



Sakarya ilindeki aile hekimlerinin çocukluk çağı astım hastalığı hakkındaki tutum, bilgi ve davranışları

The attitude, knowledge, and behavior of family physicians about childhood asthma in Sakarya province

Nezih Nefise Uluç¹, Öner Özdemir²

¹Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya, Türkiye

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye

Cite this article as: Uluç NN, Özdemir Ö. The attitude, knowledge, and behavior of family physicians about childhood asthma in Sakarya province. *Turk Pediatri Ars* 2019; 54(4): 225–37.

Öz

Amaç: Sakarya ilindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin çocukluk çağı astım hastalığıyla ilgili tutum, bilgi ve davranışlarının saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Anket şeklinde düzenlenen çalışmaya 172 hekim katıldı. Ankette aile hekimlerinin tutum ve davranışı, sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamaları, teorik ve klinik bilgilerinin ölçen 46 soru vardı.

Bulgular: Çalışmaya 144 aile hekimi sertifikalı pratisyen aile hekimi, 7 aile hekimi uzmanı, 21 sözleşmeli aile hekimi uzmanlığı araştırma görevlisi olmak üzere toplam 172 hekim katıldı. Katılımcıların %44,2'si astım tanısını koyabilir, %61,6'sı izlem ve idame tedavisini yapabilir, %86'sı ise hafif astım atağı tedavisi verebilir görüşündeydi. Hekimlerin %44,6'sı astım hastalarını her zaman-sıklıkla sevk ettiğini, %92'si her zaman-sıklıkla hastalığının kontrol durumunu sorguladığını, %79,7'si her zaman-sıklıkla tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımı hakkında hatırlatmada bulunduğunu belirtti. Katılımcıların teorik bilgi sorularındaki doğru cevap ortalaması 6,23±1,564;16 klinik olgu sorularında ise 10,33±1,901 idi. Yaş, cinsiyet, çalışılan ilçe, mezuniyetten itibaren geçen süre, mükemmel ziyareti, astım ilacı reçete etme sıklığının tutum ve davranışta anlamlı değişiklik oluşturan aile hekimi özellikleri olduğu görüldü. Klinik olgu sorularındaki başarıyı etkileyen etkenlerin uzman ya da araştırma görevlisi olmak, merkez ilçede çalışmak, aile sağlığı merkezinde afiş/broşür bulundurulmaması olduğu saptandı. Pratisyen aile hekimlerinin uzman ve araştırma görevlilerine göre hastaların kontrol durumunu daha çok sorguladıkları, astımlı hastalara tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımı hakkında daha çok hatırlatmada bulunduğu ve atak tedavisi verilebilir tutumunda olduğu görüldü.

Çıkarımlar: Bu çalışmada astımla ilgili en temel bilgi ve pratik uygulamalarda eksiklik görüldü. Aile hekimlerinin astımla ilgili tutumlarının davranışlarıyla her zaman örtüşmediği gözlemlendi. Özellikle, tutum, davranış ve bilgi düzeyi arasındaki ilişkilerin kendi arasında değerlendirilmesinde anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği; astım; bilgi; davranış; pediatri; Sakarya; tutum

Abstract

Aim: This study aimed to determine the knowledge, attitude, and behavior of family physicians working in family health centers in Sakarya province related to childhood asthma.

Material and Methods: One hundred seventy-two physicians participated in this study, which was conducted as a survey. The questionnaire included 46 questions that measured the attitude and behavior, sociodemographic characteristics, professional practices, theoretical/clinical knowledge of the family physicians.

Results: A total of 172 physicians including 144 certificated general practitioners, 7 family medicine specialists, and 21 contracted family medicine residents were enrolled in the study. Less than half (44.2%) of the participants agreed that family physicians could make a diagnosis of asthma, 61.6% agreed that family physicians could follow up and maintain treatment, and 86% agreed that family physicians could give treatment in cases of mild asthma attack. Some 44.6% of the physicians stated that they always/frequently referred patients with asthma, 92% stated that they always/frequently interrogated if the disease was under control, and 79.7% stated that they always/frequently reminded their patients about triggers and the use of inhaler drugs. The mean number of correct answers was 6.23±1.56 for 10 theoretical questions and 10.33±1.90 for 16 clinical questions. It was observed that age, sex, district of work place, time since graduation, representative visits, and the frequency of prescriptions were the characteristics of family physicians that caused significant changes in attitude and behavior. Being a specialist or family medicine resident, working in a central district, and absence of poster/brochure in family health center were found to be factors that affected success in questions related to clinical cases. It was observed that general practitioner family physicians interrogated the control status more frequently than specialists and family medicine residents, reminded their patients with asthma about triggers and inhaler drug use with a higher rate and exhibited a positive attitude in terms of giving treatment for asthma attacks.

Conclusion: In this study, a deficiency was observed in terms of basic information related to asthma and in terms of practical applications. It was observed that family physicians' attitudes about asthma did not always coincided with their behaviors. No significant correlation was found when the relations of attitude, behavior, and knowledge level were evaluated between themselves.

Keywords: Asthma; attitude; behavior; family practice; knowledge; pediatrics; Sakarya

Sorumlu Yazar /Corresponding Author: Öner Özdemir E-posta /E-mail: ozdemir_oner@hotmail.com

Geliş Tarihi /Received: 07.02.2019 **Kabul Tarihi /Accepted:** 08.10.2019

©Telif Hakkı 2019 Türk Pediatri Kurumu Derneği - Makale metnine www.turkpediatriarsivi.com web adresinden ulaşılabilir.

©Copyright 2019 by Turkish Pediatric Association - Available online at www.turkpediatriarsivi.com

DOI: 10.14744/TurkPediatriArs.2019.39206

OPEN ACCESS This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.



Giriş

Astım, hava yollarının kronik enflamatuar bir hastalıdır. Enflamasyonda yer alan hücreler ve medyatörler havayolu aşırı duyarlılığına ve onun sonucunda gelişen hava yolu obstrüksiyonuna neden olur (1). Hava yolu obstrüksiyonu astımın belirgin bulguları olan hırıltı, nefes darlığı, göğüs sıkışması, sabaha karşı artan öksürük bulgularından sorumludur (2).

Astım çocukluk çağının en sık görülen kronik hastalıdır. Astımın yaygınlığı, buna koştut olarak astım atak ile acil servise başvurular, hastane yatışları ve topluma getirdiği mali yük giderek artmaktadır (3). Türkiye'deki astım hastalarına bakıldığında önemli bir oranda hastanın kontrolsüz ve koruyucu hekimlik hizmeti kapsamı dışında olduğu görülmektedir (4).

Bu çalışmada, Sakarya ilindeki aile sağlığı merkezlerinde (ASM) çalışan aile hekimlerinin çocukluk çağı astım hastalığı ile ilgili tutum, bilgi, davranışlarının ve bunları etkileyen etmenlerin saptanması amaçlanmıştır (5).

Gereç ve Yöntemler

Bu çalışmada araştırma grubuna 2018 yılının Nisan-Şubat ayları arasında Sakarya ilindeki ASM'lerde görev yapan 276 aile hekiminin katılması planlandı; ulaşılabilen ve araştırmayı kabul eden toplam 172 hekim çalışmaya alındı (Tablo 1). Araştırma protokolü, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u tarafından onaylandı (Sayı: 71522473/050.01.04/20, Tarih: 26.01.2018), Helsinki ilkelerine uygun yapıldı ve bütün katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındı.

Araştırmanın tipi

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

Araştırmanın evreni

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

Anket

Çalışmada, katılımcılara dört bölümden oluşan anket uygulandı. Anket soruları araştırmacılar tarafından

uluslararası kılavuzlar göz önüne alınarak hazırlandı. Anketin birinci bölümü aile hekimlerinin astım tanısı koyma, izlem ve tedavisini yapma, atak tedavisi verme konusundaki tutumları ile astım hastalarını sevk etme, hastalığın kontrol altında olup olmadığını sorgulama, tetikleyicilerden korunma ve inhaler ilaç kullanım tekniklerini hatırlatma konusundaki davranışlarını sorgulamaktadır. Anketin ikinci bölümünde aşağıda sıralandığı gibi katılımcılara ait sosyodemografik, mesleki uygulamalar, çalışma şartları, bireysel özelliklere yönelik sorulara yer verilmiştir: cinsiyet, yaş, mezuniyet yılı, çalıştığı ilçe, gezici hizmet görevi varlığı, kayıtlı astımlı hasta sayısı, astım ilacı reçete etme sıklığı, astımlı hasta görme sıklığı, yakınlarında astımlı hasta varlığı, ASM'de astım konulu afiş/broşür bulundurma, astım konulu eğitime katılma durumu, ilaç temsilcisi tarafından astım ilacı ile ilgili ziyarette bulunulma durumu sorgulandı. Anketin üçüncü bölümünde astım patogenezi, tanısı, izlemi ve tedavisi ile ilgili kapalı uçlu 10 soru vardı. Dördüncü bölümünde ise 12 yaşında astım atak ile başvuran ve uygun tedavi sonrası düzelen kontrolsüz hafif persistan astım hastasının tariflendiği bir olgu ile 2,5 yaşında viral enfeksiyon ile tetiklenen sık hışıltı atağı öyküsü bulunan bir olguyla ilgili toplam 16 soru vardı (bakınız anket).

Anketin değerlendirilmesi

Anketin birinci bölümünde tutum sorularına verilen cevaplar diğer verilerle katılıyorum ve kararsızım+katılmıyorum şeklinde iki grup halinde ayrılarak karşılaştırıldı. Davranış sorularının cevapları ise her zaman-sıklıkla ve bazen-nadiren şeklinde iki grup halinde ayrılarak karşılaştırıldı. Unvana göre sınıflama aile hekimi uzmanları ve araştırma görevlileri bir grup, sertifikalı pratisyen aile hekimleri diğer grup olacak şekilde ikiye ayrılarak değerlendirildi (bakınız anket).

İstatistiksel çözümleme

Çalışmanın istatistiksel çözümlemeleri Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi 22,0 (Statistical Package for Social Sciences – SPSS) programı kullanılarak yapıldı. Toplam aile hekimi sayısını 276 olduğu evrende %95 güven aralığında tahmini yaygınlık %50, artı eksi %5 sapmayla, desen etkisi 1,0 alınarak yapılan örneklem hesabı sonucunda örneklem büyüklüğünün en az 169 olması gerektiği. Tanımlayıcı istatistikler frekans ve yüzde olarak hesaplandı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri ölçebilmek için Pearson Ki-kare bağımsızlık testi, Fisher'in kesin testi ile doğru sayılarının gruplar açısından karşılaştırılmasında nonparametrik varyans analizi testleri olan Kruskal Wallis ve Mann Whitney-U testleri kullanıldı. Ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişki düzeyi Spearman korelasyon katsayıları ile deger-

Tablo 1. Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri ve mesleki uygulamaları

	n	%		n	%
Yaş			<18 yaş astım hastası görme sıklığı		
<30	21	12,2	Haftada en az 1	71	41,3
31–40	54	31,4	Ayda 1	31	18
41–50	68	39,5	Ayda 2–3	51	29,7
>50	29	16,9	Yılda birkaç	19	11
Cinsiyet			<18 yaş astım hastası reçete sıklığı		
Kadın	65	37,8	Haftada en az 1	75	43,6
Erkek	107	62,2	Ayda 1	36	20,9
Tıp fakültesi mezuniyetinden itibaren geçen süre			Ayda 2–3	47	27,3
0–10 yıl	50	29	Yılda birkaç	14	8,1
10–20 yıl	63	36,7	Etrafında astım hastası varlığı		
>20 yıl	59	34,3	Evet	70	40,7
Pratisyen aile hekimi	144	83,7	Hayır	102	59,3
Aile hekimi uzmanı	7	4,1	Aile sağlığı merkezinde astımla ilgili afiş/broşür bulundurma		
Sözleşmeli aile hekimi uzmanlığı araştırma görevlisi	21	12,2	Evet	100	58,1
İlçe			Hayır	72	41,9
Merkez	107	62,2	Astımla ilgili bilimsel bir yazı okuma veya toplantıya katılma		
Çevre	65	37,8	Evet	72	41,9
Gezici sağlık hizmeti			Hayır	100	58,1
Evet	67	39	Astımla ilgili ilaç temsilcisi ziyareti		
Hayır	105	61	Evet	89	51,7
Nüfusta kayıtlı astım hastası			Hayır	83	48,3
1–10	66	38,4	Astım konulu Sağlık Bakanlığı eğitimine katılma		
11–20	62	36	Evet	68	39,5
>20	44	25,6	Hayır	104	60,5

lendirildi. İstatistiksel önemlilik değeri, $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

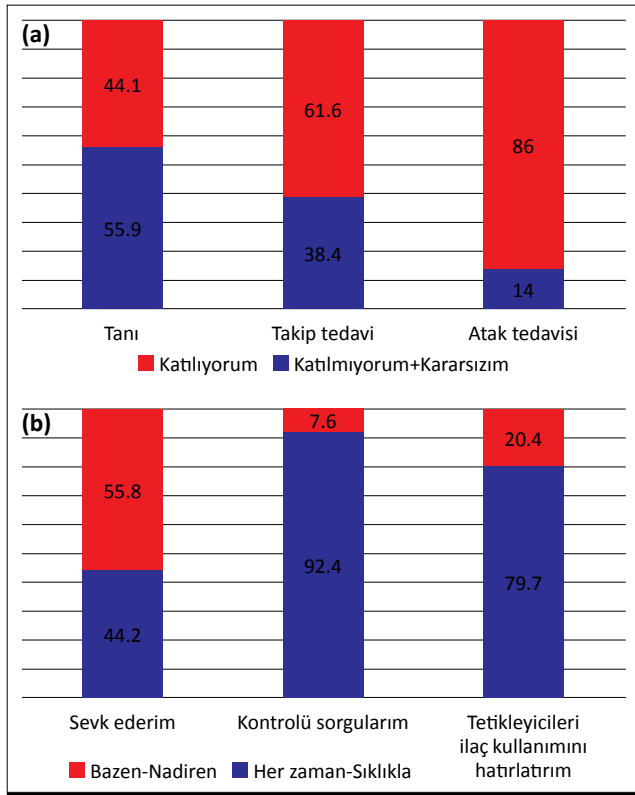
Çalışmaya 144 aile hekimi sertifikalı pratisyen, 7 aile hekimi uzmanı, 21 sözleşmeli aile hekimi uzmanlık araştırma görevlisi olmak üzere toplam 172 hekim katıldı. Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin büyük çoğunluğunu 41–50 yaş arası (%39,5), erkek (%62,2), mezuniyetinden itibaren geçen süre 10–20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

(%58,1), son 1 yıl içinde astımla ilgili bilimsel bir yazı okumamış ya da toplantıya katılmamış (%58,1), son 1 yılda astımla ilgili ilaç temsilcisi ziyaretinde bulunmuş (%51,7), Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen astım konulu herhangi bir eğitime katılmamış (%60,5) grup oluşturmaktaydı (Tablo 1).

Tutum sorularına verilen cevapların demografik verilerle ve kendi içinde değerlendirilmesi

Aile hekimlerinin 18 yaşından küçük hastalarla ilgili davranış ve tutumlarının sorgulandığı 1. bölümünde katılımcıların % 44,2’si “Aile hekimi astım tanısını koyabilir”, %61,6’sı “İzlem ve idame tedavisini yapabilir”, %86’sı ise “Hafif astım atağı tedavisi verebilir” ifadesine “Katılıyorum” yanıtını vermiştir (Şekil 1a).

Erkek olmanın, yaşın 50’nin üzerinde olmasının, mezuniyetten itibaren 20 yıldan fazla süre geçmesinin,



Şekil 1. (a) Çalışmaya katılan aile hekimlerinin ankette yer alan çocukluk çağı astım hastalığı hakkındaki tutum ile ilgili ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı. (b) Çalışmaya katılan aile hekimlerinin ankette yer alan çocukluk çağı astım hastalığı hakkındaki davranışları ile ilgili ifadelerine verdikleri yanıtların dağılımı

ilaç temsilcisi ziyareti ve sık reçete yazmanın tanı koyabilir tutumunun gelişmesi ile istatistiksel anlamlı ilişki gösterdiği görüldü ($p=0,014$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,017$). İlaç temsilcisi ziyareti ve sık reçete yazmanın hem ‘tanı koyabilir’ hem de ‘izlem ve tedavi yapabilir’ tutumunun gelişmesi ile istatistiksel anlamlı ($p<0,001$; $p=0,016$) ilişkili olduğu görüldü. Pratisyen aile hekimi olmanın ve çevre ilçelerde çalışmanın atak tedavisi verilebilir tutumunun gelişmesi ile istatistiksel anlamlı ($p=0,010$; $p=0,009$) ilişkili olduğu görüldü.

Tanı koyabilir tutumunda olanların anlamlı olarak izlem tedavi yapabilir tutumuna katıldığı görüldü ($p=0,04$). Tanı koyabilir ve izlem-tedavi yapabilir görüşüne katılan ve katılmayanların atak tedavisi verilebilir ifadesine verdikleri cevaplar karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p=0,114$).

Davranış sorularına verilen cevapların demografik verilerle ve kendi içinde değerlendirilmesi

Davranışın sorgulandığı sorularda ise katılımcıların %44,2’si “ASM’ye başvuran 18 yaşından küçük astım

hastalarını her zaman-sıklıkla üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ederim”, %92,4 “Her zaman-sıklıkla hastalığının kontrol altında olup olmadığını sorgularım”, %79,7’si “Her zaman-sıklıkla tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmada bulunurum” yanıtını verdi (Şekil 1b).

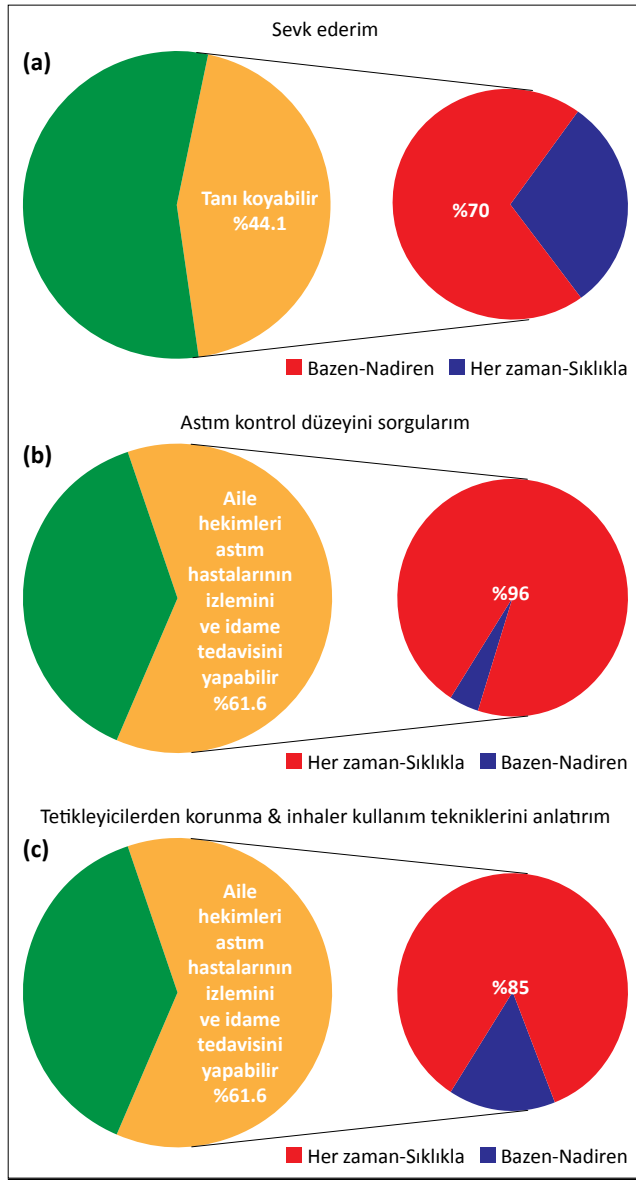
Merkez ilçelerde çalışmanın astım hastalarını sevk etme davranışı ile ilişkili olduğu görüldü ($p=0,033$). Pratisyen aile hekimlerinin uzman ve araştırma görevlilerine göre hastaların kontrol durumunu daha çok sorguladıkları görüldü. Pratisyen aile hekimi olmanın, kadın olmanın ve mezuniyetten itibaren 20 yıldan uzun süre geçmesinin hastaya tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımı hakkında hatırlatmada bulunma davranışı ile ilişkili olduğu görüldü ($p=0,007$; $p=0,041$; $p=0,017$).

Astım hastalarını her zaman-sıklıkla ve bazen-nadiren sevk edenler arasında hastanın kontrol durumunu sorgulama; tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımı hakkında hatırlatmada bulunma davranışlarının sıklığı ile istatistiksel anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,466$; $p=0,084$). Astım hastalarının kontrol durumunu her zaman-sıklıkla sorgulayan hekimlerin bazen-nadiren sorgulayan hekimlere göre istatistiksel anlamlı olarak daha fazla her zaman-sıklıkla tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımı hakkında hatırlatmada bulunurum yanıtını verdiği saptanmıştır ($p<0,001$).

Tutum-davranış sorularına verilen cevapların kendi arasında değerlendirilmesi

“Aile hekimleri ASM şartlarında 18 yaşından küçük hastaların astım tanısını koyabilir” ifadesine “Katılmıyorum” ya da “Kararsızım” yanıtını verenler aynı ifadeye “Katılıyorum” yanıtını verenlere göre sevk etme davranışıyla ilgili soruya istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla “Astım hastalarını üst basamak sağlık kuruluşuna her zaman-sıklıkla sevk ederim” yanıtını verdi ($p<0,01$). Yine de, aile hekimlerinin astım tanısını koyabileceği görüşünde olan hekimlerin %30’unun her zaman-sıklıkla astım hastalarını üst basamak sağlık kuruluşuna sevk ettiği saptandı (Şekil 2a).

İzlem ve tedavi yapabilir tutumunda olan hekimlerin tamamına yakınının hastanın kontrol durumunu sorguladıkları, hastaya tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımını hakkında hatırlatmada buldukları görüldü (Şekil 2b, c). Fakat astım hastalarının izlem ve tedavisini yapabileceği görüşüne katılan ve katılmayan hekimlerin hastaları üst basamak sağlık kuruluşuna sevk etme oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,079$).



Şekil 2. (a) "Aile hekimleri Aile sağlığı merkezi şartlarında 18 yaşından küçük hastalarda astım tanısı koyabilir" görüşüne katılan aile hekimlerinin astım hastalarını üst basamak sağlık kuruluşuna sevk etme oranı. (b) "Aile hekimleri astım hastalarının izlemine ve idame tedavisini yapabilir" görüşünde olan aile hekimlerinin astımlı hastanın hastalığının kontrol altında olup olmadığını sorgulama oranı. (c) "Aile hekimleri aile sağlığı merkezi şartlarında 18 yaşından küçük astım hastalarının izlemine ve idame tedavisini yapabilir" görüşünde olan hekimlerin astımlı hastalara tetikleyicilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım teknikleri hakkında hatırlatmada bulunma oranı

Atak tedavisi verilebilir görüşünde olan hekimlerin bu görüşte olmayan hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı oranda "Bazen-nadiren sevk ederim", "Her zaman-sıklıkla hastanın kontrol durumunu sorgularım, her zaman-sıklıkla tetikleyiciler ve inhaler ilaç kullanımını hakkında hatırlatmada bulunurum" yanıtını verdiği ($p=0,02$; $p=0,017$; $p=0,021$) saptandı.

Katılımcıların tutum sorularına verdikleri "Katılıyorum" yanıtları ile davranış sorularına verdikleri "Bazen nadiren sevk ederim, her zaman-sıklıkla kontrol sorgularım ve her zaman-sıklıkla hatırlatmada bulunurum" olumlu yanıtları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulundu. Tutum sorularının üçüne birden katılıyorum yanıtını veren hekimlerin anlamlı olarak daha fazla olumlu davranışta buldukları görüldü (Tablo 2).

Bilgi sorularına verilen yanıtların demografik verilerle ve kendi içinde değerlendirilmesi

Katılımcıların 3. bölümde yer alan 10 teorik bilgi sorularındaki doğru cevap ortalaması $6,23 \pm 1,564$ (en düşük-en yüksek: 2–10) ve 4. bölümde yer alan 16 klinik olgu sorularındaki doğru cevap ortalaması ise $10,33 \pm 1,901$ en düşük en yüksek: 6–15) idi (Tablo 3).

Teorik bilgi soruları ile demografik veriler arasında ilişki saptanmazken, klinik olgu sorularındaki bilgi düzeyi ile ilişkisi olan özelliklerin merkezde çalışmak, uzman ya da araştırma görevlisi olmak ve ASM'de afiş bulundurmamak olduğu görüldü ($p=0,033$; $p=0,007$; $p=0,037$).

Hekimlerin teorik sorulara ve klinik olgu sorularına verdikleri doğru cevap sayıları arasında düşük seviyede aynı yönde istatistiksel olarak anlamlı denebilecek bir korelasyon vardı ($n=172$, $r=0,232$, $p=0,002$).

Hafif persistan astımla ilgili klinik olgu (31.) sorusunda profilaksi olarak inhale tercih edenlerin oranı %71,5 iken; akut astım atak ile başvuran bu hastaya antibiyotik reçete edilmesi, mukolitik reçete edilmesi, akciğer grafisi çekilmesi oranları ise sırasıyla %5,2, %20,9 ve %44,8 idi. Sık hışıltı öyküsü bulunan 2,5 yaşındaki hastaya inhaler ve lökotrien reseptör antagonisti verme oranı sırasıyla %54,1 ve %41,3 idi (Tablo 3).

Tutum, davranış ve bilgi düzeyi arasındaki ilişkilerin kendi arasında değerlendirilmesi

Teorik ve klinik olgu sorularına verilen doğru cevap sayısı ile tutum-davranış sorularına verilen cevapların karşılaştırmasında istatistiksel anlamlı bir fark saptanmadı. Hekimlerin tutum sorularına verdikleri "Katılıyorum" yanıtı ve "Bazen nadiren sevk ederim, her zaman-sıklıkla kontrol sorgularım ve her zaman-sıklıkla hatırlatmada bulunurum" olumlu davranışları ile teorik ve klinik olgu soruları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı.

Tartışma

Astım konusunda birçok uluslararası uzlaşma raporu ve kılavuz bulunmasına karşın hekimlerin astım hastala-

Tablo 2. Tutum ve davranış sorularına verilen cevapların kendi arasındaki ilişkisi

	Davranış sorularına olumlu yanıtlar						Toplam	P
	1 ve altı		2		3			
	n	%	n	%	n	%		
Tutum sorularına <i>katılıyorum</i> yanıt sayıları								
0	5	41,7	6	50	1	8,3	12	
1	10	25	19	47,5	11	27,5	40	<0,001
2	8	11,8	36	52,9	24	35,3	68	
3	0	0	10	19,2	42	80,8	52	

rına yaklaşımlarını belirleyen mezuniyet sonrası eğitim, mesleki tecrübe, sosyokültürel özellikler gibi farklı değişkenlerin olduğu bilinmektedir (6). Bu çalışmada aile hekimlerinin çocukluk çağı astım hastalığı hakkındaki tutum, bilgi ve davranışları ortaya konulmak istenmiştir.

Tutum ve davranışı etkileyen başlıca demografik özelliklerin aile hekimlerinin unvan, yaş, cinsiyet, tıp fakültesi mezuniyetinden itibaren geçen süre, astım ilacı reçete sıklığı, ilaç temsilcisi ziyareti (aile hekimlerinin Sakarya ilinde merkez ya da merkez çevresinde), çalıştığı ilçe olduğu görülmüştür. İlaç temsilcisi ziyaretinin ile hekimlerinin hem tanı koyabilir hem de tedavi yapabilir görüşünün gelişmesinde diğer etmenlerle beraber ilişkili olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Temsilcinin ziyareti sonucunda ilacı reçete etme sıklığı tahmin edilen aile hekiminin tedaviden tanıya gitme yöntemini kullanarak, hastanın tariflediği semptomların gerilediğini gözlemlemesi ve hastalık hakkında deneyiminin artması gibi sebepler tanı koyabilir ve tedavi edebilir görüşünün gelişmesine katkı sağlayabilir. Hastanın kendisine tedavi başlayan hekim kontrol gelmesi sonucunda da hekimde izlem ve tedavi yapabilir görüşü gelişmiş olabilir. Astım tanısını koyma, izlemine ve tedavisini yapma düşüncesinde olan hekimlerin hastaların tedavilerini düzenledikleri için reçete sıklıkları da yüksek çıkmış olabilir; ancak dizinde sık ilaç reçete etmenin sık ilaç temsilcisi ziyareti ile ilişkisinin saptandığı yayınlar da vardır (7). Çalışmamızda ilaç temsilcisi ziyaretinin hekimlerin tutumunu etkilemede her zaman en önemli araç olarak görülen eğitimin dahi önüne geçişi görülmüştür. İlaç temsilcilerinin daha çok hekime ulaşmak ve etkilemek amacıyla iletişimi akılcı kullanma, net ve akılda kalıcı bilgilendirme teknikleri konusunda profesyonel bir yaklaşım benimsemiş olmaları hekimlerin tutumunu etkilemedeki başarılarını açıklayabilir. Tutum, bilgi ve davranışı geliştirmede ilaç temsilcisinin hekim üzerinde oluşturduğu etkiyi azaltacak yaklaşımlar üzerine gidilmelidir.

Çalışmamızda, Boyacı ve ark. (8) çalışmasına göre astım tanısını koyabileceğini belirten hekim oranı daha düşük iken tedavi edebileceğini belirtenlerin oranı benzer oranda (%60,3 ve bizde %61,6) bulundu. Çalışmamızda astım tanısını koyabileceğini belirten hekim oranının (%44,2), Boyacı ve ark. (8) çalışmasına göre (%75,4) düşük saptanmasının sebebi, aile hekimlerindeki astım tanısında solunum işlevlerinin değerlendirme zorunluluğu düşüncesi olabilir. Astım hastalarının solunum işlevlerinin ölçümü önemli olmakla birlikte bu durum ASM şartlarında astım tanısının öykü ve klinik belirtilerle konması için bir engel değildir, ancak tanıda şüphe edilen durumlarda uzman görüşüne gereksinim duyulabilir (1). Çalışmamızda, astım tanısının konulabileceğine katılan/ katılmayanlar arasında teorik/klinik bilgi açısından fark bulunmaması ve astım tanısını koyabileceği görüşündeki grubun üçte birinin hastaları sıklıkla sevk etmesinin nedeni çocukluk çağında astım tanısının zor olmasının yanında yasal kaygılar olabilir.

Aile sağlığı merkezinde astımlı hastaların izlem ve tedavisinin yapılabileceği görüşündeki hekimlerin tamamına yakınının hastaların kontrol düzeyini, tetkileycilerden korunma önlemleri ve inhaler ilaç kullanım tekniklerini sorguladıkları görülmüştür; ancak konularla ilgili teorik sorulara verilen doğru cevap oranlarının düşük olması bir çelişki oluşturmaktadır. Bir çalışmada astım kontrol durumunun değerlendirilmesi için GINA kılavuzunun önermediği yöntemlerin de hekimler tarafından kullanıldığı bildirilmiştir (9). En az doğru yanıt verilen soru astım kontrol parametrelerinin sorgulandığı sorudur. Ko ve ark. (10) tarafından Hong Kong'da pratisyen, çocuk uzmanı ve diğer uzmanlık dallarında olan hekimlerin de alındığı çalışmada astım kontrol parametrelerini doğru tanımlama oranlarının %86–94 arasında değiştiğini bildirilmiştir. Çalışmamızda bu oranın daha düşük saptanmasının nedeni katılımcıların büyük çoğunluğunu aile hekimliği uzmanı olmayan pratisyen aile hekimlerin oluşturması olabilir. Başka bir derlemede

Tablo 3. Aile hekimlerinin bilgi sorularını doğru yanıtlama oranları

	n	%
Teorik sorular		
Öykü	121	70,3
Fizik muayene	129	75
Ayrıncı tanı	97	56
Patogenez	136	79,1
Tetikleyici	42	24,4
Astım kontrol düzeyi	54	31,4
Farmakoterapi	94	54,7
Korunma (ev içi allerjen)	109	63,4
Korunma (risk taşıyanlara öneri)	76	44,2
İnhaler cihaz kullanımı	125	73,8
Olgu 1 (>5 yaş+astım atak)		
Sistemik steroid	130	75,6
İnhaler B-agonist 20 dk arayla 3 kere verilmesi yanlıştır	62	36
İnhaler ipratropium bromür 20 dk arayla 3 kere verilmesi yanlıştır	123	71,5
Tetikleyici nedenler ve inhaler kullanım tekniği sorgulanır	148	86
Akciğer grafi ile akciğer değerlendirilmesine gerek yoktur	77	44,8
Antibiyotik verilmez	163	94,8
Mukolitik verilmez	136	79,1
Daha önce inhale başlanmadıysa başlanır	123	71,5
Profilaksi olarak ilk sırada lökotrien reseptör antagonisti tercih edilmesi uygun değildir	124	72,1
Profilaksi olarak tek başına uzun etkili B-agonist tercih edilmez	107	62,2
İnhale tedavisine lökotrien reseptör antagonisti eklenebilir	97	56,4
Halen profilaktik tedavi alıyorsa 2–4 hafta süreyle bir basamak atlanır	95	55,2
Olgu 2 (<5 yaş)		
Profilaktik olarak günlük düşük doz inhaler ilaç başlanır	93	54,1
Profilaktik olarak günlük lökotrien reseptör antagonisti başlanır	71	41,3
Kısa etkili B agonist 'ihtiyaç halinde' kullanılmaya devam edilir	133	77,3
Düşük doz inhale +uzun etkili B agonist ile profilaksi başlanması uygun değildir	95	55,2

ise astım hastalarının sadece üçte birinin uzmanlık alanı astım olan bir hekim tarafından izlendiği bildi-

Tablo 4. İlaç temsilcisi ziyaretine göre tutum sorularına verilen cevapların dağılımı

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

rilmiştir (11). Birinci basamak sağlık merkezine başvuran hastaların yaklaşık üçte birini solunum yolu hastalıklarının oluşturduğunu düşünürsek ülkemizde aile hekimlerinin astım kontrol düzeyini değerlendirecek bilgi düzeyinin artırılması büyük önem taşımaktadır (12).

Çalışmamızda teorik sorularda %79 oranı ile en yüksek oranda patogenezle ilgili soruya doğru cevap verilmesi ve profilakside inhale tercihinin yüksek (%71,5) olması, astımın kronik enflamatuvar bir durum olduğunun benimsendiğini göstermektedir. Geçmiş dizine (%33,7) göre %79 oranı oldukça yüksektir (13). Bu sonucun yıllar içerisinde astım farkındalığındaki artış ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Kontrolsüz hafif persistan astım hastasıyla ilgili klinik sorularda hekimler %71,5 oranında profilaksi olarak inhale tercihinde bulunmuştur. Bu sonuç Özkurt ve ark. (14) çalışmasının sonuçlarına yakındır. Viral enfeksiyon ile tetiklenen hışıltılı süt çocuğunda profilaksi olarak aile hekimlerinin %54,1'i inhale, %41,3'ü lökotrien reseptör antagonisti başlama-yı tercih etmişlerdir. Katılımcıların yaş grubuna göre profilaksi tercihinin değişmesinin, epizodik hışıltı sınıfına giren hastalarda lökotrien reseptör antagonisti tercihlerinin ön plana çıkması nedeni ile olduğu düşünülmüştür (15).

Aile hekimi uzmanı ve araştırma görevlilerinin akademik eğitim almış olmaları çalışmamızda bilgi sorularına verdikleri doğru yanıtların daha fazla olmasını açıklayabilir. Doğru yanıt sayısındaki farkın sadece klinik olgu sorularında görülmesini ise kullanılan bilgilerin kalıcı hale gelmesi açıklayabilir. Merkezde sayıca çok olan pediatri uzmanlarıyla daha çok iletişim halinde olmaları, bilimsel toplantıların merkez ilçelerde düzenlenmesi merkezde çalışan hekimlerin klinik olgu sorularına daha çok doğru yanıt vermelerinin nedeni olabilir. Afiş/broşür bulundurduğunu ifade eden hekimlerin klinik olgu sorularına daha az doğru yanıt vermesi, astımla ilgili hastaların farkındalığını arttırmaya yönelik çalışmaların hekimlerde bile bu etkiyi yaratmadığını göstermiştir.

Tablo 5. Katılımcıların ünvanlarına göre anket sorularına verdikleri yanıtlardan istatistiksel anlamlı fark çıkan sonuçları

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

Pratisyen aile hekimleri, uzman ve araştırma görevlilerine göre atak tedavisi verilebilir görüşüne daha yüksek oranda katılmakta, astım kontrol durumunu daha sık sorgulamakta, tetikleyicilerden korunma ve inhaler ilaç kullanım tekniği hakkında daha sık hatırlatmada bulunmaktadırlar. Klinik olgu sorularında ise doğru cevap daha azdır (Tablo 5). Bu durum akademik eğitimin bilgi düzeyini arttırmada etkili ancak tutum-davranış geliştirmede yetersiz kaldığını göstermektedir. Aile sağlığı merkezinde atak tedavisi verilmemeli düşüncesinin, durumu daha ciddiye alan hekimlerin hastaya gerekli zamanı ayıramama kaygısından kaynaklandığı düşünülebilir. Uzman ve araştırma görevlileri eğitim aldıkları hastanelerde astımın kronik tekrarlayan doğasına ve hasta uyumsuzluğuna daha çok şahit oldukları için hasta bilgilendirmelerinden vazgeçmiş ya da eğitimleri esnasında bu konuda yeterince bilgilenmemiş olabilirler. Dizinde astımla ilgili kılavuz bilgilerinin en çok klinik iyileşmeye katkısı olmayacağı düşüncesinden ötürü kullanılmadığını bildiren yayınlar vardır (16). Başka bir çalışmada astımlı hastanın kontrolünün bağımsız olarak hekimin doğru uygulamaları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (17). Aile sağlığı merkezleri hasta eğitimine zaman ayrılarak kronik ve alevlenmelerle giden astım seyrini iyileştirmek için bir aracı olabilir.

Çalışma yılı fazla olan hekimlerin inhaler ilaç ve tetikleyicilerle ilgili hatırlatmaları daha sık yaptıkları saptanmıştır. Yakın zamanda mezun olmuş hekimlerin tıp fakültesinde yeterli farkındalığın oluşmaması nede-

niyle hasta eğitimi ile ilgili konulara daha az değindiği görülmektedir. Astım tanısı konulabilir düşüncesinin yine mezuniyet yılı fazla ve yaşı ileri olan hekimler tarafından kabul gördüğü görülmüştür. Bu durum hekimlerin tecrübelerinin artmasıyla, sık gördükleri olgulara zamanla yaklaşım geliştirme çabalarından kaynaklanıyor olabilir.

Erkek hekimlerin astım tanısı konulabilir düşüncesinde olduğu, kadın hekimlerin ise inhaler ilaç kullanımı ve tetikleyiciler hakkında daha fazla hatırlatmada buldukları görülmüştür. Çalışmamızda bu davranışın gelişmesinde Hollanda'da yapılan bir çalışmada da vurgulandığı üzere kadın hekimlerin hastayı ön plana çıkaran düşünce yapısının etkili olduğu düşünülmüştür (18).

Çevre ilçelerdeki hekimler ASM'de astım atak tedavisi verilebilir görüşündedirler. İkinci-üçüncü basamak hastanelere ya da bir çocuk uzmanına ulaşmanın daha güç olduğu çevre ilçelerdeki aile hekimleri için ASM şartlarında astım atağı tedavisi vermek bir zorunluluk gibidir. Ancak klinik olgu sorularına verdikleri yanıtların düşük olması astım olgularına yaklaşım konusunda bilgilerinin artırılması gerekliliğini göstermektedir.

Sonuç

Bu çalışmada astımla ilgili en temel bilgi ve pratik uygulamalarda eksiklik görüldü. Aile hekimlerinin astımla ilgili tutumlarının davranışlarıyla her zaman

örtüşmediği gözlemlendi. Özellikle, tutum, davranış ve bilgi düzeyi arasındaki ilişkilerin kendi arasında değerlendirilmesinde anlamlı bir ilişki saptanmadı. Aile hekimlerine yönelik eğitimlerin içeriği planlanırken aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Tutum-davranışı geliştirici ve olguya dayalı çalışmalar daha yararlı olacaktır. Aile hekimleri astımlı hastaların tanısını koyma, izlem ve tedavisini yapabilmeleri için özendirilmelidirler.

Etik Kurul Onayı: Araştırma protokolü, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u tarafından onaylandı (Sayı: 71522473/050.01.04/20, Tarih: 26.01.2018).

Hasta Onamı: Bütün katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındı.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - Ö.Ö.; Tasarım - Ö.Ö., N.N.U.; Denetleme - Ö.Ö.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi N.N.U.; Analiz ve/veya Yorum - Ö.Ö.; Literatür Taraması - Ö.Ö., N.N.U.; Yazıyı Yazan - Ö.Ö., N.N.U.; Eleştirel İnceleme - Ö.Ö.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Mali Destek: Yazarlar bu çalışma için mali destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Ethics Committee Approval: The study protocol was approved by Sakarya University, Faculty of Medicine, Ethics Committee (Number: 71522473/050.01.04/20, Date: 26.01.2018).

Informed Consent: Informed consent was obtained from all participants.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - Ö.Ö.; Design - Ö.Ö., N.N.U.; Supervision - Ö.Ö.; Funding - N.N.U.; Materials - N.N.U.; Data Collection and/or Processing - N.N.U.; Analysis and/or Interpretation - Ö.Ö.; Literature Review - Ö.Ö., N.N.U.; Writing - Ö.Ö., N.N.U.; Critical Review - Ö.Ö.

Conflict of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

1. NHLBI. National Heart, Lung, and Blood Institute. National Asthma Education and Prevention Program Expert

- Panel Report 3: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma Full Report 2007 [cited 2018 Sep 10]. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/asthgdln.pdf>
- Bousquet J, Jeffery PK, Busse WW, Johnson M, Vignola AM. Asthma: From bronchoconstriction to airways inflammation and remodeling. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 161: 1720–45. [CrossRef]
 - Braman SS. The Global Burden of Asthma. *Chest* 2006; 130: 4–12. [CrossRef]
 - Sekerel BE, Gemicioglu B, Soriano JB. Asthma insights and reality in Turkey (AIRET) study. *Respir Med* 2006; 100: 1850–4. [CrossRef]
 - Sullivan SD. Asthma in the United States: recent trends and current status. *J Manag Care Pharm* 2003; 9: 3–7.
 - Yılmaz Ö, Söğüt A, Alkan S, Yüksel H. Genel çocuk uzmanlarının çocukluk çağı astımı ve tedavisi konusundaki bilgi durumu ve uygulamaları. *Türk Ped Arş* 2009;44: 29–34.
 - Watkins C, Moore L, Harvey I, Carthy P, Robinson E, Brawn R. Characteristics of general practitioners who frequently see drug industry representatives: National cross sectional study. *BMJ* 2003; 326: 1178–9. [CrossRef]
 - Boyacı H, Ilgazlı A, Yıldız F, Şengül C, Özari E. General practitioners clinical approach to asthma in Kocaeli. *Solunum Hast Derg* 2001; 12: 179–83.
 - Chapman KR, Hinds D, Piazza P, et al. Physician perspectives on the burden and management of asthma in six countries: The Global Asthma Physician Survey (GAPS). *BMC Pulm Med* 2017; 17: 1–11. [CrossRef]
 - Ko FW, Chan AM, Chan HS, et al. Are Hong Kong doctors following the Global Initiative for Asthma guidelines: a questionnaire “Survey on Asthma Management”? *Hong Kong Med J* 2010; 16: 86–93.
 - Janson S, Weiss K. A National Survey of Asthma Knowledge and Practices Among Specialists and Primary Care Physicians. *J Asthma* 2004; 41: 343–8. [CrossRef]
 - World Health Organization. Respiratory Care in Primary Care Services – A Survey in 9 Countries. Geneva; Switzerland: 2004.p.5–9.
 - Çalikoğlu M, Ulubaş B, Atış S, Tümkiye M. The knowledge and attitude of primary care physicians related to asthma. *T Klin J Allergy-Asthma* 2001; 3: 72–6.
 - Özkurt S, Fişekçi F, Altın R, Akdağ B. Hekimlerin Astma Konusunda Bilgi ve Yaklaşımları. *Solunum Derg* 2000; 2: 2–6.
 - GINA. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2018; Available from: www.ginasthma.org. Accessed, April 22, 2018.
 - Lugtenberg M, Zegers-van Schaick JM, Westert GP, Burgers JS. Why don't physicians adhere to guideline recommendations in practice? An analysis of barriers among Dutch general practitioners. *Implement Sci* 2009; 4: 54

17. Wu AW, Young Y, Skinner EA, et al. Quality of Care and Outcomes of Adults With Asthma Treated by Specialists and Generalists in Managed Care. *JAMA Intern Med.* 2001;161: 2554–60. [\[CrossRef\]](#)
18. Zandbelt LC, Smets EM, Oort FJ, Godfried MH, De Haes HC. Determinants of physicians'patient-centred behaviour in the medical specialist encounter. *Soc Sci Med* 2006; 63: 899–910. [\[CrossRef\]](#)

Ek 1

Çocukluk Çağı Astım Hastalığı Anketi

Aşağıdaki ifadelerden lütfen size en uygun olanını işaretleyiniz.

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

a-Katılmıyorum b-Kararsızım c-Katılıyorum

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

a-Katılmıyorum b-Kararsızım c-Katılıyorum

3-ASM'lerde hafif astım atağı tedavisi verilebilir.

a-Katılmıyorum b-Kararsızım c-Katılıyorum

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

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

5-Astımlı hastalarının hastalığının kontrol altında olup olmadığını sorgularım

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

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

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

7-Yaşınız

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

8-Cinsiyetiniz

a-Kadın b-Erkek

9-Tıp fakültesi mezuniyetinden itibaren geçen süre

a-0-10 yıl b-10-20 yıl c->20 yıl

10-Ünvan

a-Pratisyen Hekim

b-Aile hekimi uzmanı

c-Sözleşmeli aile hekimi uzmanlığı araştırma görevlisi

11-Hangi ilçede çalışıyorsunuz?

a-Adapazarı

b-Serdivan

c-Akyazı

d-Erenler

e-Hendek

f-Karasu

g-Geyve

h-Arifiye

i-Sapanca

j-Pamukova

k-Ferizli

l-Kaynarca

m-Kocaali

n-Söğütlü

o-Karapürçek

p-Taraklı

12-Gezici sağlık hizmeti veriyor musunuz?

a-Hayır b-Evet

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

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

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

a-Haftada en az bir

b-Ayda bir

c-Ayda 2-3 kere

d-Yılda birkaç kere veya daha az

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

a-Haftada en az bir

b-Ayda bir

c-Ayda 2-3 kere

d-Yılda birkaç kere veya daha az

16-Etrafınızda ya da ailenizde astımlı hasta var mı?

a-Hayır

b-Evet

17-Son 1 yılda astım konulu bilimsel bir yazı okudunuz mu veya toplantıya katıldınız mı?

a-Evet

b-Hayır

18-Son 1 yılda ilaç temsilcileri sizlere astım ilaçlarıyla ilgili bir ziyarette bulundu mu?

a-Hayır

b-Evet

19-Sağlık Bakanlığı veya bağlı teşkilat yapısının düzenlediği astım konulu bir etkinlik veya hizmet içi eğitime katıldınız mı?

a-Hayır b-Evet

20-Çalıştığınız herhangi bir dönemde ASM'de astım hastalığı hakkında eğitici, bilgilendirici afiş/broşür bulundurdunuz mu?

a-Hayır

b-Evet

21-Aşağıdakilerden hangisi astımda görülen öksürüğün özelliklerinden değildir?

a-İnatçı yineleyen tarzdadır

b-Sıklıkla gece ve ya sabaha karşı gelişir

c-Eforla ilişkisizdir

d-Soğuğa maruz kalındığında yineleyebilir

22-Aşağıdakilerden hangisinin astımlı bir çocukta semptomları tetiklemesi beklenmez?

a-Parazit enfestasyonu/enfeksiyonu

b-Stres

c-Duman

d-Allerjenle karşılaşma

23-Aşağıdakilerden hangisi astım patogenezinde yer alır?

a-Hücre membranındaki klor kanal defekti

b-SurfaktanA geninde mutasyon

c-Panasiner amfizem

d-Bronşiyal düz kas hipertrofisi ve bronkospazm

24-Aşağıdakilerden hangisi astım ayırıcı tanısında düşünülmemelidir?

a-Gastroözefageal reflü hastalığı

b-Yabancı cisim aspirasyonu

c-Bronkopulmoner displazi

d-Plevral efüzyon

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

a-Tek taraflı hışıltı

b-Çomak parmak

c-Normal fizik muayene

d-Siyanoz

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

a-Gündüz semptomları

b-Gece semptomları

c-Aktivite kısıtlanması

d-İnhale kortikosteroid kullanma sıklığı

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

a-Siklesonidinhaler 80 mcg

b-Budesonidnebül 500-1000 mcg

c-Flutikazonpropionat kuru toz inhaler 100-250 mcg

d-Budesonid kuru toz inhaler 200 mcg

28-Hangisi ev içi allerjenlere yönelik verilebilecek önerilerden değildir?

a-Ev hayvanlarını uzaklaştırma

b-Yatak yastık kılıflarını 50-60 derece yıkama

c-Halı yerine sert silinebilir zemin kullanma

d-Sürekli oda nemlendiricisi bulundurma

29-İnhaler ilaç kullanım tekniğiyle ilgili hangisi yanlıştır?

a-Hasta ölçülü doz inhaleleri derin inspiriyumun hemen öncesinde sıkmalıdır.

b-Hasta ölçülü doz inhaleleri sıkma sonrası en az nefesini tutmalıdır.

c-Hasta ölçülü doz inhaleleri aracı tüp ile kullanıyorsa ilave dozlarda işlemi baştan tekrarlamasına gerek yoktur, içine tek seferde iki kez sıkabilir.

d-Hasta ölçülü doz inhaleleri sıkmadan önce iyice çalkalamalıdır.

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

a-Gebelikte ve özellikle bebeğin ilk yılında sigara ve dumanından korunması

b-Hayatın ilk yılında antipiretik olarak parasetamol tercih edilmesi

c-Anne sütü ile beslenme ve vajinal doğumun tercih edilmesi

d-Bebeğin ilk senesinde geniş spektrumlu antibiyotik kullanımından kaçınılması

31-Astım tanılı 12 yaşında kız hasta solunum sıkıntısı şikayetiyle başvuruyor. Fizik muayenede inspeksiyonla suprasternal retraksiyon gözleniyor, oskültasyonla akciğerler bilateral eşit havalanıyor ve yaygın sibilanronküs duyuluyor.

Spo2: %95, dakika solunum sayısı: 25, ateş: 36.7C, kta: 110/dk tespit ediliyor.

Öyküsünde ayda 3 kere gece uykusundan nefes darlığı ile uyandığını ifade ediyor.

Astım atak tedavisi ve klinik düzelme sonrasında hastaya yapılacak uygulamalardan hangileri doğrudur?

a-Sistemik steroid

Doğru () Yanlış (x)

b-İnhaler β2-agonist 20 dk arayla 3 kere

Doğru () Yanlış (x)

c-İnhaler ipratropium bromür 20dk arayla 3 kere

Doğru () Yanlış (x)

d-Tetikleyici sebep ve inhaler kullanım tekniği sorgulanır

Doğru (x) Yanlış ()

e-PAAC grafi ile akciğer değerlendirilir

Doğru () Yanlış (x)

f-ntibiyotik reçete edilir

Doğru () Yanlış (x)

g-Mukolitik reçete edilir

Doğru () Yanlış (x)

h-Daha önce inhale kortikostreoid başlanmadıysa başlanır

Doğru (x) Yanlış ()

i-Profilaksi olarak tek başına uzun etkili β2-agonist tercih edilebilir.

Doğru () Yanlış (x)

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

Doğru () Yanlış (x)

k-İnhalekortikosteroid tedavisine lökotrien reseptör antagonisti eklenebilir

Doğru (x) Yanlış ()

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

Doğru (x) Yanlış ()

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

a-Profilaktik olarak günlük düşük doz inhalekortikosteroid başlanır

Doğru (x) Yanlış ()

b-Profilaktik olarak günlük lökotrien reseptör antagonisti başlanır

Doğru (x) Yanlış ()

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

Doğru (x) Yanlış ()

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

Doğru () Yanlış (x)