



**ÇOCUĞU BUHAR İNHALASYON TEDAVİSİ ALAN
ANNELERİN ÖZ YETERLİLİK VE KAYGI
DURUMLARININ BUHAR İNHALASYON
UYGULAMALARINA ETKİSİ**

Ayşe ŞAHİN

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Duygu ARIKAN

Yüksek Lisans – 2017

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

**ÇOCUĞU BUHAR İNHALASYON TEDAVİSİ ALAN
ANNELERİNİN ÖZ YETERLİLİK VE KAYGI DURUMLARININ
BUHAR İNHALASYON UYGULAMALARINA ETKİSİ**

Ayşe ŞAHİN

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

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Duygu ARIKAN**

**ERZURUM
2017**

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

**ÇOCUĞU BUHAR İNHALASYON TEDAVİSİ ALAN ANNELERİN ÖZ
YETERLİLİK VE KAYGI DURUMLARININ BUHAR İNHALASYON
UYGULAMALARINA ETKİSİ**

Ayşe ŞAHİN

Tez Savunma Tarihi : 10 Mart 2017

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Duygu ARIKAN (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Gamze YILMAZ (Ağrı İbrahim Çeçen Üniv.)

Onay

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


Prof. Dr. Mehtap TAN
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM – 2017

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VIII
TABLolar DİZİNİ.....	IX
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. İnhalasyonun Tanımı ve Tarihçesi.....	5
2.2. İnhaler Tedavi	5
2.3. Çocuklarda İnhaler Tedavi Yöntemleri	6
2.3.1. Nebülizer.....	7
2.3.1.1. Jet Nebülizer	8
2.3.1.2. Ultrasonik Nebülizer.....	9
2.3.2. Ölçülü Doz İnhaler (ÖDİ).....	12
2.3.3. Kuru Toz İnhaler (KTİ)	12
2.4. Yenidoğan ve Çocuklarda Aerosol İlaç Kullanımı.....	15
2.4.1. Yaş ve Fiziksel Beceri	15
2.4.2. Yaş ve Zihinsel Beceri.....	16
2.4.3. Ağlayan Bebeklerde İnhaler İlaç Kullanımı	16
2.4.4. Hasta-Cihaz Etkileşimi	17
2.4.4.1. Ağızlık mı Maske mi?.....	17
2.4.4.2. Maskenin Yüze Sıkıca Yerleştirilmesinin Önemi	17
2.4.4.3. Maske mi Havadan Soluma mı?	18

2.4.5. Ebeveyn ve Hasta Eğitimi.....	18
2.5. Kaygı.....	18
2.5.1. Kaygı Tanımları	19
2.5.2. Durumluk Kaygı ve Birey Üzerine Etkisi.....	19
2.5.3. Annenin Kaygısını Azaltmada Hemşirenin Rolü	21
2.6. Öz Yeterlilik	22
2.6.1. Öz Yeterlilik Tanımları.....	22
2.6.2. Öz Yeterlilik Algısı.....	23
2.6.3. Öz Yeterliliğin Birey Üzerine Etkisi	23
2.6.4. Öz Yeterliliğin Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü	24
3. MATERYAL VE METOT.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	26
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	26
3.5. Veri Toplama Araçları	26
3.6. Verilerin Toplanması	29
3.7. Verilerin Analizi	30
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	31
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
KAYNAKLAR	63
EKLER	84

EK-1. ÖZGEÇMİŞ	84
EK-2. VERİ TOPLAMA FORMU	85
EK-3. BUHAR İNHALASYON UYGULAMASI KONTROL LİSTESİ	86
EK-4. DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ.....	87
EK-5. ÖZ- ETKİLİLİK- YETERLİK ÖLÇEĞİ	88
EK-6. ETİK KURUL ONAY FORMU	89
EK-7. YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA TUTANAĞI.....	90
EK-8. RESMİ İZİN YAZISI.....	91
EK-9. ONAM BELGESİ	92

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam sürecinde, bilgi ve deneyimleriyle beni destekleyen, ümitsizliğe düştüğüm zamanlarda bana olan güvenini her daim hissettiren, her zaman kendisine rahatlıkla ulaşmama olanak sağlayan değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Duygu ARIKAN'a,

Tez savunma sınavımı onurlandıran Sayın Yrd. Doç. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Gamze YILMAZ'a, akademik gelişimime katkı sağlayan Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Sayın Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU'na, Sayın Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ'ye, Sayın Yrd. Doç. Dr. Aynur AYTEKİN'e, desteklerini hissettiğim hocam Araş. Gör. Fatma KURUDİREK'e, sevgili çalışma arkadaşlarıma, arkadaşım Esra YILDIRAN'a ve bu süreçte katkıları yadsınamaz olan annelere, son olarak, hayatımın her aşamasında beni destekleyen, her konuda yanı başımda olan annem Gülten ŞAHİN'e, sevgili babam Hasbi ŞAHİN'e ve kardeşim Samet ŞAHİN'e tüm desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Ayşe ŞAHİN

ÖZET

Çocuğu Buhar İnhalasyon Tedavisi Alan Annelerin Öz Yeterlilik ve Kaygı Durumlarının Buhar İnhalasyon Uygulamalarına Etkisi

Amaç: Çocuğu buhar inhalasyon tedavisi alan annelerin öz yeterlilik ve kaygı durumlarının buhar inhalasyon uygulamalarına etkisini değerlendirmektir.

Materyal ve Metot: Araştırma, Erzurum il merkezinde, Erzurum Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı olan Bölge Araştırma Hastanesi Çocuk Servisi'nde Ocak 2015 – Mart 2017 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Araştırmanın evrenini, veri toplama tarihleri arasında Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi çocuk servisinde yatan, buhar inhalasyon tedavisi alan 0-4 yaş arası çocukların anneleri (376 kişi) oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini; Aralık 2015-Mayıs 2016 tarihleri arasında çocuk servisinde yatan, çocukları buhar inhalasyon tedavisi alan, 0-4 yaş arası çocuk sahibi olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 300 anne oluşturmuştur. Veriler; Veri Toplama Formu, Buhar İnhalasyon Uygulaması Kontrol Listesi, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; ortalama, sayı, yüzdelik dağılımı, Kruskal Wallis varyans analizi, Mann-Whitney U testi, t testi, Anova ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada, annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik ölçeği toplam puan ortalamasının 79.60 ± 15.23 ve Durumluk Kaygı ölçeği toplam puan ortalamasının 37.07 ± 4.95 olduğu bulunmuştur. Ölçeklerin alt ve üst sınırları göz önünde bulundurularak annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik düzeylerinin orta, Durumluk kaygı durumunun hafif düzeyde olduğu saptanmıştır. Annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik ile Durumluk Kaygı Düzeyleri arasında ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$)

Sonuç: Annelerin; öz yeterlilik ve kaygı durumlarının, buhar inhalasyon uygulama aşamalarından bazıları (hortumun bir ucunun nebulizatöre diğer ucunun ise inhalasyon maskesinin altına yerleştirme, doğru dozda ilacı çocuk nefes alıp vermeye başlayınca hazneye boşaltma, çocuğa maskede ilaç kalmayınca kadar sakın nefes aldırma, uygulamadan sonra maskeyi uygun atık kutusuna atma) üzerine etkisinin olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anne, buhar inhalasyonu, hemşire, kaygı, öz-yeterlilik.

ABSTRACT

The Effects of the Self Sufficiency and Anxiety Levels of Mothers, Whom Their Children are Receiving Nebulized Inhalation Treatment, on the Application of Nebulized Inhalation Practices

Purpose: The purpose of this study is to determine the effects of self sufficiency and anxiety levels of the mothers whom children are receiving nebulized inhalation treatment on the application of nebulized inhalation practices.

Material and Method: This study was conducted at the city center of Erzurum, at the Erzurum Regional Training and Research Hospital, Pediatrics Ward, which is a member of Erzurum Public Hospitals Union, between January 2015 and March 2017. The universe of this study consists of mothers of 376 pediatric patients aging from 0 to 4 years old, who were admitted to the Erzurum Regional Training and Research Hospital, Pediatrics Ward and received nebulized inhalation treatment. The sample of this study consists 300 mothers who agreed to participate in this study and have their child admitted to the Pediatrics Ward between December 2015 and May 2016. The data was gathered using Data Gathering Form, Nebulized Inhalation Application Checklist, Situational Anxiety Scale and Self Effectiveness-Sufficiency Scale. The mean value, number, percentage distribution, Kruskal-Wallis one-way analysis of variance, Mann-Whitney U test, t test, Anova and correlation analysis methods were used for the interpretation of the data gathered.

Results: The mean of mothers total Self-Efficiency-Sufficiency score was found 79.60 ± 15.23 and total Situational Anxiety score was 37.07 ± 4.95 . Considering the minimum and maximum borders of the scales, the self efficiency sufficiency level of mothers was found moderate, and the situational anxiety level was found low. No correlation was found between Self-Efficiency-Sufficiency and Situational Anxiety levels of mothers ($p>0.05$).

Conclusion: This study suggests that self sufficiency and anxiety levels of mothers effect several aspects of nebulized inhalation applications to some extent such as; succesfully connecting the one end of tube to the nebulizer and the other end to the bottom of the inhalation mask, dispensing the right amount of medicine to the reservoir when the child starts breathing, encouraging the child to calmly breathe until the dispensed medicine is used, discarding the mask to the appropriate waste bin after the application.

Key Words: Mother, nebulized inhalation, nurse, anxiety, self sufficiency

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DKÖ	: Durumluk Kaygı Ölçeği
ID	: Intradermal
KTİ	: Kuru Toz İnhaler
ÖDİ	: Ölçülü Doz İnhaler
ÖEYÖ	: Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği
ÜSYE	: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 2.1. Ambalaj içerisindeki nebüller 7

Şekil 2.2. Bazı nebulizatör çeşitleri 9



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No

Sayfa No

Tablo 2.1. Çocukların Yaş Gruplarına Göre İnhaler Tedavi Kullanımı 7

Tablo 4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Annelerin Sosyo-Demografik

Özelliklerinin Dağılımı (N=300) 32

Tablo 4.2. Araştırma Kapsamına Alınan Çocukların ve Annelerinin Tanıtıcı

Özelliklerinin Dağılımı (N=300) 33

Tablo 4.3. Araştırmaya Alınan Annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik ve Durumluk

Kaygı Puan Ortalamalarının Dağılımı 33

Tablo 4.4. Annelerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Öz-Etkililik-Yeterlik ve

Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 34

Tablo 4.5. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine ve İnhalasyon Uygulamalarına Ait

Bazı Özelliklere Göre Öz-Etkililik-Yeterlik ve Durumluk Kaygı

Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 37

Tablo 4.6. Annelerin Hastanede Yaptıkları Buhar İnhalasyonu Uygulamalarına

Göre Öz-Etkililik-Yeterlik ve Durumluk Kaygı Ölçekleri Puan

Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 39

Tablo 4.7. Annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik ve Durumluk Kaygı Düzeyleri

Arasındaki İlişki..... 44

1. GİRİŞ

İnhalasyon (nebülizasyon) sıvı haldeki bir ilacın nebülizatör tarafından buharlaştırılarak solunum yoluna verilmesine denir.¹ İnhalasyon, solunum sistemi hastalıklarının tedavisinde kullanılan pek çok ilaç için ilk tercih edilen yoldur.² Yerel ve hızlı etki sağlaması, sistemik yan etkilerinin azlığı sebebiyle inhalasyon yoluyla ilaç kullanımı, solunum sistemi hastalıklarının tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. İnhalasyon yoluyla ilaç kullanımının avantajları arasında; noninvazif olması, kısa etkili bronkodilatörlerde etkinin hızlı bir şekilde başlamasını sağlaması, inhaler antibiyotik kullanımında daha düşük dozda etki göstermesi, inhale kortikosteroid kullanıldığında ağız yolu veya parenteral yol ile aynı şekilde etki sağlaması ve enjeksiyon kaynaklı ağrıya neden olmaması sayılabilir.³⁻⁶

Çocukların anatomik ve fizyolojik farklılıkları nedeniyle çocuklarda solunum sistemi hastalıkları sık görülmektedir. Dünyada 5 yaş altı çocuklarda ölüme neden olan durumlara bakıldığında ikinci sırada pnömoni (%14) olduğu görülmektedir.⁷ Solunum sistemi hastalıkları Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 3. sırada ölüm nedenidir. Solunum sistemi hastalıkları tedavisinde inhaler ilaçlar yaygın bir şekilde tercih edilmektedir.⁸ İnhaler ilaç dozu, sistemik olarak kullanılan ilaç dozundan daha düşüktür ve etkileri daha kısa sürede başlar ayrıca tüm vücudu etkileyen ilaçlara göre de daha az yan etkiye sahiptirler.^{9, 10}

İnhalasyon yoluyla ilaç kullanımının üstünlükleri yanında bazı zorlukları da vardır. İnhalasyon cihazlarında oluşan partiküller, hedef alana ulaşarak etki gösterirler. İstenilen etkiyi elde etmek için işlem basamakları düzgün bir şekilde uygulanmalıdır. Aynı zamanda cihaz yoluyla meydana gelen enfeksiyona ve doz aşımına da dikkat edilmelidir.¹¹

Çocuklarda inhaler metotların kullanımı, çocuğun yaşına ve uyuma göre farklılık

göstermektedir. Çocuklarda inhaler tedavilerin uygulama yaşları, 1 yaş altı çocuklarda birinci tercih nebülizer ve yüz maskesi, 1-4 yaş arası çocuklarda birinci tercih inhaler ve ara cihazın birlikte kullanımı, ikinci tercih nebülizer ve yüz maskesidir.¹²

Hastanede yatan, 0-4 yaş çocuklar inhaler ve yüz maskesini etkili kullanacak beceriye sahip değildir. Bu durumda eylemi gerçekleştirecek ve sürdürecektir olan primer bakım vericidir. Anneler sağlık ekibinin bir parçası olduğunda ve kendini ekip içinde değerli hissettiğinde, çocukların hastalığında güven ve yeterlilik duyguları artmıştır.¹³ Bu nedenle, hemşire çocuk hastaneye yattığında primer bakım veren kişilerle ilişkisini sürdürmelidir. İlişkinin devam etmesi çocuk için gerekli olan duygusal desteği sağlar.¹⁴

Öz yeterlilik; bireylerin belirli bir eylemi başarıyla yapma ya da olayları kontrol altına alabilme algısı ve yargısıdır. Başka bir ifadeyle, kişinin belli bir performans düzeyini başarma kapasitesiyle ilişkili yargısı olarak tanımlanmaktadır.^{15, 16} Bireyin sahip olduğu öz yeterlilik algısı davranışı özümseme, davranışa başlama ve değişimin devamlılığını sağlamada önemli rol oynar.¹⁷

Düşük öz yeterlik hissine sahip olan bireylerde depresyon, kaygı ve çaresizlik görülür. Dahası böyle bireylerin öz güveni de düşüktür, kendi başarıları ve gelişimleri hakkında da olumsuz düşüncelere sahiptirler. Öz yeterlilik algıları yüksek olan kişiler daha zorlu işleri yapmayı tercih ederler, bu hedeflerini gerçekleştirmek için kendilerine yön verebilirler.¹⁸⁻²² Hastanede yatan çocuğu olan anneler, tedavi ve bakım uygulamalarına katılmaktadırlar. Bu sebepten dolayı annelerin öz yeterlilik algısı; tedavi ve bakım uygulamalarında, kendisini etkili ve yeterli olarak algılamasında, değişik durumların üstesinden gelmesinde önemli bir faktördür.²³

Literatürde, çocuğu buhar inhalasyon tedavisi alan annelerin öz yeterliliklerinin buhar inhalasyon uygulamalarına etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır ancak yapılan birçok çalışma öz yeterlilik algısı yüksek olan bireylerin olumlu sağlık

davranışlarının başlatılması, sürdürülmesi ve engellerle mücadelede bireylerin daha başarılı olduğunu savunmuştur.^{17, 24-28}

Kaygı, insanın en temel duygularından birisi olarak herkesin yaşadığı ve yaşamını çeşitli şekillerde etkilediği bir durumdur.²⁹ Kaygı tüm dünyada kabul gören bir duygudur, kişi kendini güvensiz hissettiği anda doğal bir tepki olarak ortaya çıkar.³⁰ Çocuğun hastanede yatması çocuk ve ailesi için stresli bir süreçtir.³¹ Hastanede yatan çocuklarda kaygıyı oluşturan etmenler; fiziksel açıdan zarar görme, yapılan girişimler, cerrahi işlemler, ölüm, kontrol kaybı yaşamak, ağrı gibi etmenlerdir. Fakat çocuklar için hastaneye yatmadaki en önemli kaygı sebebi, çocukların ailelerinden ayrılmalarıdır.³²

Aile merkezli bakım pediatri hemşireliğinin esas unsurlarından birisidir ve çocuğa sunulan bakımın kalitesini artırır, hastanede kalınan süre içerisinde çocuğun bakımına ebeveynin katılımını sağlar, sağlık personelinin çocuğa ve aileye destek olmasını, böylelikle çocuğun ve ebeveynlerinin kendilerini güvende hissetmelerine yardımcı olur. Hastanede yatan çocuğun bakımının daha kaliteli olması, ailenin bakıma katılmasıyla ilişkilendirilebilir. Callery'nin 1997'deki ifadesine göre, aileler çocukları hastanede kaldığı dönemde çocuğunun bakımına katılmayı beklemektedirler. Kazanılan bu tecrübelerin hem kendileri hem de çocukları adına yararlı olacağını düşünürler.³³ Ülkemizde hastanede yatan çocukların bakımına ebeveynlerin katılımı konusunda yapılan çalışmalar olmakla birlikte yeterli değildir.^{34, 35}

Literatür incelendiğinde çocuklarda ilaç uygulamalarına yönelik; oral ilaç vermede aile uygulamalarını, annelerin evde ilaçları saklama koşullarıyla ilgili bilgi ve uygulamalarını, ateş düşürücü ilaç kullanımındaki bilgi ve tutumunu, çocukları için antibiyotik kullanımını ve annelerin inhaler ilaç uygulamaları hakkındaki bilgi düzeylerini etkileyen faktörleri saptamaya yönelik yapılan çalışmalar mevcuttur.³⁶⁻⁴² Ülkemizde inhaler ilaçlar ise hemşirelerin iş yükü, yoğun çalışma saatleri, sağlık

personeli sayısının yetersizliği nedenlerinden dolayı kliniklerde annelerle işbirliği içerisinde uygulanmaktadır.⁴² Bu doğrultuda, çocuğu buhar inhalasyon tedavisi alan annelerin öz yeterlilik ve kaygı durumlarının buhar inhalasyon uygulamalarına etkisini belirleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu sebepten dolayı, çocuğu buhar inhalasyon tedavisi alan annelerin öz yeterlilik ve kaygı durumlarının buhar inhalasyon uygulamalarına etkisinin belirlenmesi önemlidir.

Bu araştırma, çocuğu buhar inhalasyon tedavisi alan annelerin öz yeterlilik ve kaygı durumlarının buhar inhalasyon uygulamalarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnhalasyonun Tanımı ve Tarihçesi

İnhalasyon (nebülizasyon) sıvı haldeki bir ilacın nebülizatör tarafından buharlaştırılarak solunum yoluna verilmesine denir.¹ İnhalasyon tedavisi hemen hemen 2000 yıldır kullanılan bir tedavi şeklidir. 1800'lü yıllarda bazı buhar inhalasyon yöntemleri tüberkülozun tedavisinde kullanılmıştır ancak bazı hastalar ölünce bu yöntemin kullanımı sonlandırılmıştır. Yirminci yüzyılın başlarında üst solunum yolları ile ilgili olan sorunlarda mentollü buhar kullanılmıştır. Dahası bazı bitkiler (atropa, belladonna veya datura stramonium gibi) sigara gibi inhale edilmiştir.⁴³ Bilimsel olarak ilaçların nefes alma yoluyla akciğerlere alınmasına yol açan bu buluş, 18.yy son çeyreğinde Philip Stern ve John Mudge tarafından üretilen ve 'simple machine' olarak tanıttıkları inhaler cihazdır. İlk kuru toz inhaler 1970 yılında üretilmiştir.⁴⁴ 1995 yılında Dr. George Maisson tarafından ölçülü doz inhalerler geliştirilmiştir.⁴⁵ Son elli yıl içerisinde modern tıp uygulamaları arasında nebülizatörle ilaç uygulamaları oldukça geniş bir yere sahiptir.⁴⁶

2.2. İnhaler Tedavi

Yerel ve hızlı etki sağlaması, sistemik yan etkilerinin azlığı sebebiyle inhalasyon yoluyla ilaç kullanımı, solunum sistemi hastalıklarının tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. İnhalasyon yoluyla ilaç kullanımının avantajları arasında; noninvazif olması, kısa etkili bronkodilatörlerde etkinin hızlı bir şekilde başlamasını sağlaması, inhaler antibiyotik kullanımında daha düşük dozda etki göstermesi, inhale kortikosteroid kullanıldığında ağız yolu veya parenteral yol ile aynı şekilde etki sağlaması ve enjeksiyon kaynaklı ağrıya neden olmaması sayılabilir.³⁻⁶ Ağız yolu ve parenteral yolla kıyaslandığında, inhalasyonla (nebülizasyon) daha düşük dozlu ilaç direk olarak solunum yollarına ulaşır.⁵ Sonuç olarak azami klinik etki kısa süre

içerisinde başlamakta ve yan etki görülme riski azalmaktadır.⁴⁷ İnhalasyon tedavisinin amacı, ilaç partiküllerinin akciğerin periferine kadar ulaşmasıdır. Tedavinin etkili olması, akciğerlere giden ilacın miktarına ve bu ilacın akciğerlerde dağılımına bağlı olarak değişir. İlacın partikül özellikleri, inhalasyonun şekli ve kişisel özellikler tedavinin etkinliğini belirleyen faktörlerdir. İlacın akciğerlerde depolanmasında, aerosol parçacıklarının büyüklüğü ve yoğunluğu önemli bir faktördür.^{6, 48-52}

İnhale edilen parçacıkları burun tam olarak süzerken, orofarinks ile burun kıyaslandığında ise orofarinks daha az süzer. Bu yüzden, ağız solunumuyla alınan aerosol ilaç, burun solunumuna kıyasla akciğerlerde daha fazla depolanır.⁵³ Akciğerin bölümlerindeki depolanmayı nefes alım hareketleri belirgin bir şekilde arttırır.⁵⁴ Akciğer hastalığının boyutu da ilacın depolanma oranını değiştirir. Solunum yollarının ciddi tıkanıklığında ilaç, küçük hava yollarına yerleşmez, akciğerlerde eşit bir şekilde depolanmaz.⁵⁵⁻⁵⁷ Seçilen cihazlar ve bunların kullanım tekniği ilacın akciğerlerde depolanmasını etkiler.⁵⁸ Doğru ilaç, ilacın doğru kullanımı ve hasta eğitimi inhaler tedavinin etkili olmasında önemli rol oynar.¹²

2.3. Çocuklarda İnhaler Tedavi Yöntemleri

1. Nebülizer

- Jet Nebülizer
- Ultrasonik nebülizer

2. Ölçülü Doz İnhaler (ÖDİ)

3. Kuru Toz İnhaler (KTİ)

İnhaler tedavi yöntemlerinin kullanımı çocuğun yaşı ve uyumuna göre değişiklik göstermektedir. Çocukların yaş grubuna göre inhaler tedavi kullanımı Tablo 2.1’de gösterilmiştir.^{5, 6, 49}

Tablo 2.1. Çocukların Yaş Gruplarına Göre İnhaler Tedavi Kullanımı

Yaş grubu	Birinci tercih	İkinci tercih
1 yaş altı	Nebulizer ve yüz maskesi	-
1-4 yaş	İnhaler + ara cihaz	Nebulizer ve yüz maskesi
4-6 yaş	İnhaler + ara cihaz veya ağızlık	Nebulizer ve ağızlık
6 yaş üstü	Kuru toz inhaler Nefesle ÖDİ Ara cihazlı veya ağızlıklı ÖDİ	Nebulizer ve ağızlık

2.3.1. Nebülizer

Bir hava sıkıştırıcısı (kompresör) veya oksijen tüpü vasıtasıyla sıvı şeklindeki ilacı aerolize eden cihazlara nebülizer denir.¹² Nebülizerler, boşluğunda bulunan ilaç çözeltisini veya süspansiyonunu hastanın soluyabileceği aerosol damlacıklarına dönüştüren cihaz olarak tanımlanmaktadır.⁵⁹ Nebules, nebülizatörlerle kullanılmak için hazırlanmış ilaç şekline denir.⁶⁰



Şekil 2.1. Ambalaj içerisindeki nebüller⁶¹

Nebülizer ile uygulanan ilaç tedavisini amacı, makul bir süre içinde bir ilacın teröpatik dozunun solunabilir partiküllerden oluşan aerosol halinde salınması, böylece hastanın solunumsal olayının basit ve etkili bir şekilde düzenlenmesinin

sağlanmasıdır.⁵⁹

İnhaler tedaviye ihtiyaç duyan ve iki yaşın altındaki çocuklarda, solunum yollarının darlığında, sekresyonların anormal derecede arttığı durumlarda, bronkoprovakasyon testi işleminde, fazla miktarda inhaler bronkodilatör ihtiyacı olduğunda, ölçülü doz inhaler tedavinin etkili olmadığı kronik akciğer hastalıklarında, yenidoğan dönemindeki akciğer ve bronş kanallarının yetersiz gelişiminde, hasta başka bir inhaler tedavi yöntemi kullanamıyorsa, bazı inhaler ilaçlar (dornaz alfa) veya inhaler antibiyotik kullanımı durumunda nebulizatörle tedavi kullanılır.^{1, 3, 6, 50}

Hastane koşullarında kullanılan nebulizerde kompresör yerine oksijen tüpü kullanılır.⁶² Nebülizerler, her şeyden önce akut ve yoğun tedaviye ihtiyaç duyulan durumlarda tıbbi aerosol tedavinin temelini oluştururlar. Bununla birlikte bebeklerde, küçük çocuklarda, diğer inhaler cihazları kullanamayan veya uygulama sırasında zorluk yaşayan yaşlı hastalarda da nebulizer cihazlar tercih edilirler.⁴⁵

2.3.1.1. Jet Nebülizer

Sıkıştırılmış hava ya da oksijenle çalışan sıvı formdaki ilacı aerosol haline getiren cihaza jet nebulizer denir. Hastane ortamında kullanılan pnömatik jet nebulizerler çoğunlukla düşük maliyetli, seri üretilen, tek kullanımlık cihazlardır. Nebülizer tipleri arasında maliyeti en düşük cihaz olması sebebiyle kullanım oranı yüksektir.⁴⁵ İnhalasyon sırasında oksijende verebildiğinden ölçülü doz inhaler ve kuru toz inhalerden avantajlıdır.¹²

Jet nebulizerler, sıkıştırılmış gazın içerisinde bulunan ilaç solüsyonunu bir delikten geçirerek negatif basınçlı bir alan yaratırlar. Bu ilaç çözeltisi gaz buharı içerisinde sıvı bir film tabakası üzerinden geçirilir. Değişken (instabil) yapıya sahip olan bu tabaka yüzey gerilim kuvvetinin etkisi ile damlacıklara ayrılır ve daha sonra aerosol buharı içerisindeki bir ayırıcı aracılığıyla küçük partiküllere dönüştürülür.⁴⁵ Hasta bir

maske ve ağızlık yardımıyla ilacı inhale eder.⁶³

2.3.1.2. Ultrasonik Nebülizer

İçerisinde aerosol bulunan, kendinden elektrikli cihazlardır. Ultrasonik nebülizerler içerisinde bulunan sıvıyı titreştirerek küçük parçacıklara ayırırlar. İçi su dolu kabın alt kısmına yerleştirilen piezoelektrik kristalin titreşimiyle yüksek frekansa sahip ultrasonik dalgalar oluştururlar. Frekans artışı ile parçacıkların çapı küçülmektedir. Ancak frekans artışı sıvının ısınmasına sebep olur bu da ilacın bozulmasına neden olabilir.⁶⁴ Ultrasonik nebülizerler, 1960 yılından beri kullanılsa da ölçülü doz inhaleler ve jet nebülizerler kadar yaygın kullanıma sahip değildir. Jet nebülizatörle kıyaslandığında, hem dışarıya püskürtülen ilaç miktarı fazla hem de büyük partikül dağılımına sahiptirler.⁶⁵

Ultrasonik nebülizatörlerin avantajı, kısa süre içerisinde fazla miktarda sıvıyı nebülize ederler ve sessiz çalışırlar. Maliyetinin yüksek ve taşınmalarının zor olması ise en büyük dezavantajlarıdır.⁴⁶



Şekil 2.2. Bazı nebülizatör çeşitleri⁶¹

- Nebülizasyon Uygulama İlkeleri

Nebülizasyonla uygulama işlemi yemeklerden önce, hasta oturur pozisyondayken yapılmalıdır. İşlem 10 dakikadan daha uzun sürmemeli, hava akımının hızı 6-8 lt/dk olmalıdır. 3 yaşından daha büyük çocuklara aerosol ilaçlar, nebülizatör ucuna yerleştirilen delikli yüz maskesi ya da uyum sağlanabiliyor ise ağız aparatıyla verilmelidir. Kullanılan maskeler çocuğun yaşıyla uyumlu büyüklükte olmalıdır. Nebülizatör ile maske kullanılacaksa burun solunumu yapılmamalıdır. Bunun nedeni, burnun solunan partiküllerin büyük bir kısmını tutmasıdır. Dahası maskenin yüzden uzaklaştırılması inhale edilen partikül dozunun azalmasına neden olur. Çocuklarda, nebülizatör maskesinin yüzden 1 cm kadar uzak olması solunan dozun % 50, bu mesafenin 2 cm olması ise solunan dozun % 80 oranında azalmasına sebep olmaktadır. İn hale edilecek ilaçların sıcaklığı vücut sıcaklığına yakın sıcaklıkta olması gerekmektedir. İlacın miktarı 2,5 ml den az olursa 2-4 cc olacak şekilde %0,9 NaCl ile sulandırılması gerekir. Çocuk maske kullanıyor ise ağız solunumu yapması sağlanmalıdır. Hastaya eğer antibiyotik uygulanacaksa mutlaka farklı bir odaya alınmalıdır. Partiküllerin havaya yayılımı önlemek için özel filtreler kullanılmalıdır. İlaçlar bekletilmemeli kullanımdan hemen önce hazırlanmalı ve ışıktan uzak tutulmalıdır. Uygulamadan sonra enjektörler mutlaka değiştirilmelidir. Cızırtı sesi duyulduğu andan itibaren hemen hemen 1 dakika sonra uygulama sonlandırılmalıdır. İlaç (antibiyotik, steroidler) kaynaklı ağızda meydana gelebilecek mantar enfeksiyonuna karşı hastanın yüzü yıkanmalıdır. Aynı zamanda ağız saf suyla çalkalanmalıdır. Her işlemden sonra ve her hastada farklı maskeler kullanılmalı, antibiyotik kullanımına geçilmeden nebülizatör seti de değiştirilmelidir. Her üç ayda bir ağızlık ve maske değiştirilmelidir.^{4-6, 50-52}

- Nebülizatörle İlaç Uygulama Basamakları

- ✓ Uygulamadan önce ellerin yıkanması ve kurulanması
- ✓ Hortumun bir ucunun nebülizatöre diğer ucunun ise inhalasyon maskesinin altına yerleştirilmesi
- ✓ Etkili inhalasyonu sağlayacak pozisyonun verilmesi (0-1 yaş için baş ve vücut aynı doğrultuda, 1-4 yaş için oturur pozisyonda)
- ✓ Doğru dozda ilacı çocuk nefes alıp vermeye başlayınca hazneye boşaltma
- ✓ Hava akım hızını 6-8 lt\dk ayarlama (her hasta için hekim tarafından önerilen.....lt\dk)
- ✓ Buhar inhalasyon maskesinin yüze tam oturması
- ✓ Gözler maskenin dışında ve maske yüze oturur şekilde olması
- ✓ Çocuğa maskede ilaç kalmayınca kadar (yaklaşık 5-10 dakika) sakın nefes aldırma
- ✓ Buhar gelmemeye başlayınca hazne içini kontrol etme
- ✓ Uygulama bittikten sonra hava akımını kontrol etme ve nebülizatörü kapatma
- ✓ Lokal yan etkileri (cilt kızarması, mukozalarda beyazımsı mantar plakları) önlemek için çocuğun yüzünü yıkama ya da nemli bir bez ile yüzü yavaş bir şekilde silme
- ✓ İnhalasyondan sonra çocuğun bir şeyler yemesini veya içmesini sağlama
- ✓ Buhar inhalasyonu sırasında çocukta şiddetli öksürük ve titreme başladığında işlemi durdurma doktor veya hemşireye haber verme
- ✓ Birden fazla inhaler ilaç olduğunda bunları birbirine karıştırmadan kullanma
- ✓ Buhar inhalasyon maskesinin kişiye özel ve tek kullanımlık olduğunu bilme
- ✓ Nebülleri direkt gün ışığından koruma ve etajerde muhafaza etme
- ✓ Uygulamadan sonra maskeyi uygun atık kutusuna atma

✓ Elleri tekrar yıkama ve kurulama^{42, 45, 66-70}

2.3.2. Ölçülü Doz İnhaler (ÖDİ)

ÖDİ'ler, 1950'lerde kullanıma giren, küçük tüplere depolanan ilaçları atmosfere püskürtürken damlacık haline getiren araçlardır. İlacın depolandığı metal tüp içerisinde etkin ilaç, itici bir gaz ile birlikte partiküllerin stabilizasyonunu sağlayan sürfaktan bulunur.⁴³ Ölçülü doz inhalerler küçük ve kolay taşınabilen ilaç-cihaz birleşimidir. Tekrarlanan ilaç dozlarını belli bir oranda sabitlemek amacıyla tasarlanmışlardır.⁴⁵ ÖDİ'ler el ve nefes koordinasyonu gerektiği için çocuklarda direk kullanımı fazla tercih edilmez; genelde ara cihazla birlikte kullanılır. Sekiz yaşın altındaki çocuklarda, ölçülü doz inhalerler ve nebulizerler ara cihaz ile birlikte kullanılabilir. Genelde 4 yaşın altında olan çocuklar bilinçli olarak nefes almayı beceremedikleri için yüz maskesiyle beraber ara cihaz kullanımı tercih edilmelidir. Bunun üstünlüğü, inhalere basıldığında nefes alma zorunluluğu ortadan kalkar ve ölçülü doz inhalerin kullanımı kolaylaşır. Bu sayede ilaç ağızda dağılmadan doğrudan ihtiyaç duyulan yere yani akciğerlere geçer. Dezavantajı, ilaç çalkalanıp ara cihaza dik bir biçimde takıldıktan sonra cihaz içine bir doz sıkılır. Eğer birden fazla doz verilecek ise her dozun ardından maske aynı pozisyonda ve aynı sürede tutulmalıdır. İşlem esnasında çocuğun ağlaması intrabronşiyal depolamayı önemli ölçüde azaltır.^{1, 49, 51, 71}

2.3.3. Kuru Toz İnhaler (KTİ)

Kuru toz inhalerler, solunan hava ile akciğerlere kuru toz bileşenlerin ulaştığı, küçük ve portatif cihazlardır.⁴⁵ KTİ'ler, uygun nefes alabilen yaklaşık 60 litre/dakika hava soluyabilen 6 yaşın üzerindeki çocuklarda kullanılır. Ülkemizde, 6 yaş üstündeki çocuklarda genellikle turbuhaler, spinhaler ya da diskhaler şeklinde kuru toz inhalerler kullanılmaktadır. Ara cihaza gerek duyulmadığı için taşınmaları çok kolaydır. Ölçülü doz inhalerler gibi kuru toz inhalerler de itici gaz ve diğer katkı maddeleri bulunmaz.

İçerisinde bulunan toz parçacıklarının boyutu üretim esnasında sabit olduğu için her puf da sabit ölçüde ilaç verilir. Dezavantajları, az miktarda öksürüğe sebep olması ve fiyat olarak pahalı olmasıdır. Kuru toz inhalerler de, ara cihazla kullanılan ölçülü doz inhalerlere kıyasla intrapulmoner depolanma daha fazladır.^{6, 48, 49, 51}

- **İnhaler tedavi yöntemlerinin avantajları ve dezavantajları**

Nebülizer kullanımının avantajları;

- ✓ Her yaşta (küçük çocuk ve yaşlılarda) kullanılır,
- ✓ Uzun süre ve yüksek doz kullanılabilir,
- ✓ Yüz maskesi ile birlikte kullanılabilir,
- ✓ İlacın etkin olması için nefes tutmaya gerek yoktur,
- ✓ Normal solunum ile kullanılır.

Nebülizer kullanımının dezavantajları;

- ✓ Güç gerektirir, ağırdır ve pahalıdır,
- ✓ Her uygulamada parça birleştirme ve temizlik gerektirir,
- ✓ Enfeksiyon riski vardır,
- ✓ İlaç uygulama süresi 5-25 dakika arasındadır.

Ölçülü doz inhaler kullanımının avantajları;

- ✓ Küçüktür, elde taşınabilir,
- ✓ Kullanımı çabuktur,
- ✓ İlaç hazırlığı gerektirmez.

Ölçülü doz inhaler kullanımının dezavantajları;

- ✓ El-ağız uyumu gereklidir,
- ✓ İlaç kullanımı iş birliğini gerektirdiği için güçlük yaşanabilir,
- ✓ Soğuk etki yaratır,
- ✓ Ağız içi birikim fazladır,

✓ Oral monilyazis (pamukçuk) riski vardır.

Kuru toz inhaler kullanımının avantajları;

- ✓ Küçüktür ve elde taşınabilir,
- ✓ Hazırlık ve uygulama süreleri kısadır,
- ✓ El-ağız koordinasyonu gerektirmez, solunumla aktive olur,
- ✓ Üzerinde doz sayacı bulunur,
- ✓ İtici gaz içermezler.

Kuru toz inhaler kullanımının dezavantajları;

- ✓ Yüksek inspiratuar akım gerektirir,
- ✓ 8 yaşın altında kullanılmaz,
- ✓ Hasta ne kadar dozda ilaç aldığını bilemez,
- ✓ Neme duyarlıdır,
- ✓ Orofarenks birikimi oldukça yüksektir,
- ✓ Sınırlı sayıda ilaç çeşidi vardır,
- ✓ Farklı kuru toz inhaler için farklı ilaçlar vardır,
- ✓ Kuru toz inhalerin kullanımı diğer cihazların kullanımı ile karıştırılabilir.^{12, 45}

- **İnhalasyon tedavisinin avantajları**

Akciğer hastalıklarının tedavisinde kullanılan ilaçların inhalasyon yolu ile uygulanmasının bazı avantajları ve dezavantajları vardır. En önemli avantajı, küçük dozdaki ilacın akciğerlere doğrudan ulaşmasını sağlaması ve ağız yoluyla ilaç uygulamalarına göre sistemik yan etkilerinin azaltılmasıdır.⁷²

İnhale aerosol ilaçların avantajları;

- ✓ Aerosol dozlar genellikle sistemik dozlardan daha düşüktür,
- ✓ Oral uygulamaya göre inhaler ilaçlarda etki daha hızlı başlar,
- ✓ Minimum zarar ile ilaç direk olarak akciğerlere ulaştırılır,

- ✓ Sistemik tedaviyle karşılaştırıldığında yan etkilerinin şiddeti ve sıklığı azdır,
- ✓ Enjeksiyonla kıyaslandığında inhale ilaç tedavisi ağrısızdır ve uygulaması kolaydır.

Inhale aerosol ilaçların dezavantajları;

- ✓ İlacın toplam dozunun küçük bir miktarı akciğerlerde kalır,
- ✓ İlacın akciğerde depolanması ve dozun tekrarlanabilirliği, cihazın uygulama tekniği ve doğru nefes alma gibi değişkenlerden etkilenir,
- ✓ ÖDİ'nin uygulanmasında, el ve solunum koordinasyona ihtiyaç duyulduğu için bu durum ilacın etkinliğini azaltır,
- ✓ Klinik tedavi uzmanının ve hastaların cihaz kullanımında yeterli bilgiye sahip olmaması tedavinin etkinliğini azaltır,
- ✓ Cihaz sayısının fazla olması hem hasta hem de klinisyenler için sorun yaratmaktadır,
- ✓ Cihazlarla ilgili standart teknik bilginin olmaması etkinliği azaltır.⁴⁵

2.4. Yenidoğan ve Çocuklarda Aerosol İlaç Kullanımı

Aerosol ilaçların uygulanması bebeklerde ve çocuklarda farklılık gösterir. Bunun nedeni bebeklerin anatomik olarak yetişkinlerden farklı olmasıdır. Yaşla alakalı fizyolojik ve anatomik faktörler (solunum yollarının boyutu, solunum hızı, akciğerlerin hacmi vb.) gibi fiziksel (cihazı kullanabilme koordinasyonu) ve zihinsel becerilerde (cihazın ve ilacın nerede ve ne zaman kullanılabileceğini anlama gibi) tüm gelişim evresinde aerosol uygulamalarının etkisini önemli derecede değiştirir.^{49, 73-76}

2.4.1. Yaş ve Fiziksel Beceri

Bebeklerde ve çocuklarda aerosol tedavinin etkinliği aerosol cihazın seçimine bağlıdır.^{51, 73, 76} Üç yaşın altında olan çocuklarda ağızlık ile uygulama güvenli olmayabilir. Bu nedenle hem nebulizer tedavide hem de ölçülü doz inhalelerde maske

ile tedavi yapılmalıdır.⁷⁶⁻⁸⁰ Özellikle solunum hacmi düşük olduğunda, bebek ve çocuklara ölçülü doz inhaler uygulandığında valfli ara parçalar tercih edilir.^{78, 79} Solunum hacmi, solunum paterni ve inspiratuar akım hızı yaş ile değişir. Dört yaşın altında olan sağlıklı çocuklar dahi kuru toz inhalerin kullanımında istenilen 60-90 litre/dakika inspiratuar akım hızını tam anlamıyla sağlayamayabilirler. Bu yüzden solunumla aktifleşen nebülizerler ve kuru toz inhalerler 4 yaşın altında olan çocuklarda güvenli olmayabilir.^{75, 81}

2.4.2. Yaş ve Zihinsel Beceri

Cihazın doğru kullanımı adına aerosol cihazın seçimi, hastanın yaşı ve zihinsel kapasitesiyle uyumlu olmalıdır. Bebeklerde ve 5 yaşın üzerinde olmayan çocuklara küçük hacimli nebülizerler ve valfli ara parçalarla ölçülü doz inhalerler önerilmektedir. 3 yaşın altındaki çocuklar ağızlık parçasını kullanamadıklarından ölçülü doz inhalerler ve nebülizerler maskeyle birlikte kullanılmalıdır.^{49, 78, 79} Yaş dikkate alınmaksızın çocuk ağızlık parçasını kullanacak duruma gelinceye kadar maske kullanılmalıdır. Birtakım nefes alma tekniklerini 5 yaşın altındaki çocuklar başaramayabilirler.^{49, 74, 81} Düşük solunum hacmi ve kısa inspiratuar zamanlar sebebiyle solunum ile aktifleşen nebülizerler devamlı olan nebülizasyona nazaran solunan dozun oranını arttırabilirler.⁸² Okul öncesi çocuklarda solumla aktifleşen nebülizerler daha az tercih edilirler. Bunun nedeni kısıtlı zaman ve kompresör nebülizerlerin portatif olmasıdır.⁴⁹ Genellikle, nefesin kontrolü ve el ile birlikte solunum uyumlu hareketi için gerekli zihinsel becerinin 5-6 yaş civarında geliştiği kabul edilir.^{49, 73, 83} Çocuklar 4 ve üzeri yaşlara ulaştıklarında kuru toz inhaler ve ölçülü doz inhalerlerin etkin kullanımını anlamaya başlayacaklardır.^{75, 81}

2.4.3. Ağlayan Bebeklerde İnhalasyon İlaç Kullanımı

İnhalasyon edilecek ilaçlar bebekler sakin olduklarında ve yavaş soluduklarında

kullanılmalıdır. Bebekler ağladıkları esnada inhale edilen dozun büyük bir kısmı üst solunum yolunda ve farenkslerde depolanıp, yutulur.^{49, 74, 84, 85} Bunun sonucunda inhale edilen ilaç akciğerlere neredeyse hiç ulaşmaz.^{77, 84, 86, 87} İn hale ilaçlar uygulanmadan önce çocuğun korkusu en aza indirilmelidir. Oyun oynatılarak bebekleri rahatlatmak korkuyu biraz olsun hafifleten teknikler arasındadır. İn hale ilaçlar bebekler uyuduğu esnada da verilebilir. Bebeklerin incelendiği bir araştırmada⁸⁸, uyku sırasındaki solunumda ilaç dozunun akciğerlere daha çok ulaştığı tespit edilse de, canlı vücudunda (in vivo) yapılan bir araştırmada aerosol uygulandığında çocukların% 69'unun uyandığı ve çocukların % 75'inin ise bu durumdan rahatsız olduğu tespit edilmiştir.⁸⁹

2.4.4. Hasta-Cihaz Etkileşimi

Küçük çocukların ve hatta bebeklerin dahi belirli cihazları seçerken tercih haklarının olduğu bilinmelidir. Bu durum cihaz seçiminde göz ardı edilmemelidir. Cihazın çocuk ve ebeveyn tarafından seçilmesi cihaza alışmayı, inhale edilen dozu ve istenilen klinik cevaba ulaşmayı artırmada yardımcı olur.⁴⁵

2.4.4.1. Ağızlık mı Maske mi?

Üç yaş üzerindeki çocuklarda maske ve ağızlık parçası inhaler ilaç alımında sıklıkla kullanılmaktadır. Araştırma sonuçları, standart bir pediatrik maskeden çok ağızlık parçası kullanımının akciğerlere daha fazla dozda ilacı ulaştırdığı^{82, 90} ve ağızlık parçasının çocukların tedavisinde etkili olduğunu göstermiştir.^{82, 91, 92} Sonuç itibariyle, ağızlık parçasının kullanımı teşvik edilmeli ancak devamlı kullanımlarda maske tercih edilmelidir.⁴⁵

2.4.4.2. Maskenin Yüze Sıkıca Yerleştirilmesinin Önemi

İnhaler tedaviden istenilen sonucu almak ve ilacın göze kaçmasını önlemek için maskenin yüze tam olarak oturması gerekir. Maske ile yüz arasında 0.5 cm lik bir mesafenin olması bile, çocuklar ve bebeklerde inhale edilen ilaç oranının % 50'den

fazla oranda düşmesine neden olur.^{93, 94} Başlarda, çocuk maskeden rahatsız olur ve maske kullanımını reddedebilir. Bu nedenle aile bilinçlendirilmeli, çocuk oyunlar ile cesaretlendirilip maske çocuğun yüzüne tam olarak yerleştirilmelidir. Çocuğun yakından takip edilmesi, maskeden kaynaklı hata oranını en aza indirecek ve aerosol ilacın alımını da artıracaktır.⁴⁵

2.4.4.3. Maske mi Havadan Soluma mı?

Nebülizer vasıtasıyla hastanın yüzüne uygulanan, havadan soluma yöntemi (blow-by), aerosol ilaç uygulama yöntemi olarak kabul edilmektedir. Bu yöntem daha çok ağlayan bebeklerde ve ilacı kendi kendine uygulayamayanlarda çok sık kullanılan bir yöntemdir ancak cihazın yüz ile mesafesinin fazla olması maskeye kıyasla, inhale edilen ilaç oranını önemli derecede azaltır. Bu nedenle bu yöntemin yeterince etkili olmadığı ve kullanımının kısıtlanması gerektiği düşünülmektedir.^{78, 93, 95, 96}

2.4.5. Ebeveyn ve Hasta Eğitimi

Kullanılan aerosol cihazlar çocuklar büyüdükçe değiştirilmelidir. Bu nedenle hem çocuklara hem de ailelerine aerosol cihazın kullanımı ve uygulanışı hakkında eğitim verilmelidir. Başlangıçta çocuklar cihazın kullanımı hakkında yetersiz olduklarından, aerosol ilaç alımına uyum sağlamakta zorluk yaşayabilirler. Bu nedenle uzmanlar, tedavinin önemini, tedavi yöntemlerinin etkilerini ve cihazların nasıl kullanıldığını hastalara ve ailelerine anlatmalıdırlar. Verilen ilk eğitimden sonra, çocuklarda ve bebeklerde aerosol ilaç alımını ve alışkanlığını en yüksek düzeye çıkarmak için öngörülen aerosol tedavinin devamlılığını sağlamak gerekmektedir.⁴⁵

2.5. Kaygı

Kaygı, 19.yüzyılda Sigmund Freud tarafından bilimsel açıdan incelenmeye alınan bir kavramdır.^{97, 98} İnsanın davranışlarının gelişmesinde kaygının önemini belirten ilk kuramcı Sigmund Freud'dur. Freud, kaygının insanın içgüdülerinden

kaynaklandığını ve toplumsal veya fiziksel çevre kaynaklı tehlikelere karşı bireyleri uyarma, gereken uyumu sağlama ve yaşamı devam ettirme işlevlerine katkı sağladığını ifade etmiştir.^{30, 99}

2.5.1. Kaygı Tanımları

Kaygı, birey tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan veya iç ve dış çevreden kaynaklı tehlike ihtimali olan, herhangi bir durum sırasında yaşanan bir duygudur.¹⁰⁰

Türk Dil Kurumu'na göre kaygı; üzüntü, iç sıkıntı, can sıkıntısı, endişe duyulan düşünce, tasadır.¹⁰¹

Kaygı, tüm insanlığı ilgilendiren, kişi kendini güvensiz hissettiğinde ortaya çıkan doğal bir tepkidir.³⁰

May kaygıyı, gerçekte var olamayanların olabileceği endişesi olarak tanımlamış, bireyin sahip olduğu bazı değer ve yargıların tehdit edilmesinden kaynaklandığını ifade etmiştir.¹⁰²

En basit şekliyle kaygı, özel bir korku duygusu ve benliğin kendini tehdit altında hissettiğinde artan bir psikolojik gerilme olarak tanımlanmaktadır.^{99, 103}

Freud'a göre kaygı, tehlike yaratan bir durum karşısında etkili davranışta bulunamama, bu duruma direnç gösterememe sonucunda psikolojik olarak bilinçsizce gelişen bir duygudur.^{30, 99}

2.5.2. Durumluk Kaygı ve Birey Üzerine Etkisi

Durumluk ve süreklilik kaygı kavramı, Cattel ve Scheier'in faktör analiz çalışmasıyla ilk kez ortaya çıkmış, daha sonra Spielberger ve arkadaşlarının çalışmaları sonucunda geliştirilen iki faktörlü kaygı kavramının temelini oluşturmuştur.¹⁰⁴ Öner ve Le compte (1983) aracılığıyla ölçek, Türkçeye uyarlanmıştır.⁹⁷ Bu çalışmanın ana kavramlarından biri durumluk kaygı kavramıdır.

Hastalık, hastaneye yatma gibi olaylar durumsal krizlere yol açar.¹⁰⁵ Çocuklar hastaneye yatırıldığında, ebeveynlerin çoğunda kaygı ve korku görülür. Kaygı, bireyler kendilerini tehdit altında hissettiklerinde ortaya çıkan gerilim durumu olarak tanımlanır. Kaygı hafif düzeyde ise spontan dikkati, cesareti ve atılganlığı artırır fakat kaygının düzeyi yükselirse bireylerin algılamasında, kavramasında ve karar verme yeteneklerinde azalma meydana gelir. Tehlikeli bir durum karşısında bireylerin yaşayabileceği geçici ve duruma bağlı olarak ortaya çıkan kaygıya durumluk kaygı denir. Stresin yoğunluğu fazla ise durumluk kaygı seviyesi yükselir, stres ortadan kalktığında stresin yoğunluğunda azalma olur.^{97, 106-108}

Çocuklar kendi öz bakımlarını gerçekleştiremezler. Bu nedenle onların bakımlarından ebeveynler, özellikle de anne sorumludur.^{109, 110} Bu yüzden primer bakım verici için hastane ortamı ve çocuğun hastaneye yatması tehlikeli bir durum olarak algılanır ve bu duruma bağlı kaygı gelişir. Ebeveynlerin kaygı seviyesi yükseldikçe, çocuğun bakımına katılmakta ve sağlık ekibiyle işbirliği içersine girmekte güçlük yaşayabilirler.^{32, 111-114}

Çocuk hastaneye yatırıldığında, sağlık bakımına ilişkin sorumlulukların büyük bir kısmı sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilir. Bu nedenle aileler bakıma katılma konusunda kendilerini çaresiz ve yetersiz hissederler, kontrol kaybı yaşarlar.¹¹⁵

Ailelerin, hastaneye yatırılan çocukların bakımına katılmalarıyla ilgili yapılan çalışmalarda; çocuk bakımında etkili olma^{116, 117}, hastaneye yatırılan çocuğa refakat etme¹¹⁸, ağırlı işlem esnasında çocuğun yanında olma^{119, 120}, çocuğun genel durumu tedavi testleri ve tanısı gibi durumlarda bilgi sahibi olma¹²¹, sağlık ekibi tarafından ailelerin endişeleri ve sorunlarının dinlenmesi ayrıca soruların cevaplanması, ailenin ve çocuğun servise uyum sağlama gereksinimlerinin olduğu bildirilmektedir.¹²²

Annenin hastanede çocuğun yanında olması ve sağlık bakımına katılması

çocuğun psikolojik, toplumsal ve fiziksel sağlığını olumlu açıdan etkiler. Evans'ın ailelerin çocukların bakımına katılımıyla ilgili yaptığı çalışmasında, aileler çocukların bakımına katıldıklarında kaygılarının azaldığını ve çocuk bakımında kontrol duygusunun geliştiğini belirtmiştir.¹²³

2.5.3. Annenin Kaygısını Azaltmada Hemşirenin Rolü

Birey kaygılı olduğu durumda, hemşire, bireyin kaygısını tanımasına, kaygıyla baş etme yollarını geliştirmesine ve kaygıyı azaltmaya çalışmasına yardımcı olur.¹²⁴

Hastalık ve hastaneye yatırılma sürecinde yaşanan kaygıyı anlamak, kaygının düzeyini ve etkili faktörleri belirlemek, yapılması gereken girişimleri saptamada hemşireye yardımcı olur.

Annenin kaygısını azaltmaya yönelik girişimler;

1. Çocuğun hastalığı hakkında anneye bilgi vermek,
2. Anneyi servis ve tedavi planı hakkında bilgilendirmek,
3. Sağlık bakımında etkili olması için anneyi cesaretlendirmek ve bakımda aktif rol almasını sağlamak,
4. Annenin duygularını, sorunlarını ve ilgi alanlarını ifade etmesi için fırsat oluşturmaktır.^{32, 125}

Ebeveynlerin kendilerini yeterli hissetmelerini sağlamak ve kaygı düzeyini azaltmak için, uygun koşullar sağlandığı andan itibaren, çocuğun bakımına etkili bir şekilde katılmalarının sağlanması gerekmektedir. Ebeveynler, özellikle anne, bebeğin bakımında kendi yeteneklerine güvenirse daha az kaygı yaşar.^{32, 125}

Ebeveynleri, gerekli konularda bilgilendirerek ve bakıma katılmaya cesaretlendirerek çocukların bakımında hala önemli bir role sahip olduklarını hissetmelerini sağlamak hemşirenin görevleri arasında yer almaktadır.¹²⁶⁻¹²⁹

2.6. Öz Yeterlilik

Öz yeterlilik algısı kavramı ilk kez, Amerikalı psikolog Albert Bandura tarafından kullanılmıştır. Öz yeterlilik algısı genel bir durum değil özel bir durumla ilişkilidir. Öz etkililik İngilizce de self-efficacy olarak belirtilmiştir. Türkçe kaynaklarda ise hem öz etkililik hem de öz yeterlilik olarak ifade edilmiştir.¹³⁰ İngiliz ve Türk dil bilimcilerinin ifadelerine göre, öz etkililik teriminin kullanılabileceği dahası öz etki ve kendine yarar algısı gibi ifadelerinde aynı anlamda olduğu sonucuna varılmıştır.¹³¹⁻¹³³

2.6.1. Öz Yeterlilik Tanımları

Öz yeterlilik, bireylerin belli bir eylemi başarılı bir şekilde yapma veya olayları kontrol altına alabilme algısı veya yargısı¹⁵ ya da bireylerin belli bir performans düzeyine ulaşma kapasitesiyle ilişkili yargısı¹⁶ olarak tanımlanmaktadır.

Öz yeterlilik; kişinin gelecekte rastlayabileceği zor bir durumun üstesinden gelmede ne ölçüde başarılı olabileceğiyle alakalı kendi hakkındaki yargısı ve inancıdır.¹³⁰

Sosyal öğrenme kuramında Bandura, kişilerin karşılaşılabilecekleri durumlarla başa çıkabilmek adına ihtiyaç duyulan eylemleri ne kadar iyi yapabildiklerine olan bireysel yargıları olarak tanımlamıştır.¹³⁴

Öz yeterlilik, bireyin çevresinde gelişen olaylar üzerinde etkili olabilecek bir kazanımı başlatıp sonuca ulaşmaya kadar devam ettirebileceğine olan inancı olarak tanımlanmıştır.¹³⁵

Poyraz'a göre öz yeterlilik, bireye belli bir rolü oynayabilme gücünü kazandıran niteliklerin varlığı ya da bireyin bu rolü oynayabilmesini engelleyen niteliklerin yokluğudur.¹³⁶

İskender'e göre öz yeterlilik, bireyin gerçekleştireceği görevleriyle ilgili işlevlerini amacına uygun bir şekilde yerine getirmesi için sahip olması gereken bilgi,

beceri ve tutumlarıdır.¹³⁷

Zimmerman'a göre öz yeterlilik, kişinin bir görevi gerçekleştirebilme, başarabilme yeteneği konusundaki yargısıdır.¹³⁸

2.6.2. Öz Yeterlilik Algısı

Bireyin sahip olduğu öz yeterlilik algısı sağlığın gelişimini destekleyen davranışların başlatılmasında ve bu davranışların devamlılığında önemli bir etkidir.¹³⁹

Bireyin hedeflenen sonuca ulaşması için, gerekli olan davranışı başarılı bir biçimde gerçekleştirebileceğine dair inancıdır.^{16, 17, 20, 140-144}

Bireyin sahip olduğu öz yeterlilik algısı gerçekte var olan yeterliliği yansıtmayabilir. Fakat idrak edilen öz yeterlilik algısı kişinin davranışlarını ayarlamada önemli bir yere sahiptir.^{132, 133}

Bireyin öz yeterlilik düzeyi, eyleme geçmek için gerekli olan motivasyonu artırabilir ya da azaltabilir.¹⁶

Yüksek öz yeterliliğe sahip olan birey, belirli bir görevle alakalı zorlukla karşılaştığı zaman o görevle alakalı kendinden daha düşük düzeyde öz yeterliliğe sahip olan bireyden daha fazla süreklilik göstermektedir. Bireyin sahip olduğu yapabilirlikleriyle ilgili güçlü inancı, sürekliliği ve gayreti arttırmaktadır.¹⁴⁵

Öz yeterliliğe istenildiği kadar sahip olmayan kişiler olayları göründüğünden daha zorlu olarak algılarlar ve karşılaştıkları problemleri çözemezler.¹⁴⁶ Özetle, öz yeterlilik algısı kişinin stresin üstesinden gelme potansiyelinin bir yansımasıdır.¹⁴⁷

2.6.3. Öz Yeterliliğin Birey Üzerine Etkisi

Öz yeterlilik algısı düzeyinin yüksek ya da düşük olmasıyla ilişkili olarak kişilerin kendilerine verilen görevlere farklı şekilde yaklaştıkları, farklı düzeyde gayret gösterdikleri, başarı veya başarısızlıkla karşılaştıklarında bu durumu farklı nedene bağladıkları ve başarısızlık ya da işin yolunda gitmemesi gibi durumlarda farklı

davranışlar gösterdikleri belirlenmiştir.¹⁹

Kaygı, depresyon ve çaresizlik hissi düşük öz yeterlilik algısıyla ilişkilidir. Dahası bu tarz bireylerin öz güvenleri de oldukça düşüktür ve bu bireyler başarıları ve gelişimleri üzerine olumsuz düşüncelere sahiptirler.^{18, 20-22}

Yüksek öz yeterlilik algısına sahip olan kişiler daha zorlu işleri yapmaya isteklidirler. Bu nedenle kendilerine daha büyük hedefler belirlerler ve hedeflerine ulaşmak için çaba sarf ederler.¹⁸⁻²²

Bandura, insanların hayatları boyunca edindikleri deneyimlere bağlı olarak, kendi baş etme yeteneklerine ilişkin özel inançlar geliştirdiklerini ve kazanılan öz yeterlilik inançları geliştikçe davranış değişikliğinin de arttığını ifade etmiştir. Bu nedenle, bir davranışın başarılı olmasında, kişinin sahip olduğu öz yeterlilik inancı hem o davranışın yapılmasını etkiler hem de davranışı yönlendirdiği söylenebilir.¹⁴⁸

2.6.4. Öz Yeterliliğin Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Öz yeterlilik algısının geliştirilmesi; bireyin davranışlarını, motivasyonunu, düşünme biçimini ve iyilik durumunu olumlu yönde etkilemektedir.¹⁴⁹ Düşük öz yeterlilik duygusu içinde olan bireyde depresyon, kaygı ve çaresizlik duygusu hakimdir. Bu durumdaki birey bireysel gelişim ve başarı ile ilgili olumsuz duygular içindedir. Yüksek öz yeterliliğe sahip olan bireyler, başarılı olmak adına daha fazla ve daha uzun süreli gayret gösterirler. Herhangi bir olumsuz durumla karşılaştıklarında hızlı bir şekilde toparlanarak hedeflerine ulaşmak için çabalarını sürdürürler.^{20, 21, 24, 132, 133, 150-157}

Hemşireye özgü işlevlerden biri olan sağlık bakımı verme davranışı hem bireyi hem de bireyin ailesini kapsamaktadır. Annenin kendini daha yeterli hissetmesini sağlamak için annenin çocuğun bakımına aktif katılımını sağlayan işbirlikçi ilişkiler geliştirilmelidir.^{158, 159} Hemşirenin çocuğu doğru şekilde değerlendirebilmesi, çocuğun ihtiyaçları doğrultusunda bakımı planlayabilmesi için aileden çocuk ile alakalı bilgileri

alması ve ailenin bilgi ve tutumlarını göz ardı etmemesi gerekmektedir. Özellikle pediatri hemşireliğinde, bakımın birincil birimi aile olarak görülmektedir. Ailenin çocuğa destek vermesi, onun hastalığına ve hemşirelik bakımına yönelik reaksiyonlarını belirleyen önemli bir etkidir. Aileyle çocuk arasında sevgi esaslı, güçlü ve birbirini destekleyen bir ilişkinin olması çocuk için çok önemlidir. Bu yüzden çocuğun bakımı aile ile işbirliği içerisinde yürütülmeli ve her aşamada aile bakıma dahil edilmelidir.³²

Öz yeterlilik algısının geliştirilmesinde aileyi/anneyi sağlık ekibinin bir üyesi olarak kabul ederek, gerçekçi ve ulaşılabilir hedeflerin belirlenmesi, sorunlarla ilgili iletişim sağlayıp çözümleme yollarının araştırılması, belli bir davranışta bulunma konusunda çaba gösterilmesi, güven duygusunun sağlanması, bağımlılığın azaltılması, deneyim kazanılması, öz yeterliliğini artırıcı bilgi verilmesi, sağlanan gelişmelerin yakından izlemi ve kaydedilmesi, geri bildirimde bulunulması esasına dayanır.¹⁶⁰

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Çocuğu buhar inhalasyon tedavisi alan annelerin öz yeterlilik ve kaygı durumlarının buhar inhalasyon uygulamalarına etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma, Erzurum il merkezinde bulunan, Erzurum Kamu Hastaneler Birliğine bağlı olan Bölge Araştırma Hastanesi Çocuk Servisi'nde Ocak 2015 – Mart 2017 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Erzurum Bölge Araştırma Hastanesi Çocuk Servisi 40 yatak kapasitesine sahiptir. Bu serviste 10 hemşire ve 10 uzman doktor çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, veri toplama tarihleri arasında Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Servisi'nde yatmakta olan, buhar inhalasyon tedavisi alan 0-4 yaş arası çocukların anneleri (376 kişi) oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini; Aralık 2015 - Mayıs 2016 tarihleri arasında çocuk servisinde yatan, çocukları buhar inhalasyon tedavisi alan, 0-4 yaş arası çocuk sahibi olan ve araştırmayı kabul eden 300 anne oluşturmuştur. Araştırmada evrenin %80'ine ulaşılmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Annelerin yaptıkları buhar inhalasyonu uygulamaları bağımlı değişkendir.

Bağımsız değişken: Annelerin öz yeterlilik algıları, durumluk kaygıları, anneye ve çocuğa ait tanıtıcı özellikler bağımsız değişkeni oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerinin toplanmasında; Veri Toplama Formu, Buhar İnhalasyon Uygulaması Kontrol Listesi, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği kullanılmıştır.

Veri Toplama Formu (EK-2)

Araştırmacı tarafından literatür^{42, 161} doğrultusunda geliştirilen “Veri Toplama Formu”; annenin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, aile tipi, ailenin sosyo-ekonomik durumu, ailenin sosyal güvencesi, çocuk sayısı, hastanede yatan çocuğun yaşı, hastanede yatan çocuğun cinsiyeti, çocuğun teşhisi, daha önce bu klinikte yatma durumu, hastalık tanısı süreci, hastanede yatma süresi, annenin daha önce buhar tedavisi uygulama durumu, uyguladı ise uygulama sayısı, uygulamayı kimden öğrendiği sorularını içermektedir. Veri Toplama Formu, kapalı-açık uçlu olan toplam 17 sorudan oluşmaktadır.

Buhar İnhalasyon Uygulaması Kontrol Listesi (EK- 3)

Araştırmacı tarafından literatür^{42, 45, 66-70} doğrultusunda geliştirilen ve tek bölümden oluşan ‘Buhar İnhalasyon Uygulaması Kontrol Listesinde’ 18 soru (kapalı uçlu) yer almaktadır. Bu soruların cevapları evet–hayır şeklindedir. Evet cevabı doğru uygulamayı, hayır cevabı ise yanlış olan uygulamayı göstermektedir. Sorular, uygulamadan önce ellerin yıkanması ve kurulanması, hortumun bir ucunun nebülizatöre diğer ucunun ise inhalasyon maskesinin altına yerleştirilmesi, etkili inhalasyonu sağlayacak pozisyonun verilmesi (0-1 yaş için baş ve vücut aynı doğrultuda, 1-4 yaş için oturur pozisyonda), doğru dozda ilacı çocuk nefes alıp vermeye başlayınca hazneye boşaltma, hava akım hızını 6-8 lt/dk ayarlama (her hasta için hekim tarafından önerilen.....lt/dk), buhar inhalasyon maskesinin yüze tam oturması, gözler maskenin dışında ve maske yüze oturur şekilde olması, çocuğa maskede ilaç kalmayınca kadar (yaklaşık 5-10 dakika) sakın nefes aldırma, buhar gelmemeye başlayınca hazne içini kontrol etme, uygulama bittikten sonra hava akımını kontrol etme ve nebülizatörü kapatma, lokal yan etkileri (cilt kızarması, mukozalarda beyazımsı mantar plakları) önlemek için çocuğun yüzünü yıkama ya da nemli bir bez ile yüzü

yavaş bir şekilde silme, inhalasyondan sonra çocuğun bir şeyler yemesini veya içmesini sağlama, buhar inhalasyonu sırasında çocukta şiddetli öksürük ve titreme başladığında işlemi durdurma doktor veya hemşireye haber verme, birden fazla inhaler ilaç olduğunda bunları birbirine karıştırmadan kullanma, buhar inhalasyon maskesinin kişiye özel ve tek kullanımlık olduğunu bilme, nebülleri direkt gün ışığından koruma ve etajerde muhafaza etme, uygulamadan sonra maskeyi uygun atık kutusuna atma, elleri tekrar yıkama ve kurulamadır.

Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) (EK- 4)

Araştırmada, annelerde o anda var olan kaygı düzeyini belirlemek amacıyla durumluk kaygı ölçeğinden yararlanılmıştır. Durumluk kaygı ölçeği, Spielberger aracılığıyla geliştirilmiş, Öner ve Le Compte aracılığıyla Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçekte toplamda 20 madde bulunmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği 4'lü likert tipi bir ölçektir.^{162, 163}

Durumluk Kaygı Ölçeği'nde; kişiden kendini belirli bir zamanda nasıl hissettiğini değerlendirmesi ve içinde bulunduğu duruma uygun olan hiç=1, biraz=2, çok=3, tamamıyla=4 ifadelerinden birini seçmesi istenir. Bu ölçekten alınan puan; minimum 20, maksimum 80'dir. Alınan puanın yüksek olması kaygı düzeyinin yüksek, düşük olması ise kaygı düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir.¹⁶²⁻¹⁶⁴

Durumluk Kaygı Envanteri, doğrudan (direct) ve tersine (reverse) çevrilmiş ifadeleri içerir. Olumsuz olan duyguları doğrudan (direct) ifadeler belirtirken, olumlu olan duyguları tersine (reverse) çevrilmiş ifadeler belirtir. Tersine (reverse) çevrilmiş ifadeler toplamda on adettir. '1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20' nci ifadeler tersine (reverse) çevrilmiştir. Tersine (reverse) çevrilmiş ifadeler puanlanırken; 1 puan değerindekiler 4'e, 4 puan değerindekiler 1'e çevrilerek hesaplama yapılır.¹⁶²⁻¹⁶⁴

Envanterden elde edilen toplam puan 0-19 arasında ise "kaygı olmadığını", 20-

39 arasında ise “hafif düzeyde kaygı” olduğunu, 40-59 arasında ise “orta düzeyde kaygı” olduğunu, 60-79 arasında ise “ağır düzeyde kaygı” olduğunu gösterirken, 60 ve üzerinde olması bireyin profesyonel yardıma gereksinimi olduğuna işaret eder.⁹⁷

Envanterin Türkçe uyarlanmasında alfa korelasyonlarıyla belirlenen güvenilirlik katsayıları Durumluk Kaygı Ölçeği için 0.94 ve 0.96 arasındadır.^{162, 163}

Bu araştırmada Durumluk Kaygı Ölçeği Cronbach Alpha değeri 0.87 olarak hesaplanmıştır.

Öz -Etkililik-Yeterlik Ölçeği (ÖEYÖ) (EK-5)

Sherer ve arkadaşlarının (1982) geliştirdiği bu ölçek bireyin öz yeterlilik düzeyini ölçer. Öz değerlendirmeye dayalı olan bu ölçek Aksayan ve Gözüm (1999) aracılığıyla Türkçe’ye uyarlanmıştır. Ölçeğin, Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.81, test-tekrar test güvenirliliği 0.92’ dur. Bu çalışmanın Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.89’ dur.

Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği 23 maddeden oluşmaktadır. ÖEYÖ’i 5’li likert-tipi olarak yapılandırılmış bir ölçektir. Ölçekte var olan ayrı ayrı maddeler için; 1 (Beni hiç tanımlamıyor)’den 5’e (Beni çok iyi tanımlıyor) kadar devam eden sıralama ile derecelenmiştir ve bu derecelendirilen ifadelerden birisinin işaretlenerek seçilmesi istenir. Doğrudan (direct) ifadeler için verilen puan esas alınır. Fakat ölçekteki 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 22’nci ifadeler ters yönde (reserve) puan almaktadırlar. Ölçeğin puanlamasından elde edilen minimum değer 23, maksimum değer 115’dir. ÖEYÖ’nden elde edilen puanın yüksek olması öz yeterlilik algısının yüksek olduğunu gösterir.¹⁴³

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, Aralık 2015 – Mayıs 2016 tarihleri içerisinde Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Servisi’nde araştırmacı tarafından elde edildi. Veri Toplama

Formu, Öz Etkililik-Yeterlik Ölçeği ve Durumluk Kaygı Ölçeği'nde yer alan bilgiler okuma yazma bilen anneler tarafından doldurulmuştur. Okuma yazma bilmeyen annelerle yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak bilgiler araştırmacı tarafından elde edilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı klinikte rutin olarak hasta kliniğe kabul edildiğinde; klinik hemşiresi inhaler ilacı hazırlar ve hasta başında primer bakım verici olan anneye uygulamanın nasıl yapıldığını sözel olarak anlatır ve uygulamayı işlem basamaklarına göre anneye gösterir ve inhaler ilacı uygular. Daha sonra yapılacak olan inhaler uygulamalarda, klinik hemşiresi ilacı hazırlar ve anneye verir. Uygulama işlemini anne, hemşire tarafından verilen eğitim doğrultusunda gerçekleştirir.

Bu çalışmada, Buhar İnhalasyon Uygulaması Kontrol Listesi'ni değerlendirmek için, anneye hemşire tarafından inhaler ilaç verildikten sonra annenin inhalasyon uygulamasını nasıl yaptığı araştırmacı tarafından gözlenmiştir. Daha sonra anneden uygulama işlemini nasıl yaptığını sözel olarak anlatması istenmiştir. Bu doğrultuda araştırmacı tarafından; doğru yaptığı uygulama için evet seçeneği, yanlış yaptığı uygulama için hayır seçeneği işaretlenmiştir. Veri toplama süresi ortalama 15-20 dakika arasında sürmüştür.

3.7. Verilerin Analizi

Araştırma sonucunda çıkan verilerin kodlanması ve analizi SPSS (Statistical Package For Social Sciens) 20.0 paket programında, bilgisayar ortamında yapılmıştır. Sayı, yüzdelik, ortalama, Kruskal Wallis varyans analizi, Mann Whitney U testi, t testi, Anova ve korelasyon testleri bu verilerin değerlendirilmesinde kullanılmıştır. Elde edilen tüm veriler için p değerinin 0,05 ten küçük olması durumu istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için, Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanlığı'ndan **(EK-6)** 14. 11. 2014 tarih, Erzurum İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden **(EK-8)** 29. 01. 2015 tarih, resmi izin alındı.

Araştırma grubundaki, 0-4 yaş çocuğu olan annelerin gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterildi. Araştırmacı tarafından annelere, çalışmanın amacı anlatıldı, çalışmadan istedikleri anda ayrılabilme hakkına sahip oldukları açıklandı ve verilen bilgilerin gizli tutulacağı başka hiçbir yerde kullanılmayacağı belirtildi. Varsa annelerin soruları yanıtlandı ve anneler tam olarak bilgilendirildikten sonra yazılı onayları **(EK-9)** alındı. Böylece bilgilendirilmiş onam ilkesi etik ilke olarak yerine getirildi ve uyguladı.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın, Erzurum Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Servisi'nde yapılmış olması bu araştırmanın sınırlılığıdır. Bu sebeple, araştırma sonuçları sadece bu araştırma grubuna genellenebilir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=300)

Sosyo-demografik Özellikler	$\bar{X} \pm SS/yıl$	
Anne yaşı	29.52± 6.21	
	S	%
Anne öğrenim düzeyi		
Okur-yazar değil	71	23.7
İlköğretim	169	56.3
Lise	49	16.3
Üniversite	11	3.7
Çalışma Durumu		
Evet	16	5.3
Hayır	284	94.7
Annenin mesleği		
Ev hanımı	288	96.0
Memur	12	4.0
Aile tipi		
Geniş	112	37.3
Çekirdek	188	62.7
Sosyo-ekonomik durum		
Gelir-giderden az	153	51.0
Gelir-gidere denk	118	39.3
Gelir-giderden fazla	29	9.7
Sosyal güvencesi		
Evet	265	88.3
Hayır	35	11.7
Çocuk Sayısı		
1	58	19.3
2	71	23.7
3 ve üzeri	171	57.0
Toplam	300	100

Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 29.52± 6.21’dir. Annelerin %56.3’ünün ilköğretim mezunu, %94.7’sinin çalışmayan, %96.0’sının ev hanımı, %62.7’sinin çekirdek ailede yaşadığı, %51.0’inin gelirinin giderden az olduğu, %88.3’ünün sosyal güvenceye sahip olduğu ve %57.0’sinin 3 ve üzeri sayıda çocuğa sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Araştırma Kapsamına Alınan Çocukların ve Annelerinin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (N=300)

Tanıtıcı Özellikler	S	%
Çocuğun cinsiyeti		
Kız	134	44.7
Erkek	166	55.3
Çocuğun tanısı		
Pnömoni	92	30.7
ÜSYE	70	23.3
Tonsillit	33	11.0
Bronşiolit	105	35.0
Daha önce çocuğun klinikte yatma durumu		
Evet	71	23.7
Hayır	229	76.3
Daha önce buhar tedavisi uygulama durumu		
Evet	163	54.3
Hayır	137	45.7
Daha önce buhar tedavisi uygulama sayısı		
1 kez	22	7.3
2 kez	18	6.0
3 ve üzeri	123	41.0
Buhar uygulamasını öğreten kişi		
Doktor	29	9.7
Hemşire	271	90.3
$\bar{X} \pm SS$		
Çocuğun yaşı/yıl	1.48±0.50	
Çocuğun hastalık tanısı ile izlendiği süre/gün	1.74±0.78	
Hastanede yatma süresi/gün	1.21±0.51	

Araştırmaya alınan annelerin hasta çocuklarının %55.3'ünün erkek olduğu, %30.7'sinin pnömoni tanısı aldığı, %76.3'ünün daha önce klinikte yatmadığı, %54.3'ünün daha önce buhar tedavisini uyguladığı, %41.0'inin 3 ve üzerinde buhar tedavisi aldığı ve annelerin %90.3'ünün çocuğuna buhar uygulamasını hemşirelerden öğrendiği belirlenmiştir. Çocukların yaş ortalaması 1.48±0.50'dir. Çocukların hastalık tanısı ile izlendiği süre ortalama 1.74±0.78 ve hastanede yatma süresi ortalama 1.21±0.51'dir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Araştırmaya Alınan Annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik ve Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Aritmetik Ortalama	Min	Max	$\bar{X} \pm SS$
Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği	23-115	36	108	79.60±15.23
Durumluk Kaygı Ölçeği	20-80	26	59	37.07±4.95

Annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamasının 79.60 ± 15.23 ve Durumluk Kaygı toplam puan ortalamasının 37.07 ± 4.95 olduğu bulunmuştur. Ölçeklerin alt ve üst sınırları göz önünde bulundurularak annelerin öz-etkililik-yeterlilik düzeylerinin orta, durumluk kaygı durumunun hafif düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Annelerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle Öz-Etkililik-Yeterlilik ve Durumluk Kaygı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler			Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği $\bar{X} \pm SS$	Durumluk Kaygı Ölçeği $\bar{X} \pm SS$
	S	%		
Annenin yaşı				
20 ve altı	21	7.0	81.33 ± 17.71	36.95 ± 4.57
21- 29 yaş	138	46.0	80.92 ± 14.38	36.72 ± 4.96
30 ve üstü	141	47.0	78.06 ± 15.60	37.43 ± 4.99
Test ve p			KW=2.455 p=0.293	KW=1.632 p=0.442
Anne eğitimi				
Okur-yazar değil	71	23.7	70.59 ± 14.23	35.90 ± 3.91
İlköğretim mezunu	169	56.3	79.47 ± 13.59	37.76 ± 5.43
Lise mezunu	49	16.3	88.42 ± 14.04	36.18 ± 4.25
Üniversite mezunu	11	3.7	100.45 ± 5.80	37.90 ± 4.34
Test ve p			KW=66.372 p=0.000	KW=6.283 P=0.099
Çalışma durumu				
Evet	16	5.3	93.81 ± 14.36	40.31 ± 6.40
Hayır	284	94.7	78.80 ± 14.90	36.89 ± 4.80
Test ve p			U=1005.5 p=0.000	U=1482.5 p=0.019
Annenin mesleği				
Ev hanımı	288	96.0	78.76 ± 14.85	36.91 ± 4.81
Memur	12	4.0	99.83 ± 9.33	40.83 ± 6.67
Test ve p			U=353.50 p=0.000	U=1017.0 p=0.015
Aile tipi				
Geniş	112	37.3	78.43 ± 14.81	37.09 ± 5.05
Çekirdek	188	62.7	80.30 ± 15.47	37.05 ± 4.90
Test ve p			t=-1.026 p=0.306	t=0.067 p=0.947
Sosyo-ekonomik durum				
Gelir-giderden az	153	51.0	74.37 ± 14.70	37.12 ± 5.44
Gelir-gidere denk	118	39.3	83.16 ± 13.65	37.05 ± 4.47
Gelir-giderden fazla	29	9.7	92.72 ± 11.98	36.89 ± 4.11
Test ve p			KW=47.211 p=0.000	KW=0.230 p=0.891

Tablo 4.4. (Devamı)

Sosyal güvence				
Evet	265	88.3	80.07±15.15	36.78±4.77
Hayır	35	11.7	76.08±15.60	39.25±5.74
Test ve p			t=1.458 p=0.146	t=-2.439 p=0.005
Çocuk sayısı				
1	58	19.3	85.51±15.60	36.93±4.64
2	71	23.7	83.00±14.62	36.73±4.70
3 ve üzeri	171	57.0	76.19±14.49	37.26±5.16
Test ve p			F=11.128 p=0.000	F=0.317 p=0.729

Anne yaşına göre Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puanı 20 yaş ve altında 81.33±17.71, 21 -29 yaşta 80.92±14.38, 30 yaş ve üstünde ise 78.06±15.60 olduğu bulunmuş ve anne yaşına göre öz-etkililik-yeterlilik düzeyi incelendiğinde saptanan bu farkın önemli bir fark oluşturmadığı tespit edilmiştir. (p>0.05) (Tablo 4.4).

Anne eğitim seviyesine göre Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puanı okur-yazar olmayanlarda 70.59±14.23, lise mezunu olanlarda 88.42±14.04, üniversite mezunu olanlarda 100.45±5.80 olduğu, eğitim seviyesi arttıkça Öz- Etkililik-Yeterlik düzeyinin arttığı ve bu sonucun istatistiksel açıdan anlamlı fark oluşturduğu belirlenmiştir (p<.05) (Tablo 4.4)

Annelerin çalışıp çalışmama durumuyla ilişkili olarak, Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamalarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuş ve çalışan annelerin puan ortalamalarının (93.81±14.36) çalışmayan annelerden (78.80±14.90) anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<.05) (Tablo 4.4).

Annelerin mesleği ile ilişkili olarak, Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamaları arasındaki fark önemli olarak bulunmuş ve memur annelerin puan ortalamalarının (99.83±9.33) ev hanımı annelerden (78.76±14.85) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<.05) (Tablo 4.4).

Annelerin aile tipine göre Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamalarının geniş aile olanlarda 78.43±14.81, çekirdek aile olanlarda 80.30±15.47 olduğu bulunmuş

ve annelerin aile tipine göre öz-etkililik-yeterlilik düzeyindeki fark anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Annelerin sosyo-ekonomik durumlarına göre Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puanı, gelir-giderden az olanlarda 74.37 ± 14.70 , gelir-giderden fazla olanlarda 92.72 ± 11.98 olduğu bulunmuş ve annelerin kendi ifadelerine göre belirlenen sosyo-ekonomik durumu arttıkça Öz- Etkililik-Yeterlik düzeylerinin de arttığı ve bu öz-etkililik-yeterlilik düzeyindeki artışın istatistiksel açıdan önemli farklılığa neden olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Sosyal güvencesi olan (80.07 ± 15.15) annelerin Öz- Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalaması olmayanlardan (76.08 ± 15.60) daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel açıdan önemli bir farklılık göstermediği görülmüştür. ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Annelerin çocuk sayısına göre Öz- Etkililik-Yeterlik toplam puanı; 1 çocuğu olanlarda 85.51 ± 15.60 , 2 çocuğu olanlarda 83.00 ± 14.62 , 3 ve üzeri çocuğu olanlarda 76.19 ± 14.49 olduğu bulunmuş ve çocuk sayısına göre annelerin öz-etkililik-yeterlilik düzeylerindeki farkın istatistiksel anlamda önemli bir farklılığa neden olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Araştırmada annelerin yaşı, eğitim durumu, aile tipi (geniş/çekirdek), sosyo-ekonomik durumu ve çocuk sayısı ile Durumluk Kaygı toplam puan ortalamalarında istatistiksel anlamda önemli bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$)(Tablo 4.4).

Annelerin çalışıp çalışmama durumu ile Durumluk Kaygı toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiş ve çalışan annelerin puan ortalamalarının (40.31 ± 6.40) çalışmayanlardan (36.89 ± 4.80) önemli ölçüde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Anne mesleğinin Durumluk Kaygı toplam puan ortalamaları üzerine etkili olduğu belirlenmiş olup, memur annelerin puan ortalamalarının (40.83 ± 6.67), ev hanımı

annelerden (36.91±4.81) anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir (p<.05) (Tablo 4.4).

Sosyal güvencesi olan annelerin Durumluk Kaygı toplam puan ortalamalarının (36.78±4.77) sosyal güvencesi olmayan annelerden (39.25±5.74) daha düşük olduğu görülmüştür (p<.05) (Tablo 4.4)

Tablo 4.5. Çocukların Tanıtıcı Özelliklerine ve İnhalasyon Uygulamalarına Ait Bazı Özelliklere Göre Öz-Etkililik-Yeterlik ve Durumluk Kaygı Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler	S	%	Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeği $\bar{X} \pm SS$	Durumluk Kaygı Ölçeği $\bar{X} \pm SS$
Çocuğun cinsiyeti				
Kız	134	44.7	78.79±15.90	36.83±4.47
Erkek	166	55.3	80.25±14.68	37.26±5.30
Test ve p			t=-0.825 p=0.410	t=-0.746 p=0.456
Çocuğun tanısı				
Pnömoni	92	30.7	79.48±14.27	37.64±5.18
Üsye	70	23.3	77.10±17.48	36.08±3.98
Tonsillit	33	11.0	83.66±15.92	35.84±3.70
Bronşiolit	105	35.0	80.10±14.07	37.61±5.51
Test ve p			F=1.459 p=0.226	F=2.467 p=0.062
Daha önce çocuğunun klinikte yatması				
Evet	71	23.7	78.92±15.19	37.21±4.93
Hayır	229	76.3	79.81±15.27	37.03±4.96
Test ve p			t=-0.428 p=0.669	t=0.268 p=0.789
Daha önce buhar tedavisi uygulaması				
Evet	163	54.3	78.81±15.23	38.11±5.44
Hayır	137	45.7	80.54±15.23	35.83±3.96
Test ve p			t=-0.981 p=0.328	t=4.194 p=0.000
Daha önce buhar tedavisi uygulama sayısı				
1 kez	22	7.3	75.31±14.18	39.09±5.35
2 kez	18	6.0	79.44±13.24	37.22±4.94
3 ve üzeri	123	41.0	79.19±15.60	38.12±5.53
Test ve p			KW=1.989 p=0.370	KW=0.603 p=0.740
Buhar uygulamasını öğreten kişi				
Doktor	29	9.7	83.58±14.05	39.65±5.99
Hemşire	271	90.3	79.18±15.31	36.79±4.75
Test ve p			U=3307.0 p=0.161	U=2688.5 p=0.005

Araştırmada çocukların cinsiyetine, tanısına, daha önce çocuğunun klinikte yatma durumuna ve annelerin daha önce buhar tedavisi uygulama sayısına göre Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Araştırmada çocukların cinsiyetine, tanısına, daha önce çocuğunun klinikte yatma durumuna ve annelerin daha önce buhar tedavisi uygulama sayısına göre Durumluk Kaygı toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Daha önce buhar tedavisi uygulayan annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamaları (78.81 ± 15.23),) daha önce buhar tedavisi uygulamayan annelerden (80.54 ± 15.23) anlamlı düzeyde düşük olmasına karşın tespit edilen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Buhar uygulamasını doktordan öğrenen annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamalarının (83.58 ± 14.05), hemşireden öğrenenlerde (79.18 ± 15.31) daha yüksek olmasına karşın bu sonuç istatistiksel olarak önemli bir farklılığa neden olmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Daha önce buhar tedavisi uygulayan annelerin Durumluk Kaygı toplam puan ortalamalarının (38.11 ± 5.44) daha önce buhar tedavisi uygulamayan annelerden (35.83 ± 3.96) önemli ölçüde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Annelerin buhar uygulamasını öğreten kişiye göre, Durumluk Kaygı toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuş ve buhar uygulamasını doktordan öğrenen annelerin puan ortalamalarının (39.65 ± 5.99) hemşireden öğrenen annelerden (36.79 ± 4.75) anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Annelerin Hastanede Yaptıkları Buhar İnhalasyonu Uygulamalarına Göre Öz-Etkililik-Yeterlik ve Durumluk Kaygı Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Buhar İnhalasyonu Uygulama Özellikleri	S	%	Öz-Etkililik $\bar{X} \pm SS$	Durumluk $\bar{X} \pm SS$
1.Uygulamadan önce ellerin yıkanması ve kurulanma durumu				
Evet*	64	21.3	85.10±13.58	37.56±36.94
Hayır	236	78.7	78.11±15.33	36.94±4.99
Test ve p			t=3.312 p=0.001	t=0.891 p=0.374
2.Hortumun bir ucunun nebulizatöre diğer ucunun ise inhalasyon maskesinin altına yerleştirilme durumu				
Evet*	249	83.0	80.55±15.19	36.42±4.24
Hayır	51	17.0	74.98±14.68	40.25±6.68
Test ve p			t=2.400 p=0.017	t=-3.938 p=0.000
3.Etkili inhalasyonu sağlayacak pozisyonun verilme durumu (0-1 yaş için baş ve vücut aynı doğrultuda,1-4 yaş için oturur pozisyonda)				
Evet*	157	52.3	81.46±15.78	36.69±5.17
Hayır	143	47.7	77.56±14.37	37.48±4.67
Test ve p			t=2.229 p=0.027	t=-1.392 p=0.165
4.Doğru dozda ilacı çocuk nefes alıp vermeye başlayınca hazneye boşaltma durumu				
Evet*	138	46.0	83.30±14.72	36.39±4.59
Hayır	162	54.0	76.45±14.98	37.64±5.17
Test ve p			t=3.976 p=0.000	t=-2.193 p=0.029
5.Hava akım hızını 2-6 lt/dk ayarlama durumu (her hasta için hekim tarafından önerilen.....lt/dk)				
Evet*	238	79.3	79.02±15.47	36.90±4.69
Hayır	62	20.7	81.85±14.15	37.70±5.83
Test ve p			t=-1.306 p=0.192	t=-1.137 p=0.320
6.Buhar inhalasyon maskesinin yüze tam oturması				
Evet*	215	71.7	80.44±15.37	36.94±5.21
Hayır	85	28.3	77.49±14.74	37.40±4.20
Test ve p			t=1.514 p=0.131	t=-0.788 p=0.432
7.Gözlerin maskenin dışında ve maske yüze oturur şekilde olması				
Evet*	227	75.7	80.26±14.81	36.85±4.65
Hayır	73	24.3	77.56±16.40	37.75±5.74
Test ve p			t=1.320 p=0.188	t=-1.351 p=0.178
8.Çocuğa maskede ilaç kalmayınca kadar(yaklaşık 5-10 dakika) sakin nefes aldırması				
Evet*	227	75.7	81.28±14.74	36.57±4.72
Hayır	73	24.3	74.38±15.65	38.63±5.34
Test ve p			t=3.428 p=0.001	t=-3.134 p=0.002

Tablo 4.6. (Devamı)

9.Buhar gelmemeye başlayınca hazne içini kontrol etme				
Evet*	267	89.0	80.15±15.05	36.98±4.83
Hayır	33	11.0	75.15±16.15	37.75±5.82
Test ve p			t=1.787 p=0.071	t=-0.841 p=0.401
10.Uygulama bittikten sonra hava akımını kontrol etme ve nebulizatörü kapatma				
Evet*	268	89.3	79.74±15.22	36.80±4.80
Hayır	32	10.7	78.46±15.49	39.31±5.67
Test ve p			t=0.447 p=0.656	t=-2.736 p=0.007
11.Lokal yan etkileri (cilt kızarması, mukozalarda beyazımsı mantar plakları) önlemek için çocuğun yüzünü yıkama ya da nemli bir bez ile yüzü yavaş bir şekilde silme				
Evet*	9	3.0	86.77±19.55	39.88±4.45
Hayır	291	97.0	79.38±15.06	36.98±4.94
Test ve p			U=917.5 p=0.126	U=810.5 p=0.051
12.İnhalasyondan sonra çocuğun bir şeyler yemesinin veya içmesinin sağlaması				
Evet*	115	38.3	79.75±16.31	36.73±4.97
Hayır	185	61.7	79.51±14.56	37.28±4.93
Test ve p			t=0.134 p=0.893	t=-0.946 p=0.345
13.Buhar inhalasyonu sırasında çocukta şiddetli öksürük ve titreme başladığında işlemi durdurma doktor veya hemşireye haber verme durumu				
Evet*	58	80.7	78.34±14.86	38.55±5.84
Hayır	242	19.3	79.90±15.33	36.71±4.65
Test ve p			t=-0.702 p=0.483	t=2.225 p=0.029
14.Birden fazla inhaler ilaç olduğunda bunları birbirine karıştırmadan kullanma				
Evet*	254	84.7	80.20±14.977	36.81±4.60
Hayır	46	15.3	76.28±16.37	38.47±6.42
Test ve p			t=1.613 p=0.108	t=-1.676 p=0.099
15.Buhar inhalasyon maskesinin kişiye özel ve tek kullanımlık olduğunu bilme durumu				
Evet*	263	87.7	80.26±14.97	36.98±4.99
Hayır	37	12.3	74.94±16.42	37.70±4.62
Test ve p			t=1.998 p=0.047	t=-0.825 p=0.410
16.Nebülleri direkt gün ışığından koruma ve etajerde muhafaza etme durumu				
Evet*	101	33.7	83.66±14.58	36.45±5.21
Hayır	199	66.3	77.54±15.17	37.38±4.79
Test ve p			t=3.342 p=0.001	t=-1.544 p=0.124
17.Uygulamadan sonra maskeyi uygun atık kutusuna atma				
Evet*	18	6.0	89.22±10.69	39.61±6.09
Hayır	282	94.0	78.99±15.28	36.91±4.83
Test ve p			U=1541.5 p=0.005	U=1831.5 p=0.047

Tablo 4.6. (Devamı)

18. Elleri tekrar yıkama ve kurulama				
Evet*	38	12.7	84.71±15.01	38.02±5.64
Hayır	262	87.3	78.86±15.15	36.93±4.83
Test ve p			t=2.225 p=0.027	t=1.271 p=0.205

*Evet doğru uygulamayı göstermektedir.

Annelerin buhar inhalasyonu uygulama özelliklerine göre, Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, uygulamadan önce ellerini yıkayan ve kurulayan annelerin puan ortalamaları (85.10±13.58) yıkamayan ve kurulamayanlardan (78.11±15.33) anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Hortumun bir ucunun nebülizatöre diğer ucunun ise inhalasyon maskesinin altına yerleştiren annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamaları (80.55±15.19) yerleştirmeyen annelerden (74.98±14.68) anlamlı ölçüde daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Etkili inhalasyonu sağlayacak pozisyonu veren (0-1 yaş için baş ve vücut aynı doğrultuda, 1-4 yaş için oturur pozisyonda) annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamaları (81.46±15.78) etkili inhalasyonu sağlayacak pozisyonu vermeyen annelerden (77.56±14.37) istatistiksel açıdan önemli ölçüde daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Doğru dozda ilacı çocuk nefes alıp vermeye başlayınca hazneye boşaltan annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamaları (83.30±14.72) boşaltamayan annelerden (76.45±14.98) istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Çocuğa maskede ilaç kalmayınca kadar (yaklaşık 5-10 dakika) sakin nefes aldırان annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamaları (81.28±14.74) bu uygulamayı yapamayan annelerden (74.38±15.65) istatistiksel açıdan önemli düzeyde daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Buhar inhalasyon maskesinin kişiye özel ve tek kullanımlık olduğunu bilen annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamalarının (80.26 ± 14.97), bilmeyen annelerden (74.94 ± 16.42) istatistiksel açıdan önemli ölçüde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.6).

Nebülleri direkt gün ışığından koruyan ve etajerde muhafaza eden annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamalarının (83.66 ± 14.58) bu uygulamayı yapamayanlardan (77.54 ± 15.17) istatistiksel açıdan önemli derecede daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 4.6).

Uygulamadan sonra maskeyi uygun atık kutusuna atan annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamaları (89.22 ± 10.69) bu uygulamayı yapamayan annelerden (78.99 ± 15.28) istatistiksel açıdan önemli düzeyde daha yüksektir. ($p < 0.05$) (Tablo 4.6).

Uygulamadan sonra ellerini yıkayan ve kurulayan annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamalarının (84.71 ± 15.01) yıkamayan ve kurulamayanlardan (78.86 ± 15.15) daha yüksek olduğu bulunmuş olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır. ($p < 0.05$) (Tablo 4.6).

Hava akım hızını 6-8 lt/dk ayarlama (her hasta için hekim tarafından önerilen.....lt/dk), buhar inhalasyon maskesinin yüze tam oturması, gözler maskenin dışında ve maske yüze oturur şekilde olması, buhar gelmemeye başlayınca hazne içini kontrol etme, uygulama bittikten sonra hava akımını kontrol etme ve nebülizatörü kapatma, lokal yan etkileri (cilt kızarması, mukozalarda beyazımsı mantar plakları) önlemek için çocuğun yüzünü yıkama ya da nemli bir bez ile yüzü yavaş bir şekilde silme, İnhalasyondan sonra çocuğun bir şeyler yemesini veya içmesini sağlama, buhar inhalasyonu sırasında çocukta şiddetli öksürük ve titreme başladığında işlemi durdurma doktor veya hemşireye haber verme, birden fazla inhaler ilaç olduğunda bunları birbirine karıştırmadan kullanma gibi buhar inhalasyonu uygulama özelliklerine göre

annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

Hortumun bir ucunun nebulizatöre diğer ucunun ise inhalasyon maskesinin altına yerleştiren annelerin Durumluk Kaygı toplam puan ortalamalarının (36.42 ± 4.24) yerleştirmeyen annelerden (40.25 ± 6.68) anlamlı ölçüde daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Doğru dozda ilacı çocuk nefes alıp vermeye başlayınca hazneye boşaltan annelerin Durumluk Kaygı toplam puan ortalamaları 36.39 ± 4.59 , boşaltamayanların puan ortalamaları 37.64 ± 5.17 'dir. Doğru dozda ilacı çocuk nefes alıp vermeye başlayınca hazneye boşaltan annelerin Durumluk Kaygı puanlarının boşaltmayanlardan daha az olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Çocuğa maskede ilaç kalmayınca kadar (yaklaşık 5-10 dakika) sakin nefes aldırان annelerin Durumluk Kaygı toplam puan ortalamalarının (36.57 ± 4.72) bu uygulamayı yapamayanlardan (38.63 ± 5.34) istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde daha düşük puan aldığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Uygulama bittikten sonra hava akımını kontrol eden ve nebulizatörü kapatan annelerin Durumluk Kaygı toplam puan ortalamaları 36.80 ± 4.80 , bu uygulamayı yapamayanların puan ortalamaları ise 39.31 ± 5.67 'dir. Uygulama bittikten sonra hava akımını kontrol eden ve nebulizatörü kapatan annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları anlamlı derecede düşüktür ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Buhar inhalasyonu sırasında çocukta şiddetli öksürük ve titreme başladığında işlemi durduran, doktor veya hemşireye haber veren annelerin Durumluk Kaygı toplam puan ortalamalarının (38.55 ± 5.84) haber vermeyen annelerden (36.71 ± 4.65) istatistiksel açıdan önemli düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Uygulamadan sonra maskeyi uygun atık kutusuna atan annelerin Durumluk

Kaygı toplam puan ortalamaları (39.61 ± 6.09) bu uygulamayı yapamayan annelerden (36.91 ± 4.83) daha yüksektir ($p < 0.05$) (Tablo 4.6).

Uygulamadan önce ellerin yıkanması ve kurulması, etkili inhalasyonu sağlayacak pozisyonun verilmesi (0-1 yaş için baş ve vücut aynı doğrultuda, 1-4 yaş için oturur pozisyonda), hava akım hızını 6-8 lt/dk ayarlama (her hasta için hekim tarafından önerilen.....lt/dk), buhar inhalasyon maskesinin yüze tam oturması, gözler maskenin dışında ve maske yüze oturur şekilde olması, buhar gelmemeye başlayınca hazne içini kontrol etme, lokal yan etkileri (cilt kızarması, mukozalarda beyazımsı mantar plakları) önlemek için çocuğun yüzünü yıkama ya da nemli bir bez ile yüzü yavaş bir şekilde silme, inhalasyondan sonra çocuğun bir şeyler yemesini veya içmesini sağlama, birden fazla inhaler ilaç olduğunda bunları birbirine karıştırmadan kullanma, buhar inhalasyon maskesinin kişiye özel ve tek kullanımlık olduğunu bilme, nebülleri direkt gün ışığından koruma ve etajerde muhafaza etme, elleri tekrar yıkama ve kurulama gibi buhar inhalasyonu uygulama özelliklerine göre, annelerin Durumluk Kaygı toplam puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede önemli bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik ve Durumluk Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki

Ölçümler	Durumluk Kaygı	
Öz-Etkililik-Yeterlik	r	p
	0.064	0.269

Araştırmada, annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik düzeyleri ile Durumluk Kaygı Düzeyleri incelendiğinde, aralarında istatistiksel açıdan ilişkinin olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.7).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, çocuğu buhar inhalasyon tedavisi alan annelerin öz yeterlilik ve kaygı durumlarının buhar inhalasyon uygulamalarına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda tartışılmıştır ancak bu çalışmayla benzerlik gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırma sonuçlarıyla benzerlik gösteren çalışmalarla tartışma yapılmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 29.52 ± 6.21 'dir. Annelerin %56.3'ünün ilköğretim mezunu, %94.7'sinin çalışmayan, %96.0'sının ev hanımı, %62.7'sinin çekirdek ailede yaşadığı, %51.0'inin gelirinin giderden az olduğu, %88.3'ünün sosyal güvencesinin olduğu ve %57.0'sinin 3 ve üzeri sayıda çocuğa sahip olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1).

Araştırmaya alınan annelerin hasta çocuklarının %55.3'ünün erkek olduğu, %30.7'sinin pnömoni tanısı aldığı, %76.3'ünün daha önce klinikte yatmadığı, %54.3'ünün daha önce buhar tedavisini uyguladığı, %41.0'inin 3 ve üzerinde buhar tedavisi aldığı ve annelerin %90.3'ünün çocuğuna buhar uygulamasını hemşirelerden öğrendiği belirlenmiştir. Çocukların yaş ortalaması 1.48 ± 0.50 'dir. Çocukların hastalık tanısı ile izlendiği süre ortalama 1.74 ± 0.78 ve hastanede yatma süresi ortalama 1.21 ± 0.51 'dir (Tablo 4.2).

Çalışmada; annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamasının 79.60 ± 15.23 ve durumluk kaygı toplam puan ortalamasının 37.07 ± 4.95 olduğu bulunmuştur. Ölçeklerin alt ve üst sınırları göz önünde bulundurularak annelerin öz etkililik yeterlik düzeylerinin orta, durumluk kaygı durumunun hafif düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Literatür incelendiğinde çocuklarda ilaç uygulamalarına yönelik oral ilaç vermede aile uygulamalarını, annelerin evde ilaçları saklama koşullarıyla ilgili bilgi ve tutumlarını, ateş düşürücü ilaç kullanımındaki bilgi ve

tutumunu, çocukları için antibiyotik kullanımını ve annelerin inhaler ilaç uygulamaları ve etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik yapılan çalışmalar mevcuttur.³⁶⁻⁴² Bununla birlikte çocuğu buhar inhalasyon tedavisi alan annelerin öz yeterlilik ve kaygı durumlarının buhar inhalasyon uygulamalarına etkisini belirleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çocuğu buhar inhalasyon tedavisi alan annelerin öz yeterlilik ve kaygı durumları başka bir araştırma bulgusu ile karşılaştırılamamıştır. Ancak annelerin buhar inhalasyon uygulamasını hastane ortamında hemşireler ile iş birliği içerisinde yapıyor olması, annelerin kendilerini güvende hissetmelerine neden olabilir. Buhar inhalasyon uygulamasının iş birliği içerisinde yapılıyor olması annelerin kaygı düzeylerini ve öz yeterlilik algılarını etkilemiş olabilir.

Anne yaşına göre Öz-Etkililik-Yeterlik düzeyi incelendiğinde, anne yaşı ile öz-etkililik-yeterlik düzeyi arasındaki saptanan farkın önemli olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde konu ile ilgili bire bir benzer çalışmalar olmamasına rağmen araştırma sonuçları ile benzerlik gösteren çalışmalar incelendiğinde; öz yeterlilik ile sosyo-demografik değişkenlerden yaş arasında hem bir ilişkinin olduğu hem de öz yeterliliğin yaştan bağımsız olduğunu ifade eden çalışmalar mevcuttur. Doni, Şimşek, Gürses ve Özer (2009)¹⁶⁵, Brink, Alsén, Herlitz, Kjellgren ve Cliffordson (2012)¹⁶⁶, Kulakçı, Ayyıldız, Emiroğlu ve Köroğlu (2012)¹⁶⁷, Uysal ve Kösemen (2013)¹⁶⁸ yaptıkları çalışmalarda öz yeterlilik düzeyi ile yaş arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir. Araştırma sonuçları bu bulgular ile paralellik göstermektedir.

Anne eğitim durumuna göre Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puanı Üniversite mezunu olanlarda daha yüksek olup, eğitim seviyesi arttıkça Öz-Etkililik-Yeterlik düzeyinin arttığı ve bu sonucun istatistiksel açıdan anlamlı fark oluşturduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu durum, eğitim düzeyinin artmasıyla bilginin daha kolay

ulaşılabilir olması, ulaşılan bilginin uygulamaya konulması, sağlıkla alakalı konulara daha fazla ilgi gösterme ve farkındalığın artması ile eğitim düzeyindeki artışa bağlı olarak hem ekonomik durum hem de sosyal vrenin artışı ile ilişkili olabilir. Literatür incelendiğinde; Yardımcı ve Başbakkal (2011)¹⁶⁹, Yiğitbaş ve Yetkin (2003)¹⁷⁰, Otacıoğlu (2008)¹⁷¹ ve Koçoğlu (2009)¹⁷² çalışmalarında, eğitim düzeyinin artması öz yeterlilik düzeyini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Luan (2003) böbrek hastalarıyla yaptığı araştırmasında eğitim düzeyi ile öz etkililik yeterlilik düzeyi arasında olumlu bir ilişki olduğunu belirtmiştir.¹⁷³ am ve Engin'in (2006) yaptığı çalışmada da hemşirelerin eğitim düzeyi arttıķa öz yeterlilik puanlarının anlamlı düzeyde arttığı bildirilmiştir.¹⁷⁴ Konu ile ilgili mevcut çalışmalar çalışmamızla benzerlik göstermese de, sonuçları araştırma sonuçlarını destekleyici niteliktedir.

Annelerin çalışıp çalışmama durumuyla ilişkili olarak, z-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuş, çalışan annelerin puan ortalamalarının çalışmayan annelerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<.05$). alışan anneler kendini gerçekleştirme çabası içerisindedirler ve annelerin bilinçlenme düzeyleri oldukça yüksektir. Dahası annelerin ekonomik özgürlüğe sahip olmaları ve sosyal statülerinin artması öz yeterlilik düzeylerinin yüksek olması ile ilişkilendirilebilir.

Annelerin mesleğine göre, z-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamaları arasındaki fark önemli olarak bulunmuş ve memur annelerin puan ortalamalarının ev hanımı annelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<.05$). Bu durum memur annelerin ev hanımı annelere göre sağlık bakım hizmetlerine daha kolay ulaşabilmesi ve daha fazla sosyal çevreye sahip olabilmesiyle açıklanabilir.

Annelerin aile tipine göre z-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamaları, geniş aile olanlarda daha yüksek olmasına rağmen aile tipine göre öz-etkililik-yeterlilik

düzeyindeki farkın önemli düzeyde olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bu sonuç, aile tipi ile öz yeterlilik düzeylerinin anlamlı bir şekilde farklılaşmadığını ortaya koymaktadır. Literatür incelendiğinde çalışmamızla birebir olmasa da Cant'ın tip 1 diyabetli hastalarla yaptığı çalışmada, aile tipi ile öz yeterlilik arasında anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir.¹⁷⁵ Araştırma sonuçları bu bulgu ile paralellik göstermektedir.

Annelerin sosyo-ekonomik durumuna göre Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puanı gelir-giderden fazla olanlarda daha yüksek olup annelerin kendi ifadelerine göre belirlenen sosyo-ekonomik durumu arttıkça Öz- Etkililik-Yeterlik düzeyinin de arttığı ve bu öz-etkililik-yeterlilik düzeyindeki artışın istatistiksel açıdan önemli farklılığa neden olduğu saptanmıştır ($p<.05$). Literatür incelendiğinde; öz yeterlilik düzeyini etkileyen etmenlerden biri de kişilerin gelir durumlarıdır. Muz ve Eğlence'nin (2012) yaptıkları çalışmada, gelir düzeyinin/ailenin ekonomik durumunun öz yeterlilik düzeyini artırdığı saptanmıştır.¹⁷⁶ Pender ve ark. (1987) ise sağlığı geliştirme modelinde ekonomik düzeyin olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyini pozitif yönde etkilediğini belirtmiştir.¹⁷⁷ Erol ve Enc'in (2011) insülin tedavisi gören hastalar ile yaptıkları çalışmada; ekonomik durumu iyi-çok iyi olanların, ekonomik durumu kötü ve orta düzeyde olanlara göre diyabet öz bakımı ile ilgili öz etkililik düzeyleri daha yüksek bulunmuştur.¹⁷⁸ Mollaoğlu ve Bağ'ın (2009) hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları çalışmada gelir düzeyi yüksek olanların öz yeterlilik düzeylerinin de yüksek olduğu saptanmıştır.¹⁷⁹ Yapılan çalışmalar araştırma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Çalışmada sosyal güvencesi olan annelerin Öz- Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalaması olmayanlardan daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel açıdan önemli bir farklılık göstermediği görülmüştür ($p<.05$). Usta Yeşilbalkan'ın (2001) tip 2 diyabetli hastalar ile yaptığı çalışmasında; sosyal güvenlik kuruluşlarıyla öz yeterlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.¹⁸⁰ Bu sonuç araştırma

sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Annelerin çocuk sayısına göre Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puanı tek çocuğu olanlarda daha yüksek olmasına rağmen çocuk sayısına göre öz-etkililik-yeterlik düzeylerindeki farkın istatistiksel olarak önemli bir farklılığa neden olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Bu sonuç, annelerin çocuk sayısına göre öz- etkililik- yeterlik düzeylerinin anlamlı olarak farklılaşmadığını ortaya koymaktadır.

Araştırmada annelerin yaşı, eğitim durumları, aile tipi, sosyo-ekonomik durumu ve çocuk sayısı ile Durumluk Kaygı toplam puan ortalamalarında istatistiksel anlamda önemli bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç; annelerin yaşı, eğitim durumu, aile tipi, sosyo-ekonomik durumu ve çocuk sayısı ile durumluk kaygı düzeylerinin anlamlı olarak farklılaşmadığını ortaya koymaktadır.

Literatür incelendiğinde; Yılmaz, Timur, Ege'nin (2005) yaptığı çalışmada, durumluk kaygı puanı ile yaş ve eğitim düzeyi arasında bir ilişki saptanmamıştır.¹⁸¹ Şirin ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada ekonomik durum ile durumluk kaygı düzeyi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.¹⁸² Karaman (2008) yaptığı çalışmada anne\ babaların durumluk kaygı puan ortalamaları ile aile tipi arasında farklılık saptamamıştır.¹⁸³ Yaptığımız çalışma sonucu, yukarda belirtilen araştırma sonucuyla paralellik göstermektedir.

Annelerin çalışıp çalışmama durumu ile Durumluk Kaygı toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiş ve çalışan annelerin puan ortalamalarının çalışmayanlardan önemli ölçüde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$). Araştırma sonucuna göre, çalışan annelerin çalışma ortamından uzaklaşması sosyal desteklerinin azalmasına sebep olabileceğinden annelerin puan ortalamalarının yüksek olduğu düşünülmüştür.

Anne mesleğinin Durumluk Kaygı toplam puan ortalamaları üzerine etkili

olduğu belirlenmiş olup memur annelerin puan ortalamalarının, ev hanımı annelerden anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir ($p<.05$). Araştırma sonucuna göre; memur annelerin hem iş hem de ev ortamında uzak olması dahası memur annelerin sorumluluklarının çok yönlü olması sebebiyle puan ortalamalarının yüksek olduğu düşünülmüştür.

Sosyal güvencesi olan annelerin Durumluk Kaygı toplam puan ortalamalarının sosyal güvencesi olmayan annelerden daha düşük olduğu görülmüştür ($p<.05$). Araştırma sonucuna göre; sosyal güvencesi olan annelerin sağlık bakım hizmetlerinden daha kolay ve hızlı faydalanması kaygı durumunun azalmasına sebep olacağından, durumluk kaygı puanları düşük olabilir.

Araştırmada çocukların cinsiyetine, tanısına, daha önce çocuğunun klinikte yatma durumuna ve annelerin daha önce buhar tedavisi uygulama sayısına göre Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamsızdır ($p>0.05$). Bu sonuç çocukların cinsiyetine, tanısına, daha önce klinikte yatma durumuna ve daha önce buhar tedavisi uygulama sayısına göre annelerin öz etkililik-yeterlik düzeylerinin anlamlı bir şekilde farklılaşmadığını ortaya koymaktadır. Usta Yeşilbalkan'ın (2001) "Tip 2 diyabetli hastaların kendi kendine bakımlarındaki öz yeterlilikleri ve öz yeterliliklerini etkileyen faktörlerin incelenmesi" ile ilgili çalışmada cinsiyet ile öz yeterlilik arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.¹⁸⁰ Yiğitbaş ve Yetkin'in (2003)¹⁷⁰ ve Ünal ve Orgun'un (2006)²⁷ öğrenciler ile yaptığı çalışmada cinsiyetin öz etkililik-yeterlilik üzerine önemli bir etkisinin olmadığı bulunmuştur.

Araştırmada çocukların cinsiyetine, tanısına, daha önce çocuğunun klinikte yatma durumuna ve annelerin daha önce buhar tedavisi uygulama sayısına göre Durumluk Kaygı toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamsızdır ($p>0.05$). Bu sonuç çocukların cinsiyetine, tanısına, daha önce klinikte yatma durumuna ve daha önce

buhar tedavisi uygulama sayısına göre, annelerin durumluk kaygı düzeylerinin anlamlı bir şekilde farklılaşmadığını ortaya koymaktadır. Çelen'in (2013) yaptığı çalışmada prematüre bebeğin cinsiyetiyle anne-babaların durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Cinsiyet farklılığı ile anne ve babaların kaygı düzeylerinin değişmemesi istenilen bir durumdur.¹⁸⁴ Karaman (2008) yaptığı çalışmada hastane deneyimi ile durumluk kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Çalışmada, anne\babaların durumluk kaygı puan ortalamalarıyla hastane deneyimi arasında farklılık gözlenmemiştir.¹⁸³ Araştırma sonuçları literatür ile paralellik göstermektedir.

Daha önce buhar tedavisi uygulayan annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamaları, uygulamayanlardan anlamlı düzeyde düşük olmasına karşın, istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Bu sonuç, daha önce buhar tedavisi uygulayan annelerin öz etkililik-yeterlik düzeylerinin anlamlı bir şekilde farklılaşmadığını ortaya koymaktadır. İskender'e göre öz yeterlilik, bireyin gerçekleştireceği görevleriyle ilgili işlevlerini amacına uygun bir şekilde yerine getirmesi için sahip olması gereken bilgi, beceri ve tutumlarıdır.¹³⁷ Annelerin daha önce uygulamayı yapmış olmaları, uygulamayı yapmayan annelere göre bilgi, beceri ve tutumlarının daha yüksek olduğu anlamına gelmeyeceğinden, öz etkililik-yeterlik düzeyleri de anlamlı bir şekilde farklılaşmamış olabilir.

Daha önce buhar tedavisi uygulayan annelerin Durumluk Kaygı toplam puan ortalamalarının uygulamayanlardan önemli ölçüde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$). Bunun nedeni, annelerin başarılı ya da başarısız geçmiş deneyimleri uygulama hakkında genel bir yargı oluşturmuş olabileceğinden, annenin kaygı düzeyinin artmış olabileceği düşünülebilir.

Buhar uygulamasını doktordan öğrenen annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik toplam

puan ortalamalarının, hemşireden öğrenenlerden daha yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak önemli bir farklılığa neden olmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç, buhar uygulamasını doktordan ya da hemşireden öğrenmenin annelerin öz etkililik-yeterlik düzeylerini anlamlı bir şekilde farklılaştırmadığını ortaya koymaktadır.

Annelerin buhar uygulamasını öğreten kişiye göre, Durumluk Kaygı toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuş ve buhar uygulamasını doktordan öğrenen annelerin puan ortalamalarının hemşireden öğrenen annelerden anlamlı ölçüde daha yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir ($p<0.05$). Yapılan literatür taraması sonucunda, direk çalışma bulgularını tartışacağımız çalışmalara rastlanmamıştır ancak Gülçek'in (2015) "Yenidoğan yoğun bakım servisinde bebeği yatan annelere verilen planlı eğitimin annelerin anksiyete düzeyine etkisi" konusunda yaptığı çalışmada hekimden bilgi alan annelerin durumluk puan ortalamalarının, hemşireden bilgi alan annelerden daha yüksek olduğu bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır.¹⁸⁵ Bebekleri hastaneye yatırılan ailelerle yapılan çalışmalarda bilgi almanın ve hekim tarafından ailenin desteklenmesinin kaygı ve stresi azaltacağı yönünde bulgular yer almaktadır.¹⁸⁶ Ancak anneye, hemşire tarafından bilgi verilmesi yapılan bilgilendirmenin annelerde etkili olduğunu ve annelerin kaygı düzeylerinin azaldığı, hemşire tarafından uygulama hakkında bilgi verilmesinin kaygı düzeyini daha da azaltacağı söylenebilir. Ayrıca, annelerin uygulamayı doktordan öğrenmesi yaşadıkları endişenin artmasına sebep olabileceği ve uygulamayı daha çok önemseyip kaygı düzeylerini arttıracakı düşünülebilir.

Uygulamadan önce ellerini yıkama ve kurulama, hortumun bir ucunu nebulizatöre diğer ucunu ise inhalasyon maskesinin altına yerleştirme, etkili inhalasyonu sağlayacak pozisyonu verme (0-1 yaş için baş ve vücut aynı doğrultuda, 1-4 yaş için oturur pozisyonda), doğru dozda ilacı çocuk nefes alıp vermeye başlayınca

hazneye boşaltma, çocuğa maskede ilaç kalmayıncaya kadar (yaklaşık 5-10 dakika) sakın nefes aldırma, buhar inhalasyon maskesinin kişiye özel ve tek kullanımlık olduğunu bilme, nebülleri direk gün ışığından koruma ve etajarde muhafaza etme, uygulamadan sonra maskeyi uygun atık kutusuna atma, uygulamadan sonra ellerini yıkama ve kurulama gibi buhar inhalasyon uygulaması özelliklerine göre uygulamayı doğru yapan annelerin öz-etkililik-yeterlilik toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde bu farkın anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Literatür incelendiğinde, yapılan birçok çalışma öz yeterlilik algısı yüksek olan bireylerin olumlu sağlık davranışlarının başlatılmasında, sürdürülmesinde ve engellerle mücadele de bireylerin daha başarılı olduğunu savunmuştur.^{17, 25, 27, 28, 130} Bu sonuç araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Hava akım hızını 6-8 lt\dk ayarlama (her hasta için hekim tarafından önerilen.....lt\dk), buhar inhalasyon maskesinin yüze tam oturması, gözler maskenin dışında ve maske yüze oturur şekilde olması, buhar gelmemeye başlayınca hazne içini kontrol etme, uygulama bittikten sonra hava akımını kontrol etme ve nebülizatörü kapatma, lokal yan etkileri (cilt kızarması, mukozalarda beyazımsı mantar plakları) önlemek için çocuğun yüzünü yıkama ya da nemli bir bez ile yüzü yavaş bir şekilde silme, inhalasyondan sonra çocuğun bir şeyler yemesini veya içmesini sağlama, buhar inhalasyonu sırasında çocukta şiddetli öksürük ve titreme başladığında işlemi durdurma doktor veya hemşireye haber verme, birden fazla inhale ilaç olduğunda bunları birbirine karıştırmadan kullanma gibi buhar inhalasyonu uygulama özelliklerine göre, annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Bandura öz yeterliliği, kişilerin karşılaşılabileceği durumlarla başa çıkabilmek adına, ihtiyaç duyulan eylemleri ne kadar iyi yapabildiklerine olan bireysel yargıları

olarak ifade etmiştir. Daha genel bir ifadeyle, bireyin yapabildikleri hakkında sahip olduğu inanca öz yeterlilik denilmektedir. Kişinin gelecekte rastlayabileceği zor bir durumun üstesinde gelmede ne ölçüde başarılı olabileceğiyle alakalı kendi hakkındaki yargısı ve inancıdır.¹⁶ Bandura öz yeterliliği sahip olunan yeteneklerin sayısı ile değil, farklı şartlar altında bireyin ne yapabileceğine ilişkin inancıyla ilgili bulmuştur. Öz yeterlilik algılanabilen ve gözlenebilen bir yetenek değildir. Bazı koşullar altında kişinin becerileriyle ‘ne yapabilirim’ sorusuna verdiği cevap ile alakalı içsel inancıdır.¹⁴⁸ Bandura’ya göre öz yeterlilik bireylerde her zaman aynı seviyede olmayabilir, öz yeterlilik herhangi bir durum ve davranışa özgüdür. Daha geniş bir ifadeyle, herhangi bir durumda etkili-yeterli olacağına inan bir kişi başka bir durumda kendini etkili-yeterli görmeyebilir.¹⁷ Öz yeterlilik bir inanç olduğundan birey bir görevi yerine getirmek için sahip olunması gerekenden daha çok ya da daha az kapasiteye sahip olduğuna inanabilir.¹⁸⁷ Öz yeterlilik algısı subjektif yani bireysel algılamamanın olması nedeniyle etkilenebilen ve değiştirilebilen bir özelliğe sahiptir.^{188, 189} Literatüre bakıldığında da, çocuğu buhar inhalasyon tedavisi alan annelerin öz yeterlilik ve kaygı durumlarının buhar inhalasyon uygulamalarına etkisini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak hem Bandura’nın yapmış olduğu öz yeterlilik tanımları hem de literatür bilgisi araştırma sonucunu destekler niteliktedir.

Hortumun bir ucunun nebülizatöre diğer ucunun ise inhalasyon maskesinin altına yerleştiren annelerin Durumluk Kaygı toplam puan ortalamalarının yerleştirmeyen annelerden anlamlı ölçüde daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$). Literatür incelendiğinde, yaptığımız çalışmayla benzerlik gösteren bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışma verilerimiz diğer çalışma verileri ile karşılaştırılamamaktadır. Ancak çalışma sonucu, uygulama basamağını doğru yapan annelerin yapamayanlardan kaygı düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermektedir.

Bu sonuç; hortumun bir ucunun nebülizatöre diğer ucunun ise inhalasyon maskesinin altına yerleştirme işlemi, inhalasyon uygulamasının temel ve aynı zamanda başlangıç aşaması olması sebebiyle annelerin durumluk kaygılarının anlamlı olarak düşük olması beklenen bir durumdur.

Doğru dozda ilacı çocuk nefes alıp vermeye başlayınca hazneye boşaltan annelerin Durumluk Kaygı puanlarının boşaltmayanlardan daha az olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Literatür incelendiğinde, yaptığımız çalışmayla benzerlik gösteren bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışma verilerimiz diğer çalışma verileri ile karşılaştırılamamaktadır. Ancak bu durum, annelerin uygulama basamağını doğru yapması ile ilişkilendirilerek, kaygı seviyesinin azaltmış olacağını düşündürebilir.

Çocuğa maskede ilaç kalmayıncaya kadar (yaklaşık 5-10 dakika) sakın nefes aldırın annelerin Durumluk Kaygı toplam puan ortalamalarının bu uygulamayı yapamayanlardan istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde daha düşük puan aldığı saptanmıştır ($p<0.05$). Yaptığımız çalışma ile benzer çalışma olmamakla beraber; kaygının bulaşıcı bir duygu olduğu ve çocuğun çevresinde kaygılı insanlar varsa, çocuğun da kaygı duyacağı düşünülebilir. Kaygı algılama yolu veya özdeşim ile ebeveynlerden çocuğa geçebilmektedir. Çocukluk dönemlerinde, ebeveynlerin veya onların yerine geçen kişilerin kaygı, öfke ve düşmanlık gibi çeşitli duyguları çocuk tarafından algılanabilir. Ebeveynden geçen bu kaygı ile çocuk hafızasında farklı bağlantılar kurar ve çevresinde olup biten bazı durumlar karşısında kaygı yaşar.^{190, 191} Yapılan birçok çalışma, annenin kaygı düzeyi ile çocuğun kaygı düzeyi arasında ilişki olduğunu göstermektedir.¹⁹²⁻¹⁹⁵ Sonuç olarak, annenin kaygı düzeyinin düşük olması çocuğun kaygı düzeyini de etkilemiş olabilir. Araştırma sonucuna göre elde edilen sonuç bu durumla ilişkilendirilebilir.

Uygulama bittikten sonra hava akımını kontrol eden ve nebülizatörü kapatan

annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları bu uygulamayı yapamayanlara göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0.05$). Bu durum, uygulama bittikten sonra hava akımını kontrol etme ve nebulizatörü kapatma işlemi uygulamanın son basamağı olması ve annenin bu işlemi doğru yapması ile ilişkilendirilerek, kaygı seviyesinin azalmış olacağını düşündürebilir.

Tablo 4.6'da uygulama basamağını doğru yapan annelerin durumluk kaygı seviyelerinin anlamlı düzeyde düşük bulunmasının nedeni annelerin bakıma katılıyor olması, annelerin kaygı düzeylerini azaltacağı için bu durumla ilişkilendirilebilir. Literatür incelendiğinde, bakıma katılan annelerin kaygı seviyelerinin azaldığını ve bakıma katılmayan annelerin kaygı seviyelerinin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur. Bebek yoğun bakım ünitesindeyken, ailelerin çocuğunun bakımına katılıyor olması yaşadıkları stresin azalmasına neden olur. Ayrıca bebeğe karşı ailenin ebeveynlik rolünün gelişmesi de beklenen bir durumdur.^{196, 197} Literatür incelendiğinde ailelerin çocukların bakımına katılmamalarının ailelerde stres yarattığı görülmüştür.¹⁹⁸ Gale ve arkadaşları (2004) ve Miles ve arkadaşları (2003) yaptıkları çalışmalarda, çocukları yoğun bakım ünitesinde olan aileler bakıma katıldıklarında, anne babanın kaygı düzeylerinin azaldığı bulunmuştur.^{199, 200}

Buhar inhalasyonu sırasında çocukta şiddetli öksürük ve titreme başladığında işlemi durduran doktor veya hemşireye haber veren annelerin Durumluk Kaygı toplam puan ortalamalarının haber vermeyen annelerden istatistiksel açıdan önemli düzeyde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$). Tehlikeli bir olay karşısında bireylerin yaşayabileceği geçici ve duruma bağlı olarak ortaya çıkan kaygıya durumluk kaygı denir. Stresin yoğunluğu fazla ise durumluk kaygı seviyesi yükselir, stres ortadan kalktığında stresin yoğunluğunda azalma olur.^{97, 106-108} Durumluk kaygı, stresin olaydan olaya yoğunluğu değişen, devamlı olmayan durumlara karşı kişinin verdiği geçici

duygusal tepkidir.¹⁶⁴ Bu durum, annelerin uygulama esnasında komplikasyon yaşaması ve bu komplikasyonu fark etmesi durumluk kaygı düzeyinde artışa sebep olabileceğini düşündürülebilir.

Uygulamadan sonra maskeyi uygun atık kutusuna atan annelerin Durumluk Kaygı toplam puan ortalamalarının bu uygulamayı yapamayan annelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durum, annenin uygulamayı bitirmiş ve uygulama basamaklarını doğru yapıp yapmadığı düşüncesi içerisinde olması kaygı düzeyinde artışa sebep olabileceğini düşündürülebilir.

Uygulamadan önce ellerin yıkanması ve kurulanması, etkili inhalasyonu sağlayacak pozisyonun verilmesi (0-1 yaş için baş ve vücut aynı doğrultuda, 1-4 yaş için oturur pozisyonda), hava akım hızını 6-8 lt/dk ayarlama (her hasta için hekim tarafından önerilen.....lt/dk), buhar inhalasyon maskesinin yüze tam oturması, gözler maskenin dışında ve maske yüze oturur şekilde olması, buhar gelmemeye başlayınca hazne içini kontrol etme, lokal yan etkileri (cilt kızarması, mukozalarda beyazımsı mantar plakları) önlemek için çocuğun yüzünü yıkama ya da nemli bir bez ile yüzü yavaş bir şekilde silme, inhalasyondan sonra çocuğun bir şeyler yemesini veya içmesini sağlama, birden fazla inhaler ilaç olduğunda bunları birbirine karıştırmadan kullanma, buhar inhalasyon maskesinin kişiye özel ve tek kullanımlık olduğunu bilme, nebülleri direkt gün ışığından koruma ve etajerde muhafaza etme, elleri tekrar yıkama ve kurulama gibi buhar inhalasyonu uygulama özelliklerine göre, annelerin Durumluk Kaygı toplam puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede önemli bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0.05$). Bu sonuç, yukarıda belirtilen uygulama basamakları ile durumluk kaygı düzeylerinin anlamlı bir şekilde farklılaşmadığını ortaya koymaktadır. Çalışma basamakları ile benzerlik göstermese de, Çalışır ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada, annelerin bebeklerinin bakımına büyük

ölçüde katıldıklarını tespit etmiş, bebeğe dokunma, sakinleştirme, kucağa alma, emzirme, gazını çıkartma, altını alma, giysilerini değiştirme gibi bakımlara katılma durumlarıyla annenin kaygı puanları arasında ilişki bulunmamıştır.²⁰¹ Annelerin yaptıkları uygulamalar ile kaygı durumu arasında ilişkinin olmaması yaptığımız çalışmayla paralellik göstermektedir.

Çelen'in (2013) "Prematüre bebeği olan anne ve babaların kaygı düzeyleri ve ilişkili faktörler" çalışmasında, annelerin bebeğe pamukçuk bakımı verme ile durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmazken, bebeğin solunumunu sayma ve değerlendirme durumuyla annelerin durumluk kaygı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmada; annelerin yaptıkları uygulamalardan pamukçuk bakımı verme ile durumluk kaygı arasında ilişki bulunmazken, bebeğin solunumunu sayma ve değerlendirme durumu ile durumluk kaygı arasında ilişki bulunmuştur.¹⁸⁴ Dolayısıyla yapılan bazı uygulamalar durumluk kaygı düzeyi ile ilişkiliyken diğer uygulamalar ile durumluk kaygı düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Araştırma verileri bu açıdan değerlendirildiğinde, yapılan çalışmalarla benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Ayrıca; çalışmamızda değerlendirilen uygulama basamakları ve anneler dışında, hemşirelik öğrencilerinin pediatri kliniğinde yaptıkları bazı uygulamalar esnasındaki kaygı düzeylerinin incelendiği çalışma sonuçları şu şekildedir;

Türkmen, Arslan, Özkan, Çelen ve Altıparmak'ın (2016) "Çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersi alan öğrencilerin pediatri klinik uygulama becerisi, kaygı düzeyleri ve ilişkili faktörler" çalışmasında; öğrencilerin bazı klinik uygulamalarda kaygı yaşadıkları görülmüştür. Öğrencilerin, çocuğa ilaç uygulama becerisi konusunda kendini yeterli hissetme durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farklılık incelendiğinde; subkutan (SC) ilaç uygulamasını

doğru yapabilme durumuyla sürekli kaygı puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu bulunurken, uygulama konusunda kendini kısmen yeterli hissedenlerin puan ortalamasının, yeterli hissedenlere göre yüksek bulunmuştur. Intradermal (ID) ilaç uygulamasını doğru yapabilme durumu ile sürekli kaygı puan ortalaması arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Çalışmada, ID ilaç uygulama konusunda kendini yetersiz hissedenlerin kaygı puan ortalamasının, kendini yeterli hissedenlerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.²⁰²

Araştırmada, annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik ile Durumluk Kaygı Düzeyleri incelendiğinde, aralarında istatistiksel açıdan ilişkinin olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Aile merkezli bakım ve annenin taburculuk eğitimi için annelerin bu uygulamaya katılımı önemlidir. Ancak hastane ortamında buhar inhalasyon uygulaması hemşirelerin görevleri arasındadır. Ülkemizde inhaler ilaçlar hemşirelerin iş yükü, yoğun çalışma saatleri ve sağlık personelinin yetersiz sayıda olması sebebiyle de kliniklerde annelerle işbirliği içerisinde uygulanmaktadır.⁴² Hastane ortamında anne kendini güvende hissedebilir. Bunun nedeni uygulama ne kadar iş birliği içerisinde yapılsa da tüm sorumluluğun hemşirelerde olduğunun bilinmesidir. Tablo 4.5’de de buhar inhalasyon uygulamasını hemşireden öğrenen yani hemşire ile işbirliği içerisinde olan annelerin kaygı seviyeleri düşük olduğu tespit edilmiştir. Annelerin hastane ortamında kendilerini güvende hissetmeleri kaygı seviyelerinin azalmasına neden olabilir. Bandura öz yeterliliği, kişilerin karşılaşılabileceği durumlarla başa çıkabilmek adına, ihtiyaç duyulan eylemleri ne kadar iyi yapabildiklerine olan bireysel yargıları olarak ifade etmiştir. Daha genel bir ifadeyle, bireyin yapabildikleri hakkında sahip olduğu inanca öz yeterlilik denir.¹⁶ Öz yeterliliğin kaynakları; kişisel deneyimler, vekaleten deneyimler, sözel ikna, fizyolojik ve psikoloji durumudur.^{203, 204} Sosyal bilişsel teoriye göre de öz-

yeterlilik inancı, göreve ve duruma özgü olan bir inançtır, bu nedenle, kişinin kendi yeterlilikleri ile ilgili değerlendirmeleri, belirli bir zaman diliminde, içinde bulunulan ortamda ve üstlenilen iş ya da faaliyet özelinde incelenebilir. Bandura, öz yeterlilik inancının, kişinin kendi yeteneklerine dair genel inançlarını kapsayan ve birbirinden farklı performans alanlarına genellenebilen bir özellik olarak değerlendirilmesini desteklememektedir. Yani öz yeterlilik inancına bağlı olarak performansa dair tahminlerin daha sağlıklı yapılabilmesi için, öz yeterlilik inançlarının, farklı ortamsal koşullar, farklı faaliyet alanları ve bunlarla ilişkili yetenekler açısından ölçülmesi gerektiğini vurgulamaktadır.²⁰⁵ Hastane ortamında buhar inhalasyonu uygulayan annelerin hemşirelerle iş birliği içerisinde olması annelerin psikolojik olarak rahat olmasına neden olabilir. Bu durumda anneler uygulama esnasında öz yeterlilik inancına tam olarak ihtiyaç duymayabilirler. Sonuç olarak; hastane ortamında annelerin kaygı seviyelerinin ve öz yeterlilik düzeylerinin farklı olabileceği düşüncesinden hareketle, durumluk kaygı seviyesi ile öz yeterlilik düzeyleri arasında ilişki olmayabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çocuğu buhar inhalasyon tedavisi alan annelerin öz yeterlilik ve kaygı durumlarının buhar inhalasyon uygulamalarına etkisini belirlenmek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmektedir;

- ✓ Araştırmada annelerin öz-etkililik-yeterlilik düzeyleri orta, durumluk kaygı düzeyleri hafif düzeydedir.
- ✓ Daha önce buhar tedavisi uygulayan annelerin Durumluk Kaygı toplam puan ortalamaları uygulamayanlardan yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- ✓ Buhar inhalasyon uygulamasını doktordan öğrenen annelerin hemşireden öğrenenlere göre durumluk kaygı düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).
- ✓ Uygulamadan önce ellerin yıkanması ve kurulması, hortumun bir ucunun nebulizatöre diğer ucunu inhalasyon maskesinin altına yerleştirme, etkili inhalasyonu sağlayacak pozisyonu verme (0-1 yaş için baş ve vücut aynı doğrultuda, 1-4 yaş için oturur pozisyonda), doğru dozda ilacı çocuk nefes alıp vermeye başlayınca boşaltma, çocuğa maskede ilaç kalmayınca kadar (yaklaşık 5-10 dakika) sakin nefes aldırma, buhar inhalasyon maskesinin kişiye özel ve tek kullanımlık olduğunu bilme, nebülleri direk gün ışığından koruma ve etajerde muhafaza etme, uygulamadan sonra maskeyi uygun atık kutusuna atma, uygulamadan sonra elleri yıkama ve kurulama gibi buhar inhalasyonu uygulamalarını doğru yapan annelerin öz etkililik-yeterlilik toplam puanları arasındaki farkın anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
- ✓ Hortumun bir ucunun nebulizatöre diğer ucunun ise inhalasyon maskesinin altına yerleştirme, doğru dozda ilacı çocuk nefes alıp vermeye başlayınca

hazneye boşaltma, çocuğa maskede ilaç kalmayıncaya kadar (yaklaşık 5-10 dakika) sakın nefes aldırma, uygulama bittikten sonra hava akımını kontrol etme ve nebulizatörü kapatma gibi buhar inhalasyonu özelliklerine göre uygulamaları doğru yapan annelerin durumluk kaygılarının bu uygulamaları yapamayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

- ✓ Buhar inhalasyonu sırasında çocukta şiddetli öksürük ve titreme başladığında işlemi durdurma doktor veya hemşireye haber verme, uygulamadan sonra maskeyi uygun atık kutusuna atma gibi buhar inhalasyonu özelliklerine göre annelerin durumluk kaygılarının bu uygulamaları yapamayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).
- ✓ Araştırmada, annelerin Öz-Etkililik-Yeterlik ile Durumluk Kaygı Düzeyleri arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- ✓ Buhar inhalasyon uygulaması yapan annelerin; ev ortamında, hemşirelerle iş birliği içerisinde olmadan öz yeterliliklerinin ve kaygı durumlarının değerlendirilmesi
- ✓ Öz yeterlilik ve kaygı düzeyini etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik ileri araştırmaların yapılması
- ✓ Literatürde, annelerin ilaç uygulamaları konusunda çalışma olmasına karşın, buhar inhalasyonu (inhaler ilaç) konusunda sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu nedenle bu konuda daha fazla çalışma yapılması
- ✓ Araştırmanın genellenebilmesi için farklı çalışma alanlarında ve daha geniş gruplar üzerinde çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Muers MF. The rational use of nebulizers in clinical practice. *European Respiratory Review*, 1997, 7: 189-197.
2. Osman LM, Hyland ME. Patient needs and medication styles in COPD. *European Respiratory Review*, 2005, 14: 89-92.
3. British Thoracic Society Nebulizer Project Group. Current best practice for nebuliser treatment. *Thorax*, 1997, 52: 1-3.
4. Muers MF. Overview of nebulizer treatment. *Thorax*, 1997, 52: 25-30.
5. Sly PD, LeSOUËF PN. Inhaled therapy in paediatrics. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 1991, 27: 7-10.
6. Boe J, Dennis JH, O'Driscoll BR, Bauer TT, Carone M, Dautzenberg B, Diot P, Heslop K, Lannefors L. European Respiratory Society Guidelines on the use of nebulizers. *European Respiratory Journal*, 2001, 18: 228-242.
7. Törüner EK, Büyükgönenç L. *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*, 1. Baskı. Ankara, Göktuğ Yayıncılık, 2012: 635-26.
8. Hacıevliyagil S, Arıkan Ö, Günen H. Hastaların inhaler ilaçları kullanma becerileri. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 2005, 25: 51-60.
9. Marino BL, Reinhardt K, Eichelberger WJ, Steingard R. Prevalence of errors in a pediatric hospital medication system: implications for error proofing. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 2000, 4 (3): 129-35.
10. Plaza V, Sanchis J. Medical personnel and patient skill in the use of metered dose inhalers: A multicentric study. *CESEA Group, Respiration*, 1998, 65 (3): 195-198
11. Skiba M. Strategies for identifying and minimising medication errors in health care settings. *Health Care Manage*, 2006: 70-77.
12. Pekcan S. Çocuklarda İnhaler Tedavi Uygulamaları. *Solunum Dergisi*, 2012, 14:

63-72.

13. Kristensson-Hallström I, Elander G, Malmfors G. Increased parental participation in a paediatric surgical day-care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 1997, 6: 297-302.
14. Boztepe H. Pediatri hemşireliğinde aile merkezli bakım. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing*, 2009, 1: 88-93.
15. Magil FN (Eds). Survey of Social Science. Psychology series, Salem Press, Englewood Cliff. N.J. <http://trochim.human.cornell.edu/gallery/walkley/self-eff.htm>. 11 Mayıs 2015
16. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 1982, 37: 122-47.
17. Schwarzer R, Fuchs R. Self-efficacy and health behaviours. In: Conner M, Norman P (eds). Predicting health behavior: *Research and practice with social cognition models*. Buckingham, Open University Press, 1995. <http://userpage.fu-berlin.de/lru.ahahn/publicatlconner9.htm>. 4 Mart 2016.
18. Mc Corkle LS. A Study of The Relationships of Self-Efficacy Of Self-Management of Asthma and Asthma Self-Management Knowledge. Doctoral Thesis, Texas: Texas A&M University, 2005.
19. Pajares F. Self-efficacy during Childhood and Adolescence: Implications for Teachers and Parents. In: Pajares F (eds). *Self-efficacy Beliefs of Adolescents*, Greenwich, CT Information Age Publishing, 2005: 339-367.
20. Gözüm S, Bağ B. Etkin sağlık eğitiminde sosyal bilişsel öğrenme kuramının kullanımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998, 1: 32-42.
21. Jinks J, Morgan V. Children's perceived academic self-efficacy: An inventory scale. *The Clearing House*, 1999, 72: 224-230.

22. Sorgen C. Asthma and self esteem in children helping kids with asthma feel good about themselves. <http://asthma.about.com/lw/Health-Medicine/Conditions-anddiseases/Asthma-and-Childrens-Self-Esteem.htm>. 16 Mart 2016.
23. Chou KR, Jiann-Chyun L, Chu H. The reliability and validity of the Chinese version of the caregiver burden inventory. *Nursing Research*, 2002, 51: 324-331.
24. Aksayan S, Gözümlü S. Olumlu sağlık davranışlarının başlatılması ve sürdürülmesinde öz etkililik (kendini etkileme) algısının önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998, 2: 35-42.
25. Martens L, Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2001, 36: 128-133.
26. Elliott JO, Jacobson MP, Seals BF. Self-efficacy, knowledge, health beliefs, quality of life, and stigma in relation to osteoprotective behaviors in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 2006, 9: 478-491.
27. Ünal KG, Orgun F. Öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile başa çıkma stratejilerinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006, 7: 92-99.
28. Zengin N. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde öz-etkililik-yeterlilik algısı ve klinik uygulamada yaşanan stresle ilişkisinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007, 10: 49-57.
29. Başarır D. Ortaokul Son Sınıf Öğrencilerinde Sınav Kaygısı, Durumluk Kaygısı, Akademik Başarı ve Sınav Başarısı Arasındaki İlişkiler. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1990.
30. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, 2. Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık, 2010: 37-46.

31. Jolley J, Shields L. The evolution of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 2009, 24: 164-170.
32. Çavuşoğlu H. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, 11. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Basımevi, 2013:16-325.
33. Callery P. Caring for parents of hospitalized children: A hidden area of nursing work. *Journal of Advanced Nursing*, 1997, 26: 992-998.
34. Aksu MT. Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Sosyodemografik Özellikleri Depresyon, Anksiyete, Problem Çözme Yeteneği ve Yaşam Kaliteleri Açısından Değerlendirilmesi. TC Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. Uzmanlık Tezi, İstanbul: 2008.
35. Oktay H. Bir Üniversite Hastanesinin Çocuk Servislerinde Verilen Bakımın Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi Ve Anne Görüşlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2004.
36. Burke J, Kathleen G. Executive Summary: The state of the science on safe medication administration symposium. *AJN*, 2005, 105: 4-9.
37. Çataklı T, Can V, Dallar Y. Annelerin ateş düşürücü kullanma bilgileri. *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*, 2012, 6: 139-143.
38. Kaya Ç, Çağatay S, Özlük Ö, Büyükkora E, Çelik İ, Tosun N. 0-12 yaş çocuğu olan annelerin ağızdan verilen toz halindeki antibiyotikleri hazırlama ve ölçme yeterliliği. *Marmara Medical Journal*, 2011, 24: 114-118.
39. Küçükoğlu S, Polat S, Güdek E. Annelerin evde ilaçları saklama koşullarıyla ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 16:4.
40. Cohen MR. *Medication Errors*, 2nd ed. American Pharmacists Association, 2007.

41. Yılmaz F, Arıkan D, Baklacı Ö, Bilmez A, Bülbül D. 0-2 yaş çocuğa sahip annelerin oral ilaç kullanım davranışlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 16.
42. Çatalca N. Annelerin İnhaler İlaç Uygulamaları Hakkındaki Bilgi Düzeylerini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans tezi, Şanlıurfa: Harran Üniversitesi 2014.
43. Erk M. İnhalasyon teknikleri. *Toraks Dergisi*, 2002, 3 (2): 8-10.
44. Jackson M. Divine stramonium: The rise and fall of smoking for asthma. *Medical History*, 2010, 54: 171-194.
45. Ari A, Hess D, Myers TR, Rau JL. Solunum Tedavileri Uygulayanlar İçin Aerosol Tedavi Cihazları Rehberi, "A Guide to Aerosol Delivery Devices for Respiratory Therapists, 2nd Edition", *TÜSAD*, 2012.
46. Erdiñç M. Nebülizatör ile tedavide etkinliğı belirleyen faktörler. *Toraks Dergisi*, 2002, 3: 14-20.
47. Harmancı K. Astımlı çocuklarda inhalasyon tedavisi. *Klinik Pediatri*, 2004, 3: 37-41.
48. Janssens HM, Tiddens HM. Aerosol therapy: The special needs of young children. *Paediatric Respiratory Reviews*, 2006, 7: 83-85.
49. Everard ML. Aerosol delivery to children. *Pediatr Annals*, 2006, 35: 630-636.
50. Dolovich MA, MacIntyre NR, Anderson PJ, Camargo Jr CA, Chew N, Cole CH, Dhand R, Fink JB, Gross NJ, Hess DR. Consensus statement: Aerosols and delivery devices. *American Association for Respiratory Care*, 2000, 45: 589-596.
51. Rubin BK. Nebulizer therapy for children: The device-patient interface. *Respiratory Care*, 2002, 47: 1314-1319.
52. Dolovich M. Device Selection and outcomes of aerosol therapy: Evidence based

- guidelines. *Chest*, 2005; 335-371.
53. Chua HL, Collis GG, Newbury AM, Chan K, Bower GD, Sly PD, Le Souef PN. The influence of age on aerosol deposition in children with cystic fibrosis. *European Respiratory Journal*, 1994, 7: 2185-2191.
54. Laube BL, Swift DL, Wagner Jr HN, Norman PS, Adams 3rd GK. The effect of bronchial obstruction on central airway deposition of a saline aerosol in patients with asthma. *The American Review of Respiratory Disease*, 1986, 133: 740-743.
55. Newman SP, Pavia D, Clarke SW. Improving the bronchial deposition of pressurized aerosols. *Chest*, 1981, 80: 909-911.
56. Laube BL. In vivo measurements of aerosol dose and distribution: Clinical relevance. *Journal of Aerosol Medicine*, 1996, 9: 77-91.
57. Laube BL. The expanding role of aerosols in systemic drug delivery, gene therapy and vaccination. *Respiratory Care*, 2005, 50: 1161-1176.
58. Türktaş İ. Çocuklarda inhalasyon tedavisi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Anabilim Dalı, Ankara.
59. Melani AS. Inhalatory therapy training: A priority challenge for the physician. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis, Official Journal of the Society of Medicine and Natural Sciences of Parma*, 2007, 78: 233-245.
60. Okkalı Ş. Astım tedavisinde kullanılan cihazlar. *Çocuk Astım Okulu*, 2010: 57-68.
61. TÜSAD, Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği'nin İnternet Sitesi, <http://www.inteda.net>. 15 Şubat 2015.
62. O'callaghan C, Barry PW. The science of nebulised drug delivery. *Thorax*, 1997, 52: 31-44.
63. Can C. İlaç Uygulama Yolu Olarak İnhalasyon. 2009. *TÜSAD İNTEDA*, http://www.inteda.net/ilac_uygulamada_inhalasyon.htm. 12 Nisan 2016.

64. Smye SW. The physics of corticosteroid nebulization. *European Respiratory Reviews*, 2008, 7: 44, 184-188.
65. Placke ME, Ding J, Zimlich WC. Inhalation, liquids. In: Swarbrick J, Boyla JC (eds). *Encyclopedia of Pharmaceutical Technology*, New York Marcel Dekker inc, 2002: 1545-1572.
66. Çalışkaner Z. İnhalasyon Tedavisinde Hasta Eğitimi. *Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği*, 2011. http://www.inteda.net/hasta_egitimi.htm. 1 Temmuz 2016.
67. The Royal Free Hampstead NHS Trust. Nebulised Drugs (Adult), *Guideline for the Administration of Drugs Via Nebuliser*. 2009.
68. Arman D, Arda B, Çetinkaya ŞY, Bal Kayacan Ç, Esen F, Topeli İskit A, Sayiner A, Kılınç O. Sağlık hizmeti ile ilişkili pnömoninin önlenmesi kılavuzu. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi*, 2008, 12: 1-14.
69. Akçay A. <http://www.ahmetakcay.com/astimda-nebulizator-kullanimi-buhar-aleti>. 13 Mart 2016.
70. Werfeli P, Frey U. Çocuğum inhale etmesi gerekiyor nasıl yapmalıyım ?. http://kinderarzt-enns.at/uploads/media/Inhalation_01.pdf. 12 Mayıs 2016.
71. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention: What is a Medication Error?. www.nccmerp.org/aboutMedError.html. 9 Mart 2016.
72. Dulfano MJ, Glass P. The bronchodilator effects of terbutaline: Route of administration and patterns of response. *Annals of Allergy*, 1976, 37: 357-366.
73. Fink JB, Rubin BK. Aerosol and Medication Administration. In: Czerviske MP, Barnhart SL (eds). *Perinatal and Pediatric Respiratory Care*. St Louis MO: Elsevier Science, 2003.

74. Everard ML. Inhalation therapy for infants. *Advanced Drug Delivery Reviews*, 2003, 55: 869-878.
75. Ahrens RC. The role of the MDI and DPI in pediatric patients: Children are not just miniature adults. *Respiratory Care*, 2005, 50: 1323-1328.
76. Everard ML. Inhaler devices in infants and children: Challenges and solutions. *Journal of Aerosol Medicine*, 2004, 17: 186-195.
77. Tal A, Golan H, Grauer N, Aviram M, Albin D, MR Q. Deposition pattern of radiolabeled salbutamol inhaled from a metered-dose inhaler by means of a spacer with mask in young children with airway obstruction. *The Journal of Pediatrics*, 1996, 128: 479-484.
78. Everard ML, Clark AR, Milner AD. Drug delivery from holding chambers with attached facemask. *Archives of Disease in Childhood*, 1992, 67: 580-585.
79. Nikander K, Berg E, Smaldone GC. Jet nebulizers versus pressurized metered dose inhalers with valved holding chambers: Effects of the facemask on aerosol delivery. *Journal of Aerosol Medicine*, 2007, 20: 46-55.
80. Bower L, Barnhart S, Betit P et al. American Association for Respiratory Care. AARC Clinical Practice Guideline: Selection of an aerosol delivery device for neonatal and pediatric patients. *Respir Care*, 1995, 4: 1325-1335.
81. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report III: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Bethesda MD: *National Institutes of Health*, 2007.
82. Nikander K, Agertoft L, Pedersen S. Breath-synchronized nebulization diminishes the impact of patient-device interfaces (face mask or mouthpiece) on the inhaled mass of nebulized budesonide. *Journal of Asthma*, 2000, 37: 451-459.
83. Everard ML. Guidelines for devices and choices. *Journal of Aerosol Medicine*,

- 2001, 14: 59-64.
84. Everard ML. Trying to deliver aerosols to upset children is a thankless task. *Archives of Disease in Childhood*, 2000, 82: 428.
 85. Murakami G, Igarashi T, Adachi Y, Matsuno M, Sawai M, Yoshizumi A, Okada T. Measurement of bronchial hyperreactivity in infants and preschool children using a new method. *Annals of Allergy*, 1990, 64: 383-387.
 86. Ritson SJD, Everard ML. Aerosol delivery systems acceptable to young children improve drug delivery. *Thorax Journals*, 1998, 53: 55.
 87. Iles R, Lister P, Edmunds AT. Crying significantly reduces absorption of aerosolised drug in infants. *Archives of Disease in Childhood*, 1999, 81: 163-165.
 88. Janssens HM, Van Der Wiel EC, Verbraak AF, De Jongste JC, Merkus Peter JFM, Tiddens Harm AWM. Aerosol therapy and the fighting toddler: Is administration during sleep an alternative? *Journal of Aerosol Medicine*, 2003, 16: 395-400.
 89. Esposito-Festen J, Ijsselstijn H, Hop WCJ, Van Vilet FJM, De Jongste JC, Tiddens HAWM. Aerosol therapy by pressured metered-dose inhaler-spacer in sleeping young children: To do or not to do? *Chest Journal*, 2006, 130: 487-492.
 90. Restrepo RD, Dickson SK, Rau JL, Gardenhire DS. An investigation of nebulized bronchodilator delivery using a pediatric lung model of spontaneous breathing. *Respiratory Care*, 2006, 51: 56-61.
 91. Kishida M, Suzuki I, Kabayama H, Koshibu T, Izawa M, Takeshita Y, Kurita F, Okada M, Shinomiya N, Aoki T. Mouthpiece versus facemask for delivery of nebulized salbutamol in exacerbated childhood asthma. *Journal of Asthma*, 2002, 39: 337-339.
 92. Lowenthal D, Kattan M. Facemasks versus mouthpieces for aerosol treatment of

- asthmatic children. *Pediatric Pulmonology*, 1992, 14: 192-196.
93. Smaldone GC, Berg E, Nikander K. Variation in pediatric aerosol delivery: Importance of facemask. *Journal of Aerosol Medicine*, 2005, 18: 354-363.
94. Esposito-Festen J, Ates B, Van Vliet FJM, Verbraak AFM, De Jongste JC, Tiddens HAWM. Effect of a facemask leak on aerosol delivery from a pMDI-spacer system. *Journal of Aerosol Medicine*, 2004, 17: 1-6.
95. Kesser B, Geller D, Amirav I, Fink J. Baby don't cry: In vitro comparisons of "baby's breath" aerosol delivery hood vs. face mask or blow-by using the "Saint" infant upper airway model and "Aeroneb Go" vs. T-piece nebulizer. *Respiratory Care*, 2003, 48: 1079.
96. Rubin BK. Bye-bye, Blow-by. *Respiratory Care*, 2007, 52:981.
97. Öner N, Le Compte A. *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. 2. Baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1998.
98. Öner N. *Sınav Kaygısı Envanteri El Kitabı*. İstanbul, Yüksek Öğretimde Rehberliği Tanıtma ve Rehber Yetiştirme Vakfı Yayını, 1990.
99. Cüceloğlu D. *İnsan ve Davranışları Psikolojinin Temel Kavramları*, 7. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2008: 289-304.
100. Işık E. *Nevrozlar*. 2. Baskı. Ankara, Kent Matbaası, 1997: 31-45.
101. Türk Dil Kurumu. www.tdk.gov.tr .12 Mart 2016
102. May R, Angel E, Ellenberger HF. *Ejnstence*. Basic Books INC, 1959.
103. Sertbaş G, Bahar A. Anksiyete ve anksiyete ile baş etmede hemşirelik girişimleri. *Hemşirelik Forumu*, 2009: 39-44.
104. Alisinanoğlu F, Ulutaş İ. Çocukların kaygı düzeyleri ile annelerin kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Eğitim ve Bilim*, 2003, 28: 65-71.
105. Savaşer S. *Prematüre ve Doğumsal Defekli Olan Yenidoğanlar ve Aile Güçlükleri*.

- X. Ulusal neonatoloji kongresi kitabı, 2000: 220-224.
106. Öztürk OM, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı Bozuklukları*, 11. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapları, 2011.
107. Smeltzer SC, Bare BG. *Medical Surgical Nursing*, 9th ed. Philadelphia, Lippincot 2000.
108. Pektekin Ç. *Psikiyatri Hemşireliği*. Eskişehir, Açık öğretim Fakültesi Yayınları Web Ofset, 1992.
109. Velioğlu P. *Hemşirelikte Kavram Ve Kuramlar*. İstanbul, Alaş Ofset, 1999: 323-343.
110. Alligood MR. *Nursing Theorist and Their Work*, 8th ed. St. Louis, The Mosby Company, 2014.
111. LaMontagne LL, Johnson BD, Hepworth JT. Evolution of parental stress and coping processes: A framework for critical care practice. *Journal of Pediatric Nursing*, 1995, 10: 212-218.
112. Akşit S, Cimete G. Çocuğun yoğun bakım ünitesine kabulünde, annelere uygulanan hemşirelik bakımının annelerin anksiyete düzeyine etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 5: 25-36.
113. Görak G. Psikososyal Bakım. İçinde: Dağoğlu T, Görak G (editörler). *Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri*, 1.Baskı. İstanbul Nobel Matbaacılık, 2002: 775-792.
114. Tiedeman ME. Anxiety responses of parents during and after the hospitalization of their 5-to 11-year-old children. *Journal of Pediatric Nursing*, 1997, 12: 110-119.
115. Talmi A, Harmon R. Relationships between preterm infants and their parents: Disruption and development. *Zero to Three*, 2004, 1: 13-20.

116. Holm KE, Patterson JM , Gumeý JG. Parental involvement and family-centered care in the diagnostic and treatment phases of childhood cancer: Results from a qualitative study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 2003, 20: 301-313.
117. Latta LC, Dick R, Parry C, Tamura GS. Parental responses to involvement in rounds on a pediatric inpatient unit at a teaching hospital: A qualitative study. *Academic Medicine*, 2008, 83: 292-297.
118. Corlett J, Twycros A. Negotiation of parental roles within family-centred care: A review of the research. *Journal of Clinical Nursing*, 2006, 15: 1308-1316.
119. Isoardi J, Slabbert N, Treston G. Witnessing invasive paediatric procedures, including resuscitation, in the emergency department: A parental perspective. *Emergency Medicine Australasia*, 2005, 17: 244-248.
120. Egemen A, İkizoglu T, Karapinar B, Coşar H, Karapinar D. Parental presence during invasive procedures and resuscitation: Attitudes of health care professionals in Turkey. *Pediatric Emergency Care*, 2006, 22: 230-234.
121. Ward K. Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU). *Pediatric Nursing*, 2001, 281: 285.
122. Doğan B. Hastanede Yatan Çocuğun Bakımına Ebeveynlerin Katılımı Konusunda Hemşirelerin, Doktorların ve Ebeveynlerin Görüşleri ve Beklentileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi 2010.
123. Evans M. An investigation into the feasibility of parental participation in the nursing care of their children. *Journal of Advanced Nursing*, 1994, 20: 477-82.
124. Birol L. *Hemşirelik Süreci. Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*, Genişletilmiş 10. Baskı. İzmir, Etki Matbaacılık, 2010.
125. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. *Maternity and Women's Healthy Care I-II*.

- St Louis Mosby, Company, 1997: 515-1050.
126. Yiğit R. Hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerine etkileri. *Türk Hemşireler Dergisi*, 1997, 17: 21-28.
127. Whaley LF, Wong DL. *Nursing Care Of Infants And Children I*. St. Louis, Mosby Company, 1979: 249-354.
128. Fenwick J, Barclay L, Schmid V. Chatting: An important clinical tool in facilitating mothering in neonatal nurseries. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 33: 583-593.
129. Seideman R, Watson MA, Corff KE, Odle P, Hasse J, Bowerman JL. Parent stres and coping in NICU and PICU. *Journal of Pediatric Nursing*, 1997, 12: 169-177.
130. Senemoğlu N. *Gelişim Öğrenme ve Öğretim Kuramdan Uygulamaya*, 21. Baskı. Ankara, Pegem Akademi, 2001: 235-236.
131. Acar T. Öz-yeterlilik (self-efficacy) kavramı üzerine. <http://www.parantezegitim.net>. 2 Mayıs 2016
132. Ünsal A. Artritli Hastalara Verilen Planlı Eğitimin Öz Etkililik Algısı Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2006.
133. Pajares F. Overview of Social Cognitive Theory and Self-efficacy. <http://www.Emory.Edu/Education/Mfp/Eff.html>. 11 Nisan 2016.
134. Hazır Bıkmaz F. Sınıf öğretmenlerinin fen öğretiminde öz yeterlilik inancı ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Milli Eğitim Dergisi*, 2004:161.
135. Bandura A. Self-efficacy. In: VS Ramachaudran (Eds). *Encyclopedia of Human Behavior*. New York, Academic Press, 1994: 71-81.
136. Poyraz A. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Alanında Lisans Öğrenimi Gören Son Sınıf Öğrencilerinin Yeterliliklerine İlişkin Öznel Değerlendirmeleri. Eğitim

Bilimleri Enstitüsü, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2000.

137. İskender P. Samsun ili ilköğretim okulları sosyal bilgiler öğretmenlerinin, sosyal bilgiler öğretimine yönelik yeterlilik düzeylerine ilişkin, ilköğretim sosyal bilgiler müfettişlerinin ve ilköğretim okulu müdürlerinin algıları. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2004, 17: 81-87.
138. Akkoyunlu B, Orhan F. Bilgisayar ve öğretim teknolojileri eğitimi (BÖTE) bölümü öğrencilerinin bilgisayar kullanma öz yeterlik inancı ile demografik özellikleri arasındaki ilişki. *TOJET: The Turkish Online Journal of Educational Technology*, 2003, 2: 11.
139. Johnson JL, Ratner PA, Bottorff JL, Hayduk LA. An Exploration of Pender's Health Promotion Model Using LISREL. *Nursing Research*, 1993, 42: 132-137.
140. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 1989, 44: 1175-1184.
141. Daniel C. Thinking about self efficacy. *Behaviour Medication*, 2000, 24: 27-30.
142. Gözüm S. Öz-etkililik-yeterlik ölçeği'nin Türkçe formunun yapı geçerliliği: Öz-Etkililik-Yeterlik ile stresle başa çıkma algısı arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1999, 2: 35-43.
143. Gözüm S, Aksayan S. Öz etkililik yeterlilik ölçeğinin Türkçe formunun güvenirlik ve geçerliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1999, 2: 21-34.
144. Kovıç S, Alexander D, Fred L. Social cognitive theory and self efficacy:going beyond traditional motivational and behavioral approaches. *Organizational Dynamics*, 1998, 24: 4, 98:64.
145. Bouffard-Bouchard T. Influence of self-efficacy on performance in a cognitive task. *The Journal of Social Psychology*, 1990, 130: 353-63.

146. Kaptan F, Korkmaz H. Probleme dayalı öğrenme yaklaşımının hizmet öncesi fen öğretmenlerinin problem çözme becerileri ve öz yeterlik inanç düzeylerine etkisi, 2001. www.fedu.metu.edu.tr/ufbmek5/b_kitabi/PDF/OgretmenYetistirme/Bildiri/t291DA.pdf. 13Mart 2016.
147. Schwarzer R, Fuchs R. Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. In:Bandura A (eds). *Self-Efficacy in Changing Societies*. New York, Cambridge University Press 1995: 259-288.
148. Uzel A. Öğretmen ve Okul Yöneticilerinin Yabancı Dile Yönelik Öz-Yeterlilik Algılarının ve Öğrenme ihtiyaçlarının Belirlenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Yönetimi ve Denetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Yedi Tepe Üniversitesi, 2009.
149. Sherman NW, Smith CA. Motivation, attributions, and self-efficacy in children. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 2002, 73: 10-12.
150. Schunk DH, Meece J. Self-efficacy Development in Adolescence. In: Pajares F, Urdan T (eds). *Self-efficacy Beliefs during Adolescence*. Greenwich, CT Information Age Publishing 2005: 71-96
151. AM Butz, JM Walker, Pulsifer M, Winkelstein M. Shared decision making in school age children with asthma. *Pediatric Nursing*, 2007, 33: 111-116.
152. Szeffler SJ, Oliver S, Bender B, Nelson H, Culkin C, Taggart V. Design and implementation of a patient education center for the childhood asthma management program. *Annals Of Allergy Asthma & Immunology*, 1998, 81: 571-581.
153. Kurnat EL, Moore CM. The impact of a chronic condition on the families of children with asthma. *Pediatric Nursing*, 1999, 25: 288-292.
154. Melnyk BM, Feinstein NF, Moldenhouer Z, Small L. Coping in parents of

- children who are chronically ill: Strategies for assessment and intervention. *Pediatric Nursing*, 2001, 27: 548-558.
155. Erden M, Akman Y. Gelişim ve Öğrenme, 10.Baskı. Ankara, Arkadaş Yayınevi, 2001.
156. Pejakovic I. Self-Esteem, Self-Confidence, Self-Efficacy: Raising a Happy, Socially Adjusted and Successful Teen. 2010. <http://EzineArticles.com/?Self-Esteem,-Self-Confidence,-Self-Efficacy:-Raising-a-Happy,-Socially-Adjusted-and-Successful-Teen&id=5439510>. 12 Mart 2016.
157. Singh B, Udainiya R. Self-efficacy and well-being of adolescents. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 2009, 35: 227-232.
158. Taşdelen M. Hastaneye Yatan Çocukların Ebeveynlerinin İhtiyaçlarının Karşılama Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi, 2006.
159. Türe A. Çocuklara Yönelik Günübirlik Cerrahi Girişimlerde Anneleri Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi, 2006.
160. Barton C, Clarke D, Sulaiman N, Abramson M. Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. *Respiratory Medicine*, 2003, 97: 747-761.
161. Celasin NŞ, Ergin D, Atman Ü. Yüksek ateş şikayeti ile hastaneye yatırılan 0-6 yaş grubu çocukları olan annelerin yüksek ateşe ilişkin bilgi ve tutumları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2008, 22: 315-322.
162. Öner N. *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler*, 12. Baskı. İstanbul,

Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 2012.

163. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatri’de Kullanılan Ölçekler*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2000: 153-163.
164. Özgüven GE. *Psikolojik Testler*. Ankara, PDREM Yayınları, 2003: 339-352.
165. Doni NY, Şimşek Z, Gürses G, Özer MS. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin öz-etkililik yeterlik düzeyleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2009, 4: 21-34.
166. Brink E, Alsén P, Herlitz J, Kjellgren K, Cliffordson C. General self-efficacy and health-related quality of life after myocardial infarction. *Psychology health & medicine*, 2012, 17: 346-355.
167. Kulakçı H, Ayyıldız TK, Emiroğlu ON, Köroğlu E. Huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2012, 5: 53-64.
168. Uysal İ, Kösemen S. Öğretmen adaylarının genel öz-yeterlik inançlarının incelenmesi. *Eğitim Ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 2013, 2: 217-226.
169. Yardımcı F, Başbakkal Z. İlköğretim öğrencilerinin öz yeterlilik düzeylerinin ve etkileyen değişkenlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2011, 27: 19-33.
170. Yiğitbaş Ç, Yetkin A. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz -etkililik-yeterlik düzeyinin değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7: 6-13.
171. Otacıoğlu SG. Müzik öğretmenliği okul deneyimi uygulamalarına katılan öğretmen adaylarının öz etkililik-yeterlilik düzeylerinin incelenmesi. *C.Ü.Sosyal Bilimler Dergisi*, 2008, 32: 163-170.

172. Koçoğlu F. Sağlığı Geliştirici Yaşam Tarzı ve Öz Etkililik Yeterlilik Durumunun Sosyo-Ekonomik Durum İlişkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2009.
173. Luan S. Self- efficacy traning for paients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing*,, 2003, 43: 370-372.
174. Çam O, Engin E. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerde farkındalık eğitiminin bireysel performans standartlarına etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006, 7: 82-91.
175. Cant MK, Streisand R, Rodriguez RL, Richards MM, Holmes CS. Psychosocial predictors of children's self care behaviours. *Diabetes care*. 2000. <http://go.galegroup.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA62892560&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=fulltext&issn=00121797&p=AONE&sw=w&authCount=1&isAnonymousEntry=true>. 12 Haziran 2016.
176. Muz G, Eğlence R. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012 2: 15-21.
177. Pender NJ, Pender AR. Health Promotion in Nursing Practice. *Appleton & Lange*, 1987: 37-53.
178. Erol O, Enc N. Hypoglycemia fear and self-efficacy of Turkish patients receiving insulin therapy. *Asian Nursing Research*, 2011, 5: 222-228.
179. Mollaoğlu M, Bağ E. Self-efficacy of hemodialysis patients and the affecting factors. *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009, 72 (2): 37-42.
180. Usta Yeşilbalkan Ö. Tip 2 Diyabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz Yeterlilikleri Ve Öz Yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Sağlık bilimleri enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2001.
181. Yılmaz U, Timur S, Ege E. Hastanede çalışan ebe ve hemşirelerin çocuklarının

- bakımı hakkındaki endişeleri ve durumluk sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 8 (2):63-73.
182. Şirin A, Kavak O, Ertem G. Doğumhane stajına çıkan öğrencilerin durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7: 27-32.
183. Karaman N. Cerrahi Girişim Uygulanan Adölesanlar İle Anne/Babalarının Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki ve Anksiyete Nedenlerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2008.
184. Çelen R. Prematüre Bebeği Olan Anne ve Babaların Kaygı Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2013.
185. Gülçek E. Yenidoğan Yoğun Bakım Servisinde Bebeği Yatan Annelere Verilen Planlı Eğitimin Annelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi, 2015.
186. Holditch-Davis D, Shandor MM. Mothers' stories about their experiences in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Network*, 2000, 19 (3): 13-21.
187. Baysal E. Hemşirelerde Öz-yeterlilik İnancı ve İş Doyumu İlişkisi: Bir Üniversite Hastanesinde Saha Çalışması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı. Yüksek lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2011.
188. Akgül N. Sivas İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2008.

189. Farley CL. Vicarious Experience: A source of self-efficacy for birth. Unpublished Doctoral Dissertation, The Ohio State University, 1999.
190. Çifter İ. *Psikiyatri. Klinik Psikiyatri*, 3. Baskı. Ankara, Şenal Basım, 1986.
191. Geçtan E. *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar*, 22. Baskı. İstanbul, Metis Yayıncılık, 2015.
192. Capps L, Sigman M, Sena R, Heoker B, Whalen C. Fear, anxiety and perceived control in children of agoraphobic parents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1996, 37: 445-452.
193. Nilzon KR, Palmerus K. The influence of familial factors on anxiety and depression in childhood and early adolescence. *Adolescence*, 1997, 32: 935-944.
194. Aslan SH, Aslan O, Alparslan ZN. Annedeki süregen depresyonun çocuktaki depresyon ve kaygı düzeylerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1998, 9: 32-37.
195. Muris P, Merckelbach H. Perceived parental rearing behavior and anxiety disorders in normal children. *Personality and Individual Differences*. 1998, 25: 1199-1206.
196. Ergenekon E. Yenidoğan yoğun bakım ünitesi tasarımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 2001, 10: 1-2.
197. Tansuğ N. Yenidoğan enfeksiyonlarına nasıl yaklaşalım?. *SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 2003, 13 (2): 87-89.
198. Curley MAQ, Maalaney PA. *Critical Care of Infants and Children*, 2th ed. Saunders Comp, 2001: 3-15.
199. Gale G, Franck LS, Kools S, Lynch M. Parent's perceptions of their infant's pain experience in the NICU. *International Journal of Nursing Studies*, 2004, 41: 51-58.
200. MS Miles, Brunssen SH. Psychometric properties of the parental stressor scale:

- İnfant hospitalization. *Advances in Neonatal Care*, 2003, 3 (4): 189-196.
201. Çalışır H, Güler F, Şeker S, Anaç GT, Türkmen M. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği yatan ebeveynlerin gereksinimleri ve kaygı düzeyleri, *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008., 12(1): 31-44.
202. Türkmen AS, Arslan TF, Özkan S, Çelen R, Altıparmak D. Çocuk sağlığı ve hastalığı dersi alan öğrencilerin pediatri klinik uygulama becerisi, kaygı düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Uluslar Arası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2016: 136-155.
203. Kurbanoglu S. Öz-yeterlik inancı ve bilgi profesyonelleri için önemi. *Bilgi Dünyası*, 2004, 5: 137-152.
204. Bandura A. Exercise of Personal and Collective Efficacy in Changing Societies. In: Bandura A (eds). *Self-efficacy in changing socities*. New York, Cambridge University Press, 1995: 1-45.
205. Işık İ. Öz-Yeterlilik inancı: Yönetici Rollerini Açısından Bir inceleme. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2001.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler	
Adı Soyadı	: Ayşe ŞAHİN
Doğum tarihi	: 21.07.1989
Doğum yeri	: Niksar
Medeni hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C.
Adres	:Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM
Tel	: 0534 254 19 20
Faks	:
E-mail	: sahinayse060@gmail.com
Eğitim	
Lise	: Niksar Danişmend Gazi (Süper) Lisesi
Lisans	: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2009-2013)
Yüksek lisans	:Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2013-....)
Doktora	:
Görev Yaptığı Birimler	
Hemşire	: Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2013-....)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	:YDS 52.500
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
İlgi Alanları ve Hobiler	

EK-2. VERİ TOPLAMA FORMU

1. Annenin yaşı (direkt yazınız).....

2. Annenin eğitim durumu nedir? a)Okur-yazar değil b)İlköğretim c)Lise d)Üniversite

3. Çalışıyor musunuz? a)Evet b)Hayır

4. Annenin mesleği nedir? a)Ev hanımı b)Memur c)İşçi d) Diğer(yazınız).....

5. Aile tipiniz nedir? a)Geniş b)Çekirdek

6. Ailenizin sosyo-ekonomik durumu nedir?

a) Gelir-giderden az

b) Gelir-giderden fazla

c) Gelir-gidere denk

7. Ailenin sosyal güvencesi var mı? a)Evet b)Hayır

8. Kaç çocuğunuz var? a)1 b)2 c)3 ve üzeri

9) Hastanede yatan çocuğunuzun yaşı?(direkt yazınız).....

10) Hastanede yatan çocuğunuzun cinsiyeti? a)Kız b)Erkek

11) Çocuğunuzun teşhisi nedir?(dosyadan yazılacak).....

12) Çocuğunuzla birlikte daha önce bu klinikte yattınız mı? a)Evet b)Hayır

13) Çocuğunuz ne kadar zamandır bu hastalık tanısı ile izleniyor?.....

14) Ne kadar zamandır hastanede yatıyorsunuz?.....

15) Daha önce bu ya da diğer çocuklarınıza buhar tedavisi uyguladınız mı?

a) Evet b)Hayır

16) Buhar tedavisi uyguladınız ise kaç kez uyguladınız? a)1 kez b)2 kez c)3 ve üzeri

17) Bu uygulamayı kimden öğrendiniz? a)Doktor b)Hemşire c)Diğer(yazınız).....

EK-3. BUHAR İNHALASYON UYGULAMASI KONTROL LİSTESİ

BUHAR İNHALASYON UYGULAMASI KONTROL LİSTESİ	EVET	HAYIR
1. Uygulamadan önce ellerin yıkanması ve kurulanması		
2. Hortumun bir ucunun nebulizatöre diğer ucunun ise inhalasyon maskesinin altına yerleştirilmesi		
3. Etkili inhalasyonu sağlayacak pozisyonun verilmesi(0-1 yaş için baş ve vücut aynı doğrultuda,1-4 yaş için oturur pozisyonda)		
4. Doğru dozda ilacı çocuk nefes alıp vermeye başlayınca hazneye boşaltma		
5. Hava akım hızını 6-8 lt\dk ayarlama(her hasta için hekim tarafından önerilen.....lt\dk)		
6. Buhar inhalasyon maskesinin yüze tam oturması		
7. Gözler maskenin dışında ve maske yüze oturur şekilde olması		
8. Çocuğa maskede ilaç kalmayıncaya kadar(yaklaşık 5-10 dakika) sakın nefes aldırma		
9. Buhar gelmemeye başlayınca hazne içini kontrol etme		
10. Uygulama bittikten sonra hava akımını kontrol etme ve nebulizatörü kapatma		
11. Lokal yan etkileri(cilt kızarması, mukozalarda beyazımsı mantar plakları) önlemek için çocuğun yüzünü yıkama ya da nemli bir bez ile yüzü yavaş bir şekilde silme		
12. İnhalasyondan sonra çocuğun bir şeyler yemesini veya içmesini sağlama		
13. Buhar inhalasyonu sırasında çocukta şiddetli öksürük ve titreme başladığında işlemi durdurma doktor veya hemşireye haber verme		
14. Birden fazla inhaler ilaç olduğunda bunları birbirine karıştırmadan kullanma		
15. 15.Buhar inhalasyon maskesinin kişiye özel ve tek kullanımlık olduğunu bilme		
16. 16.Nebülleri direkt gün ışığından koruma ve etajerde muhafaza etme		
17. 17.Uygulamadan sonra maskeyi uygun atık kutusuna atma		
18. 18.Elleri tekrar yıkama ve kurulama		

EK-4. DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

1.	Şu anda sakinim	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
3	Su anda sinirlerim gergin	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
5.	Şu anda huzur içindeyim	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
6	Şu anda hiç keyfim yok	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
9	Şu anda kaygılıyım	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
10.	Kendimi rahat hissediyorum	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
11.	Kendime güvenim var	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
12	Şu anda asabım bozuk	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
13	Çok sinirliyim	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
16.	Şu anda halimden memnunum	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
17	Şu anda endişeliyim	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
19.	Şu anda sevinçliyim	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
20.	Şu anda keyfim yerinde	Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla

EK-5. ÖZ- ETKİLİLİK- YETERLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıda herhangi bir durumda insanların nasıl davranacaklarını ve düşüneceklerini anlatan 23 ifade vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle okuyarak o maddede yer alan ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. Verdiğiniz karara göre aşağıdaki ölçeği dikkate alarak size uygun olan kararı yuvarlak içerisinde alınız.

1. Yaptığım planları, gerçekleştireceğimden eminim.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
2.Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
3.Bir işi bir seferde yapamıyorsa, yapmaya kadar devam ederim.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
4.Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
5.İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
6.Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
7.Bazı işler çok karışık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
8.Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
9.Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
10.Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığım, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
11.Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
12.Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
13.Başarısızlık beni daha çok teşvik eder.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
14.Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
15.Ben kendime güvenen bir insanım.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
16.Kolaylıkla vazgeçerim.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
17.Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulamam.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
18.Yeni arkadaş edinmek benim için zordur.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
19.Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
20.Arkadaşlık kurulması güç, ilginç biriyle tanışsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
21.Bana ilgi göstermeyen birisiyle arkadaş olmaya çalıştığım kolaylıkla vazgeçmem.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
22.Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem.	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
23.Arkadaşlarımla, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor

EK-6. ETİK KURUL ONAY FORMU



ETİK KURUL SONUÇ FORMU



Araştırmanın Adı: “Buhar İnhalasyon Tedavisi Alan Çocukların Annelerinin, Öz Yeterlilik Algılarının ve Kaygı Durumlarının, Annelerin Hastanede Yaptıkları Buhar İnhalasyonu Uygulamalarına Etkisi”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu’nun 14.11.2014 tarihinde yapılan toplantısında “Buhar İnhalasyon Tedavisi Alan Çocukların Annelerinin, Öz Yeterlilik Algılarının ve Kaygı Durumlarının, Annelerin Hastanede Yaptıkları Buhar İnhalasyonu Uygulamalarına Etkisi” konulu Hemşire Ayşe ŞAHİN ve Doç.Dr.Duygu ARIKAN’ın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.


Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan


Doç. Dr. Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.

Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye
(Katılmadı)


Doç. Dr. Nadiye ÖZER
Üye


Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

EK-7. YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA TUTANAĞI



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI (Tez başlığı değişikliği önerisi olanlar için) (FORM: 08)

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı : AYŞE ŞAHİN
Programı (Fakülte/Y.Okul) : HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
Anabilim Dalı : ÇOCUK SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

Danışmanı : PROF. DR. DUYGU ARIKAN
Ortak Danışman :

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 22.10.2017 ve 03/11 sayılı kararıyla oluşturulan tez savunma sınavı jürisi, Buhar İnhalasyon Tedavisi Alan Çocukların Annelerinin Öz Yeterlilik Algılarının ve Kaygı Durumlarının Annelerin Hastanede Yaptıkları Buhar İnhalasyonu Uygulamalarına Etkisi başlıklı yüksek lisans tezini incelemiş ve adayı 10.03.2017 tarihinde, saat 09:00'da tez savunma sınavına tabi tutmuştur.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ:

☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda başarıyla savunulan tezin **KABUL EDİLMESİNE**,

☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda, ay ek süre verilerek tezin **DÜZELTİLMESİNE**,

☐ Jüri raporlarının tartışılması sonucunda tezin **REDDEDİLMESİNE**,

☒ ancak konu ve içeriği değişmeksizin tez başlığının Çocuğu Buhar İnhalasyon Tedavisi Alan Annelerin Öz Yeterlilik ve Kaygı Durumlarının Buhar İnhalasyon Uygulamalarına Etkisi Metin girmek için burayı tıklayın. olarak düzenlenmesine,

☒ **OY BİRLİĞİ**

☐ **OY ÇOKLUĞU** ile karar verilmiştir.

Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	:Prof. Dr. Duygu ARIKAN	
Üye	:Doç. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU	
Üye	:Yrd. Doç. Dr. Gamze YILMAZ	
Üye		
Üye		

EK-8. RESMİ İZİN YAZISI



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



SAYI : 98003106-605/

KONU : Tez Çalışması

1291

29 Ocak 2015

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına)
ERZURUM

İlgi : 22/01/2015 tarihli ve 88179374-218/01522 sayılı yazısı.

İlgi yazınız ekinde gönderilen Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Ayşe ŞAHİN'in "Buhar İnhalasyon Tedavisi Alan Çocukların Annelerinin, Öz Yeterlilik Algılarının ve Kaygı Durumlarının, Annelerin Hastanede Yaptıkları Buhar İnhalasyonu Uygulamalarına Etkisi" konulu çalışmasını sonuçların Kurumumuzla paylaşılması şartıyla, Genel Sekreterliğimize bağlı Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulayabilmeleri tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Fazlı ERDOĞAN
Genel Sekreter

EK-9. ONAM BELGESİ

GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Değerli anneler;

Bu çalışma, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda **“Çocuğu Buhar İnhalasyon Tedavisi Alan Annelerin Öz Yeterlilik Ve Kaygı Durumlarının Buhar İnhalasyon Uygulamalarına Etkisi”** belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırmamızda sizin cevaplamanız için anket formları sunulmuştur. Her ifadeyi okunduktan sonra size uyan maddeleri işaretleyerek doldurulacaktır. Bu çalışma tamamen bilimsel amaçlı yapılmıştır. Elde edilen veriler başka hiçbir alanda kullanılmayacaktır. Uygulamanın herhangi bir aşamasında çalışmadan ayrılabilirsiniz. Yardımlarınız için şimdiden teşekkür ederim.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı:

Tarih:

İmzası:

Açıklamaları yapan araştırmacının:

Adı Soyadı: Ayşe ŞAHİN

İmzası:

GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI PROTOKOLÜ

Tarih:

Gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu **“Çocuğu Buhar İnhalasyon Tedavisi Alan Annelerin Öz Yeterlilik Ve Kaygı Durumlarının Buhar İnhalasyon Uygulamalarına Etkisi”** adlı klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):