

**PEDİATRİK ASTIMDA ALGILANAN STRES DÜZEYİ İLE  
YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİDE BİLİNÇLİ  
FARKINDALIĞIN ARACI ROLÜNÜN İNCELENMESİ**

**AYŞE SENA AYHAN**

**Işık Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji, 2018  
Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans  
Programı, 2020**

**Bu tez, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans  
(MA) derecesi ile sunulmuştur.**

**IŞIK ÜNİVERSİTESİ  
2020**

# **THE MEDIATOR EFFECT OF MINDFULNESS IN THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED STRESS LEVEL AND QUALITY OF LIFE IN PEDIATRIC ASTHMA**

## **Abstract**

The purpose of this study is to analyze the possible mediator effect of mindfulness on the relationship between perceived stress level and quality of life in pediatric asthma. The total sample of this study is 100 asthmatic children aged between 9-12 years. In order to assess the participants' levels of perceived stress, mindfulness and quality of life; the Perceived Stress Scale in Children (8-11 years), Child and Adolescent Mindfulness Measure and Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire are used. In order to examine asthma control levels, Childhood Asthma Control Test for children aged between 4-11 years and Asthma Control Test for children aged  $\geq 12$  years are used, and physicians also determine the asthma control levels of children by using international criteria developed by Global Initiative for Asthma (GINA).

Linear hierarchical regression analysis was used in the analysis of the main hypotheses of the research. As a result of the analysis of the core hypotheses, it has been identified that mindfulness has a partial mediator role, in the relationship between perceived stress and quality of life ( $p = .474$ ), in the relationship between perceived stress and symptoms which is the subscale of quality of life ( $p = .399$ ) and in the relationship between perceived stress and emotional function ( $p = .514$ ) which is the quality of life's subscale. The mediating role of mindfulness in the relationship between perceived stress and activity limitations could not be inspected due to the lack of a significant correlation between activity limitations which is subscale of quality of life and mindfulness ( $p = .136$ ).

**Keywords:** asthma, child, mental health, mindfulness, quality of life

# PEDİATRİK ASTIMDA ALGILANAN STRES DÜZEYİ İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİDE BİLİNÇLİ FARKINDALIĞIN ARACI ROLÜNÜN İNCELENMESİ

## Özet

Bu çalışmanın amacı pediatrik astımda algılanan stres düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın olası aracı etkisini analiz etmektir. Toplamda 100 katılımcının bulunduğu bu çalışmanın örneklemini 9-12 yaşları arasındaki astımlı çocuklar oluşturmaktadır. Katılımcıların algılanan stres, bilinçli farkındalık ve yaşam kalitesi düzeylerini değerlendirmek için Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeği, Çocuk ve Ergen Bilinçli Farkındalık Ölçeği ve Pediatrik Astımda Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Astım kontrolü hakkında bilgi edinmek için 4-11 yaşlarındaki çocuklar için Çocukluk Çağı Astım Kontrol Testi ile  $\geq 12$  yaş çocuklar için Astım Kontrol Testi kullanılırken hekimler tarafından da aynı zamanda GINA kriterleri ile çocukların astım kontrol düzeyleri belirlenmiştir.

Araştırmanın ana hipotezlerinin analiz edilmesi sürecinde doğrusal hiyerarşik regresyon analizi kullanılmıştır. Temel hipotezlerin incelenmesi neticesinde algılanan stres ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide ( $p=-,474$ ), algılanan stres ile yaşam kalitesi alt boyutu olan belirtiler arasındaki ilişkide ( $p=-,399$ ) ve algılanan stres ile yaşam kalitesi alt boyutu olan duygusal işlev arasındaki ilişkide ( $p=-,514$ ) bilinçli farkındalığın kısmi aracı rolünün olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesinin alt boyutlarından biri olan faaliyet kısıtlanması ile bilinçli farkındalık arasında anlamlı bir korelatif ilişkinin çıkmaması ( $p=,136$ ) nedeniyle algılanan stres ile faaliyet kısıtlanması arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın aracı rolü incelenememiştir.

**Anahtar Kelimeler:** astım, çocuk, ruh sağlığı, bilinçli farkındalık, yaşam kalitesi

## Teşekkür

İlk olarak, sağlık psikolojisi alanında tez yazma fikrimin oluşmaya başladığı ilk günden itibaren beni olabilecek her türlü duruma karşı önceden bildiren, katkısıyla araştırmamın örnekleme ulaşmam için yol gösteren, benden yardımlarını ve pozitif enerjisini esirgemeyen saygıdeğer ve kıymetli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Z. Deniz AKTAN'a,

Tanıştığımız ilk günden beri araştırmamın daha rahat bir şekilde yürüyebilmesi için elinden gelen her şeyi yapan, yeni fikirleriyle bana ışık tutan ve katılımcılara ulaşmam için büyük katkılar sunan değerli tez eş danışmanım Prof. Dr. Zeynep Ülker TAMAY'a,

İhtiyacım olan yardımı, desteği ve dostane ilişkiyi veri toplama sürecim boyunca bana veren İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Alerji Polikliniği'ndeki tüm uzman doktorlara, asistan doktorlara, stajyer doktorlara ve çalışanlara,

Tüm içtenlikleriyle araştırmamda yer alan katılımcılara,

Hayatımdaki en kötü günden en iyi günüme kadar olan tüm anlarımda sevgisini ve şefkatini benimle paylaşarak güzel ilişkisini bana sunan sevgili arkadaşım Funda Aysel AYDIN'a,

Varlığıyla hayatımdaki en büyük şansım olduğunu her an bana hissettiren ve çocukluk anlarıyla araştırma fikrimin oluşmasına yardımcı olan değerli kardeşim Sevde Tuğba AYHAN'a,

Hayattaki her anımda yanımda olduklarını hissettiğim ve sonsuz minnet duyduğum sevgili annem İmran AYHAN'a ve babam Abdullah AYHAN'a çok teşekkür ediyorum.

## İçindekiler

|   |            |
|---|------------|
| <b>ONAY SAYFASI</b> .....                           | <b>i</b>   |
| <b>ABSTRACT</b> .....                               | <b>ii</b>  |
| <b>ÖZET</b> .....                                   | <b>iii</b> |
| <b>TEŞEKKÜR</b> .....                               | <b>iv</b>  |
| <b>İÇİNDEKİLER</b> .....                            | <b>v</b>   |
| <b>TABLolar LİSTESİ</b> .....                       | <b>ix</b>  |
| <b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....                       | <b>xi</b>  |
| <b>KISALTMALAR LİSTESİ</b> .....                    | <b>xii</b> |
| <b>BÖLÜM 1</b> .....                                | <b>1</b>   |
| 1. GİRİŞ.....                                       | 1          |
| 1.1. Araştırmanın Amacı.....                        | 1          |
| 1.2. Araştırmanın Özgünlüğü.....                    | 2          |
| 1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....                  | 4          |
| <b>BÖLÜM 2</b> .....                                | <b>6</b>   |
| 2. LİTERATÜR.....                                   | 6          |
| 2.1. Astım.....                                     | 6          |
| 2.1.1. Astımın Sınıflandırılması.....               | 7          |
| 2.1.2. Çocukluk Çağı Astımında Önerilen Tedavi..... | 9          |
| 2.1.3. Epidemiyoloji.....                           | 11         |

|   |           |
|---|-----------|
| 2.1.4. Etiyoloji.....                                   | 13        |
| 2.1.4.1. Astım Etiyolojisinde Kişisel Faktörler.....    | 14        |
| 2.1.4.1.1. Genetik.....                                 | 14        |
| 2.1.4.1.2. Cinsiyet.....                                | 15        |
| 2.1.4.1.3. Irk.....                                     | 15        |
| 2.1.4.2. Astım Etiyolojisinde Çevresel Faktörler.....   | 16        |
| 2.1.4.2.1. Alerjenler.....                              | 16        |
| 2.1.4.2.2. Sigara.....                                  | 17        |
| 2.1.4.2.3. Hava Kirliliği.....                          | 18        |
| 2.1.4.2.4. Beslenme.....                                | 18        |
| 2.1.4.2.5. Fiziksel Aktivite.....                       | 19        |
| 2.1.4.2.6. Şehir Yaşamı.....                            | 19        |
| 2.1.4.2.7. Sosyoekonomik Durum ve Aile Yapısı.....      | 20        |
| 2.1.4.3. Astım Etiyolojisinde Psikolojik Faktörler..... | 21        |
| 2.2. Stres.....   | 21        |
| 2.2.1. Stres ile Astımın İlişkisi .....                 | 24        |
| 2.3. Yaşam Kalitesi .....                               | 25        |
| 2.3.1. Yaşam Kalitesi ile Astımın İlişkisi .....        | 26        |
| 2.4. Bilinçli Farkındalık (Mindfulness) .....           | 28        |
| 2.4.1. Bilinçli Farkındalık ile Astımın İlişkisi .....  | 29        |
| <b>BÖLÜM 3.....</b>                                     | <b>32</b> |
| 3. YÖNTEM.....  | 32        |
| 3.1. Katılımcılar.....                                  | 32        |
| 3.1.1. Katılımcı Verilerinin Toplanması.....            | 32        |

|  |           |
|--|-----------|
| 3.1.2. Katılımcı Verilerinin Demografik ve Diğer Özellikleri.....  | 32        |
| 3.2. Veri Toplama Araçları.....  | 36        |
| 3.2.1. Demografik ve Diğer Özellikler ile Veri Formu.....  | 36        |
| 3.2.1.1. Ebeveyn için Demografik ve Diğer Özellikler Bilgi Formu.....  | 36        |
| 3.2.1.2. Çocuk için Demografik Özellikler Bilgi Formu.....   | 36        |
| 3.2.2. Katılımcıların Astım Kontrol Düzeyinin Belirlenmesi.....  | 36        |
| 3.2.3. Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeği (ÇASÖ).....   | 37        |
| 3.2.4. Çocuk ve Ergen Bilinçli Farkındalık Ölçeği (ÇEBFÖ).....   | 38        |
| 3.2.5. Astımlı Çocuk Yaşam Kalitesi Ölçeği (PAYKÖ).....  | 38        |
| 3.2.6. Astım Kontrol Testi.....  | 39        |
| 3.2.6.1. Çocukluk Çağı Astım Kontrol Testi (Ç-AKT).....  | 39        |
| 3.2.6.2. Astım Kontrol Testi (AKT).....  | 40        |
| 3.3. İşlem.....  | 41        |
| 3.4. Veri Analizi.....   | 42        |
| <b>BÖLÜM 4.....</b>  | <b>44</b> |
| 4. BULGULAR.....   | 44        |
| 4.1. Temel Hipotezlerin Sınanması; Algılanan Stres Seviyesi, Bilinçli Farkındalık ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....  | 44        |
| 4.1.1. Medyator Etki Analizi.....  | 44        |
| 4.1.2. Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeği, Çocuk ve Ergen Bilinçli Farkındalık Ölçeği ve Pediatrik Astımda Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Alınan Puanların Astım Kontrol Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Bulgular..... | 50        |

|   |           |
|---|-----------|
| 4.2. Yan Amaçların Sınanması ile Demografik ve Diğer Değişkenlerle İlgili Betimsel Analizler.....   | 52        |
| 4.2.1. Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeğinden Alınan Puanların Demografik ve Diğer Değişkenlere Göre İncelenmesine İlişkin Bulgular .....          | 52        |
| 4.2.2. Çocuk ve Ergen Bilinçli Farkındalık Ölçeğinden Alınan Puanların Demografik ve Diğer Değişkenlere Göre İncelenmesine İlişkin Bulgular ..... | 55        |
| 4.2.3. Pediatrik Astımda Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Alınan Puanların Demografik ve Diğer Değişkenlere Göre İncelenmesine İlişkin Bulgular.....     | 57        |
| <b>BÖLÜM 5.....</b>   | <b>60</b> |
| 5. TARTIŞMA.....  | 60        |
| <b>Kaynakça .....</b>   | <b>70</b> |
| <b>Özgeçmiş.....</b>  | <b>90</b> |
| <b>Ekler.....</b>   | <b>91</b> |



## TABLULAR LİSTESİ

|   |    |
|---|----|
| Tablo 2.1 GINA Kriterlerine Göre Astım Kontrol Düzeyleri  | 8  |
| Tablo 2.2 Astımın Sınıflandırılması   | 9  |
| Tablo 2.3 Astım Tedavi Basamakları  | 10 |
| Tablo 3.1 Katılımcıların Demografik ve Diğer Özellikleri  | 35 |
| Tablo 4.1 Katılımcıların Bilinçli Farkındalık, Algılanan Stres, Yaşam Kalitesi, Faaliyet Kısıtlanması, Belirtiler ve Duygusal İşlevi Arasındaki Korelasyonlar                                   | 46 |
| Tablo 4.2 Bilinçli Farkındalığın Algılanan Stres ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkideki Medyator Etkisinin Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analiziyle Değerlendirilmesinden Elde Edilen Sonuçlar | 47 |
| Tablo 4.3 Bilinçli Farkındalığın Algılanan Stres ve Belirtiler Arasındaki İlişkideki Medyator Etkisinin Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analiziyle Değerlendirilmesinden Elde Edilen Sonuçlar     | 48 |
| Tablo 4.4 Bilinçli Farkındalığın Algılanan Stres ve Duygusal İşlev Arasındaki İlişkideki Medyator Etkisinin Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analiziyle Değerlendirilmesinden Elde Edilen Sonuçlar | 50 |
| Tablo 4.5 Astım Kontrol Düzeyine Göre Algılanan Stres, Bilinçli Farkındalık ve Yaşam Kalitesi Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri  | 50 |
| Tablo 4.6 Demografik ve Diğer Değişkenlere Göre Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeğinden Alınan Puanların Aritmetik Ortalaması, Standart Sapma Değeri, Kişi Sayısı ve p Değeri                     | 53 |

|  |     |
|--|-----|
| Tablo 4.7 Demografik ve Diğer Değişkenlere Göre Çocuk ve Ergen Bilinçli Farkındalık Ölçeğinden Alınan Puanların Aritmetik Ortalaması, Standart Sapma Değeri, Kişi Sayısı ve p Değeri | 56  |
| Tablo 4.8 Demografik ve Diğer Değişkenlere Göre Pediatrik Astımda Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Alınan Puanların Aritmetik Ortalaması, Standart Sapma Değeri, Kişi Sayısı ve p Değeri    | 58  |
| Tablo A.1 Çocuklar İçin Algılanan Stres Ölçeği (ÇASÖ)  | 91  |
| Tablo B.1 Çocuk ve Ergen Bilinçli Farkındalık Ölçeği (ÇEBFÖ)   | 92  |
| Tablo C.1 Pediatrik Astımda Yaşam Kalitesi Ölçeği (PAYKÖ)  | 93  |
| Tablo D.1 Çocukluk Çağı Astım Kontrol Testi (Ç-AKT)  | 99  |
| Tablo E.1 Astım Kontrol Testi (AKT)  | 100 |
| Tablo F.1 Etik Kurul Onayı   | 101 |

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1 Algılanan Stres ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkide Bilinçli Farkındalığın Medyatör Etkisi 45

## KISALTMALAR LİSTESİ

**GINA:** Global Initiative for Asthma

**TTD:** Türk Toraks Derneği

**PEF:** The Peak Expiratory Flow (Zirve Ekspiratuar Akımı)

**FEV1:** Forced Expiratory Volume in 1 Second (Zorlu Ekspiratuar Volüm 1. Saniye)

**LABA:** Long Acting  $\beta$ 2 Agonist (Uzun Etkili  $\beta$ 2 Agonist)

**ISAAC:** International Study of Asthma and Allergies in Childhood

**ÇASÖ:** Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeği

**ÇEBFÖ:** Çocuk ve Ergen Bilinçli Farkındalık Ölçeği

**CAAM:** Child and Adolescent Mindfulness Measure

**PAYKÖ:** Pediatrik Astımda Yaşam Kalitesi Ölçeği

**PAQLQ:** Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire

**Ç-AKT:** Çocukluk Çağı Astım Kontrol Testi

**C-ACT:** Childhood Asthma Control Test

**GSK:** GlaxoSmithKline

**AKT:** Astım Kontrol Testi

# BÖLÜM 1

## 1. GİRİŞ

### 1.1. Araştırmanın Amacı

Literatürde pediatrik astımda algılanan stres, bilinçli farkındalık ve yaşam kalitesinin bir arada incelendiği bir çalışmaya rastlanmamasına rağmen bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programlarının astımlı yetişkinlerin sağlığını olumlu olarak etkilediği bilindiğinden dolayı söz konusu ilişkilerde bilinçli farkındalığın aracı etkisinin varlığının olduğuna ihtimal verilmektedir.

Tüm bu veriler değerlendirildiğinde pediatrik astımda algılanan stres, bilinçli farkındalık ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye odaklanan bu araştırmanın amacı, çocukluk döneminde en yaygın görülen kronik hastalık olan astım hastalığına sahip olan çocukların yaşam kaliteleri üzerinde etkisi olabilecek algılanan stresin yordayıcı etkisini incelerken bilinçli farkındalığın aracı (medyatör) etkisini değerlendirmektir. Bu çalışmanın diğer bir temel amacı ise astım kontrol düzeylerine göre algılanan stres, bilinçli farkındalık ve yaşam kalitesi puanlarının değişiklik gösterip göstermediğini inceleyerek bu alanı aydınlatmaktır.

Bu araştırmanın yan amacı ise pediatrik astımda algılanan stres, bilinçli farkındalık ve yaşam kalitesi değişkenlerinin sosyodemografik veriler ile arasındaki anlamlı korelatif ilişkilerin varlığını analiz etmektir. Elde edilen bu bulguların literatürde daha önce araştırması yapılan alanlarla karşılaştırmalarını yapmak ve bulguların tutarlılığını değerlendirmek hedeflenmektedir. Bu bağlamda bu araştırma, literatürde astımlı çocuklar gibi spesifik bir grupta söz konusu değişkenleri araştıran sınırlı çalışma olması nedeniyle bu alanı aydınlatmayı hedeflemektedir.

## 1.2. Araştırmanın Özgünlüğü

Engel, (1977) tıpta hastalıkların incelenmesi için yeni bir kavram olan biyopsikososyal modeli açıklamıştır. Günümüz modern tıpta hastalıklar bu kuram ele alınarak incelenmektedir. İnsanın biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak ele alınıp incelenmesine biyopsikososyal model denmektedir (Engel, 1977). Bu model, hastalıkların sadece biyolojik değişikliklerden dolayı oluşmadığını aynı zamanda da psikolojik ve sosyal faktörlerin değişiminin de hastalığa neden olduğunu ve bu alanların birbiriyle etkileşim halinde olduğunu göstermektedir (Engel, 1977). Biyolojik faktörlerden bazıları bağışıklık sistemi, nöroendokrin sistem, dokular ve organ sistemleridir; psikolojik etkenlere kaygı, stres ve depresyon örnek gösterilebilir; sosyal unsurlar ise aile, toplum ve kültür gibi kavramlardır (Aktürk, 2008). Tüm bunlar değerlendirildiğinde hastalıkların anlamlandırılması bütüncül bir çerçevede gerçekleşmektedir.

Hastalıklar ve psikolojik faktörler arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma literatürde bulunmaktadır. Tip 2 diyabet, meme kanseri, fibromiyalji ve sedef hastalığı ile psikolojik sıkıntı hali, anksiyete, depresyon, aleksitimi, duygusal düzensizlikler ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalar vardır ve bu araştırmalarda psikolojik faktörler ile belirtilen hastalıklar arasındaki ilişkiler gösterilerek açıklanmıştır (Cristina, Mario ve Paolo, 2019; Marchi ve ark., 2019; Martino ve ark., 2018; Martino ve ark., 2019; Palagini ve ark., 2016; Settineri, Frisone, Alibrandi ve Merlo, 2019).

Psikolojik faktörlerle ilişkisi araştırılan hastalık türlerinden birisi de kronik hastalıklardır. En yaygın görülen kronik hastalıklardan bazıları kronik solunum yolu hastalıkları, kalp ve damar hastalıkları, diyabet ve obezitedir. Psikolojik faktörlerin sıklığının ve şiddetinin bu hastalıkların oluşumuna, sıklığına ve şiddetine etkisini inceleyen araştırmalar bulunmaktadır. Psikolojik faktörler incelendiğinde bu hastalıklara sahip olan kişilerin bilişsel işlevlerinde ve duygusal işleme süreçlerinde problem yaşadıkları gösterilmiştir (McGilton ve ark., 2018; Shao, Yang, Zhang, Du ve Lei, 2019). Literatürdeki birçok araştırmada anksiyete, stres, depresyon, duygusal düzensizlikler ve uyku kalitesindeki düşüş dolayısıyla kronik hastalığa sahip olan kişilerin yaşam kalitelerinde düşüş olduğu görülmektedir.

Son yıllarda kronik hastalıkların dünya genelinde görülme sıklığı oldukça fazladır. Dünya Sağlık Örgütü (2018)'nin raporuna göre 2016 yılında kronik hastalıklar sebebiyle küresel olarak ölen kişi sayısı 41 milyondur ve bu rakam toplam ölen kişi sayısının %71'ine tekabül etmektedir. Ülkemizde ölümlerin %75'ini bu bulaşıcı olmayan hastalıklar oluşturmaktadır (Ünal, Ergör, Horasan, Kalaça ve Sözmen, 2013). Hem küresel hem de Türkiye'deki bu oranların yüksek olmasından dolayı literatürdeki birçok araştırma bu konuya odaklanmıştır. Bu araştırmaların birçoğunda risk faktörleri belirlenmeye çalışılarak hastalıklar için önleyici tedbirlerin alınmasına yardımcı olmaya çalışılmıştır. Bu nedenle kronik hastalıkların içerisinde olan kronik solunum yolu hastalıkları biyopsikososyal perspektiften değerlendirilmiştir. Yapılan birçok araştırmada psikolojik unsurların bu hastalıkların seyrini ve şiddetini etkilemekle birlikte oluşumuna da neden olabildiği belirlenmiştir. Zhou ve ark. (2017) çalışmasında kronik solunum yolu hastalıkları ile depresyon ve kaygı arasında ilişki olduğunu kanıtlamıştır. Kronik solunum yolu hastalıkları olan hastaların %46'sının depresyonda olduğu ve %25,34'ünün anksiyeteye sahip olduğu belirlenmiştir (Zhou ve ark., 2017). Araştırmaların birçoğunda bu hastalıkların stres ile de ilişkili olduğu belirlenmiştir. Stresin hastalıkların semptomlarını tetiklediği ve hastanın durumunu kötüleştirdiği bilinmektedir.

En sık görülen kronik solunum yolu hastalıklarından birisi de astımdır. Astım, çocukluk çağında en yaygın görülen kronik solunum yolu hastalığıdır. Dünya genelinde çocuklarda astımın görülme oranı %9,4 olarak bulunmuştur (Lai ve ark., 2009). Kurt ve ark. (2007) tarafından ülkemizde çocukluk çağı astım görülme oranı %13,36 olarak belirlenmiştir. Kronik hastalıklar ve psikolojik faktörlerin birbiriyle ilişkili olduğu belirlenince son yıllarda yapılan araştırmalar çocukluk çağında astım ve ruh sağlığı arasındaki ilişkiye odaklanmıştır.

Bu araştırmada çocuklarda kronik hastalıklardan biri olan astım değerlendirilecektir. Literatür incelendiğinde astımlı çocuklarda algılanan stres ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelenmiş olmasına rağmen bilinçli farkındalık gibi stresle ilişkili olan bir ruh sağlığı değişkeninin astımlı çocuklarda araştırılmadığı görülmektedir. Bu nedenle bu araştırmada pediatrik astımda algılanan stres ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bilinçli farkındalığın nasıl etki ettiği incelenecektir. Astım

kontrolünün ruh sağlığı değişkenlerinden bilinçli farkındalık, algılanan stres ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi araştırılacaktır.

### 1.3. Araştırmanın Hipotezleri

- 1- Pediatrik astımda bilinçli farkındalık, algılanan stres ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide aracı (medyator) görevi üstlenmektedir. Bu doğrultuda işlemsel hipotezler şu şekildedir:
  - a. Pediatrik astımda bilinçli farkındalık, algılanan stres ve yaşam kalitesinin alt boyutu olan faaliyet kısıtlanması arasındaki ilişkide aracı (medyator) görevi üstlenmektedir.
  - b. Pediatrik astımda bilinçli farkındalık, algılanan stres ve yaşam kalitesinin alt boyutu olan belirtiler arasındaki ilişkide aracı (medyator) görevi üstlenmektedir.
  - c. Pediatrik astımda bilinçli farkındalık, algılanan stres ve yaşam kalitesinin alt boyutu olan duygusal işlev arasındaki ilişkide aracı (medyator) görevi üstlenmektedir.
- 2- Pediatrik astımda, astım kontrol düzeylerine göre algılanan stres, bilinçli farkındalık ve yaşam kalitesi puanları birbirinden farklılaşmaktadır.
  - a. Pediatrik astımda en yüksek algılanan stres düzeyi kontrolsüz gruptadır.
  - b. Pediatrik astımda en yüksek bilinçli farkındalık düzeyi kontrollü gruptadır.
  - c. Pediatrik astımda en yüksek yaşam kalitesi düzeyi kontrollü gruptadır.
- 3- Algılanan stres düzeyi, bilinçli farkındalık düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyi sosyodemografik özelliklere göre farklılaşmaktadır. Bu doğrultuda işlemsel hipotezler şu şekildedir:
  - a. Algılanan stres düzeyi, bilinçli farkındalık düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyi cinsiyete göre farklılaşmaktadır.
  - b. Algılanan stres düzeyi, bilinçli farkındalık düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyi yaşa göre farklılaşmaktadır.
  - c. Algılanan stres düzeyi, bilinçli farkındalık düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyi toplam kardeş sayısına göre farklılaşmaktadır.



- d. Algılanan stres düzeyi, bilinçli farkındalık düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyi doğum sırasına göre farklılaşmaktadır.
- e. Algılanan stres düzeyi, bilinçli farkındalık düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyi öğrenim durumuna göre farklılaşmaktadır.
- f. Algılanan stres düzeyi, bilinçli farkındalık düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyi sınıf düzeyine göre farklılaşmaktadır.
- g. Algılanan stres düzeyi, bilinçli farkındalık düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyi okul başarısına göre farklılaşmaktadır.
- h. Algılanan stres düzeyi, bilinçli farkındalık düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyi ebeveynlerden birinin öğrenim düzeyine göre farklılaşmaktadır.
- i. Algılanan stres düzeyi, bilinçli farkındalık düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyi ebeveynlerden diğerinin öğrenim düzeyine göre farklılaşmaktadır.
- j. Algılanan stres düzeyi, bilinçli farkındalık düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyi gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.
- k. Algılanan stres düzeyi, bilinçli farkındalık düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyi algılanan gelir düzeyine göre farklılaşmaktadır.

## BÖLÜM 2

### 2. LİTERATÜR

#### 2.1. Astım

Kronik hava yolu inflamasyonu olarak nitelenen astım, çocukluk çağında en sık görülen kronik akciğer hastalığıdır. Genellikle çocukluk döneminde başlayan astım her yaş grubunda görülebilmektedir. Ataklar halinde devam eden bu hastalık çocukluk çağında bazen geçici olmakta, bazen de erişkin yaşta da devam edebilmektedir. Yineleyen astım ataklarının semptomları arasında hırıltılı nefes alıp verme, göğüste sıkışma, nefes darlığı ve öksürük görülmektedir (Global Initiative for Asthma [GINA], 2018). Atakların şiddeti ve zamanı belli olmamasına rağmen genellikle gece ve sabah erken saatlerde daha zorlayıcı bir hal alır. Endojen adrenalinin fizyolojik azalması ile plazma histamin düzeyinin artması ve bronşiyal sekresyonun yatar pozisyonda birikmesinden dolayı solunum sisteminin düzeninin bozulması, atakların bu dönemlerde sıklığının artmasına neden olarak gösterilebilmektedir (Saraçlar, Adalıoğlu ve Tuncer, 1991). Astım için uyarıcı etkenler aeroirritanlar (sigara, parfüm, hava kirliliği, diğer iritan gazlar) aspirin ve benzeri analjezikler, beta adrenerjik antagonistler (beta-blokerler), besin ve ilaçlardaki kimyasal maddeler (tartarazin, diğer besin boyaları, sodyum metabisülfid), alerjenler (ev tozu, polenler, besinler, hayvan deri ve tüyleri, mantar sporları), solunum yolu enfeksiyonları (viral enfeksiyonlar), meteorolojik değişiklikler (barometrik basınç değişiklikleri, nem, ısı, rüzgar), mesleki etkenler (TDI gibi mesleki çeşitli iritanlar, alerjenler), efor ve duygusal etkenler (gülme, ağlama) gösterilmektedir (GINA, 2019; Saraçlar ve ark., 1991). Ataklardan dolayı sırt ağrısı, kalp çarpıntısı, yürüme ve konuşmada güçlük çekme görülebilmektedir. Astım tedavisinde amaç, atakları kontrol altına almak, semptomların oluşmasını önlemek ve akciğer fonksiyonlarını en uygun hale getirmektir (Reddel ve ark., 2009).

### 2.1.1. Astımın Sınıflandırılması

Astımın şiddeti ve astım kontrolü olarak çocuklarda iki ayrı şekilde astım sınıflandırması yapılabilmektedir.

Astım kontrolü, astım semptomlarının tedaviyle birlikte azalması veya artmasıyla ilişkilidir. Astım semptomlarını oluşturabilecek risklerin engellenmesi ve semptomların kontrolü olarak açıklanabilmektedir (Türk Toraks Derneği [TTD], 2016). Astımın tedavisinde hedef, semptomları kontrol altında tutmaktır. Çocuklarda astım kontrolünü değerlendirirken gün içerisindeki semptomlar, gece uyanmaları, ilaç kullanımı ve günlük aktivite kısıtlamaları göz önünde bulundurulur (GINA, 2019). Bu değerlendirme sonucunda kişinin astımı, “kontrollü”, “kısmi kontrollü” ve “kontROLSÜZ” olarak 3’e ayrılır (GINA, 2019).

Kişinin astımının kontrol altında olarak değerlendirilmesi için belirli bazı kriterler vardır. Tablo 2.1’de görüldüğü gibi gün içi semptomlarının haftada 2 veya daha az olması, aktivitede kısıtlılığının olmaması, gece semptomlarının veya gece uyanmalarının olmaması, bronkodilatöre gereksiniminin haftada 2 veya daha az olması, solunum fonkiyon testinin [PEF (Peak Expiratory Flow-Zirve Ekspiratuar Akımı)] ve FEV<sub>1</sub> (Forced Expiratory Volume in 1 Second- Zorlu Ekspiratuar Volüm 1. Saniye)] normal olması durumunda kişinin astımı kontrol altında olarak değerlendirilir. Aynı zamanda son 1 yıl içinde atak geçirmemiş olması gerekmektedir.

Tablo 2.1’de gösterildiği üzere astımın kısmi kontrollü olarak kabul edilebilmesi için gün içi semptomlarının haftada 2’den fazla olması veya aktivitede kısıtlılığın olması veya gece semptomlarının/gece uyanmalarının olması veya haftada 2’den fazla bronkodilatöre gereksiniminin olması veya solunum fonksiyon testinin (PEF ve FEV<sub>1</sub>) değerinin %80’in altında olması gerekmektedir. Bu semptom ve bulguları olmayan, ancak son 1 yıl içerisinde 1 veya birden fazla kez atak geçirmiş olan çocukta da astım kısmi kontrollü olarak kabul edilir.

Astımın kontROLSÜZ olarak kabul edilebilmesi için ise gün içi semptomlarının haftada 2’den fazla olması, aktivitede kısıtlılığın olması, gece semptomlarının veya gece uyanmalarının olması, haftada 2’den fazla bronkodilatöre gereksiniminin olması,

solunum fonkiyon testinin (PEF ve FEV1) değerinin %80'in altında olması koşullarından 3 veya daha fazla özelliğin herhangi bir haftada yaşanmış olması gerekmektedir. Haftada bir atak geğirilmiş olması da değerlendirme yapılırken dikkate alınabilmektedir (Tablo 2.1).

**Tablo 2.1 GINA Kriterlerine Göre Astım Kontrol Düzeyleri**

| <b>zellik</b>                            | <b>Kontrollü</b><br>(Aşağıdakilerin hepsi) | <b>Kısmen Kontrollü</b><br>(Hafta içi herhangi birisinin olması) | <b>KontROLSüz</b>  |
|---|--|--|--|
| <b>Gün içi Semptomlar</b>                 | Yok<br>( $\leq 2$ / hafta)                 | >2/ hafta  |  |
| <b>Aktivitede Kısıtlılık</b>              | Yok  | Varsa  | Kısmen kontrollü astımın 3 ya da daha fazla özelliğinin herhangi bir haftada bulunması |
| <b>Gece Semptomları / Gece Uyanma</b>     | Yok  | Varsa  |  |
| <b>Bronkodilatre Gereksinim</b>          | Yok<br>(Haftada 2 ya da daha az)           | >2/ hafta  |  |
| <b>Solunum Fonksiyon Testi (FEV1/PEF)</b> | Normal                                     | <%80   |  |
| <b>Atak</b>                               | Yok  | $\geq 1$ /yıl  | 1/hafta  |

*Not:* FEV1: 1. saniyedeki zorlu ekspiratuar volüm, PEF: Zirve ekspiratuar akım (büyük hava yollarının soluk verme kaslarının aktivitesini ve çapını gösteren değer)

Astım kontrolünün yanında astım sınıflandırılması yapılırken astımın şiddetine de bakılmaktadır. Astım şiddeti hastalığın ağırlığının seviyesini belli etmektedir. Astım şiddeti; intermittan, hafif persistan, orta persistan ve ağır persistan olmak üzere 4'e ayrılarak incelenmektedir.

İntermittan olarak değerlendirilen astım, şiddetin en az görüldüğü gruptur. Tablo 2.2'de görüldüğü gibi bu grupta gün içindeki yakınmalar haftada 1'den azdır, ataklar kısadır ve gece yakınmaları ayda 2'den fazla görülmemektedir.

şiddetin biraz daha arttığı fakat hala hafif persistan olarak değerlendirilen grupta ise koşullar şu şekildedir: gün içi yakınmalar haftada 1'den fazladır ve her gün değildir, ataklar aktiviteyi ve uykuyu etkilemektedir ve ayda 2'den fazla gece yakınmaları bulunmaktadır (Tablo 2.2).

Tablo 2.2’de de görüldüğü gibi astımın orta persistan olarak kabul edilebilmesi için ise gün içi yakınmaların her gün olması, atakların aktiviteyi ve uykuyu etkileyici olması ve gece yakınmalarının haftada 1’den fazla olması koşulları aranmaktadır.

Astım şiddetinde en kötü durumda olan astım, ağır persistan olarak değerlendirilir. Ağır persistan olarak değerlendirilebilmesi için gün içi yakınmaların her gün olması, atakların sık gerçekleşmesi ve gece yakınmalarının da sık olması gerekmektedir (Tablo 2.2).

**Tablo 2.2 Astımın Sınıflandırılması**

| <b>Semptomlar</b>              | <b>İntermittan</b> | <b>Hafif Persistan</b>                | <b>Orta Persistan</b>                 | <b>Ağır Persistan</b> |
|--------------------------------|--------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| <b>Gün içindeki yakınmalar</b> | <1 /hafta          | >1 /hafta,<br>her gün değil           | Her gün                               | Her gün               |
| <b>Ataklar</b>                 | Kısa               | Uykuyu ve<br>aktiviteyi<br>etkileyici | Uykuyu ve<br>aktiviteyi<br>etkileyici | Sık                   |
| <b>Gece yakınmaları</b>        | ≤2 /ay             | >2 /ay                                | >1 /hafta                             | Sık                   |

### **2.1.2. Çocukluk Çağı Astımında Önerilen Tedavi**

Her hastalıkta kontrol ve şiddete bakıldığı gibi astımın da şiddeti ve kontrolüne göre önerilen tedavi şekli değişiklik göstermektedir. Belirlenen astım şiddeti ve tedavisine göre tedaviye hangi basamaktan başlanacağına karar verilmektedir. Astımın uzun süreli tedavisi 5 basamakta incelenmektedir (Tablo 2.3).

**Tablo 2.3 Astım Tedavi Basamakları**

| <b>İlaç Etken Maddeleri</b>                                  | <b>1.Basamak</b> | <b>2.Basamak</b> | <b>3.Basamak</b> | <b>4.Basamak</b> | <b>5.Basamak</b> |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| <b>Hasta eğitimi çevresel kontrol</b>                        | Var              | Var              | Var              | Var              | Var              |
| <b>Gerektiğinde hızlı etkili <math>\beta</math>2-agonist</b> | Var              | Var              | Var              | Var              | Var              |
| <b>Kontrol edici tedavinin olmaması</b>                      | Var              | Yok              | Yok              | Yok              | Yok              |
| <b>Düşük doz IKS</b>   | Yok              | Var              | Yok              | Yok              | Yok              |
| <b>LTA</b>   | Yok              | Var              | Yok              | Var              | Yok              |
| <b>Düşük doz IKS+LABA</b>                                    | Yok              | Yok              | Var              | Yok              | Yok              |
| <b>Orta/yüksek doz IKS</b>                                   | Yok              | Yok              | Var              | Yok              | Yok              |
| <b>Düşük doz IKS+LTA</b>                                     | Yok              | Yok              | Var              | Yok              | Yok              |
| <b>Düşük doz IKS+teofilin</b>                                | Yok              | Yok              | Var              | Yok              | Yok              |
| <b>Orta/yüksek doz IKS+LABA</b>                              | Yok              | Yok              | Yok              | Var              | Yok              |
| <b>Teofilin</b>  | Yok              | Yok              | Yok              | Var              | Yok              |
| <b>Oral glukokortikost eroid</b>                             | Yok              | Yok              | Yok              | Yok              | Var              |
| <b>Anti-IgE*</b>   | Yok              | Yok              | Yok              | Yok              | Var              |

*Not:* 2. basamakta ve 3. basamakta birisi seçilir. 4. basamakta ve 5. basamakta ekleme yapılır. \*12 yaş ve üzerindeki çocuklarda kullanılır

İntermittan astımı olan çocuklarda tedaviye 1. basamaktan başlanır. Uzun süreli tedavinin 1. basamağında olan hastaya gerektiğinde hızlı etkili  $\beta$ 2-agonist verilir ve kontrol edici bir tedaviye ihtiyaç duyulmaz.

Hafif persistan astımı olan çocuklarda 2. basamak tedavisi uygulanır. Bu basamakta çocukların tercihen düşük doz IKS veya LTA tedavisi alması önerilir.

Orta persistan astımı olan çocuklarda 3. basamak tedavisi uygulanır. Bu basamakta düşük doz IKS+LABA veya orta/yüksek doz IKS veya düşük doz IKS+LTA veya düşük doz IKS+teofilin kullanımı uygun görülmektedir.

5-11 yaşlarındaki astımlı çocuklar ağır persistan astım şiddetine sahip olmaları durumunda 4. basamak tedavi uygulanabilir. Bu basamakta orta yüksek doz IKS+LABA, LTA ve teofilin kullanılması gerekmektedir.

Astım şiddeti orta ve ağır olan 12 yaş ve üzerindeki çocuklarda ise son basamak olan 5. basamak tedavisi önerilir. Bu basamakta çocukların oral glukokortikostreoid ve anti-IgE almaları gerekebilmektedir.

Türkiye’de astımın sadece söz konusu olan uzun süreli tıbbi tedavisi etkin olarak kullanılmaktadır. Bu tıbbi tedavinin yanında hastaya biyopsikososyal model üzerinden yaklaşılarak psikososyal ve benzeri müdahale uygulamaları kullanılmamaktadır. Bu nedenle Türkiye’nin astım tedavisinde psikososyal ve benzeri müdahaleler açısından eksik olduğu bilinmektedir.

### **2.1.3. Epidemiyoloji**

Küresel olarak astım epidemiyolojisini yetişkinler için aynı şekilde belirleyip inceleme amacıyla “World Health Survey” (Sembajwe ve ark., 2010) ve “European Community Respiratory Health Survey” (1996) tarafından geliştirilen yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemlerle belirlenen sonuçlarda dünya genelinde yaklaşık 339 milyon kişinin astımdan etkilendiği tahmin edilmektedir (The Global Asthma Report, 2018). Küresel bir araştırmada astım oranı %6,2 olarak belirlenmiştir (Hosseini, Almasi-Hashiani, Sepidarkish ve Maroufizadeh, 2019). ABD ve Avrupa’daki astım

oranları birbirinden farklılaşmaktadır. ABD’de astım oranı %7,9 (National Center for Health Statistics, 2017) iken 28 Avrupa ülkesinin katıldığı bir çalışmada Avrupa’da bu oran %5,9 olarak belirlenmiştir (Eurostat, 2019). En yüksekten en düşüğe doğru Avrupa ülkelerinde oranlar şu şekildedir: Birleşik Krallık %9,4, Finlandiya %9,2, İrlanda %9, İzlanda %8,9, Fransa %8,8, Türkiye %7,9, İsveç %7,6, Lüksemburg %6,8, Norveç %6,7, Danimarka %6,5, Almanya %6,1, Malta %5,8, Hollanda %5,5, Portekiz %5, Slovenya %5, Macaristan %4,9, İtalya %4,8, Çek Cumhuriyeti %4,5, İspanya %4,5, Yunanistan %4,4, Avusturya %4,4, Belçika %4,3, Kıbrıs %4,3, Polonya %4,1, Slovakya %3,9, Letonya %3,5, Estonya %3,1, Hırvatistan %3, Bulgaristan %2,7, Litvanya %2,7 ve Romanya %2’dir.

Çocuklarda epidemiyoloji için en sık kullanılan yöntem International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC-Çocukluk Çağı Astımı ve Alerjisi Üzerine Uluslararası Araştırma) tarafından geliştirilmiştir (Asher ve ark., 1995). Bu yöntemle ISAAC tarafından 2000-2003 yılları arasında 97 ülkede yapılan araştırmada dünya genelindeki astım semptomlu ergen oranı %12,6 olarak bulunmuştur. Bu oran kıtalara göre karşılaştırıldığında Afrika’da %10,8, Asya-Pasifik’te %10,9, Doğu Akdeniz’de %7,4, Hindistan Alt Kıtası’nda %5,6, Latin Amerika’da %13,6, Kuzey Amerika’da %17,3, Kuzey ve Doğu Avrupa’da %5,1, Okyanusya’da %22, Batı Avrupa’da %15,8, ana dili İngilizce olan ülkelerde (Avustralya, Kanada, Manş Adaları, Man Adası, Yeni Zelanda, İrlanda Cumhuriyeti, Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri) %19,9’dur (Lai ve ark., 2009).

Dünya genelinde, 61 ülkenin dahil edildiği, Lai ve ark.’nın (2009) yaptığı araştırmada astımlı çocuk oranı %9,4 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada astımlı çocuk oranı kıtalara göre farklılaşmaktadır: Afrika’da %3,4, Asya-Pasifik’te %10,9, Doğu Akdeniz’de %7,0, Hindistan Alt Kıtası’nda %4,5, Latin Amerika’da %11,2, Kuzey Amerika’da %20,0, Kuzey ve Doğu Avrupa’da %4,0, Okyanusya’da %29,2, Batı Avrupa’da %9,7, ana dili İngilizce olan ülkelerde (Avustralya, Kanada, Manş Adaları, Man Adası, Yeni Zelanda, İrlanda Cumhuriyeti, Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri) %27,7’dir (Lai ve ark, 2009). Kıtalararası oranların birbirinden farklılaştığını destekler nitelikteki bir araştırmada, bir şehirdeki farklı merkezler arasındaki oranların dahi birbirinden farklılaşabildiği bulunmuştur (Mallol ve ark., 2013).



Yıllık astım nedeniyle 13,9 milyon kişinin özel muayenehanelere, 1,4 milyon kişinin hastanelerin ayaktan tedavi veren bölümlerine ve 1,75 milyon kişinin ise acil servislere başvuru yaptığı bilinmekle birlikte bu rakamlar içerisinde 0-17 yaş arasındaki çocuk sayısı özel muayenehaneler için 6,7 milyon, hastanelerin ayaktan tedavi veren bölümleri için 800 bin ve acil servisler için 640 bindir (Akinbami, Moorman ve Liu, 2011). Astımdan kaynaklı senelik olarak 456 bin kişi hastaneye yatış yapmaktadır ve bu rakamın 157 binini çocuklar oluştururken 185'i çocuk olmak üzere 3447 kişi hayatını kaybetmektedir (Akinbami ve ark., 2011).

Türkiye’de astım oranı, küresel astım oranı ile karşılaştırıldığında %7,9 ile yüksek bulunmuştur (Eurostat, 2019). Astım Tanı ve Tedavi Rehberi (2016)’ne göre Türkiye’de astımlı kişi sayısı 3,5 milyon kişidir. Türkiye’de alerji prevalansı ve risk faktörleri araştırmasında çocuklarda astım görülme oranı %13,36 olarak bulunmuştur (Kurt ve ark., 2007). Bu prevalans değeri şehirlere göre değişiklik göstermektedir. Türkiye’deki ulusal araştırmalara göre astımlı çocuk oranı illere göre farklılık göstermektedir: Ankara’da %6,4, Adana’da %12,6, Afyon’da %7,5, Bursa’da %14,8, Diyarbakır’da %14,1, Edirne şehirde %12,1 ve kırsalda %8,6, İstanbul’da %11,8, İzmir’de %4,8, Konya’da %11,5, Samsun’da %2,3, Şanlıurfa’da %1,9 ve Zonguldak’ta %4,9’dur (Akçay, Tamay, Hocoğlu, Ergin ve Güler, 2014; Alper, Sapan, Ercan, Camtez, Bilgel, 2006; Anlar, Sancak ve Öztürk, 2006; Demir, Karakaya, Bozkurt, Şekerel ve Kalyoncu, 2004; Ece ve ark, 2001; Güner, Göktürk, Kılıç ve Özkiraz, 2011; Karaman ve ark., 2006; Kendirli ve ark., 1998; Selçuk, Demir, Tabakoğlu ve Çağlar, 2010; Tomaç, Demirel, Acun ve Ayoğlu, 2005; Ünlü, Orman ve Doğan, 2002; Zeyrek, Zeyrek, Sevinç ve Demir, 2006). Geçmiş yıllarda yapılan araştırmalara göre bu oran yıllar içerisinde artış göstermektedir (Ones, Akçay, Tamay, Güler ve Zencir, 2006). Bu oranların birbirinden farklı olmasının nedeni çocuklarda astım sıklığı araştırmalarında farklı yöntemler kullanılıyor olmasıdır. Aberg anketi, Amerikan Toraks Derneği’nin anketi ve “International Study for Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)” anketi başlıca kullanılanlardır.

#### **2.1.4. Etiyoloji**

Etiyoloji araştırmalarında astımın nedenlerine bakıldığında fiziksel, sosyal ve psikolojik faktörlerin etkili olduğu görülmüştür (Boran, Tokuç, Pişgin ve Öktem, 2008; Demirci, 2011; Fidan, Ünlü, Sezer, Geçici ve Hemül, 2006; GINA, 2018;

Klennert, Kaugars, Strand, Silveria, 2008; Oland, Booster ve Bender, 2017; Vlemincx, Vigo, Vansteenwegen, Van den Bergh ve Van Diest, 2013). Bu araştırmada astımın etiolojisi incelenirken kişisel, çevresel ve psikolojik faktörler ayrı bir şekilde incelenecektir. Kişisel faktörler; genetik, cinsiyet ve ırk olarak üç farklı kategoride değerlendirilecektir (Akyılmaz, 2014; Drake, Galanter ve Burchard, 2008). Çevresel faktörler ise alerjenler, sigara, hava kirliliği, beslenme, fiziksel aktivite, Şehir yaşamı ve sosyoekonomik durum ile aile yapısı olarak yedi ayrı alt başlık altında incelenecektir (Akyılmaz, 2014; Lucas ve Platts-Mills, 2005). Son olarak astım etiolojisini etkileyen faktörlerden psikolojik faktörler değerlendirilecektir.

#### **2.1.4.1. Astım Etiolojisinde Kişisel Faktörleri**

##### **2.1.4.1.1. Genetik**

Astımın ortaya çıkmasındaki en önemli bileşen genetik faktördür (Moore ve ark., 2010). Birçok araştırmada astımın genetik etkenlerine dair açıklamalar getirilmiştir. Tüm getirilen bu açıklamalara rağmen kalıtsal olarak açıklanamayan pek çok alan mevcuttur. Bu zamana kadar hastalığın genetiği ile ilgili yapılan araştırmalarda sitokinler, sinyal proteinleri, beta-2 adrenerjik reseptör geni ve Th<sub>1</sub> ve Th<sub>2</sub> hücre farklılaşmasında etkili olan yazılma faktörlerinin uyarıyı algılayan genlerinin astım ile ilişkisi olduğu belirlenmiştir (TTD, 2016). Türk Toraks Derneği (2016)'nin Astım Tanı ve Tedavi Rehberinde Őöyle aktarılmaktadır:

Bu genlerle ilişkili genetik değişiklikler dört temel alanda olmaktadır:

- a. Alerjene spesifik IgE yapısında antikor üretimi (atopi), b. Hava yolu aşırı yanıtılığında etkili olan genler, c. İnflamatuar mediyatörlerin sentezini etkileyen genler (sitokinler, kemokinler ve büyüme faktörleri), d. Th<sub>1</sub> ve Th<sub>2</sub> immün yanıt arasındaki dengenin belirlenmesi (hijyen hipotezi ile ilişkili olarak) (s.6).

Genom boyu etkileşim çalışması ile yapılan bir araştırmada ise 17q21 kromozumu üzerindeki ORMDL3 ifadesindeki genetik değişikliklerinin çocukluk çağı astımına belirleyici olduğu bulunmuştur (Moffatt ve ark., 2007).

Annenin veya babanın astımı varsa çocukta astım görölme oranı %20-30'a çıkmaktadır; iki ebeveyn de astım tanısı almışsa çocukta görölme oranı %60-70'e kadar çıkabilmektedir (TTD, 2016). Tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizleriyle karşılaştırıldığında tek yumurta ikizlerinin astım tanısına daha çok sahip oldukları

belirlenmiştir (GINA, 2018). Yapılan bu araştırmalarla hastalığın kalıtsal bir aktarımının olduğunu söylemek mümkün hale gelmektedir.

#### **2.1.4.1.2. Cinsiyet**

Çocukluk döneminde astımın cinsiyete göre değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. Erkek çocuklarında astımın daha çok görüldüğü literatürde gösterilmiştir. Örneğin Zahran, Bailey, Damon, Garbe ve Breysse (2018)'nin çalışmasında 5-17 yaş arasında erkeklerde görölme oranının kızlarda görölme oranından fazla olduğu bulunmuştur. Bu araştırmayı destekler nitelikteki bir başka çalışmada 0-17 yaş arasındaki astımlı erkek çocuk oranının (%11,3), kız çocuklarından (%7,9) fazla olduğunun belirlenerek astımlı çocuk oranının cinsiyete göre değiştiği söylenmiştir (Akinbami ve ark., 2011). Cinsiyet farklılığının nedeni tam olarak anlaşılmamış olmasına rağmen erkek çocukların bebeklik döneminde akciğer ve solunum yollarının küçük olmasının bir etken olabileceği düşünölmektedir (Martinez ve ark., 1995). Cinsiyetteki bu farklılaşmalar yaş ilerledikçe değişerek kız ve erkek çocukların arasındaki fark azalmaktadır (The Global Asthma Report, 2018).

#### **2.1.4.1.3. Irk**

Farklı bölgelerdeki görölme oranlarına dair çalışmalar fazla olmasına rağmen bu bölgelerdeki çocukların hangi ırktan oldukları tam olarak bilinmemektedir. Irlara göre astım görölme oranının karşılaştırıldığı araştırmaların sayısı fazla olmamakla birlikte bu oranın değişiklik gösterdiği bulunmuştur. Zahran ve ark. (2018) araştırmasında siyahi ve Porto Riko kökenli çocuklarda astım görölme sıklığı beyaz ırlı çocuklardan daha fazla bulunmuştur. Bu bulguyu destekler nitelikteki ABD'de yapılan bir başka araştırmada ise beyaz ırka göre azınlıklarda bu oran daha yüksek bulunmuştur ve sırasıyla şu şekildedir: siyahi, hispanik, yerli Amerikan ve Asyalı (Geier, Kern ve Geier, 2019).

Etnik gruplara göre astım şiddetinde de farklılaşmalar olmaktadır. Afrikalı Amerikan ve İspanyol/Latin çocukların astım şiddetinin beyaz ırlı çocuklardan daha ağır olduğu bulunmuştur (Washington, Curtis, Waite, Wolf ve Paasche-Orlow, 2018). İspanyol olmayan siyahi ırka sahip insanların yaşadığı evlerde İspanyol olan beyaz ırkın yaşadığı evlere göre çocuklarda astım görölme oranı ve acil ziyaret oranının fazla olduğu belirlenmiştir (Hughes, Matsui, Tschudy, Pollack ve Keet, 2017). Aynı

araştırmada bunun nedeni olarak çevresel faktörler gösterilmiştir (Hughes ve ark., 2017).

## **2.1.4.2. Astım Etiyolojisinde evresel Faktörler**

### **2.1.4.2.1. Alerjenler**

Literatürdeki birçok araştırmada çocukluk ağı astımı ve alerjenler arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Çocukların %60-90'ının astım ataklarının alerjenler tarafından tetiklendiği belirlenmiştir (Do, Zhao ve Gao, 2016). Erken dönemde alerjene maruz kalma oranının azalmasının ileriki dönemlerde astım grlme riskini azaltabileceğinden bahsedilmiştir (Souef, 2012).

Astımı tetikleyen alerjenler arasından ev tozu akarı, kf mantarları, hamam böcekleri ve evcil hayvanlar bu araştırmada değerlendirilecektir.

Astımla ilişkili olan en önemli alerjen ev tozu akarıdır. Yenidoğan bebeklerin akara az maruz kaldığında da hassasiyet oluşturdukları ve erken çocukluk döneminde kalıtsal yatkınlığı bulunan kişilerin ev tozu akarı olan iç mekanlarda uzun süre bulunması durumunda astım geliştirme ihtimallerinde artış olduğu grlmştir (Demirtaş, 2008). Ev tozu akarlarının iklim ve rakım ile bağlantılı olduğunu gösteren çalışmalar yapılmıştır. Nemli bölgelerde akar oranı yüksek bulunurken kuru bölgelerde düşük bulunmuştur. Ev tozu akar oranı, Akdeniz ve Karadeniz bölgesinde yüksekken, Doğu Anadolu bölgesinde ve ülke merkezinde düşük bulunmuştur (Kalpaklıoğlu, Emekçi, Ferizli ve Mısırlıgil, 2004). Aynı çalışmada sonuç olarak yüksek seviyedeki sıcaklık ve nem ile düşük rakım seviyesinin ev tozu akar oranı ile ilişkili olduğu söylenmiştir (Kalpaklıoğlu ve ark., 2004).

Kf mantarlarının alerjik astım ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Barnes ve ark. (2001), mantar alerjenine maruz kalmanın astım patogenezi için önemli bir klinik bulgu olduğunu kanıtlamıştır. Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği tarafından en sık karşılaşılan ve alerjik reaksiyonlara neden olan kf mantarlarının *Alternaria*, *Aspergillus*, *Cladosporium* ve *Penicillium* olduğu belirtilmiştir.

Astım için çevresel faktör olan alerjenlerden biri de hamam bcekleridir. Polonya'daki astımlı çocukların %24,3'ünün hamam böceklerine duyarlı olduğu ve bu

duyarlılığa sahip çocukların hastalık şiddetinin diğer alerjen duyarlılığına sahip çocuklardan çoğunlukla fazla olduğu belirlenmiştir (Stelmach ve ark., 2002). Sosyoekonomik statü ile hamam böceği maruziyeti arasında ilişkinin ters orantılı olarak bulunması, sosyoekonomik düzey arttığında hamam böceğine maruz kalmanın azaldığını ve sosyoekonomik düzey azaldığında ise bu maruziyetin arttığını göstermektedir (Sarporg, Hamilton, Eggleston ve Adkinson, 1996). Bu durum sosyoekonomik düzeyin neden olduğu ev koşullarındaki fiziksel değişikliklerle açıklanabilmektedir. Astımlı çocuklardaki bu alerjen duyarlılığının nasıl azalacağına dair yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Rabito, Carlson, He, Werthmann ve Schal (2017)'ın araştırmasında hamam böcekleri, böcek öldürücü yemler eve stratejik bir şekilde yerleştirildiğinde yok olmaktadır ve böylelikle çocuklardaki astım semptomlarında iyileşme görülmektedir.

Çocuklarda evcil hayvan alerjisi gelişimi üzerine yapılan araştırmalarda sonuçlar farklı şekilde bulunmuştur. Carlsen ve ark. (2012) tarafından yapılan çalışmada erken çocukluk döneminde evcil hayvan bakmanın, çocukluk çağına astım ve alerji geliştirme üzerine bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir. Demirbaş, Çekiç, Canitez ve Sapan'ın (2017) yaptığı araştırmada da aynı şekilde astım kontrolüne evcil hayvanların varlığı tesir etmemiştir. Bu bulguları desteklemeyen ve tersini gösteren araştırmalar da literatürde bulunmaktadır. Bir araştırmada ise çocuklukta evcil hayvan maruziyeti ile astım ve alerji arasında ilişki bulunmuştur (Luo ve ark, 2018).

#### **2.1.4.2.2. Sigara**

Sigara içme; aktif içicilik ve pasif içicilik olarak ikiye ayrılarak çocuklarda astım üzerine etkisi incelenmektedir. Aktif içiciliğin astım semptomlarını kötüleştirdiği ve sıklaştırdığı bilinmektedir. Çocukların sigara içmesi yasaklanmış olsa bile küresel olarak bu problem hala görülmektedir. Sigara içen çocuklarda da aynı şekilde astım semptomlarının ve astım ataklarının arttığı ve sıklaştığı bilinmektedir.

Pasif içici olarak sigara dumanına maruz kalmanın çocuklarda astım geliştirme riskine dair literatürde birçok araştırma bulunmaktadır. Bir araştırmada şehir içinde yaşayan astımlı çocukların yarısından fazlasının pasif içici oldukları ve bakım verenleri sigara içen çocukların kotinin (tütün dumanı maruziyetini ölçmek için kullanılan bir biyobelirteç) seviyeleri yüksek bulunmuştur (Butz, 2011). Pasif olarak

tütün dumanına maruz kalmanın astım semptomlarını arttırdığı belirlenmiştir (Sheehan ve Phipatanakul, 2015). Annenin hamilelik döneminde sigara içmesi, çocuk için risk faktörüdür ve çocuklarda astım hastalığına sahip olma riskini arttırmaktadır (Iossifova ve ark, 2009). Bu bilgiyi destekler nitelikteki Cheragni ve Salvi (2009)'nin araştırmasında ise annelerin bebeklere hamileyken çevresel tütün dumanına maruz kalmaları durumunda çocuklarının akciğer gelişiminin zayıf, solunum yolu enfeksiyonu ve astım geliştirme riskinin fazla olduğu belirtilmiştir.

#### **2.1.4.2.3. Hava Kirliliği**

Hava kirliliğinin çocuklardaki çevresel faktör olarak değerlendirildiği birçok çalışmada hava kirliliği, iç ortam ve dış ortam hava kirliliği olarak ikiye ayrılmaktadır. İç ortam ve dış ortam hava kirliliğinin astım seyrini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Çocuk ve ergenlerin akciğer gelişimine hava kirliliğinin negatif etkilerini gösteren araştırmalar literatürde bulunmaktadır. Örneğin hava kirliliği, özellikle çocuklarda astım kaynaklı acil servis ziyaretlerini ve hastaneye yatış riskini arttırmaktadır (Zheng ve ark, 2015). Çocuklarda yapılan detaylı analizlerde ise dış ortamdaki sülfür dioksit, partikül madde <2,5 µm ve nitrojen dioksitin astım alevlenmeleri ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Orellano, Quaranta, Reynoso, Balbi ve Vasquez, 2017). Çocukluk döneminde yalnızca iç mekan kirliliğine maruz kalmanın astım için risk faktörü olmayabileceğini gösteren bir çalışmada yine de iç mekandaki kirliliklere maruz kalındığında sahip olunan astımın kötüleşebileceğinden bahsedilmiştir (Diette ve ark., 2007).

#### **2.1.4.2.4. Beslenme**

Çocuklarda beslenme ile astım arasındaki ilişki birçok araştırmanın konusu olmuştur (Oddy ve ark., 1999; Oddy, Peat ve de Klerk, 2002; Scholtens ve ark., 2009; Wright, Holberg, Taussig ve Martinez, 2001). Dünya Sağlık Örgütü (2017), bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenmesi, 6 ayın üzerindeki çocuklar için anne sütünün yanında ek gıdanın kullanılması gerektiğini söylemiştir. Anne sütü, sahip olduğu antikoklar sayesinde bebeklerin bağışıklık sistemine katkı sağlayarak hastalıklardan ve enfeksiyonlardan korunmasına yardımcı olur. Bunu destekler nitelikte yapılan birçok araştırmada anne sütünün çocuklardaki astım için koruyucu olduğu bulunmuştur (Oddy ve ark., 2002; Silvers ve ark., 2012). Anne sütüyle beslenen çocukların hırıltılı solunum oranının, soya proteininden veya inek sütünden yapılan hazır mamalar ile

beslenen çocuklardan daha düşük olduğu belirlenmiştir (Demir ve ark., 2004; Devereux ve Seaton, 2005). Emek, Bülbül, Altınel, Hatipoğlu ve Bülbül (2011)'ün araştırmasında anne sütü ile beslenme süresinin çocuklarda astım geliştirme için etkisinin olmadığı fakat erken başlanan inek sütünün hastalığın oluşumuna yatkınlık oluşturduğu belirlenmiştir.

Yalnızca bebeklik döneminin değil aynı zamanda da çocukluk döneminde de beslenmenin hastalık üzerine etkisinin olduğunu gösteren çalışmalar literatürde bulunmaktadır. Bir araştırmada Akdeniz diyeti ile beslenmenin çocuklarda astım için koruyucu bir faktör olduğu ve bu tip beslenmeyle, tanıyla ve semptomlarla açıklanan astım oluşumu arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur (Garcia-Marcos ve ark., 2013).

#### **2.1.4.2.5. Fiziksel Aktivite**

Astımlı çocukların fiziksel aktivite oranları düşüktür ve okullarda çoğunlukla hareketsiz oldukları belirlenmiştir (Lam ve ark., 2016; Reznik, Islamovic, Choi, Leu ve Rowlands, 2018). Fiziksel aktivite oranlarının düşük olması astımlı çocuklar için risk faktörüdür. Fiziksel aktivitenin astımlı çocuklarda düşük seviyede olması obeziteye ve psikolojik problemlere yol açabilmektedir (Oland ve ark., 2017). Bir araştırmada astımlı çocukların fiziksel aktiviteyle alakalı öz yeterliliklerinin artması için bu aktivitelere daha fazla zaman ayırmaları gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (Hamilton, Marohn, Mihalko ve Nixon, 2003). Bir başka araştırmada ise astımı olan ve astımı olmayan çocukların fiziksel aktiviteleri karşılaştırıldığında bir farklılık bulunmamasına rağmen hastaneye kaldırılan astımlı çocukların fiziksel aktivite oranları düşük olarak bulunmuştur (Pike, Griffiths, Dezateux ve Pearce, 2019). The Global Asthma Report (2018) tarafından fiziksel aktivitenin artmasının astım için yararlı olduğu söylenmiştir.

#### **2.1.4.2.6. Şehir Yaşamı**

Şehir yaşamının çocuklardaki astım oluşumu için çevresel faktör olabileceğini gösteren çalışmalar yerli ve yabancı literatürde bulunmaktadır. Örneğin, Edirne'de yapılan 10 yıllık bir araştırmada çocuklarda astım riskini arttıran değişkenlerden birinin de kentsel yaşam olduğu gösterilmiştir (Selçuk ve ark., 2010). Bu sonucu destekleyen bir başka araştırmada, Şanlıurfa'daki çocuklarda astım görülme riskinin

şehrin daha fazla gelişmiş merkez bölgelerinde daha fazla olduğu ve gecekonduların bulunduğu bölgelerde ise daha az olduğu bulunmuştur (Zeyrek ve ark., 2006). Aynı araştırmada apartman dairelerinde ve çok odalı evlerde yaşamının da pediatrik astım için risk faktörü olduğu belirlenmiştir (Zeyrek ve ark., 2006). Yüksel ve ark. (2008)'nin astım, atopik egzama ve alerjit rinit ile ilgili olan araştırmasında kentsel bölgelerdeki çocuklarda alerjik hastalık oranının, şehrin dış çevresindeki yerleşim alanlarındaki çocuklardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yurtdışında yapılan çalışmalarda da kentsel bölgelerde yaşayan çocukların astım oranının kırsal bölgelerde yaşayan çocuklardan daha fazla olduğu belirlenmiştir (Yemaneberhan ve ark., 1997).

Şehir merkezlerinde astımlı çocuk oranının yüksek olmasının nedenini araştırmaya yönelik çalışmalar literatürde bulunmaktadır. Çocuklarda şiddetli astım ile yerleşim yerlerindeki çevre kirliliğine neden olan fabrikalar ve ev koşullarının kötülüğünün ilişkisi olduğu bulunmuştur (AboElkheir, Hafez ve Mohamed, 2016). Fabrikalar ve ev koşullarının kötülüğü, şehir merkezlerinde daha sık görüldüğü için neden olarak gösterilebilmektedir. Lovas, Quinn, Neckermann, Perzanowski ve Rundle (2008) araştırmasında sokak ağaçlarının sayısının fazla olması ile erken çocukluk dönemindeki astım sıklığının az olması arasında bağlantı olduğu gösterilmiştir. Aynı şekilde şehir merkezlerinde yeşil alanın çok olmaması da çocukluk çağı astımı için bir risk olarak görülmektedir.

#### **2.1.4.2.7. Sosyoekonomik Durum ve Aile Yapısı**

Sosyoekonomik durumun çevresel faktörlerde değişiklik oluşturduğu bilinmektedir. Bu çevresel faktörler çocukların sağlığını oldukça etkilemektedir. Adler ve Snibbe (2008), sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu hanelerde yaşamını sürdüren çocukların kirli havaya, kirli suya, ev koşullarının kalitesinin düşüklüğüne ve tehlikeli komşuluklara maruz kalmakla birlikte aile içi çatışmalar ve şiddet gibi nedenlerden dolayı yüksek oranda stres altında olduklarını göstermiştir. Çocuklarda görülen astım ve sosyoekonomik düzeyin ilişkisine yönelik yapılan araştırmalarda da sonuç benzer şekilde çıkmıştır. Sosyoekonomik koşulların zorluğunun çocuklardaki astım için risk faktörü olduğu gösterilmiştir (GINA, 2019). Türk Toraks Derneği'nin 2016 yılında yayımladığı Astım Tanı ve Tedavi Rehberi'ne göre ailedeki sosyoekonomik koşulların düşük olması, birkaç ay içerisinde astım alevlenmesine maruz kalma için bir risk faktörüdür.



### **2.1.4.3. Astım Etiyolojisinde Psikolojik Faktörler**

Astım etiolojisinde kişisel ve çevresel faktörlerin yanı sıra son zamanlarda yapılan birçok çalışmada çocuklar için psikolojik faktörlerin de önemli olduğu gösterilmiştir. Literatürdeki araştırmalara bakıldığında atakların başlamasına sebebiyet veren birçok psikolojik etkenin varlığından bahsedilmektedir. Çocuklardaki astım atağı sayısının yönetilmesi için psikolojik sorunların belirlenip düzeltilmesinin önemine değinilmektedir (TTD, 2016). Psikolojik faktörlerin astım ataklarını başlatıyor olmasının yanı sıra çocuklarda astımın tedavisi ve semptomları üzerinde de etkisinin olduğu bilinmektedir.

Literatür verileri incelendiğinde bugüne dek çocuklarda astımın davranış problemleri (Blackman ve Gurka, 2007; Ekşi, Molzan, Savaşır ve Güler, 1995), dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu (Grizenko, Osmanlliu, Fortier ve Jooper, 2015; Holmberg, Lundholm, Anckarsäter, Larsson ve Almqvist, 2015; Kwon ve ark., 2014), somatizasyon (Aktan, 2016; Ekşi ve ark., 1995; Rona, Smeeton, Amigo ve Vargas, 2007), depresyon (Aktan, 2016; Galil, 2000; Leigh ve Marley, 2016; Ramratnam, Jaffee, Visness ve Gern, 2017; TTD, 2016) ve anksiyete (Aktan, 2016; Katon ve ark., 2007; Kocabaş, 2011, Sevinç, 2009; Vila ve ark., 1999) ile olan ilişkilerini inceleyen birçok çalışmaya rastlanmış ve bu araştırmalarda astımlı çocukların kontrol gruplarına göre söz konusu ruh sağlığı bozukluklarına dair belirtileri daha fazla gösterdiği raporlanmıştır. Bu çalışma kapsamında ise algılanan stres, bilinçli farkındalık ve yaşam kalitesi değişkenlerinin pediatrik astımla ilişkisi incelenecek ve söz konusu ilişkilerin aracılık/biçimlendiricilik hipotezleri üzerinde değerlendirilmesi yapılacaktır. Dolayısıyla araştırmanın bu bölümünde astım etiolojisinde etkin olabilecek psikolojik faktörler arasından sırasıyla stres, bilinçli farkındalık ve yaşam kalitesine odaklanılacaktır.

## **2.2. Stres**

Stres kelimesinin kökeni Latince'deki "estricia" kelimesinden gelmektedir. 17. yüzyılda keder, bela ve elem anlamlarına gelebilecek şekillerde kullanılırken 18. ve 19. yüzyıllarda ruhsal yapıya, organa, nesneye ve kişiye karşı baskı, zorlanma ve gerilme anlamlarında kullanılmıştır. Günümüzde organizmanın hem içsel hem de dışsal uyarıcılar tarafından oluşturduğu tepkiye stres denmektedir. Stresin tanımı ve

nasıl oluştuğu ile ilgili birçok kişi tarafından yapılan yorumlar bulunmaktadır.

Stresin tanımı ilk kez Selye (1956) tarafından yapılmıştır. Bu nedenle günümüzde Selye'nin yaptığı stres tanımı birçok kişi tarafından bilinmektedir. 1956 yılında Selye, organizmanın çevresel uyaranlara karşı verdiği tepki olarak stresi tanımlamıştır. Bu çevresel uyaranlara stresör adını vermiştir. Stres, stresörler nedeniyle vücutta oluşan değişikliğe uyum sağlamak olarak da tanımlanabilmektedir. Bu stresörlere organizmanın savaş ya da kaç olarak iki farklı şekilde tepki verdiğini söylemiştir. Organizma tehlikeli bir durumla karşılaştığında karar vererek hangi yöntemle davranacağını belirlemektedir. Canlı, bazı zamanlarda savaşmayı seçerken bazı zamanlarda kaçmayı seçmektedir. Selye, stresi iyi stres ve kötü stres olarak iki farklı şekilde tanımlamıştır. İyi stres, organizmada motive olma gibi pozitif duygulanıma ve düşüncelere sebebiyet vererek sağlığı yararlı bir şekilde etkilemektedir. Kötü stres ise tam tersi şekilde negatif düşüncelere ve duygulanıma sebebiyet vererek organizmayı zararlı bir şekilde etkilemektedir (Selye, 1956).

Stresin diğer tanımını ve açıklamasını yapan kişiler psikoloji alanında oldukça tanınan ve günümüzdeki stres teorilerinin temelini oluşturmuş olan Folkman ve Lazarus'tur. Folkman ve Lazarus (1984), stresi kişinin uyumlu olma halinin tehlikeye girmesi ve kişinin elinde olan kaynakların zorlanması veya bu kaynakların çevre tarafından gerçekleştirilmesi zor olan taleplerin olması ile açıklamaktadır. Lazarus'a göre kişinin olayı stres olarak kabul etmesi için değerlendirmenin ona uygun olması gerekmektedir. Lazarus, insanların iki çeşit değerlendirme yaptığını söylemektedir: Birincil değerlendirme ve ikincil değerlendirme. Birincil değerlendirmede kişi, olayın tehdit içerip içermediğini kontrol edip bununla ilgili karar almaktadır. İkincil değerlendirmede ise kişi olayla baş etme becerisini değerlendirerek bu konuyla ilgili bir algı geliştirmektedir. Bu iki değerlendirme sonunda kişi hangi baş etme becerisini kullanacağına karar verir. Lazarus, problem odaklı baş etme stratejisi ve duygu odaklı baş etme stratejisi olarak baş etme becerilerini de ikiye ayırmıştır. Problem odaklı baş etme stratejisi, insanların meydana gelen sorunu çözebileceğine inandığında ve düşündüğünde kullandığıdır. Duygu odaklı baş etme stratejisi ise kişinin problemle baş edemeyeceğini düşündüğünde oluşabilecek olumsuz duyguları engellemek amacı ile kullandığı yöntemdir. Lazarus'un stres teorisine benzer şekilde Baltaş ve Baltaş (1984/2008) da stresi, fiziksel ve psikolojik olarak canlının tehdit altında hissetmesi

ve zorlanması ile tetiklenerek oluşan bir durum olarak tanımlamıştır.

Kabul görülen tanımları Selye (1956) ve Folkman ile Lazarus (1984) tarafından yapılan stres, organizmada görüldüğünde birçok farklı reaksiyona neden olmaktadır. Bu reaksiyonlar bedensel, davranışsal ve psikolojik tepkiler olarak üçe ayrılmaktadır.

Organizma stresle karşılaştığı zaman birçok farklı bedensel tepki vermektedir. Bu bedensel tepkilerin bazılarının kan basıncı, solunum hızı ve kalp atış hızının artması (Robbins, 1992; Rowshan, 2011); avuç içlerinin terlemesi (Braham, 1998) boyun ağrılarının oluşumu (Sarp, 2000); deri hastalıkları (Rowshan, 2011); sindirim problemleri (Carnegie, 2012; Rowshan, 2011), kalp damar hastalıklarının oluşumu (Robbins, 1992) ve uyku problemleri (Braham, 1998) olduğu söz konusu araştırmalar tarafından gösterilmiştir.

Canlıda görülen bir diğer reaksiyon davranışsal tepkilerdir. Baltaş ve Baltaş (1984/2008) tarafından davranışsal tepkilerin; değersizlik, güvensizlik, terk edilmiş duyguları ve yetersizlik hissine sahip olma; karar vermede güçlük çekme; günlük rutindeki davranışlar dışında davranma; olmaması gereken durumda oluşan öfke, kızgınlık ve düşmanlık dalgalanmaları; aşırı çalışma; konuşma ve yazı dilinde kopukluk ile belirsizlik; başkalarına aşırı güvenme veya hiç güvenememe; seçimlerde garanti olana yönelme; kişisel başarısızlık üzerine aşırı düşünme; aşırı dalgınlık; az önemli konuların çok fazla düşünülürken çok önemli konuların çok daha az düşünülmesi; hem cinsel hem de duygusal yaşamda plansız davranma; sağlık bilgisine ilginin artması; alkol ve sigara kullanma yatkınlığının artması; uyku problemleri yaşama ve ölüm ile intihar gibi kendine fiziksel zarar verme düşüncelerinin sıklıkla akla gelmesi olduğunu göstermişlerdir.

Stresin organizmada görülmesiyle canlıda birçok psikolojik tepki meydana gelmektedir. Rowshan (2011)'a göre bu tepkiler insanlara düşmanlık hissi besleme, suçluluk hissi, suç işleme, hayatın anlamının olmaması, yönün kaybolması, kin besleme ve boşluk hissiyatıdır. Carnegie (2012)'ye göre ise bitkinlik hali, yorgunluk, depresyon, ilgisizlik, duyarsızlık, olumsuz düşüncelere sahip olma, moral eksikliği, geri çekilme, düşmanlığa bağlı olarak kişisel çatışma, agresyon, sabırsızlık ve kronik kaygıdır. Braham (1998) ise zihinsel tepkilerin aşırı hassaslık, üzüntü ve tükenmişlik

olduğunu açıklamıştır.

Stres, organizma üzerinde oluşturduğu bahsedilen reaksiyonlar nedeniyle birçok hastalık için risk faktörüdür. Bu hastalıklar arasında kronik hastalıklar da sayılmaktadır. Stresin hem çocuklarda hem de yetişkinlerde kronik hastalıkları olumsuz olarak etkilediği bilinmektedir. Kurnat ve Moore (1999) kronik hastalığa sahip çocukların olduğu ailelerde stresin, gerginliğin ve iletişim sorunlarının olduğunu göstermiştir. Aşırı stres kronik hastalıkların gidişatında kötüleşmelere neden olmaktadır. Bu kötüleşmeler kronik hastalıklardan biri olan astım üzerinde de görülmektedir.

### **2.2.1. Stres ile Astımın İlişkisi**

Kronik hastalıklar içerisinde olan astım hastalığında, hastalık süreci ile ilişkili olan psikolojik faktörlerden biri algılanan stres düzeyidir (Hartmann, Leucht ve Loerbroks, 2017). Stresin biyolojik ve psikolojik olan hastalıkları tetiklediği ya da tedavi süresinin uzamasına etki ettiği bilinmektedir. Bir araştırmada stresin astım belirtilerini olumsuz etkilediğinin ispatlandığından bahsedilmektedir (Rand ve ark., 2012). Birçok araştırma çocuklar tarafından algılanan stres ile astım arasında pozitif yönde ilişki olduğunu göstermektedir (Douwes, Brooks ve Pearce, 2011; Goodwin ve ark., 2009; Shankardass ve ark., 2011; Sternthal, Jun, Earls ve Wright, 2010). Chen ve ark. (2006) tarafından yapılan çalışmada stresin çocukluk dönemindeki astım için risk faktörü olduğu bulunmuştur. Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise astımlı çocukların anksiyete düzeyleri yüksek olarak saptanmıştır (Sevinç, Pirinçcioğlu, Kelekçi, Şen ve Gürkan, 2015).

Kartaloğlu (2011)’na göre stres, astımın semptomlarını arttırmakta ve semptomlardaki bu artıştan dolayı astımlı kişilerin yaşam kalitesinde düşüş olmaktadır. Astım tanılı çocukların stresten etkilendiği düşünüldüğünde yaşam kalitelerinin de bundan etkileneceği düşünülmektedir. Stres seviyesi yüksek olan astımlı çocukların astım belirtileri de artış gösterdiğinden dolayı yaşam kalitelerinde düşüş olmaktadır. Bellin ve ark. (2013) tarafından yapılan bir araştırmada stresin artmasıyla astımlı çocukların yaşam kalitesinin azaldığı kanıtlanmıştır. Bunun nedenine bakıldığında astım tanısı ile takip edilen çocuk hastaların, astım şiddeti nedeniyle sahip oldukları semptomlarının günlük aktivitelerini (okula devam

edememe, oyunlara katılamama vb.) kısıtladığı görülmektedir ve bu da çocukların kendilerini yaşlılarından farklı hissetmelerine yol açmaktadır (Boran ve ark., 2008). Bu nedenle bu araştırmanın bir sonraki bölümünde yaşam kalitesine odaklanılacaktır.

### 2.3. Yaşam Kalitesi

Günümüzden uzun zaman önce yaşam kalitesinin tanımı Aristoteles ve birçok farklı filozof tarafından yapılmıştır. Aristoteles ve sonraki dönemlerdeki birçok filozofa göre yaşamın amacı, en üst düzeyde ve mümkün olan en iyi şekildeki duruma sahip olmaktır ve buna ulaşım sahip olan kişilerin yaşam kalitesinin yüksek olduğu düşünülmektedir (Müezzinoğlu, 2004). Modern yaşamda ise yaşam kalitesinin tanımı için Dünya Sağlık Örgütü'nün açıklaması referans alınmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (1947) tarafından yaşam kalitesi, sadece sakatlık ve hastalığın kişide olmaması değil aynı zamanda da ruhsal, sosyal ve fiziksel yönden tamamen kişinin iyi olması olarak tanımlanmaktadır. Yapılan bu tanıma bakıldığında yalnızca fiziksel sağlığın iyi olmasının yaşam kalitesinin yüksek olması ile ilişkili olmadığı görülmektedir. Aynı zamanda psikolojik ve sosyal iyi oluşun da yaşam kalitesi ile bağlantılı olduğu belirlenmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (1947)'nin açıklaması ve sonrasında yapılan birçok araştırma ile yaşam kalitesinin sadece bedensel olarak iyi olma hali olmadığı aynı zamanda ruhsal olarak da iyilik halinin olması ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Bu tanım ile hastalıklar biyopsikososyal kuram açısından birlikte ele alınabilmektedir. Biyopsikososyal kuramda da hastalığın oluşumunda, semptomların sıklığında ve şiddetinde biyolojik etkilerin yanında psikolojik ve sosyal etkilerin de olduğu açıklanmıştır. Son zamanlarda sağlık alanında yapılan çalışmaların çoğunda hastalıklar bu şekilde değerlendirilmiştir. Sağlıkla ilişkili psikolojik kavramlara bakıldığında yaşam kalitesinin hastalık nedeniyle değişiklik gösterdiği belirlenmiştir. Bu nedenle literatürde son yıllarda yaşam kalitesi kavramına odaklanılmış ve araştırılmıştır (Radoschewski, 2000; Schumacher, Klaiberg ve Brähler, 2003). Bu tarihten sonra bu konuda yapılan araştırmaların sayısının günümüze kadar artarak geldiği bilinmektedir.

Yaşam kalitesi ve kronik hastalıklar arasındaki ilişki araştırmalar tarafından

aydınlatılmaya çalışılmaktadır. Kronik hastalıkların varlığının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Birçok araştırmada fiziksel ve süreğen olan kronik hastalık gibi hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğü gösterilmiştir (Memik, 2007; Sabbah, Drouby, Sabbah, Retel-Rude ve Mercier, 2003). Kronik hastalığa sahip olmanın hastalığın semptomlarının sıklığını ve şiddetini de etkilediği bilinmektedir. Hastalığın semptomlarının, şiddetinin ve sıklığının artması ile yaşam kalitesinin düşmesinin ilişkili olduğu araştırmalar tarafından kanıtlanmıştır. Bu araştırmada kronik hastalıklardan biri olan astımın çocukların yaşam kalitesi ile olan ilişkisi aydınlatılmaya çalışılacaktır.

### **2.3.1. Yaşam Kalitesi ile Astımın İlişkisi**

Tıp ve sağlık psikolojisi alanlarında son yıllarda yaşam kalitesi kavramına ilişkin yapılan araştırmaların sayısında artış olduğu görülmektedir. Bu nedenle yaşam kalitesinin birçok hastalık için tanımı birbirinden farklı şekilde yapılmaktadır. Astım hastalığı için de tanımı ayrı bir şekilde yapılmıştır. Juniper ve ark. (1997a, 1997b) yaşam kalitesini pediatrik astımda benzer bir şekilde biyolojik sağlığın iyi olmasının yanında kişinin sağlığı ile ilgili algısı, hayatından tatmin olması, astım ataklarından etkilenme zamanları ve emosyonel, sosyal, günlük hayatını devam ettirebilmesi, uyku düzenini sürdürebilmesi olarak tanımlamıştır.

Literatürde çocuklarda astım kontrolünün az olması, astım semptomlarının sıklığı ve şiddetinin yüksekliğinin yaşam kalitesini düşürdüğü gözlemlenmektedir. Astım ile yaşam kalitesinin arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda astıma sahip olmanın yaşam kalitesinde düşüşe neden olduğu kanıtlanmıştır. Yetişkinlerle yapılan çalışmalarda sonuçlar aradaki ilişkiyi göstermektedir. Örneğin, gündüz oluşan astım belirtilerinin, nefes darlığının ve gece uykularının olumsuz etkilenmesinden dolayı astımlı kişilerin yaşam kalitelerinde azalma olduğu görülmektedir (Goldney, 2003).

Çocukluk çağı astımı ve yaşam kalitesi arasındaki bağlantı ile ilgili literatürde çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu araştırmalar göstermektedir ki çocukluk çağında astıma sahip olma, çocuklardaki yaşam kalitesi seviyesini düşürmektedir. Çocuklarla yapılan ulusal bir çalışmada astım şiddeti arttıkça çocukların yaşam kalitelerinde düşüş olduğu görülmektedir (Kocabaş, 2011).

Astımın yaşam kalitesini nasıl düşürdüğüyle ilgili yapılan çalışmalarda aradaki ilişki aydınlatılmaya çalışılmıştır. Çocukluk çağı astımı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide astım şiddeti ve astım kontrolünün önemli olduğu bilinmektedir. Petsios ve ark. (2013) astım kontrolünün çocuklarda yaşam kalitesine etki ettiğini göstermiştir. Yaşam kalitesinde düşüş olan astımlı çocukların okula gidemediği ve bazı akademik çalışmaları kaçırdıkları bilinmektedir. Aynı şekilde bu çocukların oyunlara katılmaları gibi alanlarda zorlandıkları ve böylelikle aktivite kısıtlıklarının olduğu görülmektedir. Astım semptomlarının artmasından dolayı solunum fonksiyonları bozulan çocuklar günlük hayatını devam ettirmede sıkıntı çekmektedir. Astımlı çocukların sağlıklı çocuklarla yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında astımlı çocukların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bilinmekle birlikte astımlı çocukların da kendi içinde hastalık şiddetlerinin değişmesinden dolayı yaşam kalitelerinin farklılaştığı bilinmektedir. Örneğin, Demirci (2011) tarafından yapılan çalışmada son 1 sene içerisinde astım nöbeti geçiren çocukların yaşam kalitelerinin, son 1 yıl içerisinde astım nöbeti geçirmeyen çocukların yaşam kalitelerinden düşük olduğu belirlenmiştir. Arslan (2011) astımlı hastalarda uyku kalitesi azaldıkça yaşam kalitelerinde düşüş olduğunu göstermiştir. Yaşam kalitesinin artırılması için atakları tetikleyicilerin belirlenerek önleyici tedbirlerin alınıp hastalık takibinin yapılması ve hastalığın varlığının kabullenmesi önem arz etmektedir (Fesci ve Görgülü, 2005).

Astım ataklarını tetikleyicilerin ve önleyici tedbirlerin alınabilmesi için bireyin sahip olması gereken bir özellik de bilinçli farkındalıktır. Literatürdeki birçok araştırmada yaşam kalitesi ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişki aydınlatılmaya çalışılmıştır. Örneğin, Pagnini, Bercovitz ve Phillips (2018) araştırmasında yaşam kalitesinin artması ile bilinçli farkındalığın arttığına dair sonuçlar bulunmuştur. Pbert ve ark. (2012) tarafından ise astım odaklı yaşam kalitesini arttıran bir etkenin bilinçli farkındalık eğitimleri ve uygulamaları olduğu gösterilmiştir. Astımlı hastalarda depresyon şiddetinin artmasıyla yaşam kalitesinin düşüş gösterdiği araştırmaların olduğu bilinmektedir (Strine, Mokdad, Balluz, Berry ve Gonzalez, 2008). Depresyon ile bilinçli farkındalık arasında ilişkinin varlığı bilindiğinden dolayı astımlı hastaların yaşam kalitelerine etkisi olduğu düşünülen bilinçli farkındalık düzeylerinin de araştırılması gerekmektedir. Bu nedenle bu araştırmanın bir sonraki aşamasında bilinçli farkındalığa odaklanılacaktır.

#### 2.4. Bilinçli Farkındalık (Mindfulness)

Bilinçli farkındalığın kelime kökeni Antik Hindistan'dan gelen "Sati" kelimesinden gelmektedir. "Sati"nin anlamına bakıldığında "hatırlamak" olduğu görülmektedir. Geçmişine bakılınca temelinde Kantçı felsefe ve Stoacılık akımlarının olduğu görülen bilinçli farkındalık, Budizm ve Doğu felsefeleriyle benzerlik göstermektedir. Bu nedenle kavramın kökeninin milattan önceki Budizm ve Doğu Felsefesi'nin uygulamaları olduğu kabul edilmektedir.

Bilinçli farkındalık son dönemlerde etkinliğinin keşfedilmiş olmasından dolayı psikolojide oldukça popüler bir kavram haline gelmiştir. Birçok terapi ekolü içerisinde bilinçli farkındalık çalışmaları katmıştır (Kuyken ve ark., 2010; Johansson, Bjuhr ve Rönnbäck, 2012). Literatürde bilinçli farkındalık ile ilgili birçok uygulama ve pratik vardır. Bu pratiklerle kişilerin andaki içsel ve dışsal olay ile durumlara dikkatini daha verimli bir şekilde vererek bilinçli farkındalık seviyelerinin arttığı gözlemlenmektedir.

Bu kavramın tanımı ulusal ve uluslararası literatürde birçok farklı kişi tarafından yapılmıştır. Örneğin, yabancı literatüre bakıldığında bilinçli farkındalığın şimdiki dönemde tanınmasını sağlayan Kabat-Zinn (2003)'in bilinçliliği, bir amaca dikkat verme yoluyla şu anda ve her an yargılamaksızın bir deneyimin gelişmesi olarak açığa çıkması olarak tanımladığı görülmektedir. Marlatt ve Kristeller (1999, s.68) ise "Kişinin her an şu andaki deneyimine bütün dikkatini vermesi" olarak tanımlamıştır. Neff (2003)'e göre bireyin hoşuna gitmeyen duyguları olduğunda bu duyguları değiştirmek, bastırmak ve bu duygulardan kendini uzaklaştırmaya çalışmaksızın onları fark edip var olduğunu bilmektir. Ulusal literatürde ise Akın, Abacı ve Öveç (2007) kişilerin deneyimlerini var olduğu şekilde iyi ya da kötü olarak yorum yapmadan kabul etmesini bilinçliliğin tanımı olarak görmüştür. Yapılan tüm bu tanımlar değerlendirildiğinde kişilerin şu andaki duygu, düşünce ve davranışlarını yargılamadan o ana bütün dikkatini vererek bedenindeki duyularının farkına varmasına bilinçli farkındalık denilebilmektedir.

Bilinçli farkındalık yanında şefkati de getirmektedir. Yapılan tanımlara bakıldığında içerisinde kişinin kendisine gösterdiği şefkatin de var olduğu görülmektedir. Kişinin andaki duygularını ve düşüncelerini değiştirmeye çalışmadan



olduğu gibi kabullenmesi aynı zamanda kendisine gösterdiği şefkatin de bir göstergesidir. Deniz ve Sümer (2008), kişinin kendini tanıması ve anlaması yoluyla kendisine olan şefkatin arttığını söylemişlerdir. Yapılan birçok araştırmada olduğu gibi kendini kabul etmenin bireylerdeki stresi azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı bulunmuştur. Deniz ve Sümer (2010) tarafından yapılan bir araştırmada yaşam kalitesinin artmasının ve kaygı düzeyinin düşük bulunmasının, bireyin kendisini destekliyor olduğu bir özanlayış ile ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Bu özanlayışa sahip olmak, yanında birçok faydalı özelliği de barındırmaktadır. Birey bu tutuma sahip olduğu zamanlarda zorluk yaşadığı anların da farkında olmaktadır. Yaşanılan zorlukların ve acıların farkında olmak ise bilinçli farkındalık sayesinde gerçekleşmektedir (Özyeşil, 2011). Bu anların ne zamanlar olduğu bilindiği takdirde tekrar aynı durumlar yaşandığında çözüm yolu bulmak kolaylaşmaktadır. Bulunan çözüm yolları ile kişi acı çekmekten uzaklaşabilmektedir.

Astımlı çocukların hastalık şiddeti ve semptomlar nedeniyle günlük hayatlarında zorlanmalar yaşadıkları bilinmektedir. Bu zorlanmaların sayısının ve şiddetinin azalması için bilinçli farkındalık düzeylerinin yükseltilmesinin fayda sağlayabileceği düşünülmektedir.

#### **2.4.1. Bilinçli Farkındalık ile Astımın İlişkisi**

Literatürde birçok psikolojik araştırmanın konusu haline gelen bilinçli farkındalık, zamanla tıp ve sağlık psikolojisi alanlarında da araştırılmaya başlanmıştır. Araştırmalarda bilinçli farkındalık seviyesinin artması ve psikolojik iyi oluş seviyesinin yükselmesi arasında paralellik olduğu gösterilmektedir. Bränström, Duncan ve Moskowitz (2011) yaptığı bir araştırmada, bilinçli farkındalık ile algılanan sağlık ve psikolojik iyi oluş arasında ilişki bulmuştur. Stresin de etkisinin olduğunu gösteren bu araştırmaya göre yetişkinlerde bilinçli farkındalık arttıkça psikolojik iyi oluş üzerindeki algılanan stresin azaldığı bulunmuştur (Bränström ve ark., 2011).

Bilinçli farkındalığa sahip olmanın, bireyin sağlığına olumlu katkı sağladığı görüldükten sonra birçok hastalıkla ilgili olarak araştırması yapılmıştır. Yapılan bu araştırmalarla bilinçli farkındalığın hastalık sürecine ve hastalık semptomlarına olan etkisi incelenmek istenmiştir. Literatürde kronik hastalıklar üzerindeki etkisini inceleyen araştırmalar bulunmaktadır. Creswell ve Lindsay (2004)'in araştırmasında

bilinçli farkındalığın aşırı stresin olduğu kronik hastalıklar gibi hastalıklarda stresi azaltarak sağlığı olumlu etkilediği gösterilmektedir. Kronik hastalığı olan çocuklarla yapılan çalışmalarda da bilinçli farkındalığın rolünün araştırıldığı görülmektedir. Örneğin, sağlıklı ve kronik hastalığa sahip 18 yaşın altındaki çocuk ve ergenlerde bilinçli farkındalığa dayalı müdahalelerin hem psikolojik hem de fizyolojik sağlığa iyi geldiği kanıtlanmıştır (Abujaradeh, Safadi, Sereika, Kahle ve Cohen, 2018; Black, Milam ve Sussman 2009; Burke, 2009; Greenberg ve Harris, 2012; Townshend, Jordan, Stephenson ve Tsey, 2016; Zenner, Herrnleben-Kurz ve Walach (2014); Zoogman, Goldberg, Hoyt ve Miller, 2015). Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada farkındalığı yüksek olan kişilerde astım tanısının ve semptomlarının azaldığı görülmüştür (Shi ve ark., 2018). Yaş ortalaması 18 olan üniversite öğrencileriyle yapılan aynı çalışmada astımı olanların bilinçli farkındalık seviyeleri, astımı olmayanlardan daha düşük bulunmuştur (Shi ve ark., 2018).

Bilinçli farkındalık temelli eğitimlerin astım semptomlarında iyileşme gösterip göstermeyeceği araştırmaların odak noktası haline gelmiştir. Bilinçli farkındalık odaklı stres azaltma programının astımlı yetişkinlerin yaşam kalitesini anlamlı ölçüde arttırdığı ve özellikle bu programın hastaların duygusal işlevselliğine çok önemli katkı sağladığı kanıtlanmıştır (Pbert ve ark., 2012). Bu sonuçları destekler şekilde bilinçli farkındalık odaklı stres azaltma programının egzersizlerinin rutin medikal tedavilerin yanında kullanılmasının astımlı hastaların yaşam kalitesini iyileştirdiği görülmektedir (Nadiri ve Khanpour, 2019). Böylelikle bilinçli farkındalık eğitimlerinin bireydeki stresi azaltarak hastalığın semptomlarını azalttığı kanıtlanmıştır. Bu bilinçli farkındalık çalışmalarının solunumu düzenleme ve kalp atışında yavaşlama yaparak fizyolojik uyarılmayı düzenlediği ve böylelikle hastalığın seyrinde iyileşmelere neden olduğu görülmüştür (Delgado ve ark., 2010; Vlemincx, Vigo, Vansteenwegen, Van den Bergh ve Van Diest, 2013). Daha önce başka araştırmalar tarafından, bilinçli farkındalık ile ilişkisinin olduğu kanıtlanan algılanan stresin bireydeki etkisinin azalması ile astımlı hastaların yaşam kalitelerinde artış olduğu bilinmektedir (Kimura, Yokoyama, Kohno, Nakamura ve Eboshida 2009). Bilinçli farkındalık ve yetişkinlerdeki astım ile ilgili yapılan çalışmalar literatürde olmasına rağmen ne yazık ki astımlı çocuklar ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişkiye odaklanan çalışmalar çok nadirdir. Astımı olan ergenlerle yapılan bir çalışmada astım odaklı stresin azalması aracılığıyla bilinçli farkındalık seviyesinin artması ile astım odaklı yaşam kalitesinin

de arttığı ortaya çıkmıştır (Cillessen, van de Ven ve Karremans 2017). Araştırmalar tarafından astımlı kişilerin bilinçli farkındalık, algılanan stres ve yaşam kalitesi düzeyleri ayrı ayrı incelenmiştir, fakat bu değişkenlerin hepsinin bir arada astım sürecine olan etkisinin pediatrik astımda incelenmiş olduğu bir çalışma literatürde bulunmamaktadır. Bu nedenle bu araştırmada pediatrik astımda algılanan stres ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın aracı etkisi incelenecek ve aydınlatılmaya çalışılacaktır.

## **BÖLÜM 3**

### **3. YÖNTEM**

#### **3.1. Katılımcılar**

##### **3.1.1. Katılımcı Verilerinin Toplanması**

Bu araştırmanın örneklemini İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Çapa yerleşkesindeki “Çocuk Alerji Polikliniği”ne başvuran 9-12 yaş arasındaki toplam 100 astım hastası oluşturmaktadır. Bu araştırmanın örnekleminin oluşturulması sürecinde belirlenen içleme ve dışlama kriterleri aşağıda gösterilmiştir:

##### **İçleme Kriterleri**

- 9-12 yaş arasında olmak
- GINA kriterlerince değerlendirilerek uzman doktorlar tarafından alerjik astım ile tanılandırılmak ya da önceden almış olduğu alerjik astım tanısı ile takibi yapılmak

##### **Dışlama Kriterleri**

- DSM 5 kriterlerine göre herhangi bir psikiyatrik tanı almış olmak veya psikiyatrik tedavi sebebiyle ilaç kullanıyor olmak
- Psikolojik tedavi alıyor olmak

##### **3.1.2. Katılımcı Verilerinin Demografik ve Diğer Özellikleri**

Araştırmanın bu bölümünde örneklemin demografik özellikleri verilecektir. Araştırmanın analizine başlanmadan önce içleme ve dışlama kriterleri göz önünde bulundurulmuş ve 101 kişilik katılımcı grubundan 100'ünün verileri araştırmanın analizine katılmıştır. Katılımcılardan 1'i hali hazırda psikiyatrik tedavisine devam ettiğinden dolayı verileri analize katılmamıştır. Katılımcıların yaş ortalaması ise 10 (SS=1,16)'dur.

Tablo 3.1’de de görüldüğü üzere katılımcıların %31’ini kız çocuklarının (n=31) ve %69’unu erkek çocukların (n=69) oluşturduğu görülmektedir. Kız çocuklarının %23,5’inin kontrollü astım tanısına (n=12), %33,3’ünün kısmi kontrollü astım tanısına (n=12) ve %53,8’inin kontrolsüz astım tanısına (n=7) sahip olduğu belirlenmiştir. Erkek çocuklarının %76,5’inin kontrollü astım tanısına (n=39), %66,7’sinin kısmi kontrollü astım tanısına (n=24) ve %46,2’sinin kontrolsüz astım tanısına (n=6) sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcılar yaş aralıklarına göre değerlendirildiklerinde ise örneklemin %42’sini (n=42) 9 yaş, %28’ini (n=28) 10 yaş, %9’unu (n=9) 11 yaş ve %21’ini (n=21) 12 yaş çocuklarının oluşturduğu bulunmuştur. Örneklemin kardeş sayısı değerlendirildiğinde ise %7’sinin (n=7) tek çocuk olduğu, %56’sının (n=56) iki kardeş olduğu, %22’sinin (n=22) üç kardeş olduğu, %12’sinin (n=12) dört kardeş olduğu, %2’sinin (n=2) beş kardeş olduğu ve %1’inin (n=1) altı kardeş olduğu görülmektedir. Doğum sıraları incelendiğinde %39’unun (n=39) birinci çocuk, %43’ünün (n=43) ikinci çocuk, %14’ünün (n=14) üçüncü çocuk, %2’sinin (n=2) dördüncü çocuk ve %2’sinin (n=2) beşinci çocuk olarak dünyaya geldiği belirlenmiştir. Katılımcıların %46’sının (n=46) ilkokula giderken %54’ünün (n=54) ortaokula gittiği görülmektedir. Kaçınıcı sınıf oldukları incelendiğinde %20’sinin (n=20) üçüncü sınıfa, %25’inin (n=25) dördüncü sınıfa, %15’inin (n=15) beşinci sınıfa, %19’unun (n=19) altıncı sınıfa ve %21’inin (n=21) yedinci sınıfa gittiği belirlenmiştir. Okul türlerine bakıldığında ise %98’inin (n=98) devlet okuluna ve %2’sinin (n=2) özel okula gittiği görülmektedir. Katılımcıların %98’i (n=98) İstanbul’da ikamet ederken %2’si (n=2) Yalova’da ikamet etmektedir.

Katılımcıların ebeveynlerinin değerlendirmesi sonucunda çocuklarının okul başarılarını %1’inin (n=1) çok düşük, %6’sının (n=6) düşük, %25’inin (n=25) orta, %53’ünün (n=53) yüksek ve %15’inin (n=15) çok yüksek olarak gördüğü belirlenmiştir.

Demografik formu dolduran ebeveynlerin yaşları incelendiğinde ortalama ebeveyn yaşının 39 olduğu görülmektedir. Formu dolduran ebeveynlerin öğrenim seviyesi değerlendirildiğinde %1’inin (n=1) okuryazar olmadığı, %4’ünün (n=4) okuryazar olduğu, %40’ının (n=40) ilkokul mezunu olduğu, %17’sinin (n=17) ortaokul mezunu olduğu, %33’ünün (n=33) lise mezunu olduğu, %1’inin (n=1) yüksekokul mezunu olduğu ve %4’ünün (n=4) üniversite mezunu olduğu

görülmektedir. Diğer ebeveynin öğrenim seviyesi incelendiğinde %1'inin (n=1) okuryazar olmadığı, %4'ünün (n=4) okuryazar olduğu, %47'sinin (n=47) ilkokul mezunu olduğu, %14'ünün (n=14) ortaokul mezunu olduğu, %26'sının (n=26) lise mezunu olduğu, %1'inin (n=1) yüksekokul mezunu olduğu, %6'sının (n=6) üniversite mezunu olduğu ve %1'inin (n=1) yüksek lisans mezunu olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların ebeveynlerinin aylık gelirlerinin %39'unun (n=39) 0-2500 TL arasında, %54'ünün (n=54) 2501-5000 TL arasında, %2'sinin (n=2) 5001-7500 TL arasında ve %5'inin (n=5) 7501-10000 TL arasında olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin ailelerinin algılanan gelir düzeyine bakıldığında %9'unun (n=9) çok düşük olarak, %24'ünün (n=24) düşük olarak, %64'ünün (n=64) orta olarak ve %3'ünün (n=3) yüksek olarak değerlendirdiği görülmektedir.

**Tablo 3.1 Katılımcıların Demografik ve Diğer Özellikleri**

| Demografik Bilgiler              | Kontrolsüz Astım<br>(n=51) | Kısmi Kontrollü<br>Astım<br>(n=36) | Kontrollü Astım<br>(n=13) | Toplam<br>(n=100) |
|----------------------------------|----------------------------|------------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Cinsiyet                         |                            |                                    |                           |                   |
| Kız                              | 53,8 (7)                   | 33,3 (12)                          | 23,5 (12)                 | 31 (31)           |
| Erkek                            | 46,2 (6)                   | 66,7 (24)                          | 76,5 (39)                 | 69 (69)           |
| Yaş                              |                            |                                    |                           |                   |
| 9                                | 53,8 (7)                   | 38,9 (14)                          | 41,2 (21)                 | 42 (42)           |
| 10                               | 23,1 (3)                   | 30,6 (11)                          | 27,5 (14)                 | 28 (28)           |
| 11                               | 7,7 (1)                    | 11,1 (4)                           | 7,8 (4)                   | 9 (9)             |
| 12                               | 15,4 (2)                   | 19,4 (7)                           | 23,5 (12)                 | 21 (21)           |
| Toplam Kardeş Sayısı             |                            |                                    |                           |                   |
| 1                                | 0                          | 11,1 (4)                           | 5,9 (1)                   | 7 (7)             |
| 2                                | 38,5 (5)                   | 47,2 (17)                          | 66,7 (34)                 | 56 (56)           |
| 3                                | 46,2 (6)                   | 25 (9)                             | 13,7 (7)                  | 22 (22)           |
| 4                                | 15,4 (2)                   | 11,1 (4)                           | 11,8 (6)                  | 12 (12)           |
| 5                                | 0                          | 5,6 (2)                            | 0                         | 2 (2)             |
| 6                                | 0                          | 0                                  | 2 (1)                     | 1 (1)             |
| Kaçıncı Çocuk                    |                            |                                    |                           |                   |
| 1                                | 38,5 (5)                   | 33,3 (12)                          | 43,1 (22)                 | 39 (39)           |
| 2                                | 38,5 (5)                   | 44,4 (16)                          | 43,1 (22)                 | 43 (43)           |
| 3                                | 23,1 (3)                   | 13,9 (5)                           | 11,8 (6)                  | 14 (14)           |
| 4                                | 0                          | 2,8 (1)                            | 2 (1)                     | 2 (2)             |
| 5                                | 0                          | 5,6 (2)                            | 0                         | 2 (2)             |
| Çocuk Öğrenim Durumu             |                            |                                    |                           |                   |
| İlkokul                          | 53,8 (7)                   | 44,4 (16)                          | 45,1 (23)                 | 46 (46)           |
| Ortaokul                         | 46,2 (6)                   | 55,6 (20)                          | 54,9 (28)                 | 54 (54)           |
| Kaçıncı Sınıf                    |                            |                                    |                           |                   |
| 3                                | 15,4 (2)                   | 19,4 (7)                           | 21,6 (11)                 | 20 (20)           |
| 4                                | 38,5 (5)                   | 25 (9)                             | 21,6 (11)                 | 25 (25)           |
| 5                                | 7,7 (1)                    | 13,9 (5)                           | 17,6 (9)                  | 15 (15)           |
| 6                                | 23,1 (3)                   | 19,4 (7)                           | 17,6 (9)                  | 19 (19)           |
| 7                                | 15,4 (2)                   | 22,2 (8)                           | 21,6 (11)                 | 21 (21)           |
| Okul Türü                        |                            |                                    |                           |                   |
| Devlet                           | 100 (13)                   | 97,2 (35)                          | 98 (50)                   | 98 (98)           |
| Özel                             | 0                          | 2,8 (1)                            | 2 (1)                     | 2 (2)             |
| İkamet Yeri                      |                            |                                    |                           |                   |
| İstanbul                         | 100 (13)                   | 100 (36)                           | 96,1 (49)                 | 98 (98)           |
| Yalova                           | 0                          | 0                                  | 3,9 (2)                   | 2 (2)             |
| Okul Başarısı                    |                            |                                    |                           |                   |
| Çok Düşük                        | 2,8 (1)                    | 0                                  | 0                         | 1 (1)             |
| Düşük                            | 2,8 (1)                    | 7,7 (1)                            | 7,8 (4)                   | 6 (6)             |
| Orta                             | 25 (9)                     | 23,1 (3)                           | 25,5 (13)                 | 25 (25)           |
| Yüksek                           | 55,6 (20)                  | 53,8 (7)                           | 51 (26)                   | 53 (53)           |
| Çok Yüksek                       | 13,9 (5)                   | 15,4 (2)                           | 15,7 (8)                  | 15 (15)           |
| Bir Ebeveynin Öğrenim Seviyesi   |                            |                                    |                           |                   |
| Okuryazar değil                  | 0                          | 0                                  | 2 (1)                     | 1 (1)             |
| Okuryazar                        | 0                          | 11,1 (4)                           | 0                         | 4 (4)             |
| İlkokul                          | 69,2 (9)                   | 30,6 (11)                          | 39,2 (20)                 | 40 (40)           |
| Ortaokul                         | 0                          | 19,4 (7)                           | 19,6 (10)                 | 17 (17)           |
| Lise                             | 23,1 (3)                   | 38,9 (14)                          | 31,4 (16)                 | 33 (33)           |
| Yüksekokul                       | 0                          | 0                                  | 2 (1)                     | 1 (1)             |
| Üniversite                       | 7,7 (1)                    | 0                                  | 5,9 (3)                   | 4 (4)             |
| Yüksek lisans                    | 0                          | 0                                  | 0                         | 0                 |
| Diğer Ebeveynin Öğrenim Seviyesi |                            |                                    |                           |                   |
| Okuryazar değil                  | 0                          | 0                                  | 2 (1)                     | 1 (1)             |
| Okuryazar                        | 0                          | 5,6 (2)                            | 3,9 (2)                   | 4 (4)             |
| İlkokul                          | 61,5 (8)                   | 50 (18)                            | 41,2 (21)                 | 47 (47)           |
| Ortaokul                         | 23,1 (3)                   | 13,9 (5)                           | 11,8 (6)                  | 14 (14)           |
| Lise                             | 15,4 (2)                   | 22,2 (8)                           | 31,4 (16)                 | 26 (26)           |

|                        |          |           |           |         |
|------------------------|----------|-----------|-----------|---------|
| Yüksekokul             | 0        | 2,8 (1)   | 7,8 (4)   | %1 (1)  |
| Üniversite             | 0        | 5,6 (2)   | 0         | %6 (6)  |
| Yüksek lisans          | 0        | 0         | 2 (1)     | %1 (1)  |
| Aylık Gelir            |          |           |           |         |
| 0 -2500 TL             | 46,2 (6) | 38,9 (14) | 37,3 (19) | 39 (39) |
| 2501-5000 TL           | 38,5 (5) | 58,3 (21) | 54,9 (28) | 54 (54) |
| 5001-7500 TL           | 0        | 2,8 (1)   | 3,9 (2)   | 2 (2)   |
| 7501-10000 TL          | 15,4 (2) | 0         | 3,9 (2)   | 5 (5)   |
| Algılanan Gelir Düzeyi |          |           |           |         |
| Çok Düşük              | 15,4 (2) | 13,9 (5)  | 3,9 (2)   | 9 (9)   |
| Düşük                  | 46,2 (6) | 22,2 (8)  | 19,6 (10) | 24 (24) |
| Orta                   | 30,8 (4) | 63,9 (23) | 72,5 (37) | 64 (64) |
| Yüksek                 | 7,7 (1)  | 0         | 3,9 (2)   | 3 (3)   |
| Çok Yüksek             | 0        | 0         | 0         | 0       |

Not: Veriler % (n) olarak verilmiştir.

## 3.2. Veri Toplama Araçları

### 3.2.1. Demografik ve Diğer Özellikler ile Veri Formu

#### 3.2.1.1. Ebeveyn için Demografik ve Diğer Özellikler Bilgi Formu

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Araştırmanın sonuçları değerlendirilirken bu demografik formdaki bilgilerin etkisi incelenmiştir. “Ebeveyn için Demografik ve Diğer Özellikler Bilgi Formu” içerisinde formu doldurmanın doğum tarihi, yaşı, cinsiyeti, mesleği, öğrenim durumu, çalışma durumu, medeni durumu, diğer ebeveynin öğrenim durumu, diğer ebeveynin mesleği, diğer ebeveynin çalışma durumu, şu anda yaşıyor oldukları şehir, aylık gelir, algılanan gelir düzeyi, çocuğun okul başarısını değerlendirmesi, çocuğun astım hastalığına sahip olduğu süre, çocuğun daha önce psikolojik tedavi alma durumu, çocuğun daha önce psikiyatrik tedavi alma durumu, çocuğun şu anda psikolojik tedavi alma durumu ve çocuğun şu anda psikiyatrik tedavi alma durumu sorulmuştur.

#### 3.2.1.2. Çocuk için Demografik Özellikler Bilgi Formu

Bu form araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. “Çocuk için Demografik Özellikler Bilgi Formu”na araştırmanın sonuçlarına etkisinin olabileceği düşünülen sorular, araştırmacı tarafından eklenmiştir. Bu amaca yönelik olarak katılımcının doğum tarihi, yaşı, toplamda kaç kardeş olduğu, kendisinin kaçınıcı çocuk olduğu, öğrenim durumu, sınıfı ve okulunun türü sorgulanmıştır.

### 3.2.2. Katılımcıların Astım Kontrol Düzeyinin Belirlenmesi

Araştırmanın katılımcılarının astım düzeylerinin belirlenmesi için GINA kriterleri göz önüne alınmıştır ve hekimler bu kriterlere göre değerlendirme



yapmışlardır. Değerlendirmedeki kriterler: gün içi semptomlar, aktivitede kısıtlılık, gece semptomları, bronkodilatöre (bronşların genişletilmesi ile oksijen alımını arttıran ilaçlar) gereksinim ve solunum fonksiyon testi (PEF ve FEV1)'dir. Ek olarak hastanın atakları da hekimler tarafından kontrol edilmiştir. Bu değerlendirmenin nasıl olduğuna dair ayrıntılı bilgi Tablo 2.1'de verilmiştir. Bu araştırmada hekimler tarafından katılımcıların belirlenen astım kontrol düzeyleri kodlanırken kontrolsüz astım için 1, kısmi kontrollü astım için 2 ve kontrollü astım için 3 değeri kullanılmıştır. GINA kriterlerine bağlı olarak hekimler tarafından değerlendirilen astım kontrol düzeylerinin gerçekliğe dair sağlamlasının yapılabilmesi için katılımcılar tarafından "Çocukluk Çağı Astım Kontrol Testi" ve  $\geq 12$  yaş çocuklara "Astım Kontrol Testi" yapılmıştır.

### 3.2.3. Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeği (ÇASÖ)

Snoeren ve Hoefnagels (2014) tarafından geliştirilen bu ölçeğin orijinal ismi "Perceived Stress Scale in Children (8-11 years)"dır. Bu ölçek 8-11 yaşları arasındaki çocukların algıladıkları stres seviyelerini ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinalinin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı ,76'dır ve test-tekrar test korelasyonu ise ,79'dur.

Oral ve Ersan (2017) tarafından ölçek Türkçeye uyarlanmıştır ve geçerlilik ile güvenirlik araştırması yapılmıştır. 8-11 yaşları arasındaki 180 kız çocuk ve 200 erkek çocuktan oluşmak üzere toplamda 380 çocuk ile yapılan çalışmada ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Oral ve Ersan, 2017). Çalışmanın sonuçlara göre test-tekrar test korelasyonu ,71 ve Cronbach alpha ( $\alpha$ ) iç tutarlılık katsayısı ,76'dır. Ölçeğin İngilizce ve Türkçe versiyonunda madde sayısı 9'dur ve cevaplar 1 (hiç), 2 (bazen), 3 (sık sık) ve 4 (her zaman) olmak üzere 4'lü Likert tipi ölçeğe göre verilmektedir. Puanlar arttıkça algılanan stres seviyesi de artmaktadır ve ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 9 ve en çok puan 36'dır. Algılanan stres ölçeği 4-11 yaşındaki çocuklar için olmasına rağmen bu araştırmada 12 yaşındaki çocuklara da bu ölçek uygulanmıştır. 12 yaşındaki çocukların da katıldığı güvenirlik analizi sonuçlarına göre ölçeğin bu araştırmadaki Cronbach alpha ( $\alpha$ ) iç tutarlılık katsayısı ,71 olarak bulunmuştur (Bkz. Ek-A).

### 3.2.4. Çocuk ve Ergen Bilinçli Farkındalık Ölçeği (ÇEBFÖ)

Greco, Baer ve Smith (2011) 9 yaş üzerindeki çocukların duygu ve düşüncelerini değiştirmeye çalışmadan kabul etme ve şimdiki ana odaklanma becerilerini ölçmek için Çocuk ve Ergenler için Bilinçli Farkındalık Ölçeği'ni geliştirmiştir. Bu ölçeğin orijinal adı "Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM)"dır. Ölçeğin orijinalinin Cronbach alpha ( $\alpha$ ) iç tutarlılık katsayısı ,80 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin Sünbül (2018) tarafından yapılan psikometrik değerlendirmesi, 14-18 yaşlarındaki 211 ergenlik dönemindeki çocukla yapılmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda ölçek geçerli ve güvenilir bulunmakla birlikte çıkan sonuçlara göre Cronbach alpha ( $\alpha$ ) iç tutarlılık katsayısı ,80'dir. Ölçeğin İngilizce ve Türkçe versiyonu 10 soruluk formdan oluşmaktadır. Cevaplar, Likert tipi ölçeğe göre verilmektedir. Cevaplar 0 (hiçbir zaman doğru değil), 1 (nadiren doğru), 2 (bazen doğru), 3 (sıklıkla doğru) ve 4 (her zaman doğru) olarak puanlanmaktadır. 2. madde hariç tüm maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bilinçli farkındalık seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu araştırmada ölçeğin güvenilirlik analizi yapılmıştır ve Cronbach alpha ( $\alpha$ ) katsayısı ,68 olarak bulunmuştur. (Bkz. Ek-B).

### 3.2.5. Pediatrik Astımda Yaşam Kalitesi Ölçeği (PAYKÖ)

Bu ölçeğin orijinal adı "Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ)"dir. Bu ölçek Juniper ve ark. tarafından (1996) 7-17 yaşları arasındaki astım tanılı çocukların günlük hayatlarındaki yaşadıkları eğitimsel, fiziksel, sosyal ve duygusal zorlukların seviyesini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. 23 maddeden oluşmaktadır ve cevaplar 7'li Likert tipi ölçeğe göre verilmektedir. Cevaplarda 1 yaşam kalitesinin düşüklüğünü gösterirken, 7 yaşam kalitesinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin faaliyet kısıtlanması, semptomlar ve duygusal işlevden oluşan 3 alt boyutu vardır. Faaliyet kısıtlanması alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır ve madde numaraları 1, 2, 3, 19, 22'dir. Bu aktiviteler ölçeğin başında katılımcı tarafından belirlenmektedir. Belirtiler alt boyutunun madde sayısı 10'dur ve bu alt boyut 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 23 maddelerinden oluşmaktadır. Belirtiler boyutu yorgunluk, öksürük ve hırıltıyı ölçer. Son alt boyut olan duygusal işlev boyutu 8

maddeden oluşmaktadır ve madde numaraları 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 21'dir. Bu boyut korku, öfke ve hüsrana duygularının ölçümünü yapmaktadır.

Bu ölçek Yüksel, Eser ve Çelik (2004) tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları ise Bozkurt (2003) tarafından yapılmıştır. Bir başka geçerlilik ve güvenilirlik araştırması Yüksel, Yılmaz, Kırmaz ve Eser (2009) tarafından, 7 ile 16 yaşları arasındaki 122 çocukla yapılmış ve ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirlik skorları incelendiğinde faaliyet kısıtlanması alt boyutunun Cronbach alpha ( $\alpha$ ) değeri ,80, belirtiler alt boyutunun Cronbach alpha ( $\alpha$ ) değeri ,90 ve duygusal işlev alt boyutunun Cronbach alpha ( $\alpha$ ) değeri ,86 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe versiyonu da İngilizce versiyonu gibi 23 maddeden oluşmaktadır. Maddelere verilen cevaplar Likert tipi ölçeğe göre verilmektedir. Bazı maddeler için 1 (aşırı derecede rahatsız oldum), 2 (çok rahatsız oldum), 3 (oldukça fazla rahatsız oldum), 4 (biraz rahatsız oldum), 5 (çok az rahatsız oldum), 6 (hemen hemen hiç rahatsız olmadım), 7 (hiç rahatsız olmadım) ve ayrıca yapmıyor cevabı bulunmaktadır. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Toplam yaşam kalitesi, tüm alt kategorilerdeki puanların toplanıp ortalamasının alınmasıyla hesaplanmaktadır. Puanlar 23 ile 161 arasında değişmektedir. Hesaplama sonrasında çıkan yüksek puan, yüksek yaşam kalitesi düzeyini gösterirken düşük puan düşük yaşam kalitesi düzeyini göstermektedir. Bu araştırmanın örneklemini ile yapılan değerlendirme sonucunda yaşam kalitesi ölçeğinin Cronbach alpha ( $\alpha$ ) değeri ,89 olarak bulunmuştur. Alt ölçeklerden faaliyet kısıtlanmasının Cronbach alpha ( $\alpha$ ) değeri ,75, belirtiler alt boyutunun Cronbach alpha ( $\alpha$ ) değeri ,76 ve son olarak duygusal işlev alt ölçeğinin Cronbach alpha ( $\alpha$ ) değeri ,87 olarak belirlenmiştir. (Bkz. Ek-C).

### **3.2.6. Astım Kontrol Testi**

#### **3.2.6.1. Çocukluk Çağı Astım Kontrol Testi (Ç-AKT)**

Bu ölçeğin orijinal adı "Childhood Asthma Control Test (C-ACT)"tir. Ölçek Liu ve ark. (2007) tarafından oluşturulmuştur. 4 ile 11 yaş arasındaki astımlı çocukların astım kontrolünü ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte katılımcı ve ebeveyninin çocuğun astım semptomları ile ilgili cevap vermesi gereken ayrı sorular bulunmaktadır. Katılımcının cevapladığı madde sayısı 4'tür ve cevaplar 4'lü Likert

tipi ölçeğe göre verilmektedir. Bu Likert tipi ölçekteki 0 puanı astım kontrolünün düşüklüğünü gösterirken 3 puanı astım kontrolünün yüksekliğini göstermektedir. Ebeveynin cevapladığı madde sayısı 3'tür ve bu bölümdeki cevaplar 6'lı Likert tipi ölçeğe göre verilmektedir. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Cevaplardaki 0 puanı düşük astım kontrolünü, 5 ise yüksek astım kontrolünü göstermektedir. 343 çocukla yapılan değerlendirme sonucunda ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Bu ölçeğin Cronbach alpha ( $\alpha$ ) katsayısı ,79 olarak belirlenmiştir.

Bu ölçek QualityMetric Incorporated'ın tescilli markasıdır ve GSK (GSK) tarafından geliştirilmiştir. Şekerel ve ark. (2012) tarafından ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe formunda da madde sayısı ve cevaplar orijinal halindeki aynısıdır. Maddelerde çocuğun son dört haftadaki astım semptomlarına dair sorular bulunmaktadır. Ölçekten toplamda en az 0 ve en fazla 27 puan alınabilmektedir. Yüksek puan, yüksek astım kontrol düzeyini göstermektedir. Çocuğun tüm ölçekten aldığı puan  $\leq 19$  ise astım kontrolünün tam olarak sağlanmadığı görülmektedir. Puan  $\geq 20$  ise astımın kontrol altına alınmış olabileceğini göstermektedir. Bu ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ,71 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmada "Çocukluk Çağı Astım Kontrol Testi" ölçeğinin güvenilirlik analizi yapılmıştır ve analiz sonucuna göre Cronbach alpha ( $\alpha$ ) değerinin ,77 olduğu belirlenmiştir. (Bkz. Ek-D).

### **3.2.6.2. Astım Kontrol Testi**

"Asthma Control Test" bu ölçeğin orijinal ismidir. Nathan ve ark. tarafından (2004)  $\geq 12$  yaş astımlıların kendilerinin astım kontrollerini değerlendirmeleri amacıyla oluşturulmuştur. Ölçeğin madde sayısı 5'tir. Katılımcı sayısının 436 kişi olduğu araştırmada yapılan değerlendirmeler sonucunda ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu belirlenmiştir. Cronbach alpha ( $\alpha$ ) iç tutarlılık katsayısı ,84 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise ,77 olarak belirlenmiştir.

Bu ölçek QualityMetric Incorporated'ın tescilli markasıdır ve QualityMetric Incorporated ölçeğin Türkçe'ye kültürel olarak adaptasyonunu yapmıştır. GSK tarafından geliştirilmiştir. Uysal ve ark. (2013) tarafından ölçeğin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Türkçe formunda da ölçeğin madde

sayısı 5'tir. Ölçekteki en düşük skor 5'tir ve en yüksek skor 25'tir. Yüksek puan astım kontrolünün yüksekliğini göstermektedir. 25 puan, astımın kontrol altında olduğunu göstermektedir. 20 ile 24 arasındaki puan, kısmi kontrol altında astıma sahip olduğunu göstermektedir. 20'den az puan ise astımın yeterince kontrol altına alınmamış olduğunu belirtmektedir. Ölçeğin Türkçe formunun Cronbach alpha ( $\alpha$ ) iç tutarlılık katsayısı ,84 ve test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ,85 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmanın örnekleme ile yapılan güvenilirlik çalışmasında ölçeğin Cronbach alpha ( $\alpha$ ) değerinin ,64 olduğu bulunmuştur. (Bkz. Ek-E).

### 3.3. İşlem

Araştırmanın taslağının oluşturulmasından sonra Işık Üniversitesi'nden 02.09.2019 tarihli Etik Kurul Onayı alınmıştır (Bkz. Ek-F). Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisanslar Koordinatörlüğü tarafından İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Alerji Polikliniği'nde araştırma yapılabilmesi için izin verilmiştir. Verilen etik kurul onayı ve izniyle birlikte örneklemin oluşumu aşamasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvurulmuştur. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi'nden araştırmanın anket çalışmalarının "Çocuk Alerji Polikliniği"nde yapılması için hastanenin akademik kurulundan onay alınmıştır. Alınan bu onaydan sonra veri toplama sürecine başlanmıştır.

Yaklaşık üç ay süren veri toplama sürecinde hastanenin "Çocuk Alerji Polikliniği"nde astım tanısıyla izlenen katılımcılardan araştırmanın örnekleme dahil edilebilmeleri için 9-12 yaş aralığında olmaları esas göz önünde bulundurulmuştur. Bu kriteri dikkate alan hekimler uygun olan katılımcıları araştırmacıya yönlendirmişlerdir. Psikolojik değerlendirmelerin yapılabilmesi için muayene dışında ankete alınan katılımcılara araştırma ile ilgili bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmak isteyip istemedikleri öğrenilmiştir. Katılmayı tercih eden ebeveyne ve çocuğa bilgilendirilmiş onam formu verilmiştir. Bu formu okuyup imzalamaları istenmiştir. Araştırmaya katılmaya onay alındıktan sonra çocuğu muayene eden hekim tarafından "Astım Kontrol Düzeyi" değerlendirilmiştir. Ebeveyn "Ebeveyn için Demografik ve Diğer Özellikler Bilgi Formu"nu doldururken katılımcı astım kontrol testini yapmıştır. Ebeveyn "Ebeveyn için Demografik ve Diğer Özellikler Bilgi Formu"nu doldurduktan

sonra çocuk 9-11 yaş arasındaysa “Çocukluk Çağı Astım Kontrol Testi”nin son üç sorusunu ebeveyn yapmıştır. Çocuk 12 yaşındaysa ebeveynin “Ebeveyn için Demografik ve Diğer Özellikler Bilgi Formu”nu doldurmasından sonra anket çocuğa verilmiştir. Ebeveyne anketin devamı için müdahalede bulunulmaması gerektiği aktarılmıştır. Katılımcı kendisi için olan “Çocuk için Demografik Özellikler Bilgi Formu”nu, araştırmacı ile birlikte doldurmuştur. ÇEBFÖ, ÇASÖ ve PAYKÖ araştırmacı ve katılımcı ile birlikte doldurulmuştur. Yaklaşık üç ay süren veri toplama süreci sonunda toplamda 101 katılımcıya ulaşılmıştır. Elde edilen verilerin analiz edilmesi aşamasına geçilmiştir.

### **3.4. Veri Analizi**

Bu araştırmada 101 katılımcıdan 100’ünün verileri “SPSS.23 İstatistiksel Veri Analiz Programı” ile analiz edilmiştir. İlk olarak değişkenler arası korelatif ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Araştırmanın bir sonraki analiz adımında bu kıstasa uyan modeller üzerinde söz konusu korelatif ilişkilerin anlamlı bir medyatör etkiye işaret edip etmediğini kontrol amaçlı regresyon analizleri yapılmıştır. Bu süreçte anlamlı bir medyatör etkiden bahsedebilmek adına Baron ve Kenny (1986)’nin dört kriteri göz önünde bulundurulmuştur. Bu kriterlere göre anlamlı bir medyatör etkiden bahsetmek için yordayıcı değişkenin yordanan değişken üzerindeki etkisinin anlamlı olması, yordayıcı değişkenin medyatör değişken üzerindeki etkisinin anlamlı olması, medyatör değişkenin yordanan değişken üzerindeki etkisinin anlamlı olması ve son olarak da medyatör değişkenin etkisi kontrol edildiğinde yordayıcı değişkenin yordanan değişken üzerindeki etkisinin anlamını kaybetmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda gerçekleştirilen tüm işlemler doğrusal hiyerarşik regresyon analiz adımları takip edilerek uygulanmıştır. Yapılan doğrusal hiyerarşik regresyon analizleri sonrasında katılımcıların astım kontrol düzeylerine göre algılanan stres, bilinçli farkındalık ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki üç farklı tek yönlü ANOVA analizi ile incelenmiştir.

Son olarak araştırmanın yan amaçları doğrultusunda katılımcıların demografik ve diğer özelliklerine göre algılanan stres, bilinçli farkındalık ve yaşam kalitesinin ne

derece etkilendiğini değerlendirmek adına bağımsız örnekleme t testi ve tek yönlü ANOVA analiz adımları takip edilmiştir.

## **BÖLÜM 4**

### **4. BULGULAR**

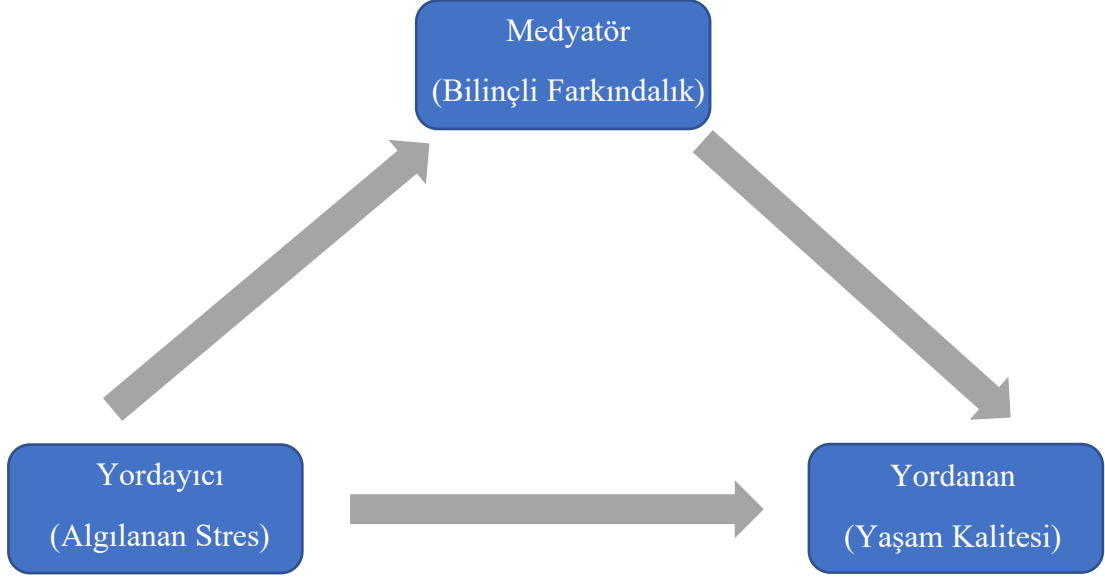
#### **4.1. Temel Hipotezlerin Sınanması; Algılanan Stres, Bilinçli Farkındalık ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

##### **4.1.1. Medyatör Etki Analizi**

Medyatör etki analizinin yapılabilmesi için ölçek puanlarının normal dağılıma uygun olması gerekmektedir. Basıklık ve çarpıklık değerlerin -3 ile +3 aralığında yer alması durumunda ölçek puanlarının dağılımı, normal dağılıma uygun olarak kabul edilmektedir (George ve Mallery, 2010). Bu nedenden dolayı, hipotez testlerinde parametrik testler kullanılmıştır.

Medyatör etki analizi bölümünde katılımcıların algıladıkları stres düzeyi, bilinçli farkındalık ve yaşam kalitesine odaklanılmıştır. Şekil 4.1’de görüldüğü üzere bilinçli farkındalığın, algılanan stres düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide medyatör etkisinin varlığı test edilmektedir. Bu ilişkide yordayıcı değişken algılanan stres düzeyi, medyatör (aracı) değişken bilinçli farkındalık ve yordanan değişken ise yaşam kalitesidir. Buna ek olarak yaşam kalitesinin üç alt boyutu olan faaliyet kısıtlanması, belirtiler ve duygusal işlevden duygusal işlev ve belirtiler alt boyutu için medyatör etki analizi yapılmıştır.





Şekil 4.1 Algılanan Stres ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkide Bilinçli Farkındalığın Medyatör Etkisi

Baron ve Kenny (1986)'e göre bir medyatör etki analizinin anlamlı olabilmesi için dört koşulu sağlamış olması gerekmektedir. Bu dört koşulun birincisi yordayıcı değişkenin yordanan değişken üzerindeki etkisinin anlamlı olmasıdır. İkinci koşul, yordayıcı değişkenin medyatör değişken üzerindeki etkisinin anlamlı olmasıdır. Üçüncü koşul, medyatör değişkenin yordanan değişken üzerindeki etkisinin anlamlı olmasıdır. Dördüncü ve son koşula göre ise medyatör değişkenin etkisi kontrol edildiğinde yordayıcı değişkenin yordanan değişken üzerindeki etkisinin anlamını kaybetmesi gerekmektedir. (Baron ve Kenny, 1986). Böylelikle yapılan tüm işlemler doğrusal hiyerarşik medyatör regresyon analiz adımları takip edilerek yapılmıştır.

İlk olarak değişkenler arasındaki korelatif ilişkiler incelenmiştir. Baron ve Kenny (1986)'e göre medyatör analizinin yapılabilmesi için değişkenler arasındaki korelatif ilişkilerin anlamlı olması gerektiğinden dolayı öncelikli olarak değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi yapılarak incelenmiştir ve sonuçlar Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.1 Katılımcıların Bilinçli Farkındalık, Algılanan Stres, Yaşam Kalitesi, Faaliyet Kısıtlanması, Belirtiler ve Duygusal İşlevi Arasındaki Korelasyonlar (n=100)**

| Ölçek | ÇEBFÖ   | ÇASÖ    | PAYKÖ  | FK     | B     | Dİ |
|-------|---------|---------|--------|--------|-------|----|
| ÇEBFÖ | 1       |         |        |        |       |    |
| ÇASÖ  | -,501** | 1       |        |        |       |    |
| PAYKÖ | ,307**  | -,474** | 1      |        |       |    |
| FK    | ,136    | -,321** | ,806** | 1      |       |    |
| B     | ,256*   | -,399** | ,94**  | ,679** | 1     |    |
| Dİ    | ,381**  | -,514** | ,844** | ,598** | ,65** | 1  |

*Not:* ÇEBFÖ: Çocuk ve Ergen Bilinçli Farkındalık Ölçeği, ÇASÖ: Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeği, PAYKÖ: Pediatrik Astımda Yaşam Kalitesi Ölçeği, FK=Faaliyet Kısıtlanması, B=Belirtiler, Dİ=Duygusal İşlev. \* $p<,05$ : istatistiksel olarak anlamlı, \*\* $p<,01$ : istatistiksel olarak anlamlı

İlk yapılan medyatör etki analizinde algılanan stres ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın medyatör etkisini incelemek için doğrusal hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizde yordayıcı değişken algılanan streştir. Medyatör değişken bilinçli farkındalıktır. Yordanan değişken ise yaşam kalitesidir. İlk olarak değişkenler arası korelatif değerlere bakılmıştır. Tablo 4.1’de görüldüğü üzere algılanan stres ve yaşam kalitesi arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $r=-,474$ ;  $p=,000$ ). Algılanan stres ile bilinçli farkındalık arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $r=-,501$ ;  $p=,000$ ). Bilinçli farkındalık ve yaşam kalitesi arasında orta düzeyde pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ( $r=,307$ ;  $p=,002$ ). Bilinçli farkındalık düzeyinin etkisinin anlamlılığını analiz edebilmek amacıyla oluşturulan doğrusal hiyerarşik regresyon analiz sonucuna göre, yaşam kalitesi üzerindeki toplam varyansın %23’ü algılanan stres tarafından açıklanmaktadır ( $R^2=,225$ ,  $p=,000$ ). Algılanan stres, bilinçli farkındalık üzerindeki toplam varyansın %25’ini açıklamaktadır ( $R^2=,251$ ;  $p=,000$ ). Yaşam kalitesi üzerindeki toplam varyansın %9’u bilinçli farkındalık tarafından açıklanmaktadır ( $R^2=,094$ ;  $p=,002$ ). Son adımda ise bilinçli farkındalığın aracı etkisi kontrol edildiğinde algılanan stresin yaşam kalitesi üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlılığını sürdürdüğünü ve yaşam kalitesi üzerindeki toplam varyansın %23’ünü açıkladığı görülmüştür ( $R^2=,231$ ;  $p=,000$ ). Sonuç olarak yapılan analize göre algılanan stres ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın medyatör etkisi anlamsız olarak görülmektedir. Diğer yandan algılanan stresin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi Beta katsayıları üzerinden incelendiğinde, Beta katsayısının ilk

adımında  $-.474$  iken bilinçli farkındalık ile birlikte analize sokulduğunda  $-.427$ 'ye gerilediği görülmektedir. Bu nedenle bilinçli farkındalığın tam medyatör etkisinin olmadığı görülse de kısmi medyatör etkisinin olup olmadığını analizi için Sobel Testi yapılmıştır. Yapılan Sobel Testi sonucuna göre bilinçli farkındalığın, algılanan stres ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide kısmi aracı rolünün anlamlı olduğu görülmektedir (Sobel  $z$ -istatistiği= 2,81; one-tailed=,000; two-tailed=,000).

**Tablo 4.2 Bilinçli Farkındalığın Algılanan Stres ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkideki Medyatör Etkisinin Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analiziyle Değerlendirilmesinden Elde Edilen Sonuçlar**

| Model |  | B      | $\beta$ | R <sup>2</sup> | F      | p    |
|-------|--|--------|---------|----------------|--------|------|
| 1     | ÇASÖ'nün PAYKÖ üzerine etkisi                              | -3,012 | -,474   | ,225           | 28,387 | ,000 |
| 2     | ÇASÖ'nün ÇEBFÖ üzerine etkisi                              | -,651  | -,501   | ,251           | 32,813 | ,000 |
| 3     | ÇEBFÖ'nün PAYKÖ üzerine etkisi                             | 1,499  | ,307    | ,094           | 10,187 | ,002 |
| 4     | ÇEBFÖ kontrol edildiğinde ÇASÖ'nün PAYKÖ üzerindeki etkisi | -2,717 | -,427   | ,231           | 14,573 | ,000 |

*Not:* ÇASÖ: Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeği, ÇEBFÖ: Çocuk ve Ergen Bilinçli Farkındalık Ölçeği, PAYKÖ: Pediatrik Astımda Yaşam Kalitesi Ölçeği

Tablo 4.1'de görüldüğü gibi bu araştırmada medyatör etkisine bakılan bilinçli farkındalık ile yordanan değişken olan faaliyet kısıtlanması arasındaki korelatif ilişki anlamlı değildir ( $p=,178$ ). Bu sebeple Baron ve Kenny'e göre (1986) üçüncü koşul sağlanamadığı için bilinçli farkındalığın, algılanan stres ve faaliyet kısıtlanması arasındaki ilişkideki medyatör etkisine bakılamamıştır.

Altman ve Bland (1995)'e göre örneklem sayısının 100 ve üzerinde olduğu verilerde normallik testi ihmal edilebilir ve regresyon, korelasyon, t testi ile varyans analizi yapılabilir. Bu nedenle yaşam kalitesinin belirtiler alt boyutu normal dağılım göstermemiş olmasına rağmen algılanan stres ile belirtiler arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın medyatör etkisini incelemek için doğrusal hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan bu analizde yordayıcı değişken algılanan stres, medyatör değişken bilinçli farkındalık ve yordanan değişken belirtilerdir. Öncelikle bu değişkenler arasındaki korelatif ilişkilere bakılmıştır. Tablo 4.1'de de görüldüğü üzere algılanan stres ve belirtiler arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $r=-,399$ ,  $p=,000$ ). Algılanan stres ile bilinçli farkındalık arasında orta

düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $r=-,501$ ;  $p=,000$ ). Bilinçli farkındalık ve belirtiler arasında düşük düzeyde pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur ( $r=,256$ ;  $p=,010$ ). Bilinçli farkındalık düzeyinin etkisinin anlamlılığını analiz edebilmek amacıyla oluşturulan doğrusal hiyerarşik regresyon analiz sonucuna göre, belirtiler üzerindeki toplam varyansın %16'sı algılanan stres tarafından açıklanmaktadır ( $R^2=,156$ ,  $p=,000$ ). Algılanan stres, bilinçli farkındalık üzerindeki toplam varyansın %25'ini açıklamaktadır ( $R^2=,251$ ;  $p=,000$ ). Belirtiler üzerindeki toplam varyansın %7'si bilinçli farkındalık tarafından açıklanmaktadır ( $R^2=,065$ ;  $p=,010$ ). Son adımda ise bilinçli farkındalığın aracı etkisi kontrol edildiğinde algılanan stresin belirtiler üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlılığını sürdürdüğünü ve belirtiler üzerindeki toplam varyansın %16'sını açıkladığı görülmüştür ( $R^2=,163$ ;  $p=,000$ ). Sonuç olarak yapılan analize göre algılanan stres ve belirtiler arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın medyatör etkisi anlamsız olarak görülmektedir. Diğer yandan algılanan stresin belirtiler üzerindeki etkisi Beta katsayıları üzerinden incelendiğinde, Beta katsayısının ilk adımda  $-,399$  iken bilinçli farkındalık ile birlikte analize sokulduğunda  $-,362$ 'ye gerilediği görülmektedir. Bu nedenle bilinçli farkındalığın tam medyatör etkisinin olmadığı görülse de kısmi medyatör etkisinin olup olmadığının analizi için Sobel Testi yapılmıştır. Yapılan Sobel Testi sonucuna göre bilinçli farkındalığın, algılanan stres ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide kısmi aracı rolünün anlamlı olduğu görülmektedir (Sobel z-istatistiği= $-2,38$ ; one-tailed= $,000$ ; two-tailed= $,010$ ).

**Tablo 4.3 Bilinçli Farkındalığın Algılanan Stres ve Belirtiler Arasındaki İlişkideki Medyatör Etkisinin Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analiziyle Değerlendirilmesinden Elde Edilen Sonuçlar**

| Model |  | B Değeri | $\beta$ | $R^2$ | F      | p    |
|-------|--|----------|---------|-------|--------|------|
| 1     | ÇASÖ'nün B üzerine etkisi                              | -1,454   | -,399   | ,159  | 18,572 | ,000 |
| 2     | ÇASÖ'nün ÇEBFÖ üzerine etkisi                          | -,651    | -,501   | ,251  | 32,813 | ,000 |
| 3     | ÇEBFÖ'nün B üzerine etkisi                             | ,717     | ,256    | ,065  | 6,86   | ,010 |
| 4     | ÇEBFÖ kontrol edildiğinde ÇASÖ'nün B üzerindeki etkisi | -1,318   | -,362   | ,163  | 9,479  | ,000 |

Not: ÇASÖ: Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeği, ÇEBFÖ: Çocuk ve Ergen Bilinçli Farkındalık Ölçeği, B=Belirtiler

Yapılan üçüncü medyatör etki analizinde algılanan stres ile yaşam kalitesinin alt boyutu olan duygusal işlev arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın medyatör etkisini

değerlendirmek için doğrusal hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Bu analizde yordayıcı değişken algılanan stres iken, medyatör değişken bilinçli farkındalıktır ve yordanan değişken duygusal işlevdir. İlk olarak değişkenler arası korelatif değerlere bakılmıştır. Tablo 4.1’de görüldüğü üzere algılanan stres ve duygusal işlev arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $r=-,514$ ;  $p=,000$ ). Algılanan stres ile bilinçli farkındalık arasında orta düzeyde negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $r=-,501$ ;  $p=,000$ ). Bilinçli farkındalık ile duygusal işlev arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ( $r=,381$ ;  $p=,000$ ). Bilinçli farkındalık düzeyinin etkisinin anlamlılığını incelemek amacıyla oluşturulan doğrusal hiyerarşik regresyon analiz sonucuna göre, duygusal işlev üzerindeki toplam varyansın %27’si algılanan stres tarafından açıklanmaktadır ( $R^2=,265$ ,  $p=,000$ ). Bilinçli farkındalık üzerindeki toplam varyansın %25’i algılanan stres tarafından açıklanmaktadır ( $R^2=,251$ ;  $p=,000$ ). Bilinçli farkındalığın duygusal işlev üzerindeki toplam varyansın %15’ini açıkladığı bilinmektedir ( $R^2=,145$ ;  $p=,000$ ). Son adımda ise bilinçli farkındalığın aracı etkisi kontrol edildiğinde algılanan stresin duygusal işlev üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlılığını sürdürdüğünü ve duygusal işlev üzerindeki toplam varyansın %29’unu açıkladığı görülmektedir ( $R^2=,285$ ;  $p=,000$ ). Bu sonuçlara göre algılanan stres ve duygusal işlev arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın medyatör etkisi anlamsız olarak görülmektedir. Diğer yandan algılanan stresin duygusal işlev üzerindeki etkisi Beta katsayıları üzerinden değerlendirildiğinde, Beta katsayısının ilk adımda  $-,514$  iken bilinçli farkındalık ile birlikte analize sokulduğunda  $-,432$ ’ye gerilediği görülmektedir. Bu nedenle bilinçli farkındalığın tam medyatör etkisinin olmadığı görülmüş olsa da kısmi medyatör etkisinin varlığının analizi için Sobel Testi yapılmıştır. Sobel Testi sonucuna göre bilinçli farkındalığın algılanan stres ve duygusal işlev arasındaki ilişkide kısmi medyatör etkisinin olduğu belirlenmiştir (Sobel z-istatistiği= $-2,93$ ; one-tailed= $,000$ ; two-tailed= $,000$ ).

**Tablo 4.4 Bilinçli Farkındalığın Algılanan Stres ve Duygusal İşlev Arasındaki İlişkideki Medyatör Etkisinin Doğrusal Hiyerarşik Regresyon Analiziyle Değerlendirilmesinden Elde Edilen Sonuçlar**

| Model |   | B      | $\beta$ | R <sup>2</sup> | F      | p    |
|-------|---|--------|---------|----------------|--------|------|
| 1     | ÇASÖ'nün Dİ üzerine etkisi                              | -1,131 | -,514   | ,265           | 35,266 | ,000 |
| 2     | ÇASÖ'nün ÇEBFÖ üzerine etkisi                           | -,651  | -,501   | ,251           | 32,813 | ,000 |
| 3     | ÇEBFÖ'nün Dİ üzerine etkisi                             | ,644   | ,381    | ,145           | 16,650 | ,000 |
| 4     | ÇEBFÖ kontrol edildiğinde ÇASÖ'nün Dİ üzerindeki etkisi | -,949  | -,432   | ,285           | 19,329 | ,000 |

Not: ÇASÖ: Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeği, ÇEBFÖ: Çocuk ve Ergen Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Dİ=Duygusal İşlev,

#### 4.1.2. Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeği, Çocuk ve Ergen Bilinçli Farkındalık Ölçeği ve Pediatrik Astımda Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Alınan Puanların Astım Kontrol Düzeyine Göre İncelenmesine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.5 Astım Kontrol Düzeyine Göre Algılanan Stres, Bilinçli Farkındalık ve Yaşam Kalitesi Ortalamaları ve Standart Sapma Değerleri**

| Ölçekler | Kontrolsüz Grup<br>(n=13) |       | Kısmi Kontrollü Grup<br>(n=36) |       | Kontrollü Grup<br>(n=51) |       | p      |
|----------|---------------------------|-------|--------------------------------|-------|--------------------------|-------|--------|
|          | Ortalama                  | SS    | Ortalama                       | SS    | Ortalama                 | SS    |        |
| ÇASÖ     | 18,85                     | 3,63  | 16,78                          | 5,13  | 15,55                    | 4,52  | ,068   |
| ÇEBFÖ    | 26,08                     | 6,44  | 25,56                          | 5,72  | 28,18                    | 6,16  | ,127   |
| PAYKÖ    | 85,31                     | 24,58 | 112,33                         | 25,17 | 124,8                    | 30,1  | ,000** |
| FK       | 15,54                     | 5,01  | 21,31                          | 4,82  | 23,53                    | 6,57  | ,000** |
| B        | 31,69                     | 14,77 | 47,86                          | 12,70 | 53,90                    | 17,92 | ,000** |
| Dİ       | 38,08                     | 10,43 | 43,17                          | 10,63 | 47,37                    | 9,43  | ,008*  |

Not: ÇASÖ: Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeği, ÇEBFÖ: Çocuk ve Ergen Bilinçli Farkındalık Ölçeği, PAYKÖ: Pediatrik Astımda Yaşam Kalitesi Ölçeği, FK=Faaliyet kısıtlanması, B=Belirtiler, Dİ=Duygusal işlev. \*p<,01: istatistiksel olarak anlamlı, \*\*p<,001: istatistiksel olarak anlamlı

Yaşam kalitesinin astım kontrol düzeyine göre değişiklik gösterip göstermediği tek yönlü ANOVA analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucuna göre astım kontrol düzeyleri yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir ( $F_{(2,97)}=11,03$ ;  $p=,000$ ). Kontrolsüz astım grubunda yaşam kalitesi ortalaması  $85,31 \pm 24,58$  iken kısmi kontrollü astımlı çocuklarda yaşam kalitesi ortalaması  $112,33 \pm 25,17$  ve kontrollü astım grubunda yaşam kalitesi ortalaması  $124,8 \pm 30,1$ 'dir. Farklılığın hangi gruplarda olduğunun ayrıntılı incelenmesi için Post Hoc testi yapılmıştır. Söz konusu farklılık kontrolsüz grup ile kısmi kontrollü grup arasındaki ilişkiden ( $p=,003$ ), kontrolsüz grup

ile kontrollü grup arasındaki ilişkiden ( $p=,000$ ) ve kısmi kontrollü grup ile kontrollü grup arasındaki ilişkiden ( $p=,039$ ) kaynaklanmaktadır.

Yaşam kalitesinin faaliyet kısıtlanması alt boyutunun katılımcıların astım kontrol düzeylerine göre değerlendirilmesi için tek yönlü ANOVA analizi uygulanmıştır. Yapılan tek yönlü ANOVA analiz sonucuna göre astım kontrol düzeyleri faaliyet kısıtlanması üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir ( $F_{(2,97)}=9,94$ ;  $p<,001$ ). Faaliyet kısıtlanmasının kontrolsüz astımlı grupta ortalaması  $15,54 \pm 5,01$ , kısmi kontrollü astımlı grupta ortalaması  $21,31 \pm 4,82$  ve kontrollü grupta  $23,53 \pm 6,57$ 'dir. Farklılığın hangi gruplarda oluştuğunun detaylı analiz edilebilmesi için Post Hoc analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre ilişkinin kontrolsüz grup ile kısmi kontrollü grup arasındaki ilişkiden ( $p=,003$ ) ve kontrolsüz grup ile kontrollü grup arasındaki ilişkiden ( $p=,000$ ) bilinmektedir.

Astım kontrol düzeyine göre yaşam kalitesinin belirtiler alt boyutunun incelenmesi için tek yönlü ANOVA analizi yapılmıştır. Bu analiz sonucunda belirtilerin astım kontrol düzeyine göre değişiklik gösterdiği belirlenmiştir ( $F_{(2,97)}=10,3$ ;  $p=,000$ ). Kontrolsüz astım grubunun belirtileri ortalaması  $31,69 \pm 14,77$ , kısmi kontrollü grubun belirtiler ortalaması  $47,86 \pm 12,7$  ve kontrolsüz grubun belirtiler ortalaması  $53,90 \pm 17,92$ 'dir. Hangi grupların farklılaştığını incelemek amacıyla Post Hoc testi ile ayrıntılı değerlendirme yapılmıştır. Bu ayrıntılı analiz sonucuna göre söz konusu ilişkinin kontrolsüz grup ile kısmi kontrollü grup arasındaki ilişki ( $p=,002$ ) ve kontrolsüz grup ile kontrollü grup arasındaki ilişkiden ( $p=,000$ ) kaynaklanmaktadır.

Yaşam kalitesinin duygusal işlev alt boyutunun astım kontrol düzeyine göre ne derece değiştiğini belirlemek için tek yönlü ANOVA analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre katılımcıların duygusal işlevsellik düzeylerinin astım kontrolüne göre anlamlı olarak farklılaştığı görülmektedir ( $F_{(2,97)}=5,09$ ;  $p=,008$ ). Astım kontrol düzeyine göre grupların duygusal işlev düzeyleri değerlendirildiğinde kontrolsüz grubun duygusal işlev ortalaması  $38,08 \pm 10,43$ , kısmi kontrollü grubun duygusal işlev ortalaması  $43,17 \pm 10,63$  ve kontrollü grubun duygusal işlev ortalaması  $47,37 \pm 9,43$ 'tür. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını incelemek adına Post Hoc

analizi yapılmıştır. Bu detaylı analizde ise ilişkinin kontrolsüz grup ile kontrollü grup arasındaki ilişkiyi dolaylı olarak oluşturduğu görülmektedir ( $p=,004$ ).

Tablo 4.5'te de görüldüğü gibi araştırmanın bu adımında değişkenler arasında anlamlı olduğu görülen başka ilişkilere rastlanmamıştır.

## **4.2. Yan Amaçların Sınanması ile Demografik ve Diğer Değişkenlerle İlgili Betimsel Analizler**

Araştırmanın bu bölümünde literatür verileri dikkate alındığında pediatrik astımda algılanan stres, bilinçli farkındalık ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide etkili olabileceği düşünülen sosyodemografik özellikler tek yönlü ANOVA analizi ve bağımsız örneklem t testi analizi kullanılarak incelenmiştir. Yan amaçları sınamak için her ölçeğin puanının sosyodemografik değişkenlere göre nasıl farklılaştığı incelenecektir. Her bağımlı değişken için başlıklar ayrı şekilde açılacak ve analiz bulguları o başlık altında verilecektir. Literatür verileri incelendiğinde istatistiksel olarak hücre başına düşen vaka sayısı 5'in altına düştüğünde analizin yapılmasının güvenli olmadığı bilindiği için bazı veriler birleştirilerek verilmiştir.

### **4.2.1. Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeğinden Alınan Puanların Demografik ve Diğer Değişkenlere Göre İncelenmesine İlişkin Bulgular**

Sosyodemografik özelliklere göre algılanan stres ölçeğinin alınan puanların incelenebilmesi için yapılan tek yönlü ANOVA analizi ve bağımsız örneklem t testinin sonuçları Tablo 4.6'da gösterilmiştir.



**Tablo 4.6 Demografik ve Diğer Değişkenlere Göre Çocuklarda Algılanan Stres Ölçeğinden Alınan Puanların Aritmetik Ortalaması, Standart Sapma Değeri, Kişi Sayısı ve p Değeri**

| Demografik ve Diğer Özellikler   | Algılanan Stres Ölçeği |             |            |        |
|----------------------------------|------------------------|-------------|------------|--------|
|                                  | Ortalama               | SS          | n          | p      |
| Cinsiyet                         |                        |             |            |        |
| Kız                              | 17,55                  | 5,77        | 31         | ,111   |
| Erkek                            | 15,91                  | 4,14        | 69         |        |
| Yaş                              |                        |             |            |        |
| 9                                | 16,29                  | 5,61        | 42         | ,273   |
| 10                               | 16,18                  | 4,05        | 28         |        |
| 11                               | 14,33                  | 3,64        | 9          |        |
| 12                               | 17,9                   | 3,82        | 21         |        |
| Toplam Kardeş Sayısı             |                        |             |            |        |
| 1                                | 16,43                  | 3,78        | 7          | ,747   |
| 2                                | 16,5                   | 4,72        | 56         |        |
| 3                                | 15,59                  | 2,87        | 22         |        |
| 4+                               | 17,33                  | 7,12        | 15         |        |
| Kaçıncı Çocuk                    |                        |             |            |        |
| 1                                | 16,15                  | 4,34        | 39         | ,238   |
| 2                                | 17,23                  | 5,32        | 43         |        |
| 3+                               | 15,06                  | 3,83        | 18         |        |
| Çocuk Öğrenim Durumu             |                        |             |            |        |
| İlkokul                          | 16,24                  | 5,51        | 46         | ,119   |
| Ortaokul                         | 16,57                  | 4           | 54         |        |
| Kaçıncı Sınıf                    |                        |             |            |        |
| 3                                | 16,35                  | 6,64        | 20         | ,915   |
| 4                                | 16,32                  | 4,63        | 25         |        |
| 5                                | 15,94                  | 4,04        | 15         |        |
| 6                                | 16,05                  | 3,81        | 19         |        |
| 7                                | 17,29                  | 4,23        | 21         |        |
| Okul Başarısı                    |                        |             |            |        |
| Çok düşük+Düşük                  | 21,14                  | 5,15        | 7          | ,001** |
| Orta                             | 17,96                  | 4,4         | 25         |        |
| Yüksek                           | 15,87                  | 4,45        | 53         |        |
| Çok Yüksek                       | 13,6                   | 3,94        | 15         |        |
| Bir Ebeveynin Öğrenim Seviyesi   |                        |             |            |        |
| Okuryazar değil+Okuryazar        | 13,2                   | 2,59        | 5          | ,024*  |
| İlkokul                          | 17,53                  | 4,69        | 40         |        |
| Ortaokul                         | 18,18                  | 6,29        | 17         |        |
| Lise                             | 14,76                  | 3,49        | 33         |        |
| Yüksekokul+Üniversite            | 15,8                   | 4,09        | 5          |        |
| Diğer Ebeveynin Öğrenim Seviyesi |                        |             |            |        |
| Okuryazar değil+Okuryazar        | 13,8                   | 4,97        | 5          | ,385   |
| İlkokul                          | 16,62                  | 4,91        | 47         |        |
| Ortaokul                         | 17,79                  | 5,41        | 14         |        |
| Lise+Yüksekokul                  | 16,41                  | 4,32        | 27         |        |
| Üniversite+Yüksek lisans         | 14,29                  | 3,04        | 7          |        |
| Aylık Gelir                      |                        |             |            |        |
| 0-2500 TL                        | 17,46                  | 4,88        | 39         | ,173   |
| 2501 TL-5000 TL                  | 15,61                  | 4,48        | 54         |        |
| 5001 TL-10000 TL                 | 16,86                  | 5,34        | 7          |        |
| Algılanan Gelir Düzeyi           |                        |             |            |        |
| Çok düşük                        | 18,44                  | 3,47        | 9          | ,043*  |
| Düşük                            | 17,96                  | 5,63        | 24         |        |
| Orta+Yüksek                      | 15,6                   | 4,36        | 67         |        |
| <b>Toplam</b>                    | <b>16,42</b>           | <b>4,74</b> | <b>100</b> |        |

Not: \*p<,05: istatistiksel olarak anlamlı, \*\*p<,01: istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 4.6’da gösterildiği üzere, kızların algılanan stres ölçeğinden elde ettiği puanların ortalaması  $17,55 \pm 5,77$  iken erkeklerin aynı testten elde ettikleri ortalama puanları  $15,91 \pm 4,14$  olmuştur. Cinsiyete göre algılanan stres düzeyi anlamlı olarak farklılaşmamaktadır ( $t_{(98)}=2,59; p=,111$ ).

Katılımcıların okul başarısının algılanan stres düzeyleri üzerindeki etkilerine odaklandığımız bu adımda okul başarısı çok düşük ve düşük olan katılımcıların algılanan stres ölçeğinden aldığı puanların ortalaması  $21,14 \pm 5,15$ , orta olanların ortalaması  $17,96 \pm 4,4$ , yüksek olanların ortalaması  $15,87 \pm 4,45$  ve son olarak çok yüksek olanların ortalaması  $13,6 \pm 3,94$  olarak elde edilmiştir. Okul başarısına göre katılımcıların algıladıkları stresin anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmüştür ( $F_{(3,96)}=6; p=,001$ ).

Formu dolduran ebeveynin öğrenim seviyesi okuryazar değil ve okuryazar olanların algılanan stres ölçeği puanlarının ortalaması  $13,2 \pm 2,59$ , ilkokul olanların ortalaması  $17,53 \pm 4,69$ , ortaokul olanların ortalaması  $18,18 \pm 6,29$ , lise olanların ortalaması  $14,76 \pm 3,49$  ile yükseokul ve üniversite olanların ortalaması  $15,8 \pm 4,09$  olarak belirlenmiştir. Algılanan stres düzeyinin ebeveynin öğrenim seviyesine göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ( $F_{(4,95)}=2,96; p=,024$ ).

Algılanan gelir düzeyi çok düşük olan ailelerin çocuklarının algılanan stres ölçeği puanlarının ortalaması  $18,44 \pm 3,47$ , düşük olarak değerlendirenlerin ortalaması  $17,96 \pm 5,63$  ile orta ve yüksek olarak değerlendirenlerin ortalaması  $15,6 \pm 4,36$  olarak elde edilmiştir. Algılanan stres, ebeveynin algıladığı gelir düzeyine göre anlamlı olarak farklılaşmaktadır ( $F_{(2,97)}=3,24; p=,043$ ).

Tablo 4.6’daki veriler incelendiğinde araştırmanın bu adımında değişkenler arası anlamlı olduğu görülen başka ilişkilere rastlanmamıştır.

#### **4.2.2. Çocuk ve Ergen Bilinçli Farkındalık Ölçeğinden Alınan Puanların Demografik ve Diğer Değişkenlere Göre İncelenmesine İlişkin Bulgular**

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre çocuk ve ergen bilinçli farkındalık ölçeğinden aldıkları puanların incelenmesi için yapılan tek yönlü ANOVA analizi ve bağımsız örneklem t testinin sonuçları Tablo 4.7’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.7 Demografik ve Diğer Değişkenlere Göre Çocuk ve Ergen Bilinçli Farkındalık Ölçeğinden Alınan Puanların Aritmetik Ortalaması, Standart Sapma Değeri, Kişi Sayısı ve p Değeri**

| Demografik ve Diğer Özellikler   | Çocuk ve Ergen Bilinçli Farkındalık Ölçeği |       |     |       |
|----------------------------------|--|-------|-----|-------|
|                                  | Ortalama                                   | SS    | n   | p     |
| Cinsiyet                         |  |       |     |       |
| Kız                              | 27,03                                      | 5,85  | 31  | ,938  |
| Erkek                            | 26,93                                      | 6,33  | 69  |       |
| Yaş                              |  |       |     |       |
| 9                                | 26,69                                      | 6,15  | 42  | ,471  |
| 10                               | 27,68                                      | 6,51  | 28  |       |
| 11                               | 29,11                                      | 6,03  | 9   |       |
| 12                               | 25,62                                      | 5,81  | 21  |       |
| Toplam Kardeş Sayısı             |  |       |     |       |
| 1                                | 24,29                                      | 6,05  | 7   | ,620  |
| 2                                | 26,98                                      | 5,97  | 56  |       |
| 3                                | 27   | 6,52  | 22  |       |
| 4+                               | 28,07                                      | 6,64  | 15  |       |
| Kaçıncı Çocuk                    |  |       |     |       |
| 1                                | 26,46                                      | 5,8   | 39  | ,811  |
| 2                                | 27,33                                      | 6,03  | 43  |       |
| 3+                               | 27,17                                      | 7,41  | 18  |       |
| Çocuk Öğrenim Durumu             |  |       |     |       |
| İlkokul                          | 26,71                                      | 6,27  | 46  | ,718  |
| Ortaokul                         | 27,17                                      | 6,11  | 54  |       |
| Kaçıncı Sınıf                    |  |       |     |       |
| 3                                | 27,7                                       | 5,27  | 20  | ,553  |
| 4                                | 25,52                                      | 6,72  | 25  |       |
| 5                                | 28,67                                      | 7,17  | 15  |       |
| 6                                | 27,37                                      | 5,96  | 19  |       |
| 7                                | 26,38                                      | 5,79  | 21  |       |
| Okul Başarısı                    |  |       |     |       |
| Çok düşük+Düşük                  | 24,29                                      | 9,86  | 7   | ,028* |
| Orta                             | 24,6                                       | 6,34  | 25  |       |
| Yüksek                           | 28,6                                       | 4,67  | 53  |       |
| Çok Yüksek                       | 26,33                                      | 7,26  | 15  |       |
| Bir Ebeveynin Öğrenim Seviyesi   |  |       |     |       |
| Okuryazar değil+Okuryazar        | 27   | 9,57  | 5   | ,586  |
| İlkokul                          | 26,7                                       | 7,12  | 40  |       |
| Ortaokul                         | 27,71                                      | 6,14  | 17  |       |
| Lise                             | 26,27                                      | 4,44  | 33  |       |
| Yüksekokul+Üniversite            | 31   | 4,18  | 5   |       |
| Diğer Ebeveynin Öğrenim Seviyesi |  |       |     |       |
| Okuryazar değil+Okuryazar        | 30,8                                       | 10,33 | 5   | ,326  |
| İlkokul                          | 27,62                                      | 6,31  | 47  |       |
| Ortaokul                         | 25,14                                      | 5,76  | 14  |       |
| Lise+Yüksekokul                  | 25,85                                      | 5,18  | 27  |       |
| Üniversite+Yüksek lisans         | 27,71                                      | 5,62  | 7   |       |
| Aylık Gelir                      |  |       |     |       |
| 0-2500 TL                        | 26,46                                      | 6,77  | 39  | ,572  |
| 2501 TL-5000 TL                  | 27,52                                      | 5,45  | 54  |       |
| 5001 TL-10000 TL                 | 25,43                                      | 8,14  | 7   |       |
| Algılanan Gelir Düzeyini         |  |       |     |       |
| Çok düşük                        | 27,56                                      | 7,13  | 9   | ,720  |
| Düşük                            | 26,08                                      | 7,22  | 24  |       |
| Orta+Yüksek                      | 27,19                                      | 5,67  | 67  |       |
| Toplam                           | 26,96                                      | 6,16  | 100 |       |

Not: \*p<,05: istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 4.7’de gösterildiği üzere, kızların çocuk ve ergen bilinçli farkındalık ölçeğinden elde ettiği puanların ortalaması  $27,03 \pm 5,85$  iken erkeklerin aynı testten elde ettikleri ortalama puanları  $26,93 \pm 6,33$  olmuştur. Cinsiyete göre bilinçlilik farkındalık anlamlı olarak farklılaşmamaktadır ( $t_{(98)}=,8; p=,938$ ).

Okul başarısı çok düşük ve düşük olan katılımcıların bilinçli farkındalık ölçeğinden aldığı puanların ortalaması  $24,29 \pm 9,86$ , orta olanların ortalaması  $24,6 \pm 6,34$ , yüksek olanların ortalaması  $28,6 \pm 4,67$  ve çok yüksek olanların  $26,33 \pm 7,26$  olduğu bulunmuştur. Katılımcıların okul başarısına göre bilinçli farkındalığın anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir ( $F_{(3,96)}=6; p=,028$ ).

Tablo 4.7’deki veriler incelendiğinde araştırmanın bu adımında değişkenler arası anlamlı olduğu görülen başka ilişkilere rastlanmamıştır.

#### **4.2.3. Pediatrik Astımda Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Alınan Puanların Demografik ve Diğer Değişkenlere Göre İncelenmesine İlişkin Bulgular**

Araştırmanın bu bölümünde sosyodemografik özelliklere göre katılımcıların PAYKÖ’den aldıkları puanlar, bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü ANOVA analizi ile değerlendirilmiştir ve Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.8 Demografik ve Diğer Değişkenlere Göre Pediatrik Astımda Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Alınan Puanların Aritmetik Ortalaması, Standart Sapma Değeri, Kişi Sayısı ve p Değeri**

| Demografik ve Diğer Özellikler   | Çocuklarda Pediatrik Astımda Yaşam Kalitesi Ölçeği |             |            |       |
|----------------------------------|--|-------------|------------|-------|
|                                  | Ortalama   | SS          | n          | p     |
| Cinsiyet                         |  |             |            |       |
| Kız                              | 104,06   | 29,92       | 31         | ,013* |
| Erkek                            | 120,17   | 29,02       | 69         |       |
| Yaş                              |  |             |            |       |
| 9                                | 111,98   | 34,7        | 42         | ,764  |
| 10                               | 115,36   | 27,19       | 28         |       |
| 11                               | 121,89   | 20,87       | 9          |       |
| 12                               | 118,48   | 28,11       | 21         |       |
| Toplam Kardeş Sayısı             |  |             |            |       |
| 1                                | 122,71   | 15,53       | 7          | ,596  |
| 2                                | 117,61   | 33,13       | 56         |       |
| 3                                | 109,14   | 23,31       | 22         |       |
| 4+                               | 111,47   | 32,41       | 15         |       |
| Kaçıncı Çocuk                    |  |             |            |       |
| 1                                | 118,23   | 33,02       | 39         | ,604  |
| 2                                | 111,72   | 31,01       | 43         |       |
| 3+                               | 116,83   | 20,21       | 18         |       |
| Çocuk Öğrenim Durumu             |  |             |            |       |
| İlkokul                          | 113,15   | 33,72       | 46         | ,537  |
| Ortaokul                         | 116,91   | 26,83       | 54         |       |
| Kaçıncı Sınıf                    |  |             |            |       |
| 3                                | 115,15   | 39,53       | 20         | ,884  |
| 4                                | 109,92   | 28,49       | 25         |       |
| 5                                | 119,33   | 21,97       | 15         |       |
| 6                                | 116,42   | 31,22       | 19         |       |
| 7                                | 117,38   | 27,51       | 21         |       |
| Okul Başarısı                    |  |             |            |       |
| Çok Düşük+Düşük                  | 107,29   | 28,78       | 7          | ,770  |
| Orta                             | 118  | 36,33       | 25         |       |
| Yüksek                           | 113,66   | 26,25       | 53         |       |
| Çok Yüksek                       | 119,53   | 33,98       | 15         |       |
| Bir Ebeveynin Öğrenim Seviyesi   |  |             |            |       |
| Okuryazar değil+Okuryazar        | 133,4  | 13,61       | 5          | ,171  |
| İlkokul                          | 107,35   | 34,95       | 40         |       |
| Ortaokul                         | 113,88   | 28,85       | 17         |       |
| Lise                             | 122,15   | 25,66       | 33         |       |
| Yüksekokul+Üniversite            | 118  | 16,91       | 5          |       |
| Diğer Ebeveynin Öğrenim Seviyesi |  |             |            |       |
| Okuryazar değil+Okuryazar        | 134,6  | 12,58       | 5          | ,161  |
| İlkokul                          | 112,77   | 28,07       | 47         |       |
| Ortaokul                         | 102,71   | 32          | 14         |       |
| Lise+Yüksekokul                  | 122,78   | 33,91       | 27         |       |
| Üniversite+Yüksek lisans         | 113,14   | 24,72       | 7          |       |
| Aylık Gelir                      |  |             |            |       |
| 0-2500 TL                        | 110,97   | 35,55       | 39         | ,531  |
| 2501 TL-5000 TL                  | 117,61   | 25,19       | 54         |       |
| 5001 TL-10000 TL                 | 119,86   | 33,83       | 7          |       |
| Algılanan Gelir Düzeyi           |  |             |            |       |
| Çok düşük                        | 108,78   | 29,89       | 9          | ,250  |
| Düşük                            | 107,75   | 30,45       | 24         |       |
| Orta+Yüksek                      | 118,71   | 29,82       | 67         |       |
| <b>Toplam</b>                    | <b>115,18</b>                                      | <b>6,16</b> | <b>100</b> |       |

Not: \*p<.05: istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi kız çocuklarının PAYKÖ’den elde ettiği puanların ortalaması  $104,06 \pm 29,92$ , erkek çocuklarının aldığı ortalama puandan  $120,17 \pm 29,02$  daha düşüktür. Cinsiyete göre yaşam kalitesi farklılaşmaktadır ( $t_{(98)}=-2,54$ ;  $p=,013$ ).

Tablo 4.8’deki veriler incelendiğinde araştırmanın bu adımında değişkenler arası anlamlı olduğu görülen başka ilişkiler bulunmamıştır.

## **BÖLÜM 5**

### **5. TARTIŞMA**

Bu araştırmada, çocukluk döneminde dünya genelinde oldukça yaygın olan ve günlük yaşamı etkilediği bilinen kronik solunum yolu hastalıklarından birisi olan astım çocukluk çağındaki bireylerin yaşam kalitesi ile bu değişken üzerinde etkisinin olabileceği belirlenen algılanan stres ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişki analiz edilmiştir. Çalışmanın bu ilişkiye odaklanmasının nedeni ise literatürde daha önce astımda yaşam kalitesi ve algılanan stres arasındaki ilişkinin anlamlılığına (Bellin ve ark., 2013; Chen ve ark., 2006; Douwes ve ark., 2011; Goodwin ve ark., 2012; Kartaloğlu, 2011; Kimura ve ark., 2009; Rand ve ark., 2012; Shankardass ve ark., 2011; Sternthal ve ark., 2010) yaşam kalitesi ile bilinçli farkındalık arasındaki ilişkinin anlamlılığına (Cillessen ve ark., 2017; Nadiri ve Khanpour, 2019; Pagnini ve ark., 2018; Pbert ve ark., 2012) ve algılanan stres ile bilinçli farkındalık arasındaki ilişkinin anlamlılığına (Bränström ve ark., 2011; Creswell ve Lindsay, 2004) odaklanan birçok araştırma olmasına rağmen, pediatrik astımda yaşam kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın aracı rolünün etkisini inceleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamış olmasıdır.

Çalışmanın ilk analiz adımında algılanan stres, bilinçli farkındalık ve yaşam kalitesi arasındaki muhtemel ilişki incelenmiştir ve araştırmanın ilk ana hipotezi olan algılanan stres ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın aracı etkisi analiz edilmiştir. ÇASÖ'den elde edilen puanlar ile hem PAYKÖ'den elde edilen puanlar arasında hem de ÇEBFÖ'den elde edilen puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. ÇEBFÖ puanlarının PAYKÖ üzerindeki etkisi de anlamlı bulunmuştur. Algılanan stres ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin üzerinde bilinçli farkındalığın kısmi etkisinin olduğu gözlenmiştir. Literatür verileri değerlendirildiğinde stres ile



astımlı kişilerin yaşam kalitesi arasındaki (Kartaloğlu, 2011; Kimura ve Eboshida, 2009), stres ile bilinçli farkındalık arasındaki (Bränström ve ark., 2011; Creswell ve Lindsay, 2004) ve bilinçli farkındalık ile yaşam kalitesi arasındaki (Cillessen ve ark., 2017) ilişkiyi inceleyen araştırmalar olduğu görülmektedir. Bu çalışmaların bizim çalışmamızla benzer sonuçlarının olduğu ve astımlı kişilerde algılanan stres, bilinçli farkındalık ve yaşam kalitesi arasında anlamlı korelatif ilişkiler buldukları görülmektedir. Literatür verilerine göre bilinçli farkındalığın artması ile algılanan sağlığın ve psikolojik iyi oluşun arttığı bilinmektedir (Bränström ve ark., 2011). Creswell ve Lindsay (2004)'in araştırmasında, aşırı stresin var olduğu bilinen kronik hastalıklarda bilinçli farkındalığa bağlı olarak stresin azaldığı ve psikolojik iyi oluşun sağlandığı belirtilmiştir. Pbert ve ark. (2012), bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programlarının astımlı kişilerin yaşam kalitelerini arttırdığını kanıtlamıştır. Cillessen ve ark. (2017)'nin 268 ergenle ve üç yıl boyunca yürüttükleri araştırmasında bilinçli farkındalığın astım odaklı yaşam kalitesini arttırdığını ve bu ilişkiyi de astım odaklı stresin az oranda etkilediğini belirtmiş ancak algılanan stresin, bilinçli farkındalık ve astım odaklı yaşam kalitesine etki etmediğini söylemişlerdir. Bizim çalışmamızda ise örneklem sayısı kısıtlı olmasına rağmen bilinçli farkındalığın anlamlı kısmi etkisi bulunmuştur. Astımı olan çocukların bilinçli farkındalık seviyelerini arttırmak için yapılacak uygulamaların, algıladıkları stresi azaltarak yaşam kalitelerini arttıracığı düşünülmektedir. Daha fazla örneklem sayısı ile söz konusu ilişkileri inceleyen çalışmaların yapılması bilinçli farkındalığın etkisini daha belirgin şekilde ortaya çıkarabilir.

Araştırmanın ikinci hipotezinde ise astımlı çocuklarda algılanan stres ile yaşam kalitesinin alt boyutlarından faaliyet kısıtlanması arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın medyatör etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bilinçli farkındalığın faaliyet kısıtlanması üzerinde anlamlılığının olmaması nedeniyle medyatör etki analizi yapılamamıştır. Literatür verileri değerlendirildiğinde astımlı kişilerde stres ile faaliyet kısıtlanması arasındaki ilişkiyi (Luria ve ark., 2016), stres ve bilinçli farkındalık arasındaki ilişkiyi (Bränström ve ark., 2011; Creswell ve Lindsay, 2004) bilinçli farkındalık ve faaliyet kısıtlanması arasındaki ilişkiyi (Pbert ve ark., 2012) inceleyen çalışmalar olduğu görülmektedir. Bu araştırmalarda söz konusu değişkenler arasında anlamlı ilişkilerin olduğu kanıtlanmıştır. Bizim çalışmamızda da algılanan stres ile faaliyet kısıtlanması ve algılanan stres ile bilinçli farkındalık arasında anlamlı bir ilişki

olduğu kanıtlanmış ancak bilinçli farkındalık ile faaliyet kısıtlanması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Pbert ve ark. (2012)'nin araştırmasında 42 kişilik bir astım grubuna sekiz hafta boyunca bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı eğitimi uygulandığında bilinçli farkındalık ve faaliyet kısıtlanması arasında korelatif bir ilişki bulunmuştur. Kontrollü astımı olan kişi oranı %7,3'ten %19,4'e yükselmiştir. Bizim çalışmamızla söz konusu araştırma arasında astım kontrol düzeylerinin dağılımı açısından farklılık olduğu görülmektedir. Araştırmamızda kontrollü astım oranı yüksek idi. Kontrollü astım düzeyine sahip katılımcı oranının (%51), kısmi kontrollü (%36) ve kontrolsüz (%13) astım düzeyine sahip katılımcılardan fazla olmasının, sonucun anlamsız çıkmasına neden olduğu düşünülebilir. Ek olarak katılımcıların mevsimsel olarak aktivite oranlarının değişiklik gösterebileceği de karıştırıcı bir faktör olabilir. Kış aylarında astımlı kişilerin aktivite oranlarının düşük olması nedeniyle astım kontrol düzeylerinin daha iyi bulunduğunu gösteren çalışmalara rastlanmaktadır. Örneğin, Bacon ve ark. (2015) çalışmalarında astımı olan erişkinlerin kış aylarında aktivitelerini yaz mevsimlerine göre kısıtladıkları için kışın astım kontrol düzeylerinin daha iyi olduğunu düşünebileceklerini söylemiştir. Pbert ve ark. (2012)'nin on iki ay süren boylamsal bir araştırma yapmış olması nedeniyle bilinçli farkındalık ve faaliyet kısıtlanması arasında korelatif bir ilişki olduğunu kanıtlamış oldukları düşünülmektedir. Bizim çalışmamızın veri toplama süreci Ocak, Şubat ve Mart aylarına denk gelmiştir ve çocuk yaşta olan katılımcı grubumuzun kış aylarında okula giderek ayırdıkları zamanın günlük aktivitelerinin büyük bir çoğunluğuna denk geldiği bilinmektedir. Bu nedenlerin çalışmamızda faaliyet kısıtlılığında elde edilen puanlar ile bilinçli farkındalık puanları arasında anlamlı bir etkinin çıkmamasına sebebiyet verdiği düşünülebilir. Değişkenlerden birinin yaşam kalitesinin faaliyet kısıtlılığı alt boyutu olan gelecek araştırmalarda, kesitsel bir araştırma modeli yerine, boylamsal bir araştırma modeli uygulamasının daha uygun olacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın üçüncü hipotezinde pediatrik astımda algılanan stres ile yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutu olan belirtiler arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın aracı etkisinin incelenmesi hedeflenmiştir. Literatür verileri incelendiğinde stres ile astımlı kişilerin hastalık belirtileri arasındaki (Luria ve ark., 2016; Oh, Kim, Yoo, Kim ve Kim, 2004; Rodriguez ve ark., 2004), stres ile bilinçli farkındalık arasındaki (Bränström ve ark., 2011; Creswell ve Lindsay, 2004) ve bilinçli farkındalık ile belirtiler arasındaki (Shi ve ark., 2018) ilişkiyi değerlendiren çalışmalara rastlanmıştır.

Çalışmamız, diğer çalışmaların sonuçları ile uyumlu olarak astımlı kişilerde algılanan stres, bilinçli farkındalık ile belirtiler arasında anlamlı korelatif ilişkiler olduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalarda astımlı kişilerde algılanan stres ile astım belirtileri arasındaki ilişkinin, algılanan stres ile bilinçli farkındalık arasındaki ilişkinin ve bilinçli farkındalık ile astım belirtileri arasındaki ilişkinin ayrı ayrı incelenmiş olduğu görülmüş ancak bu değişkenlerin birbiriyle olan ilişkilerinin birlikte değerlendirildiği bir araştırmaya rastlanmamıştır. Literatür verilerine bakıldığında, astımlı kişilerin stres seviyesinin artmasıyla hastalık belirtilerinin de arttığı görülmektedir (Luria ve ark., 2016; Oh ve ark., 2004; Rodriguez ve ark., 2004). Diğer yandan astımlı kişilerin stres düzeyinin artmasıyla bilinçli farkındalık düzeylerinin azaldığı kanıtlanmıştır (Bränström ve ark., 2011; Creswell ve Lindsay, 2004). Shi ve ark. (2018) çalışmalarında bilinçli farkındalık düzeyinin artmasıyla astım semptomlarının azaldığını göstermiştir. Çalışmamızda pediatrik astımda bilinçli farkındalığın, algılanan stres ile belirtiler arasındaki ilişkide kısmi etkisi olduğu anlaşılmıştır. Literatürdeki aynı değişkenlerle yapılan araştırmalarda katılımcı sayısının bizim araştırmamızdan oldukça fazla olduğu görülmektedir. Örneğin, Shi ve ark. (2018)'nin araştırmasında katılımcı sayısının 1392 olduğu görülmüştür. Bizim araştırmamızda katılımcı sayısının sınırlı olması nedeniyle bilinçli farkındalığın astımlı çocuklardaki algılanan stres ve belirtiler arasındaki ilişkide tam etkisinin çıkmadığı ancak tüm bu bulgular değerlendirildiğinde astımın psikolojik alt boyutlarının da olduğunun akılda tutulması gerektiği, astımlı çocukların yönetiminde, tedavi sürecine psikolojik tedavilerin de eklenmesinin önemli olduğu söylenebilir. Pediatrik astım ve stres arasındaki ilişki göz önünde bulundurulduğunda, çocukların bilinçli farkındalık seviyelerinin artması ile stres seviyelerinin düşerek astıma dair belirtilerinin azalması yoluyla yaşam kalitelerinin yükseleceğini söylemek yanlış olmayacaktır.

Bu araştırmanın dördüncü hipotezinde pediatrik astımda algılanan stres ile yaşam kalitesinin alt boyutu olan duygusal işlev arasındaki ilişkide bilinçli farkındalığın aracı etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Literatür verileri incelendiğinde, astımlı kişilerde stres ile duygusal işlev arasında (Lewandowska, Specjalski, Jassem ve Słomiński, 2009), stres ile bilinçli farkındalık arasında (Bränström ve ark., 2011; Creswell ve Lindsay, 2004) ve sağlıklı kişilerde bilinçli farkındalık ile duygusal faktörler arasındaki (Borders, Earleywine ve Jajodia, 2010)

ilişkiyi gösteren çalışmaların olduğu görülmektedir. Bu araştırmalarda da stres, duygusal işlev ile bilinçli farkındalık arasında anlamlı korelatif ilişkilerin olduğu gösterilmiştir. Ancak bu çalışmalarda astımlı kişilerdeki bu ilişkilerin her birisinin birbirinden bağımsız ayrı ayrı incelendiği görülmüştür. Astımı olan kişilerin verimsiz stresle baş etme yöntemlerinin artmasıyla duygusal işlevselliklerinin azaldığı belirlenmiştir (Lewandowska ve ark., 2009). Diğer hipotezlerde de bahsedildiği gibi astımı olanların stres seviyesinin artmasıyla bilinçli farkındalık düzeylerinin azaldığı görülmüştür (Bränström ve ark., 2011; Creswell ve Lindsay, 2004). Diğer yandan bireylerin bilinçli farkındalık seviyelerinin artmasının duygusal işlevselliği etkileyen duygusal faktörleri de etkilediği görülmüştür (Borders ve ark., 2010). Çalışmamızda bilinçli farkındalığın, algılanan stres ile duygusal işlev arasındaki ilişkide kısmi etkisinin olduğu belirlenmiştir. Korelatif ilişkilerin varlığının ispatlandığı araştırmalara bakıldığında katılımcı sayısının bizim araştırmamızdan daha yüksek olduğu görülmektedir. Örneğin, Borders ve ark. (2010) araştırmasının örneklemini 464 kişilik üniversite öğrencileri oluşturmaktadır ve araştırmanın analizinde aracı etki analizi kullanılmıştır. Bizim araştırmamızda katılımcı sayımızın bahsedilen araştırmadan az olması nedeniyle astımlı çocuklarda bilinçli farkındalığın algılanan stres ve duygusal işlev arasındaki ilişki üzerindeki etkisi kısmen çıkmış olabilir. Sonuçta, çalışmamızda bilinçli farkındalığın pediatrik astımda algılanan stres ile duygusal işlev arasındaki ilişkide kısmi de olsa etkisinin bulunması, pediatrik astım için günümüzde uygulanan tedavilerin yanında bilinçli farkındalık temelli uygulamaların oluşturulması ile stresin azaltılması ve duygusal işlevselliğin artmasının hedeflenmesinin uygun olacağını desteklemektedir.

Çalışmamızda algılanan stresin astım kontrol düzeylerine göre farklılaşmadığı, fakat algılanan stres düzeyinin, astım kontrol düzeyinin yükselmesiyle hiyerarşik olarak azaldığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda astım kontrolüne göre stres düzeyinin değiştiği, araştırmamızla uyumlu olarak, düşük astım kontrolü ile stresin fazla olmasının ilişkili olduğu gösterilmiştir (Cillessen ve ark., 2017; Kishore, 2014). Rod, Kristensen, Lange, Prescott ve Diderichsen (2012)'ın 9875 erişkin üzerinde yaptıkları boyutsal çalışmada algılanan stresin astımda hem astım insidansı hem de astım şiddeti ile doğru orantılı olarak arttığı gösterilmiştir. Bu nedenle pediatrik astımın psikolojik alt boyutlarının da olduğunun akılda tutulması, tedavinin bir parçası olarak psikolojik müdahaleler aracılığıyla hastalığın kontrol altına alınması

çalışmalarının da faydalı olacağı düşünülmüştür. Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde analizlerdeki örneklem sayılarının yüksek olduğu görülmüştür. Örneğin, Kishore (2014)'un araştırmasında örneklemi 143 astımlı çocuk oluşturmaktadır. Çalışmamızda astım kontrolüne göre algılanan stresin anlamlı olarak farklılaşmaması, örneklem sayımızın az olması ile ilişkili olabilir.

Araştırmamızda astım kontrol düzeyine göre bilinçli farkındalık düzeyinin değişiklik göstermediği belirlenmiştir. Literatürdeki diğer araştırmalar incelendiğinde bu araştırmayla sonuçların uyduğu görülmektedir. Ergenlerde astım kontrolünün bilinçli farkındalık puanları üzerindeki etkisinin olmadığı görülmüştür (Cillessen ve ark., 2017).

Çalışmamızda yaşam kalitesinin, faaliyet kısıtlanmasının, belirtilerin ve duygusal işlevin astım kontrolüne göre farklılaştığı ve hiyerarşik olarak astım kontrolü arttıkça yaşam kalitesi, faaliyet kısıtlanması, belirtiler ile duygusal işlev puanının da arttığı saptanmıştır. Benzer bir çalışmada astım kontrolü azaldıkça yaşam kalitesinin de azaldığı bulunmuştur (Li ve ark., 2016). Faaliyet kısıtlanmasının astım kontrolüne göre sonuçlarının benzer çıktığı bir çalışmada kontrolsüz astımı olanların aktivite kısıtlılığının daha fazla olduğu belirtilmiştir (Haselkorn ve ark., 2010). GINA kriterlerine göre astım kontrolünün artması ile astım semptomlarının azaldığı sonucuyla bizim araştırmamızın sonucu benzerdir. Duygusal işlevsellikte etkisi olduğu bilinen duygusal faktörlerden agresyonun bizim çalışmamızla benzer olarak astım kontrolü arttıkça azaldığı bulunmuştur (Çoban ve Aydemir, 2014). Tüm bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda hastalığın tedavisinde astımı kontrol altına almak için çocukların faaliyet kısıtlanması, hastalık belirtileri ve duygusal işlevselliği içeren yaşam kalitesi seviyelerini arttırma hedeflerin de olmasının yararlı olacağı düşünülebilmektedir.

Araştırmamızda ikincil olarak algılanan stres ile demografik ve diğer özelliklerin ilişkisi araştırıldığında, algılanan stres ile cinsiyet, yaş, kardeş sayısı, doğum sırası, sınıf düzeyi ve öğrenim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, çocuğun okul başarısı ile çocuk tarafından algılanan stres arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Literatürde cinsiyetin, yaşın, kardeş sayısının ve öğrenim durumunun astımlı çocukların stres seviyesine olan etkisini araştıran çalışmalara rastlanamamıştır.

Bu araştırmada katılımcıların sınıf düzeyinin ve doğum sırasının algıladıkları stres üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmasına rağmen literatür sonuçları bu bulguyu destekler nitelikte görünmemektedir. Örneğın, 9000 çocukla yapılan bir araştırmada daha küçük sınıfa giden çocukların stres seviyelerinin daha büyük sınıfa giden çocuklardan düşük olduğu bulunmuştur (Giote ve Gustafsson, 2017). İlk doğan astımlı çocukların sonraki doğanlardan stres seviyesinin fazla olduğu görölmektedir (Weiss, 1968). Çalışmamızda çocuğın ebeveyni tarafından değerlendirilen okul başarısına göre en düşük okul başarısına sahip çocukların en yüksek algılanan stres puanlarına sahip oldukları saptanmıştır. Bu alana dair yapılan en yakın çalışmada astımlı çocukların standardize testlerdeki başarısı, astımı olmayan akranlarından düşük bulunmuştur (Moonie, Sterling, Figgs ve Castro, 2008). Astımlı çocukta algılanan stresin artması çocuğın derslerine odaklanmasını bozarak okul başarısını etkiliyor olabilir. Algılanan stres ile ebeveynlerin öğrenim seviyeleri arasındaki ilişki incelendiğinde ise, çocuğı hastaneye getiren ebeveynin öğrenim seviyesinin astımlı çocuğın algıladığı stres üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu bulunurken, diğer ebeveyninin öğrenim seviyesinin böyle bir etkisinin olmadığı görölmüştür. Bunun nedeninin, çocuğın hastaneye birlikte geldiğı ebeveyni ile arasındaki ilişkinin ve iletişimin daha iyi olması, bu iletişimi de ebeveynin öğrenim seviyesinin etkilemesinin olduğu düşünölmüştür. Katılımcıların ailesinin gelir düzeyinin algıladıkları strese göre ne derece farklılaştığı incelendiğinde, aile gelir düzeyinin algılanan stres üzerinde etkili olmadığı fakat ebeveynin algıladığı gelir düzeyinin algılanan stres üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görölmüştür. Literatür verilerinin bizim çalışmamızdan farklı sonuçlar gösterdiği belirlenmiştir. Örneğın, Adler ve Snibbe (2018), sosyoekonomik düzeyin aile içi çatışmalara neden olduğu için çocuklardaki stresi arttırdığını belirlemiştir. Bizim araştırmamızda ailelerin gelir düzeyinden ziyade ailelerin bu gelir düzeyini yorumlamasının daha önemli olduğu görölmüştür. Bu sonuç, ailelerin gelir düzeyine etki eden gider düzeyi ile ilişkinin olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda bilinçli farkındalık ile demografik ve diğer özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, bilinçli farkındalık ile cinsiyet, yaş, kardeş sayısı, doğum sırası, öğrenim durumu, ebeveynlerinin öğrenim seviyesi, aylık geliri ve algılanan gelir düzeyinin arasında anlamlı ilişki görölmemiştir ancak okul başarısının bilinçli farkındalık seviyesi üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu görölmüştür. Cinsiyet ve

bilinçli farkındalık ile yetişkinlerle yapılan bir araştırmada erkeklerin bilinçli farkındalık seviyeleri kadınların bilinçli farkındalık seviyelerinden daha yüksek bulunmuştur (Dhandra ve Park, 2018). Yaşanmışlık seviyesi yaşla değişim göstererek bilinçli farkındalık seviyesini etkileyebileceğinden dolayı cinsiyetin farklılaşmasının nedeninin yaş farkına bağlı olduğu düşünülmektedir. Bilinçli farkındalık ile yaş arasındaki ilişkinin yetişkinlerde incelendiği bir çalışmada yaşa göre bilinçlilik ve deneyimleri yargılamadan kabul etme özelliğinin 20-32 yaş ve 50 yaş üstü olan kişilerden, 33-49 yaş aralığındaki insanlarda olduğu görülmüştür (Alispahic ve Hasanbegovic-Anic, 2017). Literatürdeki araştırmalar incelendiğinde, çalışmamızda bilinçli farkındalık üzerinde anlamlı bir ilişkiyi bulamadığımız altı değişkenin astımlı hastalarda değerlendirildiği herhangi bir çocuk çalışmasına rastlanmamıştır. Okul başarısının ise çocukların bilinçli farkındalık düzeylerini etkileyen çalışmalar olduğu bilinmektedir. Joncich (2013)'in araştırmasında kolej çocuklarında bilinçli farkındalığın artması ile okul başarısının da arttığı belirlenmiştir. Okul başarısı yüksek olan çocukların bilinçli farkındalık düzeylerinin de yüksek olduğu ve bu faktörün de stres ve yaşam kalitesi gibi farklı psikolojik değişkenlerle etkileşim içerisinde olduğu bilinmektedir. Bu nedenle okul başarısı yüksek olan astımlı çocukların bilişsel becerilerinin de gelişmiş olabileceği düşünülerek bilinçli farkındalık seviyelerinin de yüksek olmasına neden olduğu söylenebilmektedir.

Astımlı çocukların demografik ve diğer özelliklerine göre yaşam kalitesinin ne derece etkilendiği değerlendirildiğinde; yaş, kardeş sayısı, doğum sırası, öğrenim düzeyi, sınıf düzeyi, okul başarısı, ebeveynlerinin öğrenim düzeyi, ailenin gelir düzeyi ve algılanan gelir düzeyine göre yaşam kalitesinin farklılaşmadığı fakat cinsiyete göre yaşam kalitesinin değiştiği ve erkek çocukların yaşam kalitesi puanlarının kız çocukların yaşam kalitesi puanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatür verileri incelendiğinde cinsiyet ile astımlı çocukların yaşam kalitesi arasında benzer sonuçların olduğu görülmektedir. Örneğin, Van de Ven, Engels, Sawyer, Otten ve Van Den Eijnden (2007)'in araştırmasında astımlı ergenlik dönemindeki çocukların yaşam kalitesinin dört alt ölçeğinde cinsiyete göre farklılaşma olduğu ve erkek çocukların yaşam kalitesi düzeyinin kız çocukların yaşam kalitesi düzeyinden yüksek olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesi ile ilişkisinin bulunmadığı değişkenlerden biri olan yaşın, Wilson ve ark. (2018)'nin araştırmasında da astımlı kişilerin yaşam kaliteleri üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı bulunmuştur. Bizim çalışmamızdan yüksek sayıda

örneklemin olduğu bir araştırmada ise yaşam kalitesinin alt boyutlarından sadece semptom boyutunun kardeş sayısı ile ilişkisinin anlamlı olduğu görülmüştür (Erickson ve ark., 2002). Öğrenim ve sınıf düzeyi ile ilgili yapılan bir çalışmada bizim sonuçlarımıza uyumlu olarak eğitim düzeyinin astımlı yetişkinlerin yaşam kalitesini etkilemediği belirlenmiştir (Wilson ve ark, 2018). Bellin ve ark. (2013) araştırmasında bakım verenlerin eğitim seviyesi ile kendilerinin yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiye bakılmış, yüksek eğitim seviyesi ile düşük yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmuştur. Bu bağlamdan yola çıkılarak yaşam kalitesi düşük olan bakım verenlerin çocuklarının da benzer yaşam kalitesi seviyesine sahip olabileceği düşünülmüştür. Pediatrik astımda yapılan bir çalışmada aile gelir düzeyinin yaşam kalitesini etkilediği ve yüksek gelirin, yüksek yaşam kalitesi ile pozitif yönde ilişkisinin olduğu bulunmuştur (Erickson ve ark., 2002).

Tüm bu veriler değerlendirildiğinde pediatrik astımla ilgilenen uzmanların astımlı çocuklarda algılanan stresin okul başarısı, çocuğa yakın olan ebeveynin eğitim seviyesi ve algılanan gelir düzeyi ile ilişkisinin olduğunu; bilinçli farkındalığın okul başarısı ile ilişkisinin olduğunu ve cinsiyetin yaşam kalitesi ile ilişkisinin olduğunu bilerek hastalığın psikolojik alt boyutlarını sorgulamasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle uzmanların psikoterapi müdahalelerini de hastalığın tedavi sürecine eklemelerinin yararlı olacağı söylenebilmektedir.

Araştırmamızın kısıtlılıklarında az örneklem sayısı ile çalışılmış olması, astım kontrol düzeylerine göre grupların eşit olarak dağılmamış olması ve kesitsel bir çalışmanın yapılmış olması nedeniyle bahsedilen bazı değişkenler arasında anlamlı bir ilişkinin çıkmamış olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle gelecekteki çalışmaların pediatrik astımda algılanan stres, bilinçli farkındalık ve yaşam kalitesi ile literatürde kısıtlı araştırmanın konusu olan söz konusu değişkenlerin analizinde daha yüksek örneklem sayısı ile çalışmasının ve boylamsal bir çalışma yapmasının faydalı olacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte değişkenlerin astımlı çocukların yanında sağlıklı çocuklarla karşılaştırılarak detaylı analizin yapılmasının bu alanı aydınlatacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak, astımda algılanan stresin yaşam kalitesi, yaşam kalitesinin duygusal işlev ve belirtiler alt boyutları ile anlamlı ilişkisi olduğu saptanmış; bu



bağlamda bilinçli farkındalığın kısmi medyatör etkisinin olduğu görülmüştür. Astım kontrol düzeyinin; yaşam kalitesi ile yaşam kalitesinin faaliyet kısıtlanması, belirtiler ve duygusal işlev alt boyutlarını etkilediği görülmüştür. Çocuklarda astım kontrol düzeyinin artmasının faaliyet kısıtlanmasını ve astım belirtilerini azaltarak ve ek olarak duygusal işlevin zarar görmemesini sağlayarak yaşam kalitesini arttırdığı saptanmıştır. Bu çalışmada bilinçli farkındalığın astımdaki rolüne dikkat çekilmiştir. Astımlı çocuklarda bilinçli farkındalık odaklı stres azaltma terapileri ile ilgili yapılacak çalışmalar astım yönetimine yeni bir bakış açısı getirebilir.

## Kaynakça

- AboElkheir, O. I., Hafez, M. R., & Mohamed, S. I. (2016). Environmental and Personal Factors Related to Asthma Severity Among Children: Hospital Based Study, Egypt. *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*, 13(3).
- Abujaradeh, H., Safadi, R., Sereika, S. M., Kahle, C. T., & Cohen, S. M. (2018). Mindfulness-based Interventions Among Adolescents with Chronic Diseases in Clinical Settings: A Systematic Review. *Journal of Pediatric Health Care*, 32(5), 455-472.
- Adler, N. E., & Snibbe, A. C. (2003). The Role of Psychosocial Processes in Explaining the Gradient Between Socioeconomic Status and Health. *Current Directions in Psychological Science*, 12(4), 119-123.
- Akçay, A., Tamay, Z., Hocoğlu, A. B., Ergin, A., & Güler, N. (2014). Risk Factors Affecting Asthma Prevalence in Adolescents Living in İstanbul, Turkey. *Allergologia et İmmunopathologia*, 42(5), 449-458.
- Akın, A., Abacı, R., & Öveç, Ü. (2007). The Construct Validity and Reliability of the Turkish Version of Self-consciousness Scale. *Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences*, 40(2), 257-276.
- Akinbami, L. J., Moorman, J. E., & Liu, X. (2011). Asthma Prevalence, Health Care Use and Mortality. United States, 2005-2009.
- Aktan, Z. D. (2016). Astımlı Çocuklarda Ruh Sağlığı Problemlerinin IgE Düzeyi ve Astım Hastalığının Şiddeti Üzerindeki Etkisi. Doktora Tezi, İstanbul.
- Aktürk, Z. (2008). Tıpta Yaklaşımlar Biyopsikososyala Model. GATA Aile Hekimliği AD. Şuradan Ulaşılabilir: <https://slideplayer.biz.tr/slide/2935537/>
- Akyılmaz, E. (2014). Akut Astım Ataklarında Viral Etkenlerin Sıklığı, Atak Şiddeti ve İnflamatuvar Belirteçler ile İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin.
- Alispahic, S., & Hasanbegovic-Anic, E. (2017). Mindfulness: Age and Gender Differences on A Bosnian Sample.

- Alper, Z., Sapan, N., Ercan, İ., Canitez, Y., & Bilgel, N. (2006). Risk Factors for Wheezing in Primary School Children in Bursa, Turkey. *American Journal of Rhinology*, 20(1), 53-63.
- Altman, D. G., & Bland, J. M. (1995). Statistics Notes: The Normal Distribution. *Bmj*, 310(6975), 298.
- Anlar, F. Y., Sancak, R., & Öztürk, F. (2006). Childhood Allergic Disorders in Samsun, Turkey: Discrepancy Between Reported and Diagnosed. *Pediatric Allergy and Immunology*, 17(8), 635-638.
- Arslan, I. K. (2011). Astım Hastalarında Uyku Kalitesinin Astım Kontrolü, Solunum Fonksiyonları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi., Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Manisa.
- Asher, M. I., Keil, U., Anderson, H. R., Beasley, R., Crane, J., Martinez, F., Mitchell, E. A., Pearce, N., Sibbald, B., Stewart, A. W., Strachan, D., & Williams, H. C. (1995). International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC): Rationale and Methods. *European Respiratory Journal*, 8(3), 483-491.
- Bacon, S. L., Lemiere, C., Moullec, G., Ninot, G., Pepin, V., & Lavoie, K. L. (2015). Association Between Patterns of Leisure Time Physical Activity and Asthma Control in Adult Patients. *BMJ Open Respiratory Research*, 2(1).
- Baltaş, A., & Baltaş, Z. (2008). Stres ve Başaçıkma Yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi. (İlk baskı 1984).
- Barnes, C., Tuck, J., Simon, S., Pacheco, F., Hu, F., & Portnoy, J. (2001). Allergenic Materials in the House Dust of Allergy Clinic Patients. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 86(5), 517-523.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Bellin, M. H., Kub, J., Frick, K. D., Bollinger, M. E., Tsoukleris, M., Walker, J., Land, C., & Butz, A. M. (2013). Stress and Quality of Life in Caregivers of Inner-city Minority Children with Poorly Controlled Asthma. *Journal of Pediatric Health Care*, 27(2), 127-134.
- Black, D. S., Milam, J., & Sussman, S. (2009). Sitting-Meditation Interventions Among Youth: A Review of Treatment Efficacy. *Pediatrics*, 124(3), e532-e541.

- Blackman, J. A., & Gurka, M. J. (2007). Developmental and Behavioral Comorbidities of Asthma in Children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(2), 92-99.
- Boran, P., Tokuç, G., Pişgin, B., & Öktem, S. (2008). Assessment of Quality of Life in Asthmatic Turkish Children. *Turkish Journal of Pediatrics*, 50(1).
- Borders, A., Earleywine, M., & Jajodia, A. (2010). Could Mindfulness Decrease Anger, Hostility and Aggression by Decreasing Rumination? *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 36(1), 28-44.
- Bozkurt, G. (2003). Astımlı Çocuklara Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İ.Ü. Bakırköy Sağlık Yüksekokulu, İstanbul.
- Braham, B. J. (1998). *Stres Yönetimi, Ateş Altında Sakin Kalabilmek*. İstanbul: Hayat Yayınları.
- Bränström, R., Duncan, L. G., & Moskowitz, J. T. (2011). The Association Between Dispositional Mindfulness, Psychological Well-being and Perceived Health in A Swedish Population-based Sample. *British Journal of Health Psychology*, 16(2), 300-316.
- Burke, C. A. (2010). Mindfulness-based Approaches with Children and Adolescents: A Preliminary Review of Current Research in An Emergent Field. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 133-144.
- Butz, A. M., Halterman, J. S., Bellin, M., Tsoukleris, M., Donithan, M., Kub, J., Thompson, R. E., Land, C. L., Walker, J., & Bollinger, M. E. (2011). Factors Associated with Second-hand Smoke Exposure in Young Inner-city Children with Asthma. *Journal of Asthma*, 48(5), 449-457.
- Carlsen, K. C. L., Roll, S., Carlsen, K. H., Mowinckel, P., Wijga, A. H., Brunekreef, B., Torrent, M., Roberts, G., Arshad, H., Kull, I., Krämer, U., Von Berg, A., Eller, E., Høst, A., Kuehni, C., Spycher, B., Sunyer, J., Chen, C., Reich, A., Asarjov, A., Puig, C., Herbarth, O., John, J. M. M., Van Steen, K., Willich, S. N., Wahn, U., Lau, S., & Keil, T. (2012). Does Pet Ownership in Infancy Lead to Asthma or Allergy at School Age? Pooled Analysis of Individual Participant Data From 11 European Birth Cohorts. *PloS one*, 7(8), e43214.
- Carnegie, D. (2012). *Stres ve Endişeyle Başa Çıkma Yolları* (Çev. G. Tokgöz). İstanbul: Nemesis Kitap.

- Chen, E., Hanson, M. D., Paterson, L. Q., Griffin, M. J., Walker, H. A., & Miller, G. E. (2006). Socioeconomic Status and Inflammatory Processes in Childhood Asthma: The Role of Psychological Stress. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 117(5), 1014-1020.
- Cheraghi, M., & Salvi, S. (2009). Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Respiratory Health in Children. *European Journal of Pediatrics*, 168(8), 897-905.
- Cillessen, L., van de Ven, M. O., & Karremans, J. C. (2017). The Role of Trait Mindfulness in Quality of Life and Asthma Control Among Adolescents with Asthma. *Journal of Psychosomatic Research*, 99, 143-148.
- Coban, H., & Aydemir, Y. (2014). The Relationship Between Allergy and Asthma Control, Quality of Life and Emotional Status in Patients with Asthma: A Cross-sectional Study. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 10(1), 67.
- Creswell, J. D., & Lindsay, E. K. (2014). How Does Mindfulness Training Affect Health? A Mindfulness Stress Buffering Account. *Current Directions in Psychological Science*, 23(6), 401-407.
- Cristina, C. N., Mario, F., and Paolo, A. (2019). Expressive Suppression and Negative Affect, Pathways of Emotional Dysregulation in Psoriasis Patients. *Front. Psychol.* 10:1907. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01907
- Çelik, N., Kara, S., Cevit, Ö., Büyükkayhan, D., Yüksel, F., Çelik, S., & İçağasıoğlu, F. D. (2012). Evaluation of the Prevalence of Atopic Diseases by ISAAC Surveys in the Primary School Children of Sivas. *Cumhuriyet Medical Journal (CMJ)*, 34(1), 41-47.
- Delgado, L. C., Guerra, P., Perakakis, P., Vera, M. N., Reyes del Paso, G., & Vila, J. (2010). Treating Chronic Worry: Psychological and Physiological Effects of A Training Programme Based on Mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 873–882.
- Demir, A. U., Karakaya, G., Bozkurt, B., Şekerel, B. E., & Kalyoncu, A. F. (2004). Asthma and Allergic Diseases in Schoolchildren: Third Cross-sectional Survey in the Same Primary School in Ankara, Turkey. *Pediatric Allergy and Immunology*, 15(6), 531-538.
- Demirbaş, B. C., Çekiç, Ş., Canitez, Y., & Sapan, N. (2017). Okul Çağındaki Astımlı Olguların Çocukluk Çağı Astım Kontrol Testi ile Değerlendirilmesi. *Güncel Pediatri*, 15(3), 11-16.

- Demirci, E. (2011). Astımlı Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Bazı Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, Sivas.
- Demirtaş, N. (2008). Astımlı Hastalarda Ev İçi Ortam Değerlendirmesi ve Atopi Özellikleri (Doctoral Dissertation, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi).
- Deniz, M. E., & Sümer, A. S. (2010). Farklı Özanlayış Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Anksiyete ve Stresin Değerlendirilmesi. Eğitim ve Bilim, 35(158).
- Deniz, M., Kesici, Ş., & Sümer, A. S. (2008). The Validity and Reliability of the Turkish Version of the Self-Compassion Scale. Social Behavior and Personality: An International Journal, 36(9), 1151-1160.
- Devereux, G., & Seaton, A. (2005). Diet as A Risk Factor for Atopy and Asthma. Journal of Allergy and Clinical Immunology, 115(6), 1109-1117.
- Dhandra, T. K., & Park, H. J. (2018). Mindfulness and Gender Differences in Ethical Beliefs. Social Responsibility Journal.
- Diette, G. B., Hansel, N. N., Buckley, T. J., Curtin-Brosnan, J., Eggleston, P. A., Matsui, E. C., McCormack, M. C., Williams, D. L., & Breysse, P. N. (2007). Home Indoor Pollutant Exposures Among Inner-City Children with and without Asthma. Environmental Health Perspectives, 115(11), 1665-1669.
- Do, D. C., Zhao, Y., & Gao, P. (2016). Cockroach Allergen Exposure and Risk of Asthma. Allergy, 71(4), 463-474. doi:10.1111/all.12827
- Douwes, J., Brooks, C., & Pearce, N. (2011). Asthma Nervosa: Old Concept, New Insights. The European Respiratory Journal, 37(5), 986-990.
- Drake, K. A., Galanter, J. M., & Burchard, E. G. (2008). Race, Ethnicity and Social Class and the Complex Etiologies of Asthma.
- Ece, A., Ceylan, A., Saraclar, Y., Saka, G., Gürkan, F., & Haspolat, K. (2001). Prevalence of Asthma and Other Allergic Disorders Among Schoolchildren in Diyarbakir, Turkey. The Turkish Journal of Pediatrics, 43(4), 286-292.
- Ekşi, A., Molzan, J., Savaşır, I., & Güler, N. (1995). Psychological Adjustment of Children with Mild and Moderately Severe Asthma. European Child & Adolescent Psychiatry, 4(2), 77-84.

- Emek, B. P., Bülbül, L. G., Altinel, N., Hatipoğlu, S., & Bülbül, A. (2011). Astım Tanısı Alan Beş-On Beş Yaş Arası Çocuklarda Anne Sütü ile Beslenme Süresi ve İnek Sütüne Başlama Zamanının Astım Gelişimi Üzerine Etkisi. *Çocuk Dergisi*, 11(1), 19-25.
- Engel, G. L. (1977). The Need for A New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Erickson, S. R., Munzenberger, P. J., Plante, M. J., Kirking, D. M., Hurwitz, M. E., & Vanuya, R. Z. (2002). Influence of Sociodemographics on the Health-Related Quality of Life of Pediatric Patients with Asthma and Their Caregivers. *Journal of Asthma*, 39(2), 107-117.
- European Community Respiratory Health Survey. (1996). Variations in the Prevalence of Respiratory Symptoms, Self-Reported Asthma Attacks and Use of Asthma Medication in The European Community Respiratory Health Survey (ECRHS). *Eur Respir J*, 9, 687-695.
- Eurostat. (2019) Persons Reporting A Chronic Disease, by Disease, Sex, Age and Degree of Urbanisation. [Data Dosyası]. Şuradan Ulaşılabilir: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
- Fesci, H., & Görgülü, A. G. Ü. (2005). Astım ve Yaşam. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 12(1), 77-83.
- Fidan, F., Ünlü, M., Sezer, M., Geçici, Ö., & Hemül, M. (2006). Improvement of Psychological Symptoms With the Treatment Of Asthma.
- Galil, N. (2000). Depression and Asthma in Children. *Current Opinion in Pediatrics*, 12(4), 331-335.
- Garcia-Marcos, L., Castro-Rodriguez, J. A., Weinmayr, G., Panagiotakos, D. B., Priftis, K. N., & Nagel, G. (2013). Influence of Mediterranean Diet on Asthma in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatric Allergy and Immunology*, 24(4), 330-338.
- Geier, D. A., Kern, J. K., & Geier, M. R. (2019). Demographic and Neonatal Risk Factors for Childhood Asthma in the USA. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32(5), 833-837. Doi:10.1080/14767058.2017.1393068
- George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference* (10th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Giota, J., & Gustafsson, J. E. (2017). Perceived Demands of Schooling, Stress and Mental Health: Changes from Grade 6 to Grade 9 as A Function of Gender and Cognitive Ability. *Stress and Health*, 33(3), 253-266.

- Goldney, R. D., Ruffin, R., Wilson, D. H., & Fisher, L. J. (2003). Asthma Symptoms Associated with Depression and Lower Quality of Life: A Population Survey. *Medical Journal of Australia*, 178(9), 437-441.
- Goodwin, R. D., Sourander, A., Duarte, C. S., Niemelä, S., Multimäki, P., Nikolakaros, G., Helenius, H., Piha, J., Kumpulainen, K., Moilanen, I., Tamminen, T. & Almqvist, F. (2009). Do Mental Health Problems in Childhood Predict Chronic Physical Conditions Among Males in Early Adulthood? Evidence From A Community-Based Prospective Study. *Psychological Medicine*, 39(2), 301-311.
- Greco, L., Baer, R. A., & Smith, G. T. (2011). Assessing Mindfulness in Children and Adolescents: Development and Validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psychological Assessment*, 23(3), 606-614.
- Greenberg, M. T., & Harris, A. R. (2012). Nurturing Mindfulness in Children and Youth: Current State of Research. *Child Development Perspectives*, 6(2), 161-166.
- Grizenko, N., Osmanliu, E., Fortier, M. È., & Joobar, R. (2015). Increased Risk of Asthma in Children with ADHD: Role of Prematurity and Maternal Stress During Pregnancy. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24(2), 109.
- GSK Group Of Companies. (2017). 4-11 Yaşlarındaki Çocuklar için Çocukluk Çağı Astım Kontrol Testi. USA. Şuradan Ulaşılabilir: [http://www.asthmacontroltest.com/countries/turkey04/page\\_two.asp?country=TURKEY&lang=](http://www.asthmacontroltest.com/countries/turkey04/page_two.asp?country=TURKEY&lang=).
- GSK Group Of Companies. (2017). Astım Kontrol Testi. USA.
- Guner, S. N., Gokturk, B., Kilic, M., & Ozkiraz, S. (2011). The Prevalences of Allergic Diseases in Rural and Urban Areas Are Similar. *Allergologia et Immunopathologia*, 39(3), 140-144.
- Hamilton, H. B., Marohn, K., Mihalko, S. L., & Nixon, P. A. (2003). Self-Efficacy and Physical Activity in Children with Asthma. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(5), S100.
- Hartmann, B., Leucht, V., & Loerbroks, A. (2017). Work Stress, Asthma Control and Asthma-Specific Quality of Life: Initial Evidence from A Cross-Sectional Study. *Journal of Asthma*, 54(2), 210-216.
- Haselkorn, T., Jones, C. A., Chen, H., Rhoa, M., Miller, D. P., Peters, S. P., & Weiss, S. T. (2008). Relationship Between Asthma Control and Activity Limitation: Insights from the REACT Study. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 121(2), S160.



- Holmberg, K., Lundholm, C., Anckarsäter, H., Larsson, H., & Almqvist, C. (2015). Impact of Asthma Medication and Familial Factors on the Association Between Childhood Asthma and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Combined Twin and Register-Based Study: *Epidemiology of Allergic Disease*. *Clinical & Experimental Allergy*, 45(5), 964-973.
- Hosseini, M., Almasi-Hashiani, A., Sepidarkish, M., & Maroufizadeh, S. (2019). Global Prevalence of Asthma-COPD Overlap (ACO) in the General Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Respiratory Research*, 20(1), 229.
- Hughes, H. K., Matsui, E. C., Tschudy, M. M., Pollack, C. E., & Keet, C. A. (2017). Pediatric Asthma Health Disparities: Race, Hardship, Housing And Asthma in A National Survey. *Academic Pediatrics*, 17(2), 127-134.
- Iossifova, Y. Y., Reponen, T., Ryan, P. H., Levin, L., Bernstein, D. I., Lockey, J. E., Gurjit, K., Hershey, K., Villareal, M., & LeMasters, G. (2009). Mold Exposure During Infancy as A Predictor of Potential Asthma Development. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 102(2), 131-137.
- Johansson, B., Bjuhr, H., & Rönnbäck, L. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Improves Long-Term Mental Fatigue After Stroke or Traumatic Brain Injury. *Brain Injury*, 26(13-14), 1621-1628.
- Joncich, A. (2013). Mindfulness, Role Balance, Behavioral Engagement and Success Among College Transfer Students (Doctoral Dissertation, Fordham University).
- Juniper, E. F. (1997). How Important is Quality of Life in Pediatric Asthma? *Pediatric Pulmonology*, 24(S15), 17-21.
- Juniper, E. F., Guyatt, G. H., Feeny, D. H., Ferrie, P. J., Griffith, L. E., & Townsend, M. (1996). Measuring Quality of Life in Children with Asthma. *Quality of life research*, 5(1), 35-46.
- Juniper, E. F., Guyatt, G. H., Feeny, D. H., Griffith, L. E., & Ferrie, P. J. (1997). Minimum Skills Required by Children to Complete Health-Related Quality of Life Instruments for Asthma: Comparison of Measurement Properties. *European Respiratory Journal*, 10(10), 2285-2294.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kalpaklıoğlu, A. F., Emekçi, M., Ferizli, A., & Mısırlıgil, Z. (2004). A Survey of Acarofauna in Turkey: Comparison of Seven Different Geographic Regions. In *Allergy & Asthma Proceedings* (Vol. 25, No. 3).

- Karaman, O., Turgut, C., Uzuner, N., Ölmez, D., Babayiğit, A., Köse, S., & Tezcan, D. (2006, July). The Determination of Asthma, Rhinitis, Eczema and Atopy Prevalence in 9 to 11 Year Old Children in the City of Izmir. In *Allergy and Asthma Proceedings* (Vol. 27, No. 4, p. 319). OceanSide Publications.
- Kartaloğlu, Z. (2011). Astım ve Stres Arasındaki İlişkiler. *Gülhane Medical Journal*, 53(4).
- Katon, W., Lozano, P., Russo, J., McCauley, E., Richardson, L., & Bush, T. (2007). The Prevalence of DSM-IV Anxiety and Depressive Disorders in Youth with Asthma Compared with Controls. *Journal of Adolescent Health*, 41(5), 455–463.
- Kendirli, G. S., Altıntaş, D. U., Alparslan, N., Akmanlar, N., Yurdakul, Z., & Bolat, B. (1998). Prevalence of Childhood Allergic Diseases in Adana, Southern Turkey. *European Journal of Epidemiology*, 14(4), 347-350.
- Kimura, T., Yokoyama, A., Kohno, N., Nakamura, H., & Eboshida, A. (2009). Perceived Stress, Severity of Asthma and Quality of Life in Young Adults with Asthma. *Allergology International*, 58(1), 71-79.
- Kishore, N. (2014). The Impact of Severe Housing Stress on Child Asthma Control and Pediatric Asthma Caregiver Quality of Life (PACQOL) (Doctoral Dissertation).
- Klennert, M. D., Kaugars, A. S., Strand, M., & Silveira, L. (2008). Family Psychological Factors in Relation to Children's Asthma Status and Behavioral Adjustment at Age 4. *Family Process*, 47(1), 41-61.
- Kocabaş, E. G. (2011). Astım Tanılı Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik Komorbidite, Yaşam Kalitesi, Tedaviye Uyum ve Sosyal Desteğin İncelenmesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Bursa.
- Kurnat, E. L., & Moore, C. M. (1999). The Impact of A Chronic Condition on the Families of Children with Asthma. *Pediatric Nursing*, 25(3), 288.
- Kurt, E., Metintas, S., Başığit, I., Bulut, I., Coşkun, E., Dabak, S., Deveci, F., Fidan, F., Kaynar, H., Uzaslan, E. K., Onbaşı, K., Ozkurt, S., Pasaoğlu, G., Sahan, S., Şahin, U., Oğuzulgen, K., Yıldız, F., Mungan, D., Yorgancıoğlu, A., Gemicioğlu, B., & Kalyoncu, A. F. (2007). Prevalence and Risk Factors of Allergies in Turkey: Results of A Multicentric Cross-Sectional Study in Children. *Pediatric Allergy and Immunology*, 18(7), 566-574.

- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., ... & Dalglish, T. (2010). How Does Mindfulness-Based Cognitive Therapy Work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105-1112.
- Kwon, H. J., Lee, M. Y., Ha, M., Yoo, S. J., Paik, K. C., Lim, J. H., Sakong, J., Lee, C. G., Kang, D. M., Hong, S. J., Cho, H. I., & Lim, M. H. (2014). The Associations Between ADHD and Asthma in Korean Children. *BMC Psychiatry*, 14(1), 70.
- Lai, C. K., Beasley, R., Crane, J., Foliaki, S., Shah, J., Weiland, S., & ISAAC Phase Three Study Group. (2009). Global Variation in the Prevalence and Severity of Asthma Symptoms: Phase Three of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). *Thorax*, 64(6), 476-483.
- Lam, K. M., Yang, Y. H., Wang, L. C., Chen, S. Y., Gau, B. S., & Chiang, B. L. (2016). Physical Activity in School-Aged Children with Asthma in An Urban City of Taiwan. *Pediatrics & Neonatology*, 57(4), 333-337.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Publishing Company.
- Le Souef, P. (2012). The Early Origins of Childhood Asthma: Allergens, Infections and Genes. *Paediatric Respiratory Reviews*, 13, S3-S3.
- Leigh, D., & Marley, E. (2016). *Bronchial Asthma: A Genetic, Population and Psychiatric Study*. Elsevier.
- Lewandowska, K., Specjalski, K., Jassem, E., & Słomiński, J. M. (2009). Style of Coping with Stress and Emotional Functioning in Patients with Asthma. *Advances in Respiratory Medicine*, 77(1), 31-36.
- Li, Z., Thompson, L. A., Gross, H. E., Shenkman, E. A., Reeve, B. B., DeWalt, D. A., & Huang, I. C. (2016). Longitudinal Associations Among Asthma Control, Sleep Problems and Health-Related Quality of Life in Children with Asthma: A Report from the PROMIS® Pediatric Asthma Study. *Sleep Medicine*, 20, 41-50.
- Liu, A. H., Zeiger, R., Sorkness, C., Mahr, T., Ostrom, N., Burgess, S., ... & Manjunath, R. (2007). Development and Cross-Sectional Validation of the Childhood Asthma Control Test. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 119(4), 817-825.
- Lovasi, G. S., Quinn, J. W., Neckerman, K. M., Perzanowski, M. S., & Rundle, A. (2008). Children Living in Areas with More Street Trees Have Lower Prevalence of Asthma. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(7), 647-649.

- Lucas, S. R., & Platts-Mills, T. A. (2005). Physical Activity and Exercise in Asthma: Relevance to Etiology and Treatment. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 115(5), 928-934.
- Luo, S., Sun, Y., Hou, J., Kong, X., Wang, P., Zhang, Q., & Sundell, J. (2018). Pet Keeping in Childhood and Asthma and Allergy Among Children in Tianjin area, China. *PloS one*, 13(5).
- Luria, C. J., Sitarik, A. R., Havstad, S., Wegienka, G. R., Kim, H., Zoratti, E. M., ... & Cassidy-Bushrow, A. (2016). Association Between Asthma Symptom Scores and Increased Perceived Stress and Trait Anxiety in Asthmatic Adolescents. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 137(2).
- Mallol, J., Crane, J., von Mutius, E., Odhiambo, J., Keil, U., Stewart, A., & ISAAC Phase Three Study Group. (2013). The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase Three: A Global Synthesis. *Allergologia et Immunopathologia*, 41(2), 73-85.
- Marchi, L., Marzetti, F., Orrù, G., Lemmetti, S., Miccoli, M., Ciacchini, R., Hitchcott, P. K., Bazzicchi, L., Gemignani, A., & Consersano, C. (2019). Alexithymia and Psychological Distress in Patients with Fibromyalgia and Rheumatic Disease. *Front. Psychol.* 10:1735. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01735
- Martinez, F. D., Wright, A. L., Taussig, L. M., Holberg, C. J., Halonen, M., Morgan, W. J., & Group Health Medical Associates. (1995). Asthma and Wheezing in the First Six Years of Life. *New England Journal of Medicine*, 332(3), 133-138.
- Martino, G., Catalano, A., Bellone, F., Langher, V., Lasco, C., Penna, A., Nicocia, G., & Morabito, N. (2018). Quality of Life in Postmenopausal Women: Which Role for Vitamin D? *Mediterranean J. Clin. Psychol.* 6. doi: 10.6092/2282-1619/2018.6.1875
- Martino, M. L., Gargiulo, A., Lemmo, D., Dolce, P., Barberio, D., Abate, V., Avino, F., & Tortoriello, R. (2019). Longitudinal effect of emotional processing on psychological symptoms in women under 50 with breast cancer. *Health Psychol. Open* 6:2055102919844501. doi: 10.1177/2055102919844501
- McGilton, K. S., Vellani, S., Yeung, L., Chishtie, J., Commisso, E., Ploeg, J., et al. (2018). Identifying and Understanding the Health and Social Care Needs of Older Adults with Multiple Chronic Conditions and Their Caregivers: A Scoping Review. *BMC Geriatr.* 18:231. doi: 10.1186/s12877-018-0925-x
- Memik, N. Ç., Ağaoğlu, B., Coşkun, A., Üneri, Ö. Ş. ve Karakaya I. (2007). “Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 13-18 Yaş Ergen Formunun Geçerlik ve Güvenirliği”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 353-363.

- Moffatt, M. F., Kabesch, M., Liang, L., Dixon, A. L., Strachan, D., Heath, S., Depner, M., Von Berg, A., Bufe, A., Rietschel, E., Heinzmann, A., Simma, B., Frischer, T., Willis-Owen, S. A. G., Wong, K. C. C., Illig, T., Vogelberg, C., Weiland, S. K., Von Mutius, E., Abecasis, G. R., Farrall, M., Gut, I. G., Lathrop, G. M., & Cookson, W. O. C. (2007). Genetic Variants Regulating ORMDL3 Expression Contribute to the Risk of Childhood Asthma. *Nature*, 448(7152), 470.
- Moonie, S., Sterling, D. A., Figgs, L. W., & Castro, M. (2008). The Relationship Between School Absence, Academic Performance and Asthma Status. *Journal of School Health*, 78(3), 140-148.
- Moore, W. C., Meyers, D. A., Wenzel, S. E., Teague, W. G., Li, H., Li, X., D'Agostino R., Jr., Castro M., Curran-Everett D., Fitzpatrick A. M., Gaston B., Jarjour N. N., Sorkness R., Calhoun W. J., Chung K. F., Comhair S. A., Dweik R. A., Israel E., Peters S. P., Busse W. W., Erzurum S. C., & Bleeker E. R., (2010). Identification of Asthma Phenotypes Using Cluster Analysis in the Severe Asthma Research Program. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 181(4), 315-323.
- Müezzinoğlu, T. (2004). Yaşam Kalitesi: Üroonkoloji Derneği Güz Dönemi Konuşması.
- Nadiri, M., & Khanpour, F. (2019). The Effect of Teaching Mindfulness-Based Stress Reduction on the Quality of Life of Patients with Asthma. *Depiction of Health*, 10(2), 144-156.
- Nathan, R. A., Sorkness, C. A., Kosinski, M., Schatz, M., Li, J. T., Marcus, P., ... & Pendergraft, T. B. (2004). Development of the Asthma Control Test: A Survey for Assessing Asthma Control. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 113(1), 59-65.
- National Center for Health Statistics. 2017 National Health Interview Survey (NHIS) Data. Hyattsville, Maryland. 2017. Suradan Ulaşılabilir: [https://www.cdc.gov/asthma/most\\_recent\\_national\\_asthma\\_data.html](https://www.cdc.gov/asthma/most_recent_national_asthma_data.html)
- Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self Compassion. *Self and Identity*, 2, 223 – 250.
- Oddy, W. H., De Klerk, N. H., Sly, P. D., & Holt, P. G. (2002). The Effects of Respiratory Infections, Atopy and Breastfeeding on Childhood Asthma. *European Respiratory Journal*, 19(5), 899-905.

- Oddy, W. H., Holt, P. G., Sly, P. D., Read, A. W., Landau, L. I., Stanley, F. J., ... & Burton, P. R. (1999). Association Between Breast Feeding and Asthma in 6 Year Old Children: Findings of A Prospective Birth Cohort Study. *Bmj*, 319(7213), 815-819.
- Oddy, W. H., Peat, J. K., & de Klerk, N. H. (2002). Maternal Asthma, Infant Feeding and the Risk of Asthma in Childhood. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 110(1), 65-67.
- OH, Y. M., Kim, Y. S., Yoo, S. H., Kim, S. K., & Kim, D. S. (2004). Association Between Stress and Asthma Symptoms: A Population-Based Study. *Respirology*, 9(3), 363-368.
- Oland, A. A., Booster, G. D., & Bender, B. G. (2017). Psychological and Lifestyle Risk Factors for Asthma Exacerbations and Morbidity in Children. *World Allergy Organization Journal*, 10(1), 35.
- Oneş, U., Akcay, A., Tamay, Z., Güler, N., & Zencir, M. (2006). Rising Trend of Asthma Prevalence Among Turkish Schoolchildren (ISAAC Phases I and III). *Allergy*, 61(12), 1448-1453.
- Oneş, U., Sapan, N., Somer, A., Dişçi, R., Salman, N., Güler, N., & Yalçın, I. (1997). Prevalence of Childhood Asthma in Istanbul, Turkey. *Allergy*, 52(5), 570-575.
- Orellano, P., Quaranta, N., Reynoso, J., Balbi, B., & Vasquez, J. (2017). Effect of Outdoor Air Pollution on Asthma Exacerbations in Children and Adults: Systematic Review and Multilevel Meta-Analysis. *PLoS One*, 12(3), e0174050.
- Özdamar K. Paket Programlarla İstatistiksel Veri Analizi-1. 4. Baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi, 2002.
- Özyeşil, Z. (2011). Üniversite Öğrencilerinin Öz-Anlayış Düzeylerinin Bilinçli Farkındalık Kişilik Özellikleri ve Bazı Değişkenler Arasından İncelenmesi (Doctoral Dissertation, Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
- Pagnini, F., Bercovitz, K. E., & Phillips, D. (2018). Langerian mindfulness, quality of life and psychological symptoms in a sample of Italian students. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 29.
- Palagini, L., Carmassi, C., Conversano, C., Gesi, C., Bazzichi, L., Giacomelli, C., & Dell'Osso L. (2016). Transdiagnostic Factors Across Fibromyalgia and Mental Disorders: Sleep Disturbances May Play A Key Role. A Clinical Review. *Clin. Exp. Rheumatol.* 34, 140–144.

- Pbert, L., Madison, J. M., Druker, S., Olendzki, N., Magner, R., Reed, G., & Carmody, J. (2012). Effect of Mindfulness Training on Asthma Quality of Life and Lung Function: A Randomised Controlled Trial. *Thorax*, 67(9), 769-776.
- Petsios, K. T., Priftis, K. N., Hatziagorou, E., Tsanakas, J. N., Antonogeorgos, G., & Matziou, V. N. (2013). Determinants of Quality of Life in Children with Asthma. *Pediatric Pulmonology*, 48(12), 1171-1180.
- Pike, K. C., Griffiths, L. J., Dezateux, C., & Pearce, A. (2019). Physical Activity Among Children with Asthma: Cross-Sectional Analysis in the UK Millennium Cohort. *Pediatric Pulmonology*, 54(7), 962-969.
- Rabito, F. A., Carlson, J. C., He, H., Werthmann, D., & Schal, C. (2017). A Single Intervention for Cockroach Control Reduces Cockroach Exposure and Asthma Morbidity in Children. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 140(2), 565-570.
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität-Konzepte und Masse. Entwicklungen und Stand im Überblick. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschungen-Gesundheitsschutz*, 43: 165-189.
- Ramratnam, S., Jaffee, K., Visness, C., & Gern, J. E. (2017). Exposure To Early Life Maternal Stress and Depression and Risk of Asthma. In C26. Asthma in Infants and Children (pp. A5088-A5088). American Thoracic Society.
- Rand, C. S., Wright, R. J., Cabana, M. D., Foggs, M. B., Halterman, J. S., Olson, L., Vollmer, W. M., Wilson, S. R. & Taggart, V. (2012). Mediators of Asthma Outcomes. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 129(3), S136-S141.
- Reddel, H. K., Taylor, D. R., Bateman, E. D., Boulet, L. P., Boushey, H. A., Busse, W. W., ... & de Jongste, J. C. (2009). An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Asthma Control and Exacerbations: Standardizing Endpoints for Clinical Asthma Trials and Clinical Practice. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 180(1), 59-99.
- Reznik, M., Islamovic, F., Choi, J., Leu, C. S., & Rowlands, A. V. (2018). Factors Associated with in-School Physical Activity Among Urban Children with Asthma. *Journal of Asthma*, 55(5), 492-501.
- Robbins, P. S. (1992). *Essentials of organizational behavior* (3rd ed.). USA: Prentice Hall, Inc.

- Rod, N. H., Kristensen, T. S., Lange, P., Prescott, E., & Diderichsen, F. (2012). Perceived Stress and Risk of Adult-Onset Asthma and Other Atopic Disorders: A Longitudinal Cohort Study. *Allergy*, 67(11), 1408-1414.
- Rodriguez, E., Pollack, C., Keet, C., Peng, R., Balcer-Whaley, S., & Matsui, E. (2020). Types of Parental Psychosocial Stress Associated with Asthma Symptoms in Urban Children with Asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 145(2).
- Rona, R. J., Smeeton, N. C., Amigo, H., & Vargas, C. (2007). Do Psychological Distress and Somatization Contribute to Misattribution of Asthma? A Chilean Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(1), 23-30.
- Rowshan, A. (2011). Stres Yönetimi Hayatınızın Sorumluluğunu Almak için Stresi Nasıl Yönetebilirsiniz? (Çev. Ş. Cüceloğlu). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Sabbah, I., Drouby, N., Sabbah, S., Retel-Rude, N. and Mercier, M. (2003). Quality of Life in Rural and Urban Populations in Lebanon Using SF-36 Health Survey. *Health Quality Life*, 1, 1-14.
- Saraçlar, Y., Adalıoğlu, G., Tuncer, A., (1991). Temel Allerji IV. Ulusal Allerji Kongresi Temel Allerji Kursu. Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi, Ankara.
- Sarp, N. (2000). Hekim ve Stres yönetimi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 53(2), 133-137.
- Sarpong, S. B., Hamilton, R. G., Eggleston, P. A., & Adkinson Jr, N. F. (1996). Socioeconomic Status and Race As Risk Factors for Cockroach Allergen Exposure and Sensitization in Children with Asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 97(6), 1393-1401.
- Scholtens, S., Wijga, A. H., Brunekreef, B., Kerkhof, M., Hoekstra, M. O., Gerritsen, J., ... & Smit, H. A. (2009). Breast Feeding, Parental Allergy and Asthma in Children Followed for 8 Years. The PIAMA Birth Cohort Study. *Thorax*, 64(7), 604-609.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. ve Brähler, E. (Hrsg.) (2003). Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen: Hogrefe
- Şekerel, B. E., Soyer, O. U., Keskin, O., Uzuner, N., Yazıcıoğlu, M., Kılıç, M., ... & Cokuğraş, H. (2012). The Reliability and Validity of Turkish Version of Childhood Asthma Control Test. *Quality of Life Research*, 21(4), 685-690.



- Selçuk, Z. T., Demir, A. U., Tabakoğlu, E., & Çağlar, T. (2010). Prevalence of Asthma and Allergic Diseases in Primary School Children in Edirne, Turkey, Two Surveys 10 Years Apart. *Pediatric Allergy and Immunology*, 21(4p2), e711-e717.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Sembajwe, G., Cifuentes, M., Tak, S., Kriebel, D., Gore, R., & Punnett, L. (2010). National Income, Self-Reported Wheezing and Asthma Diagnosis from The World Health Survey. *European Respiratory Journal*, 35(2), 279-286.
- Settineri, S., Frisone, F., Alibrandi, A., and Merlo, E. M. (2019). Emotional Suppression and Oneiric Expression in Psychosomatic Disorders: Early Manifestations in Emerging Adulthood and Young Patients. *Front. Psychol.* 10:1897. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01897
- Sevinç, Ş., Pirinçcioğlu, A., Kelekçi, S., Şen, V., Gürkan, F. (2015). Astımlı Çocukların ve Annelerinin Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 1 (2), 21-28.
- Shankardass, K., Jerrett, M., Milam, J., Richardson, J., Berhane, K., & McConnell, R. (2011). Social environment and asthma: associations with crime and No Child Left Behind programmes. *J Epidemiol Community Health*, 65(10), 859-865.
- Shao, J., Yang, H., Zhang, Q., Du, W., and Lei, H. (2019). Commonalities and Differences in Psychological Adjustment to Chronic Illnesses Among Older Adults: A Comparative Study Based on the Stress and Coping Paradigm. *Int. J. Behav. Med.* 26, 143–153. doi: 10.1007/s12529-019-09773-8
- Sheehan, W. J., & Phipatanakul, W. (2015). Difficult to Control Asthma: Epidemiology and Its Link With Environmental Factors. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, 15(5), 397.
- Shi, L., Liang, D., Gao, Y., Huang, J., Nolan, C., Mulvaney, A., Poole, T., & Zhang, H. (2018). Mindfulness and Asthma Symptoms: A Study Among College Students. *Journal of Asthma*, 55(1), 101-105.
- Silvers, K. M., Frampton, C. M., Wickens, K., Pattemore, P. K., Ingham, T., Fishwick, D., Crane, J., Town, I., & Epton, M. J. (2012). Breastfeeding protects against current asthma up to 6 years of age. *The Journal of pediatrics*, 160(6), 991-996.
- Snoeren, F., & Hoefnagels, C. (2014). Measuring Perceived Social Support and Perceived Stress Among Primary School Children in the Netherlands. *Child Indicators Research*, 7(3), 473-486.

- Stelmach, I., Jerzynska, J., Stelmach, W., Majak, P., Chew, G., Gorski, P., & Kuna, P. (2002). Cockroach Allergy and Exposure to Cockroach Allergen in Polish Children with Asthma. *Allergy*, 57(8), 701-705.
- Sternthal, M. J., Jun, H. J., Earls, F., & Wright, R. J. (2010). Community Violence and Urban Childhood Asthma: A Multilevel Analysis. *European Respiratory Journal*, 36(6), 1400-1409.
- Strine, T. W., Mokdad, A. H., Balluz, L. S., Berry, J. T., & Gonzalez, O. (2008). Impact of Depression and Anxiety on Quality of Life, Health Behaviors and Asthma Control Among Adults in the United States with Asthma, 2006. *Journal of Asthma*, 45(2), 123-133.
- Sünbül, Z. A. (2018). Psychometric Evaluation of Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM) with Turkish Sample. *Online Submission*, 7(2), 56-59.
- Tanaç, R., Kurugöl, Z., & Özdoğru, E. (1996). Ege Bölgesinde 10-17 Yaş Grubu Çocuklarda Alerjik Hastalık Prevalansı. *Çocuk Sağ ve Hast Dergisi*, 39, 77-85.
- The Global Asthma Report 2018 (2018). Auckland, New Zealand: Global Asthma Network.
- The Global Initiative for Asthma (GINA) (2018 Update). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Şuradan Ulaşılabilir: [https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2018/04/wms-GINA-2018-report-tracked\\_v1.3.pdf](https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2018/04/wms-GINA-2018-report-tracked_v1.3.pdf)
- The Global Initiative for Asthma (GINA) (2019). A Pocket Guide For Health Professionals (Updated 2019). Şuradan Ulaşılabilir: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/04/GINA-2019-main-Pocket-Guide-wms.pdf>
- The Turkish version of Asthma Control Test. Şuradan Ulaşılabilir: <http://www.mapi-institute.com/questionnaires-and-translation/ourcatalog/132-specificquestionnairesrespiratory-diseases>.
- Tomac, N., Demirel, F., Acun, C., & Ayoğlu, F. (2005). Prevalence and Risk Factors for Childhood Asthma in Zonguldak, Turkey. In *Allergy & Asthma Proceedings* (Vol. 26, No. 5).
- Townshend, K., Jordan, Z., Stephenson, M., & Tsey, K. (2016). The Effectiveness of Mindful Parenting Programs in Promoting Parents' and Children's Wellbeing: A Systematic Review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(3), 139-180. Translation Process. Şuradan Ulaşılabilir: <http://www.qualitymetric.com/WhatWeDo/TranslationProcess/tabid/213/Default.aspx>.

- Türk Toraks Derneği, Astım Tanı ve Tedavi Rehberi (2016) Güncellemesi. Turkish Thoracic Journal.
- Türkiye Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Derneği. Küf Mantarları Alerjisi ve Korunma. Şuradan Ulaşılabilir:  
<https://www.aid.org.tr/hastaliklar/alerjenlerden-korunma-onlemleri/mantarlar/>
- Ünlü, M., Orman, A., & Doğan, N. (2002). The Prevalence of Asthma Among Secondary School Students in Afyon, Turkey. *Asian Pacific Journal of Allergy and Immunology*, 20(1), 1.
- Uysal, M. A., Mungan, D., Yorgancıoğlu, A., Yıldız, F., Akgün, M., Gemicioğlu, B., ... & Turkish Asthma Control Test (TACT) Study Group. (2013). The Validation of the Turkish Version of Asthma Control Test. *Quality of Life Research*, 22(7), 1773-1779.
- Ünal, B., Ergör, G., Horasan, G. D., Kalaça, S., & Sözmen, K. (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Van De Ven, M. O., Engels, R. C., Sawyer, S. M., Otten, R., & Van Den Eijnden, R. J. (2007). The Role of Coping Strategies in Quality of Life of Adolescents with Asthma. *Quality of Life Research*, 16(4), 625-634.
- Vila, G., Nollet-Clémençon, C., de Blic, J., Falissard, B., Mouren-Simeoni, M. C., & Scheinmann, P. (1999). Assessment of Anxiety Disorders in Asthmatic Children. *Psychosomatics*, 40(5), 404-413.
- Vlemincx, E., Vigo, D., Vansteenwegen, D., Van den Bergh, O., & Van Diest, I. (2013). Do Not worry, Be Mindful: Effects of Induced Worry and Mindfulness on Respiratory Variability in A Nonanxious Population. *International Journal of Psychophysiology*, 87(2), 147-151.
- Washington, D. M., Curtis, L. M., Waite, K., Wolf, M. S., & Paasche-Orlow, M. K. (2018). Sociodemographic Factors Mediate Race and Ethnicity-Associated Childhood Asthma Health Disparities: A Longitudinal Analysis. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 5(5), 928-938.
- Weiss, J. H. (1968). Birth Order and Asthma in Children. *Journal of Psychosomatic Research*, 12(2), 137-140.
- Wilson, S. R., Mulligan, M. J., Ayala, E., Chausow, A., Huang, Q., Knowles, S. B., ... & Wise, R. A. (2018). A New Measure to Assess Asthma's Effect on Quality of Life from the Patient's Perspective. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 141(3), 1085-1095.

- World Health Organization. (1947) Constitution Of the World Health Organization. WHO Chronicle, 1, 29.
- World Health Organization. (2017). Guideline: Assessing and Managing Children at Primary Health-Care Facilities to Prevent Overweight and Obesity in the Context of the Double Burden of Malnutrition. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). Noncommunicable Diseases Country Profiles 2018. World Health Organization.
- Wright, A. L., Holberg, C. J., Taussig, L. M., & Martinez, F. D. (2001). Factors Influencing the Relation of Infant Feeding to Asthma and Recurrent Wheeze in Childhood. *Thorax*, 56(3), 192-197.
- Yemaneberhan, H., Bekele, Z., Venn, A., Lewis, S., Parry, E., & Britton, J. (1997). Prevalence of Wheeze and Asthma and Relation to Atopy in Urban and Rural Ethiopia. *The Lancet*, 350(9071), 85-90.
- Yüksel, H., Dinç, G., Sakar, A., Yılmaz, O., Yorgancıoğlu, A., Çelik, P., & Özcan, C. (2008). Prevalence and Comorbidity of Allergic Eczema, Rhinitis and Asthma in A City in Western Turkey. *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*, 18(1), 31.
- Yüksel, H., Eser, E., & Çelik, C. (2004). Çocukluk Çağı için Astım Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (PAQLQ) Türkçe Çevirisinin Güvenilirliği ve Geçerliliği. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, İzmir, 77.
- Yüksel, H., Yılmaz, O., Kırmaz, C., & Eser, E. (2009). Validity and Reliability of the Turkish Translation of the Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 51(2), 154.
- Zahran, H., Bailey, C., Damon, S., Garbe, P., & Breyse, P. (2018). Vital Signs: Asthma in Children-United States, 2001-2016. *Mmwr-Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(5), 149-155. doi:10.15585/mmwr.mm6705e1
- Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S., & Walach, H. (2014). Mindfulness-Based Interventions in Schools-A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 5, 603.
- Zeyrek, C. D., Zeyrek, F., Sevinç, E., & Demir, E. (2006). Prevalence of Asthma and Allergic Diseases in Şanlıurfa, Turkey and the Relation to Environmental and Socioeconomic Factors: Is the Hygiene Hypothesis Enough? *Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology*, 16(5), 290.

- Zheng, X. Y., Ding, H., Jiang, L. N., Chen, S. W., Zheng, J. P., Qiu, M., Zhou, Y. X., Chen, Q., & Guan, W. J. (2015). Association Between Air Pollutants and Asthma Emergency Room Visits and Hospital Admissions in Time Series Studies: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS One*, 10(9), e0138146.
- Zhou, X., Li, J., Gu, W., Wang, J., Zhu, Y., Zhang, G., Ding, Y., & Tang, Y. (2017). Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among Patients with Chronic Respiratory Diseases in Eight General Hospitals in Jiangsu Province of China: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry research*, 251, 48-53.
- Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., & Miller, L. (2015). Mindfulness Interventions with Youth: A Meta-Analysis. *Mindfulness*, 6(2), 290-302.

## **Özgeçmiş**

Ayşe Sena Ayhan, 28 Eylül 1996'da İstanbul'da doğdu. 2018 yılında Işık Üniversitesi Psikoloji (İngilizce) bölümünden onur derecesi ile mezun oldu. 2020 yılında Işık Üniversitesi'nde Klinik Psikoloji Yüksek Lisansını tamamladı. Bu sürecin bir kısmında özel bir anaokulunda psikolog olarak yarı zamanlı bir şekilde çalıştı. Araştırma alanı çocuk ve ergenlere yönelik klinik sağlık psikolojisidir.

## Ekler

### Ek-A Çocuklar İçin Algılanan Stres Ölçeği

|   | Hiç | Bazen | Sık sık | Her Zaman |
|---|-----|-------|---------|-----------|
| 1. Geçen hafta sakinleşmekte zorlandın mı?  | ( ) | ( )   | ( )     | ( )       |
| 2. Geçen hafta çok fazla işin ya da ödevin olduğunu ama çok az zamanın kaldığını düşündün mü? | ( ) | ( )   | ( )     | ( )       |
| 3. Geçen hafta düşünmen gereken sorunlar oldu mu?   | ( ) | ( )   | ( )     | ( )       |
| 4. Geçen hafta sınıfındaki diğer çocuklara kolayca kızdın mı?                                 | ( ) | ( )   | ( )     | ( )       |
| 5. Geçen hafta bir sorun hemen çözülmediğinde sabırsızlandın mı?                              | ( ) | ( )   | ( )     | ( )       |
| 6. Geçen hafta olan kötü şeyleri düşündün mü?   | ( ) | ( )   | ( )     | ( )       |
| 7. Geçen hafta bir şeyi beklerken sabırsızlandın mı?  | ( ) | ( )   | ( )     | ( )       |
| 8. Geçen hafta kolayca keyfin kaçtı mı?   | ( ) | ( )   | ( )     | ( )       |
| 9. Geçen hafta kolayca üzüldün mü?  | ( ) | ( )   | ( )     | ( )       |

## Ek-B Çocuk ve Ergen Bilinçli Farkındalık Ölçeği (ÇEBFÖ)

Neler düşündüğünüz, nasıl hissettiğiniz ve neler yaptığınız hakkında daha çok bilgi sahibi olmak istiyoruz. Her cümleyi **okuyunuz**. Sonrasında, her bir ifadenin sizin için **ne sıklıkta doğru olduğunu** gösteren rakamı yuvarlak içerisinde alınız.

|  | Hiçbir Zaman Doğru Değil | Nadiren Doğru | Bazen Doğru | Sıklıkla Doğru | Her Zaman Doğru |
|--|--------------------------|---------------|-------------|----------------|-----------------|
| 1. Anlamlandırmakta güçlük çektiğim duygularımdan dolayı kendime kızarım.              | 0                        | 1             | 2           | 3              | 4               |
| 2. Okulda, ne yapmakta olduğumun farkına varmaksızın, bir sınıftan diğerine gezinirim. | 0                        | 1             | 2           | 3              | 4               |
| 3. Düşüncelerimi ya da duygularımı farketmemek için kendimi sürekli meşgul ederim.     | 0                        | 1             | 2           | 3              | 4               |
| 4. Birşeyler hissederken, kendi kendime bu şekilde hissetmemem gerektiğini söylerim.   | 0                        | 1             | 2           | 3              | 4               |
| 5. Hoşuma gitmeyen düşünceleri uzaklaştırırım.   | 0                        | 1             | 2           | 3              | 4               |
| 6. Aynı anda tek birşeye dikkatimi vermede zorlanırım.                                 | 0                        | 1             | 2           | 3              | 4               |
| 7. Aklımdan geçen belli düşünceler için kendime kızarım.                               | 0                        | 1             | 2           | 3              | 4               |
| 8. Şuanda olan şeyleri düşünmek yerine geçmişte olan şeyleri düşünürüm.                | 0                        | 1             | 2           | 3              | 4               |
| 9. Bazı duygularımın yanlış olduğunu ve onları hissetmemem gerektiğini düşünürüm.      | 0                        | 1             | 2           | 3              | 4               |
| 10. Hoşuma gitmeyen duyguları hissetme konusunda kendimi durdururum.                   | 0                        | 1             | 2           | 3              | 4               |



## **Ek-C Pediatrik Astımda Yaşam Kalitesi Ölçeği (PAYKÖ)**

### **FAALİYETLER**

Astımlı olduğun için sevdiğin bazı şeyleri yapmak sana güç gelebilir ya da yeterince eğlenceli gelmeyebilir.

Yaparken astım nedeniyle rahatsız olduğun bütün faaliyetleri düşünmeni istiyoruz.

Bazı astımlı kişiler aşağıdaki faaliyetlerden kimilerini yaparken rahatsızlık duyabilirler. Lütfen listenin tümünü oku. Geçtiğimiz hafta boyunca astımının seni nasıl rahatsız ettiğini düşün.

Sonraki sayfaya, geçtiğimiz hafta boyunca, yaparken astımın nedeniyle **en çok** rahatsız olduğun **üç (3)** şeyi yaz. Bunlar bu araştırmanın süresi boyunca düzenli olarak yapacağın faaliyetler olmalı. Sececeğin üç faaliyet bu listeden olabileceği gibi, sürekli yapıyor olman koşuluyla başka faaliyetler de düşünebilirsin.

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1.BİLGİSAYAR KULLANMA          | 21.DERS ÇALIŞMA                             |
| 2.RESİM YAPMA                  | 22.EV İŞİ YAPMA                             |
| 3.BASKETBOL                    | 23.ŞARKI SÖYLEME                            |
| 4.DANS                         | 24.EL İŞİ VEYA SEVDİĞİM<br>ŞEYLERLE UĞRAŞMA |
| 5.FUTBOL                       | 25.BAĞIRMA                                  |
| 6.TENEFÜSTE OYNAMA             | 26.JİMNASTİK                                |
| 7.EVDEKİ HAYVANLARLA<br>OYNAMA | 27.TEKERLEKLİ PATENLE<br>KAYMA              |
| 8.ARKADAŞLARLA OYNAMA          | 28.KAY KAY                                  |
| 9.BİSİKLETE BİNME              | 29.SAKLANBAÇ OYNAMA                         |
| 10.KOŞMA                       | 30.KIZAKLA KAYMA                            |
| 11.İP ATLAMA                   | 31.KAYAK YAPMA                              |
| 12.ALİŞVERİŞ                   | 32.BUZ PATENİ YAPMA                         |
| 13.UYUMA                       | 33.TIRMANMA                                 |
| 14.ÇOCUK PARKINA GİTME         | 34.SABAH YATAKTAN KALKMA                    |
| 15.YÜZME                       | 35.SOHBET ETME                              |
| 16.VOLEYBOL                    | 36.EVCİLİK OYNAMA                           |
| 17.YÜRÜYÜŞ                     | 37.BİLYE OYNAMA                             |
| 18.TEPEYE TIRMANMA             | 38.GÜREŞ ETME                               |
| 19.MERDİVEN ÇIKMA              | 39.İSTOP OYNAMA                             |
| 20.GÜLME                       |   |

Sana ait 3 faaliyeti bir aşağıya yaz.

HASTANIN SEÇTİĞİ FAALİYETLER

- 1).....
- 2).....
- 3).....

Astımın nedeniyle **en çok** rahatsız olduğun 3 faaliyeti aşağıdaki boş yerlere yazar mısın? Bundan sonra da astımın yüzünden **geçtiğimiz hafta boyunca** bu faaliyetlerden ne kadar rahatsızlık duyduğunu belirtmeni istiyoruz.

Ne kadar rahatsızlık duyduğunu en iyi açıklayan kutucuğa « X » işareti koymalısın.

**GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA AŞAĞIDAKİLERDEN NE KADAR RAHATSIZLIK DUYDUN?**

|            | Aşırı derecede rahatsız oldum | Çok rahatsız oldum       | Oldukça fazla rahatsız oldum | Biraz rahatsız oldum     | Çok az rahatsız oldum    | Hemen hemen hiç rahatsız olmadım | Hiç rahatsız olmadım     | Yapmıyor                 |
|------------|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|            | 1                             | 2                        | 3                            | 4                        | 5                        | 6                                | 7                        |                          |
| 1. _____   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. _____   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. _____   | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ÖKSÜRÜK | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |                          |

**GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK AŞAĞIDAKİ SORUNLARI HANGİ SIKLIKLA YAŞADIN?**

|   | Her zaman                | Çoğu zaman               | Oldukça sık              | Bazen                    | Arada bir                | Hemen hemen hiçbir zaman | Hiçbir zaman             |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
| 5. Astımın nedeniyle kendini ne sıklıkta <b>ÜZGÜN VE KIRGIN</b> hissettin?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Astımın nedeniyle kendini ne sıklıkta <b>YORGUN</b> hissettin?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Astımın nedeniyle kendini ne sıklıkta <b>ENDİŞELİ YA DA KAYGILI</b> hissettin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA ŞU DURUM NEDENİYLE NE KADAR **RAHATSIZLIK DUYDUN?**

|                   | Aşırı derecede rahatsız oldum<br>1 | Çok rahatsız oldum<br>2  | Oldukça fazla rahatsız oldum<br>3 | Biraz rahatsız oldum<br>4 | Çok az rahatsız oldum<br>5 | Hemen hemen hiç rahatsız olmadım<br>6 | Hiç rahatsız olmadım<br>7 |
|-------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| 8. ASTIM KRİZLERİ | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>  |

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK ŞU DURUMU **HANGİ SIKLIKLA YAŞADIN?**

|  | Her zaman<br>1           | Çoğu zaman<br>2          | Oldukça sık<br>3         | Bazen<br>4               | Arada bir<br>5           | Hemen hemen hiçbir zaman<br>6 | Hiçbir zaman<br>7        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 9. Astımın nedeniyle kendini <b>KIZGIN</b> hissetme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA ŞU DURUM NEDENİYLE NE KADAR **RAHATSIZLIK DUYDUN?**

|                     | Aşırı derecede rahatsız oldum<br>1 | Çok rahatsız oldum<br>2  | Oldukça fazla rahatsız oldum<br>3 | Biraz rahatsız oldum<br>4 | Çok az rahatsız oldum<br>5 | Hemen hemen hiç rahatsız olmadım<br>6 | Hiç rahatsız olmadım<br>7 |
|---------------------|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------|
| 10. GÖĞÜSTE HIRILTI | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>  |

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK ŞU DURUMU **HANGİ SIKLIKLA YAŞADIN?**

|  | Her zaman<br>1           | Çoğu zaman<br>2          | Oldukça sık<br>3         | Bazen<br>4               | Arada bir<br>5           | Hemen hemen hiçbir zaman<br>6 | Hiçbir zaman<br>7        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 11. Astımın yüzünden kendini <b>TEDİRGİN</b> hissetme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> |

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA ŞU DURUM NEDENİYLE NE KADAR RAHATSIZLIK DUYDUN?

|                      | Aşırı derecede rahatsız oldum | Çok rahatsız oldum       | Oldukça fazla rahatsız oldum | Biraz rahatsız oldum     | Çok az rahatsız oldum    | Hemen hemen hiç rahatsız olmadım | Hiç rahatsız olmadım     |
|----------------------|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
|                      | 1                             | 2                        | 3                            | 4                        | 5                        | 6                                | 7                        |
| 12. GÖĞSÜNDE SIKIŞMA | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK ŞU DURUMU HANGİ SIKLIKLA YAŞADIN?

|   | Her zaman                | Çoğu zaman               | Oldukça sık              | Bazen                    | Arada bir                | Hemen hemen hiçbir zaman | Hiçbir zaman             |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
| 13. Astımın yüzünden kendini FARKLI YA DA DIŞLANMIŞ hissetme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA ŞU DURUM NEDENİYLE NE KADAR RAHATSIZLIK DUYDUN?

|                   | Aşırı derecede rahatsız oldum | Çok rahatsız oldum       | Oldukça fazla rahatsız oldum | Biraz rahatsız oldum     | Çok az rahatsız oldum    | Hemen hemen hiç rahatsız olmadım | Hiç rahatsız olmadım     |
|-------------------|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
|                   | 1                             | 2                        | 3                            | 4                        | 5                        | 6                                | 7                        |
| 14. NEFES DARLIĞI | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK ŞU DURUMLARI HANGİ SIKLIKLA YAŞADIN?

|   | Her zaman                | Çoğu zaman               | Oldukça sık              | Bazen                    | Arada bir                | Hemen hemen hiçbir zaman | Hiçbir zaman             |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
| 15. BAŞKALARINDAN GERİ KALMA NEDENİYLE ÜZÜLME VE KIRGINLIK duyma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Astımın nedeniyle GECE UYKUDAN UYANMA?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK ŞU DURUMLARI HANGİ SIKLIKLA YAŞADIN?

|   | Her zaman                | Çoğu zaman               | Oldukça sık              | Bazen                    | Arada bir                | Hemen hemen hiçbir zaman | Hiçbir zaman             |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
| 17. Astımın nedeniyle kendini RAHATSIZ hissetme?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Astımın nedeniyle NEFES ALAMADIĞINI hissetme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Astımın nedeniyle BAŞKALARINDAN GERİ KALMA?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Astımın nedeniyle GECE HUZURSUZ UYUMA?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ASTİM KRİZİ GELECEK DİYE KORKMA duygusu?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA YAPTIĞIN BÜTÜN FAALİYETLERİ DÜŞÜN:

|  | Aşırı derecede rahatsız oldum | Çok rahatsız oldum       | Oldukça fazla rahatsız oldum | Biraz rahatsız oldum     | Çok az rahatsız oldum    | Hemen hemen hiç rahatsız olmadım | Hiç rahatsız olmadım     |
|--|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
|  | 1                             | 2                        | 3                            | 4                        | 5                        | 6                                | 7                        |
| 22. Bu faaliyetleri yürüttüğün sırada astımın seni ne kadar rahatsız etti? | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/> |

GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA GENEL OLARAK ŞU DURUMU HANGİ SIKLIKLA YAŞADIN?

|                                      | Her zaman                | Çoğu zaman               | Oldukça sık              | Bazen                    | Arada bir                | Hemen hemen hiçbir zaman | Hiçbir zaman             |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                      | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
| 23. DERİN NEFES ALMADA güçlük çekme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Ek-D Çocukluk Çağı Astım Kontrol Testi (Ç-AKT)





### 4-11 Yaşlarındaki Çocuklar İçin Çocukluk Çağı Astım Kontrol Testi

27





**Bu soruları çocuğunuza doldurtunuz.**

1. Bugün astımın nasıl?





PUAN

|  |  |   |   |                      |
|--|--|---|---|----------------------|
| <br>0<br>Çok kötü | <br>1<br>Kötü | <br>2<br>İyi | <br>3<br>Çok iyi | <input type="text"/> |
|--|--|---|---|----------------------|



2. Koşarken, egzersiz veya spor yaparken astım seni ne kadar rahatsız ediyor?

|  |   |   |   |                      |
|--|---|---|---|----------------------|
| <br>0<br>Çok fazla rahatsız ediyor,<br>istediğim şeyleri yapamıyorum. | <br>1<br>Rahatsız ediyor,<br>bundan hoşlanmıyorum. | <br>2<br>Biraz rahatsız ediyor,<br>ama önemli değil. | <br>3<br>Rahatsız etmiyor. | <input type="text"/> |
|--|---|---|---|----------------------|

3. Astımın nedeniyle öksürür müsün?

|  |   |  |  |                      |
|--|---|--|--|----------------------|
| <br>0<br>Evet, her zaman. | <br>1<br>Evet, çoğu zaman. | <br>2<br>Evet, bazen. | <br>3<br>Hayır, hiçbir zaman. | <input type="text"/> |
|--|---|--|--|----------------------|

4. Astımın nedeniyle geceleri uyanır mısın?

|  |   |  |  |                      |
|--|---|--|--|----------------------|
| <br>0<br>Evet, her zaman. | <br>1<br>Evet, çoğu zaman. | <br>2<br>Evet, bazen. | <br>3<br>Hayır, hiçbir zaman. | <input type="text"/> |
|--|---|--|--|----------------------|

**Lütfen aşağıdaki soruları kendiniz cevaplayınız.**

5. Son 4 hafta boyunca, çocuğunuz kaç gün gündüzleri astım belirtilerinden herhangi birini yaşadı?

|                 |              |               |                |                |              |                      |
|-----------------|--------------|---------------|----------------|----------------|--------------|----------------------|
| 0<br>Hiçbir gün | 1<br>1-3 gün | 2<br>4-10 gün | 3<br>11-18 gün | 4<br>19-24 gün | 5<br>Her gün | <input type="text"/> |
|-----------------|--------------|---------------|----------------|----------------|--------------|----------------------|

6. Son 4 hafta boyunca, çocuğunuz kaç gün astım yüzünden gündüzleri hırıltılı soludu?

|                 |              |               |                |                |              |                      |
|-----------------|--------------|---------------|----------------|----------------|--------------|----------------------|
| 0<br>Hiçbir gün | 1<br>1-3 gün | 2<br>4-10 gün | 3<br>11-18 gün | 4<br>19-24 gün | 5<br>Her gün | <input type="text"/> |
|-----------------|--------------|---------------|----------------|----------------|--------------|----------------------|

7. Son 4 hafta boyunca, çocuğunuz kaç gün astım yüzünden geceleri uyandı?

|                 |              |               |                |                |              |                      |
|-----------------|--------------|---------------|----------------|----------------|--------------|----------------------|
| 0<br>Hiçbir gün | 1<br>1-3 gün | 2<br>4-10 gün | 3<br>11-18 gün | 4<br>19-24 gün | 5<br>Her gün | <input type="text"/> |
|-----------------|--------------|---------------|----------------|----------------|--------------|----------------------|

TOPLAM



Daha geniş bilgi, tanı ve tedavi için doktorunuza başvurunuz.  
Çocukluk Çağı Astım Kontrol Testi, GlaxoSmithKline şirketler grubunun tescilli ticari markasıdır.  
© 2005 GlaxoSmithKline şirketler grubu. Bütün Hakları saklıdır.

## Ek-E Astım Kontrol Testi (AKT)

# Astım Kontrol Testi (AKT)

25

Aşağıdaki test (12 yaş ve üstündeki) astım hastalarının, astım kontrol düzeylerini belirlemelerine yardımcı olur.

Lütfen her soruda size uygun olan puanı yuvarlak içine alınız. Test toplam BEŞ sorudan oluşmaktadır.

Toplam Astım Kontrol Testi puanınızı, her soruya verdiğiniz cevaplardaki sayıları toplayarak bulabilirsiniz. Sonuçları mutlaka doktorunuzla birlikte gözden geçiriniz.

Puanınızın ne anlama geldiğini görmek için testin alt kısmına bakınız.

### Astım puanınızı öğrenin

**3. Aşama:** Her soruda size uygun olan puanı yuvarlak içine alın ve en sağdaki kutunun içine yazın. Lütfen mümkün olduğunca dürüst cevaplar verin. Bu, size ve doktorunuza, astımınızı değerlendirmede yardımcı olacaktır.

1. Soru: Son 4 hafta içerisinde astımınız sizin işte, okulda veya evde çalışmanızı ne sıklıkta engelledi?

|           |   |            |   |       |   |        |   |              |   |                      |
|-----------|---|------------|---|-------|---|--------|---|--------------|---|----------------------|
| Her zaman | 1 | Çoğu zaman | 2 | Bazen | 3 | Çok az | 4 | Hiçbir zaman | 5 | <input type="text"/> |
|-----------|---|------------|---|-------|---|--------|---|--------------|---|----------------------|

2. Soru: Son 4 hafta içerisinde ne sıklıkta nefes darlığı hissettiniz?

|                    |   |               |   |                 |   |                          |   |              |   |                      |
|--------------------|---|---------------|---|-----------------|---|--------------------------|---|--------------|---|----------------------|
| Günde birden fazla | 1 | Günde bir kez | 2 | Haftada 3-6 kez | 3 | Haftada bir veya iki kez | 4 | Hiçbir zaman | 5 | <input type="text"/> |
|--------------------|---|---------------|---|-----------------|---|--------------------------|---|--------------|---|----------------------|

3. Soru: Son 4 hafta içerisinde astım şikayetleriniz (hırıltı, öksürük, nefes darlığı, göğüs sıkışması veya ağrısı) kaç kez gece veya sabah normal kalkış saatinizden önce sizi uyandırdı?

|                                |   |                       |   |                 |   |                  |   |              |   |                      |
|--------------------------------|---|-----------------------|---|-----------------|---|------------------|---|--------------|---|----------------------|
| Haftada 4 veya daha fazla gece | 1 | Haftada 2 veya 3 gece | 2 | Haftada bir kez | 3 | Bir veya iki kez | 4 | Hiçbir zaman | 5 | <input type="text"/> |
|--------------------------------|---|-----------------------|---|-----------------|---|------------------|---|--------------|---|----------------------|

4. Soru: Son 4 hafta içerisinde rahatlatıcı inhaler cihazınızı veya salbutamol tüpü nebulizer ilacınızı kaç kez kullandınız?

|                             |   |                    |   |                      |   |                              |   |              |   |                      |
|-----------------------------|---|--------------------|---|----------------------|---|------------------------------|---|--------------|---|----------------------|
| Günde 3 kez veya daha fazla | 1 | Günde 1 veya 2 kez | 2 | Haftada 2 veya 3 kez | 3 | Haftada bir kez veya daha az | 4 | Hiçbir zaman | 5 | <input type="text"/> |
|-----------------------------|---|--------------------|---|----------------------|---|------------------------------|---|--------------|---|----------------------|

5. Soru: Son 4 haftadaki astım kontrolünüzü nasıl değerlendirirsiniz?

|                        |   |                       |   |                      |   |                         |   |              |   |                      |
|------------------------|---|-----------------------|---|----------------------|---|-------------------------|---|--------------|---|----------------------|
| Çok az kontrol altında | 1 | Biraz kontrol altında | 2 | Epey kontrol altında | 3 | Tamamen kontrol altında | 4 | Hiçbir zaman | 5 | <input type="text"/> |
|------------------------|---|-----------------------|---|----------------------|---|-------------------------|---|--------------|---|----------------------|

2. Aşama: Toplam puanı elde etmek için sağdaki kutularda bulunan puanları toplayınız.

Toplam

3. Aşama: Puanınızın ne anlama geldiğini görmek için testin alt kısmına bakınız

Puan: 25 - Tebrikler!

Son 4 hafta içinde astımınız TAMAMEN KONTROL ALTINDAYDI. Astım belirtiniz ve astımla ilgili sıkıntılarınız yoktu. Bu durumda bir değişiklik olursa doktorunuzla görüşünüz.

Puan: 20 ile 24 arası  
Hedefe doğru ilerliyoruz

Son 4 hafta içinde astımınız EPEYCE KONTROL ALTINDAYDI ama TAMAMEN KONTROL ALTINA ALINMIŞ DEĞİLDİ. Doktorunuzla görüşmek TAM KONTROL amacına ulaşmanıza yardımcı olabilir.

Puan: 20'den az  
Hesabın Uzaklaşma

Son 4 hafta içinde astımınız YETERİNCE KONTROL ALTINDA DEĞİLDİ. Doktorunuz astım kontrolünüzü geliştirmeye yardımcı olacak bir astım eylem planı önerebilir.



Daha geniş bilgi, tanı ve tedavi için doktorunuza bayıruruz.

Copyright 2002, QualityMetric Incorporated. Astım Kontrol Testi QualityMetric Incorporated'in tescilli markasıdır.

TK/SFC/01/05/13

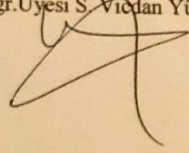


## Ek-F Etik Kurul Onayı

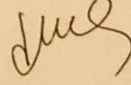
FMV IŞIK ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
ETİK KURUL ALT KOMİSYON RAPORU

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı 218MPY9030 öğrenci no'lu, Ayşe Sena Ayhan tarafından yürütülecek olan "Pediatrik Astımda Algılanan Stres Düzeyi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkide, Bilinçli Farkındalığın Aracı Rolünün İncelenmesi" başlıklı tez araştırma protokolüne ait dosyanın incelenmesi sonucunda; tez araştırmasında katılımcıların risklerinin bulunmadığı, katılımcı/örneklem seçimin yeterli olduğu, savunmasız herhangi bir katılımcının bulunmadığı, katılımcıların gönüllü olarak katıldığını belgeleyen bilgilendirilmiş onay formunun düzenlendiği, katılımcıların gizlilik ilkesine uygun olarak bilgi ve verilerinin korunduğu, kimlik bilgilerinin saklı tutularak bulguların sadece bilimsel amaçla ve toplum yararı için kullanılacağına açıklandığı belirlenmiş ve etik yönden uygun bulunmuştur. 02.09.2019

Dr.Öğr.Üyesi S. Vıdan Yücel



Dr.Öğr.Üyesi Z.Deniz Aktan



Dr.Öğr.Üyesi Selin Karaköse



**FMV İŞİK ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS**  
**TEZ/PROJE/ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARI İÇİN**  
**ETİK ALT KURUL DEĞERLENDİRME FORMU**

|                        |   |  |
|------------------------|---|--|
| Tez/Proje/AraştırmaAdı | : | Pediyatrik Astımda Algılanan Stres Düzeyi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkide, Bilinçli Farkındalığın Aracı Rolünün İncelenmesi |
| Yürütücü               | : | Ayşe Sena Ayhan  |
| Danışman               | : | Dr. Öğr. Üyesi Z. Deniz Aktan  |
| Başvuru Tarihi         | : | 5.07.2019  |

|  |  |   |
|--|--|---|
| 1. Niteliği gereği çalışma için Etik Kurulu onayı gerekli midir?                               | <input checked="" type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır            |
| 2. Katılımcıların uğrayabileceği riskler beklenen yararlarla uyumlu mu?                        | <input checked="" type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır            |
| (a) Risk var mı?   | <input type="checkbox"/> Evet            | <input checked="" type="checkbox"/> Hayır |
| (b) Yarar var mı?  | <input checked="" type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır            |
| (c) Bu yararlarla göre riskler değer mi?   | <input checked="" type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır            |
| 3. Riskler minimize edilmiş mi?  | <input checked="" type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır            |
| 4. Yararlar maksimize edilmiş mi?  | <input checked="" type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır            |
| 5. Katılımcı seçimi dengeli mi?  | <input checked="" type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır            |
| 6. Savunmasız katılımcılar için ek önlemler alınmış mı?  | <input checked="" type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır            |
| 7. Katılımcıların özgür ve bilgilendirilmiş bir şekilde araştırmada rol almaları sağlanmış mı? | <input checked="" type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır            |
| (a) Katılım onay formu var mı?   | <input checked="" type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır            |
| (b) Form anlaşılabilir bir nitelikte mi?   | <input checked="" type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır            |
| 8. Özel yaşam ve katılımcı güvenliği korunuyor mu?   | <input checked="" type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır            |
| 9. Verilerin korunması için gerekli tedbirler alınmış mıdır?                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Evet | <input type="checkbox"/> Hayır            |

SONUÇ :  Etik açıdan uygundur  
 Etik açıdan düzeltmeler gereklidir.\*  
 Etik açıdan uygun değildir\*

\*Nedenlerini ek bir rapor halinde açıklayınız.

TARİH 02.09.2019

Dr. Öğr. Üyesi S. Vıccdan Yücel

Dr. Öğr. Üyesi Z. Deniz Aktan

Dr. Öğr. Üyesi Selin Karaköse