



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ALERJİK RİNİTLİ HASTALARIN TEDAVİ UYUMLARI VE
YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ömer Faruk DÜLGER
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ

MANİSA-2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ALERJİK RİNİTLİ HASTALARIN TEDAVİ UYUMLARI VE
YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

ÖMER FARUK DÜLGER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ

(Tez Danışmanı)

Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM

(Jüri Üyesi)

Prof. Dr. Aytül Zerrin SİN

(Jüri Üyesi)

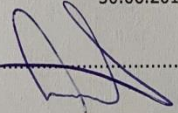
MANİSA-2019

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10245864
Yazar Adı / Soyadı	ÖMER FARUK DÜLGER
T.C.Kimlik No	45868473870
Telefon	5546588331
E-Posta	faruk-dulger@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	ALERJİK RİNİTLİ HASTALARIN TEDAVİ UYUMLARI VE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
Tezin Tercümesi	Assessment of medical adherence and quality of life among patients with allergic rhinitis
Konu	Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı
Bilim Dalı	İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	75
Tez Danışmanları	PROF. DR. CENGİZ KIRMAZ
Dizin Terimleri	Sosyal iyi oluş=Social well being ; Rinit-allerjik-mevsimsel=Rhinitis-allergic-seasonal ; Tedaviye bağlılık ve uyum=Treatment adherence and compliance
Önerilen Dizin Terimleri	

30.06.2019

İmza: 

(Tez kitabına konulacak olan)
YÜKSEK LİSANS TEZ SINAVI TUTANAĞI

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Ömer Faruk DÜLGER**'in Yüksek Lisans tezi olarak hazırladığı "**Alerjik Rinitli Hastaların Tedavi Uyumluluğu Ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi**" başlıklı bu çalışma, jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek "**KABUL**" kararı verilmiştir. 13/06/2019

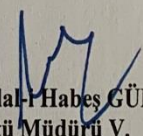
Jüri Üyesi:
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ (Tez Danışmanı)

Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM (Jüri Üyesi)

Prof. Dr. Aytül Zerrin SİN (Jüri Üyesi)

İmza

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 13/06/19 tarih ve 13/29 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Bilal Habes GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü V.

BEYAN

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

ÖMER FARUK DÜLGER

TEŞEKKÜR

*Fikir ve önerileri ile tezimi başından sonuna kadar yönlendiren
danışman hocam Prof. Dr. Cengiz Kırmaz'a*

*Bilgi ve deneyimleri ile tezime yaptığı katkılardan dolayı
sayın hocam Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ'e*

Bilimsel katkı ve önerileri için sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Özden DEDELİ ÇAYDAM 'a

Bilimsel katkı ve önerileri için sayın hocam Prof. Dr. Aytül Zerrin SİN'e

Araştırmaya katılan tüm alerjik rinitli hastalara ve ailelerine,

Sevgi ve desteğini benden esirgemeyen değerli aileme

TEŞEKKÜR EDERİM.

Ömer Faruk DÜLGER

Manisa-2019

KISALTMALAR

Alerjik rinit	AR
Mevsimsel alerjik rinit	MAR
Prennial alerjik rinit (yıl boyu süren)	PAR
İmmunglobilin E	IgE
Allerjik Rinit ve Astım Üzerindeki Etki / Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma	ARIA
Sublingual İmmünoterapi	SLIT
T Helper	Th
Majör histokompatibilite kompleksi	MHC
İnterlökin	IL
T hücreleri	CD
Radyoallergosorbent testi	RAST
Histamin-2 reseptörleri	H2
Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği	TMMÖ
Türkçe Rinit Yaşam Kalitesi Ölçeği	TRYKÖ
Statistical Program For social Sciences	SPSS
Ortalama	Ort
Standart sapma	Ss
Örneklem sayısı	n

İÇİNDEKİLER

I. BEYAN	
II. TEŞEKKÜR	
III. KISALTMALAR ve SİMGELER	
IV. İÇİNDEKİLER	
V. TABLOLAR DİZİNİ / ŞEKİL DİZİNİ	
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
3.1. Amaç	5
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. ALERJİK RİNİT'İN TANIMI	6
4.2. ALERJİK RİNİT'İN EPİDEMİYOLOJİSİ	6
4.3. ALERJİK RİNİT'TE ETYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ	7
4.3.1. Ev Tozu Akarları	8
4.3.2. Polenler	8
4.3.3. Hayvanlar ve Deri Döküntüleri	8
4.3.4. Mantarlar ve Küfler	8
4.3.5. Genetik Faktörler	9
4.4. ALERJİK RİNİT'İN FİZYOPATOLOJİ	9
4.5. ALERJİK RİNİT'İN KLİNİK BELİRTİ VE BULGULARI	10

4.6.	ALERJİK RİNİT'TE TANI YÖNTEMLERİ	11
4.6.1.	Hastalık Öyküsü	12
4.6.2.	Fizik Muayene	12
4.6.3.	İn Vivo Testler ve İn Vitro Testler	12
4.7.	ALERJİK RİNİTTE TEDAVİ	13
4.7.1.	Alerjen etkenlerden Korunma ve Çevre Kontrolü	14
4.7.2.	Medikal Tedavi	15
4.7.2.1.	Sistemik Steroidler	15
4.7.2.2.	Topikal Nazal Steroid Spreyler	15
4.7.2.3.	Antihistaminikler	15
4.7.2.4.	Dekonjestanlar	16
4.7.2.5.	Lökotrien Antagonistleri	16
4.7.2.6.	Mast Hücre Stabilizatörleri	16
4.7.2.7.	Antikolinergikler	16
4.7.2.8.	İmmünoterapi	16
4.8.	ALERJİK RİNİTLİ HASTALARIN TEDAVİ UYUMLARI	17
4.9.	ALERJİK RİNİTLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ	18
4.10.	ALERJİK RİNİTTE HEMŞİRELİK BAKIMI	19
4.11.	ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	20
5.	GEREÇ VE YÖNTEM	22
5.1.	Araştırmanın Tipi	22
5.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi	22
5.3.	Araştırmanın Evren ve Örneklemi	22
5.4.	Araştırmanın Soruları	23

5.5.	Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	23
5.6.	Veri Toplama Araçları	23
5.6.1.	Hasta Tanıtım Formu	23
5.6.2.	Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği	23
5.6.3.	Türkçe Rinit Yaşam Kalitesi Ölçeği	24
5.7.	Veri Toplama Yöntemi	24
5.8.	Verilerinin Değerlendirilmesi	24
5.9.	Araştırmanın Sınırlılıkları	25
5.10.	Araştırmanın Etik Yönü	25
6.	BULGULAR	26
6.1.	Alerjik Rinitli Hastaların Sosyodemografik Özellikleri Ve Kliniği İle İlgili Bulgular	26
6.2.	Alerjik Rinitli Hastaların Tedaviye Uyum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	29
6.3.	Alerjik Rinitli Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar	29
6.4.	Alerjik Rinitli Hastaların Tedavi Uyumu Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Farklar	30
7.	TARTIŞMA	32
8.	SONUÇ VE ÖNERİLER	37
9.	KAYNAKLAR	38
10.	EKLER	46
	Ek-1 Enstitü Yönetim Kurulu Kararı	47
	Ek-2 Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık	48

Bilimleri Etik Kurul izni	
EK-3 Anket Formu	49
EK-4 Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği'nin yazar izni	53
EK-5 Türkçe Rinit Yaşam Kalitesi Ölçeği' nin yazar izni	54
EK-6 Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orjinallik Raporu	55

11. ÖZGEÇMİŞ	56
---------------------	----



TABLULAR DİZİNİ

Tablo 4.3.1. Alerjik Rinite Neden Olan Alerjenler	7
Tablo 4.5.1. Alerjik Rinitte Belirti ve Bulgular	11
Tablo 6.1.1.A Alerjik Rinitli Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	26
Tablo 6.1.1.B Alerjik Rinitli Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	27
Tablo 6.1.2. Alerjik Rinitli Hastaların Hastalık Bulguları	28
Tablo 6.2.1. Hastaların Tedavi Uyumu Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları	29
Tablo 6.3.1. Alerjik Rinitli Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar	30
Tablo 6.4.1. Alerjik Rinitli Hastaların Tedavi Uyumu Ölçeğinden Aldıkları Puanlara Göre Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki Farklar	30

Başlık: Alerjik Rinitli Hastaların Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi

Öğrencinin adı: Ömer Faruk DÜLGER

Danışman: Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

1.ÖZET

Amaç: Bu çalışmada amaç, alerjik rinitli hastaların tedavi uyumları ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırma, özel bir alerji kliniğinde sağlık bakım hizmeti alan 165 alerjik rinitli hasta ile yürütüldü. Araştırmada veriler, Hasta Tanıtım Formu, Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (TMMÖ) ve Türkçe Rinit Yaşam Kalitesi Ölçeği (TRYKÖ) ile toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizler ve Independent sample t test kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan alerjik rinitli hastaların yaş ortalamaları $34,9\pm 11,2$ (18- 69) yıl olup büyük çoğunluğu (%55,2) kadın idi. Hastaların tedavi uyum ölçeğinin motivasyon alt boyutundan aldıkları puan ortalaması $2,58\pm 0,67$ bilgi alt boyutundan aldıkları puan ortalaması $2,63\pm 0,64$, yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması $20,5\pm 15,2$ olarak bulundu.

Sonuçlar: Araştırma sonuçları, alerjik rinitli hastaların büyük çoğunluğunun tedavi uyumlarının yüksek olduğunu, tedavi uyumları arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığını gösterdi.

Anahtar Kelimeler: Rinit alerjik mevsimsel, tedaviye bağlılık ve uyum, sosyal iyi oluş

Title: Assessment of medical adherence and quality of life among patients with allergic rhinitis

Student name: Omer Faruk DULGER

Supervisor: Cengiz KIRMAZ, Professor

Department: Department of Nursing, Master's Degree Programme in Internal Medicine Nursing

2. ABSTRACT

Aim: The purpose of this study was to assess medical adherence and quality of life among patients with allergic rhinitis.

Materials and Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted with 165 patients with allergic rhinitis. The data were collected through face-to-face interview using a questionnaire consisting of Patient Information Form, Turkish Version of Modified Morisky Scale and Turkish Rhinitis Quality of Life Scale. Data were analyzed using arithmetic averages, percentages, and t test.

Results: The mean age of patients were 34.9 ± 11.2 (18-69) years, %55.2 were female. It was found that score of medical adherence 2.58 ± 0.67 ; score of knowledge was 2.63 ± 0.64 , and mean score of quality of life was 20.5 ± 15.2

Conclusion: The results of this study indicated that patients with allergic rhinitis' quality of life increased with decreased level of medical adherence and majority of them had high medical adherence.

Key words: Rhinitis-allergic-seasonal, treatment adherence and compliance, social well being

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Alerjik rinit (AR) üst solunum yolu, nazal kavite ve gözleri etkileyebilen inflamatuvar bir hastalıktır (Ulçay Belgü ve ark. 2014). Alerjik hastalıklar ve solunum sistemi hastalıkları içerisinde en sık görülen AR, kronik ve önemli bir sağlık sorunudur (Keskin 2012). Ülkemizde yapılan çalışmalara göre alerjik rinit görülme sıklığının %8,9 ile %27,7 arasında olduğu mevsimsel alerjik rinit prevalansının da %17,3 olduğunu bilinmektedir (Köse ve Yazıcıoğlu 2010). Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'nde ise toplumun %20'sini etkileyen bir hastalıktır (Bauchau ve Durham 2004).

Alerjik rinitli hastalarda maruz kalınan etken ve maruziyet süresine göre burun kaşınması, hapsirme, postnazal akıntı, nazal konjesyon, baş ağrısı, konjonktivit, uykusuzluk, yorgunluk ve dikkat dağınıklığı görülebilmektedir (Şimşek ve ark. 2018). Alerjik rinit semptomlarını deneyimleyenlerin, semptomlar nedeni ile fonksiyonel yaşamlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin önemli ölçüde azaldığı bildirilmiştir (Kırmaz ve ark. 2004; Mesges ve Klimek 2006; Yüksek ve ark. 2007; Yüksek ve ark. 2009).

Alerjik rinit yaşamı tehdit eden bir hastalık olarak tanımlanmamakla birlikte, neden olduğu semptomlar bireylerin fiziksel, sosyal ve duygusal olarak genel iyilik hali ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Eşer ve ark. 2008; Şimşek ve ark. 2018). Özellikle aktif çalışan ve okula devam eden bireylerde fiziksel semptomlar okul ve iş günü kayıplarına ve ekonomik yükün artmasına neden olmaktadır. Fiziksel semptomların yanı sıra letarji, yorgunluk, uykululuk, bilişsel fonksiyonlarda azalma, konsantrasyon güçlüğü, iştah azalması ya da artması gibi semptomlara neden olmaktadır. Buna ilave olarak antihistaminikler veya kortikosteroidler gibi alerjik rinit tedavisinde sıklıkla kullanılan bazı ilaçlar hastaların psikolojik durumlarının kötüleşmesine de neden olmaktadır (Özmen ve Özdemir 2006; Keskin 2012).

Alerjik rinit görülme sıklığının yüksek olması, yaşam kalitesini olumsuz etkilemesinin yanı sıra tedavi çeşitliliğinin fazla olması nedeni ile tedavi

maliyetlerini de arttırmaktadır (Korkut 2001; Tahamiler ve ark. 2006; Güneşer Kendirli 2008; Bayrak Değirmenci ve ark. 2009). Tedavi uyumu olmayan ya da tedavi edilememiş hastalar devam eden semptomları nedeni ile psikomotor hız, sözel öğrenme ve hafızada önemli düşüşler deneyimleyebilmekte sonuç olarak da benlik algıları da olumsuz etkilenebilmektedir (Blais 2003). Ayrıca hastaların %80'i hayatını riske sokabilecek bir hastalık olmadığı düşünceleri, doktor tavsiye üzerine alınan ilaçların uzun süre kullanılmalarının olması ya da geçici yarar sağlamalarından dolayı ilaçlarını kullanmayı sürdürmemektedirler (Keleş 2001; Bradley 2007; Bender 2015). Hastaların tedavi uyumlarının yetersiz olması semptom yükü ve ekonomik yükü anlamlı olarak arttırmaktadır (Bender 2015). Dolayısıyla AR'lı hastalarda alerjik semptomların yönetimi ve tedavi uyumunun hastaların fiziksel, duyuşsal, sosyal ve psikolojik alt boyutlarını içeren yaşam kaliteleri üzerine etkilerinin kapsamlı bir şekilde belirlenmesi açısından değerlendirilmesi önemlidir (Passalacqua 2006; Sayın ve ark. 2013; Tuncer ve Yüksel 2012). Hemşireler kronik hastalıklarda tedavi uyumunun sağlanmasında önemli rollere sahiptir. Hemşire, hastanın uyumunu kolaylaştırmak için, bireyin sağlık ve hastalık durumunu iyi tanımalı, bu durum ile baş edebilme mekanizmalarının etkinliğini iyi değerlendirebilmeli ve gerekli hemşirelik eğitimlerini ve girişimlerini bu bilgiler ışığında planlayarak uygulamalıdır. Hemşireler AR'lı hastaların uyumsuzluk nedenlerini belirleyerek, nedene yönelik girişimlerde bulunabilmeli, böylece AR nedeni ile gelişebilecek komorbid durumları ve AR semptomlarını azaltarak, hastaların uyumlarını ve yaşam kalitelerini arttırabilmelidirler (Valovirta ve Ryan 2008; Axelsson ve ark. 2014). Literatürde AR'li hastalarla yürütülen araştırmalar genellikle uyku kalitesi (Yıldırım ve ark. 2018; Passalacqua 2006), tedavi uyumu, benlik algısı (Blais 2003; Köberlein ve ark. 2013; Loh ve ark. 2004; Bradley ve ark. 2007), öğrenme becerileri (Sayın 2013), çevre kirliliği (Yorgancıoğlu 2008), maliyet (Köberlein ve ark. 2013), yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri (Eşer ve ark. 2008; Tuncer ve Yüksel 2012), anksiyete, duygu durum bozuklukları (Sayın 2013), mevsimsel ve çevresel etmenleri (İriz ve ark. 2009) değerlendirmiştir. AR'li hastaların tedavi uyumları ve yaşam kalitelerini bir arada değerlendiren sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür (Köberlein ve ark. 2013; Bradley ve ark. 2007). Bu çalışmada, literatürden farklı olarak AR'lı hastaların tedaviye uyumları ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

3.1. AMAÇ

Bu çalışmada amaç, alerjik rinitli hastaların tedavi uyumları ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesidir.



4. GENEL BİLGİLER

4.1. ALERJİK RİNİTİN TANIMI

Allerjik rinit, primer olarak nazal mukozanın alerjenlere karşı (polenler, akarlar vb) oluşturulan Tip I aşırı duyarlılık reaksiyonlarıdır. Başka tanımlamaya göre AR, immünglobulin E (IgE) aracılığı ile gelişen rinoöküler enflamasyonu ile ilişkili bir aşırı duyarlılık hastalığıdır (Korkut 2001; Tahamiler ve ark. 2006; Keskin 2012). Alerjik rinitte karşılaşılan alerjenler; polenler, ev tozu akarları, mantarlar, küfler, hayvan tüyleri ve deri döküntüleri olarak belirtilmiştir. Burun mukozasında oluşan allerjik reaksiyona bağlı olarak aksırık, hapşırık, burun akıntısı, burunda dolgunluk, burun kaşıntısı, burun mukozasında artış ve uçuk pembe mavimsi renk ile birlikte ödem, yumuşak damakta kaşıntı, konjonktivit, çoğu zaman göz kaşıntısı ve öksürük ile birlikte olan hastalıktır. Sinüsler de etkilenmiş ise hastalarda baş ağrısı da gelişebilmektedir. Burun mukozasının enflamasyonu nazal konjesyona neden olmaktadır. Nazal konjesyon ve ödem nedeni ile nazal obstrüksiyon, sinüs ve orta kulak komplikasyonları gelişebilmektedir. Semptomlara koku ve tat bozuklukları da eşlik edebilmektedir (Tarkan ve ark. 2009; Olgun 2011; Kaptan ve Dedeli 2012; Özdemir ve ark. 2016).

4.2. ALERJİK RİNİTİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Allerjik rinit, birçok gelişmiş ülkede nüfusun yaklaşık %10 ile 20'sini etkileyen yüksek prevalanslı atopik bir hastalıktır. Yapılan çalışmalar AR'ın son 10 yılda arttığını göstermektedir. AR sıklığı Kuzey Avrupa ülkelerinde %7, Avusturalya'da %27,6, Güney Amerika'da %9-21 olarak bildirilmiştir (Ray ve ark. 1999). Amerika Birleşik Devletleri'nde ise kronik hastalıklar içinde 6. sırada yer aldığı belirtilmektedir (Corey ve ark. 2000). Ülkemizde Kurt ve arkadaşları (2009) tarafından yapılan çalışmada (n=25.843) 6-7 yaş grubunda AR prevalansı şehir

merkezinde %17,8, kırsalda ise %27,7 olarak bulunmuştur (Kurt ve ark. 2009). Ülkemizde yapılan diğer araştırma sonuçları alerjik rinit prevalansının %8,9 ile %27,7 arasında olduğunu göstermektedir. Mevsimsel alerjik rinit prevalansı ise %17,3 olarak bildirilmiştir (Köse ve Yazıcıoğlu 2010).

4.3. ALERJİK RİNİTTE ETYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Alerjik rinit; mevsimsel alerjik rinit (MAR) veya yıl boyu süren alerjik rinit (PAR) olarak sınıflandırılmaktadır. Etiyolojisine bakıldığında MAR'da en fazla polenler ve mevsimsel dağılım gösteren mantarlar sorumludur. PAR'da ise iç ortam alerjenleri olan ev tozu akarları, mesleki alerjenler, küf, hamamböceği, hayvan tüyleri ve mantarlar sorumludur. Alerjenler iki tip olarak tanımlanmaktadır. Bunlar iç ve dış alerjenlerdir. Alerjik rinite neden olan alerjenler Tablo 4.3.1'de gösterilmiştir (Olgun 2011; Kaptan ve Dedeli 2012).

Tablo 4.3.1. Alerjik Rinite Neden Olan Alerjenler

İç Alerjenler	Dış alerjenler
Ev tozu akarları	Ağaç polenleri
Mantar (<i>Aspergillus, Penicillum</i>)	Mantar (<i>Alternaria, Cladosporium</i>)
Hamam böceği	Çayır polenleri
Küf	Yabani ot polenleri
Evcil hayvanlar	
Mesleki alerjenler	

4.3.1. Ev Tozu Akarları

Alerjik rinite neden olan alerjenlerin birçoğu iç ortamda bulunmaktadır. Alerjik rinit, astım, gelişmesinde de önemli bir risk faktörüdür. Özellikle ev tozu akarları ile karşılaşmanın astım olgularında hastalığın sıklığını etkilediği görülmüştür (Sapan 2010). Alerjik hasta iç ortam alerjenlerine ev sınırları içerisinde kapalı bir ortamda daha fazla maruz kalmaktadır. Bunlardan en çok maruz kalınan ev tozu akarlarıdır. Ev tozu akarları; her evde bulunan kumaş, kıyafet, halı, tüylü eşyalar, oyuncaklar vb. objelerin kullanımı sırasında ve her temasta ev ortamına karışan alerjenlerdir (Sapan 2010; Keskin 2012).

4.3.2. Polenler

Polenler, dış ortamda en çok maruz kalınan alerjenlerdir. Ülkelerin ve bölgelerin bitki örtülerine göre polen alerjeninin çeşidi değişmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde kanarya otu poleni, İngiltere'de çayır polenleri, ülkemizde ise Akdeniz ikliminin ürünü olan zeytin ağacı polenlerinin en sık görülen polen alerjenleri olduğu saptanmıştır. Hayvan tüyleri ve deri döküntüleri de yapılan Prick Testi'nde pozitif sonuç vermektedir. Ev tozlarına göre bu alerjenlerden korunmak daha kolaydır. Bu alerjenler, alerjik rinit ve sonrası oluşabilecek astım olgularında da etkendirler ve korunulabilen alerjenler olarak bilinmektedir (Sapan 2010).

4.3.3. Hayvanlar ve Deri Döküntüleri

Ev tozu akarları gibi hem alerjik rinit hem de astım olgularında etkilidirler. Prick Testi'nde pozitif sonuç göstermektedir (Sapan 2010).

4.3.4. Mantarlar ve Küfler

Daha çok ağır astım ataklarında etkilidirler. İç etken olarak mantarların Aspergillus, Penicillium türleri, dış etken olarak Alternaria ve Cladosporium olarak adlandırılan türleri alerjik rinit ve astım olgularının burun ve deri bulgularında etkili olduğu belirlenmiştir (Sapan 2010).

4.3.5. Genetik Faktörler

Yapılan çalışmalarda ailede alerjik rinit öyküsü olan bireylerde AR gelişme riskinin olduğu bildirilmiştir (Tarkan ve ark. 2009). Ebeveynlerinden birinin alerjik riniti olan bireylerin alerjik rinit olma olasılığının %30, her iki ebeveyni alerjik rinit olan bireylerin ise alerjik rinit olma olasılığının %50 civarında olduğu bildirilmiştir (Tarkan ve ark. 2009).Yine çocukluk çağında alerjene daha çok maruz kalan bireylerin erişkinlik döneminde alerjik rinit olma olasılıkları daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Tarkan ve ark. 2009).

4.4. ALERJİK RİNİTİN FİZYOPATOLOJİSİ

Alerjik rinit, alerjenle karşılaştıktan sonra burun membranında bulunan nazal mukozanın immünglobulin E (IgE) aracılığıyla hücrel olarak enflamasyonuna bağlı gelişen bir hastalıktır (Keskin 2012). Enflamasyon alerjene karşı duyarlılık oluşturma ile başlamaktadır. Bu duyarlılık, alerjene yatkın bireylerin alerjen etkenle ilk karşılaştığı an ortaya çıkmaktadır. Mukozada yer alan dentritik hücrelerin içine alınarak peptitlere parçalanmaktadır. Majör histokompatibilite kompleksi (MHC) Klas II molekülleri ile yardımcı T hücreleri (CD4+), (Th2) hücrelerine gönderilmektedir. Bu Th2 hücre hem kendi klonundaki diğer Th2 hücrelerinin bu alerjene karşı özel olarak artmasını sağlar, hem de interlökin (IL) IL-4 ve IL-13 salgılayarak B lenfositlerini uyarır ve plazma hücrelerine dönüşmelerine neden olmaktadır. Oluşan plazma hücreleri alerjene özgü IgE üretmeye başlar ve oluşan IgE'ler dolaşıma katılarak bazofillerin ve bağ dokulardaki mast hücrelerinin yüksek bağlanabilirlikli IgE reseptörüne bağlanmaktadır. Bu olaylar sonucu birey alerjene karşı duyarlanmaktadır. Bireyin alerjenle ikinci karşılaşmasında ise alerjen mast hücreleri üzerinde yer alan IgE'lere çapraz bağlanarak mast hücrelerinde daha önce üretilmiş olan mediyatörlerin (histamin vb.) salınmasına neden olmaktadır. Salınan mediyatörler alerjik bireyde vazodilatasyon, müköz bez sekresyonlarında artış, duyuşal sinirlerin stimülasyonuna neden olmaktadır (Mungan 2002; Çelik 2007; Özdemir ve ark. 2017).

4.5. ALERJİK RİNİTTE KLİNİK BELİRTİ VE BULGULAR

Alerjik rinitte alerjen karşılaştıktan sonra nazal sorunlar (kaşıntı, akıntı, tıkanıklık vb.), rinore (burundan beyin omurilik sıvısının gelmesi), hapşırma atakları, nazal konjesyon, tıksırma, yumuşak damakta kaşıntı, koku ve tat duyularında bozulma, baş ağrısı ve solunum yolunda aşırı yanıtlar gibi alerjene karşı oluşturulan tepkiler görülmektedir (Tarkan ve ark. 2009). Alerjik rinitin komplikasyonlarına bakıldığında kronik rinit hastalarında nazal yolların tıkanıklığı nedeni ile sinüzit ve seröz otitis media görülmektedir (Kishiyama 2012).

Alerjik rinitin klinik belirtileri, mast hücrelerinin ve bazofil mediatörlerinin solunum yolu organları ile etkileşiminden ortaya çıkmaktadır. Çoğu hasta geç faz yanıtı belirtilerin kronik ve tekrarlayan semptomları ile karşılaşsa da, semptomlar erken faz diye adlandırılan alerjene ilk maruziyetten sonra aniden çıkmaktadır. Erken faz yanıtı; bir antijene maruz kaldıktan sonra dakikalar içinde oluşan yanıtıdır. İlgili alerjene maruziyetten sonra alerjik hasta hapşırmaya başlamakta ve nazal sekresyonda artış oluşmaktadır. Yaklaşık beş dakika sonra hastada mukozal şişme gerçekleşmektedir ve hava akımı azalmaktadır. Histolojik olarak, erken faz yanıtı vasküler geçirgenlik, vazodilatasyon, doku ödemi ve çoğunlukla granülositlerin hafif sellüler infiltrasyonu ile karakterizedir. Geç faz yanıtı; izole bir olay olarak ortaya çıkabilir olsa da, daha çok erken faz yanıtını takiben oluşmaktadır. İlk maruziyetten iki üç saat sonra başlamakta, 24 saatten sonra da sonlanmaktadır. 6-12 saat aralığında ise maksimum etki görülmektedir. Maruziyetin sıklığı ve şiddetine bağlı olarak tepki durumları değişmektedir. Eğer sıklık ve şiddeti yüksek maruz kalınma süresi fazlaysa alerji kronikleşmektedir. Geç faz yanıtı; eritem, endurasyon, ısı, yanma hissi, kaşıntı, mikroskopik olarak daha çok eozinofil ve mononükleer hücrelerin akışı ile karakterizedir. Havayolu va havayolundaki doku değişim ve yenilenimlerinde değişikliklerde ortaya çıkabilmektedir. Alerjik rinitte gelişen belirti ve bulgular Tablo 4.5.1’de belirtilmiştir (Kishiyama 2012).

Tablo 4.5.1. Alerjik Rinitte Belirti ve Bulgular

Hapşırma atakları

Nazal, oküler, palatal kaşıntı

Berrak burun akıntısı, rinore

Nazal konjesyon

Suluk, mavimsi nazal mukoza

Transvers nazal kıvrım

İnfaorbital siyanoz (alerjik mor gözler)

Seröz otitis media

Laboratuvar Bulguları

Nazal eozinofili

Cilt veya RAST* testi ile alerjene özgül IgE kanıtı

*RAST: Radyoallergosorbent Testi

4.6. ALERJİK RİNİTTE TANI YÖNTEMLERİ

Rinit semptomları ile gelen hastadan ayrıntılı bir şekilde öykü alınması alerjik rinit tanısının konulmasında önemli bir basamaktır. Alerjik rinitin kesin ve ayırıcı tanı yöntemleri; hastalık öyküsü, fiziksel muayene ve tanısal alerji testleridir. Tanısal alerji testleri; İn vivo ve in vitro testler iki tiptir. İn vivo: deri testleri; Prick testi, İntradermal test, İn vitro: Serumda alerjene özgü IgE, Alerjinin varlığını gösteren deri testleridir (Tarkan ve ark. 2009; Sapan 2010; Keskin 2012; Özdemir ve ark 2017).

4.6.1. Hastalık Öyküsü

Hastalık öyküsünde, var olan semptomlar ve geçirilmiş tüm sağlık sorunları ve cerrahi girişimler değerlendirilmelidir. Alerjik rinitte en sık rastlanılan semptomlar; burun tıkanıklığı, akıntısı, kaşınması, koku ve tat bozuklukları, yumuşak damakta kaşıntı, hapşırma ve baş ağrısıdır. Semptomların periyodik olması, bu semptomların bazı ortamlarda ve zamanlarda ortaya çıkıp bazen de kaybolması alerjik rinitin özelliklerindedir. Hastanın ev, iş, okul ve yuva ortamının durumu, ailede alerjik bireylerin olup olmadığı, hastada diğer alerjik hastalıkların varlığı iyice sorgulanmalıdır. Semptomların sıklığı, şiddeti, arttıran azaltan faktörler ve beraberinde getirdiği tüm komplikasyonlar öğrenilmelidir. (Çelik 2007; Tarkan ve ark. 2009; Köse ve Yazıcıoğlu 2010).

4.6.2. Fizik Muayene

Fizik muayene bulgularına bakıldığında burun akıntısı, sulanma, kaşıntı, hapşırma, tıksırma, konjonktivit, deri değişimleri, kızarıklık, solunum sıkıntıları (ağız solunumu/adenoid yüz) ve yumuşak damakta kaşıntı, burun kaşınması sebebiyle burunun el ayası ile yukarı doğru kaldırılarak bireyin kaşıntıyı geçirmeye çalışması nedeni ile burunun üzerinde çizikler oluşması gibi gözle görülebilen ve ifade etmesi kolay bulgular bulunmaktadır. Ayırıcı testlerden olan deri testlerinde de alerjene karşı verilen tepki deri de gözükabilmektedir. Muayenede bu bulgular değerlendirilmelidir (Çelik 2007; Güneşer Kendirli 2008; Tarkan ve ark. 2009; Köse ve Yazıcıoğlu 2010).

4.6.3. İn Vivo Testler ve İn Vitro Testler

İn vivo testler hastada alerjiye neden olan alerjenin hastaya verilerek oluşturduğu tepkiyi ve duyarlılığı gözleme ve alerji derecesini değerlendiren testlerdir. Hem hedef organa verilerek hem de deri üzerine uygulanarak yapılabilmektedir. Test sırasında oluşabilecek herhangi bir komplikasyona karşı sağlık çalışanı gerekli ekipmanı hazır bulundurmalıdır (Kurt ve ark. 2009; Kutlubay ve ark. 2012).

İn vivo deri testleri; Prick testi, İntradermal test olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Testin etkili sonuç vermesi için testten en az bir hafta önce test sonucunu yanıltabilecek antihistaminik, antidepresan, H2 reseptörleri gibi ilaçların kullanımı kesilmelidir (Kurt ve ark. 2009; Kutlubay ve ark. 2012).

- **Prick (delme) Test:** Kullanımı ve uygulaması kolay, maliyeti ucuz olan epikutan tanısal testtir. Ön kol epidermisin 1 mm civarı delinmesi ve o bölgeye bir damla alerjen uygulanması ile yapılmaktadır. Uygulandıktan sonra beş dakika ile 30 dakika arasında test sonucu belirlenmektedir. Sonucun kabul edilmesi için etkilenen bölgede endurasyonun çapının en az 3 mm olması gerekmektedir. Çapın 3 mm ve üzeri olmak üzere +1, +2, +3 olarak derecelendirilmektedir.
- **İntradermal Test:** Prick testine göre daha fazla yanlış pozitif verdiği belirlenmiştir. İmmünoterapi öncesi ilaç dozunu belirleyebilmek için uygulanmaktadır (Kurt ve ark. 2009; Kutlubay ve ark. 2012).

İn vitro testler; laboratuvar ortamında kan, serum ve vücut sıvıları olarak vücut dışında yapılan testlerdir.

- **Serumda Alerjene Özgü IgE:** Duyarlı alerjene özgü IgE'lere işaretlenmiş anti- IgE 'ler bağlanmaktadır. Anti-IgE'lerin sayısı ölçülerek alerjene özgü IgE'ler ölçülmüş olur (Kurt 2007; Güneşer Kendirli 2008; Sapan 2010; Kutlubay ve ark 2012; Özdemir ve ark 2017). İlk yöntem olarak Radyoallergosorbent Testi (RAST) kullanılmaktadır. Bu testte birden fazla alerjen taranması yapılabilmektedir (Midyat 2010).

4.7. ALERJİK RİNİTTE TEDAVİ

Alerjik rinit; alerjik hastanın sorumlu alerjenle karşılaşması ile tetiklenen ve alerjene cevap veren bir mekanizmadan oluşmaktadır. Dolayısı ile hastalığın seyri alerjen çokluğu, karşılaşma sıklığı ve şiddetiyle ilgilidir. Tedavide amaç; kişinin sosyal hayatını ve sağlık durumunu olumsuz etkileyen AR semptomlarının kontrol altına alınması ve iyilik halinin sürdürülmesidir. Alerji immünoloji de uzman bir hekim tarafından tedavi seçeneklerinin hasta ile planlanması ve hastanın duyarlılığının azaltılması gerekmektedir. Alerjik rinit tedavisi iyi bir hasta ve doktor ilişkisi kurularak sabırla sürdürülecek olan uzun bir süreçtir. Hastalığın klinik

belirtilerine göre uygun tedavi seçilmelidir. Hastalığın tedavisi karşılaşılan alerjene uygun yapılmaktadır. İlk seçenek alerjiden korunma ve çevre kontrolünün sağlanmasıdır. Bazen tek bir alerjene duyarlılık görülebilirken bazen de çoklu alerjen duyarlılığı görülebilmektedir. Alerjene maruziyet kontrol altına alınmadığı durumlarda tıbbi tedavi ya da immünoterapi yöntemlerine başvurulmaktadır (Tarkan ve ark. 2009).

4.7.1. Alerjen Etkenlerden Korunma ve Çevre Kontrolü

Nazal mukozanın alerjenle karşılaşması ile başlayan alerjik rinitte ortaya çıkan semptomlar hastaların yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Alerjik rinitte sorumlu alerjene maruziyet süresi ve alerjen çokluğu hastanın alerjisinin semptom şiddetini ve doğal seyrini belirlemektedir. Semptomlarına karşı ilk önleyici hareket alerjenin tanımlanarak alerjenle alerjik hastanın temasının önlenmesi ve kısıtlanmasıdır. Çevre kontrolü genellikle hayvan tüyü, deri döküntüleri ve ev tozu akarlarına karşı uygulanabilmektedir. Diğer alerjenlere karşı çevre kontrolünü uygulamaya çalışmak hem sosyoekonomik olarak hem de pratik olarak hastaları zorlayabilmektedir. Dış etkenlerden (polen, mantar vb.) korunmak ev içi alerjenlerden korunmaktan daha zordur. Özellikle hastanın polen alerjisi ile karşılaşmasını önlemek için hastanın sabah saatlerinde pencereleri ve kapıları açmaması, polen mevsiminde açık hava aktivitelerini minimuma indirmeleri istenmektedir. Eğer kısıtlanamıyorsa da eve geldiğinde elbiselerin değiştirilmesi, duş alınması maruziyetin azalması için gerekmektedir. Ev içi alerjenlerden korunma için yatak örtülerinin geçirimsiz olması, yıkanabilir yatak ve yatak örtülerinin (yıkama 60C° sıcaklıkta/ haftada bir kere) kullanılması, evin havalandırılması, güneş alması, nem ve rutubetten korunması, yünlü yatak, yorgan, halı ve tüylü oyuncakların ortamdaki uzaklaştırılması, hayvan tüyü, dışkı ve salyasından uzak durulması istenmektedir. Ev içi kitap, kağıt, ayakkabı, nemli ortamların mantar ve küf oluşabilecek ortamların iyi havalandırılması gerekmektedir. İyi havalandırma sistemleri ve gerekli yerlere koyulabilecek filtreler ile mantardan korunmak gerekmektedir. Ev içinde çiçek bulundurulmamalı ve hastanın bahçesi varsa dış ortamdaki çiçekler ve toprakla uğraşırken maske takılması önerilmelidir (Tarkan ve ark. 2009; Keskin 2012; Özdemir ve Elmas 2017).

4.7.2. Medikal Tedavi

4.7.2.1. Sistemik Steroidler

Sistemik steroidlerin AR tedavisinde etkin olmasına rağmen oluşturduğu yan etkilerden dolayı yaygın bir şekilde kullanılmamaktadır. Topikal uygulamanın sistemik steroid uygulamasına göre daha etkili olduğu gösterilmiştir (Tarkan ve ark. 2009; Keskin 2012; Özdemir ve Elmas 2017).

4.7.2.2. Topikal Nazal Steroid Spreyler

Alerjik rinitin tedavisinde vazokonstriktif etkisinden dolayı topikal nazal steroidlerin kullanılması önerilmektedir. Kullanıldıkları bölgede sistemik steroidlere göre daha etkilidirler. Nazal semptomlarda antihistaminiklere göre daha etkin olduğu bildirilmiştir. Uzun süre kullanımlarında sistemik yan etkilerinin veya nazal mukoza atrofisinin görülmemesi avantajı olan topikal nazal steroid spreyleler alerjik rinitin tedavisinde en sık kullanılan ilaçlardır (Tarkan ve ark. 2009; Keskin 2012; Özdemir ve Elmas 2017).

4.7.2.3. Antihistaminikler

Alerjik rinit tedavisinin temelinde yer almaktadır. Histamin alerjik rinitin gelişiminden sorumlu bir mediatördür. Uzun süreli kullanıma uygundur ve güvenlidir. Oral emilimleri iyidir. Etki süreleri kısadır. Hapşırma, burun ve göz kaşınması, sekresyon artışı şikayetlerinde etkilidir fakat burun tıkanıklığında etkili olmadığından dekonjestanlarla birlikte kullanılması gerekmektedir. Fakat birinci kuşak antihistaminikler kan beyin bariyerini geçerek sedatif ve antikolinergik etkilere neden oldukları için tedavide önerilmemektedir. Alerjik Rinit ve Astım Üzerindeki Etki (ARIA) kılavuzunda ikinci basamak antihistaminiklerin hastalığın şiddeti ve seyri fark etmeksizin oral ve topikal yolla kullanılabilceği belirtilmiştir (Tarkan ve ark. 2009; Keskin 2012; Özdemir ve Elmas 2017). Ancak güncellenen ARIA (2008) kılavuzunda perennial alerjik rinit tedavisinde intranazal antihistaminiklerin kullanılması önerilmemektedir (Yorgancıoğlu 2008; Tarkan ve ark. 2009; Keskin 2012; Özdemir ve Elmas 2017).

4.7.2.4. Dekonjestanlar

Nazal konjesyonların ve ödemin tedavisinde etkilidir. Topikal kullanım 12 saat, oral kullanım ise 24 saat etkisini sürdürebilmektedir (Tarkan ve ark. 2009; Keskin 2012; Özdemir ve Elmas 2017).

4.7.2.5. Lökotrien Antagonistleri

Lökotrien salınımı hem alerjik rinit hem de astımda etkindir. Oral kullanılır ve her iki hastalığın bir arada bulunduğu durumlarda tercih edilebilmektedir. Lökotrienlerin etkisini azaltarak ya da bloke ederek etkisini göstermektedir. Nazal konjesyon, rinore ve hapşırığa karşı daha etkin olduğu görülmüştür (Tarkan ve ark. 2009; Keskin 2012; Özdemir ve Elmas 2017).

4.7.2.6. Mast Hücre Stabilizatörleri

Mast hücre stabilizatörleri degranülasyonu engelleyerek enflamatuar mediatörlerin salınımını bloke etmektedir. Alerjene maruziyetten önce kullanılması hastada oluşacak erken ve geç reaksiyonları önlemede etkilidir (Tarkan ve ark. 2009; Keskin 2012; Özdemir ve Elmas 2017).

4.7.2.7. Antikolinergikler

En önce gelişen ve hastayı etkileyen önemli semptomun burun akıntısı olduğu durumda tercih edilmektedir. Nazal hipersekresyonu azaltmada etkilidir ancak hapşırma ve tıkanıklık üzerinde etkili değildir. Burunda kuruluk, ağızda kuruluk ve baş ağrısı gibi bazı lokal yan etkileri olsa da ciddi yan etkilere sahip değildir (Tarkan ve ark. 2009; Keskin 2012; Özdemir ve Elmas 2017)

4.7.2.8. İmmünoterapi

İmmünoterapi (İT), alerjiye neden olan alerjenin, alerjik hastanın vücuduna belirli aralıklarla düşük dozdan başlanıp giderek artan dozlarla alerejene karşı vücudun oluşturduğu immün yanıtların değiştirilmesi işlemidir. Kanda bulunan alerejene özgü IgE düzeyini azaltmak ve IgG düzeyinin artırılması esasına

dayanmaktadır. AR'da ilaç kullanma ihtiyacını ve semptomları azaltmada alternatif tedavi olarak etkilidir. İmmünoterapiye en etkili cevap polen alerjenlerinden gelmiştir. Beş yaş altı çocuklarda, ciddi dolaşım ve kalp hastalığı olanlarda, ileri derece psikiyatrik bozuklukları olanlarda, beta bloker kullanan hastalarda ve gebelerde kullanılmamaktadır. Gebelerde İT'ye gebelikten önce başlanmışsa devam edilebilmektedir. Oral, nazal sublingual, intralenfatik, epikutanöz olarak uygulanmaktadır. İT endikasyonları ile ilgili tüm konsensus raporlarında (International Rhinitis Management Working Group. International Consensus Report on the Diagnosis and Management of Rhinitis. Allergy 1994) aşağıdaki maddeler bulunmaktadır:

- İlaç tedavisi semptomları kontrol etmede yetersiz ise,
- İlaç tedavilerinde istenmeyen komplikasyonlar varsa,
- Alerjen eliminasyonu semptomları kontrol etmede yetersiz kalıyorsa,
- En az 2 mevsim ve 6 aydan fazla süren AR öyküsü varsa,
- Yapılan cilt testi veya IgE test sonucu AR semptomları ile uyumluysa,
- Hasta immünoterapiye uygun ve tedaviye de uyum gösterebilecek ise İT uygulanabilmektedir.

İmmünoterapinin en önemli komplikasyonu olan anafilaktik şoktur. Bu nedenle immünoterapi alanında uzman ve deneyimli doktorlar tarafından uygulanmalıdır (Tarkan ve ark. 2009; Sapan 2010; Keskin 2012; Özdemir ve Elmas 2017).

4.8. ALERJİK RİNİTLİ HASTALARIN TEDAVİ UYUMLARI

Alerjik rinitte varolan ve hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve sosyal çevrelerini kısıtlayan semptomları mevcuttur. AR tedavisinin ilk amacı alerjik hastada oluşan semptomlara yönelik kişiyi rahatlatıcı ve duyarlılığı azaltıcı medikal uygulamalardır. Tedavide daha çok semptomları azaltıcı bir yönelim varsa da tedavi sırasında oluşan yan etkiler, hastanın tedaviye uyum sağlamaması, düzenli kullanım olmaması, tedavinin semptomlara yönelik oluşu, bu kronik tabloyu sonlandıramayacağı gibi düşünce ve inançlar alerjik hastaların tedaviye uyum süreçlerini etkilediği bildirilmektedir (Blais 2003; Incorvaia ve ark. 2008; Valovirta ve Ryan 2008; Axelsson ve ark. 2014; Filanowicz ve ark. 2016).

Alerjik mevsim süresince hastaların artan semptomları hastaların verimliliğini düşürmekte, yine sağlık kuruluşlarına başvuru ve ilaç kullanımını arttırarak hastaya ve sağlık hizmetlerine ekonomik yük getirmektedir. Dolayısı ile AR'lı hastalarda semptomların giderilmesi ve yaşam kalitelerinin arttırılması için maliyet, etkili bir medikal tedavi ve tedaviye uyum olması gerekmektedir. Tedavi uyumu olmayan veya tedavi edilememiş hastalar alerji semptomları nedeniyle benlik algısında düşüş ve agresif davranışlarda bulunabilmektedirler. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin maliyetlerini de yükselttiğinden alerjik rinit tedavisine uyumluluk oldukça önemlidir (Blais 2003; Incorvaia ve ark. 2008; Cingi ve ark. 2011; Köberlein ve ark. 2013).

Tedavi uyumu AR'lı hastanın davranışının; ilaçlarını kullanmak ve hastalığın semptomlarını azaltmak için diğer yaşam biçimi değişikliklerini yerine getirmek anlamında klinik önerilerle uyuma boyutudur. Uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini olumlu algılayan hastaların tedavi uyumları, dolaylı olarak da yaşam kaliteleri olumlu etkilenebilmektedir (Incorvaia ve ark. 2008). Kronik hastalıklardan biri olan AR, hastaların fiziksel, sosyal ve ruhsal uyumunu gerektirebilen bir hastalıktır. AR'lı hastalarda sosyoekonomik faktörler, tedaviye inanmama, damgalanma, bilgi eksikliği, ilaçların yan etkileri, tedavi ve ilaçların etkisini ve olumlu sonuçlarını hastaların deneyimlememiş olması, ilaçları almayı unutma, kronik bir hastalık tanısı almanın strese neden olması gibi birçok faktör nedeni ile tedavi uyumsuzluğu gelişebilmektedir (Valovirta ve Ryan 2008; Axelsson ve ark. 2014; Filanowicz ve ark. 2016).

4.9. ALERJİK RİNİTLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ

Bireylerin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan, yaşam kalitelerini bozan ve bağımlılığa neden olan birçok kronik hastalıkta yaşam kalitesinin değerlendirilmesi giderek önem kazanmıştır. Alerjik rinit, dünyadaki 500 milyondan fazla hastanın günlük yaşamlarını etkileyen, görülme sıklığı oldukça yüksek olan önemli bir sağlık sorunudur. Tedavi edilmemiş hastalar alerji semptomları nedeni ile sosyal ve psikolojik durumları da olumsuz etkilenmektedir. Atopik bireyler, alerji mevsimi boyunca sürekli olarak bilişsel işlem, psikomotor hız, sözel öğrenme ve hafızada önemli düşüşler deneyimleyebilmektedirler (Blais 2003). Birçok hastada hastalık incelendiğinde şikayetleri azalmış dahi olsa mevsimsel alerjenlerin haricinde

perennial alerjenlerin de etkisiyle devamlılığı gözlemlenmiştir. AR, belirgin semptomları göz önüne alındığında hafif bir tablo gibi görülmesine rağmen hastaların iş, okul, sosyal yaşamları, uyku kalitesi ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte komorbid durumlara da neden olmaktadır. AR'lı hastalarda sinüzit ve astım görülme sıklığı dört kat artmaktadır (Cingi ve ark. 2011; Chauhan ve Khokhar 2015). AR'lı hastaların yaklaşık üçte birinde astım görülürken, astımlı hastaların da %85'inde AR görüldüğü bildirilmiştir (Bousquet ve ark. 2008). AR'lı hastalarda medikal tedavinin semptomları ve komorbid durumları azalttığı, yaşam kalitelerini olumlu etkilediği literatürde gösterilmiştir (Potter ve ark. 2003; Mansfield ve ark. 2004; Chauhan ve Khokhar 2015).

Hastalığın yaygın belirti ve bulguları, burun akıntısı, mukus artışı, burun kaşınması, burun tıkanıklığı, gözde kızarıklık ve kaşıntı, yumuşak damakta kaşıntı, tat ve koku bozuklukları, hapşırma ve baş ağrısıdır (Tarkan ve ark. 2009; Özdemir ve ark. 2017). Bu semptomlar, hastaların yaşamını fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz etkilemektedir. Hastalarda iş gücü kaybı, uyku bozukluğu ve ekonomik yüke neden olmaktadır (Korkut 2001). Günümüzde farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi yöntemleri uygun hastalarda doğru kullanımla hastaların semptomları, solunum fonksiyonları ve alevlenmeler üzerinde olumlu etkileri olduğu, hastalıkla ilgili sağlık giderlerini azaltarak, yaşam kalitesini de arttırdığı gösterilmektedir (Doğru 2015).

4.10. ALERJİK RİNİTTE HEMŞİRELİK BAKIMI

Kronik hastalıklardan biri olan ve mevsimsel durumlardan etkilenebilen bir hastalık olarak AR, hastada fiziksel, sosyal, psikolojik, ekonomik olarak olumsuz durumlar oluşturabilmektedir. Bu hastalar günlük aktiviteleri yapma, temizlik ve evcil hayvan bakma durumları gibi sosyal olayları kısıtlayıcı önlemler alınmaktadır. Hemşireler kronik hastalıkların tedavi ve uyumlarında önemli rollere sahiptirler. Hemşire, hastanın uyumunu kolaylaştırmak için, bireyin sağlık ve hastalık durumunu iyi tanımalı, bu durum ile baş edebilme mekanizmalarının etkinliğini iyi değerlendirebilmeli ve gerekli hemşirelik eğitimlerini ve girişimlerini bu bilgiler ışığında planlayarak uygulamalıdır. Hemşirelik bakımında amaçlar;

- Eliminasyon; hastanın çevresinden polen, ev tozu, mantar sporları, hayvan tüyü ve deri döküntüleri uzaklaştırılması, hastaya tozsuz bir ortama sağlanması,

- Semptomlarının giderilmesi ya da kontrol altına alınması,
- İyilik halinin sürdürülmesidir (Kaptan ve Dedeli 2012).

Hastaya kendine öz bakımının nasıl yapılacağı konusunda eğitim yapılmalıdır. İritanlar, tozlar, hayvan tüyleri, sigara gibi alerjik rinite neden olan etkenlerden kaçınması gerektiği belirtilmelidir. Öncelikle en sık rastlanan ve yıl boyu yakınmalara yol açan akarlarla mücadele edilmelidir. Bu amaçla yatak odasında tüylü ve yünlü eşyalar kaldırılmalı, özel vakumlu kullanılmalı ve akarları yok eden özel deterjanlarla temizlik yapılmalıdır (Olgun 2011).

Nazal saline veya aerosol spreylerin kullanımı mukoz membranların nemlendirilmesinde sekresyonların yumuşatılmasında ve iritanların uzaklaştırılmasında yardımcı olabilir. Hemşire hastaya ilaçlarını nasıl kullanacağını açıklamalıdır. Özellikle nazal kavite içine ilaç uygulamadan önce burun temizliğinin yapılması gerekir. İnfeksiyöz rinitte hemşire hastaya el hijyenini ve bulaşmayı önleyici teknikleri de açıklamalıdır (Olgun 2011).

4.11. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Alerjik rinit burun mukozasının alerjik etkenlere karşı oluşturduğu Tip I aşırı duyarlılık reaksiyonudur (Eşer ve ark. 2008). Nazal tıkanıklık, akıntı, hapşırma, konjonktivit belirtileri, damakta ve burunda kaşıntı, tat ve koku bozuklukları, baş ağrısı, halsizlik, yorgunluk, huzursuzluk hastalığın yaygın belirti ve bulguları arasında yer almaktadır (Loh ve ark. 2004; Eşer ve ark. 2008; İriz ve ark. 2009; Cingi ve ark. 2011). AR, semptomlar düşünüldüğünde hafif bir tablo gibi görülmesine rağmen yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Bununla birlikte aktif çalışan ve okula devam eden hastaların sosyoekonomik düzeylerini olumsuz etkilemektedir (Cingi ve ark. 2011; Keskin 2012).

Tedavi uyumu olmayan ya da tedavi edilememiş hastalar devam eden semptomları nedeni ile psikomotor hız, sözel öğrenme ve hafızada önemli düşüşler deneyimleyebilmekte sonuç olarak da benlik algıları da olumsuz etkilenebilmektedir (Blais 2003). Ayrıca hastaların %80'i hayatını riske sokabilecek bir hastalık olmadığı düşünmeleri, doktor tavsiye üzerine alınan ilaçların uzun süre kullanılmalarının olması ya da geçici yarar sağlamalarından dolayı ilaçlarını

kullanmayı sürdürmemektedirler (Bradley 2007; Keleş 2001; Bender 2015). Hastaların tedavi uyumlarının yetersiz olması semptom yükü ve ekonomik yükü anlamlı olarak arttırmaktadır (Bender 2015). Dolayısıyla AR'lı hastalarda alerjik semptomların yönetimi ve tedavi uyumunun hastaların fiziksel, duyuşal, sosyal ve psikolojik alt boyutlarını içeren yaşaam kaliteleri üzerine etkilerinin kapsamlı bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir (Blais 2003; Köberlein ve ark. 2013).

Literatürde AR'lı hastalar ile yürütölen araştırmalar genellikle uyku kalitesi (Passalacqua 2006; Yıldırım ve ark. 2018), tedavi uyumu, benlik algısı (Blais 2003; Loh ve ark. 2004; Bradley ve ark. 2007; Köberlein ve ark. 2013), öğrenme becerileri (Sayın ve ark. 2013), çevre kirliliği (Yorgancıoğlu 2008), maliyet (Köberlein ve ark. 2013), yaşaam kalitesi ve etkileyen faktörleri (Eşer 2008; Tuncer ve Yüksel 2012), anksiyete, duyuşu durum bozuklukları (Sayın 2013), mevsimsel ve çevresel etmenleri (İriz ve ark. 2009) değerlendirmiştir. AR'lı hastaların tedavi uyumları ve yaşaam kalitelerini bir arada değerlendiren sınırlı sayıda çalışma olduğu görölmüştür (Bradley ve ark. 2007; Köberlein ve ark. 2013). Bu çalışmada, literatürden farklı olarak AR'lı hastaların tedaviye uyumları ve yaşaam kalitelerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ

Araştırma Mayıs 2018 – Ocak 2019 tarihleri arasında Prof. Dr. Cengiz Kırmaz'ın İzmir Bayraklı'da bulunan özel polikliniğinde yürütüldü.

5.3. ARAŞTIRMA EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; Prof. Dr. Cengiz Kırmaz'ın İzmir Bayraklı'da bulunan özel polikliniğinden tedavi ve bakım hizmeti alan alerjik rinitli hastalar oluşturmaktadır. Evrenin tamamına çalışmanın sınırlılıkları dahilinde ulaşılması planlandığından herhangi bir örnekleme yöntemine gidilmedi. Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında bu özel polikliniğe toplam 350 AR'lı hastanın başvurduğu belirlendi (N=350). Ülkemizde AR görülme sıklığı %8,9 ile % 27,7 arasında olduğu bildirilmektedir (Köse ve Yazıcıoğlu 2010). Araştırmanın sonuçlarının güvenilir olması ve istatistiksel analizin yapılabilmesine yetecek büyüklükte bir örnek büyüklüğüne karar vermek için %28 sıklık, %5 göz yumulabilir hata payı ve %95 güven aralığına göre örneklem büyüklüğü hesaplandı. Araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun 165 AR'lı hasta ile çalışmanın yürütülmesine karar verildi (n=165). Araştırmaya dahil olma kriterleri;

- 18 ile 65 yaş arası olan,
- Kanser tanısı olmayan,
- Görüşüldüğü sırada solunum yolu enfeksiyonu olmayan,
- Günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayıcı herhangi bir bedensel, ruhsal ve zihinsel engeli olmayan,
- Soru formlarındaki ifadeleri anlama yetisine sahip olan,

- Çalışma hakkında bilgi verildikten sonra kendi rızası ile çalışmaya katılmayı kabul eden AR'lı hastalardır.

5.4. ARAŞTIRMANIN SORULARI

Alerjik rinitli hastaların tedaviye uyumları nasıldır?

Alerjik rinitli hastaların yaşam kaliteleri nasıldır?

Alerjik rinitli hastaların tedaviye uyumları yaşam kalitelerini etkiler mi?

5.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bağımlı Değişkenler: Hastaların Türkçe Rinit Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları puanlar bağımlı değişkenlerdir.

Bağımsız Değişkenler: Hastaların Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği'nden aldıkları puanlar bağımsız değişkenlerdir.

5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, hasta tanıtım formu, Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (TMMÖ) ve Türkçe Rinit Yaşam Kalitesi Ölçeği (TRYKÖ) kullanılarak toplandı (Ek-1).

5.6.1. Hasta Tanıtım Formu: Hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalık bulgularını içeren, araştırmacılar tarafından literatür kullanılarak hazırlanmış dokuz soruluk bir anket formudur (Keleş 2001; Topal ve ark. 2008; Yorgancıoğlu ve ark. 2008).

5.6.2. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği: Birinci basamakta kronik hastalıklarda uzun süreli ilaç tedavisine uyumluluğu değerlendirmede kullanılmaktadır. 6 sorudan oluşmaktadır. 1, 2 ve 6. sorular hastaların motivasyon düzeyini değerlendirmekte, 3, 4 ve 5. sorular ise bilgi düzeyini değerlendirmektedir. Sorular Evet/Hayır olarak yanıtlanmakta olup değerlendirmede; 2 ve 5. Sorularda evet 1 puan, hayır 0 puan; diğer sorularda evet 0 puan, hayır 1 puandır. 1,2 ve 6.

sorulardan hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük motivasyon düzeyini, >1 ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3,4 ve 5. sorulardan aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, >1 ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir. Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliği Vural ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalıklı bireylerde kullanılabileceği önerilmektedir (Oğuzülgen ve ark. 2014). TMMÖ'nün araştırmada kullanılabilmesi için yazar izni elektronik posta alındı (Ek-2).

5.6.3. Türkçe Rinit Yaşam Kalitesi Ölçeği: Özşeker ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilmiş olup alerjik rinitli hastaların son 15 gün içerisindeki fiziksel, sosyal ve emosyonel fonksiyonlarını birlikte ölçmektedir. Ölçeğin puan aralığı 0-84 olduğu ve alınan puan arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı bildirilmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,94'tür. Alerjik rinitin sıklıkla sinuzitle birlikteliği göz önüne alınarak geliştirilen ölçeğin rinosinuzitli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılması önerilmektedir (Özşeker ve ark. 2012). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak bulundu. TRYKÖ'nün araştırmada kullanılabilmesi için yazar izni elektronik posta alındı (Ek-3).

5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırma verileri çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında Prof. Dr. Cengiz Kırmaz'ın İzmir Bayraklı'da bulunan özel polikliniğinde gündüz çalışma saatleri içerisinde, tedavi ve bakım hizmeti alan, araştırmaya dahil olma kriterlerine uygun olan AR'li hastalar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından dolduruldu. Her bir görüşme yaklaşık 30 dakika sürdü.

5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verileri bilgisayara girildikten sonra, verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizler ve t testi kullanıldı. Bulgular, sayısal ve yüzdellik dağılım, ortalama (Ort) ve standart sapma (SS) şeklinde gösterildi. Anlamlılık $\alpha=0,05$ güven aralığında $p<0,05$ olarak kabul edildi.

5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın yalnızca Prof. Dr. Cengiz Kırmaz'ın İzmir Bayraklı'da bulunan özel polikliniğinden tedavi ve bakım hizmeti alan hastalar ile yürütülmesi nedeni ile bulgular toplumdaki tüm AR'lı hastalara genellenemez.

5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan ilgili izin alındı (Ek 4). Araştırmada insan olgusunun kullanımı bireysel hakların korunmasını gerektirdiğinden çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklerasyonu'na sadık kalındı.

6. BULGULAR

6.1. ALERJİK RİNİTLİ HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE KLİNİĞİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Çalışmaya katılan alerjik rinitli hastaların yaş ortalamaları $34,9 \pm 11,2$ (18- 69) yıl olup büyük çoğunluğu (%55,2) kadın idi. AR'lı hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 6.1.1.A ve 6.1.1.B'de belirtildi.

Tablo 6.1.1.A Alerjik rinitli hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri (n=165)

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	91	55,2
Erkek	74	44,8
Medeni Durum		
Evli	100	60,6
Bekar	65	39,4
Eğitim Durumu		
İlköğretim	22	13,4
Lise	39	23,6
Lisans	92	55,8
Lisansüstü	12	7,3

Tablo 6.1.1.B Alerjik rinitli hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri (n=165)

Özellikler	Sayı	%
Meslek		
Öğrenci	29	17,6
Ev Hanımı	16	9,7
Memur	24	14,5
Serbest Meslek	69	41,9
İşçi	22	13,3
Emekli	5	3
Tanı Yılı		
1 yıldan az	45	27,3
1-5 yıl	76	46,1
6-10 yıl	16	9,7
11 yıl ve üzeri	28	17
Tedavi		
İmmünoterapi	165	100
Tedavi yılı		
1 yıldan az	80	48,5
1-5 yıl	85	51,5

Araştırmaya katılan alerjik rinitli hastaların hastalık bulguları Tablo 6.1.2’de gösterildi.

Tablo 6.1.2. Alerjik rinitli hastaların hastalık bulguları (n=165)

Bulgular	Sayı	%
Rinit		
<u>Kaşıntı</u>		
Yok	31	18,8
1 saat/gün az	17	10,3
1-2 saat/gün	18	10,9
2 saat/gün fazla	99	60
<u>Tıkanıklık</u>		
Yok	32	19,4
1 saat/gün az	17	10,3
1-2 saat/gün	17	10,3
2 saat/gün fazla	99	60
<u>Akıntı</u>		
Yok	36	21,8
1 saat/gün az	19	11,5
1-2 saat/gün	19	11,5
2 saat/gün fazla	91	55,2
<u>Hapşurma</u>		
Yok	29	17,6
Günde 10' dan az	36	21,8
Günde 10-20 arası	29	17,6
Günde 20' den fazla	71	43
Konjunktivit		
<u>Sulanma</u>		
Yok	58	35,2
Var	107	64,8
<u>Kaşıntı</u>		
Yok	46	27,9
Var	119	72,1
<u>Kızarıklık</u>		
Yok	55	33,3
Var	110	66,7
Astım		
<u>Semptomlar</u>		
Sürekli	6	3,6
Her gün	2	1,2
3-6 gün/hafta	3	1,8
0-2 gün/hafta	5	3
<u>Gece Semptomları</u>		
Sık	7	43,8
Ayda 5 ve üzeri	4	25
Ayda 3-4	1	6,3
Ayda 2 veya az	4	25
<u>Alevlenme</u>		
Sık	3	18
Haftada 2 ve üzeri	5	31,3
Haftada 2'den az	8	50

6.2. ALERJİK RİNİTLİ HASTALARIN TEDAVİ UYUM ÖLÇEĞİNDEN ALDIKLARI PUAN ORTALAMALARI

Alerjik rinitli hastaların tedavi uyum ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 6.2.1’de belirtildi. Hastaların tedavi uyum ölçeğinin motivasyon puan ortalaması $2,58\pm0,67$ bilgi puan ortalaması $2,63\pm0,64$ olarak bulundu. Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunun (%90,9) Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’nin motivasyon alt boyutundan >1 puan aldığı bulundu. Hastaların %92,2’sinin Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği’nin bilgi düzeyi alt boyutundan >1 puan aldığı görüldü.

Tablo 6.2.1. Hastaların tedavi uyumu ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları (n=165)

Tedavi uyum ölçeği	Ort±ss#	Minimum-maksimum puan
Motivasyon	$2,58\pm0,67$	0-3
Bilgi	$2,63\pm0,64$	0-3

Not: #Ort±ss = ortalama ± standart sapma

6.3. ALERJİK RİNİTLİ HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ’NDEN ALDIKLARI PUANLAR

Alerjik rinitli hastaların yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması $20,5\pm15,2$ olarak bulundu.

Alerjik rinitli hastaların yaşam kalitesinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 6.3.1’de belirtildi.

Tablo 6.3.1. Alerjik Rinitli Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar (n=165)

	Ort±ss#	Minimum-maksimum puan
Yaşam Kalitesi Ölçeği	20,5±15,2	0-70

Not: #Ort±ss = ortalama ± standart sapma

6.4. ALERJİK RİNİTLİ HASTALARIN TEDAVİ UYUMU ÖLÇEĞİ'NDEN ALDIKLARI PUANLARA GÖRE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ'NDEN ALDIKLARI PUANLAR ARASINDAKİ FARKLAR

Alerjik rinitli hastaların tedavi uyumuna göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki farklar Tablo 6.4.1'de belirtildi.

Tablo 6.4.1. Alerjik Rinitli Hastaların Tedavi Uyumu Ölçeği'nden Aldıkları Puanlara Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar Arasındaki Farklar (n=165)

Türkçe Rinit Yaşam Kalitesi Ölçeği						
Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği		n	%	Ort±ss#	t	P
Motivasyon	<1	15	9,1	31,13±17,04	-	0,02*
	>1	150	90,9	19,50±14,72	2,54	
Bilgi	<1	13	7,9	32,46±14,05	-	0,00**
	>1	152	92,1	19,54±14,97	3,16	

Not: #Ort±ss = ortalama ± standart sapma, *p<0,05, **p<0,01

Hastaların motivasyon düzeylerine göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Alerjik rinitli hastaların bilgi düzeyine göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$).



7. TARTIŞMA

Alerjik Rinit; alerjik hastalıkların içinde en sık görülen ve nazal mukozanın IgE aracılığıyla enflamasyonuna bağlı oluşan kronik bir hastalıktır (Korkut 2001). Tüm dünyada görülme sıklığı yaklaşık %10-20 arasında iken (Ray ve ark. 1999), ülkemizde görülme sıklığının %8,9-27,7 arasında olduğu bildirilmektedir (Köse ve Yazıcıoğlu 2010). Araştırmamıza katılan AR'li hastaların yaş ortalamaları $34,9 \pm 11,2$ (18-69) yıl olup çoğunluğu (%55,2) kadın idi. Ülkemizde AR'li hastalar ile yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında hastalarımızın özelliklerinin benzer olduğu söylenebilir (Korkut 2001; Tahami ve ark. 2006; Eşer ve ark. 2008; Tarkan ve ark. 2009; Özdemir ve ark. 2017).

Alerjik rinitin, hastaların yaşamını fiziksel, sosyal ve emosyonel yönden olumsuz etkileyen kronik bir hastalık olduğu bilinmektedir (Korkut 2001). Hastalığın burun akıntısı, mukus artışı, burun, göz ve yumuşak damak kaşıntıları, baş ağrısı ve nöbet şeklinde hapşırma gibi yaygın belirti ve bulguları hastalarda iş gücü kaybı, uyku bozuklukları ve sosyoekonomik yüke neden olmaktadır (Korkut 2001; Tarkan ve ark. 2009; Özdemir ve ark. 2017). Çalışmamızda AR'li hastaların büyük çoğunluğunda semptomlarının şiddetli olduğu görüldü. Bu durum, hastaların mevsimsel etkenlerin hastalığın şiddetini arttırdığını ifade etmeleri, çevre kontrolü ve alerjiden korunma yollarının hastaların günlük yaşamlarının işleyişlerine ve maddi durumlarına bazen uygun olamadığı için hastalar kendilerini yeterince koruyamadıklarını belirttiler.

Kronik hastalıklarda tedavi uyumsuzluğu sık görülen bir sorundur. Bununla birlikte tedavi uyumsuzluğunun değerlendirilmesi de oldukça zordur. Literatürde tedavi uyumunun değerlendirilmesi için hastaların kendi bildirimleri, biyokimyasal izlem, elektronik ilaç izlemi, eczane kayıtları ve hekimin düşüncesi gibi çeşitli ölçüm yöntemlerinin kullanılabileceği önerilmektedir (Bozbaş ve ark. 2011; Kepil Özdemir

ve Özgüçlü 2017). Alerjik rinitli hastaların tedavi uyumlarını TMMÖ ile değerlendirdiğimiz çalışmamızda TMMÖ'nün alt boyutlarından biri olan motivasyon düzeylerinin hastalarımızın çoğunluğunda (%90,9) yüksek düzeyde olduğu, yine bir diğer alt boyutu olan bilgi düzeylerinin de (%92,1) yüksek düzeyde olduğu bulundu. Araştırma bulgularımız AR'lı hastaların tedavi uyumlarını değerlendiren çalışmalar ile karşılaştırıldığında (Kynganés 2000; Lavorini ve ark. 2008; Restrepo ve ark. 2008; Souza ve ark. 2009; Kuang ve ark. 2012) hastalarımızın tedavi uyum düzeylerinin daha iyi olduğu görüldü. Bu durum hastaların büyük çoğunluğunun tanı ve tedavi sürelerinin bir ile beş yıl arasında olması ve tüm hastaların immünoterapi alması ile açıklanabilir. Literatürde AR tedavisinde kullanılan alerjen spesifik immünoterapinin etkinliği için üç yıl süre ile sürekli veya mevsim öncesi uygulanması önerilmektedir (Tuncer ve Yüksel 2012). Alerjen spesifik immünoterapi alan hastalar ile yapılan bir çalışmada (n=280) hastaların 74'ünün bir yıl sonra tedaviyi bıraktığı tedavi uyum oranının %73,6 olduğu bildirilmiştir (Kuang ve ark. 2012). AR'li hastalarda yapılan bir çalışmada (n=399) tedaviye uyumsuzluğa neden olan faktörler, hastaların tedavinin etkin olmadığını düşünmeleri (%24), hekimin hastaya ulaşamaması (%25) ve hastaların sağlık kuruluşuna uzak olması (%18) olarak tanımlanmıştır (Kiotseridis ve ark. 2018). AR'lı hastalarda tedavi uyumu ile ilgili yürütülen başka bir çalışmada, tedavi uyumsuzluğuna neden olan faktörlerin ilaçlara ulaşamama, maliyet, ilaçların yanlış kullanımı, yan etkileri, unutkanlık, öz yeterlilik eksikliği olduğu gösterilmiştir (Köberlein ve ark. 2013). Her hastada tedavi uyumsuzluğunun nedenleri farklılık göstermektedir. Bu nedenle hastaların tedaviye uyumsuzluk nedenlerinin değerlendirilmesi, tedavi uyumsuzluğuna neden olabilecek faktörlerin belirlenmesi ve nedenlere yönelik bireye özel müdahalelerin uygulanmasının tedaviye uyumu arttıracığı belirtilmektedir (Kepil Özdemir ve Özgüçlü 2017).

Yaşam kalitesi Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nun tanımına göre; bireyin kendi durumunu, kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi olarak tanımlamaktadır. Dolayısı ile yaşam kalitesinin algılanması bireysel refahı ile ilgili standartlar, çevreyi, dünyayı algılayış biçimleri ve tedavi ile ilgili beklentilerine bağlı olarak bireyden bireye farklılık gösterebilmektedir (The WHOQOL Group 1996). Birinci basamak sağlık kurumlarına en sık başvuru nedenlerinden biri olan AR'ın neden olduğu semptomlar, bireyin yaşamını sosyal, fiziksel ve emosyonel olarak olumsuz etkileyerek yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (Kırmaz ve ark. 2004;

Mesges ve Klimek 2007). Kronik hastalıkların tedavisi genellikle morbidite ve mortaliteyi önlemek amacı ile yapılırken AR tedavisi bireylerin semptom kontrolünü sağlayarak ve yaşam kalitelerinin artırması amacı ile yapılmaktadır (Tahamiler ve ark. 2006). Bousquet ve ark. (2008)'nın yaptığı bir çalışmada (n=3052) AR şiddetinin, AR süresine göre yaşam kalitesi (uyku, günlük yaşam aktiviteleri ve profesyonel performans) üzerinde daha fazla etkiye sahip olduğu bildirilmiştir. Alerjik rinit hastaların uyku kalitesini, psikolojik iyilik halini, bilişsel işlevlerini ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Cingi ve ark. 2013). Hastalığın nazal sorunları uyku düzenini ve kalitesini etkileyen solunum bozukluklarını oluşturmaktadır (Camelo-Nunes ve Solé 2010; Sayın ve ark. 2013; Chauhan ve Khokhar 2015; Yıldırım ve ark 2017). AR'da hastalığın nazal sorunlarından olan burun tıkanıklığının özellikle uyku kalitesi üzerinde olumsuz etkisi olduğu bildirilmektedir (Yıldırım ve ark. 2017). Gece kortizol seviyelerinin düşmesi ve inflamatuvar sitokin seviyelerinin etkilenmesi ile kaşıntı ve hava yolu tıkanmaları oluşmaktadır. Sadece AR'ın oluşturduğu semptomlar değil fizyopatolojisine katılan mediatörler de genellikle uykuyu bozarak yorgunluk, huzursuzluk, gündüz uykusu, hafıza eksikliği ve depresyona neden olabilmektedir. En belirgin semptom olan burun tıkanıklığı ise zihinsel sağlık, öğrenme ve dikkat üzerinde ciddi etkilere neden olan bir semptom olarak tanımlanmaktadır (Camelo-Nunes ve Solé 2010; Chauhan ve Khokhar 2015; Yıldırım ve ark 2017). Bu bulguların aksine çalışmamızda hastalarımızın yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların düşük olduğu dolayısı ile yaşam kalitelerinin iyi düzeyde olduğu bulundu. Bu durum hastaların özel bir klinikte, yeterli zaman ayrılarak, alanında uzman bir hekim tarafından eğitim ve bilgilendirme yapılması, hastaların birebir sorularını etkili bir şekilde sorabilmeleri, açık ve anlaşılır bir iletişim kurabilmeleri aynı zamanda hastaların ihtiyaç duydukları zamanlarda uzman hekimlerine ulaşabilmeleri ile açıklanabilir.

Solunumsal alerjik hastalıklardan olan alerjik rinitte hastaların kendi kendilerine ilaç uygulamaları ve semptom yönetimi için tedavi uyumları önemlidir (Blais 2003). AR tedavi yöntemlerinden biri olan sublingual immünoterapi (SLIT) özellikle çocuklarda iyi tolere edilmesi ve güvenilir olması nedeni ile en sık başvurulan tedavi yöntemidir. Öte yandan etkinliğinin yeterli olmaması nedeni ile yetişkin hastalar tarafından sık sık tedaviye uyumsuzluk gelişmektedir (Lemberg ve ark. 2016). SLIT tedavisi alan pediatrik AR'lı hastalarda (n=393) tedavi uyumu ve yaşam kalitelerini

değerlendiren retrospektif bir araştırmada hastaların %70,2'sinin tedavi uyumu olduğu ve yaşam kalitelerinin de daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Lemberg ve ark. 2016). SLIT kullanan alerjik rinokonjonktivitli yetişkin (n=236) ve çocuk (n=163) hastalar ile yürütülen bir çalışmada, hastaların üç yıllık tedavi sürecine uyumu ve yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. Tedavinin üçüncü yılında hastaların tedavi uyum oranının %88,9 olduğu, tedavi uyumu yüksek olan hastaların semptomlarının azalarak daha iyi yaşam kalitelerine sahip oldukları gösterilmiştir (Kiotseridis ve ark. 2018). AR tedavisinde H1 antihistaminikler en sık reçete edilen ilaçlardır. Tedavide verilen tüm antihistaminikler aynı etkinliğe sahip olsa da kimyasal yapısı, farmakolojisi ve toksisite potansiyeli açısından aralarında büyük farklar bulunmaktadır (Camelo-Nunes ve Solé 2010). AR'ın tedavisinde kullanılan antihistaminik ilaçların birçoğunun sedatif etkileri olabilmektedir. Gece kullanılmasına rağmen bireylerin gündüz performansını da etkileyebilmektedir. İntranazal kortikosteroidler ise uzun süre kullanımda nazal obstrüksiyon, burun içinde kuruluk, kanama, uykusuzluk ya da gün içinde uykululuğa neden olmaktadır. Bu nedenle hastalar ilaçlarını düzenli olarak kullanmamaktadırlar (Blais 2003). Bu hastalarda tedavi uyumsuzluğunun semptomları artırarak yaşam kalitesi ve tedavi memnuniyetini azalttığı belirtilmiştir (Blais 2003; Sayın 2013; Kalkan ve ark. 2013). Çalışmamızda alerjik rinitli hastaların TMMÖ'nin motivasyon alt boyutuna göre yaşam kalitelerinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde motivasyonu yüksek olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulundu. Bu bulgu, hastaların tedavi ile ilgili motivasyonları arttıkça yaşam kalitelerinin artması ile açıklanabilir. Alerjik rinitin tedavisinde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması hastalık semptomlarını, hastalığın oluşturduğu sağlık giderlerini azalttığı, ayrıca solunum fonksiyonları ve hastalığın alevlenmeleri üzerinde olumlu etki oluşturarak yaşam kalitesini de arttırdığı gösterilmektedir (Doğru 2015). Solunumsal alerjik hastalıklarda tedavi uyumunun yaşam kalitesinin önemli belirteçlerinden biri olduğu birçok çalışmada vurgulanmıştır (Blais 2003; Valovirta ve Ryan 2008; Camelo ve Solé 2010).

Araştırmamızda alerjik rinitli hastaların TMMÖ'nin bilgi alt boyutuna göre yaşam kalitelerinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde bilgi düzeyi yüksek olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulundu. Bu bulgu, bilgi düzeyi yüksek olan hastaların alerjenleri ve semptomlarını tanıyarak kontrol edebilmeleri bu bağlamda da yaşam kalitelerinin daha yüksek olması ile açıklanabilir. Alerjik rinitli

hastalar semptomlarını ve şiddetini yeterince kontrol edemediklerinde hafıza ve öğrenme gibi fonksiyonel özellikleri etkilemektedir. Bu fonksiyonel özelliklerin olumsuz etkilenmesi de günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca sürekli nazal (burun tıkanıklığı, akıntısı, rinore) ve göz sorunlarının oluşturduğu olumsuz etkilerle birlikte hastalarda sinirlilik, baş ağrısı ve huzursuzluk yarattığı bilinmektedir (Camelo-Nunes ve Solé 2010). Rinokonjonktivit Yaşam Kalitesi Ölçeği (RQLQ) kullanılarak yapılan bir çalışmada (n=1,948), AR' lı hastaların durumlarından utanç duyduğu (%70), hayal kırıklığı yaşadığı (%72), sürekli mendil taşıma ve sürekli burun veya gözlerini silme davranışları (%98) nedeni ile sosyal sorunlar yaşadıkları belirtilmiştir (Tanner ve ark. 1999). Bireylerin fonksiyonel yaşamlarını etkilemenin dışında AR, birçok hastanın çocukluk çağından erişkinliğe itibaren ev hayatı, çevreye uymunu, aile ve sosyal yaşam faaliyetlerini (kamp, piknik vb.), evcil hayvan bakımı gibi aktivitelerini engellediğinden AR'lı hastaların aile içinde bile sosyal izolasyon duyguları yaşayabildikleri vurgulanmıştır (Meltzer 2001; Camelo-Nunes ve Solé 2010).

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçları, alerjik rinitli hastaların büyük çoğunluğunun tedavi uyumlarının yüksek olduğunu, tedavi uyumları arttıkça yaşam kalitelerinin de arttığını gösterdi.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Alerjik rinitli hastaların tedavi uyumlarını olumsuz etkileyen yetersizliklerin belirlenerek tedavi ve bakımda öncelik verilmesi,
- Hastaların tedavi uyumlarını olumsuz etkileyen sorunların bu alanda uzman sağlık profesyoneli tarafından belirlenerek bireyselleştirilmiş girişimlerin planlanması önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

Axelsson M, Brink E, Lötval J. A personality and gender perspective on adherence and health-related quality of life in people with asthma and/or allergic rhinitis. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2014 Jan;26(1):32-9.

Bauchau V, Durham SR. Prevalence and rate of diagnosis of allergic rhinitis in Europe. *Eur Respir J.* 2004;24(5):758-64.

Bayrak Değirmenci P, Kırmaz C, Deveci A, Yüksel H, Yılmaz Ö. Allerjik rinitli hastalarda allerjen spesifik immünoterapinin uyku kalitesi üzerine etkisi. *Asthma Allergy Immunol.* 2009;7:169-173.

Bender BG, Cvietusa PJ, Goodrich GK, Lowe R, Nuanes HA, Rand C, Shetterly S, Tacinas C, Vollmer WM, Wagner N, Wamboldt FS, Xu S, Magid DJ. Pragmatic trial of health care technologies to improve adherence to pediatric asthma treatment: a randomized clinical trial. *JAMA Pediatr* 2015;169(4):317-23. doi: 10.1001/jamapediatrics.2014.3280.

Blaiss MS. Important aspects in management of allergic rhinitis: compliance, cost and quality of life. *Allergy asthma proc.* 2003; 24(4):231-8.

Bradley F. Marple, John A. Fornadley, Alpen A. Patel ve ark. Keys to successful management of patients with allergic rhinitis: Focus on patient confidence, compliance and satisfaction. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery.* 2007;136,S107-S124.

Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA ve ark. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008. *Allergy*. 2008;63(Suppl 86):8- 160.

Bozbaş S.Ş. Akıncı Özyürek B, Ulubey G. Astımda hastalık kontrolü ile demografik özellikler, yaşam kalitesi ve emosyonel durumun ilişkisi. *Türk Toraks Derneği*. 2011;12:139-44.

Camelo-Nunes IC, Solé D. Allergic rhinitis: indicators of quality of life. *J Bras Pneumol*. 2010;36(1):124-133.

Chauhan G, Khokhar CP. Quality of life in allergic rhinitis patients. *The International Journal of Indian Psychology*. 2015;2(2):114-22.

Cingi C, Oğhan F, Ünlü H, Tekat A, Okuyucu Ş. Alerjik rinitte montelukast ve desloratadin kombinasyonunun etkinliği. *J Med Updates*. 2011;1(1):3-16.

Corey J, Kemker BJ, Branca JT ve ark. Health Status in Allergic Rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;122:6815.

Çelik O. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi. *Asya Tıp Kitabevi*. 1.cilt 2.baskı 2007; 413-445.

Doğru H. Akdeniz üniversitesi tıp fakültesi çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları anabilim dalı. Astım tanılı çocuk ve ergenlerde psikopatoloji, yaşam kalitesi ve ebeveyn tutumlarının incelenmesi. Antalya 2015.

Eşer İ, Khorshid L, Demir Y, Denat Y, Akın Korhan E. Alerjik Rinitli Hastalarda Yaşam Kalitesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*. 2008.16(62):77-82.

Filanowicz M, Szykiewicz E, Cegła B, Bartuzi Z. Analysis of the quality of life of patients with asthma and allergic rhinitis after immunotherapy. *Adv Dermatol Allergol* 2016;33(2): 134–141.

Güneşer Kendirli S. Alerjik rinit. *Dirim Tıp Gazetesi*. 2008;83(132-138).

İriz A, Karabulut H, Dağlı M, Göçer C, Dursun E, Eryılmaz A. Mevsimsel alerjik rinitte topikal azelastin hcl ile triamsinole asetonide kullanımının semptomlar üzerşne etkisinin araştırılması. *Gazi Tıp Dergisi*. 2009: Cilt 20: Sayı 4:173-175.

Incorvaia C, Mauro M, Ridolo E, Puccinelli P, et al. Patient's compliance with allergen immunotherapy. *Patient Preference and Adherence* 2008;2 247–251.

Kaptan G, Dedeli Ö. Teoriden uygulamaya temel iç hastalıkları hemşireliği kavram ve kuramlar. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi. 2012,pp.407-414.

Keskin A. Alerjik rinit ve tedavisi. *Ankara Medical Journal*. 2012; 12(2):77-80.

Keleş N. Alerjik rinitte tanı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Alerjiler Sempozyumu. 15-16 Mart 2001. İstanbul, s:91-94.

Kepil Özdemir S, Özgüçlü S. Astımlı hastalarda tedavi uyumsuzluğu sıklığı ve nedenleri. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*. 2017;Cilt XXXI:(3):125-33.

Kırmaz C, Aydemir, Ö, Bayrak P, Yüksel H. ve Kafesçiler S. Alerjik rinokonjunktivitli hastaların yaşam kalitesi. *Astım, Allerji, İmmünoloji*, 2004; 2, 5-9.

Kishiyama J.L Bağışıklık sistemi hastalıkları. Çeviren Avcı A.B. İçinde: Çoban E. Süleymanlar G. (Çeviri Eds) Hastalıkların patofizyolojisi: Klinik tıpla bir tanışma. Ankara: Palme Yayıncılık. 2012; 40-3

Kiotseridis H, Arvidsson P, Backer V, Braendholt V, Tunsäter A. Adherence and quality of life in adults and children during 3-years of SLIT treatment with Grazax—a real life study. *Primary Care Respiratory Medicine*.2018;28:4. doi:10.1038/s41533-018-0072-z

Koca Kalkan I, Baccioglu Kavut A, Kalpaklıoğlu AF. Allergic Rhinitis: Can We Identify Nonadherence to Therapy and Its Predictors Easily in Daily Practice? *J Investig Allergol Clin Immunol* 2013; Vol.23(5): 315-322.

Korkut N. Allerjik rinitte medikal tedavi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Alerjiler Sempozyumu. 15-16 Mart 2001. İstanbul, s:95-104.

Köberlein J, Christina Kothe A, Sieber J, Mösges R. Determining factors of patient compliance to treatment in allergic rhinitis. *Asian Pac J Allergy Immunol* 2013;31:148-56.

Köse E, Yazıcıoğlu Moçin Ö. Şanlıurfa kırsalı 20-44 yaş arası erişkinlerde astım ve allerjik semptom prevalansı. *Solunum Dergisi*. *Solunum* 2010; 12(3):134-138.

Kuang L, Feng H, Xie B. Efficacy and compliance of specific immunotherapy in allergic rhinitis. *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*. 2012; 26(2):56-8.

Kurt, E. "Allerji Deri Testleri", *Turkish Journal of Internal Medical Sciences*, 2007;3(6): 14-20.

Kurt E, Metintaş S, Basyigit I, Bulut I, Coskun E, Dabak S, Deveci F, Fidan F, Kaynar H, Kunt E Uzaslan, Onbasi K, Ozkurt S, Pasaoglu Karakis G, Sahan S, Sahin U, Oguzulgen K, Yildiz F, Mungan D, Yorgancioglu A, Gemicioglu B and Kalyoncu A for the PARFAIT Study of the Turkish Thoracic Society Asthma and Allergy Working Group. Türkiye’de Alerjilerin prevalansı ve risk faktörleri

(PARFAİT): Yetişkinlerde yapılan çok merkezli kesitsel bir çalışmanın sonuçları. Eur Respir J 2009; 33: 724-733.

Kutlubay Z, Pehlivan Ö, Engin B, Serdaroğlu S. Alerji deri testleri, Dermatoz. 2012;3(3):102-7.

Kyngaës H. Compliance of adolescents with chronic disease. Journal of clinical nursing. 2000;9:549-556.

Lavorini F, Magnan A, Dubus JC, Voshaar T, Corbetta L, Broeders M, et al. Effect of incorrect use of dry powder inhalers on management of patients with asthma and COPD. Respir Med 2008;102(4):593-604.

Lemberg ML, Eberle P, Shah-Hosseini K. Importance of Quality of Life for Adherence to Sublingual Immunotherapy. Hindawi Publishing Corporation BioMed Research International 2016, p:5. doi.org/10.1155/2016/5186765

Loh C.Y, Chao S.S, Chan Y.H, Wang D.Y. A clinical survey on compliance in the treatment of rhinitis using nasal steroids. Allergy. 2004;59:1168-1172.

Mansfield L, Gonzalo D, Posey C, Flores-Neder J. Sleep disordered breathing and daytime quality of life in children with allergic rhinitis during treatment with intranasal budesonide. Ann Allergy Asthma Immunol 2004;92:240-4.

Meltzer EO. Quality of life in adults and children with allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol. 2001;108(1 Suppl):S45-53.

Mesges, R, Klimek, L. Today's allergic rhinitis patients are different: New factors that may play a role. Allergy, 2007;62: 969–975.

Mungan D. Alerjik Rinit; Giriş ve Sınıflama. T Klinikleri Alerji-Astım 2002; 4: 1-5.

Midyat L. Alerjide tanısal testler deri testleri, IgE ve spesifik IgE. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2010; 41(2).

Oğuzülgen İK, Köktürk N, Işıkdoğan Z. Astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalarında Morisky 8-maddeli ilaca uyum anketinin (MMAS-8) Türkçe geçerliliğinin kanıtlanması çalışması. Tuber Toraks 2014;62(2):101-7.

Olgun N, Sert H. Üst solunum sistemi hastalıkları. In: Karadakovan A, Eti Aslan F (Ed). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. İstanbul: Nobel Kitapevleri. 2011; 373

Özdemir Ö, Elmas B. Alerjik rinitin tanı ve tedavisindeki yenilikler. Derleme. Asthma Allergy Immunol 2017;15:1-16. doi: 10.21911/aai.5033

Özmen M , Özdemir A. Alerjik Rinit ve Ruhsal Problemler. Turkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2006;2(6):23-8

Özşeker F, Büyüköztürk S, Gelincik A, ve ark. Bir Türkçe Rinit Yaşam Kalitesi Ölçeği Geliştirme ve Geçerlilik Çalışması. Nobel Med 2012; 8(2): 32-40.

Passalacqua G. Allergic rhinitis: the nose and beyond. Allergy. 2006; 61:1245-1248.

Potter P, Niekerk C, Schoeman H. Effects of triamcinolone on quality of life in patients with persistent allergic rhinitis. Ann Allergy Asthma Immunol 2003; 91:368-74.

Ray NF, Baraniuk JN, Thamer M. et al. Direct expenditures for the treatment of allergic rhinoconjunctivitis in 1996, including contribution of related airway illness. J Allergy Clin Immunol 1999;103:401-7.

Restrepo RD, Alvarez MT, Wittnebel LD, Sorenson H, Wettstein R, Vines DL, et al. Medication adherence issues in patients treated for COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2008;3(3):371-84.

Sapan N, Alerjik hastalıklarda immünoterapi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk sağlığı ve hastalıkları Anabilim dalı. Bursa. *Türk Ped Arşivi* 2010; 45: 225-31.

Sayın İ, Cingi C, San T ve ark. An important social problem: allergic rhinitis. *J Med Updates*. 2013;3(2):91-95.

Souza ML, Meneghini AC, Ferraz E, Vianna EO, Borges MC. Knowledge of and technique for using inhalation devices among asthma patients and COPD patients. *J Bras Pneumol* 2009;35(9):824-31.

Şimşek Y, Yılmaz Ö, Yüksel H. Alerjik Rinit Asthma Allergy Immunol 2018;16:59-69. doi: 10.21911/aa.373

Tahamiler R., Edizer D. T., Çanakçıoğlu S. (2006). Sürekli allerjik rinit ve etkilenen yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 2(6): 31-34.

Tanner LA, Reilly M, Meltzer EO, Bradford JE, Mason J. Effect of fexofenadine HCI on quality of life and work, classroom, and daily activity impairment in patients with seasonal allergic rhinitis. *Am J Manag Care* 1999;5(4):S235-S47.

Tarkan Ö, Sürmelioglu Ö, Tuncer Ü. Alerjik rinitte güncel tanı ve tedavi yaklaşımları. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, kulak, burun ve boğaz hastalıkları anabilim dalı. Adana. 2009.

The WHOQOL Group. (1996) What quality of life?. *World Health Forum*, 17(4): 354-355.

Topal A, Erbek S, akmak  ve ark. Konya yöresinde yaşayan perennial alerjik rinitli hastalarda epidemiyolojik özellikler, alerjen dağılımı ve semptom ciddiyeti. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg 2008;18(4):227-231.

Tuncer A, Yüksel H. Alerjik rinit tanı ve tedavi rehberi. Türkiye ulusal allerji ve klinik immünoloji derneği. Ankara. 2012.

Valovirta E, Ryan D. Patient adherence to allergic rhinitis treatment: Results from patient surveys. Medscape J Med. 2008;10(10):247.

Vural B, Acar Teberu , Topsever P, Filiz M. Modifiye Morisky leğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirlik alışması. The Journal of Turkish Family Physician 1999;3(4):17-20.

Yıldırım E, İntepe Y.S, ifti B. Uyku ve alerjik hastalıklar. Bozok Tıp Derg 2018;8(Uyku Hastalıkları zel Sayı):46-52.

Yorgancıoğlu A, Kalaycı , Kalyoncu A. F ve ark. Alerjik rinit ve astım üzerine etkisi güncelleme (ARIA 2008) Türkiye deneyimi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2008; 56(2): 224-231.

Young T, Finn L, Kim H. Nasal obstruction as a risk factor for sleep-disordered breathing. The University of Wisconsin Sleep and Respiratory Research Group. J Allergy Clin Immunol. 1997;99(2):S757-62.

Yüksel H, Sogut A, Yılmaz O, Demet M, Ergin D, Kirmaz C. Evaluation of sleep quality and anxiety-depression parameters in asthmatic children and their mothers. Respiratory Med, 101, 2550-2554 (2007).

Yüksel H, Yılmaz O, Alkan S, Degirmenci PB, Kirmaz C. Validity and reliability of Turkish version of rhinitis and mini-rhinitis quality of life questionnaires. Allergologia et Immunopathologia, 37, 293-297 (2009).

10. EKLER

Ek-1 Enstitü Yönetim Kurulu (Tez Konusu Kabulü)

EK-2 Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul Formu

EK-3 Anket Formları

EK-4 Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği

EK-5 Türkçe Rinit Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ek-6 Tez Çalışması Orijinallik Raporu

EK-1 Enstitü Yönetim Kurulu (Tez Konusu Kabulü)

Evrak Tarih ve Sayısı: 14/09/2018-E.77443



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 28233352-302.14.01-
Konu : Ömer Faruk DÜLGER'in tez konusu hk.

SBE İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitümüzün 11.09.2018 tarih ve 34/19 sayılı yönetim kurulu toplantısında, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 161380004 numaralı tezli yüksek lisans programı öğrencisi Ömer Faruk DÜLGER'in tezinin, etik kurul onayı alınması kaydı ile "**Alerjik Rinitli Hastaların Tedavi Uyumluluğu ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi**" olarak kabul edilmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Bilal-i Habes GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü V.

Adres: Tıp Fakültesi Dekanlığı Zemin Kat Uncubozköy Kampüsü Manisa
Telefon: (0 236) 2360989 Faks: (0 236) 2382158
E-Posta: saglik.sekretcrlik@cbu.edu.tr Elektronik Ağ: saglikbe.cbu.edu.tr

Bilgi İçin: Ayşe Ertek
Unvanı: Memur



EK-2. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurul Formu

T.C.
Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	10 / 10 / 2018 / 20.478.486				
ARAŞTIRMANIN ADI	Alerjik Rinitli Hastaların Tedavi Uyumları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ - MCBÜ İç Hastalıkları AD				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire Ömer Faruk DÜLGER				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS - DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	01 / 10 / 2018 / Tarih ve 46589 Sayılı; araştırma dosyası				
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
Unvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Unvanı /Adı /Soyadı	Araştırma ile İlgili Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Zeki ARI Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Doç. Dr. Serdar TOK Spor Bilimleri Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Murat DEMET Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Selim ALTAN Tıp Tarihi ve Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Betül ERSOY Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dr. Öğr. Üyesi Nurgül GÜNGÖR TAVŞANLI Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mukadder YILMAZER Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tuğba ÇAVUŞOĞLU Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sivil Üye Hüseyin TUNÇAY	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. <u>Araştırmanız Her Hangi Bir Asamada Etik Kurulumuzun "İzleme - Denetleme" Görevi Gereği Lüzumu Halinde Haberi / Habersiz Olarak Denetlenebilir.</u> Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname - Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.					
Prof. Dr. Zeki ARI Başkan					

EK-3 Anket Formu

Merhaba,

Solunumsal alerjisi olan hastalarının tedavi ve uyumlarının ve bunun yaşam kalitesine etkilerini değerlendiren bir çalışma yürütmekteyim. Aşağıda sizin bazı özellikleriniz, hastalığınız nedeniyle gördüğünüz tedavi süreci ve tedaviye sağladığınız uyum, bu sırada yaşadığınız güçlükler ve günlük yaşamınızın etkilenme durumunu değerlendirmek için bazı sorular yer almaktadır. Bu soruların doğru veya yanlış yanıtı yoktur. Önemli olan sizin kişisel görüşlerinizdir. Lütfen, ifadeleri okuduktan sonra size uygun olan yanıtta yer alan kutucuğu veya ()'i işaretleyiniz. Katılım ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

Hemş. Ömer Faruk Dülger

SOLUNUMSAL ALERJİSİ OLAN HASTALARIN TEDAVİ UYUMU VE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

BÖLÜM I: Sosyodemografik Bilgiler

1) Yaşınız:.....

2) Cinsiyetiniz:

- Kadın
- Erkek

3) Medeni durumunuz:

- Evli
- Bekar

4) Eğitim durumunuz:

- Okur yazar değil
- Okur yazar
- İlkokulu
- Orta okul
- Lise
- Fakülte/Yüksek okul
- Lisans üstü

5) İş/mesleğiniz:.....

6) Sosyal güvenceniz var mı?:

- Evet
- Hayır

7) Hastalığınızın ne zaman tanındı?:.....

8) Şu an hangi tedavi/terapileri alıyorsunuz?:.....

9) Bu tedavi/terapileri ne kadar zamandır alıyorsunuz?:.....

BÖLÜM II: Hastalık Bulguları

Rinit

Kaşıntı (0) (1) (2) (3)

Tıkanıklık (0) (1) (2) (3)

Akıntı (0) (1) (2) (3)

Hapşurma (0) (1) (2) (3)

Konjonktivit

Sulanma (0) (1)

Kaşıntı (0) (1)

Kızarıklık (0) (1)

Astım

Semptomlar

Sürekli

Hergün

3-6g/hf

0-2g/hf

Gece semptomları

Sık

Ayda 5 ve üzeri

Ayda 3-4

Ayda 2 veya az

Alevlenme

Çok Sık

Hf'da 2 ve üzeri

Hf'da 2' den az

Rinit; Kaşıntı, tıkanıklık, akıntı için: 0=yok, 1=günde 1 saatten az, 2=Günde 1-2 saat arası, 3=Günde 2 saatten fazla.

Hapşurma için: 0=yok, 1=günde 10' dan az, 2=Günde 10-20 arası, 3=Günde 20' den fazla

Konjonktivit; Sulanma, Kaşıntı ve Kızarıklık için: 0=yok, 1=var.

Astım; konulabilir/konulmayabilir.

BÖLÜM III: Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği Anket Soruları

1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?
Evet Hayır
2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?
Evet Hayır
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?
Evet Hayır
4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?
Evet Hayır
5. İlaç alımınızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?
Evet Hayır
6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?
Evet Hayır

Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bu form burun ve göz şikayetlerinizin günlük yaşantınızı nasıl etkilediğini, bu şikayetlere bağlı yaşadığınız sıkıntıları değerlendirmek amacı ile hazırlanmıştır. Aşağıdaki soruları, son 15 gün içindeki burun ile ilgili şikayetlerinizi düşünerek cevaplandırmanız gerekmektedir. Bu form doktorunuzun durumunuzu daha iyi değerlendirmesine ve tedavinizin doğru yönlendirilmesine yardımcı olacaktır. Bu nedenle cevaplarınızda mümkün olduğunca objektif olmalı şikayetlerinizi abartmamalı ya da küçümsememelisiniz.

I. Aşağıdaki aktivitelerden burun şikayetleriniz nedeni ile yapmakta sıkıntı çektiğiniz aktiviteyi seçerek, çektiğiniz sıkıntı derecesi ile ilgili uygun kutucuğu işaretleyiniz.

	Yok	Biraz	Orta	Şiddetli
Ev işleri (toz almak, süpürmek, evi toplamak)				
İşte ya da okuldaki aktiviteler				
Kitap ya da gazete okumak				
Araba kullanmak				
Yeşil alanlara gitmek (piknik, park ve bahçe gibi)				
Eş, dost, akraba ziyareti				
Kalabalık alanlarda bulunmak (alışveriş, düğün, toplantı)				
Cinsel yaşantıda sıkıntı				
Evcil hayvanlarla meşgul olmak				
Yemek pişirmek				
Yemek yemek				
Bilgisayar kullanmak				
Spor, egzersiz				
Bağ bahçe işleri				
Konuşmak, şarkı söylemek				

II. Burun şikayetleriniz ile ilgili olarak aşağıda uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	Yok	Biraz	Orta	Şiddetli
Tıkanıklık				
Aksırık				
Burun akıntısı				
Geniz akıntısı				
Burun, ağız ve geniz kaşınması				

III. Gözlerinizde sulanma, batma, kaşıntı, kızarma, şişme gibi şikayetler oluyor mu?

	Yok	Biraz	Orta	Şiddetli

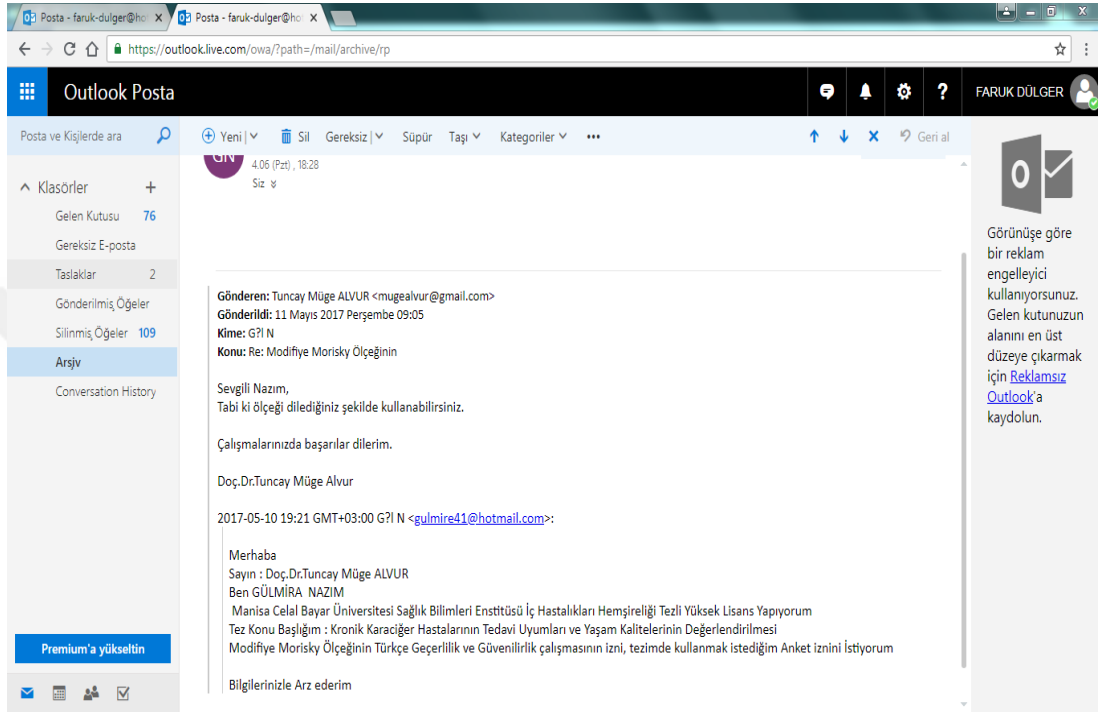
IV. Gece boyunca sizi rahatsız eden, uykunuzu bozan, sabah kendinizi yorgun hissetmenize neden olan burun şikayetiniz oluyor mu?

	Yok	Biraz	Orta	Şiddetli

V. Burun şikayetleriniz nedeni ile toplum içinde burun silme, burun çekme, mendil taşıma zorunluluğu gibi nedenlerden dolayı yaşadığınız sıkıntılarla ilgili size en uygun olanı işaretleyiniz.

	Yok	Biraz	Orta	Şiddetli
Halsizlik/yorgunluk				
Baş ağrısı				
Dikkat azlığı				
Verimlilikte azalma				
Sinirlilik				
Hastalıktan utanma				

EK-4. Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği



The screenshot shows an Outlook web interface. The left sidebar displays the 'Klasörler' (Folders) section with 'Arşiv' (Archive) selected. The main content area shows an email from Tuncay Müge ALVUR (mugealvur@gmail.com) dated 11 Mayıs 2017 Perşembe 09:05. The subject is 'Re: Modifiye Morisky Ölçeğinin'. The email body contains the following text:

Gönderen: Tuncay Müge ALVUR <mugealvur@gmail.com>
Gönderildi: 11 Mayıs 2017 Perşembe 09:05
Kime: G? N
Konu: Re: Modifiye Morisky Ölçeğinin

Sevgili Nazım,
Tabii ki ölçeği dilediğiniz şekilde kullanabilirsiniz.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Doç.Dr.Tuncay Müge Alvur

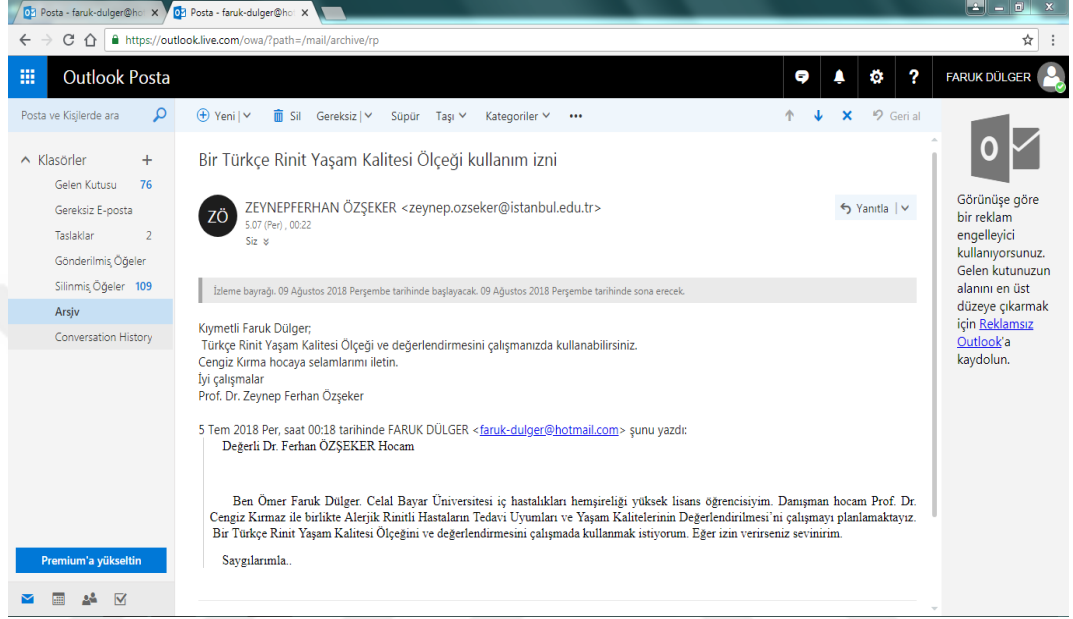
2017-05-10 19:21 GMT+03:00 G? N <gulmire41@hotmail.com>:

Merhaba
Sayın : Doç.Dr.Tuncay Müge ALVUR
Ben GÜLMİRA NAZIM
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Yapıyorum
Tez Konu Başlığım : Kronik Karaciğer Hastalarının Tedavi Uyumları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi
Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik çalışmasının izni, tezimde kullanmak istediğim Anket iznini İstiyorum

Bilgilerinizle Arz ederim

On the right side of the email, there is a notice: 'Görünüşe göre bir reklam engelleyici kullanıyorsunuz. Gelen kutunuzun alanını en üst düzeye çıkarmak için [Reklamsız Outlook](#)'a kaydolun.'

EK-5. Türkçe Rinit Yaşam Kalitesi Ölçeği



EK-6 Tez Çalışması Orijinallik Raporu

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu
Hemşirelik Ana Bilim Dalı Başkanlığı'na

Tez Adı: Alerjik Rinitli Hastaların Tedavi Uyumları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi

Tezime ilişkin 13/05/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 10'tür.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı : Ömer Faruk DÜLGER
Öğrenci No : 161380004
Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı
Programı : İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tarih ve İmza

13/05/19

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
(Unvan, Ad Soyad, İmza)

Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ
C.B.U. Tıp Fak.
Doktora Tez Danışmanı

Açıklamalar

1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.

2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)

3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.

Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.

4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)

5-**İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir;** aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.

6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.

7- **Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.**

8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihinde tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.

9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

12. ÖZGEÇMİŞ

Adı	ÖMER FARUK	Soyadı	DÜLGER
Doğum Yeri	KAYSERİ	Doğum Tarihi	01.01.1993
Uyruğu	T.C.	Tel	05546588331
E-mail	faruk-dulger@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2016
Lise	Kayseri Anadolu Lisesi	2011

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Hemşire	C.B.Ü Hafsa Sultan Hastanesi	2016-2018
Hemşire	T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2018- Devam ediyor

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu

YDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	-	-	-	-	-	-	-	-

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	68,19	72,14	68,77
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Word	İyi
MS Powerpoint	İyi
MS Excel	İyi
SPSS for Windows	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendiriniz.

