

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/283341823>

# Astım Hastalarının Sağlık İnanç Modeline Dayalı Algı ve Tutumları ile Tedavi Başarısına Yönelik Düşüncelerinin Belirlenmesi [A Group of Asthma Patients' Treatment Related Thoughts...

Article in TAF preventive medicine bulletin · February 2012

DOI: 10.5455/pmb.20110920074405

CITATIONS

0

READS

1,385

5 authors, including:



**Mesut Çimen**

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi

43 PUBLICATIONS 192 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Mahmut Akbolat**

Sakarya University

90 PUBLICATIONS 359 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Faruk Ciftci**

Gulhane Military Medical Academy

107 PUBLICATIONS 397 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



**Oğuz Işık**

Hacettepe University

49 PUBLICATIONS 320 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Ders kitabı [View project](#)



HASTANE ÇALIŞANLARINDA ÖRGÜTSEL DEĞİŞİM SİNİZMİ [View project](#)

## Astım Hastalarının Sağlık İnanç Modeline Dayalı Algı ve Tutumları ile Tedavi Başarısına Yönelik Düşüncelerinin Belirlenmesi

### [A Group of Asthma Patients' Treatment Related Thoughts Based on Health Belief Model and Perception of Medication Success]

#### ÖZET

**AMAÇ:** Bu çalışma, bir grup astım hastasının sağlıklarıyla ilgili algı ve tutumları ile aldıkları tedavinin başarısına yönelik görüşlerinin belirlenmesini amaçlayan tanımlayıcı bir çalışmadır. **YÖNTEM:** Çalışma örneklem seçilmeden kamuya ait bir göğüs hastalıkları kliniğine Nisan-Haziran 2010 tarihleri arasında astım tedavisi için başvuran 74 hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak Sağlık İnanç Modeli ve hastaların aldıkları astım tedavisinin başarısı ile ilgili görüş ve izlenimlerini belirlemek amacıyla geliştirilen ölçek kullanılmıştır. **BULGULAR:** Sağlık inanç modeli kavramı ile tanımlanan ve astım hastalarının tedaviye uyumunu etkileyebilecek algı ve tutumların genel ortalaması 3,37(±0,38) dir. Buna göre hastaların hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için gösterdikleri algı ve tutumları olumludur. Tedavi başarısı ortalaması 2,35(±0,49) dir. Puanının 1'e doğru yaklaşması tedavi etkinliği açısından olumlu olarak değerlendirildiğinden, hastaların astım tedavisinin başarısı ile ilgili görüşleri olumludur. Hastaların hastaneye yatış hızı yüksek bulunan çalışmada; hastaların sosyo-demografik özelliklerinin sağlık inanç modeli kavramında yer alan olumlu tutum geliştirme ve aldıkları tedavinin etkinliğine olan inançlarında önemli bir farklılık oluşturmadığı bulunmuştur. Gerçekleştirilen regresyon analizi modellerinden elde edilen bulgulara göre, evde yaşayan kişi sayısının ve astım hastalığının süresinin hem sağlık inanç modeli ile sorgulanan algı ve tutumları etkilediği, hem de tedavinin etkinliği üzerinde; ve son 6 ay içinde astım nedeniyle acil servise başvurma sayısında etkili olduğu bulunmuştur. **SONUÇ:** Uzun dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi için özellikle genç hastaların hastalığa ilişkin davranış ve tutumları belirlenerek, kapsamlı ve ihtiyaçlarına uygun eğitim programları düzenlenmelidir. Hastaların sosyal hayattan ve iş yaşamlarından kopmayacak şekilde tedavilerinin yapılmasını sağlayacak modeller araştırılmalıdır.

#### SUMMARY

**AIM:** This study is a descriptive study which aims to determine the attitude and perceptions of asthma patients about their health and their opinion regarding the success of treatment. **METHOD:** The study is carried out without any sampling. The participants are 74 patients who were admitted in a public pulmonary disease clinic between April and June 2010. A revised version of Health Belief Model scale for asthma treatment and another scale, which was developed to determine the opinion and observations of patients regarding the success of treatment, are used for data collection. **RESULTS:** The mean score of attitudes and perceptions of asthma patients, which is defined with the Health Belief Model and which can affect their responsiveness to treatment, is found out 3,37(±0,38) and the attitude and perceptions of patients are positive. The mean value for success treatment is 2,35(±0,49). Since the treatment is deemed to be more successful as it gets closer to 1 hence it can be said that the opinion of asthma patients regarding the success of treatment is positive. In the study, it is found out that the participants have a high admission rate to hospitals and that there is no significant difference for socio-demographic characteristics in the positive attitude development and in their belief in the efficiency of the treatment that they are receiving, of which both are components of health belief model concept. The findings from regression analysis indicate that the duration of the asthma sickness and the number of people living in the household not only affect the perceptions and attitudes of patients that are investigated by health belief model, but also the effectiveness of the treatment and the number of admissions to the Emergency Room in the last 6 months. **CONCLUSION:** In order to prevent long-term complications, the behavior and attitudes of asthma patients, especially the young ones, regarding asthma should be determined and detailed programs should be organized to educate and inform them. Treatment models, which would enable to receive treatment whilst not to cause any problem in their social and professional life's, should be investigated.

Mesut Çimen<sup>1</sup>  
Mahmut Akbolat<sup>2</sup>  
Faruk Çiftçi<sup>3</sup>  
Oğuz Işık<sup>4</sup>  
Bayram Şahin<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul.

<sup>2</sup>Sakarya Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sakarya.

<sup>3</sup>GATA, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Servisi, İstanbul.

<sup>4</sup>Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Kırıkkale.

<sup>5</sup>Hacettepe Üniversitesi, İktisadi Bilimler Fakültesi, Sağlık İdaresi Bölümü, Ankara.

#### Anahtar Kelimeler:

Astım, Sağlık İnanç Modeli, Tedavi Başarısı.

#### Key Words:

Asthma, Health Belief Model, Treatment Success.

#### Sorumlu yazar/

#### Corresponding author:

Mesut Çimen  
Acıbadem Üniversitesi Gülsuyu  
Mh. Divan Sk. No1. Maltepe,  
İstanbul, Türkiye.  
mesutcimen@yahoo.com

DOI: 10.5455/pmb.20110920074405

## **GİRİŞ**

Astım, hava yollarının kronik inflamatuvar bir hastalığıdır. Kronik inflamasyon, özellikle gece veya sabahın erken saatlerinde meydana gelen tekrarlayıcı hırıltılı solunum, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi ve öksürük ataklarına neden olan hava yolu aşırı duyarlılığı ile ilişkilidir. Bu ataklar kendiliğinden veya tedavi ile düzelebilen, değişken bir hava yolu tıkanıklığı ile birlikte (1,2).

Astım, önemli bir küresel sağlık sorunudur. Dünyanın her yerinde her yaşta insanı etkileyen bu kronik hava yolu hastalığı kontrol edilmediği zaman günlük hayatı önemli ölçüde kısıtlar hatta bazen ölümcül olabilir. Astım prevalansı birçok ülkede özellikle çocuklarda artış göstermektedir. Astım beraberinde sadece ciddi sağlık harcamalarıyla değil aynı zamanda aile hayatındaki üretim ve katılım kaybıyla birlikte görülür. Astımın dünyada 300 milyon ülkemizde ise 3,5 milyon kişiyi etkilediği düşünülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından astımdan dolayı dünyada yılda 15 milyon sakatlığa ayarlanmış yaşam yılı kaybı (DALY) olduğu bildirilmiş olup bu rakam tüm hastalıkların oluşturduğu kaybın % 1'ne karşılık gelmektedir. Astımdan dolayı yılda 250 bin kişinin öldüğü tahmin edilmektedir. Astım hasta veya toplum açısından yüksek maliyetli bir hastalıktır. Ancak hastalığın tedavi edilmemesinin maliyeti daha yüksektir (1,2).

Astım uygun bir tedavi ile kontrol altına alınabilir. Astımın kontrol altında olduğunun en iyi göstergesi az sayıda alevlenme ve atak yaşanmasıdır. Astımın kişisel veya toplumsal olarak kontrol altına alınmasında hastanın hastalığı algılama biçimi ve geliştirdiği tutum önemlidir. Hastalık hakkında hastayı doğru bilgilendirme ve bilinçlendirme, hastanın algılama bozukluklarını engeller. Astımdaki tedavi başarısını da etkilediğini düşündüğümüz hasta algı ve tutumları bu araştırmada sağlık inanç modeli ve tedavi başarısını ölçen sorular ile araştırılmıştır. Bu kapsamda öncelikle sağlık inanç modeli ile ilgili kısa bir bilgi verilmiştir.

Sağlık İnanç Modeli (SİM), bireyin hastalık ve yetmezlik durumlarından korunmak için yaptığı davranışın nasıl şekillendiğini ve etkilendiğini açıklar (3). Model kişiyi sağlığa ilişkin eylemleri yapmaya ya da yapmamaya neyin motive ettiğini ve özellikle sağlık davranışlarının sergilenmesinde etkili olan durumları tanımlamaktadır (4). Sağlık davranışlarının açıklanması için kullanılan SİM, esas olarak bir hastalıktan kaçınmanın ya da sağlıklı olmanın kişi açısından değeri ve o kişinin belirli bir

davranışın hastalığı önleme ya da sağlığı iyileştirmeye yol açacağı beklentisi üzerine kurulmuştur (5,6). SİM, sağlığı koruma ve geliştirme kavramlarına açıklık getiren ve geçerliliği birçok çalışmada kanıtlanmış olan bir modeldir. Temelde bilişsel bir yaklaşım olan SİM'de; bireyin, sağlığına yönelik bir tehdit algıladığında, ya da birey sağlık tehdidini önleyici birtakım şeyler yapıp yararını gördüğünde, birey tarafından koruyucu sağlık davranışı gösterildiği öne sürülmektedir (7).

Davranış bilimciler ve sağlık çalışanları insanların niçin ve hangi şartlar altında hastalıklardan korunmak, önlemek ve hastalıklarını tedavi ettirmek için hareket geçtiklerini anlamaya artan bir şekilde ihtiyaç duymuşlardır (4). Lewin ve Becker'in sosyopsikolojik kuramından yararlanılarak SİM geliştirilmiştir (4,8). İlk olarak 1950 yılında Hochbaum ve arkadaşları tarafından geliştirilen modele daha sonra, bireyin sağlık inanç ve davranışlarını etkilediği düşünülen bazı kavramlar eklenmiştir (4,9). Ancak temelde SİM aşağıdaki dört kavramı kapsamaktadır. Algılanan duyarlılık (perceived susceptibility), algılanan ciddiyet (perceived seriousness), algılanan yararlar (perceived benefits) ve algılanan engeller (perceived barriers) (10-12).

Sağlıklı davranışları benimsemeye insanlar üzerinde etkili olan güçlü algılardan bir tanesi algılanan duyarlılıktır. Bu, tanının kabulünü, hastalığa yakalanma olasılığını içermektedir. Algılanan duyarlılığın artması ile riski azaltmak için davranış gösterme olasılığı da artmaktadır (13). Algılanan şiddet kavramı hastalığın ciddiyeti ile ilgili bireysel inançları ifade etmektedir. Ciddiyet algısı çoğunlukla tıbbi bilgi veya deneyime dayansa da aynı zamanda bir kişinin hastalığın yaratacağı zorluklar veya o kişinin genel olarak hayatındaki etkileri ile ilgili sahip olduğu inançlardan da kaynaklanabilir. Gerçekleştirilecek davranış sonucu, hastalığa yakalanma riskinin azalacağı algısı, algılanan yarar boyutunu oluşturmaktadır. Algılanan engeller ise sağlıkla ilgili koruyucu bir davranışın gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenlerle ilgili algıdır (14).

Sağlık İnanç Modeli hastalıklardan korunma, sağlığı sürdürme ve geliştirmeye yönelik davranışları anlamada ve açıklamada yaygın olarak kullanılan modellerden biridir (15,16). Uygulamadaki yararı, davranışın şekillenmesinde etkili olan sağlık inançlarının belirlenerek bireyin istenen yönde sağlık davranışlarını değiştirebilme olanağı sunmasıdır (4). Sağlık davranışı için; hastalığı önlemek ya da daha iyi olmak için

motivasyon, belirli bir sağlık düzeyinde kalma arzusu ve belirli bir sağlık eyleminin hastalığı önleyeceği ya da iyileştireceğine olan inanç dikkate alınabilir (11). Sağlık İnanç Modeline göre, bireyin sağlığını tehdit eden duruma ilişkin davranışında psikolojik hazır bulunuşluk önemlidir (4,10,17). Bu durum bireyin; hastalığın ciddi sonuçlarının ve hastalığa yakalanmada bireysel riskinin farkında olmasını, hastalığın önemini bilmesini ve sağlık davranışlarının yararına inanmasını, sağlık davranışlarını engelleyen faktörlerin farkında olmasını gerektirmektedir (10,17). Sağlık inanç modeli toplum sağlığını korumaya yönelik planlanmış pek çok programda kullanılmıştır. Bu programlar tüberküloz, meme kanseri, AIDS gibi toplumda sık görülen sağlık sorunlarından korunmaya yöneliktir (18,19).

Bu çalışmada bir grup astım hastasının hastalıkları ile ilgili algı ve tutumları ve tedavi başarısına yönelik düşünceleri araştırılmıştır.

## **GEREÇ ve YÖNTEM**

Çalışma, bir grup astım hastasının sağlıklarıyla ilgili algı ve tutumları ile aldıkları tedavinin başarısına yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla düzenlenen tanımlayıcı bir araştırmadır. Çalışmada hastaların sağlık algı ve tutumları ile tedaviye ilişkin değerlendirmelerinin sosyo-demografik özelliklerine göre farklılaşp farklılaşmadığı incelenmektedir.

Çalışmada veri toplama aracı olarak iki ölçek ve çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerinden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Ölçeklerden ilki, 5'li Likert ölçeğe dayalı olarak hazırlanan Sağlık İnanç Modelidir (Health Belief Model). Başlangıçta diyabetli hastaların sağlık davranışlarıyla ilgili tutumlarını tanımlamak amacıyla geliştirilen ve 76 ifadeden oluşan SİM daha sonra diyabet gibi rutin bir ilaç tedavisi gerektiren astım için gözden geçirilmiş ve 11 soruya indirilmiştir (20).

Model 4 boyuttan oluşmaktadır. İlk boyut, hastaların astımlarını kontrol etmek için ilaçlarını rutin olarak kullanma zorunluluğu hissedip hissetmedikleri ve kullandıkları ilaçların yararı ile ilgili düşünceleri belirlemeyi amaçlayan "yarar" boyutudur. Boyut, 1 ve 7. sorulardan oluşmaktadır. Anketten elde edilen cevaplar ters çevrilerek değerlendirilmektedir. İkinci boyut, kişinin hastalığını önemse derecesi ile ilgilidir. Bu boyutta hastalara astımlarını harekete geçiren durumlardan kaçınmalarının zor olup olmadığı ve başkalarının

yanında astım ilaçlarını kullanmaktan çekinip çekinmedikleri gibi sorular sorularak hastalık ve tedaviyle ilgili "algılanan ciddiyet" tanımlanmaktadır. Bu değişken 2, 3, 6, 8, 9 ve 11 numaralı soruların ortalamasından oluşmaktadır. Ölçeğin üçüncü boyutu 4 ve 5. sorulardan oluşan "duyarlılık" değişkenidir. Bu boyutta hastaların astımlarına özen gösterip göstermedikleri sorgulanmaktadır. Son boyut olan "engel" değişkeninde ise sadece 10. soru kullanılmakta ve hastaların hekime gitmelerinin önünde engel olup olmadığı sorgulanmaktadır. Sonuçta ulaşılan yüksek skorlar bireylerin SİM ile ilgili olumlu tutumlarını yansıtırken, skorların düşük olması olumsuz tutumları yansıtmaktadır (21).

Çalışmada hastaların aldıkları astım tedavisinin etkililiği ya da başarısı ile ilgili görüş ve izlenimleri de değerlendirmek ve tedaviye bakışları ile ilgili eğilimleri belirlemek amacıyla Şahin (20) çalışmasından alınan ve 9 sorudan oluşan Tedavi Etkililiği ya da Başarısı başlıklı bir ölçek kullanılmıştır. Ölçeğin 2 numaralı sorusuna verilen cevaplar ters çevrildikten sonra, soruların puanlarının ortalaması alınmak suretiyle bir değerlendirme yapılmaktadır. Skorların düşük olması bireylerin tedavi etkililiği ile ilgili olumlu tutumlarını, skorların yüksek olması tedavinin başarısız olduğunu ifade etmektedir.

Toplam 38 sorudan oluşan anketin son bölümü de hastaların sosyo-demografik özelliklerinin yanı sıra astım hastalığına ilişkin bazı tutum ve alışkanlıklarını ortaya koymaya yönelik sorulardan oluşmaktadır. Anketin güvenilirliği alfa değeri temel alınarak ve her bir alt boyut için Cronbach alfa katsayıları hesaplanarak yapılmıştır.

Çalışma örneklem seçilmeden kamuya ait bir göğüs hastalıkları kliniğine Nisan-Haziran 2010 tarihleri arasında astım tedavisi için başvuran 74 hasta (%79,7 erkek %20,3 kadın) üzerinde gerçekleştirilmiştir. Anketten elde edilen verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra; Ki-Kare Analizi, Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

## **BULGULAR**

Tablo 1'de araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri görülmektedir. Hastaların %79,73'ü erkek ve %70,27'si evli değildir. Katılımcıların %68,92'si <30 yaşlardaki bireylerden oluşmaktadır.

**Tablo 1:** Hastaların sosyo-demografik özellikleri (n=74).

Tanıtıcı Özellikler		Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>	<b>Erkek</b>	59	79,73
	<b>Kadın</b>	15	20,27
<b>Medeni durum</b>	<b>Evli</b>	22	29,73
	<b>Evli değil</b>	52	70,27
<b>Yaş</b>	<b>&lt;30</b>	51	68,92
	<b>≥30</b>	23	31,08
<b>Eğitim durumu</b>	<b>İlköğretim</b>	32	43,24
	<b>Orta öğretim</b>	18	24,33
	<b>Yüksek öğretim</b>	24	32,43
<b>Evde yaşanan kişi sayısı</b>	<b>≤2 kişi</b>	23	31,94
	<b>3-5 kişi</b>	32	44,45
	<b>≥6 kişi</b>	17	23,61
<b>Ailede başka astım hastası</b>	<b>Var</b>	33	45,83
	<b>Yok</b>	39	54,17

**Tablo 2:** Sağlık inanç modeli ve tedavinin başarısı ölçeğinin geçerliliği, aritmetik ortalaması ve standart sapması.

	Soru Sayısı	Ort.	S.S.	Cronbach Alpha
<b>Sağlık İnanç Modeli</b>	<b>11</b>	<b>3,37</b>	<b>0,39</b>	<b>0,62</b>
<b>Yarar</b>	2	4,08	0,66	0,78
<b>Algılanan ciddiyet</b>	6	3,11	0,56	0,74
<b>Duyarlılık</b>	2	3,30	0,75	0,81
<b>Engel</b>	1	3,57	1,02	-
<b>Tedavi başarısı</b>	<b>9</b>	<b>2,36</b>	<b>0,50</b>	<b>0,68</b>

Ortalama olarak: 1,00–2,33 Düşük katılım; 2,34–3,66 Orta düzeyde katılım, 3,67–5,00 Yüksek katılım

Katılımcıları %43,42'ü ilköğretim ve %32,43'ü yükseköğretim düzeyinde eğitim almıştır. %44,5'i 3-5 kişilik ailelerde yaşayan hastaların %54,17'sinin evinde başka astım hastası bulunmamaktadır.

Ayrıntısı Tablo 2'de görüldüğü gibi, çalışmada kullanılan ölçeklerden Sağlık İnanç Modelinin Cronbach Alpha katsayısı 0,62 ve Tedavi Etkililiği ya da Başarısı ölçeğinin Cronbach Alpha katsayısı 0,68 bulunmuştur. Ölçeklerin aritmetik ortalamalarına bakıldığı zaman genel ortalaması 3,37 olan SİM ölçeğinin alt boyutlarından en yüksek katılımın (4,08±0,66) yarar, en düşük katılımın ise engel (3,11±0,56) boyutunda gerçekleştiği görülmektedir. Bu sonuçlar katılımcıların yarar algısının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Buna karşılık Tedavi Başarısı ölçeğinin ortalaması (2,36±0,50) düşük

bulunmuş olup, bu sonuç tedavinin başarısına hastaların inancının yüksek olduğunu göstermektedir.

Tedavi gören hastalar içerisinde %41,67'lik bir bölüm ≤5 yıldır astım hastası olduğunu belirtmesine karşılık, aynı sürede tedavi edilen hasta sayısı %45,83'dür. Ayrıca, ≥10 yıldır hastalığı devam eden hasta sayısının oranı %30,55 olmasına karşılık aynı dönemde tedavi edildiğini ifade eden hasta sayısının oranı %25,0'dır. Bu sonuca göre bazı hastaların tedavisinin geç başladığı ve bazı hastaların tedavilerinin zaman zaman kesildiği söylenebilir. Ayrıca astım hastalığının süresi ve astım tedavi süresi ile hastaların hastaneye başvuru durumları esas alınarak yapılan Ki-Kare analizi sonuçlarına göre hastalar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 3).

**Tablo 3:** Hastaların hastalık ve tedavi sürelerinin dağılımı.

	Süre	Sayı	%
<b>Astım hastalığının süresi</b>	≤5 yıl	30	41,67
	6-10 yıl	20	27,78
	≥10 yıl	22	30,55
<b>Astım tedavi süresi</b>	≤5 yıl	33	45,83
	6-10 yıl	21	29,17
	≥10 yıl	18	25,00

Çalışmanın bulgularına göre astım hastalarının %35,21'i sigara içmeyi sürdürmekte, %25,35'i sigara içmeyi bırakmış ve 39,44'ü ise sigara içmemektedir. Sigara içenlerin sigara içme süreleri ≤1 yıl (%51,43), 1≤ 3 yıl (%22,86) ve ≥3 yıl (%25,71) şeklinde dağılmaktadır. Bu sonuçlar astım hastalarının hastalıkları ortaya çıktıktan sonra da sigara içme eğiliminde olduklarını göstermektedir.

Ayrıntısı Tablo 4'de görüldüğü gibi, katılımcıların (%35,14) 26'sı astım dışında en az farklı bir kronik hastalığa daha maruz kalmış durumdadır. Ayrıca, hastaların 9'unda astım dışında birden fazla kronik hastalık bulunmaktadır.

**Tablo 4:** Katılımcıların astım dışındaki kronik hastalıklarının dağılımı.

	Sayı	%
<b>Kronik akciğer hastalığı</b>	6	17,14
<b>Kalp yetmezliği</b>	4	11,43
<b>Görme güçlüğü</b>	1	2,86
<b>İşitme azlığı</b>	1	2,86
<b>Şeker</b>	5	14,29
<b>Kronik sırt ağrısı</b>	3	8,56
<b>Hipertansiyon</b>	8	22,86
<b>Diğer</b>	7	20,00

Katılımcıların son bir yıl içerisinde hastaneye yatış ve acile başvurularına ilişkin bilgiler Tablo 5'de görülmektedir. Elde edilen sonuçlara göre; araştırma kapsamındaki hastaların yaklaşık %35,1'inin astım nedeniyle son 1 yıl içinde hastanede yattığı ve %47,3'ünün ise son altı ay içinde acile başvurduğu görülmektedir.

Çalışmadan elde edilen veriler, katılımcıların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, başka bir kronik hastalığının olup olmaması, evde birlikte yaşadığı kişi sayısı ve ailelerinde başka astım hastası olup olmaması özelliklerinin sağlık inanç modelinin alt

boyutları arasında bir farklılık oluşturup oluşturmadığı Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılarak analiz edilmiştir. Kruskal Wallis testi sonucunda farklılığın hangi alt boyuttan kaynaklandığını bulmak amacıyla Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis Testinden sonra gerçekleştirilen Mann Whitney U testi analizlerinde bonferroni düzeltmesi (0,05/karşılaştırma sayısı) yapılmıştır. Yapılan analizlerin sonuçlarına göre cinsiyet, yaş ve kişinin başka bir kronik hastalığının olup olmaması bakımından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Buna karşılık, medeni durum ve evde birlikte yaşadığı kişi sayısı esas alınarak yapılan analiz sonucunda yarar; eğitim durumları esas alınarak yapılan analiz sonucunda duyarlılık ve ailede başka astımlı hasta olup olmadığı esas alınarak yapılan analiz sonucunda engel boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur (p<0.05).

**Tablo 5:** Katılımcıların astım nedeniyle hastane ve acillere başvurularının dağılımı.

<b>Son 1 yıl içinde astım nedeniyle hastaneye yatma</b>		
	Sayı	%
Yatanlar	26	35,14
Yatmayanlar	48	64,86
<b>Son 6 ay içinde astım nedeniyle acile başvuru</b>		
	Sayı	%
Başvuranlar	35	47,30
Başvurmayanlar	39	52,70

İstatistiksel açıdan anlamlı fark bulunan boyutlarla ilgili ayrıntılar Tablo 6'da verilmiştir. Tablo incelendiğinde de görüleceği gibi, evli hastaların astımlarını kontrol ettirmek, ilaçlarını rutin olarak kullanmayı zorunlu hissetmek ve tedavilerine verdikleri önem bakımından katılımları

evli olmayanlara göre daha yüksektir. Ailesinde başka astım hastası/hastaları bulunan hastaların ise engel boyutuna katılımları daha yüksek bulunmuştur. Bu bulguya göre, ailede astımlı hasta sayısının artmasının hastaların olumlu duygulanımlarını tetiklenmesine katkı sağladığı söylenebilir. Eğitim durumları esas alınarak yapılan analiz sonucunda duyarlılık boyutunda ortaöğretim mezunu astım hastaları ile ilköğretim ve yükseköğretim mezunu hastalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Ortaöğretim mezunları; yüksek öğretim ve ilköğretim mezunlarına göre hastalıklarına karşı daha olumlu bir tutum sergilemektedirler. Evde yaşayan kişi sayısı esas alınarak yapılan analiz sonucunda farkın  $\geq 6$  kişilik ailelerde yaşayan bireyler ile  $\leq 2$  kişilik ailelerde yaşayan bireyler ve 3-5 kişilik ailelerde yaşayan bireylerden kaynaklandığı bulunmuştur.  $\geq 6$  kişilik ailelerde yaşayan bireylerin katılımı diğer bireylere göre daha düşük durumdadır. Bu sonuca göre büyük ailelerde astım hastalarının ilaçlarının kullanımına ve doktorun önerilerine daha az önem verildiği söylenebilir.

Tablo 7'de görüldüğü gibi, katılımcıların yaşı, son bir yıl içerisinde hastaneye başvuru sayısı, son 6 ay içinde acil servise başvuru sayısı, evde yaşayan kişi sayısı, astım hastalığının süresi, astım

tedavi süresi bağımsız değişken; SİM ölçeğinin ortalama değeri bağımlı değişken olarak kullanılarak regresyon modeli geliştirilmiştir. Geliştirilen model Stepwise Regresyon Analizi yönteminden yararlanılarak analiz edilmiştir. Modelin geçerlilik ve anlamlılığını test eden ANOVA analizi sonuçlarına göre, ilk aşamada evde yaşayan kişi sayısı ile SİM arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ( $F=6,20$ ;  $p<0,05$ ). İkinci aşamada evde yaşayan kişi sayısı ve astım hastalığının süresi ile SİM arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunduğu ( $F=6,10$ ;  $p<0,01$ ) saptanmıştır. Buna karşılık sağlık inanç tutumunun geliştirilmesinde yaş, son bir yıl içerisinde hastaneye başvuru sayısı, son 6 ay içinde acil servise başvuru sayısı ve astım tedavisi süresinin belirleyici bir etkisinin olmadığı ( $p>0,05$ ) bulunmuştur. Anlamlı bulunan evde yaşayan kişi sayısı ve astım hastalığının süresi- SİM modelinin ilişki katsayısı (R) 0,55'dir ve evde yaşayan kişi sayısı ve astım hastalığının süresi SİM'in %30'unu açıklamaktadır ( $R^2=0,30$ ). Bu sonuçlardan hareketle evde yaşayan kişi sayısı ve astım hastalığının süresi ile SİM arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ve evde yaşayan kişi sayısı ve astım hastalığının süresinin sağlık inanç tutumu geliştirmeye anlamlı bir etkisinin olduğu söylenebilir (Tablo 7).

**Tablo 6:** Çeşitli sosyo-demografik özelliklerine göre katılımcıların sağlık inanç modeli alt boyutları arasındaki farklılıklar.

Medeni durum	n	Ortanca	En küçük	En büyük	MWU	p	
Yarar Evli	22	4,50	1,50	5,00	390,50	0.02	
Evli değil	52	4,00	2,00	5,00			
Ailede başka astım hastası	n	Ortanca	En küçük	En büyük	MWU	p	
Engel Var	33	4,00	2,00	5,00	480,50	0.04	
Yok	39	4,00	2,00	5,00			
Eğitim durumu	n	Ortanca	En küçük	En büyük	Ki-Kare	p	MWU
İlköğretim <sup>1</sup>	32	3,00	1,50	5,00	8,14	0.02	1-2 p=0.01 2-3 p=0.00
Duyarlılık Orta öğretim <sup>2</sup>	18	4,00	2,50	4,50			
Yüksek öğretim <sup>3</sup>	24	3,00	1,00	5,00			
Evde yaşayan kişi sayısı	n	Ortanca	En küçük	En büyük	Ki-Kare	p	MWU
Yarar $\leq 2$ kişi <sup>1</sup>	23	4,50	1,50	5,00	8,09	0.02	1-3 p=0.02 2-3 p=0.00
3-5 kişi <sup>2</sup>	32	4,00	2,00	5,00			
$\geq 6$ kişi <sup>3</sup>	17	4,00	3,00	4,50			

**Tablo 7:** Astım hastalarına ilişkin bazı özelliklerin sağlık inanç tutumu geliştirmeye etkisini gösteren regresyon analizi sonuçları.

Bağımsız değişken	Bağımlı değişkenler	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar	t	p
		B	S. H.	B		
Sağlık İnanç Tutumu	Sabit	3,77	0,15		24,99	0.00
	Evde yaşayan kişi sayısı	-0,10	0,03	-0,54	-3,25	0.00
	Astım hastalığı süresi	0,00	0,00	-0,38	-2,26	0.03
	R	0,55		F	6,10	
	R <sup>2</sup>	0,30		P	0,01	

**Tablo 8:** Astım hastalarına ilişkin bazı özelliklerin tedavinin başarısını etkilemesine yönelik regresyon analizi sonuçları.

Bağımsız değişken	Bağımlı değişkenler	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar	t	p
		B	S. H.	B		
Tedavinin Başarısı	Sabit	1,80	0,15		11,83	0.00
	Evde yaşayan kişi sayısı	0,11	0,03	0,47	3,38	0.00
	Son 6 ay içinde astım nedeniyle acil servise başvuru sayısı	0,19	0,06	0,45	3,19	0.00
	R	0,67		F	11,66	
	R <sup>2</sup>	0,45		P	0,00	

Tablo 8’de gösterilen regresyon analizi modeli için kullanılan özellikler bağımsız değişken ve Tedavi Başarısı başlıklı ölçeğin ortalama değerleri bağımlı değişken olarak kullanılarak ikinci regresyon modeli geliştirilmiştir. Geliştirilen model Stepwise Regresyon Analizi yönteminden yararlanılarak analiz edilmiştir. Modelin geçerlilik ve anlamlılığını test eden ANOVA analizi sonuçlarına göre, ilk aşamada evde yaşayan kişi sayısı ile tedavinin başarısı ya da etkinliği arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur (F=9,97; p<0.01). İkinci aşamada evde yaşayan kişi sayısı ve son 6 ay içinde astım nedeniyle acil servise başvuru sayısı ile tedavinin başarısı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunduğu (F=11,66; p<0.01) saptanmıştır. Buna karşılık sağlık inanç tutumunun geliştirilmesinde yaş, son bir yıl içerisinde hastaneye başvuru sayısı, astım hastalığı süresi ve astım tedavi süresinin belirleyici bir etkisinin olmadığı (p>0.05) bulunmuştur. Anlamlı bulunan evde yaşayan kişi sayısı ve son 6 ay içinde astım nedeniyle acil servise başvuru sayısı - tedavinin başarısı ya da etkinliği modelinin ilişki

katsayısı (R) 0,67’dir ve evde yaşayan kişi sayısı ve son 6 ay içinde astım nedeniyle acil servise başvuru sayısı tedavinin başarısı ya da etkinliğinin %45’ini açıklamaktadır (R<sup>2</sup>=0,45). Bu sonuçlardan hareketle evde yaşayan kişi sayısı ve son 6 ay içinde astım nedeniyle acil servise başvuru sayısı ile tedavinin başarısı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ve evde yaşayan kişi sayısı ve son 6 ay içinde astım nedeniyle acil servise başvuru sayısının tedavinin başarısını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

## TARTIŞMA

Sağlık inanç modeli kavramı ile tanımlanan ve astım hastalarının tedaviye uyumunu etkileyen algı ve tutumlara hastalar genel olarak orta düzeyde katılmaktadır. Yüksek düzeyde katılım yalnızca yarar (4,08±0,66) boyutunda, en düşük katılım algılanan ciddiyet (3,11±0,57) boyutundadır. Ortalama puanların yükselmesi sağlık inanç tutumu geliştirme bakımından olumludur. Sağlık inanç modeline göre, beklenen sağlık davranışlarının



bireye sağlayacağı yarar ile davranışı uygulamadaki engel algısı bireyin tutum ve davranışlarını etkilediği belirtilmektedir (22). Petro-Nustas çalışmasında, hastaların sağlık durumlarına ilişkin davranış değişikliği yapmalarında; engel algısına oranla yarar algısının yüksek olmasının istenen bir durum olduğunu belirtmiştir (6). Hastadan istenen davranışların hastada görülebilmesi için engel algısının düşük olması önemlidir (23,24). Gökdoğan ve Akıncı'nın çalışmasında diyabetin tipi ve cinsiyete bağlı olmadan genelde diyabetlilerin mevcut sağlıklarını orta düzeyde yorumladıkları bulunmuştur (25). Meriç ve Oflaz'ın antidepresan kullanan hastalar ile yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (26). Tedavi başarısı ölçeğinin ortalaması (2,36±0,50) düşük seviyelere yakındır. Ortalama değerlerin düşük olması tedavinin başarısına hastaların inancının yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışmadan elde edilen bulgular, hastaların hastalık süreleri ile tedavi süreleri arasında uyumsuzluk olduğunu göstermektedir. Hastalık sürelerinin tedavi sürelerine göre daha uzun olması hastaların tedaviye geç başladığını ya da tedavinin zaman zaman kesildiğini göstermektedir. Gecikmenin hastalığın tedavisini güçleştireceği dikkate alınacak olursa bu sorunun çözümü için tedbir alınması önerilebilir.

Çalışmanın bulgularına göre astım hastalarının %25'i sigara içmeyi sürdürmektedir. Sigaranın astım gibi solunum yollarını doğrudan ilgilendiren bir hastalık üzerinde olumsuz etkileri dikkate alındığında hastalar arasında sigarayı bıraktırma yönünde çalışmalar yapılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastalar arasında astımla birlikte hipertansiyon (%32), kronik akciğer hastalığı (%24), şeker (%20) kalp yetmezliği (%16) ve kronik sırt ağrısı (%129) gibi hastalıklar da görülmektedir. Bu durum hastaların tedavilerinin etkinliğini artırma ve sağlıkla ilgili algı ve tutumlarını geliştirmelerinin önemini göstermektedir.

Araştırmaya katılan hastaların %35,1'inin astım nedeniyle son 1 yıl içinde hastaneye yatmış ve %47,3'ü ise son altı ayda acile başvurmuştur. Şahin tarafından yapılan bir çalışmada da hastaların yaklaşık %11'inin astım nedeniyle son 1 yıl içinde hastaneye yattığı ve acile başvuruların oranının %26,4 olduğu görülmektedir (20). Glaxowellcome ilaç firması tarafından İngiltere, Fransa, Almanya, Hollanda, İsveç, İtalya ve İspanya'da 2800 astımlı erişkini kapsayan geniş ölçekli bir çalışmada katılımcıların %7'sinin astım nedeniyle son 1 yıl

içerisinde hastaneye yattığı ve %10'unun ise acil servislere başvurduğu bulunmuştur (27). Aynı firmanın Amerika'da toplam 2509 astımlı yetişkin üzerinde yaptırdığı çalışmada ise, astıma bağlı olarak son bir yıl içinde hastaneye yatış oranı %9, son altı ayda acile başvuru sıklığı %23 olarak gerçekleşmiştir (28). Bu sonuçlarla karşılaştırıldığında; gerek hastaneye yatış gerekse acile başvuru oranlarının bu çalışmada oldukça yüksek olduğu söylenebilir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri tedavinin başarısı ya da etkinliği üzerinde; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, başka bir kronik hastalığının olup olmaması, evde birlikte yaşadığı kişi sayısı ve ailede başka astımlı hasta olup olmaması ve sağlık inanç tutumu geliştirmeleri bakımından bir farklılık oluşturmamaktadır. Hisar tarafından yapılan çalışmada da sağlık davranışlarını başlatma ve devam ettirmede kadınlar ve erkekler arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (12). Başka bir çalışmada da cinsiyetin sağlığı ve hastalığı algılama ve uygulamada bir fark yaratmadığı belirlenmiştir (24).

Evli ve 3-5 kişilik ailelerde yaşayan katılımcıların tedavilerine verdikleri önemi vurgulayan yarar boyutunda evli olmayanlara ve  $\leq 2$  kişilik ya da  $\geq 6$  kişilik ailelerde yaşayanlara göre daha fazla sağlık inanç tutumu (hastalık ve yetmezlik durumlarından korunma tutumu ) geliştirmektedirler. Ayrıca, ailesinde başka astım hastası/hastaları bulunan hastalar imkân boyutunda daha fazla sağlık inanç tutumu geliştirmektedirler. Orta öğretim düzeyinde eğitim gören hastalar, duyarlılık boyutunda ilköğretim ve yüksek öğretim görmüş hastalara göre daha fazla sağlık inanç tutumu geliştirmektedir. Bu sonuçlar SİM'in tamamında olmasa da bazı bileşenlerinin hastaların bazı sosyo-demografik özelliklerinden etkilendiğini göstermektedir.

Regresyon analizi sonuçlarına göre evde yaşayan kişi sayısının hem sağlık inanç tutumu geliştirme, hem de tedavinin başarısı üzerinde etkilidir. Aynı zamanda astım hastalığının süresinin sağlık inanç tutumu geliştirmeye ve son 6 ay içinde astım nedeniyle acil servise başvuru sayısının da tedavinin başarısı ya da etkinliğine olumlu yönde etki etmektedir.

## **SONUÇ ve ÖNERİLER**

Yukarıda verilen sonuçlardan hareketle aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

Uzun dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi için özellikle genç hastaların hastalığa ilişkin davranış ve tutumları belirlenerek, kapsamlı ve ihtiyaçlarına uygun eğitim programları düzenlenmelidir. Bu eğitim programlarında astımın komplikasyonları ve korunma yollarının yanı sıra, hastalığa yakalanan kişilerin yaşamlarını daha kaliteli sürdürebilmeleri için gerekli davranış ve tutum değişiklikleri sağlanabilir. Hastaların tedavinin etkinliği ya da başarısı konusunda inançları oldukça yüksek bulunmuştur. Bu sonucun daha da geliştirilmesi için özellikle aile hekimleri vasıtasıyla hastalar desteklenebilir.

Çalışmanın sonuçlarına göre hastaların hastanede yatma oranları oldukça yüksektir. Bu durum hastaların sosyal çevre ve iş yaşamından kopmalarına neden olabilir. Dolayısıyla astım hastalarının ayakta tedavi edilmesini sağlayacak ve onların iş ve sosyal yaşamdan kopmadan yaşamlarını sağlayacak alternatif tedavi modelleri üzerinde çalışmalar yapılmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2010, Chapter 1. definition and overview, Global Initiative for Asthma (GINA) 2010; 1-3.
2. Türk Toraks Derneği Astım 2009 rehberi, Bölüm 1: Tanım ve Genel Bakış. s. 6-8.
3. Pender NJ. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd edition. Norwalk Conn, California. Appleton & Lange, 1987.
4. Mikhail BI. The Health Belief Model: A Review and Critical Evaluation of the Model, Research and Practice. Ed. Chinn PL. In: Developing Substance Mid-Range Theory in Nursing, Advances in Nursing Science Series, Maryland: An Aspen Publication; 1994, p. 74-92.
5. Erbaydar T. Sağlık Davranış Modelleri ve HIV/AIDS Önleme Çalışmaları. 6. Türkiye AIDS Kongresi. İstanbul: 1-4 Aralık. 2003, s. 47-53.
6. Petro-Nustas W, Mikhail BI. Factor Associated with Breast Self-Examination among Jordanian Women. Public Health Nursing. 2002; 19(4): 263-271.
7. Çam O, Bilge A. Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutumlar. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007; 8(3): 215-223.
8. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: A Decade Later. Health Education Quarterly. 1984; 11(1): 1-47.
9. Champion VL. Use of the Health Belief Model in Determining Frequency of Breast Self-Examination. Research in Nursing & Health. 1985; 8(4): 373-379.
10. Rosenstock IM. Why People Use Health Services. Milbank Memorial Fund Quarterly. 2005; 83(4): 1-132.
11. Becker MH, Maiman LA, Kirscht JP, Haefner DP, Drachman RH. The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment. Journal of Health and Social Behavior. 1977; 18(4): 348-366.
12. Hisar F. Tüberküloz Hastalarının Sağlığının Geliştirilmesinde Sağlık İnanç Modeli ve Eylem Teorisinin Uygulanması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Doktora Tezi; 2007.
13. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education theory, research, and practice. San Francisco, CA: Jossey Bass; 2008.
14. Gördes Aydoğdu N, Bahar Z. Yoksul Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli ve Sağlığı Geliştirme Modeli Kullanımının Meme ve Serviks Kanseri Erken Tanı Davranışlarındaki Değişime Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2011; 4(1): 34-40.
15. Bluestein D, Rutledge CM. Psychosocial Determinants of Late Prenatal Care: The Health Belief Model. Clinical Research and Methods. 1993; 25(4): 269-272.
16. Poss JE. Developing A New Model For Cross Cultural Research: Synthesizing the Health Belief Model and the Theory of Reasoned Action. Advances In Nursing Science. 2001; 23(4): 1-15.
17. Cummings KM, Jette AM, Rosenstock IM. Construct Validation of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 1978; 6(4): 394-405.
18. Walker SN, Kerr MJ, Pender NJ, Sechrist, KR. A Spanish Language Version of Health Promoting Lifestyle Profile. Nursing Research. 1990; 39(5): 268-273.
19. Robert LW, Thomas SP, Young DO, Jozwiak JJ, Hector MA. Development of a Health Habits Scale. Research in Nursing & Health. 1991; 14(2): 145-153.

## TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012: 11(1)

20. Şahin B. Hekimlerin Klinik Karar Verme Süreçlerinin Kaynak Kullanımı, Yaşam Kalitesi ve Hasta Tatmini Üzerine Etkisi: Astım Hastalarına İlişkin Bir Araştırma. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Doktora Tezi. 2002.
21. Christian RD. Health Resources Use and Outcomes in Patients with Asthma. Doctoral Thesis, USA: The University of Michigan, 1997.
22. Petro-Nustas WY. Jordanian women's health beliefs about mammography. J Community Health Nurs. 2001; 18: 177-194.
23. Vietri V, Poskitt S, Slainka SC. Enhancing Breast Cancer Screening in the University Setting. Cancer Nursing. 1997; 20(5): 323-329.
24. Holm CJ, Deborah IF, Curtin J. Health Beliefs, Health Locus of Control and Women's Mammography Behavior. Cancer Nursing. 1999; 22(2): 149-156.
25. Gökdoğan F, Akıncı F. Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001; 5(1): 10-17.
26. Meriç M, Oflaz F. Anksiyolitik ve Antidepresan Kullanan Hastaların Sağlık İnanç Modeline Dayalı Tedaviyle İlgili Düşüncelerinin Tedaviyi Bırakma ile İlişkisi. TAF Prev Med Bull. 2010; 9(5): 441-452.
27. Asthma Insights & Reality in Europe: Executive Summary Overview and Survey Design, available at: [http://www.srbi.com/asthma\\_insights.html](http://www.srbi.com/asthma_insights.html) [Erişim Tarihi: 11.01.2011].
28. Asthma in America Falls Far Short of National Treatment Standards, available at <http://www.pslgroup.com/dg/8cc2e.htm> [Erişim Tarihi: 08.02.2011].