



**T.C.**  
**SAKARYA ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**SAKARYA İLİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN**  
**ÇOCUKLUK ÇAĞI ASTİM HASTALIĞI HAKKINDAKİ**  
**TUTUM, BİLGİ VE DAVRANIŞLARI**

**UZMANLIK TEZİ**  
**DR. NEZİHE NEFİSE ULUÇ**

**KASIM-2018**

**T.C.**  
**SAKARYA ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**



**SAKARYA İLİNDEKİ AİLE HEKİMLERİNİN**  
**ÇOCUKLUK ÇAĞI ASTİM HASTALIĞI HAKKINDAKİ**  
**TUTUM, BİLGİ VE DAVRANIŞLARI**

**UZMANLIK TEZİ**  
**DR. NEZİHE NEFİSE ULUÇ**

**DANIŞMAN**  
**PROF. DR. ÖNER ÖZDEMİR**

**KASIM-2018**

## BEYAN

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26/01/2018 tarihinde onay olarak hazırlanmıştır. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih:

19/11/2018

Nezihe Nefise ULUÇ

İmza

## TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarında uzmanlık eğitim sürem içinde bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım başta tez hocam Prof. Dr. Öner Özdemir olmak üzere Prof. Dr. Pınar İşęüven, Prof. Dr. Mustafa Büyükavcı, Doç. Dr. İbrahim Caner ve Doç. Dr. Bahri Elmas'a, her daim tecrübelerinden faydalandığım bütün uzman ağabeylerime ve ablalarım, asistan arkadaşlarıma, kliniğimiz hemşire ve personeline teşekkürlerimi sunarım. Destekleri için tüm aile hekimlerine, varlığından her zaman güç aldığım aileme teşekkür ederim.

Saygılarımla

**Dr. Nezihe Nefise ULUÇ**

# İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>i</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>ii</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>vi</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>xi</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>xii</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>xv</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>3</b>
2.1. TANIM .....	3
2.2. EPİDEMİYOLOJİ .....	3
2.3. PATOGENEZ .....	4
2.3.1. İnflamatuar Hücreler .....	5
2.3.1.1. Mast hücreleri .....	5
2.3.1.2. Eozinofiller .....	6
2.3.1.3. T Lenfositler.....	6
2.3.1.4. Dendritik hücreler .....	6
2.3.1.5. Makrofajlar .....	6
2.3.1.6. Nötrofiller .....	7
2.3.2. Hava Yollarının Yapısal Hücreleri .....	7
2.3.2.1. Hava yolu epitel hücreleri .....	7
2.3.2.2. Hava yolu düz kas hücreleri.....	7
2.3.2.3. Endotel Hücreleri .....	7
2.3.2.4. Fibroblastlar ve miyofibroblastlar.....	7
2.3.2.5. Hava yolu sınırları.....	8
2.3.3. Astımlı Hastaların Hava Yolundaki İnflamatuar Medyatörler .....	8
2.3.3.1. Kemokinler .....	8
2.3.3.2. Sisteinil lökotrienler.....	8
2.3.3.3. Sitokinler .....	8
2.3.3.4. Histamin .....	9

2.3.3.5. Nitrik oksit (NO).....	9
2.3.3.6. Prostaglandin D2.....	9
2.4. RİSK FAKTÖRLERİ.....	9
2.4.1. Kişisel Risk Faktörleri .....	10
2.4.1.1. Cinsiyet .....	10
2.4.1.2. Genetik.....	10
2.4.1.3. Atopi .....	10
2.4.1.4. Bronşial hiperreaktivite (BHR).....	10
2.4.2. Çevresel Risk Faktörleri .....	11
2.4.2.1. Allerjenler .....	11
2.4.2.2. Sigara .....	11
2.4.2.3. Viral enfeksiyonlar.....	11
2.4.2.4. Diyet.....	11
2.5. TANI.....	12
2.5.1. Klinik ve Laboratuvar Özellikleri.....	12
2.5.2. Ayrıcı Tanı.....	15
2.6. TEDAVİ.....	16
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>19</b>
3.1. ANKET .....	19
3.1.1. Birinci Bölüm.....	19
3.1.2. İkinci Bölüm .....	20
3.1.3. Üçüncü Bölüm .....	20
3.1.4. Dördüncü Bölüm.....	20
3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	21
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ .....	21
3.4. İSTATİSTİK .....	21
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>23</b>
4.1. DEMOGRAFİK VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	23
4.2. TUTUMU DEĞERLENDİREN SORULARA VERİLEN CEVAPLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	32
4.2.1. “Aile Hekimleri ASM Şartlarında 18 Yaşından Küçük Hastalarda Astım Tanısı Koyabilir” İfadesine Verilen Cevapların Değerlendirilmesi .....	32

4.2.2. “Aile Hekimleri ASM Şartlarında 18 Yaşından Küçük Astım Hastalarının Takibini ve İdame Tedavisini Yapabilir” İfadesine Verilen Cevapların Değerlendirilmesi.....	34
4.2.3. “ASM’lerde Hafif Astım Atağı Tedavisi Verilebilir” İfadesine Verilen Cevapların Değerlendirilmesi .....	35
4.3. DAVRANIŞLARI DEĞERLENDİREN SORULARA VERİLEN CEVAPLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	36
4.3.1. “ASM’ye Başvuran 18 Yaşından Küçük Astım Hastalarını Üst Basamak Sağlık Kuruluşuna Sevk Ederim” İfadesine Verilen Cevapların Değerlendirilmesi.....	37
4.3.2. “Astımlı Hastaların Hastalığının Kontrol Altında Olup Olmadığını Sorgularım” İfadesine Verilen Cevapların Değerlendirilmesi.....	37
4.3.3. “Astımlı Hastalara Tetikleyicilerden Korunma Önlemleri ve İnhaler İlaç Kullanım Teknikleri Hakkında Hatırlatmalarda Bulunurum” İfadesine Verilen Cevapların Değerlendirilmesi .....	38
4.4. TUTUM VE DAVRANIŞ SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN KENDİ ARASINDA DEĞERLENDİRİLMESİ.....	40
4.5. ÇOCUKLUK ÇAĞI ASTIM HASTALIĞI İLE İLGİLİ BİLGİ SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	43
4.6. TUTUM, DAVRANIŞ VE BİLGİ İLİŞKİLERİNİN KENDİ ARASINDA DEĞERLENDİRİLMESİ.....	46
4.6.1. Kontrol Parametrelerinin Sorgulandığı Teorik (26.) Soruya Verilen Cevapların Tutum, Davranış ve Demografik Veriler ile Karşılaştırılarak Değerlendirilmesi.....	46
4.6.2. Tetikleyiciler ve İnhaler İlaç Kullanım Teknikleri ile İlgili Teorik (22-28-29-30.) Sorulara Verilen Cevapların Tutum, Davranış ve Demografik Veriler ile Karşılaştırılarak Değerlendirilmesi.....	48
4.6.3. Klinik Olgu Sorularına Verilen Cevapların Tutum, Davranış ve Demografik Veriler ile Karşılaştırılarak Değerlendirilmesi .....	49
4.7. BULGULARIN ÖZETİ.....	52

<b>5. TARTIŞMA VE SONUÇ</b> .....	<b>55</b>
<b>KAYNAKLAR</b> .....	<b>67</b>
<b>EKLER</b> .....	<b>74</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	<b>91</b>





## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin yaş dağılımları.....	25
Şekil 2. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin cinsiyet dağılımı.....	25
Şekil 3. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin mezuniyetten itibaren geçen süreye göre dağılımları .....	26
Şekil 4. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin ünvana göre dağılımı.....	26
Şekil 5. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin çalıştıkları ilçeye göre dağılımı.....	27
Şekil 6. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti verme durumlarına göre dağılımı .....	27
Şekil 7. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin nüfusa kayıtlı astımlı hasta sayısına göre dağılımı .....	28
Şekil 8. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin 18 yaşından küçük astımlı hasta görme sıklığına göre dağılımı .....	28
Şekil 9. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin 18 yaşından küçük hastalara astım ilacı reçete etme sıklığına göre dağılımı .....	29
Şekil 10. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin ailesinde veya yakınlarında astımlı hasta bulunma durumları.....	29
Şekil 11. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin ASM’de astım konulu bilgilendirici afiş veya broşür bulundurma durumları .....	30
Şekil 12. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin son 1 yılda astım konulu bilimsel bir makale okuma veya toplantıya katılma durumları .....	30
Şekil 13. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin ilaç temsilcileri tarafından astım konulu bir ziyarette bulunulma durumları.....	31

Şekil 14. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği astım konulu bir toplantıya katılma durumları.....	31
Şekil 15. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin ankette yer alan çocukluk çağı astım hastalığı hakkındaki tutum ile ilgili ifadelere verdikleri cevapların dağılımı.....	32
Şekil 16. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin ankette yer alan çocukluk çağı astım hastalığı hakkındaki davranışları ile ilgili ifadelere verdikleri cevapların dağılımı.....	37
Şekil 17. “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısı koyabilir” görüşüne katılan aile hekimlerinin astım hastalarını üst basamak sağlık kuruluşuna sevk etme oranı .....	40
Şekil 18. “Aile hekimleri astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” görüşünde olan aile hekimlerinin astımlı hastanın hastalığının kontrol altında olup olmadığını sorgulama durumu .....	41
Şekil 19. “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” görüşünde olan hekimlerin astımlı hastalara tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmada bulunma durumu .....	42
Şekil 20. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin teorik bilgi sorularını doğru cevaplama oranları .....	43
Şekil 21. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin 12 yaş kontrolsüz astım + astım atak olgusu ile ilgili soruları doğru cevaplama oranları.....	44
Şekil 22. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin 2,5 yaş hışıltılı süt çocuğu olgusu ile ilgili soruları doğru cevaplama oranları .....	45
Şekil 23. “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” görüşüne “Katılıyorum” diyenlerin kontrol parametrelerinin sorgulandığı soruya verdiği cevapların oranı .....	47
Şekil 24. “Astımlı hastalarının hastalığının kontrol altında olup olmadığını her zamansıklıkla sorgularım” diyenlerin kontrol parametrelerinin sorgulandığı soruya verdiği cevapların oranı .....	47

Şekil 25. “Astımlı hastalara tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında her zaman-sıklıkla hatırlatmalarda bulunurum” diyenlerin ilgili teorik sorulara verdikleri cevapların dağılımı .....	48
Şekil 26. “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” görüşüne “Katılıyorum” diyenlerin 12 yaş kontrolsüz astım hastası olgusuna ait sorulara verdiği cevapların dağılımı.....	49
Şekil 27. “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” görüşüne “Katılıyorum” diyenlerin 2,5 yaş hışıltılı süt çocuğu olgusuna ait sorulara verdiği cevapların dağılımı .....	50
Şekil 28. “ASM’lerde hafif astım atağı tedavisi verilebilir” görüşüne “Katılıyorum” diyenlerin 12 yaş astım atak olgusuna ait sorulara verdiği cevapların dağılımı.....	51

## TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. ISAAC Protokolü ile ülkemizde gerçekleştirilen araştırma sonuçları.....	4
Tablo 2. Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği tarafından yapılan araştırma dizisi sonuçları .....	4
Tablo 3. Hışıltı fenotiplerinin sınıflaması .....	13
Tablo 4. Yaşlara göre astım ayırıcı tanısı.....	16
Tablo 5. Astım kontrol düzeyleri .....	17
Tablo 6. Ağırlığına göre astım sınıflaması.....	17
Tablo 7. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına yönelik verileri .....	23
Tablo 8. Aile hekimlerinin yaşlarına göre “ <i>Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısı koyabilir</i> ” ifadesine verilen cevapların dağılımı.....	33
Tablo 9. Aile hekimlerinin cinsiyetlerine göre “ <i>Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısı koyabilir</i> ” ifadesine verilen cevapların dağılımı .....	33
Tablo 10. Aile hekimlerinin mezuniyet yıllarına göre “ <i>Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısı koyabilir</i> ” ifadesine verilen cevapların dağılımı.....	33
Tablo 11. Astım ilacı reçete etme sıklığına göre “ <i>Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısı koyabilir</i> ” ifadesine verilen cevapların dağılımı.....	34
Tablo 12. İlaç temsilcisi ziyaretine göre “ <i>Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısı koyabilir</i> ” ifadesine verilen cevapların dağılımı .....	34
Tablo 13. İlaç temsilcisi ziyaretine göre “ <i>Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir</i> ” ifadesine verilen cevapların dağılımı .....	35

Tablo 14. Astım ilacı reçete etme sıklığına göre “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” ifadesine verilen cevapların dağılımı .....	35
Tablo 15. Ünvana göre “ASM’lerde hafif astım atağı tedavisi verilebilir” ifadesine verilen cevapların dağılımı .....	36
Tablo 16. Çalışılan ilçeye göre “ASM’lerde hafif astım atağı tedavisi verilebilir” ifadesine verilen cevapların dağılımı .....	36
Tablo 17. Çalışılan ilçeye göre “ASM’ye başvuran 18 yaşından küçük astım hastalarını üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ederim” ifadesine verilen cevapların dağılımı .....	37
Tablo 18. Ünvana göre “Astımlı hastaların hastalığının kontrol altında olup olmadığını sorgularım” ifadesine verilen cevapların dağılımı .....	38
Tablo 19. Aile hekimlerinin cinsiyetlerine göre “Tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmalarda bulunurum” ifadesine verilen cevapların dağılımı .....	38
Tablo 20. Ünvana göre aile hekimlerinin “Tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmalarda bulunurum” ifadesine verdikleri cevapların dağılımı .....	39
Tablo 21. Aile hekimlerinin mezuniyet yıllarına göre “Tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmalarda bulunurum” ifadesine verilen cevapların dağılımı .....	39
Tablo 22. Tutum ve davranış sorularına verilen cevapların kendi arasındaki ilişkisi.....	42
Tablo 23. Aile hekimlerinin ünvan, çalıştığı ilçe ve ASM’de afiş/broşür bulundurma durumuna göre klinik olgu sorularına verdikleri doğru cevap sayılarının karşılaştırılması.....	46
Tablo 24. Aile hekimlerinin ünvanlarına göre kontrol parametrelerinin sorgulandığı soruya verdikleri cevapların karşılaştırılması .....	48
Tablo 25. İlaç temsilcisi ziyaretine göre tutum sorularına verilen cevapların dağılımı .....	52
Tablo 26. Katılımcıların ünvanlarına göre anket sorularına verdikleri cevaplardan istatistiksel anlamlı fark çıkan sonuçları .....	54

## KISALTMALAR

ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BHR	Bronş hiperreaktivitesi
CSF	Koloni uyarıcı faktör (colony stimulating factor)
CCL	C-C motif kemokin ligand
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EGF	Epidermal büyüme faktörü (epidermal growth factor)
FEV1	1. saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim
FVC	Zorlu vital kapasite
GINA	Global Initiative for Asthma
GH	Büyüme hormonu (growth hormone)
GM-CSF	Granülosit – makrofaj koloni stimüle edici faktör
Ig E	İmmünglobulin E
IFN	İnterferon
IGF	İnsülin benzeri büyüme faktörü ( Insulin-like growth factor)
IL	İnterlökin
ISAAC	İnternational study for asthma and allergies in childhood
iNKT	İdüklenebilen Natural Killer hücresi
MDC	Makrofaj kaynaklı kemokin
NGF	Sinir büyüme faktörü (Neuronal growth factor)
NO	Nitrik oksit
PAAC	Posterior anterior akciğer
PEF	Tepe akım hızı (peak expiratory flow)
PG	Prostaglandin
RSV	Respiratuar sinsityal virüs
SUT	Sağlık uygulama tebliği
TARC	Timus ve aktivasyonla düzenlenen kemokin
TTD	Türk Toraks Derneği
Th1	T helper 1
Th2	T helper 2
VEGF	Vasküler endotelial büyüme faktörü

## ÖZET

**GİRİŞ VE AMAÇ:** Astım çocukluk çağıının en sık görülen kronik hastalığıdır. Bu çalışmada, Sakarya ilindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin çocukluk çağı astım hastalığı ile ilgili tutum, bilgi ve davranışlarını tespit etmek amaçlanmıştır.

**MATERYAL-METOT:** Çalışmaya araştırmayı kabul eden toplam 172 hekim dâhil edildi. Toplam 46 sorudan oluşan dört bölümlük anketin birinci bölümünde aile hekimlerinin çocukluk çağı astım hastalığı ile ilgili tutum ve davranışı, ikinci bölümünde ise aile hekimlerinin yaş, cinsiyet, mezuniyet yılı, ünvan, çalıştıkları ilçe, gezici hizmet görevi varlığı, kayıtlı astımlı hasta sayısı, astım ilacı reçete etme sıklığı, astımlı hasta görme sıklığı, yakınlarında astımlı hasta varlığı, aile sağlığı merkezi (ASM)'nde astım konulu afiş veya broşür bulundurma, astım konulu eğitime katılma durumu, ilaç temsilcisi tarafından astım ilacı ile ilgili ziyarette bulunulma durumu sorgulandı. Anketin üçüncü ve dördüncü bölümündeki 10 teorik soruya ve 16 klinik olgu sorusuna verilen doğru cevap sayısı belirlendi. Bilgi soru ve cevapları, Global Initiative for Asthma (GINA) adlı çalışma grubunun tüm dünyada astım konusunda yol belirleyici bir uzlaşma raporu olan ve yeniden gözden geçirilerek sunulan Global Strategy for Asthma Management and Prevention-Revised 2017 kılavuzu temel alınarak hazırlandı.

**BULGULAR:** Çalışmaya 144 aile hekimi sertifikalı pratisyen hekim, 7 aile hekimi uzmanı, 21 sözleşmeli aile hekimi uzmanlığı araştırma görevlisi olmak üzere toplam 172 hekim katıldı. Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin büyük çoğunluğunu 41-50 yaş arası (%39,5), erkek (%62,2), mezuniyetinden itibaren geçen süre 10-20 yıl arasında (%36,7), merkez ilçede çalışan (%62,2), gezici sağlık hizmeti vermeyen (%61), nüfusa kayıtlı astımlı hasta sayısı 1-10 arasında (%38,4), 18 yaşından küçük astım hastası görme sıklığı haftada en az bir (%41,3), 18 yaşından küçük astım hastası reçete sıklığı haftada en az bir (%43,6), yakınlarında astım hastası bulunmayan (%59,3), ASM'de astımla ilgili afiş veya broşür bulunduran (%58,1), son bir yıl içinde astımla ilgili bilimsel bir yazı okumamış veya toplantıya katılmamış (%58,1), son bir

yılda astımla ilgili ilaç temsilcisi ziyaretinde bulunulmuş (%51,7) ve astım konulu Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen herhangi bir eğitime katılmamış (%60,5) grup oluşturmaktadır.

Aile hekimlerinin ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarla ilgili tutum ve davranışlarının sorgulandığı birinci bölümde katılımcıların %44,2'si "*Aile hekimi astım tanısını koyabilir*", %61,6'sı "*Takip ve idame tedavisini yapabilir*", %86'sı ise "*Hafif astım atağı tedavisi verebilir*" ifadesine "*Katılıyorum*" yanıtını vermiştir. Davranışın sorgulandığı sorularda ise katılımcıların %44,6'sı "*ASM'ye başvuran 18 yaşından küçük astım hastalarını her zaman-sıklıkla üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ederim*", %92'si "*Her zaman-sıklıkla hastalığının kontrol altında olup olmadığını sorgularım*", %79,7'si "*Her zaman-sıklıkla tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmalarda bulunurum*" yanıtını vermiştir.

Yaş, cinsiyet, ünvan, çalışılan ilçe, mezuniyetten itibaren geçen süre, ilaç temsilcisi ziyareti, astım ilacı reçete etme sıklığının tutum ve davranışta anlamlı değişiklik oluşturan aile hekimi özellikleri olduğu görüldü.

Anketteki klinik olgu sorularındaki başarıyı etkileyen etkenlerin aile hekimi uzmanı veya araştırma görevlisi olmak, merkez ilçede çalışmak, ASM'de astım konulu afiş/broşür bulundurulmaması olduğu saptandı.

Aile hekimi uzmanları, araştırma görevlileri ve merkezde çalışanların klinik olgu sorularına daha çok doğru yanıt vermelerine rağmen astım atak tedavisi verme görüşüne katılmadığı, hastanın kontrol durumunu daha az sorguladığı, hastaya tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımını hakkında daha az hatırlatmada buldukları görüldü.

Pratisyen aile hekimlerinin uzman ve araştırma görevlilerine göre hastaların kontrol durumunu daha çok sorguladıkları, astımlı hastalara tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımını hakkında daha çok hatırlatmada bulunduğu ve atak tedavisi verilebilir görüşünde olduğu görüldü. Ancak kontrol parametrelerinin sorgulandığı soruya



verilen doğru cevap ortalamaları karşılaştırıldığında aile hekimi uzmanı ve araştırma görevlilerinin pratisyen aile hekimlerine göre soruya anlamlı olarak daha çok doğru yanıt verdiği görüldü.

**SONUÇ:** Aile hekimlerine belirli aralıklarla hekimlerin sosyodemografik özellikleri göz önünde bulundurularak güncel bilgileri içeren teorik ve pratik eğitimlerin verilmesiyle daha çok astım hastası kontrol altına alınarak astıma bağlı morbidite, mortalite ve topluma olan maliyet azaltılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile hekimliği, tutum, bilgi, davranış, pediatri, astım, Sakarya.



## SUMMARY

### **THE ATTITUDE, KNOWLEDGE AND BEHAVIOR OF FAMILY PHYSICIANS ABOUT CHILDHOOD ASTHMA IN SAKARYA PROVINCE**

**OBJECTIVE AND BACKGROUND:** Asthma is the most common chronic disease of childhood. In this study, it was aimed to determine the knowledge, attitude and the behavior of family physicians working in family health centers (FHCs) in Sakarya province about childhood asthma disease.

**MATERIALS AND METHODS:** A total of 172 physicians were included in the study, who accepted the study. In the first part of the 4-part questionnaire consisting of 46 questions, the attitudes and behaviors of the family physicians about childhood asthma disease, in the second part; the age, gender, year of graduation, title of the family physicians, the district where they work, the presence of mobile service duty, the number of registered asthmatic patients, frequency of asthma drugs prescribing, frequency of asthmatic patient examination, presence of asthmatic patients in their relatives, presence of brochures or leaflets on asthma in FHCs, presence of asthmatic patients in family, participation in training on asthma, status of being visited by drug representative concerning the asthma medication were questioned. The number of correct answers given to 11 theoretical knowledge questions and 16 clinical case questions about 2 cases in part 3 and 4 were determined. Knowledge questions and their answers were prepared on the basis of the Global Strategy for Asthma Management and Prevention-Revised 2017, a globally recognized report on the study of Global Initiative for Asthma (GINA).

**RESULTS:** A total of 172 physicians participated in the study, including 144 certificated general practitioners, 7 family medicine specialists, 21 contracted family medicine residents. The majority of the family physicians who participated in our study were between 41-50 years old (39.5%) male (62.2%). The other most frequent characteristics are as follows: years of graduation from medical school was 10 to 20 years (36.7%), working in central district (62.2%), have no mobile health service duty

(61%), have between 1-10 registered asthmatic patients (38.4%), frequency of seeing asthma patient under 18 years of age is at least once per week (41.3%), the frequency prescription for the asthma patients under 18 years of age is at least once per week (43.6%), don't have asthma patients among relatives (59.3%), have banners or brochures about asthma in FHC (58.1%), neither read a scientific article nor attended a meeting on asthma within the previous year (58.1%), had a visit by a drug representative concerning asthma within the previous year (51.7%), not attended any training on asthma organized by the Ministry of Health (60.5%).

In the first part family physicians' attitudes and behavior about the patients under 18 years of age in the FHC conditions are questioned. 44.2% of participants agreed that family physicians can diagnose asthma, 61.6% accepted follow-up and maintenance treatment of asthma can be done and 86% approved mild asthma attack treatment can be given. In questions where behavior is questioned as for the asthma patients under 18 years of age who apply to FHCs, 44.6% of the participants stated they would always-often refer the patients to a higher-level health care facilities. 92% of them always-often question whether patients' disease is under control or not and 79.7% always-often remind patients the techniques of using inhaler drugs and preventive measures against triggers.

It was observed that age, gender, the title, the district worked, the time since graduation, the visit of the drug representative and the frequency of prescribing the asthma medications were the characteristics of the family physicians that make a significant change in their attitude and behavior.

The factors affecting the success in the knowledge questions of the questionnaire were to be family medicine specialist or resident, to work in the central district, not to have banners or brochures on asthma in FHC.

Although family medicine specialists, residents and physicians working in the central district gave more correct answers to clinical case questions, they did not participate in the opinion of managing asthma attack; they were less likely to question whether

patients' disease is under control or not and to remind patients the techniques of using inhaler drugs and preventive measures against triggers.

It was observed that the general practitioners questioned the patients' control status more frequently and reminded the asthmatic patients more about the triggers and the use of the inhaler drugs than the family medicine specialists and residents; and they had the opinion that asthma attack treatment could be given. However, when their correct answers to the question of control parameters were compared, it was seen that the family medicine specialists and residents gave significantly more accurate answers to the questions than the general practitioners.

**CONCLUSION:** Based on the sociodemographic characteristics of the family physicians, with the updated information and theoretical and practical training to be given, more asthma patients can be taken under control and as a result, the morbidity, mortality and social costs associated with asthma may be reduced.

**Key Words:** Family medicine, knowledge, attitude, behavior, pediatrics, asthma, Sakarya

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Astım çocukluk çağının en sık görülen kronik hastalığıdır. Bu konuda yürütülen çalışmalar astım morbidite ve mortalitesinin özellikle okul öncesi çocukluk çağında yüksek olduğunu göstermektedir (Sullivan, 2003). Astımın patofizyolojik mekanizmalarının aydınlatılmasına ve tedavisindeki gelişmelere karşın prevalansı artmakta, buna paralel olarak astım atak ile acil servise başvurular, hastane yatışları ve topluma getirdiği mali yük de artmaktadır (Braman, 2006).

Astım tanısının uygun ve doğru bir şekilde konması, astım şiddetinin belirlenmesi ve ona uygun tedavinin düzenlenmesi için hazırlanan rehberler bulunmaktadır. Ayrıca güncel rehberler hastaların kontrollerinin düzenli yapılmasını ve astım kontrolünün sağlanması gerektiğine özellikle dikkat çekmektedir (GINA, 2018).

Türkiye’deki çocuk ve erişkin yaştaki astım hastalarına bakıldığında önemli bir oranda hastanın kontrolsüz ve koruyucu hekimlik hizmeti kapsamı dışında olduğu görülmektedir (Şekerel ve ark, 2006). Bir toplumdaki astımlıların tanısının konması ve kontrolünün sağlanması için sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir, kalitesi ve donanımı yeterli, sağlık personelinin ise eğitilmiş olması gerekmektedir. Ancak en kolay ulaşılabilir sağlık kurumu olan aile sağlığı merkezlerindeki sağlık çalışanlarının çocukluk çağı astım hastalığına yaklaşımları ile ilgili çalışmalar az sayıdadır.

Bu çalışmada, Sakarya ilindeki birinci basamak sağlık hizmetlerini sunan ve koruyucu hekimliği yürüten aile hekimlerinin çocukluk çağı astım hastalığı ile ilgili tutum, bilgi ve davranışlarını tespit etmek amaçlanmıştır. Bunun yanı sıra, aile hekimlerinin çocukluk çağı astım hastalığı ile ilgili tutum, bilgi ve davranışlarının hekimlerin sosyodemografik özellikleri, mesleki uygulamaları, çalışma koşulları gibi değişkenler açısından farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre çocukluk çağı astım konusundaki tutum, bilgi ve davranışları etkileyen faktörlerin tartışılması; astım tanı, takip ve tedavisinin daha etkin yapılmasını sağlayacak verilerin elde edilmesi hedeflenmektedir.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. TANIM

Astım, hava yollarının kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. İnflamasyonda yer alan hücreler ve medyatörler çeşitli patofizyolojik mekanizmalarla hava yolu aşırı duyarlılığına ve onun sonucunda gelişen hava yolu obstrüksiyonuna sebep olur (NHLBI, 2007).

Bronş etrafındaki düz kasların kontraksiyonu, mukozadaki ödem, mukus tıkaçları ve bronşlardaki yeniden yapılanma sonucu gelişen hava yolu obstrüksiyonu astımın karakteristik semptomları olan hırıltı, nefes darlığı, göğüs sıkışması, sabaha karşı artan öksürük semptomlarından sorumludur (Bousquet et al, 2000).

Bu semptomların ortaya çıkmasında etkili allerji, hava kirliliği, enfeksiyon gibi genetik ve çevresel risk faktörleri vardır. Astım kliniği zamanla değişkenlik gösterir ve sıklıkla ilaçlarla veya spontan düzelme görülür (GINA, 2018).

### 2.2. EPİDEMİYOLOJİ

Astım çocukluk çağında en sık görülen kronik hastalıktır. Astımın yaklaşık 300 milyon kişiyi etkilediği düşünülmektedir. 6-7 yaş aralığındaki çocuklarla 37 ülkede; 13-14 yaş grubundaki çocuklarla 56 ülkede gerçekleştirilen Uluslararası Çocukluk Çağında Astım ve Allerjik Hastalıklar Çalışmasının (ISAAC-faz I) 1998 yılında yayınlanan sonuçlarına göre son bir yıldaki astım semptomları prevalansının %1,6 ile %36,8 arasında değiştiği; en yüksek olarak İngiltere, Avustralya ve Uzak Doğu ülkelerinde gözlemlendiği bildirilmiştir. Hayat boyu astım tanısı prevalans değerleri %1 (Hindistan) ile %30 (Yeni Zelanda) arasında değişmektedir (Von Mutius et al, 1998).

2002 -2003 yılları arasında astım ve allerjik hastalıkların prevalansındaki değişikliği tespit etmek için yapılan ISAAC –Faz 3 çalışmasında uluslararası prevalans farkının giderek azaldığı; prevalansın yüksek olduğu bölgelerde semptom prevalansı azalırken düşük olan bölgelerde giderek arttığı görülmektedir. Türkiye’de yapılmış olan modifiye ISAAC çalışmasında Türk çocuklarında son bir yılda hışıltı prevalans değerlerinin global dünya sonuçları ile karşılaştırıldığında alt düzeylerde yer aldığı görülmektedir (Tablo 1). Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği’nin anket yöntemi ile yaptığı çalışmalarda 0-17 yaş grubunda yaşam boyu astım prevalansı Ege Bölgesi’nde en düşük, Akdeniz ve Karadeniz Bölgeleri’nde ise daha yüksek bulunmuştur (Tablo 2) (Kalyoncu ve ark, 1999).

**Tablo 1. ISAAC Protokolü ile ülkemizde gerçekleştirilen araştırma sonuçları**

Şehir	Yıl	N	Yaş aralığı	Katılım Oranı (%)	Kümülatif Astım Oranı
İstanbul	1995	2232	6-12	94,9	9,8
Ankara	1996	2784	7-14	88,3	8,1
Sivas	1996	569	6-13	-	9,7
Adana	1997	4114	12-17	85,4	2,8
Samsun	1997	3090	6-14	85,7	14,5
Kıbrıs	1997	2529	6-14	89,6	11,4

\*ISAAC: Uluslararası Çocukluk Çağında Astım ve Allerjik Hastalıklar Çalışması

**Tablo 2. Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği tarafından yapılan araştırma dizisi sonuçları**

Şehir	Yıl	N	Yaş aralığı	Katılım Oranı (%)	Kümülatif Astım Oranı
Adana	1993-1994	2652	6-14	88	12,9
Ankara	1991-1992	3024	6-13	90,8	6,9
Bursa	1993-1994	3055	6-12	91	7,9
İzmir	1992-1993	3512	6-13	97,5	4,9
Samsun	1993-1994	3118	6-14	89	8,2
Eskişehir	1995	3049	6-13	-	5,5
Ege Bölgesi	1993-1994	3646	10-17	100	3,8

### 2.3. PATOGENEZ

Astım değişken hava yolu obstrüksiyonu, hava yolu duyarlılığı ve hücrel inflamasyonla karakterize kompleks bir klinik sendromdur. Astımın çeşitli fenotiplerinin saptanması ile birlikte, astımın genetik yatkınlığa neden olan genler ile çeşitli çevresel faktörlerin bir araya gelmesi sonucu geliştiği düşünülmektedir.



Semptomlar astımda ataklar halinde seyretmesine rağmen hava yolu inflamasyonu devamlılık gösterir (GINA, 2018).

Astım hastalarının hava yollarında kronik inflamasyona bağlı yapısal değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler bazen hastalığın şiddetine bağlı olarak hava yolunda geri dönüşümsüz daralmaya neden olabilir. Söz konusu bu değişiklikler kronik inflamasyona yanıt olarak hava yolundaki kompensatuar mekanizmalara bağlı gelişebilir. Astımlı hastanın hava yolunda meydana gelen yapısal değişiklikler şu şekilde özetlenebilir: Bronş duvarında epitel deskuamasyonu, vazodilatasyon, ödem, düz kas hipertrofisi, mukus hipersekresyonu, subepitelyal fibrozis ve müköz bez hipertrofisi.

Bronş düz kaslarında hiperplazi ve hipertrofi, hava yolu düz kas kitlesinin artmasına ve bunun sonucunda da hava yolu duvarının kalınlaşmasına neden olur. İnflamatuar medyatörlerin neden olduğu bu süreç hastalığın şiddetiyle de ilişkilidir. Ayrıca çeşitli büyüme faktörlerinin artması, hava yolundaki kan damarlarının çoğalmasına neden olarak bronş duvarlarının kalınlaşmasına neden olur. Astımlı hastada bronş epitelinde submukozal bezlerin büyümesi ve goblet hücrelerinin sayısının artması mukus salgısının artışına yol açar (Al-Muhsen et al, 2011).

### **2.3.1. İnflamatuar Hücreler**

#### **2.3.1.1. Mast hücreleri**

Antijenlerin yüksek afiniteli IgE reseptörlerine (FcεRI) bağlanması sonucu veya egzersize bağlı bronkokonstrüksiyonda olduğu gibi osmotik uyaranlar sonucu mast hücreleri aktive olur. Aktive olan mast hücreleri salgıladıkları medyatörler (histamin, proteaz, prostoglandin D2 ve lökotrien) aracılığı ile bronkokonstrüksiyona, vasküler geçirgenlikte artışa, doku inflamasyonuna neden olurlar ve bunun sonucunda dokuya eozinofil göçü olur. Astımda mukozal mast hücreleri sadece sayısal olarak artmaz, granül salgılanmasını da artırır (Shakoory et al, 2004).

### **2.3.1.2. Eozinofiller**

Eozinofiller özellikle allerjik hastalıkların patogeneğinde rol oynayan çok fonksiyonlu lökositlerdir. Temel olarak mukozal dokularda bulunurlar ve astımda hava yollarındaki sayıları artmıştır. Eozinofiller majör temel protein (MBP) salgılayarak hava yolu epitel hücrelerine hasar verebilirler. Ayrıca bu hücrelerin yeniden yapılanmada ve büyüme faktörlerinin salgılanmasında da etkileri olduğu bilinmektedir (Kay et al, 2004).

### **2.3.1.3. T Lenfositler**

T lenfositler CD4 ve CD8 antijen ekspresyonlarına göre iki gruba ayrılırlar. Yardımcı CD4 T hücreler Th1 ve Th2 hücreler olmak üzere iki gruba ayrılır. Th1 hücreler interlökin-2 (IL-2), tümör nekrozis faktör-beta (TNF- $\beta$ ) ve interferon-gama (IFN-gama) üretirken, Th2 lenfositler ise allerjik inflamasyonda temel rol oynayan IL-4, IL-5, IL-9, IL-13 üretirler. Astımlı hastaların havayollarında Th2 lenfositler IL-4, IL-5, IL-9 ve IL-13 salgılayıp eozinofilik inflamasyonu ve B lenfositlerinden IgE salgılanmasını düzenlerler. Regülatuar T hücreleri normalde Th2 hücrelerini baskılar. Fakat astım hastalarında regülatuar T hücrelerinin sayısının azalması veya disfonksiyonu nedeniyle Th2 hücre aktivasyonu artar. Artmış Th2 hücre aktivasyonu büyük oranda Th1 ve Th2 sitokini salgılayan iNKT hücre sayısında artmaya da bağlı olabilir. Astımlı hastalarda IL-4 ve IL-5 salgılayan Th2 sayısının artmasıyla hava yolu aşırı duyarlılığı ve hava yollarındaki eozinofil sayısı da artar (Cohn et al, 2004).

### **2.3.1.4. Dendritik hücreler**

Dendritik hücreler doğal ve kazanılmış immünitede rol oynayan ana antijen sunucu hücrelerdir. Dendritik hücreler hava yollarındaki allerjenleri fagosite edip bölgesel lenf nodlarına taşırlar. Lenf nodlarında regülatuar T hücreleri ile etkileşip native T hücrelerinin Th2 lenfositlere dönüşmelerini uyarırlar (Kuipers and Lambrecht, 2004).

### **2.3.1.5. Makrofajlar**

Astımda hava yollarındaki makrofaj sayısı artar. Hava yolundaki allerjenler tarafından düşük afiniteli IgE reseptörleri yardımıyla aktive edilip, salgıladıkları medyatör ve

sitokinler ile özellikle ağır astımda inflamatuvar yanıtı arttırabilirler (Peters-Golden, 2004).

#### **2.3.1.6. Nötrofiller**

Her ne kadar nötrofiller allerjik hastalıklarda primer rol oynamasalar da çeşitli çalışmalar nötrofillerin allerjik inflamasyonun patogeneğinde rol oynadığını göstermiştir. Astım atağının ilk bir saatinde kaybedilen hastaların hava yollarında nötrofilik inflamasyon saptanmış olması, nötrofillerin bazı klinik durumlarda rol oynadıklarını düşündürmektedir (Kotiranta-Ainamo et al, 1997). Bunun yanı sıra özellikle ağır astım hastalarının ve sigara içenlerin hava yollarında nötrofil sayısı artmıştır. Fakat bu hücrelerin astım fizyopatolojisindeki rolleri belirsizdir ve artışları kortikosteroid tedavisine de bağlı olabilir (Wenzel, 2003).

#### **2.3.2. Hava Yollarının Yapısal Hücreleri**

##### **2.3.2.1. Hava yolu epitel hücreleri**

Bu hücreler çevresel mekanik değişiklikleri fark edebilirler ve çevresel değişikliklere cevap olarak çok sayıda sitokin, lipid medyatörler ve kemokin üretilen inflamatuvar proteinler salgırlar. Virüsler ve çevresel iritanlar epitel hücreleri ile etkileşerek astım gelişimine katkıda bulunurlar (Macdowell and Peters, 2007).

##### **2.3.2.2. Hava yolu düz kas hücreleri**

Astımlı hastalarda hava yolu düz kas hücreleri proliferer olurlar (hiperplazi) ve büyürler (hipertrofi). Düz kaslardaki bu değişiklikler bronş lümeninin daralması ile sonuçlanır (Chung, 2000).

##### **2.3.2.3. Endotel Hücreleri**

Bronşial dolaşımında bulunan endotel hücreleri, kan dolaşımından havayoluna inflamatuvar hücrelerin geçmesine ve burada birikmesine neden olurlar.

##### **2.3.2.4. Fibroblastlar ve miyofibroblastlar**

Kollajen ve proteoglikan gibi bağ dokusu bileşenlerini üretilen hava yolunun yeniden şekillenmesinde (remodelling) rol oynarlar.

### **2.3.2.5. Hava yolu sinirleri**

Kolinerjik sinirler aktif hale geldiklerinde mukus sekresyonunda artışa ve bronkokonstrüksiyona neden olurlar. Ayrıca duyuşal sinirler nötrofiller gibi inflamatuvar uyarınlarla duyarlı hale gelerek, göğüste sıkışma hissi ve öksürük gibi astım semptomlarına neden olabilirler (Groneberg et al, 2004).

### **2.3.3. Astımlı Hastaların Hava Yolundaki İnflamatuvar Medyatörler**

#### **2.3.3.1. Kemokinler**

Esas olarak havayolu epitel hücrelerinde eksprese edilirler ve inflamatuvar hücrelerin hava yollarında toplanmasında önemli rol oynarlar. Eotaksin (CCL11) özellikle eozinofiller için selektiftir. Timus ve aktivasyonla düzenlenen kemokinler (TARC), makrofaj kaynaklı kemokinler (MDC), CCL17 ve CCL22 Th2 hücrelerinin toplanmasını sağlarlar (Miller and Lukacs, 2004).

#### **2.3.3.2. Sisteinil lökotrienler**

Genellikle eozinofillerde ve mast hücrelerinde üretilirler. Araşidonik asit metabolizmasındaki lipooksijenaz enzim yolu ile serbestleşen sisteinil lökotrienler çok güçlü bronkokonstrüktör maddelerdir. Sağlıklı bireylerde dahi metakolinden bin kat daha güçlü ve histaminden daha uzun süreli etkiye sahiptirler. Ayrıca çok düşük dozlarda bile histamin ve metakolin gibi ajanlara aşırı duyarlılığa neden olurlar. Mikrovasküler permeabilite artışı yoluyla damar dışına inflamatuvar hücre göçünü kolaylaştırarak ve plazma sızıntısına neden olarak inflamasyonun yoğunlaşmasına katkıda bulunurlar. İnhibe edildiğinde astım semptomlarında gerileme olan tek medyatör grubudur (Leff, 2001).

#### **2.3.3.3. Sitokinler**

Astımda hastalığın şiddetini belirlemede ve inflamatuvar yanıtı yönetmede etkilidirler (Barnes et al, 1998). Başlıca sitokinler IL-1, TNF- $\alpha$  ve granülosit makrofaj koloni uyarıcı faktördür (GM-CSF). İnterlökin-1 ve TNF- $\alpha$  inflamatuvar yanıtı güçlendirirken GM-CSF hava yollarındaki eozinofillerin sağ kalımını arttırır. Th2 kökenli sitokinler ise IL-4, IL-5 ve IL-13 dür. İnterlökin-4, Th2 hücre farklılaşması için gereklidir.

İnterlökin-5, eozinofillerin farklılaşması ve sağ kalımı için gereklidir. İnterlökin-13 ise IgE oluşumu için gereklidir.

#### **2.3.3.4. Histamin**

Allerjik inflamasyondaki ilk basamak olan allerjenle sensitizasyondan sonra organizmanın tekrar aynı antijen ile karşılaşması sonucunda antijen kendine spesifik antikora bağlanır. Bu bağlanma ile mast hücresinde önceden mevcut histamin, serotonin gibi medyatörler degranüle olur. Bunun sonucunda bronkokonstrüksiyon, doku inflamasyonu, hava yollarında immün hücre infiltrasyonu, ödem ve mukus sekresyonunda artış gelişir.

#### **2.3.3.5. Nitrik oksit (NO)**

Güçlü bir vazodilatatördür. Nitrik oksit hava yolu epitel hücrelerinde uyarılabilir nitrik oksit sentazın etkisiyle üretilir (Ricciardolo *et al*, 2004). Solunumla atılan NO'nun özellikle eozinofilik astımda oluşan inflamasyonla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Astım atak sırasında NO düzeyinin arttığı ve kontrollü astımda düştüğü gösterilmiştir. Ekshale NO ölçümü astım tanısının konulmasında ve tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Smith and Taylor, 2005).

#### **2.3.3.6. Prostaglandin D2**

Başlıca mast hücrelerinde üretilir ve bronkokonstrüktör etki gösterir. Ayrıca Th2 hücrelerinin hava yollarında toplanmasında da etkilidir. Astımlı hastaların hava yollarındaki akut ve kronik değişikliklere sebep olan ödem, mukus sekresyonunda artış gibi yapısal değişikliklerin oluşmasına katkı sağlar.

### **2.4. RİSK FAKTÖRLERİ**

Birçok öğeden oluşan astım hastalığının gelişimine kişisel ve çevresel etmenler neden olmaktadır.

## **2.4.1. Kişisel Risk Faktörleri**

### **2.4.1.1. Cinsiyet**

Astım çocukluk çağında erkeklerde, adölesan ve erişkinlerde ise kadınlarda daha sık görülmektedir. Bunun sebebi kız çocuklarına göre erkek çocuklarının akciğer volümünün daha küçük, hava yolu direncinin ise daha yüksek olmasıdır. Hava yolu direnci bronkokonstrüksiyonla, dolayısıyla astım ile ilişkilidir (Tepper et al, 1986).

### **2.4.1.2. Genetik**

Benzer çevresel uyarılara maruz kalan tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine göre astım oranı daha yüksek bulunmuştur (Hopp et al., 1984). Bununla birlikte astımlı hastaların anne, baba, kardeş ve çocuklarında astım görülme riski genel popülasyona oranla daha fazladır (Castro-Rodríguez et al, 2000). Genetik çalışmalarda hastalığa neden olan tek bir gen yerine astım, atopi ve IgE üretimi ilişkili birçok aday gen bulunduğu bildirilmektedir (Holgate, 1999).

### **2.4.1.3. Atopi**

Kişinin allerjenle karşılaşma sonrası IgE üretmesi atopi olarak tanımlanmaktadır. Atopik kişilerde astım riski atopik olmayanlara göre 10-20 kat daha fazladır. Atopik dermatitli ya da allerjik rinitli hastalarda astımın %40-70 gibi yüksek oranlarda görülmesi de astımda atopinin önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (Şekerel ve ark, 2006).

### **2.4.1.4. Bronşial hiperreaktivite (BHR)**

Sağlıklı bireylerde uyarılar karşısında bronşların daralmasına “bronşial reaktivite” denir. Hava yollarının sağlıklı bireyleri etkilemeyecek düşük uyarılara dahi bronş daralması ile cevap vermesine ise bronşial hiperreaktivite denir (Grol et al, 1999). Bronşial hiperreaktivitenin nedeni bilinmemekle birlikte, hava yolu inflamatuvar hücre sayılarının artması ile görülme şiddeti ve sıklığının doğru orantılı olduğu belirlenmiştir (Laprise et al, 1999). Asemptomatik BHR’si olan kişilerin astım semptomları gelişme sıklığının, sağlıklı kişilere göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Laprise and Boulet, 1997). Bronşial hiperreaktivite astımlı çocukların %80’inde görülmektedir.

## **2.4.2. Çevresel Risk Faktörleri**

### **2.4.2.1. Allerjenler**

Allerjenler vücuda deri, solunum ve sindirim yolundan girebilirler. En önemli giriş yeri ise solunum sistemidir. Ev tozu akarı, hamamböceği, polen, hayvan epitel ve döküntüleri en önemli iç ve dış ortam allerjen kaynaklarıdır. Ev tozu akarları ile yapılan klinik çalışmalarda, hayatın ilk yılında 2 µg/g'a ulaşan ev tozu akarı 4,8 kat artmış astım riski ile birlikte (Nelson, 2000).

### **2.4.2.2. Sigara**

Sigara içmek astım gelişimi için bir risk faktörüdür. Gebelikte sigara içen annelerin çocuklarında ve yenidoğan döneminde sigara dumanına maruz kalmış çocuklarda astım sıklığı belirgin olarak artmış bulunmaktadır. Anneleri sigara içen süt çocuklarında hışıltı görülme olasılığı dört kat daha yüksektir (Dezateux et al, 1999). Sigara içen astımlılarda astım kontrolünü sağlamak daha güçtür (Toskala and Kennedy, 2015).

### **2.4.2.3. Viral enfeksiyonlar**

Viral solunum yolu enfeksiyonlarının çocuk ve erişkinlerde astım atağını tetiklediği bilinmektedir. Erken süt çocukluğu döneminde geçirilmiş RSV enfeksiyonlarının atopi ve astımın ortaya çıkmasında rol oynayabileceği düşünülmektedir (Johnston, 1998). Viral enfeksiyonlar sonrasında solunum yollarında gelişen epitel harabiyeti, inhalasyon yoluyla alınan allerjenlerin mukozaya kolayca ulaşmasına ve allerjenlere karşı duyarlanma gelişmesine sebep olur. Bu durum Th2 yanıtının oluşmasına, nihayetinde atopi ve astımın ortaya çıkma riskinin artmasıyla sonuçlanır (Martinez, 2003).

### **2.4.2.4. Diyet**

Yapılan çalışmalarda inek sütünden yapılan hazır mamalar ile beslenen çocuklarda, anne sütü alan çocuklara göre daha yüksek oranlarda hışıltılı solunum görüldüğü bulunmuştur. Beslenmede hazır gıdaların ve doymamış yağ asitlerinin artmasının, antioksidan içeren ve doymuş yağ asidi içeren gıdaların tüketiminin ise azalmasının

atopi ve astım gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir (Devereux and Seaton, 2005).

## **2.5. TANI**

Bronşial astım tanısı, hastanın semptomları ve klinik bulguları ile konur. Solunum fonksiyon testleri ile elde edilen objektif bulgular ise tanıyı destekler. Doğru tanı için; hışıltılı solunum, nefes darlığı, öksürük, göğüste sıkışma hissi gibi solunumsal semptomların karakteristik seyrinin ve değişken hava akımı kısıtlanmasının gösterilmesi gereklidir.

### **2.5.1. Klinik ve Laboratuvar Özellikleri**

Hastalığın karakteristik özelliklerini saptamaya yönelik soruların sorulması ilk ve en önemli adımdır. Astımda nefes darlığı, hışıltılı solunum, öksürük, göğüste sıkışma veya baskı hissi semptomları görülür. Klinik değerlendirmede semptomların karakteristik özellikleri epizodlar halinde görülmesi ve bu epizodlar arasında asemptomatik olunması; semptomların diurnal değişkenlik göstermesi ve daha çok gece kötüleşmesi; fiziksel aktivite, allerjen, viral enfeksiyon gibi tetikleyicilerle şikayetlerin artmasıdır. Ayrıca doktor tarafından tespit edilmiş hışıltı olması, hastada atopi bulunması veya birinci derece yakınlarında astım olması da astım olasılığını artırır (GINA, 2018). Hastalığın klinik bulguları, çevre faktörleri ile ilgili olarak hastadan hastaya, hatta aynı hastada değişik zamanlarda farklılık gösterebilir. Örneğin polen allerjisi olan bir hastanın semptomları her yıl polen mevsimi boyunca artarken mevsim dışı dönemde hasta daha iyidir (Von Mutius et al, 1998).

Otuz altı aydan küçük çocuklarda astım tanısı koymak daha zordur; çünkü bu yaş grubunda astım dışında birçok sebep hışıltı oluşmasında etkilidir. Erken süt çocukluğu döneminde başlayan hışıltı atakları genellikle RSV ve parainfluenza gibi viral enfeksiyonlar ile ilişkilidir. Değişik hışıltı fenotipleri için çeşitli şekillerde sınıflandırmalar yapılmıştır (Tablo 3). En çok tercih edilen semptom ve süreye dayanan sınıflamadır (Brand et al 2008, Martinez et al 1995).



**Tablo 3. Hışıltı fenotiplerinin sınıflaması**

<i>Zamansal sınıflama</i>	
Epizodik hışıltı	Viral üst solunum yolu enfeksiyonları ile tetiklenen ve epizodlar arasında semptomun görülmediği hışıltı fenotipi
Çoklu tetikleyicili hışıltı	Hışıltının gülme, ağlama ve egzersiz gibi nedenlerle tetiklendiği fenotip
<i>Süreye dayanan sınıflama</i>	
Geçici hışıltı	Semptomların 3 yaşından önce başlayıp sonlandığı fenotip
Persistan hışıltı	Semptomların 3 yaştan önce başlayıp 6 yaştan sonra da devam ettiği fenotip
Geç başlangıçlı hışıltı	Semptomların 3 yaştan sonra başladığı fenotip

Bu sınıflamalar yer edinmiş olmasına rağmen pratikte hastanın prognozunu belirlemede veya tedavi planlamasında yeteri kadar yol gösterici değildirler (Şahiner ve ark, 2013).

Küçük çocuklarda hışıltı değerlendirilirken astım tanısını destekleyen bulgular aşağıda özetlenmiştir:

- Ayda birden fazla hışıltı atağı
- Semptomların epizodik ataklar şeklinde ve yineleyici olması
- Aktivite ile hışıltının artması
- Semptomların özellikle gece yoğunlaşması
- Enfeksiyon olmadan da gece öksürüğünün olması
- Allerjen veya iritan maddelerle karşılaştıktan sonra öksürük veya hışıltı olması
- Üst solunum yolu ile ilgili yakınmaların on günden uzun sürmesi ve alt solunum yollarına ilerlemesi
- Semptomların üç yaşından sonra devam etmesi
- Astım tedavisi ile semptomların düzelmesi

Akut atak sırasında obstrüksiyonun derecesi ile değişen bulgular vardır. Atağın şiddetine göre ortopne, dispne, takipne, yardımcı solunum kaslarının katılımı, siyanoz, bilinç bulanıklığı gibi fizik muayene bulguları saptanır. Dinlemekle akciğer sahalarında ral ve ronküsler duyulur. Obstrüksiyonun çok şiddetli olduğu bazı hastalarda hava giriş-çıkışı tamamen durmuş, “sessiz akciğer” tablosu gelişmiş olabilir (GINA, 2018).

Astımlı çocuklar ataklar dışında hekime başvurmuş ise muayenesi tamamen normal olabilir. Ancak kronik olgularda göğüs ön-arka çapı artmış olarak saptanabilir. Fizik muayenede atopik dermatit lezyonları, seröz burun akıntısı, burun tıkanıklığı, burun üstünde 1/3 alt uçta transvers çizgi, gözaltlarında mor renkli halkalar (allerjik shiner) görülebilir. Astımlı hastalarda genellikle çomak parmak gelişmez, eğer varsa öncelikli olarak bronşektazi ve kistik fibrozis düşünülmelidir (GINA, 2018).

#### *Solunum Fonksiyon ve Bronş Provokasyon Testleri:*

Astımlı bir hastanın yakınmaları ve fizik inceleme bulguları ile solunum yolu obstrüksiyonunun şiddeti arasında her zaman korelasyon olmayabilir. Solunum fonksiyonlarının ölçümü hava yolu kısıtlanmasının ağırlığını, reverzibilitesini ve değişkenliğini göstererek astım tanısının desteklenmesini sağlamaktadır. Fakat solunum fonksiyon testlerinin normal olması astım tanısını ekarte ettirmez. Hasta kooperasyonunun olduğu 6-7 yaşından itibaren çocuklarda spirometrik çalışmalar yapılabilir. Sıklıkla dikkate alınan değerler spirometre ile ölçülen zorlu ekspiratuar akım birinci saniye (FEV1) ve zorlu vital kapasite (FVC) değerleri ile PEFmetre ile ölçülen zirve ekspiratuar akım (PEF) ölçümleridir (Brand et al, 1999). Hava akım kısıtlılığını gösteren değerler etnik yapıya göre değişiklik gösterebilir, sonuçlar değerlendirilirken kişinin en iyi değeri göz önünde bulundurulmalıdır (Quanjer et al, 2012).

Zorlu ekspiratuar akım birinci saniye (FEV1) ölçümü zorlu yapılan bir ekspirasyonun birinci saniyesinde atılan hava miktarıdır. Obstrüktif akciğer hastalıkları dışındaki bazı hastalıklarda da FEV1 düşer. Bu nedenle hava yolu obstrüksiyonu göstergesi olarak FEV1'in FVC'ye oranının (FEV1/FVC) alınması daha doğru olur. Bu oranın erişkinde %80'in altında olması astım lehinedir. PEFmetre ile ölçülen PEF ise ekspiratuar tepe akım hızıdır, astım olgularında düşmesi beklenir (GINA, 2018).

Hava yolu obstrüksiyonu saptanan bir çocukta bronkodilatör ilaçtan sonra FEV1'de %12, PEF'de ise %15 ve daha fazla bir artışın olması astım tanısı için çok önemli bir kriterdir. Buna "(erken) reverzibilite testi" denir. Asemptomatik dönemde hekime başvuran hastalarda reverzibilite testi yararlı olmayabilir. Bunlarda metakolin,

histamin veya egzersiz ile bronkoprovokasyon testi yapılır. Astım tanısını koymada sensitivitesi yüksek iken spesifitesi düşüktür (BTS, 2016).

#### *Allerji Testleri:*

Astımın allerji ile olan güçlü ilişkisi sebebiyle astımlı hastaların etyolojisinde allerjinin değerlendirilmesi önem taşır. Anamnezinde allerjiden şüphelenilen hastada ilk yapılacak uygulama epidermal deri testleridir. Atopinin değerlendirilmesi için deri prik testleri dışında kanda spesifik IgE ölçümü yöntemi de vardır; ancak pahalı ve duyarlılığı düşük olduğu için anafilaksi öyküsü, yaygın cilt hastalığı bulunan hasta grubu dışında ilk tercih değildir. Allerji testlerinin pozitif bulunması hastalığın mutlaka allerjik kökenli olduğunu göstermez. Hastanın hikayesinden allerjene maruziyet ve bunun semptomlarla ilişkisi doğrulanmalıdır (GINA, 2018).

#### *İnflamatuvar Belirteçler:*

Astımda hava yolu inflamasyonunu gösteren yöntemler mevcuttur; ancak maliyetin yüksek olması klinik bulgular ile uyumunun zayıf olması gibi sebeplerle rutin kullanımda yerleri yoktur (Oğuzülgen ve ark, 2002). Balgamda eozinofil ölçümü, ekspiryum havasında nitrik oksit (FeNO) ölçümü bu yöntemlere örnektir (Yıldız ve ark, 2003).

### **2.5.2. Ayırıcı Tanı**

Astımın ayırıcı tanısında birçok hastalık yer almaktadır (Tablo 4). Fizik incelemede bölgesel ral duyulması veya solunum seslerinde azalma saptanması segmental atelektaziye; göğüs ön-arka çapında artış, çomak parmak gibi bulgular kronik akciğer hastalıklarını; burun mukozasında nazal polip görülmesi kistik fibrozisi akla getirmelidir. Semptomların yenidoğan döneminden itibaren başlaması ve büyüme-gelişme geriliğinin eşlik etmesi, viral enfeksiyonlar dışında da devam etmesi, kusma ile ilişkili olması durumunda ileri değerlendirme yapılması gerekir (GINA, 2018).

**Tablo 4. Yaşlara göre astım ayırıcı tanısı**

<5 yaş	6-11 yaş	>12 yaş
Gastroözefageal reflü	Bronşektazi	Bronşektazi
Yabancı cisim aspirasyonu	Kistik fibrozis	Kistik fibrozis
Trakeomalazi	Bronkopulmoner displazi	Alfa-1 antitripsin eksikliği
Tüberküloz	Primer silyer diskinezi	Konjenital kalp hastalığı
Konjenital kalp hastalığı	Konjenital kalp hastalığı	Vokal kord disfonksiyonu
Kistik fibrozis		Yabancı cisim aspirasyonu
Primer siliyer diskinezi		
Vasküler halka		
Bronkopulmoner displazi		
İmmün yetmezlik		

## 2.6. TEDAVİ

Astım, hasta ve ailesine önemli etkileri olan ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Bugün için tam kür sağlayan bir tedavi şekli yoktur, ancak uygun bir yaklaşım ile hastalığı kontrol altına almak mümkündür. Başarılı bir astım tedavisindeki amaçlar şunlardır:

- Kronik semptomları (gece ve gündüz) önlemek veya en aza indirmek
- Normal günlük aktivitenin devamını sağlamak
- Normal veya normale yakın akciğer fonksiyonlarını sağlamak ve bu seviyede tutmak
- Astım ataklarını önlemek, hastaneye yatırılma ya da acil servise başvurma sıklığını en aza indirmek
- İlaçları en az yan etkiye sahip olacak şekilde ve dozda kullanmak
- Hava yollarında kalıcı yapısal değişiklikler ve buna bağlı irreverzibil hava yolu obstrüksiyonunun oluşmasını engellemek
- Astım mortalitesini önlemek (Kelly, 2003).

Bu amaçlara ulaşabilmek için hastanın astım şiddeti belirlenip başlanan tedavisi hastalığın kontrol düzeyine göre takiplerinde revize edilmelidir. Hastalığın kontrol durumu semptomların sıklığı ile değerlendirilir (Tablo 5).

**Tablo 5. Astım kontrol düzeyleri**

Özellik	KONTROLLÜ (Aşağıdakilerin tümü)	KİSMİ KONTROLLÜ (Herhangi birinin bulunması)	KONTROLSÜZ (Kısmi kontrollü astıma ait 3 veya daha fazla özellik)
Gündüz semptomları	Yok (haftada iki ya da daha az)	Haftada ikiden fazla	Haftada ikiden fazla
Aktivite kısıtlanması	Yok	Varsa	Herhangi biri
Gece semptomları / uyanmaları	Yok	Varsa	
Rahatlatıcı/ kurtarıcı ilaç gereksinimi	Yok (haftada iki kez ya da daha az)	Haftada ikiden fazla	Haftada ikiden fazla

Astımın şiddeti semptomların sıklığı, hava akımı kısıtlılığının derecesi ile akciğer fonksiyonlarındaki değişkenliğe göre intermittan, hafif persistan, orta persistan ve ağır persistan olarak dört gruba ayrılmıştır. Astım şiddetine göre yapılan sınıflama Tablo 6'da gösterilmiştir (NHLBI, 2007).

**Tablo 6. Ağırliğına göre astım sınıflaması**

	Semptomlar	Gece Semptomları	Solunum Fonksiyonu
<b>İntermittan</b>	-Semptomlar haftada 1'den az -Ataklar arası tamamen normal ve ataklar kısa sürüyor	-Ayda 2 veya daha az	-FEV1 veya PEF $\geq$ %80 beklenen -PEF değişkenliği < %20
<b>Hafif Persistan</b>	-Semptomlar haftada 1'den fazla, günde 1'den az -Ataklar aktivite ve uykuyu etkileyebilir	-Ayda 2'den fazla	-FEV1 veya PEF $\geq$ %80 beklenen -PEF değişkenliği %20-30
<b>Orta Persistan</b>	-Her gün semptom var - Ataklar aktivite ve uykuyu etkiliyor -Her gün $\beta_2$ agonist kullanıyor	-Haftada 1'den fazla	- FEV1 veya PEF %60-80 beklenen -PEF değişkenliği > %30
<b>Ağır Persistan</b>	-Semptomlar sürekli - Ataklar sık -Aktivite kısıtlanmış	-Sık	- FEV1 veya PEF $\leq$ %60 beklenen -PEF değişkenliği > %30

Astımlı çocukların tedavi programında; eğitim, tetikleyen etkenlerin uzaklaştırılması ve hastalığın ağırlığının saptanmasından sonra uzun süreli tedavi planının yapılması yer almaktadır. Tedavide kullanılan ilaçlar kontrol edici (antiinflamatuvarlar-profilaktik ilaçlar) ve semptom gideren ilaçlar (bronkodilatatörler) olmak üzere iki gruptur. Kontrol edici ilaçlar hasta tarafından her gün kullanılan ve uzun etki süresi olan preparatlar olup steroidler, lökotrien antagonistleri ve uzun etkili  $\beta$ 2 agonistler bu grupta yer almaktadır. Semptom gidericiler ise bronkokonstrüksiyonu düzeltip buna bağlı ortaya çıkan semptomları kısa sürede gideren ilaçlardır. Her gün düzenli olarak kullanılmayıp yakınma olduğu dönemde kullanılırlar. Kısa etkili  $\beta$ 2 agonistler ve antikolinerjikler bu grubu oluşturur (GINA, 2018).

Astımın uzun süreli tedavisinde öncelikle hastanın klinik bulgularına göre hangi basamakta olduğuna karar verilir. Hasta adına tespit edilen basamak için geçerli olan tedavi başlanıp hastalık en kısa zamanda kontrol altına alınır. Hasta semptomların sıklığı ve solunum fonksiyon ölçümleri ile takip edilir. Hastalık 2-4 ay süre ile kontrol altına alınmışsa bir alt basamağa geçilir. Kontrol altında değil ise veya şikayetleri artmışsa bir üst basamağa geçilir. Astımın şiddeti ve hastanın kontrol düzeyine göre tedavinin planlanarak, en düşük doz ilaçla en etkin tedavinin sağlandığı yöntemle “basamak tedavisi” denir. Özellikle küçük çocuklarda, tedaviye 6-8 hafta içinde yanıt iyi değilse alternatif tanı ve tedaviler gözden geçirilmelidir (NHLBI, 2007).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimi uzmanlarının, sözleşmeli aile hekimi uzmanlığı araştırma görevlilerinin ve sertifikalı pratisyen aile hekimlerinin çocukluk ağı astım hastalığı ile ilgili tutum, bilgi ve davranışlarının araştırılmasını amaçlayan bu çalışma şubat-Nisan 2018 tarihleri arasında Sakarya ilinde toplam 172 aile hekimi ile yapılmıştır. Çalışmaya dâhil edilen hekimlere, dolduracakları anketin bilimsel bir araştırma amacıyla yapıldığı, sınav benzeri bir değerlendirme olmadığı ve ad-soyad bilgilerinin istenmediği yönünde bilgi verildikten sonra anketler uygulandı. Toplam 46 sorudan oluşan anket hekimlere çalıştıkları yere gidilerek verildi ve doldurmaları istendi. Bu alışma veri toplama yöntemi olarak 4 bölümlük anketin kullanıldığı kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır (Bakınız ek bölüm-Anket). Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 71522473.050.01.04/20 sayılı 26.01.2018 tarihli yazılı izin alındı.

#### 3.1. ANKET

Çalışmada, katılımcılara dört bölümden oluşan anket uygulandı. Genel uygulama öncesi anketin uygulanabilirliği, dizaynı, soru sayısı ve soruların yeterliliği ocuk İmmünolojisi ve Allerji Hastalıkları Uzmanı Prof. Dr. Öner Özdemir tarafından değerlendirildi. Ankette öneriler yönünde düzeltilmeler yapıldı (Bakınız ek bölüm-Anket).

##### 3.1.1. Birinci Bölüm

Anketin birinci bölümü aile hekimlerinin astım tanısı koyma, takip ve tedavisini yapma, atak tedavisi verme konusundaki tutumlarını; astım hastalarını sevk etme, hastalığın kontrol altında olup olmadığını sorgulama, tetikleyicilerden korunma ve inhaler ilaç kullanım tekniklerini hatırlatmada bulunma konusundaki davranışlarını sorgulamaktadır (1-6. sorular).

### 3.1.2. İkinci Bölüm

Anketin ikinci bölümünde (7-20. sorular) aşağıda sıralandığı gibi katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler, mesleki uygulamalar, çalışma şartları ve bireysel özelliklere yönelik sorulara yer verilmiştir:

- Sosyodemografik olarak; cinsiyet, yaş, tıp fakültesi mezuniyetinden itibaren geçen süre, ünvan
- Aile sağlığı merkezinin bulunduğu ilçe, gezici köy hizmetinin varlığı
- Hasta sayısı ile ilgili olarak; nüfusa kayıtlı astım tanılı hasta sayısı, astım ilacı reçete etme sıklığı, astımlı hasta görme sıklığı
- Farkındalığı arttırması beklenen yakınında astım hastası varlığı ve ASM’de astım konulu bilgilendirici afiş veya broşür bulundurma durumu
- Eğitimle ilgili olarak; son bir yılda astım konulu bilimsel bir toplantıya katılma veya yazı okuma; ilaç temsilcisi tarafından astım ilaçları hakkında bilgilendirilme, Sağlık Bakanlığı’nın düzenlediği astım konulu bir toplantıya katılma durumu

### 3.1.3. Üçüncü Bölüm

Anketin üçüncü bölümü (21-30. sorular) astım ile ilgili aşağıda sıralanan konularla ilgili teorik sorulardan oluşmaktadır:

- Astım patogenezi
- Astım tanısı; öykü, fizik muayene, ayırıcı tanı
- Astımlı hasta takip ve tedavisi; astım kontrol düzeyi, astım ilaçları, inhaler cihaz kullanım teknikleri, tetikleyiciler ve korunma önlemleri

Astım bilgi düzeyini ölçen kapalı uçlu 10 soru ve cevapları GINA’nın 2017 Kılavuzu temel alınarak hazırlandı.

### 3.1.4. Dördüncü Bölüm

Anketin dördüncü bölümü, beş yaşın altında ve üstünde olmak üzere iki klinik olgu sorusundan (31-32. sorular) oluşmaktadır. Persistan astım ve akut astım atağına



yaklaşım konusunda bilgi düzeyini ölçen kapalı uçlu 16 soru ve cevapları GINA 2017 Kılavuzu temel alınarak hazırlandı.

### **3.2. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Bu tez çalışması, 1 Şubat-1 Nisan 2018 döneminde Sakarya ili ve ilçelerindeki aile sağlığı merkezlerinde aile hekimi olarak çalışan hekimleri temsil eden kesitsel tipte bir çalışmadır.

### **3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ**

Araştırmanın evrenini Sakarya ili ve ilçelerindeki aile sağlığı merkezlerinde aile hekimi olarak çalışan hekimler oluşturmaktadır. Örnekleme yapılması planlanmayan çalışmada evrenin tümüne ulaşılması amaçlanmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen; araştırma sırasında eğitim, mobil hizmet, sağlık sorunu ya da yasal izin nedeniyle işyerinde bulunmayanlar dışında kalan 172/276 (%62,3) kişiye ulaşılmıştır.

### **3.4. İSTATİSTİK**

Çalışmanın istatistiksel analizleri IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0. (IBM Corp. Armonk, NY: USA. Released 2011) kullanılarak yapıldı. Toplam aile hekimi sayısının 276 olduğu evrende %95 güven aralığında tahmini prevalans %50, artı eksi %5 sapmayla, desen etkisi 1,0 alınarak yapılan örneklem hesabı sonucunda örneklem büyüklüğünün en az 169 olması gerektiği hesaplanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde olarak hesaplanmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki farkı belirleyebilmek için Pearson Ki-kare bağımsızlık testi ve Fisher's Exact testi, doğru veya yanlış sayılarının gruplar açısından karşılaştırılmasında nonparametrik varyans analizi testleri olan Kruskal Wallis ve Mann Whitney-U testleri kullanılmıştır. Ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişki düzeyini belirlerken Spearman korelasyon katsayıları kullanılmıştır. Spearman korelasyon katsayısının 0.00-0.25 arasında olması zayıf ilişki, 0.26-0.50 arasında olması orta düzeyde ilişki, 0.51-0.75 arasında olması

güçlü ilişki, 0.76-1.00 arasında olması ise çok güçlü ilişki olarak yorumlanmıştır. İstatistiksel önemlilik değeri,  $p < 0,05$  olarak belirlenmiştir.



## 4. BULGULAR

### 4.1. DEMOGRAFİK VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışma kapsamında 172/276 (%62,3) aile hekimine ulaşılmıştır. Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin büyük çoğunluğunu 41-50 yaş arası (%39,5), erkek (%62,2), mezuniyetinden itibaren geçen süre 10-20 yıl arasında (%36,7), pratisyen aile hekimi (%83,7), merkez ilçede çalışan (%62,2), gezici sağlık hizmeti vermeyen (%61), nüfusa kayıtlı astımlı hasta sayısı 1-10 arasında (%38,4), 18 yaşından küçük astım hastası görme sıklığı haftada en az bir (%41,3), 18 yaşından küçük astım hastası reçete sıklığı haftada en az bir (%43,6), yakınlarında astım hastası bulunmayan (%59,3), ASM'de astımla ilgili afiş veya broşür bulunduran (%58,1), son bir yıl içinde astımla ilgili bilimsel bir yazı okumamış veya toplantıya katılmamış (%58,1), son bir yılda astımla ilgili ilaç temsilcisi ziyaretinde bulunmuş (%51,7) ve astım konulu Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen her hangi bir eğitime katılmamış (%60,5) grup oluşturmaktadır. Hekimlerin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamaları ile ilgili veriler Tablo 7'de verilmiştir.

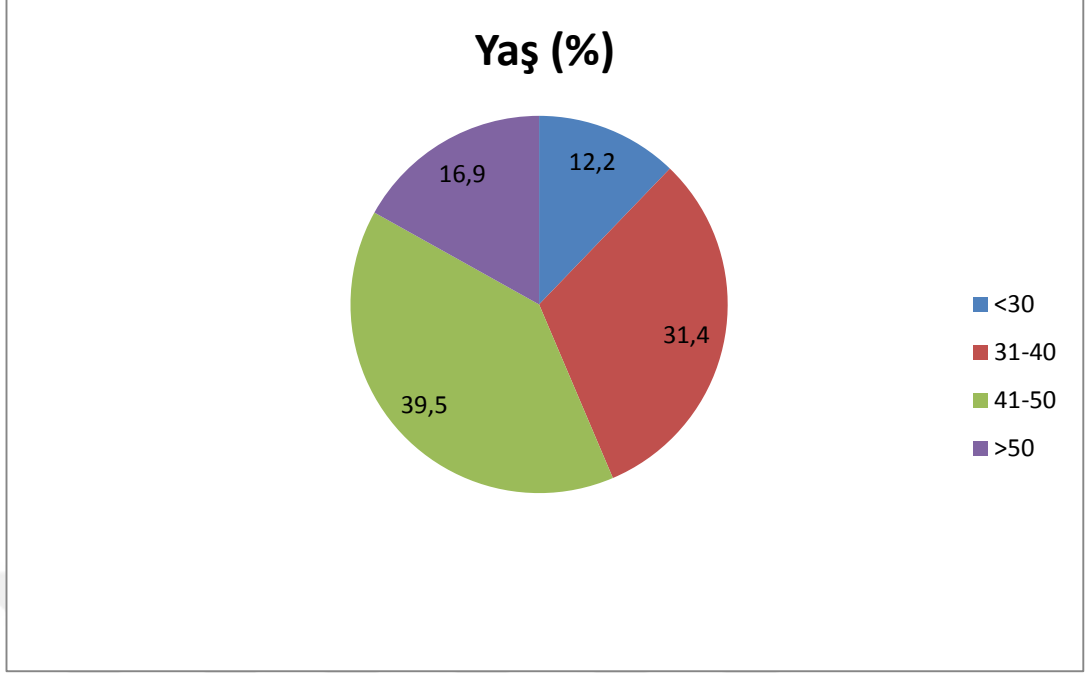
**Tablo 7. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına yönelik verileri**

Yaş	N	%
<30	21	12,2
31-40	54	31,4
41-50	68	39,5
>50	29	16,9
Cinsiyet		
Kadın	65	37,8
Erkek	107	62,2
Tıp fakültesi mezuniyetinden itibaren geçen süre		
0-10	50	29
10-20	63	36,7
>20	59	34,3
Ünvan		
Pratisyen aile hekimi	144	83,7
Aile hekimi uzmanı	7	4,1
Sözleşmeli aile hekimi uzmanlığı araştırma görevlisi	21	12,2

**Tablo 7. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına yönelik verileri (Devamı)**

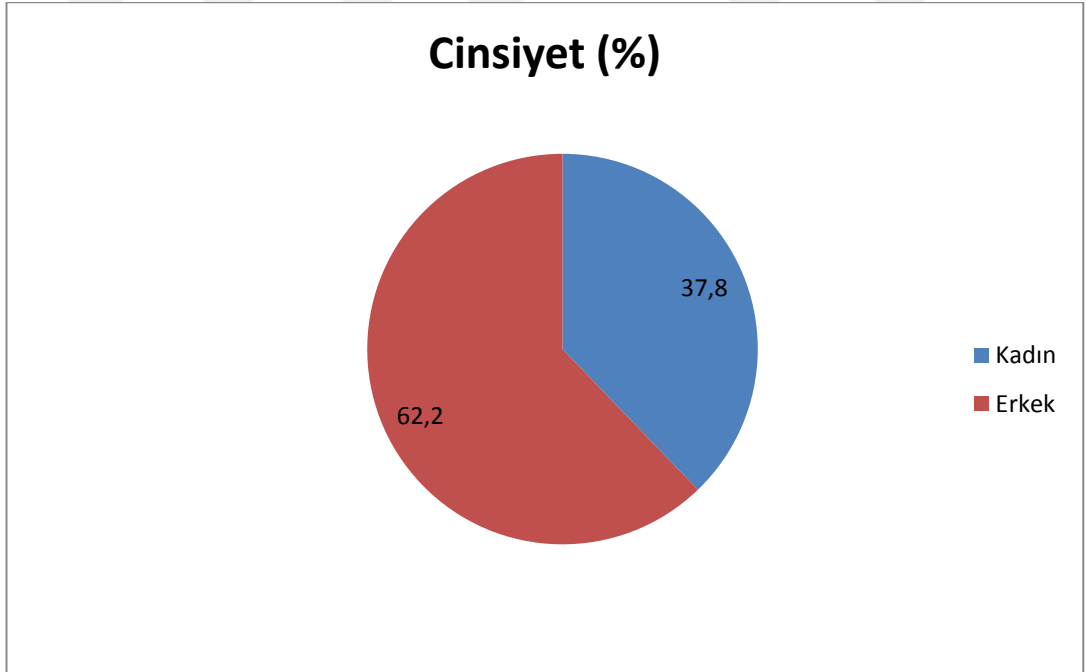
İlçe	N	%
<i>Adapazarı</i>	60	34,9
<i>Serdivan</i>	26	15,1
<i>Akyazı</i>	12	7
<i>Erenler</i>	21	12,2
<i>Hendek</i>	13	7,6
<i>Karasu</i>	10	5,8
<i>Geyve</i>	7	4,1
<i>Arifiye</i>	1	0,6
<i>Sapanca</i>	3	1,7
<i>Pamukova</i>	7	4,1
<i>Ferizli</i>	4	2,3
<i>Kaynarca</i>	1	0,6
<i>Kocaali</i>	3	1,7
<i>Sgtl</i>	2	1,2
<i>Karaprek</i>	2	1,2
<b>Gezici Sağlık Hizmeti</b>		
<i>Evet</i>	67	39
<i>Hayır</i>	105	61
<b>Nfusta kayıtlı astım hastası</b>		
<i>1-10</i>	66	38,4
<i>11-20</i>	62	36
<i>&gt;20</i>	44	25,6
<b>&lt;18 yaş astım hastası grme sıklığı</b>		
<i>Haftada en az 1</i>	71	41,3
<i>Ayda 1</i>	31	18
<i>Ayda 2-3</i>	51	29,7
<i>Yılda 1 ka</i>	19	11
<b>&lt;18 yaş astım hastası reçete sıklığı</b>		
<i>Haftada en az 1</i>	75	43,6
<i>Ayda 1</i>	36	20,9
<i>Ayda 2-3</i>	47	27,3
<i>Yılda 1 ka</i>	14	8,1
<b>Etrafında astım hastası varlığı</b>		
<i>Evet</i>	70	40,7
<i>Hayır</i>	102	59,3
<b>ASM'de astımla ilgili afiş/broşr bulundurma</b>		
<i>Evet</i>	100	58,1
<i>Hayır</i>	72	41,9
<b>Son 1 yıl içinde astımla ilgili bilimsel bir yazı okuma veya toplantıya katılma</b>		
<i>Evet</i>	72	41,9
<i>Hayır</i>	100	58,1
<b>Son 1 yılda astımla ilgili ila temsilcisi ziyareti</b>		
<i>Evet</i>	89	51,7
<i>Hayır</i>	83	48,3
<b>Astım konulu Sağlık Bakanlığı eğitimine katılma</b>		
<i>Evet</i>	68	39,5
<i>Hayır</i>	104	60,5

Katılımcıların 21'i (%12,2) 30 yaş altında, 54' (%31,4) 31-40 yaş arasında, 68'i (%39,5) 41-50 yaş arasında, 29'u (%16,9) 46 yaş üzerinde idi (şekil 1).



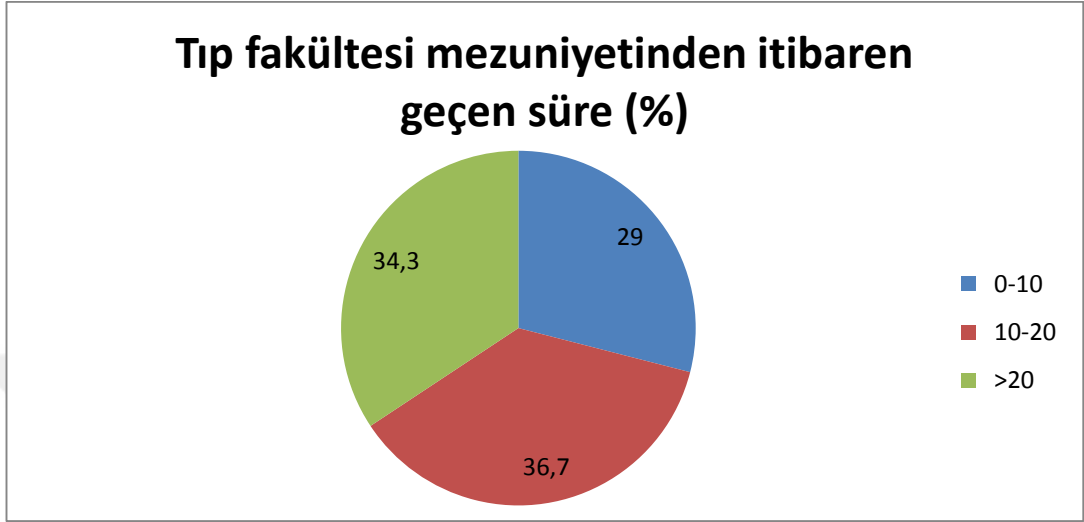
**Şekil 1. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin yaş dağılımları**

Katılımcıların 65'i (%37,8) kadın, 107'si (%62,2) ise erkekti (Şekil 2).



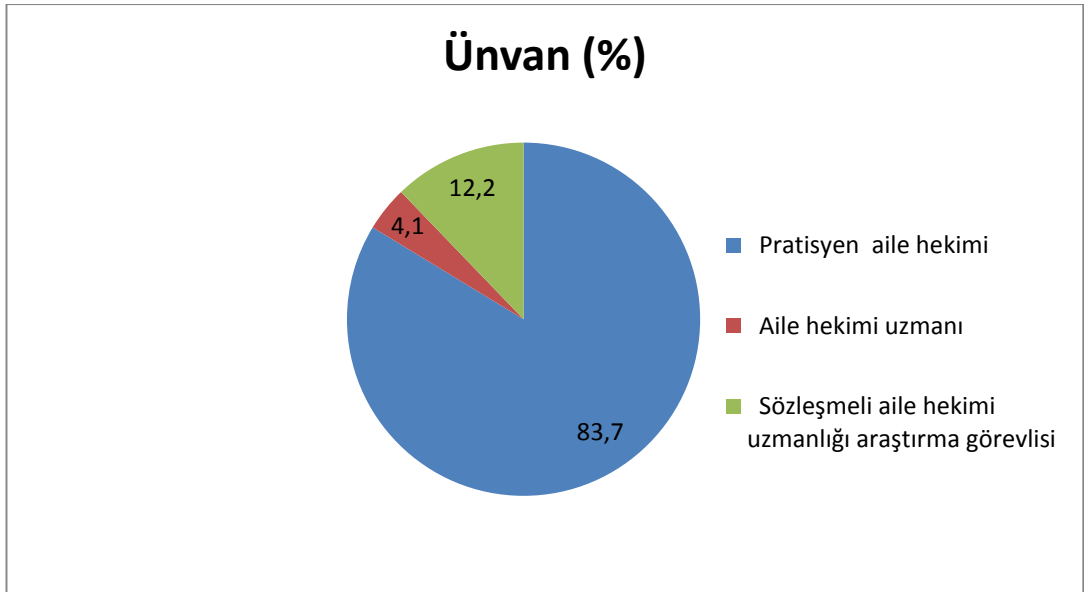
**Şekil 2. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin cinsiyet dağılımı**

Tıp fakültesi mezuniyetinden itibaren geçen süreye göre sınıflandırdığımızda katılımcıların mezuniyetten itibaren geçen süre 50'sinin (%29) 0-10 yıl arasında, 63'ünün (%36,7) 10-20 yıl arasında, 59'unun (%34,3) 20 yılın üzerindeydi (Şekil 3).



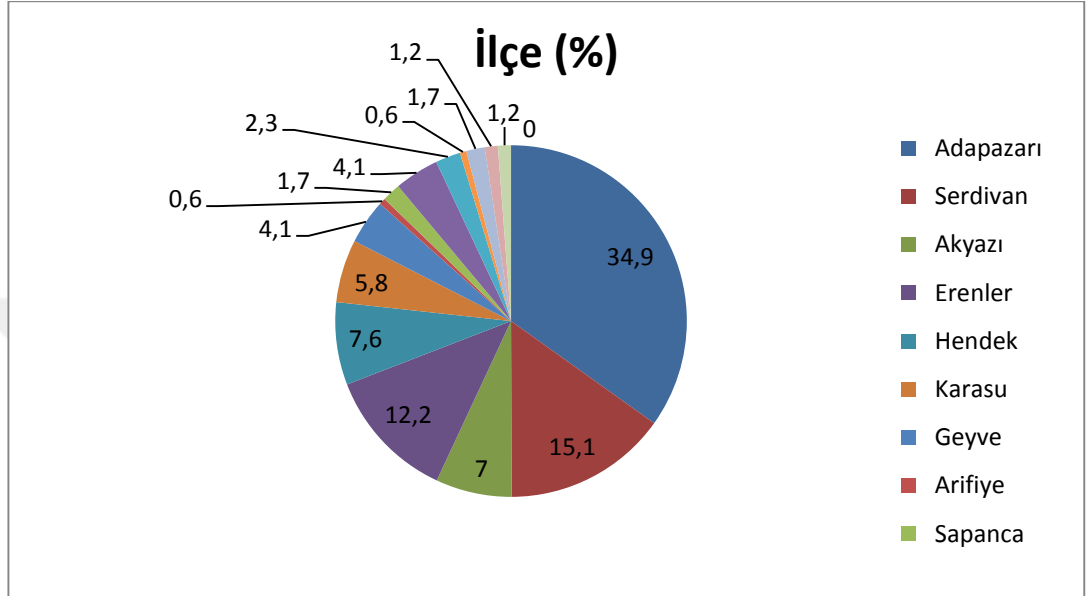
**Şekil 3. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin mezuniyetten itibaren geçen süreye göre dağılımları**

Çalışmaya dâhil olan katılımcıların 144'ü (%83,7) pratisyen aile hekimi, 7'si (%4,1) aile hekimi uzmanı, 21'i (%12,2) sözleşmeli aile hekimi uzmanlığı araştırma görevlisi idi (Şekil 4).



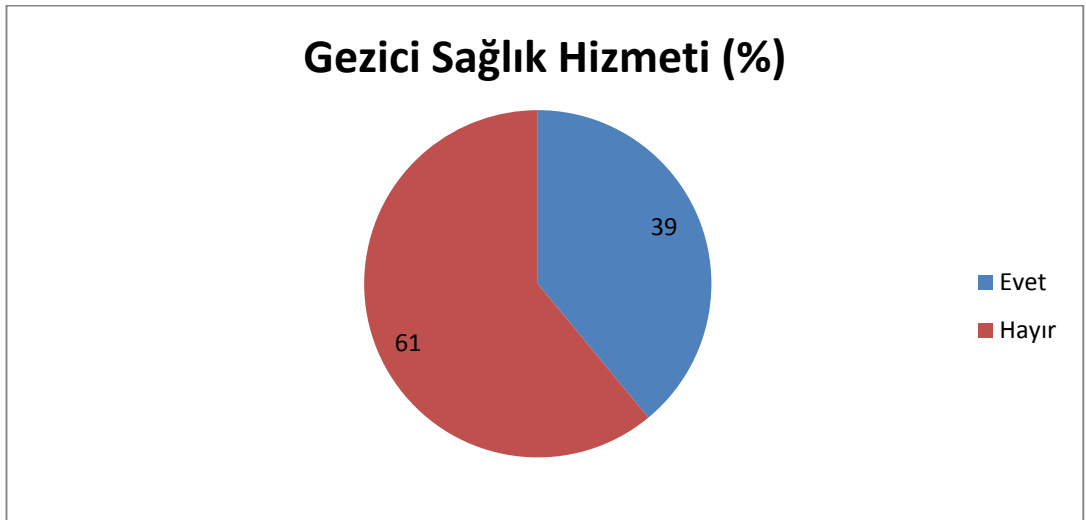
**Şekil 4. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin ünvana göre dağılımı**

Çalışmaya dâhil olan katılımcıların 107'si (%62,2) merkez ilçelerde (Adapazarı, Serdivan, Erenler), 65'i (%37,8) çevre ilçelerde (Akyazı, Hendek, Karasu, Geyve, Arifiye, Sapanca, Pamukova, Ferizli, Kaynarca, Kocaali, Söğütlü, Karapürçek) çalışmakta idi (Şekil 5).



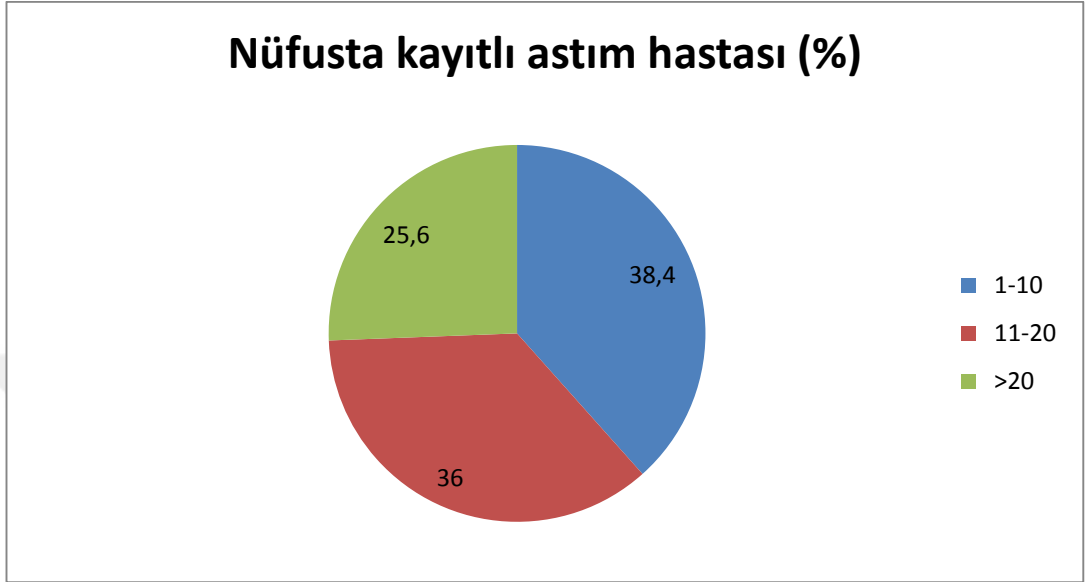
Şekil 5. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin çalıştıkları ilçeye göre dağılımı

Çalışmaya dâhil olan katılımcıların 67'si (%39) gezici sağlık hizmeti vermekte idi (Şekil 6).



Şekil 6. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti verme durumlarına göre dağılımı

Nüfusa kayıtlı astımlı hasta sayısına baktığımızda katılımcıların 66'sının (%38,4) 1-10 arasında, 62'sinin (%36) 11-20 arasında, 44'ünün (%25,6) 20 den fazla kayıtlı astım hastası bulunmaktaydı (Şekil 7).



**Şekil 7. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin nüfusa kayıtlı astımlı hasta sayısına göre dağılımı**

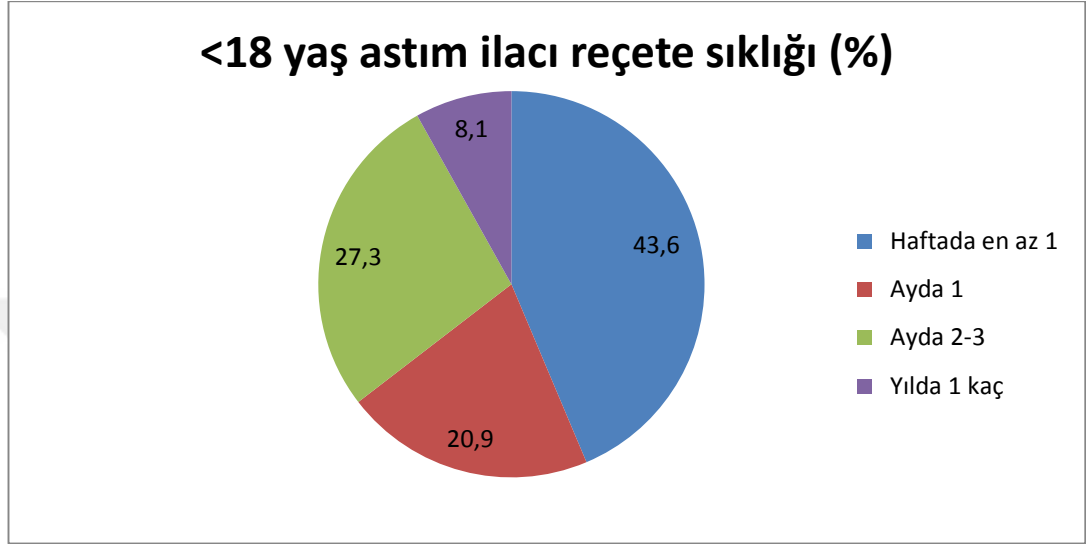
18 yaşından küçük astım hastası görme sıklığına baktığımızda katılımcıların 71'i (%41,3) haftada en az 1 kere, 31'i (%18) ayda 1 kere, 51'i (%29,7) ayda 2-3 kere, 19'u (%11) yılda birkaç kere 18 yaşından küçük astım hastası görmekteydi (Şekil 8).



**Şekil 8. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin 18 yaşından küçük astımlı hasta görme sıklığına göre dağılımı**



18 yaşından küçük hastalara astım ilacı reçete etme sıklığı incelendiğinde katılımcıların 75'inin (%43,6) haftada en az 1 kere, 36'sının (%20,9) ayda 1 kere, 47'sinin (%27,3) ayda 2-3 kere, 14'ünün (%8,1) yılda birkaç kere hastalara astım ilacı reçete ettiği saptandı (Şekil 9).



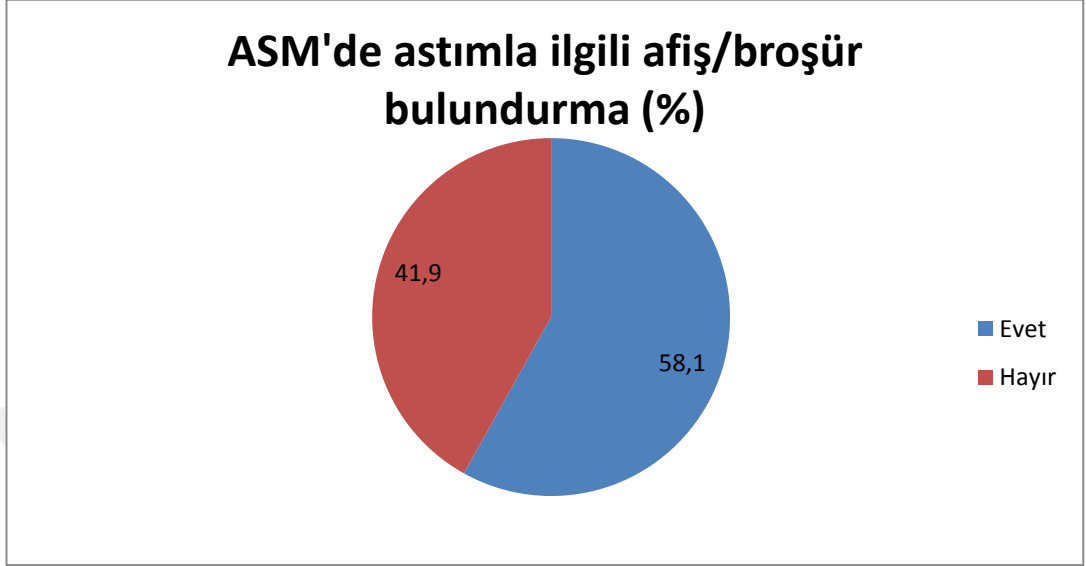
Şekil 9. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin 18 yaşından küçük hastalara astım ilacı reçete etme sıklığına göre dağılımı

Katılımcıların 70'inin (%40,7) ailesinde veya yakınlarında astımlı hasta bulunduğu saptandı (Şekil 10).



Şekil 10. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin ailesinde veya yakınlarında astımlı hasta bulunma durumları

Katılımcıların 100'ünün (%58,1) ASM'de astım konulu bilgilendirici afiş veya broşür bulundurduğu saptandı (Şekil 11).



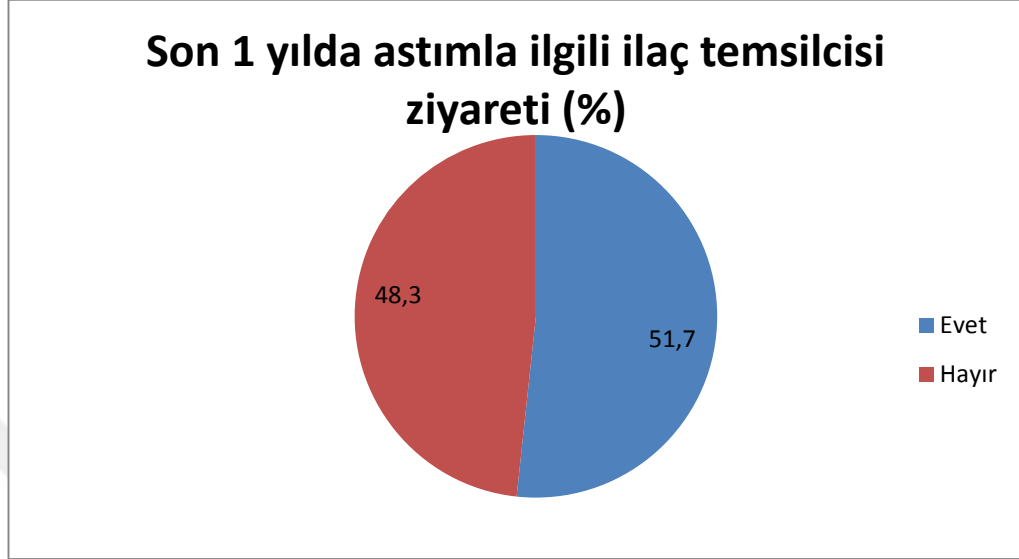
**Şekil 11. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin ASM'de astım konulu bilgilendirici afiş veya broşür bulundurma durumları**

Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin 72'sinin (%41,9) son bir yılda astım konulu bilimsel bir makale okumuş veya toplantıya katılmış olduğu saptandı (Şekil 12).



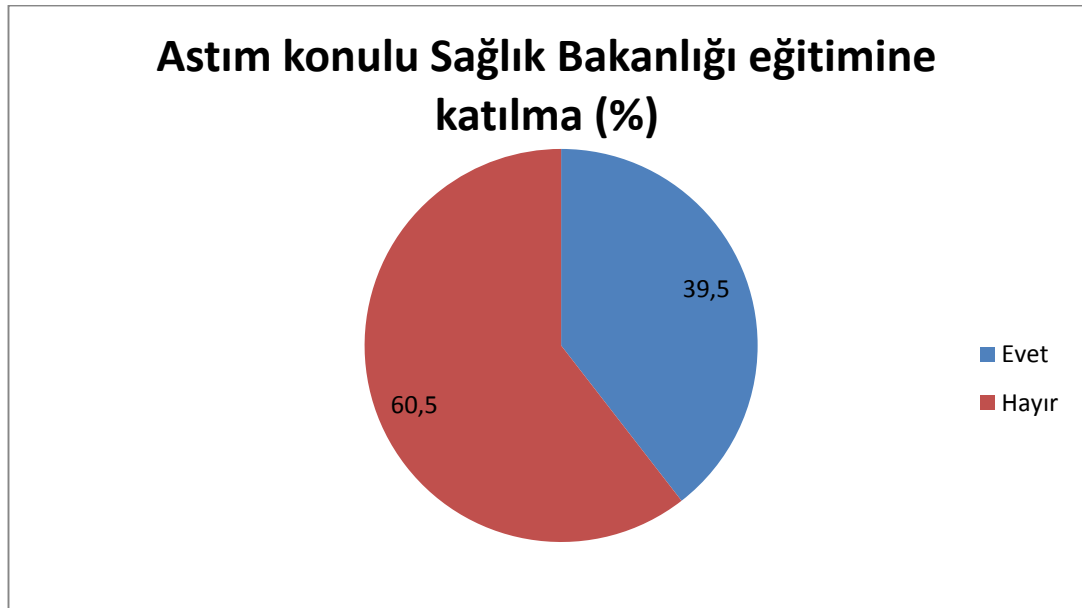
**Şekil 12. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin son 1 yılda astım konulu bilimsel bir makale okuma veya toplantıya katılma durumları**

Sakarya il genelinde ASM'de çalışan aile hekimlerinin 89'una (%51,7) ilaç temsilcileri tarafından astım konulu bir ziyarette bulunulduğu saptandı (Şekil 13).



Şekil 13. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin ilaç temsilcileri tarafından astım konulu bir ziyarette bulunulma durumları

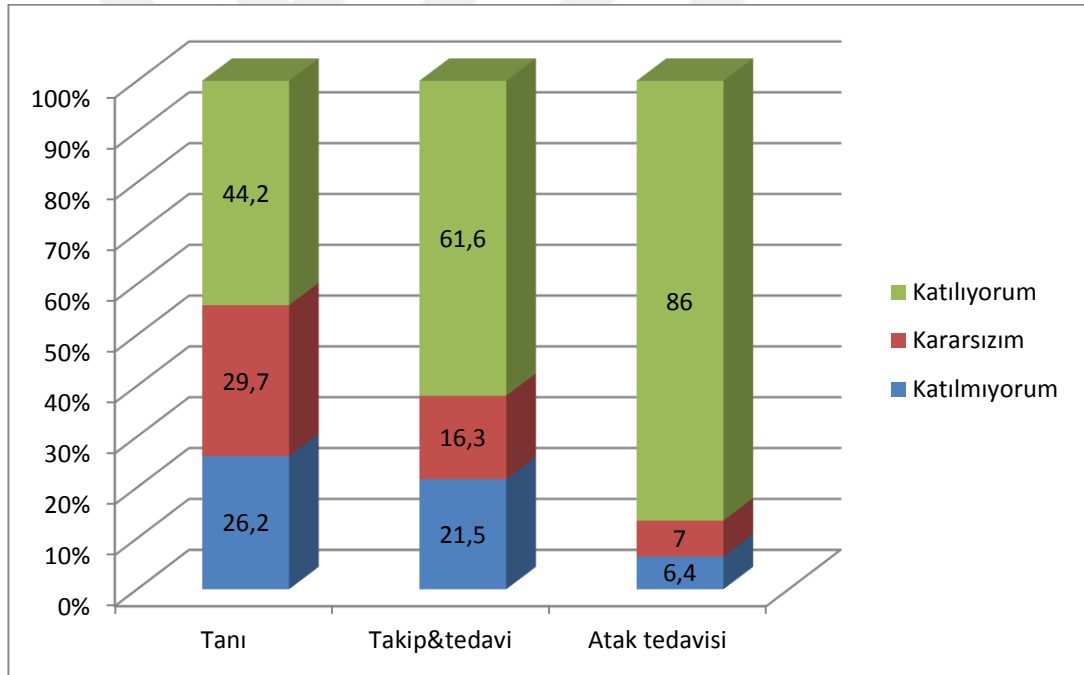
Sakarya il genelinde ASM'de çalışan aile hekimlerinin 68'inin (%39,5) Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği astım konulu bir toplantıya katılmış olduğu saptandı (Şekil 14).



Şekil 14. Sakarya il genelinde aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin Sağlık Bakanlığı'nın düzenlediği astım konulu bir toplantıya katılma durumları

## 4.2. TUTUMU DEĞERLENDİREN SORULARA VERİLEN CEVAPLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

“Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastaların astım tanısını koyabilir” ifadesine çalışmaya katılan aile hekimlerinin 76’sı (%44,2) “Katılıyorum”, 51’i (%29,7) “Kararsızım”, 45’i (%26,2) “Katılmıyorum” yanıtını vermiştir. “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” ifadesine çalışmaya katılan aile hekimlerinin 106’sı (%61,6) “Katılıyorum”, 28’i (%16,3) “Kararsızım”, 37’si (%21,5) “Katılmıyorum” yanıtını vermişlerdir. “ASM’lerde hafif astım atağı tedavisi verilebilir” ifadesine çalışmaya katılan aile hekimlerinin 148’i (%86) “Katılıyorum”, 12’si (%7) “Kararsızım”, 11’i (%6,4) “Katılmıyorum” yanıtını vermiştir (Şekil 15).



Şekil 15. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin ankette yer alan çocukluk çağı astım hastalığı hakkındaki tutum ile ilgili ifadelerle verdikleri cevapların dağılımı

### 4.2.1. “Aile Hekimleri ASM Şartlarında 18 Yaşından Küçük Hastalarda Astım Tanısı Koyabilir” İfadesine Verilen Cevapların Değerlendirilmesi

Aile hekimlerinin yaşlarına göre “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısı koyabilir” ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek üzere yapılan

ileri analizlerde yaşı 50'nin üzerinde olan aile hekimlerinin soruya daha fazla "Katılıyorum" yanıtını verdiği görülmüştür (Tablo 8).

**Tablo 8. Aile hekimlerinin yaşlarına göre "Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısı koyabilir" ifadesine verilen cevapların dağılımı**

Yaş	N	%	Katılmıyorum +		Katılıyorum		p
			Kararsızım				
<30	21	100	17	%80,9	4	%19,1	<b>&lt;0,001</b>
31-40	54	100	36	%66,6	18	%33,4	
41-50	68	100	35	%51,4	33	%48,6	
>50	29	100	8	%27,5	21	%72,5	

Aile hekimlerinin cinsiyetlerine göre "Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısı koyabilir" ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Erkek aile hekimlerinin soruya anlamlı olarak daha fazla "Katılıyorum" yanıtını verdiği görülmüştür (Tablo 9).

**Tablo 9. Aile hekimlerinin cinsiyetlerine göre "Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısı koyabilir" ifadesine verilen cevapların dağılımı**

Cinsiyet	N	%	Katılmıyorum +		Katılıyorum		p
			Kararsızım				
Kadın	65	100	44	%67,6	21	%32,4	<b>0,014</b>
Erkek	107	100	52	%48,5	55	%51,5	

Aile hekimlerinin tıp fakültesi mezuniyetinden itibaren geçen süreye göre "Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısı koyabilir" ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek üzere yapılan ileri analizlerde mezuniyetinden itibaren geçen süre 20 yılın üzerinde olan aile hekimlerinin soruya daha fazla "Katılıyorum" yanıtını verdiği görülmüştür (Tablo 10).

**Tablo 10. Aile hekimlerinin mezuniyet yıllarına göre "Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısı koyabilir" ifadesine verilen cevapların dağılımı**

Mezuniyet Yılı	N	%	Katılmıyorum +		Katılıyorum		p
			Kararsızım				
<10	50	100	38	%76	12	%24	<b>&lt;0,001</b>
10-20	63	100	36	%57,1	27	%42,9	
>20	59	100	22	%37,2	37	%62,8	

Aile hekimlerinin astım ilacı reçete etme sıklığına göre "Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısı koyabilir" ifadesine verdikleri cevaplar arasında

istatistiksel anlamlı fark vardır. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek üzere yapılan ileri analizlerde son bir yılda reçete sıklığı haftada en az bir olan aile hekimlerinin soruya daha fazla “*Katılıyorum*” yanıtını verdiği görülmüştür (Tablo 11).

**Tablo 11. Astım ilacı reçete etme sıklığına göre “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısı koyabilir” ifadesine verilen cevapların dağılımı**

Astım ilacı reçete sıklığı	N	%	Katılmıyorum +				p
			Kararsızım		Katılıyorum		
Haftada en az 1	75	100	34	%45,3	41	%54,7	<b>0,017</b>
Ayda 1	36	100	24	%66,6	12	%33,4	
Ayda 2-3	47	100	26	%55,3	21	%44,7	
Yılda birkaç	14	100	12	%85,7	2	%14,3	

Aile hekimlerinin ilaç temsilcisi ziyaretine göre “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısı koyabilir” ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Son bir yılda ilaç temsilcisi tarafından astım ilaçları ile ilgili ziyarette bulunulan aile hekimlerinin soruya anlamlı olarak daha fazla “*Katılıyorum*” yanıtını verdiği görülmüştür (Tablo 12).

**Tablo 12. İlaç temsilcisi ziyaretine göre “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısı koyabilir” ifadesine verilen cevapların dağılımı**

İlaç temsilcisi ziyareti	N	%	Katılmıyorum +				p
			Kararsızım		Katılıyorum		
Hayır	83	100	58	%69,8	25	%30,2	<b>&lt;0,001</b>
Evet	89	100	38	%42,6	51	%57,4	

Özetle; erkek olmanın, yaşın 50’nin üzerinde olmasının, mezuniyetten itibaren 20 yıldan fazla süre geçmesinin, ilaç temsilcisi ziyareti ve sık reçete yazmanın tanı koyabilir tutumununun gelişmesi ile istatistiksel anlamlı ilişki gösterdiği görüldü.

#### **4.2.2. “Aile Hekimleri ASM Şartlarında 18 Yaşından Küçük Astım Hastalarının Takibini ve İdame Tedavisini Yapabilir” İfadesine Verilen Cevapların Değerlendirilmesi**

Aile hekimlerinin ilaç temsilcisi ziyaretine göre “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Son bir yılda ilaç temsilcisi tarafından astım ilaçları ile ilgili ziyarette bulunulan aile hekimlerinin soruya anlamlı olarak daha fazla “*Katılıyorum*” yanıtını verdiği görülmüştür (Tablo 13).

**Tablo 13. İlaç temsilcisi ziyaretine göre “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” ifadesine verilen cevapların dağılımı**

İlaç temsilcisi ziyareti	N	%	Katılmıyorum + Kararsızım		Katılıyorum		p
Hayır	83	100	39	%46,9	44	%53,1	<b>0,016</b>
Evet	89	100	26	%29,2	63	%70,8	

Aile hekimlerinin astım ilacı reçete etme sıklığına göre “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını anlamak üzere yapılan ileri analizlerde son bir yılda 18 yaşından küçük hastalara astım ilacı reçete etme sıklığı haftada en az bir olan aile hekimlerinin soruya anlamlı olarak daha fazla “Katılıyorum” yanıtını verdiği görülmüştür (Tablo 14).

**Tablo 14. Astım ilacı reçete etme sıklığına göre “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” ifadesine verilen cevapların dağılımı**

Astım ilacı reçete sıklığı	N	%	Katılmıyorum + Kararsızım		Katılıyorum		p
Haftada en az 1	75	100	19	%25,3	56	%74,7	<b>0,023</b>
Ayda 1	36	100	16	%44,4	20	%55,6	
Ayda 2-3	47	100	22	%46,8	25	%53,2	
Yılda birkaç	14	100	8	%57,1	6	%42,9	

İlaç temsilcisi ziyareti ve sık reçete yazmanın hem tanı koyabilir hem de takip ve tedavi yapabilir görüşünün gelişmesi ile ilişkisi olduğu görüldü.

#### **4.2.3. “ASM’lerde Hafif Astım Atağı Tedavisi Verilebilir” İfadesine Verilen**

##### **Cevapların Değerlendirilmesi**

Aile hekimlerinin ünvanlarına göre “ASM’lerde hafif astım atağı tedavisi verilebilir” ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Pratisyen aile hekimlerinin soruya anlamlı olarak daha fazla “Katılıyorum” yanıtını verdiği görülmüştür (Tablo 15).

**Tablo 15. Ünvana göre “ASM’lerde hafif astım atağı tedavisi verilebilir” ifadesine verilen cevapların dağılımı**

Ünvan	N	%	Katılmıyorum +		Katılıyorum	p	
			Kararsızım				
Pratisyen aile hekimi	144	100	15	%10,4	129	%89,6	<b>0,010</b>
Aile Hekimi	28	100	8	%28,5	20	%71,5	
Uzmanı/Araştırma Görevlisi							

Aile hekimlerinin çalıştıkları ilçelere göre “ASM’lerde hafif astım atağı tedavisi verilebilir” ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Çevre ilçelerde çalışan aile hekimlerinin soruya anlamlı olarak daha fazla “Katılıyorum” yanıtını verdiği görülmüştür (Tablo 16).

**Tablo 16. Çalışılan ilçeye göre “ASM’lerde hafif astım atağı tedavisi verilebilir” ifadesine verilen cevapların dağılımı**

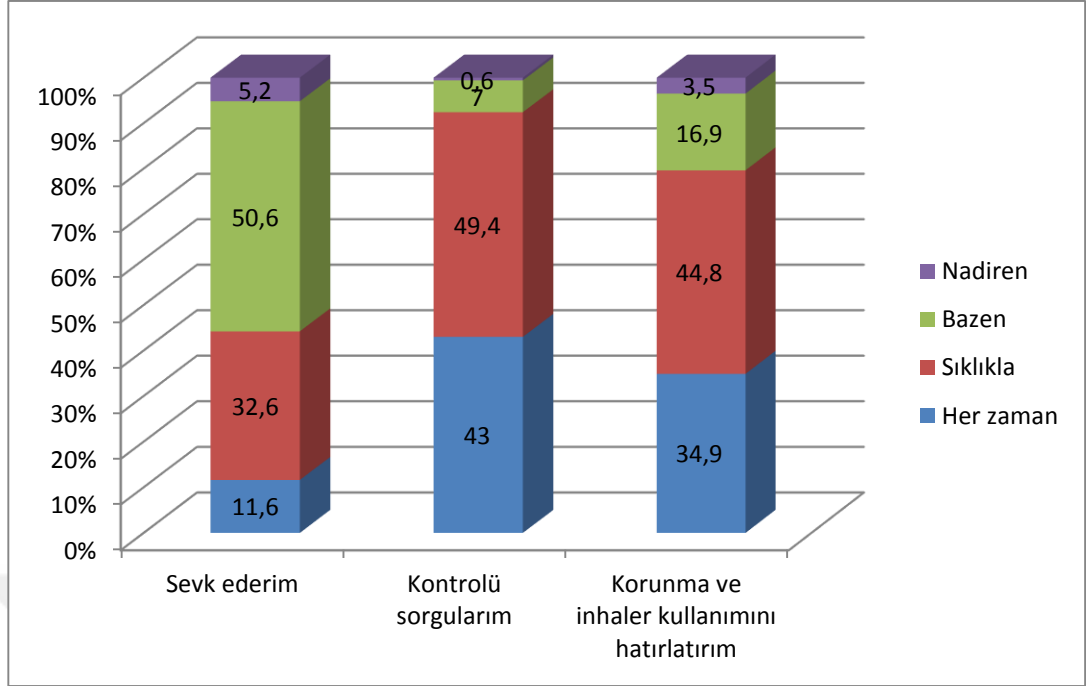
İlçe	N	%	Katılmıyorum +		Katılıyorum	p	
			Kararsızım				
Merkez	107	100	20	%18,6	87	%81,4	<b>0,009</b>
Çevre	65	100	3	%4,6	62	%95,4	

Pratisyen aile hekimi olmanın ve çevre ilçelerde çalışmanın atak tedavisi verilebilir görüşünün gelişmesi ile ilişkisi olduğu görüldü.

#### **4.3. DAVRANIŞLARI DEĞERLENDİREN SORULARA VERİLEN CEVAPLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

“ASM’ye başvuran 18 yaşından küçük astım hastalarını üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ederim” ifadesine çalışmaya katılan aile hekimlerinin 9’u (%5,2) “Nadiren”, 87’si (%50,6) “Bazen”, 56’sı (%32,6) “Sıklıkla”, 20’si (%11,6) “Her zaman” yanıtını vermiştir. “Astımlı hastaların hastalığının kontrol altında olup olmadığını sorgularım” ifadesine çalışmaya katılan aile hekimlerinin 1’i (%0,6) “Nadiren”, 12’si (%7) “Bazen”, 85’i (%49,4) “Sıklıkla”, 74’ü (%43) “Her zaman” yanıtını vermiştir. “Astımlı hastalara tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmalarda bulurum” ifadesine çalışmaya katılan aile hekimlerinin 6’sı (%3,5) “Nadiren”, 29’u (%16,9) “Bazen”, 77’si (%44,8) “Sıklıkla”, 60’si (%34,9) “Her zaman” yanıtını vermiştir (Şekil 16).





**Şekil 16. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin ankette yer alan çocukluk çağı astım hastalığı hakkındaki davranışları ile ilgili ifadelere verdikleri cevapların dağılımı**

#### 4.3.1. “ASM’ye Başvuran 18 Yaşından Küçük Astım Hastalarını Üst Basamak Sağlık

##### *Kuruluşuna Sevk Ederim” İfadesine Verilen Cevapların Değerlendirilmesi*

Aile hekimlerinin çalıştıkları ilçelere göre “ASM’ye başvuran 18 yaşından küçük astım hastalarını üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ederim” ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Merkez ilçelerde çalışan aile hekimlerinin soruya anlamlı olarak daha fazla “Her zaman-sıklıkla” yanıtını verdiği görülmüştür (Tablo 17).

**Tablo 17. Çalışılan ilçeye göre “ASM’ye başvuran 18 yaşından küçük astım hastalarını üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ederim” ifadesine verilen cevapların dağılımı**

İlçe	N	%	Her zaman-Sıklıkla		Bazen-Nadiren		p
Merkez	107	100	54	%50,4	53	%49,6	<b>0,033</b>
Çevre	65	100	22	%33,8	43	%66,2	

Merkezde çalışmanın astım hastalarını sevk etme davranışı ile ilişkili olduğu görüldü

#### 4.3.2. “Astımlı Hastaların Hastalığının Kontrol Altında Olup Olmadığını Sorgularım”

##### *İfadesine Verilen Cevapların Değerlendirilmesi*

Aile hekimlerinin ünvanlarına göre “Astımlı hastaların hastalığının kontrol altında olup olmadığını sorgularım” ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel anlamlı fark

vardır. Pratisyen aile hekimlerinin aile hekimi uzmanları ve araştırma görevlilerine göre soruya anlamlı olarak daha fazla “Her zaman-sıklıkla” şeklinde cevap verdiği görülmüştür (Tablo 18).

**Tablo 18. Ünvana göre “Astımlı hastaların hastalığının kontrol altında olup olmadığını sorgularım” ifadesine verilen cevapların dağılımı**

Ünvan	N	%	Her zaman-Sıklıkla	Bazen-Nadiren	p
Pratisyen aile hekimi	144	100	136 %94,4	8 %5,6	<b>0,024</b>
Aile Hekimi Uzmanı/	28	100	23 %82,1	5 %17,9	
Araştırma Görevlisi					

Pratisyen aile hekimlerinin uzman ve araştırma görevlilerine göre hastaların kontrol durumunu daha çok sorguladıkları görüldü.

#### **4.3.3. “Astımlı Hastalara Tetikleyicilerden Korunma Önlemleri ve İnhaler İlaç Kullanım Teknikleri Hakkında Hatırlatmalarda Bulunurum” İfadesine Verilen Cevapların Değerlendirilmesi**

Aile hekimlerinin cinsiyetlerine göre “Astımlı hastalara tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmalarda bulunurum” ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Kadın aile hekimlerinin soruya anlamlı olarak daha fazla “Her zaman-sıklıkla” yanıtını verdiği görülmüştür (Tablo 19).

**Tablo 19. Aile hekimlerinin cinsiyetlerine göre “Tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmalarda bulunurum” ifadesine verilen cevapların dağılımı**

Cinsiyet	N	%	Her Zaman-Sıklıkla	Bazen/Nadiren	p
Kadın	65	100	57 %87,6	8 %12,4	<b>&lt;0,041</b>
Erkek	107	100	80 %76,6	27 %23,4	

Aile hekimlerinin ünvanlarına göre “Astımlı hastalara tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmalarda bulunurum” ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Pratisyen aile hekimlerinin soruya anlamlı olarak daha fazla “Her zaman-sıklıkla” yanıtını verdiği görülmüştür (Tablo 20).

**Tablo 20. Ünvana göre aile hekimlerinin “Tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmalarda bulunurum” ifadesine verdikleri cevapların dağılımı**

Ünvan	N	%	Her Zaman-Sıklıkla		Bazen/Nadiren		p
Pratisyen aile hekimi	144	100	120	%83,3	24	%16,7	<b>0,007</b>
Aile Hekimi Uzmanı/ Araştırma Görevlisi	28	100	17	%60,8	11	%39,2	

Pratisyen aile hekimlerinin uzman ve araştırma görevlilerine göre hastaların kontrol durumunu daha çok sorguladıkları, astımlı hastalara tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımını hakkında daha çok hatırlatmada buldukları görüldü.

Aile hekimlerinin tıp fakültesi mezuniyetinden itibaren geçen süreye göre “Tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmalarda bulunurum” ifadesine verdikleri cevaplar arasında istatistiksel anlamlı fark vardır. Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını anlamak üzere yapılan ileri analizlerde mezuniyetten itibaren geçen süre 10 yıl ve daha fazla olan aile hekimlerinin soruya anlamlı olarak daha fazla “Her zaman-sıklıkla” yanıtını verdiği görülmüştür (Tablo 21).

**Tablo 21. Aile hekimlerinin mezuniyet yıllarına göre “Tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmalarda bulunurum” ifadesine verilen cevapların dağılımı**

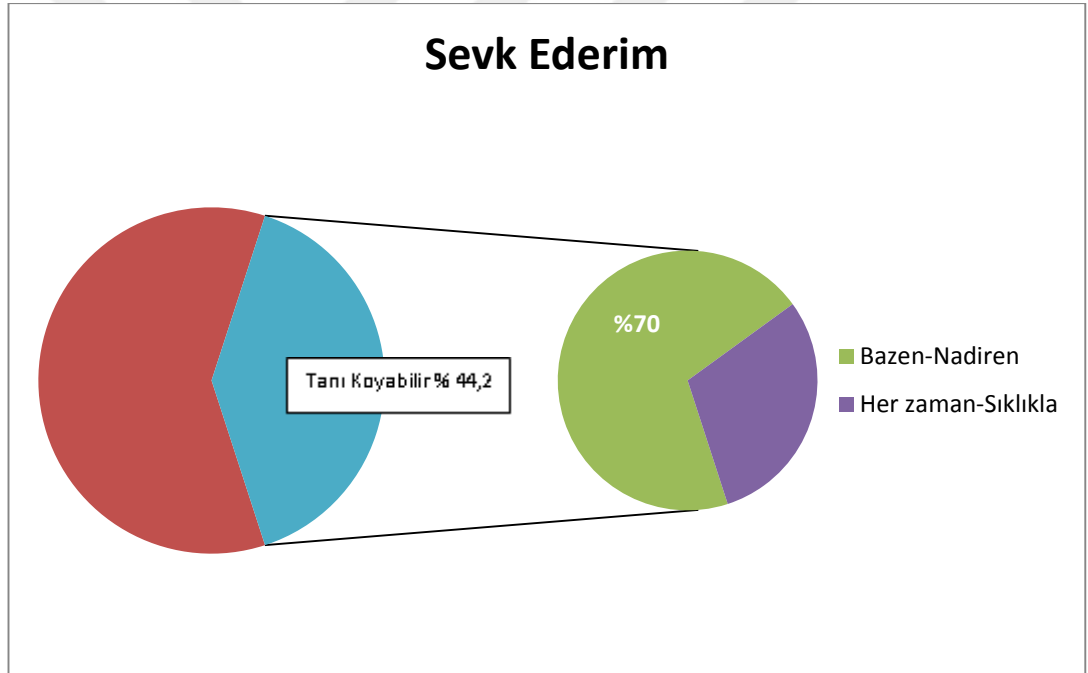
Mezuniyet Yılı	N	%	Her zaman-sıklıkla		Bazen-Nadiren		p
<10	50	100	33	%66	17	%34	<b>0,017</b>
10-20	63	100	53	%84,1	10	%15,9	
>20	59	100	51	%86,4	8	%13,6	

Pratisyen aile hekimi olmanın, kadın olmanın ve mezuniyetten itibaren 20 yıldan uzun süre geçmesinin hastaya tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımını hakkında hatırlatmada bulunma davranışı ile ilişkili olduğu görüldü.

Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre tutum-davranış sorularına verdikleri cevapların karşılaştırılması ekte verilmiştir (Bakınız Ek-2).

#### 4.4. TUTUM VE DAVRANIŞ SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN KENDİ ARASINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

“Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastaların astım tanısını koyabilir” görüşüne “Katılıyorum” diyenlerin %30’u “Her zaman-sıklıkla”; %70’i “Bazen-nadiren” astım hastalarını üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ettiklerini belirtmişlerdir (Şekil 17). “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastaların astım tanısını koyabilir” ifadesine “Katılmıyorum” veya “Kararsızım” yanıtını verenler aynı ifadeye “Katılıyorum” yanıtını verenlere göre sevk etme davranışıyla ilgili soruya istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla “Astım hastalarını üst basamak sağlık kuruluşuna her zaman-sıklıkla sevk ederim” yanıtını vermiştir ( $p<0,01$ ).

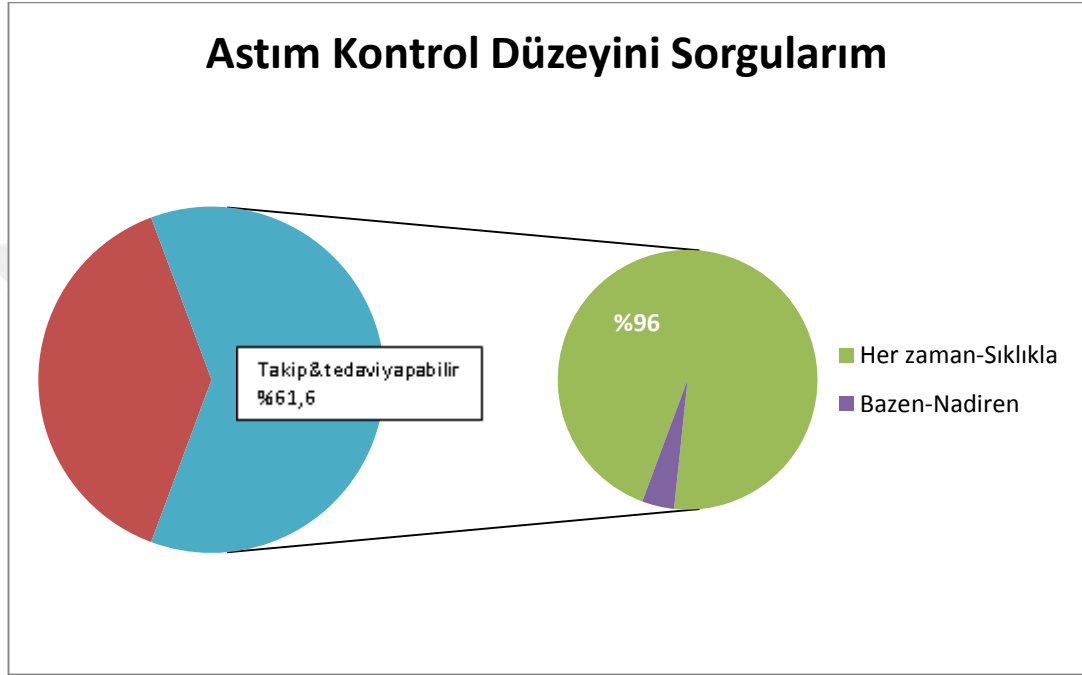


Şekil 17. “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısını koyabilir” görüşüne katılan aile hekimlerinin astım hastalarını üst basamak sağlık kuruluşuna sevk etme oranı

Tanı koyabilir görüşünde olan hekimlerin üçte birinin astım hastalarını yine de üst basamak bir sağlık kuruluşuna sevk ettiği görülmüştür.

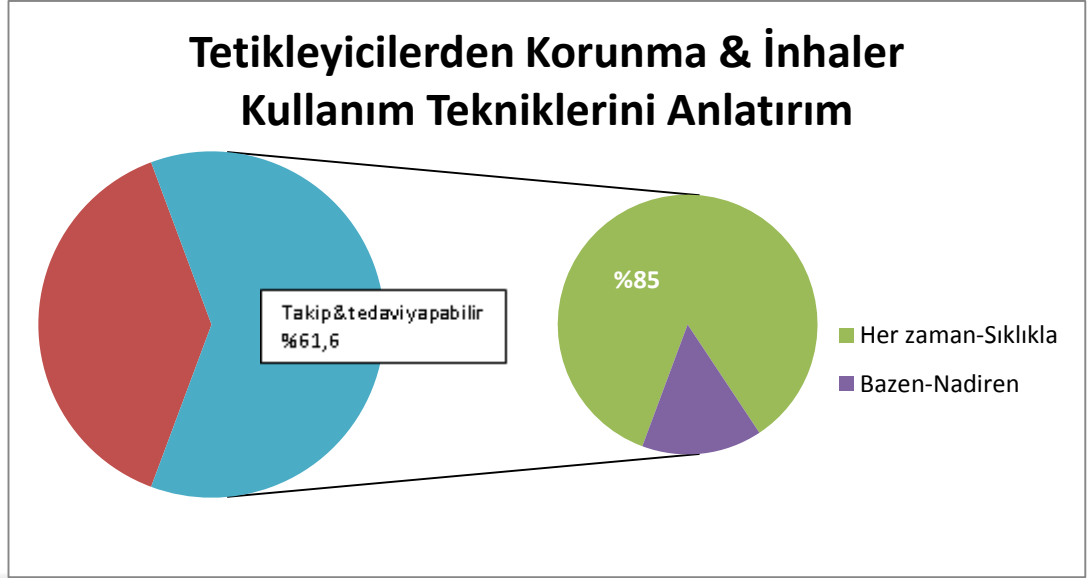
“Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” görüşüne “Katılıyorum” diyenlerin %96’sı astımlı hastanın

hastalığının kontrol altında olup olmadığını her zaman-sıklıkla sorguladığını belirtmiştir (Şekil 18). Aile hekiminin ASM şartlarında astım hastalarının takip ve tedavisini yapabileceği görüşüne katılan ve katılmayan hekimlerin hastaları üst basamak sağlık kuruluşuna sevk etme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ( $p=0,079$ ).



**Şekil 18. “Aile hekimleri astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” görüşünde olan aile hekimlerinin astımlı hastanın hastalığının kontrol altında olup olmadığını sorgulama durumu**

“Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” görüşüne “Katılıyorum” diyenlerin %85’i “Her zaman-sıklıkla astımlı hastalara tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmalarda bulunurum” demiştir (Şekil 19). “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” görüşüne katılan ve katılmayanlar arasında hastalara tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmalarda bulunma davranışı ile ilgili istatistiksel anlamlı bir fark bulunamadı ( $p=0,08$ ).



**Şekil 19.** “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” görüşünde olan hekimlerin astımlı hastalara tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmada bulunma durumu

Takip ve tedavi yapabilir görüşünde olan hekimlerin tamamına yakınının hastanın kontrol durumunu sorguladığı; hastaya tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımını hakkında hatırlatmada bulunduğu görülmüştür.

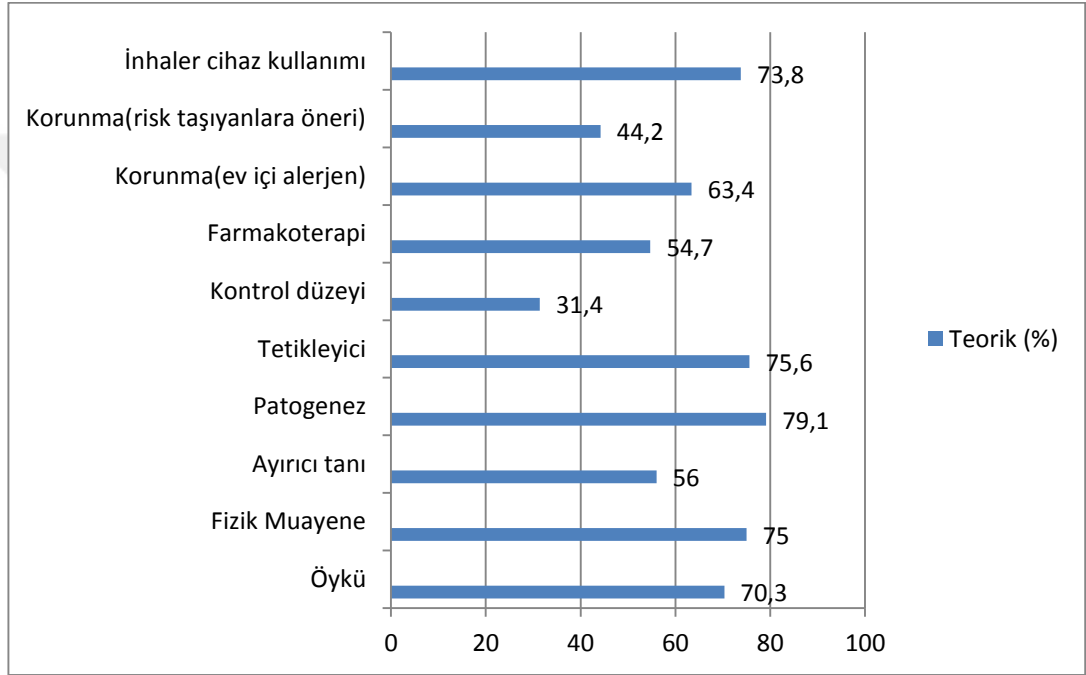
Katılımcıların tutum sorularına verdikleri “Katılıyorum” yanıtları ile davranış sorularına verdikleri “Bazen nadiren sevk ederim, her zaman-sıklıkla kontrol sorgularım ve her zaman-sıklıkla hatırlatmada bulunurum” olumlu yanıtları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulundu. Tutum sorularının üçüne birden katılıyorum yanıtını veren hekimlerin anlamlı olarak daha fazla olumlu davranışta buldukları görüldü (Tablo 22).

**Tablo 22. Tutum ve davranış sorularına verilen cevapların kendi arasındaki ilişkisi**

		Davranış sorularına olumlu cevaplar				Toplam	p		
		1 ve altı	2	3					
Tutum sorularına	0	5	%41,7	6	%50	1	%8,3	12	<b>&lt;0,001</b>
katılıyorum	1	10	%25	19	%47,5	11	%27,5	40	
cevap	2	8	%11,8	36	%52,9	24	%35,3	68	
sayıları	3	0	%0	10	%19,2	42	%80,8	52	

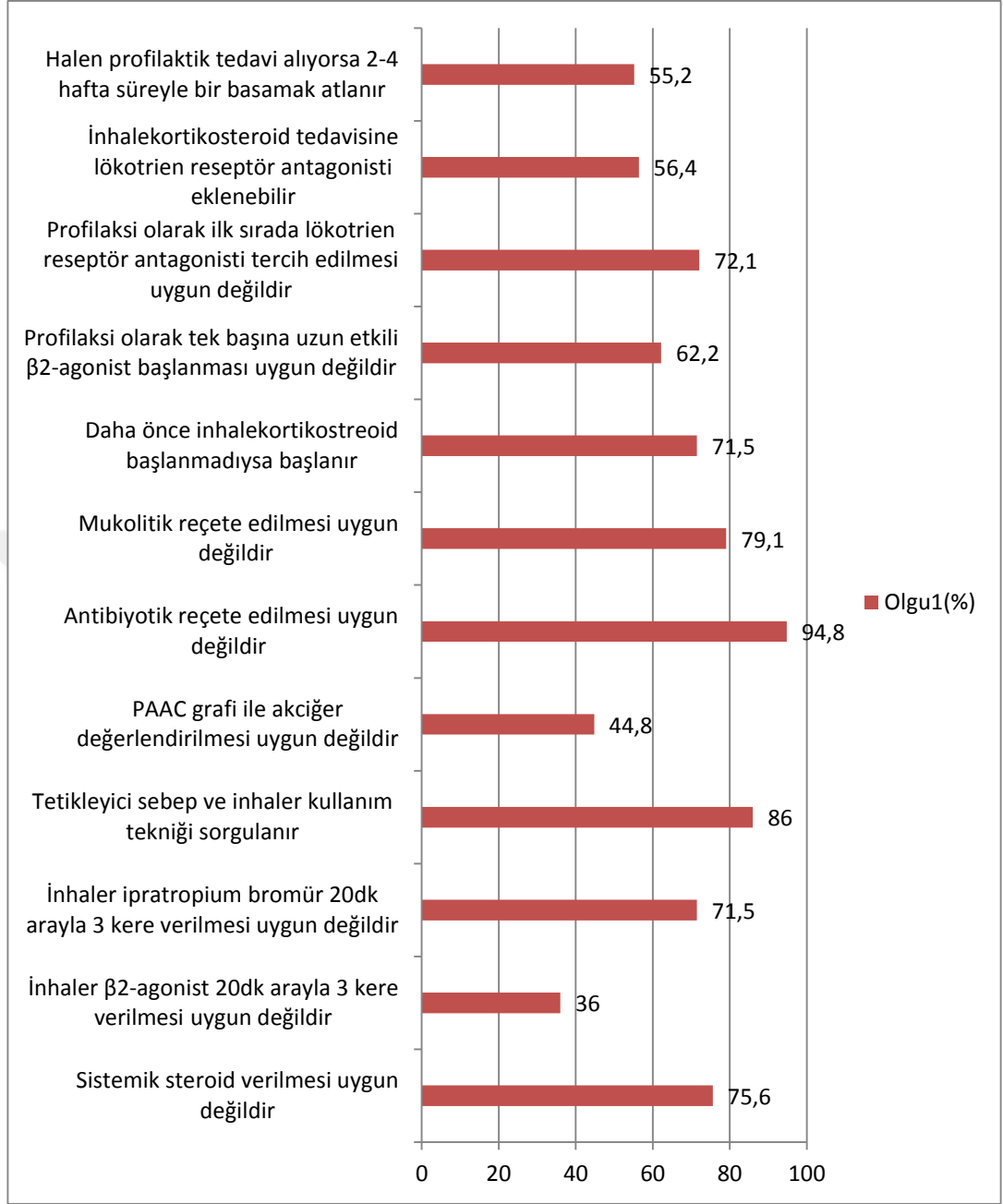
#### 4.5. ÇOCUKLUK ÇAĞI ASTIM HASTALIĞI İLE İLGİLİ BİLGİ SORULARINA VERİLEN CEVAPLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Katılımcıların çocukluk çağı astım hastalığı ile ilgili 10 teorik bilgi sorusundaki doğru cevap ortalaması  $6,23 \pm 1,564$  (min-maks:2-10) idi. Katılımcıların en başarılı olduğu teorik soru 136 (%79,1) hekimin doğru cevapladığı astım patogenezi ile ilgili soruydu (Şekil 20).



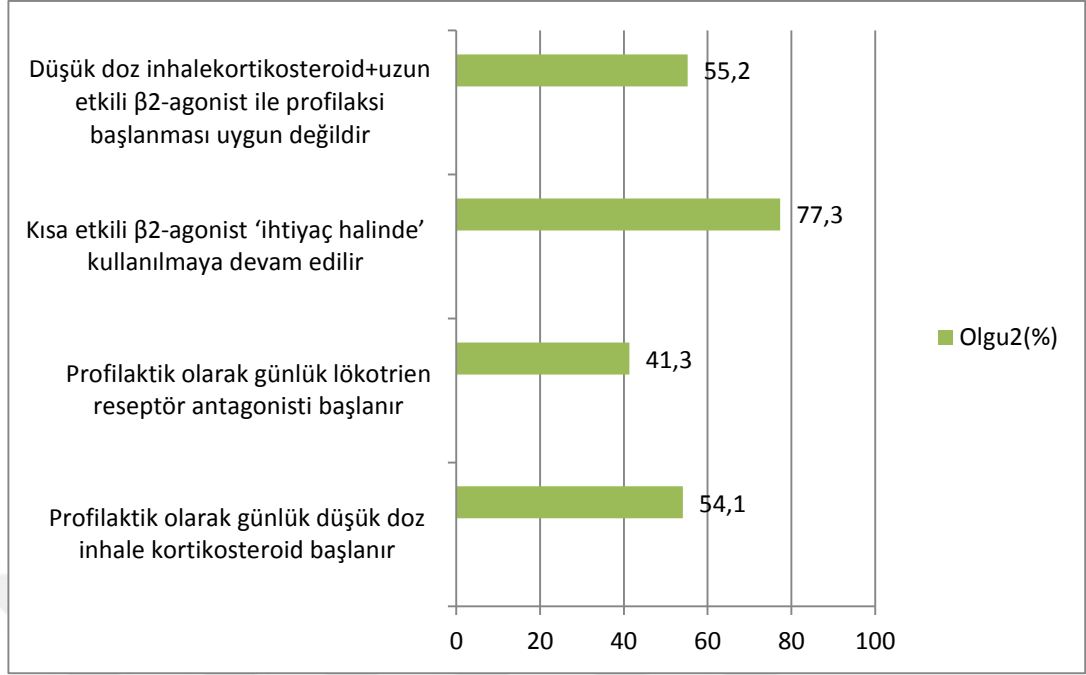
Şekil 20. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin teorik bilgi sorularını doğru cevaplama oranları

Katılımcıların çocukluk çağı astım hastalığı ile ilgili 16 klinik olgu sorusundaki doğru cevap ortalaması  $10,33 \pm 1,901$  (min-maks:6-15) idi. Katılımcıların en başarılı olduğu soru 163 (%94,8) hekimin doğru cevapladığı astım atağında antibiyotik verilmesi ile ilgili soruydu (Şekil 21-22). Hekimlerin teorik sorulara ve klinik olgu sorularına verdikleri doğru cevap sayıları arasında düşük seviyede aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon vardı ( $n=172$ ,  $r=0,232$ ,  $p=0,002$ ).



**Şekil 21. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin 12 yaş kontrolsüz astım + astım atak olgusu ile ilgili soruları doğru cevaplama oranları**





**Şekil 22. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin 2,5 yaş hışıltılı süt çocuğu olgusu ile ilgili soruları doğru cevaplama oranları**

Teorik sorulara verilen doğru cevap sayısının hekimlerin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre anlamlı değişiklik göstermediği gözlemlendi (Bakınız Ek-2).

Klinik olgu sorularına verilen doğru cevap sayısının hekimlerin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre istatistiksel anlamlı değişiklik gösterdiği gözlemlendi. Pratisyen hekimler, sözleşmeli aile hekimi uzmanlığı araştırma görevlileri ve aile hekimi uzmanlarının iki klinik olgu sorusuna verdikleri doğru ortalamaları karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ( $p=0,007$ ). Aile hekimi uzmanlarının ve sözleşmeli aile hekimi uzmanlığı araştırma görevlilerinin pratisyen aile hekimlerine göre klinik olgu sorularına daha çok doğru yanıt verdiği görülmüştür. Katılımcıların çalıştıkları ilçeye göre iki klinik olgu sorusuna verdikleri doğru cevap ortalamaları karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ( $p=0,033$ ). Merkez ilçelerde (Adapazarı, Erenler, Serdivan) çalışan aile hekimlerinin klinik olgu sorularına çevre ilçelerde (Akyazı, Hendek, Karasu, Geyve, Arifiye, Sapanca, Pamukova, Ferizli, Kaynarca, Kocaali, Söğütü, Karapürçek) çalışan aile hekimlerine göre daha çok doğru yanıt verdiği görülmüştür. Katılımcıların ASM'de astım konulu bilgilendirici afiş/broşür bulundurma durumuna göre iki klinik

olgu sorusuna verdikleri doğru cevap sayıları karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı (p=0,037). ASM’de astım konulu bilgilendirici afiş/broşür bulundurmayan hekimlerin bulunduran hekimlere göre daha çok doğru yanıt verdiği görüldü (Tablo 23).

**Tablo 23. Aile hekimlerinin ünvan, çalıştığı ilçe ve ASM’de afiş/broşür bulundurma durumuna göre klinik olgu sorularına verdikleri doğru cevap sayılarının karşılaştırılması**

	N	%	Ortanc a	İlk çeyrek- Üçüncü Çeyrek	p
<b>Ünvan</b>					
<i>Pratisyen aile hekimi</i>	144	83,7	10	9-11	<b>0,007</b>
<i>Aile hekimi uzmanı/ Araştırma görevlisi</i>	28	16,3	11	10-13	
<b>İlçe</b>					
<i>Merkez</i>	107	62,2	11	9-12	<b>0,033</b>
<i>Çevre</i>	65	37,8	10	9-11	
<b>ASM’de astımla ilgili afiş/broşür bulundurma</b>					
<i>Evet</i>	100	58,1	10	9-11	<b>0,037</b>
<i>Hayır</i>	72	41,9	11	9,25-12	

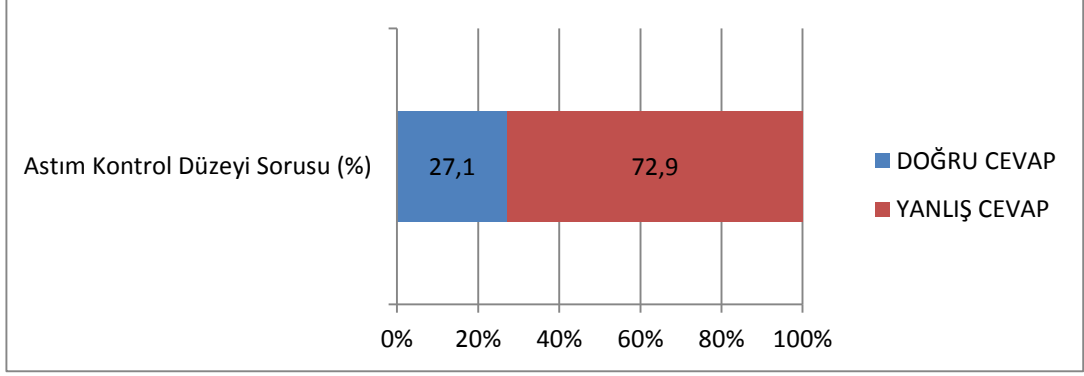
Klinik bilgi düzeyi ile ilişkisi olan özelliklerin merkezde çalışmak, uzman veya araştırma görevlisi olmak ve ASM’de afiş bulundurmamak olduğu görüldü.

#### **4.6. TUTUM, DAVRANIŞ VE BİLGİ İLİŞKİLERİNİN KENDİ ARASINDA DEĞERLENDİRİLMESİ**

##### **4.6.1. Kontrol Parametrelerinin Sorgulandığı Teorik (26.) Soruya Verilen**

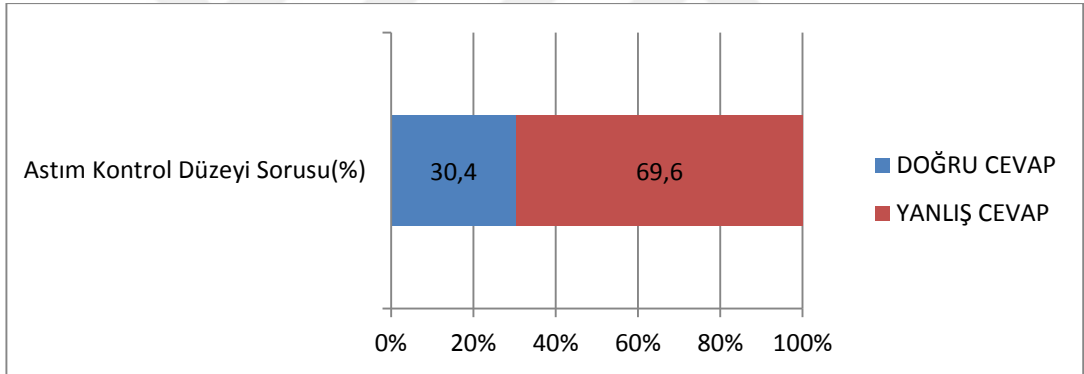
##### **Cevapların Tutum, Davranış ve Demografik Veriler ile Karşılaştırılarak Değerlendirilmesi**

“Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” görüşüne “Katılıyorum” diyenlerin %27,1’i astım kontrol parametrelerinin sorgulandığı teorik soruya doğru yanıt vermiştir (Şekil 23).



**Şekil 23. “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” görüşüne “Katılıyorum” diyenlerin kontrol parametrelerinin sorgulandığı soruya verdiği cevapların oranı**

‘Astımlı hastalarının hastalığının kontrol altında olup olmadığını her zaman-sıklıkla sorgularım’ diyenlerin %31’i astım kontrol parametrelerinin sorgulandığı teorik soruya doğru yanıt vermiştir (Şekil 24).



**Şekil 24. “Astımlı hastalarının hastalığının kontrol altında olup olmadığını her zaman-sıklıkla sorgularım” diyenlerin kontrol parametrelerinin sorgulandığı soruya verdiği cevapların oranı**

Pratisyen aile hekimlerinin uzman ve araştırma görevlilerine göre hastaların kontrol durumunu daha çok sorguladıkları, astımlı hastalara tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımını hakkında daha çok hatırlatmada bulunduğu görüldü; ancak kontrol parametrelerinin sorgulandığı soruya verilen doğru cevap oranları karşılaştırıldığında aile hekimi uzmanı ve araştırma görevlilerinin pratisyen aile hekimlerine göre soruya anlamlı olarak daha çok doğru yanıt verdiği görüldü ( $p < 0,001$ ) (Tablo 24).

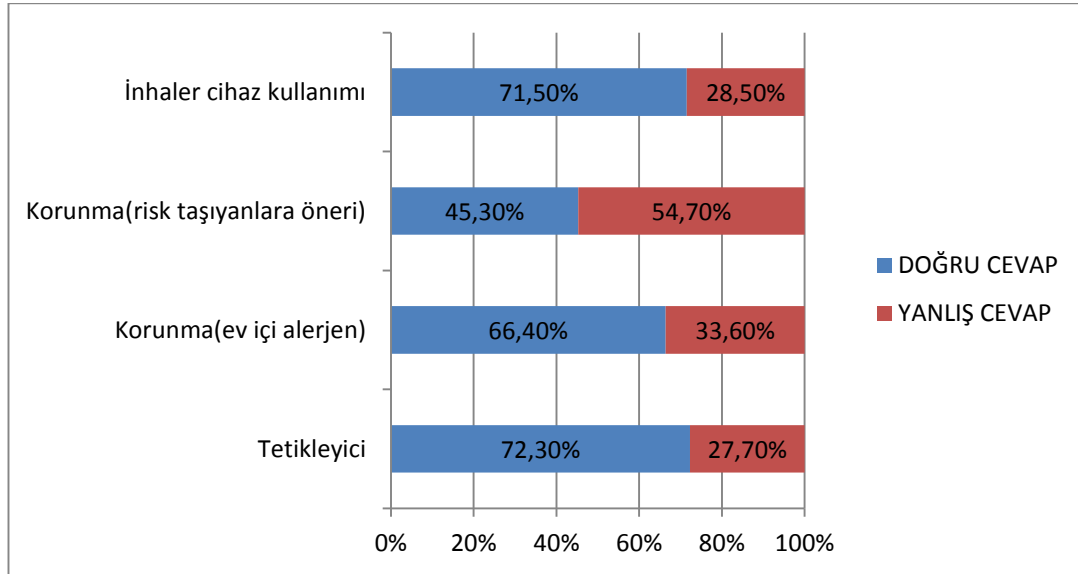
**Tablo 24. Aile hekimlerinin ünvanlarına göre kontrol parametrelerinin sorgulandığı soruya verdikleri yanıtların karşılaştırılması**

Ünvan	N	%	Doğru	Yanlış	p
<i>Pratisyen aile hekimi</i>	144	100	37 %25,6	107 %74,4	<b>&lt;0,001</b>
<i>Aile hekimi uzmanı/</i>	28	100	17 %60,7	11 %39,3	
<i>Araştırma görevlisi</i>					

Astım kontrol parametreleriyle ilgili bilgisinin uzman ve araştırma görevlilerine göre daha az olmasına rağmen pratisyen aile hekimlerinin astımlı hastanın kontrol durumunu daha çok sorguladığı tespit edildi.

#### **4.6.2. Tetikleyiciler ve İnhaler İlaç Kullanım Teknikleri ile İlgili Teorik (22-28-29-30.) Sorulara Verilen Cevapların Tutum, Davranış ve Demografik Veriler ile Karşılaştırılarak Değerlendirilmesi**

“Astımlı hastalara tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında her zaman-sıklıkla hatırlatmalarda bulunurum” diyenlerin %66,4’ü ev içi allerjenlerden korunma yöntemlerinin sorgulandığı teorik soruya, %45,3’ü astım gelişimi için risk taşıyan hastaların ailelerine verilecek önerilerin sorgulandığı teorik soruya, %71,5’i inhaler ilaç kullanım tekniğinin sorgulandığı teorik soruya, %72,3’ü astım tetikleyicilerinin sorgulandığı teorik soruya doğru yanıt vermiştir (Şekil 25).

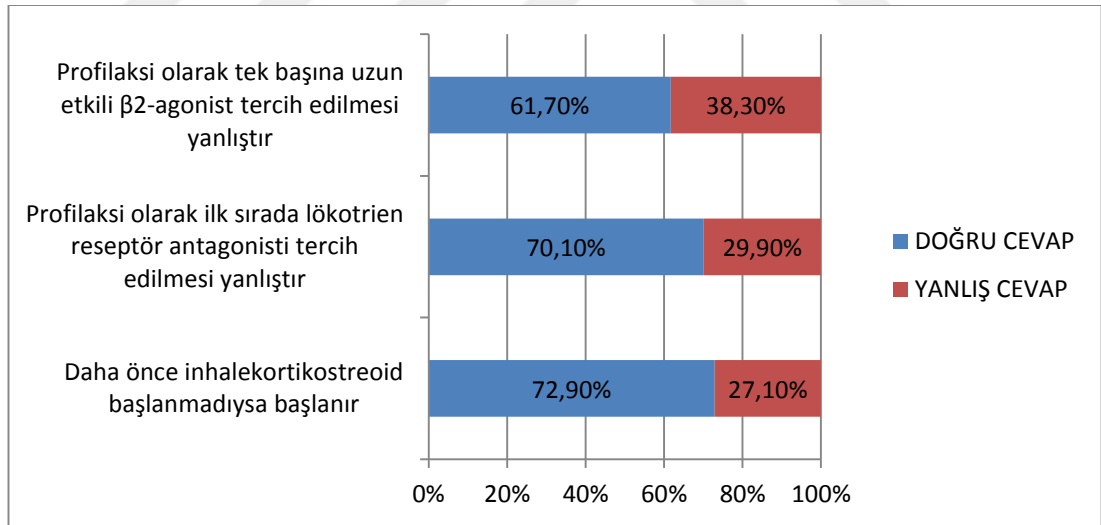


**Şekil 25. “Astımlı hastalara tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında her zaman-sıklıkla hatırlatmalarda bulunurum” diyenlerin ilgili teorik sorulara verdikleri cevapların dağılımı**

Takip ve tedavi yapabilir görüşünde olan hekimlerin tamamına yakınının hastanın kontrol durumunu sorguladığı, hastaya tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımı hakkında hatırlatmalarda bulunduğu görüldü ancak konuyla ilgili teorik bilgi sorularına verdikleri doğru yanıt sayısında bu davranışta bulunmayanlara göre anlamlı fark saptanmadı.

#### 4.6.3. Klinik Olgu Sorularına Verilen Cevapların Tutum, Davranış ve Demografik Veriler ile Karşılaştırılarak Değerlendirilmesi

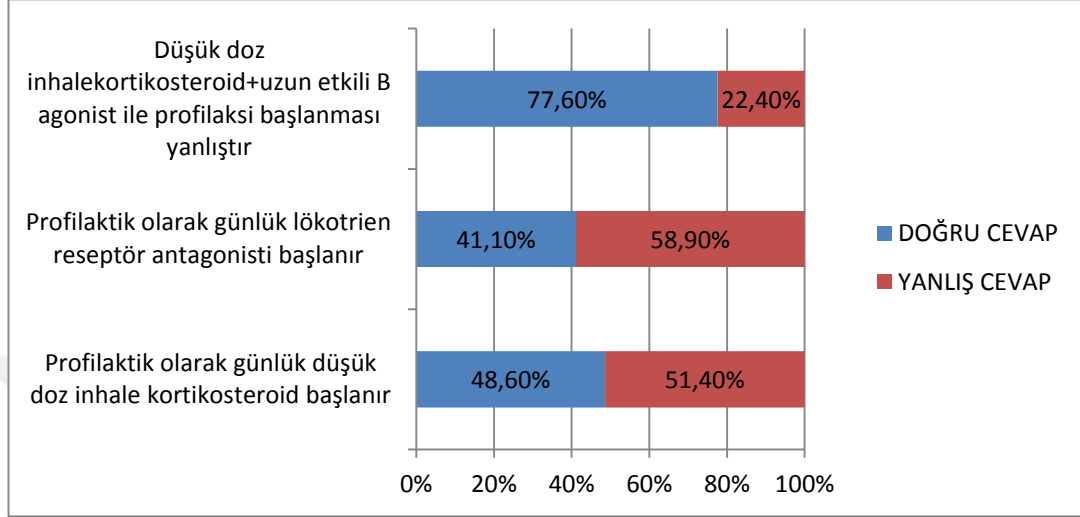
On iki yaşında kontrolsüz bir hafif persistan astım hastasının astım atak ile başvurduğu ve uygun tedavi sonrasında kliniğinin düzeldiği olgu senaryosunda “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” görüşüne “Katılıyorum” diyenlerin %72’si “Daha önce inhale kortikosteroid başlanmadıysa başlanır”, %70’i “Profilaksi olarak ilk sırada lökotrien reseptör antagonisti tercih edilmesi yanlıştır”, %61,7’si “Profilaksi olarak tek başına uzun etkili  $\beta_2$ -agonist tercih edilmesi yanlıştır” ifadesini seçerek doğru yanıt vermişlerdir (Şekil 26).



Şekil 26. “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” görüşüne “Katılıyorum” diyenlerin 12 yaş kontrolsüz astım hastası olgusuna ait sorulara verdiği cevapların dağılımı

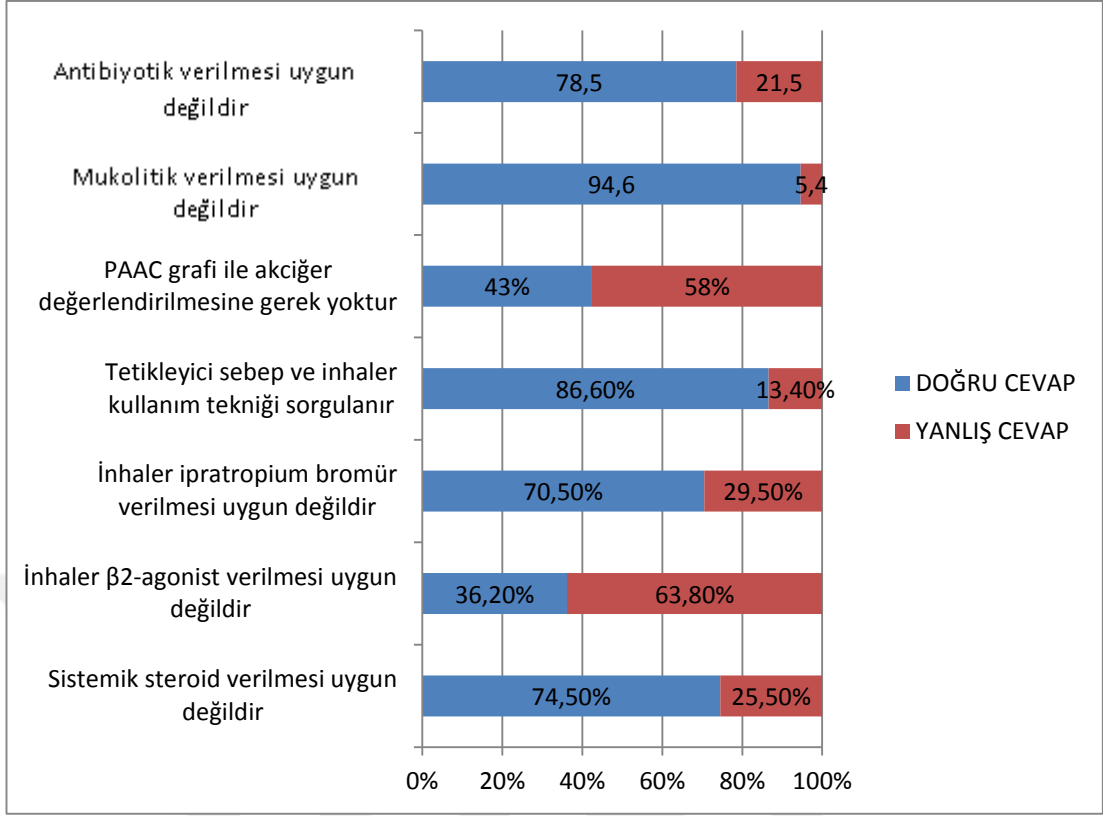
İki buçuk yaşında viral enfeksiyonla tetiklenen sık hisilti atakları geçiren olgu senaryosunda “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” görüşüne “Katılıyorum” diyenlerin %48’i “Profilaksi olarak günlük düşük doz inhale kortikosteroid başlanır”, %41’i “Profilaksi olarak günlük lökotrien

reseptör antagonisti başlanır”, %77,6’sı “Düşük doz inhale kortikosteroid + uzun etkili  $\beta$ 2-agonist ile profilaksi başlanması yanlıştır” ifadesini seçerek doğru yanıt vermişlerdir (Şekil 27).



**Şekil 27. “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir” görüşüne “Katılıyorum” diyenlerin 2,5 yaş hışıltılı süt çocuğu olgusuna ait sorulara verdiği cevapların dağılımı**

On iki yaşında kontrolsüz bir hafif persistan astım hastasının astım atak ile başvurduğu ve uygun tedavi sonrasında kliniğinin düzeldiği olgu senaryosunda “ASM’lerde hafif astım atağı tedavisi verilebilir” görüşüne “Katılıyorum” diyenlerin %74,5’i “Sistemik steroid verilmesi uygun değildir”, %36,2’si “İnhaleler  $\beta$ 2-agonist 20 dakika arayla üç kere verilmesi uygun değildir”, %70,5’i “İnhale ipratropium bromür 20 dakika arayla üç kere verilmesi uygun değildir”, %86,6’sı “Tetikleyici sebep ve inhaler kullanım tekniği sorgulanır”, %42,3’ü “PAAC grafi ile akciğer değerlendirilmesi uygun değildir”, %94,6’sı “Antibiyotik reçete edilmesi uygun değildir”, %78,5’i “Mukolitik reçete edilmesi uygun değildir” ifadesini seçerek doğru yanıt vermişlerdir (Şekil 28).



**Şekil 28. “ASM’lerde hafif astım atağı tedavisi verilebilir” görüşüne “Katlıyorum” diyenlerin 12 yaş astım atak olgusuna ait sorulara verdiği cevapların dağılımı**

Aile hekimi uzmanı, araştırma görevlileri ve merkezde çalışanların klinik olgu sorularına daha çok doğru yanıt vermelerine rağmen astım atak tedavisi verme görüşüne katılmadığı; hastanın kontrol durumunu daha az sorguladığı; hastaya tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımını hakkında daha az hatırlatmada buldukları görüldü.

Teorik ve klinik olgu sorularına verilen doğru cevap sayısı ile tutum-davranış sorularına verilen cevapların karşılaştırmasında istatistiksel anlamlı bir fark tespit edilmedi.

Astımla ilgili bilimsel yazı okuma veya Sağlık Bakanlığı’nın düzenlediği bir eğitime katılmanın hekimlerin tutum, bilgi ve davranışına etki etmediği görüldü.

Nüfusa kayıtlı astımlı hasta sayısının veya astımlı hasta görme sıklığının hekimlerin tutum, bilgi ve davranışı ile ilişkisinin olmadığı görüldü.

Yakınında astımlı hasta bulunmasının ve gezici köy hizmeti varlığının hekimlerin tutum, bilgi ve davranışı ile ilişkisinin olmadığı görüldü.

Hekimlerin tutum sorularına verdikleri “*Katılıyorum*” yanıtı ve “*Bazen nadiren sevk ederim, her zaman-sıklıkla kontrol sorgularım ve her zaman-sıklıkla hatırlatmada bulunurum*” olumlu davranışları ile teorik bilgi ve klinik olgu sorularına verilen doğru cevap sayısı arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı.

#### 4.7. BULGULARIN ÖZETİ

Erkek olmanın, yaşın 50'nin üzerinde olmasının, mezuniyetten itibaren 20 yıldan fazla süre geçmesinin, ilaç temsilcisi ziyareti ve sık reçete yazmanın tanı koyabilir tutumunun gelişmesi ile istatistiksel anlamlı fark gösterdiği görüldü.

Pratisyen aile hekimi olmanın ve çevre ilçelerde çalışmanın atak tedavisi verilebilir görüşünün gelişmesi ile ilişkili olduğu görüldü. Merkezde çalışmanın astım hastalarını sevk etme davranışı ile ilişkili olduğu görüldü.

İlaç temsilcisi ziyareti ve sık reçete yazmanın hem tanı koyabilir hem de takip ve tedavi yapabilir görüşünün gelişmesi ile ilişkili olduğu görüldü (Tablo 25).

**Tablo 25. İlaç temsilcisi ziyaretine göre tutum sorularına verilen cevapların dağılımı**

		Evet	Hayır	P
Tanı koyabilir	<i>Katılıyorum</i>	51	25	<0,001
	<i>Katılmıyorum</i>	38	58	
	<i>+Kararsızım</i>			
Takip tedavi yapabilir	<i>Katılıyorum</i>	63	44	0,016
	<i>Katılmıyorum</i>	26	39	
	<i>+Kararsızım</i>			

Pratisyen aile hekimi olmanın, kadın olmanın ve mezuniyetten itibaren 20 yıldan uzun süre geçmesinin hastaya tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımı hakkında hatırlatmada bulunma davranışı ile ilişkili olduğu görüldü.



Klinik olgu sorularındaki bilgi düzeyi ile ilişkisi olan özelliklerin merkezde çalışmak, uzman veya araştırma görevlisi olmak ve ASM’de afiş bulundurmamak olduğu görüldü.

Astım kontrol parametreleriyle ilgili bilgisinin uzman ve araştırma görevlilerine göre daha az olmasına rağmen pratisyen aile hekimlerinin astımlı hastanın kontrol durumunu daha çok sorguladıkları tespit edildi.

Takip ve tedavi yapabilir görüşünde olan hekimlerin tamamına yakınının hastanın kontrol durumunu sorguladığı, hastaya tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımı hakkında hatırlatmada bulunduğu görüldü; ancak konuyla ilgili teorik bilgi sorularına verdikleri doğru yanıt sayısında bu davranışta bulunmayanlara göre bir fark bulunmadı.

Aile hekimi uzmanları, araştırma görevlileri ve merkezde çalışanların klinik olgu sorularına daha çok doğru yanıt vermelerine rağmen astım atak tedavisi verme görüşüne katılmadığı, hastanın kontrol durumunu daha az sorguladığı, hastaya tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımı hakkında daha az hatırlatmada buldukları görüldü

Pratisyen aile hekimlerinin uzman ve araştırma görevlilerine göre hastaların kontrol durumunu daha çok sorguladığı, astımlı hastalara tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımı hakkında daha çok hatırlatmada buldukları görüldü. Ancak kontrol parametrelerinin sorgulandığı soruya verilen doğru cevap ortalamaları karşılaştırıldığında aile hekimi uzmanı ve araştırma görevlilerinin pratisyen aile hekimlerine göre soruya anlamlı olarak daha çok doğru yanıt verdiği görüldü (Tablo 26).

**Tablo 26. Katılımcıların ünvanlarına göre anket sorularına verdikleri yanıtlardan istatistiksel anlamlı fark çıkan sonuçları**

		<i>Pratisyen aile hekimi</i>		<i>Aile hekimi uzmanı/ Araştırma görevlisi</i>		p
<i>ASM'lerde hafif astım atağı tedavisi verilebilir</i>	Katılmıyorum + Kararsızım	15	%10,4	8	%28,5	<b>0,010</b>
	Katılıyorum	129	%89,6	20	%71,5	
<i>Astımlı hastaların hastalığının kontrol altında olup olmadığını sorgularım</i>	Her zaman-Sıklıkla	136	%94,4	23	%82,1	<b>0,024</b>
	Bazen-Nadiren	8	%5,6	5	%17,9	
<i>Tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmalarda bulunurum</i>	Her zaman-Sıklıkla	120	%83,3	17	%60,8	<b>0,007</b>
	Bazen-Nadiren	24	%16,7	11	%39,2	
Klinik olgu sorularına verdikleri doğru cevap sayıları	Ortanca	10		11		<b>0,007</b>
	İlk çeyrek-Üçüncü Çeyrek	9-11		10-13		

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Astım konusunda birçok uluslararası uzlaşma raporu ve kılavuz bulunmasına karşın hekimlerin astım hastalarına yaklaşımlarını belirleyen mezuniyet sonrası eğitim, mesleki tecrübe, sosyokültürel özellikler gibi farklı değişkenlerin olduğu bilinmektedir (Yılmaz ve ark, 2009). Bu çalışmada aile hekimlerinin çocukluk çağı astım hastalığı hakkındaki tutum, bilgi ve davranışları ortaya konmak istenmiştir. Aile hekimlerinin tutum, bilgi ve davranışlarının sosyodemografik özellikleri, mesleki uygulamaları ile değişiklik gösterebileceği hipotezi üzerinden hareket edildi ve çalışmamızda bu değişkenlik tespit edildi.

Anket verilerinden elde edilen sonuçlara göre katılımcıların % 44,2'si aile hekimlerinin ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastaların astım tanısını koyabileceği, % 61,6'sı takip ve tedavisini yapabileceği, %86'sı atak tedavisi verebileceği görüşündedir. Çalışmamızda, Boyacı ve ark.nın (2001) çalışmasına göre astım tanısını koyabileceğini belirten hekim oranı daha düşük iken tedavi edebileceğini belirten hekim oranı benzer bulundu (Boyacı ve ark, 2001). Çalışmamızda astım tanısını koyabileceğini belirten hekim sayısının önceki yıllara göre düşük tespit edilmesinin sebebi, aile hekimlerindeki astım tanısında solunum fonksiyonlarının değerlendirme zorunluluğu düşüncesi olabilir. Ancak kılavuzların da belirttiği üzere astım tanısı öykü, fizik muayene ve klinik bulgular ile konur; laboratuvar ise tanıda destekleyicidir (GINA, 2018). Astım hastalarının solunum fonksiyonlarının ölçümü önemli olmakla birlikte bu durum ASM şartlarında astım tanısı konması için bir engel değildir, ancak tanıda şüphe edilen durumlarda uzman görüşüne ihtiyaç duyulabilir.

Aile hekimlerinin astım tanısını koyabileceği görüşünde olan grubun yaklaşık üçte biri hastaları sıklıkla üst basamak sağlık kuruluşuna sevk etmektedir. Bu davranışın altında yatan sebep oluşabilecek yasal sorumluluklardan ötürü astım tanısının yine de bir

uzman tarafından konması gerekliliği dűşüncesi olabilir. Astım tanısı alan hastanın profilaksi tedavisinde yer alan kontrol edici ilaçlarını pratisyen aile hekimlerinin Sağlık Uygulama Tebliđi (SUT) kısıtlamalarından dolayı reçete edememesi, kendisini tanısını koyma yeterliliğinde görmesine rağmen sevk etme davranışına yönlendirmiş olabilir (T.C.Resmi Gazete, 24 mart 2013, Sayı:28597). Tanıda şüphe duyulan, orta-ağır şiddette olduğu dűşünölen, kontrol altına alınmakta başarısız olunan hastaların üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmesi daha uygun bir yaklaşım olacaktır.

ASM şartlarında astımlı hastaların takip ve tedavisinin yapılabileceği görűşünde olan hekimlerin tamamına yakınının hastaların kontrol düzeyini sorguladıkları, tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmada buldukları görölműştür. Bu olumlu bir durum olmakla beraber, bahsedilen konularla ilgili teorik soruya verilen doğru cevap oranlarının dűşük olması bir çelişki oluşturmaktadır. Yedi ölkede anket yöntemiyle yapılan bir çalışmada astım kontrol durumunun değerlendirilmesi için GINA kılavuzunda belirtilen gece semptomları, gündüz semptomları, aktivite kısıtlanması ve kurtarıcı ilaç gereksinimi parametrelerini kullanma oranlarının ölkeler arasında %8 ile %95 arasında değişiklik gösterdiği bildirilmiş; kılavuz önerilerinin günlük klinik uygulamaya geçirilmesinin önündeki engellerin tespiti ve aşılması gerekliliğine vurgu yapılmıştır (Chapman et al, 2017). Aynı çalışmada astım kontrol düzeyini değerlendirmek için solunum fonksiyon testi, standart astım kontrol testleri ve astım atak sayısının kullanıldığı belirtilmiştir. Çalışmamızda astımlı hasta izlemini astım kontrol parametrelerini bilmediği halde yaptığını ifade eden hekimlerin hasta izlemini neye göre yaptığını bilmiyoruz. Yine; hastanın kontrolünün doğru bir şekilde sorgulanmadığı, tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında bilgilendirmelerin doğru şekilde yapılmadığı bir durumda astım hastasının gerektiği gibi takip edilmesi mümkün değerildir. Bu bulgularla Sakarya ilinde ASM'lerde astımlı hasta takibi yapan hekimlerin bunu uygun bir şekilde yapamadığı söylenebilir. Bir derlemede astım hastalarının sadece üçte birinin uzmanlık alanı astım olan bir hekime takip olabildiği bildirilmiştir (Janson and Weiss, 2004). Birinci basamak sağlık merkezine başvuran hasta popölasyonunun yaklaşık üçte birini solunum yolu hastalıklarının oluşturduduğunu dűşünürsek ASM'lerde astımlı hasta takibi yapılması neredeyse zorunlu hale

gelmektedir (WHO,2004). Bu sebeple aile hekimlerinin astım kontrol düzeyini değerlendirecek bilgi düzeyinin artırılması daha fazla önem taşımaktadır. Astımlı hasta takibinin uygun bir şekilde yapılabilmesi adına aile hekimlerine yapılacak astım konulu bir eğitimde değinilecek konuların başında astımlı hastada kontrol düzeyi değerlendirmesi gelmelidir.

Astım atak ile başvuran ve öyküsünde kontrolsüz hafif persistan astım hastası olduğu anlaşılan ilk olguda hekimler %71,5 oranında profilaksi olarak inhale kortikosteroid başlamayı doğru bulmuştur. Özkurt ve ark.nın (2000) Denizli’de yaptıkları çalışmada ise bu oranı %60 olarak tespit edilmiştir. Viral enfeksiyon ile tetiklenen hışıltılı süt çocuğu olgusunda profilaksi olarak aile hekimlerinin %54,1’i inhale kortikosteroid, %41,3’ü lökotrien reseptör antagonisti başlamayı doğru bulmuşlardır. Profilaksi olarak inhale kortikosteroid başlama oranı 12 yaşındaki olgu senaryosunda bahsedilen çalışmaya göre yüksek, süt çocuğu olgu senaryosunda ise aynı çalışmaya göre daha düşük çıkmıştır. Çalışmamız Özkurt ve ark.nın (2000) çalışmasından farklı olarak 18 yaşından küçük hasta grubunun tedavisinin düzenlenmesine yönelik anket soruları içermektedir. Bu durum tedavi şekli erişkinle benzer olan 12 yaşındaki olgu sorumuzda benzer sonuç, farklı tedavi alternatiflerinin bulunduğu 5 yaşından küçük olgu senaryosunda ise farklı sonuç çıkmasını açıklayabilir. Katılımcıların yaş grubuna göre profilaksi tercihinin değişmesini, kılavuzlarda da önerildiği üzere epizodik hışıltı sınıfına giren hastaların tedavisinde lökotrien reseptör antagonisti tercihlerinin ön plana çıkması sebebiyle olduğu düşünülmektedir (GINA, 2018). Civelek ve Şekerel’in (2004) yaptığı anket çalışmasında hekimler lökotrien reseptör blokerlerinin tercih edilmesinin sebebini kullanım kolaylığı ve hasta uyumunun iyi olması şeklinde belirtmiş, sistemik steroidlerden de olası yan etkilerinden dolayı kaçındıkları görüşünde bulunmuştur. Çalışmamızda hekimler steroidinin olası yan etkilerinden kaçındıkları için de kılavuzlarda 5 yaşından küçük viral enfeksiyon ile tetiklenen hışıltılı süt çocuğu olgularında steroide alternatif olarak önerilen lökotrien reseptör blokerlerini tercih etmiş olabilirler.

Hafif persistan astımlı bir hastanın astım atağı ile başvurduğu tariflenen olgu sorusunun verileri incelendiğinde astım atak tedavisinde yeri olmayan mukolitik ve

antibiyotik kullanımının düşük bulunması sevindiricidir. Katılımcılardan aile hekimlerinin astım atak tedavisi verebileceği görüşünde olanlarının endikasyonu olmadığı halde PAAC grafisi isteme oranı %57 bulunmuştur. Bu durum hastanın gereksiz radyasyona maruz kalmasının yanı sıra, astım atak tedavisi için hastanın gereksiz yere üst basamak sağlık kuruluşuna sevkine sebep olacağından topluma gereksiz mali yük oluşturur. Tetikleyici sebeplerin sorgulanması ve inhaler cihaz kullanım tekniğinin tekrar gözden geçirilmesi ise profilaksi tedavisi uygun şekilde düzenlendiği halde astım atak ile başvuran bir hastada hayati öneme sahiptir. Çalışmamızda bu uygulamaların yüksek oranda yapıldığının tespit edilmesi olumlu bir durumdur. Astım atak ile başvuran, tedaviyle kliniği düzelmiş olan olguya yine de sistemik steroid, sık inhaler  $\beta$ 2-agonist ve inhaler ipratropium bromür verildiği görüldü. Hekimlerin büyük çoğunluğunun atak tedavisi verilebilir düşüncesinde olmasına rağmen bazı yanlış uygulamaları benimsedikleri görülmüştür. Düzenlenecek eğitimlerle tespit ettiğimiz bu yanlış uygulamaları değiştirme yoluna gidilmelidir.

Teorik sorularda en yüksek oranda patogenezele ilgili soruya, klinik olgu sorularında ise 12 yaşındaki olguda profilakside inhale kortikosteroid tercihi sorusuna yüksek oranda doğru cevap verilmesi ile aile hekimleri tarafından astımın kronik inflamatuvar bir durum olduğunun benimsendiği anlaşılmaktadır. Boyacı ve ark.'nın (2001) Kocaeli'ndeki pratisyen hekimler ile yaptığı çalışmada hekimlerin patogenezele ilgili soruya doğru yanıt verme oranı %46 bulunmuştur. İçel'de Çalikoğlu ve ark.'nın (2001) pratisyen hekimlerle yaptığı çalışmada ise bu oran %33 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda tespit ettiğimiz %79 oranı her iki çalışmada elde edilen orana göre oldukça yüksektir. Bu sonucun yıllar içerisinde astım farkındalığındaki artış ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ankette en az doğru yanıt verilen sorunun astım kontrol parametrelerinin sorgulandığı soru olması ise aile hekimlerine düzenlenecek astım konulu bir eğitimde astım takibi için değerli olan kontrol parametrelerine odaklanılmasının faydalı olabileceğini göstermektedir. Ko ve ark. (2010) tarafından Hong Kong'da pratisyen, çocuk uzmanı ve diğer uzmanlık dallarında olan hekimlerin de dâhil olduğu 410 kişide yapılan çalışmada katılımcıların astım kontrol parametrelerini doğru tanımlama oranlarının %86 ile %94 arasında değiştiği

bildirilmiştir. Çalışmamızda bu oranın daha düşük saptanmasının sebebi katılımcıların büyük çoğunluğunu aile hekimliği uzmanı olmayan hekimlerin oluşturması olabilir.

Tutum ve davranışı etkileyen başlıca özelliklerin aile hekimlerinin ünvan, yaş, cinsiyet, tıp fakültesi mezuniyetinden itibaren geçen süre, astım ilacı reçete etme sıklığı, ilaç temsilcisi tarafından ziyarette bulunulma, çevre-merkez ilçede çalışma durumunun olduğu görülmüştür. İlaç temsilcisi ziyareti hem tanı koyabilir hem de tedavi yapabilir görüşünün gelişmesi ile ilişkili bulunmuştur ve bu sebeple tutumla en çok ilişkisi olan durum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Temsilcinin ziyareti ve ilacı tanıtması sonucunda reçete eden hekimin uyguladığı tedavinin sonuçlarını değerlendirmede daha hevesli ve ilgili olması beklenir. Her zaman uygun olmasa da tedaviden tanıya gitme yöntemini kullanarak, tedavi ile hastanın tariflediği semptomların gerilediğini gözlemlemesi astımın hangi semptomlarla ilişkili olabileceğini ayırt etmesine fırsat verebilir; dolayısıyla bu durum tanı koyabilir görüşünün gelişmesine katkı sağlayabilir. Hastanın kendisine tedavi başlayan aile hekimine kontrole gelmesi sonucunda da hekimde takip ve tedavi yapabilir görüşü gelişmiş olabilir. İlaç temsilcisi yoluyla elde edilen bilginin ve gelişen tutum-davranışın akademik veya yetkin kişilerce düzenlenmiş nitelikli eğitimlerden kazanılan yaklaşımın yerini tutması beklenmemelidir. Bu nedenle tutum, bilgi ve davranışı geliştirmede ilaç temsilcisinin hekim üzerinde oluşturduğu etkiyi aşacak yaklaşımlar üzerine gidilmelidir.

Aile hekimlerinin sosyodemografik özelliklerinin, mesleki uygulamalarının ve çalışma koşullarının teorik sorulara verilen doğru yanıt sayısını etkilemediği görülmüştür.

Klinik olgu sorularında ise; uzman ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlığı araştırma görevlilerinin pratisyenlere göre, merkez ilçelerde çalışan hekimlerin çevre ilçelerde çalışanlara göre, ASM'de astım konulu afiş veya broşür bulundurmayan aile hekimlerinin bulunduranlara göre daha yüksek oranda doğru cevap verdikleri görülmüştür.

Pratisyen aile hekimleri, aile hekimi uzmanları ve araştırma görevlilerine göre ASM şartlarında atak tedavisi verilebilir görüşüne daha yüksek oranda katılmaktadır. Bu sonuç aile hekimlerinin tutum ve davranışını etkileyen faktörlerin başında ünvanın geldiğini destekler niteliktedir. Aile hekimi uzmanlarının pratisyen aile hekimlerine göre akademik eğitimlerinin daha fazla olması, özellikle ilaçları reçete etme ve ilaç raporu düzenleme kısıtlılıklarının olmaması gibi çeşitli nedenlerle daha fazla hasta sayısına sahip olduğunu düşünürsek, acil bir hastanın ASM’de tedavi edilmemesi fikrinin hastaya gerekli vakti ayıramama kaygısından kaynaklandığı düşünülebilir. Aile hekimi uzmanları ve araştırma görevlilerinin klinik olgu sorularına daha çok doğru yanıt vermiş olmalarına rağmen acil bir durum olan astım atakta tedavi verme konusunda çekinik tavır almaları olayın ciddiyetini daha çok önemsediklerinden; astım atak ile başvuran hastanın monitörize edilmesi gerekliliği, entübasyon ihtiyacının doğabileceği ihtimalini daha çok ciddiye aldıklarından olabilir. Pratisyenlerde ise klinik yaklaşım tam oturmamakla birlikte atak tedavisi verilebilir görüşü, nebülize tedavi ve sistemik steroid gibi yapılması kolay uygulamaların hastanın tedavisi için yeterli olabileceği düşüncesinde oldukları için gelişmiş olabilir. ASM’ler astım atak tedavisi için yeterli donanıma haizdir. Astımlı hasta orta-ağır seviyede astım atak ile ASM’ye başvuruyorsa üst basamak sağlık kuruluşuna ilk müdahalesi yapıldıktan sonra sevk edilmelidir. Hastanın hafif astım atak ile başvurusu söz konusu ise yeterli donanıma sahip bir sağlık kuruluşunda, acil müdahale yükümlülüğü görev tanımlamasında belirtilmiş bir hekimin bu acil müdahaleyi yapmaması yanlış bir davranış olacaktır.

Davranışın sorgulandığı sorularda ise yine pratisyen aile hekimleri; aile hekimi uzmanı ve araştırma görevlilerine göre daha sık astım kontrol durumunu sorguladıklarını, tetikleyicilerden korunma ve inhaler ilaç kullanım tekniği hakkında daha sık hatırlatmalarda bulduklarını belirtmişlerdir. Hollanda’da astım kılavuzlarına uyulmasının önündeki engelleri ortaya koymak amacıyla yapılan bir çalışmada hekimlerin özellikle astımla ilgili kılavuzlarda, içeriğini uygun bulmakla birlikte kılavuz önerilerinin klinik iyileşmeye katkısı olmayacağı düşüncesinde oldukları bildirilmiştir (Lugtenberg et al., 2009). Aile hekimi uzmanları ve araştırma görevlileri pratisyen aile hekimlerine oranla eğitim aldıkları hastanelerde astımın kronik



tekrarlayan doğasına ve hasta uyumsuzluğuna daha çok şahit oldukları için hastanın kontrol durumunu sorgulama, inhaler tekniğini ve tetikleyicilerden korunma önlemlerini hatırlatma davranışlarından vazgeçmiş ya da eğitimleri esnasında bu konuda yeterince bilgilenmemiş olabilirler. Yapılan başka bir çalışmada allerji uzmanı, göğüs hastalıkları uzmanı ve sık astım hastası takip eden pratisyen hekimlerin, astım hastası görme sıklığı az olan pratisyen hekimlere oranla takip ettikleri astımlı hastaların hastalık aktiviteleri hakkında daha olumlu geri bildirimler aldıkları bildirilmiştir (Albert et al., 2001). Bu olumlu gidişatı elde eden hastaların bunu sağlamak için yaptıkları sorgulandığında ise daha çok inhale kortikosteroid profilaksisi aldıkları, PEFmetreyi daha sık kullandıkları, astım hastalığıyla ilgili yapması ve kaçınması gerekenlerle ilgili eğitimlerini daha çok aldıkları görülmüştür. Yani astımlı hastanın yaşam kalitesine etki eden takip olduğu hekimin sadece ünvan veya uzmanlık dalı değil uyguladığı doğru yaklaşımın etki ettiği bildirilmiştir. ASM'ler hasta eğitimine zaman ayrılarak kronik ve alevlenmelerle giden astım seyrini iyileştirmek için bir yer olabilir. Yapılacak eğitimlerle bu yaklaşımı gereksiz gören veya benimsememiş aile hekimi uzmanları ve araştırma görevlileri hedef alınarak bu konuda bilinçlendirilmelidirler.

Çalışmamızda aile hekimi uzmanı ve araştırma görevlilerinin pratisyen hekimlere göre klinik yaklaşım bilgilerinin daha fazla olmasına rağmen ASM'de atak tedavisi verilmemeli görüşünde olması; hastanın kontrol durumunu daha az sorgulama, tetikleyiciler ve inhaler kullanım teknikleri hakkında daha az hatırlatmada bulunma davranışında olması verilen akademik eğitimin bilgi düzeyini arttırmada etkili ancak tutum-davranış geliştirmede yetersiz kaldığını göstermektedir. Akademik eğitimde astım hastalığının aktivitesinin kontrol altına alınmasının öneminin ve bunun için hiçbir fırsatın kaçırılmaması adına hekimin daha aktif rol alması gerekliliği; hastalığın teorik bilgisi kadar yer almalıdır. Eğitimde hastaya doğru yaklaşım kadar hastayı yönetmede aktif olarak hekimin rol almasını sağlayacak tutum-davranışı geliştirmek üzere bilinçlendirici ve özendirici bir program benimsenmesi uygun olacaktır.

Aile hekimi uzmanı veya araştırma görevlisi olmanın teorik sorulara verilen doğru cevap sayısında değişikliğe sebep olmadığı saptanmıştır. Klinik olgu sorularında aile

hekim uzmanları ve araştırma görevlilerinin pratisyen hekimlere göre daha fazla doğru yanıt verdiği görülmüştür. Aile hekimi uzmanı ve araştırma görevlilerinin daha çok akademik eğitim almış olmaları klinik olgu sorularına verdikleri doğru yanıtların daha fazla olmasını açıklayabilir. Doğru yanıt sayısındaki anlamlı farkın sadece klinik olgu sorularında görülmesi ise klinisyenlerin edindikleri bilgileri olgularda uygulaması ile bu bilgilerin kalıcı hale gelmesinden kaynaklanıyor olabilir.

İnhaler ilaç kullanma tekniğini anlatma ve tetikleyicilerden korunma yöntemlerini hatırlatmanın çalışma yılı fazla olan hekimlerde daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Mezuniyet sonrası ilk yıllar tıp fakültesinden edinilen bilgilerin hafızalarda en canlı olduğu zamanlar olarak değerlendirilirse yakın zamanda mezun olmuş aile hekimlerinin yeterli farkındalığın oluşmaması sebebiyle hasta eğitimi ile ilgili konulara daha az değindiği görülmektedir. Bu durum tıp fakültesindeki eğitimde mortalite ve morbiditesi yüksek olan astım hastalığını önlemede en maliyet etkin yöntem olan kontrol ve ilaç kullanım tekniğini sorgulama konuları üzerine yeteri kadar düşülmediği fikrini akla getirmektedir (Sullivan 2003, Çelik ve ark 2004). Tıp fakültesi eğitimindeki yoğun bilgi yükünün arasında basit ama etkin tedavilerin ve uygulamaların vurgulanması sadece hasta yararına değil, mali külfeti azaltması sebebiyle tüm toplum yararınadır.

Aile sağlığı merkezi şartlarında astım tanısı konulabilir düşüncesinin yine mezuniyet yılı fazla ve yaşı ileri olan hekimler tarafından kabul gördüğü görülmüştür. Bu durum daha önce bahsedildiği üzere tıp fakültesinde astım hastalığına daha az değinilmiş olma ihtimali dışında hekimlerin tecrübelerinin artmasıyla, sık gördükleri olgulara zamanla yaklaşım geliştirme çabalarından kaynaklanıyor olabilir.

Erkek hekimlerin ASM şartlarında astım tanısı konulabilir düşüncesinde olduğu, kadın hekimlerin ise hasta eğitimi başlığı altında toplayabileceğimiz inhaler ilaç kullanım teknikleri ve tetikleyiciler hakkında daha fazla hatırlatmalarda buldukları görülmüştür. Kadın erkek arasındaki farklılıklar biyolojik olduğu kadar kültürel özelliklerle de ilişkilidir. Bu nedenle cinsiyetin karar vermedeki rolünü açıklarken bu iki durum da göz önünde bulundurulmalıdır. Hollanda'da yapılan, hasta merkezli

iletişimin değerlendirildiği bir çalışmada, hekimin hastaya olan davranışını sadece hekimin cinsiyetinin etkilediğini, kadın hekimlerin daha hastayı ön plana çıkaran bir tutum gösterme eğiliminde olduğu gösterilmiştir (Zandbelt et al,2006). Çalışmamızda da ASM şartlarında hasta ile uygun bir iletişimle inhaler ilaç kullanım teknikleri ve tetikleyiciler hakkında bilgilendirme davranışının kadın hekimlerde oluşmasında, kadın hekimlerin hastayı ön plana çıkaran düşünce yapısının etkili olduğu düşünülmüştür.

Adapazarı, Serdivan, Erenler dışında kalan ve merkeze nispeten uzakta bulunan ilçelerdeki hekimler ASM şartlarında hafif astım atak tedavisi verilebilir görüşündedirler. Klinik olgu sorularında ise merkez ilçelerde çalışan hekimlerin çevre ilçelerde çalışan hekimlere göre doğru sayılarının daha fazla olduğu görülmüştür. İkinci-üçüncü basamak hastanelere veya bir çocuk uzmanına ulaşmanın daha güç olduğunu varsayarsak çevre ilçelerde çalışan aile hekimleri için ASM şartlarında astım atağı tedavisi vermek bir zorunluluk gibidir, ancak astım olgularına yaklaşım konusunda bilgilerinin artırılması gerekmektedir. Adapazarı, Serdivan, Erenler’de çalışan hekimlerin merkezde sayıca çok olan pediatri uzmanlarıyla daha çok iletişim halinde olması, reçete tekrarı yaptıkları astımlı hastaların düzenlenmiş tedavilerini gözlemlemeleri, klinik yaklaşıma yönelik bilimsel toplantıların sıklıkla merkez ilçelerde organize edilmesi merkezde çalışan hekimlerin klinik olgu sorularına daha çok doğru yanıt vermelerinin altında yatan sebepler olabilir.

Sık astım ilacı reçete etmenin ASM’de astım tanısının konulabileceği, astımlı hastaların takip ve tedavisinin yapılabileceği düşüncesinin gelişmesine katkısı olduğu görülmüştür. Astımlı hastaların tanısını koyma, takibini ve idame tedavisini yapma düşüncesinde olan hekimlerin hastaların tedavilerini düzenledikleri için bu duruma paralel olarak reçete etme sıklıkları da yüksek çıkmış olabilir. Nüfusa kayıtlı astımlı hasta sayısı veya astım hastası görme sıklığının tutum, bilgi ve davranışa etkisinin olmadığı görülmüştür. Hekimin nüfusunda kayıtlı hastalarının kronik hastalık sıklığının sistemdeki bir demografik veri olmanın ötesine geçmediği görülmüştür. Aile hekimlerinin takip ettikleri nüfusun özelliklerine göre bilgi seviyelerinin artırılması gereklidir. Sağlık Bakanlığı’nın düzenlediği eğitime katılmanın, son bir yıl içinde

bilimsel yazı okuma veya toplantıya katılmanın tutum ve davranışa etkisi olmamış; bilgi sorularında doğru sayısına etkisi olmamıştır. Hekimin bilgilenmesinde ve pratik uygulamalarında etki göstermesi için verilen eğitimin kalitesi ve niteliği oldukça önem taşımaktadır. İngiltere’de yapılan bir çalışmada sık ilaç temsilcisi ziyaretinin aile hekiminin sık ilaç reçete etme davranışıyla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Watkins et al, 2003). Çalışmada bu ilişkinin hangi yönde olduğu, ilaç reçete etmenin sonucunda mı ziyaretin sıklığı, ilaç temsilcisinin sık ziyarette bulunmasının mı reçete sıklığını arttırdığı belirtilmemiştir. Çalışmamızda ise ilaç temsilcisi ziyaretinin hekimlerin tutumunu etkilemede her zaman en önemli araç olarak görülen eğitimin dahi önüne geçtiği görülmüştür. İlaç temsilcilerinin maddi kazançlarını daha çok hekime ulaşmak ve etkilemek üzerinden elde ettikleri bilinmektedir. Bu amaca ulaşmak için iletişimi akılcı kullanma, net ve akılda kalıcı bilgilendirme teknikleri konusunda profesyonel bir yaklaşım benimsemiş olmaları hekimlerin tutumunu etkilemedeki başarılarını açıklayabilir.

Astım kılavuzlarının hekimlerin tutum, bilgi ve davranışlarına etkilerinin az olması ile ilgili oldukça fazla çalışma yapılmış ve ardından bu çalışmalara kılavuzlara neden uyulmadığını aydınlatmak üzere bir o kadar daha çalışma eklenmiştir (Lugtenberg et al, 2009). Bu çalışmaların da ışığında hekimlere yapılan eğitimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi ile ilgili araştırmalar yapılmıştır. Aynı amaçla yapılan bir çalışmada ulusal astım kılavuzunun gözden geçirilmesi, iletişim tekniklerini de konu alan, anahtar niteliğindeki mesajlar içeren, kısa süreli bölümler halinde tasarlanmış, olgu temelli tartışmaların yapıldığı, video ve görsellerle sunumların desteklendiği bir eğitim programından sonra hekim ve astımlı hastaların ailelerinden geri bildirimler edinilmiştir. Bu geri bildirimlerde hekimlerin hastanın astım semptomlarını daha çok sorguladığı ve tedavide doğru uygulamaları tercih ettiği görülmüş; hekim eğitiminin hasta yönünden ise semptomatik gün sayısında azalma, daha az acil servis başvurusu ile sonuçlandığı görülmüştür (Clark et al, 1998). Bizim çalışmamızda astım konulu bilimsel yazı okuma, toplantıya katılma veya Sağlık Bakanlığı’nın düzenlediği bir eğitime katılmanın hekimlerin tutum, bilgi ve davranışına etki etmemesinin nedeni gerçekleştirilen eğitimin niteliği ve kalitesinin yetersiz olması olabilir.

Farkındalığı arttıracaklarını düşündüğümüz yakınında astımlı hasta bulunması ve ASM’de astım konulu afiş/broşür bulundurmanın bizim yaptığımız çalışmada tutum davranışı değiştirecek bir etki yaratmadığı görülmüştür. Ancak ASM’de çalıştığı herhangi bir dönemde astım konulu afiş veya broşür bulunduran hekimlerin bulundurmayan hekimlere oranla klinik olgu sorularında daha az doğru yanıt verdiği görülmüştür.

ASM’de bulunan afiş ve broşürlerin Sağlık Bakanlığı’nca hazırlanmış standart dokümanlar olduğu ve bunların bakanlıkça sağlık gündemine göre Toplum Sağlığı Merkezleri aracılığıyla ASM’lere dağıtıldığı, belirli bir süre asılı kalması zorunlu tutulduğu bilinmektedir. Hekimin ASM’de asmak üzere afiş veya broşür tercihi yapma konusunda her zaman insiyatif sahibi olduğu söylenemez, ancak zorunlu askıda kalma süresi dolduğunda afiş panodan özellikle kaldırmayabilir veya Sağlık Bakanlığı’nın kaynaklarından gündem dışı da olsa afiş seçip asma hakkına sahiptir. Astımla ilgili afişlerin içeriğine baktığımızda hastalığın tanımı, semptomları, kontrolünün önemi, tetikleyicilerin ne olduğu ve hastalıkla mücadelede hekim-hasta işbirliğinin öneminden bahsedildiğini görüyoruz. Anketimizde bulunan soruda *“çalıştığınız herhangi bir dönemde”* ifadesi oldukça geniş bir zaman aralığını kapsamaktadır. ASM’de afiş/broşür bulundurmadığını ifade eden hekim zaten bulundurması zorunlu olan bir dokümanı hatırlamadığı için bu soruya olumsuz yanıt vermiş olabilir. Afiş/broşür bulundurduğunu ifade eden hekimlerin klinik olgu sorularına anlamlı olarak düşük doğru yanıt vermesi ise, hasta bilgilendirmek üzere hazırlanmış bu dokümanların içeriğindeki bilgilerin hekim seviyesine göre yetersiz olması, hekimin sadece gerekli prosedürü yerine getirmeyi amaçlayarak ASM’de astım konulu afiş bulundurduğu gerekçeleri ile açıklanabilir. Astımla ilgili hastaların farkındalığını ve hasta-hekim işbirliğini arttırmaya yönelik yapılan çalışmaların henüz hekimlerde bile bu etkiyi yaratmadığını gözlemledik. Bu tür uygulamaların tasarlanırken hedef alınan kitlenin özellikleri daha dikkatle değerlendirilerek planlama yapılmalıdır.

## SONUÇ

Aile hekimlerinin çocukluk çağı astım hastalığı ile ilgili tutum, bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesini amaçlayan bu çalışmada astımla ilgili en temel bilgi ve pratik uygulamalarda eksiklik görüldü. Aile hekimlerinin astımla ilgili tutumlarının davranışlarıyla örtüşmediği gözlemlendi. Özellikle, tutum, davranış ve bilgi düzeyi arasındaki ilişkilerin kendi arasında değerlendirilmesinde anlamlı bir ilişki saptanmadı. Aile hekimlerine yönelik eğitimler yapılmalıdır. Eğitimin içeriği planlanırken aile hekimlerinin pratikte sıkça uygulayabileceği veya uygulaması gereken başlıklara daha çok değinilmeli, aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Eğitimin etkili olabilmesi için tutum-davranışı geliştirici ve olgu bazlı çalışmalar daha yararlı olacaktır. Aile hekimleri astımlı hastaların tanısını koyma, takip ve tedavisini yapabilmeleri için özendirilmelidirler.

## KAYNAKLAR

- Al-Muhsen S, Johnson J, Hamid Q. (2011). Remodeling in asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 128, 451–462.
- Barnes P, Chung K, Page C. (1998) Inflammatory mediators of asthma: An update. *Pharmacol Rev*, 50, 515–596.
- Bousquet J, Jeffery PK, Busse WW, Johnson M, Vignola AM.(2000). Asthma. From bronchoconstriction to airways inflammation and remodeling. *Am J Respir Crit Care Med*,161, 1720-1745.
- Boyacı H, Ilgazlı A, Yıldız F,Şengül C, Özari E. (2001). Kocaeli ilindeki pratisyen hekimlerin astma konusundaki yaklaşımları. *Solunum Hastalıkları*, 12, 179–183.
- Braman SS. (2006). The global burden of asthma. *Chest*, 130(1), 4–12.
- Brand PL, Duiverman EJ, Waalkens HJ, van Essen-Zandvliet EE, Kerrebijn KF. (1999). Peak flow variation in childhood asthma: Correlation with symptoms, airways obstruction, and hyperresponsiveness during long-term treatment with inhaled corticosteroids. *Thorax*, 54,103–107.
- Brand P, Baraldi E, Bisgaard H. (2008). Definition, assessment and treatment of wheezing disorders in preschool children: an evidence-based approach. *Eur Respir J*, 32, 1096–1110.
- BTS (2005). British Guideline on the Management of Asthma.A national clinical guideline British Thoracic Society Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Available at: <https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/clinical-information/asthma/btssign-sthma-guideline-2016/>.(Accessed: 1 April 2018).

- Castro-Rodríguez JA, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD. (2000). A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing. *Am J Respir Crit Care Med*, 162, 1403-1406.
- Chapman KR, Hinds D, Piazza P, Raheison C, Gibbs M, Greulich T, Gaalswyk K, Lin J, Adachi M, Davis KJ. (2017) ‘Physician perspectives on the burden and management of asthma in six countries: The Global Asthma Physician Survey (GAPS)’, *BMC Pulmonary Medicine*, 17(1), 1–11.
- Chung K. (2000) Airway smooth muscle cells: Contributing to and regulating airway mucosal inflammation? *Eur Respir J*, 15, 961–968.
- Civelek E, Sekerel BE. (2004). Management of childhood asthma: Physicians perspective in Turkey, *Pediatr Allergy Immunol*, 15, 372–375.
- Clark NM, Gong M, Schork MA, Evans D, Roloff D, Hurwitz M, Maiman L, Mellins RB. (1998). Impact of Education for Physicians on Patient Outcomes. *Pediatrics*, 101(5),831-836.
- Cohn L, Elias J, Chupp G. (2004) Asthma: Mechanisms of disease persistence and progression. *Annu. Rev. Immunol.* 22, 789–815.
- Çalıköğlü M,Ulubaş B, Atış S, Tümkaya M. (2001). Birinci basamak hekimlerinin astım ile ilgili bilgi ve tutumları. *T Klin Allerji Astım*, 3,72-76.
- Çelik GE, Bavbek S, Paşaoğlu G, Mungan D, Abadoğlu O, Harmanci E, Misirligil Z. (2004). Direct medical cost of asthma in Ankara, Turkey. *Respiration*, 71, 587–593.
- Devereux G, Seaton A. (2005) Diet as a risk factor for atopy and asthma. *J Allergy Clin Immunol* , 115(6),1109–1117.
- Dezateux C, Stocks J, Dundas I, Fletcher ME. (1999) Impaired airway function and wheezing in infancy: The influence of maternal smoking and a genetic predisposition to asthma. *Am J Respir Crit Care Med*, 159, 403–410.



- GINA. (2018) . Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Available from: [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org) (Accessed: 22 April 2018).
- Grol MH, Postma DS, Vonk JM, Schouten JP, Rijcken B, Koeter GH. (1999). Risk factors from childhood to adulthood for bronchial responsiveness at age 32-42 yr. *Am J Respir Crit Care Med*, 160(1), 150–156.
- Groneberg DA, Quarcoo D, Frossard N, Fischer A. (2004). Neurogenic mechanisms in bronchial inflammatory diseases. *Allergy*, 59, 1139–1152.
- Holgate ST. (1999) Genetic and environmental interaction in allergy and asthma. *J Allergy and Clin Immunol*, 104(6), 1139–1146.
- Hopp RJ, Bewtra AK, Watt GD, Nair NM, Townley RG. (1984). Genetic analysis of allergic disease in twins. *J Allergy Clin Immunol*, 73(2), 265–270.
- Janson S, Weiss K. (2004). A National Survey of Asthma Knowledge and Practices Among Specialists and Primary Care Physicians . *J Asthma*, 41(3), 343–348.
- Johnston SL. (1998) ‘Viruses and asthma’. *Allergy*. 53(10), 922–932.
- Kalyoncu AF, Türkteş H. (1999) Ulusal Verilerle Astma. Ankara: Kent Matbaa, 8-38.
- Kay AB, Phipps S, Robinson DS. (2004). A role for eosinophils in airway remodelling in asthma. *Trends Immunol*, 25(9), 477–482.
- Kelly H W. (2003) .The assessment of childhood asthma. *Pediatr Clin North Am*, 50(3), 593-608.
- Ko FW, Chan AM, Chan HS, Kong AY, Leung RC, Mok TY, Tse HH, Lai CK. (2010). Are Hong Kong doctors following the Global Initiative for Asthma guidelines: A questionnaire “Survey on Asthma Management”? *Hong Kong Med J*, 16(2),86–93.
- Kotiranta-Ainamo A, Rautonen J, Rautonen N. (1997) Interleukin-10 production by cord blood mononuclear cells. *Pediatr Res*, 41, 110–113.

- Kuipers H, Lambrecht B. (2004). The interplay of dendritic cells, Th2 cells and regulatory T cells in asthma. *Curr Opin Immuno*, 16, 702–708.
- Laprise C, C, Laviolette M, Boutet M, Boulet LP. (1999). Asymptomatic airway hyperresponsiveness: Relationships with airway inflammation and remodelling. *Eur Respir J*, 14(1), 63–73.
- Laprise C, Boulet L. (1997) Asymptomatic airway hyperresponsiveness :A three-year follow-up. *Am J Respir Crit Care Med*, 156(2), 403–409.
- Leff A. (2001). Regulation of leukotrienes in the management of asthma: Biology and clinical therapy. *Annu Rev Med*, 52, 1–14.
- Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. (2009). Why don ' t physicians adhere to guideline recommendations in practice ? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implement Sci*, 12(4), 1–9.
- Macdowell A, Peters S. (2007). Neutrophils in asthma. *Curr Allergy Asthma Rep*. 7, 464–468.
- Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, Holberg CJ, Halonen M, Morgan WJ. (1995). Asthma and wheezing in the first six years of life. The Group Health Medical Associates. *N Engl J Med*, 332, 133–138.
- Martinez FD. (2003). Respiratory syncytial virus bronchiolitis and the pathogenesis of childhood asthma. *Pediatr Infect Dis J*, 22(3), 76–82.
- Miller A, Lukacs N. (2004). Chemokine receptors: Understanding their role in asthmatic disease. *Immunol Allergy Clin North Am*. 24, 667–683.
- Özkurt S, Fişekçi F, Altın R, Akdağ B. (2000). Hekimlerin Astma Konusunda Bilgi ve Yaklaşımları. *Solunum*, 2,12–16.
- Nelson H. (2000) The importance of allergens in the development of asthma and the persistence of symptoms. *J Allergy Clin Immunol*, 105(6), 628–632.

- NHLBI.(2007). National Heart, Lung, and Blood Institute. National Asthma Education and Prevention Program Expert Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma Full Report 2007. Available at: <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/asthgdln.pdf> (Accessed: 10 September 2018).
- Oğuzülgen K, Türктаş H, Erbaş D. (2002). Stabil astımda ekspirasyon havasındaki nitrik oksit düzeyini etkileyen faktörler. *Toraks Dergisi*, 3, 232–235.
- Peters-Golden M. (2004). The alveolar macrophage: The forgotten cell in asthma. *Am J Respir Cell Mol Biol*, 31, 3–7.
- Quanjer P, Stanojevic S, Cole T. (2012). Multi-ethnic reference values for spirometry for the 3-95 yr age range: The global lung function 2012 equations. *Eur Respir J*, 40, 1324–1343.
- Ricciardolo FL, Sterk PJ, Gaston B, Folkerts G. (2004) Nitric oxide in health and disease of the respiratory system. *Physiol Rev*, 84, 731–765.
- Sahiner UM, Buyuktiryaki B, Cavkaytar O, Yılmaz EA, Soyer O, Sackesen C. (2013). Recurrent wheezing in the first three years of life. *J Asthma*, 50, 370–375.
- Sekerel BE, Gemicioğlu B, Soriano JB. (2006) . Asthma insights and reality in Turkey (AIRET ). *Respir Med*. 100, 1850–1854.
- Shakoory B, Fitzgerald SM, Lee SA, Chi DS, Krishnaswamy G. (2004). The role of human mast cell-derived cytokines in eosinophil biology. *J Interferon Cytokine Res*, 24, 271-281.
- Smith A, Taylor D. (2005). Is exhaled nitric oxide measurement a useful clinical test in asthma? *Curr Opin Allergy Clin Immunol*, 5, 49–56.
- Sullivan SD. (2003). Asthma in the United States: Recent trends and current status. *J Manag Care Pharm*,9(5),3-7

- T.C.Resmî Gazete Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (2013) 28597.  
24 Mart 2013.Available at:  
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130324.htm> Erişim tarihi:  
10 Ekim 2018
- Tepper RS, Morgan WJ, Cota K, Wright A, Taussig LM. (1986). Physiologic growth and development of the lung during the first year of life. *Am Rev Respir Dis*, 134,513-519.
- TTD. (2016). Türk Toraks Derneği Astım Allerji Çalışma Grubu Astım Tanı ve Tedavi Rehberi. Available at:  
<http://www.toraks.org.tr/book.aspx?list=2212&menu=288> Erişim tarihi: 18 Temmuz 2018
- Toskala E, Kennedy DW. (2015) ‘Asthma risk factors’, *Int Forum Allergy Rhinol* 5(1), 11–16.
- Von Mutius E, Weiland SK, Fritzscher C. (1998). Increasing prevalence of hay fever and atopy among children in Leipzig, East Germany. *The Lancet*, 351(9106), 862–866.
- Watkins C, Moore L, Harvey I, Carthy P, Robinson E, Brawn R. (2003). Characteristics of general practitioners who frequently see drug industry representatives: National cross sectional study. *BMJ*, 326,1178-1179.
- Wenzel S. (2003). Mechanisms of severe asthma. *Clin Exp Allerg*. 33, 1622–1628.
- WHO. (2004). Respiratory Care in Primary Care Services – A Survey in 9 Countries. Ottmani SE, Scherpbier R, Chaulet P, Pio A, Van Beneden C, Raviglione M. World Health Organization Geneva Switzerland: WHO/HTM/TB/2004.333. 5-9
- Wu AW, Young Y, Skinner EA, Diette GB, Huber M, Peres A, Steinwachs D. (2001). Quality of care and outcomes of adults with asthma treated by specialists and generalists in managed care. *Arch Intern Med*, 161(21), 2554–2560.

Yıldız F, Başyiğit İ, Boyacı H, Ilgazlı A, Özkara S. (2003) Comparison of induced sputum cell counts in COPD and asthma. *Turkish Respir J*, 4, 43–46.

Yılmaz Ö, Söğüt A, Alkan S, Yüksel H. (2009) . Genel çocuk uzmanlarının çocukluk çağı astımı ve tedavisi konusundaki bilgi durumu ve uygulamaları. *Türk Ped Arş*, 44(7), 29–34.

Zandbelt LC, Smets EMA, Oort FJ, Godfried MH, De Haes HCJM. (2006). Determinants of physicians'patient-centred behaviour in the medical specialist encounter. *Social Science & Medicine*,63(4),899-910.



## EKLER

### EK-1 Çocukluk Çağı Astım Hastalığı Anketi

*Aşağıdaki ifadelerden lütfen size en uygun olanını işaretleyiniz.*

**1-Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısı koyabilir.**

a-Katılmıyorum      b-Kararsızım      c-Katılıyorum

**2-Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının takibini ve idame tedavisini yapabilir.**

a-Katılmıyorum      b-Kararsızım      c-Katılıyorum

**3-ASM'lerde hafif astım atağı tedavisi verilebilir.**

a-Katılmıyorum      b-Kararsızım      c-Katılıyorum

**4-ASM'ye başvuran 18 yaşından küçük astım hastalarını üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ederim**

a-Her zaman    b-Sıklıkla    c-Bazen    d-Nadiren    e-Hiçbir zaman

**5-Astımlı hastaların hastalığının kontrol altında olup olmadığını sorgularım**

a-Her zaman    b-Sıklıkla    c-Bazen    d-Nadiren    e-Hiçbir zaman

**6- Astımlı hastalara tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmalarda bulunurum.**

a-Her zaman    b-Sıklıkla    c-Bazen    d-Nadiren    e-Hiçbir zaman

**7-Yaşınız**

a-<30 b-31-40 c-41-50 d->50

**8-Cinsiyetiniz**

a-Kadın b-Erkek

**9-Tıp fakültesi mezuniyetinden itibaren geçen süre**

a-0-10yıl b-10-20 yıl c->20 yıl

**10-Ünvan**

a-Pratisyen Hekim

b-Aile hekimi uzmanı

c-Sözleşmeli aile hekimi uzmanlığı araştırma görevlisi

**11-Hangi ilçede çalışıyorsunuz?**

a-Adapazarı

b-Serdivan

c-Akyazı

d-Erenler

e-Hendek

f-Karasu

g-Geyve

h-Arifiye

i-Sapanca

j-Pamukova

k-Ferizli

l-Kaynarca

m-Kocaali

n-Söğütü

o-Karapürçek

p-Taraklı

**12-Gezici sağlık hizmeti veriyor musunuz?**

a-Hayır b-Evet

**13-Kayıtlı nüfusunuzda 18 yaşından küçük astım tanılı hasta sayısı yaklaşık kaçtır?**

a-1-10 b-11-20 c->20

**14-Son 1 yılda 18 yaşından küçük astım hastası görme sıklığınız nedir?**

a-Haftada en az bir

b-Ayda bir

c-Ayda 2-3 kere

d-Yılda birkaç kere veya daha az

**15- Son 1 yılda 18 yaşından küçük hastalara astım ilacı reçete etme sıklığınız nedir?**

a-Haftada en az bir

b-Ayda bir

c-Ayda 2-3 kere

d-Yılda birkaç kere veya daha az

**16- Etrafınızda ya da ailenizde astımlı hasta var mı?**  
a-Hayır b-Evet

**17- Son 1 yılda astım konulu bilimsel bir yazı okudunuz mu veya toplantıya katıldınız mı?**  
a- Evet b-Hayır

**18-Son 1 yılda ilaç temsilcileri sizlere astım ilaçlarıyla ilgili bir ziyarette bulundu mu?**  
a-Hayır b-Evet

**19-Sağlık Bakanlığı veya bağlı teşkilat yapısının düzenlediği astım konulu bir etkinlik veya hizmet içi eğitime katıldınız mı?**  
a-Hayır b-Evet

**20- Çalıştığınız herhangi bir dönemde ASM'de astım hastalığı hakkında eğitici, bilgilendirici afiş/broşür buldurdunuz mu?**  
a-Hayır b-Evet

**21-Aşağıdakilerden hangisi astımda görülen öksürüğün özelliklerinden değildir?**  
a-İnatçı yineleyen tarzdadır  
b-Sıklıkla gece veya sabaha karşı gelişir  
c-Eforla ilişkisizdir  
d-Soğuğa maruz kalındığında yineleyebilir

**22-Aşağıdakilerden hangisinin astımlı bir çocukta semptomları tetiklemesi beklenmez?**  
a- Parazit enfestasyonu/enfeksiyonu  
b-Stres  
c-Duman  
d-Allerjenle karşılaşma

**23-Aşağıdakilerden hangisi astım patogenezinde yer alır?**  
a-Hücre membranındaki klor kanal defekti  
b-SurfaktanA geninde mutasyon  
c-Panasiner amfizem  
d- Bronşial düz kas hipertrofisi ve bronkospazm

**24- Aşağıdakilerden hangisi astım ayırıcı tanısında düşünülmemelidir?**  
a-Gastroözefageal reflü hastalığı  
b-Yabancı cisim aspirasyonu  
c-Bronkopulmoner displazi  
d-Plevral efüzyon



**25-Atak dışında gelen bir hafif persistan astım hastasında beklenen fizik muayene bulgusu hangisidir?**

- a-Tek taraflı hışıltı
- b-Çomak parmak
- c-Normal fizik muayene
- d-Siyanoz

**26-Hangisi astım kontrolünün değerlendirilmesinde kullanılan klinik parametreler arasında değildir?**

- a-Gündüz semptomları
- b-Gece semptomları
- c-Aktivite kısıtlanması
- d-İnhale kortikosteroid kullanma sıklığı

**27-Aşağıdakilerden hangisi 6-11 yaş çocuklar için düşük doz kortikosteroid değildir?**

- a- Siklesonid inhaler 80mcg
- b-Budesonid nebül 500-1000mcg
- c-Flutikazon propionat kuru toz inhaler 100-250 mcg
- d- Budesonid kuru toz inhaler200 mcg

**28-Hangisi ev içi allerjenlere yönelik verilebilecek önerilerden değildir?**

- a-Ev hayvanlarını uzaklaştırma
- b-Yatak yastık kılıflarını 50-60 derece yıkama
- c-Halı yerine sert silinebilir zemin kullanma
- d-Sürekli oda nemlendiricisi bulundurma

**29-İnhaleler ilaç kullanım tekniğiyle ilgili hangisi yanlıştır?**

- a-Hasta ölçülü doz inhaleri derin inspiryumun hemen öncesinde sıkmalıdır
- b-Hasta ölçülü doz inhaleri sıkma sonrası en az nefesini tutmalıdır.
- c- Hasta ölçülü doz inhaleri aracı tüp ile kullanıyorsa ilave dozlarda işlemi baştan tekrarlamasına gerek yoktur, içine tek seferde iki kez sıkabilir.
- d- Hasta ölçülü doz inhaleri sıkmadan önce iyice çalkalamalıdır.

**30- Persistan astım gelişimi için risk taşıyan hastaların ailelerine verilecek hangi öneri uygun değildir?**

- a-Gebelikle ve özellikle bebeğin ilk yılında sigara ve dumanından korunması
- b-Hayatın ilk yılında antipiretik olarak parasetamol tercih edilmesi
- c-Anne sütü ile beslenme ve vajinal doğumun tercih edilmesi
- d-Bebeğin ilk senesinde geniş spektrumlu antibiyotik kullanımından kaçınılması

**31-Astım tanılı 12 yaşında kız hasta solunum sıkıntısı şikayetiyle başvuruyor. Fizik Muayenede inspeksiyonla suprasternal retraksiyon gözleniyor, oskültasyonla akciğerler bilateral eşit havalanıyor ve yaygın sibilan ronküs duyuluyor. Spo2:%95 ,dakika solunum sayısı :25, ateş:36.7C , KTA:110/dk tespit ediliyor. Öyküsünde ayda 3 kere gece uykusundan nefes darlığı ile uyandığını ifade ediyor. Astım atak tedavisi ve klinik düzelme sonrasında hastaya yapılacak uygulamalardan hangileri doğrudur?**

a-Sistemik steroid

Doğru ( ) Yanlış (x)

b-İnhaler  $\beta$ 2-agonist 20 dk arayla 3 kere

Doğru ( ) Yanlış (x)

c-İnhaler ipratropium bromür 20dk arayla 3 kere

Doğru ( ) Yanlış (x)

d-Tetikleyici sebep ve inhaler kullanım tekniği sorgulanır

Doğru (x) Yanlış ( )

e- PAAC grafi ile akciğer değerlendirilir

Doğru ( ) Yanlış (x)

f- Antibiyotik reçete edilir

Doğru ( ) Yanlış (x)

g- Mukolitik reçete edilir

Doğru ( ) Yanlış (x)

h-Daha önce inhale kortikosteroid başlanmadıysa başlanır

Doğru (x) Yanlış ( )

i- Profilaksi olarak tek başına uzun etkili  $\beta$ 2-agonist tercih edilebilir.

Doğru ( ) Yanlış (x)

j- Profilaksi olarak ilk sırada lökotrien reseptör antagonisti tercih edilir.

Doğru ( ) Yanlış (x)

k-İnhale kortikosteroid tedavisine lökotrien reseptör antagonisti eklenebilir

Doğru (x) Yanlış ( )

l- Halen profilaktik tedavi alıyorsa 2-4 hafta süreyle bir basamak atlanır

Doğru (x) Yanlış ( )

**32-2,5 yaşında erkek hasta; 6 aylıktan itibaren 2-3 kere hışıltı atağı geçirme öyküsü ile başvuruyor. Hışıltı ataklarından bir tanesinde hastaneye yatırılmış. Ailesinde ve kendisinde atopi, allerji öyküsü yok. Hışıltı ataklarının viral üst solunum yolu enfeksiyonu ile tetiklendiği düşünülüyor. Evine nebülizatör aldırılmış ve 'ihtiyaç halinde' kullanılmak üzere salbutamol reçete edilmiş. Annesi bir önceki ay 2-3 kere hışıltı ve öksürük şikayeti olduğunu, salbutamolu kullandığını ifade ediyor. Bu aşamada hastanın tedavisi planlanırken hangi uygulamalar doğrudur?**

a- Profilaktik olarak günlük düşük doz inhale kortikosteroid başlanır

Doğru (x) Yanlış ( )

b-Profilaktik olarak günlük lökotrien reseptör antagonisti başlanır

Doğru (x) Yanlış ( )

c-Kısa etkili B agonist 'ihtiyaç halinde' kullanılmaya devam edilir

Doğru (x) Yanlış ( )

d-Düşük doz inhale kortikosteroid+uzun etkili B agonist ile profilaksi başlanıp kliniğe göre tedavi değerlendirilir.

Doğru ( ) Yanlış (x)



## EK-2 İstatistiksel Olarak Anlamli Bulunmayan Karşılaştırmaların Tabloları

**Tablo 27.** Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastaların astım tanısını koyabilir” ifadesine verdikleri cevaplarının karşılaştırılması

	N	%	Katılmıyorum + Kararsızım	Katılıyorum	p
<b>Ünvan</b>					
<i>Pratisyen aile hekimi</i>	144	83,7	79	65	0,568
<i>Aile hekimi uzmanı/ araştırma görevlisi</i>	28	16,3	17	11	
<b>İlçe</b>					
<i>Merkez</i>	107	62,2	62	45	0,470
<i>Çevre</i>	65	37,8	34	31	
<b>Gezici Sağlık Hizmeti</b>					
<i>Evet</i>	67	39	35	32	0,451
<i>Hayır</i>	105	61	61	44	
<b>Nüfusta kayıtlı astım hastası</b>					
<i>1-10</i>	66	38,4	40	26	0,605
<i>11-20</i>	62	36	33	29	
<i>&gt;20</i>	44	25,6	23	21	
<b>&lt;18 yaş astım hastası görme sıklığı</b>					
<i>Haftada en az 1</i>	71	41,3	36	35	0,125
<i>Ayda 1</i>	31	18	19	12	
<i>Ayda 2-3</i>	51	29,7	26	25	
<i>Yılda 1 kaç</i>	19	11	15	4	
<b>Etrafında astım hastası varlığı</b>					
<i>Evet</i>	70	40,7	36	34	0,337
<i>Hayır</i>	102	59,3	60	42	
<b>ASM’de astımla ilgili afiş/broşür bulundurma</b>					
<i>Evet</i>	100	58,1	53	47	0,381
<i>Hayır</i>	72	41,9	43	29	
<b>Son 1 yıl içinde astımla ilgili bilimsel bir yazı okuma veya toplantıya katılma</b>					
<i>Evet</i>	72	41,9	35	37	0,107
<i>Hayır</i>	100	58,1	61	39	

**Tablo 28.** Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astımlı hastaların takip ve tedavisini yapabilir” ifadesine verdikleri cevaplarının karşılaştırılması

Astım konulu Sağlık Bakanlığı eğitimine katılma	N	%	Katılmıyorum + Kararsızım	Katılıyorum	p
<i>Evet</i>	68	39,5	32	36	0,062
<i>Hayır</i>	104	60,5	64	40	
<b>Cinsiyet</b>					
<i>Kadın</i>	65	37,8	25	40	0,888
<i>Erkek</i>	107	62,2	40	67	
<b>Yaş</b>					
<i>&lt;30</i>	21	12,2	10	11	0,112
<i>31-40</i>	54	31,4	26	28	
<i>41-50</i>	68	39,5	21	47	
<i>&gt;50</i>	29	16,9	8	21	
<b>Tıp fakültesi mezuniyetinden itibaren geçen süre</b>					
<i>0-10</i>	50	29	25	25	0,094
<i>10-20</i>	63	36,7	22	41	
<i>&gt;20</i>	59	34,3	18	41	
<b>Ünvan</b>					
<i>Pratisyen aile hekimi</i>	144	83,7	53	91	0,546
<i>Aile hekimi uzmanı/ araştırma görevlisi</i>	28	16,3	12	16	
<b>İlçe</b>					
<i>Merkez</i>	107	62,2	43	64	0,406
<i>Çevre</i>	65	37,8	22	43	
<b>Gezici Sağlık Hizmeti</b>					
<i>Evet</i>	67	39	23	44	0,454
<i>Hayır</i>	105	61	42	63	
<b>Nüfusta kayıtlı astım hastası</b>					
<i>1-10</i>	66	38,4	24	42	0,876
<i>11-20</i>	62	36	25	37	
<i>&gt;20</i>	44	25,6	16	28	
<b>&lt;18 yaş astım hastası görme sıklığı</b>					
<i>Haftada en az 1</i>	71	41,3	21	50	0,232
<i>Ayda 1</i>	31	18	13	18	
<i>Ayda 2-3</i>	51	29,7	21	30	
<i>Yılda 1 kaç</i>	19	11	10	9	
<b>Etrafında astım hastası varlığı</b>					
<i>Evet</i>	70	40,7	27	43	0,861
<i>Hayır</i>	102	59,3	38	64	

**Tablo 28.** Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre “Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük astımlı hastaların takip ve tedavisini yapabilir” ifadesine verdikleri cevaplarının karşılaştırılması (devamı)

ASM’de astımla ilgili afiş/broşür bulundurma	N	%	Katılmıyorum +		p
			Kararsızım	Katılıyorum	
<i>Evet</i>	100	58,1	34	66	0,227
<i>Hayır</i>	72	41,9	31	41	
Son 1 yıl içinde astımla ilgili bilimsel bir yazı okuma veya toplantıya katılma					
<i>Evet</i>	72	41,9	25	47	0,481
<i>Hayır</i>	100	58,1	40	60	
Astım konulu Sağlık Bakanlığı eğitimine katılma					
<i>Evet</i>	68	39,5	21	47	0,131
<i>Hayır</i>	104	60,5	44	60	

**Tablo 29.** Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre “ASM şartlarında hafif astım atak tedavisi yapabilir” ifadesine verdikleri cevaplarının karşılaştırılması

	N	%	Katılmıyorum +		p
			Kararsızım	Katılıyorum	
Cinsiyet					
<i>Kadın</i>	65	37,8	8	57	0,749
<i>Erkek</i>	107	62,2	15	92	
Yaş					
<30	21	12,2	2	19	*
31-40	54	31,4	9	45	
41-50	68	39,5	10	58	
>50	29	16,9	2	27	
Tıp fakültesi mezuniyetinden itibaren geçen süre					
0-10	50	29	8	42	0,395
10-20	63	36,7	10	53	
>20	59	34,3	5	54	
Gezici Sağlık Hizmeti					
<i>Evet</i>	67	39	7	60	0,368
<i>Hayır</i>	105	61	16	89	
Nüfusta kayıtlı astım hastası					
1-10	66	38,4	11	55	0,605
11-20	62	36	7	55	
>20	44	25,6	5	39	
<18 yaş astım hastası görme sıklığı					
<i>Haftada en az 1</i>	71	41,3	13	58	*
<i>Ayda 1</i>	31	18	6	25	
<i>Ayda 2-3</i>	51	29,7	0	51	
<i>Yılda 1 kaç</i>	19	11	4	15	

**Tablo 29.** Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre “ASM şartlarında hafif astım atak tedavisi yapabilir” ifadesine verdikleri cevaplarının karşılaştırılması (devamı)

<18 yaş astım hastası reçete sıklığı	N	%	Katılmıyorum + Kararsızım		p
			Katılmıyorum	Katılıyorum	
<i>Haftada en az 1</i>	75	43,6	11	64	0,124
<i>Ayda 1</i>	36	20,9	10	26	
<i>Ayda 2-3</i>	47	27,3	0	47	
<i>Yılda 1 kaç</i>	14	8,1	2	12	
<b>Etrafında astım hastası varlığı</b>					
<i>Evet</i>	70	40,7	12	58	0,229
<i>Hayır</i>	102	59,3	11	91	
<b>ASM’de astımla ilgili afiş/broşür bulundurma</b>					
<i>Evet</i>	100	58,1	10	90	0,126
<i>Hayır</i>	72	41,9	13	59	
<b>Son 1 yıl içinde astımla ilgili bilimsel bir yazı okuma veya toplantıya katılma</b>					
<i>Evet</i>	72	41,9	9	63	0,776
<i>Hayır</i>	100	58,1	14	86	
<b>Son 1 yılda astımla ilgili ilaç temsilcisi ziyareti</b>					
<i>Evet</i>	89	51,7	9	80	0,193
<i>Hayır</i>	83	48,3	14	69	
<b>Astım konulu Sağlık Bakanlığı eğitimine katılma</b>					
<i>Evet</i>	68	39,5	7	61	0,338
<i>Hayır</i>	104	60,5	16	88	

\*Pearson Ki-kare ve Fisher’s Exact testi uygulanamadı

**Tablo 30.** Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre “ASM’ye başvuran 18 yaşından küçük astım hastalarını üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ederim” ifadesine verdikleri cevaplarının karşılaştırılması

	N	%	Her zaman-Sıklıkla	Bazen-Nadiren	p
<b>Cinsiyet</b>					
<i>Kadın</i>	65	37,8	31	34	0,47
<i>Erkek</i>	107	62,2	45	62	
<b>Yaş</b>					
<i>&lt;30</i>	21	12,2	9	12	0,694
<i>31-40</i>	54	31,4	25	29	
<i>41-50</i>	68	39,5	32	36	
<i>&gt;50</i>	29	16,9	10	19	

**Tablo 30.** Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre “ASM’ye başvuran 18 yaşından küçük astım hastalarını üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ederim” ifadesine verdikleri cevaplarının karşılaştırılması(devamı)

Tıp fakültesi mezuniyetinden itibaren geçen süre	N	%	Her zaman-Sıklıkla	Bazen-Nadiren	p
0-10	50	29	25	25	0,612
10-20	63	36,7	26	37	
>20	59	34,3	25	34	
<b>Ünvan</b>					
Pratisyen aile hekimi	144	83,7	66	78	0,324
Aile hekimi uzmanı/ araştırma görevlisi	28	16,3	10	18	
<b>Gezici Sağlık Hizmeti</b>					
Evet	67	39	25	42	0,147
Hayır	105	61	51	54	
<b>Nüfusta kayıtlı astım hastası</b>					
1-10	66	38,4	30	36	0,965
11-20	62	36	27	35	
>20	44	25,6	19	25	
<b>&lt;18 yaş astım hastası görme sıklığı</b>					
Haftada en az 1	71	41,3	28	43	0,120
Ayda 1	31	18	17	14	
Ayda 2-3	51	29,7	19	32	
Yılda 1 kaç	19	11	12	7	
<b>&lt;18 yaş astım hastası reçete sıklığı</b>					
Haftada en az 1	75	43,6	27	48	0,061
Ayda 1	36	20,9	19	17	
Ayda 2-3	47	27,3	20	27	
Yılda 1 kaç	14	8,1	10	4	
<b>Etrafında astım hastası varlığı</b>					
Evet	70	40,7	31	39	0,983
Hayır	102	59,3	45	57	
<b>ASM’de astımla ilgili afiş/broşür bulundurma</b>					
Evet	100	58,1	47	53	0,381
Hayır	72	41,9	29	43	
<b>Son 1 yıl içinde astımla ilgili bilimsel bir yazı okuma veya toplantıya katılma</b>					
Evet	72	41,9	29	43	0,381
Hayır	100	58,1	47	53	
<b>Son 1 yılda astımla ilgili ilaç temsilcisi ziyareti</b>					
Evet	89	51,7	35	54	0,184
Hayır	83	48,3	41	42	



**Tablo 30.** Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre “ASM’ye başvururken 18 yaşından küçük astım hastalarını üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ederim” ifadesine verdikleri cevaplarının karşılaştırılması(devamı)

Astım konulu Sağlık Bakanlığı eğitimine katılma	N	%	Her zaman-Sıklıkla	Bazen-Nadiren	p
<i>Evet</i>	68	39,5	29	39	0,742
<i>Hayır</i>	104	60,5	47	57	

**Tablo 31.** Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre “Astımlı hastaların hastalığının kontrol altında olup olmadığını sorgularım” ifadesine verdikleri cevaplarının karşılaştırılması

	N	%	Her zaman-Sıklıkla	Bazen-Nadiren	p
<b>Cinsiyet</b>					
<i>Kadın</i>	65	37,8	61	4	0,769
<i>Erkek</i>	107	62,2	98	9	
<b>Yaş</b>					
<i>&lt;30</i>	21	12,2	19	2	
<i>31-40</i>	54	31,4	50	4	*
<i>41-50</i>	68	39,5	64	4	
<i>&gt;50</i>	29	16,9	26	3	
<b>Tıp fakültesi mezuniyetinden itibaren geçen süre</b>					
<i>0-10</i>	50	29	44	6	
<i>10-20</i>	63	36,7	60	3	*
<i>&gt;20</i>	59	34,3	55	4	
<b>İlçe</b>					
<i>Merkez</i>	107	62,2	99	8	1,000
<i>Çevre</i>	65	37,8	60	5	
<b>Gezici Sağlık Hizmeti</b>					
<i>Evet</i>	67	39	60	7	0,252
<i>Hayır</i>	105	61	99	6	
<b>Nüfusta kayıtlı astım hastası</b>					
<i>1-10</i>	66	38,4	59	7	
<i>11-20</i>	62	36	58	4	*
<i>&gt;20</i>	44	25,6	42	2	
<b>&lt;18 yaş astım hastası görme sıklığı</b>					
<i>Haftada en az 1</i>	71	41,3	64	7	
<i>Ayda 1</i>	31	18	28	3	*
<i>Ayda 2-3</i>	51	29,7	49	2	
<i>Yılda 1 kaç</i>	19	11	18	1	

**Tablo 31.** Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre “Astımlı hastaların hastalığının kontrol altında olup olmadığını sorgularım” ifadesine verdikleri cevaplarının karşılaştırılması (devamı)

<18 yaş astım hastası reçete sıklığı	N	%	Her zaman-Sıklıkla	Bazen-Nadiren	p
<i>Haftada en az 1</i>	75	43,6	70	5	*
<i>Ayda 1</i>	36	20,9	31	5	
<i>Ayda 2-3</i>	47	27,3	45	2	
<i>Yılda 1 kaç</i>	14	8,1	13	1	
<b>Etrafında astım hastası varlığı</b>					
<i>Evet</i>	70	40,7	65	5	0,864
<i>Hayır</i>	102	59,3	94	8	
<b>ASM’de astımla ilgili afiş/broşür bulundurma</b>					
<i>Evet</i>	100	58,1	94	6	0,362
<i>Hayır</i>	72	41,9	65	7	
<b>Son 1 yıl içinde astımla ilgili bilimsel bir yazı okuma veya toplantıya katılma</b>					
<i>Evet</i>	71	41,9	68	4	0,399
<i>Hayır</i>	100	58,1	91	9	
<b>Son 1 yılda astımla ilgili ilaç temsilcisi ziyareti</b>					
<i>Evet</i>	89	51,7	83	6	0,675
<i>Hayır</i>	83	48,3	76	7	
<b>Astım konulu Sağlık Bakanlığı eğitimine katılma</b>					
<i>Evet</i>	68	39,5	64	4	0,501
<i>Hayır</i>	104	60,5	95	9	
*Pearson Ki-kare ve Fisher’s Exact testi uygulanamadı					

**Tablo 32.** Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre “Astımlı hastalara tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmalarda bulunurum” ifadesine verdikleri cevaplarının karşılaştırılması

	N	%	Her zaman-Sıklıkla	Bazen-Nadiren	p
<b>Cinsiyet</b>					
<i>Kadın</i>	65	37,8	57	8	0,041
<i>Erkek</i>	107	62,2	80	27	
<b>Yaş</b>					
<i>&lt;30</i>	21	12,2	13	8	0,084
<i>31-40</i>	54	31,4	41	13	
<i>41-50</i>	68	39,5	58	10	
<i>&gt;50</i>	29	16,9	25	4	

**Tablo 32.** Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre “Astımlı hastalara tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmalarda bulunurum” ifadesine verdikleri cevaplarının karşılaştırılması (devamı)

İlçe	N	%	Her zaman-Sıklıkla	Bazen-Nadiren	p
<i>Merkez</i>	107	62,2	84	23	0,632
<i>Çevre</i>	65	37,8	53	12	
<b>Gezici Sağlık Hizmeti</b>					
<i>Evet</i>	67	39	57	10	0,158
<i>Hayır</i>	105	61	80	25	
<b>Nüfusta kayıtlı astım hastası</b>					
<i>1-10</i>	66	38,4	51	15	0,782
<i>11-20</i>	62	36	51	11	
<i>&gt;20</i>	44	25,6	35	9	
<b>&lt;18 yaş astım hastası görme sıklığı</b>					
<i>Haftada en az 1</i>	71	41,3	57	14	0,838
<i>Ayda 1</i>	31	18	23	8	
<i>Ayda 2-3</i>	51	29,7	41	10	
<i>Yılda 1 kaç</i>	19	11	16	3	
<b>&lt;18 yaş astım hastası reçete sıklığı</b>					
<i>Haftada en az 1</i>	75	43,6	61	14	0,127
<i>Ayda 1</i>	36	20,9	24	12	
<i>Ayda 2-3</i>	47	27,3	39	8	
<i>Yılda 1 kaç</i>	14	8,1	13	1	
<b>Etrafında astım hastası varlığı</b>					
<i>Evet</i>	70	40,7	55	15	0,771
<i>Hayır</i>	102	59,3	82	20	
<b>ASM’de astımla ilgili afiş/broşür bulundurma</b>					
<i>Evet</i>	100	58,1	84	16	0,095
<i>Hayır</i>	72	41,9	53	19	
<b>Son 1 yıl içinde astımla ilgili bilimsel bir yazı okuma veya toplantıya katılma</b>					
<i>Evet</i>	72	41,9	29	43	0,381
<i>Hayır</i>	100	58,1	47	53	
<b>Son 1 yılda astımla ilgili ilaç temsilcisi ziyareti</b>					
<i>Evet</i>	89	51,7	35	54	0,184
<i>Hayır</i>	83	48,3	41	42	
<b>Astım konulu Sağlık Bakanlığı eğitimine katılma</b>					
<i>Evet</i>	68	39,5	29	39	0,742
<i>Hayır</i>	104	60,5	47	57	

**Tablo 33.** Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre teorik bilgi sorularına verdikleri doğru cevap sayılarının karşılaştırılması

	N	%	Ortanca	İlk çeyrek- Üçüncü Çeyrek	p
<b>Cinsiyet</b>					
<i>Kadın</i>	65	37,7	7	5-7	0,115
<i>Erkek</i>	107	62,3	6	5-7	
<b>Yaş</b>					
<i>&lt;30</i>	21	12,2	6	5,5-7	0,325
<i>31-40</i>	54	31,4	6	5-7	
<i>41-50</i>	68	39,5	6	5-7,75	
<i>&gt;50</i>	29	16,9	6	5-7	
<b>Tıp fakültesi mezuniyetinden itibaren geçen süre</b>					
<i>0-10</i>	50	29	6	5-7	0,686
<i>10-20</i>	63	36,7	6	5-7	
<i>&gt;20</i>	59	34,3	6	5-7	
<b>Ünvan</b>					
<i>Pratisyen aile hekimi</i>	144	83,7	6	5-7	0,063
<i>Aile hekimi uzmanı/ araştırma görevlisi</i>	28	16,3	10	9-11	
<b>İlçe</b>					
<i>Merkez</i>	107	62,2	6	5-7	0,895
<i>Çevre</i>	65	37,8	6	5-7	
<b>Gezici Sağlık Hizmeti</b>					
<i>Evet</i>	67	39	6	5-7	0,304
<i>Hayır</i>	105	61	6	5-7	
<b>Nüfusta kayıtlı astım hastası</b>					
<i>1-10</i>	65	38,4	6	5-7	0,849
<i>11-20</i>	62	36	6	5-7	
<i>&gt;20</i>	44	25,6	6	5-7	
<b>&lt;18 yaş astım hastası görme sıklığı</b>					
<i>Haftada en az 1</i>	71	41,3	6	5-7	0,255
<i>Ayda 1</i>	31	18	6	6-7	
<i>Ayda 2-3</i>	51	29,7	6	5-7	
<i>Yılda 1 kaç</i>	19	11	6	4-7	
<b>&lt;18 yaş astım hastası reçete sıklığı</b>					
<i>Haftada en az 1</i>	75	43,6	6	5-7	0,148
<i>Ayda 1</i>	36	20,9	7	6-7	
<i>Ayda 2-3</i>	47	27,3	6	5-7	
<i>Yılda 1 kaç</i>	14	8,1	5	4-7	

**Tablo 33.** Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre teorik bilgi sorularına verdikleri doğru cevap sayılarının karşılaştırılması (devamı)

Etrafında astım hastası varlığı					
<i>Evet</i>	70	40,7	6	5-7	0,115
<i>Hayır</i>	102	59,3	6	5-7	
ASM'de astımla ilgili afiş/broşür bulundurma					
<i>Evet</i>	100	58,1	6	5-7	0,526
<i>Hayır</i>	72	41,9	6	5-7	
Son 1 yıl içinde astımla ilgili bilimsel bir yazı okuma veya toplantıya katılma					
<i>Evet</i>	72	41,9	6	5-7	0,667
<i>Hayır</i>	100	58,1	6	5-7	
Son 1 yılda astımla ilgili ilaç temsilcisi ziyareti					
<i>Evet</i>	89	51,7	6	5-7	0,332
<i>Hayır</i>	83	48,3	6	5-7	
Astım konulu Sağlık Bakanlığı eğitimine katılma					
<i>Evet</i>	68	39,5	6	5-7	0,369
<i>Hayır</i>	104	60,5	6	5-7	

**Tablo 34.** Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre klinik olgu sorularına verdikleri doğru cevap sayılarının karşılaştırılması

	N	%	Ortanca	İlk çeyrek- Üçüncü Çeyrek	p
Cinsiyet					
<i>Kadın</i>	65	37,7	11	9-12	0,164
<i>Erkek</i>	107	62,3	10	9-11	
Yaş					
<i>&lt;30</i>	21	12,2	10	9-11	0,988
<i>31-40</i>	54	31,4	10	9-11	
<i>41-50</i>	68	39,5	10	9-11	
<i>&gt;50</i>	29	16,9	10	8,5-12	
Tıp fakültesi mezuniyetinden itibaren geçen süre					
<i>0-10</i>	50	29	10	9-11	0,657
<i>10-20</i>	63	36,7	10	9-11	
<i>&gt;20</i>	59	34,3	10	9-12	
Gezici Sağlık Hizmeti					
<i>Evet</i>	67	39	10	9-11	0,081
<i>Hayır</i>	105	61	11	9-12	
Nüfusta kayıtlı astım hastası					
<i>1-10</i>	65	38,4	10	9-12	0,820
<i>11-20</i>	62	36	10	9-11	
<i>&gt;20</i>	44	25,6	10	9-11,75	

**Tablo 34.** Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamalarına göre klinik olgu sorularına verdikleri doğru cevap sayılarının karşılaştırılması(devamı)

<18 yaş astım hastası görme sıklığı					
<i>Haftada en az 1</i>	71	41,3	11	9-12	
<i>Ayda 1</i>	31	18	10	9-11	0,126
<i>Ayda 2-3</i>	51	29,7	10	9-12	
<i>Yılda 1 kaç</i>	19	11	11	10-11	

<18 yaş astım hastası reçete sıklığı					
<i>Haftada en az 1</i>	75	43,6	10	9-12	
<i>Ayda 1</i>	36	20,9	10	9-12	0,999
<i>Ayda 2-3</i>	47	27,3	10	9-12	
<i>Yılda 1 kaç</i>	14	8,1	10,5	9-11	

Etrafında astım hastası varlığı					
<i>Evet</i>	70	40,7	10	9-11	0,357
<i>Hayır</i>	102	59,3	10	9-12	

Son 1 yıl içinde astımla ilgili bilimsel bir yazı okuma veya toplantıya katılma					
<i>Evet</i>	72	41,9	10	9-12	0,453
<i>Hayır</i>	100	58,1	10	9-11	

Son 1 yılda astımla ilgili ilaç temsilcisi ziyareti	N	%	Ortanc a	İlk çeyrek- Üçüncü Çeyrek	p
<i>Evet</i>	89	51,7	10	9-11	0,270
<i>Hayır</i>	83	48,3	10	9-12	

Astım konulu Sağlık Bakanlığı eğitimine katılma					
<i>Evet</i>	68	39,5	10	9-11	0,140
<i>Hayır</i>	104	60,5	11	9-12	

## ÖZGEÇMİŞ

### **Bireysel Bilgiler**

Adı- Soyadı: Nezihe Nefise ULUÇ

Doğum yeri ve tarihi: 23 /02 /1985, İSTANBUL

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Evli

İletişim adresi ve telefonu: Tuzla Mah. Tek Sok. İhlamur Konutları C Blok No:1  
Adapazarı /SAKARYA

Yabancı dili: İngilizce, Fransızca

### **Eğitimi**

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Araştırma  
Görevlisi (2012-2018)

Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Araştırma Görevlisi  
(2011-2012)

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (2003-2009)

Nişantaşı Anadolu Lisesi (1996-2003)

Ataköy Emlak Kredi Bankası İlkokulu (1991-1996)

### **Ünvanları**

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD Araştırma  
Görevlisi (2012-2018)

### **Mesleki Deneyimi**

Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi Acil + Yoğun Bakım (Mecburi Hizmet)  
(2009-2011)

Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Araştırma Görevlisi  
(2011-2012)

## **Bilimsel Etkinlikleri**

4.Uluslararası Katılımlı Klinik İmmünoloji Kongresi (2018)

### **Poster Sunumları**

Özdemir Ö, Elmas B, Uluç NN. Rekürrent Periorbital Sellülit ve Sinüzit Nedeni Olarak Lamina Papirasea'nın Konjenital Açıklığı. 58. Türkiye Milli Pediatri Kongresi, 22-26 Ekim 2014, Antalya.

Büyükavcı M, Uluç NN, Ertunç YM, Özdemir Ö. Hipokrom Mikrositer Anemi İle Başvuran İnfantil B12 Vitamini Eksikliği Olgusu. 4. Marmara Pediatri Kongresi, 16-18 Şubat 2017, İstanbul.

Özdemir Ö, Uluç NN. Alerjen ekstresi ve değişik süt türleriyle yapılan deri prik testinin serum spesifik IgE yoluyla kıyaslanması . Uluslararası Katılımlı 13. Çocuk Alerji ve Astım Akademisi Derneği'nin Kongresi, 20 – 23 Nisan 2018, Fethiye, Muğla, Türkiye.

Özdemir Ö, Menekşe E, Kılıç M, Uluç NN, Çınar M. Steroide Bağımlı İdiyopatik Anafilaksisi Olan Bir Vakada Omalizumab Tedavisi. Çocuk Alerji ve Astım Akademisi Derneği'nin 9. Kongresi, 23-26 Nisan 2014, KKTC.

Özdemir Ö, Nezihe Nefise Uluç. HPV-B19 ve DRESS sendromu ilişkisi? Uluslararası Katılımlı 13. Çocuk Alerji ve Astım Akademisi Derneği'nin Kongresi, 20 – 23 Nisan 2018, Fethiye, Muğla, Türkiye.

Özdemir Ö, Uluç NN. Kronik Ürtikerli Hastalarda Omalizumab'ın Başarısızlığı, Uluslararası Katılımlı 4.Klinik İmmünoloji Kongresi, 11-14 Nisan 2018, Antalya, Türkiye



İşgüven P, Uluç NN, Kösecik M, Karacan M, Ermiş B. An Unusual Presentation of Acquired Hypothyroidism: the Van Wyk-Grumbach Syndrome. 20-22 Eylül 2014, 54th Annual European Society for Paediatric Endocrinology Meeting, Dublin, İrlanda.

Uluç NN, Kıhtır Z, Gök ÇÇ, Kıhtır S, Selçuk HH, şevketoğlu E. İlaç İntoksikasyonu Öntanısıyla Refere Edilen Akut Bilinç Değişikliği: AVM'ye Bağlı İnttrakraniyal Kanama. Uluslararası Katılımlı 10. Ulusal Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Kongresi, 3-7 Nisan 2013, Antalya

