; 49(4):421-430.

- 120)** Gümüş S. Astımlı Çocuklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Diyarbakır, 2010.
- 121)** Üneri Ö., Memik Çakın N. Çocuklarda Yaşam Kalitesi Kavramı ve Yaşam Kalitesi Ölçeklerinin Gözden Geçirilmesi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi: 2007;14:1.
- 122)** Ergin D. Çocuklarda Yaşam Kalitesi. 4.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Derneği (SAYKAD). İzmir, 4-6 Nisan 2013.
- 123)** Özkaya E., Sancar Ö., Dundaroz MR. Çocukluk Çağı Astımında Risk Faktörlerinin Yaşam Kalitesine Olan Etkisi. Bezmialem Science. 2014; 1: 52-7
- 124)** Pamukçu Uyan A., Gözükar A., Yeşildal N. Prevalance of Asthma and Allergic Disorders Among Children in Düzce, Turkey: ISAAC Phase One. The Internet Journal of Epidemiology. 2003;1:1.
- 125)** Bulduk S., Esin MN. İlkokul Çocuklarında Astım ve Alerjik Hastalık Semptom Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009; 2 (2).
- 126)** Cengizlier MR., Misirlioglu ED. Evaluation of Risk Factors in Patients Diagnosed with Bronchial Asthma. Allergol Immunopathol.2006; 34: 4-9.
- 127)** Kalyoncu AF., Selçuk ZT., Enunlu T., et al. Prevalence of Asthma and Allergic Diseases in Primary School Children in Ankara, Turkey: Two Cross-Sectional Studies, Five Years Apart. Pediatric Allergy Immunol. 1999;10:261-265.
- 128)** Turan İM. Alerjik Rinit ve Bronşial Astımlı Çocuklarda Prenatal ve Çevresel Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği. İstanbul, 2009.
- 129)** Talay F., Kurt B., Tug T., Yılmaz F., Göksuğur N. Prevalence and Risk Factors of Asthma and Allergic Diseases Among Schoolchildren in Bolu, Turkey. Acta Paediatr 2008;97:459-62.
- 130)** Palalı F. Gaziantep İl Merkezinde 7-8 Yaş Çocuklarda Astım Bronşiale ve Alerjik Hastalıklar Prevalansı İle Risk Faktörleri Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Gaziantep, 2011.
- 131)** Bayram İ., Kendirli Güneşer S., Yılmaz M., Alpaslan N., Karakoç Bingöl G., Altıntaş Ufuk D. Hatay'ın Payas Kasabesindeki Okul Çağındaki Çocuklarda Alerjik Hastalıkların Prevalansı ve Astımı Etkileyen Faktörler. Türkiye Klinikleri Journal of Allergy & Asthma. 2001;3:56-65.

- 132)** Karadağ B., Karakoç F., Kut A. Astımlı Çocukların Ebeveynlerinin Sigara içme Davranışlarının Üzerine Eğitimin Etkisi. Bağımlılık Dergisi. 2001; 2(2), 64-67.
- 133)** Kalyoncu AF., Karakoca Y., Demir AU. Prevalence of Asthma and Allergic Diseases in Turkish University Students in Ankara. Allergol Immunopathol. 1996;24:1527.
- 134)** Akçay A., Tamay Z., Zencir M., Güler N., Ones U. Denizli'deki 6-7 Yaş Okul Çocuklarında Allerjik Hastalıklarının Prevalansları. Ege Journal of Medicine 2007; 46(3) : 145-150.
- 135)** Altuğ H. Bazı Hava Kirleticilerin İlkokul Çocuklarında Solunum Fonksiyonları ve Astım ve Allerjik Hastalıklarla İlişkili Semptom Prevelansına Etkisi. Doktora Tezi. Anadolu Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Çevre Mühendisliği Anabilim Dalı. 2013.
- 136)** Soysal A., Demiral Y. Kapalı Ortam Hava Kirliliği. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6-3.
- 137)** Çetemen A. Aydın İl Merkezinde Okul Çocuklarında Astım ve Alerjik Hastalıkların Prevalansı. Yan Dal Uzmanlık Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim. Dalı Pediatrik Alerji Bilim Dalı. Aydın, 2011.
- 138)** Turan Mİ., Ergüven M., Özdemir M. Alerjik Rinit ve Bronşial Astımlı Çocuklarda Prenatal ve Çevresel Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Nobel Medicus.2013; 9(2): 32-37.
- 139)** Çil B. Bölgemizdeki Astım Fenotipleri ve Bunların Temel Özellikleri. Uzmanlık Tezi. Dicle Üniversitesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Diyarbakır, 2013.
- 140)** Karagöl C., Karagöl Ertoy Hİ., Keleş S., Artaç H., Reisli I. Akut Astım Atağı ile Başvuran Çocukların Klinik Özellikleri ve Risk Faktörleri. Astım Allerji İmmünoloji. 2012;10:70-77.
- 141)** Şahbaz H. Astımlı Çocuklarda Yakınma Günlüğü Tutmanın Astım Kontrolüne Etkisi. Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Ankara, 2010.
- 142)** Zhao J., He Q., Zhang G., Chen Q., Bai J., et. al. Status of Asthma Control in children and the effect of parents' knowledge, attitude, and practice (KAP) in China: a multicenter study. Ann Allergy Asthma Immunol. 2012;109(3):190-4
- 143)** Yüzer S., Polat S. Astımlı Çocuklar ve Spor. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014;13:3.

- 144)** Soyuer F., Per M. Çocuklarda Astım ve Egzersiz. Van Tıp Dergisi. 2013;20(4):281-287.
- 145)** Altınel N. Hafif ve Orta Persistan Astımlı Çocuklarda Tedavi Etkinliğinin “Çocuklar İçin Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği” (ÇAYKÖ=PAQLQ) İle Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Enfeksiyon, Klinik İmmunoloji ve Allerji Bilim Dalı. İstanbul, 2009.
- 146)** Uysal P, Karaman Ö. Okul Öncesi Hışıltılı Çocuk Tanısına ve Korunmasına Güncel Yaklaşım. Güncel Pediatri.2012;10: 59-64.
- 147)** Maas T., Karper J., Sheikh A., Knottnerus JA., Wesseling G., Dompeling E., et. Al. Mono and Multifaceted Inhalant and/or Food Allergen Reduction Interventions for Preventing Asthma in Children at High Risk of Developing Asthma. 2009;Jul 8;3.

ÖZGEÇMİŞ

2004 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde lisans öğrenimine başladı ve 2008 yılında mezun oldu. 2009-2010 yılları arasında Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi'nde Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği'nde, 2010 yılında Behçet Uz Çocuk Hastanesi Yenidoğan Servisi'nde, 2011-2013 yılları arasında Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Servisi'nde çalıştı. 2011 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nın açmış olduğu yüksek lisans sınavında başarılı olarak yüksek lisans eğitimi almaya hak kazandı.

Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu'nun Şubat 2013 tarihinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Araştırma Görevlisi olarak çalışmaya başlayan araştırmacı, halen aynı görevine devam etmektedir. (duygu.karaarslan @cbu.edu.tr)

EKLER

EK I

Anket No:

ASTIMLI ÇOCUK VE ADÖLESAN BİLGİ FORMU

Soruları içtenlikle cevaplayacağınıza inanıyorum. Teşekkür ederim.

DUYGU KARAARSLAN

Adın Soyadın :

Tarih:

Adres:

Tel No:

1. Yaşın:.....

Yaş grubun:

1) 10–12

2) 13–15

3) 16–18

2. Cinsiyetin:

3. Öğrenim Durumun:

1) Okur-yazar

2) İlkokul

3) Ortaokul

4) Lise

4. Kaçınıcı sınıfa gidiyorsun? :

5. Annenin yaşı:

6. Babanın yaşı:

7. Annenin Öğrenim durumu:

1) Okur-yazar değil

2) Okur-yazar

3) İlkokul

4) Ortaokul

5) Lise

6) Üniversite

8. Babanın Öğrenim durumu:

1) Okur-yazar değil

2) Okur-yazar

3) İlkokul

4) Ortaokul

5) Lise

6) Üniversite

9. Annenin Çalışma Durumu:

1) Çalışıyor

2) Çalışmıyor

10. Babanın Çalışma Durumu:

1) Çalışıyor

2) Çalışmıyor

11. Aile Tipiniz:

1) Çekirdek Aile

2) Geniş Aile

3) Parçalanmış aile

12. Ailenizde Yaşayan Birey Sayısı:

13. Gelir Düzeyiniz (Aylık gelir) :

- 1) Düşük 2) Orta 3)Yüksek

14. Sağlık güvencesiniz var mı?

- 1) Var 2) Yok

15. Evinizin Isınma Özelliği:

- 1) Sobalı 2) Doğalgazlı 3) Klimalı 4) Diğer.....

16. Evinizin Nem Durumu:

- 1) Nemli 2) Nemsiz

17. Evinizi Havalandırma Durumu:

- 1) Yeterli 2) Yetersiz

18. Evinizin Güneş Alma Durumu:

- 1) Alıyor 2) Almıyor

19. Evde kendine ait bir odan var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

20. Ailenizde astım tanısı alan başka kimse var mı?

- 1) Evet / astımlı olan kişi kim?

- 2) Hayır

21. Bulunduğun ortamda (evde, okulda, sokakta) sigara içiliyor mu?

- 1) Evet 2) Hayır

22. Evde evcil hayvan besliyor musunuz?

- 1) Evet / hangi hayvanı besliyorsun?

- 2) Hayır

23. Astımın nedeniyle okul devamsızlığın oluyor mu?

- 1) Evet 2) Hayır

24. Astım nedeniyle okulda yıl kaybın oldu mu?

1) Evet / kaç yıl ?

2) Hayır

25. Okul başarını nasıl görüyorsun?

1) İyi

2) Orta

3) Kötü

26. Okulunda ya da sınıfında astımlı arkadaşın var mı?

1)Evet

2) Hayır

27. Astım hastalığın kaç yıldır var?

28. Son bir yılda astım nöbeti geçirdin mi?

1) Evet / kaç kez geçirdin?.....

2) Hayır

29. Evet, ise astım nöbetini hangi şiddetle geçirdin?

a) Hafif

b) Orta

c) Ağır

30. Astım hastalığından dolayı hastaneye yatırıldın mı?

1) Evet / kaç kez hastaneye yatırıldın?

2) Hayır

31. Sağlığını nasıl değerlendiriyorsun?

32. Astım hastalığına yönelik bir eğitim aldın mı?

1) Evet / eğitimini ne zaman aldın?

2) Hayır

33. Aldığın astım eğitiminin senin için yeterli olduğunu düşünüyor musun?

1) Evet

2) Hayır

34. Astım nasıl bir hastalıktır? Tanımlar mısın?

.....

.....

35. Astım nedeniyle sürekli kullandığınız ilaçlar nelerdir?

<u>İlacın Adı</u>	<u>Dozu Kullanım</u>	<u>Süresi</u>	<u>Kullanım Şekli</u>
.....			
.....			
.....			
.....			

36. İlaçlarını düzenli kullanıyor musun?

- 1) Evet 2) Hayır

37. Şu anda astım hastalığına yönelik hangi belirtilerin var?

	GÜNDÜZ		GECE	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Öksürük	()	()	()	()
Nefes Darlığı	()	()	()	()
Hırıltı	()	()	()	()
Balgam	()	()	()	()

38. Astım hastalığından dolayı günlük hareketlerinde azalma var mı?

- 1) Evet / hangi hareketlerinde azalma var?
- 2) Hayır

39. Koştuğunda, egzersiz yaptığında ve fiziksel aktivite yaptıktan sonra (öksürük, nefes darlığı, hışıltı) atakların oluyor mu?

- 1) Evet 2) Hayır

40. Astım nöbetini başlatan uyaranlar nelerdir?

- 1) Polenler
- 2) Ev tozu akarı
- 3) Hayvanlar

- 4) K f
- 5) Sigara dumanı
- 6) Hava Kirliliği
- 7) Nem
- 8) Diğer

Nöbetini başlatan uyaranlar için evde önlem alıyor musunuz?

- 1) Evet/ hangi önlemleri alıyorsunuz?
- 2) Hayır

Astım derneklerine  ye misin?

- 1)Evet / derneğin adını yazar mısın?
- 2) Hayır

EK II Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar İçin Öz-Etkililik Ölçeği (AÇAÖÖ)	Tamamen	Katılıyor	Kararsızım	Katılmıyor	Hiç
	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					

EK III Çocuklar İçin Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇAYKÖ) (Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire –PAQLQ) (EK III)

ÇOCUKLAR İÇİN ASTIM YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (PAQLQ)

HASTANIN KENDİ KENDİNE UYGULAYACAĞI (SELF-ADMINISTERED) TURKISH VERSION

© 2001

QOL TECHNOLOGIES Ltd.



Daha fazla bilgi için:

Elizabeth Juniper, MCSP, MSc
Professor
20 Marcuse Fields
Bosham, West Sussex
PO18 8NA, England
Telephone: +44 1243 572124
Fax: +44 1243 573680
E-mail: juniper@qoltech.co.uk
Web: <http://www.qoltech.co.uk>

This translation has been made possible through a
grant from ASTRAZENECA R&D Lund
Translated by MAPI RESEARCH INSTITUTE
Senior Translators: Caner FIDANER, Sultan ESER,
Erhan ESER, Hüseyin FIDANER
Clinician: Hasan Yüksel, Assoc Prof

© PAQLQ'nun hakları saklıdır. Elizabeth Juniper'in izni olmadan
değiştirilemez, basılı ya da elektronik olarak satılamaz, başka bir dile
çevrilemez ya da başka bir ortama uyarlanamaz.

ŞUBAT 2001

FAALİYETLER

Astımlı olduğun için sevdiğin bazı şeyleri yapmak sana güç gelebilir ya da yeterince eğlenceli gelmeyebilir.

Yaparken astım nedeniyle rahatsız olduğun bütün faaliyetleri düşünmeni istiyoruz.

Bazı astımlı kişiler aşağıdaki faaliyetlerden kimilerini yaparken rahatsızlık duyabilirler. Lütfen listenin tümünü oku. Geçtiğimiz hafta boyunca astımının seni nasıl rahatsız ettiğini düşün.

Sonraki sayfaya, geçtiğimiz hafta boyunca, yaparken astımın nedeniyle en çok rahatsız olduğun üç (3) şeyi yaz. Bunlar bu araştırmanın süresi boyunca düzenli olarak yapacağın faaliyetler olmalı. Seçeceğin üç faaliyet bu listeden olabileceği gibi, sürekli yapıyor olman koşuluyla başka faaliyetler de düşünebilirsin.

1. BILGISAYAR KULLANMA	21. DERS ÇALIŞMA
2. RESİM YAPMA	22. EV İSİ YAPMA
3. BASKETBOL	23. SARKI SÖYLEME
4. DANS	24. EL İSİ VEYA SEVDİĞİ SEYLERLE UGRASMA
5. FUTBOL	25. BAGIRMA
6. TENEFÜSTE OYNAMA	26. JIMNASTİK
7. EVDEKİ HAYVANLARLA OYNAMA	27. TEKERLEKLİ PATENLE KAYMA
8. ARKADASLARLA OYNAMA	28. KAY KAY
9. BİSİKLETE BINME	29. SAKLAMBAÇ OYNAMA
10. KOSMA	30. KIZAKLA KAYMA
11. İP ATLAMA	31. KAYAK YAPMA
12. ALIS VERİS	32. BUZ PATENİ YAPMA
13. UYUMA	33. TIRMANMA
14. ÇOCUK PARKINA GİTME	34. SABAHLARI YATAKTAN KALKMA
15. YÜZME	35. SOHBET ETME
16. VOLEYBOL	36. EVCİLİK OYNAMA
17. YÜRÜYÜS	37. BİLYE OYNAMA
18. TEPEYE TIRMANMA	38. GÜRES ETME
19. MERDİVEN ÇIKMA	39. İSTOP OYNAMA
20. GÜLME	

Sana ait 3 faaliyeti bir sonraki sayfaya yaz.

ÇOCUKLAR İÇİN ASTIM YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ
(TURKISH VERSION)
KENDİ KENDİNE UYGULANACAK

HASTA NO _____

TARİH _____

Sayfa 2 / 6

Astımın nedeniyle en çok rahatsız olduğun 3 faaliyeti aşağıdaki boş yerlere yazar mısın? Bundan sonra da astımın yüzünden geçtiğimiz hafta boyunca bu faaliyetlerden ne kadar rahatsızlık duyduğunu belirtmeni istiyoruz.

Ne kadar rahatsızlık duyduğunu en iyi açıklayan kutucuğa « X » işareti koymalısın.

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA AŞAĞIDAKİLERDEN NE KADAR RAHATSIZLIK DUYDUN?

	Aşırı derecede rahatsız oldum	Çok rahatsız oldum	Orduka fazla rahatsız oldum	Biraz rahatsız oldum	Çok az rahatsız oldum	Hemen hemen hiç rahatsız olmadım	Hiç rahatsız olmadım	Yapmıyor
	1	2	3	4	5	6	7	
1. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. ÖKSÜRÜK	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK AŞAĞIDAKİ SORUNLARI HANGİ SIKLIKLA YAŞADIN?

	Her zaman	Çoğu zaman	Orduka sık	Bazen	Arada bir	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
	1	2	3	4	5	6	7
5. Astımın nedeniyle kendini ne sıklıkta ÜZGÜN VE KIRGIN hissettin?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Astımın nedeniyle kendini ne sıklıkta YORGUN hissettin?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Astımın nedeniyle kendini ne sıklıkta ENDİŞELİ YA DA KAYGILI hissettin?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ÇOCUKLAR İÇİN ASTIM YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ
(TURKISH VERSION)
KENDİ KENDİNE UYGULANACAK

HASTA NO _____

TARİH _____

Sayfa 3 / 6

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA ŞU DURUM NEDENİYLE NE KADAR RAHATSIZLIK DUYDUN?

	Aşırı derecede rahatsız oldum 1	Çok rahatsız oldum 2	Oldukça fazla rahatsız oldum 3	Biraz rahatsız oldum 4	Çok az rahatsız oldum 5	Hemen hemen hiç rahatsız olmadım 6	Hiç rahatsız olmadım 7
8. ASTIM KRİZLERİ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK ŞU DURUMU HANGİ SIKLIKLA YAŞADIN?

	Her zaman 1	Çoğu zaman 2	Oldukça sık 3	Bazen 4	Arada bir 5	Hemen hemen hiçbir zaman 6	Hiçbir zaman 7
9. Astımın nedeniyle kendini KIZGIN hissetme?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA ŞU DURUM NEDENİYLE NE KADAR RAHATSIZLIK DUYDUN?

	Aşırı derecede rahatsız oldum 1	Çok rahatsız oldum 2	Oldukça fazla rahatsız oldum 3	Biraz rahatsız oldum 4	Çok az rahatsız oldum 5	Hemen hemen hiç rahatsız olmadım 6	Hiç rahatsız olmadım 7
10. GÖĞÜSTE HIRILTI	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK ŞU DURUMU HANGİ SIKLIKLA YAŞADIN?

	Her zaman 1	Çoğu zaman 2	Oldukça sık 3	Bazen 4	Arada bir 5	Hemen hemen hiçbir zaman 6	Hiçbir zaman 7
11. Astımın yüzünden kendini TEDİRGİN hissetme?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ÇOCUKLAR İÇİN ASTIM YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ
(TURKISH VERSION)
KENDİ KENDİNE UYGULANACAK

HASTA NO _____

TARİH _____

Sayfa 4 / 6

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA ŞU DURUM NEDENİYLE NE KADAR RAHATSIZLIK DUYDUN?

	Aşırı derecede rahatsız oldum 1	Çok rahatsız oldum 2	Oldukça fazla rahatsız oldum 3	Biraz rahatsız oldum 4	Çok az rahatsız oldum 5	Hemen hemen hiç rahatsız olmadım 6	Hiç rahatsız olmadım 7
12. GÖĞSÜNDE SIKIŞMA	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK ŞU DURUMU HANGİ SIKLIKLA YAŞADIN?

	Her zaman 1	Çoğu zaman 2	Oldukça sık 3	Bazen 4	Arada bir 5	Hemen hemen hiçbir zaman 6	Hiçbir zaman 7
13. Astımın yüzünden kendini FARKLI YA DA DIŞLANMIŞ hissetme?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA ŞU DURUM NEDENİYLE NE KADAR RAHATSIZLIK DUYDUN?

	Aşırı derecede rahatsız oldum 1	Çok rahatsız oldum 2	Oldukça fazla rahatsız oldum 3	Biraz rahatsız oldum 4	Çok az rahatsız oldum 5	Hemen hemen hiç rahatsız olmadım 6	Hiç rahatsız olmadım 7
14. NEFES DARLIĞI	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK ŞU DURUMLARI HANGİ SIKLIKLA YAŞADIN?

	Her zaman 1	Çoğu zaman 2	Oldukça sık 3	Bazen 4	Arada bir 5	Hemen hemen hiçbir zaman 6	Hiçbir zaman 7
15. BAŞKALARINDAN GERİ KALMA NEDENİYLE ÜZÜLME VE KIRGINLIK duyma?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Astımın nedeniyle GECE UYKUDAN UYANMA?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ÇOCUKLAR İÇİN ASTIM YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ
(TURKISH VERSION)
KENDİ KENDİNE UYGULANACAK

HASTA NO _____

TARİH _____

Sayfa 5 / 6

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK ŞU DURUMLARI HANGİ SIKLIKLA YAŞADIN?

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça sık	Bazen	Arada bir	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
	1	2	3	4	5	6	7
17. Astımın nedeniyle kendini RAHATSIZ hissetme?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Astımın nedeniyle NEFES ALAMADIĞINI hissetme?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. Astımın nedeniyle BAŞKALARINDAN GERİ KALMA?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Astımın nedeniyle GECE HUZURSUZ UYUMA?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21. ASTIM KRİZİ GELECEK DİYE KORKMA duygusu?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA YAPTIĞIN BÜTÜN FAALİYETLERİ DÜŞÜN:

	Aşırı derecede rahatsız oldum	Çok rahatsız oldum	Oldukça fazla rahatsız oldum	Biraz rahatsız oldum	Çok az rahatsız oldum	Hemen hemen hiç rahatsız olmadım	Hiç rahatsız olmadım
	1	2	3	4	5	6	7
22. Bu faaliyetleri yürüttüğün sırada astımın seni ne kadar rahatsız etti?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK ŞU DURUMU HANGİ SIKLIKLA YAŞADIN?

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça sık	Bazen	Arada bir	Hemen hemen hiçbir zaman	Hiçbir zaman
	1	2	3	4	5	6	7
23. DERİN NEFES ALMADA güçlük çekme?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

ALAN KODU:

Belirtiler: 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 23

Faaliyet Kısıtlanması: 1, 2, 3, 19, 22

Duygusal İşlev: 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 21

EK IV Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurul İzin Yazısı



**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
(BİLİMSEL ETİK KURULU)**

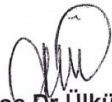
SAYI :2013 - 62
KONU :Araştırma hk.

Bornova /İZMİR
18.12.2013

E.Ü. HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Prof.Dr.Zümrüt BAŞBAKKAL'ın sorumluluğunda Ocak 2014 – Aralık 2014 tarihleri arasında yapılması planlanan “**Astımlı Çocuk ve Adölesanların Öz-Etkililiklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi**” konulu araştırma 18.12.2013 tarihinde **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve “**Araştırmanın Yürütülmesi Uygun**” bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.


Doç.Dr.Ülkü GÜNEŞ
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

EK V Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi İzin Yazısı

660



**T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Hafsa Sultan Hastanesi Başhekimliği**



SAYI : 61804347-660.00.00.00-320
KONU:

15.01.2013

EGE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 25/12/2013 tarih ve 2627 sayılı yazınız.

İlgi yazı Enstitünüz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencilerinden Duygu KARAASLAN'ın 'Astımlı çocuk ve Adölesanları Öz Etkililiklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi' konulu tez çalışmasını 01 Ocak 2014-31 Aralık 2014 tarihleri arasında Hastanemiz Çocuk Solunum Alerji Polikliniğinde yapması uygundur. Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Seyhun KURŞAT
Başhekim

15/01/2013 Belge Yönetim Birimi : Ö.NARCI

Uncubozköy Yerleşkesi, 45030, MANİSA
Telefon: 444 42 28
E-posta: bashekimlik@cbu.edu.tr

Faks: 0 (236) 233 80 40
Elektronik Ağ: www.cbu.edu.tr/hastane

EK VI Yazarın İzin Yazıları

← → ↻ Microsoft Corporation [US] https://dub131.mail.live.com/?tid=cmwEu6-KY84hGjAQAc8u88A2&fid=flsearch&srch=1&skws=ümran&sdr=4&satt=1

Outlook.com | + Yeni Yanıtla | Sil Arşivle Gereksiz | Süpür Şuraya taşı Kategoriler ...

ümran

Klasörler

Gelen kutusu 4732

cbü okul

Gereksiz 15

Taslaqlar 12

Gönderilmiş

Silinmiş

ben

yüksek lisans notları 36

Arama Sonuçları

Yeni klasör

Kategoriler

yüksek lisans notları

Yeni kategori

Mesajlaşma

Tümünü görüntüle

RE: astımlı çocuklar ve adölesanlar için öz etkililik ölçeği

umran cevık (umrancevik@hotmail.com) Kişilere ekle 02.12.2012 Belgeler

Kime: duygu8686@hotmail.com

1 ek (15,0 KB)

Outlook.com Etkin Görünüm

Astım öz etkililik ölçeği...

Çevrimiçi göster

Zip olarak indir

Duygu hanım merhabalar

Mesajınıza geç veriyorum bugün mail adresimin spam bölümü temizlerken mailinizi gördüm .Bu yüzden kusura bakmayın.

Astımlı Çocuklar ve Adölesanlar için Öz etkililik ölçeğimizi istemişsiniz. Kullanabilirsiniz.

Ekte gönderiyorum.

<http://e-dergi.atauni.edu.tr/index.php/HYD/article/view/6461/6656>

Geçerlik güvenirlik çalışmamıza da bu adresten ulaşabilirsiniz.

Kolay gelsin..

Yrd.Doç.Dr. Ümran ÇEVİK GÜNER

Gaziosmanpaşa Üniversitesi

Sağlık Yüksekokulu

Sohbet Edin

Bağlanın ve sosyal sitelerde doğrudan gelen kutunuzdan sohbet edin.

Daha fazla

© 2014 Microsoft Koğullar Gizlilik ve tanımlama bilgileri Geliştiriciler Türkçe

Microsoft Corporation [US] https://dub131.mail.live.com/?tid=cmnMQ-ZwK34hGw6gAjfeRzjA2&fid=flsearch&srch=1&skws=yüksel&sdr=4&satt=1

Outlook.com | + Yeni Yanıtla Sil Arşivle Gereksiz Süpür Şuraya taşı Kategoriler

yüksel

Klasörler

Gelen kutusu 4732

cbü okul

Gereksiz 15

Taslaklar 12

Gönderilmiş

Silinmiş

ben

yüksek lisans notları 36

Arama Sonuçları

Yeni klasör

Kategoriler

yüksek lisans notları

Yeni kategori

Mesajlaşma

Tümünü görüntüle

PAQLQ

Hasan Yüksel (hyukselefe@hotmail.com) Kişilere ekle 07.05.2013 Belgeler

Kime: duygun8686@hotmail.com

Bilgi: dilek ergin

2 ek (toplam 566,5 KB)

Outlook.com Etkin Görünüm

paqsturg HY.pdf

PedsQL4-SF15_Cor...

Çevrimiçi göster

Çevrimiçi göster

Tümünü zip olarak indir

Duygu merhaba,
PAQLQ (pediatric asthma quality of life questionnaire) ve generik yaşam kalitesi ölçeği olan PedsQL 8-11 ekte gönderiyorum.

Selamlar

Prof. Dr. Hasan YÜKSEL
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Allerji Bilim Dalı ve Solunum Birimi
Manisa

GSM: 0532 5487032
www.cocukalerjiklinigi.com

© 2014 Microsoft Koşullar Gizlilik ve tanımlama bilgileri Geliştiriciler Türkçe

15 GB ücretsiz

OneDrive

Fotoğraflarınız, videolarınız ve belgeleriniz için daha fazla alan.

Bilgi alın