

**ASTIMLI ÇOCUKLAR İÇİN AİLE YÖNETİMİ
ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI**

Tubanur ÖZMEN

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Dr.Öğr. Üyesi Türkan KADİROĞLU

Yüksek Lisans Tezi-2021

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ASTIMLI ÇOCUKLAR İÇİN AİLE YÖNETİMİ
ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI**

Tubanur ÖZMEN

**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr.Öğr. Üyesi Türkan KADİROĞLU**

**ERZURUM
2021**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

ASTIMLI ÇOCUKLAR İÇİN AİLE YÖNETİMİ ÖLÇEĞİNİN
GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Tubanur ÖZMEN

Tez Savunma Tarihi :

Tez Danışmanı : Dr.Öğr. Üyesi Türkan KADİROĞLU (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Ayşe GÜROL (Erzurum Teknik Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Elif ÇADIRCI
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM – 2021

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	X
TABLolar DİZİNİ	XI
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Astımın Tanımı	4
2.2. Astımın Epidemiyolojisi	5
2.3. Astımın Risk Faktörleri	5
2.3.1. Kişisel Faktörler.....	6
2.3.1.1. Cinsiyet	6
2.3.1.2. Genetik.....	6
2.3.1.3. Atopi	6
2.3.1.4. Obezite	6
2.3.2. Çevresel Faktörler.....	7
2.3.2.1. Allerjenler	7
2.3.2.2. Koronavirüs (Covid 19)	7
2.3.2.2. Sigara	7
2.3.2.3. Hava Kirliliği	8
2.3.2.4. Diyet.....	8
2.3.2.5. Stres	8

2.4. Astımın Patogenezi	8
2.5. Klinik Bulgular	9
2.6. Astım Sınıflandırması	10
2.6.1. Astım Şiddetine Göre Sınıflandırma.....	10
2.6.2. Astım Fenotipine Göre Sınıflandırma.....	11
2.6.2.1. Alerjik Astım	11
2.6.2.2. Alerjik olmayan astım.....	11
2.6.2.3. Geç Başlangıçlı Astım	12
2.6.2.4. Fiks Hava Akımı Kısıtlılığı İle Birlikte Olan Astım.....	12
2.6.2.5. Obeziteyle İlişkili Astım.....	12
2.7. Astımda Tanı.....	12
2.7.1. Öykü.....	13
2.7.2. Fizik Muayene	13
2.7.3. Astım Tanısına Yönelik Testler	14
2.7.3.1. Solunum Fonksiyon Testleri.....	14
2.7.3.2. Bronş Provokasyon Testi	14
2.7.3.3. Allerji Testleri.....	14
2.7.3.4. Diğer Testler	14
2.8. Astımda Tedavi.....	15
2.8.1. İlaç Tedavisi.....	15
2.8.1.1. Kontrol Edici İlaçlar	15
2.8.1.2. Rahatlatıcı İlaçlar	16
2.10. Astımlı Çocuklarda Hemşirelik Yönetimi	16
2.10.1. Akut bakım	16
2.10.2. Genel Bakım	16

2.11. Astımın Bireysel Kontrolü ve Yönetimi.....	18
2.12. Astımlı Çocuklarda Aile Yönetimi.....	20
3. MATERYAL VE METOT.....	23
3.1. Araştırmanın Türü.....	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.4. Veri Toplama Araçları	24
3.5. Verilerin Toplanması	25
3.5. AÇAYÖ'nünTürkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği.....	26
3.5.1. Geçerlik Aşaması.....	26
3.5.1.1. Dil Geçerliği	26
3.5.1.2. Kapsam Geçerliği	27
3.5.1.3. Yapı Geçerliği.....	28
3.5.2. Güvenirlik Aşaması	29
3.5.2.1. İç Tutarlılık	29
3.5.2.2. Test-Tekrar Test.....	29
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	30
4. BULGULAR.....	32
4.1. Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular	32
4.2. AÇAYÖ'nünGeçerliliğineYönelik Bulgular	33
4.2.1. Yapı Geçerliliğine Yönelik Bulgular	37
4.2.1.1. Açıklayıcı Faktör Analizine Yönelik Bulgular.....	37
4.2.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizine Yönelik Bulgular	46
4.3. AÇAYÖ'nünGüvenilirliğineYönelik Bulgular.....	48

4.3.1. İç Tutarlılığa Yönelik Bulgular.....	48
4.3.2. Test Re-Test Sonuçları.....	50
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	58
KAYNAKLAR.....	60
EKLER.....	60
EK 1. ÖZGEÇMİŞ.....	75
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....	76
EK-3. ETİK KURUL İZİNİ.....	77
EK-4. RESMİ KURUM YAZISI.....	78
EK-5. TANITICI BİLGİ FORMU.....	79
EK-6. ASTIMLI ÇOCUKLAR İÇİN AİLE YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ (AÇAYÖ).....	80
EK-7. GÖRÜŞÜ ALINAN UZMAN LİSTESİ.....	83
EK-8. ÖLÇEĞİN TÜRK TOPLUMUNA UYARLAMA İZİN YAZISI.....	84

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin boyunca fikirlerime önem verip her konuda manevi desteğini ve yardımını hissettiğim, fikirleriyle bana yol gösteren, umut ve mücadeleyi hiçbir zaman bırakmamayı öğreten değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Türkan KADİROĞLU'na en içten dileklerle teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca tecrübeleriyle bize yol gösteren değerli hocalarım Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ ve Prof. Dr. Duygu ARIKAN'a, araştırmaya katılan ve benimle bu süreci paylaşan ailelere, hayatımın her anında yanımda olan ve eğitim hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen biricik aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tubanur ÖZMEN

ÖZET

Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması

Amaç: Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeği'ni Türkçe'ye geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yapmaktır.

Materyal ve Metot: Metodolojik tipte olan bu araştırma, Aralık 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde yapıldı. Araştırma evrenini; 0-18 yaş aralığında astım tanılı çocukların ebeveynleri oluşturdu. Örneklemeye yöntemine gidilmeden araştırmaya katılmayı kabul eden tüm ebeveynler araştırmaya dahil edildi. Araştırmada sosyodemografik özelliklerinin belirlenmesinde Tanıtıcı Bilgi Formu ve Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler, ortalama, standart sapma, faktör analizi, Cronbach α güvenirlik katsayısı yöntemleri kullanıldı. Araştırmada etik ilkelere bağlı kalındı.

Bulgular: Ölçek maddelerinin KGİ 0.981'dir. Ölçeğin, KMO değeri 0.965, BTS $\chi^2=18296.335$, $p=0.000$ 'dır. Doğrulayıcı faktör analizi için uyum iyiliği indeks değerleri $\chi^2/SD=1.61$, GFI=0.95, AGFI=0.93, CFI=1.00, RMSEA=0.055 ve SRMR=0.081 olarak bulunmuştur ve tümü istenilen aralıktadır. Ebeveynler ölçekten ortalama 203.53 ± 39.68 puan almışlardır. Araştırma sonucunda, orijinaline benzer şekilde Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeği, 57 madde ve 'çocuk kimliği, durum görünümü, yönetim zihniyeti, ebeveyn karşılıklığı, ebeveynlik felsefesi, yönetim yaklaşımı, aile odaklılık, gelecek beklentisi' olmak üzere 8 alt boyuttan oluşmuştur. Ölçeğin toplam Cronbach α katsayısı toplamda 0.981, alt boyutlarda ise 0.849-0.980 arasında değişmiştir.

Sonuç: Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeği Türkçe geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Aile yönetimi, astım, çocuk, hemşire

ABSTRACT

Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması

Aim: The aim of this study is to conduct validity and reliability study of the Turkish version of Family Management Scale for Children with Asthma.

Materials and Methods: This methodological study was conducted at Atatürk University Health Research and Application Center between December 2020 and May 2021. The population of the research consisted of parents of children with asthma in the 0-18 age range. All parents who agreed to participate in the study were included in the study without using the sampling method. Family Management Scale for Children with Asthma and Introductory Information Form were used to determine sociodemographic characteristics in the study. Numbers, percentages, minimum and maximum values, mean, standard deviation, factor analysis, Cronbach α reliability coefficient methods were used in the analysis of the data. Ethical principles were followed in the study.

Results: The CVI of the scale items was 0.981. KMO value of the scale was 0.965, $\chi^2=18296.335$, $p=0.000$. Goodness of fit index values for confirmatory factor analysis were found as $\chi^2/SD=1.61$, GFI=0.95, AGFI=0.93, CFI=1.00, RMSEA=0.055 and SRMR=0.08 and all values were within the desired range. Parents obtained an average of 203.53 ± 39.68 points from the scale. As a result of the study, the Family Management Scale for Children with Asthma, similar to the original, consisted of 57 items and 8 sub-dimensions which are 'children identity, view of condition, management mindset, parental mutuality, parenting philosophy, management approach, family focus, and future expectation'. The total Cronbach α coefficient of the scale was found to be 0.981 in total and range between 0.849-0.980 in sub-dimensions.

Conclusion: The Family Management Scale for Children with Asthma can be used as a valid and reliable measurement tool in Turkish.

Keywords: Asthma, child, family management, nurse

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AÇAYÖ	: Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeği
AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
AGFI	: Adjusted Goodness of Fit Index
CDC	: Central For Disease Control and Prevention
CFI	: Comparati ve Fit Index
COVID-19	: Yeni Tip Koronavirüs
DFA	: Doğrulayıcı Faktör analizi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FEV1	: Forced Expiratory Volume
FVC	: Forced Vital Capacity
GAN	: Global Asthma Network
GBD	: Global Burden of Disease
GFI	: Goodness of Fit Index
GINA	: Global Initiative for Asthma
KGİ	: Kapsam Geçerliği İndeksi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
LTRRA	: Lökotrien Reseptör Antagonistleri
NAEPP	: National Asthma Education and Prevention Program
NNFI	: Non-Normed Fit Index
PEF	: Peak Flow Meter
RMSEA	: Root Mean Square Error of Approximation
SFT	: Solunum Fonksiyon Testi
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences

- SRMR** : Standardized Root-Mean-Square Residual
- TTD** : Türk Toraks Derneği
- TÜSAD** : Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Astım Yönetiminde Planlama Şeması	20
Şekil 3.1. Araştırma Basamakları	31
Şekil 4.1. AÇAYÖ Türkçe Versiyonu PATH Diyagramı	47

TABLULAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	30
Tablo 4.1. Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	32
Tablo 4.2. AÇAYÖ Maddelerine Ait KGI Skorları.....	33
Tablo 4.3. Ölçek Maddelerine Ait KMO ve BTS Testi Değerleri	37
Tablo 4.4. Anti-image Korelasyonları	38
Tablo 4.5. AÇAYÖ'ye yönelik Faktör Analizi Bulguları.....	42
Tablo 4.6. AÇAYÖ'ye yönelik Saptanan Uyum İndeksi Değerleri, Normal ve Kabul Edilebilir Değerler	46
Tablo 4.7. AÇAYÖ'ye ait Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach α Kat Sayıları	48
Tablo 4.8. Test- Tekrar Test Değerleri.....	50
Tablo 4.9. AÇAYÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımları.....	50

1. GİRİŞ

Astım hava yolu inflamasyonuna bağlı, farklı uyaranlar nedeniyle artmış solunum yolu duyarlılığı ve solunum yolu obstrüksiyonu ile karakterize kronik bir hastalıktır.^{1,2} Astım, dünya genelinde toplumun %1-20'sini ve tüm dünyada tahmini olarak 300 milyon kişiyi etkilemektedir.¹ 2025 yılında 100 milyon kadar yeni astım hastası olabileceği düşünülmektedir.^{3,4} Küresel Hastalık Yüku (GBD) verilerine göre, astımın dünyada 1/150 oranında ölümlere neden olduğu belirtilmiştir.^{1,5} Uluslararası Çocukluk Çağında Astım ve Alerjiler Çalışması (ISAAC) faz III, dünya çapındaki çocuk nüfusunun %13.7'sinin astım semptomları yaşadığını bildirdi.⁶

Ülkemizde astımın görülme sıklığının %4,5 olduğu bildirilmiştir.⁷ Bölgesel prevalans araştırmaları sonuçlarında çocuklardaki astım prevalansı %2-16 arasında bir dağılım göstermektedir.⁸ Ayrıca, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Türkiye'deki hane halkı sağlık araştırma verilerine göre astımın en fazla 15-29 yaşlarda görüldüğü fakat 12 yaşından küçük çocukları daha kötü etkilediği tespit edilmiştir.^{9,10}

Çocukluk çağı astımının nedeni tam olarak tespit edilmemiş olmasına rağmen güncel araştırmalar çevresel etkenlerin, kişisel, biyolojik ve genetik yatkınlıkların etyolojide rol oynadığına dikkat çekmektedir.^{11,12} Hastalığın etiolojisinde obezite, hava yolu duyarlılığının gelişmesine yatkınlık yaratan genler, sigara dumanı, hava kirliliği gibi genetik ve çevresel faktörler olduğu belirtilmiştir. Ancak yine de etyopatogenezi tam olarak anlayamamıştır.¹¹

Astım, farklı nedenleri olan heterojen tipte bir hastalıktır.¹³ Hastalığın bireye özgü tekrarlayan hışıltı (wheezing), yineleyici öksürük, solunum güçlüğü atakları gibi semptomları vardır.¹⁴⁻¹⁶ Bazı hastalarda görülen semptomlar ve hava akım kısıtlılıkları, destek tedavilerle kendiliğinden düzelse de semptomlar birçok faktöre bağlı olarak şiddetlenmektedir. Alerjenler, iritanlar, viral enfeksiyonlar bunlardan bazılarıdır.¹⁷

Özellikle 2019'un son ayında Çin'in Wuhan şehrinde başlayan ve DSÖ tarafından 11 Mart 2020'de pandemi olarak ilan edilen COVID-19 gibi akciğer dokusuna hasar veren hastalıklar, semptom şiddetine bağlı olarak ölümcül olabilmektedir.^{17,18}

Astım, çocukların fiziksel, bilişsel, sosyal-duygusal gelişim alanları olumsuz yönde etkilemektedir.^{19,20} Astımlı çocuklarda aileleriyle, kardeşleriyle ve akranlarıyla ilişkilerinde bozulmalar, kendine güven duygusunu kaybetme, okula gitmede isteksizlik, sosyal izolasyon, iletişim zorlukları, anksiyete gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır.^{19,21,22} Özellikle erken çocukluk dönemindeki astımlı çocukların ebeveynlerinde yetersizlik duygusu, çaresizlik ve depresyon görülmektedir.²⁰

Çocuk solunum yolu hastalıkları içerisinde en fazla görülen astımın atak dönemlerinde, çocuklar sürekli hastaneye götürülmekte ve bazen hastanede yatarak tedavi görmeleri gerekmektedir.^{19,23} Günümüzde astım tedavisindeki asıl amaç, astımda semptom kontrolünün sağlanması, astım hastası kişilerin ve ebeveynlerinin yaşam kalitesinin artırılmasıdır.¹⁹

Astım yönetimi, birçok faktörü içeren alerjenlerin kontrolüne ve iyi bir aile eğitime dayanmaktadır.²⁴ Aile eğitiminde; çevresel kontrol, ilaç uyumu, semptom değerlendirme ve sağlık profesyonelleri ile iş birliği en önemli noktalar.²⁴ Astım hastası çocukların ebeveynlerinin astım konusundaki bilgi düzeyleri, yapılan tedavilere bakış açıları, hastalık algısı ve astımla mücadele sürecinde doğru ve yanlış uygulamaları astım kontrolünü ve astımın şiddetini etkileyebilmektedir.¹⁹ Çocukluk çağında yaygın olarak görülen, çocukların ve ailelerinin kaliteli yaşam sürmesini engelleyen astım hastalığının ailedeki yönetiminin ne düzeyde olduğunu saptamak ve astım yönetimini daha iyi düzeyde sağlayabilmek için öncelikle geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracına ihtiyaç vardır.

Bu araştırmanın amacı, Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeği (AAYÖ)'ni Türkçe'ye uyarlayarak geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirmektir.

Hipotez

H1: Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeği geçerli ve güvenilir olarak geliştirilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Astımın Tanımı

Kronik bir hastalık olan astım, klinik, fizyo-patolojik ve psikolojik olarak birçok bileşenden oluşur.²⁵ Astım, çocukları yetişkinlere göre bazı anatomik ve fizyolojik solunum yolu farklılıkları sebebiyle daha fazla etkilemektedir. Çocukluk dönemi kronik hastalıkları arasında ilk sırada bulunan astım, çocukları psikolojik olarak olumsuz şekilde etkileyip yaşam kalitelerinde bozulmalara neden olmaktadır.^{26,27}

Astım, genetik ve çevresel etkenler gibi nedenlerle bronşiyal düz kasların geri dönüşümlü olarak kasılması, mukozada enflamasyon, ödem ve mukus hipersekresyonu ile karakterize bir hastalıktır.¹⁶ Astım, inflamatuvar bir süreçtir ve bu süreçte eozinofil, bazofil, T lenfositler ve mast hücreleri gibi birçok inflamasyon hücresi rol oynar.

Genellikle hava kirliliği, alerjenler, solunum yolu iritanları, egzersiz ve hava yolu enfeksiyonları inflamasyona neden olur ve inflamasyon solunum yollarında daralmaya yol açar.²⁶ Solunum yollarındaki daralma belirli zaman içerisinde kendiliğinden ya da ilaç tedavisiyle düzelmektedir.^{1,25} Hava yollarındaki daralma sebepleri spazm, inflamasyon, düz kaslarda oluşan hipertrofi, hiperplazi, müközsekresyon ve tıkaçtır.¹

Kronik enflamasyonda solunum yollarında aşırı duyarlılık olması nedeniyle özellikle gece ve sabahın erken saatlerinde oluşan tekrarlayan hışıltılı solunum (wheezing), göğüste sıkışma hissi, nefes almada zorluk ve öksürük atakları meydana gelir.^{1,16} İnflamasyon ve obstrüksiyon sebebiyle görülen bu belirtiler günlerce veya aylarca hiç görülmeyebilir. Bazen de dönem dönem alevlenmeler şeklinde çok daha tehlikeli şekilde tekrar ortaya çıkmaktadır. Bu alevlenmeler insan yaşamını tehdit edici şekillere ulaşabileceğinden çocuklarda ve yetişkinlerde sağlık, sosyal ve ekonomik olarak büyük ölçüde yük getirmektedir.^{28,29}

2.2. Astımın Epidemiyolojisi

Astım küresel prevalansının %1-18 arasında değişerek yaklaşık 300 milyon kişiyi etkilediği düşünülmektedir.¹⁶ Her yaşta görülebilen astım çocuklarda %10-15, erişkinlerde %5-10 arasında görülmektedir ve çocukluk döneminde en fazla görülen kronik hastalıktır.¹ Son dönemlerde, çocukluk dönemi astımının görülme sıklığında bir artış olduğu ifade edilmektedir ve bunun sebebinin çevre koşullarındaki değişme ve atopik duyarlılıktaki artış olduğu bildirilmiştir.⁴ 2025 yılında 100 milyon kadar yeni astım hastası olabileceği düşünülmektedir.^{3,4}

DSÖ'nün verilerine göre göre astım, çocukları erişkinlerden daha fazla ve daha ciddi şekilde etkilemektedir.³⁰ Çocukları daha ciddi bir şekilde etkilemesinin nedeni, yetişkinlerle çocukların bağışıklık sistemlerinin ve anatomik olarak solunum yollarının farklı olmasından kaynaklanmaktadır.³¹ Hastalık kontrol ve önleme merkezine (CDC) göre Amerika'da 20 milyon bireyin astım hastası olduğunu ve bunlardan 12 milyonunun her yıl en az bir kez astım atağı geçirdiğini belirtmiştir. 12-17 yaş arası adölesanların %17,2'sinin astım hastalığına sahip olduğu belirtilmektedir.^{13,31} Ayrıca CDC, ABD'de 7 milyon astım hastası çocuğun olduğunu da vurgulamıştır.¹³ Küresel Hastalık Yüku (GBD) verilerinde ise, astım hastalığının dünyada 1/150 oranda ölümlere neden olduğu ortaya konmuştur.^{5,32} Her yıl mayıs ayında bir araya gelen TÜSAD'a göre görülme sıklığı %2,8-%14,5 arasındadır.³³⁻³⁵ Ayrıca Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği (TÜSAD)'ın bildirimlerine göre astım nedeniyle oluşan ölümlerin büyük çoğunluğu düşük ya da orta gelirli ülkeler de olmaktadır.⁷

2.3. Astımın Risk Faktörleri

Astımın risk faktörleri, kişisel faktörler ve çevresel faktörler olmak üzere iki gruba ayrılır.^{36,37}

2.3.1. Kişisel Faktörler

Cinsiyet, genetik, atopi, obezite astıma neden olan kişisel risk faktörleri arasındadır.²

2.3.1.1. Cinsiyet

Astıma yakalanma olasılığı ergenlik öncesi dönemde, erkeklerde kızlara göre iki kat fazla görülmüştür. Daha ileri yaşlarda ise kadın erkek arasındaki bu farkın azaldığı hatta ileri yaş kadınlarda astımın daha sık görüldüğü bildirilmiştir.^{2,36} Yetişkinlerde kadınlarda daha sık görülen astım, 0-18 yaşlarda erkeklerde daha sık görülmektedir.³⁸

2.3.1.2. Genetik

Yapılan araştırmalara göre tek yumurta ikizlerindeki her iki kişide astım görülme oranı çift yumurta ikizlerindeki kadar fazla bulunmuştur. Astım hastalığının genlerle aktarılabilen bir hastalık olduğunu bilinmektedir.³⁶ Ebeveynlerden birinde astım olması halinde çocuklarda astım görülme ihtimali %20-30 arasında iken, ebeveynlerin ikisinde de astım olası durumunda bu oran %60-70'lere ulaşmaktadır.³⁶

2.3.1.3. Atopi

Atopi, astım hastalığındabelirtilen önemli genetik risk faktörlerinden biridir.³⁹ Çevresel alerjenlere yönelik (ev tozu akarları, polen, küf mantarları gibi) fazla sayıda IgE üretilmesine kalıtsal yatkınlık olarak tanımlanır. Astım atopik kişilerde, atopik olmayan kişilere göre daha fazla görülür.⁴⁰ Çocukluk çağı astım hastalığınaatopi oranı %80-90'dır.³⁹ Atopi yaşa göre değişim gösteren bir risk faktörüdür. Özellikle 3 yaş altındaki çocuklardaki atopi ilerleyen yaşlarda astım için önemli bir risk faktörüdür.⁴¹

2.3.1.4. Obezite

Obezitenin astım ve diğer alerjik hastalıklar ile aralarında bir ilişki olduğu bildirilmiştir.^{42,43} Obezite sadece astımın görülme sıklığını değil aynı zamanda patofizyolojisindeki diğer bileşenleri de olumsuz etkilediği için iyileşme sürecini de

olumsuz yönde etkileyen bir risk faktörüdür.⁴²⁻⁴⁵ Yapılan çalışmalarda obez olan kişilerdeki astım görülme oranının olmayanlara göre 2,7 kat fazla olduğu bulunmuştur.^{46,47}

2.3.2. Çevresel Faktörler

Astımın risk faktörleri olan çevresel faktörlerden bazıları allerjenler, hava kirliliği, sigara, diyetdir.²

2.3.2.1. Allerjenler

Ev içi ve ev dışında oluşan allerjenlerin astım ataklarını artırdığı bilinmektedir. Bu allerjenlere karşı hassas olan bireyde allerjenlere temas halinde astım belirtileri ortaya çıkmakta ve bu belirtilerin kalıcı olmasına neden olmaktadır.^{36,48} Yapılan çalışmalarda allerjenlerden olan küf, polen, kedi, köpek tüyleri, ev tozu akarları astımın ortaya çıkmasına ve astımın alevlenmelerine sebep olduğu bildirilmiştir.⁴⁹

2.3.2.2. Koronavirüs (Covid 19)

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 11 Mart 2020'de pandemi olarak ilan edilen ve ilk olarak Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan Koronavirüs (COVİD-19) astım hastalarını etkilemektedir.^{18,50} Koronavirüs fizyopatolojik olarak, astımdaki gibi bronşlar yerine, akciğerin kendi dokusunu tutmaktadır. GINA ve CDC verilerine göre astımlı çocuklar, hastalıktan en fazla etkilenen grup olmalıdır.¹⁸ Ancak bununla ilgili tam birbilimsel kanıt yoktur. GINA'ya göre, astımı olan hastalar astım eylem planlarındaki gibi izlenmeli ayrıca koronavirüsten korunmak için standart önlemleri almalıdırlar.⁵¹

2.3.2.2. Sigara

Astım oluşumunda sigaranın etkisi oldukça fazladır.^{36,37} Gebe kadınların kullandığı sigaranın bebeğin akciğer gelişimini olumsuz yönde etkilediği ayrıca sigara dumanına maruz kalan çocuklarda astım görülme sıklığının arttığı ve tedavinin gidişatını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür.^{36,52} Sigara kullanan gebelerin doğumdan sonra bir

yaşına kadar bebeklerde hışıltılı solunum oluşturma ihtimalinin dört kat arttığı bilinmektedir.^{36,53,54}

2.3.2.3. Hava Kirliliği

Hava kirliliği astımın oluşmasındaki etkisi tam olarak bilinmemekle beraber bu kişilerdeki astım belirtilerini arttırdığı bilinmektedir.^{44,55,56} Iğdır ilinde yapılan bir çalışmada hava kirliliğindeki artışın astım semptomlarındaki artışta tetiklediği görülmüştür.⁵⁷ Yaşamın ilk yıllarında hava kirliliğine maruz kalan çocuklarda, çocukluk çağı astımının arttığı vurgulanmaktadır.^{58,59}

2.3.2.4. Diyet

Anne sütü ile beslenen çocuklarda hazır mama ve inek sütüyle beslenen çocuklara göre astımın görülme oranı daha düşük bulunmuştur.^{36,60} Ayrıca balık tüketiminin fazla olduğu yerlerde astımın daha az ortaya çıktığı görülmüştür.^{61,62} Yapılan bir çalışmada C, D, E vitamini ve meyve tüketimi astımın görülme sıklığını azalttığı belirtilmiştir.⁶³

2.3.2.5. Stres

Psikososyal stres ve astım arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir.⁶⁴ Stres, vücudumuzda adrenalin ve kortizol gibi stres hormonlarının salınımına neden olur. Beraberinde taşikardi, kaslarda gerginlik hiperventilasyon gibi belirtiler ortaya çıkar. Bu belirtiler ise, göğüste sıkışma ve öksürük gibi astım semptomlarına neden olabilir.⁶⁵

2.4. Astımın Patogenezi

Astım çeşitli enflamatuar hücrelerin ve birçok medyatörün rol oynadığı fizyopatolojik değişikliklerle seyreden enflamatuar bir solunum yolu hastalığıdır.¹⁶ Meydana gelen solunum yolu obstrüksiyonu oluşan belirtilerin asıl nedenidir.⁶⁶ Astım patofizyolojisinde, epitel hasar sonrası aşırı mukus üretimi, ödem, bronkokonstrüksiyon ve kas hasarı nedeniyle hava yollarında daralma, ve alt solunum yollarında hasar oluşmaktadır.⁵⁷

Astımda epitel hasar; hava yollarının enfeksiyonlara karşı daha duyarlı hale gelmesine neden olmaktadır.⁶⁷ Bu sürecin oluşumunda birçok inflamatuvar hücre, mediyatörler ve faktörler, hava yolu yapısal hücreleri rol oynar.⁶⁸ Birey alerjenle karşılaştığında, alerjen dendritik hücreler denilen hücrelerle alınır. Bu hücreler tarafından alınan alerjen, lenf nodlarına gider ve alerjene karşı duyarlılık gelişir. Sonrasında spesifik T lenfosit alt gruplarından CD4+ T lenfositlerine iletilir. IL-25 ve IL-33 dendritik hücrelerden salınır ve CD4+ T lenfositlerin T-helper tip 2 fenotipine dönüşümünü gerçekleştirerek, IgE üreten B lenfositlerinin gelişimini sağlar.⁶⁸⁻⁷⁰

IgE reseptörleri mast hücreleri ve makrofajları aktive ederek, akciğerdeki mast hücrelerinden lökotrien, histamin ve sitokinler, kemokinler gibi diğer inflamatuvar mediyatörlerin salınımına neden olur.⁶⁸ Histamin mukoz memebranlardan mukus salgılanmasını uyarır. Bu durumda bronş lümeninin daralmasına ekspiryum daintratorasik basınç artıp bronş lümenini kapattığı için hava çıkışı gerçekleşmemesine ve akciğerlerde hiperinflamasyon gelişmesine neden olur.⁶⁹

Mukusun solunum yollarını doldurup alveollerdeki ventilasyonu inhibe etmesiyle respiratuvar asidoz oluşur.⁷¹ Oluşan ödem, inflamatuvar sitokinler ve mukus bronşlardaki öksürük reseptörlerini uyarır ve öksürüğe neden olur. Birey daha sonra alerjenle karşılaştığında IgE alerjene bağlanır ve mast hücrelerinin aktive olması ile reaksiyonlar tekrarlanır.⁶⁹

2.5. Klinik Bulgular

Astımda solunum yollarındaki enflamasyondan dolayı hastanın solunum yollarında ödem ve sekresyonda artış meydana gelir. Böylece duyarlı hale gelen akciğerlerde duman, koku gibi uyarılar dispne, göğüs ağrısı, öksürük gibi ataklara neden olur.⁷² Ataklar sırasında solunum kaslarının kasılmasıyla oluşan ödem artarak enflamasyonun artmasına ve solunum yollarının daralmasına sebep olur. Bu da hastanın

solunum yollarındaki daralma sebebiyle akciğerlerdeki hava akışının azalmasına ve dispneye neden olur.⁷³

Semptomlar bazı alerjenler ve egzersiz gibi tetikleyicilerden kaynaklanır ve epizodiktir. Hışıltılı solunum ve gece görülen nefes darlığı tanı için önemli bir göstergedir ve tanı için en sık görülen belirtidir.⁷⁴ En önemli belirtileri arasında öksürük, sekreyon ve dispne olan astım ataklar halinde ortaya çıkıp atağın düzelmesiyle kaybolmaktadır.⁶⁹ Hastada astım atakları sırasında sık sık nefes alma, çarpıntı, huzursuzluk, dispne, hışıltı ve solunum zorluğu görülür. Ancak bu belirtiler sadece astıma özgü değildir ve farklı hastalıklarda da görülebilir. Ayırıcı tanıda belirtiler tekrarlayan nöbetler halinde oluşmakta, genelde gece ve sabah saatlerinde artmakta, kendiliğinden veya ilaçla kaybolmakta ve mevsime göre değişiklik göstermektedir.⁷³ Öksürük, dispne göğüste sıkışma hissi, hışıltı gibi belirtilerden en az ikisine birden sahip olması, semptomların gece ya da sabahın erken saatlerinde artması, semptomların ve semptom şiddetinin zamana göre değişkenlik göstermesi değişkenlik göstermesi, soğuk algınlığı, egzersiz, viral enfeksiyonlar, alerjen maruziyeti, egzersiz, sigara dumanı gibi faktörlerin semptomları tetiklemesi, astım tanısında kullanılacak bazı ayırıcı göstergelerdir.¹¹

2.6. Astım Sınıflandırması

Genel olarak astım sınıflandırması şiddetine ve fenotipine göre olmak üzere iki şekildedir. Diğer bir sınıflandırmada ise alerjik ve non-alerjik olarak sınıflandırılmaktadır. Bunun sebebi ise astımda nadiren de olsa tek bir nedenin olmasıdır.¹⁶

2.6.1. Astım Şiddetine Göre Sınıflandırma

Ulusal Astım Eğitim ve Korunma Programı (NAEPP) kapsamında yayınlanan astım tanı ve tedavi rehberine göre astımın sınıflandırması astımın şiddetine göre yapılmakta ve bu sınıflandırmada hastanın yaşı ve tedavi durumu farklılıklara sebep

olmaktadır.⁷⁵ Uygulanan tedavi basamakları ve hastalıktan etkilenme durumuna göre intermittan ve persistan (hafif, orta, ağır) olacak şekilde sınıflandırılır.

Başlangıçtaki değerlendirilmelerde yararlanılan bu sınıflama sisteminde hastanın tedavisiyle ilgili planlamalar yapılır.⁶⁹ Ancak hastalığın şiddeti altta yatan hastalığa ve tedavideki yanıtı bağlı olduğu için bu sınıflandırma aylar yıllar içinde değişebilir. Bu nedenle hastalık şiddetine bağlı astım sınıflandırılması artık tedavi kararlarında kullanılması önerilmemektedir. Ancak bu sınıflandırma inhaleglukosteroid tedavisi olmayan hastalarda ağırlık derecesini tanımlanmasında kullanılabilir.¹⁶

2.6.2. Astım Fenotipine Göre Sınıflandırma

Astım hastalığının tanımı yapılırken fenotipinden bahsedilir. GINA²⁸ kılavuzuna göre ele alınan astım fenotipleri;

2.6.2.1. Alerjik Astım

Astım fenotipleri arasında en basit tanımlanabilen alerjik astım, çocukluk çağında görülmeye başlar. Birçok hastada egzama, rinit, gıda-ilaç alerjisi gibi alerjik hastalık öyküsü veya aile öyküsü vardır. Hastanın tanı testlerinde genelde eozinofilik hava yolu inflamasyonu saptanır ve serum total IgE ölçümünden faydalanılır.^{28,75}

Astımlı çocuklarda serum total IgE düzeyi yüksek olarak saptanmıştır.⁷⁶ Ancak IgE düzeyi bu tür hastalıklar dışında diğer hastalıklarda da yükselebileceği için sadece IgE yüksekliği ile astım tanısı konulmamalı, deri testleri ile de desteklenmelidir.^{77,78}

2.6.2.2. Alerjik olmayan astım

Alerjik olmayan astım fenotipi genellikle yetişkinlerde görülür ve alerji ile ilişkisi bulunmaz. Bu hastalarda sekresyon hücre profili nötrofilik/eozinofilik olabilir veya sadece birkaç inflamatuvar hücreden oluşabilir. Bu fenotipe sahip astım hastalarında inhale kortikosteroidlere cevap daha azdır.²⁸

2.6.2.3. Geç Başlangıçlı Astım

Kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülen bu astım tipi genellikle yetişkinlerde görülür ve non-alerjik olma eğilimindedir. Genellikle kortikosteroidlere dirençli olduğu için yüksek dozlarda inhalekortikosteroid kullanımı gerekir.²⁸

2.6.2.4. Fiks Hava Akımı Kısıtlılığı İle Birlikte Olan Astım

Uzun süredir astım hastalığı bulunan kişilerde solunum yolunun yeniden yapılanmasına bağlı olarak sürekli hava akımı kısıtlanabileceği düşünülmektedir. Bu fenotipteki bireyler birbirlerinden farklı klinik özelliktedirler.²⁸

2.6.2.5. Obeziteyle İlişkili Astım

Obezite ile astım arasındaki ilişki tam olarak saptanamamıştır. Fakat obezitesi olan kişilerde adipoz dokunun genişlemesiyle sistemik inflamasyon ve mekanik etkinin etkili olabileceği düşünülmüştür.⁷⁹ Obezitesi olan astım hastalarının bazılarında solunum belirtileri daha belirgin olduğu halde eozinofilik solunum yolu inflamasyonu daha azdır.²⁸

2.7. Astımda Tanı

Astımda tanı konulurken hastanın öyküsü, fizik muayene bulguları ve pulmoner fonksiyon testleri göz önünde bulundurulmalıdır.¹⁶ Bunların yanı sıra astım tanısı konulurken deri prick testi ve serumda IgE testlerinden de faydalanılmalıdır.⁷⁷

Yapılan araştırmalarda alerjik astımı olan hastalarda total IgE lmleri anlamlı Şekilde yüksek bulunmuştur.⁷⁵ Deri prick testinde ise belli bir alerjene karşı tip 1 hipersensitivite varlığı araştırılır. Ancak, bu test, allerji nedenini tam olarak saptayabilen bir yöntem değildir. Test yapılırken genelde n kolun i yüzü kullanılır ancak antihistaminik ilaç kullanımı testin aktivitesini baskılayabileceği için testten 48 saat önce ilaç kesilmelidir. Polenler (imen ve ağaç), hayvan tüyleri, ev tozu akarları en sık uygulanan alerjen gruplarındandır.⁷⁷

2.7.1. Öykü

Klinik astım tanısı ataklar halinde meydana gelen wheezing, öksürük, göğüste sıkışma hissi, dispne gibi belirtiler yardımıyla konulur. Ayrıca alerjene maruz kaldıktan sonra ataklarla seyreden semptomların ortaya çıkması, bu semptomların mevsimsel değişiklik göstermesi, aile öyküsünde astım ve atopik hastalık bulunması da tanı konulurken oldukça önemlidir.¹⁶ Astım tanısında öykü oldukça önemli olmasına rağmen belirtilerin spesifik olmadığı durumlarda yalnızca öyküye bakılarak tanı konulması oldukça güçtür. Böyle bir durumda destekleyen diğer testlerden de faydalanılması gerekir.⁶⁸ Astımda öykü alınırken dikkat edilmesi gereken noktalar; belirtilerin özelliği (tekrarlayıcı karakterde), belirtilerin oluşma zamanı (geceleri, sabaha karşı, enfeksiyon sonrası), şikayetlerin devam etme süresi, geçirilen atak sayısı, tetikleyici faktörler (alerjenler, enfeksiyonlar, emasyonel durumlar, ilaçlar, gıdalar vb.), ilaçla veya kendiliğinden gerileme durumu, çocuk veya ailede atopik bir hastalığın olması (alerjik rinit, egzama, ürtiker), çocuğun yaşadığı ev ve çevresine ilişkin özellikler oldukça önemlidir.^{68,80}

2.7.2. Fizik Muayene

En fazla rastlanan fizik muayene bulgusu solunum yolu obstrüksiyonunu gösteren hışıltı, ekspiryumda uzama ve ronküslerdir.⁶⁸ Oskültasyonda hava akımı azalmasına bağlı hışıltılı solunum duyulmaktadır. Hafif atakta olan hastalarda wheezing duyulmaz. Bazı astım hastalarında da fazla miktarda hava akımı kısıtlanmasına rağmen hışıltılı solunum bulunmayabilir veya şiddetli ekspiryumda duyulabilir. Şiddetli astım ataklarında bazen hışıltılı solunum ventilasyonun önemli ölçüde azalmasına bağlı işitilmeyebilir. Bu durumda olan kişilerde genelde siyanoz, taşikardi, konuşma güçlüğü, uyku hali, solunumda yardımcı kasların kullanımı gibi alevlenmenin şiddetini gösteren bulgular vardır.¹⁶

2.7.3. Astım Tanısına Yönelik Testler

2.7.3.1. Solunum Fonksiyon Testleri

Solunum yollarındaki daralma nedeniyle zorlu akım hızlarında oluşan değişiklikler birinci saniye (FEV1) ve zorlu vital kapasite (FVC) değerleri ve PEF metre ile ölçülen zirve ekspiratuar akım (PEF) ölçümleri değerlendirilir. Bu testin sonucunda FEV1, FVC ve PEF ölçümlerinin değerleri o yaş, cins ve boydaki çocuklar için olması gereken değerlerle karşılaştırılır.^{36,66} Spirometre de solunum yolu obstrüksiyonunu gösteren en iyi parametre FEV1/FVC oranıdır ve bu oranın %75-80 altında olması hava akım kısıtlılığının varlığını gösterir.³⁶

2.7.3.2. Bronş Provokasyon Testi

Bazı hastalarda Solunum Fonksiyon Testi (SFT) normal değerlere sahip olmasına rağmen astımdan şüphe ediliyorsa bu test uygulanır. Uyaranlar veya egzersiz ile yapılmaktadır.¹¹

2.7.3.3. Allerji Testleri

Astımı olan çocuklarda atopi öyküsü oldukça yüksek olduğu için allerji testleri oldukça önemlidir. Bu nedenle deri prick testleri ya da kanda spesifik IgE seviyelerinin ölçümleri yapılmalıdır. Deri testinde oluşan kabarıklık en az 3 mm veya daha fazla ise pozitif kabul edilir.⁸¹

2.7.3.4. Diğer Testler

Akciğer grafisi astım ile diğer akciğer hastalıklarının tanısında kullanılmaktadır.^{66,82} Eozinofiller hava yollarındaki doku hasarına neden oldukları için kandaki eozinofil seviyesinin belirlenmesi astım tanısı konmasında yardımcı olmaktadır.^{66,11} Çocuklarda IgE düzeyi deri testleriyle belirlenmekte ve duyarlı olunan antijene karşı bir yaşından itibaren artmaktadır.⁶⁶

2.8. Astımda Tedavi

Kronik bir hastalık olan astım tedavisindeki asıl amaç, çocuğun yaşadığı astım semptomlarını, alevlenme sıklığını ve ilaç kullanımını azaltarak, solunum fonksiyonlarını düzenlemek ve ilaçların neden olduğu yan etkileri azaltarak çocukların yaşam kalitesini artırmaktır.^{16, 36} Astımda ilaç tedavisinin en önemli iki temel sebebi solunum yolu iltihabını azaltmak ve solunum yollarını tekrar açmaktır. Solunum yolu iltihabını azaltmayı sağlayan ilaçlara anti-enflamatuar ilaçlar, solunum yollarını açmaya yarayan ilaçlara ise bronkodilatörler denir.⁴⁴

2.8.1. İlaç Tedavisi

Astımda kullanılan ilaçlar kontrol edici ilaçlar ve rahatlatıcı ilaçlar olmak üzere iki şekildedir.¹¹ Anti-enflamatuar etkileri sayesinde astımı kontrol altında tutan kontrol edici ilaçlar, her gün ve uzun süreli kullanılmaktadır. Rahatlatıcı ilaçlar hızlı bir şekilde etki ederek bronkokonstrüksiyonu düzelteren, bulguları gideren ve gerekli durumlarda kullanılan ilaçlardır. Astım ilaç tedavisinin inhalasyon, oral ya da parenteral (subkutan, intravenöz, ya da intramüsküler enjeksiyon) yol gibi farklı uygulama yöntemleri bulunmaktadır. En avantajlı olan inhale tedavide, oldukça düşük sistemik yan etki bulunmakta ve ilaçlar doğrudan solunum yollarına verildiği için daha yüksek oranda fayda sağlanmaktadır.¹⁶

2.8.1.1. Kontrol Edici İlaçlar

Kontrol edici ilaçlar inhalesteroidler, inhalesteroidler, lökotrien antagonistleri, uzun etkili inhale beta agonistler, teofilin, uzun etkili oral beta agonistler ve sistemik glikokortikosteroidlerdir.⁸³

Kortikosteroid olarak da adlandırılan inhalesteroidler, akciğerlerdeki enflamasyonu azaltarak etki gösteren ve astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) gibi solunum hastalıklarını tedavi etmek için kullanılan en etkili anti-enflamatuar ilaçlardır.^{84,85} Kontrol

ilacı olarak tedavide kullanılan inhalesteroidler astım semptomlarının, solunum yolları hiperaktivitesinin ve solunum yolu inflamasyonunun azalmasını sağlarlar.^{78,85,86}

2.8.1.2. Rahatlatıcı İlaçlar

Rahatlatıcı ilaçlar sınıfında hızlı etkili inhale beta agonistleri ve kısa etkili oral beta agonistleri, antikolinergik ilaçlar bulunmaktadır.¹⁶ Hızlı etkili inhale beta agonistleri mevcut en etkili bronkodilatatörlerdir ve bu nedenle her yaş grubundaki çocuklarda akut astım tedavisinde tercih edilir.^{87,88} Oral tedavi nadiren gerekir ve inhalasyon tedavisi uygulanamayan küçük çocuklarda kullanılır.^{16,72} Antikolinergik ilaçlar, çocuklarda uzun süreli tedavide kullanılmaları önerilmez.^{89,90}

2.10. Astımlı Çocuklarda Hemşirelik Yönetimi

2.10.1. Akut bakım

Akut astımla hastaneye başvuran çocuklar endişeli ve huzursuzdur. Birçok kez çocuklar acile statusastmatikus ve akut distresle başvururlar. Çocukların sürekli gözlem ve değerlendirilmesi önemlidir. Beta agonistleri ve kortikosteroidleri verildiğinde toksisite, respiratuar distres yönünden yakından takip edilmelidir.⁷² Akut evre sırasında oral sıvı alımı sınırlı olabilir, yeterli doku hidrasyonunu sağlamak için intravenöz sıvı verilmesi gerekebilir. Eğer mümkünde hemşire çocuğu yormamak için birkaç kelime cevap verebileceği şekilde iletişim kurmalıdır.⁹¹

Ebeveynlerin çocukların durumu ve tedaviler hakkında bilgiye ihtiyaçları vardır. Ebeveynler üzgün ve endişelidirler. Çocuklarının bu durumuna katkıda bulduklarına ya da atağı önleyebileceklerine inanırlar. Çabalarının takdir edilmesi ve ebeveynlik becerilerinin cesaretlendirilmesi stresleri ile baş etmelerine yardımcı olacaktır.¹⁶

2.10.2. Genel Bakım

Astım alevlenmeler ile seyreden kronik bir hastalık olduğu için hastalar bazen aylarca belirti vermeden yaşayabilecekleri gibi akut olarak yaşamı tehdit edici ataklarda

geçirebilirler.⁶⁸ Atak aralarında bulgusuz geçirilen zamanlar aile tarafından çocuğun iyileştiği düşüncesi uyandırıp tedaviye ara verilmemelidir. Aileye uzun süreli tedavinin önemi anlatılmalı ve astımın geçici bir hastalık olmadığı tedavi sürecinin ve bakımın önemi anlatılmalıdır.⁸⁰

Çocukluk çağı astım yönetiminde hemşire tarafından hasta ve ailesinin durumu tanılandıktan sonra planlama yapılmalıdır. Hasta ve ailesinin hastalıkla ilgili bilgi ve uygulamayla ilgili eksiklikleri varsa giderilmeli, yapılacak bütün uygulamalara hasta ve ailesi dâhil edilmeli ve bakım uygulamalarında onlara da sorumluluklar verilmeli çocuk ve aile astımla yaşamayı öğrenmeleri için teşvik edilmelidir.^{71, 72,92}

Çocukluk çağı astım yönetiminde, hemşirelerin temel rolleri arasında, bakım verme, eğitim, çocuk ve aileyi biyopsiko-sosyal değerlendirme, izlem ve sağlık bakım sonuçlarını değerlendirme bulunmaktadır. Hemşirelik yaklaşımlarının en önemli noktalarından birisi hasta çocuk ve ailesine hastalık yönetimi ile ilgili gerekli bilgi ve becerinin kazandırılmasıdır. Burada hemşirenin eğiticilik rolü ortaya çıkmaktadır. Yapılan çalışmalarda danışmanlık hizmetlerinin astım yönetiminde önemli rolünün olduğu saptanmıştır.⁹³

Eğitimi planlanırken, hasta ve ailesinin bilgileri değerlendirilmeli ve doğru bilgilerin pekiştirilmesi, yanlış bilgilerin ise düzeltilmesi gerekmektedir.⁹⁴ Verilen eğitim astımın tanımı, belirtileri ve etkileri, tanıda kullanılan testler, atakların öncü belirtileri ve atak durumunda izlenmesi gereken basamaklar, astımı tetikleyen faktörler tedavi planları, tedavinin yan etkileri, bakım uygulamaları, doğru ilaç uygulamaları gibi önemli noktaları kapsayacak şekilde hazırlanmalıdır.^{71, 72,95}

Eğitimler verildikten sonra süreç değerlendirilmeli doğru yapılan uygulamalar pekiştirilmeli, yanlış yapılanlar tekrar gözden geçirilerek eğitim planlanmalıdır. Böylece astım yönetimi için verilen eğitimler davranış haline dönüştürülecektir.^{96,97,98} Taburculuk

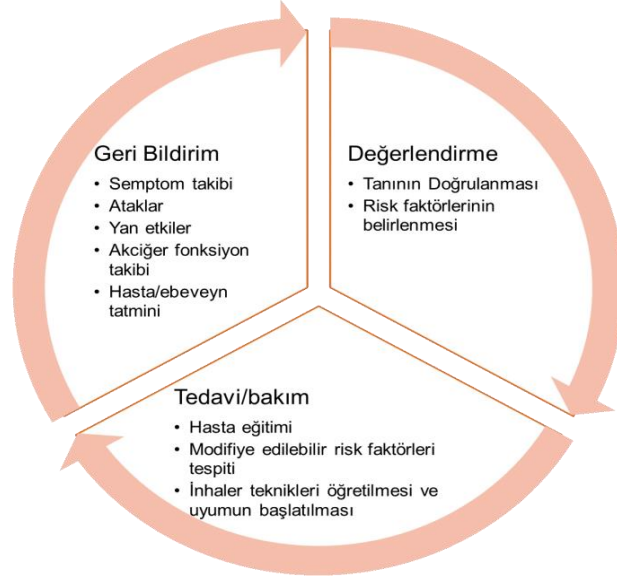
öncesinde çocuk ve ebeveynlerin endişeleri giderilmeli soru sormaları için cesaretlendirilmelidir. Böylece hemşire, çocuk ve ailesinin endişelerini giderebilmek için gerekli planlamaları yapacaktır. Dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta astım ataklarıyla başa çıkma becerilerinin geliştirilmesidir. Böylece hem çocuk hem de ebeveynler ataklar sırasında daha az korku yaşayacak güven ve yönetim duygusu artacaktır.⁸⁰ Çocuk ve ailede astım yönetimi yeterli düzeye geldiğinde alevlenme sıklığı ve hastaneye yatışlar önlenebilir, çocuğun günlük aktiviteleri ile ilgili olan sınırlamalar ortadan kaldırılır ve çocuğun yaşam kalitesi önemli ölçüde artırılmış olur.⁷¹

2.11. Astımın Bireysel Kontrolü ve Yönetimi

Bütün dünyadaki çocuklarda astım hastalığının toplumsal, sosyal ve ekonomik yükü giderek artmaktadır. Bunun en temel nedenleri arasında sosyoekonomik düzey, ailenin eğitim düzeyi, düzenli kontrollerin olmaması ve ilaçların kullanım hataları gibi faktörler gösterilebilir.⁹⁹ Bu faktörlerin temeline bakıldığında astım hastalığının yönetiminin en iyi yolunun bireysel astım yönetimi ve kontrolü olduğu daha önce yapılan araştırmalarca kanıtlanmıştır.^{93,100-102}

Bireysel olarak astım hastalığının yönetimi, hasta ve ailesine doğru tekniklerle verilecek eğitimlerle kazandırılabilir.¹¹ Çocuklarda görülen astım hastalığı yönetilebilir ve kontrol altına alınabilen bir hastalıktır. Astım hastalığının yönetimi ve kontrolünün amacı hastalığa uygun tedavi ve bakımla hastaların yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Kılavuzlarda, astım hastalığının izleminin bireysel ve astım kontrol düzeyine göre yapılması önerilmektedir. Özellikle astım atak sayısının ve acil servis olan başvuru sıklığının azalması, bronkodilatör ilaca eskisinden daha az gereksinim duyulması astımın kontrol altında olduğunu göstermektedir. Olası risk faktörlerinin etkisinin azaltılması, astım hastalığına sahip çocukların yaşam kalitesinin yükselmesini sağlamaktadır.^{11, 100} Ancak tüm dünyada ve ülkemizde astım kontrolü hala istenilen düzeyde ulaşmamıştır.^{29,}

11, 83, 100 GINA kılavuzuna göre 6-11 yaş arası çocuklarda astım kontrolü iki ana başlıkta toplanmaktadır. Bunlar; semptom kontrolü ve atakların risk değerlendirilmesidir. Zayıf semptom kontrolü, atak geçirme riskini arttırmaktadır. Hafif astım rahatsızlığı olan hastaların da aynı şekilde atak geçirme riski her zaman bulunmaktadır. Değerlendirme ve izlemde genellikle GINA kılavuzu 6-11 yaş arası çocuklarda son dört haftalık değerlendirme sorularını içeren ‘Çocuk Astım Kontrol Testi’ni önermektedir. Çocuklarda astım kontrolünün değerlendirilmesi için GINA 3 adım belirtmiştir: İlk adımda semptomların kontrolü ve gelecekteki atak risklerinin değerlendirilmesi gerekir. Son dört haftadaki semptomların kontrolü sorgulanmalı, atak geçirmek için yaşadığı çevrede bulunan diğer risk faktörleri tanımlanmalı (kısıtlı havayolu, sigara dumanı gibi), akciğer fonksiyonları (akciğer fonksiyon testi) ölçülmelidir. İkinci adımda hastanın hastalığa yönelik tedavi planı çıkarılmalıdır İnhaler ilaç kullanım tekniği izlenilmeli, inhaler ilaçların oluşturabileceği yan etkileri gözlenmeli, hastaya astım kontrolü ve ilaç kullanımı konusundaki kişisel görüşleri sorulmalıdır. Son adımda ise hastalığa eşlik eden faktörler belirlenmelidir. Astımın hasta kontrolünden çıkmasına neden olabilir, yaşam kalitesini hızla düşürebilir ve devamında zayıf astım kontrolü ile sonuçlanabilir. Yapılan bu değerlendirmelere göre bireysel astım kontrol programı ile bireysel yaklaşımlarda bulunulmalıdır.¹¹ Hastalığın tedavisinde ve bakımında istenilen kontrol düzeyi çocuğun bireysel olarak astım kontrol becerileri kazanmasıdır.⁹⁹ Amaçlanan bu hedef bireysel kontrol tabanlı astım yönetimi olarak adlandırılmaktadır. Değerlendirme, tedavi/bakım ve geri bildirim gibi birkaç basamaktan oluşan sürekli bir döngüdür. Yapılacak ilk değerlendirme sonucu planlanan tedavi ve bakımla, hastadan alınacak geri bildirimlerle astım hastalığına sahip olan çocuğun semptom kontrolü hedeflenmektedir. Bireysel kontrol tabanlı astım hastalığı yönetimi, bireysel farklılıklar olması nedeniyle spesifik ve bireye özgü olarak planlanmalı ve uygulanmalıdır.¹¹



Şekil 2.1. Astım yönetiminde planlama şeması

"Global Initiative for Asthma"

2018 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention.¹¹

Tüm dünyayı etkisi altına alan ve pandemi olarak nitelendirilen salgın hastalık nedeni olan COVID-19 virüsünden en çok etkilenen hasta grubu olan astımlı çocukların astım yönetiminde de yeniden ele alınması gereken bazı noktalar olmuştur. CDC, GINA ve Kuzey Amerika Alerji, Astım ve İmmünoloji Birliği; Covid-19 salgını için yeni yayınladıkları bildirimlerde ve kılavuzlarında, pediatrik astım yönetimini ele almışlardır. Rehberlerde, astım hastalığı olan çocukların astım eylem planına olduğu gibi bütünüyle uymaları önerilmiştir. Doğru inhaler kullanım tekniği, astım ataklarının tetikleyicilerinden uzak durma gibi bilinen önlemlerin yanında Covid 19 için, sık el yıkama ve sosyal mesafe kuralları getirilmiştir.^{18, 51}

2.12. Astımlı Çocuklarda Aile Yönetimi

Astım gibi kronik hastalığı olan çocuklarda ailenin işleyişi ve ailenin bağlamsal faktörleri son zamanlarda çok daha sık incelenmeye ve araştırılmaya başlamıştır¹⁰¹ Aile,

optimal astım hastalığı bakımını sürdürmede önemli bir rol oynar.⁹⁹ Astım tedavisi güçlendirilmiş aile rutinlerinin etkili yapısı ile sorunların çözümüne dayanır.¹⁰¹

Astım hastalığının kronik, kalıcı bozukluklar gösteren, uzun süreli kontrol ve bakım gerektiren bir hastalık olması, astımlı çocukların kendileri ve ailelerinin sosyal ve duygusal yaşamını derinden etkilemektedir.¹⁰⁴ Ailenin yapısındaki ve işlevlerindeki bozulmalar hasta çocuğun davranışlarını ve hastalığı yönetebilme becerisini azaltabilir ve hem aile üyelerinin kendi aralarında hem de bakım veren anne ile çocuk arasındaki çatışmaları tetikleyebilir.¹⁰⁰ Aile içerisinde etkisiz iletişim kalıplarına başvurulduğunda üyeler muhtemelen birbirinden kaçma ve uzaklaşma eğilimi gösterir. Bu nedenle birlikte hareket etmek, hastalığın aile yapısına bağlı olarak ilerlemesini engeller.^{100, 101}

Hastalığın aileye olan olumsuz etkilerinin aile üyeleri tarafından konuşularak fark edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Aile çocuğun hastalığına karşı birlikte yapılandığı zaman hastalığın şiddetinin ortaya koyduğu zorluklar, karmaşık tıbbi ve sosyal rutinler ile daha kolay yüzleşilebilir bir hale gelir. Aile üyeleri arasında her konuda etkili iş bölümü yapılması hastalığın duygusal ve pratik zorluklarını yönetmede bakım verene ve diğer aile üyelerine kolaylık sağlayabilir.¹¹ Hastalık nedeniyle aile yeni deneyimlere açık olmayı kabullendiği zaman hastalığa daha erken müdahalede bulunabilmek ve çocuğun belirli klinik zorluklar karşısındaki hassasiyetinin önüne geçmek daha kolay başedilebilir hale gelir.⁹⁹ Aile üyeleri bakım veren annelerin yaşamında nelerin değiştiğini anlamaya çalışabilir, bakım alan çocuğun yaşadığı zorluklar aile üyelerince daha kolay anlaşılabilir.⁹⁹

Bakım verme eyleminin sadece anne üzerinden yürümesi, annenin duygu ve düşüncelerinin aile üyelerince anlaşılmasını zorunlu kılmaktadır ve bakım veren annenin desteklenmesine yardımcı olabilir. Bakım veren annelerin üzerinde bulunan diğer sorumlulukları aksatmaya başlaması ailenin yaşantısına, alışkanlıklarına ve döngüsüne

yeni zorluklar ekleyeceği için annenin işlev kaybı aslında ailenin işlev kaybı anlamına gelmektedir.¹⁰³ Aile içerisinde her bireye bakımla ilgili sorumlulukları eşit biçimde dağıtmak ve aile üyeleri arasında bakım yükünü paylaşmak anneye düşen yükü hafifletebilir, sıkıntılarını azaltabilir.¹⁰⁴

Hastalık sürecinde ailelerin duygularını ifade etmeye ihtiyacı vardır. Pediatrik astıma özgü durumlarda ailelerin endişe gibi ciddi stres verici durumlar, günlük aktivitelerin kısıtlanması ve aile rutinlerinin engellenmesi sorunları alternatif ve iyimser başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesiyle çözümlenebilir.¹¹ Astımlı çocukların ebeveynlerinin bakım verme rolü, bakım verme deneyimi adına önemli bir kazanç olarak kabul edilebilir.¹⁰⁵ Çünkü bakım verecek olan ebeveynlerin pediatrik koşullara uyumu üzerine yapılan psikososyal araştırmaların ortak görüşü uyum süreçlerine ilişkin olumlu boyutların göz ardı edildiği yönündedir.¹⁰⁶

Gerekli psikososyal müdahalelerle bakım veren annenin bakım yükünün aileye getirdiği stresin çözümlenmesiyle ve ailenin işlevlerini yerine getirip sağlıklı iletişim kanallarını kullanması ile mümkün olabilir. Böylece ailede astım yönetimi resmiyet kazanabilir ve işlevsel aile içinde astımı yönetmek önemsiz bir işmiş gibi görünmekten uzaklaşabilir.^{101,107}

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Metodolojik türdeki bu araştırmada, Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeği (AÇAYÖ) Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirliği yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Atatürk Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (SAUM) Pediatrik Yandal Kliniği, Genel Pediatri Kliniği ve Genel Pediatri Polikliniği'nde yürütülmüştür. Pediatrik Yandal Kliniği, 12 hasta odasından oluşup toplam 28 yataklıdır ve bir sorumlu hemşire olmak üzere toplam 8 hemşire çalışmaktadır. Genel Pediatri Kliniği, 7 hasta odasından oluşup 15 yataklıdır ve bir sorumlu hemşire olmak üzere toplam 7 hemşire çalışmaktadır. Genel Pediatri Polikliniği ise 08:00-16:00 saatleri arasında hizmet vermektedir ve toplam iki hemşire görev yapmaktadır. Bu araştırma, Aralık 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Atatürk Üniversitesi SAUM'a Aralık 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında başvuran, 18 yaşından küçük astım hastalığı olan çocuğa sahip ebeveynler oluşturmuştur. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmeden araştırmaya katılmayı kabul eden tüm ebeveynler araştırmaya dahil edilmiştir. Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında, ölçeğin bütün maddelerinin toplamından beş-on kat sayıda birey ile çalışılması gerekmektedir.^{108,109} AÇAYÖ'nün madde sayısı 57 olduğu için 285 ile 570 arasında ebeveyne ulaşılabileceği gerekmektedir. Araştırmanın evreni dikkate alınarak en az 285 ebeveyne ulaşılabileceği hedeflenmiştir ve araştırmada ölçek madde sayısının 5.1 katını oluşturan 293 ebeveyne ulaşılabileceği düşünülmüştür.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Çocuğu sadece astım tanısı alan

- Çocuğu en az 6 aydır astım hastası olan
- İletişime açıkve okur-yazar olan ebeveynler oluşturmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu ve Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeği (AÇAYÖ) kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-5)

Araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan bu formda, çocuğa ait yaş, cinsiyet, hastalığın süresi ve ebeveyne ait yakınlık derecesi, yaş, çocuk sayısı, öğrenim durumu, meslek, annenin öğrenim durumu, annenin mesleği, babanın öğrenim durumu, babanın mesleği, gelir durumu sorulardan oluşan toplam 13 soru yer almaktadır.

110,111

Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeği-AÇAYÖ (Family Management Scalefor Children with Asthma-FMSCA) (EK-6)

Bu ölçek, astımlı çocuklarda aile yönetim düzeyini değerlendirmek amacıyla 2020 yılında Xing ve arkadaşları²⁴ tarafından Çin'de geliştirilmiş ve doğrulanmıştır. AÇAYÖ, toplam 57 maddeden oluşmaktadır.²⁴ ve 13,14,15,16,49,50 ve 52. maddeler tersine puanlanmaktadır. Ölçeğin cevaplanması 5'li Likert tipidir. Ölçeğin puanlanması; 1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Emin değilim, 4=Katılıyorum ve 5=Kesinlikle katılıyorum şeklindedir.

AÇAYÖ, çocuk kimliği (1, 2, 3, 4, 5 ve 6. maddeler), duruma bakış açısı (7, 8, 9, 10, 11 ve 12. maddeler), yönetim zihniyeti (13, 14, 15 ve 16.maddeler), ebeveyn karşılıklılığı (17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 ve 24.maddeler), ebeveynlik felsefesi (25, 26, 27, 28 ve 29.maddeler), yönetim yaklaşımı (30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47 ve 48.maddeler), aile odağı (49, 50, 51 ve 52.maddeler) ve gelecek beklentisi (53, 54, 55, 56 ve 57.maddeler) olmak üzere sekiz alt boyuttan oluşmaktadır.²⁴

Ölçeğin değerlendirilmesinde, toplam ve alt boyut puanlarının yüksek olması aile astım yönetiminin ve ilgili alt boyutla ilgili yönetimin daha yüksek seviyede olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin iç tutarlılığının belirlenmesi için güvenilirlik ölçütü olarak belirlenen Cronbach α Xing ve ark.²⁴ tarafından; çocuk kimliği alt boyutu için 0.803, duruma bakış açısı alt boyutu için 0.810, yönetim zihniyeti alt boyutu için 0.837, ebeveyn karşılıklılığı alt boyutu için 0.883, ebeveynlik felsefesi alt boyutu için 0.759, yönetim yaklaşımı alt boyutu için 0.880, aile odağı alt boyutu için 0.803 ve gelecek beklentisi alt boyutu için 0.860 olarak bulunmuştur. Ölçeğin toplamında Cronbach $\alpha=0.918$, test-tekrar test güvenilirliği $r=0.857$ ve $p < 0.01$ olarak elde edilmiştir.²⁴

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada verilerin toplanması için “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeği” kullanıldı. AÇAYÖ, Türkçe’ye uyarlanarak dil geçerliliği değerlendirildi ve gerekli düzenlemeler yapıldı. Ölçek maddelerinin ebeveynler tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını test etmek için hedef kitleden 5 kişi seçilerek ön uygulama yapılarak ölçeğin son hali oluşturuldu. Araştırmaya dahil edilen 293 ebeveyne ilk uygulama yapıldıktan sonra test-tekrar test güvenilirliğini değerlendirmek için iki hafta sonrasında 15 ebeveyn ile ikinci uygulama yapıldı. Araştırma verileri, araştırmacı tarafından, Aralık 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında araştırmaya katılan gönüllü ebeveynlerle COVID-19 pandemi süreci kısıtlamaları çerçevesinde sosyal mesafe ve maske kurallarına dikkat edilerek yüz-yüze görüşme tekniği ile yaklaşık 15-20 dk’da toplandı.

3.5. AÇAYÖ'nün Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği

3.5.1. Geçerlik Aşaması

Ölçme araçlarının saptaması gereken özelliği, doğru bir şekilde ölçebilmesine geçerlik denir. Başka bir ifadeyle amacına hizmet etme derecesidir.^{109,112} Bu araştırmada, AÇAYÖ'nün ilk olarak dil geçerliliği sağlanmış olup sonrasında kapsam geçerliliği yapılmıştır.

3.5.1.1. Dil Geçerliği

Ölçekler farklı bir dile uyarlanırken yapısında bazı değişiklikler meydana gelir. Bunun nedeni, dilsel farklılıkların olmasıdır.¹⁰⁸ Bu değişiklikleri en az seviyeye indirebilmek için ölçekteki bütün maddeler dikkatli bir şekilde incelenmeli, çeviri yapılacağı dilde anlam bütünlüğü olması için gerekli tüm dönüşümler sağlanmalı ve çevirisi yapılan dildeki bireylerin normlarına göre standartlaştırılmalıdır.¹⁰⁸ Ölçekler başka bir dile uyarlanırken tek yönlü çeviri, grup çevirisi ve geri çeviri yöntemleri kullanılmaktadır.¹⁰⁹

Ölçek çevirilerinde kullanılan tek yönlü çeviri oldukça sık kullanılan bir yöntem olmasına rağmen, bu çeviri yönteminde başarı oranı bireyin konuyla ilgili bilgi birikimini ve tecrübesini kapsadığı için geçerlik ve güvenilirliğin düşük olmasına neden olmaktadır.¹⁰⁹ Grup çevirisi yönteminde orijinal ölçek, ölçek dilini iyi bilen en az iki kişi tarafından birlikte veya ayrı ayrı çevirisi yapılır. Bu çeviri gruptaki kişiler tarafından incelendikten sonra ortak bir taslak oluşturulur ve başka bir gözlemci tarafından en makul olan seçilir.¹¹³ Geri çeviri yöntemi en çok kullanılan çeviri yönteminden bir diğeridir. Ancak zaman ve maliyet gerektirmektedir. Bu yöntemde çeviri yapacak kişiler hem orijinal dili hem de kullanılacağı dili ve kültürü iyi bilmeleri gerekmektedir. Yapılan çeviri asıl çeviri ile karşılaştırılarak uyumsuzluklar belirlenip gereken düzeltmeler sağlanır.¹⁰⁹ Daha sonra maddeler bireyler tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını test etmek

için hedef kitleden 5-10 kişi seçilerek uygulama yapılır ve dil uygunluğu açısından anlaşılmayan madde olması durumunda gerekli değişiklikler yapılarak ölçeğe son şekli verilir.^{108, 109}

Bu araştırmada, AÇAYÖ'nün orijinal dili Çin'ce olması nedeniyle dil çeviri sürecinde, grup çevirisi ve geri çeviri yöntemleri birlikte kullanılarak iki aşamada yapılmıştır. Öncelikle grup çevirisi yönteminde AÇAYÖ, Çince'yi iyi bilen iki kişi tarafından ayrı ayrı Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu çeviriler araştırmacılar tarafından incelendikten sonra ortak birinci taslak oluşturulmuştur.

Daha sonra, geri çeviri yönteminde iki yönlü çeviri tekniği kullanılmıştır. Bu yöntemde AÇAYÖ Çince'den İngilizce'ye ve İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Aynı işlem geri çeviri yöntemi ile tekrar uygulanmıştır. Sonuçta, Çince ve İngilizce'yi ana dil düzeyinde bilen bir dil uzmanı ve araştırmacılar tarafından ortak ikinci taslak form oluşturulmuştur.

Oluşturulan iki taslak form, pediatri alanında iki uzmanın görüşüne sunularak gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ölçek maddelerinin ebeveynler tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını test etmek için hedef kitleden 5 kişi seçilerek ön uygulama yapılmış ve dil uygunluğu açısından anlaşılmayan madde olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

3.5.1.2. Kapsam Geçerliliği

Kapsam geçerliliği, ölçüm aracının ölçülmek istenilen nitelikleri kapsayabilme derecesidir.¹¹⁴ Kapsam geçerliliği yapılırken konu ile ilgili uzman olan bir gruba ölçek maddeleri incelenir ve ortak bir karar alınması sağlanır.¹¹⁵ AÇAYÖ'nün Türkçe formu, pediatri alanında 10 uzmana, e-posta yoluyla gönderilerek görüşleri alınmıştır (EK 4). Uzmanlardan AÇAYÖ'nün kültürel yapı uygunluğu ve maddelerin ölçmesi hedeflenen kavramı kapsama durumunu değerlendirmeleri istenmiştir. Kapsam geçerliliğinin sayısal ifadelerle ispatlanması için Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI) ile uzmanlar

maddeleri 'uygun değil (1), uygun hale getirilmesi gerekir (2), uygun ama küçük değişiklik gerekiyor (3), çok uygun (4)' şeklinde Davis Tekniği ile değerlendirmiştir. Değerlendirme sonrasında; uzmanların 'çok uygun' ve 'uygun ama küçük değişiklik gerekiyor' değerlendirmelerinin toplamı, toplam uzman sayısına bölünerek KGİ hesaplanmıştır.¹¹⁵ Maddelerin kapsam geçerliliği açısından yeterli olabilmesi için KGİ'nin 0.80'den büyük olması gerekmektedir.¹⁰⁸

3.5.1.3. Yapı Geçerliliği

Ölçme aracının ölçmeye çalıştığı teorik yapıyı ölçebilme derecesine yapı geçerliliği denir. İstatistiksel olarak yapı geçerliliğini değerlendirmenin en iyi yolu faktör analizidir.^{116,117} Faktör analizi, ölçekteki tüm maddelerinin alt boyutlara göre ayrımının yapılması amacıyla kullanılan bir ölçme yöntemidir.^{118,119} Ölçeğin yapı geçerliliği, açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi teknikleri kullanılarak yapılmıştır.

Açımlayıcı Faktör Analizi (AFA): Faktör analizine uygunluğu ve örneklem yeterliliğini değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi; analiz edilecek değişkenler arasındaki ilişkilerin anlamlılığını anlamak amacıyla da Bartlett's Test of Sphericity (BTS) uygulamıştır.¹²⁰ KMO, 0 ile 1 aralığında bir değer almaktadır. BTS'de ise $p=0.000$ olması verinin birbiri ile ilişki gösterdiğini ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.¹¹⁹ Bu araştırmada AFA için temel bileşenler analizi yapılmıştır.

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA): DFA, ölçme araçlarının geçerliliğini belirleme yöntemlerinden biridir ve faktörlerin gerçek verilerle ne derece doğrulandığını değerlendirmeye yönelik bir analizdir. Başka bir ifade ile ölçeğin orijinal faktör yapısının, Türk toplumundan seçilen örnekleme doğrulanıp doğrulanmayacağını belirlemeyi amaçlar.¹²¹ Bu araştırmada DFA için χ^2/SD değeri, GFI (Goodness of Fit Index), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), CFI (Comparative Fit Index), RMSEA (Root Mean

Square Error of Approximation), SRMR (Standard ized Root-Mean-Square Residual) uyum indeksleri ve PATH diyagramı kullanılmıştır.

3.5.2. Güvenirlik Aşaması

3.5.2.1. İç Tutarlılık

Ölçeklerdeki her bir maddenin ölçülmesi hedeflenen kavramsal yapıya hizmet etmesi gerekmektedir.¹¹⁹ İç tutarlılık, ölçek maddelerinin birbirleriyle bağlantılı olarak aynı kavramı ölçebilmesidir. Ölçeklerdeki bazı maddeler hedef kavramı iyi temsil ederken bazı maddeler nispeten daha az temsil edebilir. Böyle durumlarda ilgi düzeyi düşük olan maddelerin çıkartılmasıyla ölçeğin iç tutarlılığı ve dolayısıyla da güvenilirliği artırılabilir.¹²²

İç tutarlılık hesaplanırken; Cronbach α katsayısı, madde toplam korelasyonu, test re-test eşdeğerliliği kullanılır.¹²² Cronbach α katsayısı, maddelerin değişkenlerinin eşit olduğu varsayımı altında yapılan güvenilirlik ölçüsüdür ve ölçekteki maddelerin birbirleri ile uyum derecelerini gösterir.¹²² Cronbach α katsayısı, 0 ile 1 arasında değer alır ve 0.60 ya da üzeri olması ölçeğin güvenilir olduğunu gösterir.¹²³

3.5.2.2. Test-Tekrar Test

Araştırmada AÇAYÖ'nin ilk uygulamasına 293 ebeveyn dahil edilmiştir. Ölçeğin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için 15 ebeveyne tekrar test yapılmıştır. İlk uygulamadan iki hafta sonra ebeveynlerden randevu alınarak AÇAYÖ tekrar uygulanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

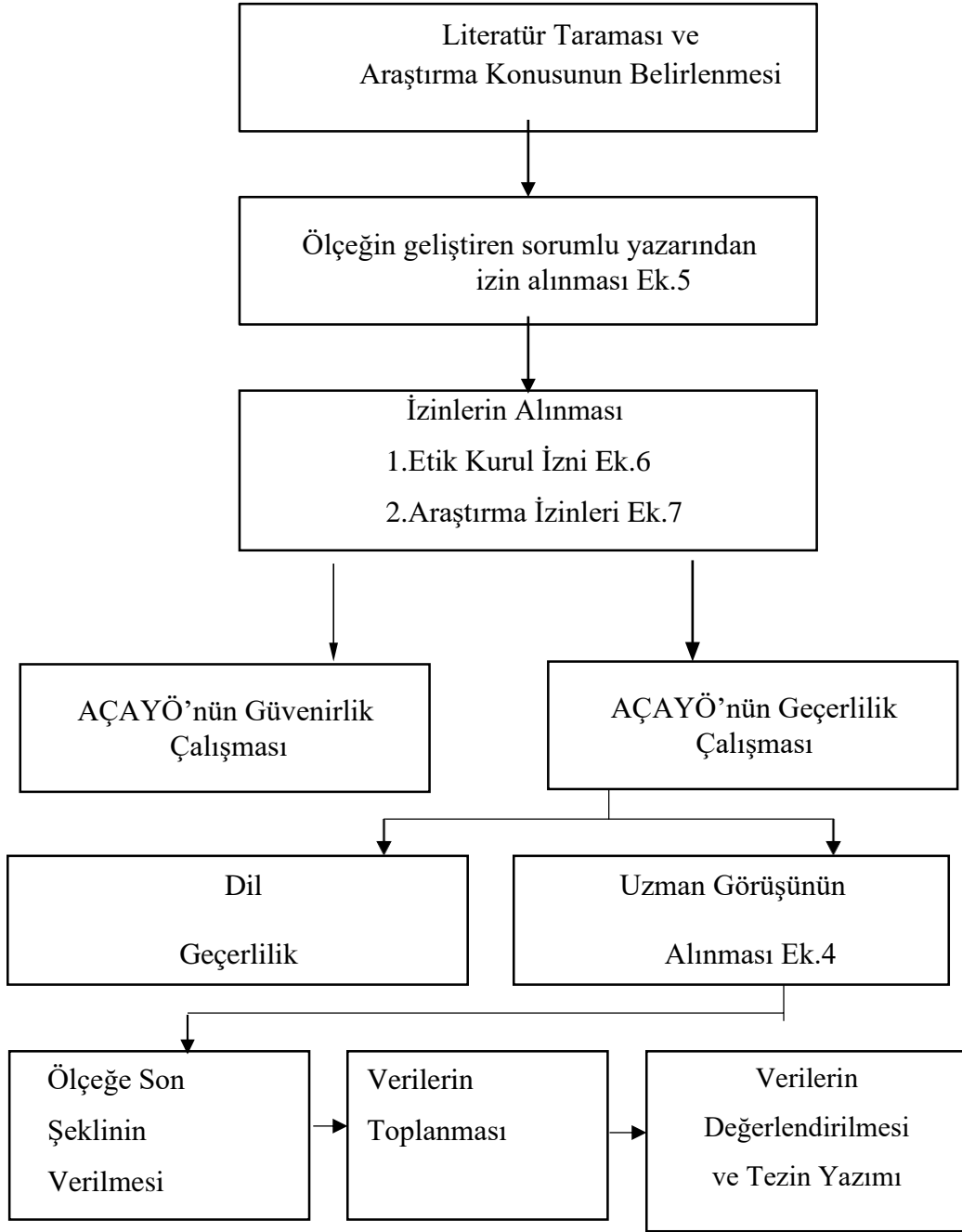
Veriler SPSS for Windows 22 paket programı ve LISREL 8.80 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

Kullanılan Test	Teknik
Kapsam geçerliliği	Davis Tekniği
Açıklayıcı faktör analizi	KMO ve Bartlett katsayıları, temel bileşenler analizi
Doğrulayıcı faktör analizi	χ^2/SD değeri, GFI, AGFI, CFI, RMSEA, SRMR uyum indeksleri ve PATH diyagramı
İç tutarlılık	Cronbach α katsayısı, madde toplam korelasyonu,
Test-tekrar test eşdeğerliliği	test re-test
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları*

3.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın Türk toplumuna uyarlanabilmesi için AÇAYÖ'yü geliştiren sorumlu yazarlardan e-mail yolu ile izin alındı (EK-8). Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (EK-3) alındıktan sonra çalışmanın yapılacağı kurumdan izin (EK-4) alındı. Araştırmaya katılacak ebeveynlere çalışmanın amacı açıklandı. Ebeveynlere çalışmanın gizlilik içinde yapıldığı söylenerek Gizliliğin Korunması ilkesi benimsendi. Ayrıca bu verilerin başka bir çalışmada kullanılmayacağı ve çalışmaya katılmanın gönüllülük gerektirdiği, istedikleri zaman ayrılacakları bilgisi verilerek Gönüllülük ve Bilgilendirilmiş Onam ilkeleri benimsendi.



Şekil 3.1. Araştırma Basamakları

4. BULGULAR

Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması amacı ile gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgular; ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular, AÇAYÖ'nün geçerliliğine ilişkin bulgular ve AÇAYÖ'nün güvenilirliğine ilişkin bulgular sıralamasıyla sunulmuştur.

4.1. Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular

Tablo 4.1. Ebeveynlerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=293)

Özellikler		n	%	
Çocuğun Cinsiyeti	Kız	118	40.3	
	Erkek	175	59.7	
Hastalık Süresi	Bir yıldan az	50	17.1	
	Bir yıldır	62	21.2	
	İki yıldır	50	17.1	
	Üç yıldır	56	19.1	
	Dört yıldır	20	6.8	
	Beş yıldır	17	5.8	
	Altı yıl ve daha uzun	38	13.0	
Çocuğa Yakınlık Derecesi	Anne	225	76.8	
	Baba	68	23.2	
Çocuk Sayısı	1	22	7.5	
	2	101	34.5	
	3	117	39.9	
	4 ve üzeri	53	18.1	
Anne Öğrenim Durumu	İlköğretim	139	47.4	
	Lise	110	37.5	
	Üniversite	44	15.0	
Anne Mesleği	Çalışıyor	67	22.9	
	Çalışmıyor	226	77.1	
Baba Öğrenim Durumu	İlköğretim	94	32.1	
	Lise	135	46.1	
	Üniversite	64	21.8	
Baba Mesleği	Memur	97	33.1	
	İşçi	89	30.4	
	Serbest meslek	105	35.8	
	Diğer	2	0.7	
Ekonomik Durum	Gelir giderden fazla	40	13.7	
	Gelir gidere denk	128	43.7	
	Gelir giderden az	125	42.7	
	n	Min-Max	Ort.	SS.
Çocuğun yaşı	293	1-17	6.55	3.67
Ebeveynin yaşı	293	22-60	35.60	6.42

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, çocukların %59.7’sinin cinsiyeti erkektir ve %21.2’si bir yıldır astım hastasıdır. Çalışmaya katılanların %76.8’i çocuğun annesidir, %39.9’unun 3 çocuğu vardır, annelerin %47.4’ü ilköğretim mezundur ve %77.1’i çalışmamaktadır. Babaların %46.1’i lise mezundur ve %35.8’i serbest meslekte çalışmaktadırlar. Ebeveynlerin %43.7’sinde gelir gidere denktir. Çocukların ortalama yaşı 6.55 ± 3.67 , ebeveynlerin ortalama yaşı 35.60 ± 6.42 ’dir.

4.2. AÇAYÖ’nün Geçerliliğine Yönelik Bulgular

Türk dili için geçerlik ve güvenilirliği incelenen AÇAYÖ, dil geçerlik süreci tamamlandıktan sonra ölçek kapsam geçerliliğini sağlamaya yönelik olarak kültürel eş değeri de içeren bir değerlendirme için 10 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Uzman görüşleri eşliğinde, Davis tekniği kullanılarak kapsam geçerliliği değerlendirilen AÇAYÖ’ye ait maddelerin KGİ skorları Tablo 4.2’de görülmektedir.

Tablo 4.2. AÇAYÖ Maddelerine Ait KGİ Skorları

No	Maddeler	Uzman Değerlendirmesi				KGİ Skoru
		4	3	2	1	
1.	Astıma rağmen çocuğumuz diğer sağlıklı aynı yaştaki çocuklarla aynı şekilde bazı aktiviteleri halagerçekleştirebiliyor (okula gitmek, spor veya egzersiz ve grup aktivitelerine katılmak vb.).	10	-	-	-	1.0
2.	Çocuğumuzun aynı yaştaki diğer sağlıklı çocuklar gibi göründüğünü düşünüyorum.	10	-	-	-	1.0
3.	Astıma rağmen çocuğumuz hala yeterince uyuyabiliyor.	10	-	-	-	1.0
4.	Astıma rağmen çocuğumuz günlük besin (et, sebze ve meyvegibi) alımını sürdürebiliyor.	10	-	-	-	1.0
5.	Astıma rağmen çocuğumuz arkadaşlarıyla hala iyi anlaşıyor.	10	-	-	-	1.0
6.	Astıma rağmen çocuğumuz hala rahat ve mutlu ruh halini sürdürebiliyor.	10	-	-	-	1.0

Tablo 4.2. (Devamı)

No	Maddeler	Uzman Değerlendirmesi			KGİ Skoru
		4	3	2	1
7.	Astımın hava yolunun kronik enflamatuvar bir hastalığı olduğunu biliyorum.	10	-	-	- 1.0
8.	Astımın düzenli olarak uzun süreli ilaç ve tedavi gerektirdiğini biliyorum.	10	-	-	- 1.0
9.	Hekimin tavsiyelerine uygun olarak inhaler (solunum) yol ile kullanılan ilaçların düzenli kullanımı, çocukların büyüme ve gelişimi üzerinde hiçbir etkisi olmadığını biliyorum.	10	-	-	- 1.0
10.	Astımın nedenini biliyorum.	10	-	-	- 1.0
11.	Astım semptomlarını tam olarak biliyorum.	10	-	-	- 1.0
12.	Astımın genel tetikleyicilerini biliyorum.	10	-	-	- 1.0
13.	Çocuğumun astımıyla ilgilendiğim için sık sık bitkin hissediyorum.	9	1	-	- 1.0
14.	Çocuğumun astımıyla ilgilenmek çok zor.	10	-	-	- 1.0
15.	Çocuğumda astım yönetimi çok fazla organizasyonel iş gerektiriyor.	9	1	-	- 1.0
16.	Çocuğuma bakacak birini bulmak çok zor.	10	-	-	- 1.0
17.	Eşim ve ben, çocuğumuzdaki astımın ciddiyeti konusunda benzer görüşlere sahibiz.	9	-	1	- 0.90
18.	Eşim ve ben, astım tedavisi ve çocuğumuzun bakımı konusunda birbirimize danışarak karar veriyoruz.	9	-	1	- 0.90
19.	Eşim ve ben, çocuğumuzun astım ilacı seçimi konusunda benzer görüşlere sahibiz.	9	1	-	- 1.0
20.	Eşim ve ben, çocuğumuzun astım tedavisine uyumu konusunda benzer görüşlere sahibiz.	9	1	-	- 1.0
21.	Eşim ve ben, çocuğumuzun astımını birlikte yöneten samimi bir aileyiz.	9	1	-	- 1.0
22.	Çocuğumun astımıyla eşimle birlikte ilgilenmekten çok memnunum.	9	-	1	- 0.90
23.	Eşim ve ben, çocuğumuzda astım için Çin tıbbı veya batı tıbbı konusunda benzer görüşlere sahibiz.	9	-	1	- 0.90

Tablo 4.2. (Devamı)

No	Maddeler	Uzman Değerlendirmesi				KGI Skoru
		4	3	2	1	
24.	Eşim ve ben, çocuğumuzun astım bakımı konusunda birbirimizi destekliyoruz.	9	1	-	-	1.0
25.	Hekimlerin rahatlatıcı sözleri astım tedavisi konusunda bana güven veriyor.	10	-	-	-	1.0
26.	Astım yönetimi, çocuğumun gelecekte normal insanlarla aynı şekilde öğrenmesine, çalışmasına ve yaşamasına yardımcı olabilir.	10	-	-	-	1.0
27.	Hastalığın yönetimine katılmak ve iş birliği yapmak, astımın çocuğumun fiziksel ve zihinsel gelişimi üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirebilir.	9	1	-	-	1.0
28.	Astım tedavisinin olumlu etkisi, çocuğumun astımını sürekli yönetmem için bana güven veriyor.	9	-	1	-	0.90
29.	Tıbbi teknoloji ve kaynakların iyileştirilmesi ve zenginleştirilmesi, çocuğumun astımını tedavi etmede bana güven veriyor.	9	1	-	-	1.0
30.	Çocuklarda astım ataklarının tetikleyicilerini belirleyebilirim.	9	1	-	-	1.0
31.	Çocuğumun yatağını 2-4 haftada bir düzenli olarak yıkarım.	9	1	-	-	1.0
32.	Çocuğumu sigara içilen bir ortama maruz bırakmaktan kaçınırım.	9	1	-	-	1.0
33.	Evde çevresel hijyeni korumaya ve odayı havalandırıp kuru tutmaya çalışırım.	9	1	-	-	1.0
34.	Fazla tozlu ve polenli yerlerden çocuğumu korurum.	9	-	1	-	0.90
35.	Çocukluk çağı astımı mevsimsel alevlenme ile karakterizedir ve bununla nasıl baş edeceğimi bilirim.	10	-	-	-	1.0
36.	Tam bir iş birliği yapmak için hekimleri düzenli olarak ziyaret ederim.	9	-	1	-	0.90
37.	Hastalıkla ilgili sağlık personeli ile aktif iletişim kuruyorum.	9	-	1	-	0.90
38.	Astım ilaçlarının etkisini ve işlevini bilirim.	10	-	-	-	1.0
39.	İlaçların dozunu hekimin talimatlarına göre ayarlayabilirim (arttırabilir veya azaltabiliyorum).	9	1	-	-	1.0
40.	Uzun süre astımı önleyen ilaçları (flixotide, pulmicort, symbicort, seretide ve montelukast vb.) kullanması konusunda çocuğumu kontrol ederim.	9	1	-	-	1.0

Tablo 4.2. (Devamı)

No	Maddeler	Uzman Değerlendirmesi				KGI Skoru
		4	3	2	1	
41.	Çocuğuma astım uzmanı veya hemşiresi tarafından belirlenen doğru tekniklerle (flixtide, pulmicort, symbicort, seretide, vb.) çeşitli inhale ilaçları kullanması konusunda yol gösteririm.	10	-	-	-	1.0
42.	Çocuğumun astım kriziyle nasıl baş edeceğimi bilirim.	10	-	-	-	1.0
43.	Çocuğumla sık sık keyifli bir iletişim kurarım.	10	-	-	-	1.0
44.	Çocuğuma diğer sağlıklı çocuklardan farklı olduğunu hissettirmekten kaçınırım.	9	1	-	-	1.0
45.	Ebeveyn-çocuk ilişkisini geliştirmek için düzenli olarak yapılan aile eğlenceleri önerildi.	9	1	-	-	1.0
46.	Çocuğum için uyumlu ve mutlu bir aile ortamı yaratmaya çalışırım.	10	-	-	-	1.0
47.	Azarlamaktan kaçınır ve ikna edici bir ebeveynlik tarzı benimserim.	10	-	-	-	1.0
48.	Çocukların yaşama olan ilgilerini geliştirmelerini ve mümkün olduğunca ders çalışmalarını savunurum.	9	1	-	-	1.0
49.	Çocuğumuzun hastalığı aile ilişkimizi engelliyor.	9	1	-	-	1.0
50.	Bazen çocuk bakımını aile yaşamıyla nasıl dengeleyeceğime karar vermek benim için zor oluyor.	10	-	-	-	1.0
51.	Çocuğumun astım bakımını günlük yaşamımıza entegre etmek sorun değil	10	-	-	-	1.0
52.	Çocuğumun hastalığıyla ilgilenmek, aile yaşamını çok zorlaştırıyor.	10	-	-	-	1.0
53.	Çocuğumun astım kontrolüne ve iyileşmesine güveniyorum.	9	1	-	-	1.0
54.	Çocuğumun astımı tedavi edilebileceğini düşünüyorum.	9	1	-	-	1.0
55.	Çocuğumun dahasonrakendi başının çaresine bakabileceğini düşünüyorum.	10	-	-	-	1.0
56.	Çocuğumun gelecekte astımdan etkileneceğini sanmıyorum.	9	1	-	-	1.0
57.	Aile hayatımızın gelecekte normale döneceğini düşünüyorum.	10	-	-	-	1.0

AÇAYÖ'ye ait bütün maddelerin KGİ skorları 0.90-1.0 arasında değişmektedir. Dolayısıyla kapsam/içerik geçerliliği yönünden herhangi bir madde ölçekten çıkarılmamıştır (Tablo 4.2).

4.2.1. Yapı Geçerliliğine Yönelik Bulgular

4.2.1.1. Açıklayıcı Faktör Analizine Yönelik Bulgular

Kapsam geçerliliği sonrasında, çalışmada daha net bulgular elde edebilmek için AÇAYÖ'nin yapı geçerliliğini belirlemek üzere faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi öncesinde örneklem yeterliliği ve verinin faktör analizine uygunluğu değerlendirmek amacıyla KMO ve BTS testleri uygulanmıştır.

Tablo 4.3. Ölçek Maddelerine Ait KMO ve BTS Testi Değerleri

KMO	0.965
BTS	$\chi^2=18296.335$, $p=0.000$

Tablo 4.3'de görüldüğü gibi, KMO değeri 0.965 olarak saptanmıştır ve bu değer temel bileşenler analizi için uygunluğu göstermektedir. Benzer şekilde, BTS testi sonuçları da ($\chi^2=18296.335$, $p=0.000$) verinin birbiri ile ilişki gösterdiği ve faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Tabloda görüldüğü gibi tüm maddeler örneklem yeterlilik ölçütünü karşılamaktadır. Ayrıca çalışma verilerinin faktör analizine uygun olup olmadığını değerlendirmek için ölçek maddelerinin anti-imaj korelasyonlarına da bakılmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Anti-image Korelasyonları

	O.M1	O.M2	O.M3	O.M4	O.M5	O.M6	O.M7	O.M8	O.M9	O.M10	O.M11	O.M12	O.M13	O.M14	O.M15
O.M1	0.943 ^a														
O.M2	-0.318	0.972 ^a													
O.M3	-0.447	-0.122	0.906 ^a												
O.M4	-0.022	-0.083	-0.362	0.949 ^a											
O.M5	-0.133	-0.202	0.121	-0.156	0.961 ^a										
O.M6	-0.033	-0.121	-0.148	-0.101	-0.290	0.961 ^a									
O.M7	0.060	-0.098	-0.131	0.071	-0.039	0.061	0.952 ^a								
O.M8	-0.076	0.018	0.161	-0.121	-0.095	-0.035	-0.302	0.955 ^a							
O.M9	-0.032	-0.027	-0.128	0.171	0.047	0.042	-0.132	-0.264	0.958 ^a						
O.M10	-0.005	0.069	0.087	-0.073	-0.094	-0.087	0.009	0.077	-0.381	0.956 ^a					
O.M11	-0.123	0.119	0.064	-0.095	0.059	0.010	-0.026	-0.065	-0.170	-0.153	0.978 ^a				
O.M12	0.076	-0.018	-0.020	-0.004	0.175	-0.058	-0.021	-0.275	-0.018	-0.196	-0.058	0.969 ^a			
O.M13	0.108	-0.019	-0.100	-0.025	0.087	0.006	0.002	-0.058	0.063	-0.040	-0.026	0.075	0.942 ^a		
O.M14	-0.096	0.040	-0.007	0.023	-0.093	-0.098	0.022	0.128	-0.086	0.034	-0.123	-0.086	-0.708	0.940 ^a	
O.M15	0.084	0.006	-0.047	0.073	-0.128	0.012	0.137	0.006	-0.025	-0.061	-0.026	0.059	0.012	-0.057	0.922 ^a

Tablo 4.4. (Devamı)

	O.M16	O.M17	O.M18	O.M19	O.M20	O.M21	O.M22	O.M23	O.M24	O.M25	O.M26	O.M27	O.M28	O.M29	O.M30
O.M16	0.957 ^a														
O.M17	0.050	0.965 ^a													
O.M18	-0.053	-0.427	0.973 ^a												
O.M19	-0.014	-0.301	-0.094	0.975 ^a											
O.M20	0.006	-0.013	0.014	-0.337	0.981 ^a										
O.M21	-0.087	0.021	-0.229	-0.163	0.002	0.972 ^a									
O.M22	-0.005	-0.132	-0.053	0.097	-0.097	-0.223	0.981 ^a								
O.M23	-0.068	-0.048	-0.003	-0.037	-0.254	-0.011	-0.292	0.969 ^a							
O.M24	0.107	-0.077	-0.009	0.009	-0.177	-0.320	-0.175	-0.385	0.976 ^a						
O.M25	-0.039	-0.206	-0.006	0.063	0.015	0.121	0.034	-0.050	0.044	0.944 ^a					
O.M26	0.013	0.057	-0.058	-0.021	0.025	0.010	-0.091	-0.097	0.112	-0.119	0.932 ^a				
O.M27	-0.010	0.031	-0.063	0.031	-0.039	0.015	0.029	0.114	-0.110	-0.037	-0.632	0.943 ^a			
O.M28	-0.080	0.042	0.096	0.061	-0.119	-0.111	0.039	0.091	-0.060	-0.392	-0.100	-0.191	0.946 ^a		
O.M29	0.089	-0.025	0.071	-0.086	0.101	0.047	-0.025	-0.092	-0.001	-0.105	-0.008	-0.202	-0.324	0.954 ^a	
O.M30	-0.009	0.065	0.002	-0.004	-0.030	0.048	-0.088	-0.018	0.046	0.000	0.089	0.065	-0.184	-0.138	0.964 ^a

Tablo 4.4. (Devamı)

	O.M31	O.M32	O.M33	O.M34	O.M35	O.M36	O.M37	O.M38	O.M39	O.M40	O.M41	O.M42	O.M43	O.M44	O.M45
O.M31	0.974 ^a														
O.M32	-0.186	0.962 ^a													
O.M33	-0.136	-0.367	0.950 ^a												
O.M34	0.084	-0.193	-0.524	0.968 ^a											
O.M35	-0.106	-0.072	-0.124	-0.009	0.987 ^a										
O.M36	-0.080	-0.210	0.117	0.013	-0.005	0.952 ^a									
O.M37	0.096	0.081	-0.023	-0.073	-0.038	-0.571	0.959 ^a								
O.M38	0.079	0.066	-0.122	-0.006	-0.150	-0.128	-0.136	0.969 ^a							
O.M39	0.014	-0.085	-0.059	0.066	-0.033	-0.034	-0.029	-0.230	0.979 ^a						
O.M40	-0.090	-0.003	0.000	-0.054	-0.096	0.020	-0.007	0.046	-0.256	0.966 ^a					
O.M41	-0.015	0.049	0.040	-0.103	-0.048	0.085	-0.106	-0.056	-0.083	-0.541	0.968 ^a				
O.M42	0.022	0.061	-0.018	0.033	-0.098	-0.211	0.130	-0.150	-0.030	-0.138	-0.162	0.981 ^a			
O.M43	-0.134	0.003	0.024	0.076	0.084	-0.096	0.001	-0.078	-0.129	0.036	0.078	-0.103	0.979 ^a		
O.M44	-0.048	-0.017	-0.011	-0.086	0.050	-0.015	-0.051	0.080	0.084	-0.088	-0.036	-0.061	-0.293	0.979 ^a	
O.M45	0.086	0.017	-0.150	-0.054	-0.085	0.025	-0.015	0.060	0.006	-0.015	-0.025	-0.015	-0.101	-0.220	0.980 ^a

Tablo 4.4. (Devamı)

	O.M46	O.M47	O.M48	O.M49	O.M50	O.M51	O.M52	O.M53	O.M54	O.M55	O.M56	O.M57
O.M46	0.975 ^a											
O.M47	-0.190	0.962 ^a										
O.M48	-0.265	-0.032	0.976 ^a									
O.M49	0.010	-0.125	-0.092	0.941 ^a								
O.M50	0.040	-0.198	0.020	-0.128	0.957 ^a							
O.M51	-0.015	0.038	-0.002	-0.202	0.007	0.963 ^a						
O.M52	-0.145	0.163	0.119	-0.465	-0.270	-0.279	0.942 ^a					
O.M53	-0.025	-0.051	-0.045	-0.018	0.047	-0.026	-0.040	0.982 ^a				
O.M54	0.025	-0.083	-0.016	0.167	0.011	0.065	-0.139	-0.223	0.961 ^a			
O.M55	0.063	0.023	-0.019	-0.019	-0.063	-0.142	0.018	-0.295	-0.171	0.962 ^a		
O.M56	-0.038	-0.019	-0.042	-0.002	0.024	0.031	-0.029	0.015	-0.032	-0.581	0.970 ^a	
O.M57	-0.114	0.106	0.077	-0.167	0.020	0.002	0.120	-0.088	-0.345	-0.179	-0.158	0.969 ^a

a= Örneklem yeterliliği ölçütü

Tablo 4.5. AÇAYÖ'ye Yönelik Faktör Analizi Bulguları

Madde No	Maddeler	Faktör/Alt Boyut*							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Astıma rağmen çocuğumuz diğer sağlıklı aynı yaştaki çocuklarla aynı şekilde bazı aktiviteleri halagerçekleştirebiliyor. (okula gitmek, spor veya egzersiz ve grup aktivitelerine katılmak vb.).	0.212	0.216	0.012	0.733	0.326	0.091	-0.072	0.161
2.	Çocuğumuzun aynı yaştaki diğer sağlıklı çocuklar gibi göründüğünü düşünüyorum.	0.294	0.256	0.146	0.663	0.218	0.166	0.122	0.179
3.	Astıma rağmen çocuğumuz hala yeterince uyuyabiliyor.	0.185	0.122	0.033	0.798	0.150	0.117	0.108	0.072
4.	Astıma rağmen çocuğumuz günlük besin (et, sebze ve meyve gibi) alımını sürdürebiliyor.	0.282	0.131	0.116	0.731	0.101	0.061	0.225	0.038
5.	Astıma rağmen çocuğumuz arkadaşlarıyla hala iyi anlaşıyor.	0.256	0.246	0.297	0.594	0.163	0.168	0.125	0.147
6.	Astıma rağmen çocuğumuz hala rahat ve mutlu ruh halini sürdürebiliyor.	0.188	0.199	0.204	0.662	0.151	0.228	0.147	0.215
7.	Astımın hava yolunun kronik enflamatuvar bir hastalığı olduğunu biliyorum.	0.230	0.179	0.146	0.276	0.005	0.549	0.093	0.075
8.	Astımın düzenli olarak uzun süreli ilaç ve tedavi gerektirdiğini biliyorum.	0.379	0.151	0.240	0.195	-0.084	0.546	0.142	0.171
9.	Hekimin tavsiyelerine uygun olarak inhaler (solunum) yol ile kullanılan ilaçların düzenli kullanımı, çocukların büyüme ve gelişimi üzerinde hiçbir etkisi olmadığını biliyorum.	0.266	0.254	0.198	0.124	0.145	0.738	0.052	0.056
10.	Astımın nedenini biliyorum.	0.222	0.308	0.212	0.099	0.154	0.694	0.090	0.105
11.	Astım semptomlarını tam olarak biliyorum.	0.322	0.336	0.043	0.144	0.338	0.499	0.089	0.155
12.	Astımın genel tetikleyicilerini biliyorum.	0.423	0.276	0.205	0.076	0.121	0.532	0.071	0.192
13.	Çocuğumuzun astımıyla ilgilendiğim için sık sık bitkin hissediyorum.	0.166	0.272	0.052	0.297	0.741	0.149	0.170	0.016
14.	Çocuğumuzun astımıyla ilgilenmek çok zor.	0.191	0.271	0.076	0.333	0.752	0.159	0.203	0.084
15.	Çocuğumuzda astım yönetimi çok fazla organizasyonel iş gerektiriyor.	0.134	0.037	0.091	0.055	0.728	0.014	0.030	0.185
16.	Çocuğuma bakacak birini bulmak çok zor.	0.158	0.212	0.082	0.281	0.767	0.072	0.174	0.046

Tablo 4.5. (Devamı)

Madde No	Maddeler	Faktör/Alt Boyut*							
		1	2	3	4	5	6	7	8
17.	Eşim ve ben, çocuğumuzdaki astımın ciddiyeti konusunda benzer görüşlere sahibiz.	0.313	0.769	0.199	0.140	0.092	0.257	0.161	0.079
18.	Eşim ve ben, astım tedavisi ve çocuğumuzun bakımı konusunda birbirimize danışarak karar veriyoruz.	0.342	0.745	0.147	0.173	0.163	0.214	0.160	0.136
19.	Eşim ve ben, çocuğumuzun astım ilacı seçimi konusunda benzer görüşlere sahibiz.	0.312	0.766	0.197	0.221	0.085	0.211	0.143	0.122
20.	Eşim ve ben, çocuğumuzun astım tedavisine uyumu konusunda benzer görüşlere sahibiz.	0.292	0.756	0.248	0.213	0.203	0.182	0.161	0.153
21.	Eşim ve ben, çocuğumuzun astımını birlikte yöneten samimi bir aileyiz.	0.336	0.766	0.156	0.202	0.197	0.146	0.163	0.164
22.	Çocuğumun astımıyla eşimle birlikte ilgilenmekten çok memnunum.	0.313	0.769	0.215	0.168	0.189	0.216	0.164	0.149
23.	Eşim ve ben, çocuğumuzda astım için Çin tıbbı veya batı tıbbi konusunda benzer görüşlere sahibiz.	0.289	0.779	0.238	0.185	0.163	0.202	0.166	0.139
24.	Eşim ve ben, çocuğumuzun astım bakımı konusunda birbirimizi destekliyoruz.	0.330	0.782	0.204	0.181	0.180	0.203	0.169	0.115
25.	Hekimlerin rahatlatıcı sözleri astım tedavisi konusunda bana güven veriyor.	0.203	0.197	0.725	0.058	0.128	0.229	0.066	0.171
26.	Astım yönetimi, çocuğumun gelecekte normal insanlarla aynı şekilde öğrenmesine, çalışmasına ve yaşamasına yardımcı olabilir.	0.233	0.192	0.811	0.136	0.002	0.120	0.122	0.002
27.	Hastalığın yönetimine katılmak ve iş birliği yapmak, astımın çocuğumun fiziksel ve zihinsel gelişimi üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirebilir.	0.233	0.185	0.839	0.137	0.081	0.090	0.121	0.046
28.	Astım tedavisinin olumlu etkisi, çocuğumun astımını sürekli yönetmem için bana güven veriyor.	0.210	0.159	0.817	0.082	0.079	0.203	0.061	0.150
29.	Tıbbi teknoloji ve kaynakların iyileştirilmesi ve zenginleştirilmesi, çocuğumun astımını tedavi etmede bana güven veriyor.	0.193	0.137	0.786	0.085	-0.003	0.096	0.044	0.211
30.	Çocuklarda astım ataklarının tetikleyicilerini belirleyebilirim.	0.526	0.217	0.346	0.111	0.142	0.375	0.056	0.041
31.	Çocuğumun yatağını 2-4 haftada bir düzenli olarak yıkarım.	0.679	0.206	0.232	0.150	0.160	0.229	0.144	0.007

Tablo 4.5. (Devamı)

Madde No	Maddeler	Faktör/Alt Boyut*							
		1	2	3	4	5	6	7	8
32.	Çocuğumu sigara içilen bir ortama maruz bırakmaktan kaçınırım.	0.785	0.131	0.131	0.171	0.084	0.015	0.187	0.096
33.	Evde çevresel hijyeni korumaya ve odayı havalandırıp kuru tutmaya çalışırım.	0.808	0.105	0.207	0.154	0.052	0.085	0.154	0.061
34.	Fazla tozlu ve polenli yerlerden çocuğumu korurum.	0.765	0.173	0.160	0.143	0.060	0.156	0.169	0.116
35.	Çocukluk çağı astımı mevsimsel alevlenme ile karakterizedir ve bununla nasıl baş edeceğimi bilirim.	0.715	0.269	0.160	0.162	0.174	0.308	0.081	0.048
36.	Tam bir iş birliği yapmak için hekimleri düzenli olarak ziyaret ederim.	0.571	0.358	0.025	0.185	0.250	0.114	0.025	0.327
37.	Hastalıkla ilgili sağlık personeli ile aktif iletişim kuruyorum.	0.597	0.421	0.038	0.169	0.177	0.082	-0.001	0.261
38.	Astım ilaçlarının etkisini ve işlevini bilirim.	0.672	0.374	0.130	0.122	0.179	0.214	0.103	0.124
39.	İlaçların dozunu hekimin talimatlarına göre ayarlayabilirim (arttırabilir veya azaltabiliyorum).	0.699	0.215	0.180	0.178	0.030	0.307	0.073	0.140
40.	Uzun süre astımı önleyen ilaçları (floxotide, pulmicort, symbicort, seretide ve montelukast vb.) kullanması konusunda çocuğumu kontrol ederim.	0.707	0.223	0.232	0.171	0.078	0.217	0.114	0.206
41.	Çocuğuma astım uzmanı veya hemşiresi tarafından belirlenen doğru tekniklerle (floxotide, pulmicort, symbicort, seretide, vb.) çeşitli inhale ilaçları kullanması konusunda yol gösteririm.	0.656	0.277	0.241	0.212	0.003	0.258	0.110	0.181
42.	Çocuğumun astım kriziyle nasıl baş edeceğimi bilirim.	0.649	0.295	0.143	0.205	0.147	0.286	0.112	0.183
43.	Çocuğumla sık sık keyifli bir iletişim kurarım.	0.563	0.408	0.161	0.197	0.256	0.184	0.254	0.157
44.	Çocuğuma diğer sağlıklı çocuklardan farklı olduğunu hissettirmekten kaçınırım.	0.625	0.335	0.305	0.228	0.202	0.156	0.193	0.156
45.	Ebeveyn-çocuk ilişkisini geliştirmek için düzenli olarak yapılan aile eğlenceleri önerildi.	0.615	0.278	0.167	0.243	0.105	0.096	0.234	0.188
46.	Çocuğum için uyumlu ve mutlu bir aile ortamı yaratmaya çalışırım.	0.564	0.349	0.232	0.200	0.208	0.182	0.289	0.187
47.	Azarlamaktan kaçınır ve ikna edici bir ebeveynlik tarzı benimserim.	0.448	0.293	-0.050	0.047	0.349	0.086	0.139	0.260

Tablo 4.5. (Devamı)

		Faktör/Alt Boyut*							
		1	2	3	4	5	6	7	8
48.	Çocukların yaşama olan ilgilerini geliştirmelerini ve mümkün olduğunca ders çalışmalarını savunurum.	0.517	0.205	0.322	0.210	0.271	0.092	0.185	0.137
49.	Çocuğumuzun hastalığı aile ilişkimizi engelliyor.	0.269	0.185	0.153	0.120	0.107	0.070	0.780	0.117
50.	Bazen çocuk bakımını aile yaşamıyla nasıl dengeleyeceğime karar vermek benim için zor oluyor.	0.067	0.145	0.009	0.068	0.423	0.068	0.596	0.086
51.	Çocuğumun astım bakımını günlük yaşamımıza entegre etmek sorun değil.	0.268	0.200	0.153	0.199	0.004	0.128	0.672	0.164
52.	Çocuğumun hastalığıyla ilgilenmek, aile yaşamını çok zorlaştırıyor.	0.289	0.241	0.108	0.141	0.207	0.087	0.752	0.137
53.	Çocuğumun astım kontrolüne ve iyileşmesine güveniyorum.	0.321	0.394	0.375	0.195	0.225	0.130	0.249	0.534
54.	Çocuğumun astımı tedavi edilebileceğini düşünüyorum.	0.331	0.144	0.189	0.227	0.167	0.136	0.144	0.699
55.	Çocuğumun dahasonrakendi başının çaresine bakabileceğini düşünüyorum.	0.335	0.330	0.292	0.279	0.205	0.179	0.285	0.602
56.	Çocuğumun gelecekte astımdan etkileneceğini sanmıyorum.	0.326	0.317	0.285	0.308	0.186	0.158	0.246	0.607
57.	Aile hayatımızın gelecekte normale döneceğini düşünüyorum.	0.335	0.262	0.295	0.197	0.127	0.250	0.217	0.652
Açıklanan Varyans (%)		18.966	13.741	9.059	8.237	6.840	6.648	5.681	5.402
Toplam Açıklanan Varyans (%)		74.574							

* 1-6 Çocuk Kimliği, 7-12 Durum Görünümü, 13-16 Yönetim Zihniyeti, 17-24 Ebeveyn Karşılıklılığı, 25-29 Ebeveynlik Felsefesi, 30-48 Yönetim Yaklaşımı, 49-52 Aile Odaklılık, 53-57 Gelecek Beklentisi.

AÇAYÖ'nün maddeleri, faktör yükleri ve açıklanan varyansı Tablo 4.5'de sunulmuştur. Tablo 4.5 incelendiğinde AÇAYÖ'nün, orijinal yapıya benzer olarak sekiz alt boyuttan oluştuğu görülmektedir. Ölçeğe ait bütün maddelerin faktör yükleri 0.40'ın üzerindedir ve açıklanan varyansÇocuk Kimliği alt boyutu için %8.237, Durum Görünümü alt boyutu için %6.648, Yönetim Zihniyeti alt boyutu için %6.840, Ebeveyn Karşılıklılığı alt boyutu için %13.741, Ebeveynlik Felsefesi alt boyutu için %9.059, Yönetim Yaklaşımı alt boyutu için %18.966, Aile Odaklılık alt boyutu için %5.681, Gelecek Beklentisi alt boyutu için %5.402 ve Toplam AÇAYÖ için %74.574'dür. Bu nedenle bu aşamada ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır ve 8 alt boyutlu yapı kabul edilmiştir. AFA sonrasında daha kesin bulgular elde edebilmek için daha sonra DFA ile yapısal eşitlik modellemesi kurulmuştur.

4.2.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizine Yönelik Bulgular

Tablo 4.6'da AÇAYÖ'yeyönelik bulunan uyum indeksi değerleri, normal ve kabul edilebilir değerler sunulmuştur.

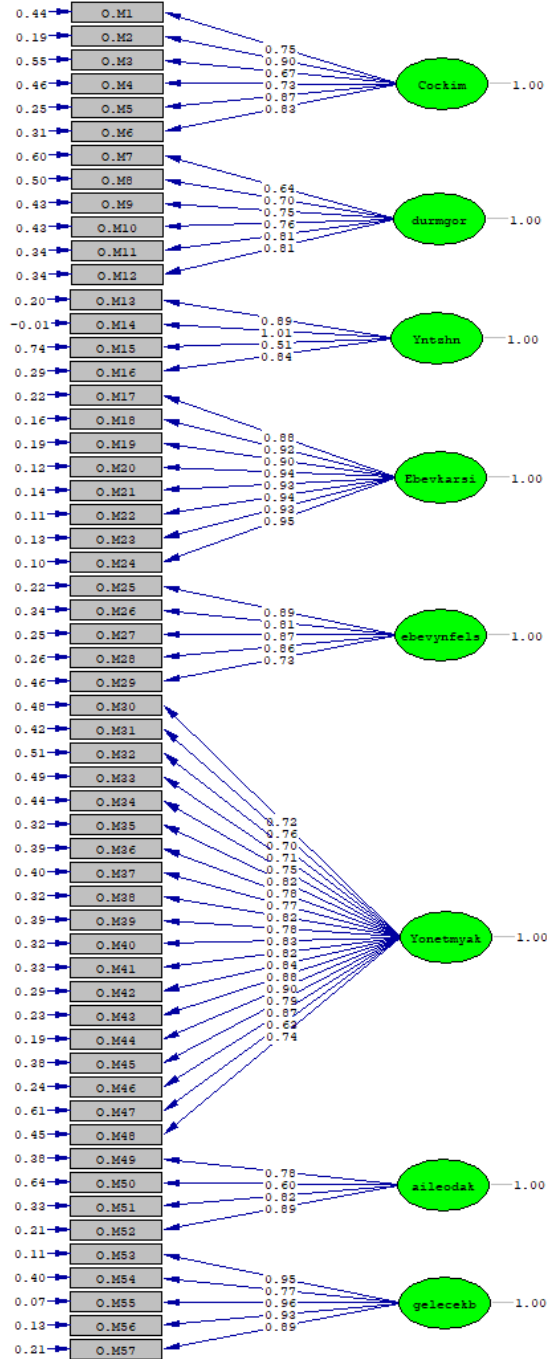
Tablo 4.6. AÇAYÖ'yeyönelik Saptanan Uyum İndeksi Değerleri, Normal ve Kabul Edilebilir Değerler

İndex	Normal değer	Kabul edilebilir değer	Bulunan değer
χ^2/SD	<2	<5	3.91
GFI	>0.95	>0.90	0.99
AGFI	>0.95	>0.90	0.99
CFI	>0.95	>0.90	1.00
RMSEA	<0.05	<0.08	0.035
SRMR	<0.05	<0.08	0.044

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi AÇAYÖ'ye ait modelin uyumunu incelemek için birçok indeksten yararlanılmıştır. Bunlardan; χ^2/SD değeri 1.61, GFI 0.95, AGFI 0.93,

CFI 1.00, RMSEA 0.055 ve SRMR 0.081 olarak saptandı. İlgili uyum indeks değerleri sonucunda modelin bu hali ile kabul edilebilir olduğuna karar verilmiştir.

Şekil 1’de AÇAYÖ’yeyönelik alt boyutlar ve maddelere ait faktör yükleri PATH diyagramı şeklinde sunulmuştur.



Chi-Square=5915.42, df=1511, P-value=0.00000, RMSEA=0.035

Şekil 4.1. AÇAYÖTürkçe Versiyonu PATH Diyagramı

Şekil 1’de görüldüğü gibi hiçbir modifikasyon uygulanmadan model orijinal yapısında olduğu şekli ile kabul edilmiştir. Modele ait faktör yükleri 0.60 ile 0.94 arasında değişmektedir ve tüm maddelere ait t değeri 1.96’nın (2.49-10.90) üzerindedir. Modeli iyileştirmek için hiçbir modifikasyon uygulanmamıştır.

4.3. AÇAYÖ’nün Güvenilirliğine Yönelik Bulgular

4.3.1. İç Tutarlılığa Yönelik Bulgular

Tablo 4.7’de AÇAYÖ’ye ait madde ortalamaları, madde toplam korelasyonları, madde silinirse Cronbach α katsayıları sunulmuştur.

Tablo 4.7. AÇAYÖ’ye ait Madde Toplam Korelasyonları ve Cronbach A Kat Sayıları

Madde No	n	Ort.	SS.	Madde toplam korelasyonu	Madde silinirse Cronbach α	
1.	Madde	293	3.04	0.93	0.582	0.981
2.	Madde	293	3.50	0.91	0.711	0.981
3.	Madde	293	3.14	0.96	0.533	0.981
4.	Madde	293	3.60	0.95	0.585	0.981
5.	Madde	293	3.75	0.72	0.685	0.981
6.	Madde	293	3.49	1.03	0.656	0.981
7.	Madde	293	3.92	0.92	0.529	0.981
8.	Madde	293	4.15	0.76	0.613	0.981
9.	Madde	293	3.73	1.07	0.631	0.981
10.	Madde	293	3.64	1.00	0.639	0.981
11.	Madde	293	3.13	1.08	0.679	0.981
12.	Madde	293	3.77	0.91	0.687	0.981
13.	Madde	293	2.89	1.28	0.611	0.981
14.	Madde	293	2.91	1.29	0.677	0.981
15.	Madde	293	2.37	1.09	0.383	0.981
16.	Madde	293	2.69	1.20	0.578	0.981
17.	Madde	293	3.52	1.03	0.777	0.980
18.	Madde	293	3.46	1.01	0.801	0.980
19.	Madde	293	3.61	1.03	0.792	0.980
20.	Madde	293	3.48	1.02	0.828	0.980
21.	Madde	293	3.46	1.02	0.816	0.980
22.	Madde	293	3.49	1.07	0.827	0.980
23.	Madde	293	3.51	1.03	0.818	0.980
24.	Madde	293	3.52	1.02	0.83	0.980
25.	Madde	293	4.06	0.94	0.592	0.981
26.	Madde	293	4.37	0.88	0.561	0.981
27.	Madde	293	4.40	0.86	0.593	0.981

Tablo 4.7. (Devamı)

Madde No		n	Ort.	SS.	Madde toplam korelasyonu	Madde silinirse Cronbach α
28	Madde	293	4.20	0.91	0.587	0.981
29	Madde	293	4.34	0.91	0.515	0.981
30	Madde	293	3.72	0.97	0.691	0.981
31	Madde	293	3.88	0.93	0.724	0.981
32	Madde	293	4.01	1.04	0.672	0.981
33	Madde	293	4.08	0.88	0.688	0.981
34	Madde	293	4.07	0.92	0.717	0.981
35	Madde	293	3.74	0.97	0.777	0.980
36	Madde	293	3.38	1.07	0.725	0.981
37	Madde	293	3.19	1.11	0.712	0.981
38	Madde	293	3.55	0.98	0.778	0.980
39	Madde	293	3.86	0.88	0.734	0.981
40	Madde	293	3.82	0.88	0.77	0.981
41	Madde	293	3.82	0.91	0.765	0.981
42	Madde	293	3.65	0.92	0.787	0.980
43	Madde	293	3.62	0.93	0.826	0.980
44	Madde	293	3.80	0.83	0.843	0.980
45	Madde	293	3.59	1.06	0.745	0.981
46	Madde	293	3.70	0.88	0.825	0.980
47	Madde	293	3.02	1.24	0.589	0.981
48	Madde	293	3.80	0.87	0.715	0.981
49	Madde	293	3.58	1.25	0.581	0.981
50	Madde	293	2.46	1.09	0.426	0.981
51	Madde	293	3.32	1.11	0.586	0.981
52	Madde	293	3.29	1.17	0.644	0.981
53	Madde	293	3.60	0.88	0.824	0.980
54	Madde	293	3.38	1.06	0.664	0.981
55	Madde	293	3.48	0.96	0.839	0.980
56	Madde	293	3.41	0.97	0.814	0.980
57	Madde	293	3.57	1.02	0.774	0.980
Çocuk Kimliği Cronbach α						0.908
Durum Görünümü Cronbach α						0.873
Yönetim Zihniyeti Cronbach α						0.897
Ebeveyn Karşılıklılığı Cronbach α						0.980
Ebeveynlik Felsefesi Cronbach α						0.928
Yönetim Yaklaşımı Cronbach α						0.968
Aile Odaklılık Cronbach α						0.849
Gelecek Beklentisi Cronbach α						0.953
Toplam AÇAYÖCronbach α						0.981

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi Toplam AÇAYÖCronbach α katsayısı 0.981 olup, Çocuk Kimliği alt boyutu için 0.908, Durum Görünümü alt boyutu için 0.873, Yönetim Zihniyeti alt boyutu için 0.897, Ebeveyn Karşılıklılığı alt boyutu için 0.980, Ebeveynlik Felsefesi alt boyutu için 0.928, Yönetim Yaklaşımı alt boyutu için 0.968, Aile Odaklılık alt boyutu için 0.849, Gelecek Beklentisi alt boyutu için 0.953’dür. Ölçeğin tüm

maddelerine yönelik madde toplam korelasyonları 0.30'un üzerindedir ve hiçbir maddenin silinmesi ölçek Cronbach α katsayısında önemli bir yükselmeye sebep olmamaktadır. Bu nedenle bu aşamada da ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır.

4.3.2. Test Re-Test Sonuçları

AÇAYÖ test tekrar test değerleri Tablo 4.8'de görüldüğü gibidir.

Tablo 4.8. Test- Tekrar Test Değerleri

		Test	Re-Test
Test	r	1	0.829
	p	-	0.000
Re-test	r	0.829	1
	p	0.000	-

Tablo 4.8'de görüldüğü gibi ölçek iki farklı zamanda uygulandığında iki sonuç arasındaki uyum 0.829 düzeyindedir ve test-re-test sonuçları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı, yüksek düzeyde ve pozitif yöndedir ($p < 0.05$).

AÇAYÖ'ye alt boyutlarından alınan min, max ve ortalama puanların dağılımı Tablo 4.9'da sunulmuştur.

Tablo 4.9. AÇAYÖ ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımları

	n	Min	Max	Ort.	SS
Çocuk Kimliği	293	11	30	20.53	4.58
Durum Görünümü	293	9	30	22.35	4.52
Yönetim Zihniyeti	293	4	20	10.86	4.24
Ebeveyn Karşılıklılığı	293	8	40	28.04	7.71
Ebeveynlik Felsefesi	293	5	25	21.37	3.98
Yönetim Yaklaşımı	293	19	95	70.29	14.60
Aile Odaklılık	293	4	20	12.65	3.84
Gelecek Beklentisi	293	5	25	17.44	4.50
Toplam Astımlı Çocuklar için Aile Yönetimi Ölçeği	293	80	285	203.53	39.68

Tablo 4.9'da görüldüğü gibi katılımcılar, Çocuk Kimliği alt boyutundan 20.53 ± 4.58 , Durum Görünümü alt boyutundan 22.35 ± 4.52 , Yönetim Zihniyeti alt

boyutundan 10.86 ± 4.24 , Ebeveyn Karşılıklılığı alt boyutundan 28.04 ± 7.71 puan almışlardır. Ebeveynlik Felsefesi alt boyutundan 21.37 ± 3.98 , Yönetim Yaklaşımı alt boyutundan 70.29 ± 14.60 , Aile Odaklılık alt boyutundan 12.65 ± 3.84 , Gelecek Beklentisi alt boyutundan 17.44 ± 4.50 puan alınmıştır. Toplam AÇAYÖ'den alınan puan 203.53 ± 39.68 'dir.

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, AÇAYÖ'nün Türkçe kültürel uyarlaması yapılmıştır. Uyarlanan ölçek, astım hastası çocuklardaki aile yönetim düzeyini değerlendirebilecek bir ölçüm aracıdır. Bu bölümde, 57 madde ve 8 alt boyuttan oluşan AÇAYÖ'nün geçerlilik ve güvenilirlik analizlerine ilişkin dil geçerliliği, kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, iç tutarlılığına ait bulgular tartışılacaktır. Bu araştırma kapsamında, "H1: Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeği geçerli ve güvenilirdir" hipotezi sınanmıştır.

Bilimsel araştırmalarda kullanılan tüm ölçme araçlarının gelecekte yapılacak olan araştırmalarda kullanılabilmesi için geçerli ve güvenilir olması gerekmektedir.¹²⁴ Eğer bu ölçme araçlarında geçerlilik ve güvenilirlik olması gereken düzeyde olmazsa ölçülmesi gereken özelliklerin ve bilimsel çalışmadan elde edilen sonuçların da geçerli ve güvenilir olacağı söylenemez. Bu sebeple ölçme araçlarının geçerlilik ve güvenilirlik düzeylerinin literatürde olması gereken sınırlar içerisinde olması istenmektedir.^{125,126}

Ölçek uyarlama çalışmalarında yapılması gerekli olan ilk şey, orijinal ölçeğin, uyarlanacağı toplumun kültürüne yönelik dil çevirisinin yapılmış olmasıdır.¹⁰⁹ Bunun nedeni, bir ölçek başka bir dile çevrilirken ölçeğin doğasının değişecek olmasıdır. Bu değişimin sebebi, kavramlaştırma ve dilsel farklılıklardan ileri gelmesidir. Bir ölçek başka bir dile uyarlanırken oluşacak farkı en aza indirebilmek için maddeler titizlikle gözden  geçirilmeli, çevirilen dilde anlamlı hale dönüştürebilmek için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.¹⁰⁸

AÇAYÖ'nün dil uyarlamasında, kavramsallaştırma ve anlatım farklılıklarını en aza indirebilmek amacıyla grup çevirisi ve eviri-geri eviri yöntemleri birlikte kullanıldı. Bir ölçek farklı bir dile çevrilirken dikkat edilmesi gereken nokta ardışıklık yaklaşımıdır.¹⁰⁹ Bu araştırmada, AÇAYÖ için grup çevirisi ve eviri geri eviri yöntemleri ardışıklık yaklaşımıyla uygulanmıştır. Bu araştırmada, AÇAYÖ'nün orijinal dili Çin'ce olması

nedeniyledil çevirisinde grup çevirisi ve geri çeviri yöntemleri birlikte kullanılarak iki aşamada yapılmıştır. Ölçeğin Çince'den Türkçeye çevirisi Çince'yi ana dil düzeyinde bilen iki çevirmen tarafından bağımsız olarak yapılmış ve birinci taslak form oluşturulmuştur. Daha sonra, geri çeviri yönteminde iki yönlü çeviri tekniği kullanılmıştır. Bu yöntemde AÇAYÖ Çince'den İngilizce'ye ve İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Aynı işlem geri çeviri yöntemi ile tekrar uygulanmıştır. Sonuçta Çince ve İngilizce'yi ana dil düzeyinde bilen bir dil uzmanı ve araştırmacılar tarafından ortak ikinci taslak form oluşturulmuştur. Oluşturulan iki taslak form, pediatri alanında iki uzmanın görüşüne sunulularak gerekli düzeltmeler sağlanmıştır.

Ölçek maddelerinin ebeveynler tarafından anlaşılıp anlaşılmadığını test etmek için hedef kitleden 5 kişi seçilerek ön uygulama yapılmış ve dil uygunluğu açısından anlaşılmayan madde olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmalar sonucunda, AÇAYÖ'nün Türkçe Formu'nun dil geçerliliği açısından uygun bir araç olduğu kabul edilmiştir.

Bu araştırmada Kapsam geçerliliğini değerlendirmek için Davis tekniği kullanılmış ve konuyla ilgili uzmanların görüşü alınmıştır. AÇAYÖ'nün kültürel yapı uygunluğu ve maddelerin ölçmesi hedeflenen kavramı kapsama durumunu sayısal ifadelerle kanıtlanması ve uzman görüşlerinin doğru bir şekilde değerlendirilmesi amacıyla KGİ kullanılmıştır. Bu doğrultuda, Çin'ce bilen yeterli sayıda uzman olmadığı için AÇAYÖ'nün Çince'den İngilizce'ye çevrilmiş hali 10 uzmanın görüşüne sunulmuştur. Davis Tekniği ile yapılan kapsam geçerliliğinde, KGİ'nin 0.80 ve üzerinde olması gerekmektedir. Ayrıca, görüş alınacak uzman kişilerin 3-20 kişi arasında olması önerilmektedir.¹²⁴ Bu araştırmada, 10 uzman görüşüne başvurulmuş ve KGİ skorları tüm maddeler için 0.80'in üzerinde bulunmuştur (Tablo 4.2.). Bu aşamada içerik yönünden hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

AÇAYÖ'nün kapsam geçerliği yapıldıktan sonra yapı geçerliliğini belirlenebilmesi için faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi yapılmadan önce örneklemin yeterliliği ayrıca verinin faktör analizine uygunluğunu görebilmek amacıyla KMO ve BTS testleri uygulanmıştır. KMO değeri, 0-1 arasında değer almakta ve bu değer 1'e yakın olması sonucun iyi olduğunu temsil etmektedir.¹¹⁸ AÇAYÖ'nün Türkçe'ye uyarlama çalışmasında KMO değeri 0.965'tir. Bu değer, temel bileşenler analizi için ölçeğin uygun olduğunu göstermektedir.¹¹⁴ AÇAYÖ'nün BTS sonucuna göre $X^2=18296.335$, $p=0.000$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.3.). BTS sonuçlarına göre $p=0.000$ olması da verinin birbiri ile ilişkili olduğunu ve örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygunluğunu göstermiştir.¹¹⁹ Bunun yanında çalışmadaki verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirebilmek amacıyla ölçekteki maddelerinin anti-imaşkorelasyonları da incelenmiştir (Tablo 4.4.). Sonuca göre tüm maddeler örneklem yeterlilik ölçütünü karşılamaktadır.

Faktör analizi, alakalı birçok değişkeni göz önüne alarak yeni değişkenler (faktör, boyutlar) oluşturmayı amaçlayan çok değişkenli bir istatistiksel ölçüm yöntemidir.¹¹⁶ AÇAYÖ'nün yapı geçerliliğini anlaşılması için AFA kullanıldı. AFA, ölçme aracındaki değişkenlerin belli sayıda gruplara ayrılarak kaç alt başlık altında toplanacağı ve aralarındaki ilişkinin tespit edildiği yöntemdir.¹¹⁹ AFA'da ölçme aracında bulunan maddelerin belli alt faktörler veya alt boyutlarda toplanması beklenir.^{114,119} Bu araştırmada, maddelerin faktörlerle olan ilişkisini ve kaç alt boyuttan oluştuğunu belirlemek amacıyla maddelerin faktör yükleri ve açıklanan varyansı değerlendirildi (Tablo 4.5). Faktör yüklerinin 0.40'ın üzerinde olması istenmektedir.¹¹⁴ AÇAYÖ'nün tüm maddelerinin faktör yükleri 0.40'ın üstünde olduğu için hiçbir madde çıkarılmamıştır. AÇAYÖ açıklanan varyans değeri; Çocuk Kimliği alt boyutunda %8.237, Durum Görünümü alt boyutunda %6.648, Yönetim Zihniyeti alt boyutunda %6.840, Ebeveyn

Karşılıklılığı alt boyutunda %13.741, Ebeveynlik Felsefesi alt boyutunda %9.059, Yönetim Yaklaşımı alt boyutunda %18.966, Aile Odaklılık alt boyutunda %5.681, Gelecek Beklentisi alt boyutunda %5.402 ve Toplam AÇAYÖ için %74.574'dür. Bu yüzden ölçekten çıkarılan madde yoktur ve ölçeğin orijinalinde olduğu gibi 8 alt boyutlu yapı kabul edilmiştir.²⁴

AFA'dan sonra daha kesin veriler edinebilmek için DFA ile yapısal denklik modellenmesi kurulmalıdır.¹²⁷ AÇAYÖ'ye ait modelin uyumunu incelemek amacıyla birçok indeksten faydalanılmıştır. χ^2/SD 'nin kabul edilebilir değeri ise 5'ten küçük olması yönündedir.¹²⁸ Bu araştırmada, χ^2/SD 1.61 olarak kabul edilir değerde bulunmuştur. GFI, AGFI ve CFI'nın normal değerinin 0.95'ten büyük olması gerekmektedir.¹¹⁴ Bu araştırmada, GFI 0.95, AGFI 0.93 ve CFI 1.00 olarak normal değerlerde bulunmuştur. RMSEA'nın normal değeri 0.05'ten küçük olması gerekmektedir. Kabul edilebilir değeri ise 0.08'den küçük olmalıdır.¹²⁸ Araştırmada RMSEA 0.055 şeklinde kabul edilebilir değerdedir. SRMR'nin normal değerleri 0.05'ten küçük olması gerekmektedir. Kabul edilebilir değeri ise 0.08'den küçük olmalıdır.¹²⁹ Araştırmada SRMR 0.081 şeklinde kabul edilebilir değerdedir (Tablo 4.6). Ölçeğin orijinalinde bu değerler $\chi^2/SD=1.804$, IFI=0.938, CFI=0.938, GFI=0.864, AGFI=0.847, RMR=0.049 ve RMSEA=0.037 olarak kabul edilebilir düzeylerde bulunmuştur.²⁴ İlgili uyum indeks değerleriyle bu modelin bu şekli ile Türkçe kabul görülebilir olduğu sonucuna varılmıştır.

Modele ait faktör yüklerinin 0.40'ın üzerinde olması ve t değerinin 1.96'nın üzerinde olması gerekmektedir.¹³⁰ Bu araştırmada modele ait faktör yükleri 0.60 ile 0.94 arasında ve bütün maddelere ait t değeri 2.49 ile 10.90 arasında bulunmuştur. AÇAYÖ, herhangi bir modifikasyon uygulanmadan orijinal şekli ile kabul edilmiştir.

Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında ölçeğin tüm maddelerinin iç tutarlılık ve homojenliğinin belirlenmesinde yararlanılan analiz yöntemleri Cronbach α katsayısı

ve madde toplam puan korelasyon katsayılarıdır.¹¹⁸ Bu yöntemlerin kullanılmasındaki amaç ölçekteki maddelerin birbiriyle uyum gösterip göstermediğinin değerlendirilmesidir. 0-1 arasında değer alan Cronbach α katsayısı, 0.80 ile 1 arasında ise yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.^{118,119} Araştırmanın orijinalinde toplam Cronbach α katsayısı 0.918 olup, Çocuk Kimliği alt boyutu için 0.803, Durum Görünümü alt boyutu için 0.810, Yönetim Zihniyeti alt boyutu için 0.837, Ebeveyn Karşılıklılığı alt boyutu için 0.883, Ebeveynlik Felsefesi alt boyutu için 0.759, Yönetim Yaklaşımı alt boyutu için 0.880, Aile Odaklılık alt boyutu için 0.803, Gelecek Beklentisi alt boyutu için 0.860'tır.²⁴ Bu araştırmada, AÇAYÖ toplam Cronbach α katsayısı 0.981 olup, Çocuk Kimliği alt boyutu için 0.908, Durum Görünümü alt boyutu için 0.873, Yönetim Zihniyeti alt boyutu için 0.897, Ebeveyn Karşılıklılığı alt boyutu için 0.980, Ebeveynlik Felsefesi alt boyutu için 0.928, Yönetim Yaklaşımı alt boyutu için 0.968, Aile Odaklılık alt boyutu için 0.849 ve Gelecek Beklentisi alt boyutu için 0.953'dür. Bu bulgular AÇAYÖ'nün Türkçe yüksek derecede güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir.

Ölçme aracı, farklı zamanlarda aynı kişilere tekrar uygulandığında cevapların tutarlı olması beklenir. Bu yöntemde iki uygulama arasındaki zaman aralığının iki hafta ile dört hafta arasında olması gerekmektedir.¹¹⁸ Eğer süre iki haftadan kısa tutulursa cevapları ezberleme etkisi (cevapları hatırlama) dört haftadan fazla tutulursa katılımcıların gelişim etkisi dezavantaj oluşur.¹³⁰ Bu araştırmada ölçeğin orijinalinde önerildiği gibi iki hafta ara ile tekrar test verileri toplanmıştır.²⁴ Zamana karşı değişmezlik değerlendirilirken, katılımcıların test ve tekrar testlerinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon katsayısı belirlenir. Bu korelasyon katsayısı ölçeğin güvenilirlik katsayısını vermekte olup bu değer 0.70'in üzerinde olması gerekir.¹⁰⁸ Araştırmada, korelasyon katsayısının 0.829 düzeyinde güvenilir olduğu ve test tekrar test sonuçları arasındaki

ilişkinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Testtekrar test analizinin sonucu, AÇAYÖ'nün zamana göre tutarlı ölçümler yaptığını göstermektedir.

Astımlı çocukların ebeveynleri, hastalığa karşı yapılandığı zaman hastalığın şiddetinin ortaya koyduğu zorluklar ve karmaşık mediko-sosyal bakım gereksinimleri daha kolay karşılanabilir.¹³¹ Astım kontrolü ve aile yönetimi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada; astımlı çocukların hastalığı yönetme çabası ve aile yaşamı zorlukları, kapsamlı aile merkezli bakım alan astımlı çocuklara göre daha yüksek bulunmuştur.¹³² Astımlı çocukların annelerinin psikososyal özellikleri ile astım yönetimi öz yeterlilikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir araştırmada; anneler en yüksek sosyal desteği, aile ve arkadaşlarından sağladığı, orta derecede bakım yükü ve aile işlevselliğine sahip olduğu ve annelerin astım yönetimi öz yeterlilik düzeylerinin yeterince yüksek olmadığı bulunmuştur.¹³³ Astımlı çocukların ebeveynleri hastalığın belirtileri, atakları ve hastalığı yönetebilmek amacıyla gereken günlük mediko-sosyal tedavi ve bakım nedeniyle stres yaşayabilir.¹³¹ Bu araştırma da astımlı çocukların ebeveynleri, AÇAYÖ'den 203.53 ± 39.68 puan almışlardır (Tablo 4.9). AÇAYÖ'den toplamda alınan en düşük puanın 80, en yüksek puanın 285 olduğu düşünüldüğünde Türkiye'deki astımlı çocuklarda aile yönetiminin orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Bütün bu sonuçlar ışığında "H1: Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeği geçerli ve güvenilir olarak geliştirilir." hipotezi desteklenmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Astımlı çocuklarda aile yönetimi düzeyini değerlendirmek için Xing ve arkadaşlarının²⁴ geliştirdikleri “Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeği”ni Türkçe’ye uyarlayarak geçerlilik ve güvenilirliği incelenen araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- AÇAYÖ; “Çocuk Kimliği”, “Durum Görünümü”, “Yönetim Zihniyeti”, “Ebeveyn Karşılıklılığı”, “Ebeveynlik Felsefesi”, “Yönetim Yaklaşımı”, “Aile Odaklılık”, “Gelecek Beklentisi” olmak üzere 8 alt boyut ile 57 maddeden oluşan 5’li likert tipinde orijinaline benzer olarak Türkçe’ye uyarlanmıştır.
- AÇAYÖ’nün Çocuk Kimliği alt boyutunun Cronbach α kat sayısı 0.908, Durum Görünümü alt boyutunun Cronbach α kat sayısı 0.873, Yönetim Zihniyeti alt boyutunun Cronbach α kat sayısı 0.897, Ebeveyn Karşılıklılığı alt boyutunun Cronbach α kat sayısı 0.980, Ebeveynlik Felsefesi alt boyutunun Cronbach α kat sayısı 0.928, Yönetim Yaklaşımı alt boyutunun Cronbach α kat sayısı 0.968, Aile Odaklılık alt boyutunun Cronbach α kat sayısı 0.849, Gelecek Beklentisi alt boyutunun Cronbach α kat sayısı 0.953’dür. AÇAYÖ’nün Cronbach α katsayısı 0.981 olarak bulunmuştur. Bu sonuç AÇAYÖ’nün mükemmel derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.
- AFA sonucu, KMO ve BTS değerleri hesaplanmış ve verilerin birbiri ile ilişki gösterdiği ve faktör analizi için uygun olduğu sonucuna varılmıştır.
- DFA uyum indekslerinden χ^2/SD , GFI, AGFI, CFI, RMSEA, SRMR değerleri hesaplanmış ve tümü kabul edilebilir sınırlar içerisinde bulunmuştur.
- AÇAYÖ’den alınan toplam puan 203.53 ± 39.68 ’dir ve alınan puanlar 80-285 arasında değişmektedir.

- Geçerlik ve güvenirlik analizleri sonucunda AAY, astımlı çocuğu olan ailelerin aile yönetimi düzeyini belirleyen geçerli ve güvenilir bir lme aracı olduğu saptanmıştır.

neriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Örneklem sayısının sınırlı olması nedeniyle daha geniş bir grupta AAY'nn geçerlilik ve güvenilirliğini test eden çalışmalar yapılması,
- Astım hastası çocuğu olan ailelerin aile yönetim düzeylerinin AAY ile belirlenerek astımda aile yönetimine özgü eğitimlerin verilmesi,
- Astım hastası çocuğu olan ailelere yönelik aile program sonuçlarının değerlendirilmesinde AAY kullanılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Akdemir, N., Birol, L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 6. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevleri 2020: 1214.
2. Kılıça, M., & Taşkın, E. Alerjik Astımlı Çocukların Klinik Özelliklerinin ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 2015, 20:199-205.
3. Alkan, H. Ö. Hasta eğitimi ve davranış değişikliği geliştirme. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2016, 7: 41-47.
4. Sağlık Bakanlığı. Dünya Astım Günü. Retrieved From Asthma And Community Health Branch Division Of Environmental Health Science And Practicenational Center For Environmental Health Centers For Disease 187 Control And Prevention <https://artvindh.saglik.gov.tr/tr,165354/dunya-astim-gunu-basin-bildirisi-2019.html>. 18 ocak.2021.
5. Zahran, H. S., Bailey, C. M., Damon, S. A., Garbe, P. L., Breysse, P. N. Vital signs: asthma in children United States, 2001–2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2018, 67:149-153.
6. Guo, X., Li, Z., Ling, W., Long, J., Su, C., Li, J., Su, L. Epidemiology of childhood asthma in mainland China (1988–2014): a meta-analysis. *In Allergy and asthma proceedings*, 2018, 39:15-54.
7. Tüsad Dünya Astım Günü Basın Açıklaması. <http://www.solunum.org.tr/Birim/6/Astim-Ve-AlerjiCalismaGrubu/Haber/1058/Tusad-Dunya-Ast%C4%B1m-GunuBas%C4%B1nAc%C4%B1klamas%C4%B1>. 29 Aralık 2020.
8. Sibel, A. L., Özcebe, H. Sosyal Güvenlik Kurumu Kayıtlarında 0-18 Yaş Aralığı İçin Astım Hastalığının Analizi. *Sosyal Güvence*, 2017, 12: 27-59.

9. Caminati, M., Vaia, R., Furci, F., Guarnieri, G., Senna, G. Uncontrolled Asthma: Unmet Needs in the Management of Patients. *Journal of Asthma and Allergy*, 2021, 14: 4-57.
10. Üner, S., Balcılar, M., Ergüder, T. Türkiye hane halkı sağlık araştırması: bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı. Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara.
https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf 25 Aralık 2020 .
11. Global Initiative For Asthma 2018 Gına Report, Global Strategy For Asthma Management and Prevention. <https://ginasthma.org/Wp-Content/Uploads/2019/04/Gına-2019-MainPocket-Guide-Wms.Pdf> 13 Ocak 2021.
12. Özkan Sarılı, Safiye., Durnaz, Z., Demir, T., Gemicioğlu, B. KOAH ve astım hastalarında fonksiyonel performans ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Solunum*, 2007 9:158-166.
13. Centers For Disease Control And Prevention Vital Signs. www.cdc.gov/vitalsigns/childhood-asthma 28 Ocak 2021.
14. Çavuşoğlu, H. *Pediatric Hemşireliği Akıl Notları*, 2. Baskı, Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri 2018:336.
15. Derneği, T. T. Astım. *Official Journal of the Turkish Thoracic Society*, 2016, 17. 1-96.
16. Conk, Z., Başbakkal, Z., Bal Yılmaz, H., Bolışık, B. *Pediatric Hemşireliği*, 2. Baskı, Ankara, Dünya Tıp Kitabevi 2019:1011.
17. Shaker, M. S., Oppenheimer, J., Grayson, M., Stukus, D., Hartog, N., Hsieh, E. W., ... & Greenhawt, M. COVID-19: pandemic contingency planning for the allergy

- and immunology clinic. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2020, 8:1477-1488.
18. Risk Of Severe Illness From Covid-19. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html> 05 Nisan 2021.
 19. Pars, H., Suluhan, D., Ercan, N. Astımlı Çocuğu Olan Annelerin Geleneksel Tamamlayıcı Tedavi Kullanımı ve Hastalığa Yönelik Bilgi Düzeylerinin Astım Kontrolüne Etkisi: Tek Merkez Deneyimi. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 2020, 1:1-10.
 20. Yıldırım, B.. Astımlı Çocuk ve Bakım Veren Anneleri Olmak: Biyopsikososyal Bağlamda Bir Sosyal Hizmet Değerlendirmesi. Celal Bayar Üniversitesi *Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2019, 6: 57-64.
 21. Aldem, M., Geçkil, E. The development of Home Design Awareness Scale in Children with Asthma Astımlı Çocuklarda Ev Dizaynı Farkındalık Ölçeği geliştirilmesi. *Journal of Human Sciences*, 2019, 16:285-300.
 22. Hossny, E., Caraballo, L., Casale, T., El-Gamal, Y., Rosenwasser, L.. Severe asthma and quality of life. *World Allergy Organization Journal*, 2017 1: 1-8.
 23. GINA-Global Strategy for Asthma Management and Prevention <https://ginasthma.org/gina-reports/2021> 01 Mart 2021.
 24. Xing, Y., Gu, X., Wei, Z., Zhang, W., Crowder, S. J., Duan, H. (2020). Development and validation of the family management scale for children with asthma (FMSCA). *Journal of Asthma*, 4: 441-451.
 25. Ellwood, P., Asher, M. I., Billo, N. E., Bissell, K., Chiang, C. Y., Ellwood, E. M., Strachan, D. P. The Global Asthma Network rationale and methods for Phase I global surveillance: prevalence, severity, management and risk factors. *European respiratory journal*, 2017, 49.

26. Hsu, J., Sicrar, K., Herman, E., Garbe, P. Exhale: A Technical Package http://www.healthymms.com/msdhsite/_static/resources/7651.pdf 27 Şubat 2021.
27. Julian, V., Amat, F., Petit, I., Pereira, B., Fauquert, J. L., Heraud, M. C., Labbé, A. Impact of a short early therapeutic education program on the quality of life of asthmatic children and their families. *Pediatric pulmonology*, 2015,3: 213-221.
28. Global InitiativeForAsthma 2018 Gina Report, Global Strategy Management and Prevention. <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2018/04/wms-GINA-2018-report-V1.3-002.pdf> 04 Mayıs 2021.
29. National Asthma Education and Prevention Program (Naep). Guidelines for The Diagnosis and Management of Asthma. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/guidelines-for-diagnosis-management-of-asthma> 4 Mart 2021.
30. World Health organization; Chronicrespiratory diseases. <Http://Www.Who.Int/Respiratory/Asthma/En/> 28 Mayıs 2021.
31. Panzera, A. D., Schneider, T. K., Martinasek, M. P., Lindenberger, J. H., Couluris, M., Bryant, C. A., Mc Dermott, R. J. Adolescent asthma self-management: patient and parent-caregiver perspectives on using social media to improve care. *Journal of school health*, 2013 83, 921-930.
32. The global asthma report 2014. Auckland, New Zealand.http://www.globalasthmareport.org/resources/Global_Asthma_Report_2014.pdf 12 Mart 2021.
33. Akdeniz, E., Öncel, S. Türkiye'de Hemşirelik Alanında Astımlı Çocuklarla İlgili Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *Turkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri*, 2019, 11.

34. Erdoğdu, B. Astım Tanılı Çocuklarda Astım Atak Sırasında ve Sonrasında Nefeste Mikro Rna Gen Expresyonu. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı. Tıpta Uzmanlık, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2016.
35. Sibel, A. L., Özcebe, H. Sosyal Güvenlik Kurumu Kayıtlarında 0-18 Yaş Aralığı İçin Astım Hastalığının Analizi. Sosyal Güvence, 2017, 12: 27-59.
36. GINA- Global InitiativeforAsthma. Global strategy for asthma management and prevention. https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2016/04/GINA-2016-main-report_tracked.pdf 15 Nisan 2021.
37. Toskala, E., Kennedy, D. W. Asthma risk factors. *In International forum of allergy and rhinology*, 2015,1:11-16.
38. Kurt, E., Metintas, S., Basyigit, I., Bulut, I., Coskun, E., Dabak, S., ... & Gemicioglu, B. Prevalence and risk factors of allergies in Turkey (PARFAIT): results of a multicentre cross-sectional study in adults. *European Respiratory Journal*, 2009, 33: 724-733.
39. Mutlu, B., Balcı, S. Çocuklarda Astım: Risk Faktörleri, Klinik Özellikler ve Korunma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010, 9:1.
40. Busse, P. J., Cohn, R. D., Salo, P. M., Zeldin, D. C. Characteristics of allergic sensitization among asthmatic adults older than 55 years: results from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2005-2006. *Annals of Allergy, Asthma Immunology*, 2013, 110:247-252.
41. Jaakkola, M. S., Ieromnimon, A., Jaakkola, J. J. Are atopy and specific IgE to mites and molds important for adult asthma?. *Journal of allergy and clinical immunology*, 2006, 117: 642-648.

42. Mizuta, K., Matoba, A., Shibata, S., Masaki, E., & Emala Sr, C. W. Obesity-induced asthma: Role of free fatty acid receptors. *Japanese Dental Science Review*, 2019, 55:103-107.
43. Vijayakanthi, N., Greally, J. M., & Rastogi, D. Pediatric obesity-related asthma: the role of metabolic dysregulation. *Pediatrics*, 2016, 137:5.
44. Can, B. İnhaler ilaç kullanan astımlı çocuklarda ağız bakım yöntemlerinin ağız sağlığına etkisinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi Denizli: Pamukkale Üniversitesi, 2021.
45. Cetemen, A., Yenigün, A., Ünüvar, T., Gültekin, B. Yaşları 6-18 Yıl Arasında Değişen Çocuklarda Obezite, Astım Ve Atopî İlişkisi. *Asthma Allergy Immunology/Astım Allerji Immunoloji*, 2012, 10:3.
46. Kocacık Uygun DF, Başaran E, Filiz S, Bingöl A, The demografic factors andt heir clinical affects on child hood asthma, *Klinik Tıp Dergisi* 2016, 8: 2-6.
47. Özbey, Ü., Uçar, A. Astımla İlişkili Güncel Faktörler: Obezite ve Beslenme. Gümüşhane Üniversitesi *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 7:70-77.
48. Bıçakçı A, Tosunoğlu A. Allergenicpollen in Turkey. *Asthma Allergy Immunology*, 2019; 17: 1-19.
49. Demir E, Midyat L. Astım Patogenezi. Türkiye Klinikleri *Pediatric Sciences* 2009; 5: 6-16.
50. Who Director-General's Opening Remarks At The Media Briefing On Covid-19– 11 March 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020> 09 Mayıs 2021.

51. Covid-19: Gina Answers To Frequently Asked Questions On Asthma
<https://ginasthma.org/covid-19-gina-answers-to-frequently-asked-questions-on-asthma-management/> 14 Nisan 2021.
52. Sözen, Z. Ç., Çiftçi, F., Soyuyiği, Ş., Mungan, D. Smoking attitudes of the patients with allergic rhinitis: a comparison with asthma and chronic obstructive pulmonary disease. Are there differences when only upper airways are involved?. *Tuberk Toraks*, 2018, 66:43-51.
53. Demirbaş N, Kutlu R. Effect of smoking on lungage and respiratory functiontests, *Cukurova Med Journal* 2018, 43: 155-163.
54. İnci, G., Baysal, S. U., Şişman, A. R. Beş yaşından küçük sağlıklı çocukların çevresel tütün dumanından etkilenmesi (Ön çalışma). *Turkish Archives of Pediatrics*, 2018,53:1.
55. Kelly F, Fussell J. Air pollution and airway disease. *Clinical & Experimental Allergy*, 2011, 41: 1059-1071.
56. Ünver, E., Bolat, E., Altın, S., Çoban, A., Aktaş, M., Fıçıcı, M., Saral, A. The effect of air pollution on respiratory system disease admissions and health expenditures 2019.
57. Uzun, S. U. Iğdır İl Merkezinin Hava Kalitesi ve Astım-KOAH ile İlişkisi: Ekolojik Bir Çalışma. In 3. International 21. *National Public Health Congress*, 2019.
58. Nishimura KK, Galanter JM, Roth LA, Oh SS, Thakur N, Nguyen EA. Early-life air pollution and asthma risk in minority child renthe Gala II andSage II studies. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 2013, 188: 309-318.
59. Neophytou AM, White MJ, Oh SS, Thakur N, Galanter JM, Nishimura KK, Pino-Yanes M, Torgerson DG, Gignoux CR, Eng C. Air pollution and lung function in minority youth with asthma in the GALA II (Genes–Environments and Admixture

- in Latino Americans) and SAGE II (Study of African Americans, Asthma, Genes, and Environments) studies. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 2016, 193: 1271-1280.
60. Özdemir Ö, Elmas B. Alerjik rinitin değişken prevalansı ve prevalansı etkileyen risk faktörleri. *Kulak Burun Bogaz İhtisas Dergisi*, 2018, 26:371-382.
61. Çetinkaya E, Pençe HH, Pençe S. Asthma prevention and treatment; location of nutrition and complete treatment approaches. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics*. 2018, 6: 132-139.
62. Altay M, Cabar HD, Altay B. Adolesan dönemi çocuklarda beslenme ve okul sağlığı. *Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2018, 2: 173-180.
63. de Castro-Mendes, F., Cunha, P., Paciência, I., Cavaleiro Rufo, J., Farraia, M., Silva, D., Moreira, P. The Influence of Eating at Home on Dietary Diversity and Airway Inflammation in Portuguese School-Aged Children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021 18: 2646.
64. Rosenberg, S. L., Miller, G. E., Brehm, J. M., Celedón, J. C. Stress and asthma: novel insights on genetic, epigenetic, and immunologic mechanisms. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2014, 134:1009-1015.
65. Walker, S. Stress and anxiety. <https://www.asthma.org.uk/advice/triggers/stress/> 12 Şubat 2021.
66. Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşiresinin rolünün yasal ve etik yönleri. *Çocuk Sağlığı Hastalıkları Dergisi* 2015, 1: 27-28.
67. Kaufman G. Asthma: pathophysiology, diagnosis and management. *Nursing Standard*. 2011, 26: 48.
68. Astım Tanı ve Tedavi Rehberi.
<http://www.toraks.org.tr/ebook.aspx?book=59221591>. 17 Ocak 2021.

69. Arslan, Ş., Çalışkaner, A. Z. Yüksek Serum İmmünglobulin E Düzeyi Her Zaman Allerjiye Bağlı Değildir: Etiyolojik Değerlendirmede İpuçları. *Asthma Allergy Immunology/Astım Allerji İmmünoloji*, 2017, 15:115-122.
70. Öztürk, R. T., Ediger, D. Ağır Astımda Anti-Ige Tedavisinin Yeri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi* 2015; 3: 208-214.
71. Bayat, M., Erdem, E. *Çocuklarda İmmün Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, 5. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2013: 515-560.
72. Törüner, E.K., Büyükgöncü, L. *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*, 1. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi 2017:680.
73. Aktan, Z. D., Erdogan, F., Öktem, S. Pediatrik Astımda Anksiyete, Depresyon, Somatizasyon ve Yaşam Kalitesi İle Serum Ige Düzeyi İlişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2019, 11:276-292.
74. Cingöz FO. Hırıltılı çocuk ya da astım tanısıyla başvuran olgularda ilaçlara inanç ile annenin anksiyete, depresyon parametrelerinin ilişkisi. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi, 2019.
75. Tülübaşı, F., Gürel, A., Donma, M. M., Nalbantoğlu, B., Topçu, B., Mut, Z. D. Astma ve alerjik rinitli çocuklarda total Ig E, C-reaktif protein ve kan sayım parametrelerinin değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 2013 40:57-61.
76. Durrani SR, Montville DJ, Pratt AS, Sahu S, DeVries MK, Rajamanickam V, Gangnon RE, Gill MA, Gern JE, Lemanske Jr RF. Innate immune responses to rhinovirus are reduced by the high-affinity IgE receptor in allergic asthmatic children. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2012, 130: 489-495.
77. Baykan, A., Baykan, H. Atopik dermatitli hastalarda deri prick test ve spesifik Ig E sonuçlarının değerlendirilmesi. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 2017 19:19-26.

78. Szeffler, S. J. Advances in pediatric asthma in 2007. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2008 121, 614-619.
79. Gomez-Llorente, M., Romero, R., Chueca, N., Martinez-Cañavate, A., Gomez-Llorente, C. Obesityandasthma: a missing link. *International journal of molecular sciences*, 2017, 18:1490.
80. Kyle, T., Carman, S.. *Essentials of pediatric nursing*. 2nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams and Wilkins, 2013:1219.
81. Sonntag, H. J., Filippi, S., Pipis, S., Custovic, A.. Blood biomarkers of sensitization and asthma. *Frontiers in pediatrics*, 2019, 7:251.
82. Smith, P. H., Ownby, D. R. *Clinical Significance of Immunoglobulin E*. In *Middleton's Allergy: Principles and Practice: Eighth Edition* 2014 2: 1108-1118.
83. Abrams, E., Jong, G. T., Yang, C. Paediatric Asthma and Covid-19. <https://www.cps.ca/en/documents/position/paediatric-asthma-and-covid-19#ref10> 9 Mart 2021.
84. Çokuğraş, H. Çocuklarda Astımda Atak Tedavisi. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 2019 11: 58-63.
85. Derneği, T. T. Astım. *Official Journal of the Turkish Thoracic Society*, 2016: 17.
86. Karaarslan D. Astımlı Çocuk Ve Adölesanların Öz-Etkililiklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2015
87. Barnes P J. Theophylline. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2013, 188: 9016.
88. Sal E, Kaya A, Temel H, Basaranoglu M, Caksen H. A case with theophylline intoxication/Bir olgu nedeniyle teofilin zehirlenmesi. *Turkish Pediatrics Archive*, 2013, 48: 55-57.

89. Çalışkan G, Girgin NK, Uran İ, Gül B, İşçimen R, Kahveci F. Teofilin zehirlenmesinde hemoperfüzyon: Olgu sunumu. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2014, 40: 89-93.
90. Aydemir, Y. Astım, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Fibrozis Hastalıklarının Karşılaştırmalı Klinik Farmakolojisi. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics*, 2018, 6: 118-25.
91. Çavuşoğlu H. *Pediyatri Hemşireliği Akıl Notları*, 2. Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, 2017:336.
92. Yüzer S, Polat S. Astımlı çocuklarda hemşirelik yönetimi. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*, 2015, 1: 36-39.
93. Kocaaslan, E. N. (2016). Astımlı Çocuklarda Hastalık Yönetimi Konusunda Verilen Eğitimin Çocukların Yaşam Kalitesi ve Öz Etkililik Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi.
94. Güler, S., Akcan, A. Astım Yönetiminde Okul Temelli Yaklaşım ve Hemşirenin Rollerini. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020 9: 307-317.
95. Yüzer, S., Polat, S. Astımlı Çocuklarda Hemşirelik Yönetimi. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatric Nursing-Special Topics*, 2015, 1:36-39.
96. Özkan, Ç.G.G., Kaşıkçı, M. K. Ölçülü Doz İnhaler Kullanımı ve Hasta Eğitim Sürecinin Yönetilmesinde Hemşirenin Rolü. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2015 2: 355-362.
97. Pekcan, S. Çocuk Hastada İnhalasyon Tedavisinin Özellikleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Pulmonary Medicine Special Topics*, 2015, 8:32-43.
98. Pekcan S. Çocuklarda inhaler tedavi uygulamaları. *Solunum Dergisi* 2012; 14: 63-72.

99. Brown, J. Improving Pediatric Asthma Management: A Quality Improvement Project, 2019: 42.
100. Yılmaz, F. T., Çınar, S. Effect of Educational On Symptom Control and Quality of Life On Asthmatic Patients. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 2015: 9,2.
101. Cloutier, M. M., Salo, P. M., Akinbami, L. J., Cohn, R. D., Wilkerson, J. C., Diette, G. B., Zeldin, D. C. Clinician agreement, self-efficacy, and adherence with the guidelines for the diagnosis and management of asthma. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2018, 6: 886-894.
102. Mammen, J. R., Rhee, H., Atis, S., Grape, A. Changes In Asthma Self Management Knowledge In Inner City Adolescents Following Developmentally Sensitive Self-Management Training. *Patient Education and Counseling*, 2018, 101: 687-695.
103. Price, L., Walker, L. *Chronic illness, vulnerability and social work: autoimmunity and the contemporary disease experience*. Routledge, 2015.
104. Şahin, Z. A. Kronik obstrüktif akciğer hastalarına (KOAH) bakım veren bireylerin bakım yükü ve depresyon düzeyleri. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2014 12: 113-119.
105. Gates, L. B. ve Akabas, S. H. Meeting the demands of work and responsibilities of caring for a child with asthma: Consequences for caregiver well-being. *Journal of Social Service Research*, 2012 38: 656-671.
106. Barlow, J. H. ve Ellard, D. R. The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: An overview of their search evidence base. *Child: Care, Health and Development*, 2006, 32: 19-31.
107. Wall-Haas, C. L., Kulbok, P., Kirchgessner, J. ve Rovnyak, V. Shared medical appointments: Facilitating care for children with asthma and their caregivers. *Journal of Pediatric Health Care*, 2012, 26: 37-44.

108. Esin N. *Veri Toplama Yöntem ve Araçları, Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliliği. İçinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N (editörler). Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik*, 4.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2020:195-231.
109. Çapık C, Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlama Aşamaları, Dil ve Kültür Uyarlaması: Güncellenmiş Rehber. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 2018, 26: 199-210.
110. Batmaz, S. B. Astım Hastası Çocukların Demografik, Klinik ve Laboratuvar Bulgularının Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2020, 21: 319-326.
111. Bodrumlu, E. H., Demiriz, L. Astım hastası çocukların sosyo demografik özellikleri ve ağız diş sağlığı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018, 9: 40-45.
112. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004, 30: 211-216.
113. Wood G, Haber J. Reliability and validity. *Nursing research. Methods, Appraisal and Utilization*, 2002: 311-330.
114. Seçer, İ. *SPSS ve LISREL ile pratik veri analizi*, 3. Bakı, Ankara Anı yayıncılık, 218.
115. Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması.
<http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/PamukkaleBildiri.pdf> 10 Nisan 2021.
116. Yaşlıoğlu MM. Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 2017,46:74-85.

117. Büyüköztürk Ş. *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*, 28. Baskı. Ankara, Pegem Akademi, 2020:280.
118. Bursal M. *SPSS ile Temel Veri Analizleri. Genişletilmiş 2.Baskı*. Ankara, Anı Yayıncılık, 2019:320.
119. Karagöz Y. *SPSS-AMOS-META Uygulamalı İstatistiksel Analizler*, 2.Baskı. Ankara Nobel Akademik Yayıncılık, 2019:1336.
120. Cam M, Baysan Arabacı L. Tutum ölçeği hazırlamada nitel ve nicel adımlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2010, 2, 59-71.
121. Sümer N. Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2000, 3: 49-74.
122. Şencan H. *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*, 1. Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2005:867.
123. Tavşancıl E. *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS İle Veri Analizi*. 5. Baskı, Ankara, Nobel Yayıncılık 2010: 230.
124. Yeşilyurt S, Çapraz C. Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2018, 1:251-264.
125. Özdamar K. *Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi*, 2. Baskı. Eskişehir Nisan Kitabevi, 2017:73.
126. Kartal M., Bardakçı S. *SPSS ve AMOS uygulamalı örneklerle Güvenirlik ve Geçerlik Analizleri*, 1. Baskı, Ankara Akademisyen Kitabevi 2018:192.
127. Erkorkmaz Ü, Etikan İ, Demir O, Özdamar K, Sanisoğlu SY. Doğrulayıcı Faktör Analizi ve Uyum İndeksleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical sciences*, 2013, 33: 210-223.
128. Pallant, J.. *SPSS kullanma kılavuzu*. 2. Baskı, Ankara Anı yayıncılık 2017:384

129. Souza, A. C. D., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. D. B. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26, 649-659.
130. Kartal M, Bardakçı S. *Tutum Ölçekleri*, 1. Baskı, Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2019:178.
131. Yıldırım, B. Astımlı Çocuk ve Bakım Veren Anneleri Olmak: Biyopsikososyal Bağlamda Bir Sosyal Hizmet Değerlendirmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2019, 6: 57-64.
132. Han, L., Shangguan, J., Yu, G., Li, T., Wu, Y., Zhou, Y., ... & Wang, A. Association between family management and asthma control in children with asthma. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 2020, 25: 12285.
133. Yıldırım, B. Pediatrik Astım Hastalarına Bakım Veren Annelerin Psikososyal Özellikleri ile Astım Yönetimi Öz-Yeterlilikleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Doktora Tezi Ankara Hacettepe Üniversitesi, 2017.

EKLER

EK 1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Tubanur ÖZMEN
Doğum tarihi: 11 Haziran 1996
Doğum Yeri: Oltu\Erzurum
Medeni Hali: Bekâr
Uyruğu: T.C.
Adres: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Tel: 0537 352 56 43
Faks: -
E-mail: ozmentubanur96@gmail.com

Eğitim

Lise: Oltu Anadolu Öğretmen Lisesi
Lisans: Erzurum Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Yüksek lisans: Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Yabancı Dil Bilgisi

İngilizce: Orta
Almanca: -
Rusça: -

Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar

-

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Tubanur ÖZMEN
Öğrencinin Numarası	19020602007
Ana Bilim Dalı	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans

Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.

Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%4	% 15
II. Genel Bilgiler	%18	% 35
III. Materyal ve Metod	%19	% 35
IV. Bulgular	%13	% 15
V. Tartışma	%13	% 20

Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.

Tez Yazarı (Öğrenci)	Tez Danışmanı
Tubanur ÖZMEN	Dr. Öğr. Üyesi Türkan KADİROĞLU
1.7.2021	1.7.2021
İmza:	İmza:

¹ Bu form bilgisayar ortamında doldurulmalı, çıktısı imzalanıp Tez Savunması Jüri Öneri Formu'yla birlikte Ana Bilim Dalı Başkanlığı aracılığıyla ÜBYS üzerinden Enstitüye iletilmelidir.

EK-3. ETİK KURUL İZİNİ



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Türkan KADIOĞLU	
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI	Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeği'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması	
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 09 Karar No: 36	Tarih: 05.11.2020
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Prof.Dr.Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı

Prof.Dr.M.Hamidullah UYANIK
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI
Üye

Doç.Dr.Zeynep KARAMAN ÖZLÜ Doç.Dr. Yasemin ÇAYIR
Üye Üye

Doç.Dr.Ayşenur AKSOY
Üye

Doç.Dr.Atilla ÇAYIR
Üye

Dr.Öğr.Üy.İbrahim KARABULUT
Üye

Dr.Öğr.Üy.Murat KAYABEKİR
Üye

Dr.Öğr.Üy. Sinan YILMAZ
Üye

Emrah MELETLİOĞLU
Üye

EK-4. RESMİ KURUM YAZISI



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Başkanlığı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
Başkanlığı

Sayı : 42190979-000-E.2000314332
Konu : Uygulama İzni (TUBANUR
ÖZMEN)

17.12.2020

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 15.12.2020 tarihli ve 45361945-000-E.2000311623 sayılı belge.

Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'nın 09.12.2020 tarih ve E.2000307620 sayılı yazına istinaden Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencilerinden Tubanur ÖZMEN'in "Astımlı Çocuklar İçin Aile Yönetimi Ölçeği'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması" konulu tez çalışmasının uygulamasını Aralık 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında polikliniklerimizde yapmasında sakınca yoktur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof.Dr. Zerrin ORBAK
Ana Bilim Dalı Başkanı

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi 25240 Erzurum
Tel: +90 442 3446501
Elektronik Ağ: <http://www.atauni.edu.tr/#!birim=tip-fakultesi>

Kep Adresi: atauni@hs01.kep.tr

Bilgi: Neşe YÜCELER
Faks: +90 442 3446528
E-Posta: tipfak@atauni.edu.tr



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
<https://ubys.atauni.edu.tr/ERMS/Record/Confirmation/Confirmation?code=B3B32A676DD>

EK-5. TANITICI BİLGİ FORMU

Çocuğa Yönelik Sorular:

- 1)Çocuğunuzun Yaşı
- 2)Cinsiyeti 1.Kız 2.Erkek
- 3)Ne kadar süredir astım hastasıAy.....Yıl

Ebeveynlere Yönelik sorular:

- 1) Anne () () Baba
- 2)Yaşınız
- 3)Kaç çocuğunuz var?
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ve üzeri
- 4)Öğrenim Durumunuz:
()Okur yazar değil
()İlköğretim
()Lise
()Üniversite
- 5)Mesleğiniz:
()Memur
()İşçi
()Serbest Meslek
()Ev Hanımı
()Diğer (Açıklayınız).....
- 6)Annenin Öğrenim Durumu:
()Okur yazar değil
()İlköğretim
()Lise
()Üniversite
- 7)Annenin Mesleği:
()Memur
()İşçi
()Serbest Meslek
()Ev Hanımı
()Diğer (Açıklayınız)
- 8) Babanın Öğrenim Durumu
()Okuryazar Değil

()İlköğretim
()Lise
()Üniversite
- 9)Babanın Mesleği:
()Memur
()İşçi
()Serbest Meslek
()Diğer (Açıklayınız)
- 10)Çevrenizdekilere kıyasla aylık ekonomik gelirinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?
()Gelir giderden fazla
()Gelir gidere denk
()Gelir giderden az

EK-6. ASTIMLI ÇOCUKLAR İÇİN AİLE YÖNETİMİ ÖLÇEĞİ (AÇAYÖ)

Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyun ve aile astım yönetimi konusundaki tutumunuza göre her satırda yalnızca bir yanıt seçin.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Astıma rağmen çocuğumuz diğer sağlıklı aynı yaştaki çocuklarla aynı şekilde bazı aktiviteleri hala gerçekleştirebiliyor (okula gitmek, spor veya egzersiz ve grupaktivitelerine katılmak vb.).					
2. Çocuğumuz aynı yaştaki diğer sağlıklı çocuklar gibi göründüğünü düşünüyorum.					
3. Astıma rağmen çocuğumuz hala yeterince uyuyabiliyor.					
4. Astıma rağmen çocuğumuz günlükbesin (et, sebze ve meyve) alımınısürdürebiliyor.					
5. Astıma rağmen çocuğumuz arkadaşlarıyla hala iyi anlaşıyor.					
6. Astıma rağmen çocuğumuz hala rahat ve mutlu ruh halini sürdürebiliyor.					
7. Astımın hava yolunun kronik enflamatuvar bir hastalığı olduğunu biliyorum.					
8. Astımın düzenli olarak uzun süreli ilaç ve tedavi gerektirdiğini biliyorum.					
9.Hekimin tavsiyelerine uygun olarak inhalekortikosteroidlerin (IKS) düzenli kullanımının çocukların büyüme ve gelişimi üzerinde hiçbir etkisi olmadığını biliyorum.					
10. Astımın nedenini biliyorum.					
11.Astım semptomlarını tam olarak biliyorum.					
12. Astımın genel tetikleyicilerini biliyorum.					
13. Çocuğum astımıyla ilgilendiğim için sık sık bitkin hissediyorum.					
14. Çocuğum astımıyla ilgilenmek çok zor.					
15.Çocuğumda astım yönetimi çokfazla organizasyonel iş gerektiriyor.					
16. Çocuğuma bakacak birini bulmak zor.					
17. Eşim ve ben, çocuğumuzdaki astımın ciddiyeti konusunda benzer görüşlere sahibiz.					
18.Eşim ve ben, astım tedavisi ve çocuğumuzun bakımı konusunda birbirimize danışarak karar veriyoruz.					
19. Eşim ve ben, çocuğumuzun astım ilacı seçimi konusunda benzer görüşlere sahibiz.					

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
20.Eşim ve ben, çocuğumuzun astım tedavisine uyumu konusunda benzer görüşlere sahibiz.					
21. Eşim ve ben, çocuğumuzunastımını birlikte yöneten samimi biraileyiz.					
22.Çocuğun astımıyla eşimle birlikte ilgilenmekten çok memnunuz.					
23. Eşim ve ben, çocuğumuzda astım için Çin tıbbi veya batı tıbbi konusunda benzer görüşlere sahibiz.					
24. Eşim ve ben, çocuğumuzun astım bakımı konusunda birbirimizi destekliyoruz.					
25.Hekimlerin rahatlatıcı sözleri astım tedavisi konusunda bana güven veriyor.					
26. Astım yönetimi çocuğumun gelecekte normal insanlarla aynı şekilde öğrenmesine, çalışmasına ve yaşamasına yardımcı olabilir.					
27.Hastalığın yönetimine katılmak ve iş birliği yapmak, astımın çocuğumun fiziksel ve zihinsel gelişimi üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirebilir.					
28. Astım tedavisinin olumlu etkisi, çocuğumun astımını sürekli yönetmem için bana güven veriyor.					
29. Tıbbi teknoloji ve kaynakların iyileştirilmesi ve zenginleştirilmesi, çocuğumun astımını tedavi etmede bana güven veriyor.					
30.Çocuklarda astım ataklarının tetikleyicilerini belirleyebilirim.					
31. Çocuğumun yatağını düzenli olarak yıkarım. (2-4 haftada bir).					
32. Çocuğumu sigara içilen bir ortama maruz bırakmaktan kaçınırım.					
33. Evde çevresel hijyeni korumaya ve odayı havalandırıp kuru tutmaya çalışırım.					
34. Fazla tozlu ve polenli yerlerden çocuğumu korurum.					
35.Çocukluk çağı astımı mevsimsel alevlenme ile karakterizedir ve bununlanasıbaş edeceğimi bilirim.					
36. Tam bir iş birliği yapmak için hekimleri düzenli olarak ziyaret ederim.					
37. Hastalıkla ilgili sağlık personeli ile aktif iletişim kuruyorum.					
38. Astım ilaçlarının etkisini ve işlevini bilirim.					
39. İlaçların dozunu hekimin talimatlarına göre ayarlayabilirim. (arttırabilir veya azaltabiliyorum).					
40.Uzun süre astımı önleyen ilaçları (flicotide, pulmicort, symbicort, seretide ve montelukast vb.) kullanması konusunda çocuğumu kontrol ederim.					
41. Çocuğuma astım uzmanı veya hemşiresi tarafından belirlenen doğru tekniklerle (flicotide, pulmicort, symbicort, seretide, vb.) çeşitli inhale ilaçları kullanması konusunda yol gösteririm.					
42.Çocuğumun astım kriziyle nasıl baş edeceğimi bilirim.					
43. Çocuğumla sık sık keyifli bir iletişim kururum.					
44. Çocuğuma diğer sağlıklı çocuklardan farklı olduğunu hissettirmekten kaçınırım.					
45. Ebeveyn-çocuk ilişkisini geliştirmek için düzenli aile eğlenceleri önerildi.					
46. Çocuğum için uyumlu ve mutlu bir aile ortamı yaratmaya çalışırım.					
47. Azarlamaktan kaçınır ve ikna edici bir ebeveynlik tarzı benimserim.					

48.Çocukların yaşama olan ilgilerini geliştirmelerini ve mümkün olduğuncadersçalışmalarını savunurum.					
49.Çocuğumuzun hastalığı aile ilişkimizi engelliyor.					
50. Bazen çocuk bakımını aile yaşamıyla nasıl dengeleyeceğime karar vermek benim için zor oluyor.					
51.Çocuğumuzun astım bakımını günlük yaşamımıza entegre etmek sorun değil.					
52. Çocuğumuzun hastalığıyla ilgilenmek,aile yaşamını çok zorlaştırıyor.					
53. Çocuğumun astım kontrolüne ve iyileşmesine güveniyorum.					
54.Çocuğumun astımı tedavi edilebileceğini düşünüyorum.					
55.Çocuğumun daha sonra kendi başının çaresine bakabileceğini düşünüyorum.					
56.Çocuğumun gelecekte astımdan etkileneceğini sanmıyorum.					
57.Aile hayatımızın gelecekte normale döneceğini düşünüyorum.					

EK-7. GÖRÜŞÜ ALINAN UZMAN LİSTESİ

UZMANLAR	KURUMU
Prof. Dr. Duygu ARIKAN	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Prof. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Dr. Öğr. Üyesi Arzu SARIALIOĞLU	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Dr. Öğr. Üyesi Semra KÖSE	Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Dr. Öğr. Üyesi Ayfer KARA	Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD
Uzm. Dr. Atilla ÇAYIR	Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD
Uzm. Dr. Tuncay AYDIN	Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD
Uzm. Dr. Neşe MUTLU	Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD
Uzm. Dr. Burcu HIDIMOĞLU	Ankara Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD
Uzm. Dr. Bilgin AZRAK	Erzurum Karayazı Türk Eczacıları Birliği İlçe Devlet Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

EK-8. ÖLÇEĞİN TÜRK TOPLUMUNA UYARLAMA İZİN YAZISI

10.10.2020

Gmail - I am looking forward to your reply



Tubanur ÖZMEN <ozmentubanur96@gmail.com>

I am looking forward to your reply

2 ileti

Tubanur ÖZMEN <ozmentubanur96@gmail.com>
Alıcı: duanhongmei66@163.com

8 Ekim 2020 15:24

Dear Duan;
I am a master student at Atatürk University in Turkey.
If you let me, I want to adapt your scale family
management scale for children with asthma
(FMSCA) to Turkish.
I am looking forward to your reply.

Best Regard's
Tubanur Ozmen

DuanHongmei <duanhongmei66@163.com>
Alıcı: Tubanur ÖZMEN <ozmentubanur96@gmail.com>

10 Ekim 2020 06:25

Dear Tubanur Ozmen,
I am glad that you are interested in my questionnaire, and you can obtain permission to use our scale.

Hongmei Duan

[Alıntılanan metin gizlendi]

<https://mail.google.com/mail/u/2?ik=0056f3a30a&view=pt&search=all&permthid=thread-a%3Ar3129823120868193913&simpl=msg-a%3Ar81865...> 1/1