

**T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ASTIMLI HASTALARDA EĞİTİMİN
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Serhat İRKİL

Kocaeli Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin

İç Hastalıkları Hemşireliği

Programı İçin Öngördüğü

BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır.

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fügen GÖZ

KOCAELİ 2006

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İşbu çalışma, jürimiz tarafından İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan.....

İMZA

Üye.....

İMZA

Üye.....

İMZA

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

..../.../2006

Enstitü Müdürü
Mühür

ÖZET

Astımlı Hastalarda Eğitimin Yaşam Kalitesine Etkisi

Amaç:Bu araştırma eğitimin astımlı hastaların yaşam kaliteleri üzerindeki etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.**Araştırmanın Türü:** Araştırma deneysel (Müdahale Çalışması) olarak tasarlanmıştır. **Yöntem:** Araştırmanın örneklemini, Kocaeli İlinde bir Hastanenin Astım Polikliniğine kayıtlı 46 hasta oluşturmuştur. Çalışma,30/09/2005-29/11/2005 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik özelliklerin bulunduğu 9 sorudan oluşan bir form ve Juniper E.F. tarafından geliştirilen Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ)' in hastaların kendi kendine uygulayacağı şekli olan ve 32 sorudan oluşan ölçek kullanılmıştır. **Bulgular ve Sonuçlar:** Çalışmadan elde edilen verilere göre tanımlayıcı özellikler ile yaşam kalitesi arasında 30-50 ile 51-70 yaş grupları arasında anlamlı ilişki görülmüştür ($p=0.002$). Astım hastalarına verilen eğitim sonucu yaşam kalitelerinde ($p=0.001$), alt gruplarında (alan) artış olduğu tespit edilmiştir ($p=0.001$). AQLQ' ın güvenilirlik alpha katsayısı 0.93 bulunmuştur. Yukarıda verilen sonuçlar doğrultusunda; ülkemizde astımlı hastaların tedavi, bakım ve eğitim süreçlerinde hemşirenin bulunmadığı birimlerde hemşirelere yer verilmesi, hemşirelerin mezuniyet sonrası eğitim programlarına katılması, astım ile mücadelede hasta eğitimine daha fazla önem verilmesi önerilerinde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Astım, Yaşam Kalitesi, Hasta Eğitimi

ABSTRACT

Effects of Education on Asthma Patients' Life Qualities

Aim: The aim of this study is determination the effects of education on asthma patients' life qualities

Type of study: The study is designed as an experimental study (intervention study).

Methods: 46 patients who were among the patients of Asthma Polyclinic in a hospital in Kocaeli were involved in the study. The study was held in between 30.09.2005 and 29.11.2005. In gathering the results, a nine-question-form investigating the social-demographic properties designed by the investigator and Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ), a self-applied test of 32 questions designed by Juniper E.F. were used.

Results and Conclusion: According to the results obtained from the study, there were statistical meaningful differences between sociodemographic characters of patients and quality of life in 30-50 and 51-70 age groups($p=0.002$). An increase in the quality of life ($p=0.001$) and subgroups ($p=0.001$) of asthma patients was observed after education. Reliability α coefficient of AQLQ has been found to be 0.93. According to the results mentioned above; it can be proposed that in the treatment, care and education of asthmatic patients in our country, facilities without nurses must be supported by trained nurses that all nurses shall participate in post-graduate educational programs, more care must be given to continuous and regular patient education in the fight against asthma

Key words: Asthma, Quality of Life, Patient Education

TEŞEKKÜR

Tezimin her aŐamasında benim iÇin mür boyu sürecek bir tecrübe olmasında baş rolü oynayan değerli hocam ve danışmanım sayın Yrd. DoÇ. Dr. Fügen GÖZ'e sonsuz teşekkürlerimi ve Őukranlarımı sunarım.

Tez konumun belirlenmesinde ve çalıŐmamın yönetiminde ve yönlendirilmesinde değerli görüş ve tecrübelerini esirgemeyen hocam sayın Prof. Dr. Seğil AKSAYAN'a ve okul müdürümüz sayın Prof. Dr. Süreyya KARAÖZ'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek Lisans tez çalıŐmalarım esnasında gösterdikleri ilgi, hoşgörü ve sabırlarından dolayı Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı sayın Prof. Dr. Füsun YILDIZ ve sayın Yrd. DoÇ. Dr. İlknur BAŐYİĐİT'e teşekkür borçluyum.

Tüm istatistiksel analizlerde desteklerini hiç esirgemeyen sayın Yrd. DoÇ. Dr. Cavit IŐık YAVUZ'a ve değerli arkadaşım Kader GÜRBÜZ'e teşekkür ederim.

Yüksek Lisans Eğitimimim ve Tez çalıŐmalarım esnasında manevi desteğini esirgemeyen değerli eŐim Feyza İRKİL'e ve güzel kızım Serra'ya çok teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
ÇİZELGELER DİZİNİ	x
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Giriş	1
1.2. Amaç	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Astım	6
2.2. Risk Faktörleri Tanısı ve Önlemler	5
2.3. Tedavi	8
2.4. Hemşirelik Yaklaşımı	10
2.5. Astımın Yaşam Kalitesine Etkisi	11
3. GEREÇ ve YÖNTEM	13
3.1. Araştırmanın Şekli	13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	13
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	13
3.4. Araştırmada Kullanılan Araçlar	15
3.5. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirliği	16
3.6. Verilerin Toplanması	17
3.7. Verilerin Değerlendirmesi	18
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	19
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	19

4. BULGULAR	20
5. TARTIŞMA	27
5.1. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Bulgularının Tartışılması	27
5.2. Yaşam Kalitesi ve Alt Grup Bulgularının Tartışılması	29
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	32
6.1. Sonuçlar	32
6.2. Öneriler	32
KAYNAKLAR DİZİNİ	33
Özgeçmiş	40
EK 1. Hasta Tanıtım Formu	
EK 2. Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ)	
EK 3. Toraks Derneği Astma Çalışma Grubu Hasta Eğitim Paketi	
EK 4. Kocaeli Üniversitesi Araştırma Etik Kurulu Aydınlatılmış Onam Formu	
EK 5. Ölçeğin Kullanımı için İzin Belgesi	

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Astım Tanısı Konulmuş Kişinin Klinik Tablosunu
Etkileyen Faktörler

5

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 3.1. Hastaları Tanıtıcı Özellikler	14
Çizelge 3.2. AQLQ Yaşam Kalitesi ve Alt Kategorileri (alan) Minimum ve Maksimum Madde-Toplam Kolerasyonları ve Alfa Katsayıları	17
Çizelge 4.1. Tanımlayıcı Özelliklerin Yaşam Kalitesi Puanları	20
Çizelge 4.2. Girişim ve Kontrol Grupları Genel Yaşam Kalitesi Puanlarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dağılımları	22
Çizelge 4.3. Girişim ve Kontrol Grupları Yaşam Kalitesi Ölçeği Belirtiler Alt Grup Puanlarının Eğitimin Öncesi ve Eğitim Sonrası Dağılımları	23
Çizelge 4.4. Girişim ve Kontrol Grupları Yaşam Kalitesi Ölçeği Faaliyet Kısıtlaması Alt Grup Puanlarının Eğitimin Öncesi ve Eğitim Sonrası Dağılımları	24
Çizelge 4.5. Girişim ve Kontrol Grupları Yaşam Kalitesi Ölçeği Duygusal İşlev Alt Grup Puanlarının Eğitimin Öncesi ve Eğitim Sonrası Dağılımları	25
Çizelge 4.6. Girişim ve Kontrol Grupları Yaşam Kalitesi Ölçeği Çevresel Uyarıcı Alt Grup Puanlarının Eğitimin Öncesi ve Eğitim Sonrası Dağılımları	26

KISALTMALAR DİZİNİ

AQLQ	Asthma Quality of Life Questionnaire
E.C.R.H.S.	European Community Respiratory Health Survey
E.D.C.W.G.	Education and Delivery of Care Working Group
G.I.N.A.	Global Initiative for Asthma
N.H.L.B.I.	National Heart Lung and Blood Institute
Ö.D.İ.	Ölçülü Doz İnhaler

1. GİRİŞ ve AMAÇ:

1.1. GİRİŞ:

Astım, özellikle çocuklarda günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde engelleyen kronik ve sürekli artış gösteren yaygın bir hastalıktır (Türkteş, 1998). Dünyada 100 milyonun üzerinde astımlı hasta bulunduğu, (Lamb et al, 2000) ve ABD'de, astımlı hasta sayısının 17 milyon civarında olduğu tahmin edilmektedir (Paltiel et al, 2001). Türkteş ve arkadaşlarınca gerçekleştirilen bir çalışmada ülkemizdeki astımlı çocuk prevalansı %0.7 olarak bildirilirken (Türkteş, 1998), erişkinlerin astım prevalansı ise %0.3 ile %7.6 arasında çeşitli oranlarda bildirilmektedir (Kalyoncu ve ark., 1999).

Astımın sürekli artış göstermesinde genel olarak; coğrafi bölge, beslenme, endüstrileşmenin çevreye verdiği zararlar, hava, su ve toprak kirlenmesi, sanayi bölgelerinde yetersiz alt yapı ve otoyol trafiğinin yoğunlaşması, ev içi allerjenlerine maruz kalma, kapalı yerlerde yaşama, yoksulluk, şehir yaşamı ve düşük eğitim gibi nedenlerin etkisi bulunmaktadır (Barlan, 2003; Kavaklı ve ark., 1998; Schwartz, 2002; Tomaç ve Saraçlar, 2003).

Günümüzde hastalığı tamamen iyileştirebilen veya ortadan kaldıracı bir tedavi şekli henüz yoktur. Ancak değışen ve sürekli gelişmekte olan tıp teknolojisi ile hastalığın tanısı kolayca konulabilmekte, solunum fonksiyonları ve genel seyri daha kolay takip edilebilmektedir. Yine gelişmiş ilaç teknolojileri ile hastalığın seyrine göre çok çeşitli tedavi seçenekleri sunulmakta; düzenli ilaç kullanma, eğitim ve semptomları aktive edici etkenlerden uzak durmak kaydıyla hastalık kontrol altına alınabilmekte ve bir çok kronik hastalıklarda olduğu gibi hastaların ortalama yaşam süreleri uzatılabilmektedir. Ancak astım ile ilgili bilgilerin artmasına ve tedavide büyük başarılar elde edilmiş olmasına rağmen, astımdan dolayı görülen ölümlerin sayısındaki artış devam etmektedir. Astımlı hastalar meslek seçiminde hastalıklarının özelliklerini göz önünde bulundurmak durumunda kalmaktadırlar. Fiziksel ve sosyal aktivite kısıtlamaları bireyin güçsüzlük ve yetersizlik duygularını

artırmakta, özsayılarının azalmasına ve kendini sürekli hasta hissederek yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Aktaş ve Gülsever, 2001).

Günümüzde diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi astımda da klinik bulguların düzeltilmesinin yanında, hasta ve ailelerinin kaliteli bir yaşam sürdürebilmelerini sağlamak da 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, iş ve diğer sosyal aktivitelerde aksama olmadan alışılmış yaşantının sürdürülmesi amaçlanmaktadır (Barış ve ark., 1996).

Dünyada astım sorununun en önemli nedenleri arasında yoksulluk, yetersiz eğitim, yetersiz alt yapı, astımla ilgili yetersiz bilgi, hastalık ve semptom yönetimi yaklaşımının yeterince yerleşmemiş olması, düzenli kontroller yerine acil sağlık hizmeti kullanımı, ilaçların dünyada yeterince yaygınlaşmaması ve ilaç fiyatlarının yüksekliği, kültürel faktörler, kanıtlanmamış geleneksel yöntemlerin yaygınlığı ve sık kullanımı, astıma yönelik ulusal sağlık politikalarının çoğu ülkede henüz belirlenip uygulamaya konmamış olması gibi bir çok faktör yer almaktadır (Masoli et al., 2004).

Astımlı hastaların; bireysel yönetim becerilerinin geliştirilmesi, hastalıklarına ilişkin sorunları ile mücadelede ve hastalığa uyumu artırma, yaşam stili değişikliğinin sağlanması, kendini izleme ve çevrenin kontrolüne ilişkin bilgi ve becerilerin sağlanmasında hasta eğitimi son derece önemlidir. (NHLBI and WHO, 1995; Allen et al, 1995; Juniper et al, 1993; Kolbe et al, 1996). Profesyonel bir ekip anlayışı içinde verilen astım eğitiminde ve tüm bu amaçlara ulaşmada hemşirelerin rolü ve etkinliği çok önemlidir (Clark and Star, 1994; Souza et al., 1996; Gibson et al., 1999; Durna ve Özcan, 1999). Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi astım hastalığının tedavisi de uzun hatta yaşam boyu sürmektedir. Hemşire, hasta ve ailesine belirtilerin kontrolü ve etkilerinin en aza indirilmesi konusunda yardımcı olmaya çalışmalıdır. Hasta hastalığı ile yaşamayı öğrenmek zorundadır. Bu nedenle

hemşire ayrıca hastayı kendi bakımı konusunda rehabilite etmesi ve yapabildiği sürece çeşitli egzersizler ve aktiviteler yapmasını önermelidir. Astım gibi kronik hastalığı olan akciğer hastalarında ve ailesinde birçok duygusal ve sosyo-ekonomik sorunlar ortaya çıkar, hasta ve ailesinin yaşam biçimi değişir. Normal yapılması gereken günlük yaşam aktiviteleri engellenebilir. İş hayatında ve dolayısıyla ekonomik duruma ilişkin sorunlar ortaya çıkar. Ayrıca hastalar genellikle sorunların geçici olduğunu düşünür ve hastalığı kabullenmek istemezler. Sağlık ekibi tüm bu sorunları dikkate alarak gerekli yaklaşımlarda bulunmalıdır (Birol ve ark., 1997).

Astımlı hastaların tedavisinde, tedavi teknolojilerinin gelişmesi ve etkili bir eğitim programı ile gerçekleştirilen bireysel yönetim becerisi ve hastalığa uyumu sağlama, tedavi başarısı ve hastaların yaşam kalite düzeyi yükselmektedir (Durna ve Özcan, 1999).

1.2. AMAÇ

Bu çalışma, astımlı hastalara verilen eğitimin yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezi

Astım hastalarına yapılan eğitim ile;

- Hastaların yaşam kalitesi puanları yükselir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. ASTIM

Astım, hava yollarının kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Bu inflamasyonda mast hücreleri, eozinofiller ve T-lenfositler başta olmak üzere değişik hücreler rol oynamaktadır. Duyarlı kişilerde, nöbetler halinde gelen hışıltı (hırıltı, ısıklık sesi), nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi ve öksürük yakınmaları ortaya çıkmaktadır. Yakınmalar, özellikle gece ve/veya sabaha karşı görülür ve uykudan uyandırması en tipik özelliğidir (Türkteş, 1998). Bu semptomlar, spontan olarak veya ilaçlarla, kısmi veya tam iyileşme gösteren yaygın ve değişken hava yolu obstrüksiyonuna bağlıdır. Kronik inflamasyon, ayrıca hava yollarının uyarılara karşı duyarlılığının artmasına, başka bir deyimle bronş aşırı duyarlılığına neden olmaktadır. Duyarlılığı artmış hava yolları, sağlıklı kişileri etkilemeyecek kadar küçük uyarılar karşısında bile bronkokonstriktör yanıt verirler. Sonuç olarak bronşiyal astım 3 özelliğiyle tanımlanır. Bunlar:

- Kronik hava yolu inflamasyonu
- Bronş aşırı duyarlılığı
- Diffüz, reversibl hava yolu obstrüksiyonudur. (N.H.L.B.I., 1995.)

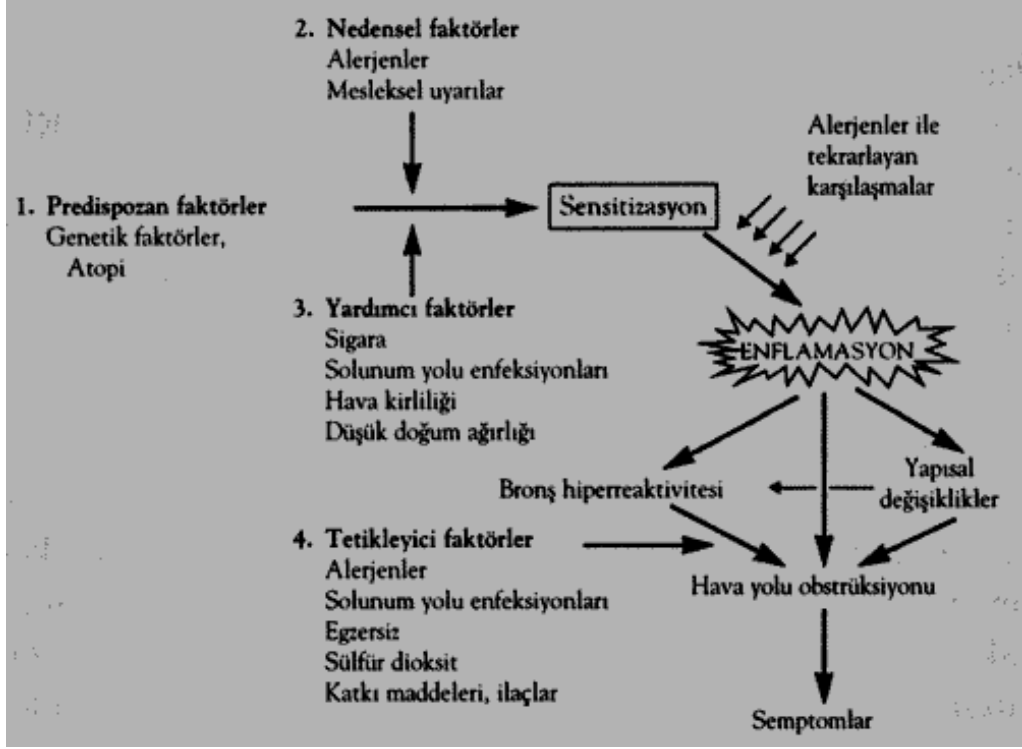
Hastalığın dünya üzerindeki dağılımı, ülkeden ülkeye ve bazen bir ülke içinde bölgeden bölgeye değişim göstermektedir. Avustralya, Yeni Zelanda, bazı Pasifik adalarında sık (%10`dan fazla) bazı Güneydoğu Asya ülkeleri, Kuzey Amerika Kızılderilileri ve Eskimolar`da seyrek (%1`den az) görülür. Hastalığın Avrupa ülkelerindeki prevalansı %5-10 arasında değişmektedir (E.C.R.H.S., 1996).

Ülkemizde saptanan prevalans rakamları genellikle batı ülkelerinden daha düşük düzeydedir. Çocukluk dönemi için “son bir yıldaki astım prevalansı” %5 ile 8 arasında iken, aynı oran erişkinlerde genelde %5`in altındadır (Kalyoncu ve ark.,1999).

2.2. ASTIM RİSK FAKTÖRLERİ VE ÖNLEMLER

Astım gelişmesinde rol oynayan risk faktörleri hazırlayıcı(predispozan), nedensel, yardımcı ve tetikleyici faktörler başlıkları altında incelenecektir (Şekil 2.1.).

Şekil 2.1. Astım tanısı konulmuş kişinin klinik tablosunu etkileyen faktörler



Hazırlayıcı (Predispozan) faktörler hastalığa yatkınlığı artıran genetik faktörlerdir. Hava yolu inflamasyonunun oluşmasında genetik ve çevresel faktörler rol oynarlar. Astım ve atopinin ailesel geçiş gösterdiği bilinmekte, kalıtımın büyük oranda rol oynadığı tahmin edilmektedir. Ebeveynlerden birisinin astımlı olması halinde doğacak çocukta astım riskinin 2-3 kat, anne babanın her ikisinin de astımlı olması durumunda ise bu riskin 6-7 kat artması genetik faktörlerin önemini göstermektedir.

Atopi, astım için bilinen en önemli genetik risk faktörü, atopidir (Türkteş, 1998). Çevresel alerjenlere karşı (ev tozu akarları, polen, küf mantarları gibi) aşırı

miktarda IgE üretilmesine kalıtsal yatkınlık olarak tanımlanır. Atopik kişilerde astım, atopik olmayanlara göre daha sık görülür (E.C.R.H.S., 1996).

Nedensel faktörler hastalığın ortaya çıkmasında primer olarak rol oynayan faktörlerdir. 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 allerjenleri 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. Yaşamları için ideal ortam 22-26°C ısı ve %55'in üzerinde nemdir. Akarların yaşaması için gereken bu koşullar hemen hemen her evde vardır. Mantar sporları ve bakteriler ile kontamine olmuş insan epitel döküntüleri ile beslenirler. Dış ortam allerjenleri ot, ağaç ve değişik bitki polenleri ve mantar sporlarıdır. Ülkemizde ağaç polenleri 1-1.5 ay, çimen polenleri ise ortalama 3 ay süreyle duyarlı kişileri etkiler (Kalyoncu A.F. ve ark., 1996).

Yardımcı faktörler nedensel etkenlerle karşılaşan kişilerde sensitizasyonu kolaylaştıran ve astımın ortaya çıkmasında yardımcı rol oynayan faktörlerdir. Çocukluk çağında sigara dumanı ile temas allerjik duyarlanma riskini artırabilir. Pasif içicilik astım nöbetlerine yol açar. Astımlı hastanın aktif ve pasif sigara içiciliğinden kesinlikle kaçınması gerekir. Kontrol altına alınmış astımlı bir hastada üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları, özellikle viral solunum yolu enfeksiyonları semptomları alevlendirebilir. Ayrıca allerjik rinit astımla sonuçlanabileceği gibi, birçok hastada rinit ve sinüzit bulguları, astıma eşlik edebilir. (G.İ.N.A., 1998).

Tetikleyici faktörler hava yolu inflamasyonu yerleşmiş astımlı hastalarda akut ataklara neden olan faktörlerdir. Soba ve fırın yakıtları, kızarmış yağlar, oda spreyleri, boya ve ciladan kaynaklanan azot oksit, karbon monoksit, karbon dioksit, sülfür dioksit ve formaldehit gibi gazlar eviçi hava kirliliği nedenleridir. Astımlıların evlerinde bacalı soba kullanılması, bacanın sık sık temizlenmesi, mutfaktaki ocağın, fırının dumanının aspiratörlerle uzaklaştırılması, mutfağın iyi havalandırılması ve kapısının kapalı tutulması gereklidir. Ayrıca ev temizliğinde kezzap, tuzruhu ve

Çamaşır suyu gibi iritan maddelerden kaçınılmalıdır. Isınma ve sanayide kullanılan yakıtlardan ve egzozlardan açığa çıkan sülfürdioksit, ozon, azot oksitler, asit aerosoller ve partiküller dış ortam hava kirliliğine neden olurlar (G.İ.N.A., 1998).

Besinlerin içerdiği alerjenlerle veya diğer katkı maddeleriyle oluşur. Besinsel alerjenlere bağlı astım çok nadirdir ve daha çok çocuklarda görülür. Bazı besinlere eklenen sülfit, tartrazin, benzoat ve monosodyum glutamata bağlı ortaya çıkabilir. Slfitler patates cipsleri, konserve karidesler, kuru yemişler, bira ve şaraplarda; monosodyum glutamat ise hazır çorbalarda ve in yemeklerinde katkı maddesi olarak bulunabilir (Türkteş, 1998).

Astım gelişmesinde rol oynayan risk faktörlerinin en aza indirilmesi ve/veya ortadan kaldırılması için alınacak önlemleri aşağıdaki Şekilde sıralayabiliriz (Birol ve ark., 1997; G.İ.N.A., 1998; Toraks Derneği Bronş Astımı Grubu, 1996; Türkteş, 1998):

- Özellikle hastanın yatak odasında bulunan halı, kilim, battaniye ve kumaşla kaplı mobilyalar kaldırılmalıdır.
- Evde ahşap, deri, plastik ve vinleks kaplı eşyalar ve mobilyalar kullanılmalıdır.
- Nevresim, arşaf ve yatak kılıfları düzenli olarak haftada bir kez sıcak su ile (55°C zeri) yıkanmalıdır. Battaniye ve perdeler 3 ayda bir yıkanmalı veya temizlemeye verilmelidir. Özel yatak kılıfları kullanılabilir.
- nemli bir akar kaynağı olan tüylü yumuşak oyuncaklar evden uzaklaştırılmalıdır.
- Evde hayvan bulundurulmamalıdır. Evde beslenen hayvanların idrar, tüy ve salyası alerjik reaksiyonlara yol açabilir.
- Evii nem oranını düşük tutmak amacıyla ev içerisinde çamaşır kurutulmaması, mutfak ve banyo kapısının kapalı tutulması uygundur. Evii temizlik toz kaldırmadan yapılmalıdır. Hamam böceklerine karşı evin sürekli temizlenmesi ve ilaçlanması gerekir. Ortamda yemek artıkları ve p bulunmamalıdır. İlaçlamanın düzenli aralıklarla ve mutlaka hastanın evde olmadığı sırada yapılması gereklidir. Kf mantarlarına karşı evde rutubetin önlenmesi önemlidir.

- Sigara dumanı, saç spreyi, boya, cila ve egzoz dumanı gibi irritan uyarılardan uzak durulmalıdır. İşyerlerinde sigara içilmesi önlenmeli ve astımlılara sigarasız ortamda çalışmaları yönünde rapor verilmelidir.
- Hava kirliliğinin olduğu dönemlerde gereksiz fiziksel aktiviteden kaçınılmalıdır. Açık havada ve özellikle soğukta egzersiz yapılmamalıdır.
- Enfeksiyonlar korunmak için solunum yolu enfeksiyonu olan kişilerle temastan kaçınılmalı, her yıl Eylül veya Ekim aylarında grip aşısı olmalı, enfeksiyonlar sırasında inhale steroid dozunu artırması veya gerekirse oral steroidlerin tedaviye eklenmesi, viral enfeksiyonlarda gereksiz antibiyotik kullanımından kaçınılması önerilir.
- Eğer besinlere bağlı reaksiyonlar söz konusu olursa bu gıdalardan kaçınmak gerekir. Sıklıkla bazı besinlere eklenen sülfite, tartrazin, benzoat ve monosodyum glutamata bağlı ortaya çıkabilir. Sülfidler patates cipsleri, konserve karidesler, kuru yemişler, bira ve şaraplarda; monosodyum glutamat ise hazır çorbalarda ve Çin yemeklerinde katkı maddesi olarak bulunabilir.

2.3. TEDAVİ

Astım tedavisi uzun hatta yaşam boyu sürebilmektedir. Bu süreçte hasta ve ailesinin işbirliği, hastalığa uyumları ve eğitimleri tedavinin başarıya ulaşmasında büyük öneme sahiptir. Kronik bir hastalık olan astımında tedavi sürecinde sağlık personeli, hasta ve ailesine sorumluluklar düşmektedir. Astım tedavisinin amaçları şunlardır;

- Kronik ve sıkıntı veren tüm semptomları önlemek, “normal” veya normale yakın akciğer fonksiyonlarını sağlamak,
- Egzersiz ve bedensel aktiviteler dahil normal günlük yaşantısını sağlamak,
- Tekrar eden astım ataklarını önlemek ve hastaneye yatırılma yada acil servise başvurma sıklığını en aza indirmek,
- Tedavide yan etkisi en az, yada hiç olmayan ilaçları seçmek,
- Astım tedavisi ile hastaların ve ailelerinin beklentilerini karşılamak ve hastaları ve aileleri tam anlamıyla tatmin etmektir (Toraks, 1996).

Astımda kullanılan ilaçlar kontrol edici ve semptom giderici ilaçlar olmak üzere iki grupta ele alınır (Toraks, 1996). Bunlar;

Kontrol Edici İlaçlar, uzun süreli kontrol sağlarlar. Bunlar:

- İnhal ve sistemik steroidler
- Kromolin sodyum (sodyum kromoglikat)
- Nedokromil sodyum
- Lökotrien antagonistleri
- Uzun etkili beta-2 agonistler
- Uzun etkili teofilin

Semptom Giderici İlaçlar, bronkospazmı çözmeye, bronş obstrüksiyonunu ortadan kaldırmaya yöneliktir. Bunlar:

- Kısa etkili beta-2 agonistler
- Teofilinler (i.v. formları)
- Antikolinergikler

Astım tedavisinde kullanılan ilaçlar değişik yollarla (inhaler, oral, parenteral) verilebilir. Doğrudan hasta olan bölgeye (hava yolları) ilacın verilebilmesi, ilaç etkisinin kısa sürede başlaması ve sistemik yan etkilerinin en az olması nedeniyle astım tedavisinde ilaçların “inhalasyon” yolu ile verilmesi tercih edilir. Bu amaçla kullanılmak üzere spreiler başka bir deyimle ölçülü doz inhalerler (ÖDİ), toz inhalerler ve nebulizasyon ile verilen solüsyonlar vardır. İnhalasyon ile verilen ilaçların doğru kullanılması ve sonuç olarak astımın iyi tedavi edilmesi hastanın uyumuna bağlıdır. Bu nedenle inhaler ilaç verilen astımlı hastalara inhalasyon tekniklerinin mutlaka öğretilmesi ve her kontrolde doğru kullanıp kullanmadığının denetlenmesi gerekir (Toraks, 1996)

Astım ilaçları iki yaşından küçük çocuklarda nebulizatör veya yüz maskesi olan haznelere verilmelidir. Çocuklar üç yaşından itibaren spreileri hazneyle kullanmayı öğrenebilirler. Kuru toz inhalerler yedi yaşından büyük çocuklarda kullanılabilir (Toraks, 1996).

2.4. HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Hastanın hastalığı ile ilgili olarak, bireysel yönetimini gerçekleştirebilecek etkili bir eğitim programı ile; yaşam stili değişikliği, kendini izleme ve çevrenin kontrolüne ilişkin bilgi ve becerileri alması sağlanabilmektedir. Hastaların hastalıkları ile ilgili olarak eğitilmeleri, hastalığa uyum sağlamada ve tedavinin başarıya ulaşmasında büyük önem taşımaktadır (N.H.L.B.I. and W.H.O., 1995; Allen et al., 1995; Juniper et al., 1993; Kolbe et al., 1996).

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 bizzat sorumluluk almaları gerektiğini ifade etmektedir (GINA, 2002).

Hastaya astımını tetikleyen risk faktörlerinin tespitinde hemşire hastayı bilgilendirmeli ve bunlardan kendisini nasıl koruması gerektiğini hastaya öğretmelidir. Koruyucu ve belirti giderici ilaç ayrımını, hangileri olduğunu, neden koruyucu ilaçları sürekli kullanması gerektiğini, ne zaman belirti giderici ilaca başvuracağı hastaya öğretilmelidir. Ayrıca ilaçların şekillerine göre nasıl doğru uygulayacağı...vb gibi konuların hastaya öğretilmesinde hemşirelere çok önemli sorumluluklar düşmektedir (Birol ve ark., 1998). Hastaya adım adım inhalasyon tekniği beceri eğitimi verilmeli, unutup unutmadığı her görüşmede yeniden kontrol edilmelidir (Toraks, 1996).

Pefmetre kullanımı sadece ağır astımı ve atakları olan hastalara tavsiye edilir. Hasta zirveakım hızı (PEF) verilerine bakarak durumundaki kötüleşmenin ayrımına varabilmelidir. Hastanın bu becerileri kazanmasını sağlamak yine hemşirenin sorumlulukları içinde yer alır (Birol ve ark., 1997; Toraks, 1996).

Kronik hastalığın bireye getirdiği tedavi ve bakım maliyetlerinin, hastanede kalış sürelerinin azaltılabilmesi ve kaliteli bir yaşam sürdürebilmeleri için; hemşireler kronik hastalığı olan bireylere ve ailelerine psikososyal yönden uyum sağlamalarına

yardım etmek, kendi bakımları öğretmek ve evde bakımını sağlamak, riskli davranışları değiştirmelerine yönelik girişimlerde bulunarak hastalık yönetimini kendilerinin yapabilmeleri sağlanmalı ve ayrıca sağlık sistemi içinde yer alan kaynakları tanıtmak, kullanmaları için yönlendirmek/desteklemek gerekmektedir (Çavuşoğlu, 1996; Finberg, 1998; Pillitieri, 1999; Thoonen, 2000; Wagner, 2000).

2.5. ASTIMIN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

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 yada kronik olmasına, prognozuna ve hastanede kalış süresine bağlı olarak azalmaktadır (Clark, 1998). Astım hastalığı da, gündelik yaşamda önemli olumsuz etkilere sahip, kronik ve genelde yaşam boyu tedavi gerektiren bir hastalıktır. En fazla çocuk yaşlarda tanı konulur. Çocuklar için en fazla okul devamsızlığı (bütün devamsızlıkların üçte biri) ve en sık hastaneye yatış nedeni olan hastalıktır (Cost of Asthma, 2004; Godard, 1998). Hastalığın semptomları ve komplikasyonları nedeni ile bireylerin okul ve iş devamsızlıkları olmakta, arzu ettikleri meslek alanlarında çalışmamakta, sportif faaliyetlerde kısıtlamalara gitmektedir. Astım hastalarının yaşam kaliteleri düzeylerinin etkilenmesinde temel etkenlerden birisi hastalığın önlenmesi ve geriye döndürülmesi için; yaşam stilinde değişimlerin yapılması gerekliliği, çevrenin kontrolü, düzenli ve sürekli ilaç kullanımı ve takiplerin yapılması gerekliliğidir. Bunun dışında okul veya iş günü kaybı, uykunun ve fizik hareketin etkilenmesi, hastaneye yatış ve/veya acil başvurular, hastalığın ve tedavinin hasta ve ailesine ekonomik ve sosyal etkileri tedavinin uzun sürmesi, tedavi maliyeti, ilaç yan etkileri hastalıktan dolayı kendini sürekli kötü hissetme depresyonu, hastalıklı görünmek istememe tutumu, tedavi sonuçlarının geç alınması veya sürekli ilaç kullanma gereği, kişinin veya ailenin hastalığın ciddiyetini kavrayamaması, alınan sonuçların hasta ve/veya hasta yakınlarını tatmin etmemesi..vb. gibi bileşenlerin astım hastalarının yaşam kaliteleri üzerinde etkileri vardır. Bütün bu

etmenler hastalığın tanısından başlar ve hastanın iyileşmesine veya ölümüne kadar devam eder (Clark, 1998; Krahn, 1996).

Gelişmişlik düzeyi yüksek ve ekonomik açıdan iyi ülkelerde bile, bireye yararlı olabilecek tüm tıbbi hizmetler, kaynakların sınırlı oluşu ve sonsuz istekleri karşılayamaması nedeniyle ihtiyaç duyan herkese yeterince sunulmamaktadır. Sağlığa ayrılan kaynakların (insan gücü, sermaye, hammadde) kısıtlı olması nedeni ile de hastaların yaşam kaliteleri dolaylı olarak olumsuz etkilenmektedir (Çilingiroğlu, 1997).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, 17 – 65 yaş grubu astımlı hastalara yapılan astım eğitimin, hastalığın yönetimine ve hastaların yaşam kalitesine etkilerini belirlemek amacı ile deneysel (müdahale çalışması) olarak planlanmış bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Kocaeli’ndeki bir hastanenin Astım Polikliniğine kayıtlı hastalar ile poliklinik ortamında yapılmıştır.

Polikliniğin çalışma şekli;

Astım tanısı konulan hastalara polikliniğe ait dosya çıkartılır ve hasta ve hastalığına ait tüm veriler kaydedilir. Sonra hastaların klinik tablolarına göre kontrol randevuları verilerek her kontrolü için ayrı kontrol formu doldurulur. Hastaların katılabileceği yılda bir yada iki kez genel hasta eğitimi düzenlenir. Poliklinikteki tüm bu işler solunum fonksiyon testini yapan bir teknisyen ve poliklinikte hasta takip ve kontrollerini yürüten bir hekim tarafından yürütülmektedir. Poliklinikte hemşire bulunmamaktadır. Araştırma, 30 / 08 / 2005 – 29 / 11 / 2005 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, bir hastanenin Yetişkin Astım Polikliniğinde kayıtlı olan 226 hasta oluşturmaktadır.

Örneklemi ise; İl merkezinde ve merkeze yakın ilçelerde en az bir yıl süre ile ikamet eden, astım tanısı konulmasının üzerinden en az bir yıl geçmiş olan, çalışmaya gönüllü olarak katılmak isteyen, öğrenim durumu en az ilkokul olan ve 17-65 yaş arası olan 107 hasta örnekleme oluşturmuştur. Ancak bu hastalardan, 33’ü çalışmaya katılmayı kabul edip randevuya gelmediği, 14’ü izleyen görüşmelere gelmediği, 5’i arada çalışmadan çıkmak istediği, 7’si poliklinik ortamının yoğun olduğu anlarda birebir ve/veya 3-5 kişilik gruplar halinde görüşme ortamı bulamadığı ve 2’si de ilk beş soruda belirlenmesi istenilen ve sonraki görüşmede dikkate alınacak olan farklı beş faaliyetin yanlış anlaşılması veya en az üç

faaliyetten daha az faaliyet belirleyebildiği için 23 girişim ve 23 kontrol grubu olmak üzere 46 hasta (n= 46) ile araştırma tamamlanmıştır.

Çizelge 3.1 Hastaları Tanıtıcı Özellikler

Tanıtıcı Özellikler	Kontrol Grubu		Girişim Grubu	
	n	%	n	%
YAŞ				
18-29	4	9.2	4	9.2
30-50	14	79.3	12	74.7
51-70	5	11.5	7	16.1
CİNSİYET				
Kadın	16	69.6	17	73.9
Erkek	7	30.4	6	26.1
ÖĞRENİM DURUMU				
İlkokul	8	34.8	9	39.1
Ortaokul	6	26.1	2	8.7
Lise	5	21.7	5	21.7
Yüksekokul	4	17.4	7	30.4
*MESLEK				
Memur	3	13.0	4	17.4
Öğrenci	1	4.3	2	8.7
Ev Hanımı	13	56.5	11	47.8
Emekli	4	17.4	5	21.7
Serbest Meslek	2	8.7	1	4.3
**MEDENİ HAL				
Evli	19	82.6	18	78.3
Bekar	3	13	4	17.4
Dul	1	4.3	1	4.3
SOSYAL GÜVENCE				
Emekli Sandığı	18	78.3	21	91.3
SSK	5	21.7	2	8.6
BAŞKA KR. HASTALIK				
Var	5	21.7	7	30.4
Yok	18	78.3	16	69.6
Toplam	23	100	23	100

* Çalışan ve Çalışmayan olarak iki gruba toplandı.

** Evli ve Diğer olarak iki gruba toplandı.

3.4. Araştırmada Kullanılan Araçlar

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür bilgisi ile geliştirilen *Hasta Tanıtım Formu* (Ek 1)ve *Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (Asthma Quality of Life Questionnaire –AQLQ)* (Ek 2) kullanıldı.

Hasta Tanıtım Formu (Ek 1)

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek için araştırmacı tarafından geliştirilen form 9 sorudan oluşmaktadır.

Astım Yaşam Kalitesi Ölçeği (Asthma Quality of Life Questionnaire – AQLQ) (Ek 2)

Astım hastalığına özel olarak yaşam kalitesini ölçmek üzere, Juniper ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu form, hastalığın hem fiziksel hem de emosyonel boyutlarını ele almaktadır. Form hastaların kendi kendine uygulayabildiği 32 sorudan oluşmaktadır. Soruların yanıtlanması 10-15 dakika sürmektedir. Ölçek, dört kategoriden oluşmaktadır. Bu kategoriler ve alan kodları (Juniper and et all., 1993):

- Belirtiler (6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 29, 30)
- Faaliyet Kısıtlaması (1, 2, 3, 4, 5, 11, 19, 25, 28, 31, 32)
- Duygusal İşlev (7, 13, 15, 21, 27)
- Çevresel Uyarılar (9, 17, 23, 26)

Her bir soru 1 - 7 puanlık likert skalası kullanılarak değerlendirilmiş olup, 1 en düşük 7 ise en büyük dereceyi ifade etmektedir. Soruların puan ağırlıkları eşittir. Genel yaşam kalitesi tüm soruların, alt kategorileri ise ilgili alan puanı toplanıp ortalamaları alınarak hesaplanır. Puan yükseldikçe yaşam kalitesinde iyileşmenin olduğunu ifade etmektedir (Juniper et al.,1996). Ölçeğin kullanılabilmesi için izin alınmış olup, izin belgesi ekler bölümündedir (EK 5).

3.5. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirliği

Asthma Quality of Life Questionnaire 70 dile çevirisi yapılmış olup, Türkçe'ye ilk çevirisi; Caner Fidaner, Sultan Eser, Erhan Eser ve Hüray Fidaner tarafından yapılmış olup dil geçerliği ile ilgili tüm sorumluluk ve telif haklarını Fransa'da bulunan MAPI isimli kuruluş üstlenmiştir. (<http://www.mapi-research.fr/>). Araştırmamız için de Türkçe'ye çevrilmiş şekli gönderilip dili ile ilgili olarak hiçbir değişikliğe izin verilmemiştir. Ülkemizde ölçek ile ilgili olarak 2003 yılında Şahin tarafından 387 astımlı hasta ile yapılan geçerlik ve güvenirlilik çalışmasında; uyum geçerliği için Short Form Health Survey'in (SF-36) fiziksel fonksiyonellik boyutu arasındaki ilişki incelenmiş ve anlamlı düzeyde ilişki olduğu ($r=0.65$; $p<0,001$) belirlenmiş. AQLQ'nin yapı geçerliği için ise yaşam kalitesi skoru ile hastalık şiddeti skorları arasındaki ilişkiler analiz edilmiş. Sonuçta hastaların algıladıkları astım şiddetinin ($r=0,77$; $p<0,001$) genel AQLQ skorlarıyla ilişkili olduğu, ayrıca AQLQ'nin solunum fonksiyon düzeyleri daha iyi olan hastalar ($FEV_1 \geq 75$) ile düşük olan hastaları ($FEV_1 < 75$) ayırt edici özelliğinin bulunduğu görüldü ($t=6,857$; $p=0,001$). Ölçeğin güvenirlilik katsayısı ise 0,96'dır (Şahin ve ark., 2002).

Juniper ve arkadaşlarının 39 semptomatik astımlı hastada yaptığı bir çalışmada; astımı yeterli düzeyde denetlenemeyen hastalara içe çekilen bir steroid olan budesonide verilmiş, 0, 4 ve 8. haftalarda her ziyarette AQLQ sonuçlarıyla spirometri, klinik astım ölçeği, ilaç gereksinimi, metakoline duyarlılık, hastalık etkisi formu ve Rand ölçeği kayda geçirilmiş. Ayrıca hastalara tuttıkları günlüklere her gün yüksek akış oranlarını ve kullandıkları ilaçları kaydetmişler. AQLQ'nin tedaviye yanıt veren ya da astım koşullarında doğal dalgalanmalar görülen hastalardaki değişikliği saptayabildiği ($p=0,001$) ve bu hastaların durumlarında değişiklik görülmeyen hastalardan ayırtlayabildiği ($p=0,001$) görülmüş. Her ara vermede yapılan toplam değerlendirmeye hastanın “aynı durumda kaldığını” yada “değiştiğini” belirlemede başvuru klinik yöntemlerle karşılaştırıldığında sonuçlar birbirine çok benzer görülmüş ($kappa=0,85$). Ölçeğin güvenirlilik katsayısı da 0,92 bulunmuş (Juniper et al., 1993).

**Çizelge 3.2. AQLQ'nin Yaşam Kalitesi ve Alt Kategorileri (Alan)
Minimum- Maksimum Madde-Toplam Korelasyonları ve Alfa Katsayıları**

Yaşam Kalitesi ve Alt Kategorileri (Alan)	Min. ve Max. Madde-Toplam Korelasyon Değerleri	Alfa
Belirtiler	0.36 - 0.73	0.92
Faaliyet Kısıtlaması	0.47 - 0.66	0.93
Duygusal İşlev	0.22 - 0.66	0.93
Çevresel Uyarıcı	0.45 - 0.67	0.93
Genel Yaşam Kalitesi	0.22 - 0.73	0.93

Kullandığımız ölçeğin iç tutarlılığı yapılan bu çalışmada alfa=0,93 bulundu. Çıkan bu sonuç ölçeği geliştiren Juniper ve arkadaşlarının yaptığı güvenilirlik çalışmasıyla ve ülkemizde Şahin tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında bulunduğu sonuçlarla uyumluluk göstermektedir.

3.6. Verilerin Toplanması

Poliklinik kayıtlarından örneklem kriterlerine uygun olan hastalar belirlendikten sonra telefon görüşmesi aracılığıyla, araştırmanın konusu, ne kadar süreceği ve içeriği hakkında bilgi verilmiştir, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara ilk görüşme için randevu verildi.

İlk görüşme için gelen hastalara çalışma ile ilgili tekrar kısa bir bilgi verildikten sonra, poliklinikte bu amaç için özel olarak ayrılmış olan bir odada kontrol grubu hastalarına soru kağıdı ve ölçeği doldurmaları istendi. Girişim grubundaki hastalara ise Türkiye Toraks Derneği Astım Çalışma Grubu tarafından (Torak Derneği Astım Çalışma Grubu, 2004) hazırlanan “ Astımla Aktif Yaşam ” konulu eğitim programı temel alınarak eğitim verildi ve eğitim sonrası hasta tanıtım formu ve ölçeği yanıtlamaları istendi. Her iki grupta bulunan hastalara, ölçeği yanıtladıktan sonra ikinci görüşme için 4 hafta sonraya randevuları verildi.

Girişim grubuna interaktif eğitim tekniği (bilgisayar ve projeksiyon cihazı) kullanılarak slayt gösteri gerçekleştirildi. Eğitim 3-5 kişi arasında değişen gruplar halinde ve/veya birebir sürdürüldü. Verilen eğitimin içeriğinde astım tanımı ve prevalansı, belirtileri, hastalığa yol açan nedenler; tetikleyiciler ve bunlardan korunma önerileri, risk faktörleri, astımın tedavisi; kullanılan ilaçlar, yan etkileri, inhaler ilaçlar ve kullanım teknikleri, bölge sistemi ve astımla yaşam konuları yer almaktadır (Ek 3). Eğitimin süresi ortalama olarak 80-120 dakikadır.

Hastalar ikinci görüşme randevularına gelmeden önce anketi geliştiren Juniper tarafından hazırlanan ölçeği uygulama yönergeleri dikkate alınarak araştırmaya katılanların ilk görüşmede belirledikleri beş faaliyet araştırmacı tarafından ikinci görüşme öncesi boş formlara eklendi. 4 hafta sonunda gelen hastalara formu tekrar doldurmaları istendi. Ayrıca ilk beş sorudaki boş alanlara bir önceki görüşmede kişinin belirlediği faaliyetlerin eklendiği değerlendirmesini bunlar üzerinde yapması gerektiği hatırlatıldı.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi:

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında istatistik programı kullanılarak, literatür bilgisi (Akgül, 2005; Aksayan, 2002; Aksayan, 1999; Dawson and Trapp, 2005) ve bioistatistik uzmanından destek alınarak yapılmıştır.

Tanımlayıcı özelliklerin (bağımsız değişkenler) istatistiksel analizinde veriler normal dağılım özelliği göstermediği ve $n < 30$ olduğu için ($p < 0.05$) Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile değerlendirme yapılmıştır (Dawson and Trapp, 2005).

Genel yaşam kalitesi ve bunun alt gruplarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırmalarında, $n < 30$ olmasına rağmen veriler normal dağılım özelliği gösterdiği için ($p > 0.05$) Bağımlı Gruplarda t testi (Paired Sample t test) , girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi ve eğitim sonrası karşılaştırmalarına veriler normal dağılım özelliği gösterdiği için ($p > 0.05$) Bağımsız Gruplarda t testi (Independent t test) kullanılarak değerlendirmeler yapıldı.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın evrenini il merkezinde yer alan bir hastanenin astım polikliniğine kayıtlı 17 – 65 yaş arası hastalar oluşturmaktadır. Örneklem sayısı 46 kişi ile sınırlandırılmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya katılan her hastaya; Kocaeli Üniversitesi Araştırma Etik Kurulu tarafından öngörülen yazılı form aracılığı ile araştırmanın adı, amacı, yapılacak işlemler, gizlilik, faydalar, gönüllü katılım ve seçenekler, masraflar ve soru ve problemleri için başvurulacak kişiler ile ilgili olarak yazılı belge verildi ve imzalı onayları alınmıştır (EK- 4).

4. BULGULAR:

Çizelge 4.1. Tanımlayıcı Özelliklerin Genel Yaşam Kalitesi Puanları

Tanımlayıcı Özellikler	Genel Yaşam Kalitesi Puanları		İstatistiksel Değerlendirme
	n	Sıra Ort.	
***YAŞ			
1 (18-29)	8	21.50	* $X^2_{KW}=8.84$ p= 0.01
2 (30-50)	26	19.58	
3 (51-70)	12	33.33	
CİNSİYET			
Erkek	13	23.14	** MWU = 202.50 p= 0.77
Kadın	23	24.42	
ÖĞRENİM DURUMU			
İlkokul	17	18.94	* $X^2_{KW} = 3.37$ p = 0.33
Ortaokul	8	27.13	
Lise	10	27.20	
Yüksekokul	11	24.55	
MESLEK			
Çalışan	10	14.90	** MWU = 142.00 p = 0.07
Çalışmayan	36	25.89	
MEDENİ HAL			
Evli	37	23.82	** MWU = 154.50 p = 0.74
Diğer	9	22.17	
KRONİK HASTALIK			
Var	12	23.75	** MWU = 201.00 p = 0.94
Yok	34	23.41	
TOPLAM	46		

* Kruskal Wallis Test

** Mann Whitney U Test

*** Ericson'un psikososyal gelişim kuramına göre gruplandırıldı (Cüceloğlu,1997)

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaş dağılımına bakıldığında 18-29 yaşlar arasında 8 kişi, 30-50 yaşlar arasında 26 kişi, 51-70 yaşlar arasında 12 kişi olduğu görülmektedir. Hastaların yaşları ve yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p=0.01). Bu farkın nereden kaynaklandığını tespit etmek için

Bonferoni düzeltilmeli Mann Whitney U testi yapılmıştır. Bu teste göre 1. – 2. grup (MWU= 97.00, p= 0.79), 1. – 3. grup (MWU= 25.00, p= 0.08) ve 2. – 3. grup (MWU= 61.00, p= 0.002) olarak analiz edildi ve anlamlı farklılığın 2. ve 3. gruplar arasında olduğu görüldü (p<0,017).

Cinsiyete göre yaşam kalitesi puanlarını karşılaştırıldığında, cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p >0.05).

Öğrenim durumlarına göre yaşam kalitesi puanlarını karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi (p>0.05).

Araştırma kapsamına alınan hastaların mesleki dağılımları incelendiğinde, 24'ünün ev hanımı, 9'unun emekli, 7'sinin memur, 3'ünün serbest meslek ve 3'ünün öğrenci olduğu görülmüştür. Ev hanımı dışında kalan diğer meslek gruplarında örneklem sayısı düşük olduğu ve istatistiksel açıdan anlam ifade etmeyeceği için meslek sorgulaması çalışan ve çalışmayan olarak iki grupta toplanmıştır. Bu iki grup arasında istatistiksel olarak karşılaştırıldığında anlamlı bir fark görülmemektedir (p>0.05).

Araştırmaya katılanların medeni durumu incelendiğinde, 37'sinin evli, 7'sinin bekar ve 2'sinin dul olduğu görüldü. Alınan bu sonuçlara göre yine uzman görüşü alınarak medeni hal sorgulamasını evli ve diğer olarak iki grupta toplanmıştır. Bu iki grup arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (p >0.05).

Araştırmaya katılan hastaların tamamı çekirdek aile yapısındadır ve sosyal güvenceye sahiptir.

Araştırmaya katılan hastaların başka bir kronik hastalığın varlığı incelendiğinde, 6'sında Diabet, 4'ünde hipertansiyon, 2'sinde Hipertansiyon ve Diabet , 1'inde ise kronik sinüzit olduğu, diğer 34'ünde ise hiçbir kronik hastalığın bulunmadığı görüldü. Değişkenlerin sayısının az olmasından dolayı uzman görüşü alınarak başka kronik hastalık bölümü var (n=13) ve yok (n=34) olarak iki grupta toplandı. Bu iki grup arasında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi (p>0.05).

Çizelge 4.2. Girişim ve Kontrol Grupları Genel Yaşam Kalitesi Puanlarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dağılımları

GRUPLAR	n	Genel Yaşam Kalitesi Puanları				FARK	*İstatistiksel Değerlendirme
		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası			
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
Girişim	23	4.55	1.14	4.85	1.00	0.30	t = - 7.51 p = 0.001
Kontrol	23	4.28	1.12	3.34	1.07	-0.94	t = - 2.68 p = 0.01
**İstatistiksel Değerlendirme		t = 0.809 p = 0.42		t = 2.681 p = 0.01			

* Eğitim öncesi ve sonrası dağılımı

** Girişim – Kontrol grubu dağılımı

Girişim grubu yaşam kalitesi puanlarının eğitim sonunda pozitif yönde anlamlı fark olduğu ($p=0.001$), kontrol grubunda ise negatif yönde anlamlı fark olduğu görüldü ($p=0.01$).

İki grup arasında yaşam kalitesi puanları eğitim öncesi karşılaştığında anlamlı bir farklılık görülmezken ($p=0.42$), eğitim sonrasında girişim grubu yaşam kalitesi puanlarının kontrol grubuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.01$).

Çizelge 4.3. Girişim ve Kontrol Grupları Yaşam Kalitesi Ölçeği Belirtiler Alt Grup Puanlarının Eğitimin Öncesi ve Eğitim Sonrası Dağılımları

GRUPLAR	n	Belirtiler Alt Grubu Puanları				FARK	*İstatistiksel Değerlendirme
		Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası			
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
Girişim	23	4.95	1.27	5.18	1.08	0.23	t = - 4.02 p = 0.001
Kontrol	23	4.84	1.24	4.76	1.15	-0.18	t = 0.74 p = 0.46
**İstatistiksel Değerlendirme		t = 0.308 p = 0.75		t = 2.267 p = 0.02			

* Eğitim öncesi ve sonrası dağılımı

** Girişim – Kontrol grubu dağılımı

Girişim grubu belirtiler alt grup puanlarında eğitim sonundaki farkın anlamlı olduğu ($p=0.001$), kontrol grubunda ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p=0.46$).

İki grup arasında belirtiler alt grup puanlarını eğitim öncesi karşılaştırdığında anlamlı bir farklılık görülmezken ($p=0.75$), eğitim sonrasında girişim grubu belirtiler alt grup puanlarının kontrol grubuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.02$).

Çizelge 4.4. Girişim ve Kontrol Grupları Yaşam Kalitesi Ölçeği Faaliyet Kısıtlaması Alt Grup Puanlarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dağılımları

Faaliyet Kısıtlaması Alt Grubu Puanları							
GRUPLAR	n	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		FARK	*İstatistiksel Değerlendirme
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
Girişim	23	4.18	1.12	4.66	0.94	0.48	t = - 6.92 p = 0.001
Kontrol	23	4.00	1.22	3.90	1.09	-0.10	t = 0.81 p = 0.42
**İstatistiksel Değerlendirme		t = 0.525 p = 0.60		t = 2.540 p = 0.01			

* Eğitim öncesi ve sonrası dağılımı

** Girişim – Kontrol grubu dağılımı

Girişim grubu faaliyet kısıtlaması alt grup puanlarında eğitim sonrasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.001$), kontrol grubunda ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p=0.42$).

İki grup arasında faaliyet kısıtlaması alt grup puanlarını eğitim öncesi karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken ($p=0.60$), eğitim sonrasında girişim grubu faaliyet kısıtlaması alt grup puanlarının kontrol grubuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.01$).

Çizelge 4.5. Girişim ve Kontrol Grupları Yaşam Kalitesi Ölçeği Duygusal İşlev Alt Grup Puanlarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dağılımları

GRUPLAR	Duygusal İşlev Alt Grubu Puanları						FARK	*İstatistiksel Değerlendirme
	n	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası				
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
Girişim	23	4.86	1.30	5.17	1.19	0.31	t = - 4.28 p = 0.001	
Kontrol	23	4.86	1.25	4.88	1.39	0.02	t = -0.64 p = 0.52	
**İstatistiksel Değerlendirme		t = 0.000 p = 1.00		t = 0.815 p = 0.41				

* Eğitim öncesi ve sonrası dağılımı

** Girişim – Kontrol grubu dağılımı

Girişim grubu duygusal işlev alt grup puanlarında eğitim sonundaki farkın anlamlı olduğu ($p=0.001$), kontrol grubunda ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p=0.52$).

İki grup arasında duygusal işlev alt grup puanlarını eğitim öncesi($p=1.00$) ve eğitim sonrası ($p=0.41$) karşılaştırdığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Çizelge 4.6. Girişim ve Kontrol Grupları Yaşam Kalitesi Ölçeği Çevresel Uyarın Alt Grup Puanlarının Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Dağılımları

Çevresel Uyarın Alt Grubu Puanları							
GRUPLAR	n	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		FARK	*İstatistiksel Değerlendirme
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
Girişim	23	4.23	1.62	4.43	1.55	0.20	t = - 3.11 p = 0.001
Kontrol	23	3.67	1.86	3.69	1.75	0.03	t = -0.38 p = 0.70
**İstatistiksel Değerlendirme		t = 1.097 p = 0.27		t = 2.507 p = 0.01			

* Eğitim öncesi ve sonrası dağılımı

** Girişim – Kontrol grubu dağılımı

Girişim grubu çevresel uyarın alt grup puanlarında eğitim sonundaki farkın anlamlı olduğu ($p=0.001$), kontrol grubunda ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p=0.70$).

İki grup arasında çevresel uyarın alt grup puanlarını eğitim öncesi karşılaştırdığında anlamlı bir farklılık görülmezken ($p=0.27$), eğitim sonrasında girişim grubu çevresel uyarın alt grup puanlarının kontrol grubuna göre farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.01$).

5. TARTIŞMA

Astım gibi kronik hastalıklarda tedavi süreci uzun bir süre aldığı gibi genelde ömür boyu devam etmesi gerekmektedir. Günümüzde hastalığı tamamen ortadan kaldıran bir tedavi şekli bulunmadığı için, bütün kronik hastalıklarda olduğu gibi astım hastalarına da; bireysel yönetim becerisi geliştirme, hastalığın tedavisinde başarıya ulaşma ve hastalığa uyumu sağlamada profesyonel bir ekip çalışmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu profesyonel ekip içinde özellikle bireysel yönetim becerisinin geliştirilmesi, hastalığa uyumu artırma, yaşam stili değişikliğinin sağlanması, kendini izleme ve çevrenin kontrolüne ilişkin bilgi ve becerilerin sağlanmasında hemşirenin rolü çok önemlidir(Clark and Star, 1994; Souza et al., 1996; Gibson et al., 1999; Durna ve Özcan, 1999).

5.1. Tanımlayıcı Özelliklere Göre Yaşam Kalitesi Bulgularının Tartışılması

Bu araştırmada hastaların yaş grupları arasında orta yetişkin grup ile geç yetişkin grup arasında anlamlı farklılık görüldü. Bu farkın da geç yetişkinlik grubundaki hastalardan kaynaklanmaktadır. Bunun nedenleri olarak, geç yetişkinlik döneminde bulunanlarda hızlanan yaşlılık işaretlerine, varolan kronik hastalıklara uyum sağlama davranışlarının görülmesi (Cüceloğlu, 1997; Stanhape and Lancaster, 1996) ve astım hastalığı ile ilgili öğrenmenin hastalığın tanısı konmasından sonra başlaması (Horner, 1998), gibi nedenler sayılabilir. Bununla birlikte orta yetişkin grupta yaşam kalitesi bulgularının düşük görülmesi yine iş, sosyal yaşam ve vatandaşlıkla ilgili aktivite ve organizasyonlarda sorumlulukların arttığı bir dönem olmasından kaynaklandığı da söylenebilir (Cüceloğlu, 1997; Stanhape, 1996). Durna ve Özcan'ın yaptığı çalışmada yaş arttıkça astımı ağırlaştırıcı risk faktörlerinin azaldığı ($r=-0.43$, $p=0.006$) buna bağlı olarak yaşam kalitesi puanları arasında anlamlı ilişki olduğunu belirlemişlerdir (Durna ve Özcan,1999). Marijia ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise yaş ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki ($p=0.045$) bulunmamıştır (Marijia et al., 2004).

Araştırmadan elde edilen bulgularda yaşam kalitesi ile cinsiyetler arası anlamlı farklılık görülmedi. Yapılan farklı araştırmalarda Durna ve Özcan ($p=0.006$),

Clark ($p=0.04$)bu araştırmadan elde edilen bulguların aksine cinsiyetler arası farklılıklar görölmüş (Durna ve Özcan, 1999; Clark, 1998). Marijia ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da cinsiyetler arası fark ($p=0.023$) bulunmamıştır (Marijia et all., 2004).

Araştırmadan elde edilen bulgularla, öğrenim durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Durna ve Özcan'ın yaptığı bir çalışmada öğrenim durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemiş ($\chi^2_{KW}= 3.36$, $p=0.76$), benzer yapıda yapılan diğer araştırmalar Clark ($p=0.078$), Kalyoncu ($p= 0.12$) bu araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir (Durna ve Özcan, 1999; Clark, 1998; Kalyoncu, 1999).

Araştırmadan elde edilen bulgularda, meslek ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ancak, araştırma kapsamına giren astıma neden olduğu tespit edilen mesleğe sahip hastalar bulunmaktadır. Araştırmaya katılanlar arasında yer alan halı dokumacılık, boya ve kaporta işçileri mesleksel açıdan direk etki altındadırlar. Bununla birlikte Durna ve Özcan'ın yaptığı çalışmada meslek ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki ($\chi^2_{KW}= 3.54$, $p=0.37$) saptanmamıştır (Durna ve Özcan, 1999).

Araştırmadan elde edilen bulgularda, medeni hal ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki görülmemiştir. Durna ve Özcan'ın yaptığı çalışmada da medeni hal ve yaşam kalitesi arasında ilişki ($U=223.40$, $p= 0.79$) saptanmamıştır (Durna ve Özcan, 1999). Ancak diğer kronik hastalıklar da dahil olmak üzere hasta için sosyal destek açısından aile yapısı ve özellikle eşin önemli olduğu kanısındayız (Wagner, 2000).

Araştırmaya katılan hastaların tamamı çekirdek aile yapısındadır. Uzun süreli ve kronik hastalıklar bireyin yaşam aktivitelerini sınırlar. Tedaviye bağlı olma, sınırlanmış çalışma yaşamı ve sosyal ilişkileri, yaşanan iç çatışmalar ve devamlı gelecek korkusu psikososyal sorunların temelini oluşturur. Bunun sonucunda tedaviye uyumsuzluk ve depresyon gelişebilmektedir. Astım hastalarının da diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi yaşanan bu değişimlerle baş etmesinde aile varlığı

ve desteği önemlidir. Literatürde kronik hastalıklar ile baş etmede aile desteğinin önemini belirten yayınlar vardır (Tabak ve Bidar 2004; Clark and Star, 1994).

Araştırmaya katılan hastaların tamamının sosyal güvencesi vardı. Astım kronik ve tedavisi uzun hatta yaşam boyu süren, semptomların ve hastalığın kontrolü için sürekli ve düzenli ilaç kullanımı gerekliliği olan ve ilaçların büyük bir bölümünün ithal olması ve pahalı olması, sosyal güvence varlığının önemini astım açısından kaçınılmaz kılmaktadır. Durna ve Özcan'ın yaptığı çalışmada Sosyal güvence varlığına ve sigorta tipine göre yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğunu ($\chi^2KW=8.84$, $p= 0.01$) saptamışlardır (Durna ve Özcan, 1999).

Araştırmadan elde edilen bulgularda başka bir kronik hastalık varlığı ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmadı. Bunda örneklemin sayısının düşük olmasının etkili olduğunu düşünölmektedir. Kronik hastalıklarda başka bir kronik hastalık varlığı yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisi kaçınılmazdır (Wagner, 2000).

5.2. Yaşam Kalitesi ve Alt Grup Bulgularının Tartışılması

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, astım hastalarına yapılan astım eğitimi sonucu; yaşam kalitesi düzeyleri ile eğitim sonrası ölçümlerinde anlamlı iyileşmeler görölmüşdür ($p= 0.001$). Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, eğitim sonrası dönemde gruplar arası anlamlı farklılıklar olduğu ve kontrol grubunda 2. ölçümde gözlenen puan düşüklüğü; tetikleyicilere maruz kalma, çevresel uyaranların varlığı ve kontrolünün sağlanamaması, ilaçların doğru ve zamanında kullanılmaması..vb bir çok nedenlerin etkisi ile hastalık yönetiminde başarılı olamadıklarını düşöndürmekte ve astım hastaları için eğitiminin önemini göstermektedir. Araştırmadan alınan bulgular öngörölen hipotezi desteklemektedir. Astım hastalarına uygulanan astım eğitiminin, yaşam kaliteleri üzerine etkilerine bakıldığđ diğer bir çok çalışmalarda da vurgulandığı gibi; ve eğitim verilen astım hasta grubunda yaşam kalitelerinin iyileştiği Tabak ve Bidar ($t=2.62$, $p=0.01$), hastalığın yaşam üzerine olumsuz etkilerinin azaldığđı Durna ve Özcan ($r=0.61$, $p=0.006$) ve tedaviden yararlanım düzeyinin arttığı Ludwing ($t=2.54$, $p=0.02$) görölmüşdür (Durna ve Özcan,1999; Tabak ve Bidar, 2004; Ludwing et all., 1999).

Marijia ve arkadaşları çalışmalarında verilen astım eğitiminden sonra girişim grubunun kontrol grubuna göre yaşam kalitesi arasında ($p=0.001$) ve astım skorları arasındaki farkı (0.0045) istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlar (Marijia and et all., 2004).

Yaşam kalitesi alt grupları (alan) ile ilgili elde ettiğimiz bulgulara bakıldığında belirtiler ($p=0.001$), faaliyet kısıtlaması ($p=0.001$), duygusal işlev ($p=0.001$) ve çevresel uyaran ($p=0.001$) bölümlerinin tümünde yapılan astım eğitimi sonrası anlamlı iyileşmeler görülmüştür. Yine bu bulguları girişim ve kontrol grubu ile karşılaştırdığında eğitim sonrası dönemde duygusal işlev bölümü hariç diğer hepsinde girişim grubu lehine anlamlı iyileşmeler görülmüştür. Alınan bu sonuçlar araştırma öncesi öngörülen hipotezi desteklemektedir.

Yapılan çeşitli çalışmalarda eğitim verilen hasta grubunda, yakınmasız gün sayısının diğer gruba göre yüksek olduğu Durna ve Özcan ($t=4.07$, $p=0.001$), Kotses ve arkadaşları semptomların ve hekim muayene sayısının azaldığı($r=0.60$, $p=0.005$) semptom giderici ÖDİ kullanımında belirgin azalmalar olduğu ($t=7.43$, $p=0.001$) bulgulanmıştır (Durna ve Özcan,1999; Kotses et al., 1995). Wilson ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada eğitim uygulanan grupta astım semptomlarında ve ÖDİ kullanımında azalma ve iyileşmeler olduğu ($t=4.67$, $p=0.001$) belirtilmiştir (Wilson et al., 1993).

Çocuk ve erişkinlerde yapılan bir araştırmada hastaların sadece %50' sinin koruyucu tedaviyi gerektiği şekilde kullandığını göstermiştir (Rand et al., 1992). Yetersiz koruma ve tedavi yüzünden hastaların büyük çoğunluğunda gündüz ve gece semptomları devam etmektedir (Strachan, 2000).

Kotses ve arkadaşlarının çalışmasında, eğitim sonrasında hastaların hastalığa bağlı aktivite kısıtlamaları azalmış ve aktivitelere bağlı çıkan hastalık semptomlarında 1-2 ay ve 5-6 ay uzun ve kısa süreli değerlendirmelerde azalma olduğu ($t=2.64$, $p=0.01$) belirtilmektedir (Kotses et al., 1995). Kolbe ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim sonrasında hastaların hastalığa bağlı aktivite kısıtlamalarının azaldığı, hastaların aktivite düzeylerinin arttığı ve aktivitelere bağlı

çıkaran hastalık semptomlarında azalma olduğu ($t=7.97$, $p= 0.001$) belirtilmektedir (Kolbe, 1996).

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre duygusal işlev puanlarında girişim grubunda eğitim sonrasına göre karşılaştırıldığında anlamlı bulunmasına rağmen ($p=0.001$), kontrol grubu ile karşılaştırıldığında eğitim sonrası anlamlı bir fark görülmedi ($p=0.41$). Bu konuda yetişkin hastalarda yapılmış bir literatüre rastlanmadı ancak Ekici'nin astımlı çocuklar üzerinde yaptığı bir çalışmada; çocukların eğitim öncesi dönemde fiziksel, zihinsel ve sosyal aktiviteleri gerçekleştirmediğinde, fiziksel şikayeti olduğunda ve tedaviyle ilgili görevlerini yerine getiremediğinde canının sıkılma düzeyinin arttığı ($p<0.05$) belirlenmiştir (Ekici, 2005). Tabak ve Bidar tarafından yapılan bir araştırmada uzun süren hastalıklarda mücadele gücündeki yetersizlik hastaların yaşam kalitelerinde olumsuz etkiler yarattığı ($t=2.33$, $p=0.03$), bu durumdaki hastalar için psiko-sosyal ve eğitsel destek ortamları oluşturulmasının yararlı olduğunu bildirmişler (Tabak ve Bidar, 2004).

Kronik bir hastalık olan astımı tetikleyen ve ortaya çıkmasında en önemli etkenlerden biride çevresel faktörlerdir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre ($p=0.001$) astım hastalarına çevresel faktörlerin denetimi ve yaşanan çevrenin kontrolünün sağlanması, eğitim ile kazandırılabilir. Wilson ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada eğitim uygulanan grupta çevre kontrolü ve risklerin azaltılmasında iyileşme olduğu ($t=2.62$, $p=0.01$) ifade edilmiştir (Wilson et al., 1993).

İngiltere'nin iki bölgesinde astımın nedeni ile ölümlerin incelendiği bir çalışmada ağır atak hastane başvurularının %74' ünün, ölümlerin ise %90' ının önlenebilir olduğu gösterilmiştir (BMJ, 1982). Bu rakamlar hasta eğitiminin önemini ve aciliyetini vurgulamakta ve hemşireler olarak da en çok bize görevler düşmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER:

6.1. SONUÇLAR:

1. Astımlı hastaların tedavi ve bakım sürecinde hemşire tarafından verilen eğitim sonucunda yaşam kaliteleri skorlarında ve bunun alt gruplarında anlamlı düzelmeler görüldü ($p=0.001$).
2. Yaş grupları arasında orta yetişkin grup ile geç yetişkin grupların yaşam kalite puanları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p=0.002$). Cinsiyet ($p=0.77$), öğrenim durumu ($p=0.33$), meslek ($p=0.07$), medeni hal ($p=0.74$), aile tipi, sosyal güvence ve başka kronik hastalığın varlığı ($p=0.94$) gibi diğer tanımlayıcı özellikler ile yaşam kalitesi arasında anlamlı farklılık görülmedi.

6.2. ÖNERİLER:

Araştırmayı gerçekleştirdiğimiz kurumda bulunan astım polikliniğinde hemşire bulunmamaktadır. Ulusal astım eğitim programlarının uygulandığı ülkelerde, hemşirenin ekip içinde ağırlıklı olarak sorumluluk aldığı, hasta bakımında sürekli olan rol ve işlevlerinin eğitimin etkinliğini sağlamada önemli olduğu bildirilmektedir (NHLBI/WHO, 1995; Hyland, 1998). Bu doğrultuda, astım tanısı olan hastalara yaşam kalitesini olumsuz etkileyen semptomlarla baş etmesini öğretilmesi, astım tanısı olan bireylerle birlikte ailelerinde eğitim kapsamına alınması, astımlı hastaların tedavi, bakım ve eğitim süreçlerinde hemşire bulunmayan birimlerde hemşirelere yer verilmesi ve hemşirelerin mezuniyet sonrası eğitim programlarına katılması sağlanması.

KAYNAKLAR

AKGÜL A., Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları. 2. baskı, Emek Ofset, Ankara, 2005.

AKSAYAN S., EMİROĞLU O.N.: Araştırma Tasarımı. Ed: Erefe İ., Hemşirelikte Araştırma. s.65-122, İstanbul, 2002.

AKSAYAN S., Kalitatif Araştırmalar ve Hemşirelik. VII Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı, s.12-19, Erzurum,1999.

AKTAŞ I., GÜLSEVER H. Yaşam Kalitesi – Quality of Life, Pamukkale Üniversitesi Master Tezi, 2001

ALLEN RM, JONES MP, OLDENBURG B. Randomised Trial of an Asthma Self-Management Programme for Adults. Thorax 50; 731-738, 1995.

BARIŞ İ., ŞAHİN A., ÇÖPLÜ L., EMRİ S., SELÇUK Z.T., SAVCI S.: Bronş Astması El Kitabı. Ed: Kalyoncu F., Genişletilmiş 2. Baskı, Kent Matbaacılık, Ankara, 1996.

BARLAN I.B.: Atopik Hastalıklarda Rolü Olan Allerjenler ve Diğer faktörler. Klinik Çocuk Forumu, 3(3):13-19, 2003.

BİROL L., AKDEMİR N., BEDÜK T., İç Hastalıkları Hemşireliği, Geliştirilmiş VI. Baskı, Ankara, 1997.

BLAİNEY D, LORNAS D., BEALE A., PARTİDGE M. The Cost of Acute Asthma-How Much is Preventable? Healt trends 1990;22:151-153.

BRİTİSH THORACİC ASSOCIATION. Death from Asthma in Two Regions of England. BMJ 1982;285:1251-1255

CLARK N.M., GONG M., SCHORK M.A. and et. all., Long-term Effects of Asthma Education for Physicians on Patient Satisfaction and use of Health Services. Eur. Respir. J. 2000;16:15-21

CLARK N.M., STARR-SCHNEİDKRAUT N.J., Management of Asthma by Patients and Families. Am.J.Respir.Crit.Care Med., 149; s54-s66, 1994

CLARK T.J.H. Socio-economics of asthma. Res. İmmunol. 1998; 149: 209-10.

COST of ASTHMA. EPA Cost of illness Handbook. Chapter IV.2:2-43. http://www.epa.gov//oppt/coi/docs/IV_2.pdf (access date: 01.08.2004).

COTE J., CARTİER A., ROBİCHAUD P. and et al. Influence on asthma morbidity of education programs based on self management plans following treatment optimization. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 1997;155:1509-1514

CÜCELOĞLU D., İnsan ve Davranışı, Remzi Kitabevi, 7. Basım, İstanbul, 1997.

ÇAVUŞOĞLU H.: Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Cilt 1, 3. Baskı, s 69-71, 89-91, Bizim Büro Basımevi Tesisleri, Ankara, 1996.

ÇİLİNGİROĞLU N. Sağlık ekonomisi. Bertan M, Güler Ç (editörler). Halk sağlığı temel bilgiler. Ankara:Güneş kitabevi, 1997:389-421.

DAWSON B.,TRAPP R.G., Basic & Clinical Biostatistics (Lange Basic Science), fourth edition, 2005.

DURNA Z., ÖZCAN Ş., Astmalı Hastalarda Bireysel Yönetim Eğitiminin Değerlendirilmesi, Hemşirelik Forumu, Aralık 1999; 2,6, ss 273.

EDUCATION and DELIVERY of CARE WORKING GROUP. The role of communication, education for physicians on patient satisfaction and use of health services. Eur. Respir. J:2000;16:15-21

EKİCİ B., Astım Eğitiminin, Çocuklarda Astım Yönetimine ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Marmara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, 2005.

EUROPEAN COMMUNITY RESPIRATORY HEALTH SURVEY (ECRHS) Variations in the prevalence of respiratory symptoms, self-reported asthma attacks, and use of asthma medication in the European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). Eur Respir J; 1996, 9, 687-695.

GIBSON P.G., CAUGHLAN J., ABRAMSON M. and et al. The effects of self management education and regular practitioner review in adults with asthma. (cochrane Review, Latest version 26 Feb 1998) Evidence Based Medicine, pp.15, January / February 1999.

GLOBAL INITIATIVE for ASTHMA (GINA) Pocket Guide for Asthma Management and Prevention. 1998.

GLOBAL INITIATIVE for ASTHMA, Global strategy for asthma management and prevention.NHLBI / WHO Workshop Report. Revised 2002.

GODARD P., Epidemiology of allergic diseases. Res. Immunol. 1998; 149: 177-8.

GÖKMEN G., Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalara Yapılan Eğitimin Anksiyete Düzeylerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, 1992.

HORNER D.S., Catching The Asthma, Family Care for School-aged Children with Asthma, Journal of Pediatric Nursing Care of Children&Families, 13(6): 356-366,1998.

HYLAND M.E., Asthma Management for Practice Nurses: A Psychological Perspective. ChurChill Livingstone, New York, 1998.

JUNİPER E.F., GUYATT G.H. and et al. Measure for use in Asthma Clinical Research: Overview of the NIH workshop, Am.Rev.Respir.Dis., 147; 832-838, 1993.

JUNİPER E.F., GUYATT G.H., JAESCHKE R., How to Develop and Validate a New Health-Related Quality of Life İnstrument. In Spilker B (ed) Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Lippencott-Raven Publishers, Philadelphia, 1996; 49-56.

KALYONCU A.F., KARAKOCA Y., DEMİR A.U.ve ark. Prevalence of Asthma and Allergic Diseases in Turkish University Students in Ankara. Allergol Immunopathol 1996; 24: 152-7.

KALYONCU A.F., TÜRKTAŞ H. (Editörler), BAYBEK S., GÜÇ O., KALPAKLIOĞLU A.F., Ulusal Verilerle Astma. Kent Matbaası, Ankara 1999.

KAVAKLI A., PEK H., BAHÇECİK N.: Çocuk Hastalıkları Hemşireliği. Düzeltilmiş 2. Baskı, s.58-71, Çevik Matbaacılık, İstanbul, 1998.

KOLBE J., VAMOS M and et al. Assesment of Practical Knowledge Self-Management of Acute Asthma, Chest, 109;86-90, 1996.

KOTSES H., BERNSTEIN I.L., BERNSTEIN D.I. and et al., A Self-Management Program for Adults Asthma. Part 1: Development and evaluation. J.Allergy Clin.Immunology, 95;s29-s40, 1995.

KRAHN M.D., BEKA C., LANGLOIS P., DETSKY A.S., Direct and Indirect Costs of Asthma in Canada, 1990. CMAJ 1996; 154:821-31.

LUDWING B., PATTI R.N., PhD; PETERSON, SUE R.N., B.S.; Gorman, Colleen RN, Improving Care for Adults with Asthma Across the Continuum, 1999.

LAMB HM, CULY C.R., FAULDS D. Inhaled Fluticasone Propionate. A Pharmacoeconomic Review of Its Use in The Management of Asthma. Pharmacoeconomics 2000; 18: 487-510.

MARIJA C.U., NEVEN T., DAVOR P., ROMAN U. and et all., Effect of Educational Programs on Asthma Control and Quality of Life in Adult Asthma Patients, Zagreb, 2004.

MASOLI M., FABIAN D., HOLT S., BEASLEY R., Global Burden of Asthma, Summary Report. Developed for The Global Initiative for Asthma. Southampton, 2004: 1-20. <http://207.159.65.33/wadsetup/materials.html> (Acces date: 04.07.2004).

NATIONAL HEART, LUNG AND BLOOD INSTITUTE/WHO Workshop Report Global Strategy For Asthma Management And Prevention 1995. Publication Number 95-3659.

NATIONAL INSTITUTES of HEALTH, Practical Guide for the Diagnosis and Management of Asthma. NIH Publication No.97-4053, 1997.

OĞUZULGEN İ.K., Bronşial Astımda Hasta Eğitiminin Hastalığın Prognozu ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, 2000

ÖZKAN S., Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BFEF Psikiyatri, Psikoloji, Psikoformoloji dergisi, 7/2, Haziran 1995-13

PINAR R., 1997 “Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” Sendrom Ekim 1997, 9, 10, ss : 108-111.

PILLITERI A., Child Health Nursing Care of The Child and Family. S. 14-18, 414-563, 580-584, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1999.

RAND C.S., WISE R.A., NIDES M and et al., Metered-dose Inhaler Adherence in a Clinical Trial. Am. Rev. Respir. Dis. 1992;146:1559-1564.

SCHWARTZ M.W., Pediatriye Pratik Yaklaşımlar. Çev. Ed.: SÜMBÜLOĞLU Ö., KARA B., s.130-133, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2002.

SOUZA W.D., BURGESS C., AYSON M., Trial of a "credit card" Asthma Self Management Plan in a High-risk Group of Patients with Asthma, J.Allergy Clin.Immunology, 97; 1085-1092, 1996.

STANHAPE M., LANCASTER J., Community Health Nursing, Promoting Health of Aggregates, Families and Individuals, Four Edition, by Mosby, 1996.

STRACHAN D.P., Defining unmet need, Relationship between asthma symptoms, asthma related disability and level of treatment in a nationwide interview survey. Asthma 2000;5:137-140.

ŞAHİN B., TATAR M., KARAKAYA G. , KALYONCU A., Asthma Quality of Life Questionnaire'in Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği, Göğüs Hastalıkları Sempozyumu, Mini Sempozyum 239, 25 Nisan 2003

ŞAHİN, B., "Hekimlerin Klinik Karar Verme Süreçlerinin Kaynak Kullanımı, Yaşam Kalitesi ve Hasta Tatmini Üzerine Etkisi: Astım Hastalarına İlişkin bir Araştırma", Hacettepe Üniversitesi, 2002.

TABAK R.S. ve BİDAR A., Uzun Süren Hastalıklarda Öğrenilmiş Çaresizlik, 1.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir, 8-10 Nisan 2004

THOONEN B., WEED C., Self management in asthma care. BMJ., 321 (7275): 1482-1483, 2000.

TOMAÇ N., SARAÇLAR Y., Astım Epidemiyolojisi. Klinik Çocuk Forumu, 3(4): 14-16, 2003.

TORAKS DERNEĞİ BRONŞ ASTIMI GRUBU: Bronş Astımı Tanı ve Tedavi İlkeleri, Toraks, İstanbul 1996.

TORAKS DERNEĞİ BRONŞ ASTIMI GRUBU: Astımla Aktif Yaşam, Hasta Eğitim Seti, 2004.

TÜRKTAŞ H, TÜRKTAŞ İ., Astma. Bozkır Matbaacılık Ankara 1998.

TÜRKTAŞ H., Astma Patogenezi. Bozkır Matbaacılık Ankara 1996.

WAGNER E.H., The Role of Patient Care Teams in Choronic Disease Management. BMJ., 320:569-572, 2000.

WILSON S.R., SCAMAGAS P. and et al., A Controlled Trial of Two Forms of Self-management Education for Adults with Asthma. The American Journal of medicine, 94;564-576, 1993.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacının;

Doğum Tarihi : 10/09/1978

Doğum Yeri : Balıkesir

Elektronik Posta Adresi: serhatirkil@hotmail.com

Eğitim-Öğretim : Balıkesir Namık Kemal İlkokulu 1983 - 1988
Balıkesir Karesi Ortaokulu 1988 – 1992
Balıkesir İvrindi Sağlık Mes. Lis. 1992 – 1996
Kocaeli Üniv. Kocaeli S.Y.O. Sağlık Memurluğu 1996 – 2000

2001 yılında Kocaeli Üniversitesi Kocaeli Sağlık Yüksekokulu Öğr. Gör. kadrosunda 13-b ile Tıp Fakültesi Hastanesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı'nda perfüzyonist olarak göreve başladım ve halen bu görevde devam etmekteyim.

**ASTMA QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE
(AQLQ)
HASTA TANITIM FORMU**

1. Hasta Nosu :

2. Yaşınız :

3. Cinsiyetiniz :

Erkek

Kadın

4. Öğrenim Durumunuz :

İlkokul

Lise

Ortaokul

Yüksekokul ve Üzeri

5. Mesleğiniz :

6. Medeni Haliniz:

Evli

Bekar

Dul

7. Aile Tipi:

Çekirdek Aile

Geniş Aile

Ataerkil Aile

8. Sosyal Güvence:

Em. Sand.

SSK

Bağ-Kur

Yeşil Kart

Özel Sigorta

Sosyal Güvence Yok

9. Diğer Kronik Hastalıkları:

Var

Yok

EK.3.

TORAKS DERNEĞİ ASTİM ÇALIŞMA GRUBU ASTİMHAŞTA EĞİTİM SETİ

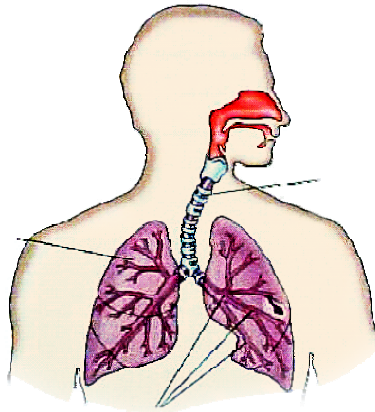
DÜNYADA ASTİM

- ✓ Dünyada tüm yaş gruplarında her iki cinste de görölen bir hastalıktır.
- ✓ 150 milyon astımlı hasta vardır.

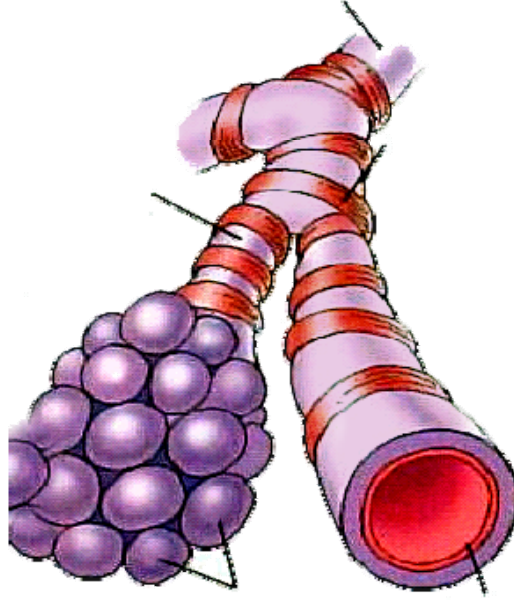
ASTİM TANIMI

- ✓ Hava yollarının uzun süreli (müzmin, kronik) iltihabıdır.
- ✓ Akciğer içi hava yollarında (bronŐlarda) düzelebilen bir daralma gözlenir.
- ✓ Hava yollarında aşırı duyarlılık vardır.

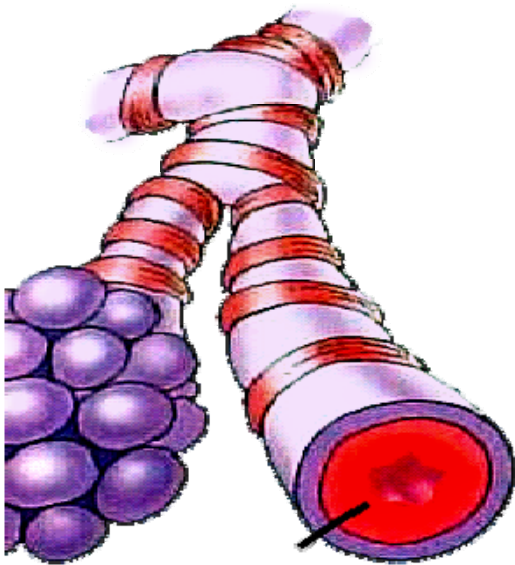
HAVA YOLLARI



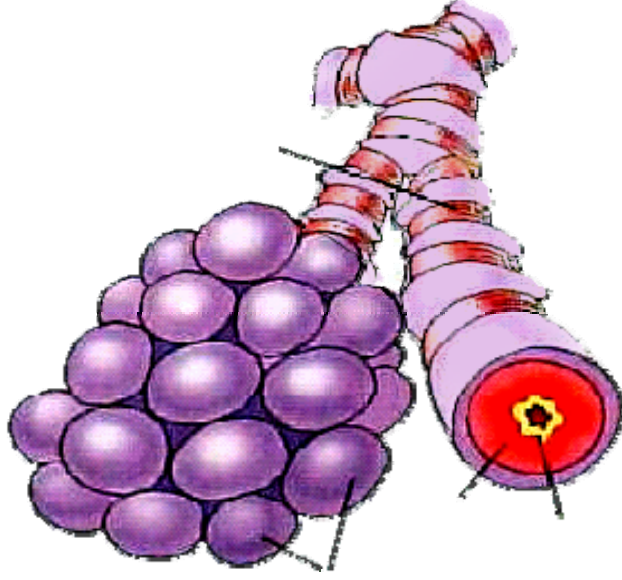
NORMAL HAVA YOLU



ASTIMLI HAVA YOLU



ASTIM KRİZİNDE HAVA YOLU



ASTIMA YOL AÇAN ETKENLER

Kalıtısal Etkenler:

- Aile öyküsü
- Atopi (allerjik bünye)

Çevresel Etkenler:

- Allerjenler
- Solunum sistemi enfeksiyonları
- Sigara
- Beslenme alışkanlığı

Tetikleyiciler:

- Allerjen,
- Solunum yolu inf.,
- Egzersiz,
- Hava kirliliği,
- Besinsel katkı mad.,
- İlaçlar

ASTIM TANISI

- ✓ Şikayet ve belirtilerin öğrenilmesi
- ✓ Muayene
- ✓ Nefes ölçümü (solunum testi)
- ✓ Diğer; röntgen, kan, allerji testi

Astım Belirtileri

- ✓ Nefes darlığı
- ✓ Öksürük
- ✓ Hışıltılı ve hırıltılı solunum
- ✓ Göğüste sıkışma ve baskı hissi

Belirtilerin Özellikleri

- ✓ Tekrarlayıcı karakterde; nöbetler halinde
- ✓ Daha çok gece ve/veya sabaha karşı
- ✓ Kendiliğinden veya ilaçlarla hafifler veya kaybolur
- ✓ Şikayetlerin olmadığı dönemler vardır, mevsimsel değişkenlik gösterebilir
- ✓ Bazı faktörlerle (allerjen, tahriş edici maddeler, egzersiz, virüs inf., stress vs.) tekrar başlar

ASTIM TANISI; Muayene

- ✓ Hastalığın ve krizin ağırlık derecesine göre değişir.



ASTIM TANISI; nefes ölçümü



ASTIM TANISI; Pefmetreler



ASTIM TANISI ; Pefmetre kullanımı-1

- ✓ Pefmetre ibresi sıfıra getirilir.
- ✓ Eller ibreyi engellemeyecek şekilde tutulur
- ✓ Derin bir nefes alınır
- ✓ Pefmetre ağıza alınıp hızla üflenir
- ✓ Aynı işlem 3 kere tekrarlanarak en yüksek değer kaydedilir

ASTIM TANISI

Pefmetre Değerlendirmesi

Sabah akşam ölçüm farklılığı %20 üzerindeyse astımı düşündürür ve hastalığın kontrol altında olmadığını gösterir

Bu hesaplamada hekiminiz aşağıdaki formülü kullanır

$$\text{Günlük PEF değişkenliği} = \frac{\text{En yüksek PEF} - \text{En düşük PEF}}{1/2 \times (\text{En yüksek PEF} + \text{En düşük PEF})} \times 100$$

ASTIM TANISI; röntgen

- ✓ Genellikle normaldir. Başka hastalıklardan ayırmak için ve atak esnasında çekilmelidir

ASTIM TANISI; allerji testleri

- ✓ Astım allerjik olabileceği gibi olmayabilir
- ✓ Hekim tarafından gerekli görülürse bu test yapılır
- ✓ Astım tanısı koyduran bir test değildir

ASTIMI TETİKLEYEN NEDENLER

- ✓ Allerjenler
- ✓ Mesleksel etkenler
- ✓ Sigara
- ✓ Ev içi ve dışı hava kirliliği
- ✓ İnfeksiyonlar
- ✓ Nezle ve sinüzit
- ✓ Gastroözofagial reflü (GÖR)
- ✓ Psikolojik faktörler
- ✓ İlaçlar
- ✓ Besinler

ASTIMI TETİKLEYEN NEDENLER

Allerjenler

- ✓ ev tozu akarları
- ✓ ev hayvanları
- ✓ hamam böcekleri
- ✓ küf mantarları
- ✓ polenler

Ev Tozu Akarlarından Korunma

- ✓ Evde ve işyerinde havalandırma arttırılmalı, rutubet önlenmelidir.
- ✓ Kumaş döşeli eşyalar yerine deri, suni deri, ahşap ve plastikten yapılmış olanlar tercih edilmelidir
- ✓ Ev işi yaparken maske kullanılabilir
- ✓ Güçlü bir elektrik süpürgesi ile haftada en az bir kere etkili bir temizlik yapılmalı ardından nemli bir bezle silimerek temizlik tamamlanmalıdır
- ✓ Mümkünse evde halı kullanılmamalıdır
- ✓ Tüylü ve içi dolu oyuncaklar alınmamalı veya ortadan kaldırılmalıdır
- ✓ Yatak takımları en az haftada bir yıkanmalıdır
- ✓ Evdeki kullanılmayan eşyalar dolaplarda saklanmalıdır

Ev Hayvanlarından Korunma

- ✓ Allerjik kişinin olduğu eve hayvan alınmamalı
- ✓ Dışarıda hayvanla teması olanlar eve bu kıyafet ile gelmemeli
- ✓ Hayvan ile temas kaçınılmaz ise maske takılmalı
- ✓ Evden uzaklaştırma mümkün değilse evde özel önlemler alınmalı

Hamam Böceğinden Korunma

- ✓ Böcek giriş yerleri yok edilmeli
- ✓ Kimyasal maddeler ile ilaçlama ardından yoğun temizlik yapılmalı
- ✓ Açıkta çöp, gereksiz eşya, yiyecek bırakılmamalı ve
- ✓ Mutfak temizliğine özen gösterilmelidir

Küf Mantarlarından Korunma

- ✓ Evde nem azaltılmalı
- ✓ Doğal havalandırma artırılmalı
- ✓ Küflü malzeme atılmalı
- ✓ Küflü yerler çamaşır suyu ile temizlenmeli
- ✓ Su sızıntısı olan yerler tamir edilmeli
- ✓ Evde akvaryum ve kuş kafesi bulundurmamalı

Polenlerden Korunma

- ✓ Kişi hassas olduğu bitkinin polen yayma döneminde olanakları ölçüsünde dışarı çıkmamalıdır
- ✓ Ev ve arabalarda polenleri tutan hava filtreleri kullanılabilir
- ✓ Polenin yoğun olduğu günlerde dış ortamda maske ve gözlük takılabilir
- ✓ Polenlerin yoğun olduğu dönemlerde kapı ve pencereler kapalı tutulmalıdır
- ✓ Evdeki pencerelerin ince örgülü telle kapatılması yarar sağlayabilir

ASTIMI TETİKLEYEN ETKENLER ve KORUNMA (Meslek)

- ✓ Ailesinde astımlı olanlar veya astımlı çocuklar meslek seçimi konusunda hekimine danışmalıdır
- ✓ Daha önceden astım olduğu bilinen kişi riskli işlerde (boyacılık, marangozluk, fırıncılık, kuaförlük vb.) çalışmamalı
- ✓ Riskli işlerde havanın temizliği sağlanmalı, havalandırma arttırılmalı, maske kullanılmalı
- ✓ Bazı durumlarda iş yerinden uzaklaşma ve işi bırakma gerekebilir

ASTIMDA RİSK FAKTÖRLERİ (Dış Ortam Hava Kirliliği)

- ✓ Dış ortamda hava kirliliğinin yoğun olduğu günlerde gereksiz fiziksel aktiviteden kaçınılmalı, evin pencereleri kapalı tutulmalı ve mutlaka gerekmiyorsa dışarı çıkılmamalıdır
- ✓ Hastalar, hastalık belirtilerinin artışına göre gerekirse ilaç dozlarını arttırabilirler
- ✓ Konutlarda, taşıtlarda ve endüstri alanında kaliteli, en az hava kirliliği oluşturan yakıtların kullanılması sağlanmalıdır

ASTIMDA RİSK FAKTÖRLERİ (Sigara ve ev içi hava kirliliği)

- ✓ Sigara astımı ortaya çıkaran bir etkidir. Hastanın sigara dumanı ile teması önlenmelidir
- ✓ Soba, fırın yakıtları, kızarmış yağlar, oda spreyleri, boya ve ciladan kaynaklanan gazlardan, iyi havalandırma sağlanarak kaçınılmalıdır
- ✓ Ev ortamında tahriş edici maddelerle temizlik yapılmamalıdır (kezzap, tuzruhu, çamaşır suyu vs)

ASTIMDA RİSK FAKTÖRLERİ (İnfeksiyonlar)

- ✓ Gripal infeksiyon astımı tetikleyebilir. Bu neden ile yılda bir kez Eylül veya Ekim aylarında yapılan grip aşısı koruyucu olabilir
- ✓ İnfeksiyon sırasında ilaçların dozu arttırılabilir
- ✓ Her gribal infeksiyonda antibiyotik kullanılması gereksiz ve sakıncalıdır

ASTIMDA RİSK FAKTÖRLERİ (Kronik üst solunum yolu hastalıkları)

- ✓ Allerjik nezle, sinüzit ve burun polibi astımlılarda sık görülür ve hastalığı etkileyebilir

ASTIMDA RİSK FAKTÖRLERİ (İlaçlar)

- ✓ Aspirin ve diğer ağrı kesiciler
- ✓ Bazı tansiyon ilaçları
- ✓ Göz tansiyon damlaları

ASTIMDA RİSK FAKTÖRLERİ (Besinler)

- ✓ Erişkinde nadirdir. Daha çok çocukta görülür
- ✓ Bazı besinlere eklenen katkılarına bağlı ortaya çıkar
- ✓ Tedavi; Bu gıdalardan kaçınma

ASTIMDA RİSK FAKTÖRLERİ Reflü (Mide ekşimesi)

Öneriler

- ✓ Ağır, yağlı, baharatlı yiyecekler yenilmemeli ve alkol içilmemelidir
- ✓ Az ve sık yemek yenilmesi önerilir
- ✓ Yatarken yüksek yastık kullanmalı veya yatağın baş tarafı yükseltilmelidir
- ✓ *Bazı astım ilaçlarının da reflüyü arttırabileceği unutulmamalıdır*

ASTIM NASIL TEDAVİ EDİLİR?

- ✓ Hastalığı başlatan etkenlerden sakınılır
- ✓ İlaçlar doğru ve düzenli kullanılır
- ✓ Belirtiler ve nefes ölçümleri kayıt edilir
- ✓ Belirtilerde değişiklik görüldüğünde ne yapılması gerektiği öğrenilir
- ✓ Düzenli hekim kontrolüne gidilir

TIBBİ TEDAVİ

- ✓ **Koruyucu Tedavi** - Belirtileri Önleyici - İltihabı Giderici
- ✓ **Rahatlatıcı Tedavi** - Belirtileri Giderici - Bronş Genişletici

KORTİKOSTEROİDLER

- ✓ Sprey tipi ilaçlar, koruyucu tedavinin temelini oluşturur. Astımdaki iltihap üzerine en etkili ilaçtır. Bu nedenle uzun süre kullanmak gerekir
- ✓ Astım krizleri sırasında tablet ya da enjeksiyon şeklinde kısa süreli kullanımı hayat kurtarıcıdır

İNHALER STEROİDLERİN NADİR GÖRÜLEN YAN ETKİLERİ

- ✓ Boğazda pamukçuk
- ✓ Ses kısıklığı
- ✓ Öksürük

BRONŞ GENİŞLETİCİLER: BETA MİMETİKLER

- ✓ Genellikle sprej şeklinde kullanılır, solunum yoluyla kullanıldığında etkileri birkaç dakika içerisinde başlar, iki türü bulunmaktadır
 - *Kısa etkili olanlar:* 4-6 saat kadar süren etkileri vardır
 - *Uzun etkili olanlar:* 12 saat kadar devam eden etki gösterirler
 - Bazen ellerde titreme, kramplar ve kalp çarpıntısına neden olabilirler, bu etkiler sıklıkla tedaviye başlangıç döneminde görülür ve tedaviye devam edildikçe kaybolurlar

BÖLGE SİSTEMİ

- YEŞİL BÖLGE

- ✓ *Belirtiler:* Belirtilen en alt düzeyde, nefes açıcı tedaviye gereksinim çok az ve soluk verme hızı yaklaşık olarak normal değerlerde
- ✓ *Tedavi:* Kullanılan ilaçlara devam edilir, üç aylık aralar ile düzenli olarak hekime başvurulur, hekim hasta sürekli iyi ise ilaçlarda azaltma yapılabilir

- SARI BÖLGE

- ✓ *Belirtiler:* Astım ağırlaşma belirtileri :
Nefes açıcı ilaçlara daha sık gereksinim duyulması
Solunum sırasında duyulan tiz soluk sesinin, nefes darlığının, göğüste sıkışma hissinin şiddetlenmesi, öksürüğün artması
Gece astım nedeniyle uyanma
Soluk verme hızının pefmetre ile normal değerinin altına düşmesi
- ✓ *Tedavi:* Nefes açıcı tedavi düzenli olarak uygulanmalı ve koruyucu tedavideki ilacın dozu, belirtiler kaybolana kadar arttırılmalıdır
Belirtilerde düzelme yoksa ya da daha kötüye gidiyorsa doktora başvurulmalıdır

- KIRMIZI BÖLGE

Belirtiler

- ✓ Astım krizi belirtileri vardır
- ✓ Solunum sırasında duyulan sesin ve göğüste duyulan sıkışma hissinin çok şiddetlenmesi
- ✓ Solunumun güçlkle yapılması
- ✓ Belirtileri giderici tedavilerin etkisiz kalması
- ✓ Konuşurken ya da istirahat halinde nefes darlığı
- ✓ Soluk verme hızının (pefmetre ile) yarıdan fazla azalması

Tedavi

- ✓ Belirtileri giderici tedaviler daha sık ve daha yüksek dozlarda uygulanmalı (nefes açıcı kısa etkili betamimetik ilk saatte her 20 dakikada bir 2-4 puf, sonra saatte bir 2-4 puf). Koruyucu tedavi dozları da arttırılmalıdır
- ✓ Önceki tedavi ile 2-3 saat içinde rahatlama olmazsa hastane öncesi son tedavi uygulanmalıdır (belirtilen tedaviye ilave olarak kortizon 0,5-1mg/kg/gün prednizolon tablet veya eşdeğeri alınıp varsa oksijen kullanılır)
- ✓ Pefmetre ile soluk verme hızı, kişi normal değerinin üçte birinden daha azsa ya da yukarıda belirtilen tüm önlemlere rağmen belirtiler şiddetleniyorsa, derhal bir ambulans çağırarak hastaneye müracaat edilmelidir

ASTİM TEDAVİSİNDE İNHALER KULLANIM NEDENLERİ

- ✓ Direkt istenen yerde etki oluşur
- ✓ Daha az dozda ilaç yeterli olur
- ✓ Daha az yan etki oluşur

ASTİM TEDAVİSİNDE İNHALER ÇEŞİTLERİ

- ✓ Ölçülü doz inhaleler (ÖDİ)
- ✓ ÖDİ + 'Spacer'lar
(hava haznesi)
- ✓ Kuru toz inhaleler (KTİ) (aerolizer, diskhaleler, turbuhaleler ve discus)
- ✓ Nebülizatörler

Ölçülü doz inhaleler (ÖDİ)

Nefes on saniye tutulur
ÖDİ ağızdan çıkarılıp nefes dışarı verilir

ASTİM TEDAVİSİNDE ÖDİ kullanım basamakları

- ✓ Ağız kısmındaki kapak çıkarılır ve ÖDİ sallanır
- ✓ Cihaz baş aynı düzeyde dik olarak tutulur
- ✓ Derin nefes alınıp, ardından derin nefes verme ile akciğerlerdeki hava boşaltılır
- ✓ Alet ağızlığı dudaklar arasına alınıp, derin ve yavaş nefes alınırken, eş zamanlı olarak alete basılır
- ✓ Nefes ortalama 10 sn. tutulur
- ✓ Burundan yavaş olarak nefes verilir
- ✓ İkinci kullanım için en az 30 sn. beklenip aynı işlemler yenilenir

ASTİM TEDAVİSİNDE ÖDİ+Hazne kullanımı

- ✓ Ağız kısmındaki kapak çıkarılır ve ÖDİ sallanır ve hazneye takılır
- ✓ Derin nefes verme ile hava dışarı boşaltılır
- ✓ Hazne ağızlığı dudaklar arasına alınıp, derin ve yavaş bir nefes alınırken eş zamanlı olarak alete basılır ve almaya devam edilir
- ✓ Nefes ortalama 10 sn. tutulur

- ✓ Burundan yavaş olarak nefes verilir
- ✓ İkinci kullanım için en az 30 sn. beklenip aynı işlemler yenilenir
- ✓ Alet haftada bir sabunlu su ile yıkanıp açıkta kurutulur, sonrası kullanımdan önce birkaç puf ilaç içine sıkılıp, duvarı kaplanmalıdır

ASTİM TEDAVİSİNDE

Turbuhaler kullanımı

- ✓ Üzerindeki kapak döndürülerek çıkarılır
- ✓ Ağız kısmı yukarı gelecek şekilde tutulur
- ✓ Alttaki kısım ileri, geri döndürülüp, klik duyulur
- ✓ Derin nefes verme ile akciğerlerdeki hava dışarı boşaltılır
- ✓ Alet ağızlığı dudaklar arasına alınıp, derin ve hızlı bir nefes alınır, cihaz ağızdan çekilir
- ✓ Nefes ortalama 10 sn. tutulur
- ✓ Nefes burundan yavaş olarak verilir
- ✓ İkinci kullanım için en az 30-60 sn. beklenip aynı işlemler yenilenir veya kapağı kapatılır

ASTİM TEDAVİSİNDE

Diskus kullanımı

- ✓ Açmak için bir el dış kapağı tutar, diğer el baş parmağı ile çentik yeri sonuna kadar itilir
- ✓ Ağız kısmı kişiye dönük, yere paralel tutulur
- ✓ Hareket kolu ileriye doğru itilir, klik duyulur
- ✓ Derin alınmış nefes dışarı boşaltılır
- ✓ Alet ağızlığı dudaklar arasına alınıp, derin ve hızlı bir nefes alınır, cihaz ağızdan çekilir
- ✓ Nefes ortalama 10 sn. tutulur
- ✓ Burundan yavaş olarak nefes verilir
- ✓ Baş parmak aletteki yerine konup, geriye doğru sonuna kadar çekilip klik duyulur; alet kapalı
- ✓ İkinci kullanım için en az 30-60 sn. beklenip aynı işlemler yenilenir

ASTİM TEDAVİSİNDE

Aerolizer kullanımı

- ✓ Kapak çıkarılır, tabanı tutulup, ağızlığı ok yönüne döndürülerek açılır
- ✓ Kapsül, kendisi şeklindeki boşluğa yerleştirilir
- ✓ Ağızlık kapalı konuma döndürülür
- ✓ Dik tutulup, yan düğmelere basılıp bırakılır

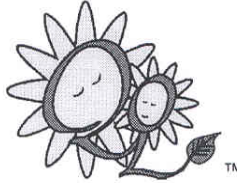
- ✓ Derin alınmış nefes dışarı verilir
- ✓ Aletten hızlı derin nefes alınır vızıldaama duyulur
- ✓ Ağızdan uzaklatırılır, nefes ortalama 10 sn. tutulur
- ✓ Burundan yavaş olarak nefes verilir
- ✓ İnhaler açılıp kapsülde toz kalıp kalmadığı kontrol edilir. Kalmışsa işlem tekrarlanır
- ✓ İkinci kullanım için en az 30-60 sn. beklenip aynı işlemler yenilenir veya kapak kapatılır

Astımlı hastalar spor yapabilirler

ASTIM YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (AQLQ)

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, Hüray FIDANER

© AQLQ'nin 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

Sizden astımınızın yaşamınızı nasıl kısıtladığı hakkında düşünmenizi istiyoruz. Özellikle astımınız yüzünden kısıtlanan faaliyetleri halen nasıl yürüttüğünüzle ilgileniyoruz. Burada üzerinde durduğumuz, sıklıkla yapageldiğiniz ve gündelik yaşamınızda sizin için önemli olan faaliyetlerdir. Bunlar, bu araştırma süresince düzenli yapmakta olduğunuz faaliyetler de olmalıdır. Astım yüzünden bu faaliyetleri belki daha seyrek yapıyorsunuz, belki iyi yapamıyorsunuz, belki de bunlardan daha az keyif alıyorsunuz.

Lütfen son iki hafta boyunca yaptığınız faaliyetler içinde astımlı olmanızdan dolayı kısıtlanmış olanların tümünü düşününüz.

Aşağıda bazı astımlı hastalarda kısıtlanan faaliyetlerin bir listesi var. Son 2 hafta boyunca astımınız yüzünden kısıtlanmış olan en önemli 5 faaliyetinizi belirlemenize, bu listenin yararlı olacağını umuyoruz.

1. BİSİKLETE BİNME	15. KAR KÜREME
2. ALIŞ VERİŞE ÇIKMA	16. ŞARKI SÖYLEME
3. DANS ETME	17. DÜZENLİ SOSYAL FAALİYETLERİ SÜRDÜRME
4. EVİN GÜNDELİK İHTİYAÇLARINI GİDERME	18. CİNSEL FAALİYETLER
5. EV İŞİ YAPMA	19. UYUMA
6. BAHÇE İŞLERİ*	20. SOHBET ETME
7. KOŞUŞTURMA	21. KOŞARAK MERDİVEN ÇIKMA YA DA YOKUŞ TIRMANMA
8. JİMNASTİK VEYA KOŞU YAPMA	22. ELEKTRİKLİ SÜPÜRGE KULLANMA
9. GÜLME	23. ARKADAŞ YA DA AKRABALARI ZİYARET ETME
10. YERLERİ SÜPÜRÜP SİLME	24. YÜRÜYÜŞE ÇIKMA
11. TELEVİZYON SEYRETME	25. MERDİVEN ÇIKMA YA DA YOKUŞ TIRMANMA
12. EV HAYVANLARI İLE OYNAMA	26. AĞAÇ İŞLERİ YA DA MARANGOZLUK
13. ÇOCUKLAR VEYA TORUNLARLA OYNAMA	27. İŞYERİNDEKİ FAALİYETLERİNİZİ YÜRÜTME
14. KAHVEYE GİTME	28. ÇOCUK BAKIMI

Sonraki sayfaya, seçtiğiniz 5 faaliyeti yazınız.

ASTIM YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (AQLQ)
(TURKISH VERSION)
KENDİ KENDİNE UYGULANAN

HASTA NO _____

TARİH _____

Sayfa 2 / 7

Lütfen sizin için en önemli 5 faaliyeti aşağıdaki boş satırlara yazınız ve uygun derecelendirmenin gerektirdiği kutuya [X] işareti koyarak her bir faaliyetinizin son **2 hafta boyunca astımınız yüzünden** ne ölçüde sınırlandığını bize söyleyiniz.

AŞAĞIDAKİ FAALİYETLERİNİZ SON 2 HAFTA BOYUNCA NE ÖLÇÜDE KISITLANDI?

	Bütünıyla kısıtlandı	Çok fazla kısıtlandı	Fazla kısıtlandı	Orta derecede kısıtlandı	Hafif derecede kısıtlandı	Oldukça az kısıtlandı	Hiç kısıtlanmadı	Yapıl- mayan faaliyet
	1	2	3	4	5	6	7	
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SON 2 HAFTA BOYUNCA NE KADAR SIKINTI VE RAHATSIZLIK DUYDUNUZ?

	Çok büyük ölçüde	Çok fazla	Oldukça fazla	Orta derecede	Hafif derecede	Oldukça az	Hiç duymadım
	1	2	3	4	5	6	7
6. Son iki hafta boyunca GÖĞÜS SIKIŞMASI nedeniyle ne kadar sıkıntı ve rahatsızlık duydunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASTİM YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (AQLQ)
(TURKISH VERSION)
KENDİ KENDİNE UYGULANAN

HASTA NO _____

TARİH _____

Sayfa 3 / 7

SON 2 HAFTA BOYUNCA ŞUNLARI GENEL OLARAK NE SIKLIKTA YAŞADINIZ?

	Her zaman	Hemen hemen her zaman	Genellikle	Ara sıra	Zaman zaman	Çok nadir	Hiçbir zaman
	1	2	3	4	5	6	7
7. ASTIMLI OLMAKTAN DOLAYI KAYGI DUYMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Astımınız yüzünden NEFES DARLIĞI çekme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. SİGARA DUMANINA MARUZİYET SONUCU astım belirtileri yaşama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Göğüste HIRILTI duyma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. SİGARA DUMANI NEDENİYLE BİR YERDEN YA DA ORTAMDAN KAÇINMA gereksinimi duyma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SON 2 HAFTA BOYUNCA NE KADAR SIKINTI VE RAHATSIZLIK DUYDUNUZ?

	Çok büyük ölçüde	Çok fazla	Oldukça fazla	Orta derecede	Hafif derecede	Oldukça az	Hiç duymadım
	1	2	3	4	5	6	7
12. Son iki hafta boyunca ÖKSÜRÜK nedeniyle ne kadar sıkıntı ve rahatsızlık duydunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASTİM YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (AQLQ)
(TURKISH VERSION)
KENDİ KENDİNE UYGULANAN

HASTA NO _____

TARİH _____

Sayfa 4 / 7

SON 2 HAFTA BOYUNCA ŞUNLARI GENEL OLARAK NE SIKLIKTA YAŞADINIZ?

	Her zaman	Hemen hemen her zaman	Genellikle	Ara sıra	Zaman zaman	Çok nadir	Hiçbir zaman
	1	2	3	4	5	6	7
13. Astımınız nedeniyle kendini ÜZGÜN, GERGİN VE SİNİRLİ hissetme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. GÖĞSÜNÜZDE AĞIRLIK HİSSİ duyma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Astım İLACI KULLANMA GEREKSİNİMİNDEN KAYGI duyma (keşke ilaç kullanmaya ihtiyacım olmasaydı diye düşünme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. BOĞAZINIZI TEMİZLEME gereksinimi duyma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. TOZA MARUZ KALMA SONUCUNDA astım belirtileri yaşama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Astımınız nedeniyle SOLUK ALMA VE SOLUK VERME GÜÇLÜĞÜ yaşama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. TOZ NEDENİYLE BULUNDUĞUNUZ KONUM VEYA ORTAMDAN UZAKLAŞMA gereksinimi duyma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASTİM YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (AQLQ)
(TURKISH VERSION)
KENDİ KENDİNE UYGULANAN

HASTA NO _____

TARİH _____

Sayfa 5 / 7

SON 2 HAFTA BOYUNCA ŞUNLARI GENEL OLARAK NE SIKLIKTA YAŞADINIZ?

	Her zaman	Hemen hemen her zaman	Genellikle	Ara sıra	Zaman zaman	Çok nadir	Hiçbir zaman
	1	2	3	4	5	6	7
20. SABAHLARI UYKUNUZDAN ASTİM BELİRTİLERİYLE UYANMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ASTİM İLAÇLARINIZI EL ALTINDA BULAMAMA KORKUSU yaşama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. SOLUNUM GÜÇLÜĞÜ nedeniyle rahatsız olma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Dışarı çıktığınızda, HAVA DURUMU VE HAVA KİRLİLİĞİ NEDENİYLE astım belirtileri yaşama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Astımınız nedeniyle GECE UYKUNUZDAN UYANMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. HAVA DURUMU VE HAVA KİRLİLİĞİ NEDENİYLE DIŞARI HİÇ ÇIKMAMA YA DA SINIRLI ÇIKMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. AĞIR KOKU VEYA PARFÜME MARUZ KALMA SONUCU astım belirtileri yaşama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASTİM YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (AQLQ)
(TURKISH VERSION)
KENDİ KENDİNE UYGULANAN

HASTA NO _____

TARİH _____

Sayfa 6 / 7

SON 2 HAFTA BOYUNCA ŞUNLARI GENEL OLARAK NE SIKLIKTA YAŞADINIZ?

	Her zaman	Hemen hemen her zaman	Genellikle	Ara sıra	Zaman zaman	Çok nadir	Hiçbir zaman
	1	2	3	4	5	6	7
27. NEFESSİZ KALMA KORKUSU duyma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. AĞIR KOKU VEYA PARFÜM KOKUSU NEDENİYLE BİR YERDEN VEYA ORTAMDAN UZAKLAŞMA gereksinimi duyma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Astımınızın GECE İYİ UYUMANIZI ENGELLEMESİ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. HAVASIZ KALMAYA KARŞI MÜCADELE etme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SON 2 HAFTA BOYUNCA NE ÖLÇÜDE KISITLANDINIZ?

	Çok şiddetli ölçüde kısıtlandı – Çoğu faaliyetleri yürütemedim	Çok fazla kısıtlandı	Fazla kısıtlandı	Orda derecede kısıtlandı	Hafif derecede kısıtlandı	Oldukça az kısıtlandı	Hiç kısıtlanmadı
	1	2	3	4	5	6	7
31. Son iki hafta boyunca YAPMIŞ OLMAYI İSTEDİĞİNİZ FAALİYETLERİN HEPSİNİ BİRDEN düşününüz. Bu faaliyetler astımlı olmanız nedeniyle ne kadar kısıtlandı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ASTİM YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (AQLQ)
(TURKISH VERSION)
KENDİ KENDİNE UYGULANAN

HASTA NO _____

TARİH _____

Sayfa 7 / 7

SON 2 HAFTA BOYUNCA NE ÖLÇÜDE KISITLANDINIZ?

	Bütünüyle kısıtlandı	Çok fazla kısıtlandı	Fazla kısıtlandı	Orda derecede kısıtlandı	Hafif derecede kısıtlandı	Oldukça az kısıtlandı	Hiç kısıtlan- madı
	1	2	3	4	5	6	7
32. Son iki hafta boyunca YAPMIŞ OLDUĞUNUZ TÜM FAALİYETLER astımınız yüzünden ne kadar kısıtlandı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALAN KODU:

Belirtiler: 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 29, 30
Faaliyet Kısıtlaması: 1, 2, 3, 4, 5, 11, 19, 25, 28, 31, 32
Duygusal İşlev: 7, 13, 15, 21, 27
Çevresel Uyaranlar: 9, 17, 23, 26

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU

Tarih : 30.09.2005
Sayı : AEK 150/11
Proje No : 96
Konu : Sosyol çalışma

ETİK KURUL KARARI

30/09/2005 tarihli etik kurul toplantısında sorumlu araştırmacı Arş. Gör. Serhat İrki, tarafından yürütülecek olan Yrd. Doç. Dr. Figen G52 Kaliteye Etik ve AQLQ Yaşam Kalitesi Ölçümü adlı araştırma projesi gerekçe, amaç, yaklaşım, yöntemler ve aydınlatılmış onam metni dikkate alınarak incelenmiştir. Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu ve KOÜ Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönergesine dayanarak değerlendirilmesi sonucu projenin etik standartlara uygun tasarlanmış olduğu kararına varılmıştır. Bu karar gereği araştırmanın yürütülebilmesi için **ön onay** verilmiştir.

Araştırmanın herhangi bir safhasında etik koşullara uygun yürütülmediği ile ilgili bilgi ve kanıtların olması halinde etik kurul vermiş olduğu ön onayı çekebilir, çalışmanın durdurulmasını isteyebilir.

Araştırma ön onay aldıktan sonra yapılacak değişikliklerin ve araştırma tamamlandığında sonuçların yazılı olarak etik kurula bildirilmesi gereklidir. Araştırma tamamlandıktan sonra **etiğe uygunluk onayı** denilen son karar verilecektir.

İnsanın yararının ve esenliğinin bilimin yararından üstün tutulması dileğiyle başarılar.

Prof. Dr. M. Nejat GACAR
Farmakoloji ABD (Eczacı)
Araştırma Etik Kurul Başkanı

ETİK KURUL ÜYELERİ

Ünvanı / Adı / Soyadı AEK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Engin ARISOY Başkan Yardımcısı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KOÜ Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Mine ŞEHİRALTI Raportör	Deontoloji	KOÜ Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Ayşe WİLKE Üye	Enfeksiyon Hastalıkları	KOÜ Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof. Dr. Faik BUDAK Üye	Nöroloji	KOÜ Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Tarlan Tıp Kolejisi
Prof. Dr. Emin ÖNDER Üye	Pisikiyatri	KOÜ Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	T. Kolejisi
Doç. Dr. Cengiz ERÇİN Üye	Patoloji	KOÜ Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Faruk ERDEN Üye	Farmakoloji	KOÜ Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	T. Kolejisi
Doç. Dr. Aydın ÇORAKÇI Üye	Kadın - Doğum Hastalıkları	KOÜ Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç. Dr. Zafer CANTÜRK Üye	Genel Cerrahi	KOÜ Hukuk Fakültesi	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	T. Kolejisi
Doç. Dr. Gönül BALKIR Üye	Hukuk	KOÜ Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	T. Kolejisi
Yrd. Doç. Dr. Ümit N. GÜNDOĞMUŞ Üye	Adli Tıp	KOÜ Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd. Doç. Dr. Can DUMAN Üye	Biyokimya	KOÜ Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile İlişki

** Toplantıda Bulunma



serhatirkil@hotmail.com

Yazdırma Tarihi: 02 Mayıs 2006 Salı 08:44:36

Kimden: Jilly Styles <jill@qoltech.co.uk>
Gönderilme Tarihi: 02 Temmuz 2003 Çarşamba 14:16:34
Kime: "serhat irkil" <serhatirkil@hotmail.com>
Konu: Re: AQOL

Dear Serhat,

Thank you so much for taking the time to explain the situation. I have posted your questionnaire to you and I hope it arrives quickly for you. We are happy to assist you wherever we can. The AQLQ underwent a full cultural adaptation in Turkey originally so I am sure you will find it perfectly acceptable. If I can be of any further help do let me know.

With warmest regards, Jilly

Jilly Styles
Personal Assistant to Prof. Juniper
Tel: +44 (0) 1243 572124
Fax: +44 (0) 1243 573680
E-mail: jill@qoltech.co.uk

----- Original Message -----

From: serhat irkil <serhatirkil@hotmail.com>
To: <jill@qoltech.co.uk>
Sent: Wednesday, July 02, 2003 12:48 PM
Subject: AQOL

Dear Jilly Styles I and my adviser understand of your stress..But we dont want to make any changes on your AQOL form. It will be not ethical. Before we want to test of your form if that suitable for Turkish people.If it suitable for us, we will want to use it and we will want to help from you. And we must explain to our institute how can we find this AQOL form, who responded this form.In addition we must write your names in the part of bibliography of our study .Thats why please dont worry about this process and send me comply package to my postal address below. Thank you very much. Serhat.

Postal Adress: Yuvam Akarca Konutlari C 1-3 D: 31
Alikahya / Izmit / Turkey P.K.: 41310

Protect your PC - get McAfee.com VirusScan Online
<http://clinic.mcafee.com/clinic/ibuy/campaign.asp?cid=3963>