



**İNHALASYON TEDAVİSİ UYGULANAN 1-3 YAŞ ÇOCUKLARDA
TERAPÖTİK OYUNUN ÇOCUĞUN TEDAVİYE UYUMUNA VE
EBEVEYNİN KAYGI DURUMUNA ETKİSİ**

Naile ŞİMŞEK

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

KASIM 2021

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Naile ŞİMŞEK

23/11/2021

İNHALASYON TEDAVİSİ UYGULANAN 1-3 YAŞ ÇOCUKLARDA TERAPÖTİK
OYUNUN ÇOCUĞUN TEDAVİYE UYUMUNA VE EBEVEYNİN KAYGI
DURUMUNA ETKİSİ
(Yüksek Lisans Tezi)

Naile ŞİMŞEK

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Kasım 2021

ÖZET

İnhalasyon tedavisi alan 1-3 yaş arası çocuklar tedaviye uyumda sorunlar yaşabilmekte ve ebeveynleri kaygı duyabilmektedir. Çalışmamız inhalasyon tedavisi uygulanan 1-3 yaş çocuklarda terapötik oyunun çocuğun tedaviye uyumuna ve ebeveynin kaygı durumuna etkisini incelemek amacıyla yapılan yarı deneysel bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini inhalasyon tedavisi uygulanan 1-3 yaş arası çocuklar ve ebeveynleri (kontrol n: 15, girişim n: 15) oluşturmuştur. Araştırmada, Tanımlayıcı Bilgi Formu, Vital Bulgular Formu, Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu, Durumluk Kaygı Envanteri, 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formu kullanılmıştır. Girişim grubuna araştırmacılar tarafından belirlenen terapötik oyun yöntemi kullanılmış, kontrol grubuna ile hastanedeki rutin hemşirelik bakımı uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesi “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri), “Paired Sample” test (t-tablo değeri), “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), “Wilcoxon” test (t-tablo değeri) ile yapılmıştır. Girişim ve kontrol grubunda bulunan çocukların yaş ve tanıları açısından, ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri açısından fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Kontrol grubundaki çocuklarda taşikardi ve takipne görülme oranının girişim grubuna göre yüksek olduğu bulunmuştur. Ebeveyn değerlendirmesine göre girişim grubundaki çocukların 1-3 Yaş Maske Uyum Değerlendirme Form puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Girişim grubundaki çocuk ve annelerin terapötik oyun sonrası Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Girişim grubundaki terapötik oyun sonrası annelerin Durumluk Kaygı Envanteri Ölçek puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Terapötik oyun, çocukların tedaviye uyumuna ve ebeveynlerin kaygı düzeylerine etkili olduğundan rutin hemşirelik bakımında kullanılması önerilir.

Bilim Kodu : 1032.8
Anahtar Kelimeler : İnhalasyon Tedavisi, 1-3 Yaş Çocuk, Terapötik Oyun ve Ebeveyn Kaygısı
Sayfa Adedi : 76
Danışman : Prof. Dr. Naime ALTAY

THE EFFECT OF THERAPEUTIC GAME ON THE CHILD'S THERAPY
COMPLIANCE AND THE PARENT'S ANXIETY IN CHILDREN AGED 1-3 YEARS
WHO ARE TREATED WITH INHALATION THERAPY
(M. Sc. Thesis)

Naile ŞİMŞEK

GAZİ UNIVERSITY
GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
November 2021

ABSTRACT

Children aged 1-3 years who receive inhalation therapy may have problems in compliance with treatment and their parents may be worried. This study is a semi experimental study carried out to examine the effect of therapeutic play on the child's adherence to treatment and the parent's anxiety state in 1-3 years old children who are treated with inhalation therapy. The sample of the study consisted of children aged 1-3 years who received inhalation therapy and their parents (control n: 15, intervention n: 15). In the research, Descriptive Information Form, Vital Signs Form, Restlessness Self-Assessment Form, State Anxiety Inventory, Mask Compliance Evaluation Form for 1-3 Years-Old Children were used. The therapeutic game method determined by the researchers was used for the intervention group, and the routine nursing care in the hospital was applied to the control group. The data were evaluated by "Independent Sample-t" test (t-table value), "Paired Sample" test (t-table value), "Mann-Whitney U" test (Z-table value), "Wilcoxon" test (t-table value). It was found that there was no difference in terms of the ages and diagnosis of the children in the intervention and control groups, and in terms of the sociodemographic characteristics of the parents ($p>0.05$). It was found that the rate of tachycardia and tachypnea in children in the control group was higher than in the intervention group. According to the parental assessment it was determined that the mean score of the Mask Compliance Evaluation Form for 1-3 Years-Old Children in the intervention group was significantly higher than the control group ($p<0.05$). It was found that the mean scores of the children and mothers in the intervention group on the Anxiety Self-Assessment Form after therapeutic play were significantly lower ($p<0.05$). The mean scores of the State Anxiety Inventory Scale of the mothers in the intervention group after the therapeutic game were found to be significantly lower ($p<0.05$). Therapeutic play is recommended to be used in routine nursing care because it is effective on children's compliance with treatment and on parents' anxiety levels.

Science Code : 1032.8
Key Words : Inhalation therapy, 1-3 years child, therapeutic play and parents anxiety
Page Number : 76
Supervisor : Prof. Dr. Naime ALTAY

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın her aşamasında bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, bütün desteğini esirgemeyen aynı zamanda göstermiş olduğu anlayışından dolayı, tez danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Naime Altay’a şükranlarımı ve saygılarımı sunarım. Sayın Prof. Dr. Ebru Kılıçarslan Törüner’e ve Dr. Öğretim Üyesi Tuba Arpacı’ ya araştırmaya katkılarından dolayı çok teşekkür ederim. Çalışma verilerinin toplanması sırasında manevi desteğini esirgemeyen canım arkadaşlarım Saliha Sarioğlu, Hatice Ekici, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Acil ve Çocuk Enfeksiyon servis hemşirelerine ve çalışmaya katılan anne ve çocuklara, araştırmanın tüm aşamasında her türlü desteği ve sabrı gösteren kardeşim Resul Şimşek ve ablam Zeynep Sarıkaya’ ya hayatımın her anında maddi ve manevi desteğiyle yanımda olan hayat arkadaşım Yunus Emre Demirel’e ve bu süreçte anlayışını, hoşgörüsünü ve sabrını esirgemeyen biricik anneme ve babama sonsuz teşekkür ederim.

Naile ŞİMŞEK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Çocuklarda İnhalasyon Tedavisi Nedir?	5
2.2. 1-3 Yaş Dönemi Çocuğun Gelişim Özellikleri	7
2.3. 1-3 Yaş Dönemi Çocukların İşleme Hazırlanması ve İşlemlere Verdiği Tepkiler.....	10
2.4. Terapötik Oyun Nedir?	10
2.4.1. 1-3 yaş çocuklarda kullanılan terapötik oyun yöntemleri	13
2.5. Oyun ve Hastaneye Yatan Çocuk İçin Terapötik Oyunun Önemi	14
2.5.1. Terapötik oyunun hemşirelik bakımına katkısı.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Şekli	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	19
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi	20
3.3.1. Dahil edilme kriteri	22
3.3.2. Dışlama kriteri.....	22
3.4. Veri Toplama Araçları	22
3.4.1. Tanımlayıcı bilgi formu	22
3.4.2. Vital bulgular izlem formu.....	23

	Sayfa
3.4.3. Huzursuzluk öz değerlendirme formu.....	23
3.4.4. Durumluk - Sürekli kaygı envanteri.....	23
3.4.5. 1-3 yaş çocuklarda maske uyum değerlendirme formu	24
3.5. Verilerin Toplanması	25
3.6. Çocukların Vital Bulgularının Ölçülmesi	28
3.7. Vital Bulguların Değerlendirmesi	29
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.9. Etik Yönü	30
4. BULGULAR	31
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	49
KAYNAKLAR	51
EKLER.....	61
EK-1. Çalışma Grubu Veli Onam Formu	62
EK-2. Kontrol Grubu Veli Onam Formu	63
EK-3. Tanımlayıcı Bilgi Formu	64
EK-4. Vital Bulgular İzlem Formu	65
EK-5. Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu	66
EK-6. Durumluk Ve Sürekli Kaygı Envanteri	67
EK-7. 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formu.....	68
EK-8. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	69
EK-9. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Yazısı.....	71
EK-10. Etik Komisyon İzin Yazısı	73
ÖZGEÇMİŞ	76

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Küçük çocuklarda aeresol ilaç verilmesini sağlayan cihazlar ve özellikleri	6
Çizelge 2.2. 1-3 yaş dönemi çocuğun fiziksel gelişimi, sosyal davranışı ve yetenekleri	8
Çizelge 2.3. 1-3 yaş dönemi gelişim kuramları ve özellikleri	9
Çizelge 3.1. 1-3 yaş çocuklarda maske uyum değerlendirme formu maddelerinin geçerlilik indeksleri	25
Çizelge 3.2. Araştırma akış şeması	27
Çizelge 3.3. Vital bulguların ölçülümü	28
Çizelge 3.4. 1-3 yaş grubu vital bulgu değerlendirme standardı	29
Çizelge 4.1. Kontrol ve Girişim grubunda yer alan çocukların sosyodemografik özellikleri	31
Çizelge 4.2. Kontrol ve girişim grubundaki çocukların ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri	32
Çizelge 4.3. Kontrol ve Girişim grubundaki çocukların vital bulguları	33
Çizelge 4.4. 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formu puan ortalamalarının karşılaştırılması	35
Çizelge 4.5. Kontrol ve girişim grubundaki çocuklarda araştırmacı ve ebeveynin 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formu uyum puanlarının incelenmesi	36
Çizelge 4.6. Kontrol ve girişim grubundaki çocukların annelerinin Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamalarının karşılaştırılması	36
Çizelge 4.7. Kontrol ve girişim grubundaki çocukların Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamalarının karşılaştırılması	38
Çizelge 4.8. Kontrol ve girişim grubundaki annelerin Durumluk Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması	40

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış bazı kısaltmalar, açıklamaları ile aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklama
HIV	Human Immunodeficiency Virus
KF	Kistik Fibrozis
KOAH	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SpO2	Saturation Of Peripheral Oxygen (Periferal oksijen satürasyonu)



1. GİRİŞ

Problem durumu ve konunun tanımı

Çocuklarda solunum yolu hastalıkları sık görülmektedir. Çocukların solunum sistemi anatomisi ve fizyolojisi erişkinlerden farklıdır (Amirav & Newhouse; 2012; Slota, 2019; Törüner ve Büyükgönenç 2013). Alt solunum yolları enfeksiyonlarının 5 yaş altı çocuklarda en sık görülen üç ölüm nedenlerinden birisi olarak görüldüğü bildirilmiştir. Alt solunum yolları enfeksiyonları, 2016 yılında 5 yaş altı çocuk ölümlerinin %61,4' ünden sorumludur (Naghavi ve ark., 2017; Troeger ve ark., 2018).

İnhalasyon tedavisi aeresol ilaçların doğrudan akciğerlere verilmesi amacıyla yüzyıllardır kullanılan bir tedavi şeklidir (Sanders, 2007; Berlinski, 2017). İnhalasyon tedavisi, inhaler ilaçları vermenin etkili ve ekonomik bir yoludur (Berlinski, 2017). Aerosolize ilaçların doğrudan hava yollarına verilmesi, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), astım, Bronko-Pulmoner Displazi (BPD), bronşiyolit ve Kistik Fibrozis (KF) gibi birçok solunum yolu hastalıklarının acil ve uzun süreli tedavisinde kullanılmaktadır (Amirav & Newhouse 2012; Gregory, Wilken, & Hart, 2017). İnhalasyon tedavisi, bebekler ve küçük çocuklarda görülen akut ve kronik birçok solunum yolu hastalıklarının tedavisinde sık kullanılmaktadır (Anil ve ark., 2010; Berlinski, 2017; İpek, Yalcin, Sezer, & Bozaykut, 2011; Pinto, Schairer, & Petrova, 2016; Scarlett, Walker, Rovitelli, & Ren, 2012).

Bebekler ve küçük çocuklarda fizyolojik, duygusal ve sosyal gelişimsel özellikleri nedeniyle inhaler ilacın verilmesinde bazı sorunlar ve zorluklar ortaya çıkabilmektedir (Amirav, Newhouse, Minocchieri, Castro-Rodriguez, & Schüep, 2010). İnhalasyon tedavisinde çocuklara yüz maskesi önerilmektedir ancak bu durum genellikle ağlayarak, bağırarak, öfkelenerek ve maske reddiyle sonuçlanmaktadır. Yüze sıkıca takılan bir maskeyi yerleştirmek, özellikle çocuk ilk kez inhalasyon tedavisi görüyorsa ve bakıcı bu tedaviye aşına değilse, çocuğun boğulmuş veya korkmuş hissetmesine neden olabilir. Ayrıca çocuklar için inhalasyon tedavisinin uygulanması, cihaz gürültüsü, maske uyumu ve soğuk hava, çocukları için rahatsız edici olabilir (DiBlasi, 2015; Lin, Harwood, Fink, Goodfellow, & Ari, 2015).

Özellikle küçük çocuklarda inhaler tedaviyi uygulamak çocuğun gelişimsel özellikleri nedeniyle zor olabilmektedir. 1-3 yaş döneminde çocukların animistik düşünceleri nedeniyle hastane ortamındaki birçok cihaz onlar için korku nedeni olabilir. Bu yaş dönemindeki çocukların otonomi duygusunun kısıtlandığını hissetmesi çocuk için önemli bir sorundur. (Törüner & Büyükgönenç, 2013). Bu nedenle 1-3 yaş dönemi çocukların birçoğu yapılan işlemleri kabul etmekte zorlanmaktadır. Bu durum genellikle incinme, rahatsızlık ve ağlama ile sonuçlanmaktadır (DiBlasi, 2015). Çocuklar hastanedeki işlemler esnasında stres, korku, kaygı, ayrılık anksiyetesi üzgün ve kızgın hissetme ağlama, bağırma gibi olumsuz duygu düşünceler yaşayabilmektedir (Kapkin, Manav, & Muslu, 2020; Li, Chung, & Ho, 2011; Tsai ve ark.;2013; Wilson, Megel, Enenbach, & Carlson, 2010; Wilson & Rodgers, 2016).

Inhaler ilaç tedavisi düzenli nefes alan sakın bir çocuğa uygulandığında en iyi şekilde yanıt vermektedir (Goralski & Davis, 2014). Bu nedenle inhalasyon tedavisini sırasında çocukların sakın olması önerilmektedir (Gardenhire, Burnett, Strickland, & Myers, 2017). İlacın akciğerdeki birikiminin inhalasyon tedavisi sırasında sakın olan çocuklarda ağlayan çocuklara göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (Iles, Lister, & Edmunds, 1999; Tal ve ark.; 1996). Ağlayan bebeklerde inhaler ilaçların üst solunum yollarında veya farinkste daha çok biriktiği belirtilmiştir (Murakami ve ark., 1990). Bu nedenle, küçük çocuklarda inhalasyon tedavisi esnasında çocuğun tedaviye uyumunu artırmak için çocuğu rahatlatmak ve dikkati başka yöne çekme gibi yöntemlerin kullanılması önemlidir (Gardenhire ve ark.; 2017).

1-3 yaş dönemi çocuklarda çocuğun işlem öncesi hazırlığı önemlidir. Çocuğun işlemden 10-15 dakika önce hazırlık yapmak, yapılacak işlemleri basit bir şekilde anlatmak, kullanılacak olan malzemeleri keşfetmesini sağlamak ve malzemelerle oynamasına fırsat vermek çocuğun stresle baş etmesinde yardımcı olabilir (Törüner & Büyükgönenç, 2013). Bu yaş döneminde çocukları işlemlere hazırlamada kullanılabilecek yöntemlerden biri terapötik oyundur. Terapötik oyun, duyguları, korkuları ve endişeleri ifade etmesinde ve hastanede yatarken yaşayabileceklerini daha iyi anlamasına yardımcı olabilecek bir oyun tekniğidir (Maia, & Ribeiro, 2011). Terapötik oyun, çocukların bu işlemler esnasında baş etme becerilerini ve uyumlarını arttırmak amacıyla kullanılabilir. Terapötik oyunun temel amacı, hastanede yatan çocukların duygusal ve fiziksel refahını kolaylaştırmak ve bu sayede çocukların tıbbi işlemler esnasında yaşadıkları korku, anksiyete ve olumsuz düşüncelerin de azalmasına yardımcı olmaktır. (Li, Chung, & Ho, 2011). Terapötik oyun, hemşireler açısından ise çocukları ve çocukların ihtiyaçlarını tanımlarını sağlar. Aynı zamanda gerekli

bakımı planlama, uygulama ve bakımın etkinliğini değerlendirme için zaman verir (Caleffi ve ark., 2016).

Terapötik oyun hastanede yatan çocuklarda işlemlere hazırlık için sık kullanılan bir yöntemdir. Yapılan çalışmalarda terapötik oyun ile işleme hazırlanan çocukların korku (Hatava, Olsson, & Lagerkranser, 2000) ve kaygı (Kain ve ark., 1998) düzeylerinin daha düşük olduğu ve sağlık profesyonelleriyle iş birliğinin daha fazla olduğu (Pontes, Tabet, Folkmann, Cunha, & Almeida, 2015) belirtmişlerdir. İnhalasyon tedavisi sırasında terapötik oyun uygulanan 3-6 yaş arası çocukların, fizyolojik, psikolojik ve davranışsal stres tepkilerinin kontrol grubundaki çocuklara göre daha az olduğu bulunmuştur (Liu & Chou, 2020).

1-3 yaş dönemi çocuklarda terapötik oyunun çocuk üzerine etkilerini değerlendiren çalışma sayısı sınırlıdır. Bu nedenle 1-3 yaş dönemi çocuklarda terapötik oyunun çocuk üzerinde etkilerini inceleyen çalışmalara alanda ihtiyaç vardır. Maske ile inhalasyon tedavisi alan çocukların hemşirelik bakımında terapötik oyun yöntemi kullanılmasının çocuğun tedaviye yönelik baş etme becerilerinin gelişmesini sağlayacağını ve bu sayede çocuğun yaşayacağı korku, kaygı, agresif davranışlar ve olumsuz düşüncelerin azalacağını tedaviye uyumun artıp akut dönemde hastalığın iyileşme sürecine katkıda bulunacağını ve ebeveynlerin kaygı düzeylerini azaltacağı düşünülmüştür. Aynı zamanda terapötik oyunun hemşirelik bakım kalitesini arttıracak ve hemşirelik bakımının holistik yaklaşım çerçevesinde gelişmesini sağlayıp ebeveyn, çocuk ve hemşire üçgeni içinde güvenilir hemşirelik bakımının oluşmasını desteklemektedir. Pediatri hemşireliği alanında 1-3 yaş dönemi çocuklarda işlemlere hazırlık için terapötik oyun yönteminin kullanılması pediatri hemşirelerine yol gösterici olup pediatri hemşireliği alanına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırma amacı

Bu çalışmanın amacı inhalasyon tedavisi uygulanan 1-3 yaş çocuklarda kullanılan terapötik oyunun çocuğun tedaviye uyumuna ve ebeveynin kaygı durumuna etkisinin incelenmesidir.

Araştırma hipotezleri

H1: İnhalasyon tedavisi sırasında terapötik oyun yöntemi kullanılan ve kullanılmayan çocukların vital bulguları ve SpO2 düzeyleri arasında fark vardır.

H2: İnhalasyon tedavisi sırasında terapötik oyun yöntemi kullanılan ve kullanılmayan çocukların maske uyum değerlendirme formu puanları arasında fark vardır.

H3: İnhalasyon tedavisi sırasında terapötik oyun yöntemi kullanılan ve kullanılmayan çocukların huzursuzluk puanları arasında fark vardır.

H4: İnhalasyon tedavisi sırasında terapötik oyun yöntemi kullanılan ve kullanılmayan çocukların ebeveynlerinin durumluk kaygı ölçek puanları arasında fark vardır.

Sınırlılıklar

Araştırma verileri 1-3 yaş arası inhalasyon tedavisi göre çocuk ve ebeveynlerinden toplanmıştır. Çalışmanın sonuçları çalışma yapılan gruba özgüdür genelleme yapılamaz. Ayrıca çalışmanın veri toplama aşamasının pandemi dönemine rastlaması nedeniyle ulaşılabilen örneklem sayısının kısıtlı olması çalışmanın kısıtlılıklarından biridir.

2. GENEL BİLGİLER

Çocuklarda akut ve kronik solunum yolları hastalıklarında inhalasyon tedavisi sık kullanılmaktadır (Anil ve ark., 2010; Berlinski, 2017; İpek ve ark., 2011; Pinto ve ark., 2016; Scarlett ve ark., 2012). Hastanedeki işlemler çocuklar için korku, kaygı, stres ve üzüntüye neden olmaktadır. Terapötik oyun, duyguları, korkuları ve endişeleri ifade etmesinde ve hastanede yatarken yaşayabileceklerini daha iyi anlamasına yardımcı olabilecek bir oyun tekniğidir. Terapötik oyun, çocukların işlemler sırasında anksiyeteyi hafifletmek için yapılandırılmıştır ve işlemler sırasında deneyimlerini anlamak ve bunlarla başa çıkmak için zorluklarla karşılaştıklarında hastanede yatan çocuklar için kullanılmalıdır (Lemos, Rodrigues, & Pinto, 2010; Coelho ve ark., 2021; Li ve ark., 2011; Maia, & Ribeiro, 2011; Paladino, Carvalho, & Almeida, 2014; Wong ve ark., 2018). Bu bölüm çocuklarda inhalasyon tedavisi, 1-3 yaş dönemi çocuğun özellikleri, oyun ve hastaneye yatan çocuk için oyunun önemi ve terapötik oyun olarak dört başlıkta ele alınmıştır.

2.1. Çocuklarda İnhalasyon Tedavisi Nedir?

İnhalasyon yöntemi akciğerlere aeresol ilaçları doğrudan vermek amacıyla yüzyıllardır kullanılan bir tedavi şeklidir (Berlinski, 2017; Sanders, 2007). Aerosol ilaçlar, bronkospazmı hafifletmek, hava yolu inflamasyonunu azaltmak, mukus temizliğini kolaylaştırmak, pulmoner kan akışını iyileştirmek ve enfeksiyonu önlemek veya tedavi etmek amacıyla çocuklarda sıklıkla uygulanılmaktadır (DiBlasi, 2015).

Çocukların solunum sisteminin anatomisi ve fizyolojisi erişkinlerden farklıdır. Hava yolları daha dardır. Bebekler ve küçük çocukların burunları daha küçüktür ve bebekle ve çocuklar burun solunumu yaparlar. Hava yollarındaki fonksiyonel kas sayıları daha az olduğundan sekresyonları atmaları daha zordur. Farenks ve supraglottik dokular yetişkinlerinkinden daha yumuşak olması inspirasyon sırasında üst solunum yollarının tıkanmasını kolaylaştırmaktadır. Bifurkasyo çocuklarda erişkinlere göre daha yukardadır. Bu nedenle solunum yolu enfeksiyonları hızlı gelişebilmektedir (Amirav & Newhouse; 2012; Törüner ve Büyükgönenç 2013). Bebekler ve küçük çocuklarda görülen akut ve kronik birçok solunum yolu hastalıklarının tedavisinde inhalasyon tedavisi tercih edilmektedir (Berlinski, 2017).

Aerosol ilaçlar, doğrudan akciğerlere uygulanması nedeniyle sistemik ilaçlara göre daha düşük ilaç dozlarıyla istenen terapötik etki elde edilebilir. İnhalasyon yoluyla uygulanan ilaçların sistemik biyoyararlanımının daha düşük olması nedeniyle yan etki insidansları daha düşüktür. Hastalar, ebeveynler ve bakıcılar tarafından uzun süreli kullanım uygulaması kolay ve rahattır (Gregory ve ark.; 2017).

Aerosol ilaçlar 3 farklı yöntemle uygulanmaktadır. Bunlar;

- Küçük hacimli bir nebulizör
- Basınçlı ölçülü doz inhaleri
- Kuru toz inhaler (Küçük çocuklarda kullanılmamaktadır).

İnhalasyon tedavisinde başarılı olmak için kullanılacak cihazın seçimi önemlidir. Cihaz seçimi yapılırken çocuğun fiziksel ve bilişsel yeteneği aynı zamanda yaşa bağlı anatomik ve fizyolojik özellikleri göz önüne alınmalıdır (Devadason, 2006; Gregory ve ark.; 2017). 3 yaş altı çocuklara maskeli küçük hacimli nebulizörler ve 4 yaş altı çocuklarda maskeli basınç ölçülü doz inhalerlerin kullanılması önerilmektedir (Gardenhire ve ark.; 2017; Gregory ve ark.; 2017).

Çizelge 2.1. Küçük çocuklarda aerosol ilaç verilmesini sağlayan cihazlar ve özellikleri

Küçük hacimli bir nebulizör	
Küçük hacimli nebulizörler gaz, elektrik veya pille çalışan sıvı formdaki ilaçları hastanın alt solunum yollarına ulaşmasını sağlayan aerosollere dönüştürerek çalışırlar (Myers, 2013). İyi bir yüz maskesi sızdırmazlığı, optimum ilaç birikimi elde etmek ve aerosol ilacın gözlere kaçmasını önlemek önemlidir. Yüz maskesi etrafındaki küçük sızıntılar solunan ilacı azaltmaktadır (Esposito- Festen ve ark., 2004; Smaldone, Berg, & Nikander, 2005). Cihaz kullanımı öncesinde ebeveyn cihaz kullanımı hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir.	
Avantaj	Dezavantaj
- Birçok ilaç solüsyonunu aerosol haline getirebilirler.	- Tedavi süreleri 5–25 dakika arasında değişebilir.
- Minimum hasta iş birliği veya koordinasyon gereklidir.	- Büyük ve ağır olması nedeniyle taşınabilirliği zordur.
- İlaç konsantrasyonları ve dozu değiştirilebilir.	- Güç kaynağı ihtiyacı vardır.
- Normal solunum paterni kullanılabilir ve etkinlik için inspiratuar aralık (nefes tutma) gerekli değildir.	- Yüz maskesi ile göze ilaç verebilirler.
	- Yüksek sesle çalışmaları gürültüye neden olabilir.
	(Gardenhire ve ark.; 2017; Gregory ve ark.; 2017).

Çizelge 2.1. (devam) Küçük çocuklarda aeresol ilaç verilmesini sağlayan cihazlar ve özellikleri

Basınçlı ölçülü doz inhaleri	
Basınçlı ölçülü doz inhaler, belirli ilaç formülasyonlarının kesin dozlarını veren bir ilaç ve cihaz kombinasyonu olarak tasarlanmış ve geliştirilmiştir.	
Avantaj	Dezavantaj
- Hafif oldukları için taşınabilirler.	- El-nefes koordinasyonu gereklidir.
- Tedavi süresi kısadır.	- Hasta aktivasyonu, uygun inhalasyon modeli ve nefes tutma gereklidir.
- İlaç hazırlığı gerektirmezler.	- İlaç konsantrasyonları ve dozları sabittir. İlaç dozu değiştirilemez.
- Çoklu doz kolaylığı sağlar.	- Orofaringeal birikimi yüksektir.
	- Doz sayaçları yoktur bu nedenle kalan ilaç dozunu belirlemek zordur (Gardenhire ve ark.; 2017; Sanders, 2007).

2.2. 1-3 Yaş Dönemi Çocuğun Gelişim Özellikleri

İlk çocukluk dönemi olarak da 1-3 dönemi çocuklar için büyüme ve gelişmede önemli gelişmelerin olduğu bir dönemdir. Erken çocukluk olarak adlandırılan bu dönem 12- 36 aylık arasındaki dönemdir. Çevrenin keşfedildiği bu dönemde çocuklar meraklı bir kaşıftırlar. Her ay geçtikçe vücutları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olurlar. Öfke nöbetlerinin, olumsuzluğun ve inatçılığın görüldüğü bu dönemde hayır kelimesini çok sık kullanırlar. Basit görevleri ritüel haline getirerek, güvenlik duygularını ve öz hakimiyetlerini arttırırlar. Egosantrik düşüncenin hâkim olduğu bir dönemdir (Hockenberry, Rodgers, & Wilson, 2021; Wilson, & Hockenberry, 2014).

1-3 yaş arasında kilo alma ve boy uzaması sürekli bir şekilde devam etmektedir. Ortalama her yıl 1,8 ila 2,7 kg arasında kilo alıp 6-7 cm kadar boyları uzar. 2,5 yaşında doğum ağırlığı dört katına katlar. Genellikle 2 yaşındayken yetişkinlik boyunu yaklaşık yarısına ulaşır. Baş çevresi artış hızı bebeklik döneminin sonunda biraz yavaşlar. Baş çevresi genellikle 1- 2 yaş arasında göğüs çevresine eşittir. İkinci yılda baş çevresindeki toplam artış 2,5 cm'dir. Daha sonra 5 yaşına kadar artış hızı yavaşlar, artış yılda 1,25 cm'den azdır (Hockenberry ve ark., 2021). Ön frontal 12- 18 ay arasında kapanmaya başlar. İlk çocukluk yıllarında göğüs çevresi boyut olarak artmaya ve baş çevresini geçmeye devam eder. İkinci yıldan sonra, göğüs çevresi abdominal ölçümü aşar (Kyle, 2008; Perry ve ark.; 2017).

Çizelge 2.2. 1-3 yaş dönemi çocuğun fiziksel gelişimi, sosyal davranışı ve yetenekleri

Ay	İnce motor	Kaba motor	Bilişsel gelişim	Dil gelişimi	Sosyal
12 ay	Bardaktan içebilir. Kaşık tutabilir. İki kuleyi üst üste dizer. Parmaklarıyla yemek yer.	Yürümeye başlar.	Objeleri işlevleriyle sınıflandırabilir. Obje kalıcılığı gelişmeye başlar.	Baba – dede ve benzer birkaç kelimeyi söyleyebilir.	Yetişkin davranışlarını taklit eder. Tek başına oyun oynamayı tercih eder.
15 ay	Bardaktan içebilir. Kaşık tutabilir. 2 küpü üst üste dizebilir. İstediklerini parmağıyla işaret eder.	Yürümeye başlar.	Nesneleri sınıflandırır. Nesnelerin devamlılığı gelişmeye başlar.	Basit komutları takip eder. Basit 4-6 kelime söyler.	Yetişkin davranışlarını taklit eder. Paralel oyun oynar. Egosantrik düşünce hâkimdir.
18 ay	Dört küpü üst üste dizebilir. Kendiliğinden karalama yapar. Dikey çizim yapar.	Yardım almadan yürür. Tek elle yardım alarak merdivenden çıkar. Küçük bir sandalyeye oturabilir. Topa ayağıyla vurabilir. Yürürken oyuncakları çeker.	Hafızadan taklit edebilir Neden ve sonucu fark etmeye başlar.	10 ve üzeri kelime söyler. Tanıdığı nesneleri işaret eder. Vücudun bir veya daha fazla bölümünü tanımlar.	Meraklıdır. Paralel oyun oynar.
24 ay	Altı yedi küpü üst üste dizebilir. İki veya daha fazla küpü tren oluşturacak şekilde sıralayabilir. Yatay çizim yapabilir. Daire çizmeye başlar.	Erişkin tipinde yürümeye başlar. Düşmeden koşabilir. Merdivenden yardımsız çıkabilir. Daha büyük toplara ayağıyla vurabilir. Yürürken birkaç oyuncak veya büyük bir oyuncak taşır. Yardım almadan mobilyalara inip çıkar.	Sürekli araştırma ve keşif yapar. Beğendiği ve beğenmediğini belli eder.	Çoğul kelime kullanır. Hikâye anlatmak için kelimeleri kullanır. Tanıdığı nesneyi adlandırır.	Bağımsızlığı artmıştır. Egosantrik düşünce devam eder.
36 ay	Daire çizebilir. 9 ila 10 kübü üst üste dizebilir.	Tek ayağının üstünde kısa bir süre durabilir. Üç tekerlekli bisiklete binebilir. 2-3 kez hoplayabilir. Her iki ayağıyla merdivenlerden yukarı ve aşağı yürür.	Bir fikir veya kavramı anlayabilir. İki renk bilir. Ebeveyn rollerini taklit eder.	Sohbet edebilir. Sık sık neden ve nasıl diye sorar. Adını ve soyadını söyler.	Cinsel kimliğiyle ilişki kurmaya başlar. Paylaşmaya başlar. Hayali oyun arkadaşı olabilir. Basit oyunlar oynar.

Kaynak: (Colson & Dworkin, 1997; Kliegman, Behrman, Jenson, & Stanton, 2007; Kyle, 2008; Leifer, 2014; Törüner & Büyükgöncü, 2013).

Gelişme, çocuklarda ortaya çıkan değişiklik ve büyümeyi göstermektedir. Gelişim kuramları, çocuk gelişimini bilimsel olarak inceleme olanağı sağlar. Kuramlar, çocukların gelişim düzeylerini destekleyen sistem tasarımları, öğretme ve öğrenmeye yönelik çıkarımlar sağlamıştır. Aynı zamanda çocuk gelişimini ve öğrenimini anlamak için kanıtlanmış çerçeveler sunar. Çocuk davranışları hakkında bilgi sahibi olmamızı sağlar Çocuk gelişim teorileri bilişsel, sosyal ve duygusal çocuk gelişim teorileriyle açıklanmalıdır (Bilal, 2007; Hamamcı, Z., & Hamamcı, E. 2015; İnanç, Bilgin, & Atıcı, 2007; Onchwari, G., Onchwari, J., & Keengwe 2008). 1-3 yaş dönemi Psikoseksüel kuramcısı Freud’ a göre anal dönem, Psikososyal kuramcısı Ericson’a göre Özerkliğe karşı utanç ve şüphe dönemi

ve Bilişsel kuramcısı Piaget'e göre Sensorimotor ve preoperasyonal dönem özellikleri aşağıdaki çizelgede verilmiştir.

Çizelge 2.3. 1-3 yaş dönemi gelişim kuramları ve özellikleri

Kuram	Dönem Özellikleri
Freud Psikoseksüel kuram	Anal dönemdedir. Çocuklar gaitalarını tutma ve yapma yeteneğini geliştirir. Çocuk öz denetimini kazanmaya başlar.
Ericson Psikososyal kuram	Özerkliğe karşı utanç ve şüphe dönemidir. Çocuğun özerklik duygusu desteklenmelidir. Özerkliği desteklenmeyen çocuklarda utanç ve şüphe duyguları oluşur. Bağımsızlık duygusu artmıştır. Vücut fonksiyonları üzerinde kontrol duygusu gelişir. Negativizm görülür.
Piaget Bilişsel kuram	Sensorimotor ve preoperasyonal dönemdedir Çocuk kendini nesnelerden ayırt eder. İki olay arasındaki nedensel bir ilişkiler kurar Nesne kalıcılığı gelişmiştir. Aile bireylerini taklit ve cinsiyet rolü davranışı gelişir. Çocuk dili sembolik olarak kullanır ve olayların neden ve nasıl olduğu ile ilgilenir. Animistik düşünce hakimdir.

Kaynak: (Işık, 2019; İnanç & Yerlikaya, 2019; Potts & Mandlco, 2012; Rudd, & Kocisko, 2013; Wilson & Rodgers, 2016).

1-3 Yaş Dönemi Çocuğun Psikososyal Gelişimi 1-3 yaş çocuklarda otonomi ve bağımsızlık duygusu ön plana çıkar. 1-3 yaş çocuklarda dil gelişiminin gelişmesiyle kendilerini ifade etme yetenekleri de artar. Özerklikleri gelişmeye başlar ve egosantrik bir dönemde içinde olurlar. 5 yaşına kadar çocuklarda egosentrik düşünme devam eder. Olayları sadece kendi bakış açılarından görürler. Bu nedenle iletişimi onlara odaklanmalı ve onlara ne yapabileceklerini ya da nasıl hissedeceklerini söylenmelidir. 1-3 yaş dönemi çocuklarıyla iş birliğini yapmak için başka bir çocuğun deneyimini anlatmanın faydası yoktur çünkü çocuk başkalarının deneyimleriyle ilgilenmezler. Egosantrik oluşları nedeniyle bu yaş grubu çocukları paralel oyun sergilerler. Akranlarının yanında oynarlar fakat akranlarıyla beraber oynamazlar (Hockenberry & Wilson, 2013; Lerifer, 2014; Wilson, & Hockenberry, 2014).

Negativizm bu yaşta yaygındır. Çocuk 5 yaşına yaklaştığında negativizm azalmaya başlar. Negativizm, inatçı veya küstah olmanın ifadesi olmayıp çocuğun sürekli özerklik arayışının bir ifadesidir. Negativizm normal gelişimin bir parçası olarak algılanmalıdır. Çocuk ebeveyninden ayrılmaya başladıkça kendi kişiliğini tanır ve çocuğun özerklik duygusu

gelişir. Bununla birlikte çocuk kendisine talimatlar verilmesinden hoşlanmayabilir. Bu nedenle bu yaş dönemi çocuklarıyla iletişim kurarken çocuğun özerklik arayışını destekleyici şekilde iletişime geçmek önemlidir (Hockenberry & Wilson, 2013; Kyle, 2008; Potts & Mandleco; 2012; Törüner ve Büyükgönenç, 2013).

2.3. 1-3 Yaş Dönemi Çocukların İşleme Hazırlanması ve İşlemlere Verdiği Tepkiler

1-3 yaş dönemi çocukları otonomi ve bağımsızlıklarına önem verirler. Pediatri hemşireleri yapacağı işlemlerde ve hemşirelik bakımında çocuğun görüşlerine yer vermelidir. İşleme başlamadan önce çocukla iletişime geçmek için kullanılacak malzemeleri incelemesine izin verilmelidir. Yapılacak işlemlere çocuğa seçim şansı sunularak işlemlere dahil etmek, kullanılacak malzemeleri tanımasını sağlamak, ebeveyniyle beraber olmasını sağlamak, sevdiği oyuncakları işleme dahil etmek çocuğun tedaviye uyumunu artırabilir (Hockenberry & Wilson, 2013; Lerifer, 2014; Wilson, & Hockenberry, 2014).

1-3 yaş negativizmin yaygın olarak görüldüğü dönemdir. Bu dönemde çocuk gerçekten hayır anlamına gelmese bile, soruların tersini yapmaktan ve tüm taleplere 'hayır' olarak cevap vermekten hoşlanıyor olabilir. Bu nedenle negativizmi azaltmak için çocuğa evet veya hayır cevabını vereceği sorulardan kaçınılmalıdır. Çocuğun seçim şansının olduğu sorular sorulmalıdır. Fakat çocuk olumsuzluğa devam edip seçimde bulunmuyorsa sakın kalınmalı ve çocuk için seçim yapılmalıdır. Çocuklarla ve ebeveynlerle çalışan hemşireler, ebeveynlerin rol modellemesiyle bu kavramı anlamalarına yardımcı olmalıdır (Hockenberry & Wilson, 2013; Kyle, 2008; Potts & Mandleco; 2012; Törüner ve Büyükgönenç, 2013).

1-3 yaş döneminde çocukların normal rutinlerinin değişmesi çocuk için sters kaynağı olabilir. Aynı zamanda çocuklar stres durumunda regresyon yaşayabilir. Çocuğun günlük rutinleri öğrenilmeli ve hemşirelik bakımı çocuğun rutin alışkanlıklarına göre düzenlenmelidir (Törüner ve Büyükgönenç, 2017).

2.4. Terapötik Oyun Nedir?

Oyun, tarih boyunca teorik çalışmalara konu olmuştur. Eski zamanlardan beri oyunun değeri ve faydası tartışılmış farklı bakış açıları ve tanımlar ortaya konulmuştur. Oyunu açıklayan birçok oyun teorileri ve kuramcılar vardır. Her biri birbirinden farklı bir oyun görüşünü

savunmuşlar ancak her görüş oyun etkinliklerinin değerini ve faydalarını vurgulamıştır. Her tür oyun pratiği teorik anlayışa dayanmaktadır (Bruce, 2018; Cohen, 2007; Howard & McInnes, 2013; Powers, 2018). Oyun, çocukların işi ve onların duygu ve problemlerini öğrendikleri, büyüdüğü, geliştikleri ve harekete geçtikleri temel bir yoldur. Bu nedenle oyun, çocukluğun önemli bir parçasıdır ve çocuk sağlığı için önemli bir yere sahiptir. Çocuklar için dış dünyayı tanımak için gerekli becerileri uygulama fırsatı verir. Oyun, öğrenme, fiziksel aktivite, akranlarla sosyalleşme ve yetişkin rollerini uygulama imkânı verir ve hayal gücünü artırır. Oyun aynı zamanda çatışmaların ve kaygıların çözülmesini sağlar ve yaratıcılığı destekler. Bu nedenle oyunun temel bileşenleri, sağlıklı çocuk gelişimini desteklemek amacıyla öğrenilmeli ve benimsenmelidir. (Ginsburg, 2007; Hatfield, 2007; Kliegman, Behrman, Jenson, & Stanton, 2007; Yogman, Garner, Hutchinson, Hirsh-Pasek, & Golinkoff, 2018)

Oyun, çocuklar için evrensel bir dildir. Oyun, çocuğun bilişsel düşünme becerilerini, sosyal etkileşim ve psikomotor becerilerini geliştirmesine yardımcı olur. Aynı zamanda oyun, çocuklarla iletişim kurmayı sağlayan için en etkili yöntemlerden biridir. Oyun yoluyla çevrelerini nasıl kullanacaklarını ve anlayacaklarını, sosyalleşmeyi ve dünyalarını keşfetmeyi öğrenirler (Hockenberry & Wilson, 2013; James, Nelson, & Ashwill, 2014). Oyun, kontrol kaybı ve benlik saygısı eşliğinde gerginlik, öfke, hayal kırıklığı, çatışma ve kaygıyı azaltmak için kullanılan en güçlü ve en etkili araçlardan biridir. Bir çocuk oynadığında kendini pasif bir bireyden aktif olana dönüştürür, çünkü oyun yoluyla kuralları oluşturur, hayal gücünün ve duygularının özgürleşmesine izin verir ve duygularını keşfeder (Haiat, Bar-Mor, Shochat 2003; Leifer; 2014). Çocuklar için önemli bir değere sahip olan oyunların eksikliği yaşamlarında fiziksel, bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimlerinde başarısızlığa neden olabilir. Oyun, çocuğun işlevlerinin gelişiminde ve geliştirilmesinde yardımcı olan birçok özelliğe sahiptir. Oyunun gelişimsel destekleyici yararlarının yanı sıra her yaştan çocuklar ve gençler için normalleştirici bir faaliyet olarak, endişeli veya stresli durumlarla başa çıkmakta zorluk çeken çocuklar için özellikle değerlidir (Committee on Hospital Care and Child Life Council. 2014; Koukourikos, Tzeza, Pantelidou & Tsaloglidou, 2015; Maia & Ribeiro, 2011; Sezici, Ocakci, & Kadioglu, 2017).

Terapötik oyun, çocuklarda sık kullanılan oyun tekniklerinden biridir. Terapötik oyun uygulamaları, korkuları ve endişeleri ifade etmesinde ve hastanede yatarken yaşayabileceklerini daha iyi anlamasına yardımcı olabilecek bir oyun tekniğidir (Maia, & Ribeiro, 2011).

Terapötik oyun yöntemleri dramatik oyun, yaratıcı oyun ve enerji harcamasını sağlayan oyun olarak 3 grupta sınıflandırılabilir.

Dramatik oyun

Dramatik oyun, çocuğun yaşamı taklit yoluyla deneysel öğrenme biçimidir. Hastane ortamında çocuğun oyuncak veya uygun malzemelerle (steteskop, oyuncak enjektör, tansiyon aleti v.b) oynaması sağlanabilir. Dramatik oyunda çocuk başka birisi gibi davranır. Dramatik oyunda rolüyle özdeşleşen çocuk yaşamda olan biten durumları anlamaya başlar. Dramatik oyun kullanılarak çocuğun hastane ortamına uyum sağlaması ve duygularını ifade etmesi sağlanabilir (Kıran, Çalık, & Esenay, 2013; Sağlam, 2014; Yayan & Zengin, 2018).

Yaratıcı oyun

Çocukların kendilerini ifade etmelerini sağlamak için resim çizme, cümleyi tamamlama ve üç dilek testi gibi çocuğun fikirleri hakkında bilgi edinmek ve veri toplamak amacıyla edinmede kullanılan oyunlara yaratıcı oyunlar olarak adlandırılmaktadır. Örneğin 3 dilek hakkın olsa şimdi ne isterdin? ya da kendimi şuan ... hissediyorum gibi sorular sorularak duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanabilir (Çelebi, Özdemir, Küçükoğlu, & Çelebioğlu, 2015).

Çocuğun enerji harcamasını sağlayan oyun

Çocukların hastanede yaşadığı korku, kaygı ve öfkelenme gibi olumsuz duygularını bağırarak koşarak ifade ederler. Çocukların olumsuz duygularını aktarabilmeleri için hastane ortamında uygun ortam sağlanabilir (Avan, Koç, & Vural, 2020).

Terapötik oyun, çocukların işlemler sırasında anksiyeteyi hafifletmek için yapılandırılmıştır ve işlemler sırasında deneyimlerini anlamak ve bunlarla başa çıkmak için zorluklarla karşılaştıklarında hastanede yatan çocuklar için kullanılmalıdır (Maia, & Ribeiro, 2011). Terapötik oyunun temel amacı, hastanede yatan çocukların duygusal ve fiziksel refahını kolaylaştırmak ve bu sayede çocukların tıbbi işlemler esnasında yaşadıkları korku, anksiyete ve olumsuz düşüncelerin de azalmasına yardımcı olmaktır. (Li ve ark., 2011)

2.4.1. 1-3 yaş çocuklarda kullanılan terapötik oyun yöntemleri

İlk çocukluk dönemindeki çocuklar oyuncaklara ilgi duyarlar, oyuncakları inceler, oyuncaklarla konuşur ve oyuncakları test ederler. Taklit, oyunun en ayırt edici özelliklerinden biridir ve çocukların fanteziyle meşgul olma fırsatını zenginleştirir. Oyuncak bebekler, arabalar, oyuncak evler, toplar, tabaklar, mutfak eşyaları, çocuk mobilyaları, kamyonlar ve giydirme kıyafetleri gibi oyun nesneleri her iki cinsiyet için de uygundur. Erkek çocukları kamyon, tren, aksiyon figürleri ve yapı taşlarıyla ilgili aktivitelerle ilgilenirken, kızlar bebeklerle ilgili aktiviteleri tercih edebilir (Hoccenbery & Wilson, 2013).

1-3 yaş dönemi çocuklarda çocuğun yaş dönemine özgü terapötik oyun yöntemleri seçilmelidir. İşlemler öncesinde oyuncak bir bebek ya da kukla gibi oyuncaklar tercih edilebilir. Hemşire kullanacağı malzemeleri öncesinde çocuğun keşfetmesine izin vermelidir. Oyuncak bir bebek üzerinde yapacağı işlemi çocuğa anlatıp sonra çocuk üzerinde işlemi yapabilir. Örneğin oyuncak enjektör vs. gibi malzemeler kullanılarak çocuğun oyuncak üzerinde hemşireymiş gibi işlem yapması sağlanabilir (Kıran ve ark.; 2013) Hemşire, terapötik oyun aracılığıyla duygularını yansıtan çocuğu gözlemlemelidir. Bu sayede çocuk hakkında veri toplama imkani elde eder. Veriler doğrultusunda gerekli bakımı planlayıp uygulayabilir.

Çocuklarda terapötik oyunun etkinliğini değerlendirmek için birçok çalışma yapılmıştır. Preoperatif hazırlık sırasında terapötik oyunun uygun ve etkin olduğunu (Li & Lopez, 2008) kan basıncı, nabız ve anksiyе düzeylerini azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir (Lina, 1998).

Terapötik oyunun akut postoperatif ağrıyı azaltmak için etkili bir yöntem olduğunu ve ebeveyn kaygı düzeylerinin çocuklarda ameliyat öncesi ve sonrası ağrı düzeyleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Yayan ve ark., 2019). Terapötik oyun kullanılan çocuklarda daha az olumsuz duygu ve anksiyete yaşadıkları ortaya çıkmıştır (Forouzandeh, Drees, Forouzandeh, & Darakhshandeh, 2020; Li, Chung, Ho, & Kwok, 2016).

Terapötik oyun seansları düzenlenen çocukların olumlu davranışlar gösterdiği, (Artilheiro, Almeida, & Chacon, 2011; Dantas, Nóbrega, Pimenta, & Collet, 2016;) terapötik oyunun stresi azalttığı (Dantas ve ark., 2016; Potasz, Varela, Carvalho, Prado, & Prado, 2013) prosedürlerde iş birliği yaptığı ve profesyonellerle güven bağı oluşturduğu (Artilheiro ve

ark., 2011) ve hastanede yatan çocuklarda uygulanabileceğini (Liu & Chou, 2020) belirtmişlerdir.

Terapötik oyun seanslarına katılan Tip1 diyabetis mellitus hastası olan çocuklar hastalıkları hakkındaki bilgi sahibi olduklarını ve hemşirelerle güven ilişkisini geliştirdiklerini belirtmişler. (La Banca ve ark., 2020). Terapötik oyun yöntemi kullanılan (Human Immunodeficiency Virus / İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (+) (HIV) tanısı alan çocuklarda terapötik oyunun veri toplama yöntemi olarak, yararlı veriler üretebildiği ve bu süreçte çocukların kendilerini ifade etmelerine yardımcı olduğu bildirilmiştir (Havenga, 2019). Terapötik oyun hastanede yatan çocuklarda ağrı ve kaygıyı hafifletmede etkilidir ve çocuğun hastane ortamına uyum sağlamalarına yardımcı olmaktadır (Kapkin ve ark., 2020).

2.5. Oyun ve Hastaneye Yatan Çocuk İçin Terapötik Oyunun Önemi

Oyun çocuğun sağlığını geliştirmek ve gelişimini desteklemek için çocuğun sosyal hayatında ve hastanede yer almalıdır. Oyun aktivitesi çocukların hayatlarında özellikle de hasta oldukları zaman oldukça önemlidir. Hastanede yatan çocuklar için oyun, özel bir terapötik değere sahip olabilir (Committee on Hospital Care and Child Life Council. 2014; Koukourikos, Tzehe, Pantelidou & Tsaloglidou, 2015; Maia & Ribeiro, 2011; Sezici, Ocakci, & Kadioglu, 2017).

Hastaneye yatırılan çocuk, hastanede kaldığı süre boyunca aile ve sosyal yaşamından uzaklaşır. Hastaneye yatış, çocuğun oyun oynama gerekliliğini ortadan kaldırmaz, bu ihtiyacı daha çok ön plana çıkarır. Oyun, hemşirelik bakımının içinde kadar fazla olursa, çocuk hastane ortamında o kadar rahat olur. Çünkü oyun, hastalarda stresi azaltabilir ve hastaların stresli durumlarda çalışmasına yardımcı olabilir. Bu nedenle çocuğun oyun aktiviteleri hastane ortamında sağlanmalıdır. Oyun, hastaneye yatırılan çocuğun, görüntüleri, manzaraları, sesleri ve hastanenin dilini daha iyi anlamasına ve yorumlamasına yardımcı olabilir. Oyun aracılığıyla duygularını ifade edebilen çocuk, hastalığından ve hastaneye yatışından kaynaklanan olumsuz psikolojik etkileri daha az yaşamasını sağlayacaktır. Oyun çocuğun acı, endişe ve ebeveyninden ayrılma gibi duygularla baş etmesine yardımcı olur (Haiat ve ark., 2003; Hatfield, 2007; Karbandi, Soltanifar, Salari, Asgharinekah, & Izie, 2020).

2.5.1. Terapötik oyunun hemşirelik bakımına katkısı

Pediatric hemşireliği, çocuğun aile ve toplum içinde, fiziksel, mental, psikososyal ve emosyonel yönden sağlık ve esenliğini koruma, geliştirme, hastalık durumunda ise iyileştirmeye yönelik hemşirelik bakımı sağlamayı amaçlamıştır. Bu bakımı sağlarken çocukların hastalık, hastalığı algılama durumu ve yaş dönem özellikleri dikkate alınmalıdır. Pediatric hemşireleri primer bakım, aile merkezli bakım ve travmatik bakımı temel felsefesi edinmelidirler (Teksöz & Ocakçı, 2014; Törüner & Büyükgönenç, 2017). Pediatric hemşirelerinin travmatik bakımın bir parçası olarak çocukların işlemlere hazırlanmasında ve işlem sırasında terapötik oyun tekniklerinin kullanmasının çocukta ağrı, stres, kaygı, korku ve agresif davranışları azalttığı bilinmektedir (Campos ve ark.,2010; Lemos ve ark.,2016; Potasz ve ark., 2013; Wong ve ark., 2018).

Terapötik oyun, hemşireler açısından ise çocukları ve çocukların ihtiyaçlarını tanımlarını sağlar ve çocuğun sosyal, entelektüel ve fiziksel gelişimi hakkında bilgiler verebilir. Aynı zamanda çocuğu gözlemleyerek, çocuğun ifade edebileceği endişeleri, korkuları ve endişeleri not edebilir. Hemşirenin gerekli bakımı planlama, uygulama ve bakımın etkinliğini değerlendirme için zaman verir (Caleffi ve ark., 2016; Hatfield, 2007; Hockenberry & Wilson, 2018). Terapötik oyun çocuğun hastaneye yatışı ve taburculuk süreci içerisinde bütün prosedürlerde çocuğun kaygısını azalamak ve hastaneden yapılan işlemlerden dolayı oluşabilecek travmayı engellemek için hemşirelik bakım uygulamalarında yer almalıdır. Terapötik oyun, hemşireler için çocuk hakkında veri toplama, gerekli bakımı planlayabilme ve uygulama, hemşirelik uygulamalarında çocukla iş birliğini geliştirmede önemi büyüktür (Karbandi ve ark; 2020; Şimşek & Altay, 2021). Sağlık profesyonellerinin terapötik oyun kullanımı, sağlık profesyoneli ve çocuk arasındaki ilişkiyi daha etkili kılar, iş birliğini geliştirir ve güven ortamı yaratır (Maia & Ribeiro 2011; Artileiro ve ark., 2011). Ayrıca terapötik oyun ebeveynlerin kaygı düzeyini hafifletmede etkilidir (Yayan ve ark., 2020).

Terapötik oyunun hemşirelik bakım uygulamalarında kullanımı hemşirelik bakımını güçlendirir ve terapötik oyun, çocuğun davranışını anlayarak hemşirelerle iş birliğini artırmaya yardımcı olduğundan hemşirelik bakımının bir parçası olmalıdır (Aranha, Souza, Pedroso, Maia, & Melo 2020; Santos, Almeida, Ceribelli, & Ribeiro, 2020). Terapötik

oyunun kullanılabileceği bazı hemşirelik tanıları, girişimleri ve sonuçları aşağıda verilmiştir.

Terapötik oyunun kullanılabileceği bazı hemşirelik tanıları;

Hastanede kalma, hastanedeki işlemler, hastalık, aileden uzak kalmayla ilişkili;

1. Eğlence aktivitesinde eksiklik
2. Korku
3. Aile başetmesinde yetersizlik
4. Bilgi eksikliği
5. Ebeveynlikte yetersizlik/ riski
6. Ebeveyn- çocuk bağlılığında bozulma riski

Kaynak: (Erdemir & Türk, 2021; Karahan & Kav, 2019)

Terapötik oyunun kullanılabileceği bazı hemşirelik tanılarına yönelik uygulanabilecek hemşirelik girişimleri;

- Çocukla açık ve dürüst iletişim kurun.
- Çocuğun kullanması için çeşitli oyuncaklar, materyaller ve aktiviteler sağlayın.
- Çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine uygun materyaller seçin.
- Aile üyelerini çocuğun en sevdiği oyuncaklarını, aile resimlerini, objelerini ve diğer objeleri evde getirilmesi konusunda destekleyin.
- Çocuğa oyun oynama, oyun odasını ziyaret etme, grup aktivilerine katılımı için teşvik edin.
- Ebeveynlere çocuklarının hastalığı ve gelişim ihtiyaçlarından biri olan oyun hakkında bilgi verin.
- Aileye terapötik oyunun önemini açıklayın.
- Terapötik oyun etkinlikleri öncesi ailenin görüşünü ve onayını alın.
- Çocuğa bağlılığı artırmak için terapötik oyun etkinliklerine ve çocuğun rutin bakımına ailenin aktif katılımını sağlayın.
- Çocuğun terapötik ve gelişimsel oyun aktivitelerine katılımı için program hazırlayın.
- Terapötik oyun için ortam hazırlayın. Seçenekler sunun. Örneğin, çocuğun oynayabileceği hastane malzemeleriyle oynamasını sağlayın. Oyuncak bebekler

üzerinde yapılan işlemleri gösterin. Hasta olan bir çocuk hakkında hikaye anlatma ve çocuğun tekrar hikayeyi anlatmasını sağlayın vb.

- Terapötik oyun sırasında ebeveyn ve/veya çocuğun soru sormasına fırsat verin.
- Çocuğun terapötik oyun etkinliklerinde hastanede kalma, hastalığı algılama, tedavisi hakkındaki düşüncelerini sorgulayın. Küçük çocuklarda tepkileri ve davranışlarını izleyin (Karahan &Kav,2019).

Terapötik oyunun kullanılabileceği bazı hemşirelik tanılarına yönelik beklenen sonuçlar

- Çocuk yaşına uygun aktivitelere gönüllü olarak katılır.
- Ebevenler terapötik oyunun önemini anladığını ifade eder.
- Çocuk ve aile aktivitelerle ilgili memnuniyetini ifade eder.
- Ebeveyn çocuğun bakımına ve terapötik oyun etkinliklerine aktif katılır.
- Çocuk yaşına göre gelişimsel özelliklerini yerine getirir.
- Aile, çocuğun gelişimsel özelliklerine uygun oyun aktiviteleri sağlar (Erdemir & Türk, 2021; Karahan &Kav,2019).





3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma inhalasyon tedavisi uygulanan 1-3 yaş çocukların terapötik oyunun çocuğun tedaviye uyumu ve ebeveyn kaygı durumuna etkisinin incelenmesi amacıyla yapılan yarı deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Acil ve Çocuk Enfeksiyon servislerinde yapılmıştır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk acil servisinde bir triaj odası, 4 muayene odası, toplam 12 yataklı 2 gözlem odası ve 2 yataklı resisütasyon odası mevcuttur. Çocuk acil servisinde bir sorumlu hemşire ve 14 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 8-16 ve 16-08 shiftleri halinde ve her şifte 3-4 hemşire çalışmaktadır. Aynı zamanda bir çocuk acil sorumlu hekimi, bir çocuk acil uzmanı, çocuk acil yan dal uzmanı ve 3-4 çocuk sağlığı ve hastalıkları asistan hekimi tarafından hizmet verilmektedir. Çocuk acil sorumlu hekimi, çocuk acil uzmanı 8-17 saatleri arasında, asistan hekimler ise 24- 36 saatlik shiftler halinde çalışmaktadırlar.

Acil servise başvuran çocukların öncelikle triaj odasında asistan hekim tarafından ilk değerlendirmesi yapıldıktan sonra kayıt bölümünden hasta girişi yapılmaktadır. Girişi yapılan hasta muayene odalarına yönlendirilerek muayenesi yapılmaktadır. Hastanın muayenesi tamamlandıktan sonra yatışına karar verilen hastanın gözlem odasında tedavisine başlanmaktadır.

Acil serviste inhalasyon tedavisi uygulanacak çocukların, hemşire tarafından vücut ısısı, kalp atımı, solunum sayısı, kan basıncı ve SpO2 değerleri ölçülüp hemşire gözlemine kaydedilmektedir. Hekimin istem ettiği inhaler ilaçlar hemşire tarafından güvenli doz aralığında olduğu doğrulandıktan sonra hazırlanıp inhaler maske aracılığıyla çocuğa uygulanmaktadır. İnhalasyon tedavisi sırasında ebeveynlerden biri çocukla beraber kalmaktadır. İnhaler ilaçlar önce her 20 dk da bir kez olacak şekilde 3 kez uygulanmaktadır. Sonrasında çocuk, hekim ve hemşireler tarafından değerlendirilip inhalasyon tedavisi 12x1

ya da 8x1 olacak şekilde devam edilmektedir. İşlem sırasında rutin olarak yapılan vital bulgu takibi yoktur. Genellikle 12x1 veya 16x1 şeklinde vital takibi ve çocuğun değerlendirilmesi yapılmaktadır. İşlem hakkında ebeveynlere ve çocuğa hekim veya hemşireler tarafından rutin olarak yapılan işlemin ne olduğu neden yapıldığı ve nasıl yapılacağıyla ilgili bilgiler verilmemektedir. İnhalasyon tedavisi sırasında hemşire ve hekimlerin kullandığı bir terapötik oyun yöntemi bulunmamaktadır.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk enfeksiyon servisinde 14 hasta odası, bir hemşire odası, bir uzman doktor odası ve bir asistan doktor odası mevcuttur. Çocuk enfeksiyon servisinde bir sorumlu hemşire ve 7 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler 8-16 ve 16-08 shiftleri halinde ve her şifte 2-3 hemşire çalışmaktadır. Aynı zamanda iki çocuk enfeksiyon sorumlu hekimi, çocuk enfeksiyon yan dal uzmanı ve 1-2 çocuk sağlığı ve hastalıkları asistan hekimi tarafından hizmet verilmektedir. Çocuk enfeksiyon sorumlu hekimi, çocuk enfeksiyon yan dal uzmanları 8-17 saatleri arasında, asistan hekimler ise 24- 36 saatlik shiftler halinde çalışmaktadırlar. Yatışı enfeksiyon servisine yapılan hastanın tedavisi başlanmaktadır.

Enfeksiyon servisinde inhalasyon tedavisi uygulanacak çocukların, hemşire tarafından vücut ısısı, kalp atımı, solunum sayısı, kan basıncı ve Spo2 değerleri ölçülüp hemşire gözlemine kaydedilmektedir. Hekimin istem ettiği inhaler ilaçlar hemşire tarafından güvenli doz aralığında olduğu doğrulandıktan sonra hazırlanıp inhaler maske aracılığıyla çocuğa uygulanmaktadır. Serviste ebeveynlerden biri çocukla beraber refakatçi kalmaktadır. Inhaler ilaçlar, hekim istemine göre her 20 dk da bir kez olacak şekilde 3 kez, 12x1 ya da 8x1 şeklinde çocuğun ihtiyacına göre doz sıklığı düzenlenmektedir. İşlem sırasında rutin olarak yapılan vital bulgu takibi yoktur. Genellikle 4x1, 6x1 veya çocuğun durumuna göre vital takibi ve çocuğun değerlendirilmesi yapılmaktadır. İnhalasyon tedavisi sırasında hemşire ve hekimlerin kullandığı bir terapötik oyun yöntemi bulunmamaktadır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma evrenini Kasım 2019 ve Mart 2021 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Acil ve Çocuk Enfeksiyon servisinlerinde akut solunum sistemi hastalığı nedeniyle başvuran ve/ veya yatışı yapılan ve inhalasyon tedavisi uygulanan 1-3 yaş arası çocuklar ve ebeveynleri oluşturmuştur.

Örneklem grubu olarak 1-3 yaş grubu tercih edilmesinin nedeni; bu yaş döneminde solunum yolu hastalıklarının sık görülmesi ve buna bağlı inhalasyon tedavisinin sık kullanılması, ayrıca bu dönemdeki çocuklarda otonomi duygusu gelişmeye başlaması ile işlemlerde uyumda sorunların sık görülmesi, aynı zamanda bu yaş dönemindeki çocukların animistik düşüncelerinin olması, hastane ortamındaki birçok cihazın onlar için korku nedeni olabilmesi ve sözel ifade yeteneklerinin kısıtlı olmasıdır. İnhalasyon tedavisi de 1-3 yaş çocuklar için stres kaynağı olabilir ve çocuklar stresle baş etme mekanizması olarak regresyon ve agresif davranışlar sergileyebilirler. Birçoğu maske takılmasını kabul etmeyebilir ve takılan maskeyi tolere edemeyebilir. Bu durum genellikle incitme, rahatsızlık ve ağlama ile sonuçlanabilmektedir (Anil ve ark.,2010; Berlinski, 2017; 2010; DiBlasi, 2015; İpek ve ark., 2011; Pinto ve ark., 2016; Scarlett ve ark., 2012; Törüner & Büyükgönenç, 2013).

Araştırma örneklemini ebeveyni çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan çocuklar ve ebeveynleri oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini, girişim grubu ve kontrol grubu olmak üzere 2 gruptan oluşmuştur. Girişim grubuna dâhil olan çocukların ebeveynlerine tedavi hakkında bilgi verilecek, çocuğa kullanılacak malzemeler tanıtılmıştır. İnhalasyon tedavisine başlamadan önce oyuncak bebeklere maske takılarak işlem bebek üzerinde gösterilmiştir. Kız çocukları için Niloya bebek, erkek çocukları için Batman oyuncakları kullanılmıştır. Sonra çocuğun kendi maskesi takılmıştır. Kontrol grubuna dâhil edilen çocuklara ise hastanede uygulanan standart işlemler uygulanmıştır ve herhangi bir terapötik oyun yöntemi kullanılmamıştır.

Çalışmaya önce kontrol grubuna hasta alınmasıyla başlanmıştır. Çalışma süresince inhalasyon tedavisi alan 46 hasta ile görüşülmüş, görüşülen hastalardan 15 çocuk araştırma kriterlerine uymadığı için bir çocuğun ailesi çalışmaya katılmayı kabul etmediği için çalışmaya alınamamıştır. Kontrol grubunda 15 hastaya ulaşıldıktan sonra, girişim grubunda kontrol grubu ile aynı yaş ve cinsiyette 15 hastaya ulaşılmıştır. Her iki grupta da 15 hastaya ulaşıldıktan sonra G*Power 3.0.10 programı kullanılarak güç analizi yapılmıştır. Güç analizi sonucunda; $f=0,267$ etki büyüklüğü, %5 hata payı ve toplamda 30 örnek sayısı için (kontrol:15; girişim:15) çalışmanın gücü %80 bulunmuştur.

3.3.1. Dahil edilme kriteri

- Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul edip yazılı onam veren,
- Çalışmanın tüm aşamalarını tamamlayan,
- Türkçe konuşmayı bilen ve anlayabilen,
- İlk kez inhalasyon tedavisi alacak alan,
- 1-3 yaş arası aerosol ve/veya oksijen maskesi uygulanan çocuklar ve ebeveynleri çalışma kapsamına alınmıştır.

3.3.2. Dışlama kriteri

- Herhangi kronik hastalığı olan çocuklar,
- Son 6 ay içinde akut bir sağlık sorunu nedeniyle hastaneye başvuran ve hastaneye yatan çocuklar,
- Krup ve epiglottit tanısı ile gelen hastalar çalışma kapsamına alınmamıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, Tanımlayıcı Bilgi Formu, Vital Bulgular İzlem Formu, Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu, Durumluk Kaygı Envanteri, 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formu ile toplanmıştır.

3.4.1. Tanımlayıcı bilgi formu

Tanımlayıcı bilgi formu literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Form çocuğa yönelik demografik veriler (yaş, cinsiyet, tanı, daha önceki hastane deneyimi) ve ebeveynlere yönelik demografik veriler (yaş, öğrenim düzeyi, mesleği, gelir durumu, ailenin son altı ayda stres yaşama durumu) olmak üzere toplam 12 sorudan oluşmaktadır (Çalı, 2020; Çiftçi,2019; Derleyen, 2018; Zeren, 2021) (EK-3).

3.4.2. Vital bulgular izlem formu

Form vücut ısısı, kalp atımı, kan basıncı, solunum sayısı ve SpO2 ölçümlerinin tedavinin 3-5. dk, 8-10. dk arasında ve tedavi bitiminde olmak üzere 4 kez , kan basıncı tedavi başlamadan önce bir kez kaydedilecek şekilde araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur (Çalı, 2020; Liu & Chou, 2020; Tsai ve ark., 2013) (EK-4).

3.4.3. Huzursuzluk öz değerlendirme formu

Form araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Çocuğun ve ebeveynin huzursuzluk düzeyinin ebeveyn tarafından 0 hiç yok 10 çok fazla olacak şekilde değerlendirildiği öz değerlendirme formudur (EK-5).

3.4.4. Durumluk - Sürekli kaygı envanteri

Spielberg ve ark., (1970) tarafından geliştirilmiş. Öner ve Le Compte (1985) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılmıştır. Durumluk Kaygı Envanteri 20 sorudan oluşan 4'lü likert tipi bir ölçektir. Durumluk kaygı ölçeğinde cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla şeklindedir. Yüksek puanlar yüksek kaygıyı gösterirken düşük puanlar ise düşük kaygı seviyelerini göstermektedir. Ölçekte doğrudan (direct) ve dolaylı (reverse) ifadeler bulunur. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; dolaylı ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Envanterindeki dolaylı ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Bireyin ölçek puanı en az 20 puan en fazla 80 puan olabilir. Doğrudan ve dolaylı ifadelerin ayrı ayrı toplam puanları hesaplandıktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, dolaylı ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Elde edilen sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer olan 50 puanı eklenir. En son elde edilen sonuç bireyin kaygı puanını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,83–0,87 arasındadır (Öner & LeCompte, 1985). Ülkemizde ebeveyn kaygısı ile ilgili yapılan çalışmalarda sık kullanılan bir ölçektir (Alparslan & Bozkurt, 2018; Çakmak & Karaçam, 2018; Durukan, Kara, Almbaideen, Karaman, & Gül 2018; Sağlık & Çağlar 2019) (EK-6).

3.4.5. 1-3 yaş çocuklarda maske uyum değerlendirme formu

Form araştırmacılar tarafından literatür taraması sonrası oluşturulmuştur. (DiBlasi, 2015; Kiche & Almeida, 2009; Li & Lopez, 2005; Lin, Harwood, Fink, Goodfellow, & Ari 2015). Çocuğun inhalasyon tedavisi sırasında uyumunu değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Formda inhalasyon tedavisi sırasında çocukların gösterdikleri davranışlara yönelik 7 madde yer almaktadır. Her davranış için olumsuzdan olumluya doğru 1 ile 4 arasında huzursuzluk için Sürekli (1), sıklıkla (2), Arasıra (3) ve huzurlu (4), ağlama için Sürekli (1), sıklıkla (2), Arasıra (3) ve Ağlama yok (4), Bağırma için Sürekli (1), sıklıkla (2), Arasıra (3) ve Bağırma yok(4), öfkelenme için Sürekli (1), sıklıkla (2), Arasıra (3) ve Öfkelenme yok (4), Maskeyi takmak istememe için Sürekli (1), Sıklıkla (2), Arasıra (3) ve Maskeyi sorunsuz takıyor (4), Avutulabilme için Sürekli (1), Sıklıkla (2), Arasıra (3) ve Avutulabiliyor (4), Agresif davranış için, Sürekli (1), sıklıkla (2), Arasıra (3) ve Agresif davranış yok (4) olarak puanlama yapılmıştır. Formdan alınabilecek en düşük puan 7 en yüksek puan 28'dir. Formdan alınan toplam puanın yüksek olması çocuğun uyumunun arttığını göstermektedir. Oluşturulan forma, çocuk hemşireliği alanında 5 ve çocuk gelişimi alanında 2 akademisyen ve 1-3 yaş çocuklarla çalışan 5 çocuk hemşiresi olmak üzere toplam 12 uzman görüşü alınmıştır (EK-7).

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesi Davis tekniği ile yapılmıştır. Davis tekniği uzman görüşleri sunulan maddelerin uygunluğu açısından dörtlü derecelendirme ile değerlendirmektedir. Bu teknikte maddelerin uygunluğu en yakın olduğunu ifade eden 1. ve 2. Seçeneği işaretleyen uzman sayısı toplam uzman sayısına bölünerek her madde için 'kapsam geçerlilik indeksine' ulaşmakta ve 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir (Yurdagül, 2005). Çalışmamızda uzmanlara 7 sorudan oluşan 1-3 yaş maske uyum değerlendirme formu uzmanlara gönderilmiştir. Her bir maddenin kapsam geçerliliği ölçüt olarak kabul edilen 0,80 değerinden büyük gekmiştir. Maddelerin kapsam geçerlilik indeksi 0.-1 arasındadır.

Çizelge 3.1.1-3 yaş çocuklarda maske uyum değerlendirme formu maddelerinin geçerlilik indeksleri

Maddeler	Kapsam Geçerlilik İndeksi
1. Huzursuzluk	1
2. Ağlama	1
3. Bağırma	1
4. Öfkelenme	1
5. Maskeyi takmak istememe	1
6. Avutulabilme	0.9
7. Agresif davranış	1

Ayrıca 2 uzman ölçek içinde kelime düzeltmesi olarak öneri sunmuştur. Uzman görüşleri sonuncunda son hali verilerek ölçek kullanılmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Kasım 2019- Mart 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Çocuk acil ve çocuk enfeksiyon servislerinde inhalasyon tedavisine karar verilen çocukların ebeveynleriyle tanışılmış ve çalışmanın amacı anlatılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynlere onam formu imzalatılarak araştırmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya önce kontrol grubuna hasta alınmasıyla başlanmıştır. Ebeveynlere çocuğun inhalasyon tedavisi başlamadan önce Tanıtıcı Bilgiler Formu, Durumluk Kaygı Envanteri ve Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu uygulanmış ve çocukların vital bulguları Vital Bulgular İzlem Formuna kaydedilmiştir. Vital Bulgular İzlem Formu, kalp atımı ve SpO2 çocuğa takılı olan pulse oksimetreden, kan basıncı, solunum sayısı ve vücut ısısı araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Tanıtıcı Bilgiler Formu, Durumluk Kaygı Envanteri ve Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu çocuğun inhalasyon tedavisi hazırlanırken gözlem odasında araştırmacı tarafından anneye sorularak doldurulmuştur. Formların ortalama uygulama süresi 10-15 dakikadır. Çocukların inhalasyon tedavisi sırasında ise 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formu uygulanmıştır. Form tedavinin 3-5. dakikasında araştırmacı ve anne tarafından aynı anda birbirinden bağımsız olarak doldurulmuştur. Uygulamadan önce form anneye tanıtılmış ve nasıl doldurulacağı anlatılmıştır. Kontrol çocuklara hastanede uygulanan standart işlemler uygulanmış olup

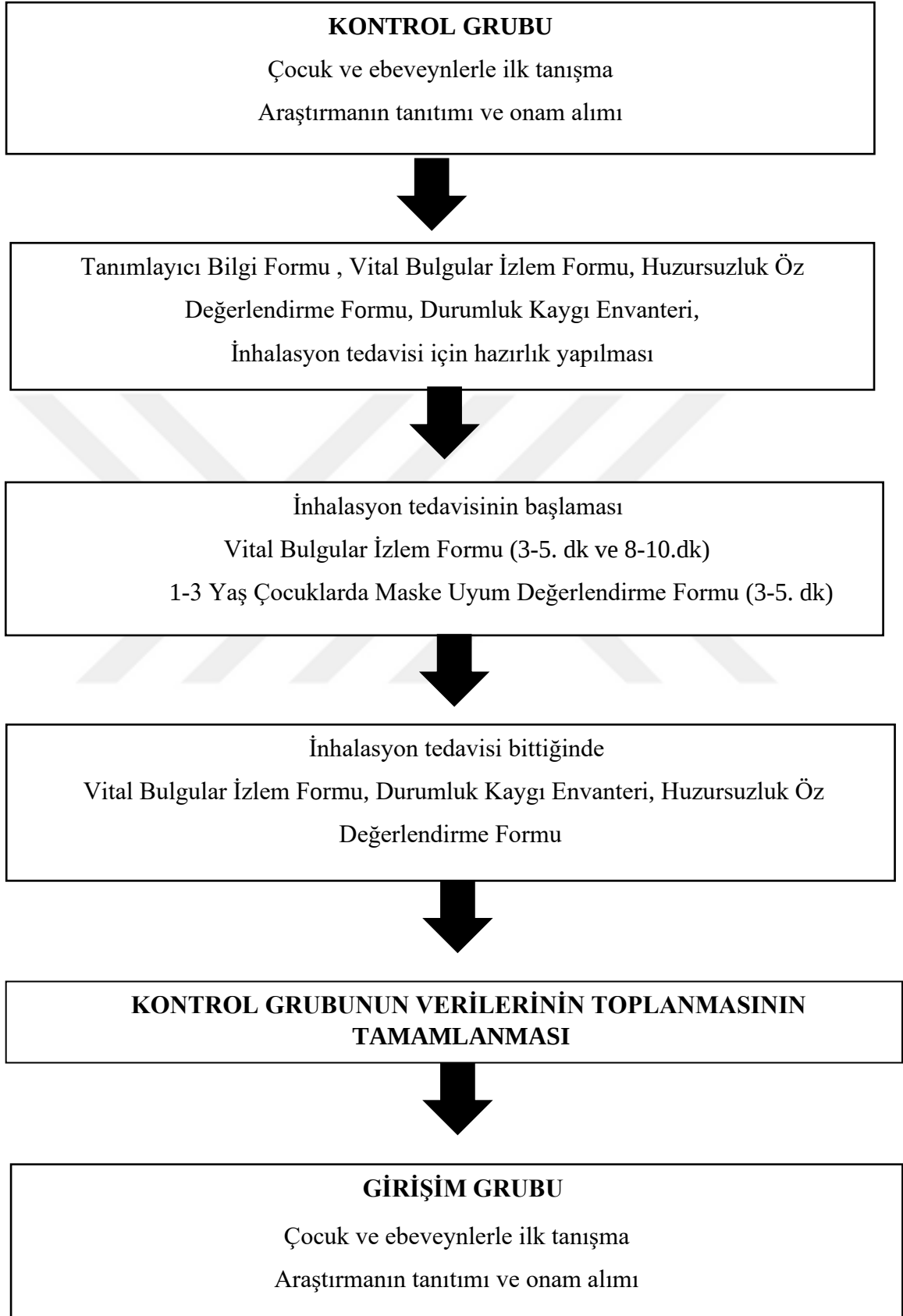
herhangi bir terapötik oyun yöntemi kullanılmamıştır. Kontrol grubundaki çocukların ve ebeveynlerinin soruları olursa yanıtlanmıştır.

Girişim grubundaki ebeveynlerede kontrol grubu ile benzer şekilde çocuğun inhalasyon tedavisi başlamadan önce Tanıtıcı Bilgiler Formu, Durumluk Kaygı Envanteri ve Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu uygulanmış ve çocukların vital bulguları Vital Bulgular İzlem Formuna kaydedilmiştir. Vital Bulgular İzlem Formu, kalp atımı ve SpO2 çocuğa takılı olan pulse oksimetreden, kan basıncı, solunum sayısı ve vücut ısısı araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Tanıtıcı Bilgiler Formu, Durumluk Kaygı Envanteri ve Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu çocuğun inhalasyon tedavisi hazırlanırken gözlem odasında araştırmacı tarafından anneye sorularak doldurulmuştur. Formların ortalama uygulama süresi 10-15 dakika sürmüştür.

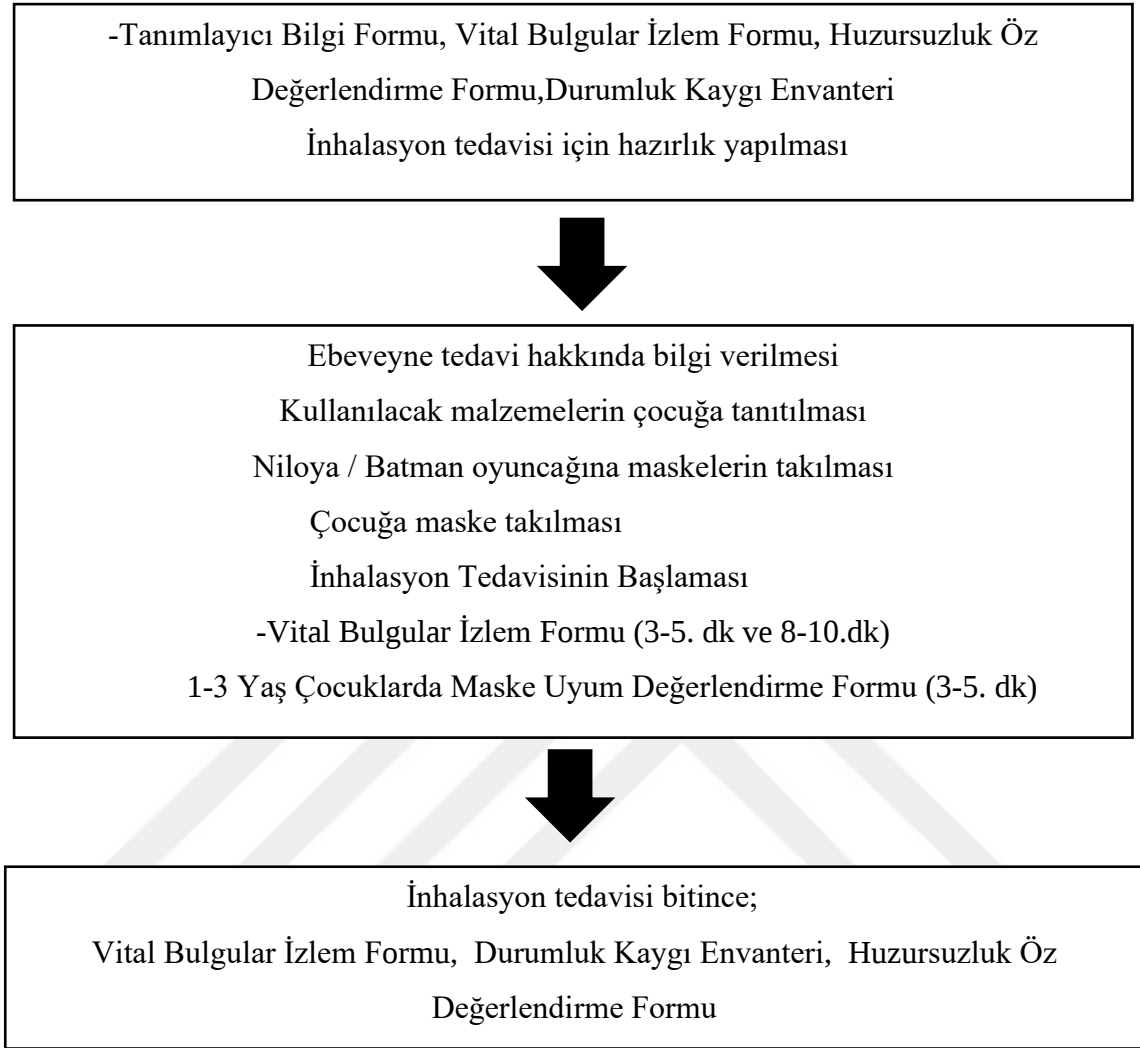
Girişim grubundaki ebeveynlere formların doldurulmasından sonra inhalasyon tedavisi hakkında bilgi verilmiştir ve çocuğa kullanılacak malzemeler tanıtılmıştır. Daha sonra kız çocukları için Niloya, erkek çocukları için Batman oyuncakları üzerinde araştırmacı tarafından maske takılmıştır. Oyuncaya maske takılmasından sonra inhalasyon tedavisi uygulanmıştır. İnhalasyon önce oyuncaklar üzerinde çocuklara gösterilmiştir. Bu aşamada çocukların oyuncak üzerinde işlemi gözlemsi yaklaşık 5 dakika sürmüştür. Daha sonra araştırmacı tarafından çocuktan izin alınarak ve tüm aşamalar tekrar anlatılarak çocuğa maske takılmış inhalasyon tedavisi uygulanmıştır. Tedavi sonrasında çocuğa teşekkür ederek maskesi çıkarılmıştır. Tedavi süresince anne çocuğun yanında kalmıştır. Çocuğun inhalasyon tedavisi sırasında ve sonrasında oyuncaklar çocuklarda kalmıştır. Yapılan terapötik oyun yöntemi yaklaşık 20-25 dakika kadar sürmüştür. Tedavi sırasında kullanılan terapötik oyun yöntemi dışında çocuğun herhangi bir oyuncakla oynama, video izleme gibi çocuğun dikkatini çekecek farklı bir terapötik yöntem kullanılmaması ebeveyne anlatılmıştır. Tedavi süresince araştırmacı çocuğun yanında kalmış inhalasyon tedavisinin 3-5. ve 8-10. dakikalarında çocuğun vücut ısısı, kalp atımı, solunum ve SpO2 değeri araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir.

İnhalasyon tedavisi bittiğinde her iki gruptaki çocuklara Vital Bulgular Formu ve Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu uygulanmıştır. Ebeveynlerine Durumluk Kaygı Envanteri ve Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu tekrar uygulanmıştır.

Çizelge 3.2. Araştırma Akış Şeması



Çizelge 3.2. (devam) Araştırma Akış Şeması



3.6. Çocukların Vital Bulgularının Ölçülmesi

Vücut ısısı, solunum sayısı, kalp atımı ve SpO2 değeri tedavi öncesinde, tedavinin 3-5. dk ve 8-10. dk arasında ve tedavi bitiminde olmak üzere 4 kez değerlendirilmiştir. Kan basıncı tedavi başlamadan önce bir kez değerlendirilmiştir (Çavuşoğlu, 2008).

Çizelge 3.3. Vital bulguların ölçümü

Vücut ısısı	Dijital aksiller ateş ölçer ile çocuğun koltuk altı bölgesinden ölçüm yapılmıştır. Çalışmaya katılan bütün çocuklara aynı ateş ölçer cihazı kullanılmıştır. Vücut ısısı ölçümlerinden önce veya sonra çocuklara ateş düşürücü her hangi bir ilaç verilmemiştir.
Kalp Atımı ve SpO2	Kalp atımı ve SpO2 değeri çocuğa takılı olan pulse oksimetri cihazıyla ölçülmüştür.

Çizelge 3.3. (devam) Vital bulguların ölçümü

Solunum	Çocuğun abdomen hareketleri 60 saniye boyunca izlenerek solunum değeri kaydedilmiştir.
Kan Basıncı	İşlem öncesinde eller yıkanacaktır. Manşon boyunun üst kol uzunluğunun yaklaşık 3/4 ünü ve manşet boyu çocuğun orta ekstremité çevresinin yaklaşık %40' ını kavrayan uygun manşon seçilmiştir. Manşon, çocuğun ölçüm yapılacak ekstremitédeki nabız bölgesinin 2,5-5 cm üstüne ve manşon kordonu nabız hizasında olacak şekilde yerleştirilmiştir. Manşon ekstremitéye çok gevşek olmadan ve çocuğu kıyafetlerinin altından sarılmıştır. Ölçüm yapılacak nabız belirlenecek ve steteskopun diyaframı belirlenen nabızın üzerine yerleştirilmiştir. Tansiyon aletini hava ayar düğmesi kapatılmış ve nabız duyulması kesildiği değerin 30 mmHg üzerine kadar manşet şişirilmiştir. Manşon havası saniyede 2-3 sn olacak şekilde yavaşça boşaltılıp ölçülen değer kaydedilmiştir. Eğer steteskop kullanılmadan ölçüm yapıldıysa sadece sistolik kan basıncı değeri yazılmıştır.

Kaynak: Törüner & Büyükgöncü, 2017.

3.7. Vital Bulguların Değerlendirmesi

Çocukların vital bulgularının değerlendirilmesi yaş grubuna uygun değerlendirme standartlarına göre yapılmıştır (Çizelge 3.3).

Çizelge 3.4. 1-3 yaş grubu vital bulgu değerlendirme standardı

	Bradipne	Normal	Takipne
Solunum Hızı	23 ve altı/ dk	24-40/dk	41 ve üstü/dk
	Hipotermi	Normal	Hipertermi
Vücut ısısı	36.3 °C ve altı	36.4-37 °C	37.1 °C ve üstü
	Bradikardi	Normal	Taşikardi
Kalp atımı	79 ve altı/dk	80-110/dk	111 ve üstü/dk
	Hipotansiyon	Normal	Hipertansiyon
Kan Basıncı	94 ve altı mmHg	95-105 mmHg	106 ve üstü mmHg

Kaynak: (Törüner & Büyükgöncü, 2017)

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak değerlendirilip verilerin yüzdeler, frekans değerleri, sayı ve yüzde olarak değerler ve tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Girişim ve kontrol grubundaki çocukların ve ebeveynlerinin tanımlayıcı özelliklerine yönelik dağılımları ki-kare testi ile tespit edilmiştir. Vital bulguların değerlendirmesi, 1-3 Yaş Grubu Vital Bulgu değerlendirme Standartlarına göre yapılmıştır. Normal dağılıma uygun olan ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri), iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Paired Sample” test (t-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), iki bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Wilcoxon” test (t-tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. İki gözlemci arasında uyumun incelenmesinde “ICC: Intraclass correlation coefficient” (sınıf içi korelasyon katsayısı) katsayısı kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; çocukların ve ebeveynlerin tanıtıcı özellikleridir. Araştırmanın bağımlı değişkenini terapötik oyun uygulanma durumu, anksiyete, uyum ve huzursuzluk durumlarıdır. Vital bulguların değerlendirmesi çizelge 3.1’de verilen standartlara göre yapılmıştır.

3.9. Etik Yönü

Araştırmanın kapsamında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nden yazılı izin alınmıştır (EK-9). Gazi Üniversitesi Etik Komisyon’undan yazılı izin (91610558-302.08.01) alınarak veri toplama işlemine başlanılmıştır (EK-10). Araştırmaya dahil edilen ebeveynlerden yazılı onam alınmıştır. Ebeveyni onam veren çocuklar araştırma örneklemine alınmıştır. Ebeveynlere araştırmadan elde edilen verilerin sadece araştırma için kullanılacağı bilgisi verilmiştir.

4. BULGULAR

- Bulgular bölümünde, Girişim ve kontrol grubundaki çocukların ve ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerine yönelik bulgulara,
- Kontrol ve girişim grubundaki çocukların vital bulgularına yönelik bulgulara,
- Kontrol ve girişim grubundaki çocuklarda araştırmacı ve ebeveynin 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formu puanlarına yönelik bulgulara,
- Kontrol ve girişim grubundaki çocuk ve ebeveynin Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamaları,
- Kontrol ve girişim grubundaki çocukların ebeveynlerinin Durumluk Kaygı Envanteri Ölçeği puan ortalamalarına yönelik bulgular yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Kontrol ve Girişim grubunda yer alan çocukların sosyodemografik özellikleri

	Kontrol (n=15)		Girişim (n=15)		χ^2	P	Fisher exact test
	M± SD	Min-Max	M± SD	Min-Max			
Yaş (ay)	19±7,231	12-34	21,80±6,710	13-32		,428	
	N	%	N	%			
Yaş grup							
12-18 ay	8	53,3	5	33,3	1,303	,521	
19-24 ay	4	26,7	5	33,3			
25-36 ay	3	20,0	5	33,4			
Cinsiyet							
Kız	11	73,3	7	46,7	2,222	,136	,264
Erkek	4	26,7	8	53,3			
Tanı							
Bronşiolit	13	86,6	11	73,4	,833	,659	
Pnömoni	1	6,7	2	13,3			
Solunum sıkıntısı	1	6,7	2	13,3			
Hastane Deneyimi							
Var	10	66,7	5	40,0	2,143	,143	,272
Yok	5	33,3	9	60,0			

*Kontrol grubunda 2 çocuk prematür doğum, 1 çocuk ameliyat, 1 çocuk yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı nedeniyle yatışı olmuştur. Girişim grubunda 1 çocuk Rota (+), 1 çocuk menenjit, 1 çocuk pyelonefrit ve 1 çocuk yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı nedeniyle yatışı olmuştur.

Çizelge 4.1. Kontrol ve girişim grubunda yer alan 1-3 yaş arası çocukların sosyodemografik özellikleri verilmiştir. Kontrol ve girişim grubundaki çocukların yaş ortalamaları sırasıyla 19±7,231 ve 21,80±6,710 aydır. Çalışmada kontrol ve girişim grubu yaş yönünden eşleştirilmiştir ve gruplar arasında fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Çocukların tanılarına

bakıldığında her iki grupta çocukların büyük çoğunluğunun (kontrol %86,7 ve girişim 73,3) bronşiolit tanısıyla inhalasyon tedavisi aldıkları belirlenmiştir. Tanı açısından gruplar arasında fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.2. Kontrol ve girişim grubundaki çocukların ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri

Ebeveyne ait özellikler	Kontrol (n=15)		Girişim (n=15)		χ^2	P
	M SD	Min-Max	M SD	Min-Max		
Anne yaşı	30,40±4,823	22-38	30,53±5,317	21-40		,553
Baba yaşı	34,33±4,821	24-42	33,40±6,057	24-44		,599
	N	%	N	%		
Anne öğrenim durumu*						
İlköğretim	5	33,3	2	13,3	1,886	,390
Lise	6	40,0	9	60,0		
Üniversite	4	26,7	4	26,7		
Baba öğrenim düzeyi*						
İlköğretim	2	13,3	1	6,7	,424	,935
Lise	7	46,7	7	46,6		
Üniversite	5	33,3	6	40,0		
Lisansüstü	1	6,7	1	6,7		
Anne mesleği*						
Ev hanımı	11	73,3	9	60,0	,343	,188
Memur	4	26,7	3	20,0		
İşçi	--	--	3	20,0		
Baba mesleği*						
Memur	5	33,3	4	26,7	3,333	,189
İşçi	10	66,7	8	53,3		
Diğer	--	--	3	20,0		
Aile gelir durumu*						
Gelir giderden az	2	13,3	2	13,3	1,182	,554
Gelir gidere eşit	10	66,7	12	80,0		
Gelir giderden fazla	3	20,0	1	6,7		
Son 6 ayda stres yaşama*						
Yok	10	66,7	10	66,7	2,500	,287
Hastalık	5	33,3	3	20,0		
Ölüm	--	--	2	13,3		

*Dört hücrede n <5 olduğu için istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Çizelge 4.2’de Kontrol grubu ve girişim grubundaki çocukların ebeveynlerinin sosyodemografik özellikleri yer almaktadır. Buna göre, kontrol ve girişim grubundaki annelerin yaş ortalamaları sırasıyla $30,40 \pm 4,823$ ve $30,53 \pm 5,317$ ’dir. Babalarının yaş ortalaması ise sırasıyla $34,33 \pm 4,821$ ve $33,40 \pm 6,057$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasında anne ve baba yaşları yönünden istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Her iki grupta da anne ve babaların öğrenim durumların bakıldığında lise mezunu bireylerin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Kontrol ve çalışma gruplarında annelerin lise mezunu olma durumu sırasıyla %40 ve %60 olarak bulunmuştur. Kontrol ve girişim gruplarında babaların lise mezunu olma durumu her iki grupta da %46,7’dir.

Her iki grupta da anneler çoğunluğunun ev hanımı olduğu, babaların çoğunluğunun işçi olduğu tespit edilmiştir. Her iki grupta da ebeveynlerinin öğrenim durumu, mesleği, gelir durumu ve son 6 ayda stres yaşama durumu açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.3. Kontrol ve Girişim grubundaki çocukların vital bulguları

	Kontrol (n:15)		Girişim (n:15)		χ^2	P	Fisher exact test
	N	%	N	%			
Vücut ısısı							
Tedavi öncesi							
Hipotermi	5	33,4	1	6,7	6,603	,043	
Normal	8	53,3	14	93,3			
Hipotermi	2	13,3	--	--			
Tedavinin 3-5. dk.							
Hipotermi	4	26,7	2	13,3	3,394	,183	
Normal	9	60,0	13	86,7			
Hipotermi	2	13,3	--	--			
Tedavinin 8.-10. dk.							
Hipotermi	3	20,0	3	20,0	3,429	,180	
Normal	9	60,0	12	80,0			
Hipotermi	3	20,0	--	--			
Tedavi bitişi							
Hipotermi	4	26,7	2	13,3	4,857	,088	
Normal	8	53,3	13	86,7			
Hipotermi	3	20,0	--	--			
Kalp atımı*							
Tedavi öncesi							
Normal	--	--	4	26,7	4,615	,032	,100
Taşikardi	15	100	11	73,3			
Tedavinin 3.5. dk							

Çizelge 4.3. (devam) Kontrol ve Girişim grubundaki çocukların vital bulguları

Normal	--	--	2	13,3	2,143	,143	,483
Taşikardi	15	100	13	86,7			
Tedavinin 8.10. dk							
Normal	1	6,7	1	6,7	,000	1,000	1,000
Taşikardi	14	93,3	14	93,3			
Tedavi sonrası							
Normal	1	6,7	2	13,3	,370	,543	1,000
Taşikardi	14	93,3	13	86,7			
Solunum*							
Tedavi öncesi							
Normal	4	26,7	4	26,7	,000	1,000	1,000
Takipne	11	73,3	11	73,3			
Tedavinin 3.5. dk.							
Normal	5	33,3	3	20,0	,682	,409	1,000
Takipne	10	66,7	12	80,0			
Tedavinin 8.-10. Dk							
Normal	5	33,3	4	26,7	,159	,690	1,000
Takipne	10	66,7	11	73,3			
Tedavi sonrası							
Normal	7	46,7	6	40,0	,136	,713	1,000
Takipne	8	53,3	6	40,0			
SpO2*							
Tedavi öncesi							
Düşük SpO2	3	20,0	3	20,0	,000	1,000	1,000
Normal SpO2	12	80,0	12	80,0			
Tedavinin 3.5. dk.							
Düşük SpO2	1	6,7	1	6,7	,000	1,000	1,000
Normal SpO2	14	93,3	14	93,3			
Tedavinin 8.-10.dk							
Düşük SpO2	1	6,7	1	6,7	,000	1,000	1,000
Normal SpO2	14	93,3	14	93,3			
Tedavi sonrası							
Düşük SpO2	1	6,7	1	6,7	,000	1,000	1,000
Normal SpO2	14	93,3	14	93,3			
Kan basıncı							
Tedavi öncesi							
Hipotansiyon	13	86,7	6	40,0	7,179	,028	
Normal	2	13,3	8	53,3			
Hipertansiyon	--	--	1	6,7			

*Fisher's Exact testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.3. de kontrol grubu ve girişim grubunda yer alan çocukların vital bulguları yer almaktadır. Çalışmamızda kontrol grubundaki çocuklarda tedavi öncesi (%33.3), tedavinin 3-5. Dakikası (%26.7) ve tedavi sonrasında (%26.7) hipotermi görülme oranının girişim grubuna göre yüksek olduğu ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Benzer şekilde kontrol grubunda tüm ölçümlerde taşikardi saptanan çocuk oranının girişim grubuna göre yüksek olduğu ancak sonucun istatistiksel olarak anlamlı

olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Kontrol grubunda kan basıncı değerlerinin %86,7' sinin hipotansif, müdahale grubunda kan basıncı değerlerinin %53,3 'ünün normal olduğu saptanmıştır. Kontrol ve girişim gruplarında tüm ölçümlerdeki solunum sayılarının büyük çoğunluğunun takipneik olduğu saptanmıştır. Kontrol ve girişim gruplarının SpO2 seviyelerinin normal seviyede olduğu tespit edilmiştir. İki grup arasında vücut ısısı, kalp atımı, solunum, SpO2 değeri açısından istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.4. 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formu puan ortalamalarının karşılaştırılması

1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formu puanı	Kontrol grubu (n=15)		Girişim grubu (n=15)		İstatistiksel analiz Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan Min-Max	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan Min-Max	
Araştırmacı Değerlendirmesi	18,87±7,04	20,0 [7,0-28,0]	22,07±3,20	21,0 [18,0-28,0]	*Z=1,126 p=0,260
Anne Değerlendirmesi	17,47±6,77	17,0 [7,0-28,0]	21,60±3,33	21,0 [17,0-28,0]	**t=2,121 p=0,046
Olasılık	ICC***=0,985 p=0,000		ICC***=0,927 p=0,000		

*Normal dağılıma sahip olan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test istatistikleri kullanılmıştır.

** Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test istatistikleri kullanılmıştır.

*** Intraclass correlation (Sınıf içi korelasyon katsayısı).

Çizelge 4.4' de kontrol ve girişim grubundaki çocuklarda araştırmacı ve annenin 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Kontrol ve girişim grubunda araştırmacının değerlendirmesi 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formunun puan ortalamaları sırasıyla 18,87±7,04 ve 22,07±3,20'dir. Girişim grubunda araştırmacının değerlendirmesi 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formu puan ortalamaları daha yüksektir ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kontrol ve girişim grubuna göre annenin değerlendirmesi 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formu puan ortalamaları sırasıyla 17,47±6,77 ve 21,60±3,33' dir. Girişim grubunda annenin değerlendirmesi 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formu puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=2,121$; $p=0,046$).

Çizelge 4.5. Kontrol ve girişim grubundaki çocuklarda araştırmacı ve ebeveynin 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formu uyum puanlarının incelenmesi

1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formu Puanı	ICC*	P
Girişim grubunda	0,962	0,000
Kontrol grubunda	0,993	0,000

*Intraclass correlation (Sınıf içi korelasyon katsayısı)

1-3 Yaş Maske Uyum Değerlendirme Formunun araştırmacı tarafından verilen kontrol ve girişim gruplarındaki ortalama puanları sırasıyla $18,87 \pm 7,04$ ve $22,07 \pm 3,20$ 'dir. Anne tarafından verilen kontrol ve girişim gruplarındaki ortalama puanları sırasıyla $17,47 \pm 6,77$ ve $21,60 \pm 3,33$ bulunmuştur. İki gruba göre süreç ayrı ayrı incelendiğinde; araştırmacı (0,962) ve anne (0,993) uyumu açısından yüksek derecede uyumlu olduğu tespit edilmiştir.

Çizelge 4.6. Kontrol ve girişim grubundaki çocukların annelerinin Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçek	Kontrol grubu (n=15)		Girişim grubu (n=15)		İstatistiksel analiz olasılık
	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan Min-Max	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan Min-Max	
Ön test	$6,13 \pm 3,62$	8,0 0,0-10,0	$6,47 \pm 2,10$	7,0 2,0-10,0	*Z=-0,210 p=0,834
Son test	$3,67 \pm 2,87$	4,0 0,0-10,0	$3,20 \pm 1,74$	3,0 0,0-8,0	Z=-0,567 p=0,571
İstatistiksel analiz olasılık	**Z=-2,811 p=0,005		Z=-3,251 p=0,001 (1,594)		
Etki büyüklüğü	(0,961)				

*Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" testi kullanılmıştır.

** Normal dağılıma sahip olmayan İki bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Wilcoxon" testi kullanılmıştır.

Çizelge 4.6'da kontrol ve girişim grubundaki çocukların annelerinin Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamalarını verilmiştir. Kontrol ve girişim grubuna göre ön test ebeveynin Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Kontrol ve girişim grubuna göre son test ebeveynin Huzursuzluk Öz Değerlendirme Forumu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Girişim grubundaki annelerin terapötik oyun öncesi Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamaları $6,47 \pm 2,10$ iken bunun tedavi sonrası $3,20 \pm 1,74$ ’ e düştüğü ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($Z=-3,251$; $p=0,001$). Kontrol grubundaki annelerin son test Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puanları, ön test değerlerine göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Kontrol grubundaki annelerin ön test – son test Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,811$; $p=0,005$). Analizlere ek olarak, etki büyüklükleri incelendiğinde; girişim grubunda ön test – son test durumun etkisinin (1,594), kontrol grubundakileri etkiye (0,961) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



Çizelge 4.7. Kontrol ve girişim grubundaki çocukların Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamalarının karşılaştırılması

Çocuğun huzursuzluk skoru	Kontrol grubu (n=15)		Girişim grubu (n=15)		İstatistiksel analiz* Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan Min-Max	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan Min-Max	
Ön test	7,00±3,49	9,0 0,0-10,0	6,73±1,71	7,0 4,0-10,0	*Z=-0,984 p=0,325
Son test	4,67±3,11	5,0 0,0-10,0	3,33±1,72	4,0 0,0-7,0	Z=-1,204 p=0,229
İstatistiksel analiz	**Z=-2,497		Z=-3,182		
Olasılık	p=0,013		p=0,001		
<i>Etki büyüklüğü</i>	(0,826)		(1,546)		

*Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test kullanılmıştır.

**Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımlı grubun karşılaştırılmasında “Wilcoxon” test istatistikleri kullanılmıştır.

Çizelge 4.7’de Kontrol ve girişim grubundaki çocukların Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Kontrol ve girişim grubuna göre ön test çocuğun Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kontrol ve girişim grubuna göre son test çocuğun Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Girişim grubundaki çocukların terapötik oyun öncesi Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamaları $6,73\pm1,71$ iken bunun tedavi sonrası $3,33\pm1,72$ ’ e düştüğü ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($Z=-3,182, p=0,001$). Kontrol grubundaki çocukların son test Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamaları, ön test değerlerine göre anlamlı düzeyde daha düşüktür. Kontrol grubundaki çocukların ön test – son test çocuğun Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamaları sırasıyla $7,00\pm3,49$ ve $4,67\pm3,11$ olarak bulunmuştur. Kontrol grubundakilerin son test çocuğun Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamaları, ön test değerlerine göre anlamlı düzeyde daha düşüktür ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bir fark olarak tespit edilmiştir ($Z=-2,497; p=0,013$). Analizlere ek olarak, etki büyüklükleri incelendiğinde; girişim grubunda terapötik oyun öncesi ve sonrası durumun etkisinin (1,546), kontrol grubundaki etkiye (0,826) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.8. Kontrol ve girişim grubundaki annelerin Durumluk Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Durumluk kaygı envanteri	Kontrol grubu (n=15)		Girişim grubu (n=15)		İstatistiksel analiz Olasılık
	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan Min-Max	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan Min-Max	
Ön test	50,13±15,01	50,0 33,0-75,0	51,80±7,66	51,0 39,0-64,0	*t=0,383 p=0,706
Son test	42,80±14,37	40,0 21,0-73,0	42,93±14,50	44,0 28,0-54,0	t=0,031 p=0,976
İstatistiksel analiz	**t=3,424		t=8,004		
Olasılık	p=0,004		p=0,000		
<i>Etki büyüklüğü</i>	0,882		1,017		

*Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” testi kullanılmıştır.

** Normal dağılıma sahip olmayan iki bağımlı grubun karşılaştırılmasında “Wilcoxon” test istatistikleri kullanılmıştır.

Çizelge 4.8’ de kontrol ve girişim grubundaki annelerin Durumluk Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Kontrol ve girişim grubundaki annelerin ön test Durumluk Kaygı Envanteri Ölçek puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kontrol ve girişim grubundaki annelerin son test Durumluk Kaygı Envanteri Ölçek puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Girişim grubundaki annelerin terapötik oyun öncesi ve terapötik oyun sonrası Durumluk Kaygı Envanteri Ölçek puan ortalamaları sırasıyla $51,80\pm7,66$ ve $42,93\pm14,50$ olarak bulunmuştur. Girişim grubundaki annelerin terapötik oyun sonrası Durumluk Kaygı Envanteri Ölçek puan ortalamaları terapötik oyun öncesi puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşüktür. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=8,004$; $p=0,000$).

Kontrol grubundaki annelerin ön test ve son test Durumluk Kaygı Envanteri Ölçek puan ortalamaları sırasıyla $50,13\pm15,01$ ve $42,80\pm14,37$ olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki annelerin son test Durumluk Kaygı Envanteri Ölçeği ön test puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşüktür ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=3,424$; $p=0,004$). Analizlere ek olarak, etki büyüklükleri incelendiğinde; girişim grubunda terapötik oyun öncesi-sonrası durumun etkisinin (1,017), kontrol grubundaki etkiye (0,882) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



5. TARTIŞMA

İnhalasyon tedavisi aeresol ilaçların akciğerlere verilmesini sağlayan ve küçük çocuklarda sık kullanılan bir tedavi yöntemidir (Al-Subu, Hagen, Eldridge, & Boriosi, 2017; Ari, & Fink, 2013; Dhanani ve ark., 2016). 1-3 yaş dönemindeki çocuklar maske ile aeresol ilaçları alırken ağlama, bağırma, öfkelenme, maskeyi takmak istememe, huzursuzluk gibi davranışlar gösterebilmektedir. Terapötik oyun hastanede yatan çocukların işlemlere uyum sağlamasını ve yaşadıkları olumsuz davranışları azaltmada yardımcı olabilecek bir oyun tekniğidir (Almeida, Souza, & Miranda, 2021; Santos ve ark., 2020; Zengin, Yayan, & Düken, 2021). Çalışmamızda inhalasyon tedavisi uygulanan 1-3 yaş çocuklarda terapötik oyunun çocuğun tedaviye uyumuna ve ebeveynin kaygı durumuna etkisi araştırılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular kontrol ve girişim grubundaki çocukların vital bulgularının karşılaştırılması, kontrol ve girişim grubundaki çocuklarda 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formu puan ortalamalarının karşılaştırılması, kontrol ve girişim grubundaki çocukların ve ebeveynlerinin Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamalarının karşılaştırılması, kontrol ve girişim grubundaki annelerin Durumluk Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması olmak üzere dört başlık altında tartışılmıştır.

Kontrol ve girişim grubundaki çocukların vital bulgularının karşılaştırılması

Çalışmamızda kontrol grubundaki çocuklarda tedavi öncesi, tedavinin 3-5. dakikası ve tedavi sonrasında hipotermi görülme oranının girişim grubuna göre yüksek olduğu ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Benzer şekilde kontrol grubunda hipotansiyon saptanan çocuk oranının girişim grubuna göre yüksek olduğu ancak sonucun anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamızda inhalasyon tedavisi sırasında terapötik oyun yöntemi kullanılan ve kullanılmayan çocukların vital bulguları ve SpO2 düzeyleri arasında fark olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir bu durumda H1 hipotezi kabul edilmemiştir. Yapılan bir çalışmada terapötik oyun etkinliği alan çocukların ortalama kan basınçlarının girişim grubunda düşük olduğu bildirilmiştir (Zahr, 1998). Çalışmamızda çocukların girişim grubundaki çocukların ateş ve kan basıncı değerlerinin normal değerlerde olmasında terapötik oyunun çocukları sakinleştirmede etkili bir yöntem olduğu düşünülmektedir (William Li ve ark., 2007; Campos ve ark., 2010).

Çalışmamızda kontrol grubunda tüm ölçümlerde taşikardi ve takipne saptanan çocuk oranının girişim grubuna göre yüksek olduğu ancak sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde Wong ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kontrol grubundaki çocukların terapötik oyun etkinliği uygulanan çocuklara göre kalp atım hızlarının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Wong ve ark.; 2018). Yapılan diğer çalışmalarda terapötik oyun kullanılan çocukların terapötik oyun öncesi ve sonrasında değerlendirilen kalp atımı değerlerinde anlamlı bir değişiklik olmadığını bildirmişlerdir (Schafer, 2004; Tsai ve ark., 2013). Liu ve arkadaşları yaptıkları çalışmada terapötik oyun grubu ve kontrol grubu arasında çocukların kan basıncı, kalp atımı ve solunum değerleri ortalamaları açısından istatistiksel olarak fark bulmamışlardır. Ancak her iki gruptaki çocukların kalp atımı ve kan basıncı ortalamaları yüksek bulmuşlardır (Liu & Chou, 2020). Solunum yolları hastalıklarında çocukların solunum sayılarının takipneik oldukları bildirilmiştir (Meissner, 2016; Ralston ve ark.; 2014; Wagner, 2009). Çalışmamızda kontrol ve girişim grubundaki çocukların kalp atımı ve solunum bulgularında istatistiksel açıdan fark bulunamamasının örneklem grubundaki çocukların taşikardi ve takipne ile seyreden bronşiolit, pnömoni gibi solunum yolu hastalığı tanısı olan çocuklardan seçilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızda, girişim grubundaki çocuklarda daha az takipne görülmesinde, bu gruba oyuncak bebek kullanılarak uygulanan terapötik oyunun etkili ve dolayısıyla vücut ısısı, solunum sayısı, kalp atımı değerlerinde de etkili olabileceği düşünülmektedir.

Kontrol ve girişim grubundaki çocuklarda 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formu puan ortalamalarının karşılaştırılması

Çalışmamızda çocukların annelerin değerlendirmesine göre maske uyum değerlendirme formu puan ortalamalarının girişim grubundaki çocuklarda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu doğrultusunda H2 hipotezimiz “İnhalasyon tedavisi sırasında terapötik oyun yöntemi kullanılan ve kullanılmayan çocukların maske uyum değerlendirme formu puanları arasında fark vardır” kabul edilmiştir. Terapötik oyunun çocukların tedaviye, hastane ortamına ve sağlık profesyonelleriyle uyumunun arttığı bilinmektedir (Pontes ve ark.; 2015). Yapılan bir başka çalışmada terapötik oyun etkinliği uygulanan çocukların tedaviyi daha kolay kabul ettiğini ve daha az agresif davranış sergiledikleri bildirilmiştir (Campos ve ark.; 2010). Terapötik oyun seansı sonrasında çocukların tıbbi işlemleri kabul etme ve işleme uyum gösteren davranışlarında artma olduğu

bulunmuştur (Kiche & Almeida, 2009). Terapötik oyun seanslarına katılan çocukların sağlık profesyonelleriyle iş birliğinin arttığını ve çocuğun hastane rutinlerine alışmasına yardımcı olduğunu bulmuştur (Artilheiro ve ark.; 2020; Tsai ve ark.;2013). Terapötik oyun, çocukları işlemlere hazırlamada yardımcı olmaktadır ve çocukların hemşirelere güven duymasını sağlamaktadır (Medeiros ve ark.; 2009). Terapötik oyun aracılığıyla çocukların tıbbi işlemlerde iş birliği yaptığı bu nedenle hastanede terapötik oyunun benimsenmesinin ve hemşirelik bakımında yer alması gerekliliği bildirilmiştir (Aranha ve ark.;2020; Paladino ve ark., 2014).

Li ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ebeveynler terapötik oyun aracılığıyla, çocuğun kaygı düzeyinin azaldığı bildirmişlerdir (William Li, Lopez, & Lee, 2007). Gold ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ebeveynler algılarına göre terapötik oyunun çocukların korku ve stresle baş etmesine yardımcı olduğunu bildirmişlerdir (Gold, Grothues, Jossberger, Gruber & Melter, 2014). Ebeveynlerin görüşlerine göre terapötik oyunun çocuğun prosedürleri daha iyi anlamasını sağladığını, çocukların duygularını ifade etmesine yardımcı olduğu, çocuğun bakımında hemşireler tarafından daima uygulanması gereken önemli bir yöntem olduğunu bildirmişlerdir (Ribeiro, Borba, Maia, & Carneiro, 2006).

Çalışmamızda oyuncaklar üzerinde yapılacak inhalasyon tedavisi çocuğa gösterilmesi çocuğun inhalasyon tedavisini önce bir oyuncak üzerinde izleme ve tanıma imkanı sağlanmıştır. Çocuğun tanıdığı ve sevdiği bir oyuncak üzerinde tedaviyi ve maskeyi tanıması çocuğun yaşayabileceği ağlama, bağırma, öfkelenme, maskeyi takmak istememe ve agresif davranışların azaltmada ve çocuğun tedaviye uyumunu arttırmada etkili olduğu düşünülmektedir.

Kontrol ve girişim grubundaki ebeveynlerinin ve çocukların Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamalarının karşılaştırılması

Çalışmamızda kontrol ve girişim gruplarında annenin değerlendirmesi ön ve son test Huzursuzluk Öz Değerlendirme Form puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yapılan bir çalışmada terapötik oyunun ebeveynler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı fakat ebeveynler terapötik oyunun kendileri ve çocukları için faydalı bir hazırlık olarak algıladıklarını belirtmişlerdir (He ve ark.; 2015).

Çalışmamızda girişim grubundaki annelerin terapötik oyun öncesi Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamalarının terapötik oyun sonrasında düştüğü ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bu bulguya göre H3 hipotezimiz kabul edilmiştir. Terapötik oyun uygulanan ebeveyle, terapötik oyunu onayladıklarını, terapötik oyunun faydalarının fark ettiklerini, terapötik oyun aracılığıyla sakinleştiklerini, kendilerini ve çocuklarını güvende hissettiklerini belirtmişlerdir (Conceição, Ribeiro, Borba, Ohara, & Andrade, 2011; Medeiros, Matsumoto, Ribeiro, & Borba, 2009). Ebeveynler, terapötik oyunla çocuğun işlemlere hazırlanmasını ve değerlendirilmesini olumlu olarak değerlendirdikleri bildirilmiştir (Faleiros, Sadala, & Rocha, 2002).

Çalışmamızda girişim grubundaki çocukların terapötik oyun sonrası annenin değerlendirmesi Huzursuzluk Öz Değerlendirme Form puan ortalaması kontrol grubunun son test puan ortalamasına göre düşük olduğu bulunmuştur ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamıza benzer bir şekilde yapılan diğer çalışmalarda da terapötik oyunun çocukların kaygısını azalttığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada, 3-6 yaş arası çocuklarda oyuncak tipi nebulizatör ile verilen eğitimin çocukların nebul tedavi sırasındaki kaygılarına olumlu yönde etki gösterdiği belirtilmiştir (Yanık & Kuzlu 2019). Orhan ve Yıldız yaptıkları çalışmada terapötik oyun uygulanan çocukların kaygı düzeylerinin kontrol grubundaki çocukların kaygı düzeylerinden düşük olduğunu belirtmişlerdir fakat istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. (Orhan & Yıldız, 2017).

Girişim grubundaki çocukların terapötik oyun öncesi Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamalarının tedavi sonrası düştüğü ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde terapötik oyun yöntemi kullanılan çocukların kaygı puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur ve hastanede yatan ve tıbbi işlemler uygulanan çocuklarda kullanılması önerilmiştir (Buyuk & Bolisik, 2015; Coşkuntürk & Gözen, 2018; Zengin ve ark.; 2021). Bir başka çalışmada ise terapötik oyunun çocukların kaygısını azaltarak, çocukların fiziksel ve psikolojik iyilik hallerini iyileştireceğini belirtmişlerdir (He ve ark.; 2014). Das ve arkadaşları terapötik oyun grubundaki çocukların stres ve kaygılarının azaldığını ve ruh hallerinin iyileştiğini bildirmişlerdir (Gold ve ark.; 2014; Kumar, Das, Chauhan, Kiran & Satapathy, 2019; Tsai ve ark.; 2013). Terapötik oyunun çocuklar üzerinde kaygıyı azaltmada etkili (Fincher, Shaw, & Ramelet, 2012; Golan, Tighe, Dobija, Perel, & Keidan, 2009; Lee ve ark., 2012), ucuz, uygulaması kolay ve kapsamlı bir yöntem olduğu ileri sürülmüştür (Lee ve ark., 2012).

Terapötik oyunun çocuklar üzerinde ağlama, bağırma, çılgık atma gibi olumsuz davranışlar üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu bildirmişlerdir (William Li, Lopez, & Lee, 2007; Zahr, 1998). Campos ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada terapötik oyun kullanılan çocukların daha az agresif davranış sergiledikleri ortaya çıkmıştır (Campos ve ark.; 2010). Santos ve arkadaşları yaptıkları çalışmada terapötik oyun etkinliğinin hemşirelik bakımını güçlendirdiğini belirtmişlerdir (Santos ve ark.; 2020).

Çalışmamızda girişim grubuna uyguladığımız terapötik oyun aracılığıyla işlem öncesi hazırlığının yapılması, çocuğun hemşireyle inhalasyon tedavisi öncesinde iletişim kurması, kullanılan oyuncaklar üzerinde inhalasyon tedavisini görmesi çocuğun inhalasyon tedavisi sırasında yaşayabileceği huzursuzluğu azalttığı düşünülmektedir. Girişim grubundaki annelerin çocuklarına uyguladığımız terapötik oyun yöntemiyle anne ve hemşirenin iletişim kurmasının kolaylaşması ve çocukların yaşayabileceği huzursuzluğun azalmasıyla annelerin de huzursuzluk puanlarının azalabileceği düşünülmektedir.

Kontrol ve girişim grubundaki annelerin Durumluk Kaygı Envanteri ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Çalışmamızda kontrol ve girişim grubundaki annelerin ön test ve son test Durumluk Kaygı Envanteri Ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Girişim grubundaki annelerin terapötik oyun sonrası Durumluk Kaygı Envanteri Ölçek puan ortalmaları terapötik oyun öncesi puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu bulguya göre H4 “İnhalasyon tedavisi sırasında terapötik oyun yöntemi kullanılan ve kullanılmayan çocukların ebeveynlerinin durumluk kaygı ölçek puanları arasında fark vardır” hipotezi kabul edilmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde yapılan bir çalışmada terapötik oyun grubundaki ebeveynlerin kaygı puanlarının daha düşük olduğunu bildirmişlerdir (Fortier ve ark.; 2015).

Terapötik oyun ebeveynlerin kaygı düzeylerini azaltmada etkili bir hemşirelik müdahalesidir (Ünver, Güray, & Aral, 2020). Yapılan çalışmalarda terapötik oyunun ebeveynlerinin kaygı düzeylerini azalttığı belirlenmiştir. (Coşkuntürk & Gözen, 2018; He ve ark., 2014; Karabulut & Arıkan, 2009; Yayan, Zengin, Düken & Dağ, 2020; Yun, Kim, & Jung, 2015). Terapötik oyun grubundaki çocukların ebeveynlerin kaygı puanlarının azaldığı, terapötik oyun

aracılığıyla işlemler hakkında anlayışlarının arttırdığı ve ebeveynlerin işlem öncesi hazırlıklara aktif katılması gerektiğini bildirmişlerdir (Fincher ve ark., 2012; William Li, Lopez, & Lee, 2007). Kumar ve arkadaşları terapötik oyun grubundaki ebeveynlerin kaygı ve stresten kurtulduklarını belirtmişlerdir (Kumar ve ark.; 2019). Terapötik oyun aracılığıyla ebeveynlerin memnuniyet düzeylerinin arttığı bulunmuştur (Ghabeli, Moheb, & Nasab, 2014; Seiden ve ark.; 2014).

Çalışmamızda girişim grubuna uyguladığımız terapötik oyunun hemşirenin çocuk ve anne ile primer ilgilenebilmesi, işlemlerin hem anneye hem çocuğa açıklanabilmesi anne ve hemşire arasındaki iletişimi sağlayabilmesinden dolayı annenin kaygı düzeyini azaltabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda hemşire tarafından ebeveynin desteklenmesi ve yol gösterici olabilmektedir. Ebeveynin kaygısının azalması çocuğunda kaygı düzeyini azalatabilmektedir ve ebeveyn de rahatlamakatadır. Ayrıca girişim grubunda çocuğun maske uyumun yüksek olması annelerin kaygı düzeylerinin azalmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Dünyada ve ülkemizde yaşanan Covid-19 salgını sırasında solunum sıkıntısı nedeniyle tedavi gören kontrol ve girişim grubundaki çocukların annelerinin kaygı düzeylerinin daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

İnhalasyon tedavisi uygulanan 1-3 yaş çocuklarda terapötik oyunun çocuğun tedaviye uyumuna ve ebeveynin kaygı durumuna etkisi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

- Kontrol ve girişim grupları arasında ateş, nabız, solunum SpO2 değeri açısından bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Bkz. Çizelge 4.3).
- Kontrol ve girişim grubuna göre araştırmacının 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Form puan ortalamalarında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Kontrol ve girişim grubuna göre annenin 1-3 yaş çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Form puan ortalamalarında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($t=2,121$; $p=0,046$) (Bkz. Çizelge 4.4).
- 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formunun araştırmacı (0,962) ve ebeveyn (0,993) değerlendirmesi açısından yüksek derecede uyumlu olduğu bulunmuştur (Bkz. Çizelge 4.5).
- Kontrol ve girişim gruplarında ön ve son test annenin Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puanları açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Girişim grubundaki annelerin terapötik oyun sonrası Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamaları, terapötik oyun öncesi Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamasından düşük olduğu saptanmıştır ve fark olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Çizelge 4.6).
- Kontrol ve girişim gruplarında çocuğun ön-son test Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamaları arasında anlamlı fark belirlenmemiştir ($p>0,05$). Girişim grubundaki çocukların terapötik oyun sonrası Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puan ortalamaları terapötik oyun öncesi puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ve istatistiksel olarak fark olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Çizelge 4.7).
- Kontrol ve girişim gruplarında ön-son test Durumluk Kaygı Envanteri Ölçek puanları açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Girişim grubundaki annelerin terapötik oyun sonrası Durumluk Kaygı Envanteri Ölçek puan ortalamaları terapötik oyun

öncesi puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır ve fark olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Çizelge 4.8).

Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- Girişim grubundaki ebeveynlerin 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Form puan ortalamalarının daha yüksek olması nedeniyle terapötik oyunun hastaneye yatış ve taburculuk süreci içerisinde bütün prosedürlerde hemşirelik bakım uygulamalarında kullanılması önerilir.
- Girişim grubundaki ebeveynlerin son test Huzursuzluk Öz Değerlendirme Form puanlarının daha düşük nedeniyle; kullanılacak terapötik oyun yöntemine ebeveynlerin de görüşlerinin alınması ve oyuncak bebekler üzerinde yapılan işlemleri gösterme gibi terapötik oyun yönteminin kullanılması önerilir.
- Girişim grubundaki çocukların son test Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu puanlarının daha düşük nedeniyle; her çocuğun fiziksel, bilişsel ve sosyal gelişimini destekleyecek terapötik oyun yöntemleri seçilmesi önerilir.
- Girişim grubundaki ebeveynlerin son test Durumluk ve Süreklik Kaygı Envanteri ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olması nedeniyle; terapötik oyun seanslarına ebeveynlerin katılması önerilir.
- 1-3 yaş dönemi çocuklarda inhalasyon tedavisi uygulayan pediatri hemşirelerinin işlem öncesinde çocuğa kullanılacak malzemeleri tanıtmaları ve bu malzemelerle çocuğun oynamasını sağlaması önerilir.
- İnhalasyon tedavisi uygulanan 1-3 yaş çocuklarda çocuğa uygun bebek seçimi yapılması ve oyuncak bebekler üzerinde çocuğa inhalasyon tedavisini önce bebek üzerinde sonra çocuk üzerinde tedavinin başlaması önerilir.

KAYNAKLAR

- Almeida, F. D. A., Souza, D. F., and Miranda, C. B. (2021). The experience told by the child who lives in a shelter through therapeutic play. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 435-444.
- Alparslan, Ö., and Bozkurt, G. (2018). The effect of a clown model implemented in hospital on the anxiety and depression level of ill children and their mothers. *Arts and Health*, 10(2), 138-150.
- Al-Subu, A. M., Hagen, S., Eldridge, M., and Boriosi, J. (2017). Aerosol therapy through high flow nasal cannula in pediatric patients. *Expert review of respiratory medicine*, 11(12), 945-953.
- Amirav, I., and Newhouse, M. T. (2012). Aerosol Therapy in Tracheotomized Children: Time for Guidelines!. *Respiratory Care*, 57 (8),1350
- Amirav, I., Newhouse, M. T., Minocchieri, S., Castro-Rodriguez, J. A., and Schüep, K. G. (2010). Factors that affect the efficacy of inhaled corticosteroids for infants and young children. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 125(6), 1206-1211.
- Anil, A. B., Anil, M., Saglam, A. B., Cetin, N., Bal, A., and Aksu, N. (2010). High volume normal saline alone is as effective as nebulized salbutamol-normal saline, epinephrine-normal saline, and 3% saline in mild bronchiolitis. *Pediatric pulmonology*, 45(1), 41-47.
- Aranha, B. F., Souza, M. A. D., Pedroso, G. E. R., Maia, E. B. S., & and Melo, L. D. L. (2020). Using the instructional therapeutic play during admission of children to hospital: the perception of the family. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41.1-7.
- Ari, A., and Fink, J. B. (2013). Aerosol therapy in children: challenges and solutions. *Expert review of respiratory medicine*, 7(6), 665-672.
- Artalheiro, A. P. S., Almeida, F. D. A., and Chacon, J. M. F. (2011). Use of therapeutic play in preparing preschool children for outpatient chemotherapy. *Acta Paul Enferm*, 24(5), 611-616.
- Avan, H., Koç, E.T., and Vural, B., (2020). Çocukla Terapötik İletişim ve Oyun. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(2), 62-69.
- Berlinski, A. (2017). Pediatric aerosol therapy. *Respiratory care*, 62(6), 662-677.
- Bilal, D. (2007). Grounding children's information behavior and system design in child development theories. *Information and emotion: The emergent affective paradigm in information behavior research and theory*, 39-50.
- Bruce, T. (2018). The importance of play. *The child's curriculum: working with the natural values of young children*, 39-58.

- Buyuk, E. T., and Bolisik, B. (2015). The effect of preoperative training and therapeutic play on children's anxiety, fear, and pain. *Journal of Pediatric Surgical Nursing*, 4(2), 78-85.
- Caleffi, C. C. F., RDERocha, P. K., Anders, J. C., Souza, A. I. J. D., Burciaga, V. B., and Serapião, L. D. S. (2016). Contribution of structured therapeutic play in a nursing care model for hospitalised children. *Revista gaucha de enfermagem*, 37(2).
- Campos, M. C., Rodrigues, K. C. S., and 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.
- Coelho, H. P., Souza, G. D. S. D. D., Freitas, V. H. D. S., Santos, I. R. A. D., Ribeiro, C. D. A., Sales, J. K. D. D., ... and Castro, A. P. R. D. (2021). Perception of the hospitalized child about the instructional therapeutic play in intravenous therapy. *Escola Anna Nery*, 25(3), e20200353
- Cohen, D. (2007). *A history of play The development of play*. Routledge. 14-32.
- Colson, E. R., and Dworkin, P. H. (1997). Toddler development. *Pediatrics in review*, 18, 255-259.
- Committee on Hospital Care and Child Life Council. Child life services. (2014). *Pediatrics*, 133(5), e1471-e1478.
- Conceição, C. M., Ribeiro, C. A., Borba, R. I. H. D., Ohara, C. V. D. S., and Andrade, P. R. D. (2011). Therapeutic play when preparing the child for venipuncture outpatient: perception from the parents and attendants. *Escola Anna Nery*, 15(2), 346-363.
- Çakmak, E., and Karaçam, Z. (2018). The correlation between mothers' participation in infant care in the NICU and their anxiety and problem-solving skill levels in caregiving. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(1), 21-31.
- Çalı, Ö. (2020). *Okul öncesi dönemdeki çocuklarda periferik intravenöz kateter girişimi öncesi, sırası ve sonrasında uygulanan travmatik bakım paketi'nin çocuğun ağrı düzeyi, emosyonel ve fizyolojik göstergelerine etkisinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 95.
- Çavuşoğlu, H. (2008). *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Dizgi Baskı. 384.
- Çelebi A., Aytekin A., Küçükoğlu, S., ve Çelebioğlu, A. (2015). Hastanede yatan çocuk ve oyun. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*, 5(3), 156-160.
- Çiftçi, E. (2019). *Bir mizah girişiminin çocuk ve ebeveyninin ameliyat öncesi ve sonrası anksiyetesini azaltmaya etkisi: Hastane palyaçoluğu*. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak, 82.
- 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. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(6), 781-789.

- Dantas, F. A., da Nóbrega, V. M., Pimenta, E. A. G., and Collet, N. (2016). Use of therapeutic play during intravenous drug administration in children: exploratory study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 15(3), 454-465.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts. *Applied nursing research*, 5(4), 194-197.
- Derleyen B. (2018). *Pediatric Servisinde Yatan Çocuklara Periferik Damar Yolu Açma İşlemi Öncesinde Uygulanan Terapötik Oyun Yönteminin Anksiyete ve Korku Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, 92-94.
- Devadason, S. G. (2006). Recent advances in aerosol therapy for children with asthma. *Journal of aerosol medicine*, 19(1), 61-66.
- Dhanani, J., Fraser, J. F., Chan, H. K., Rello, J., Cohen, J., and Roberts, J. A. (2016). Fundamentals of aerosol therapy in critical care. *Critical Care*, 20(1), 1-16.
- DiBlasi, R. M. (2015). Clinical controversies in aerosol therapy for infants and children. *Respiratory Care*, 60(6), 894-916.
- Durukan, İ., Kara, K., Almbaideen, M., Karaman, D., and Gül, H. (2018). Alexithymia, depression and anxiety in parents of children with neurodevelopmental disorder: Comparative study of autistic disorder, pervasive developmental disorder not otherwise specified and attention deficit–hyperactivity disorder. *Pediatrics International*, 60(3), 247-253.
- Esposito-Festen, J. E., Ates, B., Van Vliet, F. J. M., Verbraak, A. F. M., De Jongste, J. C., and Tiddens, H. A. W. M. (2004). Effect of a facemask leak on aerosol delivery from a pMDI-spacer system. *Journal of aerosol medicine*, 17(1), 1-6.
- Faleiros, F., Sadala, M. L., and Rocha, E. M. (2002). Therapeutic relation with children in the preoperative period: use of play and dramatization. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(1), 58-65.
- Fincher, W., Shaw, J., and Ramelet, A. S. (2012). The effectiveness of a standardised preoperative preparation in reducing child and parent anxiety: a single-blind randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 21(7-8), 946-955.
- Forouzandeh, N., Drees, F., Forouzandeh, M., and Darakhshandeh, S. (2020). The effect of interactive games compared to painting on preoperative anxiety in Iranian children: A randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 40.
- Fortier, M. A., Bunzli, E., Walthall, J., Olshansky, E., Saadat, H., Santistevan, R., ... and Kain, Z. N. (2015). Web-based tailored intervention for preparation of parents and children for outpatient surgery (WebTIPS): formative evaluation and randomized controlled trial. *Anesthesia and analgesia*, 120(4), 915.
- Gardenhire, D. S., Burnett, D., Strickland, S., and Myers, T. R. (2017). Aerosol Delivery Devices for Respiratory Therapists. *American Association for Respiratory Care*: Irving, TX, USA, 61.

- Ghabeli, F., Moheb, N., and 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.
- Ginsburg, K. R. (2007). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics*, 119(1), 182-191.
- Golan, G., Tighe, P., Dobija, N., Perel, A., and Keidan, I. (2009). Clowns for the prevention of preoperative anxiety in children: a randomized controlled trial. *Pediatric Anesthesia*, 19(3), 262-266.
- Gold, K., Grothues, D., Jossberger, H., Gruber, H., and Melter, M. (2014). Parents' perceptions of play-therapeutic interventions to improve coping strategies of liver-transplanted children: A qualitative study. *International Journal of Play Therapy*, 23(3), 146.
- Goralski, J. L., and Davis, S. D. (2014). Breathing easier: addressing the challenges of aerosolizing medications to infants and preschoolers. *Respiratory medicine*, 108(8), 1069-1074.
- Gregory, K. L., Wilken, L., and Hart, M. K. (2017). Pulmonary disease: aerosol delivery devices. (Third edition) Irving: American Association for Respiratory Care. 8-48.
- Haiat H, Bar-Mor G, and Shochat M. (2003). The world of the child: a world of play even in the hospital. *J Pediatr Nurs*. 18(3):209-14.
- Hamamcı, Z., ve Hamamcı, E. (2015). Çocuk Gelişimi Kuramları ve Dil Öğretmenleri İçin Yansımaları. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4 (1), 125-134
- Hatava, P., Olsson, G. L., and Lagerkranser, M. (2000). Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: a comparison of two methods. *Pediatric Anesthesia*, 10(5), 477-486.
- Hatfield, N. T. Foundation of Pediatric Nursing. (2007). *Broadribb's introductory pediatric nursing*. (Seventh Edition). Lippincott Williams & Wilkins, 32-82.
- Havenga, Y. (2019). Therapeutic play as a qualitative data generation method: A critical reflection. *Health SA Gesondheid (Online)*, 24, 1-8.
- He, H. G., Zhu, L. X., Chan, W. C. S., Liam, J. L. W., Ko, S. S., Li, H. C. W., ... and Yobas, P. (2015). A mixed-method study of effects of a therapeutic play intervention for children on parental anxiety and parents' perceptions of the intervention. *Journal of advanced nursing*, 71(7), 1539-1551.
- He, H. G., Zhu, L., Li, H. C. W., Wang, W., Vehviläinen-Julkunen, K., and Chan, S. W. C. (2014). A randomized controlled trial of the effectiveness of a therapeutic play intervention on outcomes of children undergoing inpatient elective surgery: study protocol. *Journal of advanced nursing*, 70(2), 431-442.
- Hockenberry, M. J., and Wilson, D. (2013). Health promotion of the preschooler and family. Wong's essentials of pediatric nursing: *Wong's essentials of pediatric nursing*. (Nineth Edition). Elsevier Health Sciences. 408-456.

- Hockenberry, M. J., and Wilson, D. (2018). The child is who hospitalized. *Wong's nursing care of infants and children-E-book*. (Eleventh edition). Elsevier Health Sciences. 658-735.
- Hockenberry, M. J., Rodgers, C. C., and Wilson, D. (2021). *Wong's essentials of pediatric nursing-e-book*. (Eleventh edition). Elsevier Health Sciences, 339-399.
- Howard, J., and McInnes, K. (2013). *Theoretical perspectives on play*. The essence of play: A practice companion for professionals working with children and young people. (First Edition). Routledge. 6-16.
- Iles, R., Lister, P., and Edmunds, A. T. (1999). Crying significantly reduces absorption of aerosolised drug in infants. *Archives of Disease in Childhood*, 81(2), 163-165.
- Ipek, I. O., Yalcin, E. U., Sezer, R. G., and Bozaykut, A. (2011). The efficacy of nebulized salbutamol, hypertonic saline and salbutamol/hypertonic saline combination in moderate bronchiolitis. *Pulmonary pharmacology & therapeutics*, 24(6), 633-637.
- Işık Ş., (2019). *Eğitim psikolojisi*. (Altıncı Basım). Pegem Akademi, Ankara, 90-160
- İnanç, B. Y., Bilgin, M., ve Atıcı, M. K. (2007). *Gelişim psikolojisi: Çocuk ve ergen gelişimi*. (İkinci Basım), Pegem Akademi, 39.
- İnanç. Y.B. ve Yerlikaya E. E., (2019) *Kişilik Kuramları*. (Onbeşinci Basım). Pegem Akademi, Ankara, 160-172.
- James, S. R., Nelson, K., and Ashwill, J. (2014). *Growth and Development: The Child and Family. Nursing care of children e-book: principles and practice* (Forth edition). Elsevier Health Sciences, 23-149.
- Kain Z.N., Caramico L.A., Mayes L.C., Genevro J.L., Bornstein M.H. and Hofstadter M.B. (1998) Preoperative preparation programs in children: a comparative examination. *Anesthesia and Analgesia* 87(6), 1249–1255.
- Kapkin, G., Manav, G., and Muslu, G. K. (2020). Effect of Therapeutic Play Methods on Hospitalized Children in Turkey: A Systematic Review. *Erciyes Medical Journal* ;42(2), 127-142.
- Karabulut, N., and Arıkan, D. (2009). The Effect of Different Training Programs Applied Prior to Surgical Operation on Anxiety Levels. *In Yeni Symposium* 47 (2), 64-69.
- Karbandi, S., Soltanifar, A., Salari, M., Asgharinekah, S. M., and Izie, E. (2020). Effect of Music Therapy and Distraction Cards on Anxiety among Hospitalized Children with Chronic Diseases. *Evidence Based Care*, 9(4), 15-22.
- Kıran, B., Çalık, C., ve Esenay, F. I. (2013). Terapotik oyun: hasta çocuk ile iletişimin anahtarı. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 1-10.
- Kiche, M. T., and Almeida, F. D. A. (2009). Therapeutic toy: strategy for pain management and tension relief during dressing change in children. *Acta Paul Enferm*, 22(2), 125-30.

- Kliegman, R. M., Behrman, R. E., Jenson, H. B., and Stanton, B. M. (2007). Growth Development and Behavior. *Nelson textbook of pediatrics e-book*. Elsevier Health Sciences. 33-100.
- Koukourikos, K., Tzeha, L., Pantelidou, P., and Tsaloglidou, A. (2015). The importance of play during hospitalization of children. *Materia socio-medica*, 27(6), 438.
- Kumar, A., Das, S., Chauhan, S., Kiran, U., and Satapathy, S. (2019). Perioperative anxiety and stress in children undergoing congenital cardiac surgery and their parents: Effect of brief intervention—A randomized control trial. *Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia*, 33(5), 1244-1250.
- Kyle, T. (2008). *Essentials of pediatric nursing*. Lippincott Williams & Wilkins, 107-132.
- La Banca, R. O., de Moraes Brandão, M. C., de Cássia Sparapani, V., de Souza, N. S., Neves, E. T., Cavicchioli, M. G. S., ... and Nascimento, L. C. (2020). A fun way to learn about diabetes: Using therapeutic play in a Brazilian camp. *Journal of Pediatric Nursig*, 53, e35-e40.
- Lee, J., Lee, J., Lim, H., Son, J. S., Lee, J. R., Kim, D. C., and Ko, S. (2012). Cartoon distraction alleviates anxiety in children during induction of anesthesia. *Anesthesia and Analgesia*, 115(5), 1168-1173.
- Leifer, G. (2014). *Introduction to maternity and pediatric nursing*. (Seventh edition) Elsevier Health Sciences, 406-418.
- Li, H. C. W., and Lopez, V. (2005). Children's Emotional Manifestation Scale: development and testing. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 223-229.
- Li, H. C. W., and Lopez, V. (2008). Effectiveness and appropriateness of therapeutic play intervention in preparing children for surgery: A randomized controlled trial study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13(2), 63-73.
- Li, W. H., Chung, J. O. K., Ho, K. Y., and Kwok, B. M. C. (2016). Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children. *BMC pediatrics*, 16(1), 1-9.
- Li, W. H., Chung, J. O., and Ho, E. K. (2011). The effectiveness of therapeutic play, using virtual reality computer games, in promoting the psychological well-being of children hospitalised with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16), 2135-2143.
- Lin, H. L., Harwood, R. J., Fink, J. B., Goodfellow, L. T., and Ari, A. (2015). In vitro comparison of aerosol delivery using different face masks and flow rates with a high-flow humidity system. *Respiratory Care*, 60(9), 1215-1219.
- Lina, K. Z. (1998). Therapeutic play for hospitalized preschoolers in Lebanon. *Pediatric Nursing*, 24(5), 449-54.
- Liu, M. C., and Chou, F. H. (2021). Play Effects on Hospitalized Children With Acute Respiratory Infection: An Experimental Design Study. *Biological Research For Nursing*, 23(3), 430-441.

- Maia, E. B., and Ribeiro, C. A. (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.
- Margaret Slota, D. N. P. (Ed.). (2019). *AACN Core Curriculum for Pediatric High Acuity, Progressive, and Critical Care Nursing*. Springer Publishing Company, 35-145.
- Medeiros, G., Matsumoto, S., Ribeiro, C. A., and Borba, R. I. H. D. (2009). Therapeutic play to prepare children for intravenous placement in the emergency room. *Acta Paul Enferm.*, 22(special issue), 909-915.
- Meissner, H. C. (2016). Viral bronchiolitis in children. *New England Journal of Medicine*, 374(1), 62-72.
- Murakami, G., Igarashi, T., Adachi, Y., Matsuno, M., Sawai, M., Yoshizumi, A., and Okada, T. (1990). Measurement of bronchial hyperreactivity in infants and preschool children using a new method. *Annals of Allergy*, 64(4), 383-387.
- Naghavi, M., Abajobir, A. A., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abd-Allah, F., Abera, S. F., ... and Ahmadi, A. (2017). Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1151-1210.
- Onchwari, G., Onchwari, J. A., and Keengwe, J. (2008). Teaching the immigrant child: Application of child development theories. *Early Childhood Education Journal*, 36(3), 267-273.
- Orhan, E., and Yildiz, S. (2017). The effects of pre-intervention training provided through therapeutic play on the anxiety of pediatric oncology patients during peripheral catheterization. *Int J Caring Sci*, 10(3), 1533-1540.
- Öner, N and LeCompte, A (1985) *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı (State-Trait Anxiety Inventory Handbook)*, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Paladino, C. M., Carvalho, R. D., and Almeida, F. D. A. (2014). Therapeutic play in preparing for surgery: behavior of preschool children during the perioperative period. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(3), 423-429.
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Alden, K. R., Lowdermilk, D. L., Cashion, M. C., and Wilson, D. (2017). *Maternal Child Nursing Care-E-Book*. (Eighth edition) Mosby. 867-878.
- Phelps, L. L., Ralph, S. S., and Taylor, M. C. (2019). *Spark's & Taylor'in hemşirelik tanı referans el kitabı*. (Çev. Ed. Karaham, A. Ve Kav, S.) Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 196-198, 441-501.
- Pinto, J. M., Schairer, J. L., and Petrova, A. (2016). Duration of hospitalization in association with type of inhalation therapy used in the management of children with nonsevere, acute bronchiolitis. *Pediatrics & Neonatology*, 57(2), 140-144.

- Pontes, J. E. D., Tabet, E., Folkmann, M. Á. D. S., Cunha, M. L. D. R., and Almeida, F. D. A. (2015). Therapeutic play: preparing the child for the vaccine. *Einstein (São Paulo)*, 13(2), 238-242.
- Potasz, C., Varela, M. J. V. D., Carvalho, L. C. D., Prado, L. F. D., and Prado, G. F. D. (2013). Effect of play activities on hospitalized children's stress: a randomized clinical trial. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 20(1), 71-79.
- Potts, N. L., and Mandleco, B. L. (2012). *Pediatric nursing: Caring for children and their families*. (Third edition). Cengage Learning, 273-300.
- Powers, M. (2018). The Smallest Remainder: Benjamin and Freud on Play. *MLN*, 133(3), 720-742.
- Ralston, S. L., Lieberthal, A. S., Meissner, H. C., Alverson, B. K., Baley, J. E., Gadomski, A. M., ... and Hernandez-Cancio, S. (2014). Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics*, 134(5), e1474-e1502.
- Ribeiro, C. A., Borba, R. I. H. D., Maia, E. B. S., and Carneiro, F. (2006). The therapeutic play in assisting the child: its meaning to parents. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped*, 6(2), 75-83.
- Rudd, K., and Kocisko, D. (2013). *Pediatric nursing: the critical components of nursing care*. FA Davis, 79-83.
- Sağlam, T. (2014). Dramatik Eğitim: Amaç mı? Araç mı? Dramatic Education: Aim or Medium. *Tiyatro Araştırmaları Dergisi*, 17(17).
- Sağlık, D. S., and Çağlar, S. (2019). The Effect of Parental Presence on Pain and Anxiety Levels During Invasive Procedures in the Pediatric Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(3), 278-285.
- Sanders, M. (2007). Inhalation therapy: an historical review. *Primary care respiratory journal*, 16(2), 71-81.
- Santos, V. L. A. D., Almeida, F. D. A., Ceribelli, C., and Ribeiro, C. A. (2020). Understanding the dramatic therapeutic play session: a contribution to pediatric nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4).
- Scarlett, E. E., Walker, S., Rovitelli, A., and Ren, C. L. (2012). Tidal breathing responses to albuterol and normal saline in infants with viral bronchiolitis. *Pediatric Allergy, Immunology, and Pulmonology*, 25(4), 220-225.
- Schafer, E. D. (2004). *Use of a pretend play intervention for anxious children undergoing outpatient surgery*. Case Western Reserve University. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi
- Seiden, S. C., McMullan, S., Sequera-Ramos, L., De Oliveira Jr, G. S., Roth, A., Rosenblatt, A., ... and Suresh, S. (2014). Tablet-based Interactive Distraction (TBID) vs oral midazolam to minimize perioperative anxiety in pediatric patients: a noninferiority randomized trial. *Pediatric Anesthesia*, 24(12), 1217-1223.

- Sezici, E., Ocakci, A. F., and Kadioglu, H. (2017). Use of play therapy in nursing process: A prospective randomized controlled study. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(2), 162-169.
- Smaldone, G. C., Berg, E., and Nikander, K. (2005). Variation in pediatric aerosol delivery: importance of facemask. *Journal of aerosol medicine*, 18(3), 354-363.
- Spielberger, C. D, Gorsuch, R. C, and Luschene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, California.
- Tal, A., Golan, H., Grauer, N., Aviram, M., Albin, D., and Quastel, M. R. (1996). Deposition pattern of radiolabeled salbutamol inhaled from a metered-dose inhaler by means of a spacer with mask in young children with airway obstruction. *The Journal of pediatrics*, 128(4), 479-484.
- Teksöz, E., ve Ocakçı, A. F. (2014). Çocuk hemşireliği'nde sanat uygulamaları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(2), 119-123.
- Törüner K.E. ve Büyükgönenç, L., (2013). *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*. Ankara: Göktuğ yayıncılık. 39-183.
- Troeger, C., Blacker, B., Khalil, I. A., Rao, P. C., Cao, J., Zimsen, S. R., ... and Adetifa, I. M. O. (2018). Estimates of the global, regional, and national morbidity, mortality, and aetiologies of lower respiratory infections in 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Infectious Diseases*, 18(11), 1191-1210.
- Tsai, Y. L., Tsai, S. C., Yen, S. H., Huang, K. L., Mu, P. F., Liou, H. C., et al. (2013). Efficacy of therapeutic play for pediatric brain tumor patients during external beam radiotherapy. *Child's Nervous System*, 29(7), 1123-1129.
- Ünver, S., Güray, Ö., ve Aral, S. (2020). Effectiveness of a group game intervention in reducing preoperative anxiety levels of children and parents: a randomized controlled trial. *AORN journal*, 111(4), 403-412.
- Wagner, T. (2009). Bronchiolitis. *Pediatrics in review*, 30(10), 386-95.
- William Li, H. C., Lopez, V., and Lee, T. L. I. (2007). Effects of preoperative therapeutic play on outcomes of school-age children undergoing day surgery. *Research in nursing & health*, 30(3), 320-332.
- Wilson, D., and Hockenberry, M. J. (2014). *Wong's Clinical Manual of Pediatric Nursing-E-Book*. (Eighth edition). Elsevier Health Sciences. 114-125.
- Wilson, D., and Rodgers, C. C. (2016). *Wong's essentials of pediatric nursing-e-book*. (Eleventh edition). Elsevier Health Sciences, 354-379.
- Wilson, M. E., Megel, M. E., Enenbach, L., and Carlson, K. L. (2010). The voices of children: stories about hospitalization. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(2), 95-102.

- Wong, C. L., Ip, W. Y., Kwok, B. M. C., Choi, K. C., Ng, B. K. W., and Chan, C. W. H. (2018). Effects of therapeutic play on children undergoing cast-removal procedures: a randomised controlled trial. *BMJ open*, 8(7), e021071.
- Yanık, M., ve Kuzlu Ayyıldız, T. (2019). Nebülizatör tedavisi alan üç-altı yaş grubu çocuklarda oyuncak tipi nebulizatör ile verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi*, 28(1), 7-18.
- Yayan, E. H., ve Zengin, M. (2018). Çocuk kliniklerinde terapötik oyun. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 226-233.
- Yayan, E. H., Zengin, M., Düken, M. E., ve Dağ, Y. S. (2020). Reducing children's pain and parents' anxiety in the postoperative period: A therapeutic model in Turkish sample. *Journal of pediatric nursing*, 51, e33-e38.
- Yogman, M., Garner, A., Hutchinson, J., Hirsh-Pasek, K., and Golinkoff, R. (2018). The power of play: A pediatric role in enhancing development in young children. *Pediatrics*, 142(3), e2018-2058.
- Yun, O. B., Kim, S. J., and Jung, D. (2015). Effects of a clown–nurse educational intervention on the reduction of postoperative anxiety and pain among preschool children and their accompanying parents in South Korea. *Journal of pediatric nursing*, 30(6), e89-e99.
- Yurdagül, H. (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliliği için kapsam geçerlilik indeksinin kullanılması. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, 1, 771-774.
- Zahr, L. K. (1998). Therapeutic play for hospitalized preschoolers in Lebanon. *Pediatric nursing*, 24(5), 449.
- Zengin, M., Yayan, E. H., ve 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(1), 81-85.



EKLER

EK-1. Çalışma Grubu Veli Onam Formu

VELİ ONAM FORMU

Değerli Ebeveynler;

Solunum sistemi hastalıkları tedavisinde genellikle oksijen ve/veya aeresol maskeler kullanılmaktadır. Tedavi sırasında çocukların maskeye alışması ve uyum sağlaması gibi zorluklar yaşanabilmektedir. Bu durum hem sizin hem de çocuğunuzun baş etmesini ve tedaviye uyumunu zorlaştırmaktadır.

“İnhalasyon tedavisi uygulanan 1-3 yaş çocuklarda terapötik oyunun çocuğun tedaviye uyumuna ve ebeveynin kaygı durumuna etkisi” isimli bir çalışma planlanmıştır. İnhalasyon tedavisi sırasında çocuğunuza kullanılacak olan malzemeler tanıtılacak ve oyuncak bebekler üzerinde maskeler takılacaktır. Sonrasında maske çocuğa takılacaktır. Bu çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmadan elde edilen veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır ve kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır.

Katılımınız ve iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Bilgilendirildim, çocuğumun ve kendimin bu çalışmaya katılmasını gönüllü olarak kabul ediyorum.

Katılımcının:

İmza:.....

EK-2. Kontrol Grubu Veli Onam Formu

VELİ ONAM FORMU

Değerli Ebeveynler;

Solunum sistemi hastalıkları tedavisinde genellikle oksijen ve/veya aeresol maskeler kullanılmaktadır. Tedavi sırasında çocukların maskeye alışması ve uyum sağlaması gibi zorluklar yaşanabilmektedir. Çocukların inhalasyon tedavisi sırasında yaşamış olduğu durumları belirlemek oldukça önemlidir.

İnhalasyon tedavisi uygulanan 1-3 yaş çocuklarda terapötik oyunun çocuğun tedaviye uyumuna ve ebeveynin kaygı durumuna etkisini değerlendirmek için bir çalışma planlanmıştır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir ve size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmadan elde edilen veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır ve kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır.

Katılımınız ve iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Bilgilendirildim, çocuğumun ve kendimin bu çalışmaya katılmasını gönüllü olarak kabul ediyorum.

Katılımcının:

İmza:.....

EK-3. Tanımlayıcı Bilgi Formu

ANKET NO:

Tarih: / /

TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

1. Çocuğun Doğum Tarihi: / /
2. Cinsiyeti: Kız () Erkek ()
3. Çocuğunuzun tanısı:
4. Çocuğunuzun daha önce hastane deneyimi: Evet () Hayır ()
Cevabınız Evet ise nedeni:

5. Anne yaşı:	9. Baba yaşı:
6. Anne öğrenim düzeyi: Okur-Yazar Değil () Lise () İlköğretim () Üniversite ()	10. Baba öğrenim düzeyi: Okur-Yazar Değil () İlköğretim () Lise () Üniversite ()
7. Mesleği: Ev Hanımı () Memur () İşçi () Diğer ()	11. Mesleği: Çalışmıyor () Memur () İşçi () Diğer ()

12. Ailenin gelir durumu: Gelir giderden az () Gelir Gidere Denk () Gelir Giderden Fazla ()

13. Ailede son 6 ayda stres yaşama durumu?

Açıklayınız.....

EK-4. Vital Bulgular İzlem Formu

VİTAL BULGULAR FORMU

	İnhalasyon tedavisi öncesi	3-5. dk	8-10. dk	İnhalasyon tedavisi sonrası
1. Vücut ısısı				
2. Kalp atımı				
3. Solunum sayısı				
4. Spo2 değeri				
5. Kan basıncı		X	X	X

EK-5. Huzursuzluk Öz Değerlendirme Formu

HUZURSUZLUK ÖZ DEĞERLENDİRME FORMU

1. Şu anki huzursuzluk durumunuzu 0 hiç yok 10 çok fazla olacak şekilde puanlarsanız kaç puan verirsiniz?

|-----|

0 10

2. Çocuğunuzun şu anki huzursuzluk durumunu 0 hiç yok 10 çok fazla olacak şekilde puanlarsanız kaç puan verirsiniz?

|-----|

0 10

SONRA

1. Şu anki huzursuzluk durumunuzu 0 hiç yok 10 çok fazla olacak şekilde puanlarsanız kaç puan verirsiniz?

|-----|

0 10

2. Çocuğunuzun şu anki huzursuzluk durumunu 0 hiç yok 10 çok fazla olacak şekilde puanlarsanız kaç puan verirsiniz?

|-----|

0 10

EK-6. Durumluk Ve Sürekli Kaygı Envanteri

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

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

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

EK-7. 1-3 Yaş Çocuklarda Maske Uyum Değerlendirme Formu

1-3 YAŞ ÇOCUKLARDA MASKE UYUM DEĞERLENDİRME FORMU

Çocuğunuz oksijen ve/ veya aeresol maskesi ile ilaç alırken hangi durumları yaşamaktadır.
Uygun olan seçeneği lütfen işaretleyiniz.

Özellikler	Değerlendirme			
1. Huzursuzluk	Sürekli (1) ☐	Sıklıkla (2) ☐	Arasıra (3) ☐	Huzurlu (4) ☐
2. Ağlama	Sürekli (1) ☐	Sıklıkla (2) ☐	Arasıra (3) ☐	Ağlama yok (4) ☐
3. Bağırma	Sürekli (1) ☐	Sıklıkla (2) ☐	Arasıra (3) ☐	Bağırma yok (4) ☐
4. Öfkelenme	Sürekli (1) ☐	Sıklıkla (2) ☐	Arasıra (3) ☐	Öfkelenme (4) yok ☐
5. Maskeyi takmak istememe	Sürekli (1) ☐	Sıklıkla (2) ☐	Arasıra (3) ☐	Maskeyi sorunsuz takıyor (4) ☐
6. Avutulabilme	Sürekli (1) ☐	Sıklıkla (2) ☐	Arasıra (3) ☐	Avutulabiliyor (4) ☐
7. Agresif davranış	Sürekli (1) ☐	Sıklıkla (2) ☐	Arasıra (3) ☐	Agresif davranış Yok. (4) ☐

EK-8. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



EK-8. (devam) Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



EK-9. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Yazısı



EK-9 (devam) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İzin Yazısı



EK-10. Etik Komisyon İzin Yazısı



EK-10. (devam) Etik Komisyon İzin Yazısı



EK-10. (devam) Etik Komisyon İzin Yazısı



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : ŞİMŞEK, Naile
Uyruğu : T.C.

Eğitim Derecesi	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek lisans	Gazi Üniversitesi/Hemşirelik Bölümü	Devam ediyor
Lisans	Gazi Üniversitesi/Hemşirelik Bölümü	2017
Lise	Bekir Gökdağ Lisesi	2013

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2019-devam ediyor	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	Hemşire
2017-2018	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Şimşek, N., & Altay, N., (2021) 3-6 Yaş Çocuklarda Terapötik Oyunun Çocuk için Yararları ve Hemşirelik Bakımına Katkıları: Bir Literatür Taraması. *Journal of Infant, Child and Adolescent Health*. 1(2): 36-49



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..