

T.C.

HARRAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ASTIMLI ÇOCUK EBEVEYNLERİNE VERİLEN
TABURCULUK EĞİTİMİNİN HASTALIĞIN SEYRİNE
ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Özlem KAÇKIN

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN

ŞANLIURFA

2016

HARRAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Özlem KAÇKIN'in hazırladığı 'Astımlı Çocuk Ebeveynlerine Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalığın Seyrine Etkisi' konulu çalışma 23/02/2016 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalında **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN (Danışman)

Harran Üniversitesi

BAŞKAN

Yrd. Doç. Dr. Hülya KARATAŞ

Harran Üniversitesi

Üye

Yrd. Doç. Dr. Esra KARACA QİFTÇİ

Zirve Üniversitesi

Üye

23.05/2016

ONAY

Prof. Dr. Nurten AKSOY

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Hemşirelik mesleğindeki adımlarımı atarken öğrencisi olmaktan daima onur duyduğum çok kıymetli hocam Prof. Dr. Meliha ATALAY'a

Yüksek lisans eğitimim ve tez aşamam boyunca bilgisinden faydalandığım, tecrübelerinden yararlanırken göstermiş olduğu hoşgörü ve sabrından dolayı saygıdeğer hocam Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca daima sevgi ve saygı duyduğum değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN'e,

Yanımda olmasından sonsuz güven duyduğum Arş. Gör. Abdurrahman YAKIŞIR'a

Hayattaki en değerli varlığım olan aileme, özellikle anneme ve babam Halis KAÇKIN'e

Teşekkürlerimi sunarım.



Özlem KAÇKIN

2016

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-----|
| TEŞEKKÜR | i |
| İÇİNDEKİLER | ii |
| TABLolar DİZİNİ | v |
| KISALTMALAR | vi |
| ÖZET | vi |
| ABSTRACT | vii |
| 1.GİRİŞ ve AMAÇ | 1 |
| 1.1 Problemin Tanımı ve Önemi | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 3 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 5 |
| 2.1. Astım Hastalığı | 5 |
| 2.2. Astım Hastalığının Epidemiyolojisi | 5 |
| 2.3. Astım Hastalığının Etiyolojisi | 6 |
| 2.4. Çocuklarda Astımın Klinik Belirtileri | 9 |
| 2.5. Astım Hastalığında Tanı Yöntemleri | 11 |
| 2.6.Astımın Maliyeti | 14 |
| 2.7. Çocuklarda Astım Yönetimi | 15 |
| 2.7.1.Tanılama Ve Düzenli izlem | 16 |
| 2.7.2. Çevresel Kontrol | 16 |
| 2.7.3. Astım Tedavisi | 17 |
| 2.7.4. Eğitim | 17 |
| 2.8. Astım Yönetiminde Hemşirenin Rolü | 20 |
| 2.9. Astımlı Çocuklarda Taburculuk Eğitimi | 22 |
| 2.9.1. Taburculuğun Planlanması | 22 |
| 2.9.2. Taburculuk Eğitiminin Verilmesi | 25 |
| 2.9.3. Taburculuk Planlanmasında Hemşirenin Rolü | 27 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 29 |
| 3.1. Araştırmanın Şekli | 29 |

| | |
|--|-----------|
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Zamanı..... | 29 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi..... | 30 |
| 3.4. Veri Toplama Araçları..... | 31 |
| 3.4.1. Astımlı Çocuğa Ait Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu... .. | 31 |
| 3.4.2. Astımlı Çocukta Astım Seyri ve Semptomlarının Prevelansını Değerlendirme Anket Formu | 31 |
| 3.5. Taburculuk Eğitiminin Hazırlanması | 32 |
| 3.6. Araştırmanın Uygulanması..... | 32 |
| 3.6.1. Hasta Ebeveynlerin Tespiti | 32 |
| 3.6.2. Taburculuk Eğitiminin Verilmesi | 33 |
| 3.6.3. Ev Ziyareti | 33 |
| 3.7. Araştırmanın Etik Yönü | 34 |
| 3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları | 34 |
| 3.9. Verilerin Değerlendirilmesi..... | 35 |
| 4-BULGULAR | 36 |
| 5. TARTIŞMA | 47 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 57 |
| 7. KAYNAKLAR..... | 59 |
| 8. EKLER | 69 |
| EK I: Taburculuk Eğitimi..... | 69 |
| EK II: Sosyodemografik Özellikler Soru Formu | 79 |
| EK III: Astım ve Semptomlarını Değerlendirme Anket Formu | 86 |
| EK IV: Bilgilendirilmiş Olur Formu | 89 |
| EK V: Etik Kurul Onayı | 91 |
| EK VI: İzinler..... | 92 |

| | |
|--|----|
| Tablo 2. 1. Astım Atağının Ağırlık Derecesinin Belirlenmesi | 14 |
| Tablo 3. 1. 2013 ve 2014 Yıllarında Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesine Başvuran Hastaların Sayısal Verileri | 32 |
| Tablo 4. 1. Astımlı Çocuğa Ait Sosyo-Demografik Özellikler | 38 |
| Tablo 4. 2. Astımlı Çocuğa Ait Geçmiş Sağlık Örüntüsü | 40 |
| Tablo 4. 3. Astımlı Çocuğa Ait Ailenin Sosyo-Demografik Özellikleri | 41 |
| Tablo 4. 4. Hasta ve Ailesinin Yaşadığı Konut Özellikleri | 43 |
| Tablo 4. 5. Hastalığa Yönelik Yapılan Geleneksel Uygulamalar | 44 |
| Tablo 4. 6. Taburculuk Eğitimi Öncesi Ve Sonrası Astım Atağı Sırasında Görülen Belirtiler | 45 |
| Tablo 4. 7. Astımlı Çocuk Ebeveynlerine Verilen Taburculuk Eğitimi Öncesi Ve Sonrası Astım Ve Semptomlarının Prevelansı | 47 |

KISALTMALAR

AAAAI: (American Academy of Allergy, Asthma, Immunology) Amerikan Alerji, Astım

Astım ve Allerjik Hastalıklar Enstitüsü

ISAAC: (İnternational study of asthma and allergies in childhood) Çocukluk Çağında Astım

ve Allerjik Hastalıkların Uluslararası Çalışması

NAEPP: (National Asthma Education And Prevention Program) Ulusal Astım Eğitimi ve

Koruma Programı

NIC: (Nursing Interventions Classification) Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması

QALY: (Qualityadjusted life years) Kaliteye Endeksli Yaşam Yılı

TÜİK: Türkiye istatistik kurumu ve İmmünoloji Akademisi

WHO: (World Health Organization) Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

ASTIMLI ÇOCUK EBEVEYNLERİNE VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN HASTALIĞIN SEYRİNE ETKİSİ

Özlem KAÇKIN

Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Bu çalışmanın amacı; astımlı çocuk ebeveynlerine verilen taburculuk eğitiminin astım seyrine etkisini incelemek, hastalığa yönelik önerilerde bulunarak sonrasında geliştirilecek araştırma ve bakım planlarına katkıda bulunmaktır.

Yarı deneysel tipteki bu araştırmanın örneklemini 128 astımlı çocuk ebeveyni oluşturmuştur. Veriler "Sosyo-demografik Özellikler Soru Formu" ve "Astım Seyri ve Semptomlarının Prevelansını Değerlendirme anketi" ile toplanmıştır. Veriler SPSS 20. 0 paket programı ile tanımlayıcı istatistik, Mc Nemar testi ile değerlendirilmiştir.

Astımlı çocukların % 58,6' sını (75 çocuk) 5-9 yaş aralığında ve % 65,6'sını (84 çocuk) erkektir. Çocukların %74,2' sinin (95 çocuk) sezeryanla, % 60,9'unun (78 çocuk) 2500 gram ve altında doğduğu belirlenmiştir. Çocuklarda astım atağı sırasında görülen kuru öksürük, gece öksürüğü, hışıltı, balgamlı öksürük, nefes darlığı, öksürükle birlikte kusma, boğaz ağrısı ve ateş görülme sıklığının ebeveynlere verilen taburculuk eğitiminden sonra azaldığı saptanmıştır ($p<0,05$). Çocuklarda atak gelişimi, hışıltı, öksürükle uyanma, acil servise başvuru sıklığı, yatarak tedavi alma sayısı ve süresi taburculuk eğitimi öncesiyle kıyaslandığında önemli ölçüde azalmanın olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ebeveynlere verilen taburculuk eğitimi öncesinde astım nedeniyle hastaların % 81,2'sinin (104 çocuk) günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanırken, taburculuk eğitimi sonrası bu oran % 20,3' e (26 çocuk) gerilemiştir.

Astımlı çocuk ebeveynlerine verilen taburculuk eğitiminin, astım semptomlarının görülme sıklığının azalmasında yararlı olduğu saptanmıştır. Bu nedenle taburculuk eğitiminin etkisi

göz önünde bulundurulmalı ve hasta hastaneden ayrılmadan önce ebeveynlere taburculuk eğitimi verilmeli, eğitim ev ziyaretleri ile sürdürülmelidir.

Anahtar kelimeler: Astım, çocuk, Ebeveyn, Taburculuk Eğitimi, Hemşirelik



ABSTRACT

THE EFFECT OF DISCHARGE TRAINING PROVIDED FOR PARENTS OF CHILDREN WITH ASTHMA UPON THE COURSE OF DISEASE

Özlem KAÇKIN

Department of Nursing, Master's Degree Thesis

The aim of this study is to examine the effect of discharge training provided for parents of children with asthma upon the course of asthma, make suggestions concerning the disease and contribute to researches and care plans to be developed afterwards.

The sample of this quasi-experimental study consisted of the parents of 128 children with asthma. The data were collected via "Socio-demographic Features Question Form" and "Questionnaire for Evaluating the Prevalence of the Course and Symptoms of Asthma". The data were evaluated in the SPSS 20.0 package software via descriptive statistics and Mc Nemar test.

58,6% (75 children) of children with asthma were in the age range of 5-9 and 65,6% (84 children) were male. It was determined that 74,2% (95 children) of children had been delivered via c-section and 60,9% (78 children) had a birth weight of 2500 grams and below. It was observed that the prevalence of dry cough, night cough, wheeze, phlegmy cough, shortness of breath, cough accompanied by vomiting, sore throat and fever, which are encountered during asthma attacks in children, decreased following the discharge training provided for parents ($p<0,05$). There was a considerable decrease in attack development, wheeze, waking up with cough, frequency of applying to emergency service, number and duration of inpatient treatment in children, compared to the period before the discharge training ($p<0,05$). While 81,2% (104 children) of patients had restricted daily life activities

due to asthma before the training provided for parents; this rate regressed to 20,3% (26 children) after the discharge training.

It was determined that the discharge training provided for parents of children with asthma helped decrease the prevalence of asthma symptoms. Thus, it is recommended to consider the effect of discharge training, provide discharge training for parents before patients leave the hospital and sustain these trainings with home visits.

Keywords: Asthma, Child, Parent, Discharge Training, Nursing



1.GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Çocukluk çağı kronik hastalıkların en sık görüleni olan astım, mortalite, morbidite ve prevelansı gittikçe artan önemli bir hastalıktır (1,3). WHO'nun 2015 raporuna göre: Dünya çapında 100-150 milyon kişinin astım hastası olduğu, bu değerin kabaca Rusya federasyonunun nüfusu kadar olduğu, bu sayının her geçen gün katlanarak artacağı öngörülmektedir (71).

Ülkemizde ise ISAAC yöntemi ile yapılan çocukluk çağı astım prevelans çalışmalarında, astım prevelansının % 13,7-15,3 arasında değiştiği bildirilmektedir (42,69). Yapılan yeni ve eski prevelans çalışmaları kıyaslandığında, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler gibi Türkiye'de de astım prevelansının arttığı belirtilmiştir. Ülkemizdeki astım prevelansı batıdaki birçok gelişmiş ülkeden daha düşük oranda olmasına rağmen doğu Avrupa ve Asya'daki gelişmiş birçok ülkelere daha yüksek oranda olduğu belirtilmektedir.

Astım; havayollarının çeşitli uyaranlara karşı aşırı duyarlılığı sonucu gelişen, birçok hücre ve hücre elemanlarının rol oynadığı kronik, inflamatuvar bir solunum yolu hastalığıdır. Astımda oluşan kronik inflamasyon solunum yolu aşırı hassasiyetine neden olarak öksürük, hışıltılı solunum, dispnea, uyku düzeninin bozulması ve astım ataklarının gelişmesine neden olmaktadır (7).

Astım atakları, hasta ve ailesine istenmeyen deneyimler yaşatmaktadır. Bu nedenle çocuk ve ailesinin sık sık hastaneye başvurmaları ve bazı durumlarda çocuğun yatırılarak tedavi edilmesi gerekmektedir. Astım atakları nedeniyle sık acil servise başvurma, uzun süreli hastanede yatma ve sürekli ilaca bağımlı kalma, hasta ve ailesini günlük yaşam gereksinimlerini yerine getirmede zorluğa neden olmaktadır. Bu durumda çocukların okula

devam süreleri azalmakta, oyun, eğlence ve spor aktiviteleri, beslenme, uyku, hijyen gibi günlük gereksinimlerinin kısıtlanmasına neden olmaktadır (8). Bunun yanı sıra astım ve astıma bağlı ataklar, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini de önemli derecede etkilemektedir. Hastanın yaşadığı solunum sıkıntısı, hışıltılı sonunum, öksürük nöbetleri, uyku kalitesinde azalma, yoğun anksiyete ve özelliklede astım konusundaki bilgi eksikliği, mevcut durumun daha da kötüleşmesine neden olmaktadır. Tüm bu sorunlar astımlı çocuğun hastalıkla başetme yöntemlerini etkili kullanamamasına, hastaneye tekrarlı ve uzun süre yatışına, maddi ve manevi zorluklara neden olmaktadır (9). Astımın akılcı kontrolü ve ebeveyn eğitimi, çocuğun okul devamsızlığının azalmasını, hasta ve ebeveynlerinin yaşam kalitesinin yükselmesini sağlayacaktır. Bunun yanında sağlık bakım harcamalarının da azalmasını sağlayacaktır (10).

Astım hastalığı, kesin olarak tedavi edilememekte fakat kontrol altına alınabilmektedir. Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi astım hastalığının kontrol altına alınmasında en önemli faktör hasta ve ebeveynlerinin eğitimidir. Hasta ve yakınlarına sağlıklı bir yaşam tarzının kazandırılabilmesi, oluşabilecek ataklardan korunma ve mevcut durumun iyileştirilebilmesi açısından oldukça önemlidir. Semptomların sık ve uzun süreli olması, ilaçların sürekli ve alışılmadık yöntemlerle kullanılması ve benzeri birçok faktör hasta ve ebeveynlerinin hastalığa uyumu güçleştirmektedir (24). Bu nedenle hasta kadar hasta yakınlarının da astımın tanı ve tedavisi, atak sırasında yapılması gerekenler ve benzeri konularda eğitilmesi, hastalığın morbidite ve mortalite oranının azalmasında oldukça önemlidir (23).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık eğitimi, bireylere sağlıklı bir yaşam sağlanması için alınması gereken önlemleri benimsetmek, sağlık hizmetlerini doğru kullanmaya yönleltmek, sağlık durumunu ve çevresini iyileştirmek amacıyla bireylere karar aldırarak, kararları eyleme koymak olarak tanımlanmaktadır (71). Astım Tanı ve Tedavi Rehberi'ne göre; hasta ve ailesine hastalık hakkında verilen eğitim, çocuğun tedavi yeteneğini artırır ve acil servise başvuru sayısını azaltır (70). Astımlı hasta ebeveynlerine verilen eğitimin temel amacı; hasta ve ebeveynlerine astımla yaşamayı öğretmektir. Astımı kontrol altında tutmak için yapılması gerekenler aileye öğretilirse, astım ataklarının sıklığı, astımın günlük yaşam aktivitelerini etkileme oranı azalır.

Hasta ebeveynlerinin eğitimi; hastalığa adapte olmada, komplikasyonları önlemede, reçete edilen tedaviyi uygulamada ve hastaneden ayrıldıktan sonra yeni durumlara yönelik

problemleri çözebilmede büyük yarar sağlar. Bu eğitim ve desteğin; hastalığın yönetiminde oldukça etkili olan öz etkililik algısının artmasını sağlayarak tedaviye uyumu arttıracığı, fiziksel ve psikolojik semptomların azalmasına yardımcı olacağı ve hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyeceği bildirilmektedir (46). Astımlı çocuk ve ailelerinin hastalıklarını yönetmede ve uyum içinde yaşamalarında taburculuk eğitiminin etkisi oldukça önemlidir. Taburculuk planı, hastanın sağlık durumunu iyileştirmeye yönelik olmasının yanında, hastanede ulaşılan iyilik durumunun sürdürülmesi, kendi kendine bakım becerilerinin mümkün olan en kısa sürede geliştirilerek hastanede yatış süresinin kısaltılması, memnuniyetin artırılması ve tekrar hastaneye yatışların önlenmesine yöneliktir (29). Çocuğun hastaneden taburcu olmasına karar verildiğinde çocuğun bakımından birinci derecede sorumlu olan ebeveynlerin hastaneye yatışın ilk gününden itibaren bakıma hazırlanma sorumluluğu hemşirelere aittir.

Taburculuk eğitimi, hemşirelik bakımının önemli bir parçasıdır ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasında önemlidir. Bu nedenle hemşire, astımlı çocuğa bütüncül yaklaşarak uygun eğitim ve danışmanlık vermeli, hasta kliniğe yattığı andan itibaren taburculuk eğitimini aşamalı olarak uygulamalıdır. Taburculuk hasta hastaneye yattığı anda başlamalı, taburculuk işlemleri sırasında devam etmeli ve mevcut koşullar çerçevesinde hasta klinikten ayrıldıktan sonra hemşire gözlem ve hasta kayıtlarıyla sonlandırılmalı ya da daha sıkı takip için farklı bakım planları uygulanmalıdır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Türkiye’de astım tanısı alan çocuk sayısının diğer illerin yanı sıra Şanlıurfa’da yüksek olması (64), astımlı çocukların sık sık acil servise başvurmaları, sık aralıklarla yatarak tedavi almak zorunda kalmaları, psikolojik, fizyolojik bir çok açıdan olumsuz deneyim yaşamaları, taburculuk sonrası tekrarlayan acil servise başvurular ve hastanede yatma süresinin fazla olması taburculuk eğitiminin önemini anlaşılmaya, araştırmanın temel amacının ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Araştırma astımlı çocuk ebeveynlerine verilen taburculuk eğitiminin etkinliğini araştırmak, hastaneye başvuru sayısını ve mali yükü azaltmanın yanı sıra fiziksel, ruhsal, duygusal, sosyal ve ekonomik yönlerden etkilenen astımlı çocuk ebeveynlerine verilen

taburculuk eğitimin hastalığın seyrine, sıklığına, hasta ve ailesinin günlük yaşam aktivitelerine etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Astım Hastalığı

Çocuklarda astım; solunum yollarında birçok hücre ve mediatörün katıldığı kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Kronik inflamasyon tekrarlayan hışıltı, öksürük, dispnea, burun tıkanıklığı epizodlarıyla karakterize solunum yollarının aşırı duyarlılığına neden olmaktadır. Bu süreç gerçekleşirken akciğer bronşlarında farklı şiddette daralmalar olur. Bu daralmalar hipoksiye neden olur ve astım atağı şeklinde ortaya çıkar. Astım atakları hastalığın morbiditesini ve mortalitesini belirleyen temel unsurdur. Ataklar sırasında merkezi sinir sisteminin hipoksiye maruz kalması ve hipotalamo-hipofizer-gonoal aksın nörohormonal düzenin bozulması nedeniyle çocuklarda büyüme ve puberte sürecinde aksaklıkların oluşabileceği belirtilmiştir (53).

2.2 Astım Hastalığının Epidemiyoloji

Son 20 yıl içerisinde astım prevalansının özellikle çocuklarda önemli derecede artış gösterdiği, dünyadaki tüm bölgeler arasında ve toplumdan topluma belirli farklılıklar göstererek arttığı belirlenmiştir.

Astım prevalansının tüm dünyada %1 ile %18 arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Astımın gelişmiş ülkelerde büyük oranda artmasının en önemli nedeni olarak sanayileşme gösterilirken, gelişmekte olan ve düşük gelişmişlik düzeyine sahip ülkelerde de astım

prevelansının önemli oranda yükselmesi, astım prevelansının düşük sosyoekonomik durumla ilişkili olduğu saptanmıştır .

Gelişmiş ülkelerde ISAAC (İnternational Study of Asthma and Allergies in Childhood) yöntemi ile yapılan çalışmalarda astım prevelansı %4-23 arasında bulunmuştur. ISAAC ile “son 12 ayda wheezing” ve “herhangi bir dönemde astım” görülme sıklığı değerlendirilmiştir. “son 12 ayda wheezing” prevalansı 6-7 yaş grubunda %4,1 ile %32 arasında değişmiş, en düşük oranların Hindistan, Endonezya, İran ve Malezya’da, en yüksek oranların ise Avustralya, Yeni Zelanda ve Panama’da olduğu saptanmıştır. “Son 12 ayda wheezing” prevalansı 13-14 yaş grubunda ise %2,1 ile %32 arasında bulunmuştur. “Yaşamın herhangi bir dönemde astım” için de benzer sonuçlar elde edilmiştir (43). Sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde ülkeler arası belirgin farklılıklar olduğu kanıtlanmıştır. Brezilya, Kosta Rika, Panama, Peru, Uruguay’da çocukluk çağında astım oranı % 20-30 oranında olduğu, bu değer Kenya’da % 20’ye yaklaştığı araştırmalarla kanıtlanmıştır. Astım prevelansı incelendiğine ileri derecede gelişmiş batı toplumlarında gelişmekte olan toplumlara oranla çok daha fazladır. Asya ülkeleri arasında en düşük astım prevelansı % 2,4 oranıyla Çin’de, en yüksek olarak ise % 8 oranla Malezyada bulunmuştur. Avusturalya ve Yeni Zelanda ‘da en yüksek prevelansların %11 ile % 30 arasında olduğu bildirilmektedir. İskandinav ülkelerinde prevelansın yaklaşık %4-5, İngiltere’de ise % 10-15 arasında olduğu bulunmuştur (54).

Türkiye’de ise; Halk sağlığı kurumunun 2013’te yaptığı kronik hastalık prevelans araştırmasına göre doktor tarafından tanı konmuş yaşa ve cinsiyete standardize astım sıklığı yüzde 4,5’tir (64)Türkiye’de çocuk ve yetişkinlerde astım prevelansını saptamak üzere yürütülen epidemiyolojik çalışmalarda genellikle astım prevelansının yüzde 2-6 arasında değiştiği saptanmıştır (21-61-64).

2.3. Astım Hastalığının Etiyolojisi

Çocukluk dönemi astım hastalığının oluşumunda genetik ve çevresel birçok faktör rol oynamaktadır. Bu faktörler; enfeksiyon, ani hava ve ısı değişiklikleri, sigara dumanı, ev

tozlarındaki organizmalar, hayvan tüyü gibi allerjenler, hava kirliliği ve bazı kokulardır (parfüm deodorant, boya, deterjan, çamaşır suyu gibi kokular) (33-63).

Bu çevresel faktörler hava yollarında aşırı duyarlık gelişmesine ve inflamatuvar yanıt oluşumuna neden olmaktadır (34). Bu durumda hava yollarında bronkospazm ve mast hücrelerinden histamin gibi mediatörler salınır, bunun ardından inflamatuvar hücreler ve proinflamatuvar mediatörler hava yollarına saldırır. Bunların sonucunda hava yollarında vasküler permeabilite artması ödem ve artan mukus üretimi havayolu epiteline zarar verir. Gelişen bronkospazm, inflamasyon ve aşırı mukus sekresyonu havayollarında daralmaya ve obstrüksiyonuna neden olur. Böylece, hışıltı, dispnea, öksürük, burun tıkanıklığı gibi semptomlar görülür (52).

Kalıtımsal açıdan incelendiğinde; astımlı bireylerin çocuklarında astım görülme oranı astımlı olmayan bireylerin çocuklarına oranla daha fazla ortaya çıktığı belirlenmiştir (66). Vücuttaki bazı kromozomların astıma karşı duyarlılığının oluşmasında etkin rol aldığı düşünülmektedir. Ailesel birikim, tek yumurta ikizlerinde ikisinde birden astım görülme oranının (konkordans) çift yumurta ikizlerinden daha fazla olması astımın genetik geçişli olması astımda genetik yatkınlığın olduğuna dair kesin bilgiler öne sürmektedir. Ailede özellikle anne, baba ve kardeşlerde astım olmasının astıma yatkınlığı artırdığı, anne ve babadan birinin astımlı olması durumunda çocukta astım görülme riski %20-30 iken, anne ve babanın her ikisinin de astımlı olması bu riskin % 60-7'e ulaşmasına neden olmaktadır.

Çocukluk çağında astımın kadınlara oranla erkeklerde daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Bu durum erkeklerde hava yollarının anatomik olarak darlığı, IgE değerinin yüksekliği ile ilişkilendirilmiştir.

Çocukta atopi ve alerji gelişimi, astım riskini artıran faktörlerdendir. Atopi, bireyin alerjenlere maruziyeti halinde vücutta yüksek miktarda IgE antikorunun üretilmesi olarak tanımlanmaktadır (35-41-66). Birçok araştırma astımın yaklaşık %50' sinin atopiye bağlı olduğunu ortaya koymaktadır.

Astıma neden olan birçok alerjen türü vardır. Çocuğun duyarlı olduğu allerjenle karşılaşması astım semptomlarının ortaya çıkmasına ve semptomların kalıcı hale gelmesine yol açmaktadır (37). Ev tozu akarları, hayvansal allerjenler (kuş, kedi, köpek), hamam böceği,

mantarlar, polenler ve mantar gibi alerjenler astım için en sık karşılaşılan risk faktörleridir (52). Bunların dışında beslenme tarzının da astımı etkilediği düşünülmektedir (57). Yapılan birçok çalışmada annenin gebeliğin son 3 ayında sigara içmesinin çocuklukta bağışıklığı baskıladığı ve kordon kanında IgE seviyesini yükselttiği saptanmıştır (36). Pasif olarak sigaraya maruz kalmanın astıma neden olmadaki rolü tartışılır olmakla birlikte, astımın ciddiyetini arttırıcı rolü hakkında veriler gittikçe artmaktadır. Araştırmalar incelendiğinde, yaşamının ilk yıllarında evinde sigara içilen çocuklarda alerjik duyarlılığa neden olmakta aynı zamanda astım ve wheezing gelişme riskinin artmasına neden olduğu belirtilmektedir. ABD' de günde 10' un üzerinde sigara içenlerde 12 yaşından önce astım gelişme riskinin 2,5 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (36).

Artan sanayileşmenin, kimyasal atık maddelerinin havaya salınımı ve hava kirliliğinin alerjik astım sıklığını arttırdığı bildirilmiştir. Ancak; hava kirliliğinin astıma yol açtığına dair kesin veriler bulunmamaktadır ancak birçok çalışmada sülfür dioksit, ozon, nitrojen oksit ve egsoz gazının bronş spazmını tetiklediği, havayolu aşırı duyarlılığını arttırdığı ve alerjik yanıtı tetiklediği tespit edilmiştir (11).

Solunum sistemi enfeksiyonlarının astımla ilişkileri henüz kesinleştirilmemiştir. Çocukluk dönemlerinde geçirilen enfeksiyonların atopi gelişimine karşı koruyucu ve astım riskini azaltıcı etkilerinin yanı sıra, çocukluk çağında geçirilen viral solunum sistemi enfeksiyonlarıyla ileride astım gelişimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu öngörülmektedir (36). Ancak akut viral solunum sistemi enfeksiyonlarının astım semptomlarında artmaya yol açtığı belirtilmiştir. Çocukluk döneminde enfeksiyöz ajanlara yetersiz düzeyde maruz kalmanın, astım ve alerjik hastalık gelişme riskini arttırdığı saptanmıştır.

İdeal olarak 20°C sıcaklık ile % 60 nem oranına sahip ortamlarda yaşayan küf mantarlarının astım gelişme riskini ve olasılığını attırdığı öngörülmektedir. En çok bodrum katı, mutfak ve pencere pervazları, banyo, çöplük, bahçe ve hasır eşyalar arasında üredikleri belirlenmiştir.

Polenlere bağlı semptomların oluşumu polenlerin yoğun olduğu dönemlerde daha da şiddetlenir ve alevlenir. Her bitkinin polen yayma dönemi farklılık göstermektedir. Çimler genellikle nisandan temmuz ortasına kadar, ağaçlar şubat-mart, otlar ise yaz sonu ve genellikle sonbaharda polen yayar ve alerjik astıma neden olur. Astımda erken ve geç faz

yanıt sırasında enflamasyona paralel seyreden ve hastalık semptomlarında önemli rol oynayan bu tablo havayolu remodelingi olarak tanımlanmaktadır. Astımda, havayolundaki yeniden yapılanmanın; bazal membranda kalınlaşma, havayolu düz kas hipertrofisi, mukus bezlerinde goblet hücre hiperplazisi, anjiogenezis (vasküler hiperplazi) ve kollojen birikimi gibi pek çok komponenti tanımlanmıştır. Bu histolojik özellikler kalıcı olmakla birlikte, tedavi ile geri dönmez.

Egzersize bağlı bronkospazm, yoğun efor gerektiren vücut hareketlerinden 5-15 dk sonra ortaya çıkan ve hafif ya da şiddetli olabilen klinik bir belirtidir (56).

Aşırı soğuk ve kuru havanın vagal refleksi uyararak astım atağına neden olduğu belirtilmektedir. Havadaki ısı ve nem oranındaki ani değişiklikler de atağı tetiklemektedir. Yağmur yağması ve düşük barometrik basınç ile astım atakları arasında güçlü bir korelasyon olduğu bulunmuştur. Astımlı çocuklarda yılın son 3 ayında astım atağına bağlı semptomların daha fazla ortaya çıkması bu korelasyonu desteklemektedir.

Emosyonel faktörlerin akut astım atağını provoke edip etmediği ile ilgili kesin bilgiler bulunmamaktadır ancak; bazı kaynaklarda gülme, ağlama ve hiperventilasyonun astım atağını provoke edebileceği savunulmaktadır.

Bunların yanı sıra obezite, bronş aşırı duyarlılığı ve psikolojik değişiklikler astım oluşumunda rol oynayan faktörlerdendir (65).

2.4. Çocuklarda Astımın Klinik Belirtileri

Çocuklardaki astımın klinik belirtileri çocuktan çocuğa farklılık göstermektedir. Her çocuğun kendisine özgü bir klinik şekli ve şiddeti olduğu belirlenmiştir. Bu durum çocuklarda astım takip ve tedavisini zorlaştırmaktadır (35).

Astım kliniğinde ortaya çıkan tablo, astımın hafif belirtiler gösterdiği gibi çok ağır klinikler oluşturarak hayatı tehdit ettiği belirtilmektedir (42). Astımda en sık görülen ve hastanın günlük yaşamını tehdit eden belirtiler dispnea (derin soluk almada zorluk, tam

ekspirasyon yapamama, solunumun hissedilir hale gelmesi ve solunum süresince efor harcaması) hışıltı, göğüste bası hissi ve öksürüktür. Kuru öksürük ve hışıltı çocukluk çağı astımında en yaygın görülen semptomdur. Kronik öksürük nedenlerini araştıran prospektif bir çalışmada vakaların % 6,5-57' sinin sadece öksürükle ortaya çıktığı saptanmıştır. 3 haftadan uzun süren öksürüklerde ayırıcı olarak astım düşünülmelidir. Öksürük genellikle nonproduktiftir. Akut astımlı çocuğun balgamı, tedaviye yanıt alıncaya dek az ve yapışkandır, sonra bol sulu bir görünüm almaktadır.

Astımlı çocukların solunum güçlüğü ve öksürük gece ve ya sabaha doğru daha da belirginleşir. Bunun nedeni gece ve sabaha doğru akciğerlerin görevinin yavaşlaması, beden ve solunum yollarının ısısının azalmasıdır. Yatak odasındaki alerjenler, uyumaya yakın yiyecek ve içecek alınımı, regürjitasyon da atakları başlatabilir. Bunun gibi birçok faktör nedeniyle çocuk uykusundan uyanır ve belirtiler nedeniyle uyuyamaz (1).

Astım atakları sırasında dispnea, öksürük, hışıltılı solunum, wheezing, taşipne, ekspiryumda uzama, yarıcı solunum kaslarının solunuma katılması, deride kızarıklık görüntüsü görülebilir (5). Hipoksi nedeniyle periferik siyanoz, taşikardi ve pulsus paradoksus, solunum yetmezliğine bağlı laterji ve ajitasyon görülebilir. Çocuk yürümede konuşmada güçlük çeker, karın kaslarının ve diafragmanın zorunlu kullanımına bağlı olarak karın ağrısı da görülmektedir.

Ataklar arasında çocukta herhangi bir semptomla rastlanılmayabilir ve akciğer muayenesinde bulgu vermeyebilir. Ancak, sık tekrarlayan ataklardan sonra solunum yollarında irreversibl hasar oluşmuş ise atak dışında da astım belirtileri görülebilir (72).

Konuşabilen astımlı çocuklarda solunum sıkıntısı olduğunu gösteren en iyi bulgu, bir ya da iki kelimedenden fazlasını konuşamamadır. Bebeklerde ise zayıf ağlama sesi, soluk alabilmek için ağlamanın kesilmesi ya da suskunluk olarak saptanmıştır. Astımlı çocukta ekspiratuar wheezing, obstrüksiyonun en önemli bulgusudur. Bu nedenle hışıltı duyulan çocukta ilk yapılması gereken hışıltısının inspiratuar veya ekspiratuar olup olmadığının saptanmasıdır. Atağın şiddetine göre siyanozun olup olmadığı, burun kanatlarının solunuma eşlik edip etmediği, çekilmelerin, ajitasyonun var olup olmadığı da gözlenmelidir.

Sıklıkla subkostal çekilmeler, yardımcı solunum kaslarının solunuma katılması, ağır solunum güçlüğünde interkostal çekilmeler görülür. Hışıltı astımın en tipik bulgusu olmakla

birlikte ciddi astım ataklarında bu bulgu mevcut olmayabilir, ancak bu durumda genellikle siyanoz, uykuya eğilim, taşikardi gibi durumun solunum yetmezliğine gittiğini gösteren fiziki muayene bulguları mevcuttur. Ayrıca bu çocuklarda kusma sıklıkla görülen diğer bir semptomdur. Astım ataklarının en önemli bulgularından biri de pulsus paradoksus olarak belirlenmiştir. Bilindiği gibi normalde ekspirasyonda sistolik basınç inspirasyona göre daha fazladır ve bu fark çocuklarda 10mmHg'nin altındadır. Fark bunun üstünde ise hastada pulsus paradoksus var demektir.

Sosyal açıdan değerlendirildiğinde, astımlı çocuk çevreden uzaklaşarak kendine özgü dünyasında yaşar. Çocuğun duygu ve düşüncelerinde, davranışlarında, kişiler arası ilişkilerinde, okul ve sosyal yaşamında uyum bozukluğu, kendisi ve hastalığı hakkında negatif düşüncelerin geliştiği görülmektedir (10). Astım hastalığının çocukta yarattığı sosyal ve psikolojik sorunlar çocuğa, aileye, hastalığın seyrine, aldığı tıbbi bakıma göre değişmekte ve çocuğun hastalığa uyumunu kolaylaştırmakta ya da zorlaştırmaktadır. Bu uyum probleminin temelinde hastalığa bağlı günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememekten kaynaklanan sınırlılık ve yetersizlik duyguları yatmaktadır

2.5. Astım Hastalığında Tanı Yöntemleri

Anamnez: Astım atağı ile başvuran bir hastada değerlendirme, hasta öyküsüyle başlamalıdır. Hastalığın bu zamana kadar olan seyri ve akut atağın öyküsü değerlendirilir. Üzerinde durulması gereken önemli noktalar; atağın nedeni ve başlama zamanı, semptomların ağırlık derecesi ve egzersiz intoleransı, son 24 saat içinde aldığı tüm ilaçlarla ilgili ayrıntılı bilgi ve daha önceden mevcut kardiyopulmoner hastalık gibi bir durumun varlığı gibi sorulardır (70). Atağı başlatan ilk nedenin enfeksiyon, alerjen ve ya yetersiz tedavi mi olduğunun öğrenilmesi, ilerde oluşacak atakların tekrarlanmasına engel olması açısından oldukça önemlidir. Şikâyetlerin mevsimsel değişikliği, ailede atopik veya astımlı birey varlığı da önemli bulgulardır. Hastanın daha önceden atağının olup olmadığı, gece öksürüğünün varlığı, soğuk algınlığı şikâyetlerinin on günden uzun sürüp sürmediği ve daha önceki tedavilere cevabı sorgulanmalıdır. Daha önce astım nedeni ile hastaneye başvuru sayıları, acil

ünitesine sık gelip gelmediği, solunum yetersizliğine girip girmediği ve mekanik ventilasyon gerektirecek ağırlıkta bir atak yaşayıp yaşamadığı sorulmalıdır.

Fizik Muayene ve Klinik Bulguların Değerlendirilmesi: Öncelikle dakika solunum hızı, wheezing, yardımcı solunum kaslarının kullanımı, pulsus paradoksus, taşikardi, dispne ve hipoksi bulguları değerlendirilir ve hemen tedaviye başlanır. Tedaviden alınan cevabın değerlendirilmesi sırasında daha ayrıntılı inceleme yapılarak astım atağının şiddeti tam olarak belirlenir. Atakların sıklığı, şiddeti, gece semptomlarının varlığı, semptomların günlük aktiviteler üzerindeki etkileri, ataklar arasındaki solunum fonksiyonel testi (SFT) değişiklikleri, ilaç gereksinimi göz önünde tutularak tedaviye başlanmalıdır.

Tablo 2. 1. Astım Atağının Ağırlık Derecesinin Belirlenmesi (2-7-72)

| Bulgu / semptom | Hafif | Orta | Ağır | Hayati tehdit eden |
|-------------------|-----------------------------|---------------------|---------------------|---------------------------|
| Nefes darlığı | Eforla | Konuşurken | Dinlenmede | |
| Konuşma | Cümleler | Kısa cümleler | Kelimeler | |
| Bilinç | Huzursuz olabilir | Çoğunlukla huzursuz | Çoğunlukla huzursuz | Çok huzursuz ve konfüzyon |
| Solunum hızı | Artmış < 30 dk | Artmış <30 dk | > 30 dk | |
| Hışıltılı solunum | Genelde ekspirasyon sonunda | Belirgin | Belirgin | Sessiz akciğer |
| Nabız/dakika | < 100 | 100-120 | >120 | Bradikardi |
| FEF ve ya FEV1 | > % 80 | % 60-80 | < % 60 | |
| PaO2 (oda havası) | Normal | > 60 mmHg | < 60 mmHg | |
| PaCO2 | < 45 mmHg | < 45 mmHg | > 45 mmHg | |
| SaO2 | > %95 | % 91-95 | < %90 | |

Laboratuvar Tetkikleri: Astım tanısı koyma ve duyarlılığın değerlendirilmesinde immünglobulin E düzeyi solunum fonksiyon testleri, deri testleri, akciğer grafisi ve bronşiyal provokasyon testlerinden yararlanır. Solunum fonksiyonlarının ölçümü sırasında 1. saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm (FEV1; Forced Expiratory Volume in One Second) ile birlikte zorlu vital kapasitenin (FVC; Forced Vital Capacity) ölçümü ve peak akım hızı (PEF; peak expiratory flow) değerlendirilmelidir. FEV1 ve FVC ölçüme spirometri kullanılır (3-5)

Astım Tedavisi: Astım çocuktan çocuğa etiyolojik ve klinik görünümü, şiddeti, seyri ve tedaviye yanıtı farklılık gösteren, aynı çocukta da zaman içinde değişiklik gösteren kronik bir hastalık olduğundan, çocuğun tedavisinin de genel duruma göre özelleştirilmelidir (28). Bunun için her çocuğun kendine özel bir tedavi planı olmalıdır. Tedavinin amacı; hastalık semptomlarını kontrol altına almak, astım ataklarının şiddetini ve sayısını azaltmak, astıma bağlı mortaliteleri önlemek, çocuğun günlük yaşam aktivitelerini optimal düzeyde tutmak ve tüm bu süreç içerisinde çocuğun bedensel ve ruhsal gelişiminin olumsuz etkilenmesini önlemektir.

Astımlı bir çocuğun tedavisi planlanırken yalnızca farmakolojik tedavi olarak düşünülmemelidir. Günlük PEF değişkenliğinin %20 den daha fazla olması astım için tanısaldır ve değişkenliğin büyüklüğü hastalık ağırlığı ile orantılıdır. Tanıda deri testi yapılmasının amacı atopik astımlıları belirlemek ve çocuğu etkileyen bir alerjen varsa ondan uzaklaşmasını sağlamaktır. Spesifik IgE ölçümü pahalı ve duyarlılığı düşük bir yöntemdir. Ayrıca çocukluk çağında IgE düzeyleri; yaş, genetik yapı, çevresel etkenler ve paraziter hastalıklar gibi birçok faktöre bağlıdır. Akciğer grafisi, astım tanısı düşünülen bir çocuk hastanın ilk değerlendirmesinde genellikle gereklidir (59). Hastanın düzenli kontrollerinde rutin grafi çekimi gerekmemektedir. Bronş provakasyon testlerinin negatif olması hastanın astım tanısı almamasını destekleyebilir ancak hastada testin pozitif olması daima astımın var olduğunu olduğunu göstermez. Çünkü birçok akciğer hastalığında da havayolu aşırı duyarlılığı pozitif olabilmektedir. Astımın ilaç tedavisinde iki tür ilaç kullanılmaktadır. Bu ilaçlar farklı rollerde ve aynı ölçüde öneme sahiptir. Her iki ilaç grubu da genellikle solunum yoluyla kullanılır. İlaç doğrudan akciğerlere ulaşır ve etkisini gösterir. Bu yolla daha az ilaç kullanılmış olur ve dolaşıma katılan ilaç miktarı da az olur (5-55).

İlaç tedavisi ile kronik inflamasyonun kontrol altına alınması ve bronşlardaki düz kas spazmının düzeltilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaçla havayolu inflamasyonunu önlemek için

kullanılan ilaçlar “kontrol ediciler”, bronkospazmı gidermek için kullanılanlara ise “semptom gidericiler” olarak adlandırılır. Kontrol edici ilaçların etkisi çok yavaş ortaya çıkar. Bu nedenle bu ilaçlar her gün düzenli kullanılmalıdır. Semptom gidericiler ise etkisi çok çabuk gösterir ancak altta yatan duyarlılığı azaltmaz. Bu gruptaki ilaçlar sürekli kullanılmazlar.

Tedaviye ne zaman başlanacağına ve nasıl sürdürüleceğine hastalığın şiddetine bakılarak karar verilir. Hastalığın şiddeti arttıkça kullanılan ilaç sayısı ve dozları artırılıp, semptomlar kontrol altına alınana dek sürdürülür. Bu yöntem astımda basamak tedavisi olarak adlandırılmaktadır. Hastalık şiddetine göre uygun dozda tedavisi başlanan hastalar 1-3 ay ara ile değerlendirilmektedir. Eğer hasta haftada 3’ten fazla semptomatik dönem tanımlıyorsa, kullandığı ilaçlara rağmen günde 4’ten fazla β 2 agonist gereksinimi oluyorsa hastalığın kontrol altında olmadığı düşünülerek bir üst basamağa geçilmektedir. Bir basamakta astım 3 ay süre ile kontrol altındaysa bir basamak aşağı inilmektedir. Amaç en düşük ilaç dozlarıyla en iyi kontrolü sağlamak olmalıdır. Bu prensipler çerçevesinde hazırlanan uluslararası ve ulusal astım tanı ve tedavi rehberleri bulunmaktadır (3-70).

İmmünoterapi tedavisi ise alerjenlere karşı hastanın toleransını artırmak için uygulanan bir tedavi yöntemi olup astımın sıkı çevresel önlemleri ve farmakolojik tedavilerinin olmasından dolayı daha kolay kabul görmektedir (45). Ancak astımın farmakolojik tedavileri ile immünoterapinin karşılaştırıldığı araştırmalar yoktur.

Balgamın atılmasını sağlamak ve solunum kaslarını geliştirmek amacı ile solunum egzersizleri ve postural drenaj uygulanabilir. Yine çocuğun hastalığı kabullenmesi ve baş etme mekanizmalarının geliştirilmesi için psikoterapi uygulanabilir.

2.6. Astımın Maliyeti

Astım gerek hasta ve ailesi gerekse toplum açısından takip, tedavi ve kontrol maliyeti yüksek, kronik bir hastalıktır. Bu durum hasta ve ailesini fiziksel ve ruhsal açının yanı sıra ekonomik olarak da olumsuz etkiler. Astım maliyeti; direkt ve indirekt maliyet olarak iki kısma ayrılmıştır (9). Direkt maliyet ilaçlar, doktor muayenesi ve hastane giderleri gibi kullanılan kaynakları içermektedir. Dolaylı maliyet ise, kaybedilen kaynakları (örn. hastalığa

bağlı iş gücü kaybı, hastanın bakımına harcanan zaman, erken emeklilik veya ölüm gibi) içermektedir. Tüm gelişmekte olan ülkelerde yüksek ilaç fiyatları astım tedavisinin önünde engel oluşturmaktadır. Hasta ve ebeveynlerinin eğitimi ve sorumluluk almasının maliyeti düşürmenin en etkin yöntemlerden biri olduğu birçok çalışmada kanıtlanmıştır. Bu amaçla hasta ve ebeveynlerine gerekli konularda danışmanlık yapılmalı, ihtiyaç duydukları konularda eğitim verilmelidir. Astımın dolaylı maliyeti ise sağlık hizmetine ulaşım süresi, bekleme süresi, hastalık nedeniyle iş günü veya okul günü kayıpları gibi birçok başka faktörden oluşmakta ve toplam hastalık yükünün %50'sine neden olmaktadır. Bununla birlikte, hasta kayıtları ya da acil sağlık hizmeti uygulamalarının izlenmesi, risk altındaki hastaları saptamak ya da sağlık bakım kalitesini denetlemek amacıyla kullanılabilir. Birçok ülkede yapılan maliyet çalışmalarının gözden geçirildiği bir değerlendirmede, astıma bağlı direkt maliyetin büyük çoğunluğunu ayaktan hasta muayenesi ve acil servis başvurularından ziyade tedavi masraflarından oluşturduğu saptanmıştır. Ağır ve kontrol altında olmayan astımda da maliyet diğer hastalıklardan daha yüksektir (9).

Ülkemizde çocukluk yaş grubunda yapılan iki değerlendirmeden birincisinde maliyetin önemli bir kısmının poliklinik hastalarından ve ağır astımdan kaynaklandığı saptanmıştır. Çok merkezli yapılan diğer bir araştırmada ise astım maliyetinde sık doktor muayenesi, sık acil servise başvuru, hastane yatışı ve ağır astım maliyetin önemli bileşenleri olarak bulunmuştur. Maliyet ölçümlerine bakıldığında en yüksek maliyetin astım ilaçları (toplam maliyetin %45'i) ve hastane yatışlarından (toplam maliyetin %40'ı) kaynaklandığı görülmüştür.

2.7. Çocuklarda Astım Yönetimi

Çocuklarda astım yönetimi, hastalığa neden olan alerjenlerden kaçınma, semptom kontrolü, inhaler kullanımı gibi birçok farklı beceriyi gerektiren oldukça karmaşık ve zor bir süreçtir (16). Çocukluk döneminde astım yönetiminin amacı; hastalık semptomların kontrolü ve kontrolün devamlılığının sağlanması, atakların önlenmesi, çocuk ve ailenin günlük yaşam aktivitelerini kaliteli bir şekilde sürdürebilmelerini sağlamaktır. Çocuklar ve aileleri astımı yönetmede birçok güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bu güçlükler arasında, astım yönetimi ile ilişkili

aktivite ya da becerileri yerine getirebilmek için gerekli olan zaman ve çaba, astım tedavisinde çocuğun ebeveynlere bağımlı olmaları ve çocukların astım semptomlarını ifade etme konusunda yeterince etkin olamamaları yer almaktadır. Astımın yönetimini standardize eden ilkeler;

- Tanılama ve düzenli izlem
- Çevresel kontrol
- İlaç tedavisi
- Çocuk ve ailenin eğitimi olarak belirlenmiştir.

2.7.1. Tanılama ve Düzenli İzlem:

5 yaş altı çocuklarda astım tanısının koyulması oldukça güçtür. Bunun nedeni; astımın başlıca belirtileri olan hırıltı ve öksürük bu yaş grubu çocuklarda sıklıkla yaşanması, akciğer fonksiyon testlerinin bu yaş grubu çocuklarda rahatlıkla uygulanamamasıdır. Astım tanısı 5 yaş altı çocuklarda iyi bir anamnez ve fiziksel değerlendirme ile konmaktadır .

2.7.2. Çevresel Kontrol:

Çevresel kontrol astım kontrolünün sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılmasında oldukça etkilidir (6). Ancak, astım semptomlarının kontrol altına alınması ve alevlenmelerin önlenmesi için risk faktörleri ile temasın ortadan kaldırılması veya azaltılmasına yönelik önlemler alınmalıdır (45-46). Birçok çalışmada çocukluk çağında, astım ataklarına neden olan en yaygın çevresel faktörler olarak ev içi alerjenler ve nemlilik gösterilmektedir (67). Çocukların zamanlarının büyük kısmını evde geçirmeleri, olası alerjenlere yüksek düzeyde ve yıl boyu maruz kalmalarına neden olmaktadır. Buna bağlı olarak alerjenlerin kontrolünde ilk ve en önemli adım, ev içi koşullarda değişiklikler yapmak ve iç ortamı kontrol altına almaktır.

2.7.3. İlaç Tedavisi:

Astım tedavisinde kullanılan ilaçlar, inhalasyon, oral ve ya parenteral yol olarak uygulanabilmektedir. İnhaler tedaviler, astımlı çocuklarda tedavinin temel taşıdır. İnhaler tedavinin en büyük avantajı, düşük yan etki riskiyle ilaçların doğrudan hava yollarına verilmesi ve bu bölgelerde daha yüksek konsantrasyonlara ulaşabilmesidir.

Astımın tedavisi, yalnızca ilaç tedavisi olarak düşünülmemelidir. Risk faktörlerinin ortadan kaldırılması / azaltılması, ebeveyn eğitimi başarılı bir astım tedavisindeki önemli unsurlardandır.

2.7.4. Eğitim:

Çocuk ilk astım tanısı aldığı anda ve daha sonraki süreçlerde hastaneye yatışlarında, ebeveynler alışık olmadıkları çevre karşısında birçok rollerinde değişiklik olduğunu fark ederler. Bu durum kendilerini ifade etmekte zorlanmalarına, yeni rollere adapte olabilmek için birçok farklı savunma mekanizması geliştirmelerine neden olmaktadır. Ailelerin endişe yaşamalarına neden olan ihtiyaçlar, çocukta ağrı ve acının kontrolü, ailelerin çocuklarının yanında olma isteği, çocukların bakımında neyi bilmeleri gerektiği ve bütünlük ihtiyacı olarak sınıflandırılabilir.

Toplum tarafından oluşturulan yanlış bilgi ve inançlar çocuk ve aileyi olumsuz etkiler, çocuk ve ebeveynlerinde hastalığı saklama eğiliminin oluşmasına neden olur. İlaçlarla ilgili endişeler, farklı tedavi şekilleri, yanlış inançlar ve korkular çocuklarda astım tedavisindeki başarıyı olumsuz etkileyen faktörlerdendir. Bu durumlar tedavinin zamanında ve doğru şekilde sürdürülmesini engeller. Hasta ailesinin eğitimi, aile bireylerinin deneyimlediği anksiyete, korku ve meraklarının en aza indirilip, durumuna uyum sağlamasını ve tedavi sürecine bireysel katılımını amaçladığından hastanede kalış süresini kısaltarak bireye aynı zamanda ülkeye ekonomik katkı sağlar.

Aile eğitimi, çocuk ve ailenin hastalıkla başa çıkabilmesi, hastalığı yönetebilmesi esasına dayandırılır. Çocuğun gelişimsel döneminde getirdiği değişkenliklerin yanı sıra astım belirtilerinin üstesinden gelebilmesi ve önerilerin uygulayabilmesi için ailenin tümünün ortak çaba göstermesi gerekir. Bu nedenle çocuğun ailesi ile birlikte ev ortamında düzenli takipleri yapılmalı, her seferinde eğitim üzerinde durulmalı, hastanın tedaviye uyumu sağlanmalıdır. Çocuklarda astımın kontrol ve tedavisinde daha iyi sonuçlar almak için ailenin de hastalık hakkında eğitilmesi gerektiği birçok çalışmada önemle vurgulanmıştır. Aynı zamanda taburculuk sonrasında ailelerin kendilerini izole ettikleri, ayrıntılı bilgi almak istedikleri ve çocuğun bakımında diğer zamanlara oranla aile bireylerinden daha fazla destek gereksinimi duydukları belirlenmiştir (58).

Tedavinin en önemli kısmını oluşturan astımlı çocuk ebeveynlerinin eğitimi, çoğu kez kalabalık poliklinik şartlarında ve uygun olmayan hastane ortamında etkin olarak verilememektedir. Bu nedenle özel kullanım yöntemleri gerektiren ilaçları hastaların bir bölümü kullanamamakta ve bunun sonucunda gereksiz acil servis ziyaretleri ile tekrarlayan hastane yatışları ortaya çıkmaktadır. Literatür incelendiğinde; hasta ailelerine astımla ilgili yapılan eğitimin astım ataklarının sıklığını ve hastaneye yatış oranını azalttığı belirlenmiştir.

Hastaya bakım veren kişilerin hastalık hakkında bilgilendirilmemeleri çocuğun tedaviye uyumunu son derece olumsuz etkiler. Bu nedenle hasta ailesinin hastalık hakkında ve süreçle ilgili olarak bilgilendirilmesi tedavinin en önemli parçası olarak kabul edilmektedir (62).

Hasta ailesine verilen astım eğitimi ile aile "astımın kontrol altında tutulabilir ve düzenli takip gerektiren bir hastalık" olduğu konusunda bilinçlenmekte, hasta çocuğun ise tedaviye uyumu artmaktadır. Eğitim verilirken eğitim materyali olarak mümkün olduğunca görsel materyallerin kullanılması (bilgisayar, slayt vs) ve bunun yazılı materyal ile birleştirilmesi ile verilen eğitimi daha etkin hale getirilebilir. Etkili iletişim yöntemlerinin kullanılmamasının tedaviye uyumu son derece olumsuz etkilediği birçok çalışmada belirtilmiştir. Etkili iletişim yöntemleri kullanılarak, hasta merkezli ve hasta ebeveynlerini sürece dahil eden bir yaklaşım gösterilmelidir. Profesyonel hemşire, hasta ve ebeveynlerinin iletişimi sonucu hasta ve ailesi hastalığını daha kolay kabullenir, tedaviye daha iyi uyum sağlar (39). Bu nedenle hemşire, hasta ebeveynlerine eğitim verirken etkin dinlemeli ve eğitim süresince sen dilini kullanmaktan kaçınmalıdır.

Çocukluk dönemindeki astımda atak ve birçok semptom nedeniyle sık sık acil servise başvurmak ve yatarak tedavi almak zorunda kalmaktadırlar. Taburculuk sonrası çocuk ve ebeveynler, hastalığın yönetimi ile ilgili zorluk çektikleri birçok beceriyi uygulamakla karşı karşıya kalırlar. Taburculuk sonrası çocuk ve ebeveynlerin astım yönetim sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için taburculuk eğitimi, taburculuk planında önemle yer almalıdır. Son yıllarda yapılan birçok çalışmada, astım eğitiminin, profesyonel eğitici ile eğitim alan bireyler arasında tartışma, soru sorma ve becerilerin denenmesine olanak sağlaması nedeniyle etkin sonuçlar ortaya konmuştur. Yöntem olarak birçok farklılık gösterse de temel olarak planlanan astım eğitiminin içeriği aşağıda yer alan konuları içermelidir:

- Hastalık ile ilgili temel bilgiler,
- Hatalığı tetikleyici faktörler ve bu faktörlerden korunma,
- Semptomların kontrolü,
- Tedavide kullanılan ilaçlar ve etki mekanizmaları,
- İnhalasyon teknikleri,
- Hastalığın düzenli izlemin önemi

Astım yönetiminde çocuk ve aileye verilen eğitimin etkisinin değerlendirildiği birçok çalışmada olumlu sonuçlar ortaya konmuştur (38). Ayrıca çalışmalarda hastalık yönetim becerilerinin zamanla azalabileceği bu nedenle yapılan eğitimlerin sürekliliğinin önemli olduğu ve belli aralıklarla bilgi ve beceri düzeyinde eğitimlerin tekrarlanması gerektiği vurgulanmaktadır. Hasta ve ailesine, astım yönetimi eğitimini sağlık profesyonellerinden kim/kimlerin vermesi gerektiği, profesyoneller arasında tartışma yaratan bir konudur. Hekim, eczacı, solunum terapisti ve hemşireler tarafından verilen eğitimlerin etkinliğine yönelik çalışmalar yapılırsa da son yıllarda özellikle hemşireler tarafından verilen astım eğitimlerine odaklanılmış ve bu eğitimlerde oldukça etkin sonuçlar ortaya konmuştur.

2.8. Astım Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Astım, çocuğun ailesi ile birlikte yoğun çaba göstermesini gerektiren karmaşık ve kronik bir hastalıktır. Astımlı çocuk ve ailelerinde astımın neden olduğu fiziksel semptomların yanı sıra çok fazla psikososyal sorunlarla da karşılaşılır. Astım hastalığına sahip çocukların aileleri tarafından deneyimlenen yaygın sorunlar, gelecek hakkındaki bilinmezlik ve korku, gerginlik, ekonomik stres, sosyal izolasyon, iletişim zorlukları gibi rolleri içine alır. Aynı zamanda hastalığın teşhisiyle birlikte ailede ve çocukta kızgınlık, kendilerini suçlu hissetme, hastalıkla ilgili yas tutma ve ardından depresyon gibi evreler yaşamaktadırlar. Astım teşhis ve tedavisinde tüm bu evreler ilerlerken çocuk ve ailenin hastalığı kabullenmesi için çaba sarfedilmelidir. Hasta ve ailesinin hastalığı kabulü tedavinin etkinliğini ve sürekliliğini olumlu etkileyecektir. Çocuk ve aile bu evreleri yaşarken, çeşitli etkenler nedeniyle evrelerden birinde kalabilir ya da bir önceki evreye dönebilir. Bu süreçte hemşirenin çocuk ve ailesinin yaşadığı dönemleri anlayarak, onlara destek olması gerekmektedir (58). Astımlı çocukların hastalığa psikososyal uyumu ve evde bakımının sağlanması için verilecek eğitim hemşirenin önemli rolleri arasındadır. Son yıllarda, hasta bakım kalitesine sağladığı katkıların kanıtlanmasıyla birlikte, kronik hastalıkların yönetiminde multi-disipliner ekip içinde hemşirenin rolü oldukça gelişmiştir. Astım, akut alevlenme dönemlerinde hastaneye yatışların olduğu, evde yönetimde ise günden güne değişikliklerin yaşandığı bir hastalıktır. Astım nedeniyle yaşanan semptomlara bağlı olarak çocuk/ebeveyn bazı kararlar almak zorundadır. Bu kararların nasıl alınacağı, birtakım becerilerin geliştirilmesi ve hastalıkla başetme konusunda çocuk ve aileyi güçlendirmek için hemşirenin bilgisi ve desteği gerekmektedir. Hastalık yönetiminde bağımsızca kararlar alabilmesi için çocuk ve aileye gerekli bilgi ve becerileri kazandırmak, yanlış birtakım uygulamaların değiştirilmesine yönelik davranış değişikliklerinin yaratılması için gerekli motivasyonu sağlama birtakım hemşirelik müdahalelerini gerektirmektedir. Çocukluk çağı astım yönetiminde, hemşirenin temel rolleri çocuk ve aileyi biyopsiko-sosyal değerlendirme, bakım verme, eğitim, izlem ve sağlık bakım sonuçlarını değerlendirme olarak açıklanmaktadır.

Astımlı çocuklarda hemşirelik yaklaşımının en önemli bölümlerinden birisi astımlı çocuk ailesine hastalık ve yönetimi ile ilgili ilkelerin öğretilmesidir. Hastalık yönetiminde, gerekli bilgi ve becerinin kazandırılmasında hemşirenin eğiticilik rolü ön plana çıkmaktadır

(8-16). Son yıllarda yapılan çalışmalarda, hemşireler tarafından verilen danışmanlık hizmetleri ve ev ziyaretlerinin de astım yönetiminde başarıyı arttığı ortaya konmuştur.

Çocuklarda astım birey, aile ve toplum için primer ya da sekonder bir stresördür. Bireyde stres yaratan bu duruma uyum için bir seri davranış değişikliği gerekmektedir. Bununla birlikte kronik hastalık durumu bireyin kimlik algılayışını değiştirebilmekte, en çok önem verdiği hedeflerinden vazgeçmesine, ailenin ve toplumun maddi kayıplar yaşamasına, çocuğun kendisini fiziksel olarak yetersiz, akranlarından farklı, özellikle de ailesine bağımlı hissetmesine neden olabilmektedir .

Kronik hastalığın bireye getirdiği tedavi ve bakım maliyetlerinin, hastanede kalış sürelerinin azaltılabilmesi ve kaliteli bir yaşam sürdürebilmesi için hastanın yanısıra ailelerine de hastaneden ayrıldıktan sonra taburculuk eğitimi verilmeli hastalık yönetimi öğretilmelidir (64).

Son yıllarda sağlık açısından astım yönetimi oldukça güncel bir konu haline gelmiştir. Astımlı çocuklarda ebeveynlerin yanısıra okuldaki öğretmenlerin eğitimi de astım yönetimi konusunda oldukça önemlidir (49).Okullarda bütün çocuklara sağlık dersleri içinde veya sadece astımlı çocuklara uygulanan çeşitli eğitim modelleri vardır. Çocuklara yönelik programlar bireyselleştirilmiş bilgisayar tabanlı sorun çözme ve grup öğretimine kadar değişen tasarımlar ile öz-yönetim becerilerini geliştirmek için broşür, kitap, renkli baskılar uygulanmıştır. Bütün bu programlara ebeveynlerde dahil edilmeli, çocuğun gelişim ve algılama düzeyi, kültürel vb özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Astım yönetimindeki hedeflerini üç maddede toplanabilir. Bunlar;

1. Astım ve astım ataklarını önlemek, astım belirtileri nedeniyle uyuyamamayı, okula devamsızlığını, acil bakım ya da hastaneye yatmayı önlemektir.
2. Normal aktivite düzeyini sürdürmektir.
3. Akciğer fonksiyonlarının düzeyde olmasını sağlamaktır.

Hasta ebeveynlerinin tedavi planına etkin olarak katılımını sağlamada, tedavilerini etkileyebilecek yaşam biçimi ve olumsuz sağlık inançlarını değiştirilmesinde sağlık ekip üyelerine özellikle de hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Çocuk ebeveyni ve çocuk hemşiresinin katılımıyla çocuğa en uygun tedavi ve izlem programı hazırlanır. Hasta

ebeveynlerine verilecek eğitimin içeriği hasta ve ebeveynlerinin ihtiyaçlarına göre değişmekle birlikte, verilen bilginin sürekli tekrarlanması da önemlidir. İlk bilgilendirme hasta ve yakınlarının endişe ve korkularını gidermeyebilir. Bu nedenle eğitim belirli bir plan çerçevesinde ve sürekli verilmelidir.

Literatüre göre; astım eğitim programı en az 2 seans olacak şekilde planlanmalıdır. Her eğitim seansının arasında başlangıçta 2-4 hafta daha sonra hastanın gereksinimleri doğrultusunda olmalıdır (16-28). İlk görüşmede hasta ile ilgili bilgiler toplanır. Çocuğun ne zamandan beri hasta olduğuna bakılmaksızın temel prensipler tekrar edilir. Astımlı çocuk ve ailesine tedavinin kontrolü için tedavi planı ve tedavi planındaki değişikliklerin ne zaman yapılacağı anlatılır. Her çocuk için bireysel tedavi planı yapılır ve plan yazılı olarak verilir. Diğer ziyaretlerde ilaç alımı, astımı kontrol edebilme yeterlilikleri, çevresel şartların uygunluğu (ev, okul, oyun alanı), çocuğun tuttuğu günlük ve gözlemler değerlendirilerek önerilerde bulunulur, gerekirse tedavi planı yeniden düzenlenir. Astım için önemlilik arz eden öz bakım; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi için bireyin kişisel olarak başlattığı ve yaptığı tüm aktiviteleri içermektedir.

2.9. Astımlı Çocuklarda Taburculuk Eğitimi

2.9.1. Taburculuğun planlanması

Taburculuk planlanması, hastanın var olan ve gelecekteki gereksinimlerine yönelik dikkatli ve kapsamlı bir değerlendirme, uygun kararlar verme ve izlem sürecinin koordine edilmesini kapsayan çok yönlü bir süreçtir (62). Hasta bakım kalitesinin artırılması, evde bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasında, taburculuk planı oldukça önemlidir. “Hastanın hastaneden ayrılması ve bakımın evde devam edebilmesi için sistemli bir yaklaşımla hasta ve ailenin hazırlanması” olarak tanımlanan taburculuk planlaması, hastanın hastaneye yatışı ile başlar ve evde bakım sürecini ile devam eder (29).

Taburculuk planlamasının ne zaman başlaması gerektiğine ilişkin iki farklı görüş ön plandadır. İlk ve yaygın olarak benimsenen görüş planlamanın hastanın yatışı ile başlaması gerektiğidir. Diğer bir görüş ise planlamanın hasta taburcu olmadan 3 gün önce başlaması yönündedir. Bu iki görüşe karşın taburculuk planlamasının zamanın sağlık bakım sisteminin işleyiş biçimine göre değişebileceği ancak olabildiğince erken dönemde başlatılmasının, etkinliğinin artması açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır. Taburculuk planının temel unsurları “etkili iletişim, multidisipliner yaklaşım, hasta ve ailenin gereksinimlerinin erken dönemde tanınması” olarak ifade edilmektedir.

Taburculuk planına ilişkin birçok tanımlar yapılmış ve birçok modeller ortaya konmuş olmasına karşın, bu model ve tanımlar risk yönetimi ve koordinasyon olmak üzere iki ortak noktada birleşmektedir. Birçok çalışmanın sonuçları ortaya koymuştur ki; taburculuk planı, hastanın sağlık durumunu iyileştirmeye yönelik değil, hastanede ulaşılan iyilik durumunun sürdürülmesi, kendi kendine bakım becerilerinin mümkün olan en kısa sürede geliştirilerek hastanede yatış süresinin kısaltılması, memnuniyetin artırılması ve tekrar hastaneye yatışların önlenmesine yöneliktir(29). Taburculuk planı, multidisipliner bir yaklaşımla, hastanın ve ailesinin hastaneden taburcu olduktan sonraki gereksinimlerini karşılamak için gerçekleştirilmelidir. Birey ve ailenin taburculuk sürecine hazırlanmasında ve taburculuk sonrası gerekli koordinasyonun sağlanmasında, hemşire önemli rol oynamaktadır (31). Çocuk hastanın taburculuk planlamasında; öncelikli olarak ebeveynlerin evde bakıma hazırlanması ve gerekli kaynakların sağlanarak çocuğun mümkün olan en kısa sürede hastaneden eve gönderilmesi amaçlanmalıdır.

Taburculuk planı, hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçasıdır ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasında önemlidir. Taburculuk planlaması, hemşirelik süreci kapsamındadır ve “tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme” olmak üzere birbirini izleyen dört aşamadan oluşmaktadır.

a) Tanılama: Taburculuğun planlanması ve bu süreçte alınan kararlarda, hasta ve ailesine ait özelliklerin tanımlanması gerekmektedir. Hemşirelik sürecinin de ilk aşaması olan tanılama süreci, çocuk ve ailenin gereksinimlerini belirlemek amacıyla veri toplamayı içerir. Yaş ve gelişimsel özellikler, başka bir sağlık sorununun varlığı, fonksiyonellik düzeyi, bakım vericilere ait özellikler, hasta ve ailesinin bilgi gereksinimleri, ev ortamı, finansal gereksinimler, yüksek-riskli gereksinimleri içeren fiziksel ve psiko-sosyal etkenlerin

bütününü içeren veriler toplanmalıdır (25). Taburculuk sonrasında, hasta ve ailenin bağımsız olarak gereksinimlerini karşılayabilme durumu değerlendirilmelidir. Bu süreçte, hasta ve ailesine yönelik toplanan verilerin sistematik ve objektif kriterlere göre toplanması uygun ve doğru kararlar verilebilmesi açısından önemlidir.

Taburculuk sonrası hasta ve ailenin temel gereksinimleri; fiziksel bakım, hastalık yönetimi, hizmetlerin koordinasyonu ve sosyal destek olarak sınıflandırılmış olmakla birlikte, hasta ve ailenin bireysel olarak değerlendirilerek, taburculuk planının oluşturulması, planının etkinliğinin artırılması açısından oldukça önemlidir.

b) Planlama: Hasta ve ebeveynlerinin belirlenen gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik, uygun girişimlerin planlanması ve beklenen sonuçların belirlenme aşamasıdır. Planlama, hasta ve ailenin, hastanedeki bakımına yönelik girişimlerin planlamasını ve taburculuk sonrası izlem programının (ev ziyaretleri, telefon danışmanlığı vb.) planlanmasını içermelidir. Hasta ve ailesi için önceliklerin belirlenmesi ve uygulanacak girişimlere karar verilmesi ve ulaşılabilecek beklenen sonuçların somut şekilde ifade edilmesi bu aşamada önemlidir.

c) Uygulama: Taburculuk sonrası bakımın sürdürülmesine yönelik eğitici, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici girişimleri içerir. Uygulama aşamasında, sağlık bakım ekibi üyeleri ile ailenin plana katılım ve işbirliği önemlidir. Planlanan girişimlerin uygulanması, hasta ve ailesinin bireysel kararlarının yanında, uygun bakım, sosyal güvence ve mali konuları da içeren profesyonel kararlar gerektirir. Taburculuk sonrası uygun bakımın sürdürülebilmesinde 3 önemli karardan bahsedilmektedir. Bunlar:

- Uygun bakımın sürdürülebileceği ortamın seçimi ve düzenlenmesi,
- Maliyet ve sosyal güvenlik sistemi kaynaklarının belirlenmesi,
- Bakım kalitesinin sürdürülmesi

d) Değerlendirme: Taburculuk planının etkinliğinin belli ölçütlere göre değerlendirilmesidir. Beklenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığının değerlendirilmesi, taburculuk öncesi ve taburculuk sonrası süreci kapsamalıdır. Sadece hastanede uygulanan taburculuk planlama aktiviteleri yeterli değildir, taburculuk sonrası yapılacak ev ziyaretleri ve

telefon görüşmeleri, kontroller sırasında görüşmelerin planlanması gibi taburculuk sonrasında belli aralıklarla değerlendirmeler yapılmalıdır.

Taburculuk planının etkinliğinin değerlendirilmesine yönelik, birçok farklı sonuç ölçütleri tanımlanmaktadır. Bunlar;

- Hastanede yatış süresi
- Hastalığın yileşme süresi
- Tekrarlıyatış sıklığı
- Taburculuğun planlanan zamanda gerçekleşmesi
- Hasta ve hastaya bakım verenlerin memnuniyeti
- Semptom sıklığı
- Komplikasyon sıklığı
- Çocuk ve ebeveynin yaşam kalitesi
- Hastalığın maliyeti
- Bakım vericilerin duygusal sağlığı
- Ölüm

2.9.2. Taburculuk Eğitiminin Verilmesi

Taburculuk planının en önemli aşamalarından birisi taburculuk eğitimidir. Eğitim, hastaneden eve geçiş sürecine hasta ve ailesini hazırlama aşamasıdır. Taburculuk eğitiminin temel amacı; evde hastalığın yönetimine ilişkin bilgi ve becerileri geliştirmek ve yaşanabilecek sorunlarla başa çıkabilmek için aileyi hazırlamaktır (29-31). Çocukluk dönemi kronik hastalıklarında, hastalık ve tedavi süreci, hastalığın yönetimi, komplikasyonlar ve

komplasyonlara yönelik müdahalelere ilişkin ocuk ve aileye yönelik eğitim programları planlanmalıdır. ocuk yeterli fiziksel ve bilişsel olgunluğa erişene kadar hastalık yönetiminde, birincil sorumluluk ebeveyne aittir. Kapsamlı değerlendirmeye, ebeveynlerin bilgi gereksinimlerinin saptanması ve bu gereksinimlere yönelik bireyselleştirilmiş bir eğitim planı hazırlanması gerekmektedir.

Çocukluk dönemi kronik hastalıkların yönetiminde, taburculuk sonrası ocuk ve aile birçok karmaşık beceriyi uygulamak zorunda kalır. Bunun için taburculuk eğitimi, sadece bilgilendirme değil ocuk ve aileye hastalık yönetim becerilerini kazandırmaya yönelik de olmalıdır. Ayrıca, eğitim planının basitten karmaşığa bilgi ve beceri geliştirmeye yönelik hazırlanması gerektiği taburculuk eğitimi içerisinde sıklıkla vurgulanan konulardandır.

Çocukluk döneminde astıma yönelik verilecek taburculuk eğitimi;

- Astım hakkında temel bilgi,
- Astımda kullanılan ilaçlar ve etkileri,
- Astımda semptom kontrolü,
- Astımın günlük yaşama etkisi,
- Yaşanılan ortama ilişkin zellikler,
- Astımın düzenli kontrol ve izleminin önemi konularını içermelidir.

Taburculuk eğitimi, taburculuk planlamasının en önemli bileşenlerinden biri olup taburculuk sonrası ocuk ve ebeveynlere güven ve öz-yeterlik kazandırmada önemlidir. ocuk ve ailenin hastalıkla ilgili yeterli bilgi ve beceriyi kazanamaması durumunda taburculuk sonrası hastalığın kontrolü uygun şekilde yapılamayacağı için tekrar hastaneye yatışlar ve komplasyonların ortaya çıkma sıklığında artışa neden olacaktır (18).

2.9.3. Taburculuk Planlamasında Hemşirenin Rolü

Astımlı çocukların fizyolojik ve psikolojik tüm sağlık durumlarında yaşanan değişiklikler, bireyin geçiş sürecini deneyimlemesine neden olmaktadır. Hemşire, geçiş sürecini yaşayan hasta ve ailesine primer bakım veren sağlık bakım ekibinin önemli bir üyesidir. Amerikan Hemşireler Birliği (American Nursing Association, ANA) “bir sonraki bakım aşaması için her türlü düzenlemenin yapılarak hasta ve ailesinin hazırlanması ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasında hemşirenin sorumlu olduğunu” belirtmektedir. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri içinde yer alan “Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması”nda (Nursing Interventions Classification, NIC) taburculuk planlaması; sağlık bakım kurumu içinde ya da dışında, hastanın bir bakım düzeyinden diğerine geçişinin hazırlanması” olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelik girişimlerinin, taburculuk sonrası bakımın devamı, izlem ve destekleyici çevrenin oluşturulmasına yönelik olarak ve diğer sağlık bakım ekibi üyeleriyle işbirliği içerisinde, geçişin uygun şekilde yapılması amacını taşıması gerektiği vurgulanmaktadır. Bir sonraki bakım aşamasında, sağlık bakım sorumluluklarının hasta ve ailesine geçişine yönelik planlamanın yapılması hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Yaklaşan geçiş sürecine, hasta ve aileyi hazırlamaya yönelik girişimleri planlama ve uygulama da hemşirelik sürecinin bir parçası olmalıdır. Sağlık ekibi üyeleri arasında hasta ve ailesiyle en fazla zaman geçiren hemşiredir ve bu nedenle de hasta ve ailenin gereksinimlerini kolaylıkla saptayabilecek kişi de hemşiredir. Yaşanan hastalık durumuna bağlı olarak, hasta ve ailesi birtakım yeni becerileri öğrenmek durumundadır ve bu becerilerin hasta ve ebeveynlerine kazandırılması hemşirenin sorumluluklarındandır (26). Taburculuk planlamasında hemşirenin rollerini “değerlendirme, danışmanlık, hasta-ailenin eğitimi ve kaynakların düzenlenmesi” olarak ifade etmektedir. Taburculuk planlamasında yer alan sağlık profesyonellerinin “iletişim ve eğitim becerisi, toplumsal kaynaklar bilgisi ve sosyal değerlendirme becerilerine” sahip olması gerektiğini belirtmektedir. Ayrıca, araştırmacılar tarafından taburculuk planlama ekibinin kaynaklar ve bunlara ulaşma konusunda hasta ve ailesine danışmanlık yapabilme becerisinin önemli olduğu belirtilmektedir. Taburculuk planlama sürecinin aşamalarına bakıldığında hemşirelik süreci aşamalarıyla aynı olduğu görülmektedir, dolayısıyla bu aşamalar hemşirelik bakım planına entegre edilerek, verilen bakımın bir parçası olarak uygulamaya geçirilebilir.

Taburculuk planlaması, ABD’de Medicare/Medicaid kapsamında ve yapılması zorunludur. Yurt dışında yapılan çalışmalarda, taburculuk planlama sürecinde mutlaka yer alması gereken sağlık bakım ekibi üyelerinden birinin hemşire olması gerektiği vurgulanırken, ülkemizde sağlık bakım kurumları içinde henüz böyle bir durum söz konusu değildir. Son dönemde hemşire danışmanlığı (koçluğu) oldukça önem verilen konulardan biri haline gelmiştir. Danışmanlık yapacak olan hemşirenin temel rolü hasta ve ebeveynlerinin hastalık yönetiminde aktif rol almasını sağlamak, ev ziyaretleri ve telefon görüşmeleri ile hasta ve ailesine yardım etmek olarak tanımlanmaktadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma yarı deneysel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Şanlıurfa il merkezinde bulunan Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapılmıştır. Hastane il merkezindeki tek çocuk hastalıkları hastanesidir ve son zamanlarda yapılan yatak kapasitesindeki artışla birlikte 355 yatak kapasitesine sahiptir. Yatan hasta servislerinde gündüz çalışan hemşire sayısı 4-6 arasında değişmektedir. Geceleri ve hafta sonları iki hemşire nöbet tutmaktadır. Vardiya saatleri hafta içi ve hafta sonu değişmeyip 08.00-16.00, 16.00-08.00 ve gerekli durumlarda 08-08 saatleri şeklindedir.

Araştırmanın ilk verilerinin toplanması Aralık 2013’de başlamış Mart 2014’te sona ermiştir. Daha sonra verilerin toplanmasındaki 2. Bölüm olan son testin uygulama aşaması Nisan 2014’ te başlayıp Haziran 2014’e kadar sürmüştür.

TÜİK’ nun 2013 raporuna göre, en yüksek çocuk nüfus oranına sahip olan iller sıralamasında Şanlıurfa % 79,1 oranla 4. sırada yer almaktadır. TÜİK 2014 raporunda ise çocuk nüfus oranı artmış (% 47,8) ve Şanlıurfa Türkiye’nin en yüksek çocuk nüfusuna sahip ili olmuştur.

Şanlıurfa il merkezinde astım prevalansını gösteren kapsamlı bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ancak artan çocuk nüfusu ile birlikte astım nedeniyle Şanlıurfa çocuk

hastanesine başvuran ve yatarak tedavi alan astımlı hasta verileri dikkatle incelendiğinde nüfus artış hızıyla doğru orantılı olarak artış göstermesi araştırmanın planlanmasına neden olmuştur. Şanlıurfa çocuk hastalıkları hastanesinin istatistik biriminden elde edilen veriler aşağıda verilmiştir. Veriler incelendiğinde; hastaneye başvuran ve yatarak tedavi alan astımlı hasta sayısının önceki yıllara oranla artış gösterdiği görülmüştür.

Tablo 3. 1. 2013 yılı Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesine başvuran hastaların sayısal verileri

| Hasta Sayısı | 2013 |
|--|-------------|
| Hastaneye başvuran hasta sayısı | 432,400 |
| Yatarak tedavi olan hasta sayısı | 24,002 |
| Hastaneye başvuran astımlı hasta sayısı | 1028 |
| Yatarak tedavi alan astımlı hasta sayısı | 172 |

3. 3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evreninin belirlenmesinde Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesi tarafından tutulan kayıtlar incelendiğinde araştırmanın planlandığı 2013 yılında kliniklerde yatan astımlı 0-18 yaş hasta sayısının 172 olduğu görülmüştür. Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesine 2013 yılında yatan 0-18 yaş grubu ve en az 6 ay önce astım tanısı alan tüm çocukların ebeveynleri oluşturmuştur.

Araştırmada örneklem sayısı, araştırmanın planlandığı 2013 yılı içerisinde Şanlıurfa Çocuk Hastalıkları Hastanesi yatan hasta kliniklerinde astım nedeniyle yatan çocukların sayısı (172) dikkate alınarak belirlenmiştir. Herhangi bir örneklem belirleme tekniği kullanılmamış olup, 2013 Aralık-2014 Ocak- Şubat- Mart aylarında astım nedeniyle hastanede yatan tüm

astımlı hasta ebeveynleri örnekleme dâhil edilmiştir. Bu aylar içerisinde hastanede yatan 128 hasta ebeveyni araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya katılım oranı % 100'dür.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri şunlar olarak belirlenmiştir;

- En az 6 ay önce astım tanısı almış olmak
- 0-18 yaş grubunda olmak
- Farklı bir kronik hastalığa sahip olmamak

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri "Astımlı Çocuğa Ait Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu" ve "Astımlı Çocukta Astım Seyri ve Semptomlarının Prevelansını Değerlendirme Formu" ile toplanmıştır.

3.4.1. Astımlı Çocuğa Ait Sosyo-Demografik Özellikler Soru Formu

Verilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda düzenlenen,astım ve immünolojide uzman hekim görüşü alınarak hazırlanan, çocuk ve ebeveynlere ait yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, konut özellikleri gibi sosyo-demografik soruları içeren '*Astımlı çocuğa ait sosyo-demografik özellikler Soru Formu*' toplam 32 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır.

3.4.2. Astımlı Çocukta Astım Seyri ve Semptomlarının Prevelansını Değerlendirme Formu

Astım seyri ve semptomlarının görülme sıklığını belirlemek amacıyla ilki astımlı hasta ebeveynlerine taburculuk eğitimi verilmeden önce hastane ortamında, ikincisi hasta

taburcu olduktan 3 ay sonra ev ziyaretinde uygulanan toplam 13 kapalı uçlu sorudan oluşan veri formudur.

3.5. Taburculuk Eğitiminin Hazırlanması

Astımlı çocuk ebeveynlerine yönelik taburculuk eğitimi, literatürden yararlanarak ve astımlı çocuk ebeveynlerinin gereksinimleri dikkate alınarak hazırlanan eğitim materyalidir. Eğitiminin içeriğinde hastalık hakkında temel bilgiler, astıma yol açan tetikleyici faktörler ve bunlardan kaçınma, semptom kontrolü, ilaçlar ve etki mekanizması, inhalasyon tekniği, düzenli izlemin önemi, astımlı çocuğun beslenmesi, giyimi, egzersizleri, taburculuk sonrasında yapılması gerekenler gibi genel bakımı içeren konular yer almıştır.

Eğitimin hedefleri:

- Ebeveynlerin astım hastalığı ve seyri hakkında bilgi sahibi olması
- Ebeveynlerin astım tedavisinde kullanılan ilaçların endikasyon ve kontrendikasyonları hakkında bilgi sahibi olması
- Ebeveynlerin astım hastalığında kullanılan cihazlar hakkında bilgi sahibi olması
- Ebeveynlerin astım atakları sırasında ne yapması gerektiği hakkında bilgi sahibi olması
- Astım nedeniyle hastaneye başvuru sayısının azaltılması

3.6. Araştırmanın Uygulanması

3.6.1. Hasta Ebeveynlerinin Tespiti

Araştırmada, hastaneye yatan astımlı hasta sayıları 3 ay boyunca araştırmacı tarafından günlük olarak hastane kayıt sistemi üzerinden düzenli olarak kontrol edilerek

hastalar belirlenmiştir. Daha sonra, astımlı çocuk ebeveynlerine araştırmacı tarafından, araştırmanın yapılma amacı ve uygulamalar hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş, araştırmaya katılmak için gerekli onamları alınmıştır.

3.6.2.Taburculuk Eğitiminin Verilmesi

Astımlı çocuk ebeveynlerine ayarlanan saatte görüşülmüştür. İlk olarak ebeveyne, astımlı çocuğa ait sosyo-demografik özelliklerin kaydedildiği soru formu yöneltilerek veriler kaydedilmiştir. Sonrasında astım ve semptomlarını değerlendirme anketi uygulanmıştır. 10 dakikalık ara verildikten sonra ebeveynlere ortalama 1 saatlik planlı taburculuk eğitimi verilmiştir. Bazı durumlarda eğitimin süresi hasta ebeveynlerinin eğitim gereksinimi dikkate alınarak uzatılmıştır.

Taburculuk eğitimi 4 aşamada verilmiştir.

1. Aşama: İlk olarak araştırmacı tarafından hazırlanan taburculuk eğitimi sunumu (30 dakika)
2. Aşama: Astım hastalığı ve bakımı ile ilgili video (20 dakika)
3. Aşama: İlaçların gösterilerek uygulanması (10)
4. Aşama: Ebeveynlerin gereksinimlerine göre soru cevap kısmı (10 dakika)

3.6.3. Ev Ziyareti

Son testin alerjik astımın yoğun olduğu ilkbahar aylarına denk getirilmesi amacıyla taburculuk eğitiminden 3 ay sonra eğitiminin etkisini, astımlı çocuğun sağlık durumunu ve hastalık semptomlarını değerlendirmek değerlendirmek amacıyla ev ziyareti yapılacağını belirtilerek gerekli planlamalar yapılmıştır. Planlanma 1 gün öncesinden telefonla aranarak kesinleştirilmiştir. Ev ziyaretleri nisan-mayıs haziran olmak üzere 3 ay içerisinde tamamlanmıştır. Bu amaçla, taburculuk eğitimi verilen ilk hasta ebeveynlerine ilk ev ziyareti gerçekleştirilmiş ev ziyaretlerinin arasındaki zaman farkının tüm ebeveynler arasında eğit

olması sağlanmıştır. Her gün düzenli olarak 2 aileye ev ziyareti yapılarak son test uygulanmıştır. 3. ayın sonunda ev ziyaretleri tamamlanmıştır.

Ev ziyaretlerinde çocuk ve ailesinin her türlü soruları yanıtlanmış, yardıma gereksinim duydukları konularda destek verilmiş, ayrıca çocuğun eğitim sonrası kendi gereksinimlerini karşılayıp karşılayamadığı gözlenmiştir (ilaç kullanma becerisi, Problem çözme becerisi, Çevre şartlarını ayarlayabilmesi, spor yapma durumu, atak geçirme durumunu fark etme vb). Ev ziyaretleri esnasında çocuk ebeveynlerinin uygulamadaki yeterliliği değerlendirilmiş ve eksik olduğu konularda yeniden bilgilendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etiksel uygunluğu açısından hastane idaresinden ve Harran Üniversitesi Etik Kurul komisyonundan onam alınmıştır. Veri toplama aşamasından önce hastane idaresine ve hemşirelere araştırmanın yapılış amacı, konusu, süresi ve uygulanacak işlemler ile ilgili açıklama yapılmış, veri toplama aracı incelenmiştir. Veri toplama aşamasında ebeveynlere yine araştırmanın konusu, amacı, süresi ve uygulanacak veri toplama araçları anlayacakları şekilde anlatılarak ‘Aydınlatılmış onam’ ilkesi, istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek ‘Özerklik’ ilkesi, verdikleri bilgilerin paylaşılmayacağı ve korunacağı söyleyerek ‘gizlilik ve gizliliğin korunması’ ilkesi, kimliklerin gizli tutulacağı belirtilerek ‘Kimsizlik ve Güvenlik’ ilkesi yerine getirilmiştir. Bu ilkeler sağlandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerden veriler elde edilmiştir.

3.8. Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmanın evren ve örnekleme hastanenin istatistik kayıtları dikkate alınarak belirlenmiştir. Ancak hastaneye başvuran hastaların tanı bilgileri müracaat esnasında girilen hastalık kodlarıyla kaydedilmiştir. Bu durum daha önce astım tanısı alan ancak araştırmanın yapıldığı dönem içerisinde farklı nedenlerle hastaneye başvuran astımlı hastalara ulaşmamızı

sınırlandırmıştır. Araştırmaya yalnızca Şanlıurfa il merkezindeki çocuk hastanesine başvuran hasta ve ebeveynleri ile yapıldığından veriler burayla sınırlıdır. Ayrıca araştırmada veriler anket formu ile toplandığından sonuçların doğruluğu hasta ebeveynlerinin anket sorularına verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

3.9.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizinde SPSS 20. 0 paket programı kullanılmıştır. Çalışma verilerini değerlendirmek için tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde), Mc Nmeat kullanılmıştır. Sonuçlar % 95 ve % 99 güven aralığında, anlamlılık ise 0,05 ve 0,01 düzeyinde değerlendirmeye alınmıştır.

4.BULGULAR

Tablo 4. 1. Astımlı Çocuğa Ait Sosyo-Demografik Özellikler

| DEĞİŞKENLER | | SAYI | YÜZDE |
|--|-------------------|------|-------|
| Çocuğun Yaşı | 0-4 Yaş | 30 | 23,4 |
| | 5-9 Yaş | 75 | 58,6 |
| | 10 Yaş Ve Üzeri | 23 | 18,0 |
| Çocuğun Cinsiyeti | Kadın | 44 | 34,4 |
| | Erkek | 84 | 65,6 |
| Doğum Öncesi Sağlık Personeli Tarafından Kontrol Sıklığı | Ayda 1den Daha Az | 89 | 69,5 |
| | Ayda 1 | 32 | 25,0 |
| | Ayda 1'den Fazla | 7 | 5,5 |
| Doğum Şekli | Vajinal Doğum | 33 | 25,8 |
| | Abdominal Doğum | 95 | 74,2 |
| Gestasyon Haftası | 26-30 hafta | 48 | 37,5 |
| | 31-35 hafta | 42 | 32,8 |
| | 36 hafta ve Üzeri | 38 | 29,7 |
| Doğum Ağırlığı | 2500 Gram ve Altı | 78 | 60,9 |
| | 2500 Gram Üzeri | 50 | 39,1 |
| Bebegin Doğumdan Sonra İlk Aldığı Besin | Anne Sütü | 20 | 15,6 |
| | Bal | 28 | 21,9 |
| | Şekerli Su | 71 | 55,5 |
| | Diğer | 9 | 7,0 |

Tablo 4. 1. (Devam) Astımlı Çocuğa Ait Sosyo-Demografik Özellikler

| DEĞİŞKENLER | | SAYI | YÜZDE |
|--------------------------------------|---------------------------------|-------------|--------------|
| Bebeğin Anne Sütü Alma Süresi | 0-2 Ay | 81 | 63,3 |
| | 3-5 Ay | 36 | 28,1 |
| | 6 Ay ve Üzeri | 11 | 8,6 |
| Bebeğin Mama Alma Süresi | 0-2 Ay | 14 | 10,9 |
| | 3-5 Ay | 52 | 40,6 |
| | 6 Ay ve Üzeri | 62 | 48,4 |
| Bebeğin Mama Alma Sıklığı | 2 Saatten Daha Sık Aralıklarla | 50 | 39,1 |
| | Saatte 1 Besleme | 64 | 50,0 |
| | 2 Saatten Daha Uzun Aralıklarla | 14 | 10,9 |

Astımlı çocuğa ait sosyodemografik bilgiler Tablo 4. 1’de verilmiştir. Veriler incelendiğinde; astımlı çocukların % 58,6’sının 5 ile 9 yaş aralığında ve % 65,6’sının erkek olduğu saptanmıştır. Annenin doğum öncesi sağlık personeli tarafından kontrol sıklığı araŐtırıldıđında annelerin % 65’inin ayda 1 kereden az kontrole gittiği görülmüştür. Astımlı çocukların %74,2’ sinin abdominal doğum yöntemi ile dünyaya geldiği ve bu doğumların çoğunlukta (%37,5) 26 ile 30 hafta arasında gerçekteŐtiđi bulunmuştur. Çocukların % 60,9’unun 2500 gramın altında doğduğu belirlenmiştir.

Astımlı çocukların doğumdan sonra ilk aldıkları besin sorgulandığında, hastaların % 15,6’ sının anne sütü, % 21,9’ unun bal, % 55,7’sinin Şekerli su ile beslendiği bulunmuştur. Bunların dıŐındaki besinler (rezene, ıhlamur, ölü suyu) ile beslenenlerin oranı ise % 7,0 olarak hesaplanmıŐtır.

Astımlı çocukların % 63,3’ünün bebeklik döneminde 0 ile 2 ay arasında anne sütü aldığı, anne sütü ile beslenen bebeklerin % 46,1’inin 2 saatte 1 kez anne sütü ile beslendiği belirlenmiştir. Bu çocukların % 48,4’ü 6 ay ve daha fazla süreyle mama ile beslenmiştir. Mama ile beslenen bebeklerin %50’si 2 saatte 1 beslendiği kaydedilmiştir.

Tablo 4. 2. Astımlı Çocuğa Ait Geçmiş Sağlık Örüntüsü

| DEĞİŞKENLER | | SAYI | YÜZDE |
|---|---------------------------|-------------|--------------|
| Geçirdiği Hastalıklar | Pnömoni | 52 | 40,6 |
| | Bronşit | 69 | 53,9 |
| | Diğer(gastroenterit,ÜSYE) | 7 | 5,5 |
| Daha önce Hastaneye Yatma Durumu | Evet | 127 | 99,2 |
| | Hayır | 1 | 0,8 |
| Daha Önce Herhangi bir hastalık nedeniyle Hastanede Yatma Süresi | 1-5 Gün | 16 | 12,5 |
| | 6 Gün ve üzeri | 112 | 87,5 |

Tablo 4. 2’de astımlı çocuğa ait geçmiş sağlık örüntüsü gösterilmiştir. Bu verilere göre, astımlı çocuk hastaların % 40,6’sı daha önce pnömoni, %53,9’u ise bronşit geçirmiştir. Hastaların % 99,2’si daha önce astım, ÜSYE ve gastroenterit gibi hastalıklar nedeniyle hastanede yattığı belirlenmiştir. Hastaların % 12,5’u 1-5 gün, %87,5’u 6 gün ve daha uzun süre hastanede yatarak tedavi almıştır.

Tablo 4. 3. Astımlı Çocuğa Sahip Ailenin Sosyo-Demografik Özellikleri

| DEĞİŞKENLER | | SAYI | YÜZDE |
|---|--|-------------|--------------|
| Babanın eğitim durumu | Okuryazar olmayan | 59 | 46,1 |
| | Okuryazar olan | 69 | 53,9 |
| Annenin eğitim durumu | Okuryazar olan | 36 | 28,1 |
| | Okuryazar olmayan | 92 | 71,9 |
| Ailedeki birey sayısı | 3-6 | 21 | 16,4 |
| | 7 ve üzeri | 107 | 83,6 |
| Ailedeki çocuk sayısı | 1-3 | 23 | 18,0 |
| | 4-6 | 36 | 28,1 |
| | 7 ve üzeri | 69 | 53,9 |
| Aile tipi | Geniş | 76 | 59,4 |
| | Çekirdek | 52 | 40,6 |
| Bakımından sorumlu kişiler | Anne | 120 | 93,8 |
| | Diğer (abla, babaanne, anneanne, hala) | 8 | 6,2 |
| Ailenin aylık gelir durumu | Gelir giderden az | 83 | 64,8 |
| | Gelir gidere denk | 37 | 28,9 |
| | Gelir giderden fazla | 8 | 6,2 |
| Ailede sigara içen birey var mı? | Evet | 108 | 84,4 |
| | Hayır | 20 | 15,6 |

Astımlı çocuğa sahip ailenin sosyo-demografik özellikleri Tablo 4. 3'te yer almaktadır. Bu veriler analiz edildiğinde; çocuk annelerinin % 79'unun, babaların ise % 46,1'inin okuryazar olmadığı belirlenmiştir. Ailelerin % 59,4'ünün geniş aile tipinde, %

64,4'ünün gelirinin gider düzeyinden düşük olduğu, % 83,6'sının ailedeki birey sayısının 7'den fazla olduğu saptanmıştır. Astımlı çocuk ailelerin % 84,4'ünde sigara içen bireylerin bulunduğu tespit edilmiştir. Hastaların % 93,8'inin bakım ve tedavisinin sürdürülmesinde annenin sorumlu olduğu belirlenirken, çocukların % 6,2'sinin bakımından ise anneanne, babaanne ve ablanın sorumlu olduğu belirlenmiştir. Astımlı çocukların bakımından sorumlu kişilerin % 91,4'ü daha önce hastalığı hakkında herhangi bir bilgi almamıştır. Geriye kalan % 8,6'sı yakın çevresi aracılığıyla (eş, dost, akraba) aracılığıyla hastalığın nedeni ve tedavisi hakkında bilgi almıştır.

Tablo 4. 4. Astımlı Çocuk Ailesinin Yaşadığı Konut Özellikleri

| DEĞİŞKENLER | | SAYI | YÜZDE |
|--------------------------------------|--|-------------|--------------|
| Konutun tipi | Apartman dairesi | 25 | 19,5 |
| | Diğer(Geçekondu, Müstakil) | 103 | 80,5 |
| Mülkiyeti | Kira | 24 | 18,8 |
| | Kendilerinin | 92 | 71,9 |
| | Diğer | 12 | 9,4 |
| Konutta kalma süresi | 1 yıl ve altı | 21 | 16,4 |
| | 1 yıl üzeri | 107 | 83,6 |
| Isıtma sistemi | Kömür | 63 | 49,2 |
| | Elektrik | 60 | 46,9 |
| | Diğer | 5 | 3,9 |
| Aile bireylerinin yaşam alanı | Aynı odayı kullanma ve yatma | 95 | 74,2 |
| | Aynı odayı kullanma farklı odada yatma | 33 | 25,8 |
| Evde beslenen hayvan var mı? | Evet | 79 | 61,7 |
| | Hayır | 49 | 38,3 |

Hasta ve ailesinin yaşadığı konut özelliklerini gösteren veriler Tablo 4. 4'te belirtilmiştir. Astımlı çocuk ailelerinin % 80,5'i gecekodu/ müstakil evlerde oturmaktadır. Bu konutların % 71,8'inin mülkiyetinin hasta ailesine ait olduğu, % 83,6'sının 1 yıldan daha uzun süre aynı konutta kaldığı belirlenmiştir. Konutun ısıtma sistemi olarak kömür kullanma oranı % 49,2 iken elektrikle ısınma oranı % 46,9 olarak belirlenmiştir. Ailelerin % 74,2'si uyku ve diğer günlük yaşam aktiviteleri için aynı odayı kullanmaktadır. Ailelerin % 61'i evde hayvan beslemekte ve bu hayvanların %59,7'sinin güvercin, % 31,3'ünün kedi olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. 5. Hastalığa Yönelik Yapılan Geleneksel Uygulamalar

| DEĞİŞKENLER | SAYI | YÜZDE |
|--|-------------|--------------|
| Aktardan alınan otları kaynatıp içirme | 11 | 8,6 |
| Göğsüne, sırtına havlu koyma | 29 | 22,7 |
| Göğsüne, sırtına zeytinyağı sürme | 36 | 28,1 |
| Hamama götürme | 41 | 32,0 |
| Hocaya götürüp muska yaptırma | 6 | 4,7 |
| Ölünün yıkama suyunu kaynatıp içirme | 5 | 3,9 |

Hastaya bakım veren ebeveyn ve hasta yakınları tarafından astım hastalığına yönelik yapılan geleneksel uygulamaların sorgulanması sonucunda elde edilen veriler Tablo 4. 5'de belirtilmiştir. Elde edilen verilere göre; bakım vericiler tarafından aktardan alınan otları kaynatıp hastaya içirme oranı % 8,6, hastanın göğsüne ve sırtına havlu koyma oranı %22,7, göğsüne ve sırtına zeytinyağı sürme oranı %28,1, hastayı hamama götürme oranı % 32, hocaya götürüp muska yaptırma oranı % 4,7 ve ölünün yıkama suyunu alıp kaynatarak çocuğa içirme oranı ise % 3,9 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4. 6. Taburculuk Eğitimi Öncesi Ve Sonrası Astım Atağı Sırasında Görülen Belirtiler

| DEĞİŞKENLER | | Eğitim Öncesi | | Eğitim Sonrası | | P* |
|---------------------------------|-------|---------------|-------|----------------|-------|------|
| | | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | |
| Eforla öksürük | Evet | 127 | 99,2 | 127 | 99,2 | 1,00 |
| | Hayır | 1 | 0,8 | 1 | 0,8 | |
| Kuru öksürük | Evet | 127 | 99,2 | 125 | 97,7 | 0,62 |
| | Hayır | 1 | 0,8 | 3 | 2,3 | |
| Gece öksürüğü | Evet | 125 | 97,7 | 121 | 94,5 | 0,28 |
| | Hayır | 3 | 2,3 | 7 | 5,5 | |
| Hışiltı | Evet | 126 | 98,4 | 122 | 95,3 | 0,21 |
| | Hayır | 2 | 1,6 | 6 | 4,7 | |
| Balgamlı öksürük | Evet | 126 | 98,4 | 122 | 95,3 | 0,28 |
| | Hayır | 2 | 1,6 | 6 | 4,7 | |
| Nefes darlığı | Evet | 125 | 97,7 | 127 | 99,2 | 0,62 |
| | Hayır | 3 | 2,3 | 1 | 0,8 | |
| Öksürükle birlikte kusma | Evet | 127 | 99,8 | 124 | 96,9 | 0,37 |
| | Hayır | 1 | 0,2 | 4 | 3,1 | |
| Boğaz ağrısı | Evet | 124 | 96,9 | 127 | 99,2 | 0,37 |
| | Hayır | 4 | 3,1 | 1 | 0,8 | |
| Ateş | Evet | 124 | 96,9 | 126 | 98,4 | 0,68 |
| | Hayır | 4 | 3,1 | 2 | 1,6 | |
| Burun tıkanıklığı | Evet | 126 | 98,4 | 126 | 98,4 | 1,00 |
| | Hayır | 2 | 1,6 | 2 | 1,6 | |

Tablo 4. 6’de taburculuk eğitiminden önce ve sonra çocukların astım atağı sırasında görülen belirtilerin dağılımı verilmektedir. Veriler incelendiğinde; eğitimden önce 127 çocukta kuru öksürük görülürken, eğitimden sonra 125 kişide görülmüştür ($p>0,05$). Gece öksürüğü eğitimden önce 125 çocukta var iken, eğitimden sonra bu sayı 121’e düşmüştür. İstatistiksel olarak bu ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Çocuklarda astım atağı sırasında görülen hışıltı, balgamlı öksürük, öksürükle birlikte kusma belirtileri eğitimden sonra azalırken, nefes darlığı ve boğaz ağrısı artmıştır ($p>0,05$). Burun tıkanıklığı ve eforla öksürük belirtisi ise eğitimden önce ve sonra aynı şekilde kalmıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. 7. Taburculuk Eğitimi Öncesi ve Sonrasında Astım ve Semptomlarının Prevelansı

| | | Eğitim Öncesi | | Eğitim sonrası | | P |
|---|------------------------|---------------|-------|----------------|-------|------|
| | | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | |
| Son 1 ayda görülen atak sayısı: | 0-3 kez | 30 | 23,4 | 89 | 69,5 | 0,00 |
| | 4-6 kez | 92 | 71,9 | 31 | 24,2 | |
| | 7 ve daha fazla | 6 | 4,7 | 8 | 6,2 | |
| Atak sırasında yapılan ilk uygulamalar: | Acil servise başvurma | 81 | 63,3 | 30 | 23,4 | 0,00 |
| | Buhar verme | 10 | 7,8 | 5 | 39,1 | |
| | Giysilerini rahatlatma | 3 | 2,3 | 29 | 22,7 | |
| | İlaç verme | 15 | 11,7 | 13 | 10,2 | |
| | Sirtına vurma | 19 | 14,8 | 46 | 4,7 | |
| Son 1 ayda öksürükle uyanma görüldü mü? | 0-2 kez | 22 | 17,2 | 84 | 65,6 | 0,00 |
| | 3-6 kez | 78 | 60,9 | 38 | 29,7 | |
| | 7 ve daha fazla | 28 | 21,9 | 6 | 4,7 | |
| Son 12 ayda hastanın acil servise başvuru sayısı | 1-4 kez | 7 | 5,5 | 80 | 62,5 | 0,00 |
| | 5-9 kez | 73 | 57,0 | 35 | 27,3 | |
| | 10 ve üstü | 48 | 37,5 | 13 | 10,2 | |

Tablo 4. 7. (Devam) Taburculuk Eğitimi Öncesi ve Sonrasında Astım ve Semptomlarının Prevelansı

| | | | | | | |
|--|-----------------|-----|------|----|------|------|
| Son 12 ayda acil serviste kalış süresi | 1 saatten az | 12 | 9,4 | 73 | 57,0 | 0,00 |
| | 1-3 saat | 70 | 54,7 | 46 | 35,9 | |
| | 3 saatten fazla | 46 | 35,9 | 9 | 7,0 | |
| Son 12 ayda hastanın servise yatış sayısı: | 1-4 kez | 16 | 12,5 | 69 | 53,9 | 0,00 |
| | 5-9 kez | 72 | 56,2 | 50 | 39,1 | |
| | 10 ve üstü | 40 | 31,2 | 9 | 7,0 | |
| Son 12 ayda hastanın serviste yatış süresi | 1-10 gün | 4 | 3,1 | 20 | 15,6 | 0,00 |
| | 11-20 gün | 54 | 42,2 | 86 | 67,2 | |
| | 21 gün ve üstü | 70 | 54,7 | 22 | 17,2 | |
| Son 12 ayda hışıltı görülme sıklığı nedir? | 0-4 kez | 2 | 1,6 | 24 | 18,8 | 0,00 |
| | 5-9 kez | 5 | 3,9 | 83 | 64,8 | |
| | 10 ve üstü | 121 | 94,5 | 21 | 16,4 | |
| Son 12 ayda kaç kez astım nedeniyle uyku düzeni bozuldu? | 0-4 kez | 3 | 2,3 | 17 | 13,3 | 0,00 |
| | 5-9 kez | 8 | 6,2 | 86 | 67,2 | |
| | 10 ve üstü | 117 | 91,4 | 25 | 19,5 | |
| Son 1 ayda rahatlatıcı inhaler cihazınızı ve ya sulbutamol türü nebulizer ilacı kullanma sıklığı: | 0-4 kez | 0 | 0 | 20 | 15,6 | 0,00 |
| | 5-9 kez | 4 | 3,1 | 85 | 66,4 | |
| | 10 ve üstü | 124 | 96,9 | 23 | 18,0 | |
| Son 1 ayda astım kaç kez günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasına neden oldu mu? | 0-4 kez | 0 | 0 | 12 | 9,4 | 0,00 |
| | 5-9 kez | 24 | 18,8 | 90 | 70,3 | |
| | 10 ve üstü | 104 | 81,2 | 26 | 20,3 | |

Astımlı çocuklarda eğitim öncesi ve sonrası astım semptomlarının prevalansının incelendiği veriler Tablo 4. 7'de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre; son 1 ayda görülen atak sayısı taburculuk eğitiminden önce görülen atak sayısının büyük çoğunlukla (% 71,9) ortalama 4-6 kez olduğu gözlenirken, eğitim sonrası ortalama atak sayısının 0-3 kez arasında olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Taburculuk eğitimi öncesinde, hasta ve hasta yakınlarının % 63,3'ünün astım atağı sırasında ilk olarak acil servise başvurduğu, taburculuk eğitimi sonrasında ise bu oranın % 23,4'e düştüğü tespit edilmiştir. Atak sırasında yapılan ilk uygulama olarak buhar veren ebeveynlerin oranının % 2,3'ten % 22,7' ye yükseldiği, çocuğun giysilerini rahatlatan ebeveynlerin oranında taburculuk eğitimi sonrasında öncesine kıyasla artış olduğu belirlenmiştir. Atak sırasında yapılan ilk uygulama olarak hastanın sırtına vuran ebeveynlerin oranında az da olsa artış olduğu bulunurken, atak sırasında oral alınması gereken ilaçların verilmesi oranlarında ise azalma olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$).

Taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası son 1 ay içerisinde öksürükle uyanma sıklığı sorgulanmıştır. Verilere göre eğitim öncesinde hastaların büyük çoğunluğunun (% 60,9) son 1 ay içerisinde 3 ile 6 kez arasında öksürükle uyandığı belirlenmiştir. Eğitim sonrası öksürükle uyanma sıklığının 0 ile 2 arasında değiştiği ve bu oranın da % 65,6 olduğu saptanmıştır.

Hastaların son 12 ay içerisinde acil servise başvuru sayısı eğitim öncesi ve sonrası kıyaslanarak değerlendirilmiştir. Eğitim öncesinde hastaların % 57 'si 5 ile 9 kez arasında acil servise başvurduğu ve bu hastaların % 54,7'sinin 1-3 saat arasında acil serviste kaldığı bulunmuştur. Eğitim sonrası hastaların büyük çoğunluğunun (% 62,5) 1 ile 4 kez arasında acil servise başvurduğu ve bu hastaların % 57'sinin 1 saatten daha az süre acil serviste kaldığı belirlenmiştir. Verilere göre eğitim sonrasında acil servise başvuru sayısı ve kalış süresinin azaldığı saptanmıştır.

Eğitim öncesi ve sonrası son 12 ayda acil servise başvuru ve acil serviste kalış süresi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Taburculuk eğitimi öncesi ve sonrası hastaların son 12 ayda servise yatış sayıları analiz edilmiştir. Bulgulara göre eğitim öncesinde hastaların yarısından fazlasının (% 56,5) 5 ile 9 kez serviste yattığı ve bu hastaların % 54,7'sinin yatış süresinin 21 gün ve daha fazla

olduğu belirlenmiştir. Eğitim sonrasında ise hastaların yarısından fazlasının (% 53,9) 1 ile 4 kez servise yatış yaptığı ve % 67,2'sinin 11 ile 20 gün arasında serviste yatarak tedavi aldığı belirlenmiştir. Eğitim ncesi ve sonrası hastaların son 12 ay içerisinde servise yatış sayısı ve süresi istatistiksel olarak incelendiğinde aralarındaki farkların anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Son 12 ayda hışıltı görülme sıklığı sorgulandığında eğitim öncesinde hastaların tamamına yakınının (% 94, 5) ortalama 10 kez ve daha fazla hışıltı problemi yaşadığı, eğitim sonrası bu oranın % 16, 5'a gerilediği, eğitim öncesinde 5 ile 9 kez arasında hışıltı problemi yaşayan hastaların oranının % 3,9'dan % 64, 8' e yükseldiği saptanmıştır. Eğitim ncesi ve sonrası veriler kıyaslandığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Tabloda elde edilen verilere göre; eğitim öncesinde hastaların tamamına yakınının (%91,4) son 12 ay içerisinde 10 ve daha fazla kez astım nedeniyle uyku düzeni bozulmuş, eğitim sonrasında bu oranın % 19,5'a gerilediği (% 67,2) ve ortalama 5 ile 9 kez arasında astım nedeniyle uyku düzeninin bozulduğu belirlenmiştir.

Taburculuk eğitim öncesinde hastaların yaklaşık tamamı (% 96,9) son 1 ayda rahatlatıcı inhaler cihazı ve ya sulbutamaol türü nebülizer ilacını 10 ve daha fazla kez kullanmıştır. Taburculuk eğitimi sonrasında ise hastaların % 66,4'ünün cihaz ve ya ilacını 5 ile 9 kez arasında kullandığı saptanmıştır.

Son 1 ayda astımın hastaların günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanma oranları tabloda belirtilmiştir. Bu bulgulara göre eğitim öncesi hastaların %81,2'sinde 10 ve daha fazla kez günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasına neden olurken eğitim sonrası hastaların büyük çoğunluğunda (% 70,3) 5 ile 9 kez arasında günlük yaşam aktivitelerinin astım nedeniyle kısıtlandığı saptanmıştır.

5.TARTIŞMA

Astım; son yıllarda insidans ve prevelansı hızla artan, çocukluk yaş grubunda gelişimi, sınıflandırılması ve tedavisi birçok genetik ve sosyo-kültürel faktörden etkilenen kronik inflamatuvar bir hastalıktır (12-50-61-68). Son 10 yılda astım nedeniyle çocuk ölümlerinin 2 kat artış göstermesi, astımın büyük şehirlerin çoğunda çocukların en önemli hastaneye yatış nedeni olması ve bu sayının giderek artması, her yıl yaklaşık 5 milyon çocuğun astıma yakalanması, çocuk ve ebeveynlerin fiziksel ve ruhsal yönden kötü deneyimler yaşaması gibi sonuçlar doğurmaktadır. Tüm bu değerlendirmeler astımda hemşirelik bakımının ve taburculuk eğitiminin önemini vurgulamaktadır.

Taburculuk eğitiminin astım seyrine etkisinin incelediği bu çalışmada, araştırma kapsamına alınan astımlı çocukların büyük çoğunluğunun 5 ile 9 yaş arasında olduğu ve yarısından fazlasının (% 65,6) erkek olduğu saptanmıştır (Tablo 4. 1). Ülkemizde konuyla ilgili literatür incelenmiş, Karagöl ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ortalaması 7,8 ve çoğunluğunun erkek olduğu bulunmuştur (35). Elde edilen veri bu çalışmayla paralellik göstermiştir. Bu çalışmanın aksine Ergin ve arkadaşlarının çalışmasında ise astımlı çocukların yarısından fazlasının kadın olduğu bulunmuştur (24). Kuyucu ve arkadaşlarının 8-11 yaş arası 1144 çocuk üzerinde yaptıkları araştırmada cinsiyetin erkek olması astım için risk faktörü olarak bildirilmiştir (41). Erkek cinsiyetin birçok çalışmada risk faktörü olarak görülmesi erkeklerde hava yollarının daha dar olması, IgE değerinin daha yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir. Bunun yanı sıra Şanlıurfa ilinin toplumsal ve kültürel özellikleri göz önünde bulundurulduğunda, ailelerin erkek çocuğa daha etkin bakım vermesi, erkek çocuğun genel sağlık durumunu kontrol ve tedavi amacıyla daha sık hastaneye götürülmesi, hastane kayıtlarında astımlı çocuklar arasında erkek cinsiyetin daha baskın görünmesine neden olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada annenin doğum öncesi, sağlık personeli tarafından kontrol sıklığının ayda birden daha az olması, çoğunluğunun abdominal doğumla dünyaya gelmesi (Tablo 4. 1), astım gelişiminin, çocuğun doğum öyküsü ve yenidoğan fiziksel özellikleriyle ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Birçok çalışmada, vajinal doğum ile karşılaştırıldığında abdominal doğum ile doğan bebeklerde ileri yaş döneminde astım gelişiminin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Mekanizma olarak vajinal doğum sırasında bebeğin doğum kanalı boyunca mikrobiyal etkenlere maruz kalarak koruyucu anlamda erken bir immün modülasyon olduğunu, ayrıca abdominal doğum yönteminde bebeğin doğal yollarla akciğer ve diğer solunum yollarındaki sekresyonlarını atamaması astım riskini arttırabileceği düşünülmektedir.

Sosyo demografik özellikler arasında yer alan ailenin gelir durumu, astımlı çocuk ve ailesinin yaşam koşullarını etkileyen en önemli unsurların başında yer almaktadır. Bu çalışmada daha düşük gelir düzeyine sahip ailelerin yaşadıkları konutta, ısınma amacıyla kömür kullanımı ve atak görülme oranının daha sık olması (Tablo 4. 4), sosyoekonomik durumun astım ataklarının sayısını arttırdığı ve atakları şiddetlendirdiği düşünülmektedir.

Retrospektif özellikteki araştırmalarda prematüritenin astım gelişimi için bir risk faktörü olduğu öne sürülmüştür. Genel olarak araştırmalar değerlendirildiğinde astım prevalansının özellikle prematüre çocuklarda arttığı, bunlar arasında da mekanik olarak ventile edilenlerde riskin daha da belirgin hale geldiği bildirilmiştir. 1812 ilkokul çocuğunda yapılan bir diğer çalışmada da prematürite tekrarlayan wheezing, bronşit ve astım için risk faktörü olarak bulunmuştur. Ayrıca Kuyucu ve arkadaşlarının 8-11 yaş arası 1144 çocuk üzerinde yaptıkları araştırmada atopik sensitizasyon gelişimi için risk faktörleri olarak; doğum ağırlığının 2.500 g altında olması ve anne sütünün 6 aydan daha kısa süre olarak verilmesi olarak bildirilmiştir (41). Bu çalışmada, astımlı çocukların % 60,9'unun 2500 gramın altında doğması (Tablo 4. 1) düşük doğum ağırlığının, astım oluşma riskini arttırdığı düşündürmektedir. Bu bilgi literatür tarafından desteklenmektedir.

Yapılan araştırmalara göre; astım gelişimine etkisi olan bir diğer etken anne sütüdür. Bu çalışmada çocukların % 91,4'ünün 6 aydan daha az süre anne sütü ile beslendiği, doğar doğmaz ilk aldıkları besin sorgulandığında ise anne sütü alma oranının oldukça düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4. 1). Oddy ve arkadaşlarının çalışmasında 2602 yenidoğan bebek altı yaşına kadar izlenmiştir. Bu çalışmada anne sütünü 4 aydan kısa süre alan çocuklarda, astım gelişme riskinde artış olduğunu saptanmıştır (48). Polatdemir' in anne sütünün astım gelişimi

üzerine etkisini araştırdığı çalışmada, yaşamın ilk 4-6 ayında yalnızca anne sütü ile beslenmenin, solunum yolu hastalıklarının insidansında azalma yapmasa da, solunum sistemi bulgularının şiddeti ve süresi üzerinde olumlu etkisinin olduğu ve uzamış anne sütü alımının çocuklarda astım ve diğer alerjik hastalık riskini belirgin olarak azalttığı bulunmuştur (57). Fredman çalışmasında, işlenmemiş inek sütü ve soya proteini içeren besinlerle beslenen çocuklarda hışıltılı solunum ile seyreden hastalık insidansının, anne sütü alan çocuklara kıyasla daha yüksek olduğunu göstermiştir (27).

Dell ve arkadaşları çalışmalarında, anne sütünün tekrarlayan hışıltı ve astıma karşı koruyucu etkisinin olduğunu ve anne sütü alma süresi uzadıkça bu koruyucu etkinin arttığını belirtmiştir (20). Kull ise çalışmasında yaşamın ilk 2 yılında anne sütü alımının astım ile ilişkili alerjik solunum semptomlarını belirgin şekilde önlediğini saptamıştır (39). Yapılan araştırmalarda yaşamın ilk 6 ayında anne sütü ile beslenmenin astım semptom ve prevelansına etkisi üzerinde halen kesin bir görüş birliği bulunmamaktadır ancak astım, çocukta atopi olması ve annede astım varlığından etkilenmediğinden, anne sütünün anne ve ya çocukta astım olsa dahi en az 4 ay süreyle verilmesi önerilmektedir.

Bu çalışmada astımlı çocukların hemen hemen hepsi ya pnömoni ya da bronşit geçirmiştir. Ve buna bağlı olarak uzun süre hastane yatmıştır (Tablo 4. 2). Bu durumun daha önce inflamatuvar hastalık geçiren, hastanede sık ve uzun süre yatan çocuklarda astım oluşumunu tetiklediği düşünülebilir.

Astım, multifaktöriyel bir hastalıktır ve genetik yatkınlık yanısıra bir dizi faktörden etkilenmektedir. Enfeksiyonlar, allerjenler, sigara dumanı ve diğer çevresel toksik maddeler astım oluşumunda önemli faktörlerdendir. Bunların içinde en çok araştırılan ve neden sonuç ilişkisi en net olarak ortaya konulan risk faktörü evde sigara iilmesidir. Prenatal dönemde ya da erken çocukluk döneminde sigara dumanına maruz kalanlarda astım ve atopi sıklığının daha fazla olduğu, sigaranın büyük oranda astım gelişimine neden olduğu ve astım semptomlarının prevelans ve şiddetini arttırdığı kanıtlanmıştır (36). Karmaus ve arkadaşlarının 1456 ocuk ile yaptıkları çalışmada, prenatal dönemde sigara içilmesi ile birlikte anne sütünün 3 aydan daha az verilmesi durumu ve çocuklarda 4-10 yaşlarında astım gelişimi ile güçlü bir korelasyon olduğunu saptamıştır (36).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda astımlı çocuk ailelerinin % 49-53'ünün sigara içtiği belirlenmiştir. Bu çalışmada ülkemizde daha önce yapılan çalışmalara benzer olarak astımlı çocukların evlerinde % 84,4 oranla sigara içildiğinin belirlenmesi sigara dumanına maruz kalmanın astım gelişimi üzerine etkisi olduğu bilgisini desteklemektedir (Tablo 4. 3). Ayrıca çalışmamızda 128 ebeveyn içerisinde 4'ünün eğitim sonrası sigarayı bırakması taburculuk eğitiminin hastalardaki astım semptomlarının yanı sıra ebeveynlerin sigaraya karşı tutum ve davranışlarının değişmesinde de yararlı olduğunu düşündürmektedir.

Endüstri devrimi ve sonrasında gerçekleşen enerji kaynağı olarak kömür kullanma oranının artması sonucu özellikle sülfür dioksit (SO₂) artışına bağlı olarak solunum hastalıklarının özellikle de çocukluk çağı astım sıklığında önemli bir artış meydana gelmiştir. Buchdal ve arkadaşlarının acil servise hışıltı atakları ile başvuran 1025 çocuk üzerinde yaptıkları çalışmada, havadaki ozon (O₃) ve SO₂konsantrasyonundaki artış durumunda acile hışıltılı atak ile başvuru arasında güçlü bir ilişkisi olduğu belirlenmiştir (11). Bu çalışmada da evde kömür kullanma oranının % 49,2 (Tablo 4. 4) oranında bulunması, kömür kullanma ile astım ve semptomlarının ortaya çıkma oranını arasında pozitif bir ilişki olduğu bilgisini desteklemektedir.

Literatür incelendiğinde hayatın erken dönemlerinde alerjenlere maruziyet hayatın ilk yıllarındaki immunolojik duyarlılığa bağlı olarak astımı kolaylaştırdığı görülmüştür (33-37). Alerjenlere duyarlılık, özelliklede hayvan tüy ve sekresyonlarıyla temasın çocuklarda astım gelişimi için risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Zeyrek'in Şanlıurfa' daki astımlı çocuklar üzerinde yaptığı çalışmada risk faktörleri arasında hayvan tüyleri bulunmuştur (74). Bu çalışmada da evde hayvan besleyen ailelerinin % 61,7 olması (Tablo 4. 4) bu bilgiyi destekleyici niteliktedir (54). Ev ziyaretlerinde taburculuk eğitimi sonrası ebeveynlerin allerjenik faktörler hakkında bilgi seviyesinin artmasıyla ebeveynlerin tarafından, çocuğun allerjenlere maruziyetini en az seviyeye indirilmeye çalıştıkları gözlenmiştir (Hayvanlar için ayrı barınak oluşturma, parfüm ve deterjan kokuları dikkatli kullanma, çocuğa yakın mesafede ve ya hiç sigara içmeme). Bu durum çocukta astım atak sıklığını azaltmanın yanı sıra, acil servise başvuru oranı, astım nedeniyle uykudan uyanma, weezing ve dispnea görülme sıklığının azalmasına da yarar sağlamıştır.

Bu çalışmada astımlı çocuğa sahip ailelerin sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında anne ve babanın eğitim düzeyi düşük çıkmıştır. Annelerin büyük çoğunluğu (%)

79,9- Tablo 4. 3) okuma yazma bilmemektedir. Kupczyk'ın yaptığı çalışmaya göre annenin eğitim düzeyi ile astımlı çocuğun yaşam kalitesi, babanın eğitim durumuna oranla daha yakından ilişkili olduğu tespit edilmiş, benzer şekilde çalışmada baba eğitim düzeyinin astımlı çocukların yaşam kalitesine ve astım semptomlarının prevalansı üzerine anneninkinden daha az olduğu ya da sınırlı etkisinin olduğu, anne eğitim düzeyi düştükçe astımlı çocukların hastalık belirtileri ile başa çıkmada ve yaşam kalitelerinde anlamlı düşüşler olduğunu belirlenmiştir (40). Bu çalışmada aynı zamanda bakım veren kişinin daha çok anne olması, astımın seyrine ve çocuğun yaşam kalitesini daha çok etkilediği düşünülmektedir.

Astım hastalığının seyrine etki eden bir başka faktör ailedeki birey sayısıdır. Zeyrek, astımlı çocuklar üzerinde yaptığı çalışmasında kalabalık ev halkı yaşantısında hışıltı, atopi ve bronş hiperaktivasyonunun daha az görülmesini hijyen hipotezi ile ilişkilendirmektedir (74). Bunu aksine literatür incelendiğinde ailedeki birey sayısının astımlı çocuğun yaşam kalitesine ve astım semptomlarının görülme sıklığına herhangi bir olumsuz etkisinin olmadığını belirten kaynakların olduğu saptanmıştır. Bunun yanında Yüksel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada birden fazla kardeşi olan astımlı çocukların yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur (73). Literatürün aksine bu çalışma kalabalık aile yapısının kötü yaşam koşulları ile birlikte bulunduğu, astımlı çocukta atak gelişme riskini arttırdığı ve çocuğun günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesinde zorluğa neden olacağını düşündürmektedir.

Astım gibi kronik hastalıkların tedavisinde geleneksel uygulama kullanma prevalansı diğer hastalıklardan daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada astımlı çocuk hastaların çoğunluğunun geleneksel tedavi yöntemlerinin birçok formunu kullandıkları bildirilmektedir (13-19-47-60). Çalışmalar birçok ebeveynin astımın tıbbi tedavi sonuçlarından memnun olmamaları nedeniyle geleneksel uygulama yöntemi seçtiklerini bildirmektedir. Orhan ve arkadaşları, 1-16 yaş arasındaki çocuklarda yaptıkları araştırmada, geleneksel tedavi yöntemi kullanımının bir yıl farkla %38'den %49'a yükseldiğini belirlemiştir (51). Bu oran gün geçtikçe astıma yönelik geleneksel uygulama yöntemleri kullanımının artış gösterme eğiliminde olduğuna dikkat çekmektedir. Loman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çocuklarının astım semptomlarını azaltmak için ailelerin %30,6'sının çocuğa bal yedirdiği bulunmuştur (44). Bu çalışmada astımlı çocukların bebeklik döneminde il alınan besinler arasında bal verme oranının % 21,2 olarak 2. sırada yer alması Loman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya paralel sonuçlardır (44) (Tablo 4. 3). Ayrıca bu çalışmada çocukların

doğumdan sonra ilk aldıkları besinin şekerli su olduğu tespit edilmiş (Tablo 4. 1), bu durum bebeğin doğumunu takip eden ilk saatler içerisinde beslenme ile ilgili geleneksel uygulamalara maruz kaldığını göstermektedir. Aydın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim durumu ile alternatif tıp kullanma oranı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (4). Bu çalışmada eğitim seviyesi ile geleneksel yöntem kullanımı arasındaki ilişki araştırılmamış olmasıyla birlikte astımlı çocuk annelerinin düşük eğitim düzeyine sahip olmaları ve sık sık geleneksel uygulama yöntemlerine başvurmaları, Loman ve arkadaşlarının sonuçlarıyla paralellik oluşturduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada astımlı çocuk ebeveynlerinin hastalığa yönelik en sık başvurdukları geleneksel yöntemin çocuğu hamama götürme davranışı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4. 5). Aydın ve ark. 202 anne üzerinde yaptıkları çalışmada; annelerin solunum yolları hastalıklarında en sık uyguladıkları geleneksel yöntemler araştırılmıştır. Bu çalışmada annelerin %29,1'inin çoğunlukla kolay erişilebilir olması nedeniyle alternatif tedavi yöntemi kullandıkları bulunmuştur. Ayrıca annelerin, çocukların % 13,2'sine solunum yolu hastalıklarına bağlı gelişen öksürüğü azaltmak için buhar uyguladıkları saptanmıştır (4). Literatürde hamama gitme davranışının astım gelişimi ve semptomlarıyla ilişkisi, bu yöntemin yarar ve zararları ile ilgili bulgulara yer veren herhangi bir çalışmaya rastlanmamasına karşın, Davis ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ailelerin %14,4' ü astım semptomlarını ve %14,4'ünün astım semptomlarını azaltmak için buhar uyguladığı saptanmıştır (19). Hamamda, nemli ve kuru buhar uygulanmasının hastane ortamında uygulanan soğuk buhar uygulamasına benzer olduğu, balgam ve kuru öksürük gibi şikâyetlerin azalmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Astım atağı sırasında görülen belirtiler taburculuk eğitiminden önce ve sonra değerlendirildiğinde; çocuklarda astım atağı sırasında görülen kuru öksürük, hışıltı, balgamlı öksürük, öksürükle birlikte kusma belirtileri ebeveynlere verilen taburculuk eğitimden sonra önemli ölçüde azalmıştır (Tablo 4. 6). Cihangir'in yaptığı çalışmada kontrol grubunda bulunan çocukların astım belirtilerinde istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır (15). Bu bulgular, eğitim verilmeyen ve düzenli izlenmeyen çocuk ve ebeveynlerinin hastalığın kontrol altına alınmasında güçlük çektiklerini ve bu ve bu nedenle belirtilerin devam ettiğini düşündürmektedir.

Bu çalışmada son 1 ayda görülen atak sayısı sorgulandığında; ebeveynlere verilen taburculuk eğitiminden sonra atak sayısında önemli bir azalma olduğu saptanmıştır. Bu durum astımın kontrolünde ebeveynlerin aktif rol almasının gerekliliğini düşündürmektedir.(Tablo 4. 7, $p<0,05$). Ebeveynlere verilen taburculuk eğitiminin atak görülme oranını azalttığı ve bu durumun direk olarak çocuğa, dolaylı olarak astımlı çocuğun yaşadığı aileye, topluma ve çevresine maddi ve manevi önemli katkı sağladığı düşünülmektedir. Bu nedenle tüm astımlı çocuklar, özellikle de ağır atak riski taşıyanlar ebeveynleri ile bir bütün olarak düşünülmeli, hastalık yönünden düzenli takip edilmelidir (2-7).

Ataklar astım seyri için kötüleşmesine yol açabilir. Astım ataklarının çoğu evde tedavi edilebilir olmasına rağmen bu çalışmada hasta ebeveynlerinin atak sırasında yaptıkları ilk uygulama sorgulandığında en yüksek oranla (% 63,3) acil servise başvurduğu olduğu saptanmıştır. Taburculuk eğitimi sonrası ebeveynlere uygulanan son teste bu uygulamaların tekrar sorgulanması sonucunda acil servise başvuru oranının % 23, 4'e gerilediği belirlenmiştir. Bu durum hasta ebeveynlerine verilen taburculuk eğitiminin hasta ebeveynlerinin hastalığa yaklaşım, takip, tedavi ve atak gelişiminin önlenmesine ve bunun sonucunda da acil servise başvuru sayısını azaldığı saptanmıştır. Bu durum hasta ve ebeveynlerinin fizyolojik ve psikolojik ve zaman yönetimi yönünden rahata kavuşmalarına olanak sağladığı ayrıca; hastalığın maliyet açısından da aileye ve topluma verdiği zarar ve kayıpların en aza indirilebileceği düşünülmektedir.

Çevik'in çalışmasında son bir ayda astım belirtilerinin gece görülme sıklığının deney grubunun %47,5' inde, kontrol grubunun ise % 42,5' unda haftada birkaç kez olduğu bulunmuştur (18). Ekici' nin çalışmasında çocuklarda astım belirtilerinin çoğunlukla gece görüldüğü saptanmıştır (22). Castro ve arkadaşlarının gebelik sırasında zeytinyağı kullanımının weezing görülme sıklığına etkisini inceledikleri çalışmada, zeytinyağı kullanımının weezing görülme sıklığını azalttığı bildirilmiştir (14). Bu çalışmada öksürükle uyanma oranı eğitim öncesi ve sonrası olarak değerlendirildiğinde ön test ve son test arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4. 7, $p<0,05$). Çalışma sonucunda elde edilen bulgular literatür ile uyumluluk göstermiş, sonuçlar verilen taburculuk eğitiminin hastanın uyku kalitesinin yükselmesinde ve öksürükle uyanma sıklığının azalmasında yarar sağladığı ifade edilebilir.

Astımda sık acile başvuru sayısının hem çocuk ve ailesi hem de sağlık sistemi için olumsuz sonuçları vardır (17-30) Tedaviye uyumsuzluk sağlık bakım masraflarını artırmaktadır. Hastaya önerilen ilaçlar hastanın tedavi planına uymaması nedeniyle etkisiz olmakta ve farklı ilaçların kullanılması gerekebilmektedir. Uyumsuzluk hastalığın ilerlemesine yol açabilmektedir. Yapılan birçok çalışmada, hastalığa uyumu yetersiz olan astımlı çocuk ve adölesanlarda hastaneye ve acil servise sık başvurma, geceleri astım nöbetleri, astım semptomlarında artma, okul devamsızlığı ve okul başarısının düşük olması gibi sorunların daha fazla yaşandığı belirlenmiştir. Bu çalışmada son 12 ayda acil servise başvuru sayısı sorgulandığında son testte ön teste oranla önemli bir düşüş olduğu bulunmuştur (Tablo 4. 7). Bu durum astımlı hasta ebeveynlerinin astım ve semptomları üzerinde ne kadar etkin olduğunu ve ebeveynlere verilen taburculuk eğitiminin acil servise başvuru oranını önemli derecede azalttığını göstermektedir.

Bu çalışmada Tablo 4. 7'de belirtildiği gibi taburculuk eğitiminden önce acil servise başvuru sayısının yanı sıra acil serviste yatış sayısı, hastanede yatma süresinin azaldığı tespit edilmiştir. Taburculuk eğitiminden önce servise yatış sayısının ortalaması 10 ve üzeri iken, son testte bu ortalama 1-4 kez aralığına gerilemiştir. Korenblat ve arkadaşları St. Louis Astım Merkezinde eğitim gören astımlı olgularda yaptıkları bir çalışmada, programdan önce ve sonra uygulanan bir ankette, hasta ve bakım vericilerin astım semptomları, ilaçlar, ilaç kullanma yöntemleri gibi konulardaki bilgileri ve uygulanan tedaviden memnun olup olmadıkları hakkında sorular yöneltilmişlerdir. Sonuç olarak programa katılan çocuk ve ebeveynlerin bir yıl sonraki acile başvurma, acil serviste kalma ve hastaneye yatma sıklıklarının anlamlı olarak azaldığı bildirilmiştir (38). Astımlı olgulara ve ailelerine astım konusunda taburculuk eğitiminin verilebilmesi durumunda ilaçların daha etkili kullanılması, astımın daha kolay kontrol altında tutulması söz konusu olacağından daha iyi bir klinik yanıt sağlanacaktır, bu da toplumda genel olarak astımın ilaç maliyetini düşürecek ve daha ekonomik bir tedavi sağlanmış olacaktır.

Bu çalışmada, astım semptomları içinde en önemli olarak tanımlanan "hışıltılı solunum", eğitim öncesi ve sonrası olarak değerlendirildiğinde eğitim sonrasında bu oranın önemli derecede gerilediği bulunmuştur. Bu anlamlılık ev ziyaretleri ile verilen eğitim ve desteğin hastalık belirtilerinin azalması açısından etkili olduğunu göstermektedir. Yapılan literatür taramasında da benzer gruplarda yapılan çalışmalarda bu belirtiler yönünden deney

kontrol grupları arasında farklılık olduğu belirlenmiştir. Çalışmadaki bulgular literatür ile uyumludur. Bulduk' un çalışmasında, sürekli hışıltılı solunum semptomunu etkileyen belirleyici değişkenler olarak; cinsiyet, gelir ve evde sigara içimi bulunmuştur (12). Bu çalışmada erkeklerin oranının yüksek olması, düşük sosyoekonomik durumdaki ailelerin çokluğu ve ailelerin % 84,4'ünde sigara içen bireylerinin varlığı bu literatür bilgisini destekleyici niteliktedir. Önes ve arkadaşlarının çalışmasında, İstanbul'da okul çocuklarında 9 yıl içinde "sürekli hışıltı" prevalansının %15,1'den %25,3'e arttığı gösterilmiştir (50).

Uyku hijyeni astımlı çocuğun gelişimi açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmada taburculuk eğitiminden önce ve sonra uyku bozukluğu sorgulandığında; son testte ilk teste göre çocukların astım nedeniyle daha az uyandığı saptanmıştır (Tablo 4. 7, $p<0,05$) Bu durum ebeveynlere verilen taburculuk eğitiminde verilen çevre kontrolü ve astımlı çocuğa uygun ortamın sağlanması ile ilgili eğitimin etkin olduğu düşündürmektedir.

Koruyucu ilaçlar astımın kontrol altına alınmasını sağlayan ilaçlardır. Bu ilaçların her gün düzenli olarak kullanılması gereklidir. Astım tedavisinde kullanılan rahatlatıcı ilaçlar, bronkodilatatör etki yaparak hava yollarının açılmasını sağlarlar. Bu ilaçlar yakınmalar başladığı anda hemen alınmalıdır. Astım tanısı ile izlenen hastalara verilen uygun inhalasyon tedavi eğitimi sonrasında hastaların ilaç kullanım hatalarının düzeldiği, astım semptomlarının azaldığı, alevlenmelerin önlendiği ve hastaların solunum fonksiyonlarının yükseldiği görülmüştür (25). Koruyucu ve rahatlatıcı ilaç kullanma sıklığı yönünden ön test- son test değerlendirmeleri arasındaki fark istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ön test ve son test arasında rahatlatıcı ilaç kullanma sıklığı yönünden önemli farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4. 7). Bu veriler verilen taburculuk eğitimin, astım belirtileri nedeniyle günlük hareketlerin kısıtlanması, fiziksel aktiviteden sonra atak görülme durumu, astım nöbeti belirtilerini bilme, nöbette ne yapılabileceğini bilme ve acil servise başvuru durumu üzerine etkili olduğunu desteklemektedir ($p<0.05$, Tablo 4. 7). Literatür taramasında, benzer sonuçların elde edildiğini gösteren çalışmalar bulunmuştur.

Astım hastanın fiziksel hareketlerini kısıtlamaktadır (56). Araştırmada, astım belirtilerine bağlı günlük hareketlerde kısıtlanma durumu ön testte eğitim öncesinde yüksek oranda iken eğitimden sonra bu oranın oldukça düştüğü bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4. 7). Taburculuk eğitimi programında ebeveynlere çocukların yapabileceği aktivitelere ve astım ataklarından nasıl korunacaklarına yönelik geniş bilgi verilmiş olmasının son testte bu olumlu

sonucun görülmesine neden olduğu düşünülmektedir. Bozkurt'un çalışmasında da eğitim öncesinde çocukların %50' sinin günlük aktivitelerinde azalma olduğu belirtilirken eğitimden sonra bu oranın % 15,2 olduğu bildirilmiştir (10). Literatür incelendiğinde diğer birçok çalışmada da eğitim öncesinde astım belirtilerine bağlı aktivitelerdeki kısıtlanma durumunun eğitimden sonra 3 ay içinde azalarak çocukların aktivitelerinde kısmen de olsa bir artış olduğu bulunmuştur.

Araştırmada, fiziksel aktiviteden sonra atak gelişme ortalaması eğitim öncesinde 10 kez ve üstü iken, eğitim sonrası ortalamanın 5-9 kez aralığına gerilediği saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4. 7). Bozkurt'un çalışmasında da benzer bir azalma bulunmuştur (10). Veriler incelendiğinde hasta ebeveynlere verilen taburculuk eğitimin atakların önlenmesine, klinik iyileşmeye ve astımla baş etme yöntemlerinin hasta ve ailesi tarafından etkin kullanılmasına önemli katkı sağladığı düşünülmektedir.

Eğitim astımın yönetiminde çok önemli bir yere sahiptir (30-58). Bu çalışmada astımlı çocukların ebeveynlerine verilen taburculuk eğitiminin ebeveynlerin hastalık ve içinde bulunulan durumu kavranmasında, çocuğun algılayışları, ihtiyaçları, ilgilenişleri ve baş etme mekanizmaları, gösterdiği tepki ve tutumların değerlendirmesinde, sağlığa ilişkin maliyetin azaltılmasında, hastalığın şiddetinin ve hastalığa bağlı anksiyetenin en az düzeye indirilmesinde önemli bir yer tuttuğu düşünülmektedir. Taburculuk eğitimi hasta ve ebeveynlerinin hastalığa uyumunu arttırmış, semptomların kontrol altına alınmasını kolaylaştırmış, hasta ve ailesinin astımı kontrol altına almayı öğrenmesini sağlamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- ✓ Araştırma kapsamına alınan astımlı çocukların büyük çoğunluğu (% 58,6) 5-9 yaş aralığında ve erkek (% 65) olduğu saptanmıştır.
- ✓ Annelerin hamilelikleri boyunca ayda 1 ve daha az kontrole gitme oranı % 69,5 olarak belirlenmiştir. Astımlı çocukların % 37,5'i 2000 gramın altında doğmuştur.
- ✓ Araştırma kapsamına alınan çocukların çok az bir kısmı (% , sütü ile beslenmiştir.
- ✓ Astımlı çocukların doğumdan sonra ilk aldıkları besin olarak 1.sırada şekerli su (% 55,7) bulunurken, 2. sırada (% 21,9) bal olduğu bulunmuştur.
- ✓ Bu çalışmada astımlı çocukların hemen hemen hepsi ya pnömoni ya da bronşit geçirmiştir. Ve buna bağlı olarak uzun süre hastane yatmıştır.
- ✓ Astımlı çocuk ebeveynlerin eğitim düzeyi düşük bulunmuştur. Annelerin % 79,9'u okuryazar değildir.
- ✓ Ailelerin çoğunluğunun (%59, 4) geniş aile tipine sahip olduğu, % 53,9'unun 7 ve daha fazla çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir.
- ✓ Ailelerin % 84,4'ünde sigara içen bireylerin varlığı tespit edilmiştir.
- ✓ Ailelerin yaşadığı konutta (% 49,2) ısınma aracı olarak kömür kullanmaktadır.
- ✓ Ailelerin % 61,7' si evde hayvan beslemektedir.
- ✓ Astımlı çocuğa yönelik en sık uygulanan geleneksel uygulama çocuğu hamama götürme yöntemidir (% 32,0).
- ✓ Astımlı çocuklarda atak sırasında görülen belirtiler büyük oranda değişmemesine rağmen; kuru öksürük, gece öksürüğü, hışıltı, balgamlı öksürük, nefes darlığı, öksürükle birlikte kusma, boğaz ağrısı ve ateş belirtilerin görülme sıklığı azalmıştır. Bunun yanı sıra atak sırasında burun

tıkanıklığı ve eforla öksürük görülme sıklığı anlamlı bir değişiklik göstermemiştir ($p>0,05$).

- ✓ Taburculuk eğitimi öncesinde son 1 ayda atak görülme sıklığı, öksürükle uyanma, ve hışıltı görülme sıklığı, son 12 ayda hastanın acil servise başvuru sayısı, acil serviste kalış süresi ve yatan hasta servislerinde yatarak tedavi alma süresi önemli derecede azalma göstermiştir ($p<0,05$).
- ✓ Eğitim öncesinde astım nedeniyle hastaların % 81,2'si son 1 ayda ortalama 10 kez günlük yaşam aktiviteleri kısıtlanırken, eğitim sonrasında bu oran % 20,3'e gerilemiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Hastane ortamında astıma yönelik taburculuk eğitiminin verilmesi ve eğitimin ev ziyaretleri ile sürdürülmesi,
- ✓ Astımın çocuk ve ailesinin günlük yaşam aktivitelerine etkisini en aza indirgeyecek hemşirelik bakım ve uygulamalarının geliştirilmesi,
- ✓ Çocuklarda astım oluşumu, tekrarlı ataklar gibi nedenlerle acil polikliniklerine başvuruların önlenmesi ve hastanede yatış oranlarının azaltılması amacıyla taburculuk eğitimi konusunda geniş, kapsamlı ve katılımcı girişimlerin desteklenmesi önerilir.

KAYNAKLAR

1. Akcay A, Tamay Z, İnan M, Gürses D, Zencir M, Öneş Ü ve ark. Denizli'deki 13-14 yaş okul çocuklarında alerjik hastalık belirtilerinin yaygınlığı. Turk Ped Arş 2006;41: 81-6.
2. Akoglu S, Topacoglu H, Karcioğlu O, Cimrin AH. Do the residents in the emergency department appropriately manage patients with acute asthma attack? A study of self-criticism. Adv Ther 2004; 21: 348-56.
3. Asthma Management Handbook. National Asthma Council Australia, Melbourne, 2006. Available from: <http://www.nationalasthma.org.au/handbook> (accessed March 2015).
4. Aydın D, Karaca Çiftçi E, Kahraman S, Şahin N. Solunum Yolu Enfeksiyonu Geçiren Çocuklarda Annelerin Alternatif Tedavi Uygulamaları. The journal of pediatric Research, 2015; 2: 212-217
5. Bacharier LB, Boner A, Carlsen KH, Eigenmann PA, Frischer T, Gotz M, et al. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTALL consensus report. Allergy 2008;63: 5-34.
6. Bateman ED, Bousquet J, Keech ML, et al. The correlation between asthma control and health status: the GOAL study. Eur Respir J 2007;29: 56-62.

7. Bavbek S, Celik G, Demirel YS, Misirligil Z. Risk factors associated with hospitalizations for asthma attacks in Turkey. *Allergy Asthma Proc* 2003;24:437-42.
8. Bender BG, Annett RD, Ikle D, Dultamel TR, Rand C, Strunk RC. Relationship between disease and psychological adaptation in children in the childhood asthma management program and their families. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:706-13.
9. Beyhun NE, Soyer OU, Kuyucu S, et al. A multi-center survey of childhood asthma in Turke--I: the cost and its determinants. *Pediatr Allergy Immunol* 2009;20: 72-80.
10. Bozkurt G, Yıldız S. Astımlı okul çocuklarına hastalığın yönetimi konusunda verilen eğitimin yaşam kalitelerine etkisi. *Hemşirelik Dergisi*, 2004, 8: 101-113.
11. Buchdahl R, Parker A, Stebbings T, Babiker A. Association between air pollution and acute childhood wheezy episodes: prospective observational study. *BMJ* 1996;312:661-5. PMID:8597731 PMCID:2350536
12. Bulduk S, Esin M. İlkokul Çocuklarında Astım ve Alerjik Hastalık Semptom Prevelansı ve Etkileyen Faktörler Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009 Cilt:2, Sayı 2.
13. Bülbül SH, Turgut M, Köylüoğlu S. Çocuklarda Tıp Dışı Alternatif Uygulamalar Konusunda Ailelerin Görüşleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2009;52: 195-202.
14. Castro-Rodriguez JA, Garcia-Marcos L, Sanchez-Solis M, Perez-Fernandez V, Martinez-Torres A, Mallol J. Olive oil during pregnancy is associated with reduced wheezing during the first year of life of the offspring. *Pediatr Pulmonol* 2010;45: 395-402.

15. Cihangir N. Astimli adolesanlarda uyum ve oz-bakim modellerine gore gelisttirilen hemfirelik yaklasimlarinin degerlendirilmesi. Hacettepe Univ. Sag. Bil. Enst. Çocuk Sagligi ve Hastaliklari Hemfireligi AD. Doktora Tezi. Ankara.2007.
16. Civelek E, Sekerel BE. Management of childhood asthma: physicians' perspective in Turkey. *Pediatr Allergy Immunol* 2004;15: 372-5.
17. Cunningham S, Logan C, Lockerbie L, et al. Effect of an integrated care pathway on acute asthma/wheeze in children attending hospital: cluster randomized trial. *J Pediatr* 2008;152:315-20.
18. Çevik Ü, Taş F. Astimli çocukların sosyodemografik özellikleri ve astımı uyaran etkenlerin incelenmesi. 4. Milli Çocuk Hemfireliği Kongresi Bildiri Kitabı 2004:472.
19. Davis FM, Meaney JF, Duncan B. Factors influencing the use of complementary and alternative medicine in children. *J Alt Comp Med* 2004; 10: 740-742.
20. Dell S, To T. Breastfeeding and asthma in young children: findings from a population-based study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:1261-5. PMID:11695937
21. Demir E, Tanac R, Can D, Gülen F, Yenigün A, Aksakal K. Is there an increase in the prevalence of allergic diseases among schoolchildren from the Aegean region of Turkey? *Allergy and Asthma Proc* 2005;26: 410-4.
22. Ekici B. Astimli çocuklarda astim yönetimi. *Astimli Çocuk Forumu*. 2003;6(2):25-28
23. Englund ACD, Rydstrom I, Norberg A. Being the parent of a child with asthma. *Pediatric Nursing* 2001; 27: 365-73.

24. Ergin D, Yüksel H, Şen N, ve ark. Astımlı çocuklar ile sağlıklı çocukların ve ailelerinin yaşam kalitesinin karşılaştırılması ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. 2. Sağlıklı Yaşam Kalitesi Kongresi Özet Kitabı; 5-7 Nisan 2007; İzmir, Türkiye. İzmir: Mete Basım; 2007. s.75.
25. Esra T. K, Özge Y, Ahmet T, Hasan Y. Astımlı ve hışıltılı çocuklarda nebülizer kullanımı konusunda verilen standart eğitimin hastalık kontrolüne etkisi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2015; 58: 96-101
26. Feşçi H, Görgülü Ü. Astım ve yaşam (derleme). *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 77-83
27. Friedman NJ, Zeiger RS. The role of breast-feeding in the development of allergies and asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2005;115:1238-48.
28. From the Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma (GINA), 2015. Available from: <http://www.ginasthma.org>.
29. Güneş P. Açık Kalp ameliyatı olan hastaları taburculuk öncesi bilgilendirmenin anksiyete düzeyine etkisi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. Sivas, 2001
30. Haby MM, Waters E, Robertson CF, et al. Interventions for educating children who have attended the emergency room for asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2001:CD001290.

31. Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team, Discharge from hospital: pathway, process and practice 2003.
32. Hung CC, Chen YC, Mao HC, Chiang BL. Effects of systematic nursing instruction of mothers on using medication and on health status of asthmatic children. *J Nurs Res* 2002;10: 22-32.
33. Illi S, von Mutius E, Lau S, Niggemann B, Gruber C, Wahn U. Perennial allergen sensitisation early in life and chronic asthma in children: a birth cohort study. *Lancet* 2006;368:763–770.
34. Karaağaç G, Çelik N, Başlılar S, Yılmaz T. Astımda direkt ve indirekt uyaranlara yanıt farklılıkları. *Toraks Dergisi* 2003;4: 161-7.
35. Karagöl C, Hacer İlbilge Karagöl E, Keleş S, Artaç H, Reisli İ, Akut astım atağı ile başvuran çocukların klinik özellikleri ve risk faktörleri, *Asthma Allergy Immunol* 2012;10: 70-77
36. Karmaus W, Dobai AL, Ogbuanu I, Arshard SH, Matthews S, Ewart S. Long-term effects of breastfeeding, maternal smoking during pregnancy, and recurrent lower respiratory tract infections on asthma in children. *J Asthma* 2008;45: 688- 95.
37. Kılıç M. , Altıntaş D.U, Kendirli S., M. Yılmaz, Karakoç G. , İnal A. Çocukluk Çağı Astımında İnhalan Allerjenlerin Cinsi ile Astım Şiddeti ve Prognozu Arasındaki İlişki,2009.
38. Korenblat PE, Korenblat-Hanin M, Gaioni SJ. An asthma center; outcomes validation. *J Allergy Clin Immunol.* 1995;95: 222.

39. Kull I, Wickman M, Lilja G, Nordvall SL, Pershagen G. Breast feeding and allergic diseases in infants-a prospective birth cohort study. *Arch Dis Child* 2002;87:478-81.
40. Kupczyk M, Haahtela T, Cruz AA, Kuna P. Reduction of asthma burden is possible through National Asthma Plans. *Allergy* 2010; 65:415–419.
41. Kuyucu S, Saraçlar Y, Tuncer A, et al. Determinants of atopic sensitization in Turkish school children: effects of preand post-natal events and maternal atopy. *Pediatr Allergy Immunol* 2004;15: 62-71. <http://dx.doi.org/10.1046/j.0905-6157.2003.00115.x>
PMid:14998384
42. Kuyucu S, Saraçlar Y, Tuncer A, Geyik PO, Adalioğlu G, Akpınarlı A, et al. Epidemiologic characteristics of rhinitis in Turkish children: the International study of asthma and allergies in childhood (ISAAC) phase 2. *Pediatr Allergy Immunol* 2006;17: 269-77.
43. Lai CKW, Beasley R, Crane J, the ISAAC phase three study group. Global variation in the prevalence and severity of asthma symptoms: Phase three of the international study of asthma and allergies in childhood (ISAAC). *Thorax* 2009;64: 476-83.
44. Loman DG. The use of complementary and alternative health care practices among children. *J Pediatr Health Care* 2003; 17: 58-63.
45. Martinez FD. New insights into the natural history of asthma: primary prevention on the horizon. *J Allergy Clin Immunol* 2011;128:939–945.
46. Mutlu B, Balcı S. Çocuklarda Astım: Risk Faktörleri, Klinik Özellikler ve Korunma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010, 9:79-86

47. Niggemann B, Grüber C. Side-effects of complementary and alternative medicine. *Allergy* 2003; 58: 707-716.
48. Oddy WH, Peat JK, de Klerk NH. Maternal asthma, infant feeding, and the risk of asthma in childhood. *J Allergy Clin Immunol* 2002; 110:65-7. <http://dx.doi.org/10.1067/mai.2002.125296> PMID:12110822
49. Ones U, Akcay A, Tamay Z, et al. Asthma knowledge level of primary schoolteachers in Istanbul, Turkey. *Asian Pac J Allergy Immunol* 2006;24:9-15.
50. Ones U, Akcay A, Tamay Z, Guler N, Zencir M (2006). Rising trend of asthma prevalence among Turkish schoolchildren (ISAAC phases I and III). *Allergy*, 61: 1448-1453.
51. Orhan F, Sekerel BE, Kocabaş CN, Saçkesen C, Adalıoğlu G, Tuncer A. Complementary and alternative medicine in children with asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 2003; 90: 611-615.
52. Özkan S, Öztürk C. Ev ortamında astımı tetikleyen çevresel faktörler ve bu faktörlerin kontrol altına alınmasında hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2006, 22: 267-279 51
53. Pamukçu A, Yoldaş M. Astımlı Çocuklarda Büyüme ve Puberte Sürecinin Değerlendirilmesi, *Türk Toraks Derg* 2013; 14: 24-9,
54. Pearce N, Ait-Khaled N, Beasley R, Mallol J, Keil U, Mitchell E, et al. Worldwide trends in the prevalence of asthma symptoms: phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Thorax* 2007;62: 758–766.

55. Penagos M, Passalacqua G, Compalati E, Baena-Cagnani CE, Orozco S, Pedroza A, et al. Metaanalysis of the efficacy of sublingual immunotherapy in the treatment of allergic asthma in pediatric patients, 3 to 18 years of age. *Chest* 2008;133:599–609.
56. Pionosi PT, Davis HS. Determinates of physical fitness in children with asthma. *Pediatrics* 2004; 113:225-9. PMID:14998384
57. Polatdemir E, Bülbül L, Altinel N, Hatipoğlu S, Bülbül A. Astımtanısı alan 5-15 yaş arası çocuklarda anne sütü ile beslenme süresi ve inek sütüne başlama zamanının astım gelişimi üzerine etkisi *J Child*. 2011; 11(1): 19.
58. Powell H, Gibson PG. Options for self-management education for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2003:CD004107.
59. Rodriguez-Martinez CE, Sossa-Briceno MP, Castro-Rodriguez JA. Discriminative properties of two predictive indices for asthma diagnosis in a sample of preschoolers with recurrent wheezing. *Pediatr Pulmonol* 2011;46: 1175–1181.
60. Sawni-Sikand A, Schubiner H, Thomas RL. Use of complementary / alternative therapies among children in primary care pediatrics. *Ambul Pediatr* 2001; 2: 99-103.
61. Sekerel BE, Gemicioglu B, Soriano JB. Asthma insights and reality in Turkey (AIRET) study. *Respir Med* 2006;100:1850-4.
62. Smith L, Daughtrey H.(2000) Weaving the seamless web of care: an analysis of parents' perceptions of their needs following discharge of their child from hospital. *J Adv Nurs* 31(4), 812-20.

63. Solé D, Melo KC, Camelo-Nunes, IC, Freitas LS, Britto M, Rosário NA, Jones M, Fischer GB, Naspitz C K (2007). Changes in the prevalence of asthma and allergic diseases among Brazilian schoolchildren (13–14 years old): Comparison between ISAAC phases one and three. *Journal of Tropical Pediatrics*, 53(1):13-21.
64. T.C Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu, Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması, Ankara 2015
65. Tantisira KG, Litonjua AA, Weiss ST, Fuhlbrigge AL. Association of body mass with pulmonary function in the Childhood Asthma Management Program (CAMP). *Thorax* 2003; 58: 1036-41.
66. Tesse R, Pandey RC, Kabesch M. Genetic variations in toll-like receptor pathway genes influence asthma and atopy. *Allergy* 2011;66: 307–316.
67. Tischer CG, Hohmann C, Thiering E, Herbarth O, Muller A, Henderson J, et al. Meta-analysis of mould and dampness exposure on asthma and allergy in eight European birth cohorts: an ENRIECO initiative. *Allergy* 2011;66: 1570–1579.
68. Tomaç N, Saraçlar Y. Astım epidemiyolojisi. *Klinik Çocuk Forumu Pediyatrik Allerji. Özel Sayısı 2*, 2003, 3: 6-16.
69. Turgut Ş. Uluslararası çocukluk çağı astım ve alerjileri (ISAAC) esaslarına göre İzmir ili 9-11 yaş çocuklarında astım, rinit, egzama ve atopi prevalansının belirlenmesi (Tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2003
70. Türk Toraks Derneği, Astım Tanı ve Tedavi Rehberi. *Türk Toraks Dergisi*, Haziran 2015; 10.

71. World Health Organization asthma 2016 <http://www.who.int/respiratory/asthma/en/>
72. Yıldız F, Başıyigit Ş, Boyacı H, Ilgazlı A, Büyükgöze B, Yücesoy L, Şengül C, Yıldırım E. Yakın takip edilen astımlı hastalarda atak sıklığı. *Solunum Hastalıkları*, 2003, 14: 1-4
73. Yuksel H, Yılmaz A. Çocukluk Çağı Astımı ve Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri*. 2009; 5(3):85-90.
74. Zeyrek D. Hijyen Hipotezi, Astım Allerji İmmünoloji 2008;6(2):90.

EKLER

EK I

ASTIMLI ÇOCUK EBEVEYNLERİNE YÖNELİK TABURCULUK EĞİTİMİ

Soru cevap tekniğiyle ebeveynin eğitime hazır oluşluk seviyesinin belirlenmesi, astım hakkındaki bilgi düzeyinin değerlendirilmesi, astım tedavisi ve ataklar sırasında yapılan doğru uygulamaların pekiştirilmesi, yanlış uygulamaların eğitimle düzeltilmesi konusunda iletişimde bulunma

ASTIM NEDİR?

Astım, tüm dünyada yaklaşık 300 milyon kişiyi etkilediği tahmin edilen ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde yaklaşık her 100 erişkinden 5-7'sinde, her 100 çocuktan 13-15'inde görülmektedir. Her yaştan bireyi etkileyebilen, doğru tedavi ile kontrol altına alınabilen, kontrol altına alınamadığında ise günlük aktiviteleri ciddi olarak kısıtlayabilen kronik bir hastalıktır. Hava yolları, ağız ve burundan başlar, nefes borusu ile devam eder. Nefes borusu akciğerlerde sağ ve sol olmak üzere iki ana dala ayrıldıktan sonra bir ağacın dalları gibi gittikçe incelen dalcıklara bölünür. Bu dalcıkların sonunda da havadan gelen oksijenin kana, kirli kandaki karbondioksitin de havaya geçtiği hava kesecikleri vardır. Astım, hava yollarının daralması ile kendini gösteren ve ataklar (krizler) halinde gelen bir hastalıktır.

ASTIMIN NEDENİ NEDİR?

Astım temelde genetik bir hastalıktır. Yakın aile çevresinde astım olan kişilerde astım gelişme olasılığı daha yüksektir. Aile yakınlarında astım olmadan da genetik bazı bozukluklara bağlı olarak astım gelişme olasılığı vardır. Ayrıca çevresel faktörlerde astım gelişiminde rol oynayabilir.

ASTIM ATAKLARINI NELER OLUŖTURABİLİR?

Sık olarak astım atağına yol açan etkenler Ŗunlardır:

1. Çevre kirliliğı(Sigara dumanı, odun, kömür dumanı, tezek yakma, parfüm,saç spreyleri, yemek ,boya kokuları gibi ağır kokular, otomobil içersindeki kokular, sis ve hava kirliliğı)
2. Uygun olmayan yaşam koşulları(nemli, küflü)
3. Yaşam alanında bulunan hayvanlar (hamam böcekleri, akarlar, evcil hayvanlar vs)
4. Nezle grip gibi enfeksiyonlar
5. Hava ve mevsim şartlarında değıŖim
6. sık nefes alış veriŖi gereken egzersiz ve manevralar.

ALLERJENLER

Çevremizde bol miktarda bulunan, genellikle zararsız olan, ancak duyarlı kişilerde sorunlara neden olabilen maddelerdir. Astımı olan herkesin alerjik, alerjisi olan herkesin de astımlı olması gerekmez. Çocuklarda astımın %80'i alerjik iken, erişkinlerde bu oran %50 civarındadır. Evde ya da dışarıda birçok alerjen astım atağını başlatabilir.

EV TOZU AKARLARINDAN NASIL KORUNULABİLİR?

Ev tozu akarları gözle göremediğimiz ancak iç ortamlarda milyarlarca bulunan mikroskop altında keneye benzeyen canlılardır. Bunlar en çok yatak, yastık yorgan, battaniye, halı ,perde mobilya gibi yerlerde barınır. Yüksek yerlerde akarların yaşama olasılığı çok azken özellikle rutubetli iklimlerde yaşama olasılığı çok fazladır. Örneğın Erzurum'da ev içi havadaki akar konsantrasyonları çok çok düşükken Istanbulda akar konsantrasyonları çok fazladır.

Akar alerjisi olan hastaların korunmak için :

1. Yatak örtüsü, nevresim ve çarşafın haftada en az iki kez değiştirilerek 60C üzerinde bir sıcaklıkta yıkanması
2. Evde sık sık temizlik yapılması, tercihan temizliği başkasının yapması,kendiniz yapıyorsanız maske kullanmanız
3. Evin sık sık havalandırılması,
4. Yatak odasında halı varsa kaldırılması
5. Kumaş döşeli eşyalar yerine deri, suni deri, ahşap ve plastikten yapılmış olanlar tercih edilmesi
6. Evde peluş oyuncak barındırmamak
7. Yatak ve yastıkların akarları geçirmeyen özel bir kılıf ile kaplanması
8. Akarları öldüren özel kimyasal solüsyonlarla temizlik yapılması
9. Özellikle HEPA filtre içeren hava temizleme cihazlarının kullanılması

gibi önlemlerin alınması uzun vadede alerjik şikayetlerin kontrolü açısından faydalı olabilir .

POLENLERDEN NASIL KORUNULABİLİR?

Her bitki için polen yayma donemi değişiktir, iklime göre de farklılıklar gösterebilir. Ağaç polenleri genellikle Şubat - Mart, cim polenleri Nisan'dan Temmuz ortasına kadar, yabancı ot polenleri ise yaz sonu ve genellikle sonbaharda ortaya çıkar. Polenlerden tam olarak sakınmak olası değildir, ancak maruziyet azaltılabilir

1. Polen sezonu gerekli olmadıkça dışarıda dolaşmamalı, pikniğe gidilmemelidir.
2. Ev ve arabalarda polenleri tutan hava filtreleri,hava temizleme cihazları kullanılabilir
3. Polenin yoğun olduğu günlerde dış ortamda maske ve gözlük takılabilir

4. Polenlerin yoğun olduğu dönemlerde kapı ve pencereler kapalı tutulmalıdır
5. Evdeki pencerelerin ince örgülü telle kapatılması yarar sağlayabilir
6. Polen sezonu boyunca alerjiye karşı koruyucu antialerjik ilaçlar alınmalıdır.

KÜF MANTARLARINDAN NASIL KORUNABİLİRİZ ?

İdeal olarak 20°C sıcaklık ve %60 nem ortamında yaşarlar. Bir yerde mantar üremesi küflenme olarak adlandırılır. En çok üredikleri yerler bodrum katları, karanlık ve az havalandırılan yerler, pencere pervazları, banyo perdeleri, kiler, copluk, ahır, tarla, bahçeler, sızıntılı duvar köşeleri, duvar kâğıtları, ev bitkilerinin saksılarıdır. Sobalı evlerde küf yoğunluğu daha fazladır.

1. Evde nemli rutubetli duvarlar varsa tamirini yaptırın
2. Evde havalandırmayı artırın
3. Küflü malzemeleri atın, küflü yerleri çamaşır suyu ile silin

HAMAM BÖCEKLERİ

Evde bulunan kalorifer böceği veya hamam böceği dediğimiz böceklerin son yıllarda astımlılarda şikayetleri arttırdığı ortaya konmuştur. Korunma için:

1. Böcek giriş yerleri yok edilmeli
2. Böcek ilacı ile ilaçlama, ardından yoğun temizlik yapılmalı
3. Açıkta çöp, gereksiz eşya, yiyecek bırakılmamalı ,mutfak temizliğine özen gösterilmelidir.

EV HAYVANLARINDAN KORUNMA

Tüm tüylü hayvanlar alerjiye neden olabilir. Alerjenler, hayvanların idrar ve salyalarında bulunur ve tüyelerine yapışır. Tüy miktarı ve uzunluğu ile alerji yaratma düzeyi arasında ilişki

yoktur. Aynı hayvan cinsi içinde farklı türler arasında önemli farklar yoktur. Örneğin bir tur kedi alerjisi var ise başka bir tur için de olması beklenir. Hassas kişilerde allerji gelişimi 6–12 ayı bulur ve hayvan uzaklaştırıldıktan sonra da aylar hatta yıllar boyu devam edebilir. Allerjik kişinin evine mümkünse ev hayvanı alınmamalı

1. Eğer evde hayvan varsa mümkünse uzaklaştırılmalı
2. Evdeki hayvan uzaklaştırılmıyorsa HEPA filtreli bir hava temizleme cihazı yararlı olabilir
3. Yakın temasta maske takılabilir
4. Hayvanın tüyleri allerjenlerin miktarını azalatabilecek özel bir şampuanla haftada bir yıkanabilir.

ENFEKSİYONLARDAN KORUNMA

Astımlı hastalarda üst solunum yolu enfeksiyonları sıklıkla astım belirtilerinin artmasına neden olur. Enfeksiyonların ardından 2-6 hafta kadar hava yollarında duyarlılık artar; bu dönemde astım belirtileri ortaya çıkabilir ya da artabilir. Korunma için:

1. Her sene sonbahar aylarında mutlaka grip aşısı yaptırın
2. Gribi olan kişi ile yakın temas kurmayın
3. Kış ayları boyunca vücut direncini arttırıcı vitaminler ve antioksidanlar içeren meyve ve sebzeleri bol miktarda tüketin, gerekirse vitamin takviyesi alın.
4. Özellikle merkezi havalandırması olan işyerlerinde çalışanların havalandırmadan gelebilecek enfeksiyon etkenlerine karşı koruyucu olarak hava temizleme cihazı kullanması önerilebilir.
5. Astımlı hastalarda sık görülen sinüzit hastalığına karşı dikkatli olun. Islak saçla dışarıya çıkmayın. Sinüzit belirtileri varsa (burun tıkanıklığı, koyu renkli geniz akıntısı, öksürük balgam) doktor önerisi ile uzun süreli 15-20 gün antibiyotik kullanmanız gerekebilir.

6. İnfeksiyon döneminde astım ilaçlarınızın dozunu arttırmanız gerekebilir.

ZARARLI ETKENLERDEN KORUNMA

1. Sigara içilen ortamda bulunmayın
2. Hava kirliliğinin, sisin yoğun olduğu havalarda dışarıya çıkmayın
3. Saç spreyi, parfüm deodorant kullanmayın ,yakınlarınızı da sizin iyiliğiniz açısından kullanmamaları açısından ikna edin,
4. Isınmak için odun ,kömür sobasından kaçınmın

EGZERSİZ

Astımlı hastaların büyük bir kısmında egzersiz sonrası nefes darlığı şikayetleri ortaya çıkmaktadır. Korunmak için:

1. Özellikle soğuk kuru havalarda çocuğun yoğun aktivitelerde bulunması engellenebilir.
2. Çocuğa daha sakin oynayabileceği aktiviteler konusunda yardım edilebilir
3. Gerekirse oyun öncesi rahatlatıcı ilaçlar verilebilir.

GIDA VE ASTIM İLİŞKİSİ

Gıdalarla astımın ilişkisi özellikle erken çocukluk döneminde ortaya konmuştur. Erişkinlerde bu ilişki belirgin değildir. Yine de özellikle gıda katkı maddesi içeren yiyecek ve içeceklerden uzak durmakta fayda vardır. Mümkün olduğu kadar doğal beslenme önerilmektedir. Balık ,bazı kabuklu deniz ürünleri, kuruyemiş, yumurta, süt, muz, alerji yapabildiği gibi astım ataklarını da tetikleyebilir. Aşırı hassas bireylerde besin maddesinin kokusu bile astım atağını uyabilir. Bu nedenle çocuğun hassas olduğu yiyecekler konusunda dikkatli olunmalıdır. Bunun yanı sıra besinlere lezzet, renk vermek ya da bozulmalarını önlemek için içlerine katılmasına izin verilen katkı maddeleri, normal kişilere yüksek dozlarda bile zarar vermediği halde, astımlı bireylerde atağa yol açabilir. Kurutulmuş ve

paketlenmiş meyve, meyve suları, bira, şarap gibi fermantasyon yoluyla, turşu, sucuk, sos, hazır salatalar, cips, işlenmiş hazır yiyecekler bu konuda en dikkatli olunması gerekenlerdir. Çin mutfağında sık kullanılan soya ürünleri de astım yakınmalarını arttırabilir. Eğer birey herhangi bir besin maddesine duyarlı ise bu besinleri tüketmemelidir.

HAVA KİRLİLİĞİ

Ev içinde havada bulunan tahriş edici maddeler astımlı hastaları normal bireylerden daha fazla rahatsız eder ve astım belirtilerinin ortaya çıkmasını kolaylaştırır. Bu tahriş edici maddelerin bazıları kokularından tanınabileceği gibi bazılarının ise varlığı bile fark edilmeyebilir. Sigara, gaz ocağı ve gazlı ısıtıcılar, arızalı kalorifer kazanları odun sobası ve şömine, formaldehit madde salanımı yapan mobilya yalıtım malzemeleri, bu tahriş edici maddeler arasında sayılabilir. Ayrıca temizlik maddesi olarak kullanılan çamaşır suyu, kozmetik malzemelerden parfüm ve deodorant gibi ürünler de hava yollarını uyarabilir. Ev içi ortamda hava kirliliğini önlemek için;

- ✓ Evlerde kesinlikle sigara içilmemeli,
- ✓ Boya-cila- temizlik malzemeleri dikkatle uygulanmalı ve ardından ortam iyice havalandırılmalı,
- ✓ Sobaların baca temizliğine dikkat edilmeli ve bacasız sobalar (gaz yağlı, bütan böcek ilacı ve gazlı vb.) kullanılmamalıdır.

Dış ortamlarda da ani nem ve ısı değişiklikleri, hatta rüzgar bile astım belirtilerini başlatabilir. Genellikle serin ve yağışlı havalarda yakınmalar artar. Motorlu taşıtlardan, sanayi ya da konutlarda kullanılan yakıtlardan kaynaklanan gaz ve tanecikler solunum yollarını tahriş eder.

Dış ortamda hava kirliliğinin yoğun olduğu günlerde gereksiz aktivitelerden kaçınılmalı, evin pencereleri kapalı tutulmalı ve mutlaka gerekmiyorsa dışarı çıkılmamalıdır.

ASTIM VE SİGARA

Yapılan bilimsel çalışmalar sigara içen astımlı hastaların daha sık atak geçirdiğini, daha çok hastaneye yattığını ve nefes darlığının bu hastalarda kalıcı olduğunu göstermektedir. Ayrıca sigara içen astımlı hastaların sigara içmeyenlere göre ilaç tedavisinden daha az yarar

gördüğü bilinmektedir. Yani astımın kontrol altına alınmasındaki en önemli engellerden birisi sigara içimidir. Aynı şeyler ebeveynleri sigara içen çocuklar için de geçerlidir. Bu nedenle astımlı hastalar ve astımlı çocuğu olan anne babalar kesinlikle sigara içmemeli, astımlı hastalar sigara dumanından uzak durmalıdır

- Hamileyken sigara içen annelerin bebeklerinde astım gelişme riski fazla olduğu gibi gebelik süresince pasif sigaraya maruz kalan gebelerin (örneğin baba sigara içiyorsa) çocuklarında da astım gelişme olasılığı fazladır
- Çocukların hayatlarının ilk yıllarında sigaraya maruz kalmaları ,akciğer gelişimini olumsuz etkilediği,solunum fonksiyonlarının yaşitlarından daha düşük olmasına yol açtığı gibi astım gelişme olasılığını artırmaktadır.
- Astımlıların pasif olarak sigaraya maruz kalmaları astım ataklarının sıklığını arttırmakta kontrolü güçleştirmektedir
- Sigara astımlılarda tedavi edici ilaçların tedavi etme yeteneğini bariz şekilde azaltmaktadır

ASTIM TAMAMEN YOK EDİLEBİLİR Mİ?

Astımı tamamen yok etmek mümkün olmayabilir ancak astımda tam kontrol mümkün olabilir. Özellikle düzenli takip, disiplinli ilaç kullanımı ve sağlık personellerinin tavsiyelerinin yerine getirilmesi ile astımın tam kontrolü mümkündür.

ASTIMDA TAM KONTROL NE DEMEKTİR?

Astımda tam kontrol hastanın hiç bir nefes darlığı, öksürük,göğüste tıkanıklık hissinin olmaması, eforla nefes darlığının olmaması, gece nefes darlığı ile uyanmaması , kurtarıcı ilaç kullanmaması, nefes darlığı nedeni ile acile başvurmaması, astım nedeniyle hastaneye yatmaması ve bunlar sağlanırken de ilaçların herhangi bir yan etkisi olmaması anlamına gelmektedir.Bu hastaların çoğunda ulaşılabilir bir hedeftir.

ASTIMDA EVDE TAKİP NASIL YAPILIR?

Astımda evde takip hasta tarafından kolaylıkla yapılabilir. Hastanın hedefi tam kontrolü sağlamak olmalıdır. Bunun için hekimi tarafından önerilen ilaçları düzenli olarak kullanırken kendi durumunu sürekli değerlendirmelidir. Bu değerlendirmeleri objektif hale getirmek ve kontrole gidince, iki kontrol arası sürede durumunun nasıl olduğunun doktor tarafından anlaşılabilmesi için semptom skorları tutabilir. Değişik semptom skor formları mevcuttur. Hasta bir çizelge yaparak günlük olarak semptom skorlarını basit olarak: 0=nefes darlığı yok 1=hafif nefes darlığı 2=orta derecede nefes darlığı 3= şiddetli nefes darlığı şeklinde bir kağıda yansıtabilir. Aynı çizelgeye kurtarıcı ilaç kullanımı olup olmadığı, gece nefes darlığı ile uyanma olup olmadığı gibi detaylar da eklenebilir. Ayrıca PEF metre denilen basit bir cihazla evde solunum fonksiyonları hakkında kabaca fikir sahibi olunabilir. Hastanın yaş, boy cinsine göre normal değerler hekim tarafından saptanarak hastaya belli değerlerin altında kurtarıcı ilaç kullanması gerektiği belli değerler altına düşünce de mutlaka doktoruna başvurması gerektiği söylenebilir.

Yün, pamuk, kuş tüyünden yapılmış yorgan, yastık, battaniye gibi eşyalar kullanılmamalı, sentetik, meteryal (elyaf) ile yapılmış olanları kullanılmamalıdır.

İMMUNOTERAPİ (AŞI TEDAVİSİ) YAPTIRAYIM MI?

İmmünoterapi alerjiniz olan maddeyi gittikçe artan dozlarda vücuda vererek vücutta o maddeye karşı bağışıklık oluşturmayı hedefleyen bir tedavi şeklidir. Astımın kontrolünde güçlük çekilen, astımla birlikte alerjik nezlesi de olan özellikle çocuk ve gençlerde doktor önerisiyle immünoterapi denenebilir.

HAYAT BOYU İLAÇ KULLANMALI MIYIM?

Astım tedavisinde amaç ağır bir astımlıyı orta derecede astımlı hale getirebilmek, orta astımlıyı ise hafif astımlı hale getirebilmektir. Bu amaçla bazen ilaçların hiç dozunu azaltmadan sizin kontrolünüzün sağlandığı dozda 6ay- 1 sene sürekli kullanmak gerekebilir. Bu süre sonunda tam olarak kontrol sağlandı ise hekiminizin dozu düşmeyi deneyebilir. Dozu kendiniz düşmeyiniz. Doz gittikçe düşürülerek bir süre sonra hiç ilaç kullanmaz hale

gelebilmek hastaların bir kısmında mümkün olabilmektedir. Ancak ilaçların dozunu kendiniz azaltmayın ve ilaçlarınızı kendiliğinizden bırakmayın.

ASTIM ATAĞINDA NE YAPACAĞIM?

Astım atağında çocuğunuzun kullanmakta olduğu kısa etkili beta mimetik ilacı 2 nefes vermeniz gerekmektedir. Şayet nefesinde bir düzelme hissetmezseniz 20 dakika sonra 2 nefes daha bu ilaçtan verebilirsiniz. İkinci ilaç alımından 20 dakika sonra hala nefesi düzelmedi ise ve özellikle durumu daha da kötüye gidiyorsa en yakın sağlık kuruluşuna başvurarak acil yardım almanız gerekebilir



EK II

ASTIMLI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNE VERİLEN TABURCULUK EĞİTİMİNİN HASTALIK SEYRİNE ETKİSİ

Bu anket formu astımlı çocuk ebeveynlerine verilen taburculuk eğitiminin astım seyrine etkisini araştırmak amacıyla düzenlenmiştir. Çalışma sonucunun güvenilir olabilmesi için soruları dikkatli bir şekilde yanıtlamanızı ve boş bırakmamanızı önemle rica eder, işbirliğiniz ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Özlem KAÇKIN

Hastanın adı soyadı

Hastanın Adres ve irtibat telefonu:

ASTIMLI ÇOCUĞA AİT DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER SORU FORMU

Çocuğun yaşı

- 1- 0-4 yaş
- 2- 5-9 yaş
- 3- 10 yaş ve üstü

Çocuğun cinsiyeti

- 1-Kadın
- 2-Erkek

Annenin doğum öncesi sağlık personeli tarafından kontrol sıklığı

1. Ayda 1 den daha az
2. Ayda 1
3. Ayda 1'den fazla

Doğum şekli

1. Vajinal doğum
2. Abdominal doğum

Doğum haftası

- 1- 26-30
- 2- 31-35
- 3- 36 ve üstü

Doğum ağırlığı

1. 2000 gr altı
2. 2000 -3000 gr
3. 3000 gr üstü

Bebeğin doğumdan sonra ilk aldığı besin

1. Anne sütü
2. Bal
3. Şekerli su
4. Diğer

Bebeğin anne sütü alma Süresi

- 1- 0-2 ay
- 2- 3-5 ay
- 3- 6 ay ve üstü

Bebeğin anne sütü alma sıklığı

1. 2 saatten daha sık aralıklarla
2. 2 saatte 1 besleme
3. 2 saatten daha uzun aralıklarla

Bebeğin mama alma Süresi

- 1- 0-2 ay
- 2- 3-5 ay
- 3- 6 ay ve üzeri

Bebeğin mama alma sıklığı

1. 2 saatten daha sık aralıklarla
2. 2 saatte 1 besleme
3. 2 saatten daha uzun aralıklarla

AİLENİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Babanın eğitim durumu

- 1- Okuryazar olmayan
- 2- Okuryazar olan

Annenin eğitim durumu

- 1- Okuryazar olmayan
- 2- Okuryazar olan

Ailedeki birey sayısı

- 1- 3-6
- 2- 7 ve fazlası

Ailedeki çocuk sayısı

- 1- 1-3
- 2- 4-6
- 3- 7 ve üstü

Aile tipi

- 1- Çekirdek
- 2- Geniş

Bakımından sorumlu kişiler

- 1- Anne
- 2- Diğer

Ailenin aylık gelir durumu

- 1- Gelir giderden az
- 2- Gelir gidere denk
- 3- Gelir giderden fazla

Ailede sigara içen birey var mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

KONUT ÖZELLİKLERİ**Konutun tipi**

- 1- Apartman dairesi
- 2- Diğer (Gecekondu Müstakil)

Mülkiyeti

- 1- Kira
- 2- Kendilerinin
- 3- Diğer

Konutta kalma süresi

- 1- 1 yıl ve daha az
- 2- 1 yıldan fazla

Isıtma sistemi

- 1- Kömür
- 2- Elektrik
- 3- Diğer

Aile bireylerinin yaşam alanı

- 1- Aynı odayı kullanma ve yatma
- 2- Aynı odayı kullanma farklı odada yatma

Evde beslenen hayvan var mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

BAKIMINDAN SORUMLU KİŞİNİN HASTALIK HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ

Daha önce astım hastalığı hakkında bilgi aldınız mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

Cevabınız evet ise bu bilginin kaynağı nedir?

- 1- Sağlık personeli
- 2- Eş/dost/akraba
- 3- Diğer

Hangi konuda bilgi aldınız?

- 1- Astımın nedeni
- 2- Astımın seyri
- 3- Astımın tedavisi
- 4- Hepsi
- 5- Diğer.....

HASTALIĞA YÖNELİK YAPILAN UYGULAMALAR

| Uygulamalar | evet | hayır |
|--|------|-------|
| Aktardan alınan otları kaynatıp içirme | | |
| Göğsüne, sırtına havlu koyma | | |
| Göğsüne, sırtına zeytinyağı sürme | | |
| Hamama götürme | | |
| Hocaya götürüp muska yaptırma | | |
| Ölünün yıkama suyunu kaynatıp içirme | | |

Astımlı çocuğa ait geçmiş sağlık rnts

Geçirdiği hastalıklar

1-Pnömoni

2-Bronşit

3-Diğer

Hastaneye yatma durumu

1-Evet

2-Hayır

Hastanede yatma süresi

1-1-5 gün

2-6 ve fazlası

III

ASTIM VE SEMPTOMLARININ PREVELANSININ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Astım atağı sırasında görülen belirtileri ve tetikleyici faktörleri (X) şeklinde işaretleyiniz

| Astım atağı sırasında görülen belirtiler | Evet | Hayır |
|--|------|-------|
| Eforla öksürük | | |
| Kuru öksürük | | |
| Gece öksürüğü | | |
| Hışiltı | | |
| Balgamlı öksürük | | |
| Nefes darlığı | | |
| Öksürükle birlikte kusma | | |
| Boğaz ağrısı | | |
| Ateş | | |
| Burun tıkanıklığı | | |
| Astım atağını tetikleyici faktörler | | |
| Sigara | | |
| Toz | | |
| Enfeksiyon | | |
| Dumanla temas | | |
| Ağır aktivite | | |

Son 1 ayda görülen atak sayısı:

- 1- 0-3
- 2- 4-6
- 3- 7 ve daha fazla

Atak sırasında yapılan ilk uygulamalar:

1. Acil servise başvurma
2. Buhar verme
3. Giysilerini rahatlatma
4. İlaç verme
5. Sirtına vurma

Son 1 ayda öksürükle uyanma görüldü mü?

1. 0-2 kez
2. 3-6
3. 7 ve daha fazla

Son 12 ayda hastanın acil servise başvuru sayısı

1. 1-4
2. 5-9
3. 10 ve üstü

Son 12 ayda acil serviste kalış süresi

1. 1 saatten az
2. 1-3 saat
3. 3 saatten fazla

Son 12 ayda hastanın servise yatış sayısı:

1. 1-4
2. 5-9
3. 10 ve üstü

Son 12 ayda hastanın serviste yatış süresi

1. 1-10 gün
2. 11-20 gün
3. 21 gün ve üstü

Son 12 ayda hışıltı görülme sıklığı nedir?

1. 0-4
2. 5-9
3. 10 ve üstü

Son 12 ayda kaç kez astım nedeniyle uyku düzenini bozuldu?

1. 0-4
2. 5-9
3. 10 ve üstü

Son 1 ayda astım günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasına neden oldu mu?

1. 0-4
2. 5-9
3. 10 ve üstü

Son 1 ayda rahatlatıcı inhaler cihazınızı ve ya sulbutamol türü nebülizer ilacı kullanma sıklığı:

1. 0-4
2. 5-9
3. 10 ve üstü

EK IV

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu Katıldığınız Çalışma Bilimsel Bir Araştırma Olup, Araştırmanın Adı ‘**Astımlı Hasta ebeveynlerine Verilen Taburculuk Eğitiminin Astım Seyrine Etkisi**’dir.

Bu araştırma ile ilgili olarak benden beklenen sadece anketleri doğru yanıtlamaktır. Benim için herhangi bir risk yoktur. Araştırmacı bilgim dâhilinde veya isteğim dışında çalışma programını aksatmam vb. nedenlerle beni araştırmadan çıkarabilir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun için 0544 771 32 57 no’lu telefondan Selma Kahraman’a 05419111060 no’lu telefondan Özlem KAÇKİN’ e başvurabileceğim.

Araştırmada yer almayı kendi isteğim ile kabul ediyorum. Araştırmada yer almayı reddedebilir ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirim; bu durum herhangi bir cezaya ya da benim yararına engel duruma yol açmayacaktır. Çalışmadan çekilmem ya da araştırmacı tarafından çıkarılmam durumunda, kendim ile ilgili veriler gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Bu araştırmada yer almam nedeniyle bana hiçbir ödeme yapılmayacaktır ve benden hiçbir ücret talep edilmeyecektir.

Çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri Yrd.Doç. Dr. Selma Kahraman’a ulaştırılacaktır. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler veriye ihtiyaç duyan diğer ülke hükümetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu

koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.



EK V

Etik Kurul Onayı



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : 74059997.050.01.04/26
Konu : Proje

14/02/2014

Sayın Yrd.Doç.Dr.Selma KAHRAMAN
Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Yürütücülüğünüz "Astımlı Çocukların Ebeveynlerine Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalık Seyrine Etkisi" başlıklı çalışma Etik Kurul Onayı verilmesine ilişkin, Kurulumuzun 07.02.2014 tarih ve 02 nolu oturum 10 sayılı kararı yazımız ekinde gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç.Dr. Hakan CAMUZCUOĞLU
Etik Kurul Başkan Vekili

EK: Etik Kurul Kararı (1 Adet)

.../02/2014 Mem.T.ZERAY

Tıp Fakültesi Mesleki Binası Diyanlarak yolu üzeri Yenicekür Kampüsü 63300 ŞANLIURFA
Telefon : (0 414) 318 30 31 - 318 30 00 Fax: (0 414) 318 31 92 e-mail: etik.kurul@yahoo.com

| HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı | |
|---|--------------|
| TARİH | : 07/02/2014 |
| OTURUM | : 02 |
| SAAT | : 14:00 |

| | |
|----------|---|
| 14/02/10 | <p>Karar: Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Selma KAHRAMAN'ın yürütücülüğünde olduğu "Astımlı Çocukların Ebeveynlerine Verilen Taburculuk Eğitiminin Hastalık Seyrine Etkisi" başlıklı çalışmaya Etik Kurul Onayı verilmesine.</p> <p>Oybirliğiyle karar verilmiştir.</p> <p>ASLI GİBİDİR Doç.Dr. Hakan CAMUZCUOĞLU Etik Kurul Başkan Vekili</p> |
|----------|---|

EK VI

İzinler



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Şanlıurfa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAYI : 93450149/ 1140
KONU : Tez Çalışması

29/01/2014

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Yüksek Lisans öğrencisi Özlem KAÇKIN'ın yüksek lisans tezi kapsamında "Astımlı çocuk ebeveynlerine verilen tabireculuk eğitiminin hastalık seyrine etkisi" konulu anket çalışmasını Ocak- Şubat 2014 tarihleri arasında Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yatan astımlı çocuk ebeveynleriyle yapması Başkanlığımızca uygun görülmüştür.

Olurlarınıza arz ederim.

Uzm. Dr. M. Cihan EKMEK
İdari Hizmetler Başkanı

O K U R

... 27/2013

Dr. Turhan SULHAN
Genel Sekreter



T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Şanlıurfa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

SAYI : 93460149/1154
KONU : Tez Çalışması

22/01/2014

HARRAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

Genel Sekreterliğimizin 20/01/2014 tarih ve 1140 sayılı Olur'u doğrultusunda; Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Yüksek Lisans öğrencisi Özlem KAÇKIN'ın; konusu "Astımlı çocuk ebeveynlerine verilen taburculuk eğitiminin hastalık seyrine etkisi" tez çalışmasını yapmak üzere Ocak- Şubat 2014 tarihleri arasında Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yatan astımlı çocuk ebeveynleri ile anket çalışması yapması Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. M. Çhan EKMEK
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı