

GİZEM NUR DAĞDELEN

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI
HEMŞİRELİĞİ

İSTANBUL - 2024

**İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ÇOCUKLARDA İNHALER TEDAVİ UYGULAMALARINDA ÇİZGİ FİLM
KAHRAMANLI MASKE KULLANIMININ TEDAVİ UYUMUNA VE
EBEVEYN MEMNUNİYETİNE ETKİSİ**

GİZEM NUR DAĞDELEN

**DANIŞMAN
DR. ÖR. ÜYESİ AYŞEGÜL ŞİMŞEK**

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

İSTANBUL – 2024

**İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ÇOCUKLARDA İNHALER TEDAVİ UYGULAMALARINDA ÇİZGİ FİLM
KAHRAMANLI MASKE KULLANIMININ TEDAVİ UYUMUNA VE
EBEVEYN MEMNUNİYETİNE ETKİSİ**

GİZEM NUR DAĞDELEN

**DANIŞMAN
DR. ÖR. ÜYESİ AYŞEGÜL ŞİMŞEK**

İSTANBUL – 2024

TEZ ONAYI

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

Anabilim Dalı Başkanı
Prof. Dr. Emine Türkmen

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ŞİMŞEK
Danışman

Okuduğumuz ve savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Jüri Üyeleri (İlk isim jüri başkanına, ikinci isim danışmana aittir)

Prof. Dr. Emine Türkmen

İstinye Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül Şimşek

Marmara Üniversitesi

Doç. Dr. Refika Genç Koyucu

İstinye Üniversitesi

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum, “Çocuklarda İnhaler Tedavi Uygulamalarında Çizgi Film Kahramanlarının Maske Kullanımının Tedavi Uyumuna Ve Ebeveyn Memnuniyetine Etkisi” adlı çalışmanın, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Gizem Nur DAĞDELEN

İTHAF

Bu çalışmayı, sevgili annem Suna BEKTAŞ'a babam Şehmus DAĞDELEN'e ve değerli kardeşim Tuana DAĞDELEN'e ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim ve tezimin yapılması aşamasında emek ve katkılarından dolayı tez danışmanlığımı yürüten kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ŞİMŞEK'e,

Tez dönemim boyunca benden manevi desteklerini hiç esirgemeyen canım ailem başta olmak üzere annem Suna BEKTAŞ, babam Şehmus DAĞDELEN'e ve kardeşlerime sonsuz teşekkür ederim.



İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
ETİK BEYAN.....	ii
İTHAF.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Hipotezleri	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Çocuklarda Solunum sistemi hastalıkları.....	4
2.1.1. Akut Solunum Sistemi Hastalıkları.....	4
2.1.1.1 Üst Solunum yolu Enfeksiyonları	5
2.1.1.2 Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları.....	5
2.1.2. Kronik Solunum Sistemi Hastalıkları	6
2.1.2.1 Astım	6
2.1.2.2 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı.....	7
2.2. Solunum Sistemi Hastalıklarında Tedavi Yöntemleri	7
2.2.1. Semptomatik Tedavi	7
2.2.2. İnhalasyon Tedavisi	8
2.2.3. Çocuklarda İnhaler İlaç Tedavisi ve Uygulama İlkeleri	8
2.2.4. Nebulizatör Tipleri.....	9
2.2.5. Nebulizatörlerde Kullanılan İlaçlar.....	9
2.3. Solunum Sistemi Hastalıklarında Hemşirenin Rolü	10
2.4. Dikkati Başka Yöne Çekme Teknikleri ve Çocuk.....	11
2.5. Oyun.....	11
2.5.1. Terapötik Oyunun Önemi	12

2.5.1.1 Terapötik Oyun Çeşitleri.....	13
2.5.1.2 Terapötik Oyun Faydaları	13
2.5.1.3 Terapötik Oyunda Hemşirenin Rolü	14
2.6. Hasta Çocuğun Bakımında Ebeveyn Katılımı	15
2.6.1. Hasta Çocuğun Bakımında Ebeveyn Katılımının Yararları.....	16
2.7. Ebeveyn Memnuniyeti	17
2.7.1. Ebeveyn Memnuniyetini Etkileyen Etmenler	17
2.7.2. Ebeveyn Memnuniyeti ve Hemşirelik Bakımı.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	19
3.2. Araştırmanın Değişkenleri	19
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	19
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	20
3.4.2. Araştırmaya Hariç Olma Kriterleri	20
3.5. Randomizasyon.....	20
3.5.1. Kontrol Grubu	21
3.5.2. Müdahale Grubu	21
3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	21
3.7. Verilerin Toplanması	23
3.8. Verilerin Analizi	24
3.9. Çalışmanın Etik Boyutu.....	24
3.10. Çalışma Takvimi.....	25
4. BULGULAR.....	26
4.1. Gruplara Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı ve Karşılaştırılması	27
4.2. Ölçek Puanının Katılımcı Özelliklerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması	34
4.3. Hasta yatış süresinin katılımcı özelliklerine göre dağılımı ve karşılaştırılması	39
4.4. Tedavi uyumunun katılımcı özelliklerine göre dağılımı ve karşılaştırılması	43
4.5. Maske Etkililik Formunun Tanımlayıcı Özelliklerle Dağılımı ve Karşılaştırılması	49
5. TARTIŞMA.....	56
5.1. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları	61
6. SONUÇ, ÖNERİLER VE TOPLUMA KATKI.....	63
KAYNAKÇA.....	65

EKLER.....	79
EK-1: KURUM İZNİ ONAYI.....	80
EK-2: ETİK KURUL ONAYI.....	81
EK-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	82
EK-4: VERİ TOPLAMA FORMU.....	84
EK-5: İNTİHAL RAPORU	88
EK-6: ÖZGEÇMİŞ FORMU	89



TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1. Ebeveyn Memnuniyetini Etkileyen Etmenler	17
Tablo 3.1. Çalışma Takvimi	25
Tablo 4.1. Gruplara Göre Çocukların Özelliklerinin Dağılımı ve Karşılaştırılması	27
Tablo 4.2. Gruplara Göre Annelerin Özelliklerinin Aşı Önergelerine Yanıtları	28
Tablo 4.3. Gruplara Göre Çocukların Hastalık Geçmişlerinin Dağılımı	29
Tablo 4.4. Gruplara Göre Çocukların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo 4.5. Çocukların Tedavilerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	32
Tablo 4.6. Gruplara Göre İnhaler Tedavi Özelliklerinin Dağılımı	33
Tablo 4.7. Gruplara Göre Ölçek Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları	34
Tablo 4.8. Ölçek Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı	35
Tablo 4.9. Ölçek Puan Ortalamalarının Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	37
Tablo 4.10. Ölçek Puan Ortalamalarının Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımı	38
Tablo 4.11. Yatış Sürelerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması	39
Tablo 4.12. Yatış Sürelerinin Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı	40
Tablo 4.13. Yatış Sürelerinin Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	41
Tablo 4.14. Yatış Sürelerinin Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımı	42
Tablo 4.15. Tedavi Uyumunun Kesme Noktasının Dağılımı	44
Tablo 4.16. Gruplara Göre Tedavi Uyumı Düzeyinin Dağılımı	44
Tablo 4.17. Tedavi Uyumunun Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı	45
Tablo 4.18. Tedavi Uyumunun Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	47
Tablo 4.19. Tedavi Uyumunun Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımı	48
Tablo 4.20. Tedavi Uyumunun Ölçek Puan Ortalamaları ile Karşılaştırılması	49
Tablo 4.21. Maske Etkililik Formunun Kesme Noktasının Dağılımı	50
Tablo 4.22. Maske Etkililik Formunun, Tedavi Uyumı ve Ölçek ile Karşılaştırılması	51
Tablo 4.23. Maske Etkililik Formunun Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı	52
Tablo 4.24. Maske Etkililik Formunun Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	53
Tablo 4.25. Maske Etkililik Formunun Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımı	54

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Oyunun temel işlevleri.....	12
Şekil 3.1. Çalışmada kullanılan inhaler maskeler.....	23
Şekil 4.1. Tedavi uyumunun özgüllük ve duyarlılık grafiği	43
Şekil 4.2. Maske etkililik formunun özgüllük ve duyarlılık grafiği	50



SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

ASYE	: Alt solunum yolu enfeksiyonu
AUC	: Eğrinin altında kalan alan (Area Under the Curve)
HCT	: Hematokrit
HGB	: Hemoglobin
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
Maks	: Maksimum
Med	: Medyan
Min	: Minimum
NSAİ	: Nonsteroid antiinflamatuvar
Ort	: Ortalama
Ss	: Standart sapma
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
ÜSYE	: Üst solunum yolu enfeksiyonu
WBC	: Beyaz Küre (White Blood Cell)

ÖZET

Dağdelen, G. N. (2024). Çocuklarda inhaler tedavi uygulamalarında çizgi film kahramanlı maske kullanımının tedavi uyumuna ve ebeveyn memnuniyetine etkisi. İstinye Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

İnhaler tedaviler, solunum sistemi hastalıklarının tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. İnhaler tedavideki olumsuzluklar tedavi başarısızlığının önde gelen nedenlerindendir. İnhaler ilaç uygulamalarında terapötik oyun kapsamında çizgi film kahramanlı maske kullanımının etkinliği, tedavi uyumuna ve ebeveyn memnuniyetine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Randomize kontrollü tek kör deneysel tasarımda olan bu çalışmaya bir hastanenin çocuk kliniklerinde solunum sistemi hastalığı ile yatarak inhaler tedavi gören 3-12 yaş arası çocuklar (n=80) dahil edildi. Hastalar iki gruba randomize edildi. Birinci gruba eğitim ve standart pediatrik maske ile inhaler tedavi verildi. İkinci gruba ise eğitim ve çizgi film karakterli maske ile inhaler tedavi verildi. Her iki grupta eğitim öncesi ve sonrasında tedaviye uyum, müdahale grubunda ise kullanılan maskenin etkililiği değerlendirildi. Çalışma verileri katılımcı bilgi formu, Tedavi uyumu değerlendirme formu, çizgi film kahramanlı maske etkililik değerlendirme formu ve PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Ortalama 6,3 yaşında 80 çocuğun sıklıkla alt solunum yolu enfeksiyon nedeniyle hastaneye yattığı belirlendi. Sağlık Bakımı Memnuniyet ortalaması müdahale grubunda 75,8 ve kontrol grubunda 71,3 puan idi. Müdahale grubundaki çocukların tedavi uyumu %95,1 iyiydi. Çizgi film karakterli inhaler maskenin %78 etkili olduğu bulundu. Terapötik çocuklarda tanı ve tedavi prosedürlerine entegre edilebilir. Böylece çocukların tedaviye uyumu artar, ebeveyn memnuniyeti artar.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Hemşirelik bakımı, İnhaler terapi, Memnuniyet, Tedaviye uyum

ABSTRACT

Dagdelen G. N. (2024). The effect of cartoon hero mask use on treatment compliance and parental satisfaction in inhaler therapy applications in children. Istinye University, Institute of Postgraduate Education, Obstetrics and Gynecology Nursing. Master Thesis. Istanbul.

Inhaled therapies are widely used in the treatment of respiratory diseases. Negativities in inhaler treatment are among the leading causes of treatment failure. The aim of this study was to investigate the effectiveness of the use of masks with cartoon heroes within the scope of therapeutic play in inhaler drug applications and its effect on treatment compliance and parental satisfaction. In this randomized controlled single-blind experimental design study, children aged 3-12 years (n=80) who received inhaler therapy for inpatient respiratory disease in the pediatric clinics of a hospital were included. Patients were randomized into two groups. The first group received education and inhaler treatment with a standard pediatric mask. The second group received education and inhaler treatment with a cartoon character mask. Treatment compliance was evaluated before and after education in both groups and the effectiveness of the mask used in the intervention group. Study data were collected using the participant information form, treatment adherence assessment form, cartoon character mask effectiveness assessment form and PedsQL Health Care Satisfaction Scale. It was determined that 80 children with a mean age of 6.3 years were frequently hospitalized due to lower respiratory tract infection. Mean Health Care Satisfaction was 75.8 points in the intervention group and 71.3 points in the control group. Treatment compliance of children in the intervention group was 95.1%. Cartoon character inhaler mask was found to be 78% effective. Therapeutic play can be integrated into diagnostic and treatment procedures in children. Thus, children's adherence to treatment can be improved and parental satisfaction can be increased.

Key Words: Child, Nursing care, Inhaler therapy, Satisfaction, Treatment adherence

1. GİRİŞ

Çocukluk döneminde en sık görülen hastalıklardan biri solunum yolu hastalıklarıdır. Solunum sistemi hastalıkları, doğrudan sağlık hizmetleri maliyetlerini etkileyen, önemli sakatlıklara, erken ölümlere, üretkenlik kaybına ve çeşitli sosyal etkilere neden olan dünya çapında önemli bir sağlık sorunudur (Gibson ve ark., 2013). Akciğerler, çok çeşitli çevresel kirleticilere maruz kalmakta, pulmoner hastalıklar gelişebilmekte ve pulmoner hastalıklar yaşam kalitesini bozarak ölüme yol açabilmektedir (Shukla ve ark., 2020). Solunum yolu hastalıkları yüksek prevalansına rağmen, genellikle göz ardı edilmekte veya gerekenden çok az ilgi görmektedir.

Dünyada ve ülkemizde farklı hastalıklar nedeniyle her yıl insanlar hayatını kaybetmektedir. Solunum sistemi hastalıkları, doğrudan sağlık hizmetleri maliyetlerini etkileyen, önemli sakatlıklara, erken ölümlere, üretkenlik kaybına ve çeşitli sosyal etkilere neden olan dünya çapında önemli bir sağlık sorunudur (Gibson ve ark., 2013). Solunum yolu enfeksiyonları, gelişmiş ülkelerde ve gelişmekte olan ülkelere önemli bir halk sağlığı sorunudur ve erken ölümlerin, sakatlıkların %8,2'sini oluşturmaktadır (Shi ve ark., 2015). Solunum yolu enfeksiyonları gelişmekte olan ülkelere daha sık görülmekte ve daha ciddi seyretmektedir (Cashat ve ark., 2005). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre solunum yolu enfeksiyonları beş yaş altı çocuklarda en çok görülen mortalite sebebidir ve çocuk ölümlerinin %19'undan ASYE sorumludur (Özkan ve Vural, 2021). 2000 yılında çocuklarda akut solunum yolu enfeksiyonuna bağlı olarak görülen ölümlerin sayısı 1,9 milyondur. Bu sayının %70'inin az gelişmiş ülkelere (Afrika ve Güneydoğu Asya) olduğu bildirilmiştir (Karaaslan, 2019). Türkiye'de ölüm nedenleri ile ilgili verilere bakıldığında dolaşım sistemi hastalıklarının birinci sırada olduğu, bunu tümörler ve solunum sistemi hastalıklarının izlediği bildirilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]). 2016 yılı sonrasında tümör, sindirim sistemi veya endokrin kaynaklı hastalıkların insidansı azalırken solunum ve sinir sistemi hastalıklarının görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir (Emik ve Önal, 2019). Örneğin 2018 yılındaki verilerde bir yıl içinde hastalıklardan ölen insanların sekizde birinin ölüm nedeninin solunum sistemi hastalıkları olduğu bildirilmektedir. Yaşamlarının ilk yıllarında alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE) geçiren çocukların oranı yaklaşık olarak 1/3'tür (Aydın ve ark., 2015). Solunum sistemi hastalıklarının etiyolojisine

bakıldığında, çeşitli sebepler nedeniyle artan hava kirliliğinin temel nedenlerden biri olduğu bildirilmektedir. Özellikle solunum yolu hastalıklarının, bu hastalıklara bağlı morbidite oranlarının arttığı ve çocukların akciğer gelişiminde olumsuz etkiler gösterdiği bildirilmiştir (Zülfikar, 2014; Shukla ve ark., 2020). Bu veriler durumun ciddiyetini ortaya koymakta ve altta yatan nedenlerin araştırılması ve tedavi yöntemlerine yönelik düzenlemelerin yapılması gerekliliğini doğurmaktadır. Özellikle söz konusu büyüme gelişme dönemindeki çocuk olduğunda erken tanı ve tedavinin önemi yadsınamaz. Tedavinin planlanması kadar uygulanması da önemlidir. Çocuklarda solunum sistemi hastalıklarında sıklıkla antibiyoterapi ve/veya inhaler tedaviler yer almaktadır. Antibiyoterapi oral veya intravenöz yolla verilmektedir. İnhaler tedavide maskeler aracılığıyla verilmektedir. Hastalık, hastaneye yatma, tetkik ve tedaviler çocuklar için kaygı ve korku yaratan durumlardır. Bu nedenle çocukların yaşına uygun yaklaşımın belirlenip tedavi ve bakımın planlanması gerekmektedir İnhaler tedavide yaş küçüldükçe maske, ses ve süre gibi nedenler tedaviye uyumu zorlaştırmakta, sadece sağlık profesyonellerini değil bakım vericileri (ebeveynler vd.) zor duruma sokmaktadır. Bu nedenle çocuklarda terapötik oyun yöntemleri ebeveyn katılımıyla devreye girmeli ve tedavi bakım uygulamaları bu yolla uygulanmalıdır.

Hemşirelik uygulamalarında bakım vericilerin bakıma katılması ebeveynlerin bakım verici rollerinin devamını sağlarken ayrıca çocuğun hastaneye ve tedavi protokollerine uyumunu da kolaylaştırmaktadır. Bakım vericilerin bakıma dahil edilmesi ile ebeveyn memnuniyeti de artmaktadır ve bu durum kaliteli bir bakımın sonucu olarak görülmektedir.

Literatür incelendiğinde ebeveyn memnuniyetini araştıran az sayıda çalışma bulunmuş olmakla birlikte yeni bakım yaklaşımlarının sonucunda ebeveyn memnuniyeti ve çocuğun tedaviye uyumu arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu bilgilerden yola çıkılarak çalışmamızın amacı, solunum sistemi hastalıklarının tedavisinde inhaler tedavi alan çocuklarda, çizgi film kahramanlı maske kullanımının tedavi uyumuna ve ebeveyn memnuniyetine etkisini belirlemek ve çizgi film karakterli maskenin etkililiğini değerlendirmektir.

1.1. Araştırmanın hipotezleri

H₁: izgi film kahramanlı maske kullanılarak verilen inhaler tedavi uyumunu kolaylaştırmaktadır.

H₂: izgi film kahramanlı maske kullanılarak verilen inhaler tedavi ebeveyn memnuniyetini arttırmaktadır.

H₃: izgi film kahramanlı maske kullanılarak verilen inhaler tedavinin hastanede yatış süresini kısaltmaktadır.

H₄: izgi film kahramanlı maske kullanılarak verilen inhaler tedavinin iyileşme sürecine olumlu etkisi vardır.

H₅: Rutin inhaler maske kullanımına göre çizgi film kahramanlı maske kullanımı, tedavi uyumu ve ebeveyn memnuniyeti arasında pozitif yönde ilişki sağlamaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuklarda Solunum Sistemi Hastalıkları

Çocukluk çağında sık görülen hastalıklar arasında olan solunum sistemi hastalıkları mortalite veya morbiditeye neden olmaktadır. Beş yaş altı çocuklarda hastaneye yatış oranı ve mortalitesi en yüksek olan hastalıktır (Hu ve ark., 2022). Çocuklarda (0-6 yaş arasında %35,9 ve 7-14 olan çocuklarda %29,4) en çok üst solunum yolu enfeksiyonları (ÜSYE) görüldüğü bildirilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2024). Genetik ve çevresel nedenlerin hastalıklara yakalanma sıklığını arttırdığı bilinmektedir. Solunum sistemi hastalıkları içerisinde akut sorunlar sıklıkla görülse de bunu bronşit, bronşiyololit, krup ve pnömoni gibi alt solunum yol hastalıkları izlemektedir (Gülen ve ark., 2014). Çocukluk çağı solunum sistemi hastalıklarının etkeni sıklıkla virüslerdir. Viral hastalıklar doğası gereği kolay bulaşabilmekte ve salgın oluşturabilmesi sebebiyle önemli bir halk sağlığı sorunu olmaktadır. Akut ve üst solunum yolu sorunları ilerleyerek kronik ve ölümcül sonuçları olan hastalıklara dönüşebilmektedir (Gülen ve ark., 2014)

2.1.1. Akut Solunum Sistemi Hastalıkları

Dünya geneline bakıldığında solunum yolu enfeksiyonları, mortalite ve morbiditenin en önemli sebepleri arasında yer almaktadır. Yaşamlarının ilk yıllarında alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE) geçiren çocukların oranı yaklaşık olarak 1/3'tür (Aydın ve ark., 2015). Solunum yolu enfeksiyonları, gelişmiş ülkelerde ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur ve erken ölümlerin, sakatlıkların %8,2'sini oluşturmaktadır (Shi ve ark., 2015). Solunum yolu enfeksiyonları gelişmekte olan ülkelerde daha sık görülmekte ve daha ciddi seyretmektedir (Cashat ve ark., 2005). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre solunum yolu enfeksiyonları beş yaş altı çocuklarda en çok görülen mortalite sebebidir ve çocuk ölümlerinin %19'undan ASYE sorumludur (Aydın ve ark., 2015; Shi ve ark., 2015; Cashat ve ark., 2005; Özkan ve Vural, 2021; Yazıcıoğlu ve ark., 2023).

Çocuklarda 2000 yılında akut solunum yolu enfeksiyonuna bağlı olarak görülen ölümlerin sayısı 1,9 milyondur. Bu sayının %70'inin az gelişmiş ülkelerde (Afrika ve Güneydoğu Asya) olduğu bildirilmiştir (Karaaslan, 2019). Solunum yollarının işlevini

veya çeşitli hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan anormallikleri tanımlamak için sıklıkla kullanılan bazı terimler aşağıda verilmiştir; Hipoksi, dokularda oksijenin azalması anlamına gelen geniş bir terimdir. Hipoksemi, genellikle kandaki oksijen basıncının ölçülmesiyle veya kan hemoglobinin doygunluğu ve hemoglobin konsantrasyonunun ölçülmesi ve ardından kan oksijen içeriğinin hesaplanmasıyla değerlendirilen yetersiz kan oksijenasyonudur (Constable ve ark., 2017). Hiperkapni, kandaki anormal derecede yüksek karbondioksit gerilimidir. Takipne, solunum gücünün olduğu anlamına gelen aşırı yüksek solunum hızıdır (Constable ve ark., 2017).

2.1.1.1 Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları

Burun, paranasal sinüsler, farinks ve larenks gibi anatomik oluşumları içeren akut bir enfeksiyonu tanımlamak için kullanılan terime ÜS YE adı verilmiştir (Calderaro ve ark., 2022). Üst solunum yollarının çoğu anatomik olarak birbiriyle ilişkilidir ve neredeyse tamamı mukozaya ile kaplıdır. Bundan dolayı enfeksiyon birden fazla bölgeye hızla yayılabilir ve benzer belirtiler gösterebilir. ÜS YE etiyolojisinde hem bakteriyel hem viral etkenler rol oynar ve koenfeksiyonlar da görülebilir (Rakel ve Rakel 2007). Çeşitli virüsler ve bakteriler üst solunum yolu enfeksiyonlarına neden olabilir. Akut bronşit, soğuk algınlığı, grip ve solunum sıkıntısı sendromları dahil olmak üzere çeşitli hastalıklara neden olur (Wenzel ve Fowler, 2006; Tregoning ve Schwarze, 2010). Parainfluenza virüs, influenza virüs, respiratuar sinsisyal virüsler sıklıkla epidemilere yol açarken, rinovirüs ve adenovirüslerdir ve endemik enfeksiyonlara neden olabilmektedir (Gülen ve ark., 2014).

2.1.1.2. Alt Solunum Yolu Enfeksiyonları

Larenks ve altındaki bölüm, alt solunum yollarını oluşturur. Akut bronşiyolit, krup, pnömoni, akut bronşit, akut olarak görülen alt solunum yolu enfeksiyonlarındandır (Akşit, 2002). ASYE, çocukluk döneminde görülen önemli bir hastalıktır ve ölüm nedenleri arasındadır (Akçalı ve ark., 2013). Çocukluk döneminde ASYE'ye neden olan enfeksiyonlar, hastanın yaşı, çocuğun immün sistemi, mevsim ve çevresel koşullara göre değişiklik gösterebilir (Pelit ve ark., 2015). Alt solunum yolu enfeksiyonlarının %80-90'ında etkili olan virüsler, influenza A, influenza B, rinovirüsler, respiratuar sinsisyal virüs, adenovirüsler ve parainfluenza virüsleridir (PIV tip 1,2,3) (Akçalı ve ark., 2013). ASYE yoğun bakıma ihtiyaç duyulacak kadar solunum yetmezliğine neden olabilmektedir. Daha çok subfebril ateş, öksürük burun akıntısı gibi ÜS YE belirtileri ile

başlar. Birkaç gün içerisinde solunum sayısında artış, öksürük şiddetinde artma, hırıltı, göğüste çekilmeler tabloya eşlik eder ve akciğer bulgusunda ral ve ronküs duyulabilir. Daha ağır seyreden durumlarda düşük oksijen saturasyonu, siyanoz, apne, non-invaziv solunum desteği veya mekanik ventilatör gereksinimi olabilir (Cengiz, 2020).

2.1.2. Kronik Solunum Sistemi Hastalıkları

Hem yetişkinleri hem de çocukları etkileyen kronik solunum yolu hastalıklarının yükü küresel olarak sürekli artmaktadır (Hu ve ark., 2024). Kronik solunum yolu hastalıkları için çeşitli risk faktörleri mevcuttur. En az 2 milyar kişi biyokütle yakıt kullanımının toksik etkilerine, 1 milyar kişi dış ortam hava kirliliğine, 1 milyar kişi sigaranın etkilerine maruz kalmaktadır. Her yıl 4 milyon kişinin kronik solunum yolu hastalıkları nedeniyle erken öldüğü tahmin edilmektedir (Soriano ve ark., 2020).

2.1.2.1. Astım

Astım, çocuklar arasında her yaşta görülebilen, sık görülen hava yolu tıkanıklığı ile karakterize kronik hastalıktır (Emeksiz ve ark., 2022; Yüksel, 2010; Kocabaş ve ark., 2014). Dünya genelinde astım prevalansı geçtiğimiz yüzyılın ikinci yarısında hızlı bir artış göstermiştir. Son veriler, astım prevalansının dünyanın diğer bölgelerinde artmaya devam etmesine rağmen, dünyanın bazı bölgelerinde durağanlaştığını ve hatta azaldığı bildirilmiştir (Stern ve ark., 2020). Prevalansı bölgesel olarak farklılık göstermekte birlikte %1-18 arasında seyrettiği bildirilmiştir (Kavlu, 2021; Ravindra ve ark., 2008; Serebrisky ve Wiznia, 2019). Türkiye 2011 verilerine göre ülkemizde erkeklerde %2,8, kadınlarda %6,2 oranıyla astım tanısı alan hastalar vardır (Türk Toraks Derneği, 2016). Astım, değişken hava akımı obstrüksiyonu, hava yollarının (bronşiyal) aşırı duyarlılığı ve artmış hava yolu inflamasyonu ile karakterize bir akciğer hastalığıdır (McCracken ve ark., 2017; Keçe, 2017). Sigara ve alerjenler başta olmak üzere astım oluşumunun pek çok nedeni olabilir (Beasley ve ark., 2015; Ravindra ve ark., 2008; Mutlu ve Balcı, 2010). Astım tanı ve tedavisinde genel amacın hastalık kontrolünün sağlanması, atakların önlenmesi, solunum fonksiyon ve değerlerinin normal sınırlarda tutulması ve çocuğun günlük yaşam aktivitelerini idame ettirmesi gelmektedir (Tutluoğlu, 2016; Özçeker ve Tamay, 2016). Astım dönemsel olarak ataklar ve tedaviyle düzelen bir durum olmakla birlikte klinik bulguların görüldüğü bireylerde kalıcı bir tablo sergilemektedir (Ray ve ark., 2015; Doğan, 2010). Tedavide sıklıkla inhaler yöntemler tercih edilmekte ve rahatlığın sağlanması hedeflenmektedir. İnhaler tedavi yöntemlerine

ilişkin doğru yaklaşımlar sergilenmelidir. Özellikle ilacın doğru şekilde alınması önemlidir. Bu anlamda eğitim ve bilgilendirmenin üzerinde durulması gerekmektedir (Toprak Kanık ve ark., 2015; Azak, 2018; Tutluoğlu, 2016).

2.1.2.2. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

Çevrede bulunan zararlı partikül veya gazlara karşı solunum sisteminin inflamatuvar yanıt vererek hava akımının kısıtlanması olarak tanımlanmaktadır (Bush, 2008). Bu partiküller akciğer inflamasyonu yaparak bronşit veya amfizeme yol açabilmektedir (Ortiz-Quintero ve ark., 2022). Genetik yatkınlık ve çevresel duyarlılığın etkisinin büyük olduğu bilinmekle birlikte son dönemde epigenetik faktörlerin de etkisinin üzerinde durulmaktadır (Bush, 2008; Schwartz ve ark., 2023).

Astımda olduğu gibi KOAH'ta da amaç hastalığın ilerlemesini önleyerek, semptom şiddetini azaltmak, atakları ve akciğer kapasitesindeki düşünü önlemektedir (Türk Toraks Derneği, 2016; Aydemir, 2013; Ceylan ve ark., 2008). Tedavide farmakolojik, non-farmakolojik yöntemler ve ilerleyici dönemde cerrahi yöntemler söz konusudur. Farmakolojik tedavide sıklıkla bronkodilatörler, ataklarda kortikosteroidler ve mukolitikler kullanılmaktadır (Şen ve ark., 2006, Ceylan ve ark., 2008; Mirici ve ark., 2001; Tanrıverdi ve ark., 2015; Muller ve ark., 2017; Ortiz-Quintero ve ark., 2022). Oksijen tedavisi veya inhaler ilaç tedavisi atakları ve rahatlamayı sağlamak amaçlı sıklıkla uygulanılmaktadır (Mart ve ark., 2022).

2.2. Solunum Sistemi Hastalıklarında Tedavi Yöntemleri

Solunum sistemi hastalıklarında, sağlık çalışanlarının ebeveyn ve çocuk ile iş birliği içerisinde olması, hastalığa uygun tedavi yönteminin uygulanması, uyumlu tedavi süreci sağlanması (inhaler, oral, nebulizatör) hastalıkların yönetimi konusunda oldukça önemlidir (Yanık, 2018; Özsamuri, 2020).

2.2.1. Semptomatik Tedavi

Solum sistemi hastalıklarının tedavisi sıklıkla semptomatik tedaviyi içermektedir. Ortaya çıkan bulgulara göre tedavi (antipiretikler, inhalerler, kortikosteroidler, analjezikler, bronkodilatatörler mukolitikler, nonsteroid antiinflamatuvar (NSAİ) ilaçlar vb.) yapılır (Little ve ark., 2013; Pekcan, 2012; Morice ve ark., 2020). Bu tedaviler arasında sıklıkla tercih edilenlerden birisi inhaler ilaçlardır.

Sistemik yan etki oranının düşüklüğü, kullanım kolaylığı, hızlı ve kolay etki mekanizması nedeniyle kullanım oranı giderek artmaktadır (Boe ve ark., 2001).

2.2.2. İnhalasyon Tedavisi

Bronkodilatatörler başta olmak üzere inhaler ilaçların ağız ve burun yoluyla vücuda alınmasıdır (en ve ark., 2006). İnhaler tedaviler uzun yıllardır kullanılmaktadır ve en etkili astım tedavisidir. İnhaler tedavinin en önemli avantajları arasında uygulamanın non-invaziv olması, oral ve parenteral tedavilere göre daha düşük dozlar içermesi, sistemik yan etkilerinin daha az olması, lokal ve hızlı etkinlik sağlaması ve hastanın inhaleri her an yanında taşıyabileceği şekilde portatif olması sayılabilir (Emeksiz ve ark., 2022; Şen ve ark., 2006; Keçe, 2017; Durak, 2019)

2.2.3. Çocuklarda İnhaler İlaç Tedavisi ve Uygulama İlkeleri

İnhaler terapi uygulama ilkeleri şu şekilde sıralanabilir:

- İnhaler terapi yemeklerden önce uygulanmalıdır.
- Hasta semifowler pozisyonunda (dik ve oturur) olmalıdır.
- İlacın verilmesi esnasında hava akımı 6-8 l/dk'yı geçmemelidir.
- Uygulama 10 dakikadan uzun sürmemelidir.
- Yaşa uygun pediatrik maskeler kullanılmalıdır.
- Maske çocuğun ağız ve burnunu kaplayacak boyutta olmalıdır ve işlem esnasında böyle devam etmelidir.
- İlaç miktarı 2,5 mililitreden az ise ortalama 2-4 mililitre serum fizyolojik ile sulandırılmalıdır.
- İnhaler antibiyotik tedavisinde çocuk tek başına ayrı bir odada olmalıdır veya partiküllerin dağılmasını önleyen filtreler kullanılmalıdır.
- İnhaler ilaçlar kullanım öncesinde hazırlanmalıdır.
- Hazırlanmış inhaler ilaçlar bekletilmeden hastaya uygulanmalıdır.
- İnhaler ilaçlar ışıktan korunmalıdır.
- Maske içerisinde ilacın kalmamasına dikkat edilmelidir.

- İnhaler ilaçların oral mukozada tahribata neden olabileceği riskine göre inhaler işlem sonrası ağız bakımı verilmelidir. Kullanım sonrası maskenin kadeh kısmının duru su ile çalkalanması gereklidir.
- İnhaler maskeler çocuğa özgü olmalıdır ve aralıklı değiştirilmelidir (Durak, 2019; Özsumari, 2020; Şen ve ark., 2006; Ganguly ve ark., 2022).

Yapılan bir çalışmada hekimlerin çocukların tedavilerinde inhaler teknik tercihleri sorgulanmıştır. Buna göre katılımcılara astımlı çocuklarda yaş gruplarına göre ilk tercih olarak seçecekleri inhaler cihazları da sorulmuştur. 0-5 yaş grubu için katılımcıların %64,2'si ilk tercihlerinin nebulizatör cihazları olacağını belirtmiştir. 6-12 yaşlarda yüz maskeli spacer ve ağızlıklı spacer ölçülü doz inhaler cihazları ilk tercih olarak düşünürlerken %18,9'u nebulizatörleri tercih ettiğini bildirdi. 13 yaş üstü içinse katılımcıların yarısından fazlası kuru toz inhaler (puff) tercih edeceklerini belirtirken %10,1'i nebulizatörle ilaç vermeyi tercih etmişlerdir (Emeksiz ve ark., 2022). Bu durum çocuğun yaşı büyüdükçe inhaler cihaza ve tedaviye uyumunun arttığını ve tedavinin uygulanabilirliğini kolaylaştırdığını göstermektedir

2.2.4. Nebulizatör Tipleri

Nebulizatörler ultrasonik, jet ve mesh tipi nebulizatör olarak üçe ayrılmaktadır (Kwok ve Chan, 2014). Ultrasonik nebulizatörler, yüksek frekansta ses dalgası oluşturarak sıvı üzerinden damlalar oluşturmaktadır. Jet nebulizatörler basınçlı hava ve oksijen ile sıvı formu gaza çevirmektedir.

Mesh nebulizatörler ise elektrik enerjisini kullanarak titreşimlerle ilacı gaz formuna dönüştürmektedir (Kwok ve Chan, 2014; Emeksiz ve ark., 2022). Aralarında en etkili olan mesh nebulizatörleridir.

2.2.5. Nebulizatörlerde Kullanılan İlaçlar

Nebulizatörlerde nebul adı verilen ilaçlar kullanılır. Sıvı formdaki ilaçların nebulizatör adı verilen cihazlar aracılığıyla gaz haline getirilerek aerosol olarak pulmoner yola direkt verilmesi inhaler tedavi olarak adlandırılmaktadır (Ganguly ve ark., 2022). Özellikle solunum sistemi hastalıklarında sık kullanılan bir yöntemdir. Pulmoner ilaç tedavisi kullanımı kolay, yan etkisi daha az, çocuklar için uygun ve hasta memnuniyetini arttıran bir yöntemdir (Kahairnar ve ark., 2022).

Pulmoner yola ilaç verilmesini kolaylaştıran nebulizatörler diğer yollara göre uygulama kolaylığına neden olan, çocuk ve ebeveyn kullanım ve memnuniyetini arttıran, sağlık ekibinin tedavide yardımcısı olan cihazlardır (Kahairnar ve ark., 2022). İnhaler ilaç dozlarının diğer sistemik ilaçlara göre daha düşük olması yan etki oranını azalmaktadır (Şen ve ark., 2006).

Tedavide sıklıkla salbutamol, ipratropium bromid, kortikosteroidler, antienflamatuar ilaçlar, antibiyotikler, lokal anestezikler ve salin pulmoner yola verilebilmektedir (Ulus ve ark., 2007; Şen ve ark., 2006; Şimşekli Bakırhan ve Akkuş, 2023; Keçe, 2017; Little ve ark., 2013).

2.3. Solunum Sistemi Hastalıklarında Hemşirenin Rolü

Hemşire, söz konusu çocuk hasta olduğunda başta iletişim olmak üzere hasta yaklaşımını planlarken iyi bir gözlemci olarak dikkatli olmalıdır (Çelik ve ark., 2018). Ebeveyn ve çocukla iletişimini anlaşılır şekilde aile merkezli bakım çerçevesinde sürdürmelidir (Çavuşoğlu, 2008). Tanı, tetkik ve tedavi prosedürleri çocuğun anlayacağı şekilde anlatılmalı, korku ve anksiyetesini giderici yöntemlerle sakinleşmesi sağlanmalıdır. Bunun için pediatri alanında çalışan hemşirelerin çocuğa yaklaşım, çocuğun bilişsel gelişim dönemlerine yönelik özellikleri konularında bilgi sahibi olması beklenir (Aykanat ve Gözen, 2014).

Solunum sistemi hastalıklarının tedavisinde yer alan inhaler tedavi gerek görüntü ve ses gerekse maske korkusu nedeniyle tedavi uyumunu zorlaştıran bir tekniktir. Etkin bir inhaler tedavinin uygulanması için çeşitli yöntemlerle (fiziksel yöntemler, bilişsel veya davranışsal yöntemler vb.) çocuğun maske ve tedavi protokolüne alıştırılması gerekmektedir (Erdinç, 2002; Törüner ve Büyükgönenç, 2012). Bilişsel/ davranışsal yöntemlerle dikkati başka yöne çekme teknikleri etkin şekilde kullanılmaktadır. Sıklıkla müzik dinletme, çizgi film veya video izletme, oyun gibi yöntemler kullanılmaktadır (İnal ve Kelleci, 2012; Balan ve ark., 2009; Cohen ve ark., 1997). Yapılan çalışmalarda bu yöntemlerin invaziv işlemler önce denediği görülmekte, non-invaziv olan fakat korku anksiyete yaratan diğer uygulamalarda denendiğine dair çalışmaya rastlanılmamıştır. Hemşire inhaler tedavide çocuğun tedaviye katılımını ve uyumunu sağlamaya çalışırken uygulayıcı, eğitimi rollerinden yararlanmalıdır (Genç Özkan ve Kara Kaşıkçı, 2015).

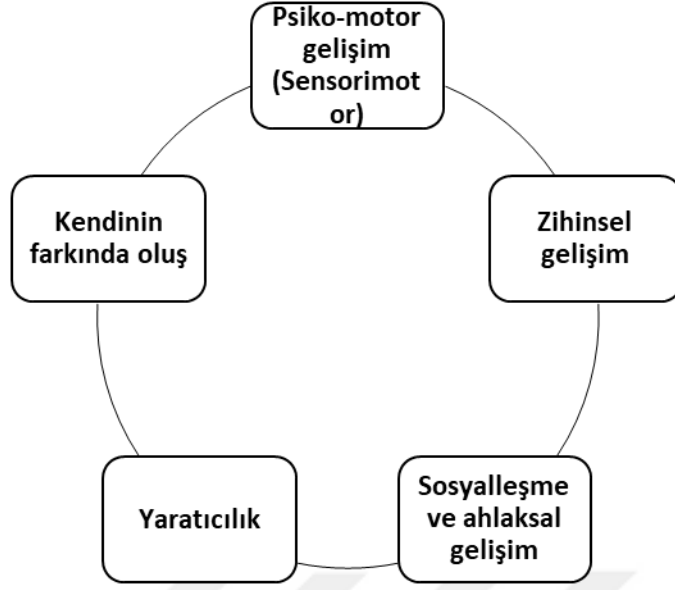
2.4. Dikkati Başka Yöne Çekme Teknikleri ve Çocuk

Hastanede tanı ve tetkik işlemleri yetişkinleri için bile anksiyete nedeni iken söz konusu çocuk olduğunda bu durum daha da fazla artmakta ve korku duygusu tetiklenmektedir. Bu nedenle dikkati başka yöne çekme tekniklerinden yararlanılabilir. Dikkatin işlem veya prosedürden başka yöne vermek amaçlı yapılan birçok uygulama vardır. Bunun başında bilgilendirme, anlayacağı dilde açıklama, müzik dinletme, çizgi film izletme, balon şiştirme, oyun oynama gibi faaliyetler yer almaktadır (İnal ve Canbulat, 2015). Bu uygulamalar hem ucuz hem kolay ulaşılabilir olup en önemlisi de non-invaziv olmaktadır. Çocuklarda dikkati dağıtma tekniklerinden birisi oyunu bakıma dahil etmektir. Oyunla çocuk dikkatini dağıtabilir, korku ve stresini azaltabilir, duygu ve düşüncelerini dile getirebilir ve yapacak işlemlerin nasıl olacağını öğrenebilir (İnci, 2017).

2.5 Oyun

Belli bir amacı olan ya da olmayan, kuralları olan ya da kuralsız, çocuğun özgür olup kendini rahat ifade ettiği ve isteyerek katıldığı öğrenme aracıdır (Campos ve ark., 2010; Kıran ve ark., 2013; Li ve ark., 2016). Oyumla çocuğun motor, duygusal, zihinsel ve sosyal gelişimini sağlanmaktadır (Calleffi ve ark, 2016; Lima ve Santos, 2015; İnci, 2017). Freud çocuğun emosyonel sorunlarının varlığının oyun ile ortaya çıkartılabileceğini savunurken travmatik olayları da yansıtmaması nedeniyle iç dünyasının öğrenilmesi için bir araç olduğunu bildirmektedir (Özer, 2006). Benzer şekilde Piaget'te oyunun gelişim aşamalarına uygun şekillendiğini ve sağlıklı büyüme gelişmede oyunun mutlaka yer alması gerektiğini bildirmiştir (Özer, 2006). Erikson da benzer şekilde oyunun biyopsikososyal gelişimde önemli olduğunu iletmiştir (Derleyen Taşkın, 2018).

Bir öğrenme aracı olarak oyun, çocuk için ciddi bir uğraş, büyüme, gelişme ve geleceğe sağlıklı bir birey olması yönünden önemli bir araç olarak ifade edilmektedir (Kıran ve ark., 2013; Yayan ve Zengin, 2018). Oyunla çocuk tüm alanlarda faaliyet gösterebilir (Kuğuoğlu ve Kürtüncü Tanır, 2006; Yayan ve Zengin, 2018) Oyunun temel işlevleri Şekil 1'de yer almaktadır (Şekil 1).



Şekil 2.1. Oyunun temel işlevleri

2.5.1. Terapötik Oyunun Önemi

Hastaneye yatış çocukların hayatlarını sekteye uğratar ve endişe, korku veya acı gibi duygulara yol açabilir (Godino-Iáñez ve ark., 2020). Oyun, çocukların hayatlarının önemli bir parçasıdır. Bu nedenle, oyun terapisi de dahil olmak üzere süreç boyunca bütünsel bakımın sağlanması gerekir (Yayan ve Zengin, 2018; Wong ve ark., 2018).

Hastane ve hastalık kavramları başta olmak üzere hastan ile ilgili tüm terimler ve uygulamalar çocuklarda travma yaratmaktadır (Wong ve ark., 2018). Bu noktada hemşireler başta olmak üzere sağlık disiplinlerinin çocuklarda travmayı azaltmaya yönelik uygulamaları kullanmaları gerekmektedir (Zengin ve ark., 2021). Terapötik oyunun önemi burada ortaya çıkmakla birlikte oyunla birleşen çocuk yaş grubunun tedavi edici mekanizmayı oyunla öğrenmesi önemli bir uyum yaklaşımıdır (Wong ve ark., 2018). Yaşa, bilişsel gelişim dönemine ve yapılaşan işleme uygun şekilde oyunun tasarlanması ve uygulanması gereklidir (Koukourikos ve ark., 2015; Yayan ve Zengin, 2018; Lemos ve ark., 2016; Coşkuntürk ve Gözen, 2018; Nabors ve Kichler, 2015). Böylece çocuğun sağlık profesyonelleri ile arasında güven duygusu gelişmekte ve yapılacak işlemlerin gerekliliğini anlaması sağlanmaktadır (Ghabeli ve ark., 2014).

Hastanede yatış çocuğu günlük rutininden alıkoymakta ve sosyalleşmesini engellemektedir (Yayan ve Zengin, 2018). Bu tür durumlarda, terapötik oyun fiziksel ve

duygusal rahatlık için kullanılabilir ve iyileşmeye katkı verebilir (İnci ve Günay, 2019; Pontes ve ark., 2015; Ünver ve Yıldırım, 2013). Terapötik oyun çocuklar için tedavi edici bir oyundur. Oynanan oyunun terapötik oyun (tedavi edici oyun) olarak tanımlanabilmesi için;

- Çocuğun kendini ifade etmesi konusunda cesaretlendirilmesi,
- Hastane deneyimi konusunda önceden eğitim verilmesi ve alıştırılması
- Fizyolojik olarak bakıma katkı sağlanması gerekmektedir (Pontes ve ark., 2015; Kıran ve ark., 2013).

Terapötik oyun da amaç geçmiş hastane deneyimi olan çocuklarda stres ve korkunun azaltılması ve hiç hastane deneyimi olmayan çocuklarda ortaya çıkan bilinmemelik ve acıma duygularının önüne geçilmesidir (Silva ve ark., 2017; Kıran ve ark., 2013; Wong ve ark, 2018).

2.5.1.1. Terapötik Oyun Çeşitleri

Terapötik oyun amaçlarına göre üçe ayrılmaktadır. Bunlar fizyolojik etkinleştirici/enerji harcatıcı oyun (regresif davranışlarda kullanılabilir), dramatik oyun (duygusal gerilimlerde kullanılabilir) ve yaratıcı oyun (tetkik, tanı ve tedavi işlemlerine hazırlanmada kullanılabilir) oyunlardır Bu oyun yöntemlerini hemşire bilmeli ve çocuğa uygun olan yöntemle yaklaşım sergilemelidir (Kıran ve ark., 2013).

2.5.1.2. Terapötik Oyunun Faydaları

Oyun, çocuğun hastane ortamında psikolojisini düzeltmek için yaşına, bilişsel gelişimine ve sağlık durumuna göre planlanmaktadır (Pontes ve ark., 2015; Wong ve ark., 2018; Lemos ve ark., 2016). Oyun sadece çocuğu mutlu etmekle kalmaz, hemşirenin çocuğun temel ihtiyaçlarını tanımasında, buna göre bakım planı hazırlamasında en önemli kaynaktır. Kullanılan terapötik oyunların belli başlı faydaları vardır. Bunlar;

- Çocuğun hastaneye yatış ve tıbbi işlemlerde oluşabilecek ağrı ve anksiyetesini azaltmak.
- Çocuğun uygulanacak işlemler hakkında yanlış olarak algıladığı tutumları ortadan kaldırmak.
- Yeni girdiği yabancı bir ortamda kendini güvende hissettirmek.

- Stres, kaygı, anksiyete oluşturan durumlarla baş etmesini sağlamak.
- Çocuğun seçim yapması ve kontrolü elinde bulundurma olanağı oluşturmak.
- Hastane ortamındaki prosedürleri öğrenmesi ve yapılacak uygulamalara kendini hazırlamasına yardımcı olmaktadır (Yayan ve Zengin, 2018; Pentos ve ark., 2018; Wong ve ark., 2018; Pontes ve ark., 2015; Heyn ve ark., 2023).

Terapötik oyunun yararının kanıtlanmaya çalışıldığı bir çalışmada 7-12 yaş aralığındaki 300 çocukla ameliyat sonrası korku, anksiyete ve ağrı üzerine terapötik oyunun etkisi araştırılmış ve oyunun korku ve anksiyete düzeyini ciddi ölçüde azalttığı ancak ağrı üzerine fazla etkisi olmadığı bildirilmiştir (Büyük ve Bolışık, 2013).

2.5.1.3. Terapötik Oyunda Hemşirenin Rolü

Hemşirelik bakımının çocuk yaş gurubuna verilmesinde geçmişten günümüze kadar profesyonel veya amatör olarak oyun kullanılmıştır (Perasso ve ark., 2021; Moore ve ark., 2015; Yayan ve Zengin, 2018; İnci ve Günay, 2019; Li ve ark., 2016). Florance Nightingale hospitalize edilen çocuklarda oyunun ve terapötik ortamın etkisine değinmiş bunu pediatri hemşirelerinin oyun, şarkı ve hikâye gibi yöntemlerle çocuklara yaklaştığının bildirilmesi izlemiştir (Li ve ark., 2016; Maia ve ark., 2011).

Çocuk bakımında terapötik oyun bakımın kilidini açan ve iletişimi başlatan bir anahtar görevindedir. Çocuğa yaklaşım ve iletişimin kurulmasında önemli bir adım olan oyunla hemşire işlemleri rahatlıkla yapabilmektedir (Kıran ve ark., 2013; Maia ve ark., 2011; Güner Oğuz, 2020).

Çocuk hemşireleri terapötik oyunun ne anlama geldiği, nasıl yapılacağı gibi konularda bilgi sahibi olmalıdır. Böylece çocuğun korku ve anksiyete gibi duygularının rahatlatılmasını sağlayabilirler hastane ortamında oyun için gerekli malzemelerin temini, malzeme yokluğunda gerçeğe yakın bir deneyiminin nasıl ve hangi yöntemlerle sağlanabileceğini bilmelidir (Li ve ark., 2016). Oyuna sağlık profesyoneli ve/veya çocuğun ailesi ve oyuncakları da dahil edilebilir Conk ve ark., 2013). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin terapötik oyunu %83,3 oranında kullandığı ve terapötik oyun oynana çocukların 84,1'inde anksiyetenin azaltılarak rahatlama sağladığı bildirilmiştir (İnci ve Günay, 2019). Terapötik oyun oynama aşamasında hemşirenin uygulaması gereken sekiz temel prensip vardır. Bunlar;

- Çocukla sıcak ve dostane bir ilişki kurmalıdır.
- Çocuğu olduğu gibi kabul etmelidir.
- Çocuğun duygularını ifade edebileceği bir ortam oluşturmalıdır.
- Çocuğun gösterdiği duyguların, davranışların farkına varmalı ve çocuğun davranışları hakkında fikir edinerek durumu anlama becerisi kazanması için geri yansıtmalıdır.
- Çocuğun problem çözme becerisine saygı göstermeli ve onun seçim yapmasına fırsat vermelidir.
- Çocuğu yönlendirmeye çalışmamalı ve yol gösterici her zaman çocuk olmalıdır.
- Terapötik oyun aşamasında aceleci olmamalıdır.
- Oyun esnasında çocuğun iletişimdeki sorumluluklarını tanıyacak şekilde sınırlandırmalar koymalıdır (Boucher ve ark., 2014; İnci ve Günay, 2019; Li ve ark., 2016).

2.6. Hasta Çocuğun Bakımında Ebeveyn Katılımı

Geçmişte hasta çocuğun hastaneye kabulü ve yatış süresince ebeveynlerin kabulü ve refakatine izin verilmemekteydi. Ebeveynler enfeksiyon kaynağı olarak görülmekte ve çocuklarını görmeleri ziyaret saatleri ile sınırlandırılmaktaydı. Çocuğun hastalığının ciddiyetine ve yatış süresinin uzunluğuna bağlı olarak çocuklarda psikolojik ve duygusal sorunların ortaya çıktığı görülmekteydi (Merayo-Sereno ve ark., 2021; Bsiri-Moghaddam ve ark., 2011).

Sonraki dönemlerde yapılan çalışmalar duygusal travmanın varlığını kanıtlamıştır. Bu doğrultuda Amerika ve Avrupa da bakımın geliştirilmesi ve ebeveynlerle ilgili kuralların güncellenmesine yönelik bakım politikaları yirminci yüzyılın ortalarında güncellenmiştir. Ülkemizde ise yirminci yüzyılın sonrasına doğru çocukların hastaneye kabulünde ebeveynlerinde kabulü ve bakıma katılımları başlamıştır. Günümüzde ise bakım vericilerin hasta çocuklarına refakat etmeleri sırasında dinlenme, uyuma ve yiyecek hazırlama gibi gereksinimlerini karşılayabilecekleri şekilde üniteler düzenlenmiştir (Légaré ve ark., 2018). Hemşirelik bakımının bir parçası olması sürdürölürken bununla ilgili gerekli karar, 2010 tarihli hemşirelik yönetmeliğinde yer almaktadır. Buna göre pediatri hemşirelerinin görev

yetki ve sorumlulukları içine ailenin çocuğun bakımına katılımını desteklemek, hastaneye kabulden taburculuğa kadar aile ile çocuğu bir arada ele almak ifadesi de eklenmiştir. Bu ifadeler aile merkezli bakım yaklaşımının benimsenmesini ve bunun gerekliliklerinin yapılmasını sağlamıştır (Çimke, 2013).

2.6.1. Hasta Çocuğun Bakımında Ebeveyn Katılımının Yararları

- Ebeveyn katılımlı tedavi ve bakım sağlık profesyonellerinin bakım yaklaşımlarında doğru karar vermelerinde yardımcı olur
- Ebeveynlerin hasta çocuğun bakımında destek almaları, baş etmeleri ve cesaretlenmeleri sağlanır.
- Ebeveyn çocuk ilişkisinin sürekliliği sağlanır
- Ebeveynin çocuğun bakımındaki yeterliliği belirlenip, taburculuk sonrası bakımın devamlılığının sağlanması için yeterliliğini yükseltir
- Hasta çocuğun psikososyal ve fiziksel iyileşmesinde ebeveynin varlığı olumlu etki sağlar
- Çocukta hastane yatmaya bağlı oluşabilecek ayrılık anksiyetesi önlenir
- Ebeveynlerde hastalık nedeniyle yaşayabilecekleri yetersizlik duygusu önlenir
- Aile merkezli bakım kapsamında sağlık ekibi ve aile ile bir bütün halinde çocuğa en uygun ve etkili bakımın verilmesi sağlanır.
- Ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin düşmesine neden olur
- Ebeveyn memnuniyeti artar
- Ebeveynlerin hastalığa uyumu kolaylaşır, yeni bilgi ve beceri kazanırlar
- Ebeveynin kendine güveni artar, baş etme mekanizmalarını aktif kullanabilir
- Ebeveynin bakıma katılımı ve bilgilendirilmesi ile olası komplikasyonlar önlenir.
- Hemşirelerin çocuğun bakımının planlanma, uygulanma ve değerlendirme aşamalarında kolaylık sağlar (Çimke, 2013; Merayo-Sereno ve ark., 2021; Bsiri-Moghaddam ve ark., 2011; Légaré ve ark., 2018).

2.7. Ebeveyn Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti kavramı yirminci yüzyılın ortalarında ilk kez Amerika’da hemşirelik alanında gündeme gelmiştir. Memnuniyet kavramının önemi giderek artarken son yıllarda sağlık bakımının kalitesinin ölçümünde hasta ve/veya hasta yakını memnuniyeti önemli bir ölçüt haline gelmiştir (Karaca ve Durna, 2019; Ferreira ve ark. 2023). Memnuniyet sağlık bakımında hasta ve/veya hasta yakının algısı olarak değerlendirilmekte ve olumlu bir hastane deneyimi içinde büyük önem taşımaktadır. Verilen bakım ve hizmetin hasta ve/veya yakınlarının beklentilerinin karşılanması olarak tanımlanabilen hasta memnuniyeti ayrıca sağlık bakımının değerlendirilmesinde de önemli bir yere sahiptir (Çimke, 2013).

2.7.1. Ebeveyn Memnuniyetini Etkileyen Etmenler

Memnuniyet aynı kişide bile farklı zamanlarda farklılaşabilen, kişinin beklenti ve algılarıyla şekillenebilen ve değişebilen göreceli bir kavramdır (Çimke, 2013).

Tablo 2. 1. Ebeveyn Memnuniyetini Etkileyen Etmenler

Ebeveyn memnuniyetini arttıran faktörler
• Karar verme sürecine katılım • Tedavi ve çocuğun durumu hakkında bilgilendirilme • Aile bireylerine destek verilmesi • Sağlık ekibi – ebeveyn arasındaki etkili iletişim • Fiziksel ve emosyonel destek • Ağrının dindirilmesi
Ebeveyn memnuniyetini azaltan faktörler
• Çocuğun hastalığına ilişkin bilgilendirilmeme • Sağlık profesyonellerinin ebeveyni dinlememesi • Ebeveynin sorularının geçiştirilmesi • Çalışanların kaba veya olumsuz davranışları • Düşük nitelikte sağlık bakımı • Mahremiyetin önemslenmemesi • Hijyen ve düzen sorunları • Sağlık hizmetindeki harcamalar veya ödemeler • Sağlık profesyonellerinin vardiyalı sistemde çalışıyor olması • Sağlık profesyonellerinin dil ve üslup farklılıkları

(Berkowitz, 2016; Karaca ve Durna, 2019; Ferreira ve ark., 2023, Çimke, 2013)

Memnuniyetin değerlendirilip belirlenmesi ile sağlık bakım hizmetlerinin kalitesi, eksik alanlar belirlenir ve buna yönelik düzenlemelere yol gösterici olunur. Verilen hizmetin güvenli, etkin, çocuk ve aile merkezli, zamanında bilgilendirme,

verimli ve eşit şekilde sunulması ebeveyn memnuniyetinin oluşturulmasında önemli noktalar (Çimke, 2013). Çocuk kliniklerinde çocukların yaş özelliklerine göre memnuniyet durumları tam olarak ölçülememektedir. Bu birimlerde hasta yakını veya bakım vericilerin memnuniyeti değerlendirilir (Ferreira ve ark., 2023). Ebeveynlerin çocuklarının tedavi ve bakımında algıladıkları olumlu beklentilerin yerine getirilmesi memnuniyetin oluşmasını sağlamaktadır (Çimke, 2013).

2.7.2. Ebeveyn Memnuniyeti ve Hemşirelik Bakımı

Hastane hizmetleri ve hasta bakımının kalitesini ölçen temel unsurlardan birisi ebeveyn memnuniyetidir (Çimke, 2013). Hemşirelerin ebeveyn ve çocuk ile etkili iletişimi ve olumlu davranışları memnuniyet üzerindeki temel unsurlardandır. Bu nedenle memnuniyetin artırılmasında hemşirelik bakım ve uygulamalarının geliştirilmesi gereklidir. Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörlerden birisinin iletişim ve bilgilendirilmeme olduğu literatürde bildirilmektedir (Çimke, 2013). İletişim kurulmaması etkili ve yeterli bilgilendirmeyi olumsuz etkilemektedir. Böylece hasta/yakını kendilerini etkisiz veya yetersiz görebilmektedir. Aile merkezli bakımın temelinde ebeveyn ve çocuğun olduğu unutulmamalıdır. Etkili, uygun ve zamanında bakım yaklaşımları ile hasta ve ebeveyn memnuniyeti artacaktır. Bu da ünitelerde işlerin sorunsuz ilerlemesine, yatış süresinin azalmasına, iyileşmenin hızlanması ve maliyet etkililiğe katkı sağlayacaktır (Çimke, 2013; Ferreira ve ark., 2023).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma çocuklarda solunum sistemi hastalıklarının tedavisinde inhaler tedavi alan çocuklarda, çizgi film kahramanlı maske kullanımının tedavi uyumuna ve ebeveyn memnuniyetine etkisini belirlemek ve çizgi film karakterli maskenin etkililiğini değerlendirmek amacıyla tek kör, randomize kontrollü, deneysel planlanmıştır. Böylece çocuklarda tedavi uyumu kolaylaşacak ve hemşirenin bakım verme yükü azalacaktır.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; çocuk ve ebeveynlere ait tanımlayıcı özellikler, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, aile tipi, çalışma durumu idi.

Bağımlı değişkenleri ise Tedavi uyumu düzeyi, çizgi film kahramanlı maske etkililik düzeyi ve PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçek puanıdır.

3.3. Araştırmanın yapıldığı yer ve zaman

Araştırmaya İstanbul'da bir hastanenin çocuk sağlığı ve hastalıkları ile çocuk acil ünitesi içerisinde bulunan müşahade yataklı birimde, Ekim 2023- Mayıs 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini hastaneye başvuran, klinikte yatışı yapılan, dahil etme kriterlerine uyan çocukların oluşturdu. Araştırma için gereken minimum örneklem büyüklüğü ilgili literatür doğrultusunda (Yanık ve Kuzlu Akyyıldız, 2019) belirlendi. Epiinfo programı üzerinden, 0,05 Tip 1 hata, 0,20 tip 2 hata ve %80 güç ile 0.5 etki büyüklüğü (Cohen, 1997) ile minimum 78 çocuğun oluşturması planlanmıştır. Vaka kayıplarının olabileceği ve memnuniyeti ve uyumu etkileyen değişkenler yönünden grupların homojenliğini bozabilecek olası vakalar nedeniyle her bir gruba 40 kişi alındı. Gruplar kura yöntemi ile belirlendi.

- Müdahale grubu: izgi film karakterli pediatrik inhaler maske ile tedavi alanlar
- Kontrol grubu: Pediatrik inhaler maske ile inhaler tedavi alanlar

3.4.1 Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- 3-12 yaş aralığında olmak
- Pediatri kliniğinde yatıyor olmak veya ocuk acil nitesi içinde bulunan yataklı birimde en az 1 gün yatışı olmak
- Solunum sistemi hastalıkları tanısı olmak
- Rutin tedavisi gereği inhaler tedavi alıyor olmak
- Yeni yatış olmak
- Kaç gün tedavi alacak

3.4.2. Araştırmaya Hariç Olma Kriterleri

- Bilişsel ve nörolojik problemi olmak
- Rutinde inhaler tedavi almamak
- Türkçe konuşmuyor olmak

3.5. Randomizasyon

Katılımcıların dağılımında bilgisayar ortamında randomizasyon programı (randomizer.org) kullanılacaktır. İnhaler tedavi alan çocuklar 1:1 oranında müdahale veya kontrol gruplarına rastgele tahsis edilmiştir. Randomizasyon, her yaş grubu için grupta tanımlayıcısını (müdahale veya kontrol) içeren seri numaraların olduğu dosyadan, bilgisayar tarafından oluşturulan rastgele kodlar kullanılarak önceden hazırlanmıştır. Çalışmaya alınan çocukların grup dağılımı ve çalışmaya kayıt sıralarına ve ilgili numaralı dosyalarda yer alan grupta tanımlayıcısına göre belirlenmiştir.

3.5.1. Kontrol Grubu

Kontrol grubundaki katılımcılar terapötik oyun müdahalesi olmaksızın standart bakım almıştır. Standart bakım, inhaler tedavi öncesi hemşirenin inhaler maske ve ilacın kullanımının açıklaması, eğitimi ve pediatrik inhaler maske ile tedavi alınmasını içermektedir.

3.5.2. Müdahale Grubu

Müdahale grubundaki çocuklar standart bakıma ek olarak terapötik oyun kapsamında hazırlanan çizgi film (animasyon) karakterli inhaler maske ile tedavi alınmasını içermektedir. Müdahaleler araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Çalışma kapsamında araştırmacılar tarafından ilgili literatür (Hu ve ark., 2022; Yanık ve Kuzlu Akyyıldız, 2019; Çimke, 2013; Maia ve ark., 2011) doğrultusunda oluşturulan katılımcı bilgi formu, Tedavi uyumu değerlendirme formu ve çizgi film kahramanlı maske etkililik değerlendirme formu ve PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği kullanılarak toplandı.

Katılımcı bilgi formu: İki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; çocuğun yaşı, cinsiyeti, okula gitme durumu gibi bireysel özellikleri, ikinci bölümde; tıbbi tanısı, aldığı tedaviler, laboratuvar test sonuçları (CRP, WBC), vital bulguları, daha önce inhaler kullanım durumu gibi hastalığına ve tedavisine ilişkin açık ve kapalı uçlu sorular (27 soru) yer almaktadır.

Tedavi uyumu değerlendirme formunda inhaler tedaviye uyum ve yapılanlar gözlenerek yazılması amaçlı hazırlanmıştır. Bu formda, hastanın inhaler ilaç kullanımı sırasında doğrudan gözlem ile başardığı basamaklar işaretlenmiştir. Hastaların doğru yaptıkları uygulamaya 1 puan verilmektedir. Atladıkları veya yanlış yaptıkları uygulamaya puan verilmemiştir. Hastaların tüm aşamalarda elde ettikleri puanlar toplanarak, toplam puan verilmiştir. Tedavi uyumu değerlendirme formundaki maddelerden 12,5 ve üzeri maddeye doğru cevap verenlerin tedavi uyumlarının iyi düzeyde olduğu belirlendi.

Maske eğitim ve kullanım etkililik değerlendirme formu: Araştırmacılar tarafından literatür (Hu ve ark., 2022; Yanık ve Kuzlu Akyyıldız, 2019; Çimke, 2013; Maia ve ark., 2011) taraması doğrultusunda hazırlanmıştır. Form etkililik ve kullanımı sorgulayan kapalı uçlu sorulardan oluşmaktadır. 5’li likert tipi ile (1=Tamamen katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen Katılıyorum) değerlendirilecek olan formdan alınacak minimum ve maksimum puan ifade sayısına göre belirlenecektir. Çizgi film karakterli inhaler maske etkililik formundaki maddelerden 33,5 ve üzeri maddeye doğru cevap verenlerin çizgi film karakterli inhaler maskeyi etkili buldukları söylenmektedir.

PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği: Ölçek Ulus ve Kubilay tarafından 2012 yılında Türkçe’ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenirliliği yapılmıştır. Yirmiş beş madde ve 6 alt boyutu (bilgilendirme, ailenin katılımı, iletişim, teknik beceri, duygusal gereksinimler ve genel memnuniyet) olan ölçek tıbbi bakım ve memnuniyeti ölçmektedir. Beşli likert tipi olan ölçekte maddeler; 0: Asla Hosnut Değil ile 4: Her Zaman Hoşnut şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekte ters madde puanlaması yoktur. Ölçek hesaplamasında; 0=0 puan, 1=25 puan, 2=50 puan, 3=75 puan, 4=100 puan olarak değerlendirilmektedir. Puan arttıkça memnuniyetin arttığı bildirilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,9 olarak bildirilmişken (Ulus ve Kubilay, 2012), bizim çalışmamızda 0,95 olarak hesaplanmıştır.

Maskeler: Çalışma kapsamında inhaler tedavi amaçlı kullanılan hazneli pediatrik inhaler maskeler kullanılmıştır. Kontrol grubuna sağlığa uygun PVC’den üretilmiş, 8 ml kapasiteli, yüz ve çocuk yaş grubuna uygun ilaç hazneli pediatrik nebulizatör maske kullanılmıştır. Ürün; yumuşak maske, ilaç haznesi ve kırılmaya dayanıklı ve bükülebilen 200 cm uzunluğunda bağlantı hortumu içermektedir. Hortumun bağlantı noktası oksijen tüpleri ve oksijen konsantratörlerine uyumlu konnektör içermektedir. Her maske nonsteril olarak paketlenmiş ve her çocuğa özel olarak verilmektedir. Kontrol grubunda kullanılan ilaç hazneli pediatrik nebulizatör maske kullanılmıştır. Müdahale grubuna ise maskenin ön yüzüne çizgi film (animasyon karakterlerinin kartondan yapılan maskeleri yapıştırıcı aracılığıyla yapıştırılmıştır (Şekil 3.1) Her maske nonsteril olarak paketlenmiş ve her çocuğa özel olarak verilmektedir.



Şekil 3.1. Çalışmada kullanılan inhaler maskeler

Maske ile inhaler tedavi bilgilendirmesi: İnhaler tedavi öncesi her iki gruptaki çocuklar ve ebeveynine anlayacağı şekilde maske kullanımı bilgilendirmesi yapılacaktır. Bilgilendirmenin içeriği şu şekildedir

- İnhaler tedavi nedir
- İnhaler tedavinin önemi
- İnhaler tedavi maskenin tanıtılması
- İnhaler ilacın maskeye dökülmesi
- İnhaler ilacın uygulanışı
- İnhaler tedavi süresi
- İnhaler tedavi öncesi ve sonrası yapılması gerekenler (Sözen, 2020; Ganguly ve ark., 2022; Özel ve ark., 2018; Genç Özkan ve Kara Kaşıkçı, 2015; Emeksiz ve ark., 2022; Hacıevliyagil, 2005)

3.7. Verilerin Toplanması

Birinci aşamada; Pediatrik inhaler maskelere çizgi film karakterli maskeler yapııştırıldı. Tedavi uyumu değerlendirme formu ve çizgi film karakterli inhaler maske eğitim ve kullanım etkililik değerlendirme formları hazırlandı.

İkinci aşamada; bilgilendirilmiş onamları alınan tüm ebeveynlere katılımcı bilgi formundaki sorular doldurtuldu. İnhaler tedavi öncesi inhaler maske kullanımı, her iki

gruba, sözel ve uygulamalı olarak araştırmacı tarafından anlatıldı. Ardından randomizasyona göre gruplara uygun maskelerle inhaler tedavi verildi. Çalışmada Grup 1'e kliniğin rutin maskesi ile inhaler tedavi ve Grup 2'ye çizgi film kahramanlı maske ile inhaler tedavi verildi. Her katılımcıya bireysel inhaler maske ve çizgi film kahramanlı karakterli maske verildi.

İlk inhaler tedaviden sonra tüm gruplara ebeveyn memnuniyet formu ve grup 2'ye çizgi film kahramanlı maske etkililik değerlendirme formu aynı araştırmacı tarafından uygulandı.

Çalışma verileri araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme ve gözlem yöntemleri kullanılarak elde edilerek veri toplama formuna kaydedildi, ardından araştırmacı tarafından bilgisayar ortamına aktarıldı.

3.8. Verilerin Analizi

Çalışmada verilerin analizinde Statistical Package for Social Sciences for Windows (SPSS, 29) istatistiksel paket programı kullanıldı. Sürekli değişkenlerin analizinde sayı ortalama, minimum, maksimum ve standart sapma değerleri hesaplanırken; kategorik değişkenlerin analizinde sayı ve yüzde değerler hesaplandı. Değişkenlerin karşılaştırılmasında ise normallik dağılımlarına göre Ki Kare testi, Fisher's Exact Ki Kare testi, Kruskal Wallis test, Mann Whitney U Testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişki analizinde ise ilişki arayıcı testlerden Spearman korelasyon testi kullanıldı. Çalışmanın verileri %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ ve $p < 0,001$ olarak değerlendirildi.

3.9. Çalışmanın Etik Boyutu

Araştırma öncesinde araştırmanın yapılacağı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Hastanesi'nden ön onay alınmıştır (14.06.2023). Ardından İstinye Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (08.08.2023 tarih, 23/185 protokol numarası). Etik onay ile il sağlık müdürlüğüne başvurularak izin alınmıştır (02.02.2024 tarihli ve 83108310-044.001.001-E.49983 sayılı). Dahil etme kriterlerine uyan çocuk ve ebeveynine çalışma hakkında anlayacakları dilde yazılı ve sözlü bilgilendirme yapılmış, yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır. Araştırma süresince Helsinki İnsan Hakları Deklarasyonu kurallarına uyulmuştur.

3.10. Çalışma Takvimi

Çalışmanın işleyiş takvimi Tablo 3.1’de yer almaktadır.

Tablo 3.1. Çalışma takvimi

	Temmuz 2023	Ağustos 2023	Eylül 2023	Ekim 2023	Kasım 2023	Aralık 2023	Ocak 2024	Şubat 2024	Mart 2024	Nisan 2024	Mayıs 2024	Haziran 2024
Literatür tarama	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Tez önerisi	x											
İzinlerin alınması		x	x									
Verilerin toplanması				x	x	x	x	x	x	x		
Verilerin analizi ve değerlendirilmesi											x	
Tezin raporlandırılması											x	x

4. BULGULAR

Bu bölümde ortalama $6,3 \pm 2,29$ yaş olan 80 çocuğa ve inhaler tedavisine ilişkin bulgular yer almaktadır. Bu bölümde bulgular 5 ana başlık altında verilmektedir:

4.1. Gruplara Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı ve Karşılaştırılması

4.2. Ölçek puanının katılımcı özelliklerine göre dağılımı ve karşılaştırılması

4.3. Hasta yatış süresinin katılımcı özelliklerine göre dağılımı ve karşılaştırılması

4.4. Tedavi uyumunun katılımcı özelliklerine göre dağılımı ve karşılaştırılması

4.5. Maske etkililik formunun katılımcı özelliklerine göre dağılımı ve karşılaştırılması

4.1. Gruplara Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı ve Karşılaştırılması

Bu bölümde çocukların tanımlayıcı özellikleri, annelerinin tanımlayıcı özellikleri, hastalık geçmişleri ve şu anki hastalık öyküsü ve tedavilerine yönelik bilgilerin gruplara göre dağılımı ve karşılaştırılması yer almaktadır.

Müdahale grubu: Çizgi film karakterli pediatrik inhaler maske ile tedavi alanlar

Kontrol grubu: Pediatrik inhaler maske ile inhaler tedavi alanlar

Tablo 4.1. Gruplara göre çocukların özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması

Özellikler		Müdahale grubu		Kontrol grubu		Toplam		p
		Ort±Ss	Min-maks	Ort±Ss	Min-maks	Ort±Ss	Min-maks	
Çocuk yaşı		5,9±1,94	3-11	6,7±2,59	3-12	6,3±2,29	3-12	0,592*
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kız	18	43,1	20	51,2	38	52,5	0,655**
	Erkek	23	56,9	19	48,8	42	47,5	
Okula gitme durumu	Evet	29	70,7	29	74,3	58	72,5	0,805 **
	Hayır	12	29,3	10	25,7	22	27,5	
Uyruk	Tc	41	100	34	87,1	75	93,7	0,024**
	Yabancı uyruklu	0	0	5	12,9	5	6,3	
Toplam		41	100	39	100	80	100	
<i>Ort. Ortalama; Ss: Standart sapma; min:minimum; maks: maksimum; med:medyan</i> <i>*Ki Kare testi; **Fisher's Exact Ki Kare testi; ***Kruskal Wallis test; ****Mann Whitney U Testi; p<0,05</i> <i>Müdahale grubu: Çizgi film karakterli pediatrik inhaler maske ile tedavi alanlar</i> <i>Kontrol grubu: Pediatrik inhaler maske ile inhaler tedavi alanlar</i>								

Gruplara göre çocukların tanımlayıcı özellikleri ve bu özelliklerin gruplar arası karşılaştırmaları Tablo 4.1’de yer almaktadır.

Müdahale grubundaki çocukların ortalama yaşlarının 5,9±1,94 yaş olduğu, %56,9’unun (n=23) erkek olduğu, %70,7’sinin (n=29) okula gittiği ve %100’ünün (n=41) Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olduğu belirlendi.

Kontrol grubundaki çocukların ortalama yaşlarının 6,7±2,59 yaş olduğu, %51,2’sinin (n=20) kız olduğu, %74,3’ünün (n=29) okula gittiği ve %87,1’inin (n=34) Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olduğu belirlendi.

Çocukların uyruklarının gruplara göre karşılaştırılmasında aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanırken (p=0,024) bu anlamlılığın müdahale grubundaki çocuklardan (n=41) kaynaklandığı bulundu. Çocukların yaşı, cinsiyeti ve okula gitme durumları ile gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05)

Tablo 4.2. Gruplara göre annelerin özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması

Özellikler		Müdahale grubu		Kontrol grubu		Toplam		p
		Ort±Ss	Min-maks	Ort±Ss	Min-maks	Ort±Ss	Min-maks	
Anne yaşı		35,4±7,02	23-48	31,8±4,39	24-40	33,7±6,12	23-48	0,152*
		n	%	n	%	n	%	
Anne eğitim durumu	Okuryazar değil	7	17	5	12,8	12	15	0,785 ***
	Okuryazar	1	2,7	0	0	1	1,3	
	İlkokul/ortaokul/ilköğretim	19	46,3	23	58,9	42	52,5	
	Lise/kolej	9	21,9	10	25,6	19	23,7	
	Lisans/lisansüstü	5	12,1	1	2,7	6	7,5	
Ailede sigara içme durumu	Evet	27	65,8	21	53,8	48	60	0,362**
	Hayır İlk	14	34,2	18	46,2	32	40	
Annenin gebelikte sigara içme durumu	Evet	2	4,9	1	2,6	3	3,8	1,000**
	Hayır	39	95,1	38	97,4	77	96,2	
Çocuğun yanında sigara içilme durumu	Evet	10	24,4	11	28,3	21	26,3	0,801**
	Hayır	31	75,6	28	71,7	59	73,7	
Çocuğun ortamında rutubet durumu	Evet	10	24,4	5	12,9	15	18,8	0,254**
	Hayır	31	75,6	34	87,1	65	81,2	
TOPLAM		41	100	39	100	80	100	
Ort. Ortalama; Ss: Standart sapma; min:minimum; maks: maksimum; med:medyan * <i>Ki Kare testi</i> ; ** <i>Fisher's Exact Ki Kare testi</i> ; *** <i>Kruskal Wallis test</i> ; **** <i>Mann Whitney U Testi</i> ; $p<0,05$ Müdahale grubu: Çizgi film karakterli pediatrik inhaler maske ile tedavi alanlar Kontrol grubu: Pediatrik inhaler maske ile inhaler tedavi alanlar								

Gruplara göre annelerin tanımlayıcı özellikleri ve bu özelliklerin gruplar arası karşılaştırmaları Tablo 4.2’de yer almaktadır.

Müdahale grubundaki annelerin ortalama yaşlarının 35,4±7,02 yaş olduğu, %46,3’ünün (n=19) İlkokul/ortaokul/ilköğretim mezunun olduğu, belirlendi. Grubun

%65,8'inde (n=27) ailede sigara içildiği, %4,9'unun (n=2) gebelikte sigara kullandığı, %24,4'ünün (n=10) çocuğun yanında sigara içildiği ve %24,4'ünün (n=10) evinde çocuğun bulunduğu ortamda rutubet/nem olduğu bulundu.

Kontrol grubundaki annelerin ortalama yaşlarının 31,8±4,39 yaş olduğu, %58,9'unun (n=23) İlkokul/ortaokul/ilköğretim mezunu olduğu, belirlendi. Grubun %53,8'inde (n=21) ailede sigara içildiği, %2,6'sının (n=1) gebelikte sigara kullandığı, %28,3'ünün (n=11) çocuğunun yanında sigara içildiği ve %12,9'unun (n=5) evinde çocuğun bulunduğu ortamda rutubet/nem olduğu bulundu

Annelerin yaşı, eğitim durumu, ailede sigara içilme durumu, gebelikte annenin sigara içme durumu, çocuğun yanında sigara içilme durumu ve çocuğun bulunduğu ortamda nem/rutubet olma durumu ile gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4.3. Gruplara göre çocukların hastalık geçmişlerinin dağılımı

Özellikler		Müdahale grubu		Kontrol grubu		Toplam		p
		Ort±Ss	Min-maks	Ort±Ss	Min-maks	Ort±Ss	Min-maks	
Son 1 yılda yatış sayısı		0,8±1,07	0-3	2±1,76	0-7	1,4±1,56	0-7	0,048*
		n	%	n	%	n	%	
Kronik hastalık varlığı	Evet	30	73,1	38	97,4	68	85	0,003**
	Hayır	11	26,9	1	2,6	12	15	
Son 1 yılda hastaneye yatma durumu	Evet	17	41,5	29	74,3	46	57,5	0,004**
	Hayır	24	58,5	10	25,7	34	42,5	
Son 1 yılda hasta olma durumu	Evet	41	100	32	82	72	90	0,005**
	Hayır	0	0	7	18	7	10	
Daha önce aynı hastalığı geçirme durumu	Evet	34	82,9	31	79,4	65	81,2	0,779**
	Hayır	7	17,1	8	20,6	15	18,8	
Son 1 yılda geçirdiği hastalıklar	ASYE	29	70,7	23	59	52	65	0,036****
	Pnömoni	3	7,3	6	15,3	9	11,2	
	Bronşit	7	17	0		7	8,7	
	Atelektazi	0	0	1	2,6	1	1,4	
	Lomber pnömoni	2	5	2	5,2	4	5	
	Hastalık geçirmedi	0	0	7	17,9	7	8,7	
Toplam		41	100	39	100	80	100	
Ort. Ortalama; Ss: Standart sapma; min:minimum; maks: maksimum; med:medyan *Ki Kare testi; **Fisher's Exact Ki Kare testi; ***Kruskal Wallis test; ****Mann Whitney U Testi; p<0,05 Müdahale grubu: Çizgi film karakterli pediatrik inhaler maske ile tedavi alanlar Kontrol grubu: Pediatrik inhaler maske ile inhaler tedavi alanlar								

Gruplara göre çocukların hastalık geçmişlerinin gruplara göre dağılımı ve bu özelliklerinin gruplar arası karşılaştırmaları Tablo 4.3'te yer almaktadır.

Müdahale grubundaki çocukların ortalama son 1 yılda yatış sayısının $0,8 \pm 1,07$ olduğu, %73,1'inin (n=30) kronik hastalık varlığı, %41,5'inin (n=17) son 1 yılda hastaneye yatışının olduğu, %100'ünün (n=41) son 1 yılda hasta olduğu, %82,9'unun (n=34) daha önce aynı hastalığı geçirmiş olduğu, son 1 yılda geçirdiği hastalıklarının %70,7'sinin (n=29) ASYE, %7,3'ünün (n=3) Pnömoni, %17'sinin (n=7) Bronşit, %5'inin (n=2) Lomber Pnömoni olduğu bulundu.

Kontrol grubundaki çocukların ortalama son 1 yılda yatış sayısının $2 \pm 1,76$ olduğu, %97,4'ünün (n=38) kronik hastalık varlığı, %74,3'ünün (n=29) son 1 yılda hastaneye yatışının olduğu, %82'sinin (n=32) son 1 yılda hasta olduğu, %79,4'ünün (n=31) daha önce aynı hastalığı geçirmiş olduğu, son 1 yılda geçirdiği hastalıklarının %59'unun (n=23) ASYE, %15,3'ünün (n=6) Pnömoni, %2,6'sının (n=1) Atelektazi, %5,2'sinin (n=2) Lomber Pnömoni, %17,9'unun hastalık geçirmediği bulundu.

Çocukların hastalık geçmişlerinin gruplara göre dağılımı ve karşılaştırıldığında, son 1 yılda yatış sayısı ($p=0,048$), kronik hastalık varlığı ($p=0,003$), son 1 yılda hastaneye yatma durumu ($p=0,004$), son 1 yılda hasta olma durumu ($p=0,005$) ve son 1 yılda geçirdiği hastalıklar ($p=0,036$) ile gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı.

Bu anlamlılığın müdahale grubunda son 1 yılda yatış sayısı ortalama 0,8 olanlardan, kronik hastalığı olanlardan (n=30), son 1 yılda hasta olanlardan (n=41) ve şu an ASYE tanısı ile yatanlardan (n=299 kaynaklandığı belirlenirken kontrol grubunda Son 1 yılda hastaneye yatanlardan (29) kaynaklandığı belirlendi.

Çocukların hastalık geçmişlerinin gruplara göre dağılımı ve karşılaştırıldığında, Daha önce aynı hastalığı geçirme durumu ile gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,005$).

Tablo 4.4. Gruplara göre çocukların hastalık özelliklerinin dağılımı

Özellikler		Müdahale grubu		Kontrol grubu		Toplam		p
		Ort±Ss	Min-maks	Ort±Ss	Min-maks	Ort±Ss	Min-maks	
WBC		10,81±3,89	4,6-17,4	10,84±4,36	5,4-23,2	10,83±4,17	4,6-23,2	0,422*
Hgb		11,94±0,96	10,4-14,1	11,9±1,02	10,3-14,2	11,91±0,99	10,3-14,2	0,267*
Hct		35,6±2,59	31,6-40,7	25,8±2,73	30,9-40,6	35,7±2,65	30,9-40,7	0,563*
		n	%	n	%	n	%	
Klinik adı	Çocuk servisi	23	56,1	39	100	62	77,5	0,000**
	^Çocuk acil	18	43,9	0	0	18	22,5	
Hastalık tipi	Konjenital	27	65,9	13	33,3	40	50	0,007**
	Edinsel	14	34,1	26	66,7	40	50	
Tıbbi tanı	ASYE	19	46,3	28	71,8	47	58,8	0,013***
	Pnömoni	4	9,8	6	15,4	10	12,5	
	Astım	8	19,5	2	5,1	10	12,5	
	Bronşit	8	19,5	0	0	8	10	
	Atelektazi	0	0	1	2,6	1	1,3	
	Lomber pnömoni	2	4,9	2	5,1	4	5	
Toplam		41		39		80	100	
Ort. Ortalama; Ss: Standart sapma; min:minimum; maks: maksimum; med:medyan; WBC: Beyaz küre; Hgb: Hemoglobin; Hct: Hematokrit *Ki Kare testi; **Fisher's Exact Ki Kare testi; ***Kruskal Wallis test; ****Mann Whitney U Testi; p<0,05 Müdahale grubu: Çizgi film karakterli pediatrik inhaler maske ile tedavi alanlar Kontrol grubu: Pediatrik inhaler maske ile inhaler tedavi alanlar ^Çocuk acil servisi içinde bulunan yataklı müşahade birimi								

Gruplara göre çocukların şu anki hastalık özelliklerinin dağılımı ve bu özelliklerin karşılaştırmaları Tablo 4.4'te yer almaktadır.

Müdahale grubundaki çocukların ortalama WBC değerleri 10,81±3,89, Hgb değerleri 11,94±0,96, Hct değerleri 35,6±2,59 olarak bulundu. Çocukların kliniklerine göre; %56,1'inin (n=23) Çocuk servisine, %43,9'unun (n=18) Çocuk acile yatışının olduğu, çocukların hastalık tipinin %65,9'unun (n=27) konjenital tip, %34,1'inin (n=14) edinsel tip, tanılarının %46,3'ünün (n=19) ASYE, %9,8'inin (n=4) Pnömoni, %19,5'inin (n=8) Astım, %19,5'inin (n=8) Bronşit, %4,9'unun (n=2) Lomber Pnömoni olduğu bulundu.

Kontrol grubundaki çocukların ortalama WBC değerleri 10,83±4,17, HGB değerleri 11,91±0,99, HCT değerleri 35,7±2,65 olarak bulundu. Çocukların kliniklerine

göre, tamamının Çocuk Servisine yatışının olduğu, çocukların hastalık tipinin %33,3'ünün (n=13) konjenital tip, %66,7'sinin (n=26) edinsel tip, tanılarının %71,8'inin (n=28) ASYE, %15,4'ünün (n=6) Pnömoni, %5,1'inin (n=2) Astım, %2,6'sının (n=1) Atelektazi, %5,1'inin (n=2) Lomber Pnömoni olduğu bulundu.

Çocukların şu anki hastalık özelliklerinin gruplara göre dağılımı ve karşılaştırıldığında, klinik adı (p=0,000), hastalık tipi (p=0,007) ve tıbbi tanı (p=0,013) ile gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Bu anlamlılığın çocuk servinde yatanlardan, konjenital hastalığı olanlardan ve şu anki hastalığı ASYE olanlardan kaynaklandığı belirlendi. Gruplar ile WBC sayısı, Hgb ve Hct değerleri ile aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4.5. Çocukların tedavilerine ilişkin özelliklerin dağılımı

İlaçlar	Uygulanma	Sayı		Günlük dozu ve sıklığı	
		n	%	Sıklığı (/gün)	n(%)
Salbutamol	Evet	80	100	3 kez	19 (23,8)
				4 kez	2 (2,5)
				6 kez	3 (3,8)
				8 kez	56 (70)
İpratropium bromür ve salbutamol	Evet	77	96,2	2 kez	20 (28,7)
				4 kez	56 (70)
	Hayır	3	3,8	-	-
Budenosid	Evet	3	3,8	2 kez	3
	Hayır	77	96,2	-	-
TOPLAM		80	100		
*1 hasta 3 inhaler (ronkotol, ıbrabul, combivent) ilaç, 1 hasta 1 inhaler ilaç (ronkotol) ve 78 hasta 2 inhaler ilaç (ronkotol-cortair veya ronkotol-ıbrabul) kombine almaktadır. *İnhaler kullanımı öğreten kişi hemşire (%100)					

Çocukların tedavilerine ilişkin özelliklerinin dağılımı ve bu özelliklerin karşılaştırmaları Tablo 4.5'te yer almaktadır. Çocukların tedavilerinde kullanılan ilaçlardan Salbutamol'ü; %23,8'inin (n=19) günde 3 kez, %2,5'inin (n=2) günde 4 kez, %3,8'inin (n=3) günde 6 kez, %70'inin (n=56) günde 8 kez, İpratropium bromür ve salbutamol'ü; %28,7'si (n=20) günde 2 kez, %70'inin (n=56) günde 4 kez ve Cortair'i %3,8'inin (n=3) günde 2 kez kullanmaktadır.

Tablo 4.6. Gruplara göre inhaler tedavi özelliklerinin dağılımı

Özellikler		Müdahale grubu		Kontrol grubu		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Annenin önceden maske ile tedavi alma durumu	Evet	11	26,8	10	25,6	21	26,3	553**
	Hayır	30	73,2	29	74,4	59	73,8	
Çocuğu önceden maske ile tedavi görme durumu	Evet	33	80,5	30	76,9	63	78,8	0,788**
	Hayır	8	19,5	9	23,1	17	21,3	
Çocuğun maskeye uyumu/kabulü	İyi	11	26,8	0	0	11	13,8	0,000****
	İyi, hafif dirençli	27	65,9	21	53,8	48	60	
	Orta, maskeye karşı direnme, mücadele	3	7,3	13	33,3	16	20	
	Zor, orta fiziksel zorlama gerekli	0	0	5	12,8	5	6,3	
Toplam		41	100	39	100	80	100	
<i>Ort. Ortalama; Ss= Standart sapma; min=minimum; maks= maksimum; med=medyan; n=sayı; %=yüzde *Ki Kare testi; **Fisher's Exact Ki Kare testi; ***Kruskal Wallis test; ****Mann Whitney U Testi; p<0,05 Müdahale grubu= Çizgi film karakterli pediatrik inhaler maske ile tedavi alanlar Kontrol grubu= Pediatrik inhaler maske ile inhaler tedavi alanlar</i>								

Gruplara göre çocukların inhaler tedavi özellikleri ve bu özelliklerin gruplar arası karşılaştırmaları Tablo 4.6'da yer almaktadır.

Müdahale grubundaki çocukların ortalama %26,8'inin (n=11) annelerinin önceden maske ile tedavi aldığı, %80,5'inin (n=33) çocuğun önceden maske ile tedavi aldığı, %26,8'inin (n=11) çocuğun maskeye uyumunun Oldukça iyi, maskenin çocuk tarafından hemen kabulü, %65,9'unun (n=27) maskeye uyumunun İyi, hafif dirençli olduğu, %7,3'ünün (n=3) maskeye uyumunun Orta, maskeye karşı direnme, mücadele ettiği bulundu.

Kontrol grubundaki çocukların ortalama %25,6'sının (n=10) annelerinin önceden maske ile tedavi aldığı, %76,9'unun (n=30) çocuğun önceden maske ile tedavi aldığı, %53,8'inin (n=21) çocuğun maskeye uyumunun İyi, hafif dirençli olduğu, %33,3'ünün (n=13) maske uyumunun Orta, maskeye karşı direnme, mücadele ettiği, %12,8'inin (n=5) maske uyumunun Zor, Orta fiziksel zorlamanın gerekliliği olduğu bulundu.

Çocuğun maskeye uyum/ kabul durumu gruplara göre karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı farklılık (p<0,01) saptandı. Gruplar arası anlamlılığın İyi, hafif dirençli olanlardan (n=27) kaynaklandığı belirlendi. Annenin ve çocuğun daha

önce maske ile inhaler tedavi alma durumu ile gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

4.2. Ölçek Puanının Katılımcı Özelliklerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Bu bölümde PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği puanının katılımcı özelliklerine göre dağılımı ve karşılaştırılmasına ilişkin tablolar ve bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.7. Gruplara göre ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları

Özellikler	Müdahale grubu		Kontrol grubu		Toplam		p
	Ort±Ss	Min-maks	Ort±Ss	Min-maks	Ort±Ss	Min-maks	
Toplam	75,1±6,19	60-90	69,8±10,77	45-84	72,5±9	45-90 (75)	0,055
Bilgilendirme	79,2±11,9	55-100	74,6±12,8	55-100	77±12,5	55-100 (75)	0,000
Ailenin katılımı	78,3±10,9	50-100	68,1±18,3	31-100	73,3±15,7	31-100 (75)	0,000
İletişim	75,7±6,76	60-100	74,2±12,5	50-95	75±10	50-100 (75)	0,040
Teknik beceri	68,7±9,47	50-81	64,4±13,5	38-81	66,5±11,7	38-61 (75)	0,039
Duygusal gereksinimler	72,1±6,5	56-75	64,4±11,5	38-75	68,3±10	38-75 (75)	0,014
Genel memnuniyet	75,8±4,8	67-100	71,3±8,2	50-92	73,6±7,07	50-100(75)	0,052

Ort. Ortalama; Ss= Standart sapma; min=minimum; maks= maksimum; med=medyan; p: Ki Kere testi; $p<0,05$
 Ölçek= PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği
 Müdahale grubu= Çizgi film karakterli pediatrik inhaler maske ile tedavi alanlar
 Kontrol grubu= Pediatrik inhaler maske ile inhaler tedavi alanlar

Gruplara göre PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği toplamı ve alt boyut puanlarının dağılımının karşılaştırmaları Tablo 4.7’de yer almaktadır.

Müdahale grubundaki PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalaması 75,1±6,19 puan olarak bulundu. Alt boyutlarda ise bilgilendirme 79,2±11,9, ailenin katılımı 78,3±10,9, iletişim 75,7±6,76, teknik beceri 68,7±9,47, duygusal gereksinimler 72,1±6,5 ve genel memnuniyet 75,8±4,8 puan olarak bulundu.

Kontrol grubundaki PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği toplam puan ortalaması 68,1±18,3 puan olarak bulundu. Alt boyutlarda ise bilgilendirme 74,6±12,8, ailenin katılımı 74,2±12,5, iletişim 74,2±12,5, teknik beceri 64,4±11,5, duygusal gereksinimler 64,4±11,5 ve genel memnuniyet 71,3±8,2 puan olarak bulundu.

PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği alt boyutları ile gruplar karşılaştırıldığında ise bilgilendirme ($p=0,000$), ailenin katılımı ($p=0,000$), iletişim

(p=0,040), teknik beceri (p=0,039), duygusal gereksinimler (p=0,014) aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Bu anlamlılığın müdahale gruplarının alt boyut puan ortalamalarından kaynakladığı bulundu.

PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği toplam puan ve genel memnuniyet alt boyutu ile gruplar karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05)

Tablo 4.8. Ölçek puan ortalamalarının tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı

Özellikler		Ort±Ss	Min-maks	p
Çocuk yaşı		6,3±2,29	3-12	0,287*
Anne yaşı		33,7±6,12	23-48	0,287*
		n	%	
Cinsiyet	Kız	38	47,5	0,352 **
	Erkek	42	52,5	
Okula gitme durumu	Evet	58	72,5	0,281 **
	Hayır	22	27,5	
Anne eğitim durumu	Okuryazar değil	12	15	0,170***
	Okuryazar	1	1,3	
	İlkokul/ortaokul/ilköğretim	42	52,5	
	Lise/kolej	19	23,8	
	Lisans/lisansüstü	6	7,5	
Uyruk	Tc	75	93,8	0,100**
	Yabancı uyruklu	5	6,3	
Ailede sigara içme durumu	Evet	48	60	0,711 **
	Hayır	32	40	
Annenin gebelikte sigara içme durumu	Evet	3	3,8	0,665**
	Hayır	77	96,3	
Çocuğun yanında sigara içilme durumu	Evet	21	26,3	0,269**
	Hayır	59	73,8	
Çocuğun ortamında rutubet durumu	Evet	15	18,8	0,766**
	Hayır	65	81,3	
TOPLAM		80	100	
Ort. Ortalama; Ss= Standart sapma; min=minimum; maks= maksimum; med=medyan *Ki Kare testi; **Mann Whitney U Testi; ***Kruskal Wallis test; p<0,05 Ölçek= PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği				

Çocukların ve annenin tanımlayıcı özelliklerinin PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği puanına göre karşılaştırılması Tablo 4.8’de yer almaktadır.

Çocukların ortalama yaşı 6,3±2,29, anne yaşı ortalama 33,7±6,12 olarak bulundu. Çocukların, %47,5’inin (n=38) kız çocuğu, %52,5’inin (n=42) erkek çocuğu, %72,5’inin (n=58) çocuğun okula gittiği, annelerin; % 15’inin (n=12) okuryazar olmadığı, %1,3’ünün (n=1) okuryazar olduğu, %52,5’inin (n=42) İlkokul/Ortaokul/İlköğretim mezunu olduğu, %23,8’inin (n=19) Lise/kolej mezunu

olduğu, %7,5'inin (n=6) Lisans/Lisans üstü mezunu olduğu, çocukların %93,8'inin (n=75) Türkiye Cumhuriyeti uyruklu olduğu, %60'ının (n=48) ailesinde sigara içme durumunun olduğu, %3,8'inin (n=3) annenin gebelikte sigara içtiği, %26,3'ünün (n=21) çocuğun yanında sigara içildiği, %18,8'inin (n=15) çocuğun ortamında rutubet olduğu bulundu.

Çocukların ve annenin tanımlayıcı özelliklerinin PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği puanına göre karşılaştırıldığında, çocuk yaşı, anne yaşı, cinsiyet, okula gitme durumu, anne eğitim durumu, uyruk, ailede sigara içme durumu, annenin gebelikte sigara içme durumu, çocuğun yanında sigara içilme durumu ve çocuğun ortamında rutubet durumu ile aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Ölçek puan ortalamalarının hastalık özelliklerine göre dağılımı

Özellikler		Ort±Ss	Min-maks	p
Son 1 yılda yatış sayısı		1,4±1,56	0-7	0,741*
WBC		10,8±4,17	4,6-23,2	0,288*
Hgb		11,9±0,99	10,3-14,2	0,255*
Hct		35,7±2,65	30,9-40,7	0,352*
		n	%	
Klinik adı	Çocuk servisi	62	77,5	0,244 **
	Çocuk acil	18	22,5	
Kronik hastalık varlığı	Evet	68	85	0,547**
	Hayır	12	15	
Hastalık tipi	Konjenital	40	50	0,236**
	Edinsel	40	50	
Son 1 yılda hastaneye yatma durumu	Evet	46	57,5	0,297**
	Hayır	34	42,5	
Son 1 yılda hasta olma durumu	Evet	73	91,3	0,281***
	Hayır	7	8,8	
Daha önce aynı hastalığı geçirme durumu	Evet	65	81,3	0,598**
	Hayır	15	18,8	
Son 1 yılda geçirdiği hastalıklar	ASYE	52	65	0,479***
	Pnömoni	9	11,3	
	Bronşit	7	8,8	
	Atelektazi	1	1,3	
	Lomber pnömoni	4	5	
	Hastalık geçirmedi	7	8,8	
Tıbbi tanı	ASYE	47	58,8	0,642***
	Pnömoni	10	12,5	
	Astım	10	12,5	
	Bronşit	8	10	
	Atelektazi	1	1,3	
	Lomber pnömoni	4	5	
TOPLAM		80	100	

Ort. Ortalama; Ss= Standart sapma; min=minimum; maks= maksimum; med=medyan; WBC: Beyaz küre; Hgb: Hemoglobin; Hct: Hematokrit; *Ki Kare testi; **Mann Whitney U Testi; ***Kruskal Wallis test; p<0,05; Ölçek= PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği

Çocukların hastalık özelliklerinin PedsQL Sağlık Bakım Memnuniyet Ölçeği puanına göre karşılaştırılması Tablo 4.9’da yer almaktadır.

Çocukların ortalama 1,4±1,56’sının son 1 yılda hastaneye yatışının olduğu, WBC değerinin ortalama 10,8±4,17, Hgb değerinin 11,6±0,99 ve Hct değerinin 35,7±2,65 olduğu bulundu. Çocukların %77,5’inin (n=62) çocuk servisine yatışının olduğu, %85’inin (n=68) kronik hastalığının ve yarısının konjenital hastalık tipinde, %57,5’inin (n=46) son 1 yılda hastane yatışının olduğu belirlendi. Çocukların %91,3’ünün (n=73) son 1 yılda en az 1 kez hasta olduğu, hasta olanların ise

%81,3'ünün (n=65) daha önce aynı hastalığı geçirdiği bulunurken, son 1 yılda %65 (n=52) ile ASYE geçirildiği belirlendi. Şu anki tıbbi tanılarına bakıldığında ise %58,8 ile (n=47) yine ASYE olduğu saptandı.

Çocukların hastalık özellikleri ile PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği puanı karşılaştırıldığında, Son 1 yılda yatış sayısı, WBC sayısı, Hgb ve Hct değerleri, klinik adı, kronik hastalık varlığı, hastalık tipi, son 1 yılda hastaneye yatma durumu, son 1 yılda hasta olma durumu, daha önce aynı hastalığı geçirme durumu, son 1 yılda geçirdiği hastalıklar ve tıbbi tanı ile ölçek puanı arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Ölçek puan ortalamalarının tedavi özelliklerine göre dağılımı

Özellikler		n	%	p
Şu an kullanılan ilaç adı ^o	Salbutamol	80	50	0,023*
	İpratropium bromür ve salbutamol	77	48,1	
	Budenosid	3	1,9	
Annenin önceden maske ile tedavi alma durumu	Evet	21	26,3	0,725**
	Hayır	59	73,8	
Çocuğu önceden maske ile tedavi görme durumu	Evet	63	78,8	0,666***
	Hayır	17	21,3	
Çocuğun maskeye uyumu kabulü	Oldukça iyi, maskenin çocuk tarafından hemen kabulü	11	13,8	0,538***
	İyi, hafif dirençli	48	60	
	Orta, maskeye karşı direnme, mücadele	16	20	
	Zor, orta fiziksel zorlama gerekli	5	6,3	
	TOPLAM	80	100	
Ort. Ortalama; Ss= Standart sapma; min=minimum; maks= maksimum; med=medyan *Ki Kare testi; **Mann Whitney U Testi; ***Kruskal Wallis test; $p<0,05$ Ölçek= PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği ^o Katılımcılar birden fazla ilaç kullanabilmektedir.				

Çocukların tedavi özelliklerinin PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği puanına göre karşılaştırılması Tablo 4.10'da yer almaktadır. Buna göre hastaların hepsinin tedavisinde Salbutamol'un yer aldığı ve bunu %48,1 ile İpratropium bromür ve salbutamol'un izlediği bulundu. Annelerin %73,8'inin kendilerinin hiç inhaler tedavi

deneyiminin olmadığı, çocukların ise %78,8’inde daha önce inhaler tedavi deneyimi yaşandığı bulundu.

Çocuğun maskeye uyumuna bakıldığında ise %60’ında (n=48) tedaviye uyumun iyi, hafif dirençli olduğu görüldü.

Çocukların tedavi özelliklerinin PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği puanına göre karşılaştırıldığında Şu an kullanılan ilaç ve ölçek toplam puanı ile aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı (p=0,023). Bu anlamlılığın Salbutamol kullanılan (n=80) gruptan kaynaklandığı belirlendi.

PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği puanı ile annenin önceden maske ile tedavi alma durumu, çocuğu önceden maske ile tedavi görme durumu ve çocuğun maskeye uyumu kabulü karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05).

4.3. Hasta yatış süresinin katılımcı özelliklerine göre dağılımı ve karşılaştırılması

Bu bölümde çocukların hastanede yatış sürelerinin bireysel özelliklere göre dağılımı ve karşılaştırılmasına ilişkin tablolar ve sonuçlara yer verilmiştir.

Tablo 4.11. Çocukların yatış sürelerinin gruplara göre karşılaştırılması

Özellik	Müdahale grubu ^a		Kontrol grubu ^b		Toplam		p*
	Ort±Ss	Min- max (med)	Ort±Ss	Min- max (med)	Ort±Ss	Min- max (med)	
Yatış süresi	4,5±5,14	0-22 (4)	7,1±1,48	4-10 (7)	5,8±4	0-22(6)	0,002 a>b
1 günden az yatışı olanlar=15 kişi (%18,8) Ort. Ortalama; Ss= Standart sapma; min=minimum; maks= maksimum; med=medyan *Mann Whitney U Testi; p<0,05 Müdahale grubu= Çizgi film karakterli pediatrik inhaler maske ile tedavi alanlar Kontrol grubu= Pediatrik inhaler maske ile inhaler tedavi alanlar							

Gruplara göre çocukların yatış sürelerin karşılaştırılması Tablo 4.11’de yer almaktadır. Buna göre müdahale grubundaki çocukların ortalama yatış sürelerinin 4,5±5,14 olduğu, kontrol grubundaki çocukların yatış sürelerinin 7,1±1,48 olduğu bulundu. Müdahale grubundaki çocukların (çizgi film karakterli pediatrik inhaler maske ile tedavi alanların) yatış süreleri, kontrol grubundaki çocukların (pediatrik inhaler maske ile tedavi alanların) yatış sürelerine göre daha azdır. Çizgi film karakterli pediatrik maske ile tedavi alanlarda daha kısa sürede iyileşme olduğu görülmüştür.

Gruplara göre ortalama yatış süreleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı ($p=0,002$). Bu anlamlılığın ortalama 4,5 gün ile müdahale grubundan kaynaklandığı belirlendi.

Tablo 4.12. Yatış sürelerinin tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı

Özellikler			Yatış süresi		p
			Ort±Ss	Min- max (med)	
Çocuk yaşı			6,3±2,29	3-12 (6)	0,330*
Anne yaşı			33,7±6,12	23-48 (33)	0,977*
			n		
Anne durumu	eğitim	Okuryazar değil	12	5,1±3,21	0,710 ***
		Okuryazar	1	5±0	
		İlkokul/ortaokul/ilköğretim	42	5,4±3,72	
		Lise/kolej	19	7,1±4,95	
		Lisans/lisansüstü	6	5,5±4,46	
Okula durumu	gitme	Evet	58	5,5±4,13	0,210**
		Hayır	22	6,5±3,64	
Uyruk		Tv	75	5,7±4,11	0,319**
		Yabancı	5	7,2±,09	
			Toplam	80	
Ort. Ortalama; Ss= Standart sapma; min=minimum; maks= maksimum; med=medyan; n=sayı *Ki Kare testi; **Mann Whitney U Testi; ***Kruskal Wallis test; p<0,05					

Çocuk ve ailenin tanımlayıcı özelliklerinin hastanede yatış süresine göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.12’de yer almaktadır.

Çocuk yaşının ortalama 6,3±2,29 olduğu, anne yaşının ortalama 33,7±6,12 olduğu bulundu. Anne eğitim durumunun ortalama 5,1±3,21’inin (n=12) Okuryazar değil, 5±0’inin (n=1) Okuryazar, 5,4±3,72’inin (n=42) İlkokul/ortaokul/ilköğretim mezunu olduğu, 7,1±4,95’inin (n=19) Lise/kolej mezunu olduğu, 5,5±4,46’sının Lisans/Lisansüstü olduğu, çocukların ortalama 5,5±4,13’ünün okula gittiği, çocukların uyruklarının 5,7±4,11’inin (n=75) Türk olduğu bulundu.

Çocuk ve ailenin tanımlayıcı özelliklerinin hastanede yatış süresine göre dağılımı ve karşılaştırıldığında hastanede yatış süresi ile çocuk yaşı, anne yaşı, anne eğitim durumu, okula gitme durumu ve uyrukları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.13. Yatış sürelerinin hastalık özelliklerine göre dağılımı

Özellikler		n	Yatış süresi		p
			Ort±Ss	Min- max	
Tedavi uyumu	İyi	73	5,7±4,17	0-22	0,698*
	İyi değil	7	6,7±1,38	5-9	
Klinik adı	Çocuk Servisi	62	7,4±2,97	0-22	0,000*
	Çocuk acil servisi	18	0,2±0,42	0-1	
Kronik hastalık varlığı	Evet	68	6±3,38	0-13	0,024*
	Hayır	12	4,2±6,51	0-22	
Son 1 yılda hastaneye yatma durumu	Evet	46	6,1±3,42	0-12	0,195*
	Hayır	34	5,4±4,71	0-22	
Son 1 yılda hasta olma durumu	Evet	73	5,7±4,18	0-22	0,809*
	Hayır	7	6,5±0,78	6-8	
Son 1 yıldaki hastalıkları	ASYE	47	5,8±4,08	0-22	0,105**
	Pnömoni	10	6,8±1,39	4-9	
	Astım	10	4,1±4,4	0-12	
	Bronşit	8	4,3±5,01	0-12	
	Atelektazi	1	8±0	8	
	Lomber pnömoni	4	9,5±2,64	6-12	
Daha önce aynı hastalık durumu	Evet	65	5,9±4,13	0-22	0,570*
	Hayır	15	5,3±3,51	0-12	
Tıbbi tanısı	ASYE	47	5,8±4	0-22	0,175**
	Pnömoni	10	6,8±1,39	4-9	
	Astım	10	4,1±4,4	0-12	
	Bronşit	8	4,3±5,01	0-12	
	Atelektazi	1	8±0	8	
	Lomber pnömoni	4	9,5±2,64	6-12	
Hastalık tipi	Konjenital	40	1,5±0,5	1-2	0,575*
	Edinsel	40	1,5±0,5	1-2	
Toplam		80			
Ort. Ortalama; Ss= Standart sapma; min=minimum; maks= maksimum; med=medyan; n=sayı					
*Mann Whitney U Testi; **Kruskal Wallis test; p<0,05					

Çocukların hastalık özelliklerinin hastanede yatış süresine göre dağılım ve karşılaştırılması Tablo 4.13'te yer almaktadır.

Çocukların tedavi uyumunun ortalama 5,7±4,17'sinin (n=73) İyi olduğu, yatışının ortalama 7,4±2,97'sinin (n=62) Çocuk servisinde olduğu, 6±3,38'inin (n=68) kronik hastalığının olduğu, 6,1±3,42'sinin (n=46) son 1 yılda hastaneye yatışının olduğu, 5,7±4,18 (n=73) son 1 yılda hasta olduğu, son 1 yıldaki hastalıklarının ortalama 5,8±4,08'inin (n=47) ASYE, 6,8±1,39'unun (n=10) Pnömoni, 4,1±4,4'ünün (n=10) Astım, 4,3±5,01'inin (n=8) Bronşit, 8±0'ının (n=1) Atelektazi, 9,5±2,64'ünün (n=4) Lomber Pnömoni, 5,9±4,13'ünün (n=65) daha önce aynı hastalığının olduğu, tıbbi tanıların 5,8±4'ünün (n=47) ASYE, 6,8±1,39'unun (n=10) Pnömoni, 4,1±4,4'ünün (n=10) Astım, 4,3±5,01'inin (n=8) Bronşit, 8±0'ının (n=1) Atelektazi, 9,5±2,64'ünün (n=4) Lomber Pnömoni olduğu bulundu. Hastalık tiplerinin 1,5±0,5'inin (n=40) konjenital tipte, 1,5±0,5'inin (n=40) edinsel tipte olduğu bulundu.

Çocukların hastalık özelliklerinin hastanede yatış süresine göre dağılımı ve karşılaştırıldığında, ortalama yatış süresi ile klinik adı ($p=0,000$) ve kronik hastalık varlığı ($p=0,024$) ile aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Bu anlamlılığın çocuk servisinden ($n=62$) ve kronik hastalığı olanlardan ($n=68$) kaynaklandığı belirlendi.

Hastanede yatış süresi ile çocukların hastalık özellikleri karşılaştırıldığında, tedavi uyumu, son 1 yılda hastaneye yatma durumu, son 1 yılda hasta olma durumu, son 1 yıldaki hastalıkları, daha önce aynı hastalık durumu, tıbbi tanısı ve hastalık tipi ile aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.14. Yatış sürelerinin tedavi özelliklerine göre dağılımı

Özellikler		n	Yatış süresi		p
			Ort±Ss	Min- max (med)	
Annenin önceden maske ile tedavi görme durumu	Evet	21	6,3±4,12	0-12	0,163*
	Hayır	59	5,6±3,98	0-22	
Çocuğun önceden maske ile tedavi görme durumu	Evet	63	5,9±4,19	0-22	0,621*
	Hayır	17	5,2±3,27	0-10	
Çocuğun maskeye uyumu kabulü	Oldukça iyi, maskenin çocuk tarafından hemen kabulü	11	2,8±4,35	0-12	0,020**
	İyi, hafif dirençli	48	5,8±4,2	0-12	
	Orta, maskeye karşı direnme, mücadele	16	7,5±2,53	0-11	
	Zor, orta fiziksel zorlama gerekli	5	6,8±1,09	6-8	
Toplam		80			
Ort. Ortalama; Ss= Standart sapma; min=minimum; maks= maksimum; med=medyan *Mann Whitney U Testi; **Kruskal Wallis test; $p<0,05$					

Çocukların inhaler maske özelliklerinin hastanede yatış süresine göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.14'te yer almaktadır.

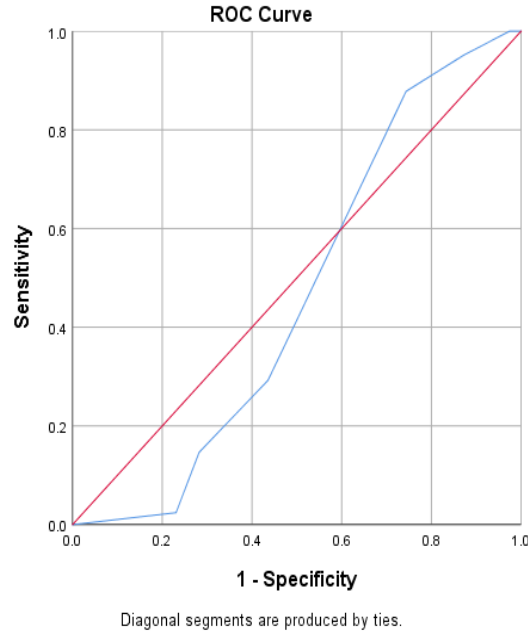
Çocukların ortalama 6,3±4,12'sinin ($n=21$) annesinin önceden maske ile tedavi gördüğü, 5,9±4,19'unun ($n=63$) çocuğun önceden maske ile tedavi gördüğü, çocukların maskeye uyumunun kabulünde 2,8±4,35'sinin ($n=11$) Oldukça iyi, maskenin çocuk tarafından hemen kabulü, 5,8±4,2'sinin ($n=48$) İyi, Hafif dirençli, 7,5±2,53'ünün ($n=16$) Orta, maskeye karşı direnme, mücadele ettiği, 6,8±1,09'unun ($n=5$) Zor, orta fiziksel zorlama gerekli olduğu bulundu.

Hastanede yatış süresi ile çocukların hastalık özellikleri karşılaştırıldığında, yatış süresi ile çocuğun maskeye uyumu kabulü ile aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı ($p=0,020$).

Hastanede yatış süresi ile çocukların hastalık özellikleri karşılaştırıldığında, yatış süresi ile annenin önceden maske ile tedavi görme durumu ve çocuğun önceden maske ile tedavi görme durumu ile aralarında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

4.4. Tedavi uyumunun katılımcı özelliklerine göre dağılımı ve karşılaştırılması

Bu bölümde tedavi uyumunun katılımcı özelliklerine göre dağılımı ve karşılaştırılmasına ilişkin tablo, şekil ve bulgulara yer verilmiştir.



Şekil 4.1. Tedavi uyumunun özgüllük ve duyarlılık grafiği

Şekil 4.1’de tedavi uyumunun özgüllük ve duyarlılık grafiği verilmiştir. Buna göre eğrinin altında kalan alan eğrinin (Area Under the Curve [AUC]) değeri= 0,5’tir. Tedavi uyumunu değerlendirme formunun eğri eşiği 0,536’dır. Buna göre tedavi uyumunu değerlendirme formunun tedavi uyumunu ölçtüğü bulunmuştur. Puan arttıkça tedavi uyumu da artmaktadır.

Tablo 4.15. Tedavi uyumunun kesme noktasının dağılımı

Uyum değerleri	Duyarlılık	1 - Özgüllük	Özgüllük
9.00	1.000	1.000	0.000
10.50	1.000	0.974	0.026
11.50	0.976	0.923	0.053
12.50	0.951	0.872	0.079
13.50	0.878	0.744	0.134
14.50	0.293	0.436	-0.143
15.50	0.146	0.282	-0.136
16.50	0.024	0.231	-0.206
18.00	0.000	0.000	0.000
$\text{Özgüllük} = \text{Duyarlılık} - (1 - \text{Özgüllük})$			

Tablo 4.15'te tedavi uyumu değerlendirme formunun kesme noktasının dağılımı yer almaktadır. Buna göre özgüllük değeri en yüksek 0,079 olarak belirlendikten sonra tedavi uyumu eşik değeri (kesme noktası) 12,5 olarak bulundu. Buna göre tedavi uyumu değerlendirme formundaki maddelerden 12,5 ve üzeri maddeye doğru cevap verenlerin tedavi uyumlarının iyi düzeyde olduğu söylenmektedir.

Tablo 4.16. Gruplara göre tedavi uyumu düzeyinin dağılımı

Özellikler		Müdahale grubu		Kontrol grubu		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Tedavi uyumu	İyi	39	95,1	34	87,2	73	91,3	0,258*
	İyi değil	2	4,9	5	12,8	7	8,8	
Toplam		41	100	39	100	80	100	
Ort. Ortalama; Ss= Standart sapma; min=minimum; maks= maksimum; med=medyan; n=sayı; %=yüzde								
*Fisher's Exact Ki Kare testi; $p < 0,05$								
Müdahale grubu= Çizgi film karakterli pediatrik inhaler maske ile tedavi alanlar								
Kontrol grubu= Pediatrik inhaler maske ile inhaler tedavi alanlar								

Tablo 4.16'da gruplara göre tedavi uyumunun dağılımı ve karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre müdahale grubundaki çocukların tedavi uyumunun %95,1'inin (n=39) İyi olduğu bulundu. Kontrol grubundaki çocukların ise tedavi uyumunun %87,2'sinin (n=34) İyi olduğu bulundu.

Gruplara göre tedavi uyumu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

Tablo 4.17. Tedavi uyumunun tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı

Özellikler		Tedavi uyumu iyi		İyi değil		p
		Ort±Ss	Min-maks	Ort±Ss	Min-maks	
Çocuk yaşı		6,4±2,26	3-12	5,2±2,51	3-10	0,143*
Anne yaşı		34±6,12	23-48	30,5±5,62	25-39	0,180*
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kız	34	46,6	4	57,1	0,443*
	Erkek	39	53,4	3	42,9	
Okula gitme durumu	Evet ^a	56	71,7	2	28,6	0,015* * a>b
	Hayır ^b	17	23,3	5	71,4	
Anne durumu eğitim	Okuryazar değil ^a	9	12,3	3	42,9	0,030* c>d>a >e
	Okuryazar ^b	0	0	1	14,3	
	İlkokul/ortaokul/ilköğretim ^c	40	54,8	2	28,6	
	Lise/kolej ^d	18	24,7	1	14,3	
	Lisans/lisansüstü ^e	6	8,2	0	0	
Uyruk	TC ^a	71	97,3	4	57,1	0,004* * a>b
	Yabancı uyruklu ^b	2	2,7	3	42,9	
Ailede sigara içme durumu	Evet	44	60,3	4	57,1	0,586* *
	Hayır	29	39,7	3	42,9	
Annenin gebelikte sigara içme durumu	Evet	3	4,1	0	0	0,757* *
	Hayır	90	95,9	7	100	
Çocuğun yanında sigara içilme durumu	Evet	19	26	2	28,6	0,595* *
	Hayır	54	74	5	71,4	
Çocuğun ortamında rutubet durumu	Evet	12	16,4	3	42,9	0,118* *
	Hayır	61	83,6	4	57,1	
Toplam		73	100	7	100	
Ort. Ortalama; Ss= Standart sapma; min=minimum; maks= maksimum; med=medyan; n=sayı *Ki Kare testi; **Fisher's Exact Ki Kare testi; p<0,05						

Çocukların ve annelerinin tanımlayıcı özelliklerinin tedavi uyumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.17’de yer almaktadır. Buna göre çocuk yaşı ortalaması Tedavi uyumunun iyi olan çocukların ortalama 6,4±2,26 yaşında olduğu ve annelerinin ortalama 34±6,12 yaşında olduğu bulundu.

Tedavi uyumu iyi olan çocukların %46,6'sının (n=34) kız çocuk olduğu, %71,7'sinin (n=56) okula gittiği ve %54,8'inin annelerinin ilkokul/ortaokul/ilköğretim mezunu olduğu (n=40) olduğu bulundu.

Çocukların ve annelerinin tanımlayıcı özelliklerinin tedavi uyumuna göre dağılımı ve karşılaştırıldığında, tedavi uyumu ile okula gitme durumu ($p=0,015$), anne eğitim durumu ($p=0,030$) ve uyukları ($p=0,004$) ile tedavi uyumu ile aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Bu anlamlılığın tedavi uyumu iyi olan gruptaki, okula gidenl çocuk grubundan (n=56), annenin ilkokul/ortaokul/ilköğretim eğitim düzeyindekilerden (n=40) ve Türkiye uyuklu olanlardan (n=71) kaynaklandığı belirlendi.

Tedavi uyumu durumu ile çocuk yaşı, anne yaşı, cinsiyet, ailede sigara içme durumu, annenin gebelikte sigara içme durumu, çocuğun yanında sigara içilme durumu ve çocuğun ortamında rutubet durumu ile aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.18. Tedavi uyumunun hastalık özelliklerine göre dağılımı

Özellikler		Tedavi uyumu iyi		İyi değil		p
		Ort±Ss	Min-maks	Ort±Ss	Min-maks	
Son 1 yılda yatış sayısı		1,2±1,48	0-7	3±1,63	0,5	0,006*
WBC		11,1±4,4	4,6-23,2	9,3±2,51	6,4-13,8	0,373*
Hgb		11,9±1,03	10,3-14,2	11,6±0,75	10,3-12,3	0,610*
Hct		36±2,7	31,3-40,7	34,6±2,24	30,9-37	0,372*
		n	%	n	%	
Klinik adı	Çocuk servisi	55	75,3	7	100	0,155**
	Çocuk acil	18	24,7	0	0	
Kronik hastalık varlığı	Evet	62	84,9	6	85,7	0,719**
	Hayır	11	15,1	1	14,3	
Hastalık tipi	Konjenital	35	47,9	5	71,4	0,432**
	Edinsel	38	52,1	2	28,6	
Son 1 yılda hastaneye yatma durumu	Evet	40	54,8	6	85,7	0,229**
	Hayır	33	45,2	1	14,3	
Son 1 yılda solunumsal hasta olma durumu	Evet	66	90,4	7	100	0,51**
	Hayır	7	9,6	0	0	
Daha önce aynı hastalığı geçirme durumu	Evet	58	79,5	7	100	0,337**
	Hayır	15	20,5	0	0	
Son 1 yılda geçirdiği hastalıklar	ASYE	49	67,1	3	42,9	0,005** *
	Pnömoni	5	6,8	4	57,1	
	Bronşit	7	9,6	0	0	
	Atelektazi	1	1,4	0	0	
	Lomber pnömoni	4	5,5	0	0	
	Hastalık geçirmedi	7	9,6	0	0	
Şu anki tıbbi tanısı	ASYE	44	60,3	3	42,9	0,011** *
	Pnömoni	6	8,2	4	57,1	
	Astım	10	13,7	0	0	
	Bronşit	8	11	0	0	
	Atelektazi	1	1,4	0	0	
	Lomber pnömoni	4	5,5	0	0	
TOPLAM		73	100	7	100	

*Ort. Ortalama; Ss= Standart sapma; min=minimum; maks= maksimum; med=medyan; n=sayı; WBC: Beyaz küre; Hgb: Hemogloblin; Hct: Hematokrit; *Ki Kare testi; **Fisher's Exact Ki Kare testi; ***Kruskal Wallis Testi; p<0,05*

Çocukların hastalık özelliklerinin tedavi uyumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.18'de yer almaktadır. Buna göre tedavi uyumu iyi olan çocukların, son 1 yılda yatış sayısı ortalama 1,2±1,48, WBC değerleri ortalama 11,1±4,4, HGB değerleri ortalama 11,9±1,03 ve HCT değerleri 36±2,7 olarak bulundu.

Tedavi uyumu iyi olan çocukların %75,3'ünün (n=55) çocuk servisi yatışlı olduğu, %84,9'unun (n=62) kronik hastalığının bulunduğu, %47,9'unun (n=35)

konjenital tip hastalığının olduğu, %90,4'ünün (n=66) son 1 yılda solunumsal hastalığının olduğu ve %67,1'inin (n=49) ASYE ile yatış yaptığı belirlendi.

Tedavi uyumu ile çocuğun hastalık özellikleri karşılaştırıldığında tedavi uyumu ile Son 1 yılda yatış sayısı (p=0,006), son 1 yılda geçirdiği hastalıklar (p=0,005) ve tıbbi tanısı (p=0,011) ile aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Anlamlılığın tedavi uyumu iyi olmayanlardaki son 1 yıldaki yatış sayısından (3 yatış) kaynaklandığı belirlendi. Ayrıca tedavi uyumu iyi olan gruptaki Son 1 yılda ASYE geçirenlerden (n=49) ve şu anki tıbbi tanısı ASYE olanlardan (n=44) kaynaklandığı belirlendi.

Tedavi uyumu ile WBC sayısı Hgb ve Hct değerleri, klinik adı, kronik hastalık varlığı, hastalık tipi, son 1 yılda hastaneye yatma durumu, son 1 yılda solunumsal hasta olma durumu ve daha önce aynı hastalığı geçirme durumu ile aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05).

Tablo 4.19. Tedavi uyumunun tedavi özelliklerine göre dağılımı

Özellikler		Tedavi uyumu iyi		İyi değil		p
		n	%	n	%	
Annenin önceden maske ile tedavi alma durumu	Evet	19	26	2	28,6	0,595* *
	Hayır	54	74	5	71,4	
Çocuğu önceden maske ile tedavi görme durumu	Evet	56	76,7	7	100	0,335* *
	Hayır	17	23,3	0	0	
Çocuğun maskeye uyumu kabulü	Oldukça iyi, maskenin çocuk tarafından hemen kabulü	11	15,1	0	0	0,063*
	İyi, hafif dirençli	44	60,3	4	57,1	
	Orta, maskeye karşı direnme, mücadele	15	20,5	1	14,3	
	Zor, orta fiziksel zorlama gerekli	3	4,1	2	28,6	
Ort. Ortalama; Ss= Standart sapma; min=minimum; maks= maksimum; med=medyan; n=sayı *Ki Kare testi; **Fisher's Exact Ki Kare testi; p<0,05						

Çocukların inhaler maske kullanımına ilişkin özelliklerinin tedavi uyumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması Tablo 4.19'da yer almaktadır. Buna göre tedavi uyumu iyi olan çocukların annelerinin %26'sının (n=19) önceden maske ile tedavi gördüğü ve çocukların %76,7'sinin (n=56) önceden maske ile tedavi gördüğü, belirlendi. Çocukların maskeye uyumu kabulünün %60,3'ünün (n=44) İyi, hafif dirençli olduğu bulundu.

Tedavi uyum durumu ile inhaler maske kullanımına ilişkin özellikler karşılaştırıldığında annenin önceden maske ile tedavi alma durumu, çocuğu önceden maske ile tedavi görme durumu ve çocuğun maskeye uyumu kabulü ile aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

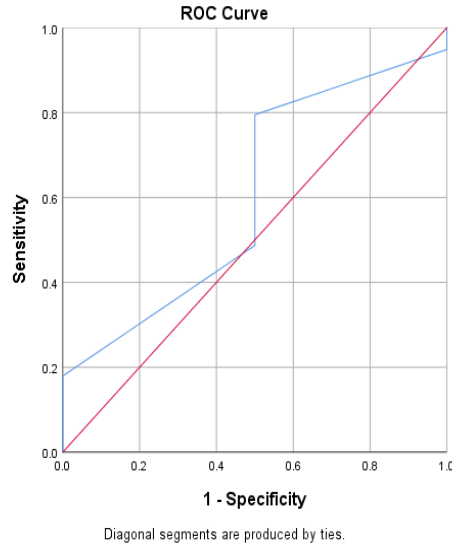
4.5. Maske Etkililik Formunun Katılımcı Özelliklerine göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

Bu bölümde çizgi film karakterli inhaler maske etkililik formunun katılımcı özelliklerine göre dağılımı ve karşılaştırılmasına ilişkin şekil, tablolar ve bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.20. Tedavi uyumunun ölçek puan ortalamaları ile karşılaştırılması

Ölçek	Tedavi uyumu
	p
Toplam	0,221
Bilgilendirme	0,121
Ailenin katılımı	0,101
İletişim	0,297
Teknik beceri	0,187
Duygusal gereksinimler	0,334
Genel memnuniyet	0,568
*Ki Kare testi; $p<0,05$ Ölçek= PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği	

Tablo 4.20’de çocukların tedavi uyumu ile PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği puanlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre ölçek toplam puan ile alt boyutları ile tedavi uyumu arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).



Şekil 4.2. Maske etkililik formunun özgüllük ve duyarlılık grafiği

Şekil 4.2’de çizgi film karakterli inhaler maske etkililik formunun özgüllük ve duyarlılık grafiği yer almaktadır. Buna göre eğrinin altında kalan alan (Area Under the Curve [AUC]) değeri= 0,5’tir. Çizgi film karakterli inhaler maske etkililik formunun eğri eşiği 0,603’tür. Form çizgi film karakterli inhaler maske etkililik formunun etkililiğini değerlendirmektedir. Puan arttıkça tedavi uyumu da artmaktadır.

Tablo 4.21. Maske etkililik formunun kesme noktasının dağılımı

Uyum değerleri	Duyarlılık	1 - Özgüllük	Özgüllük
30.0000	1.000	1.000	0.000
32.0000	0.949	1.000	-0.051
33.5000	0.795	0.500	0.295
34.5000	0.692	0.500	0.192
35.5000	0.487	0.500	-0.013
36.5000	0.179	0.000	0.179
38.0000	0.000	0.000	0.000
Özgüllük=Duyarlılık – (1-Özgüllük)			

Tablo 4.21’de çizgi film karakterli inhaler maske etkililik formunun kesme noktasının dağılımı yer almaktadır. Buna göre özgüllük değeri en yüksek 0,295 olarak belirlendikten sonra tedavi uyumu eşik değeri (kesme noktası) 33,5 olarak bulundu. Buna göre çizgi film karakterli inhaler maske etkililik formundaki maddelerden 33,5 ve

üzeri maddeye doğru cevap verenlerin çizgi film karakterli inhaler maskeyi etkili buldukları söylenmektedir.

Tablo 4.22. Maske etkililik formunun tedavi uyumu ve ölçek ile karşılaştırılması

Çizgi film karakterli inhaler maske etkililik formu	n	%	Tedavi uyumu	Ölçek
Etkili değil	9	22	0,332*	0,316*
Etkili	32	78		
TOPLAM	41	100		
<i>N=sayı; %=yüzde; *Ki Kare Testi; $p<0,05$ PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği</i>				

Çizgi film karakterli inhaler maske etkililik formunun tedavi uyumunu değerlendirme ve PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği ile karşılaştırılması Tablo 4.22’de yer almaktadır. Buna göre çizgi film karakterli inhaler maske etkililik formunda; %22’sinin (n=9) Etkili olmadığı, %78’inin (n=32) Etkili olduğu bulundu.

Çizgi film karakterli inhaler maske etkililik formunun tedavi uyumunu değerlendirme formu ve PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeği ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.23. Maske etkililik formunun tanımlayıcı özelliklere göre dağılımı

Özellikler		Maske etkililik				p
		İyi		İyi değil		
		Ort±Ss	Min-maks	Ort±Ss	Min-maks	
Çocuk yaşı		5,9±1,97	3-11	6,2±1,92	3-10	0,611*
Anne yaşı		34,7±7,15	23-47	37,7±6,39	29-48	0,262*
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kız	14	43,8	4	55,5	0,630***
	Erkek	18	56,2	5	44,5	
Okula gitme durumu	Evet ^a	20	62,5	9	100	0,029** a>b
	Hayır ^b	12	37,5	0	0	
Anne eğitim durumu	Okuryazar değil	4	12,5	3	33,3	0,255***
	Okuryazar	1	3,2	0	0	
	İlkokul/ortaokul/ilköğretim	15	46,8	4	44,5	
	Lise/kolej	8	25	1	11,1	
	Lisans/lisansüstü	4	12,5	1	11,1	
Uyruk	Tc	32	100	9	100	1,000*
	Yabancı uyruklu	0	0	0	0	
Toplam		32	100	9	100	
Ort. Ortalama; Ss= Standart sapma; min=minimum; maks= maksimum; med=medyan; n=sayı; %=yüzde *Ki Kare testi; **Fisher's Exact Ki Kare testi; ***Kruskal Wallis test; p<0,05						

Çizgi film karakterli inhaler maske etkililik formunun çocuk ve annelerin tanımlayıcı özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 4.23'te yer almaktadır. Çizgi film karakterli inhaler maske etkililiğinin iyi olduğu çocukların, cinsiyetlerinin %43,8'inin (n=14) kız olduğu, %56,2'sinin (n=18) erkek olduğu, %62,5'inin (n=20) okula gittiği, çocukların annelerinin, %12,5'inin (n=4) Okuryazar olmadığı, %3,2'sinin (n=1) Okuryazar olduğu, %46,8'inin (n=15) İlkokul/ortaokul/ilköğretim mezunu olduğu, %25'inin (n=8) Lise/kolej mezunu olduğu, %12,5'inin (n=4) Lisans/Lisansüstü mezunu olduğu, çocukların uyruklarının tamamının (n=32) Türkiye Cumhuriyeti olduğu bulundu.

Çizgi film karakterli inhaler maske etkililik formunun çocuk ve annelerin tanımlayıcı özellikleri ile karşılaştırıldığında, okula gitme durumu ile maske etkililiğini ile aralarında istatistiksel anlamlı farklılık bulundu (p=0,029). Bu anlamlılığın maske etkililiği iyi olan grupta okula gidenlerden kaynaklandığı (n=20) belirlendi.

Çizgi film karakterli inhaler maske etkililik formunun çocuk ve annelerin tanımlayıcı özellikleri ile karşılaştırıldığında çocuk yaşı, anne yaşı, cinsiyet, anne eğitim durumu ve uyrukları ile aralarında istatistiksel anlamlı farklılık ksaptnamadı (p>0,05).

Tablo 4.24. Maske etkililik formunun hastalık özelliklerine göre dağılımı

Özellikler		Maske etkililik				p
		İyi		İyi değil		
		Ort±Ss	Min-maks	Ort±Ss	Min-maks	
Son 1 yılda yatış sayısı		0,8±1,06	0-3	0,8±1,16	0-3	0,844*
		n	%	n	%	
Klinik adı	Çocuk servisi	18	56,2	5	55,6	0,630**
	Çocuk acil	14	43,8	4	44,4	
Kronik hastalık varlığı	Evet	24	75	6	66,6	0,680**
	Hayır	8	25	3	33,4	
Hastalık tipi	Konjenital	22	68,7	5	55,6	0,692**
	Edinsel	10	31,3	4	44,4	
Son 1 yılda hastaneye yatma durumu	Evet	13	40,7	4	44,4	1,000**
	Hayır	19	59,3	5	55,6	
Son 1 yılda hasta olma durumu	Evet	32	100	9	100	1,000**
	Hayır	0	0	0	0	
Daha önce aynı hastalığı geçirme durumu	Evet	27	84,3	7	77,7	0,637**
	Hayır	5	15,7	2	22,3	
Son 1 yılda geçirdiği hastalıklar	ASYE	22	68,7	7	77,8	0,504***
	Pnömoni	2	6,3	1	11,1	
	Bronşit	6	18,7	1	11,1	
	Atelektazi	0	0	0	0	
	Lomber pnömoni	2	6,3	0	0	
	Hastalık geçirmedi	0	0	0	0	
Tıbbi tanı	ASYE	14	43,7	5	55,6	0,366***
	Pnömoni	3	9,3	1	11,1	
	Astım	6	18,7	2	22,2	
	Bronşit	7	21,8	1	11,1	
	Atelektazi	0	0	0	0	
	Lomber pnömoni	2	6,5	0	0	
Toplam		32	100	9	100	
Ort. Ortalama; Ss= Standart sapma; min=minimum; maks= maksimum; med=medyan; n=sayı; %=yüzde *Ki Kare testi; **Fisher's Exact Ki Kare testi; ***Kruskal Wallis test; p<0,05						

Çizgi film karakterli inhaler maske etkililik formunun çocuğun hastalık özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 4.24'te yer almaktadır. Çizgi film karakterli inhaler maske etkililiğinin iyi olduğu grupta çocukların %56,2'sinin (n=18) çocuk servisi yatışlı olduğu, %75'inin (n=24) kronik hastalığının bulunduğu, %40,7'sinin (n=13) son 1 yılda hastaneye yatışının olduğu ve %84,3'ünün (n=27) daha önce aynı hastalığı geçirmiş olduğu bulundu.

Çizgi film karakterli inhaler maske etkililik formunun çocuğun hastalık özellikleri ile karşılaştırıldığında, son 1 yılda yatış sayısı, klinik adı, kronik hastalık varlığı, hastalık tipi, son 1 yılda hastaneye yatma durumu, son 1 yılda hasta olma durumu, daha önce aynı hastalığı geçirme durumu, son 1 yılda geçirdiği hastalıklar ve tıbbi tanı ile aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.25. Maske etkililik formunun tedavi özelliklerine göre dağılımı

Özellikler		Maske etkililik				p
		İyi		İyi değil		
		n	%	n	%	
Annenin önceden maske ile tedavi alma durumu	Evet	9	28,2	2	22,3	1,000*
	Hayır	23	71,8	7	77,7	
Çocuğu önceden maske ile tedavi görme durumu	Evet	26	81,2	7	77,7	1,000*
	Hayır	6	18,8	2	22,3	
Çocuğun maskeye uyumu kabulü	Oldukça iyi, maskenin çocuk tarafından hemen kabulü	11	34,3	0	0	0,054* *
	İyi, hafif dirençli	19	59,3	8	100	
	Orta, maskeye karşı direnme, mücadele	2	6,4	1	100	
	Zor, orta fiziksel zorlama gerekli	0	0	0	0	
n= sayı; %=yüzde *Fisher's Exact Ki Kare testi; ***Kruskal Wallis test; p<0,05						

Çizgi film karakterli inhaler maske etkililik formunun çocuğun inhaler maske özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 4.25'te yer almaktadır. Çizgi film karakterli inhaler maske etkililiği iyi olan gruptaki çocukların annelerinin %28,2'sinin (n=9) önceden

maske ile tedavi gördüğü ve %34,3'ünde (n=11) çocuğun maskeye uyumu ve kabulünün oldukça iyi olduğu belirlendi.

Çizgi film karakterli inhaler maske etkililik formunun çocuğun inhaler maske özellikleri ile karşılaştırıldığında, annenin önceden maske ile tedavi alma durumu, çocuğu önceden maske ile tedavi görme durumu ve çocuğun maskeye uyumu kabulü ile aralarında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA

Çalışmamızda ortalama yaşları 6,3 yaş olan 80 çocuk üzerinde çocuklarda inhaler tedavi uygulamalarında çizgi film kahramanlı maske kullanımının tedavi uyumuna ve ebeveyn memnuniyetine etkisi araştırıldı. Gruplar arasında çocuk ve anne yaşı, çocuğun cinsiyeti ve okula gitme durumu arasında istatistiksel anlamlılık olmadığı belirlenmiş olup gruplar homojen dağılım göstermekteydi.

Çocukluk çağında sıklıkla solunum sistemi hastalıkları ortaya çıkmaktadır. Özellikle yaş grubu küçüldükçe hastalık sıklığı artış göstermektedir (Camargos ve Watt, 2021). Çalışmamızda hastaların yatış sıklığının 1,4 olduğu ve sıklıkla ASYE oldukları bulundu. Solunum sistemi hastalığı ile hastaneye yatan 60 çocukla yapılan bir çalışmada yatış nedeninin %80'inden fazlasında enfeksiyon olduğu bildirilmiştir (Yanık ve Ayyıldız, 2019). Başka bir çalışmada ise 84'çocuk üzerinde inhaler tedavi korkusu çalışılmış olup çocukların hastaneye en az 1 kez yatış yaptıkları ve yatış nedenlerinin başında bronşit olduğu iletilmiştir (Kırkan, 2022). Bu bilgiler solunum sistemi hastalıklarının yaygın olduğunu desteklemektedir. Bu durum üzerine düşülmesi gerektiğini göstermektedir.

Solunum sistemi hastalıklarında tedavi yöntemleri arasında semptomatik ve/veya inhaler tedavi yer almaktadır (Little ve ark., 2013). Çalışmamızda tüm çocukların tedavisinde Salbutamol olduğu bunu ikinci veya üçüncü inhaler ilaçların izlediği belirlendi. Yapılan başka çalışmalarda ise salbutamolün sıklıkla kullanıldığı bildirilmiştir (Kırkan, 2022; Marques ve Vale, 2022). Bu bulgular çocuklardaki solunum sistemi hastalıklarının tedavilerinin benzer olduğunu göstermiştir.

Solunum sistemi hastalıkları sıklıkla ataklar şeklinde alevlenmekte olup, sık hastaneye başvuru veya yatış gerektirmektedir. Çalışmamızda kontrol ve müdahale grubundaki çocuk ve annelerin birbirine yakın oranlarda daha önce maske ile tedavi gördüğü bulunmuştur. Bununla birlikte Müdahale grubundaki çocukların maske uyumunun daha iyi olduğu belirlenmiştir. Yapılan benzer çalışmalarda da daha önce maske ile inhaler tedavi alan veya eğitim alan çocukların, maskeye uyumunun daha iyi olduğu bildirilmiştir (Kırkan, 2022; Koumpagioti ve ark, 2020).

Solunum sistemi hastalıklarında inhaler tedavide verilen eğitim aile ve çocuk sağlığı açısından oldukça önemlidir. Eğitim verilirken aileyle doğru ve anlaşılır bir iletişim kurularak aileyi tedaviye katarak ve empati yaparak onların duygusal gereksinimlerinin karşılanması eğitimden alınan ve tedaviden alınan memnuniyeti arttırmaktadır. Çalışmamızda müdahale grubundaki çocuk ve ailelerin tedaviye uyumu ve eğitimden alınan memnuniyetleri kontrol grubundaki çocuk ve annelerin memnuniyetinden daha yüksek bulunmuştur. Başka bir çalışmada inhaler ilaç kullanımına yönelik sağlık eğitiminin yalnızca bilişsel ve psikomotor becerileri değil, aynı zamanda inhalatörlerin doğru kullanımına etkili bir şekilde bağlı kalan hastaların; duygusal davranışları da geliştirdiğini bildirilmektedir (Hu ve ark., 2022). Eğitim, hastaların sağlıklı yaşam tarzını, yaşam kalitesini ve ilaç uyumunu iyileştirmek için önemli bir hastalık nedeni olduğunu fark etmelerini sağlar. Bu çalışmalar hemşire tarafından verilen inhaler ilaç kullanımı eğitiminin; müdahale grubunda hastaların etkin ilaç kullanımını artırarak, hastalık şiddeti ve dispne semptomlarını azalttığını göstermektedir. Bu objektif çıktıların yanı sıra; eğitiminin hastalara bire bir uygulamasının, hastalara geri bildirim verilmesinin, hastanın doğru uygulamayı yapana kadar uygulamayı tekrar etmesinin, hastanın kendini ifade edebilmesinin sağlanmasının ve hastanın semptomlarının azaldığını fark etmesinin inhaler ilaca olan güveni ve tedaviye olan inancını da arttırdığı düşünülmektedir. Bu nedenle bu eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması son derece önemlidir.

Solunum sistemi hastalıkları çocuklar arasında oldukça fazla görülen ve birçoğunda kronikleşen hastalıklar arasındadır. Çalışmamızda çocukların %85'inin kronik hastalığının olduğu ve %81,3'ünün son 1 yılda aynı hastalığı geçirdiği bunu doğrular niteliktedir. Başka bir çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde çocukların son bir 1 yılda geçirdiği hastalıkların başında ve tıbbi tanılarında ASYE olduğu iletilmiştir (Erkiş, 2022). Başka bir çalışmada da çocukların %78,8'inin daha önce hastaya yatma durumunun olduğu, %57,6'sının ASYE tanılı olduğu bulunmuştur (Özsamuri, 2020) Bu bulgular çalışmamıza benzer olduğunu göstermiştir. Bu bulgular hasta eğitiminde solunum sistemi hastalıklarına yönelik planlama ve uygulamaların sıklığının artırılması gerektiğini göstermektedir.

Inhaler tedavide istenilen etkinin gösterilmesi ve tedavinin etkili bir şekilde uygulanması için ebeveyn ve çocuğun katılımı önemlidir (Özel ve ark., 2015).

Tedavinin etkinliği ve çocuğa sağlayacağı klinik yararın optimum olması için, ebeveynin tedavi ve bakım süreçlerine katılması aile merkezli bakım modeli uygulanması oldukça önemlidir (Başbakkal ve ark., 2010). Hasta eğitiminde çocuklar kadar ebeveynlerin de eğitilmesi önemlidir. Ebeveynlerin eğitimini etkileyen unsurların başında eğitim düzeyleri gelmektedir. Eğitim düzeyindeki artışın bilginin alınıp işlenmesi ve günlük hayata geirilişinde önemi yadsınamaz. Çalışmamızda müdahale ve kontrol grubundaki hastaların çoğunluğu (%52,5) ilkokul mezunu olmakta eğitim düzeyi ile sağlık bakım memnuniyet arasında farklılık saptanmamıştır. Fakat eğitim düzeyi ile tedavi uyumu karşılaştırıldığında eğitim düzeyinin tedavi uyumunda anlamlı bir değişken olduğu görülmesiyle birlikte çelişkili bir şekilde ilkokul/ilköğretim/ortaokul düzeyinde daha yüksek bulunmuştur. İnhaler tedavi alan 99 çocuğa müzik dinletme, çizgi film izletme ve rutin bakımın uygulandığı bir çalışmada ebeveynlerin eğitim düzeylerinin çoğunlukla lisans ve üstü olduğu bulunmuş fakat tedaviye uyumu etkilemediği bildirilmiştir (zsamuri, 2020). Bu duruma sadece ebeveyn özelliklerinin etkili olmadığı buna daha önceki hastane deneyimi ya da çocuğa ilişkin özelliklerinde etkisi olduğu söylenebilir. Aynı zamanda bu grubun evdeki sağlık bakımı ve davranışları açısından yetersiz olduğu bu nedenle sık hastaneye yatış ve hastane uygulamalarına aşına olduğunu da düşündürmektedir.

Hasta eğitimi, tüm sağlık personellerinin görev ve sorumlulukları arasında yer alıyor olsa da hastaların bu eğitimi hemşirelerden alması hemşirelik bakım kalitesi göstergeleri arasında yer almaktadır (Lodewijckx ve ark., 2013). Hasta eğitimi tedaviye uyumun yanında ebeveyn memnuniyetini de etkilemektedir. Çalışmamızda eğitim ve tedavi sonrası ebeveynlere PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet leği uygulanmış olup, memnuniyet puanlarının müdahale grubunda 75,1 ve kontrol grubunda 69,8 olduğu bulunmuştur. Genel lek puanı anlamlı bulunmamasına rağmen bilgilendirme, ailenin katılımı, iletişim, teknik beceri ve duygusal gereksinimler alt boyutları anlamlı çıkmıştır. Turgut (2021) alışmasında çocuklara preoperatif dönemde çizgi film videolarının izletilmesinin çocukların anksiyete ve ağrı düzeyine ve ebeveyn memnuniyetine etkisini araştırmıştır. Buna göre sanal gerçeklik gözlükleri ile izletilen çizgi film videolarının anksiyeteyi düşürmede ve ağrıyı azaltmada etkili olduğu ve ebeveyn memnuniyetini artırmada faydalı bir yöntem olduğu saptanmıştır (Turgut, 2021). Çalışmamızda lek toplam puanının ve genel memnuniyet alt boyut puanının çalışma mdahalemizden değil hastaların genel hastane bakım hizmetlerinden

memnuniyetini gösterdiği düşünülmektedir. Tedavi uygulamaların maliyet etkin uygulamaların kullanılması önerilmekle birlikte söz konusu çocuk yaş grubu olunca tedaviye uyumu arttıracak uygulamaların da eklenmesi önerilmektedir (Taddeo ve ark., 2008; Ramsey ve ark., 2020 El-Rachidi ve ark., 2017). Çalışmamızda kullanılan çizgi film karakterli inhaler maske ile tedavi uygulaması tekrar tekrar kullanılabilmesi nedeniyle düşük maliyetli bir uygulamadır. Bunun yanı sıra araştırma sırasında yöntemin kullanımının, hemşirenin iş yükünü artırmadığı, zaman kaybına neden olmadığı, çocuklar tarafından da kolayca tolere edildiği gözlenmiştir. Bu nedenle iş yükünün yoğun olduğu birimlerde düşük maliyetle uygulanabilecek bir yöntem olması nedeniyle sağlık çalışanları tarafından tercih edilebileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda çizgi film karakterli maskeler ile verilen eğitimin %78 ile daha etkili ve okula gidenlerde etkisinin anlamlı olduğu belirlendi. Ayrıca çocuğun maskeye uyumunun, maskeyi etkili kullananlarda daha yüksek olduğu bulundu. Hendon ve Bohon (2008) yaptıkları randomize kontrollü deneysel çalışmada, hastanede yatan çocukların oyun ve müzik terapisi sırasındaki duygudurum farklılıklarını incelemişler, müzik terapisi oyun terapisi ile kıyaslandığında anlamlı düzeyde daha çok gülümsemeye yol açtığı saptanmıştır. 216 çocukta sözel anlatım ve video gösterimi ile yapılan inhaler eğitimin etkililiğinin ölçüldüğü bir çalışmada, dikkati başka yöne çekme yöntemlerinin etkili olduğu ve hasta eğitiminin önemi vurgulanmıştır (Özkars ve Kırık, 2019). İnhaler kullanım eğitiminin, 7-11 yaş aralığındaki 66 çocuğa, video tabanlı ve broşür verme yöntemleriyle değerlendirildiği bir çalışmada, iki yönteminde etkili olduğu ve eğitimlerin olarak beceri kazanılana kadar izlemlere devam edilmesi bildirilmiştir (Azak, 2019). Bunlar doğrultusunda hasta eğitiminin bireyselleştirilmiş ve yaşa uygun şekilde verilmesi gerektiği tekrarlanabilir. Özellikle çocuklarda oyun temelli eğitimlerin etkili olduğu söylenebilir (Licardo ve ark., 2023).

Hasta ve bakım verici eğitimi tedavi uyumunu arttırmakla birlikte iyileşme sürecine olumlu katkıda bulunarak yatış sürtesini kısaltmaktadır (Kim ve ark., 2021). Çalışmamızda müdahale grubundaki çocukların kontrol grubuna göre ortalama yatış sürelerinin daha kısa ve kronik hastalıklı çocuklarda yatışın daha uzun olduğu bunu doğrular niteliktedir. Ayrıca tedaviye uyumu iyi ve oldukça iyi olanlarda yatışın daha kısa olduğu bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada çocukların %37'sinin hastalık süresinin sıfır ay-üç ay olduğu ve %3'ünde kronik hastalık varlığı bildirilmiştir (Atmaca, 2019). Başka bir çalışmada ise çocukların yaklaşık yarısının bronşit tanılı olduğu ve ilk hastane

deneyimlerini yaşadıkları bildirilmiştir (Çatalca, 2014). Sonuçların farklı çıkmasında seçilen örneklemin etkili olduğu düşünülmektedir. Bu bilgiler ışığında hastalığın doğası gereği var olan iyileşme sürecine tedavi uyumunun önemli katkısı olduğu söylenebilir.

İnhaler tedavisi tüm dünyada solunum problemlerinde sıklıkla kullanılmaktadır (Şen ve ark., 2006). Özellikle çocuk hastalarda yanlış ve etkisiz kullanımı söz konusu olabilmektedir. Bu sorun hasta ve yakınlarının uygun şekilde eğitimi ve bilgilendirilmesiyle iyileştirilebilir. Çalışmamızda yaş grubunun ortalama 6 yaş olması ve eğitim düzeyleri düşünüldüğünde bir sorun olabilmektedir. Bu durumda inhaler kullanımına yönelik eğitimin bireyselleştirilmiş olması özellikle de yaşa uygun yeni tekniklerle birleştirilmiş olması önemlidir. Çalışmamızda bu anlamda standart bakıma karşın terapötik oyun kapsamında çizgi film karakterli inhaler maskeler kullanılarak bakım etkililiği ve tedaviye uyum değerlendirilmiştir.

Akut/kronik hastalıklar ve hastaneye yatış çocuklar için hoşla gitmeyen deneyimlerdir. Literatürde özellikle astım olmak üzere solunum sistemi sorunu olan çocuklarda ve ebeveynlerinde inhaler teknik ve becerinin sorgulandığı çalışmalar incelenmiştir. Bunlara göre yaş grubu, hastalık şiddeti, tedaviye uyum ve doğru inhaler verilme teknikleri açısından farklılıklar olduğu bildirilmiştir. Ayrıca çocuk yaş grubunda inhaler cihaz kullanımına yönelik eksikliklerin olduğu da bildirilmiştir (Emeksiz ve ark., 2022; Can ve ark., 2020). Çocuklar hastaneye yatışla birlikte olumsuz duygudurumlarla (anksiyete, korku vb.) karşılaşmaya kalmaktadırlar. Bu durumun ortadan kaldırılması veya en aza indirilmesinde terapötik oyun kavramının etkili bir yöntem olabilmektedir (Yayan ve Zengin, 2018). Bir çalışmada 6-12 yaş arası 65 çocukta terapötik oyunun cerrahi öncesi ve sonrası anksiyete ve korku düzeyine etkisinin incelenmiştir. Buna göre çocukların anksiyete (49,1 puandan 31,5 puana) ve korku (69,7 puandan 38,9 puana) düzeylerinin terapötik oyun öncesine göre anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir (Zengin ve ark., 2021). Başka bir çalışmada, 3-6 yaş arasında 60 çocuğa aşı esnasında terapötik oyunun uygulandığı bir çalışmada oyun grubunda sakinlik hali ve iş birliğinin ve kontrol grubunda ağlama ve korku davranışlarının gözlemlendiği bildirilmiştir (Pentos ve ark., 2015). 3-12 yaş arası çocuklara kan alma işlemi esnasında terapötik oyun uygulandığı bir çalışmada ise terapötik oyunun ağrı ve anksiyeteyi azalttığı bildirilmiştir (Lemos ve ark., 2016). Bu çalışmalar

ışığında terapötik oyunun aile merkezli bakım ve travmatik bakımın içine dahil edilmesi gerektiği söylenebilir.

Pulmoner hastalıkların tedavisinde inhalasyon yoluyla kullanılan aerosol ilaçların, oral ve parenteral yollarla karşılaştırıldığında avantajları bulunmaktadır (Şen ve ark., 2006). Çalışmamızda tüm hastalarda salbutamolün kullanıldığı bunu ibrabulün izlediği belirlenmiştir. Astımlı ortalama yaşları 9,3 yaş olan 100 çocuk ve ebeveyninde düzenli ilaç kullanımı ve inhale teknik becerilerinin değerlendirildiği bir çalışmada, katılımcıların %73'ünün uzun süreli astım kontrol ilaçlarını düzenli olarak kullandığı bildirilmiştir (Can ve ark., 2020). Hastalar için kullanılan nebulizasyon yöntemlerinin kendi avantajları ve dezavantajları vardır (Şen ve ark., 2006). Çalışmamızda standart ilaç hazneli pediatrik nebül maske kullanılmıştır. Bu maskelerde özellikle çocuk yaş grubu söz konusu olduğunda hasta iş birliği ve koordinasyon gerekli ve kullanımı zordur. Burada terapötik oyun gibi uygulamaların devreye girmesi gerekmektedir. Semptom ve hastalık kontrolünde inhale tekniği, ilaç uyumu, hasta eğitimi ve motivasyon gibi faktörler önemlidir (Şen ve ark., 2006). Çalışmamızda her iki grupta da inhale işlem öncesi bilgilendirme yapılmış olup, tedaviye uyumlarına bakıldığında müdahale grubunun tedaviye uyumunun daha iyi olduğu bulunmuştur. Bir çalışmada, ortalama yaşları 9,3 yaş olan astım tanılı 100 çocuk ve ebeveyninde düzenli ilaç kullanımı ve inhale teknik becerilerinin değerlendirildiği bir çalışmada, tedaviye uyum göstermeyen hastaların yaş ortalaması 10,2 olduğu bildirilmiştir (Can ve ark., 2020). Terapötik oyunun dahil edildiği tedavilerde çocukların tedavi uyumlarının daha iyi olduğu ve bu durumun hemşirelerin iş yükünü azalttığı ve ebeveyn memnuniyetini arttırdığı söylenebilir.

5.1. Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Bu çalışma, inhaler tedavi uygulamalarında terapötik oyun kullanımını desteklemek için çizgi film kahramanlı maske kullanımını araştıran ilk randomize kontrollü çalışma olmakta ve terapötik oyunun bu alanında kanıt temelini oluşturmaktadır.

Çalışmanın sonucunda hastaların yatış süresinin müdahale grubunda daha kısa olmasının, maliyet etkililik başta olmak üzere hastane protokollerine terapötik oyunun eklenmesi için önemli bir kanıt niteliğinde olması güçlü yönlerinden birisidir.



6. SONUÇ, ÖNERİLER VE TOPLUMA KATKI

Çalışma sonucunda;

- Gruplar arasında çocukların ve annelerinin bireysel özellikleri açısından istatistiksel anlamlı farklılık olmadığı,
- Kontrol grubunda ortalama yatış süresi 2 gün iken müdahale grubunda 1 günden az bulunduğu,
- Müdahale grubunun son 1 yılda hastaneye yatış oranı %41,5 olup %82,9'unun aynı şikayetle yattığı ve %70,7'sinin alt solunum yolu enfeksiyonu tanısı ile hastaneye yattığı,
- Kontrol grubunun son 1 yılda hastaneye yatış oranı %74,3 olup %79,4'ünün aynı şikayetle yattığı ve %59'unun alt solunum yolu enfeksiyonu tanısı ile hastaneye yattığı,
- Hastaların büyük çoğunluğunun çocuk servisinde yatış yaptığı,
- Müdahale grubunun %65,9'unda solunum sistemi hastalığının konjenital olduğu kontrol grubunun ise %66,7'sinin edinsel olduğu,
- Çocukların tümünün tedavisinde Salbutamol'ün yer aldığı,
- Müdahale grubundaki çocukların %80,5'inin ve kontrol grubundaki çocukların %76,9'unun daha önceden inhaler maske kullanım deneyiminin olduğu,
- Müdahale grubundaki çocukların %65,9'unun ve kontrol grubunun %53,82inin maskeye uyumunun iyi olduğu,
- PedsQL Sağlık Bakımı Memnuniyet Ölçeğinden müdahale grubundaki çocukların 78,3 puan ve kontrol grubundaki çocukların 68,1 puan aldıkları,
- Çocuğun maskeye uyumları %60'ında (n=48) tedaviye uyumun iyi, hafif dirençli olduğu,
- Müdahale grubundaki çocukların ortalama yatış sürelerinin $4,5 \pm 5,14$ olduğu, kontrol grubundaki çocukların yatış sürelerinin $7,1 \pm 1,48$ olduğu,

- Çocukların tedavi uyumlarına bakıldığında müdahale grubunun %95,1'inin ve kontrol grubunun %87,2'sinin tedavi uyumlarının iyi olduğu,
- Müdahale grubunun %78'inde çizgi film karakterli inhaler nin etkili olduğu,
- Maske etkililiğinin iyi olduğu çocukların %75'inin kronik hastalığının olduğu ve yaklaşık yarısının son 1 yılda hastaneye en az 1 kez yatışının olduğu bulundu.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin hastaneye yatan çocuklarda terapötik oyunu tedavi ve bakımlarının bir parçası olarak kullanmaları gerektiği,
- İnhaler maske kullanımı öncesi çocuk ve ailenin bireysel özellikleri kadar tıbbi geçmişlerinin de göz önüne alınması gerektiği,
- İşlem öncesi çocuğun bilgilendirilmesi ve sonrasında duygu ve düşüncelerinin sorulması gerektiği,
- Çocuğun işleme hazırlık aşamasının daha uzun tutulması gerektiği,
- Çocuk ve aile merkezli bakım yaklaşımının benimsenerek bakımın planlanması gerektiği,
- Hemşirelerin terapötik oyun ve bakım konulu yaklaşımlarının bilimsel kanıtlarla desteklenmesi gerektiği önerilebilir.

KAYNAKÇA

Akçalı, S., Yılmaz, N., Güler, Ö., Şanlıdağ, T., & Anıl, M. (2013). Alt solunum yolu enfeksiyonu olan çocuklarda solunum yolu viral etkenlerinin sıklığı. *Türk Pediatri Arşivi*, 48(3), 215-20. <https://doi.org/10.4274/tpa.493>.

Akşit, S. (2002). Akut Solunum Yolu Enfeksiyonları – 1. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 11(4), 132- 5.

Atmaca E. (2019). Çocuk hastalarda doğru inhaler kullanımında hemşire tarafından ebeveynlere verilen eğitimin etkinliği. (Danışman: Doç. Dr. Dilek Ergin). Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa.

Aydemir, Y. (2018). Astım, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Fibrozis Hastalıklarının Karşılaştırmalı Klinik Farmakolojisi. *Türkiye Klinikleri J of Pharmacol-Special Topics*, 6(2), 118-25.

Aydın, D., Karaca Çiftçi, E., Kahraman, S., & Şahin, N. (2015). Solunum Yolu Enfeksiyonu Geçiren Çocuklarda Annelerin Alternatif Tedavi Uygulamaları. *The Journal of Pediatric*, 2(4), 212-7. <https://doi.org/10.4274/jpr.19483>.

Aykanat, B., & Gözen, D. (2014). Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 683- 69.

Azak, M. (2018). Astımlı Çocuklarda Ölçülü Doz İnhaler Kullanımına Yönelik Eğitimin Astım Kontrolü ve Yaşam Kalitesine Etkisi. (Danışman Dr. Öğr. Üyesi Birsen Mutlu). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul

Balan, R., Bavdekar, S.B., & Jadhav, S. (2009). Can Indian classical instrumental music reduce pain felt during venepuncture?, *Indian Journal of Pediatrics*, 76, 469–473.

Başbakkal, Z., Sönmez, S., Şen, N., & Esenay, F. (2010). 3-6 yaş grubu çocukların hastaneye yatışa karşı davranışsal tepkileri konusunda verilen eğitimin annelerin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(4), 59-65.

Beasley, R., Semprini, A., & Mitchell, E.A. (2015). Risk factors for asthma is prevention possible. *National Library of Medicine*, 386(9998), 1075–1085. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00156-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00156-7).

Berkowitz, B. (2016). The Patient Experience and Patient Satisfaction: Measurement of a Complex Dynamic. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 21(1), 1-8. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol21No01Man01>

Boe, J., Dennis, J.H., O'Driscoll, B.R., Bauer, T.T., Carone, M., Dautzenberg, B., et al. (2001). Guidelines prepared by a European Respiratory Society Task Force on the Use of Nebulizers. *European Respiratory Journal*, 18(1), 228-242.

Boucher, S., Downing, J., & Shemilt, R., (2014). The Role of Play in Children's Palliative Care. *Children*, 1(3), 302-317.

Bsiri-Moghaddam, K., Basiri-Moghaddam, M., Sadeghmoghaddam, L., & Ahmadi, F. (2011). The concept of hospitalization of children from the view point of parents and children. *Iran J Pediatr*. 21(2), 201-8.

Bush, A. (2008). COPD: a pediatric disease. *COPD*, 5(1), 53-67. doi: 10.1080/15412550701815965.

Büyük Tural, E., & Bolışık, B., (2015). Preoperatif Eğitim ve Terapötik Oyunun Çocukların Kaygı, Korku ve Ağrıya Etkisi. *Çocuk Cerrahisi Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 78-85.

Calderaro, A., Buttrini, M., Farina, B., Montecchini, S., De Conto, F., Chezzi, C. (2022). Respiratory Tract Infections and Laboratory Diagnostic Methods: A Review with A Focus on Syndromic Panel-Based Assays. *Microorganisms*. 10(9), 1856. doi: 10.3390/microorganisms10091856.

Caleffi, C.C., Rocha, P.K., Anders, J.C., Souza, A.I., & Burciaga, V.B. (2016). Contribution of Structured Therapeutic Play in A Nursing Care Model For Hospitalised Children. *Revista Gaucha De Enfermagem*, 37(2), E58131-E58131.

Camargos, P. & Watts, K.D. (2021). Inequalities and Inequities in Pediatric Respiratory Diseases. *Pediatr Clin North Am*. 68(1), 293-304. doi: 10.1016/j.pcl.2020.09.017.

Campos, M.C., Rodrigues, K.C.S., & Pinto, M.C.M. (2010). Evaluation of the Behavior of The Preschool One Just Admitted in the Unit Of Pediatrics and The Use of The Therapeutic Toy. *Einstein (São Paulo)*, 8(1), 10-17.

Can, C., Akkelle, E., Gökmirza Özdemir, P., Yazıcıoğlu, M., & Süt, N. (2020). Assessment of regular drug use and inhaler technique skills in asthmatic children. *Allergol Immunopathol*. 48(2), 124-129. doi: 10.1016/j.aller.2019.06.009.

Cashat, M., Morales, J. J., & Mendoza, M. (2005). Respiratory tract infections in children in developing countries. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases*, 16(2), 84-92. <https://doi.org/10.1053/j.spid.2005.12.05>.

Çatalca, N. (2014). Annelerin İnhaler İlaç Uygulamaları Hakkındaki Bilgi Düzeylerini Etkileyen Faktörler. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hülya Karataş). Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa.

Çavuşoğlu, H. (2008). Hastaneye yatmanın çocuk ve aile üzerindeki etkileri. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği Dergisi* Ankara: Sistem Ofset.

Çelik, S., Baş, B.K., Korkmaz, Z.N., Karaşahin, H., & Yıldırım, S. (2018). Hemşirelerin ağrı yönetimi hakkındaki bilgi ve davranışlarının belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14, 17-23.

Cengiz, G. (2020). Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu ile Hastanede Yatan Çocuklarda Solunum Panelinde Multipleks Polimeraz Zincir Reaksiyonu Yöntemi ile Viral Etkenlerin Taranması. Kartal Dr. Lütfü Kırdar Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Ceylan, E., Akkoçlu, A., Ergör, G., Yıldız, F., & İtil, O. (2008). Astımlı hastaların inhaler kullanımı ve cihaz tercihleri= Doğru uygulama için eğitimin rolü. *Solunum*, 10(1), 40-7.

Çimke, S. (2013). Annelerin hastanede yatan çocuğun bakımına katılma ve memnuniyet durumları. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim dalı Yüksek Lisans tezi, Kayseri

Cohen J. (1992) *Statistical Power Analysis. Current Directions in Psychological Science*, 1(3), 98- 101.

Conk, Z., Başbakkal, Z., Bal Yılmaz, H., & Bolışık, B., (2013). *Pediatric Hemşireliği*, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

Constable, P.D., Hinchcliff, K.W., Done, S.H., & Grünberg, W. (2017). Diseases of the Respiratory System. *Veterinary Medicine*, 845-1090. <https://doi.org/10.1016/B978-0-7020-5246-0.00012-7>.

Coşkuntürk, A.E., & Gözen, D. (2018). The effect of interactive therapeutic play education program on anxiety levels of children undergoing cardiac surgery and their mothers. *J Perianesth Nurs.* 33, 81e789.

Derleyen Taşkın, B., (2018). Pediatri Servisinde Yatan Çocuklara Periferik Damar Yolu Açma İşlemi Öncesinde Uygulanan Terapötik Oyun Yönteminin

Anksiyete ve Korku Üzerine Etkisi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Doğan, A. (2010). Dünyada ve Türkiye’de Kronik Solunum Hastalıklarının Epidemiyolojisi. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 13, 10-6.

Durak, H. (2019). Çocuklarda İnhaler İlaç Uygulaması Sırasında Çizgi Film İzletme ve Oyun Kartı Kullanımının Fizyolojik Parametreler ve Korku Düzeyine Etkisi. İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

El-Rachidi, S., LaRochelle, J.M., & Morgan, J.A. (2017). Pharmacists and Pediatric Medication Adherence: Bridging the Gap. *Hosp Pharm.* 52(2), 124-131. doi: 10.1310/hpj5202-124.

Emeksiz, Z.Ş., Tehçi, A.K., Yiğit, M., Alan Tech, B., & Dibek Mısırlıoğlu, E. (2022). Evaluation of Pediatric Residents’ Knowledge Levels on Inhaler Techniques Used in Asthma Treatment and the Effect of Education on the Level of Knowledge. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 16, 425-431. DOI: 10.12956/tchd.1125485

Emik, K.Y. & Önal, A.E. (2019). 2009-2016 Yıllarında Türkiye'deki Ölümlerin Epidemiyolojik Yönden İncelenmesi ve Ölüm Bildirim Sisteminin Önemi. *İstanbul Tıp Fakültesi*, 82(3), 25-26.

Erdinç, M. (2002). Nebülizatör ile tedavide etkinliği belirleyen faktörler. *Toraks Dergisi*, 3, 14- 20.

Erkiş, A. (2022). İnhaler tedavi alan çocuklarda kukla ve stres balonu uygulamasının çocukların anksiyete düzeyine etkisi. Haliç Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı, İstanbul.

Ferreira, D.C., Vieira, I., Pedro, M.I., Caldas, P., & Varela, M. (2023). Patient Satisfaction with Healthcare Services and the Techniques Used for its Assessment: A Systematic Literature Review and a Bibliometric Analysis. *Healthcare (Basel)*, 11(5), 639. doi: 10.3390/healthcare11050639.

Ganguly, D., Paramesh, H., Gupta, K.B., Kumar, T.M., Motiani, P.D., Shankar, P.S., et al. (2022). Indian Guidelines on Nebulization Therapy. *Indian J Tuberc.* 69(1), 1-191. doi: 10.1016/j.ijtb.2022.06.004.

Genç Özkan, Ç. & Kara Kaşıkçı, M. (2015). Ölçülü Doz İnhaler Kullanımı ve Hasta Eğitim Sürecinin Yönetilmesinde Hemşirenin Rolü. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3), 355- 362. <https://doi.org/10.17681/hsp.34005>

Ghabeli, F., Moheb, N., & Nasab, S.D.H. (2014). Effect of Toys and Preoperative Visit on Reducing Children's Anxiety and Their Parents Before Surgery and Satisfaction with the Treatment Process. *Journal Of Caring Sciences*, 3(1), 21.

Gibson, G. J., Loddenkemper, R., Sibille, Y., & Lundback, B. (2013). The European Lung White Book= Respiratory Health and Disease in Europe. *European Respiratory Society*, 42, 559–563.

Godino-Iáñez, M.J., Martos-Cabrera, M.B., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J.L., Vargas-Román, K., Membrive-Jiménez, M.J., ve ark. (2020). Play Therapy as an Intervention in Hospitalized Children: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*. 8(3), 239. doi: 10.3390/healthcare8030239.

Gülen, F., Yıldız, B., Çiçek, C., Demir, E., & Tanaç, R. (2014). Çocukluk çağı solunum yolu enfeksiyonlarında etken virüslerin mevsimsel dağılımının 10 yıllık geriye dönük değerlendirmesi. *Türk Pediatri Arşivi*, 49, 42-6.

Güner Oğuz, Y., (2020). Kronik Hasta Çocuklarda Terapötik Hikâyenin Kullanımı. *İzlek Akademik Dergi*, 3, 17—33.

Hacıevliyagil, S.S., Arıkan, Ö.Ö., & Günen, H. (2005). Hastaların İnhaler İlaçları Kullanma Becerileri. *HUJPHARM*, 2, 51-60.

Hendon, C. & Bohon, L.M. (2008). Hospitalized children's mood differences during play and music therapy. *Child Care Health Dev*, 34(2), 141-4. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2007.00746.x>

Heyn, L.G., Løkkeberg, S.T., Ellington, L., van Dulmen, S., & Eide, H. (2023). Understanding the role of positive emotions in healthcare communication - A realist review. *Nurs Open*, 10(6), 3447-3459. doi: 10.1002/nop2.1604.

Hu, W., Li, T., Cao, S., Gu, Y., & Chen, L. (2022). Influence of Nurse-Led Health Education on Self-Management Ability, Satisfaction, and Compliance of Elderly Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Based on Knowledge, Belief, and Practice Model. *Comput Math Methods Med*, 1782955.

İnal, S. & Canbulat, N. (2015). Çocuklarda işlemsel ağrı yönetiminde dikkati başka yöne çekme yöntemlerinin kullanımı. *Güncel Pediatri Dergisi*, 13(2), 116-21.

İnal, S. & Kelleci, M. (2012). Distracting children during blood draw Looking through distraction cards is effective in pain relief of children during blood draw. *International Journal of Nursing Practice*, 18(2), 210-219.

İnci, R. & Günay, U. (2019). Pediatri Hemşirelerinin Terapötik Oyuna Yönelik Bilgi, Görüş ve Uygulamalar. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 547-551.

Karaaslan, F. (2019). Üst ve Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu ile Çocuk Acilde İzlenen Hastalarda Viral Solunum Paneli ile Etkenlerin Araştırılması. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Karaca, A. & Durna, Z. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nurs Open*, 6(2), 535-545. doi: 10.1002/nop2.237.

Kavlu, B. (2021). 10-18 Yaş Grubu Astımlı Çocuklara Verilen Eğitimin Astım Öz Yeterliliğine Etkisi. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak.

Keçe, Y. (2017). Evde nebulizatör kullanacak çocuklara ve/veya bakım vericilerine uygulanacak eğitim programının etkisinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Khairnar, S.V., Jain, D.D., Tambe, S.M., Chavan, Y.R., & Amin, P.D. (2022). Nebulizer systems: a new frontier for therapeutics and targeted delivery. *Ther Deliv*, 13(1), 31-49. doi: 10.4155/tde- 2021-0070.

Kim, H.J., Shim, Y.S., Park, K.H., Lee, C.N., Jung, S., Yoon, S.J., ve ark. (2021). Impact of an Education Program for Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease on Treatment Discontinuation and Compliance in Korea. *J Clin Neurol*, 17(3), 368-375. doi: 10.3988/jcn.2021.17.3.368.

Kıran, B., Çalık, E. & Esenay F., (2013). Terapötik Oyun= Hasta Çocuk ile İletişimin Anahtarı. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 1-10.

Kırkan, Ç. (2022). Oyuncak nebülizatör ve oyuncak maske kullanılarak uygulanan terapötik oyunun çocuğun korku ve anksiyete düzeyine etkisi. *Çocuk Hemşireliği Dergisi*, 73, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.10.033>

Kocabaş, A., Atış, S., Çöplü, L., Erdinç, Ç., Ergan, B., Gürgün, A., ve ark. (2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Koruma, Tanı ve Tedavi Raporu. *Türk Thorac J*, 5(suppl 2), 19–25.

Koukourikos, K., Tzeha, L., Pantelidou, P., & Tsaloglidou, A., (2015). The Importance of Play During Hospitalization of Children. *Materia Socio-Medica*, 27(6), 438-441

Koumpagioti, D., Boutopoulou, B., Priftis, K.N., & Douros, K. (2020). Effectiveness of an educational program for children and their families on asthma control treatment adherence. *J Asthma*, 57(5), 567-573. doi: 10.1080/02770903.2019.1585873.

Kuğuoğlu, S. & Kürtüncü Tanır, M. (2006). Gelişim dönemlerine göre oyunun terapötik kullanımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 22(1), 293-304.

Kwok, P.C.L. & Chan, H.K. (2014). Delivery of inhalation drugs to children for Asthma and other respiratory diseases”, *Advanced Drug Delivery Reviews*, 73(23), 83-88.

Laube, B.L. (2005). The expanding role of aerosols in systemic drug delivery, gene therapy and vaccination. *Respiratory Care*, 50, 1162-1176.

Légaré, F., Adekpedjou, R., Stacey, D., Turcotte, S., Kryworuchko, J., Graham, I.D., ve ark. (2018). Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 7(7), CD006732. doi: 10.1002/14651858.CD006732.pub4.

Lemos, I.C.S., Gomes da Silva, L., de Araújo Delmondes, G., Brasil, A.X., Santos, P.L.F., Gomes, E.B., ve ark. (2016). Therapeutic play use in children under the venipuncture = A strategy for pain reduction. *American Journal of Nursing Research*, 4(1), 1–5. <https://doi.org/10.12691/ajnr-4-1-1>.

Li, W.H., Chung, J.O.K., Ho, K.Y. & Kwok, B.M.C. (2016). Play Interventions To Reduce Anxiety and Negative Emotions in Hospitalized Children. *BMC Pediatrics*, 16(1), 1-9

Licardo, M., Mezak, J. & Gencel, I.E. (2023). Teaching for the Future in Early Childhood Education. University of Maribor University Pres. DOI:10.18690/um.pef.2.2023 <http://press.um.si/index.php/ump/catalog/book/760>

Lima, K.Y.N.D. & Santos, V.E.P. (2015). Play As A Care Strategy For Children With Cancer. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 36(2), 76-81

Little, P., Moore, M., Kelly, J., Williamson, I., Leydon, G., McDermott, L., ve ark. (2013). PIPS Investigators. Ibuprofen, paracetamol, and steam for patients with respiratory tract infections in primary care: pragmatic randomised factorial trial. *BMJ*, 25, 347, f6041. doi: 10.1136/bmj.f6041.

Lodewijckx, C., Sermeus, W., Panella, M., Deneckere, S., Leigheb, F., Troosters, T., ve ark. (2013). Quality indicators for in-hospital management of exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: results of an international Delphi study. *J Adv Nurs*. 69(2), 348-62.

Maia, E.B.S., Ribeiro, C.A., & Borba, R.I.H.D. (2011). Understanding Nurses' Awareness as to the Use of Therapeutic Play in Child Care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 839-846.

Marques, L. & Vale, N. (2022). Salbutamol in the Management of Asthma: A Review. *Int J Mol Sci*, 23(22), 14207. doi: 10.3390/ijms232214207.

Mart, M.F., Sendagire, C., Ely, E.W., Riviello, E.D. & Twagirumugabe, T. (2022). Oxygen as an Essential Medicine. *Crit Care Clin*. 38(4), 795-808. doi: 10.1016/j.ccc.2022.06.010.

McCracken, L., Veeranki, S.P., Ameredes, B.T. & Calhoun, W.J. (2017). Diagnosis and management of Asthma in adults: a review. *JAMA*, 318(3), 279–290. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.8372>.

Merayo-Sereno, B., Fernández-Rivas, A., de Oliveira-Silva, K.L., Sánchez-Andérez, F., Sesma-Pardo, E., Vivanco-Gonzalez, E., ve ark. (2023). The experience of parents faced with the admission of their adolescent to a child and adolescent psychiatric inpatient unit. A qualitative study with focus groups. *Curr Psychol* 42, 6142–6152. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01901-6>

Mirici, A., Meral, M., Akgün, M., Sağlam, L. & İnandı, T. (2001). İnhalasyon tekniklerine hasta uyumunu etkileyen faktörler. *Solunum Hastalıkları*, 12, 13-21.

Moore, E.R., Bennett, K.L., Dietrich, M.S. & Wells, N. (2015). The Effect of Directed Medical Play on Young Children's Pain and Distress During Burn Wound Care. *J Pediatr Health Care*. 29(3), 265-73. doi: 10.1016/j.pedhc.2014.12.006.

Morice, A.H., Millqvist, E., Bieksiene, K., Birring, S.S., Dicpinigaitis, P., Domingo Ribas, C., ve ark. (2020). ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children. *Eur Respir J*. 55(1), 1901136. doi: 10.1183/13993003.01136-2019.

Muller, T., Muller, A., Hubel, C., Knipel, V., Windisch, W., Cornelissen, C.G., ve ark. (2017). Optimizing inhalation technique using web-based videos in obstructive lung diseases. *Respir Med*, 129, 140-4.

Mutlu, B. & Balcı, S. (2010). Asthma in Children= Risk Factors, Clinical Features and Prevention. *TAF preventive medicine bulletin*, 9(1), 79-86.

Nabors, L. & Kichler, J. (2015). Play therapy with children experiencing medical illness and trauma. *Handbook of Play Therapy*. Hoboken: Wiley & Sons, Inc.

Ortiz-Quintero, B., Martínez-Espinosa, I. & Pérez-Padilla, R. (2022). Mechanisms of Lung Damage and Development of COPD Due to Household Biomass-Smoke Exposure: Inflammation, Oxidative Stress, MicroRNAs, and Gene Polymorphisms. *Cells*, 12(1), 67. doi: 10.3390/cells12010067.

Özçeker, D. & Tamay, Z. (2016). Çocuklarda Astım Atak Tedavisi. *Çocuk Dergisi*, 16(3-4), 43- 52.

Özel, F., Gündüzoğlu, N.Ç. & Akyol, A. (2018) KOAH ve Astımlı Hastaların İnhalasyon Cihazlarını Kullanma Becerileri ve Memnuniyet Durumları. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3, 266–271.

Özer, A., Gürkan, A. C., & Ramazanoğlu, O. (2006). Oyunun çocuk gelişimi üzerine etkileri. Fırat Üniversitesi Doğu Araştırmaları Dergisi, 4(3), 54-57.

Özkan, E.A & Vural, D.G. (2021). Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Nedeniyle Hastaneye Yatan Çocuklarda Saptanan Viral Etken Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi, 28(3), 335-341. DOI: 10.5505/vtd.2021. 13471

Özkars, M.Y. & Kırık, S. (2019). Which Method is More Effective in Aerochamber Training in Pediatric Age Group? Dicle Tıp Dergisi, 46(1), 85-90.

Özsamuri, G. (2020). Maske ile İnhaler İlaç Uygulanan 3-6 Yaş Grubu Çocuklarda Müzik Dinletmenin ve Çizgi Film İzletmenin Hissedilen Korku, Anksiyete ve Fizyolojik Parametrelere Etkisinin Belirlenmesi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Pekcan, S. (2015). Çocuklarda İnhaler Uygulamaları. Solunum Dergisi, 14(2), 63-72.

Pelit, S., Bayraktar, B., Karabulut, N.D. & Nuhoğlu, A. (2015). Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Olan Çocuk Hastalarda Viral Etkenlerin İmmunofluoresan ve İmmunokromatografik Yöntemler ile Araştırılması. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 49(2), 119-121 DOI: 10.5350/SEMB.20141103060041

Perasso, G., Camurati, G., Morrin, E., Dill, C., Dolidze, K., Clegg, T., ve ark. (2021). Five Reasons Why Pediatric Settings Should Integrate the Play Specialist and Five Issues in Practice. Front Psychol. 12, 687292. doi: 10.3389/fpsyg.2021.687292.

Pontes, J.E.D., Tabet, E., Folkmann, M.Á. dos S., Cunha, M.L. da R., & Almeida, F. de A. (2015). Therapeutic play= preparing the child for the vaccine. Einstein (São Paulo), 13(2), 238–242. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015AO2967>

Rakel, R.E. & Rakel, D.P. (2007). Textbook of Family Medicine E-Book. Texas: Saunders Elsevier Health Sciences.

Ramsey, R.R., Plevinsky, J.M., Kollin, S.R., Gibler, R.C., Guilbert, T.W. & Hommel, K.A. (2020). Systematic Review of Digital Interventions for Pediatric Asthma Management. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 8(4), 1284-1293. doi: 10.1016/j.jaip.2019.12.013.

Ravindra, K., Sokhi, R. & Van Grieken, R. (2008). Atmospheric polycyclic aromatic hydrocarbons= source attribution, emission factors and regulation. *Atmos Environ*, 42(13), 2895–2921. <https://doi.org/10.1016/j.atmosenv.2007.12.010>.

Ray, A., Oriss, T.B. & Wenzel, S.E. (2015). Emerging molecular phenotypes of asthma. *Am J Phys Lung Cell Mol Phys*, 308(2), L130–L140. <https://doi.org/10.1152/ajplung.00070.2014>.

Schwartz, U., Llamazares Prada, M., Pohl, S.T., Richter, M., Tamas, R., Schuler, M., ve ark. (2023). High-resolution transcriptomic and epigenetic profiling identifies novel regulators of COPD. *EMBO J*, 42(12), e111272. doi: 10.15252/embj.2022111272.

Şen, E., Gönüllü, U., Ekici, Z. & Kurşun, N. (2006). Assessment of inhaler technique and treatment compliance of hospitalized patients and outpatients in a university hospital. *J Ankara Univ Fac Med*, 59, 1-6.

Serebrisky, D. & Wiznia, A. (2019). Pediatric Asthma: A Global Epidemic. *Ann Glob Health*. 85(1), 6. doi: 10.5334/aogh.2416.

Shi, T., McLean, K., Campbell, H. & Nair, H. (2015). Aetiological role of common respiratory viruses in acute lower respiratory infections in children under five years= a systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*, 5(1), 010408 <https://doi.org/10.7189/jogh.05.010408>.

Shukla, S.D., Vanka, K.S., Chavelier, A., Shastri, M.D., Tambuwala, M.M., Bakshi, H.A., ve ark. (2020). Chronic respiratory diseases= An introduction and need for novel drug delivery approaches, 1-31. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-820658-4.00001-7>.

Silva, S.G.T.D., Santos, M.A., Floriano, C.M.D.F., Damião, E.B.C., Campos, F.V.D., & Rossato, L.M. (2017). Influence of Therapeutic Play on The Anxiety of Hospitalized School- Age Children= Clinical Trial. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 70(6), 1244-1249.

Şimşekli Bakırhan, D. & Akkuş, Y. (2023). The effects of inhaler training on self-efficacy in chronic obstructive pulmonary disease patients. *J Nursology*, 26(1), 9-17. doi: 10.5152/JANHS.2023.221939.

Soriano, J.B., Kendrick, P.J., Paulson, K.R., Gupta, V., Abrams, E.M., Adedoyin, R.A., ve ark. (2020). Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990–2017= a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017, *The Lancet Respiratory Medicine*, 8(6), 585-596.

Sözen, A. (2020). Astımlı Çocukların Ailelerinin İnhaler Cihaz Kullanma Tekniklerinin Değerlendirilmesi. *Maltepe Tıp Dergisi*, 12(3), 83-7. <https://doi.org/10.35514/mtd.2021.36>

Stern, J., Pier, J. & Litonjua, A.A. (2020). Asthma epidemiology and risk factors. *Semin Immunopathol.* 42(1), 5-15. doi: 10.1007/s00281-020-00785-1.

Taddeo, D., Egedy, M. & Frappier, J.Y. (2008). Adherence to treatment in adolescents. *Paediatr Child Health*, 13(1), 19-24. doi: 10.1093/pch/13.1.19.

Tanrıverdi, E., Süner, K.Ö., Süner, H., İliaz, S., & Annakkaya, A.N. (2015). Aile Hekimlerinin İnhalasyon Cihazlarının Kullanımıyla İlgili Bilgilerinin Değerlendirilmesi. *Eurasian J Pulmonol*, 17(2), 98-102.

Toprak Kanık, E., Yılmaz, Ö., Türkeli, A. & Yüksel, H. (2015). Astımlı ve hışıltılı çocuklarda nebulizer kullanımı konusunda verilen standart eğitimin hastalık kontrolüne etkisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 58(3), 96-101.

Törüner, E. & Büyükgönenç, L. (2012). Çocuk Sağlığı Temel hemşirelik yaklaşımları, Ankara: Göktuğ Yayın Evi.

Tregoning, J.S. & Schwarze, J. (2010). Respiratory viral infections in infants= causes, clinical symptoms, virology, and immunology. *Clin Microbiol Rev*, 23(1), 74–98.

Turgut, A. (2021). Çocukların ameliyat sürecinde sanal gerçeklik uygulamasının anksiyete, ağrı ve aile memnuniyeti üzerine etkisi. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Bolu.

Türk Toraks Derneği. (2016). Astım Tanı ve Tedavi Rehberi. (Erişim tarihi:16.12.2018). <https://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/1082017TTD-Astim-Tani-ve-Tedavi-Rehberi2016.pdf>.

Türkiye İstatistik Kurumu. (2024). Türkiye Sağlık Araştırmaları 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Cocuk-2020-37228>.

Tutluoğlu, B. (2016). Astım Tanı, Takip ve Tedavisi. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi, 8(5), 24-30.

Ulus, B. & Kubilay, G. (2012). PedsQL Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1, 44-50.

Ulus, B., Kurşun, F., Doğru, D., Yalçın, E., Pekcan, S., Çobanoğlu, N., ve ark. (2007). Sağlık çalışanları nebulizatörle tedaviyi biliyor mu. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 50(3), 174-179.

Ünver, S. & Yıldırım, M. (2013). Cerrahi Girişim Sürecinde Çocuk Hastaya Yaklaşım, Güncel Pediatri Dergisi, 11, 128-133.

Wenzel, R.P. & Fowler, A.A. (2006). Clinical practice. Acute bronchitis. N Engl J Med, 355(20), 2125-30. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp061493>.

Wong, C.L., Ip, W.Y., Kwok, B.M.C. & Choi, K.C. (2018). Effects of therapeutic play on children undergoing cast-removal procedures= a randomised controlled trial. BMJ Open, 8, e021071. doi=10.1136/bmjopen-2017-021071

Yanık, M.,& Ayyıldız, T. (2019). Nebülizatör Tedavisi Alan 3-6 Yaş Grubu Çocuklarda Oyuncak Tipi Nebülizatör ile Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Pediatr, 28(1), 7-18. doi: 10.5336/pediatr.2018-63137

Yayan, E. & Zengin, M. (2018). Çocuk Kliniklerinde Terapötik Oyun. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 7(1), 226-233.

Yazıcıoğlu, B., Oruç, M.A., Türkan, S., Yaşayancan, Ö. & Yavuz, E. (2023). Beş yaş altı çocuk ölümlerinin nedenleri ve aşılama durumlarının değerlendirilmesi. TJFMPC, 17(2), 220-5. <https://doi.org/10.21763/tjfmpe.1220680>

Yüksel, H. (2010). Çocuk astım okulu, İstanbul:Nadir Kitap.

Zengin, M., Yayan, E.H. & Düken, M.E. (2021). The Effects of a Therapeutic Play/Play Therapy Program on the Fear and Anxiety Levels of Hospitalized Children After Liver Transplantation. Journal of PeriAnesthesia Nursing, 36, 81-85. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.07.006>

Zülfikar, H. (2014). Hava Kirliliği ile İnsan Sağlığı Üzerine İrdemeler ve Türkiye Örneği. Türkiye Klinikleri Archives of Lung, 15(2), 59-69.



EKLER

EK - 1 : Kurum İzni – Prof. Dr. Sadi Konuk Hastanesi

EK - 2 : Etik Kurul Onayı

EK - 3 : Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK - 4 : Veri Toplama Formu

EK - 5 : İntihal Raporu

EK - 6 : Özgeçmiş Formu



EK - 1 : KURUM İZİNİ ONAYI – PROF .DR.SADİ KONUK HASTANESİ

İSÜ Eyrak Tarih ve Sayısı: 20.03.2024-53437



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01-239616802
Konu : Gizem Nur DAĞDELEN'in Anket İzni
hk.

İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 02.02.2024 tarihli ve 83108310-044.001.001-E.49983 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazı ile Üniversitenizin Lisansüstü eğitim Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bölümü Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gizem Nur DAĞDELEN'in, "*Çocuklarda İnhaler Tedavi Uygulamalarında Çizgi Film Kahramanlı Maske Kullanımının Tedavi Uyumuna ve Ebeveyn Memnuniyetine Etkisi*" konulu çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı hastanede yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 13.03.2024 tarih ve 2024/05 sayılı kararınca uygun görülmüştür. Çalışmanın bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Müdür a.
Başkan

Ek: Gizem Nur DAĞDELEN'in Anket İzni hk

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 91FE0C6F-777F-4136-8B96-0C9348CE143E

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Telefon No
e-Posta

Kep Adresi

Bilgi için: Nuray TURKOĞLU

Hemşire

Telefon No



EK-2: ETİK KURUL ONAYI



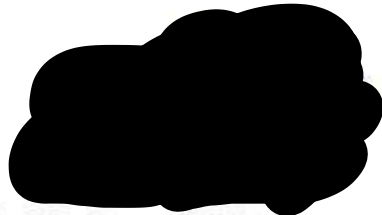
T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

Araştırmanın Başlığı: Çocuklarda inhaler tedavi uygulamalarında çizgi film kahramanlı maske kullanımının tedavi uyumuna ve ebeveyn memnuniyetine etkisi					
Proje Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ŞİMŞEK					
Sorumlu Araştırmacı: Gizem Nur DAĞDELEN					
Yardımcı Araştırmacı: -					
Toplantı Tarihi:	08.08.2023	Toplantı Sayısı:	2023/07	Protokol No:	23/185

SONUÇ

☒ Uygun
☐ Düzeltme gereklidir:
☐ Görevsizdir; Gerekçe, Görüş, Tavsiye ve Açıklamalar:

Başvuruda bulunduğunuz başvuru dosyası ve ilgili belgeleri İstinye Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.


Prof. Dr. Semra ŞARDAŞ
İnsan Araştırmaları Etik Kurul Başkanı

EK-3: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (ÇOCUKLAR İÇİN)

Sevgili hasta,

Kayıt ve diğer konularla ilgili bilgilendirmek için aşağıdaki metni okumanı istiyoruz. Ayrıca ben ve ailen de seninle bu çalışma konusunda konuşacağız.

Bu çalışmada, sana verilecek ilacın için takılacak maskeye seçtiğin çizgi film kahramanını resmi yapıştırılacaktır. Sonra tedavini alacaksın. Maske ile tedavin hep bu kahramanlı maske ile yapılacak. Tedavin bitip iyileştiğinde masken sende kalabilir.

Senden alınan bilgiler adınla kaydedilmeyecek, yerine bir kod kullanılacak ve böylece diğer insanlar resmin kime ait olduğunu bilemeyecektir.

Bu çalışmanın amacı, ilacını maske ile alacak çocuklarda maskeden korkmadan ve karşı çıkmadan takabilmelerinin belirlenmesidir.

Bu çalışmaya katılman sana herhangi bir zarar vermeyecektir. Bilgilerinin çalışmaya dâhil olmayan yabancılar tarafından öğrenilmemesi konusuna dikkat edeceğiz. Aynı zamanda kabul etmediğin sürece bilgilerin üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır. Kabul edersen, bilgilerin kimliğin belirtilmeden paylaşılabilir. Bunun anlamı diğer insanlar bilgilerin sana ait olduğunu görmeyecektir. Bu çalışmaya katılman için senden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katılman için sana bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsin. Katılım tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğin takdirde sana uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayını çekme hakkına sahipsin.

Katılımcının onayı:

Araştırmacılar tarafından bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra ben böyle bir araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Açıklamayı dinledim ve formu okudum. Eğer bu araştırmaya katılmayı kabul edersem, bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (EBEVEYNLER İÇİN)

Sizi ve çocuğunuzu Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülen ""Çocuklarda inhaler tedavi uygulamalarında çizgi film kahramanlı maske kullanımının tedavi uyumuna ve ebeveyn memnuniyetine etkisi"" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Bu form araştırmacı tarafından size sözel olarak aktarılan bilgilendirmenin yazılı şeklini içermektedir. Formu imzalamadan önce size sözel olarak da anlatılan aşağıdaki bilgileri bir kez de dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, tarafımız ve bilgilendirme esnasında yanınızda olan tanık kişi tarafından imzalanan bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Bu araştırmanın amacı; çocuklarda solunum sistemi hastalıklarının tedavisinde çizgi film kahramanlı maske kullanımının iyileşmeye ve tedaviye uyumuna etkisinin belirlenmesidir. Araştırma çalışmaya katılmayı kabul eden sizin gibi katılımcılara kliniğin rutin maskesi ile inhaler tedavi alanlar ve çizgi film kahramanlı maske ile inhaler alan çocukların maske kullanımında iyileşmesi ve tedaviye uyumuna etkisini değerlendirmek için sorular sorulacaktır. Anket formunun cevaplanma süresi yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır. Kliniğin rutin maskesi ile inhaler tedavinin izlenmesi ise yaklaşık 20 dk, çizgi film kahramanlı maske ile inhaler tedavinin izlenmesi 20 dk sürecektir.

Araştırma Gizem Nur Dağdelen sorumluluğunda çocuk sağlığı ve hastalıkları servisinde solunum hastalıkları sıkıntısıyla yatan çocuklara verilen kliniğin rutin maskesiyle verilen inhaler tedavisinin etkisinin ve çizgi film kahramanlı maske kullanımının tedaviye uyumunun etkisini değerlendirmek amacıyla yapılacak bir çalışmadır. Araştırma çalışma için yeterli olan 80 kişiye ulaşana kadar devam edecektir.

Araştırma kapsamında herhangi gereksiz bir işlem/ilaç uygulanmayacak, tedavisine müdahale edilmeyecek olup veriler sözel olarak soru cevap yöntemiyle toplanacaktır. Yapılan işlemler rahatsızlığa neden olmayacaktır.

Araştırmanın kişiye /topluma olan faydaları: Bu araştırma sonucunda araştırma sonunda çocukların çizgi film kahramanlı maske ile inhaler tedavi almanın maske kullanımında iyileşmeye ve tedaviye uyumunun etkisinin gözlem sonucunda yararlı olabileceğinin görülmüştür. Böylece inhaler tedavi alan çocuklar gözlenerek alternatif olarak çizgi film kahramanlı maske ile inhaler tedavi verilmesi önerilebilecektir. Sizin ve diğer katılımcılardan elde edilen bilgiler ışığında toplumun genelinde ihtiyaç duyulan bilgilerin belirlenmesi planlanmaktadır. Böylece araştırmacıların çizgi film kahramanlı maske kullanımının iyileşmeye ve tedaviye uyumu arttırdığının gözlemlenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Her iki durumda da hiçbir yaptırıma ve hak kaybına maruz kalmayacağınızı bildirmek isteriz. Ayrıca yapılacak olan çalışmada / araştırmada "Kişisel Verilerin Korunması Kanununun" ilgili maddeleri dikkate alınacağını belirtmek isteriz.

Araştırma Sorumlusu

(Gizem Nur Dağdelen)

GÖNÜLLÜ ONAMI

Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmaya ilişkin bilgilendirme bölümünü okudum ve aşağıda imzası olan ilgili tarafından önce sözlü sonra yazılı olarak bilgilendirildim. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Bu koşullarda;

- 1) Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- 2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum/kuruluşların erişebilmesine,

EK-4: VERİ TOPLAMA FORMU

Hastaların demografik özellikleri				
Çocuğun yaşı				
Çocuğun cinsiyeti	☐	Kız	☐	Erkek
Okula gitme durumu	☐	Evet	☐	Hayır
Kronik hastalık durumu	☐	Evet	☐	Hayır
Annenin yaşı				
Annenin eğitim durumu	☐	Okuryazar değil	☐	Lise/kolej
	☐	Okuryazar	☐	Lisans ve üstü
	☐	İlkokul, Ortaokul, İlköğretim		
Ailede sigara içme durumu	☐	Evet	☐	Hayır
Annenin hamileyken sigara içme durumu	☐	Evet	☐	Hayır
Çocuğun yanında sigara içme durumu	☐	Evet	☐	Hayır
Çocuğun bulunduğu ortamda rutubet durumu	☐	Evet	☐	Hayır
Tedaviye ve kullandıkları inhalere ilişkin özellikler				
Tıbbi tam				
Hastalık süresi				
Hastanede yatış tarihi				
Hastaneden taburculuk tarihi				
Son 1 yılda hastaneye yatış sıklığı				
Son 1 yılda solunumsal hastalığı oldu mu?	☐	Evet	☐	Hayır
Daha önce aynı hastalıkla ilgili yatışınız oldu mu?				
Son 1 yılda geçirdiği hastalıklar				
Hastanın tedavisi (ilaç ismi, sıklığı)				
Kullanılan nebulün adı, sıklığı, dozu				
Kullanılan inhaler (isim, sıklık, doz)				
Daha önce siz maske ile tedavi gördünüz mü? (Refakatçi)	☐	Evet	☐	Hayır
Daha önce maske ile tedavi gördü mü? (Çocuk hasta)	☐	Evet	☐	Hayır
Inhaler kullanımını öğreten kişi	☐	Hekim	☐	Diğer hasta yakını
	☐	Hemşire	☐	Diğer
Çocuğun yanında sigara içme durumu	☐	Evet	☐	Hayır
Çocuğun bulunduğu ortamda rutubet durumu	☐	Evet	☐	Hayır
Daha önce aynı hastalıkla ilgili yatışınız oldu mu?	☐	Evet	☐	Hayır

Tedavi Uyumunu Değerlendirme Formu

Beceriler	Evet	Hayır
Maske ve inhaler düzgün ve uygun bir şekilde yerleştirdi mi?		
Nefes alma tekniğini iyi anladı mı?		
İlaç tedavisi bittikten sonra gargara yapıyor mu? (su veya ağız temizleyicisi)		
Inhaler tedaviyi uygun sürede uyguladı mı?		
Inhaler ilacın üzerine distile su eklendi mi?		
Inhaler ilacı başka ilaçla karıştırdı mı?		
Nebülizatörün oksijen konsantrasyonu gerekli seviyede açıldı mı?		
Inhaler ilaçlar arası en az 30 dk bekledi mi?		
Nebülizatörün haznesindeki su yeterli mi?		
Maske kullanıldıktan sonra uygun koşullarda saklandı mı?		
Inhaler tedaviyi uygun pozisyonda aldı mı?		
Inhaler tedavi saatlerine dikkat edildi mi?		
Nebülizatörün temizliğine dikkat edildi mi?		
Nebülizatörün haznesi yeteri kadar distile su dolduruldu mu?		
Nebülizatör açılıp maskeden uygun buhar çıkışı gözlemlendi mi?		
Beslenme saatlerinden en az 30 dk sonra inhaler tedavi saatleri planlandı mı?		
Nebülizatörün uygun kalibrasyonları yapıldı mı?		
Çocuğun maskeye uyumu/kabulü	Oldukça iyi, maskenin hemen çocuk tarafından kabulü	4
	İyi, hafif dirençli	3
	Orta, maskeye karşı direnme, mücadele	2
	Zor, orta fiziksel zorlama gerekli	1
Tedavi sonrası nebülizatörü nasıl sakladı		

PedsQL sağlık bakımı memnuniyet ölçeği

Bilgilendirme	Asla	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman	Her zaman
Çocuğun tanısına ilişkin verilen bilgiden ne kadar hoşnutsunuz					
Çocuğun tedavisine ilişkin verilen bilgiden ne kadar hoşnutsunuz					
Tedavi yan etkileri konusunda verilen bilgiden ne kadar hoşnutsunuz					
Test sonuçlarına ilişkin bilgiden ne kadar hoşnutsunuz					
Çocuğun hastalığı ile ilgili verilen bilgiden ne kadar hoşnutsunuz					
Ailenin katılımı					
Aileye gösterilen duyarlılıktan ne kadar hoşnutsunuz					
Soruları yanıtlamada çalışanların istekliliğinden ne kadar hoşnutsunuz					
Ailenin katılımı için gösterilen çabadan ne kadar hoşnutsunuz					
Soruların yanıtlanması için ayrılan süreden ne kadar hoşnutsunuz					
İletişim					
Çocuğun durumunu ebeveyne açıklama biçiminden ne kadar hoşnutsunuz					
Aileyi dinleme biçimi					
Çocuğa anlayabileceği şekilde açıklama yapmalarından ne kadar hoşnutsunuz					
Aileyi çıkabilecek test sonuçlarına hatırlama yapmalarından ne kadar hoşnutsunuz					
Çocuğu test sonuçlarına hazırlama biçiminden ne kadar hoşnutsunuz					
Teknik beceri					
Gereksinimlerin karşılama biçiminden ne kadar hoşnutsunuz					
Çocuğu rahatlatma çabalarından ne kadar hoşnutsunuz					
Gereksinimlerin çabuk karşılanabilmesinden ne kadar hoşnutsunuz					
Evde bakım için bilgi vermeye ayrılan zamandan ne kadar hoşnutsunuz					
Duygusal gereksinimler					
Çocuğa oyun oynaması için ayrılan zamandan ne kadar hoşnutsunuz					
Eğitim gereksinimlerin karşılanması desteğinden ne kadar hoşnutsunuz					
Ebeveynin duygusal gereksinimlerinin karşılanmasından ne kadar hoşnutsunuz					
Çocuğun duygusal gereksinimlerinin karşılanmasından ne kadar hoşnutsunuz					
Genel memnuniyet					
Hastanede alınan bakımdan memnuniyetinden ne kadar hoşnutsunuz					
Çalışanların tutum ve davranışlarından memnuniyetinden ne kadar hoşnutsunuz					
Yapılan tedaviden memnuniyetinden ne kadar hoşnutsunuz					

Çizgi film karakterli inhaler maske eğitim ve kullanım etkililik değerlendirme formu:

Bu form Çizgi film karakterli inhaler maske kullanılarak inhaler tedavi verilen gruba uygulanacaktır.

1=Tamamen katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen Katılıyorum

Lütfen aşağıdaki ifadelerden size göre doğru olan seçeneği işaretleyiniz.					
Eğitim	1	2	3	4	5
1	Eğitimin akışı uygundu.				
2	Maske eğitim için uygundu				
3	Anlatılanlar akıcı ve anlaşılırdı				
4	Eğitim maske kullanılarak eksiksizdi				
5	Maskenin görünümü iyiydi				
6	Maskenin eğitime uygulanabilirliği iyiydi				
7	Maske ile eğitim tamamlayıcıydı				
8	Eğitimde anlatılanları daha kolay anladım				
9	Eğitimin içeriği bana uygundu				
10	Maske ile eğitimin içeriği çocuğuma uygundu				
11	Maske ile eğitimi eğlenceli buldum.				
12	Maske ile eğitim esnasında dikkatim dağılmadı				
13	Maske ile eğitim merakımın artmasını sağladı				
14	Maske ile eğitim konu ile ilgili çocuğumun merakının artmasını sağladı				
15	Çizgi film karakterli maske kullanılarak verilen eğitimden öğrendiklerim beni tatmin etti				
16	Maske ile eğitimin tekrarlanmasını isterim				
17	Çizgi film karakterli inhaler maskeyi çekici buldum				
18	Çocuğum çizgi film karakterli inhaler maskeyi sevdi				
19	Eğitim sonunda anlatılanları yazılı verilmesi iyiydi				
20	Kullanılan çizgi film karakterleri çocuğuma uygundu				
21	Maske ile verilen eğitimi tüm sağlık profesyonellerine öneririm.				
22	Eğitim ile öğrendiklerim bildiklerime katkı sağladı				
23	Maske ile eğitim ilerledikçe monotonlaştı (tekrarlayan veya sıkıcı bir hale ge				
24	Maske çocuğumun yaşına uygun boyuttaydı				
25	Çocuğumun sevdiği çizgi film karakterini seçmek tedaviye uyumunu arttırdı.				
26	Çizgi film karakterli maske ile inhaler ilaç uygulamak evde de uygulama konusunda yardımcı olacağını düşünüyorum				
27	Çizgi film karakterli inhaler tedavi ile çocuğum daha çabuk iyileşti.				
28	Çizgi film karakterli maske ile diğer çocuklara da eğitim verilmesinin yararlı olacağını düşünüyorum				
29	Çizgi film karakterli maske ile çocuğum maske korkusu azaldı.				
30	Kullanılan çizgi film karakterleri çocuğuma uygun değildi.				
Kullanım	1	2	3	4	5
31	Çizgi film karakterli inhaler maske kullanmak beni çok yordu				
32	Çizgi film karakterli inhaler maskeyi daha kolay kullandım				
33	Çizgi film karakterli inhaler maske ile ilaç vermek daha kolaydı				
34	Çizgi film karakterli inhaler maskede istenilen karakteri seçmek ilaç vermeyi kolaylaştırdı				
35	Çizgi film karakterli maske ile inhaler tedaviyi istenen sürede uygulamam daha kolaydı				
36	Çizgi film karakterli maske ile çocuğum daha kısa sürede iyileşti				
37	Çizgi film karakterli maske ile tedaviden daha etkin verim aldım.				
38	Çizgi film karakterli maske ile çocuğumun maske korkusu azaldı				

EK-5: İNTİHAL RAPORU

Tez

ORIGINALITY REPORT

10%

SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

1	acikbilim.yok.gov.tr Internet	550 words — 3%
2	dergipark.org.tr Internet	140 words — 1%
3	nek.istanbul.edu.tr:4444 Internet	78 words — < 1%
4	hdl.handle.net Internet	54 words — < 1%
5	uhsk.org Internet	51 words — < 1%
6	www.researchgate.net Internet	50 words — < 1%
7	earsiv.hitit.edu.tr Internet	46 words — < 1%
8	openaccess.biruni.edu.tr Internet	44 words — < 1%
9	openaccess.ogu.edu.tr:8080 Internet	40 words — < 1%
10	impnc2022.org Internet	