

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**TOTAL PARENTERAL BESLENEN ÇOCUKLARDA  
STANDART HEMŞİRELİK BAKIM MODELİNİN  
BAKIM KALİTESİNE ETKİSİ**

108310

Hemşirelik Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

108310

Araş. Gör. Nesrin ŞEN

İZMİR - 2001



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

**TOTAL PARENTERAL BESLENEN ÇOCUKLARDA  
STANDART HEMŞİRELİK BAKIM MODELİNİN  
BAKIM KALİTESİNE ETKİSİ**

**Hemşirelik Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Araş. Gör. Nesrin ŞEN**

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANİZASYON MERKEZİ**

**Danışman Öğretim Üyesi  
Doç. Dr. Münevver KILIÇ**

**İZMİR - 2001**

## ÖNSÖZ

Araştırmanın planlanması ve yürütülmesinde büyük katkıları olan değerli danışmanım Sn. Doç. Dr. Münevver KILIÇ'a, tezimin her aşamasında görüşlerine başvurduğum, bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Pediatri Hemşireliği AD öğretim üye ve elemanlarına, araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği Başkanı Sn. Prof. Dr. Acun GÖKDEMİR'e, verilerin toplanması sırasında yardımlarını esirgemeyen Çocuk Cerrahisi Kliniği Yoğun Bakımda çalışan hemşire arkadaşlarıma, araştırmaya katılan çocuklar ve annelerine, istatistiksel değerlendirme aşamasında yardımcı olan Araş. Gör. Arkun TATAR'a, her zaman beni destekleyen AİLEM'e ve bana manevi desteği kelimelerle anlatılamayacak kadar çok olan değerli arkadaşım Araş. Gör. Gülşah GÜROL'a teşekkürlerimi sunarım.

Nesrin ŞEN

2001



# İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
TABLolar DİZİNİ.....	vi
GRAFİKLER DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi

## BÖLÜM I

GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı .....	3
1.2. Araştırmanın Önemi.....	4
1.3. Genel Bilgiler .....	5
1.3.1. Standartlar ve Hemşirelik Bakımındaki Yeri ve Önemi .....	5
1.3.1.1. Kaliteye Ulaşmada Standardizasyonun Önemi.....	5
1.3.1.2. Standartların Oluşturulması.....	6
1.3.2. Çocuk Hastalarda Total Parenteral Beslenme ile İlgili Kuramsal Bilgiler ....	10
1.3.2.1. Total Parenteral Beslenme.....	10
1.3.2.2. Çocuklar ve Yetişkinler Arasındaki Total Parenteral Beslenme Farkı .....	10
1.3.2.3. Total Parenteral Beslenme Endikasyonları.....	11
1.3.2.4. Total Parenteral Beslenme’de Nütrisyonel Değerlendirme.....	12
1.3.2.5. Total Parenteral Beslenme Komponentleri ve Gereksinimler.....	13
1.3.2.6. Total Parenteral Beslenmede Kullanılan Solüsyonlar.....	20
1.3.2.7. Total Parenteral Beslenme Yolları.....	20
1.3.2.8. Total Parenteral Beslenmenin Uygulama Basamakları.....	21
1.3.2.9. Total Parenteral Beslenme Komplikasyonları.....	26
1.3.3. Total Parenteral Beslenen Çocuğun Hemşirelik Bakımı.....	27
1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	35
1.5. Sınırlamalar.....	35
1.6. Tanımlar .....	36

## **BÖLÜM II**

<b>GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	37
2.1. Araştırmanın Tipi.....	37
2.2. Araştırmanın Yeri .....	37
2.3. Araştırmanın Evreni.....	37
2.4. Araştırmanın Örneklemi.....	38
2.5. Veri Toplama Yöntemi.....	38
2.5.1. Veri Toplama Araçları .....	39
2.5.2. Veri Toplama Aracının Geçerliliği ve Güvenirliliği.....	40
2.5.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	49
2.6. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler .....	51
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	51
2.8. Süre ve Olanaklar.....	52
2.9. Araştırmanın Etiği.....	52

## **BÖLÜM III**

<b>BULGULAR</b> .....	53
3.1. Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların ve Annelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	53
3.2. Çalışma ve Kontrol Grubu Çocuklarda Komplikasyon Gelişme Durumunun İncelenmesi.....	59
3.3. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların 7 Ayrı Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarının İncelenmesi .....	62
3.3.1. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların I. Hemşirelik Tanısındaki (Enfeksiyon Gelişme Olasılığı) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarının İncelenmesi.....	62
3.3.2. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların II. Hemşirelik Tanısındaki (Komplikasyon Gelişme Riski) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarının İncelenmesi.....	67
3.3.3. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların III. Hemşirelik Tanısındaki (Fiziksel Hareket Kısıtlılığı) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarının İncelenmesi.....	74

<b>3.3.4. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların IV. Hemşirelik Tanısındaki (Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarının İncelenmesi.....</b>	<b>78</b>
<b>3.3.5. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların V. Hemşirelik Tanısındaki (Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarının İncelenmesi .....</b>	<b>80</b>
<b>3.3.6. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların VI. Hemşirelik Tanısındaki (Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarının İncelenmesi .....</b>	<b>82</b>
<b>3.3.7. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların VII. Hemşirelik Tanısındaki (Bilgi Eksikliği ) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarının İncelenmesi .....</b>	<b>86</b>
<b>3.4. Çocukların Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumları Toplam Puan Ortalamalarının, Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre İncelenmesi.....</b>	<b>90</b>

## **BÖLÜM IV**

<b>TARTIŞMA VE SONUÇ.....</b>	<b>94</b>
<b>4.1. TARTIŞMA.....</b>	<b>94</b>
<b>4.1.1. Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların ve Annelerinin Tanıtıcı Özelliklerine Göre İncelenmesi.....</b>	<b>94</b>
<b>4.1.2. Çalışma ve Kontrol Grubu Çocuklarda Komplikasyon Gelişme Durumunun İncelenmesi.....</b>	<b>97</b>
<b>4.1.3. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların 7 Ayrı Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarının İncelenmesi .....</b>	<b>99</b>
<b>4.1.4. Çocukların Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumları Toplam Puan Ortalamalarının, Çalışma ve Kontrol Gruplarına Göre İncelenmesi.....</b>	<b>104</b>
<b>4.2. SONUÇ.....</b>	<b>105</b>
<b>4.2.1. ÖNERİLER.....</b>	<b>108</b>
<b>ÖZET.....</b>	<b>109</b>
<b>SUMMARY.....</b>	<b>111</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>113</b>

<b>EKLER</b> .....	119
<b>EK I</b> .....	119
<b>EK II</b> .....	121
<b>EK III</b> .....	132
<b>EK IV</b> .....	142
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	143



## TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1: İdame Sıvı Gereksinimleri.....	13
Tablo 2: Günlük İntravenöz Elektrolit ve Mineral Gereksinimleri .....	14
Tablo 3: TPB’de Enerji Gereksinimi .....	14
Tablo 4: Enerji Gereksinimi Arttıran Durumlar .....	15
Tablo 5: İntralipid Dozajı (gr/kg/gün ) .....	16
Tablo 6: İntravenöz Protein Gereksinimi .....	17
Tablo 7: Günlük Vitamin Gereksinimleri .....	18
Tablo 8: Eser Elementlerde Günlük İV Gereksinimler.....	19
Tablo 9: Çocuklarda Normal Solunum Sayısı.....	29
Tablo 10: Çocuklarda Normal Nabız Sayısı.....	30
Tablo 11: Çocuğun Yaşına Uygun Manşet Genişliği .....	30
Tablo 12: Normal Kan Basıncı Değerleri .....	30
Tablo 13: “ Var Olan ya da Olası Sıvı-Elektrolit Dengesizliği” Tanısının Ortalama, Standart Sapma, Min-Max Dağılımları.....	41
Tablo 14: I. Hemşirelik Tanısı (Var Olan ya da Olası Sıvı-Elektrolit Dengesizliği) Kendal Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi.....	41
Tablo 15: “Enfeksiyon Gelişme Olasılığı” Tanısının Ortalama,Standart Sapma, Min-Max Dağılımları.....	42
Tablo 16: II. Hemşirelik Tanısı (Enfeksiyon Gelişme Olasılığı) Kendal Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi.....	42
Tablo 17: “Komplikasyon Gelişme Olasılığı” Tanısının Ortalama,Standart Sapma, Min-Max Dağılımları.....	43
Tablo 18: III. Hemşirelik Tanısı (Komplikasyon Gelişme Olasılığı) Kendal Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi.....	43
Tablo 19: “Fiziksel Hareket Kısıtlılığı” Tanısının Ortalama,Standart Sapma, Min-Max Dağılımları.....	44
Tablo 20: IV. Hemşirelik Tanısı (Fiziksel Hareket Kısıtlılığı) Kendal Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi.....	44
Tablo 21: “Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik” Tanısının Ortalama,Standart Sapma, Min-Max Dağılımları.....	45
Tablo 22: V. Hemşirelik Tanısı (Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik) Kendal Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi.....	45

<b>Tablo 23: “Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı”</b>	
Tanısının Ortalama, Standart Sapma, Min-Max Dağılımları.....	45
<b>Tablo 24: VI. Hemşirelik Tanısı (Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı) Kendal Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi.....</b>	46
<b>Tablo 25: “Deri Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı” Tanısının Ortalama, Standart Sapma, Min-Max Dağılımları.....</b>	46
<b>Tablo 26: VII. Hemşirelik Tanısı (Deri Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı) Kendal Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi.....</b>	46
<b>Tablo 27: “Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik”</b>	
Tanısının Ortalama, Standart Sapma, Min-Max Dağılımları.....	47
<b>Tablo 28: VIII. Hemşirelik Tanısı (Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik) Kendal Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi.....</b>	47
<b>Tablo 29: “Bilgi Eksikliği” Tanısının Ortalama, Standart Sapma, Min-Max Dağılımları.....</b>	48
<b>Tablo 30: IX. Hemşirelik Tanısı (Bilgi Eksikliği) Kendal Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi.....</b>	48
<b>Tablo 31: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların Yaşlarına Göre Dağılımı.....</b>	53
<b>Tablo 32: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların Tanılarına Göre Dağılım.....</b>	54
<b>Tablo 33: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların TPB Dışında Başka İnvaziv Girişim Yerine Göre Dağılımı.....</b>	55
<b>Tablo 34: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların TPB Sürelerine Göre Dağılımı...56</b>	
<b>Tablo 35: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların TPB Başlangıcındaki Vücut Ağırlığı Persantil Değerlerine Göre Dağılımı.....</b>	56
<b>Tablo 36: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların TPB’nin Kalori Miktarına Göre Dağılımı.....</b>	57
<b>Tablo 37: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların Annelerinin Yaşlarına Göre Dağılımı.....</b>	57
<b>Tablo 38: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların Annelerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....</b>	58
<b>Tablo 39: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların Komplikasyon Gelişme Durumuna Göre Dağılımı.....</b>	59
<b>Tablo 40: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların TPB Gün Ortalamasına Göre Dağılımı.....</b>	59

<b>Tablo 41: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocuklarda Komplikasyon Gelişme Durumunun, TPB Gün Ortalamasına Göre Dağılımı.....</b>	<b>60</b>
<b>Tablo 42: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocuklarda Komplikasyon Gelişme Durumunun, TPB Yoluna Göre Dağılımı.....</b>	<b>61</b>
<b>Tablo 43: I. Hemşirelik Tanısının ( Enfeksiyon Gelişme Olasılığı ) Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımları .....</b>	<b>62</b>
<b>Tablo 44: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların I. Hemşirelik Tanısındaki (Enfeksiyon Gelişme Olasılığı) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı... </b>	<b>63</b>
<b>Tablo 45: II. Hemşirelik Tanısının (Komplikasyon Gelişme Riski) Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımları.....</b>	<b>67</b>
<b>Tablo 46: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların II. Hemşirelik Tanısındaki (Komplikasyon Gelişme Riski ) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı.. </b>	<b>69</b>
<b>Tablo 47: III. Hemşirelik Tanısının ( Fiziksel Hareket Kısıtlılığı ) Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımları .....</b>	<b>74</b>
<b>Tablo 48: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların III. Hemşirelik Tanısındaki (Fiziksel Hareket Kısıtlılığı) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı .....</b>	<b>75</b>
<b>Tablo 49: IV. Hemşirelik Tanısının ( Kişisel/ Öz Bakımda Yetersizlik) Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımları .....</b>	<b>78</b>
<b>Tablo 50: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların IV. Hemşirelik Tanısındaki (Kişisel/ Öz Bakımda Yetersizlik) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı .....</b>	<b>78</b>
<b>Tablo 51: V. Hemşirelik Tanısının (Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı) Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımları .....</b>	<b>80</b>
<b>Tablo 52: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların V. Hemşirelik Tanısındaki (Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı .....</b>	<b>80</b>
<b>Tablo 53: VI. Hemşirelik Tanısının (Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik) Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımları.....</b>	<b>82</b>
<b>Tablo 54: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların VI. Hemşirelik Tanısındaki (Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı.....</b>	<b>83</b>
<b>Tablo 55: VII. Hemşirelik Tanısının (Bilgi Eksikliği) Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımları.....</b>	<b>86</b>

<b>Tablo 56: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların VII. Hemşirelik Tanısındaki (Bilgi Eksikliği) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı.....</b>	<b>87</b>
<b>Tablo 57: Çalışma Grubundaki Çocukların Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumları Toplam Puan Ortalamalarının, Ortalama ve Standart Sapmalarının Tüm Hemşirelik Tanılarına Göre Dağılımı.....</b>	<b>90</b>
<b>Tablo 58: Kontrol Grubundaki Çocukların Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumları Toplam Puan Ortalamalarının, Ortalama ve Standart Sapmalarının Tüm Hemşirelik Tanılarına Göre Dağılımı.....</b>	<b>91</b>
<b>Tablo 59: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumları Toplam Puan Ortalamalarının, Hemşirelik Tanılarına Göre Dağılımı.....</b>	<b>92</b>





## GRAFİKLER DİZİNİ

### Grafik No

### Sayfa No

**Grafik 1:** Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların I. Hemşirelik Tanısındaki (Enfeksiyon Gelişme Olasılığı) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı... 66

**Grafik 2:** Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların II. Hemşirelik Tanısındaki (Komplikasyon Gelişme Riski ) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı.. 73

**Grafik 3:** Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların III. Hemşirelik Tanısındaki (Fiziksel Hareket Kısıtlılığı) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı ..... 77

**Grafik 4:** Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların IV. Hemşirelik Tanısındaki (Kişisel/ Öz Bakımda Yetersizlik) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı ..... 79

**Grafik 5:** Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların V. Hemşirelik Tanısındaki (Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı ..... 81

**Grafik 6:** Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların VI. Hemşirelik Tanısındaki (Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı..... 85

**Grafik 7:** Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların VII. Hemşirelik Tanısındaki (Bilgi Eksikliği) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı..... 89

## ŞEKİLLER DİZİNİ

### Sekil No

### Sayfa No

Şekil 1. Hemşirelik Süreci Adımları .....	8
Şekil 2: Hemşirelik Uygulamasının Özelliklerinin Tanımı Hemşirelik Süreci ve Standart Hemşirelik Uygulamaları Arasındaki İlişki .....	9
Şekil 3: Araştırmanın Uygulama Adımları.....	50



# BÖLÜM I

## GİRİŞ

Hastaneye yatan çocukların yeterli beslenmesi iyileşmelerinde önemli bir faktördür. Ağızdan ya da nazogastrik tüple beslenme sağlanamadığında Total Parenteral Beslenme uygulanmaktadır ( 2,4,16,24,31 ).

Son 20 yıldır klinik uygulamaya giren Total Parenteral Beslenme (TPB), enteral beslenemeyen hastalarda malnütrisyonun önlenmesi, var olan malnütrisyonun düzeltilmesi, stres, yanık ve büyük cerrahi girişimler sırasında artan beslenme gereksinimlerinin karşılanmasında kullanılmaktadır. Böyle bir durumda TPB, enteral beslenemeyen bir hasta için yaşam kurtarıcı gerekli bir girişimdir ( 6,16,54 ).

Çağdaş teknolojik gelişmelerin paralelinde oldukça gelişen uygulama yöntemleri ve hastaların gereksinimine göre hazırlanan temel besin maddelerini içeren solüsyonların üretilmesi ile günümüzde TPB birçok merkezde rutin olarak uygulamaya girmiştir(23,45,54 ).

TPB uygulamalarında hemşire, hastanın beslenme durumunun tanınması, beslenme yetersizliğinin klinik bulgularının değerlendirilmesi, santral kateterin takılma, değiştirilme ve çıkarılma işlemlerine asiste olarak katılması, TPB solüsyonların hazırlanması ve solüsyonların uygulanmasından sorumludur. Hemşire uygulamanın her aşamasında gelişebilecek komplikasyonlara yönelik önlemler alma ve erken belirtileri tanıyıp, planlanan bakım ve tedavinin sürdürülmesinde ve hastanın sonuç kriterleri yönünden değerlendirilmesinde etkin rolü üstlenmelidir ( 6,10,17,20,23,37,45,54 ).

Değişen teknoloji ve ilerleyen tıbbi gelişmeler karşısında Hemşirelik hizmetlerinin standardize edilmesi, her hastalık için standart hemşirelik bakımının geliştirilmesi, bunların uygulamaya geçirilmesi ve bakımın kalitesinin değerlendirilmesi için yapılan işlemlerde kayıt tutulması kaçınılmaz olmuştur ( 65,74,75,88 ).

Standart; yapılaşta, anlayışta, ölçüde ve deneyište birlik ve beraberlik anlamına gelmektedir ( 25,74 ).

Günümüzde artık her alanda olduğu gibi sağlık alanında da, hemşirelik hizmetlerinde de standardizasyonun yeri açıkça ortadadır. Gelişmiş ülkelerde standartlarla çalışma günlük yaşamın bir parçası olmuşken, Türkiye’de önemi son yıllarda anlaşılmaya başlanmıştır. Sağlık sistemi içinde sürekli hizmet veren bir grup olan hemşirelerin verdikleri hizmetin kalitesini arttırmak için hizmet standardizasyonu yapılması şarttır ( 25,29,52,59,63,65 ).

Dünyada bir çok ülkede hemşireler ve bazı kurumlar hemşirelik bakım kalitesini yükseltmek amacıyla çalışmalar yapmaktadır. 1968 yılından beri Amerikan Hemşireler Cemiyeti (ANA: American Nurses Association ) hemşirelik uygulamaları üzerine standartlar geliştirmeye başlamışlardır (29). Bu yol ile hastanın aldığı hemşirelik bakımı kalitesinin saptanması ve hemşirelik pratiğine sistematik bir yaklaşım getirmesi sağlanmıştır ( 4 ).

Hemşirelik standartları ilk kez Amerikan Hemşireler Cemiyeti 1970'de, hemşirelik mesleğinin kendisini yenileme gereksinimine yanıt olarak geliştirilmiş, daha sonraki bakım standartları Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği ve Doğum- Kadın Hastalıkları ve Yenidoğan Hemşireleri Organizasyonu tarafından geliştirilmiştir ( 4 ).

1976 yılı başlarında MARN ( Manitoba Association Of Registered Nurses) yönetim kurulu standartlara ilişkin çalışmalarına başlamıştır. Bu komite çalışmalarında standartlar için çerçeve oluşturmuştur. Sonuçta hemşirelik uygulamaları bakım, eğitim, yönetim ve araştırma olmak üzere dört ana grup altında toplamıştır( 59,86 ).

1984 Eylül ayında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün Copenhag Ofisi'nde 32 ülkenin yıllık toplantısında 2000 yılında herkese sağlık hedefine ulaşmada hemşirelik mesleği de kapsama alınmıştır. 1972 yılında Norveç, kaliteli hemşirelik bakımı için gerekli olan standartları yazılı olarak belirlemiş ve hemşirelere yönelik uygun bakım planı için hedefler, gereksinime yönelik nitelikli hizmet ürünleri ve sağlık ekibi üyelerinin pratik olarak kullanacağı görünür çözüm yöntemleri geliştirmiştir ( 13,86 ).

10-13 Haziran 1986'da yine Belçika'nın başkenti Brüksel'de "Hemşirelikte Standart Geliştirme Toplantısı" düzenlenmiştir. Bu toplantıda "Tüm üye ülkelerin, sağlık sistemlerinde kaliteli hemşirelik bakımının yapılaştırılması, 1990'a kadar zorunludur" hedefi belirtilmiştir.

Ülkemizde ise ilk kez 1980 yılında Türk Hemşireler Derneği, hemşirelik standartlarını sistematik bir biçimde saptama, işlevlerini tanımlama ve mesleğe sahip çıkma çabası içine girmiştir ( 52,59 ).

Total Parenteral Beslenen hasta çocukların bakımında standartların geliştirilmesi, kaliteli hasta bakımı verilmesini, hemşirelik uygulamalarının iyileştirilmesini ve değerlendirilmesini ve hemşirelerin performansını değerlendirmek için objektif bir kriter sağlar (41,50,89 ).

Total Parenteral Beslenme gibi hemşirelik uygulamalarında; standart hemşirelik modellerinin uygulanması, bakımın kalitesine etkilerini belirlemeye yönelik araştırmaların düzenlenmesi ve klinik alanda rutin kullanıma konulması gereklidir.

## 1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Standart hemşirelik bakım modelinin, hemşirelik hizmetlerinin kalitesini arttırmada ve hasta bakımının güvence altına alınmasında önemli bir yeri vardır. Ülkemizde, hemşirelik hizmetlerinde standart hemşirelik bakımının kullanımı yaygın olmamakla birlikte, buna gereksinimin yadsınamayacağı ve son zamanlardaki standartlaşma çalışmalarına paralel uygulamada yerini alması önemli ve gereklidir.

Enteral beslenemeyen hasta çocukların sağlıklarını korumak, sürdürmek ve yaşamlarını devam ettirmek için yaşamı kurtarıcı bir girişim olarak TPB' ye gereksinimleri vardır. Bu amaca ulaşmak için uygulama sırasında hastanın yeterli düzeyde beslenmesini sağlamak ve yaşamını tehdit edici komplikasyonlardan korumak gerekir. Bu nedenle tüm hemşirelik uygulamalarında olduğu gibi, TPB uygulamalarında da uygun standart hemşirelik bakım kriterleri geliştirilerek bakım kalitesinin sağlanması ve uygulamaya geçirilerek bakımın güvence altına alınması, çağdaş hemşirelik felsefesine uygun optimal bakımın sürdürülmesi hemşirelerin önemli sorumluluklarından biridir. TPB uygulanan hasta çocuklarda beslenmenin tanınması, uygulama süresince izlenmesi ve değerlendirilmesi, komplikasyonların önlenmesi ve yönetiminde standart hemşirelik bakım kriterleri geliştirilmesi, kaliteli bir hemşirelik bakımı verilmesini sağlayacaktır. Bu doğrultuda planlanan araştırmanın amacı;

- Geliştirilen bakım kriterleri kapsamında, planlanmış standart hemşirelik bakımının komplikasyonları önlemeye yönelik etkisini incelemek.
- Sonuç merkezli Standart Hemşirelik Bakım Modeli kullanıldığında, bakımın kalitesinin yükselme durumunu belirlemektir.

## 1.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Hastaneye yatan çocukların yeterli beslenmesi iyileşmelerinde önemli bir faktördür. Ağızdan ya da nazogastrik tüple beslenme sağlanamadığında TPB uygulanmaktadır. Bu uygulama ile, organizmaları metabolik açıdan negatif dengede bulunan hastalarda yaşamın devamlılığı sağlanmaktadır. Doku onarımı, yara iyileşmesi, fistül kapanması( Sterkoral, Rekürrent trakeoözefageal fistüller ) gibi işlemler hızlanmış olur. Bu nedenle, son yıllarda parenteral beslenme hasta bakımında çok önemli yer tutan bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir ( 2,4,10,17,31,54 ).

Tıptaki değişiklikler ve ilerleyen teknolojik gelişmenin tıp alanına yansıtılması, bu gelişmeleri takip edip, yeniliklere ayak uyduran hekimlerin yanısıra hemşirelik uygulamalarının da standardize edilmesi, her hastalık için Hemşirelik bakım modellerinin geliştirilmesi, bunun hayata geçirilmesi ve bakımın kalitesinin değerlendirilmesi kaçınılmazdır.

Hemşirelik mesleğinin etkin bir biçimde uygulanabilmesi; hemşirelerin kaliteli bakımın ne olduğunu tanılaması, nasıl verileceğini belirlemesi ve bakımın standartlarını saptaması, uygulamaların sonucunu değerlendirebilmesi ve bunu yeterli derecede tüm ilgililere duyurması ile gerçekleşebilecektir ( 26,41,52,38,54).

Tüm hastaların olduğu gibi Total Parenteral Beslenen hasta çocukların ve ailesinin kaliteli ve standart bir hemşirelik bakımı almaya hakkı vardır.

## 1.3. GENEL BİLGİLER

### 1.3.1. STANDARTLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMINDAKİ YERİ VE ÖNEMİ

#### 1.3.1.1. Kaliteye Ulaşmada Standardizasyonun Önemi

Sağlık hizmetlerinde standartların geliştirilmesi toplumu korur ve ulaşılabilir en etkin bakım hizmetlerini almaya olanak sağlar, sonuçta bu uygulamalar hemşirelik sürecine yol gösterir.

Doğrudan insan ilişkileri içinde olan hemşirelikte bakım standartlarının geliştirilmesinde de temel amaç kaliteli bakım hizmetidir. Hemşirelik bakım standartlarının geliştirilmesinde; bakımı veren hemşirelerin doğrudan görev alması, standartların pratik ve gerçekçi olması gerekmektedir ve standardın kim için ve nerede uygulanacağı belirtilmelidir. Hemşirelik bakımı sonucu olarak bireyi/hastanın durumunda olması gereken gelişme, bu gelişmenin hangi düzeyde olması gerektiği sonuç standardı olarak belirlenmelidir (25,59,65,89).

Standartların geliştirilmesi profesyonel sorumluluğumuzun gösterilmesinin bir yoludur. Hemşirelik uygulama ve girişim alanlarının belirlenmesi ve standartların oluşturulması-saptanmasında profesyonellere yetki verilmesi gerekmektedir. Profesyonellikte ise standartlara gerek vardır.

Hemşirelik mesleği için geliştirilecek standartlar:

- 1- Hemşirelik uygulamalarının nerede olursa olsun ya da kim tarafından uygulanırsa uygulansın kalitesinin standardize ve daha nitelikli olmasını sağlar.
- 2- Yazılı formlarda olmayan, hemşireler için önemli olan araç-gereç ve binanın standart olmasını sağlar.
- 3- Hemşirelik bakımının hedeflerini belirleyerek profesyonel hemşireliğe açıklık getirir.
- 4- Standartlar hemşirelerin bilgilerini onaylama ve tepki verdirerek karşılaştırma yapılmasını sağlar, onların formüle edilmesine yardım eder.
- 5- Profesyonellik çerçevesinde değerlendirme kontrolü sağlar.
- 6- Spesifik hemşirelik uygulamaları için ölçüm ve değerlendirme getirir.
- 7- Yetkililer için gereksinimlerin listelenmesini sağlar.
- 8- Beceri, bilgi ve hemşirelik uygulamalarının kapsamını belirler.
- 9- Profesyonel olarak hemşireliğin kanıtlanmasını sağlar.

10- Profesyonel hemşireler tarafından hemşirelik uygulamalarının değerlendirilmesi için kriter sağlar ( 52,59,74 ).

Hemşirelik bakımının önceliklerini belirlemede ise anahtar komponent olarak Hemşirelik süreci, Donabedian ve Williamson modeli alınmıştır ( 7,59,86 ).

Hemşirelik süreci, hemşirelik girişimlerine bazı basamaklar yoluyla yardımcı olur.

Bunlar:

- 1- Hasta gereksinimleri doğrultusunda veri toplanması,
- 2- Bu bilgiler ışığında hemşirelik tanısı geliştirilmesi,
- 3- Uygun hemşirelik tanısından yola çıkarak hedeflere ulaşmada gerekli öncelikleri tanımlayarak bakım planı geliştirilmesi,
- 4- Hastanın katılımını ve sağlık durumunda da ilerlemeyi içeren hemşirelik uygulamalarının başlatılması,
- 5- Sonuç kriterlerine erişilip erişilmediğini gözden geçirip bakımın değerlendirilmesi yapılır ( 7,50,59 ).

### 1.3.1.2. Standartların Oluşturulması

Donabedian, 1966 yılında geliştirdiği modelinde 3 majör kriter saptamıştır(25,26,29,59,74,75):

#### **Yapı Kriteri ( Standardı ):**

Yapı standartları, bir kurumdaki gerçek bakımı vermek için destek sağlayan temeller üzerinde odaklaşır. Personelin sayısı, niteliği, bakım sisteminin tipi, doğrudan hasta bakım araçları, fizik çevre ve finansal, eğitimsel, klinik ve klinik dışı destek gibi bakıma temel oluşturan faktörlerden oluşur. Araç, gereç, personel gibi yetersiz olanaklar tatminkar olmayan hemşirelik bakımına neden olur.

#### **Süreç Kriteri ( Standardı ):**

Süreç hemşire tarafından verilen bakıma yöneliktir ve onun yeterlilik düzeyini tanımak ve değerlendirmektir. Süreç merkezli bakım planları, hemşire üzerinde odaklaşarak, hemşirenin hastası için ne yapacağını tanımlar.



### **Sonuç Kriteri ( Standardı ):**

Hastaya ne olduğunun ölçülmesidir. Yani verilen bakımla sağlık seviyesindeki değişikliktir. Sonuç merkezli bakım planları ise, bakımı alan birey üzerinde odaklaşır. Birey sonuçlara ulaştığında, bakım sonuçlanır.

Williamson'un daha ilerlemiş olan bakım modeli ise; tanı sonuçları, terapötik sonuç ve eğitim sonucunu içeren değerlendirmeyi kapsamaktadır ( 59,86 ).

Hemşirelik süreci, hemşirelik girişimlerine yardımcı olmaktadır. ANA'nın 1973'de oluşturduğu Hemşirelik uygulamaları standartları, aşağıdaki Hemşirelik Süreci Adımlarını (Şekil 1 ) içermektedir:

**1-Veri Toplama:** Veri toplamanın amacı bireyin içinde bulunduğu duruma uygun bir hemşirelik tanısı koyabilmektir. Veri toplama, tıbbi sağlık tanılması, bireyin fiziksel durumunun değerlendirilmesi ve tanı için gerekli test sonuçları doğrultusundadır ( 7 ).

**2-Hemşirelik Tanısı:** Hemşirelik tanıları, hemşirelerin bağımsız olarak uygun hemşirelik yaklaşımları ile önlemek, hafifletmek ya da çözümlenmek için yasal olarak ele almaya yetkili olduğu, birey, aile ya da grupların varolan ya da potansiyel sağlık problemleridir.

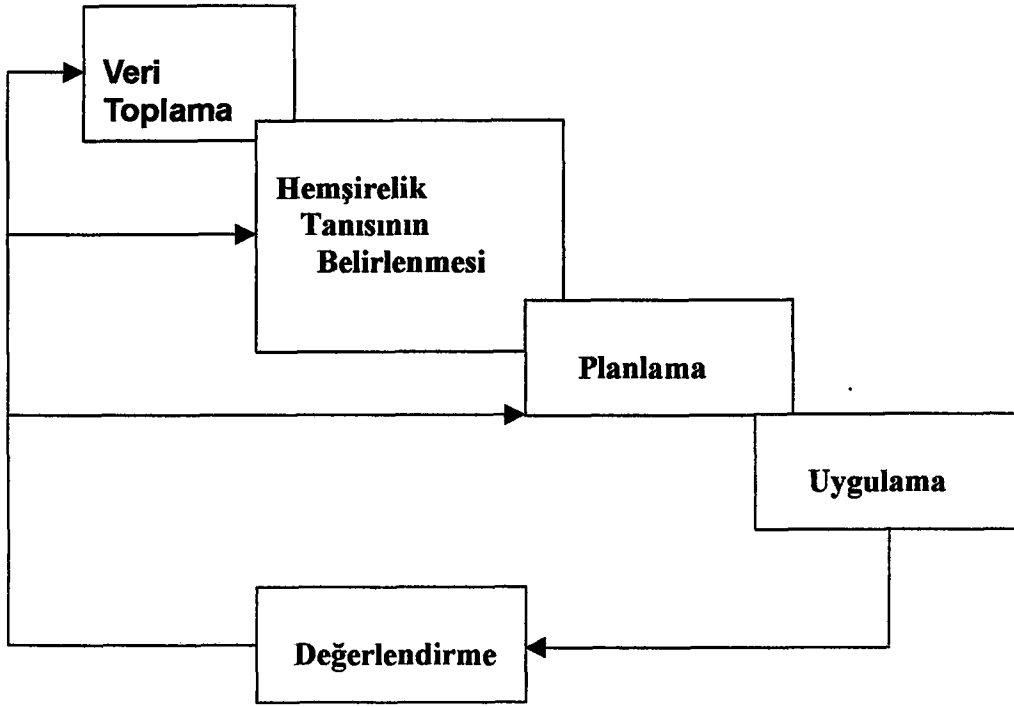
1982 yılında Kuzey Amerika Hemşirelik Tanılama Derneği ( North America Nursing Diagnosis Association-NANDA ) kurulmuştur. Uzun çalışmalar sonucunda 1990 yılında NANDA tarafından hemşirelerin klinik ortamda kullanabilecekleri 98, sonra 1998-1999 yılında 141 hemşirelik tanısı belirlenmiştir ( 7 ).

**3-Hedef Saptama:** Hedeflerin planlama girişimlerini yansıtmaları ve seçilen zaman çerçevesi için gerçekçi ve ulaşılabilir türden olması önem taşır.

**4-Hemşirelik Bakımının Planlanması:** Bu aşama bireysel, organize ve amaca yönelik olarak nasıl bir hemşirelik bakımı verileceğine karar verme zamanıdır.

**5-Uygulama:** Hemşirelik uygulamaları probleme neden olan etiyolojilerin azaltılması ya da çözümlenmesi amacıyla planlanır.

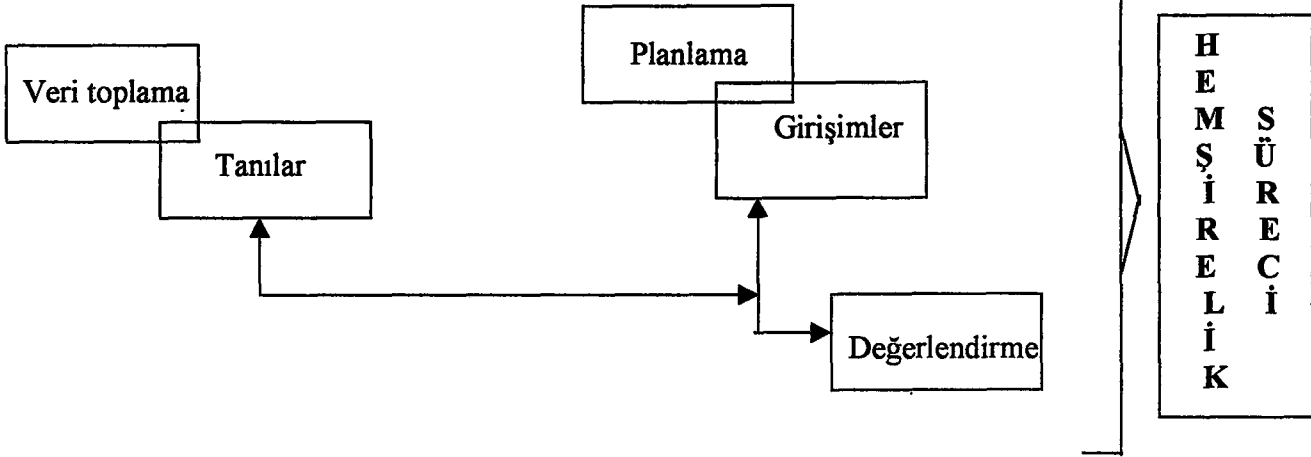
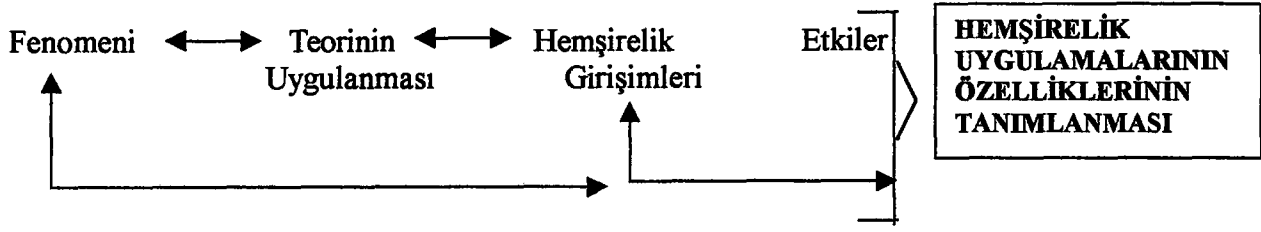
**6-Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi:** Bakımın değerlendirilmesi için sonuç kriterlerinin geliştirilmesi ve bu kritere ulaşıp ulaşılmadığının gözden geçirilmesi gerekir. Sonuç kriterinin hedefe ulaşıp ulaşılmadığına bir açıklık getirebilmesi için de standart içermesi gerekmektedir. Hedeflere ulaşılmadığı zaman ise "yeniden değerlendirme süreci" uygulanmalıdır ( 7,50,59).



**Şekil 1. Hemşirelik Süreci Adımları**

(Kaynak: Birol, L., Hemşirelik Süreci. 4. Baskı, Etki Matbaacılık, İzmir, 2000, 96).

Doğrudan insan ilişkileri içinde olan hemşirelikte hemşirelik bakım planı gerektiren her durumda standartların önemi yadsınamaz niteliktedir. Bakım ve uygulama standartlarının ( Şekil 2 ) geliştirilmesindeki temel amaç, bireye kaliteli bakım hizmeti sunmaktır. Buna göre tüm dünyada önemli bir sorun olan Total Parenteral Beslenen çocukların da istendik bakıma ulaşabilmesi için bu alanda çalışan hemşirelerin de standardize edilmiş bir bakımla çalışmaları birçok çalışma kolaylığı, ortak dil kullanımı ve kaliteli hasta bakımının verilmesinin sağlayacağı göz önüne alınmalıdır. Standartları uygulayacak hemşirelerin de eğitici, bakım verici, tedavi edici, araştırmacı, danışmanlık, liderlik, destekleyici, savunucu ve rehabilite edici rollerini yerine getirecek niteliklere sahip olmalıdır.



<b>I.</b> Hastanın sağlık durumu hakkında veri toplama işlemi sürekli dir. Veriler kolay elde edilebilir, ifade edilebilir ve kayıt edilebilir olmalıdır.	<b>II.</b> Hemşirelik tanıları hastanın sağlık durumu verilerinden alınmalıdır	<b>III.</b> Hemşirelik bakım planı, hemşirelik tanılarından belirlenen hedefleri içermelidir.	<b>IV.</b> Hemşirelik bakım planında hemşirelik tanısı ile yola çıkılarak hedeflere ulaşmada gerekli öncelikler ve tanımlanmış hemşirelik yaklaşımları kabul edilmelidir.
<b>V.</b> Hemşirelik uygulamaları hastanın katılımını ve sağlık durumunda ilerlemeyi içermelidir.	<b>VI.</b> Hemşirelik uygulamaları hastanın maksimum sağlık kapasitesine ulaşmasında yardımcı olmalıdır.	<b>VII.</b> Hastanın sağlık durumundaki ilerlemenin hedeflenen düzeyde olmaması hasta ve hemşire tarafından belirlenir.	<b>VIII.</b> Hastada hedeflenen iyileşmenin sağlanamaması hemşirelik bakım planının gözden geçirilmesiyle olur.

**H E M Ş İ R E L İ K S T A N D A R T U Y G U L A M A S I N I N**

**Şekil 2: Hemşirelik Uygulamasının Özelliklerinin Tanımı:**

**Hemşirelik Süreci ve Standart Hemşirelik Uygulamaları Arasındaki İlişki**

(Kaynak: Birol, L., Hemşirelik Süreci. 4. Baskı, Etki Matbaacılık, İzmir, 2000, 96).

## **1.3.2. ÇOCUK HASTALARDA TOTAL PARENTERAL BESLENME İLE İLGİLİ KURAMSAL BİLGİLER**

### **1.3.2.1. Total Parenteral Beslenme**

Gastrointestinal sistem yoluyla kişisel besin gereksinimlerini karşılayamayan hastaların, normal kan içeriğini ve beslenmesini düzelterek devam ettirmek; doğrudan kana Dextroz, Aminoasit, Lipid, Vitamin, Mineral ve Elektrolit içeren solüsyonları santral veya periferik venöz yol ile verilen bir beslenme tekniğidir (2,4,10,16,47).

İlk kez 1944'de Helfrick ve Abelson'un konjenital megakolonlu bir bebekte uyguladıkları TPB, 1968'lerde Dudrick ve arkd. deneysel ve klinik çalışmalarından beri çocukluk yaş grubunda da yaşam kurtarıcı bir sağaltım yöntemi olarak kullanılmaktadır. Dudrick, Hipertonik glikoz ve aminoasit solüsyonlarını santral yolla vererek uzun süre etkili biçimde kilo almayı sağlamış ve TPB fikrinin doğmasını sağlamıştır ( 2,4,10,17,20,38,54 ).

### **1.3.2.2. Çocuklar ve Yetişkinler Arasındaki Total Parenteral Beslenme Farkı**

Çocuklarda uygulanan parenteral beslenme, yetişkinlerde uygulananlardan iki önemli farklılık taşımaktadır. Bunlardan birisi yaş faktörü, diğeri ise büyümedir. Özellikle yenidoğan dönemi ve erken çocukluk çağında, protein ve diğer maddelere olan gereksinimler üzerinde yaşın çok önemli rolü vardır. Diğer taraftan çocuklar hem normal vücut faaliyetlerini sürdürecektir, hem de büyümelerini sağlayacak şekilde beslenmelidirler. Bu nedenle standart beslenme şemaları çocuklarda nadiren uygulanır. Sıklıkla başvurulan yöntem ise çocuğun kişisel gereksinimlerine göre beslenme rejimi planlanmasıdır. Bu işlem yapılırken çocuğun normal gereksinimi, önceki gıda açığı, yetmezlikler, klinik durum, anormal kayıplar ve almakta olduğu tedavi göz önüne alınır. Adölesanlardaki beslenme rejimi ise erişkinlere benzer özellikler taşımaktadır ( 2,,10,16,17 ).

### 1.3.2.3. Total Parenteral Beslenme Endikasyonları

Parenteral beslenme gereğinde hayat kurtarıcı bir uygulama olmasına karşın bilinen metabolik, mekanik ve enfeksiyöz komplikasyonları nedeni ile kime uygulanacağı konusunda titiz davranılması gereken bir tedavi şeklidir. Parenteral beslenme uygulanacak hastalar titizlikle seçilmeli, endikasyon dikkatle gözden geçirilmelidir.

Çocukluk yaş grubunda tam açlık halinde beklenen yaşam süresi erişkin yaş grubuna göre daha kısadır. Sağlıklı bir yetişkinin tam açlık halinde beklenen yaşam süresi üç ay iken bir yaşında sağlıklı bir çocuk tam açlığa 44 gün, sağlıklı bir aylık bebek 30 gün, vücut ağırlığı 2 kg civarında bir prematüre 12 gün dayanabilir. Enteral yoldan beslenemeyen bir hastayı doğabilecek olumsuzluklardan korumak için kısa sürede parenteral yoldan beslemeye geçilmelidir. Nutrisyonel depoları kısıtlı olan, oral yoldan 7-10 günden uzun süre beslenemeyen kişiler parenteral beslenme için adaydır. Parenteral beslenme bazı hastalıklar için destekleyici tedavi, bazıları için primer tedavidir( 16 ).

Total Parenteral Beslenme endikasyonları şunlardır:(2,4,6,10,16,54,48)

#### Gastrointestinal Sistemin Cerrahi Hastalıkları:

- ◆ Gastroşisis
- ◆ Omfalosel
- ◆ Trakeo Özefageal Fistül( TÖF)
- ◆ İntestinal atreziler
- ◆ Mekonyum ileusu
- ◆ Malrotasyon
- ◆ Ecstra Cooperal Membrane Oksijenasyon (ECMO)
- ◆ Volvulus
- ◆ Diafragmatik herni
- ◆ Hirschsprungs's enterokoliti

#### Düşük Doğum Ağırlıklı Bebekler:

- ◆ Respiratuvar Distres Sendromlu bebekler
- ◆ Asfiktik bebekler

#### Sütçocuğu veya bebeklerin durdurulamayan diyaresi

#### İnflamatuar barsak hastalıkları

#### Kronik idiyopatik intestinal pseudoobstrüksyon sendromu

#### Kısa barsak sendromu

### **Gastrointestinal sistemin akut, ağır hastalıkları:**

- ◆ Pankreatit
- ◆ Pseudomembranöz kolit
- ◆ Nekrotizan Enterocolit (NEC)

### **Ağır malabsorbsiyon durumları**

#### **Hipermetabolik durumlar:**

- ◆ Yanıklar
- ◆ Majör travma
- ◆ Sepsis

### **Renal, hepatik yetmezlikler**

### **Kemik iliği ve organ transplantasyonları**

### **Konjenital kalp hastalığı**

#### **Malign Hastalıklar:**

- ◆ Abdominal radyasyona bağlı enterit
- ◆ İntestinal disfonksiyon
- ◆ Kusma yapan kemoterapiler esnasında

#### **Özel durumlar:**

- ◆ Anoreksia nevroza
- ◆ Kistik fibrozis
- ◆ Şilotoraks
- ◆ Şiloasit

### **1.3.2.4. Total Parenteral Beslenme'de Nütrisyonel Değerlendirme**

Hastaların parenteral destek öncesi nütrisyonel değerlendirilmesi gerekir. TPB öncesi hastalar, **orta kol çevresi ve orta kol çevresinin baş çevresine oranı** ile değerlendirilir.

Total vücut ağırlığının %50'si Subkutanöz dokuda yer almaktadır. **Triseps deri kalınlığının ölçümü** bu açıdan yol göstericidir. Ayrıca, vücut total protein havuzunun %60'ı iskelet kaslarında depolanması nedeniyle orta kol çevresi, triseps deri kalınlığı kullanılarak hesaplanan **orta kol kas çevresi** ve orta kol alanı protein havuzu hakkında genel bilgi verir (2,10,16).

Visseral proteinlerin değerlendirilmesinde **albümin, transferrin, prealbumin ölçümleri** kullanılmaktadır. Albümin dolaşımdaki proteinlerin %40'nı oluşturmaktadır.

### Albümin düzeyi:

- 3,5-2,8 gr/dl arasında ise hafif
- 2,7-2,2 gr/dl arasında ise orta
- 2,2 gr/dl altında ise ağır protein eksikliği var demektir ( 2,10).

**Total lenfosit sayısı** pek çok faktörden etkilenmesine karşın nütrisyonel değerlendirmede anlamlı bir kriter kabul edilmektedir ( 2,10 ).

TPB'de Nütrisyonel değerlendirme kriterleri dikkate alınarak TPB, her gün kilo ölçümü, haftalık boy ve aylık baş çevresi ölçümleri, 4 saatte bir yaşam belirtileri izlemi, aldığı-çıkarıldığı sıvıların dikkatli izlemi ile sürdürülmektedir (2,4,6,10,16,48,54).

### **1.3.2.5. Total Parenteral Beslenme Komponentleri ve Gereksinimler**

TPB ile; sıvılar, karbonhidratlar, protein, yağ, elektrolitler, mineraller, vitaminler ve eser elementlerden oluşan besinsel öğeler yönelik gereksinimler karşılanmaktadır (2,4,6,10,16,48,54).

### **☞ Sıvı Gereksinimi:**

Sıvı, organizma için oksijenden sonraki esansiyel elementtir. Sağlıklı bir hidrasyon verilen miktar, kayıplar dikkatli ölçülerek ve günlük ağırlık izlenmeleri ile sağlanır.

Sıvı gereksinimi ilk 10 kg'da 100 ml/kg, ikinci 10 kg'da 1000 ml + ikinci 10 kg için 50 ml/kg, 20 kg üstünde ise 1500 ml + 20 kg üstü her kilo için 20 ml'dir ( Tablo 1 ).

**Tablo 1: İdame Sıvı Gereksinimleri**

Vücut Ağırlığı ( kg )	Sıvı ( ml/kg/gün )
1-10 kg	100
11-20 kg	1000 + 50x(10 kg üstü her 1 kg için)
≥ 20 kg	1500 + 20x(20 kg üstü her 1 kg için)

( **Kaynak:** ..... Çocuklarda Sıvı Elektrolit Tedavisi. Çukurova Üniversitesi Çocuk Cerrahisi Notları, <http://lokman.Cu.Edu.Tr/Pedsurg/sivi-elekt.Htm> )

### ☞ Elektrolit ve Mineral Gereksinimi:

TPB uygulamasında, çocukların elektrolit ve mineral gereksinimi Tablo 2’de görülmektedir.

**Tablo 2: Günlük İntravenöz Elektrolit ve Mineral Gereksinimleri**

Elektrolit ve Mineraller	Preterm	Term	Çocuklar >1 yaş
Sodyum (Na) mEq/kg	2-3	2-4	2-3
Potasyum (K) mEq/kg	2-3	2-3	2-3
Klor(Cl) mEq/kg	2-3	2-4	2-3
Magnezyum (Mg) mEq/kg	0,35-0,6	0,25-0,5	0,2-0,5
Kalsiyum (Ca) mEq/kg	3,0-4,5	3-4	1-2
Fosfor (P) meç/kg	2,7-4,0	1,5-3,0	0,7-1,4

( Kaynak: Bilodeau JA, Poon C, Mascarenhas MR; Parenteral Nutrition and Care of Central Venous Lines. Clinical Pediatric Gastroenteroloji. Churchill Livingstone, 1998, 640. )

### ☞ Enerji Gereksinimi:

Çocukluk yaş grubunda yaşa ve var olan hastalığa göre enerji gereksinimi büyük değişiklikler göstermektedir ( Tablo 3 ). Parenteral beslenmede non-protein enerjinin %60’ı KH, %40’ı yağ kaynaklı olmalıdır. Özel durumlarda bu oranlar değişebilir. Örneğin, solunum yetmezliğinde yağ oranı gereksinimi %50-55’ çıkabilir( 2 ).

**Tablo 3: TPB’de Enerji Gereksinimi**

Yaş	Gereksinim (kcal/kg/gün)
Prematüre bebekler	190-110
Normal Yenidoğanlar	
◆ 0-6 ay	90-100
◆ 6-12 ay	80-100
Çocuklar	
◆ 1-7 yaş	75-90
◆ 7-12 yaş	60-75
◆ 12-18 yaş	30-60

( Kaynak: Aydoğdu S; Çocuk Hastalarda Parenteral Beslenme. Ege Pediatri Bülteni 4:1-2,1997, 31.)



Kalori gereksinimi 10 yaş üstü çocuklarda, erişkinlerde kullanılan Harris-Benedict formülüne göre hesaplanır (2).

Kalori ihtiyaçlarının saptanmasında en gerekli faktörler yaşa bağlı fiziksel aktivite ve hastalığın ciddiyetidir (4).

Sağlıklı ve doğru beslenmenin sağlanmasında bu artışların göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Nutrisyon desteğinde bir gram yeni doku oluşumu 5 kcal enerji gerektirir. Özetle ağırlığın 100 gr artması için kayıpların dışında, fazladan 500 kcal verilmelidir (2).

**Tablo 4: Enerji Gereksinimi Arttıran Durumlar**

Durumlar	Artış (%)
Yüksek ateş (37°C geçen her bir derece artışı)	%12
Kalp yetmezliği	%15 - %25
Büyük cerrahi girişimler	%20 - %30
Ağır sepsis	%40-50
Yanıklar	%100'e kadar
Küçük cerrahi girişimler	%10
Uzun kemik fraktürü	%15 - %30
Ventilatörde multipl travmalı hasta	%50 - %70
Uzun süre büyüme geriliği	%35 - %50

(Kaynak: Wise, B.V., Mc Kenna,C., Garvin, G., Harmon B.J.; Nursing Care of the Pediatric Surgical Patient. An Aspen Publication, Gaithersburg, Maryland, 2000, 36-56.)

Ağır malnütrisyonlu hastalarda, büyüme ve gelişmeyi sağlamak için enerji gereksinimi daha fazladır ( 54 ).

### ☞ **TPB'de Karbonhidrat Kullanımı:**

TPB'de non-protein kalorisinin ana kaynağı Dextoz'dur (D- glukoz ). Enteral glikoz ve diğer karbonhidratlar 4 kcal/gr enerji sağlarken, parenteral olanlar 3,4 kcal/gr enerji üretirler. Parenteral beslenme solüsyonunun osmolaritesine en önemli katkıyı Dextroz sağlamaktadır .

Dekstrozun konsantrasyonu %10'u aşarsa damarda flebit riski artar, periferik kateterin ömrü kısalmır. Periferik parenteral beslenmede Dextroz konsantrasyonunun %12,5'i aşmaması

önerilmektedir. Çünkü yüksek konsantrasyondaki Dextroz, periferal vende çok hızlı bir şekilde skleroz'a ve solüsyon infiltrasyonları da deride soyulmalara neden olmaktadır. Bu yüzden %12,5'den fazla konsantrasyondaki Dextroz solüsyonları sadece uygun yoldan kateter yerleştirilerek verilmelidir (2,10).

Dextroz infüzyon hızı karaciğerin glüköz üretim hızını aşmamalıdır. Yenidoğanlar için bu hız 5-12 mg/kg/dak, daha büyük çocuklar için 2-5 mg/kg/dak'dır. Bu şekilde uygun insülin yanıtı sağlanırken glikozüri ve ozmotik diürez engellenir.

Hiperosmolar koma ve intraventriküler kanamayı engellemek için; Dekstroz, yenidoğanlarda 5 gr/kg/gün dozda başlanır, serum kontrolleri ile 1-2 gr/kg/gün şeklinde arttırılır. Daha büyük çocuklarda 10 gr/kg/gün dozda başlayan Dextroz infüzyonları her 12-24 saatte 5gr/kg arttırılarak santral kateter ve normal glikoz toleransı varlığında 30 gr/kg/gün doza kadar çıkılabilir (2,16).

### ☞ TPB'de Yağ Kullanımı:

Intravenöz yağ, TPB'nin üç makronütrient içinde en yüksek kalori (9 kcal/gr) sağlayan ve ayrılmaz bir unsurdur. Bebek ve çocukların TPB'de yağ asla ihmal edilmemelidir. Büyüme-gelişme paterninin sürekliliği, santral sinir sisteminin gelişimi ve miyelinizasyonu için yağ verilmesi şarttır.

Lipidsiz TPB uygulanan çocuklarda esansiyel yağ asidi eksikliği, iki gün gibi kısa bir sürede ortaya çıkmaktadır. Sonuçta:

- ◆ Büyüme hızı düşmekte,
- ◆ Trombositopeni,
- ◆ Yara iyileşmesinde gecikme,
- ◆ Enfeksiyonlara eğilim,
- ◆ Deri ve saç gelişimi bozulmaktadır (2,6,16,54).

İntralipid infüzyonu için dozaj Tablo 5'de görülmektedir:

**Tablo 5: İntralipid Dozajı (gr/kg/gün)**

Doz	Pematür ve Matür Bebeklerde	1 Yaşından Büyük Bebeklerde	Çocuklarda
Başlangıç Dozu	1-2	1-2	1-2
Arttırma Dozu	0,5-1,0	1	1
Maksimum Doz	3-4	3-4	3

( Kaynak: Bilodeau JA, Poon C, Mascarenhas MR; Parenteral Nutrition and Care of Central Venous Lines. Clinical Pediatric Gastroenteroloji. Churchill Livingstone, 1998, 640. )

Lipid solüsyonları, yağların daha iyi klirensi için, 24 saat sürekli verilmelidir . Yağ solüsyonlarının ayrı verilmesi tercih edilir (2)

### ☞ TPB’de Protein Kullanımı:

Proteinden sağlanan enerji 4 kcal/gün olarak kabul edilmektedir. Vücut kitlesinin %45 dolayında kaybı ölüme yol açar ( 2,4,16 ).

Protein gereksinimleri hastanın yaşına( Tablo 6 ), gelişim durumuna ve temeldeki hastalığa göre büyük değişiklikler göstermektedir. Parenteral protein gereksinimi enteral olandan daha düşüktür ( 2,6).

**Tablo 6: İntravenöz Protein Gereksinimi**

Yaş	Protein (gr/kg/gün)
<b>Bebekler</b>	
◆ Prematüre bebekler	2,5-3,5
◆ Matür bebekler	
- 0-6 aylık	2,5-3,0
- 6-12 aylık	2,0-2,5
<b>Çocuklar</b>	
◆ 1-6 yaş	1-2
◆ 7-10 yaş	1-2
◆ 11-18 yaş	0,8-2,0

( **Kaynak:** Bilodeau JA, Poon C, Mascarenhas MR; Parenteral Nutrition and Care of Central Venous Lines. Clinical Pediatric Gastroenteroloji. Churchill Livingstone, 1998, 638. )

Ayrıca, protein enerji malnütrisyonu, protein kayıplı enteropati, stres ve protein gereksiniminin arttığı durumlarda verilen protein miktarı artırılmalıdır( 6 ).

### ☞ TPB’de Aminoasitler:

Aminoasitler, çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde ya da ciddi malnütrisyonlu bebeklerde 1 gr/kg/gün ile başlanır. Kwaşıorkorlu hastalarda İV aminoasit tedavi önerilmez, fakat ister oral, ister İV beslenmiş olsun bu hastalara tekrar iyileşme sürecine girinceye kadar 2 gr/kg/gün fazla aminoasit verilmemelidir. Bu tedavi süreci genelde 1-2 hafta sürer. Aminoasitlerin yüksek osmolaritesi olduğu için periferal venden verilen aminoasit solüsyonlarının konsantrasyonu %2’den yüksek olmalıdır ( 2,4, 10,16 ).

## ☞ Vitaminler ve Eser Elementler:

Bebekler erişkinlere göre, kilo başına daha fazla vitamin ve eser element gereksinimi gösterirler ( Tablo 7 ). Prematür bebeklerde, matür bebeklerde ve çocuklarda vitamin ihtiyacı fazla olduğu için Parenteral beslenme solüsyonlarına pediatrik multivitamin (MVI ) preparatları eklenmelidir. Bunlar genellikle yağda eriyen ( A, D, E, K ) ve suda eriyen ( B, C, Folik asit, Niasin, Pantotenik asit, Biotin ) vitaminlerin kombinasyonundan oluşan sabit dozlu preparatlardır ( 2,6 ).

10 yaşından büyük çocuklar için, erişkin MVI preparatlarına ek olarak K vit. eklenmelidir. Yine Pediatrik MVI preparatları, Erişkin MVI preparatlarına göre daha fazla D vit. içermektedir ( 2 ).

B vit. türevleri ve Askorbik asit ışıktan ve plastik gereçlerden etkilenirler. Bu yüzden, kayıpları azaltmak için vitaminler infüzyondan önce verilmelidir. Ülkemizde henüz “ MVI Pediatrik “ isimli preparatlar bulunmamaktadır. Renal yetmezlikli hastalarda A vitamininden kaçınılmalıdır (2).

**Tablo 7: Günlük Vitamin Gereksinimleri**

Vitaminler	Prematüre'ler (per kg )	Matür'ler ve 1 yaş< çocuklar
A vit (Retinol)	700-1,500 İ.Ü.	2,300 İ.Ü.
D vit.	40-160 İ.Ü.	400 İ.Ü.
E vit. (Tocopherol)	3,5 İ.Ü.	7 İ.Ü.
K vit.	15-25 mg.	80 mg.
Folate	56 µgr	140 µgr
Niasin	4,0-6,8 mg.	17 mg.
Riboflavin	0,15-0,2 mg.	1,4 mg.
Thiamine	0,2-0,35 mg.	1,2 mg.
B6 vit.	0,15-0,2 mg.	1 mg.
B12 vit.	0,3 µg	1 µg
Pantotenik asid	1-2 mg.	5 mg.
Biotin	8 µg	20 µg.
K vit.	0,3 mg.	0,2 mg.

( Kaynak: Bilodeau JA, Poon C, Mascarenhas MR; Parenteral Nutrition and Care of Central Venous Lines. Clinical Pediatric Gastroenteroloji. Churchill Livingstone, 1998, 640. )

TPB'de Eser elementler, spesifik metabolik etkinlikleri nedeni ile önemlidir. Çinko, bakır, flour, krom, manganez, selenyum özellikle verilmelidir ( Tablo 8 ). Silikon, nikel, arsenik, vanadium, stronsyum organizma için gerekli olmakla birlikte, spesifik fonksiyonları ve günlük gereksinimleri tam bilinmemektedir ( 6 ).

**Tablo 8: Eser Elementlerde Günlük İ.V. Gereksinimler**

Eser Element	Prematüre Bebekler	Matür Bebekler	1 yaşından < çocuklar
Çinko (µg/kg)			
- 3 aydan az hastalarda	150	250	50-200
- 3 aydan fazla hastalarda	150	100	50-200
Bakır (µg/kg)	20	20	20
Krom (µg/kg)	0,05-0,2	0,2	0,14-0,2
Manganez (µg/kg)	1-5	1-5	1-5
Selenyum (µg/kg)	2	2	2
Molibden (µg/kg)	0,2	0,25	0,25

(Kaynak: Bilodeau JA, Poon C, Mascarenhas MR; Parenteral Nutrition and Care of Central Venous Lines. Clinical Pediatric Gastroenteroloji. Churchill Livingstone, 1998, 640. )

Kolestazlı hastalarda bakır ve manganez, renal yetmezlikli hastalarda ise selenyum ve krom ilavelerinden kaçınılmalıdır ( 6).

3 ile 6 ay kadar Parenteral beslenen Adölesan hastalarda ise molibden ilavesi yapılmalıdır ( 2 ).

Uzun süre Parenteral beslenen bebeklerde eser element eksikliklerine rastlanmaktadır ( 2,16 ):

◆ **Bakır eksikliğine bağlı** → anoreksia, büyüme yetersizliği, bakır eksikliği anemisi, nötropeni, hipotoni ve osteoporoz.

◆ **Cinko eksikliğinde** → perineal ve perioral deri lezyonları, seboreik dermatit, ileus, büyüme yetersizliği, diyare, yara iyileşmesinde gecikme, enfeksiyonlara kolay yakalanma ve saç dökülmesi.

◆ **Selenyum eksikliğinde** → kardiyopati, kas ağrıları.

◆ **Krom eksikliğinde** → Diyabet benzeri tablo oluşur. Bu nedenle, infüzyon sıvısına eser elementler de katılmalıdır

### 1.3.2.6. Total Parenteral Beslenmede Kullanılan Solüsyonlar

Total Parenteral Beslenmede kullanılan solüsyonlar şunlardır ( 16,20 ):

#### ◆ Karbonhidrat Solüsyonları:

- % 5 Dextroz                      % 20 Dextroz
- % 10 Dextroz                    % 30 Dextroz

#### ◆ Yağ Emülsiyonları:

- % 10 Lipovenoes
- % 20 Lipovenoes

#### ◆ Aminoasit Solüsyonları:

- % 6 TrophAmine                % 8 HepatAmine
- % 3 ProcalAmine               % 10 FreAmine III
- % 6,9 TraumAmine            % % 5,4 NephAmine

#### ◆ Su, Elektrolit, Mineraller:

- % 0,9 NaCl

#### ◆ Vitaminler ve Eser Elementler

### 1.3.2.6. 1.3.2.7. Total Parenteral Beslenme Yolları

Total parenteral beslenme Periferik kan yoluyla veya Santral ven yoluyla yapılabilir ( 2,6,16,17,31,37,54 ).

#### *A- Periferik Parenteral Beslenme ( PPB ):*

PPB, genellikle normal beslenme durumu olan, kısa süreli yetersiz veya hiç yapılamayan enteral beslenmesi olan ve normal beslenme ve sıvı durumu olan hastalarda kullanılmaktadır ( 4,6,10,16,21,31,54).

İki haftadan daha az TPB'ye gereksinimi olan hastalarda kullanılır. Periferik venden %10-12,5 Dextroz, %2 Aminoasit, %10-20 Lipid içeren ve osmolaritesi 300-900 mOsm/L olan solüsyonlar kullanılmaktadır. Elektrolit ve vitamin konsantrasyonları santral beslenmeden farklı değildir (2,4,6,10,16,21,31,54).

Parenteral beslenmenin iki haftadan daha uzun sürdüğü durumlarda ve yeterli kalori vermek için %10 ile %12,5'den fazla Dextroze solüsyonlarının verildiği koşullarda Periferik yolu sürdürmek çok zordur (4,6,10,16,21,31,44,54).

Periferik beslenme sırasında, flebit gelişmesini azaltmak için TPB solüsyonuna 1Ü/ml. dozda Heparin eklenmelidir (2,16).

Periferik parenteral beslenme ile 160 -200 ml./kg./gün sıvı verilerek 64-80 kcal./kg. enerji sağlanır ( 2,10 ).

### ***B- Santral Parenteral Beslenme (SPB):***

Santral venlere yerleştirilen kateter aracılığı ile, uzun süre Parenteral beslenmeye gereksinimi olan, anormal beslenme durumu olan, gereksinimleri artmış olan veya yoğunlaştırılmış sıvılara gereksinim olan hastalarda kullanılan beslenme şeklidir Santral kateter kullanımı ile hastalara %25 Dextroze, %3,5 Aminoasit, %30 Lipid solüsyonu ve gereksinimlere göre elektrolit, vitamin, eser element içeren solüsyonlar verilebilir (4,6,10,16,21,31,44,54).

Santral ven yolu ile 800-1000 mOsm/L.'den daha yoğun solüsyonların verilmesi mümkündür. İki haftadan daha uzun süreli beslenmelerde tercih edilmelidir (2,4,6,10,20 ).

SPB kateterinden kan almak, kan vermek, CVP ölçmek, ilaç vermek yanlıştır. Bu kateter sadece hastanın beslenmesi için kullanılmalıdır (54,62,64).

### **1.3.2.8. Total Parenteral Beslenmenin Uygulama Basamakları**

TPB uygulamalarında hemşire, hastanın beslenmesini sağlamak ve bu uygulamaların her aşamasında hastanın güvenliğini sağlamak ve sürdürmekten sorumludur.

Hemşire, TPB uygulanacak bir hastanın bakımını güvenli bir biçimde sürdürebilmek için; TPB uygulamaları, endikasyonları, sınırlılıkları doğrultusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalı; hastanın beslenme durumunu tanıyabilmeli ve hastanın yanında yer alarak buna yönelik görüşlerini ekibe bildirmelidir.



TPB'nin uygulama basamakları aşağıdaki gibidir:

### 1. Solüsyonun Hazırlanması :

- ❑ Total miks solüsyonlar, Aminoasit, Human Albümin, Lipidler, +4°C' de buzdolabında saklanmalıdır.
- ❑ Uygulama öncesi Dr. İstemi, tedavi çizelgesi, solüsyonların son kullanma tarihi, partikül, renk değişikliği, imha edilme gerekliliğinin değerlendirilmesi yapılmalıdır.
- ❑ TPB solüsyonlarının filtre edilmiş havanın bulunduğu kapalı bir sistemde hazırlanması gereklidir. Böyle bir ortam sağlanamıyorsa, kliniğin en temiz bir yeri solüsyon hazırlığı için ayrılmalı ve hazırlık deneyimli hemşireler tarafından mutlaka aseptik koşullarda yapılmalıdır.
- ❑ Hazırlanan solüsyonlar soğuk verildiğinde oluşabilecek vazospazmı önlemek için bir saat oda ısısında bekletildikten sonra verilmelidir.
- ❑ Hazırlanan solüsyonların en geç iki saat içinde uygulamaya başlanarak, en uzun 24 saat içinde bitecek şekilde planlanmalıdır. Solüsyonlar 24 saatte bir hazırlanmalı ve kullanılana kadar buzdolabında saklanmalıdır.
- ❑ Solüsyon ismi, miktarı, ilave edilen ilaçlar ve planlanan infüzyon hızı, başlama tarihi sıvı izlem çizelgesine ve TPB torbasının üzerine kayıt edilmelidir (10,16,20,23,37,54,58,62).

### 2. Kateterin Uygulanması:

- ❑ Hastaya kateter uygulama öncesi, valsalva manevrası ve TPB hakkında bilgi verilmeli. Soru sorması için cesaretlendirilmelidir.
- ❑ Yaşam belirtileri izlenmeli, hidrasyon durumu, trombosit değeri kontrol edilmeli.
- ❑ Anestezik ve antiseptik allerjisi ve yumurta allerjisi olup olmadığı araştırılmalıdır.
- ❑ Malzemeler hazırlanmalı ve antiseptik el hijyeni uygulanmalıdır.
- ❑ Juguler ve Subklavian venlerde hastanın saçları bone ile toplanmalıdır.
- ❑ Deri kıllardan temizlenmeli ve kateter giriş alanı povidon-iyodin ile silinmelidir.
- ❑ Kübital bölge kullanılacağı zaman, Arterio- venöz fistül, flebit, deri lezyonu olmayan bölge seçilmelidir.
- ❑ Kübital kateter uygulamasında kol 45° ekstansiyonda ve altına yastık koyularak pozisyon verilmelidir.
- ❑ Juguler ve subklavian kateter uygulamasında, sırtüstü, başın hiperekstansiyona getirilmesi (Trendelenburg pozisyon) ve omuzların yastıkla desteklenmesi gerekir.



- Endotrakeal tüp ve trakeostomisi varsa işlemden önce aspire edilerek kontaminasyon önlenmelidir.
- Hemşire, kateterden kan gelip gelmediğini işlem sırasında kontrol etmelidir.
- Kateter yerleştirildikten sonra % 0,9 NaCl Damar Yolu Açık Kalacak Şekilde (DAKŞ ) 7 damla/dk. ( 21 ml./saat)' da infüzyona başlanmalıdır.
- Kateter naylon sütür ile tespit edildikten sonra steril pansumanla kapatılmalıdır.
- Kateter lokalizasyonunun doğruluğunu saptamak için Torax grafisi ( X- Ray) için hasta hazırlanmalıdır.
- Kateter uygulamasından sonra ilk 4 saat 30 dk.'da bir Yaşam belirtileri ve giriş yeri izlenmelidir ( hemoraji, hematoma ve diğer komplikasyon bulguları olup olmadığı ve kateter tipi, uzunluğu, genişliği, deri üzerindeki uzunluğu, bölgesi, X-Ray sonucu kayıt edilmelidir ).
- Kateter kübital bölgeye yerleştirildi ise kateterli kol çevresi ölçülmeli ve kaydedilmelidir (10,16,20,23,37,54,58,62).

### **3. Total Parenteral Beslenme Solüsyonunun Uygulanması:**

- Solüsyon, aminoasit + karbonhidrat ve yağ eliminasyonları olmak üzere iki ayrı setle verilmelidir ( iki ayrı tekniği ile ).
- Solüsyon 24 saat boyunca devamlı verilebilir. Genellikle yavaş, damla sayısı az olarak başlanır. Hasta tolere ederse, uygun damla sayısı ayarlanır. Örneğin: İlk 24 saatte 1 Lt., ikinci gün 12 saatte 1 Lt. verilebilir, üçüncü gün ise pek çok hasta 8 saatte 1 Lt' yi tolere edebilir.
- Solüsyonun verilmesi sırasında damla kontrollü setler, daha küçük çocuklarda ve bebeklerde ise mutlaka infüzyon pompası kullanılmalıdır ( 15,18 ).
- TPB'nin sonlandırılması gereken durumlarda; TPB, hiçbir zaman birden bire durdurulmamalıdır. Eğer ara vermek gerekirse, infüzyon yavaş yavaş azaltılmalıdır. Yüksek konsantrasyondaki Glikoz infüzyonunun aniden durdurulması Hipoglisemiye neden olur. TPB'nin aniden kesildiği takdirde, başlatmada her seferinde eşit oranda %10' luk Dextroz verilmelidir (2,4,6,10,17,20,23,31,37,58,62).

#### 4. Kateter Yerinin Bakımı ve Pansumanı:

- Kateter bakımında önce antiseptik el yıkama, malzeme hazırlığı, maske, temiz eldiven giyilerek pansuman çıkarılır. Steril eldiven giyilerek kateter giriş yeri merkezden dışa doğru 3 cm. %10'luk Povidone- iyodine ile temizlenir.
- Sütür sağlamlığı kontrol edilmeli, hiperemi, ağrı, hassasiyet, sızıntı, püylü akıntı yönünden izlenmeli.
- Kateterin deri üstündeki uzunluğu ölçülüp veya kateterin seviye numarasına bakılıp başlangıçtaki seviyeleri ile kontrol edilerek değerlendirilmeli.
- Steril gaz tampon ile yapılan pansumanlar 24 saatte bir; Op-side pansumanlar 7 günde bir, herhangi bir nedenle ıslandığında ve kirlendiğinde ise hemen değiştirilmelidir.
- TPB torbasından katetere kadar tüm İV set 24 saatte bir; otomatik damla sayıcılarının setleri, üçlü musluklar, ara bağlantılar ve damla sayıcılar ( dosi-flow ) üç günde bir defa değiştirilmeli ve kültür alınmalı.
- Kateterler özel formüle edilmiş silikondan üretildiği için hassas yapıdadır. Bunun için, keskin aletler, makas, dişli klemp kateter bakımında kullanılmamalıdır. Kateter keskin olmayan pens ile klemp edilmelidir.
- Kateter yerleştirilmesinde ve setlerin değiştirilmesinde kateter ucu 1 sn' den fazla kateter açık tutulmayarak, bu sırada hastanın nefes alması ( valsalva manevrası yaptırılarak ) engellenmeli, eğer hasta respiratörde ise ekspirasyon evresi kullanılarak hava embolisi engellenmeli.
- Klempli TPB kateterlerinde, klemp kapatıldıktan sonra setler ayrılmalı.
- Mobilizasyon öncesinde kateterin tıkanmasını önlemek için 3-5 cc Serum fizyolojik ile yıkanmalı.
- TPB uygulanan kateterden ilaç uygulaması, kan ve kan ürünlerinin uygulanması, venöz basınç ölçümü yapılmamalıdır. Zorunlu olarak ilaç uygulaması gereksinimi olduğunda, uygulama öncesi ve sonrası 3-5 cc Serum fizyolojik ile yıkanarak solüsyonlarla ilaçların uyumsuzluğu engellenmelidir.
- Bakım işlemi bittikten sonra kateter steril gazlı bez ile kapatılır, gazlı bez üzerinde kateter kıvrılarak emniyet düğümü atılır, flaster yapıştırılarak üzerine tarih ve saat yazılmalıdır (6,10,17,20,23,24,36,37,49,54,55,56,57,58,64).

##### **5. Total Parenteral Beslenme Uygulanan Hastanın İzlemi:**

- Aldığı- çıkardığı izlenir ve balansı saatlik, 6 saatlik, 12 saatlik, 24 saatlik olarak hastanın gereksinimine göre izlenmeli.
- Hastanın klinik durumu stabilse 4 saatte bir, gereksinime göre daha sık yaşam belirtileri izlenmeli.
- Riskli hastalarda, Santral Venöz Basınç ( SVB; 5- 12 cm H<sub>2</sub>O ) en az 6 saatte bir izlenmeli.
- Hastada 8 saatte bir glikozüri, aseton stik ile izlenmeli, gerektiğinde idrar dansite sonuçlarına bakılmalı, TPB' nin ilk 3 günde 2+ olması normal, 3+ ve 4+ Hiperglisemi olarak değerlendirilmeli.
- Hastaların stabil olan kan glikoz düzeyinde ani yükselme ( >160 mg/dl ) kateter sepsisi yönünden izlenerek dikkatli olunmalı.
- Hastaların günlük kilo kontrolleri yapılmalı. Günlük vücut ağırlığında 500 mg.' dan fazla, haftalık 450-900 mg. Fazla artış overhidrasyon yönünden değerlendirilip bildirilmeli, azalması ise dehidratasyon ve hastanın yeterli beslenemediği şeklinde değerlendirilerek bilgi verilmeli.
- Hastanın günlük ödem ve deri turgoru kontrol edilmeli.
- Günlük komplikasyon belirtileri izlenerek, tetkik sonuçları, laboratuvar bulguları ile birlikte değerlendirilmeli.
- Ordere göre ikili kan kültürü ( bakteri, fungus ), hastanın gereksinimine göre, Dr. tarafından kateter çıkarıldıktan sonra kateter uç kültürü alınmalı ve sonuçları izlenmeli.
- Hasta ve ailesinin ağızdan alamamaya bağlı kaygısı ile başedebilmesinde yardım edilmeli, gerekirse yardım alması için psikolog ile koordinasyon sağlanmalı (2,4,10,17,20,23,54,58).

##### **6. Total Parenteral Beslenme Uygulamasının Sonlandırılması ve Kateterin Çıkarılması:**

- TPB' nin sonlandırılmasında, TPB hiçbir zaman birdenbire durdurulmamalıdır. Eğer ara vermek gerekirse, infüzyon yavaş yavaş azaltılmalıdır. Yüksek konsantrasyondaki glikoz infüzyonunun aniden durdurulması Hipoglisemiye neden olur (2,23,24).
- Kateter çıkarılırken hastaya valsalva manevrası yaptırılmalı, Respiratörde ise ekspirasyon evresinde olması sağlanmalı.

- Aralıklarla çıkış yeri kanama yönünden izlenmeli ( kateterin çıkarılma tarihi, çıkarılma nedeni, alanın değerlendirilmesi, basınç uygulama süresi, hava girişini engelleyecek pansumanın kaydı, periferel sıvı ve miktarı, varsa komplikasyon bulguları kayıt edilmeli ).
- Kateter çıkarıldıktan sonra da hava ve pulmoner emboli bulguları yönünden ilk 4 saat boyunca 1 saatte bir yaşam bulguları izlenmeli.
- Hastanın durumuna yönelik tüm kayıtlar tarih, bulgu, ölçümler, nedenler ve öneriler ve uygulanan girişimleri kapsayacak şekilde tutulmalı.
- Hastaya sonraki işlem ve bakımı konusunda bilgi ve eğitim verilmeli(2,10,17,20,23,37,45,54,84).

### 1.3.2.9. Total Parenteral Beslenme Komplikasyonları

TPN komplikasyonlarını; mekanik komplikasyonlar, metabolik komplikasyonlar, enfeksiyöz komplikasyonlar ve psikolojik komplikasyonlar olarak 4 grupta toplamak olasıdır:

#### **Mekanik Komplikasyonlar:**

- ◆ Pnömotoraks
- ◆ Subklavian arter yaralanması
- ◆ Hava embolisi
- ◆ Kateter embolisi
- ◆ Venöz tromboz
- ◆ Hidrotorax
- ◆ Kateter ucunun malpozisyonu

#### **Metabolik Komplikasyonlar:**

- ◆ Hiperglisemi
- ◆ Hipoglisemi
- ◆ CO<sub>2</sub> retansiyonu
- ◆ Hipopotasemi
- ◆ Hiperosmolarite
- ◆ Protein metabolizması bozukluğu
- ◆ Asit-baz dengesizliği
- ◆ Yağ metabolizması bozuklukları
- ◆ Karaciğer fonksiyon bozukluğu
- ◆ Akciğer komplikasyonları
- ◆ Kardiyovasküler komplikasyonlar
- ◆ Su ve elektrolit bozuklukları
- ◆ Metabolik kemik hastalığı ( Osteomalazi, Osteopeni, Rikets, Kırıklar)

**Enfeksiyöz Komplikasyonlar:**

- ◆ Sistemik veya lokal enfeksiyonlar
- ◆ Kateter sepsisi (4,6,10,16,54 )

**Psikolojik Komplikasyonlar:**

- ◆ Deliryum
- ◆ Anksiyete
- ◆ Depresyondur ( 12,17,35 ).

**1.3.3. TOTAL PARENTERAL BESLENEN ÇOCUĞUN HEMŞİRELİK BAKIMI**

Bakım süreci başlatılmasından, bireyselleştirilmesinden, sürdürülmesinden ya da sonlandırılmasından yalnızca profesyonel hemşire sorumludur. Hemşirelik Bakım Süreci kullanmanın, hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesine olan katkıları ile ilgili literatüre bakıldığında;

**Richard;** bakımda standartlaşmanın profesyonel ve yasal anlamda önemi üzerinde durmuştur.

**Mathevs;** tanı merkezli yaklaşım yerine, hasta merkezli yaklaşımı önermiştir.

**Smith;** üç doğru üzerinde durmuştur: Doğru bilgi, Doğru yer ve Doğru yöntem.

**Kilpack ve Dobson- Brassard;** vardiyalar arası raporların düzenlenmesinde hemşirelik süreci ve problem merkezli kayıt formunun kullanımını tanımlamışlardır.

**Rich;** "iyi" bir bakım planının içeriğini; hasta problemlerinin tanımlanması, olabilir, gerçekçi hasta ve aile hedefleri ve hemşirelik girişimleri olarak tanımlamıştır.

**Fraher'e** göre bakım planının avantajları; hasta bakımında sürekliliği sağlaması, zaman kazandırması ve iletişimi kolaylaştırmasıdır. Önerdiği bakım planının basamaklarını; hemşirelik tanısı, hedefler, hedef zaman ve hemşirelik girişimleri oluşturmaktadır.

**Wandenbosch, Bestley, Jones ve Blake** standart bakım planları geliştirmişlerdir. NANDA'nın tanılarını esas alarak geliştirdikleri bakım formlarını üç aylık bir çalışma ile test etmişlerdir. Çalışma sonundaki anketlerde, araştırmaya katılan hemşirelerin %75'i standartlaşmanın, yazımda zaman kaybettirmediğini, hemşirelik tanılarının kullanımını sağladığını ve soruna yönelik sistemli çalışma getirdiğini belirtmişlerdir.

Literatürde de belirtildiği gibi yazılı bakım planları kullanımı , mesleğin profesyonelleşmesi ile yakından ilgilidir ( 7,65,88 ).

Günümüzde Hemşirelik bakım süreçleri; tanılama, hemşirelik tanısı, hedef, girişimler ve değerlendirme basamaklarından oluşmaktadır.

NANDA'nın 141 hemşirelik tanısı ele alınarak (Bırol 2000), Tucker ve ark. (1988), Jamieson ve ark. (1992), Critical Care/Trauma Center (CCTC), Victoria Hospital (1994), Çavuşoğlu (1996), Erdemir (Çev.)(1999) ve Kenney (2000)'in TPB'de hemşirelik bakım sürecine yönelik yayınları ve ilgili literatür taraması sonucu geliştirilen aşağıdaki hemşirelik tanılarının Total Parenteral Beslenen hasta çocuğun karşılaşılabileceği öngörülen ortak sorunlar olduğu belirtilmiştir (6,7,10,11,13,17,23,36,37,45,47,49,54,62,64,83).

1- Yaş, İ.V. kateter ve yüksek riskli çevreden dolayı **Enfeksiyon Gelişme Olasılığı**

2- Total Parenteral Beslenmeye bağlı **Komplikasyon Gelişme Riski**

3- Total Parenteral Beslenme nedeniyle **Fiziksel Hareket Kısıtlılığı**

4- Çocuğun gelişim dönemi, yatağa bağımlı olması ve aktivite yetersizliğine bağlı **Kişisel / Öz Bakımda Yetersizlik**

5- Oral olarak besin/sıvıları alamamaya bağlı **Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı**

6- Çocuğun sağlık düzenindeki değişikliğe ve ağızdan beslenememeye bağlı, **Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik**

7- Çocuk ve ailede TPB amacı, tedavi ile ilişkili komplikasyonlar ve/veya beklenen sonuçlar ile ilgili **Bilgi Eksikliğı**

TPB uygulamalarında Hemşire, hastanın beslenmesini sağlamak ve bu uygulamaların her aşamasında hastanın güvenliğini sağlamak ve sürdürmekten sorumludur.

Tedavinin başarılı sonuçlanması temelde çok iyi bir Hemşirelik bakımına dayanır ve Hemşirelik bakımı esas olarak gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine yöneliktir.

Hemşire, TPB uygulanacak bir hastanın bakımını güvenli bir biçimde sürdürebilmek için; TPB uygulamaları, endikasyonları, sınırlılıkları doğrultusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmalı; hastanın beslenme durumunu tanıyabilmeli ve hastanın yanında yer alarak buna yönelik görüşlerini ekibe bildirmelidir.

Hemşirelik sürecini kullanarak TPB uygulamalarının başlangıcında, uygulamanın her aşamasında, hemşirelik tanılması yapmalı; hasta ve ailesinin bireysel özelliklerini de göz önüne alarak uygulamaları güvenli bir şekilde yürütmeli; TPB' nin uygulamasında gelişebilecek komplikasyonları önleyici girişimlerde bulunmalı, 24 saat hastanın bakımından sorumlu sağlık ekibi üyesi olarak komplikasyon belirtilerini erken tanımalı ve acil girişimlerin yapılmasını sağlamaktan sorumludur.

## YAŞAM BULGULARININ İZLEMİ

**Solunum:** Küçük çocuklarda , çocuk sakin iken 1 dk. boyunca ve karın hareketleri gözlenerek sayılır. Büyük çocuklarda gözlem, solunum sayısı ve niteliğini etkileyebileceğinden, çocuğun ön kolu göğüsünün üstüne konarak nabız sayıyormuş gibi davranılır ve 1 dk. süresince sayılır.

**Tablo 9:** Çocuklarda Normal Solunum Sayısı

Yaş	Sayı/ dk.
Doğum	30-60
1 ay- 1 yaş	26-34
2 yaş	20-30
2-6 yaş	20-30
6-10 yaş	18-26
10-18 yaş	15-24

**Kalp Hızı:** Çocuk sakin iken, 1 dk. boyunca steteskop ile kalbin apeksinden dinlenir ve sayılır. Steteskop sol orta klavikular hatta 4. veya 5. interkostal aralığa yerleştirilir.



**Tablo 10: Çocuklarda Normal Nabız Sayısı**

Yaş Grubu	Alt ve Üst Sınırlar	Ortalama ( atım/ dk )		
Yenidoğan	70 – 170	120		
1-11 ay	80 – 160	120		
2 yaş	80 – 130	110		
4 yaş	80 – 120	100		
6 yaş	75 – 115	100		
8 yaş	70 – 110	90		
10 yaş	70 - 110	90		
	<b>KIZLAR</b>	<b>ERKEKLER</b>		
	<b>Alt ve Üst sınırlar</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Alt ve Üst Sınırlar</b>	<b>Ortalama</b>
12 yaş	70- 110	90	65-105	85
14 yaş	65- 105	85	60-100	80
16 yaş	60- 100	80	55-95	75
18 yaş	55- 95	75	50-90	70

**Kan Basıncı:** Üst kolun 2/3 kısmını kaplayacak kadar uygun genişlikte manşetle ölçülür.

**Tablo 11: Çocuğun Yaşına Uygun Manşet Genişliği**

Yaş	Santimetre ( cm. )
Doğum	2,5
1 ay- 4 yaş	4,0
5-10 yaş	9,0
10 yaş ve üstü	12,5
Çok şişmanlarda	14

**Tablo 12: Normal Kan Basıncı Değerleri**

Yaş	Sistolik ( mmHg )	Diastolik ( mmHg )
Doğum	40	-
1 ay	80	-
4 yaş	85	60
5 yaş	87	60
6 yaş	90	60
8 yaş	95	62
10 yaş	100	65
11 yaş	105	65
13 yaş	110	67
15-18 yaş	115	72



**Beden Sıcaklığı:** Termometrenin kırılması, rektal dokuda ve ağız mukozasında zedelenme ve enfeksiyon riski nedeniyle koltuk altından ölçülür. Koltuk altı nemli ise kurulanır. Termometrenin balonu koltuk altına yerleştirilir, 5-8 ( 10 ) dk. bekletilir, sonuç okunur. Normal beden sıcaklığı:Aksiller ısı ( Koltuk altı ): 36,5- 37,2 °C'dır(17,43,87).

### **Vücut Ağırlığı, Boy, Baş Çevresi:**

Ölçümün doğruluğunu sağlamak için çocuk her gün aynı saatte, aynı giysilerle ve aynı terazi/ baskül ile tartılır. Verilerin değerlendirilmesinde, Neyzi'nin ( 1989 ) Türk çocukları için geliştirdiği, 0-18 yaş Normal Türk Çocuklarında tartı , boy ve baş ölçümleri persantil değerleri kullanılmıştır (42).

## **HİJYEN UYGULAMALARI**

### **Cilt bakımı**

**Amaç:** Hastada deri bütünlüğünü korumak

### **Uygulama**

- Cilt temiz ve kuru tutulmalıdır.
- Her gün sabunlu ve duru su ile silme banyosu verilmelidir.
- Daha sonra cilt nemlendirilmelidir.
- Yatağa temas eden çıkıntılı bölgelerde basınç kaldırılarak kan dolaşımı sağlanmalıdır.
- Flasterin cilde temas eden bölgesi gözlenmelidir.
- Flaster çıkarılırken su ya da alkolle ıslatılmalıdır.
- Çarşaflar temiz ve gergin tutulmalıdır.
- Bası bölgelerinde dolaşımı hızlandırmak amacıyla masaj yapılmalıdır.
- Yara oluşmuşsa yaranın daima kuru ve temiz tutulması sağlanmalıdır ( Not. Kan akımı engellendiği için yara çevresine asla simit konulmamalıdır. )

### **Ağız Bakımı**

**Amaç:**

- Ağız mukozasında bütünlüğün ve nemliliğin sağlanması
- Ağızdaki ağrılı durumun azaltılması
- Uygun ağız hijyeninin sağlanması

### **Uygulama:**

- Ağız değerlendirilirken eller özenle yıkanır
- Ağız mukozasındaki lezyon oluşmasını önlemek için günde üç kez NaHCO<sub>3</sub> ile ağız bakımı yapılır
- Ağız temizliğinde alkollü ve limonlu ajanlar kullanılmamalı
- Dudaklara yumuşatıcı krem sürülmeli (17).

### **Damar Yolu Bakımı**

**Amaç:** Cilt bütünlüğünü korumak, damara giriş yerinde ve çevresinde enfeksiyon gelişmesini önlemek

### **Uygulama:**

- Sıvı verilmeden önce kateterin damar içinde olduğundan emin olunmalıdır.
- Sıvı volüm fazlalığı ya da eksikliğini önlemek için sıvının akış hızı monitörden kontrol edilmelidir.
- Hastanın yaşına uygun branül kullanılmalıdır.
- Damar yolu açılırken ikinci bir kişiden yardım tercih edilmelidir.
- Damar yolunun giriş yeri ödem, kızarıklık, hassasiyet ve sıcaklık yönünden her iki saatte bir kontrol edilmelidir.
- Uygun büyüklükte kol tahtasıyla damar yolu olan ekstremitte desteklenmelidir.
- Günlük olarak damar yoluna transparan pansuman yapılmalıdır, mümkün değilse steril bir tamponla kapatılmalıdır.
- Periferik damar yolu rutin olarak 3-5 günde bir değiştirilmelidir. Her yeni damar yolu açıldığında pansumanın üzerine tarih atılmalıdır ve Hemşire gözlem formuna kaydedilmelidir.
- İV setler günlük olarak değiştirilmelidir. Kan ve kan ürünleri transfüze edilmiş ise setler transfüzyondan hemen sonra değiştirilmelidir.
- İV sıvılar mutlaka 24 saatte bir değiştirilmelidir.

### **Sağ Arteriyel Kateter Bakımı**

#### **Amaç:**

- Kateterin çıkması, tıkanması ya da hava embolisine bağlı potansiyel yaralanma riskini engellemek
- Enfeksiyon gelişmesini engellemek

#### **Uygulama:**

- Son 24 saat içinde aldığı- çıkardığı sıvı izlenmelidir.
- Kanama takibi yapılmalıdır.
- Venöz trombus yönünden omuzda, boyunda ve kolda genellikle de kateterin olduğu bölgede ödem olup olmadığı kontrol edilmelidir.

- Kateterin giriş yeri kızarıklık, akıntı yönünden kontrol edilmelidir.
- Hasta ateş, taşikardi, takipne, hipotansiyon yönünden kontrol edilmelidir.
- Trombüsü önlemek amacıyla ordere göre Heparinle irrigasyon yapılmalıdır.

### **Bakım İçin Gerekli Malzemeler:**

- Temiz eldiven
- Kontamine gereçleri koymak için tepsi
- Steril eldiven ve havlu
- Hidrojen peroksit ve steril su ( H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> ve H<sub>2</sub>O )
- Steril böbrek küvet
- 3 adet Povidon- iyodinli tampon
- 3 adet pamuk tampon
- Povidon- iyodin ya da antibiyotikli pomad
- Steril gazlı bez
- 2 adet maske
- Transparan pansuman

### **İrrigasyon İçin Gerekli Olan Malzemeler:**

- Povidon- iyodin ve alkollü pamuk
- 10 cc.'lik enjektör
- 1 inch- 21-25 gauge iğne
- Heparin flaş ( genellikle 100 Ünite Heparin/ cc )

### **Uygulama:**

- Eller yıkanır, sonra klemp açılmalıdır.
- Heparin verilecek bölge önce Povidon- iyodin ile silinmeli daha sonra alkollü pamuk ile silinmeli ve kuruması için beklenmelidir.
- Uygun dozdaki Heparin enjekte edilmelidir.
- Kateterin birleşme yeri ve İV tüp 3 kez alkol 3 kez de Povidon- iyodin ile silinmeli ve kuruması için beklenmelidir. İğne sokulduktan sonra klemp kapatılmalı ve Heparin enjekte edilmelidir.
- Kanın geri dönüşünü engellemek için 0,5 cc. kadar infüzyon sıvısı damar yolundan verilmelidir.
- İV tüp bağlanır ve kateter klempe edilmelidir.
- Daha sonra kateter göğüse klempe edilmelidir.
- 8 saatte bir kateter bölgesi kontrol edilmelidir.
- Enjektör kapağı her 3-7 günde bir değiştirilmelidir.
- Her tedavi öncesi ve sonrası Serum Fizyolojik verilmelidir.
- Sıvı verilmeden önce ve sonrasında kateterin klemplenmesi unutulmamalıdır.
- 3-7 günde bir kültür yapılmalıdır ( Her hastanenin prosedürüne göre farklılıklar gösterebilir ).

- Pansuman her 24 – 48 saatte bir ve ıslandıkça değiştirilmelidir.
- Toksik bir etki varsa ordere göre antibiyotik başlanmalıdır(6,11,14,15,19,32,36,55,56,57,64).

### **Perine Bakımı**

**Amaç:** İdrar yolu enfeksiyonu gelişmesini önlemek

#### **Uygulama:**

- Günde iki kez sabunlu su / antiseptik solüsyon ( sonrasında mutlaka steril su ile silinir ) ile perine temizliği yapılmalıdır.
- İdrar torbası haftada bir kez değiştirilmelidir.
- Sondanın giriş yerine Betadin pomad sürülmelidir.

### **Anne- Babaya Destek Bakımı**

**Amaç:** Çocukta ve ailede anksiyeteyi en aza indirmek

#### **Uygulama:**

- Anksiyete kaynakları ve anksiyete düzeyi tanılanmalıdır.
- Hemşire, aileye uygun bir dille periferik veya santral kateterler, monitorizasyon ve elektrodlarla ilgili bilgi vermelidir.
- Anlaşılmayan bazı noktalarda yinelemek gereklidir.
- Kısmen de olsa aileyi çocuğun bakımına katmak için çaba gösterilmelidir.
- Anne- babaya duygularını ifade etmeleri için fırsat tanınmalıdır.
- Aileye kısmen de olsa çocuklarıyla zaman geçirme olanağı tanınmalıdır.
- Fazla ayrıntıya kaçmadan çocuklarıyla ilgili tutarlı bilgi verilmelidir.
- Aileye, total parenteral beslenmenin ne olduğu, neden gerekli olduğu ve önemi açıklanmalıdır.
- Ailenin varsa diğer çocuklarıyla bağlarını koparmamaları için destek olunmalıdır.
- Mümkünse destek gruplarına katılmaları için teşvik edilmelidir.
- Aile olumsuz duygu ve düşüncelerini dahi ifade etse, onları yargılamaktan kaçınılmalıdır (17).

#### 1.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

**H1:** Standart Hemşirelik bakım süreci kullanılarak bakımları yapılan Total Parenteral beslenen çocuklarda, komplikasyon gelişme oranı, bakımlarında Standart Hemşirelik Bakım Süreci kullanılmayan çocuklara göre daha düşüktür.

**H2:** Standart Hemşirelik Bakım Süreci kullanılarak bakımları yapılan Total Parenteral Beslenen çocukların sonuç kriterlerine ulaşma oranları, bakımlarında Standart Hemşirelik Bakım Süreci kullanılmayan çocuklardan daha yüksektir.

#### 1.5. SINIRLAMALAR

Araştırma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Cerrahisi ABD Yoğun Bakım Ünitesi'nde gerçekleştirilmiştir. Uygulama alanı seçilmesinin nedeni; hastanenin bir eğitim kuruluşu olması, tam teşekküllü donatılmış bir Çocuk Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesi'nin olması ve klinik ortamında çalışan hemşirelerin yoğun bakımdaki hastanın bakımı konusunda yeterli hizmet içi eğitim programlarına katılmış olmasından dolayı Standart hemşirelik modelinin daha iyi gözlenip uygulanabileceğinin düşünülmesidir.

Çalışma kapsamına Total Parenteral Beslenen 1 ile 18 yaşları arasındaki çocuklar alınmıştır. Hızlı büyüme ve gelişme dönemi olan 0-1 yaş arası bebekler, anne sütü alması, beslenme şekli ve besin gereksinimleri farklılığı nedeni ile ayrıca sonuç kriterlerini etkileyebileceği düşünülen mekanik ventilatör desteği alan çocuklar da araştırma kapsamına alınmamıştır.

Yüksek lisans tez süresinin bitmesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinin SSK'lı ve Yeşil kartlı hastaları kabul etmemesi nedeni ile, çalışma grubunda 30, kontrol grubunda 30 olmak üzere toplam 60 hasta çocuk olarak planlanan örneklem sayısına ulaşamayıp, çalışma ve kontrol grubuna 9'ar hasta çocuk alınarak, 18 hasta çocuk ile örneklem sınırlandırılmasına gidilmiştir.

## 1.6. TANIMLAR

**Kalite:** Sorun ortaya çıkmadan önce çözümler oluşturmak, hizmete üstünlük ve kusursuzluk getirmektir ( 59,54,89 ).

**Standart:** Yapılıştta, anlayışta, ölçüde ve deneyiştte birlik ve beraberlik anlamına gelmektedir. Bir başka tanımı ise; şu anki performansa göre daha iyi performans elde edebilme başarısının talep edilmesi şeklindeedir ( 25,74,75 ).

**Uygulama Standardı:** Meslek üyeleri tarafından hastaya verilen bakım performansının daha uygun düzeye gelmesi için oluşturulan uygulamalardır ve hemşire üzerinde odaklaşır ( 25,74,75 ).

**Bakım Standardı:** Hastanın hemşireden bekleyebileceği en üst bakım düzeyini ve istenen sonuçları tanımlar. Hasta merkezlidir ( 25,74,75 ).

**Sonuç Kriterleri:** Hemşirelik bakımı alan bireyin davranış veya sağlık durumundaki ölçülebilir değişikliklerdir ( 59,74,75 ).

**Total Parenteral Beslenme:** Gastrointestinal sistem yoluyla kişisel besin gereksinimlerini karşılayamayan ve normal yada normalin üstünde besin gereksinimi olan hastalara, hipertonic dextroz, protein, yağ, su, elektrolit ve vitamin içeren solüsyonların besleyici amaçla, subklavian ya da internal juguler venden yerleştirilen bir kateter yolu ile vena kava superiora verilmesine Total Parenteral Beslenme denir ( 2,4,16,54).

**Periferal Parenteral Beslenme:** Stres, travma gibi artan katabolik durumlarda malnütrisyonun önlenmesinde kısa süreli ve enteral beslenmeyi desteklemek amacı ile osmolaritesi 800 mOsm/L'den daha az olan ve ancak enerji gereksiniminin %70'ni sağlayan düşük kalorili proteinli rejimlerin periferal venden verilmesine Periferal Parenteral Beslenme denir ( 2,6,16,17)

**Santral Parenteral Beslenme:** İki haftadan daha uzun süre parenteral beslenme gereksinimi olan hastalara, kalori ve nitrojenden zengin, osmolaritesi 800mOsm/L'den daha yüksek konsantrasyondaki solüsyonların, santral venlere yerleştirilen kateterlerin yardımıyla verilmesi işleme Santral Parenteral Beslenme denir (6,16,17,54)

## BÖLÜM II

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, Total Parenteral Beslenen hasta çocuklara verilecek standart hemşirelik bakım modelinin bakım kalitesine olan etkisini incelemek amacı ile planlanan deneysel bir araştırmadır. Deneysel desenlerden, “karşılaştırmalı eşitlenmemiş grup son-test modeli” kullanılmıştır ( 39 ).

#### 2.2. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesinde yürütülmüştür. 853 Cerrahi bilimler, 915 Dahili bilimler olmak üzere 1768 yatak kapasitesi ile çalışan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinin Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalında Servis, Yoğun Bakım, Yenidoğan ve Yanık Üniteleri bulunmaktadır. Servis 44, Yoğun Bakım Ünitesi 10, Yenidoğan Ünitesi 5, Yanık Ünitesi 10 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Yoğun Bakım ünitesinde çalışan hemşireler 12’si Lisans, 1’i Ön Lisans olmak üzere toplam 13 kişidir. Hemşireler hafta içi 08.00 – 16.00 ve 16.00 – 08.00 şeklinde, hafta sonu ise 08.20 – 20.00 ve 20.00 – 08.00 saatleri arasında çalışmaktadır. Yoğun Bakım Ünitesinde hafta içi gündüz-gece 1 hemşire, hafta sonu da gündüz-gece 1 hemşire görev yapmaktadır. Bu klinikte çalışan hemşireler Pediyatrik Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği kursu almışlardır. Denetim ve yönetim hizmetleri, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü tarafından yapılmaktadır.

#### 2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırma evrenini, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesinde araştırmanın yapıldığı sürede yatan 1–18 yaş grubu Total Parenteral Beslenen çocuklar oluşturmuştur.

## 2.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini, 15 Kasım 2000 – 25 Kasım 2001 tarihleri arasında Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesinde yatan ve Total Parenteral Beslenen hasta çocuklardan, çalışma ve kontrol gruplarına 9'ar çocuk olmak üzere toplam 18 hasta çocuk oluşturmuştur.

Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumlardan gerekli izin alınmıştır ( Ek 4 ).

Araştırma kapsamına giren hasta çocuklardan ilk 9 çocuk kontrol grubuna, bu çocukları izleyen 9 çocuk da çalışma grubuna alınmıştır. Araştırmanın güvenilirliğini sağlamak için, standart hemşirelik bakımı verilen çalışma grubu ile etkileşimi önlemek amacı ile önce kontrol grubunun verileri toplanmıştır.

Araştırma örnekleminin seçiminde “Olasılıksız Örnekleme Yöntemi” kullanılarak, amaca uygun ( Purposine ) örnekleme yaklaşımı ile örneklem oluşturulmuştur ( 76 ).

## 2.5. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırma verilerinin toplanmasında; görüşme, kayıt ve gözlem teknikleri kullanılmıştır.

Çalışmanın yapılacağı hastane, Anabilim Dalı ve Bilim Dalı yöneticilerinden yazılı onay alındıktan sonra, örneklem grubunu oluşturan çocukların verileri “ Total Parenteral Beslenme Uygulanan Hasta Çocuklara Yönelik Bilgi Formu” (EK1), “Standart Hemşirelik Bakım Formu “ (EK 2), “ Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeği “(EK 3)’de belirtilen formlar ile toplanmıştır.



### 2.5.1. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplama araçları olarak; “ Total Parenteral Beslenme Uygulanan Hasta Çocuklara Yönelik Bilgi Formu “, araştırmacı tarafından bakımı verilen çalışma grubu çocuklar için gözlem ve bakıma ilişkin “ Standart Hemşirelik Bakım Formu “ ve Total Parenteral Beslenen çocuğun bakımını değerlendirmeye yönelik olan “ Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeği “ kullanılmıştır.

**Veri Toplama Formu 1: Total Parenteral Beslenme Uygulanan Hasta Çocuklara Yönelik Bilgi Formu;** Araştırmanın örnekleme alınan Total Parenteral Beslenen hasta çocukların anket formunda; çocuk ile ilgili tanıtıcı bilgiler kapsamında; çocukların cinsiyeti, yaşı, tanısı, TPB'nin başladığı tarih, TPB' nin sonlandığı tarih,TPB süresi ( gün ), hastanın boyu, TPB'nin başlangıcındaki vücut ağırlığı, TPB sonu vücut ağırlığı, TPB' nin alındığı yol, kateterin yerleştirilme bölgesi, TPB'nin kalori miktarı/içeriği, TPB başlangıcındaki hidrasyon durumu, TPB başlangıcındaki ödem durumu, hastada başka invaziv girişim yeri olma durumu, TPB ile kullanılan ilaçlar, TPB süresince komplikasyon gelişme durumu, komplikasyon gelişti ise tipi ve çocukların anneleri ile ilgili olarak ta annenin; yaşı, eğitim durumu ve mesleği ile ilgili bilgileri içeren 21 soru yer almaktadır (EK 1).

**Veri Toplama Formu 2: Standart Hemşirelik Bakım Formu;** araştırmacı tarafından bakımı verilen, çalışma grubu hastalar için gözlem ve bakıma ilişkin takipleri kayıt etmek üzere hazırlanmıştır ( EK 2 ).

Standart hemşirelik bakım formları, Total Parenteral Beslenme bakımını içeren ilgili literatürden ve araştırmacının kişisel gözlemlerine dayanarak, TPB'nen çocuklarda var olabileceği düşünülen hasta sorunları ( Hemşirelik Tanıları ) saptanmıştır ve bu hastalarda görülebilecek ortak sorunlar olduğuna karar verilen 7 hemşirelik tanısına yer verilmiştir. Bu formda, her bir hemşirelik tanısı için hemşire tarafından uygulanabilecek girişimler, öncelik sırasına göre sıralanmıştır. Hemşirenin uzun açıklamalardan kaçınarak, zaman kazanması için bu bölümün, hemşirenin uygulayabileceği tüm girişimleri kapsamasına özen gösterilmiştir.

**Veri Toplama Formu 3: Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeği;** Total Parenteral Beslenme uygulanan hasta çocuklarda olabileceği düşünülen sorunların çözümlendiğini gösteren sonuç kriterleri ilgili literatürden yararlanılarak belirlenmiştir (2,4,6,16,17,20, 24,31,37,54) ( EK 3 ).

## 2.5.2. VERİ TOPLAMA ARACININ GEÇERLİLİĞİ VE GÜVENİRLİLİĞİ

Total Parenteral Beslenen hasta çocukların Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeğinde bulunan maddelerin ölçme amacına uygun olup olmadığı, ölçülmek istenen alanı temsil etme durumu “çoğul uzman görüşüne dayalı” “içerik (kapsam) geçerliliği” ile sınıanmıştır (5,39,72). Bunun için, hazırlanan ölçek; 6 Pediatri hemşireliği alanında uzman, 1 Hemşirelik esasları alanında uzman, 1 Cerrahi hemşireliği alanında uzman toplam 8 kişiye verilerek değerlendirmeleri istenmiştir. Uzmanların ölçekteki maddeleri uygun görüp, görmedikleri 5 dereceli (Likert ölçeği) ( çok uygun, oldukça uygun, orta derecede uygun, çok az uygun, hiç uygun değil ) sıralama yöntemi ile belirlenmiştir. Puan ortalaması 5’e yaklaştıkça “ uygun “, 3’ten uzaklaştıkça “ uygun değil “ seçeneğini göstermektedir. Bu değerlendirme sonucu bildirilen görüşler doğrultusunda hesaplanan madde puan ortalaması: I. Hemşirelik tanısı için 4.82, II. Hemşirelik tanısı 4.52, III. Hemşirelik tanısı için 4.76, IV. Hemşirelik tanısı için 4.71, V. Hemşirelik tanısı için 4.21, VI. Hemşirelik tanısı için 4.94, VII. Hemşirelik tanısı için 4.19, VIII. Hemşirelik tanısı için 4.74, IX. Hemşirelik tanısı için 3.86 olarak belirlenmiştir.

Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeğindeki her bir hemşirelik tanısının tüm sonuç kriterlerinin kapsamı ve tanıya uygun olma durumu “ içerik geçerliliği” ile sağlanmıştır.

Kendal uyuşum katsayısı (  $W$  , Kendall Coefficient of Concordance ) korelasyon testi uygulanarak ölçeğin içerik ( kapsam ) geçerliliği gerçekleştirilmiştir ( 5,66,72 ).

Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeğinin “ içerik geçerliliği” açısından uzmanlar tarafından yapılan değerlendirme sonucunda her hemşirelik tanısı için ortalama, standart sapma , min-max değerleri ve Kendal uyuşum katsayısı korelasyon testi değerleri aşağıdaki gibidir:

**Tablo 13: “Var Olan ya da Olası Sıvı-Elektrolit Dengesizliği ” Tanısının Ortalama, Standart Sapma, Min-Max Dağılımları**

I. Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterleri	N	Ortalama	Standart Sapma	Min	Max
1. Kriter	8	4.75	0.70	3.00	5.00
2. Kriter	8	5.00	0.00	5.00	5.00
3. Kriter	8	5.00	0.00	5.00	5.00
4. Kriter	8	4.62	0.74	3.00	5.00
5. Kriter	8	5.00	0.00	5.00	5.00
6. Kriter	8	5.00	0.00	5.00	5.00
7. Kriter	8	5.00	0.00	5.00	5.00
8. Kriter	8	4.75	0.70	3.00	5.00
9. Kriter	8	4.87	0.35	4.00	5.00
10. Kriter	8	4.75	0.70	3.00	5.00
11. Kriter	8	4.37	0.91	3.00	5.00
12. Kriter	8	4.62	0.74	3.00	5.00
13. Kriter	8	4.87	0.35	4.00	5.00

Kendal uyuşum katsayısı ( W, Kendall Coefficient of Concordance ) korelasyon testi uygulanarak 1.Hemşirelik Tanısının içerik geçerliliği incelenmiştir.

**Tablo 14: I. Hemşirelik Tanısı ( Var Olan ya da Olası Sıvı-Elektrolit Dengesizliği ) Kendal Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi**

N	W	X <sup>2</sup>	SD	p
8	0.1585	15.21	12	0.2297

Uzmanların “ Varolan ya da Olası Sıvı-Elektrolit Dengesizliği” Tanısı için verdikleri cevaplara göre Kendal W Uyuşum katsayısı açısından istatistiksel olarak uyuşum vardır ( W(12)=0.1585; p>0.05 ).

**Tablo 15: “Enfeksiyon Gelişme Olasılığı ” Tanısının Ortalama, Standart Sapma, Min-Max Dağılımları**

II. Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterleri	N	Ortalama	Standart Sapma	Min	Max
1. Kriter	8	4.62	1.06	2	5
2. Kriter	8	4.62	1.06	2	5
3. Kriter	8	4.87	0.35	4	5
4. Kriter	8	4.37	1.18	2	5
5. Kriter	8	4.12	1.45	1	5
6. Kriter	8	4.25	1.48	1	5
7. Kriter	8	4.25	1.48	1	5
8. Kriter	8	4.25	1.48	1	5
9. Kriter	8	4.25	1.48	1	5
10. Kriter	8	4.75	0.70	3	5
11. Kriter	8	5.00	0.00	5	5
12. Kriter	8	4.87	0.35	4	5

Kendal uyuşum katsayısı ( W, Kendall Coefficient of Concordance ) korelasyon testi uygulanarak 2.Hemşirelik Tanısının içerik geçerliliği incelenmiştir.

**Tablo 16: II. Hemşirelik Tanısı (Enfeksiyon Gelişme Olasılığı) Kendal Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi**

N	W	X <sup>2</sup>	SD	p
8	0.0989	8.70	11	0.6490

Uzmanların “Enfeksiyon Gelişme Olasılığı” Tanısı için verdikleri cevaplara göre Kendal W Uyuşum katsayısı açısından istatistiksel olarak uyuşum vardır (  $W(11)=0.0989$ ;  $p>0.05$  ).

**Tablo 17: “Komplikasyon Gelişme Olasılığı ” Tanısının Ortalama, Standart Sapma, Min-Max Dağılımları**

III. Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterleri	N	Ortalama	Standart Sapma	Min	Max
1. Kriter	8	5.00	0.00	5	5
2. Kriter	8	5.00	0.00	5	5
3. Kriter	8	4.75	0.70	3	5
4. Kriter	8	4.75	0.46	4	5
5. Kriter	8	4.75	0.46	4	5
6. Kriter	8	4.87	0.35	4	5
7. Kriter	8	4.87	0.35	4	5
8. Kriter	8	4.87	0.35	4	5
9. Kriter	8	4.50	1.06	2	5
10. Kriter	8	4.62	0.74	3	5
11. Kriter	8	4.87	0.35	4	5
12. Kriter	8	4.37	0.74	3	5
13. Kriter	8	4.87	0.35	4	5
14. Kriter	8	5.00	0.00	5	5
15. Kriter	8	5.00	0.00	5	5
16. Kriter	8	5.00	0.00	5	5
17. Kriter	8	4.50	1.06	2	5
18. Kriter	8	5.00	0.00	5	5
19. Kriter	8	4.75	0.70	3	5
20. Kriter	8	5.00	0.00	5	5

Kendal uyşum katsayısı ( W, Kendall Coefficient of Concordance ) korelasyon testi uygulanarak 3.Hemşirelik Tanısının içerik geçerliliği incelenmiştir.

**Tablo 18: III. Hemşirelik Tanısı (Komplikasyon Gelişme Olasılığı) Kendal Uyşum Katsayısı Korelasyon Testi**

N	W	X <sup>2</sup>	SD	p
8	0.2184	33.19	19	0.0228

Uzmanların “Komplikasyon Gelişme Olasılığı” Tanısı için verdikleri cevaplara göre Kendal W Uyşum katsayısı açısından istatistiksel olarak uyşum yoktur ( W(19)=0.2184; p<0.05 ).

**Tablo 19: “Fiziksel Hareket Kısıtlılığı ” Tanısının Ortalama, Standart Sapma, Min-Max Dağılımları**

<b>IV. Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterleri</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
1. Kriter	8	4.25	1.03	2	5
2. Kriter	8	4.37	1.06	2	5
3. Kriter	8	4.37	1.06	2	5
4. Kriter	8	4.25	1.38	2	5
5. Kriter	8	4.62	1.06	2	5

Kendal uyuşum katsayısı ( W, Kendall Coefficient of Concordance ) korelasyon testi uygulanarak 4.Hemşirelik Tanısının içerik geçerliliği incelenmiştir.

**Tablo 20: IV. Hemşirelik Tanısı (Fiziksel Hareket Kısıtlılığı) Kendal Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi**

<b>N</b>	<b>W</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>SD</b>	<b>P</b>
8	0.1142	3.65	4	0.4547

Uzmanların “Fiziksel Hareket Kısıtlılığı” Tanısı için verdikleri cevaplara göre Kendal W Uyuşum katsayısı açısından istatistiksel olarak uyuşum vardır (  $W(4)=0.1142$ ;  $p>0.05$  ).

**Tablo 21: “Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik” Tanısının Ortalama, Standart Sapma, Min-Max Dağılımları**

V. Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterleri	N	Ortalama	Standart Sapma	Min	Max
1. Kriter	8	4.50	1.06	2	5
2. Kriter	8	4.00	1.60	1	5
3. Kriter	8	4.12	1.12	2	5

Kendal uyuşum katsayısı ( W, Kendall Coefficient of Concordance ) korelasyon testi uygulanarak 5.Hemşirelik Tanısının içerik geçerliliği incelenmiştir.

**Tablo 22: V. Hemşirelik Tanısı (Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik) Kendal Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi**

N	W	X <sup>2</sup>	SD	P
8	0.1250	2.00	2	0.3679

Uzmanların “Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik” Tanısı için verdikleri cevaplara göre Kendal W Uyuşum katsayısı açısından istatistiksel olarak uyuşum vardır (  $W(2)=0.1250$ ;  $p>0.05$  ).

**Tablo 23: “Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı” Tanısının Ortalama, Standart Sapma, Min-Max Dağılımları**

VI. Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterleri	N	Ortalama	Standart Sapma	Min	Max
1. Kriter	8	4.87	0.35	4	5
2. Kriter	8	5.00	0.00	5	5

Kendal uyuşum katsayısı ( W, Kendall Coefficient of Concordance ) korelasyon testi uygulanarak 6.Hemşirelik Tanısının içerik geçerliliği incelenmiştir.

**Tablo 24: VI. Hemşirelik Tanısı (Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı) Kendal Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi**

N	W	X <sup>2</sup>	SD	P
8	0.1250	1.00	1	0.3173

Uzmanların “Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı” Tanısı için verdikleri cevaplara göre Kendal W Uyuşum katsayısı açısından istatistiksel olarak uyum vardır (  $W(1)=0.1250$ ;  $p>0.05$  ).

**Tablo 25: “Deri Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı” Tanısının Ortalama, Standart Sapma, Min-Max Dağılımları**

VII. Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterleri	N	Ortalama	Standart Sapma	Min	Max
1. Kriter	8	4.00	1.41	1	5
2. Kriter	8	4.25	1.38	1	5

Kendal uyum katsayısı ( W, Kendall Coefficient of Concordance ) korelasyon testi uygulanarak 7.Hemşirelik Tanısının içerik geçerliliği incelenmiştir.

**Tablo 26: VII. Hemşirelik Tanısı (Deri Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı) Kendal Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi**

N	W	X <sup>2</sup>	SD	P
8	0.1250	1.00	1	0.3173

Uzmanların “Deri Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı” Tanısı için verdikleri cevaplara göre Kendal W Uyuşum katsayısı açısından istatistiksel olarak uyum vardır (  $W(1)=0.1250$ ;  $p>0.05$  ).



**Tablo 27: “Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik” Tanısının Ortalama, Standart Sapma, Min-Max Dağılımları**

VIII. Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterleri	N	Ortalama	Standart Sapma	Min	Max
1. Kriter	8	4.00	1.41	1	5
2. Kriter	8	3.87	1.35	1	5
3. Kriter	8	5.00	0.00	5	5
4. Kriter	8	4.87	0.35	4	5
5. Kriter	8	4.87	0.35	4	5
6. Kriter	8	4.87	0.35	4	5
7. Kriter	8	4.87	0.35	4	5
8. Kriter	8	4.75	0.46	4	5
9. Kriter	8	4.87	0.35	4	5
10. Kriter	8	4.87	0.35	4	5
11. Kriter	8	5.00	0.00	5	5
12. Kriter	8	5.00	0.00	5	5
13. Kriter	8	5.00	0.00	5	5
14. Kriter	8	4.50	1.41	1	5

Kendal uyuşum katsayısı ( W, Kendall Coefficient of Concordance ) korelasyon testi uygulanarak 8.Hemşirelik Tanısının içerik geçerliliği incelenmiştir.

**Tablo 28: VIII. Hemşirelik Tanısı (Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik) Kendal Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi**

N	W	X <sup>2</sup>	SD	P
8	0.2971	30.89	13	0.0035

Uzmanların “Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik” Tanısı için verdikleri cevaplara göre Kendal W Uyuşum katsayısı açısından istatistiksel olarak uyuşum yoktur ( W(13)=0.2971; p<0.05 ).

**Tablo 29: “Bilgi Eksikliği” Tanısının Ortalama, Standart Sapma, Min-Max Dağılımları**

<b>IX. Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterleri</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
1. Kriter	8	3.87	1.80	1	5
2. Kriter	8	3.87	1.80	1	5

Kendal uyuşum katsayısı ( W, Kendall Coefficient of Concordance ) korelasyon testi uygulanarak 8.Hemşirelik Tanısının içerik geçerliliği incelenmiştir.

**Tablo 30: IX. Hemşirelik Tanısı (Bilgi Eksikliği) Kendal Uyuşum Katsayısı Korelasyon Testi**

<b>N</b>	<b>W</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>SD</b>	<b>P</b>
8	0.0000	0.00	1	1.0000

Uzmanların “Bilgi Eksikliği” Tanısı için verdikleri cevaplara göre Kendal W Uyuşum katsayısı açısından istatistiksel olarak uyuşum vardır (  $W(1)=0.0000$ ;  $p>0.05$  ).

Araştırmacı tarafından gözden kaçırılan ve tanıya uygun olmayan kriterler ile uzmanlar arasında görüş birliği ( uyuşum ) olmayan hemşirelik tanıları (“Komplikasyon Gelişme Olasılığı” ve “Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik” ) uzmanların önerileri doğrultusunda yeniden incelenerek, uygun olmayan kriterler çıkartılıp, gerekli eklemeler yapılmıştır. Uzmanların görüşleri doğrultusunda ayrıca, Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeğinde yer alan tanılardan “ Varolan ya da Olası Sıvı-Elektrolit Dengesizliği “ ile “ Deri Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı”, “ Komplikasyon Gelişme Olasılığı” tanısı ile birleştirilmiş ve hemşirelik tanıları 7’ye düşmüştür.

Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeğinde yer alan hemşirelik tanılarının sonuç kriterleri, bir test olarak bütünlük oluşturmamalarından dolayı hemşirelik tanılarının ( dolayısı ile sonuç kriterlerinin) birbirinden bağımsız ve farklı şeyleri ölçüyor olması, güvenilirlik ya da madde analizi yapılmasını engellemektedir.

Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeğinde gerekli düzeltmeler yapıldıktan ve Çocuk Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde yatan, Total Parenteral Beslenen 5 hasta çocuğa ve annesine ön uygulama yapıldıktan sonra ölçeğin uygulanabilirlik yönünden değerlendirilmesi yapıp son şekli uzmanlara gösterilmiştir ve uygun olduğu doğrulanmıştır. İkinci kez Kendal W Uyuşum katsayısına bakılmasına gerek görülmemiştir.

### 2.5.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI

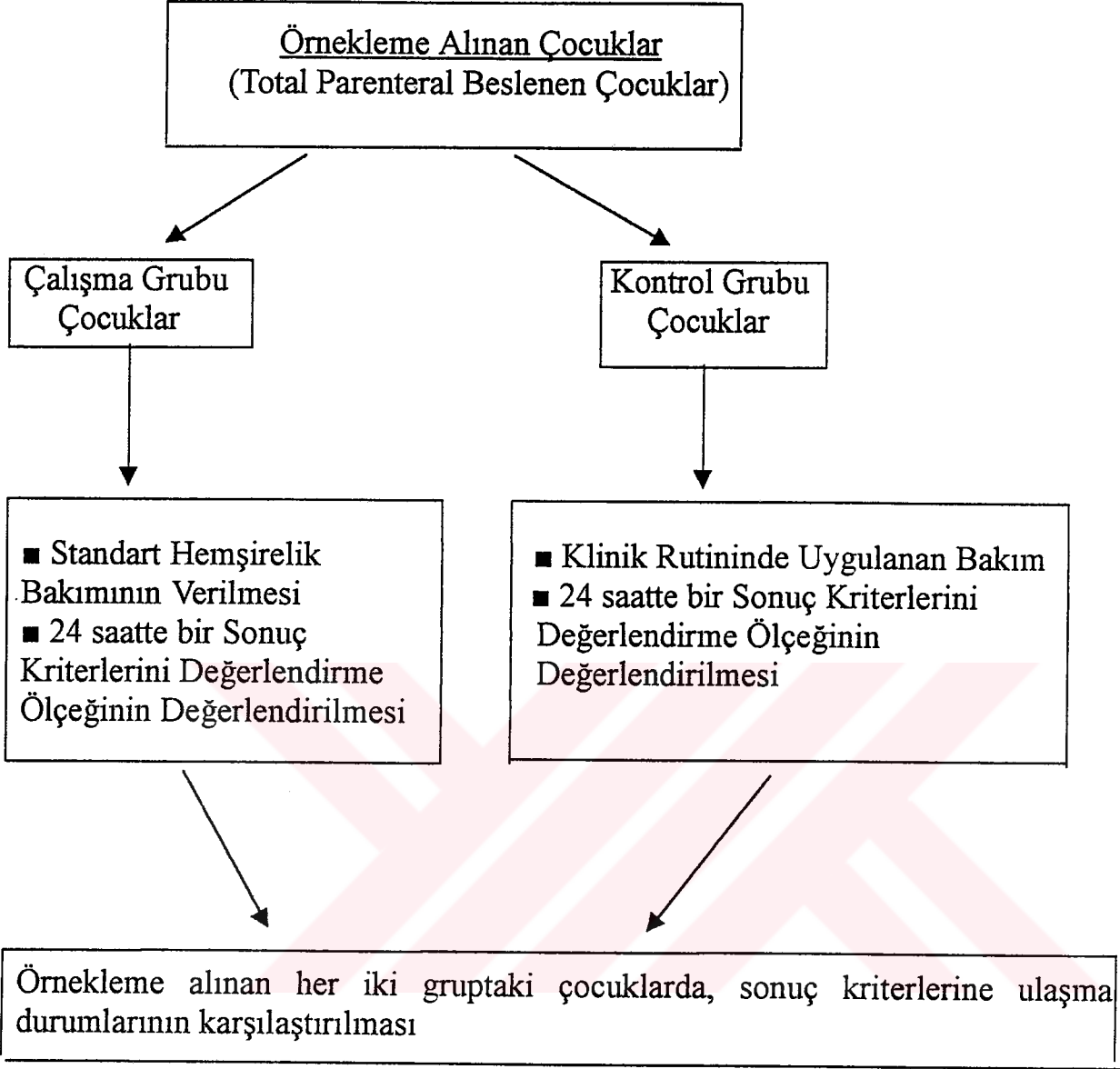
Veri toplama araçları, örneklem grubuna alınan çocuklar ve annelerine araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

**Veri Toplama Formu 1:** Araştırma süresince Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesine yatıp Total Parenteral Beslenen hasta çocuklara ilişkin bazı özellikleri kapsayan bilgiler, “ Total Parenteral Beslenme Uygulanan Hasta Çocuklara Yönelik Bilgi Formu ” ile çocukların dosyalarından ve araştırmacının kişisel gözlemlerinden yararlanılarak elde edilmiştir (EK 1 ).

**Veri Toplama Formu 2:** Kontrol grubunu oluşturan hastalar tanımlandıktan sonra, kullanılacak standartların içeriğinin açıklanması şeklinde düzenlenen ve gerektiğinde klinik hemşirelerine rehberlik etmesi amacıyla düzenlenen Standart Hemşirelik Bakım Formu klinik sorumlu hemşiresine teslim edilmiştir.

Çalışma grubunu oluşturan çocuklara standart hemşirelik bakımı,“ Standart Hemşirelik Bakım Formu ” doğrultusunda uygulanmıştır ( EK 2 ). Çocukların günlük hemşirelik bakımı ve takipleri araştırmacının olanaklarını zorlayarak hafta sonları dahil olmak üzere gündüz 8 saatlik süre ile 7 gün boyunca izlenerek elde edilmiştir. Akşam saatlerindeki veriler ise nöbetçi hemşireler tarafından toplanmıştır.

**Veri Toplama Formu 3:** Çalışmada, çalışma grubuna alınan hasta çocuklara araştırmacı tarafından standart hemşirelik bakımı kapsamındaki işlemler uygulanmıştır (EK 2) (şekil 3 ). Çalışma ve kontrol grubu çocuklar Total Parenteral Beslendikleri süre içinde 24 saatte bir, “ Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeği”de ( EK 3 ) bulunan 7 hemşirelik tanısına ait her bir kriter için; “ ulaşıldı 1 ”, “ ulaşılmadı 2 ” şeklinde, araştırmacı tarafından değerlendirilmesi yapılmıştır. Çocukların sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalamasının düşük olması, hemşirelik tanılarındaki sonuç kriterlerine ulaşma durumları açısından olumlu durumun, yüksek olması olumsuz durumun göstergesidir.



**Şekil 3: Araştırmanın Uygulama Adımları**

## 2.6. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Araştırmada, aşağıda belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılımı ve ilişkileri incelenmiştir.

**Bağımlı Değişkenler:** Örneklem grubuna alınan çalışma ve kontrol grubu çocukların, sonuç kriterlerini değerlendirme ölçeğinde bulunan tüm hemşirelik tanılarının her bir sonuç kriteri ve komplikasyon gelişme durumu bağımlı değişkenlerdir.

**Bağımsız Değişkenler:** Sonuç kriterlerini etkileyebileceği düşünülen yaş, tanı, TPB süresi (gün), çocuğun vücut ağırlığı persantil değeri, TPB' nin yapıldığı yol, TPB' nin kalori miktarı, çocukta bulunan diğer invaziv girişim yerleri ve hemşirelik bakımı bağımsız değişkenlerdir.

## 2.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma sonucunda elde edilen veriler Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümünde SPSS for Windows 10.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Total Parenteral Beslenen hasta çocuğun bakımı konusunda geliştirilen “Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeğinin” geçerlilik çalışmasına yönelik, İçerik (kapsam) geçerliliği hesaplanmıştır. İçerik geçerliliği için, çoğul uzman görüşü alınmış “Kendal Uyuşum Katsayısı (W) (Kendall Coefficient Of Concordance) Korelasyon testi” uygulanarak Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeğindeki her bir hemşirelik tanısının tüm kriterlerinin içerik (kapsam) geçerliliği gerçekleştirilmiştir ( 5,66,72 ).

Araştırma bulgularının analizinde; Çalışma ve kontrol grubu çocukların bazı tanıtıcı özellikleri (cinsiyet, tanı) ile TPB'ye ilişkin bazı bilgiler (TPB süresince kilonun korunma durumu, çocukta TPB kateteri dışında başka invaziv girişim yeri ve gelişen komplikasyon tipi) sayı ve yüzdeler dağılımları olarak gösterilmiştir.

Çalışma grubu ile kontrol grubu çocukların, tanıtıcı özelliklerinden yaş, TPB süresi, TPB başlangıcındaki vücut ağırlığının persantil değeri ve TPB'nin kalori miktarı yönünden aralarındaki fark iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (student-t testi) ile incelenmiştir. Araştırma kapsamına alınan çocukların anneleri ile ilgili bilgilerin çalışma ve kontrol grubu arasındaki farkı incelemek amacı ile Ki-kare ( $X^2$ ) önemlilik ve Fisher kesin testi ile iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testinden ( student-t testi ) yararlanılmıştır.

Çalışma ve kontrol grubu çocukların komplikasyon gelişme durumu ve TPB gün ortalaması yönünden aralarındaki farklılığı incelemek için Ki-kare ( $X^2$ ) önemlilik ve Fisher

kesin testinden yararlanılmıştır. TPB gün ortalaması ve TPB yolu ile komplikasyon gelişme durumu arasındaki ilişki Ki-kare ( $X^2$ ) önemlilik ve Fisher kesin testi ile incelenmiştir.

Çalışma ve kontrol grubu çocukların Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeğindeki, tüm hemşirelik tanılarının her bir sonuç kriterine ulaşma durumları arasındaki fark Ki-kare ( $X^2$ ) önemlilik ve Fisher kesin testi ile incelenmiştir.

TPB'de tüm hemşirelik tanılarına göre, çalışma ve kontrol grubu çocukların sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalamaları arasındaki fark, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ( student-t test ) ile incelenmiştir (33).

## 2.8. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma Eylül 2000 tarihinde planlanmış, Kasım 2000'de tez önerisi olarak sunulmuştur. Araştırma verileri 15 Kasım 2000 - 25 Kasım 2001 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Araştırmacının tez süresinin sınırlı olması nedeniyle veri toplama süresi daha fazla uzatılamamıştır. Yüksek Lisans Tez süresinin bitmesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinin SSK'lı ve Yeşil kartlı hastaları kabul etmemesi nedeni ile planlanan olgu sayısına ( çalışma grubu=30, kontrol grubu=30, toplam=60 hasta) ulaşamamıştır. Dolayısı ile örneklem sayısı, her iki grupta da 9'ar çocuk olmak üzere 18 çocukla sınırlı kalmıştır. Değerlendirme çalışmaları yürütüldükten sonra araştırma raporu yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

## 2.9. ARAŞTIRMA ETİĞİ

Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı yöneticilerinden gerekli izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan çalışma ve kontrol grubu hasta çocukların bilişsel gelişim düzeyine uygun olarak ve çocukların annelerine araştırma hakkında bilgi verilmiştir, araştırmaya katılmaları konusunda annelerden ve çocuklardan ( büyük ) izin alınmıştır. Araştırmaya katılmaları konusunda hasta çocukların ( büyük ise ) ve annelerinin kendi istekleri göz önüne alınmıştır. Örnekleme alınan tüm hasta çocuklar ( büyük ise ) ve anneleri çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

## BÖLÜM III

### BULGULAR

Bu bölümde sırasıyla; çalışma ve kontrol grubu Total Parenteral Beslenen hasta çocuklar ve annelerine ilişkin tanıtıcı özellikler, çocuklarda komplikasyon gelişme durumu, sonuç kriterlerine ulaşma durumları, sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalamalarının, çalışma ve kontrol gruplarına göre incelenmesi ile yorumları yer almaktadır.

#### 3.1. ÇALIŞMA VE KONTROL GRUBU ÇOCUKLARIN VE ANNELERİNİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE İNCELENMESİ

**Tablo 31: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların Yaşlarına Göre Dağılımı**

Gruplar	N	$\bar{X}$	Ss	t	p
Çalışma Grubu	9	11.22	5.81	2.21	0.042
Kontrol Grubu	9	5.67	4.80		

Araştırma kapsamına alınan çalışma ve kontrol grubu hasta çocukların, yaşlarına göre dağılımı Tablo 31'de görülmektedir. Çalışma grubu çocuklar ortalama  $11.22 \pm 5.81$ , yaşında iken, kontrol grubu çocukların ortalama  $5.67 \pm 4.80$  yaşında oldukları saptanmıştır. Kontrol grubundaki çocuklar daha küçük yaşlarda olup, çalışma ve kontrol grupları arasında çocukların yaş ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $t = 2.21$ ,  $p = 0.042 < 0.05$ ).

Çalışma grubuna alınan hasta çocukların 6'sı (%66.7) kız, 3'ü (% 33.3) erkek iken, kontrol grubuna alınan hasta çocukların ise 3'ü (% 33.3) kız, 6'sı (%66.7) erkektir.

**Tablo 32: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların Tanılarına Göre Dağılımı**

Tanılar	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
- Mide Çıkış Obstrüksiyonu	-	-	1	11.1
- Nöronal İntestinal Displazi	-	-	1	11.1
- Ateşli Silah Yaralanması	-	-	1	11.1
- Opere Özefagus Yanığı	-	-	2	22.2
- Opere Splenektomi+Recürrent Brit İleus	-	-	1	11.1
- Opere Meningomiyolosel+Piyelonefrit	1	11.1	-	-
- Anorektal Malformasyon	2	22.2	-	-
- Laringomalazi	1	11.1	-	-
- Polisigma, Dilate Rectum	1	11.1	-	-
- Özefagus Atrezisi	1	11.1	-	-
- Opere Perfore Apandisit	1	11.1	-	-
- Opere Hirschprung	1	11.1	1	11.1
- Opere Koledok Kisti	1	11.1	-	-
- Anal Stenoza Bağlı Kronik Konstipasyon	-	-	1	11.1
- Travma	-	-	1	11.1
<b>Toplam</b>	<b>9</b>	<b>100.0</b>	<b>9</b>	<b>100.0</b>

X<sup>2</sup>= - SD= - p\*= -

\* Birden fazla boş göz olduğu için analiz yapılamamıştır.

Tablo 32'de Hasta çocukların tanıları incelenmiştir. Çalışma grubunda çocukların 2'sinin (%22.2) tanısı Anorektal Malformasyon iken, kontrol grubunda çocukların 2'sinin (%22.2) tanısı ise Opere Özefagus Yanığı olduğu görülmektedir.



**Tablo 33: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların TPB Dışında Başka İnvaziv Girişim Yerine Göre Dağılımı**

Hastada Başka İnvaziv Girişim Yeri	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
Yok	1	11.1	1	11.1
Foley Sonda	1	11.1	-	-
Nazogastrik Sonda (NG)	-	-	2	22.2
Foley + Nazogastrik Sonda	2	22.2	3	33.3
Foley + Gastrostomi	-	-	1	11.1
Foley + Trakeostomi	1	11.1	-	-
NG Sonda+Kolostomi	1	11.1	1	11.1
Foley Sonda+Toraks Tüpü+Batın Dreni	-	-	1	11.1
Foley Sonda+Penroz Dren	2	22.2	-	-
NG+Foley Sonda+Penroz Dren	1	11.1	-	-
<b>Toplam</b>	<b>9</b>	<b>100.0</b>	<b>9</b>	<b>100.0</b>

X<sup>2</sup>= - SD= - p\*=-

\* Birden fazla boş göz olduğu için analiz yapılamamıştır.

Tablo 33'de görüldüğü gibi çalışma grubuna alınan çocuklardan 2'sinde (%22.2) foley + nazogastrik sonda var iken, kontrol grubuna alınan çocukların 3'ünde (%33.3) foley + nazogastrik sonda olduğu. Çalışma grubuna alınan çocukların 2'sinde foley sonda + penroz dren var iken, kontrol grubuna alınan çocukların 2'sinde ise sadece nazogastrik sonda olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 34: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların TPB Süresine Göre Dağılımı**

Gruplar	N	$\bar{X}$	Ss	t	P
Çalışma Grubu	9	11.33	6.00	- 0.48	0.637
Kontrol Grubu	9	12.67	5.77		

Araştırmaya alınan çalışma ve kontrol grubu hasta çocukların TPB sürelerine göre dağılımı Tablo 34’de incelendiğinde; çalışma grubu çocukların TPB süresi ortalaması  $11.33\pm 6.00$ , kontrol grubu çocukların TPB süresi ortalamasının  $12.67\pm 5.77$  olduğu saptanmıştır. Çocukların TPB sürelerine göre dağılımında iki grup arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t = - 0.48, p= 0.637 >0.05$ ).

**Tablo 35: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların TPB Başlangıcındaki Vücut Ağırlığı Persantil Değerlerine Göre Dağılımı**

Gruplar	N	$\bar{X}$	Ss	t	P
Çalışma Grubu	9	24.89	40.95	0.60	0.561
Kontrol Grubu	9	16.11	15.76		

Araştırma kapsamına alınan çalışma ve kontrol grubu hasta çocukların, TPB başlangıcındaki vücut ağırlığı persantil değerlerine göre dağılımı Tablo 35’de görülmektedir. Çalışma grubu çocuklar ortalama  $24.89\pm 40.95$  vücut ağırlığı persantil değerinde iken, kontrol grubu çocukların ortalama  $16.11\pm 15.76$  vücut ağırlığı persantil değerlerinde oldukları saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grupları arasında çocukların TPB başlangıcındaki vücut ağırlığı persantil değerleri ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $t = 0.60, p= 0.561 >0.05$ ). TPB süresince çalışma grubundaki hasta çocukların 4’ünde (%44.4), kontrol grubunda ise 8’inde (%88.9) vücut ağırlığının korunduğu saptanmıştır.

**Tablo 36: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların TPB'nin Kalori Miktarına Göre Dağılımı**

Gruplar	N	$\bar{X}$	Ss	t	P
Çalışma Grubu	9	87.78	9.72	-1.05	0.325
Kontrol Grubu	9	216.67	368.85		

Araştırmaya alınan çalışma ve kontrol grubu hasta çocukların TPB'nin kalori miktarına göre dağılımı Tablo 36'de incelendiğinde; çalışma grubu çocukların TPB kalori miktarı ortalaması  $87.78 \pm 9.72$ , kontrol grubu çocukların TPB kalori miktarı ortalaması  $216.67 \pm 368.85$  olduğu saptanmıştır. Çocukların TPB'nin kalori miktarına göre dağılımında iki grup arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t = -1.05$ ,  $p = 0.325 > 0.05$ ).

**Tablo 37: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların Annelerinin Yaşlarına Göre Dağılımı**

Gruplar	N	$\bar{X}$	Ss	t	P
Çalışma Grubu	9	35.44	9.19	1.23	0.238
Kontrol Grubu	9	30.88	6.21		

Araştırma kapsamına alınan çalışma ve kontrol grubu hasta çocukların, annelerinin yaşlarına göre dağılımı Tablo 37'de görülmektedir. Çalışma grubu çocukların anneleri ortalama  $35.44 \pm 9.19$  yaşında iken, kontrol grubu çocukların annelerinin ortalama  $30.88 \pm 6.21$  yaşında oldukları saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grupları arasında annelerin yaş ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $t = 1.23$ ,  $p = 0.238 > 0.05$ ).

**Tablo 38: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların Annelerinin Eğitim Durumuna Göre Dağılımı**

Özellikler	<u>Çalışma Grubu</u>		<u>Kontrol Grubu</u>		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<u>Eğitim Düzeyi</u>						
İlkokul ve altı	7	77.8	4	44.4	11	61.1
Ortaokul ve üzeri	2	22.2	5	55.6	7	38.9
<b>Toplam</b>	9	50.0	9	50.0	18	100.0

Fisher Kesin Testi,  $p^*=0.334$

\*5'in altında beklenen değerler olduğundan Fisher Kesin Testi yapılmıştır.

Tablo 38'de Çalışma ve kontrol grubu hasta çocukların annelerinin eğitim durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan çalışma grubu çocukların annelerinin 7'sinin (%77.8), kontrol grubu çocukların annelerinin 4'ünün (%44.4) ilkokul ve altında öğrenim gördükleri saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubu çocukların annelerinin eğitim düzeyleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi,  $p=0.334 >0.05$ ).

### 3.2. ÇALIŞMA VE KONTROL GRUBU ÇOCUKLARDA KOMPLİKASYON GELİŞME DURUMUNUN İNCELENMESİ

**Tablo 39: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların Komplikasyon Gelişme Durumuna Göre Dağılımı**

Komplikasyon Gelişme Durumu	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Gelişen	1	11.1	3	33.3	4	22.2
Gelişmeyen	8	88.9	6	66.7	14	77.8
<b>Toplam</b>	<b>9</b>	<b>50.0</b>	<b>9</b>	<b>50.0</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>

Fisher Kesin Testi,  $p^*=0.576$

\*5'in altında beklenen değerler olduğundan Fisher Kesin Testi yapılmıştır.

Tablo 39'da, Çalışma ve kontrol grubu hasta çocukların TPB esnasında komplikasyon gelişme durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan çalışma grubu çocukların 8'inde (%88.9) komplikasyon gelişmediği, 1'inde (%11.1) geliştiği, kontrol grubu çocukların ise 6'sında (%66.7) komplikasyon gelişmediği, 3'ünde (%33.3) geliştiği saptanmıştır. Kontrol grubu çocuklarda TPB sırasında komplikasyon gelişme oranının daha yüksek olduğu görülmektedir, ancak her iki gruptaki çocuklarda komplikasyon gelişme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi,  $p=0.576 > 0.05$ ).

Çalışma grubuna alınan hasta çocukların 1'inde (%11.1) metabolik komplikasyon, kontrol grubuna alınan hasta çocukların 1'inde (%11.1) metabolik, 2'sinde (%22.2) mekanik komplikasyon gelişmiştir.

**Tablo 40: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların TPB Gün Ortalamasına Göre Dağılımı**

TPB Gün Ortalaması	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
≤7gün	4	44.4	3	33.3	7	38.9
>7gün	5	55.6	6	66.7	11	61.1
<b>Toplam</b>	<b>9</b>	<b>50.0</b>	<b>9</b>	<b>50.0</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>

Fisher Kesin Testi,  $p^*=1.000$

\*5'in altında beklenen değerler olduğundan Fisher Kesin Testi yapılmıştır.

Tablo 40’da, Çalışma ve kontrol grubu hasta çocukların TPB gün ortalamasına göre dağılımları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan çalışma grubu çocukların 5’inin (%55.6) ve kontrol grubu çocukların 6’sının (%66.7) 7 günden fazla TPB aldıkları belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol grubu çocukların TPB gün ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi,  $p=1.000 >0.05$ ).

**Tablo 41: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocuklarda Komplikasyon Gelişme Durumunun TPB Gün Ortalamasına Göre Dağılımı**

TPB Gün Ortalaması	Komplikasyon Gelişme Durumu							
	Çalışma Grubu (n=9)				Kontrol Grubu (n=9)			
	Gelişen		Gelişmeyen		Gelişen		Gelişmeyen	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
≤7gün	1	25.0	3	75.0	-	-	3	100.0
>7gün	-	-	5	100.0	3	50.0	3	50.0

Fisher Kesin Testi,  $p^*=0.444$       Fisher Kesin Testi,  $p^*=0.464$

\*5’in altında beklenen değerler olduğundan Fisher Kesin Testi yapılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hasta çocuklarda, komplikasyon gelişme durumunun, TPB gün ortalamasına göre dağılımı Tablo 41’de görülmektedir. Çalışma grubunda 7 ve daha az gün TPB alan çocukların 1’inde (%25.0), kontrol grubunda ise 7 günden fazla TPB alan çocukların 3’ünde (%50.0) komplikasyon geliştiği saptanmıştır. 7 günden fazla TPB alan kontrol grubu çocuklarda komplikasyon gelişme oranı yüksek olmasına rağmen, her iki gruptaki çocuklarda TPB gün ortalaması ile komplikasyon gelişme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi,  $p>0.05$ ).

**Tablo 42: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocuklarda Komplikasyon Gelişme Durumunun, TPB Yoluna Göre Dağılımı**

TPB Yolu	Komplikasyon Gelişme Durumu				Toplam	
	<u>Gelisen</u>		<u>Gelismeyen</u>			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Periferal yol	2	13.3	13	86.7	15	83.3
Santral yol	2	66.7	1	33.3	3	16.7
<b>Toplam</b>	<b>4</b>	<b>22.2</b>	<b>14</b>	<b>77.8</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>

Fisher Kesin Testi,  $p^*=0.108$

\*5'in altında beklenen değerler olduğundan Fisher Kesin Testi yapılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hasta çocuklarda, komplikasyon gelişme durumunun TPB yoluna göre dağılımı Tablo 42'de görülmektedir. Periferal yoldan TPB alan 15 (%83.3) çocuktan 2'sinde (%13.3) komplikasyon gelişirken, santral yoldan TPB alan 3 (%16.7) çocuktan ise 2'sinde (%66.7) komplikasyon geliştiği saptanmıştır. Santral yoldan TPB alan çocuklarda komplikasyon gelişme oranı periferal yoldan TPB alan çocuklara göre yüksek olmasına rağmen, TPB yolu ile komplikasyon gelişme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi,  $p=0.108 >0.05$ ).

### 3.3. ÇALIŞMA VE KONTROL GRUBUNDAKİ ÇOCUKLARIN 7 AYRI HEMŞİRELİK TANISININ SONUÇ KRİTERLERİNE ULAŞMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

#### 3.3.1. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların I. Hemşirelik Tanısındaki (Enfeksiyon Gelişme Olasılığı) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarının İncelenmesi

**Tablo 43- I. Hemşirelik Tanısının (Enfeksiyon Gelişme Olasılığı) Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımları**

Sonuç Kriterlerinin Numerik Tanımı	Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımı
1. Kriter	Beden sıcaklığı son 24 saattir normal değerlerdedir (Aksiller:36.5-37.2°C).
2. Kriter	Çocukta solunum sıkıntısı belirtisi yoktur.
3. Kriter	Çocukta ağrı belirtisi yoktur.
4. Kriter	Çocukta huzursuzluk belirtisi yoktur.
5. Kriter	Bilinç açıktır.
6. Kriter	Ağız içinde lezyonlar gelişmemiştir.
7. Kriter	Lökosit değerleri normal değerler içindedir. 1-3 yaş (6.0-17.5 bin/mm <sup>3</sup> ) 4-7 yaş (5.5-15.5 bin/mm <sup>3</sup> ) 8-13 yaş (4.5-13.5 bin/mm <sup>3</sup> ) 14-18 yaş (5.0-10.0 bin/mm <sup>3</sup> )
8. Kriter	Alınan kan kültürü sonucu negatiftir.
9. Kriter	Alınan uç kültürü sonucu negatiftir.
10. Kriter	Alınan idrar kültürü sonucu negatiftir.
11. Kriter	Sedimentasyon hızı normaldir. <2 yaş=1-5 mm/saat >2 yaş=1-8 mm/saat
12. Kriter	Son 24 saattir İV kateter giriş bölgesinde kızarıklık yoktur.
13. Kriter	Son 24 saattir İV kateter giriş bölgesinde eritem yoktur.
14. Kriter	Son 24 saattir İV kateter giriş bölgesinde ağrı yoktur.
15. Kriter	Son 24 saattir İV kateter giriş bölgesinde lokal sıcaklık yoktur.
16. Kriter	Son 24 saattir İV kateter giriş bölgesinde ödem yoktur.
17. Kriter	Son 24 saattir İV kateter giriş bölgesinde püylü akıntı yoktur.

Tablo 43'de, I. Hemşirelik tanısına ulaşıldığını gösteren sonuç kriterlerinin numerik tanımları ve açık tanımları verilmiştir.



**Tablo 44: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların I. Hemşirelik Tanısındaki (Enfeksiyon Gelişme Olasılığı) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı**

I. Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterleri		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		Sayı	%	Sayı	%
1. Kriter	Ulaşıldı	8	88.9	7	77.8
	Ulaşılmadı	1	11.1	2	22.2
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =1.000	
2. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	7	77.8
	Ulaşılmadı	-	-	2	22.2
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.470	
3. Kriter	Ulaşıldı	8	88.9	5	55.6
	Ulaşılmadı	1	11.1	4	44.4
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.294	
4. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	5	55.6
	Ulaşılmadı	-	-	4	44.4
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.082	
5. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		X <sup>2</sup> = -		SD= -	
6. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	8	88.9
	Ulaşılmadı	-	-	1	11.1
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =1.000	
7. Kriter	Ulaşıldı	8	88.9	8	88.9
	Ulaşılmadı	1	11.1	1	11.1
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =1.000	
8. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		X <sup>2</sup> = -		SD= -	
9. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		X <sup>2</sup> = -		SD= -	
10. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	8	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	1	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =1.000	

**Tablo 44'ün devamı**

<b>11. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		$X^2=$ -	$SD=$ -	$p^{**}=$ -	
<b>12. Kriter</b>	Ulaşıldı	8	88.9	8	88.9
	Ulaşılmadı	1	11.1	1	11.1
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,	$p^*=1.000$		
<b>13. Kriter</b>	Ulaşıldı	8	88.9	8	88.8
	Ulaşılmadı	1	11.1	1	11.1
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,	$p^*=1.000$		
<b>14. Kriter</b>	Ulaşıldı	8	88.9	8	88.9
	Ulaşılmadı	1	11.1	1	11.1
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,	$p^*=1.000$		
<b>15. Kriter</b>	Ulaşıldı	8	88.9	8	88.9
	Ulaşılmadı	1	11.1	1	11.1
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,	$p^*=1.000$		
<b>16. Kriter</b>	Ulaşıldı	8	88.9	8	88.9
	Ulaşılmadı	1	11.1	1	11.1
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,	$p^*=1.000$		
<b>17. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		$X^2=$ -	$SD=$ -	$p^{**}=$ -	

\* 5'in altında beklenen değerler olduğundan Fisher Kesin Testi yapılmıştır.

\*\* Birden fazla boş göz olduğu için analiz yapılamamıştır.

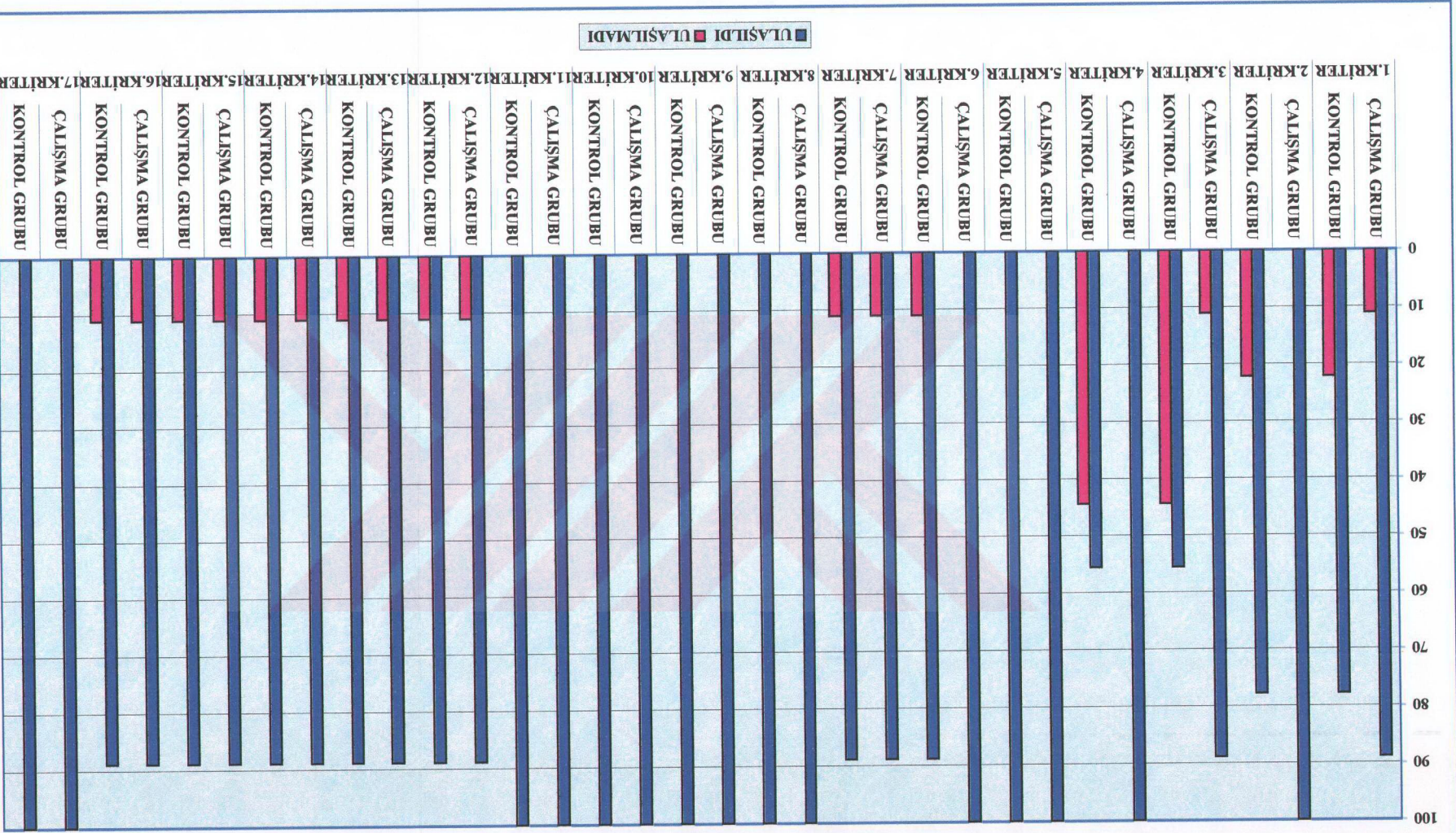
Tablo 44, Grafik 1'de 1. Hemşirelik tanısı olan "Enfeksiyon Gelişme Olasılığı" tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumu verilmiştir. 1.Hemşirelik tanısının 1.Kriterine; çalışma grubunda 8 (%88.9), kontrol grubunda 7 (%77.8) hasta çocukta, 2.Kriterine çalışma grubundaki çocukların 9'unda (%100.0), kontrol grubunda 7'sinde (%77.8) ulaşılmıştır. 3.Kritere çalışma grubundaki çocukların 8'inde (%88.9), kontrol grubunda 5'şinde (%55.6), 4.Kritere çalışma grubundaki çocukların 9'unda (%100.0), kontrol grubunda 5'şinde (%55.6) ulaşılmıştır. 5.Kritere her iki grupta da çocukların tamamında (%100.0) ulaşılmıştır. 6.Kritere çalışma grubundaki çocukların 9'unda (%100.0), kontrol grubunda 8'inde (%88.9), 7.Kritere her iki grupta da çocukların 8'inde (%88.9) ulaşılmıştır. 8. ve 9.Kritere her iki grupta da çocukların tamamında (%100.0) ulaşılmıştır. 10.Kritere çalışma grubunda 9 çocukta

(%100.0), kontrol grubunda ise 8 çocukta (%88.9) ulaşılmıştır. 11.Kritere her iki grupta çocukların 9'unda da (%100.0) ulaşılmıştır. 12., 13., 14., 15. ve 16.Kritere her iki grupta da çocukların 8'inde (%88.9), 17.Kritere ise çalışma ve kontrol grubu çocukların 9'unda da (%100.0) ulaşıldığı saptanmıştır. 1.Hemşirelik tanısı olan “Enfeksiyon Gelişme Olasılığı” tanısının sonuç kriterlerine ulaşabilme durumları iki grup arasında karşılaştırılmış, 1., 2., 3., 4., 6., ve 10. kriterlerinde çalışma grubu lehine sayısal farklılık olmakla beraber, (Tablo 44, Grafik 1) iki grup arasında tüm kriterler için anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).





GRAFİK 1: ÇALIŞMA VE KONTROL GRUBUNDAKİ ÇOCUKLARIN I. HEMŞİRELİK TANISINDAKİ (ENFEKSİYON GELİŞME OLASILIĞI) SONUÇ KRİTERLERİNE ULAŞMA DURUMUNUN DAĞILIMI



### 3.3.2. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların II. Hemşirelik Tanısındaki (Komplikasyon Gelişme Riski) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarının İncelenmesi

Tablo 45: II. Hemşirelik Tanısının (Komplikasyon Gelişme Riski) Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımları

Sonuç Kriterlerinin Numerik Tanımı	Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımı															
1. Kriter	Kateter içinde pıhtı gözlenmedi.															
2. Kriter	Sıvı akışı normal, kateterde tıkanıklık yok.															
3. Kriter	İV sıvı setinin, santral venöz katetere giriş yerinde kan ve sıvı sızıntısı yoktur.															
4. Kriter	Çocukta, solunum sıkıntısı yoktur.															
5. Kriter	Boyun ve yüzde ödem yoktur.															
6. Kriter	Kola yayılan ödem yoktur.															
7. Kriter	İrritabilite yoktur.															
8. Kriter	Letarji yoktur.															
9. Kriter	Kusma yoktur.															
10. Kriter	Bilinç açıktır.															
11. Kriter	Kateter sütür seviyesi takıldığı cm.'dir.															
12. Kriter	Son 24 saattir İV giriş bölgesinde kızarıklık yoktur.															
13. Kriter	Son 24 saattir İV giriş bölgesinde ağrı yoktur.															
14. Kriter	Son 24 saattir İV giriş bölgesinde irritasyon belirtisi yoktur.															
15. Kriter	Glikozüri yoktur.															
16. Kriter	Serum lipid (trigliserid) düzeyi normal sınırlar içerisindedir. <table><thead><tr><th></th><th><u>KIZ</u></th><th><u>ERKEK</u></th></tr></thead><tbody><tr><td>0-5 yaş→32-99</td><td></td><td>30-86 mg/dl</td></tr><tr><td>6-11 yaş→35-114</td><td></td><td>31-108 mg/dl</td></tr><tr><td>12-15 yaş→41-138</td><td></td><td>36-138 mg/dl</td></tr><tr><td>16-18 yaş→40-128</td><td></td><td>40-163 mg/dl</td></tr></tbody></table>		<u>KIZ</u>	<u>ERKEK</u>	0-5 yaş→32-99		30-86 mg/dl	6-11 yaş→35-114		31-108 mg/dl	12-15 yaş→41-138		36-138 mg/dl	16-18 yaş→40-128		40-163 mg/dl
	<u>KIZ</u>	<u>ERKEK</u>														
0-5 yaş→32-99		30-86 mg/dl														
6-11 yaş→35-114		31-108 mg/dl														
12-15 yaş→41-138		36-138 mg/dl														
16-18 yaş→40-128		40-163 mg/dl														
17. Kriter	Sarıklık yoktur. Bilirubin düzeyi normaldir. Çocuklarda: Total Bilirubin (<1 mg/dl) Direkt Bilirubin (0-0.2 mg/dl)															
18. Kriter	Karaciğer fonksiyon testleri normal sınırlar içerisindedir. (SGPT→1-19 yaş: 5-45 U/L) (SGOT→ 1-9 yaş: 15-55 U/L 10-19 yaş: 5-45 U/L)															

HEMŞİRELİK KURULU  
ASYON MERKEZİ

19. Kriter	Çocuğun aldığı ve çıkardığı sıvı miktarı, gününe ve kilosuna göre dengelidir. (İdrar: 1-2 cc/kg/saat)										
20. Kriter	Deri turgoru normaldir.										
21. Kriter	Müköz membranlar nemlidir.										
22. Kriter	Göz küreleri çökük değildir.										
23. Kriter	Serum-elektrolit değerleri normal sınırlardadır: K: 3.5-5 mEq/Lt Na: 135-145 mmol/Lt Cl: 94-104 mEq/Lt Ca: 9-11 mg/dl										
24. Kriter	Ödem yoktur.										
25. Kriter	TA son 24 saattir normal sınırlar içindedir: 4 yaş→85/60 mmHg                      10 yaş→100/65 mmHg 5 yaş→87/60 mmHg                      11 yaş→105/65 mmHg 6 yaş→90/60 mmHg                      13 yaş→110/67 mmHg 8 yaş→95/62 mmHg                      15-18 yaş→115/72 mmHg										
26. Kriter	Nabız normal değerler içindedir: 2 yaş (N. 80-130 atım/dk) 4 yaş (N. 80-120 atım/dk) 6 yaş (N. 75-115 atım/dk) 8 yaş (N. 70-110 atım/dk) 10 yaş (N. 70-110 atım/dk) <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; border: none;"><u>Kızlar</u></th> <th style="text-align: center; border: none;"><u>Erkekler</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border: none;">12 yaş (N.70-110 atım/dk)</td> <td style="border: none;">(N.65-105 atım/dk)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">14 yaş (N. 65-105 atım/dk)</td> <td style="border: none;">(N.60-100 atım/dk)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">16 yaş (N. 60-100 atım/dk)</td> <td style="border: none;">(N.55-95 atım/dk)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">18 yaş (N. 55-95 atım/dk)</td> <td style="border: none;">(N.50-90 atım/dk)</td> </tr> </tbody> </table>	<u>Kızlar</u>	<u>Erkekler</u>	12 yaş (N.70-110 atım/dk)	(N.65-105 atım/dk)	14 yaş (N. 65-105 atım/dk)	(N.60-100 atım/dk)	16 yaş (N. 60-100 atım/dk)	(N.55-95 atım/dk)	18 yaş (N. 55-95 atım/dk)	(N.50-90 atım/dk)
<u>Kızlar</u>	<u>Erkekler</u>										
12 yaş (N.70-110 atım/dk)	(N.65-105 atım/dk)										
14 yaş (N. 65-105 atım/dk)	(N.60-100 atım/dk)										
16 yaş (N. 60-100 atım/dk)	(N.55-95 atım/dk)										
18 yaş (N. 55-95 atım/dk)	(N.50-90 atım/dk)										
27. Kriter	Fontaneler normal palpasyondadır (1-2 yaş).										
28. Kriter	İdrar dansitesi normal sınırlar içindedir. (N: çocuk → 1001-1030)										
29. Kriter	Beden sıcaklığı son 24 saattir normal değerler içindedir (Aksiller: 36.5-37.2°C)										
30. Kriter	Gaita çıkışı vardır.										
31. Kriter	Gaita kıvamı normaldir.										
32. Kriter	Çocuğun kilosu korunmaktadır.										

Tablo 45'de, II. Hemşirelik tanısına ulaşıldığını gösteren sonuç kriterlerinin numerik tanımları ve açık tanımları verilmiştir



**Tablo 46: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların II. Hemşirelik Tanısındaki (Komplikasyon Gelişme Riski) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı**

II. Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterleri	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
<b>1. Kriter</b>				
Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
Ulaşılmadı	-	-	-	-
<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
	$X^2=$ -	$SD=$ -		$p^{**}=$ -
<b>2. Kriter</b>				
Ulaşıldı	8	88.9	8	88.9
Ulaşılmadı	1	11.1	1	11.1
<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
	Fisher Kesin Testi,		$p^* =1.000$	
<b>3. Kriter</b>				
Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
Ulaşılmadı	-	-	-	-
<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
	$X^2=$ -	$SD=$ -		$p^{**}=$ -
<b>4. Kriter</b>				
Ulaşıldı	9	100.0	8	88.9
Ulaşılmadı	-	-	1	11.1
<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
	Fisher Kesin Testi,		$p^* =1.000$	
<b>5. Kriter</b>				
Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
Ulaşılmadı	-	-	-	-
<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
	$X^2=$ -	$SD=$ -		$p^{**}=$ -
<b>6. Kriter</b>				
Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
Ulaşılmadı	-	-	-	-
<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
	$X^2=$ -	$SD=$ -		$p^{**}=$ -
<b>7. Kriter</b>				
Ulaşıldı	9	100.0	6	66.7
Ulaşılmadı	-	-	3	33.3
<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
	Fisher Kesin Testi,		$p^* =0.205$	
<b>8. Kriter</b>				
Ulaşıldı	9	100.0	8	88.9
Ulaşılmadı	-	-	1	11.1
<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
	Fisher Kesin Testi,		$p^* =1.000$	
<b>9. Kriter</b>				
Ulaşıldı	8	88.9	8	88.9
Ulaşılmadı	1	11.1	1	11.1
<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
	Fisher Kesin Testi,		$p^* =1.000$	
<b>10. Kriter</b>				
Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
Ulaşılmadı	-	-	-	-
<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
	$X^2=$ -	$SD=$ -		$p^{**}=$ -

Tablo 46'nın devamı

<b>11. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	5	100.0
		X <sup>2</sup> = -		SD= -	
				p**= -	
<b>12. Kriter</b>	Ulaşıldı	8	88.9	7	77.8
	Ulaşılmadı	1	11.1	2	22.2
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =1.000	
<b>13. Kriter</b>	Ulaşıldı	8	88.9	7	77.8
	Ulaşılmadı	1	11.1	2	22.2
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =1.000	
<b>14. Kriter</b>	Ulaşıldı	8	88.9	7	77.8
	Ulaşılmadı	1	11.1	2	22.2
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =1.000	
<b>15. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		X <sup>2</sup> = -		SD= -	
				p**= -	
<b>16. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		X <sup>2</sup> = -		SD= -	
				p**= -	
<b>17. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		X <sup>2</sup> = -		SD= -	
				p**= -	
<b>18. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	7	77.8
	Ulaşılmadı	-	-	2	22.2
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.470	
<b>19. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		X <sup>2</sup> = -		SD= -	
				p**= -	
<b>20. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	8	88.9
	Ulaşılmadı	-	-	1	11.1
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =1.000	
<b>21. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	8	88.9
	Ulaşılmadı	-	-	1	11.1
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =1.000	
<b>22. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	8	88.9
	Ulaşılmadı	-	-	1	11.1
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =1.000	



**Tablo 46'nın devamı**

<b>23. Kriter</b>	Ulaşıldı	8	88.9	6	66.7
	Ulaşılmadı	1	11.1	3	33.3
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
Fisher Kesin Testi, $p^* = 0.576$					
<b>24. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
$X^2 = -$ $SD = -$ $p^{**} = -$					
<b>25. Kriter</b>	Ulaşıldı	8	88.9	9	100.0
	Ulaşılmadı	1	11.1	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
Fisher Kesin Testi, $p^* = 1.000$					
<b>26. Kriter</b>	Ulaşıldı	8	88.9	6	66.7
	Ulaşılmadı	1	11.1	3	33.3
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
Fisher Kesin Testi, $p^* = 0.576$					
<b>27. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
$X^2 = -$ $SD = -$ $p^{**} = -$					
<b>28. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
$X^2 = -$ $SD = -$ $p^{**} = -$					
<b>29. Kriter</b>	Ulaşıldı	8	88.9	7	77.8
	Ulaşılmadı	1	11.1	2	11.1
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
Fisher Kesin Testi, $p^* = 1.000$					
<b>30. Kriter</b>	Ulaşıldı	7	77.8	7	77.8
	Ulaşılmadı	2	22.2	2	22.2
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
Fisher Kesin Testi, $p^* = 1.000$					
<b>31. Kriter</b>	Ulaşıldı	1	11.1	7	77.8
	Ulaşılmadı	8	88.9	2	22.2
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
Fisher Kesin Testi, $p^* = 0.015$					
<b>32. Kriter</b>	Ulaşıldı	5	55.6	7	77.8
	Ulaşılmadı	4	44.4	2	22.2
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
Fisher Kesin Testi, $p^* = 0.619$					

\* 5'in altında beklenen değerler olduğundan Fisher Kesin Testi yapılmıştır.

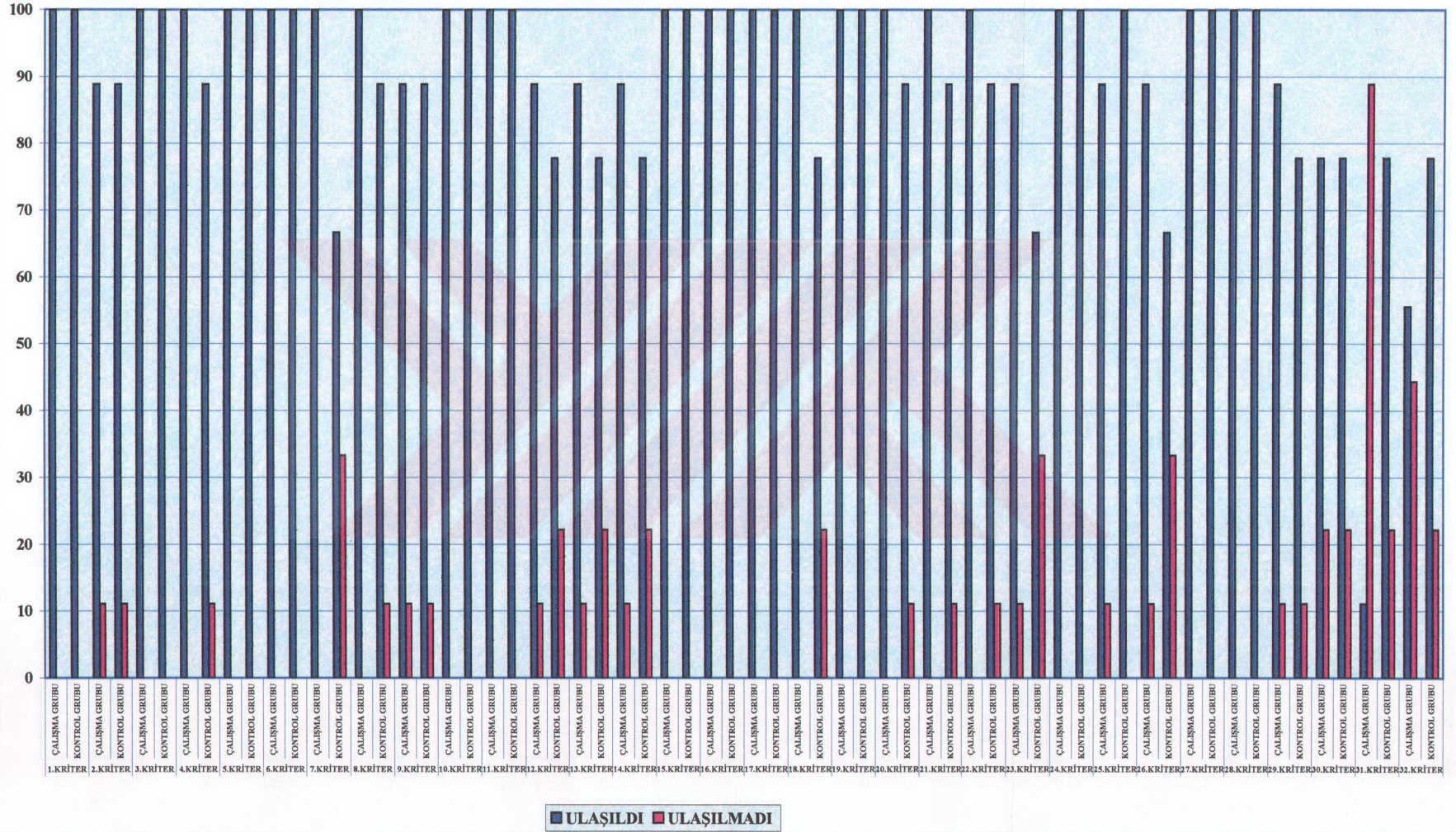
\*\* Birden fazla boş göz olduğu için analiz yapılamamıştır.

Tablo 46, Grafik 2'de 2. Hemşirelik tanısı olan "Komplikasyon Gelişme Riski" tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumu görülmektedir. 2.Hemşirelik tanısının 1., 3., 5., 6.,

10., 11., 15., 16., 17., 19. ve 24. kriterlerine çalışma ve kontrol grubu hasta çocukların 9'unda da (%100.0) ulaşılmıştır. 2.Kritere her iki grupta da çocukların 8'inde (%88.9), 4.Kritere çalışma grubundaki çocukların 9'unda (%100.0), kontrol grubunda 8'inde (%88.9) ulaşılmıştır. 7.Kritere ulaşabilen çocuk sayısı çalışma grubunda 9 (%100.0), kontrol grubunda ise 6 (%66.7)'dir. 8.Kritere çalışma grubunun 9'unda (%100.0), kontrol grubunun 8'inde (%88.9), 9.Kritere her iki grupta da çocukların 8'inde (%88.9) ulaşılmıştır.12., 13., ve 14.Kritere sırası ile çalışma grubunda 8 çocukta (%88.9), kontrol grubunda ise 7 çocukta (%77.8) ulaşılmıştır.18.Kritere ulaşabilen çocuk sayısı çalışma grubunda 9 (%100.0), kontrol grubunda 7(%77.8)'dir. 20., 21. ve 22.Kriterlere çalışma grubunun 9'unda (%100.0), kontrol grubunun 8'inde (%88.9) ulaşıldığı saptanmıştır. 23.Kritere çalışma grubunda 8 çocukta (%88.9), kontrol grubunda 6 çocukta (%66.7), 25.Kritere çalışma grubunda 8'inde (%88.9), kontrol grubunda 9'unda (%100.0), 26.Kritere çalışma grubunda 8'inde (%88.9), kontrol grubunda 6'sında (%66.7) ulaşılmıştır. 29.Kritere çalışma grubunda 8 çocukta (%88.9), kontrol grubunda 7 çocukta (%77.8), 30.Kritere her iki grupta da 7 çocukta (%77.8) ulaşıldığı saptanmıştır. 31.Kritere çalışma grubundaki çocukların 8'inde (%88.9) ulaşamazken, kontrol grubundaki çocukların 7'sinde (%77.8) ulaşılmıştır. 32.Kritere çalışma grubunda 5 çocukta (%55.6), kontrol grubunda ise 7 çocukta (%77.8) ulaşıldığı saptanmıştır. 2. Hemşirelik tanısı olan "**Komplikasyon Gelişme Riski**" tanısının sonuç kriterlerine ulaşabilme durumları her iki grupta da karşılaştırılmış ve çalışma grubu aleyhine 31.Kriter "Gaita kıvamı normaldir." durumunda anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ), diğer kriterlerde ise anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).



**GRAFİK 2: ÇALIŞMA VE KONTROL GURUBUNDAKİ ÇOCUKLARIN II. HEMŞİRELİK TANISINDAKİ (KOMPLİKASYON GELİŞME RİSKİ) SONUÇ KRİTERLERİNE ULAŞMA DURUMUNUN DAĞILIMI**



### 3.3.3. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların III. Hemşirelik Tanısındaki (Fiziksel Hareket Kısıtlılığı) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarının İncelenmesi

**Tablo 47: III. Hemşirelik Tanısının (Fiziksel Hareket Kısıtlılığı) Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımları**

Sonuç Kriterlerinin Numerik Tanımı	Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımı
1. Kriter	Çocuk yatak içerisinde gelişim dönemine uygun oyun aktivitelerine katılmaktadır.
2. Kriter	Çocuk oyun aktiviteleri sırasında rahat görünmektedir.
3. Kriter	Solunum rahat, solunum sayısı, derinliği normaldir.
4.Kriter	Sekresyon yoktur.
5.Kriter	Kaslarda hipotoni yoktur.
6.Kriter	Kaslarda atoni yoktur.
7.Kriter	Eklemlerde kontraktür yoktur.
8.Kriter	Deri bütünlüğü korunmaktadır.
9.Kriter	Çocuğun ekstremitelerinde ağrı yoktur.

Tablo 47’de, III. Hemşirelik tanısına ulaşıldığını gösteren sonuç kriterlerinin numerik tanımları ve açık tanımları verilmiştir

**Tablo 48: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların III. Hemşirelik Tanısındaki (Fiziksel Hareket Kısıtlılığı) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı**

III. Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterleri		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		Sayı	%	Sayı	%
<b>1. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	7	77.8
	Ulaşılmadı	-	-	2	22.2
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi, $p^* = 0.470$			
<b>2. Kriter</b>	Ulaşıldı	8	88.9	6	66.7
	Ulaşılmadı	1	11.1	3	33.3
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi, $p^* = 0.576$			
<b>3. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	8	88.9
	Ulaşılmadı	-	-	1	11.1
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi, $p^* = 1.000$			
<b>4. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	7	77.8
	Ulaşılmadı	-	-	2	22.2
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi, $p^* = 0.470$			
<b>5. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		$X^2 = -$ $SD = -$ $p^{**} = -$			
<b>6. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		$X^2 = -$ $SD = -$ $p^{**} = -$			
<b>7. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		$X^2 = -$ $SD = -$ $p^{**} = -$			
<b>8. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		$X^2 = -$ $SD = -$ $p^{**} = -$			
<b>9. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	8	88.9
	Ulaşılmadı	-	-	1	11.1
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi, $p^* = 1.000$			

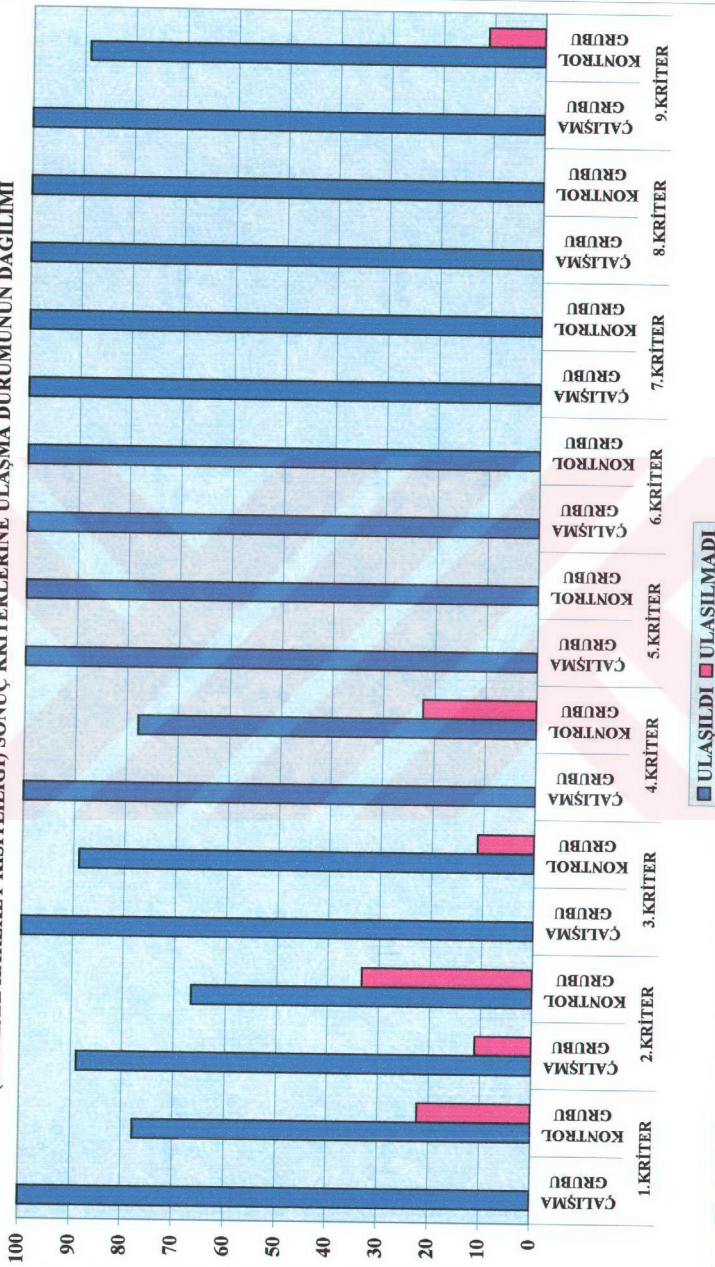
\* 5'in altında beklenen değerler olduğundan Fisher Kesin Testi yapılmıştır.

\*\* Birden fazla boş göz olduğu için analiz yapılamamıştır.



Tablo 48, Grafik 3’de 3. Hemşirelik tanısı olan “**Fiziksel Hareket Kısıtlılığı** “ tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumu verilmiştir. 3.Hemşirelik tanısının 1.Kritere çalışma grubunda 9 hasta çocukta (%100.0), kontrol grubunda 7 hasta çocukta (%77.8) ulaşılmıştır. 2.Kritere çalışma grubunda 8 (%88.9), kontrol grubunda 6 (%66.7) çocukta, 3.Kritere çalışma grubunda 9 çocukta (%100.0), kontrol grubunda 8 çocukta (%88.9), 4.Kritere çalışma grubunda 9 (%100.0), kontrol grubunda 7 (%77.8) çocukta ulaşıldığı saptanmıştır. 5., 6., 7. ve 8.Kritere her iki grupta çocukların 9’unda da (%100.0) ulaşıldığı, 9. Kritere çalışma grubunda çocukların 9’unda (%100.0), kontrol grubunda ise 8’inde (%88.9) ulaşıldığı saptanmıştır. 3. Hemşirelik tanısının sonuç kriterlerine ulaşabilme durumları iki grup arasında karşılaştırılmış, 1., 2., 3., 4. ve 9.Kriterlere ulaşmada çalışma grubu lehine sayısal farklılık gözlenirken, tüm kriterler için iki grup arasında yapılan analizde anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**GRAFİK 3: ÇALIŞMA VE KONTROL GURUBUNDAKİ ÇOCUKLARIN III. HEMŞİRELİK TANISINDAKİ (FİZİKSEL HAREKET KISITLILIĞI) SONUÇ KRİTERLERİNE ULAŞMA DURUMUNUN DAĞILIMI**



**3.3.4. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların IV. Hemşirelik Tanısındaki (Kişisel/ Öz Bakımda Yetersizlik) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarının İncelenmesi**

**Tablo 49: IV. Hemşirelik Tanısının (Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik) Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımları**

Sonuç Kriterlerinin Numerik Tanımı	Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımı
1. Kriter	Bireysel hijyen yeterlidir.
2. Kriter	Deri bütünlüğü korunmaktadır.
3. Kriter	Yatak ve çevre düzeni sağlanmıştır.

Tablo 49’de, IV. Hemşirelik tanısına ulaşıldığını gösteren sonuç kriterlerinin numerik tanımları ve açık tanımları verilmiştir

**Tablo 50: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların IV. Hemşirelik Tanısındaki (Kişisel/ Öz Bakımda Yetersizlik) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı**

IV. Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterleri		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		Sayı	%	Sayı	%
1. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	8	88.9
	Ulaşılmadı	-	-	1	11.1
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
Fisher Kesin Testi, p* =1.000					
2. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
X <sup>2</sup> = - SD= - p**= -					
3. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	8	88.9
	Ulaşılmadı	-	-	1	11.1
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
Fisher Kesin Testi, p* =1.000					

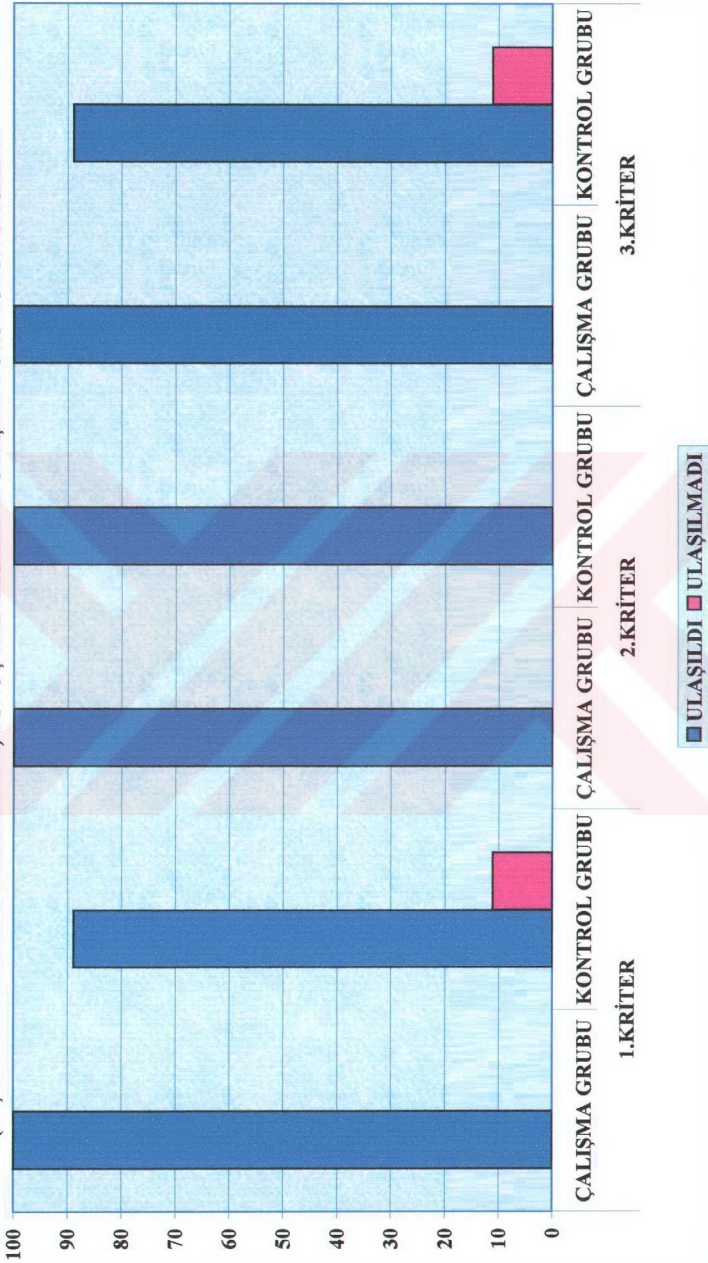
\* 5’in altında beklenen değerler olduğundan Fisher Kesin Testi yapılmıştır.

\*\* Birden fazla boş göz olduğu için analiz yapılamamıştır.

Tablo 50, Grafik 4’de 4.Hemşirelik tanısı olan “**Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik**” tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumları görülmektedir. 1.Kritere çalışma grubunda olan tüm hasta çocuklarda (%100.0), kontrol grubunda 8 (%88.9) hasta çocukta ulaşılmıştır. 2.Kritere her grupta da tüm çocukların (%100.0) ulaştığı, 3.Kritere ise çalışma grubunda olan tüm çocukların (%100.0), kontrol grubunda ise 8’inin (%88.9) ulaştığı saptanmıştır. 4. Hemşirelik tanısının “**Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik**” sonuç kriterlerine ulaşma durumu iki grup arasında karşılaştırılmış ve tüm kriterler için gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).



**GRAFİK 4: ÇALIŞMA VE KONTROL GURUBUNDAKİ ÇOCUKLARIN IV. HEMŞİRELİK TANISINDAKİ (KİŞİSEL/ÖZ BAKIMDA YETERSİZLİK) SONUÇ KRİTERLERİNE ULAŞMA DURUMUNUN DAĞILIMI**



**3.3.5. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların V. Hemşirelik Tanısındaki (Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarının İncelenmesi**

**Tablo 51: V. Hemşirelik Tanısının (Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı) Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımları**

Sonuç Kriterlerinin Numerik Tanımı	Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımı
1. Kriter	Son 24 saatir oral müköz membranda herhangi bir değişim (lezyon, plak vb.) yoktur.
2. Kriter	Ağız mukozasının bütünlüğü korunmaktadır.

Tablo 51’de, V. Hemşirelik tanısına ulaşıldığını gösteren sonuç kriterlerinin numerik tanımları ve açık tanımları verilmiştir

**Tablo 52: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların V. Hemşirelik Tanısındaki (Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı**

V. Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterleri	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		
	Sayı	%	Sayı	%	
1. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	8	88.9
	Ulaşılmadı	-	-	1	11.1
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi, p* =1.000			
2. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	8	88.9
	Ulaşılmadı	-	-	1	11.1
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi, p* =1.000			

\* 5’in altında beklenen değerler olduğundan Fisher Kesin Testi yapılmıştır.

Tablo 52, Grafik 5’de 5.Hemşirelik tanısı olan “**Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı**” tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumları verilmiştir.

1. ve 2. Kriterlere çalışma grubunda olan tüm hasta çocuklar (%100.0), kontrol grubunda ise 8 (%88.9) hasta çocuğun ulaştığı saptanmıştır. 5. Hemşirelik tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumu iki grup arasında karşılaştırılmış ve her iki kritere ulaşmada çalışma grubu lehine sayısal farklılık olmakla beraber her iki kriter için iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

**GRAFİK 5: ÇALIŞMA VE KONTROL GURUBUNDAKİ ÇOCUKLARIN V. HEMŞİRELİK TANISINDAKİ (ORAL MÜKÖZ MEMBRANLARIN BÜTÜNLÜĞÜNDE BOZULMA OLASILIĞI) SONUÇ KRİTERLERİNE ULAŞMA DURUMUNUN DAĞILIMI**



**3.3.6. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların VI. Hemşirelik Tanısındaki (Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarının İncelenmesi**

**Tablo 53: VI. Hemşirelik Tanısının (Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik) Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımları**

Sonuç Kriterlerinin Numerik Tanımı	Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımı
1. Kriter	Çocukta, huzursuzluk yoktur.
2. Kriter	Çocukta, ağlama nöbeti yoktur.
3. Kriter	Annede, huzursuzluk yoktur.
4. Kriter	Annede, ağlama nöbeti yoktur.
5. Kriter	Çocuk bakıma katılmaktadır (yaşı uygunsa)
6. Kriter	Anne, bakıma katılmaktadır.
7. Kriter	Çocuk, duygu ve düşüncelerini ifade etmektedir (konuşabiliyorsa).
8. Kriter	Anne, duygu ve düşüncelerini ifade etmektedir.
9. Kriter	Çocuk, hastanede kaldığı süre içinde yeterli uyumaktadır.
10. Kriter	Anne, hastanede kaldığı süre içinde yeterli uyumaktadır.
11. Kriter	Çocuk, endişelerinde azalma olduğunu sözel olarak ifade etmektedir (konuşabiliyorsa).
12. Kriter	Anne, endişelerinde azalma olduğunu sözel olarak ifade etmektedir.
13. Kriter	Çocuk, yaşına uygun aktivitelere (oyun- okul) katılmaktadır.

Tablo 53'de, VI. Hemşirelik tanısına ulaşıldığını gösteren sonuç kriterlerinin numerik tanımları ve açık tanımları verilmiştir



**Tablo 54: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların VI. Hemşirelik Tanısındaki (Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı**

VI. Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterleri		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		Sayı	%	Sayı	%
1. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	6	66.7
	Ulaşılmadı	-	-	3	33.3
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.205	
2. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	6	66.7
	Ulaşılmadı	-	-	3	33.3
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.205	
3. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	7	77.8
	Ulaşılmadı	-	-	2	22.2
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.470	
4. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	7	77.8
	Ulaşılmadı	-	-	2	22.2
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.470	
5. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	8	88.9
	Ulaşılmadı	-	-	1	11.1
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =1.000	
6. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		X <sup>2</sup> = -		SD= -	
7. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		X <sup>2</sup> = -		SD= -	
8. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		X <sup>2</sup> = -		SD= -	
9. Kriter	Ulaşıldı	9	100.0	7	77.8
	Ulaşılmadı	-	-	2	22.2
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.470	
10. Kriter	Ulaşıldı	8	88.9	6	66.7
	Ulaşılmadı	1	11.1	3	33.3
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.576	

**Tablo 54'ün devamı**

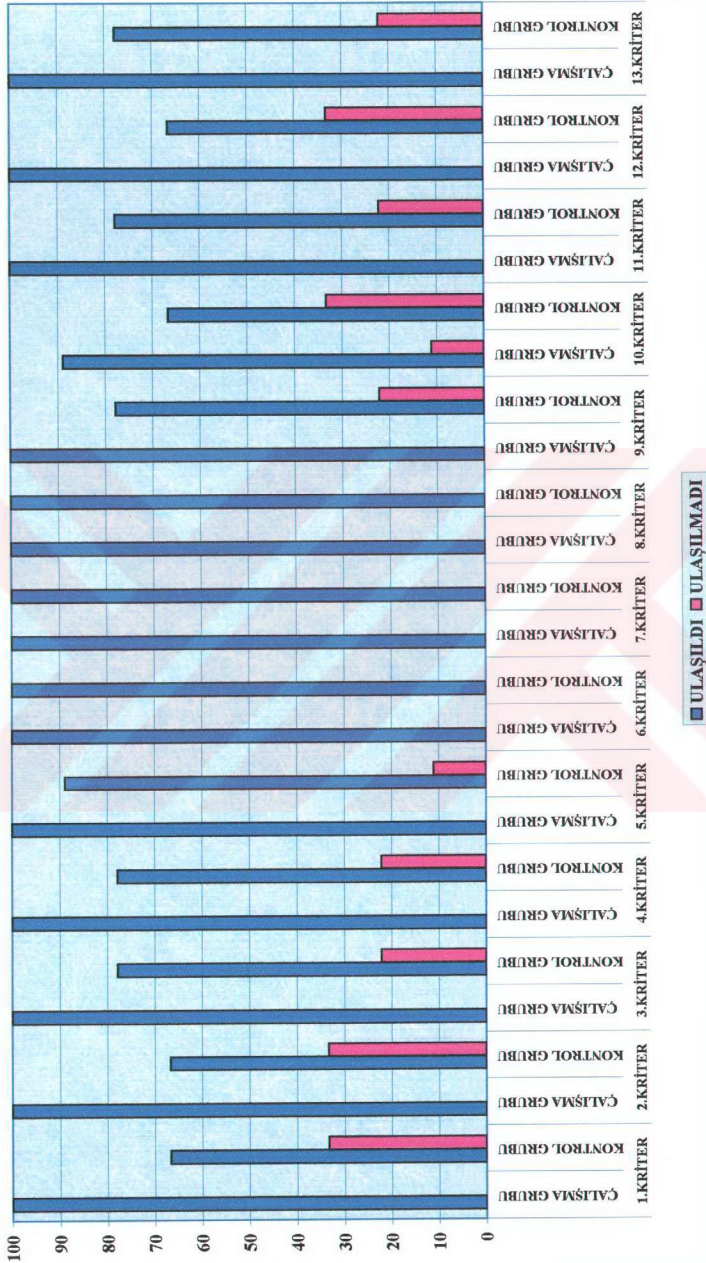
<b>11. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	7	77.8
	Ulaşılmadı	-	-	2	22.2
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.470	
<b>12. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	6	66.7
	Ulaşılmadı	-	-	3	33.3
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.205	
<b>13. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	7	77.8
	Ulaşılmadı	-	-	2	22.2
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.470	

\* 5'in altında beklenen değerler olduğundan Fisher Kesin Testi yapılmıştır.

\*\* Birden fazla boş göz olduğu için analiz yapılamamıştır.

Tablo 54, Grafik 6'da 6.Hemşirelik tanısı olan “Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik” tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumları görülmektedir. 1. ve 2. Kriterlere çalışma grubundaki tüm hasta çocuklarda (%100,0), kontrol grubunda ise 6 (%66,7) hasta çocukta ulaşılmıştır. 3. ve 4.Kriterlere çalışma grubunda olan tüm çocukların (%100,0), kontrol grubunda ise 7'sinin (%77,8) ulaştığı saptanmıştır. 5.Kritere çalışma grubundaki çocukların tümünde (%100,0), kontrol grubunda ise 8 (%88,9) çocukta ulaşılmıştır. 6., 7. ve 8.Kriterlere her iki grupta da çocukların tümü (%100,0) ulaşılmıştır. 9.Kritere çalışma grubunda olan çocukların tümü (%100,0), kontrol grubunda 7'sinde (%77,8) ulaşıldığı, 10.Kritere çalışma grubunda olan 8 (%88,9) çocukta, kontrol grubunda ise 6 (%66,7) çocukta ulaşıldığı saptanmıştır. 11. ve 13.Kriterlere çalışma grubundaki çocukların tümü (%100,0), kontrol grubunda ise 7'sinde (%77,8) ulaşılmıştır. 12.Kritere çalışma grubunda olan çocukların tümünde (%100,0), kontrol grubunda ise 6 (%66.7) çocukta ulaşıldığı saptanmıştır. 6. Hemşirelik tanısı olan “Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik” tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumu iki grup arasında karşılaştırılmış, 1., 2., 3., 4., 5., 9., 10., 11., 12. ve 13.Kriterlere ulaşmada çalışma grubu lehine sayısal farklılık olmakla birlikte iki grup arasında tüm kriterler için anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**GRAFİK 6: ÇALIŞMA VE KONTROL GRUBUNDAKİ ÇOCUKLARIN VI. HEMŞİRELİK TANISINDAKİ (ÇOCUKTA VE AİLEDE ANKŞİYETE, BAŞETMEDE YETERSİZLİK) SONUÇ KRİTERLERİNE ULAŞMA DURUMUNUN DAĞILIMI**



### 3.3.7. Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların VII. Hemşirelik Tanısındaki (Bilgi Eksikliği) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarının İncelenmesi

**Tablo 55: VII. Hemşirelik Tanısının (Bilgi Eksikliği) Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımları**

Sonuç Kriterlerinin Numerik Tanımı	Sonuç Kriterlerinin Açık Tanımı
1. Kriter	Çocuk, TPB nedenlerini bilmektedir.
2. Kriter	Çocuk, tedavinin önemini bilmektedir.
3. Kriter	Çocuk, tedavide beklenen sonuçları bilmektedir.
4. Kriter	Çocuk, İV setin korunmasının önemini bilmektedir.
5. Kriter	Çocuk, santral venöz kateter üzerindeki gerginliğin önlenmesinin önemini bilmektedir.
6. Kriter	Çocuk, aldığı-çıkardığı sıvı takibinin önemini bilmektedir.
7. Kriter	Aile, TPB nedenlerini bilmektedir.
8. Kriter	Aile, tedavinin önemini bilmektedir.
9. Kriter	Aile, tedavide beklenen sonuçları bilmektedir.
10. Kriter	Aile, İV setin korunmasının önemini bilmektedir.
11. Kriter	Aile, santral venöz kateter üzerindeki gerginliğin önlenmesinin önemini bilmektedir.
12. Kriter	Aile, aldığı-çıkardığı sıvı takibinin önemini bilmektedir.

Tablo 55’de, VII. Hemşirelik tanısına ulaşıldığını gösteren sonuç kriterlerinin numerik tanımları ve açık tanımları verilmiştir



**Tablo 56: Çalışma ve Kontrol Grubundaki Çocukların VII. Hemşirelik Tanısındaki (Bilgi Eksikliği) Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı**

VII. Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterleri		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu	
		Sayı	%	Sayı	%
<b>1. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	5	55.6
	Ulaşılmadı	-	-	4	44.4
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.082	
<b>2. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	5	55.6
	Ulaşılmadı	-	-	4	44.4
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.082	
<b>3. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	5	55.6
	Ulaşılmadı	-	-	4	44.4
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.082	
<b>4. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		X <sup>2</sup> = -		SD= -	
<b>5. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		X <sup>2</sup> = -		SD= -	
<b>6. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	5	55.6
	Ulaşılmadı	-	-	4	44.4
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.082	
<b>7. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	-	-
	Ulaşılmadı	-	-	9	100.0
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.000	
<b>8. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	-	-
	Ulaşılmadı	-	-	9	100.0
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.000	
<b>9. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	-	-
	Ulaşılmadı	-	-	9	100.0
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		p* =0.000	
<b>10. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		X <sup>2</sup> = -		SD= -	
				p**= -	

**Tablo 56'in devamı**

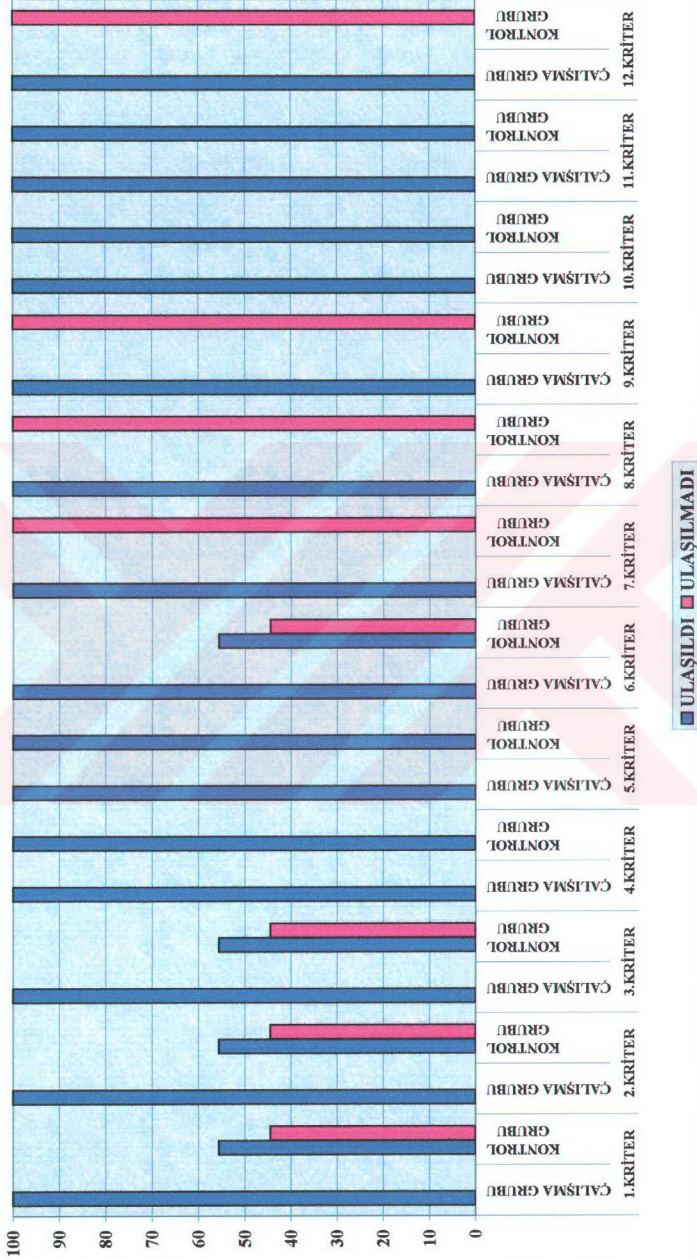
<b>11. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	9	100.0
	Ulaşılmadı	-	-	-	-
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		$X^2=$ -	$SD=$ -	$p^{**}=$ -	
<b>12. Kriter</b>	Ulaşıldı	9	100.0	-	-
	Ulaşılmadı	-	-	9	100.0
	<b>TOPLAM</b>	9	100.0	9	100.0
		Fisher Kesin Testi,		$p^*=0.000$	

\* 5'in altında beklenen değerler olduğundan Fisher Kesin Testi yapılmıştır.

\*\* Birden fazla boş göz olduğu için analiz yapılamamıştır.

Tablo 56, Grafik 7'de 7.Hemşirelik tanısı olan "**Bilgi Eksikliği**" tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumları verilmiştir. 1., 2., 3. ve 6.Kriterlere çalışma grubunda olan tüm hasta çocuklarda (%100.0), kontrol grubunda ise 5 (%55.6) hasta çocukta ulaşılmıştır. 4., 5., 10. ve 11.Kriterlere her iki grupta olan çocukların tümü (%100.0) ulaşmıştır. 7., 8., 9. ve 12.Kriterlere çalışma grubunda olan tüm çocukların (%100.0) ulaştığı, kontrol grubunda olan tüm çocukların (%100.0) ise ulaşamadığı saptanmıştır. 7. Hemşirelik tanısı olan "**Bilgi Eksikliği**" tanısının sonuç kriterlerine ulaşabilme durumu her iki grupta da karşılaştırılmış ve çalışma grubu lehine 7., 8., 9. ve 12.Kriterlerde anlamlı bir fark bulunmuş ( $p<0.001$ ), diğer kriterlerde ise anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

**GRAFİK 7: ÇALIŞMA VE KONTROL GRUBUNDAKİ ÇOCUKLARIN VII. HEMŞİRELİK TANISINDAKİ (BİLGİ EKSİKLİĞİ) SONUÇ KRİTERLERİNE ULAŞMA DURUMUNUN DAĞILIMI**



### 3.4. ÇOCUKLARIN SONUÇ KRİTERLERİNE ULAŞMA DURUMLARI TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ, ÇALIŞMA VE KONTROL GRUPLARINA GÖRE İNCELENMESİ

**Tablo 57: Çalışma Grubundaki Çocukların Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumları Toplam Puan Ortalamalarının, Ortalama ve Standart Sapmalarının Tüm Hemşirelik Tanılarına Göre Dağılımı**

Hemşirelik Tanıları	Toplam Kriter Sayısı	N	$\bar{X}$	Ss
1- Enfeksiyon Gelişme Olasılığı	17	9	17.88	2.31
2- Komplikasyon Gelişme Riski	32	9	34.55	2.83
3- Fiziksel Hareket Kısıtlılığı	9	9	9.11	0.33
4- Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik	3	9	3.00	0.00
5- Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı	2	9	2.00	0.00
6- Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik	13	9	13.11	0.33
7- Bilgi Eksikliği	12	9	12.00	0.00

Çalışma grubundaki hasta çocukların, tüm hemşirelik tanılarındaki sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 57’de gösterilmiştir. Çalışma grubundaki çocukların sonuç kriterlerine ulaşma durumu toplam puan ortalaması 1.Hemşirelik tanısı (**Enfeksiyon Gelişme Olasılığı**) için  $\bar{X}=17.88\pm 2.31$ , 2.Hemşirelik tanısı (**Komplikasyon Gelişme Riski**) için  $\bar{X}=34.55\pm 2.83$ , 3.Hemşirelik tanısı (**Fiziksel Hareket Kısıtlılığı**) için  $\bar{X}=9.11\pm 0.33$ , 4.Hemşirelik tanısı (**Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik**) için  $\bar{X}=3.00\pm 0.00$ , 5.Hemşirelik tanısı (**Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı**) için  $\bar{X}=2.00\pm 0.00$ , 6.Hemşirelik tanısı (**Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik**) için  $\bar{X}=13.11\pm 0.33$ , 7.Hemşirelik tanısı (**Bilgi Eksikliği**) için  $\bar{X}=12.00\pm 0.00$  olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 58: Kontrol Grubundaki Çocukların Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumları Toplam Puan Ortalamalarının, Ortalama ve Standart Sapmalarının Tüm Hemşirelik Tanılarına Göre Dağılımı**

Hemşirelik Tanıları	Toplam Kriter Sayısı	N	$\bar{X}$	Ss
1- Enfeksiyon Gelişme Olasılığı	17	9	19.22	2.04
2- Komplikasyon Gelişme Riski	32	9	35.55	3.87
3- Fiziksel Hareket Kısıtlılığı	9	9	10.00	1.50
4- Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik	3	9	3.22	0.66
5- Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı	2	9	2.22	0.66
6- Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik	13	9	15.55	3.39
7- Bilgi Eksikliği	12	9	17.77	2.10

Kontrol grubundaki hasta çocukların, tüm hemşirelik tanılarındaki sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 58’de gösterilmiştir. Kontrol grubundaki çocukların sonuç kriterlerine ulaşma durumu toplam puan ortalaması 1.Hemşirelik tanısı (**Enfeksiyon Gelişme Olasılığı**) için  $\bar{X}=19.22\pm 2.04$ , 2.Hemşirelik tanısı (**Komplikasyon Gelişme Riski**) için  $\bar{X}=35.55\pm 3.87$ , 3.Hemşirelik tanısı (**Fiziksel Hareket Kısıtlılığı**) için  $\bar{X}=10.00\pm 1.50$ , 4.Hemşirelik tanısı (**Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik**) için  $\bar{X}=3.22\pm 0.66$ , 5.Hemşirelik tanısı (**Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı**) için  $\bar{X}=2.22\pm 0.67$ , 6.Hemşirelik tanısı (**Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik**) için  $\bar{X}=15.55\pm 3.39$ , 7.Hemşirelik tanısı (**Bilgi Eksikliği**) için  $\bar{X}=17.77\pm 2.10$  olduğu görülmektedir.

**Tablo 59: Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumları Toplam Puan Ortalamalarının, Hemşirelik Tanılarına Göre Dağılımı**

Hemşirelik Tanıları	Gruplar	Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumları Toplam Puan Ortalamaları				
		N	$\bar{X}$	Ss	t	p
1.Hemşirelik Tanısı	Çalışma Grubu	9	17.88	2.31	-1.29	0.214
	Kontrol Grubu	9	19.22	2.04		
2.Hemşirelik Tanısı	Çalışma Grubu	9	34.55	2.83	-0.62	0.541
	Kontrol Grubu	9	35.55	3.87		
3.Hemşirelik Tanısı	Çalışma Grubu	9	9.11	0.33	-1.74	0.117
	Kontrol Grubu	9	10.00	1.50		
4.Hemşirelik Tanısı	Çalışma Grubu	9	3.00	0.00	-1.00	0.347
	Kontrol Grubu	9	3.22	0.66		
5.Hemşirelik Tanısı	Çalışma Grubu	9	2.00	0.00	-1.00	0.347
	Kontrol Grubu	9	2.22	0.66		
6.Hemşirelik Tanısı	Çalışma Grubu	9	13.11	0.33	-2.15	0.047
	Kontrol Grubu	9	15.55	3.39		
7.Hemşirelik Tanısı	Çalışma Grubu	9	12.00	0.00	-8.22	0.000
	Kontrol Grubu	9	17.77	2.10		

Çalışma ve kontrol grubu çocukların sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalamalarının, Hemşirelik tanılarına göre dağılımları Tablo 59’de görülmektedir.

Çalışma grubu çocukların 1.Hemşirelik tanısı “**Enfeksiyon Gelişme Olasılığı**”nın sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalaması, kontrol grubu çocuklarınkinden düşük (olumlu) olmakla birlikte, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t= -1.29$ ,  $p= 0.214 >0.05$ ).

Çalışma ve kontrol grubu çocukların 2.Hemşirelik tanısı “**Komplikasyon Gelişme Riski**”ne göre sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t= -0.62$ ,  $p= 0.541 >0.05$ ).

Çalışma ve kontrol grubu çocukların 3.Hemşirelik tanısı ”**Fiziksel Hareket Kısıtlılığı**”na göre sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t= -1.74$ ,  $p= 0.117 >0.05$ ).

Çalışma ve kontrol grubu çocukların 4.Hemşirelik tanısı "**Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik**"e göre sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t= -1.00, p= 0.347 >0.05$ ).

Çalışma ve kontrol grubu çocukların 5.Hemşirelik tanısı "**Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı**"na göre sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t= -1.00, p= 0.347 >0.05$ ).

Çalışma grubu çocukların 6.Hemşirelik tanısı "**Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik**"teki sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalaması, kontrol grubu çocuklarından düşük (olumlu) olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t= -2.15, p= 0.047 <0.05$ ).

Çalışma grubu çocukların 7.Hemşirelik tanısı "**Bilgi Eksikliği**"ne göre sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalaması, kontrol grubu çocuklarından düşük (olumlu) saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $t= -8.22, p= 0.00 <0.001$ ) (Tablo 59).



## BÖLÜM IV

### TARTIŞMA VE SONUÇ

#### 4.1. TARTIŞMA

##### 4.1.1. ÇALIŞMA VE KONTROL GRUBU ÇOCUKLARIN VE ANNELERİNİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE İNCELENMESİ

Araştırma kapsamında toplam 18 hasta çocuk olup, bu sayının %50'sini (9 çocuk) çalışma, %50'sini (9 çocuk) kontrol grubu çocuklar oluşturmaktadır.

Araştırmaya alınan çalışma ve kontrol grubu çocukların yaşlarına göre dağılımı incelendiğinde; çalışma grubu çocuklar ortalama  $\bar{X}=11.22\pm 5.81$  yaşında iken, kontrol grubu çocukların ise ortalama  $\bar{X}=5.67\pm 4.80$  yaşında oldukları saptanmıştır. Kontrol grubundaki çocuklar daha küçük yaşlarda olup, çalışma ve kontrol grupları arasında çocukların yaş ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 31).

Çalışma ve kontrol grubu çocukların cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında, çalışma grubuna alınan hasta çocukların %66.7'si kız, %33.3'ü erkek iken, kontrol grubuna alınan hasta çocukların ise %33.3'ü kız, %66.7'sinin erkek olduğu saptanmıştır.

Hasta çocukların tıbbi tanılarına göre dağılımına bakıldığında; çalışma grubuna alınan çocukların %22.2'sinde Anorektal Malformasyon, %11.1'de Op. Meningomyelose + Piyelonefrit, %11.1'de Laringomalazi, %11.1'de Polisigma, Dilate Rectum, %11.1'de Özefagus Atrezisi, %11.1'de Op. Perfore Apandisit, %11.1'de Op. Hirschprung, %11.1'de Op. Koledok Kisti tanısı olduğu, kontrol grubuna alınan çocukların ise %22.2'sinde Op. Özefagus Yanığı, %11.1'de Mide Çıkış Obstrüksiyonu, %11.1'de Nöronal İntestinal Displazi, %11.1'de Ateşli Silah Yaralanması, %11.1'de Op. Splenektomi + Recürrent Brit İleus, %11.1'de Op. Hirschprung, %11.1'de Anal Stenoza Bağlı Kronik Konstipasyon, %11.1'de Travma tanısı olduğu belirlenmiştir (Tablo 32). Çalışma ve kontrol grubu hasta çocukların tanıları, TPB endikasyonları ile ilgili olarak literatürde belirtilen gastrointestinal sistemin cerrahi hastalıkları ve hipermetabolik hastalıklar ile uygunluk göstermektedir (2,4,6,10).



Araştırma kapsamına alınan hasta çocukların TPB dışında başka invaziv girişim yerlerine göre dağılımına bakıldığında; çalışma grubuna alınan çocukların %22.2'sinde Foley+Nazogastrik sonda, %22.2'sinde Foley sonda+Penroz dren olduğu, kontrol grubuna alınan çocukların ise %33.3'ünde Foley+Nazogastrik sonda, %22.2'sinde Nazogastrik sonda olduğu saptanmıştır (Tablo 33).

Çocukların TPB sürelerine göre dağılımı incelendiğinde; çalışma grubuna alınan hasta çocukların TPB süresi ortalaması  $\bar{X}=11.33\pm 6.00$  iken, kontrol grubu hasta çocukların ise  $\bar{X}=12.67\pm 5.77$  gün olduğu saptanmıştır. Çocukların TPB sürelerine göre dağılımında iki grup arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ )(Tablo 34). TPB endikasyonu ile ilgili olarak; post-operatif dönemde hasta 5-7 gün enteral beslenemiyorsa veya oral beslenmemesi gerekiyorsa, TPB uygulamasının zorunlu olduğu belirtilmektedir (2,4,10,16,31). Araştırmada da çalışma ve kontrol grubu hasta çocukların TPB gün ortalaması, literatürde belirtilen TPB endikasyonu ile uygunluk göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan çalışma ve kontrol grubu hasta çocukların, TPB başlangıcındaki vücut ağırlığı persantil değerlerine göre dağılımı incelendiğinde; çalışma grubu çocuklar ortalama  $\bar{X}=24.89\pm 4.95$  vücut ağırlığı persantil değerinde iken, kontrol grubu çocuklar ise ortalama  $\bar{X}=16.11\pm 15.76$  vücut ağırlığı persantil değerinde olduğu belirlenmiştir. İki gruptaki çocukların TPB başlangıcındaki vücut ağırlığı persantil değerleri ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 35). Ayrıca, TPB süresince çalışma grubundaki hasta çocukların %44.4'ünde, kontrol grubunda ise %88.9'unda vücut ağırlığının korunduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya alınan çalışma ve kontrol grubu hasta çocukların TPB'nin kalori miktarına göre dağılımı incelendiğinde; çalışma grubu çocukların TPB kalori miktarı ortalaması  $\bar{X}=87.78\pm 9.72$  iken, kontrol grubunda ise  $\bar{X}=216.67\pm 368.85$ 'dir. Çocukların TPB'nin kalori miktarına göre dağılımında iki grup arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $P>0.05$ ) (Tablo 36). Araştırma kapsamına alınan çalışma grubu çocukların ortalama  $\bar{X}=11.22\pm 5.81$  yaşında olduğu, kontrol grubu çocukların ise ortalama  $\bar{X}=5.67\pm 4.80$  yaşında olduğu sonucu ve çocuk büyüdükçe enerji gereksinimi azalır gerçeği (16) göz önüne alındığında, araştırmaya alınan çalışma ve kontrol grubu çocukların TPB kalori miktarı beklenen sonuç olarak değerlendirilebilir.

Araştırmaya alınan çocukların annelerinin yaş dağılımları incelendiğinde; çalışma grubu çocukların anneleri ortalama  $\bar{X}=35.44\pm 9.19$  yaşında iken, kontrol grubu çocukların annelerinin ortalama  $\bar{X}=30.88\pm 6.21$  yaşında oldukları belirlenmiştir (Tablo 37).

Çalışma grubu çocukların annelerinin %77.8'inin, kontrol grubu çocukların annelerinin ise %44.4'ünün ilkokul ve altında öğrenim gördükleri saptanmıştır (Tablo 38).

Annelerin yaş ve eğitim durumları incelendiğinde her iki grupta da yaş ve eğitim durumları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Araştırma kapsamına giren hasta çocukların; TPB sürelerine, TPB başlangıcındaki vücut ağırlığı persantil değerleri, TPB'nin kalori miktarı, annelerinin yaş ve eğitim durumları ile ilgili değişkenlerin dağılımları açısından, çalışma ve kontrol grubu arasında benzerlik olup, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Araştırma kapsamına alınan hasta çocukların; yaş (ortalaması) açısından çalışma ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Araştırmada bu bulgu; örnekleme giren hasta çocuk ve annelerinin özellikleri (araştırmada süre kısıtlılığı, "karşılaştırmalı eşitlenmemiş grup son-test modeli" ve olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılması) örneklem sınırlılığı ile açıklanabilir.

#### 4.1.2. ÇALIŞMA VE KONTROL GRUBU ÇOCUKLARDA KOMPLİKASYON GELİŞME DURUMUNUN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan çalışma ve kontrol grubu hasta çocukların TPB sırasında komplikasyon gelişme durumuna göre dağılımı incelendiğinde; çalışma grubu çocukların %11.1 (1 çocuk)'de komplikasyon geliştiği, %88.9 (8 çocuk)'unda ise gelişmediği, kontrol grubu çocukların %33.3 (3 çocuk)'ünde komplikasyon geliştiği, %66.7 (6 çocuk)'sinde ise gelişmediği saptanmıştır. Kontrol grubu çocuklarda TPB sırasında komplikasyon gelişme oranının daha yüksek olduğu görülmektedir, ancak her iki gruptaki çocuklarda komplikasyon gelişme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ )(Tablo 39).

Çalışma ve kontrol grubu çocukların TPB sonunda gelişen komplikasyon tipine göre dağılımına bakıldığında, çalışma grubuna alınan hasta çocukların 1'inde (%11.1) metabolik komplikasyon, kontrol grubuna alınan hasta çocukların ise 1'inde (%11.1) metabolik, 2'sinde (%22.2) mekanik komplikasyon geliştiği saptanmıştır.

Aydoğdu ve arkadaşlarının 1997-1999 yılları arasında, EÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD'nda yatırılarak izlenen 1 ay-15 yaş arası, Total Parenteral Beslenen 65 çocuk üzerinde yaptıkları retrospektif çalışmalarında; %3-17 arasında metabolik, %9 oranında mekanik-enfeksiyöz komplikasyonların geliştiğini saptamışlardır (3).

Kateterlerin bakımını özel olarak eğitilmiş deneyimli hemşirelerden oluşan bir ekip yürütmeli ve bakımı Standart Hemşirelik Bakım Formuna uygun olarak yapılmalıdır (16,64,18).

Çalışma grubu çocukların 1'inde (%11.1) **metabolik** komplikasyon, kontrol grubu çocukların 2'sinde (%22.2) hemşirelik fonksiyonları ile ilgili olarak **mekanik** komplikasyonların görülmesi; TPB'de Standart Hemşirelik Bakım Modelinin etkililiğinin göstergesi olarak, önemli ve anlamlı bir sonuçtur.

Hasta çocukların TPB gün ortalamasına göre dağılımına bakıldığında; çalışma grubu çocukların 5'sinin (%55.6) ve kontrol grubu çocukların 6'sının (%66.7) 7 günden fazla, çalışma grubu çocukların 4'ünün (%44.4) ve kontrol grubu çocukların 3'ünün (%33.3) ise 7 gün ve daha az TPB aldıkları saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubu çocukların TPB gün ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 40).

TPB endikasyonu ile ilgili olarak; post-operatif dönemde hasta 5-7 gün enteral beslenemiyor ise veya oral beslenmemesi gerekiyor ise, TPB uygulamasının zorunlu olduğu

belirtilmektedir (2,4,16,31). Araştırmada da çalışma ve kontrol grubu hasta çocukların TPB gün ortalaması, literatürde belirtilen TPB endikasyonu ile uygunluk göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hasta çocukların komplikasyon gelişme durumunun, TPB gün ortalamasına göre dağılımına bakıldığında; çalışma grubunda 7 ve daha az gün TPB alan çocukların 1'inde (%25.0), kontrol grubunda ise 7 günden fazla TPB alan çocukların 3'ünde (%50.0) komplikasyon geliştiği saptanmıştır. 7 günden fazla TPB alan kontrol grubu çocuklarda komplikasyon gelişme oranı yüksek olmasına rağmen, her iki gruptaki çocuklarda TPB gün ortalaması ile komplikasyon gelişme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 41).

TPB süresi fazla olan çocuklarda komplikasyon gelişme riski yüksektir (16). Bu araştırmada da, 7 günden az TPB alan çocukların 1'inde (%25.0) komplikasyon görülürken, 7 günden fazla TPB alan çocukların ise 3'ünde (%50.0) komplikasyon görülmesi beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Çocukların, komplikasyon gelişme durumunun TPB yoluna göre dağılımı incelendiğinde; periferik yoldan TPB alan 15 (%83.3) çocuktan 2'sinde (%13.3) komplikasyon gelişirken, santral yoldan TPB alan 3 (%16.7) çocuktan ise 2'sinde (%66.7) komplikasyon geliştiği belirlenmiştir. Santral yoldan TPB alan çocuklarda komplikasyon gelişme oranı periferik yoldan TPB alan çocuklara göre yüksek olmasına rağmen, TPB yolu ile komplikasyon gelişme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 42).

Enfeksiyon riskinden dolayı, çocuklarda santral yoldan TPB tercih edilmemektedir. Sadece, Periferik Parenteral Beslenmenin mümkün olmadığı; uzun süre Parenteral Beslenmeye gereksinimi olan, anormal beslenme durumu olan, gereksinimleri artmış olan veya yoğunlaştırılmış sıvılara gereksinim olan hasta çocuklarda kullanılan beslenme şeklidir (2,4,6,16,31).

Karaman ve arkadaşlarının (1998) Ankara'da Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesinde Yenidoğan ve Çocuk Cerrahisi Servisinde Periferik Total Parenteral Beslenme uygulanan 42 bebek ve çocukların özellikleri ile TPB süre ve komplikasyonları açısından inceledikleri prospektif çalışmalarında, periferik kateter kullanımına bağlı komplikasyon gelişmediği saptanmıştır (38).

#### 4.1.3. ÇALIŞMA VE KONTROL GRUBUNDAKİ ÇOCUKLARIN 7 AYRI HEMŞİRELİK TANISININ SONUÇ KRİTERLERİNE ULAŞMA DURUMLARININ İNCELENMESİ

Araştırmada, 1. Hemşirelik tanısı olarak yer alan “ **Enfeksiyon Gelişme Olasılığı** “ tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumu iki grup arasında karşılaştırılmış ve anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 44, Grafik 1). Ancak araştırmada elde edilen bulgular incelendiğinde, 1.Hemşirelik tanısının sonuç kriterlerine ulaşan çocuk sayısı yönünden 1.,2.,3.,4.,6.kriterler ve 10.sonuç kriterinin çalışma grubu lehine sayısal farklılığının olması olumlu sonuç olarak değerlendirilebilir.

2. Hemşirelik tanısı olan “ **Komplikasyon Gelişme Riski** “ tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumları çalışma ve kontrol grubu arasında karşılaştırıldığında yalnızca 31. kriter olan “ **Gaita kıvamı normaldir** ” sonuç kriterine ulaşma durumu açısından çalışma grubu aleyhine anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ), diğer sonuç kriterlerine ulaşma durumları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 46, Grafik 2).

Araştırmada, 1. ve 2. hemşirelik tanılarında sonuç kriterlerine ulaşma durumu açısından iki grup arasındaki farkın anlamlı olmama nedenleri şu şekilde açıklanabilir:

- ❖ Araştırmada bu hemşirelik tanıları tıbbi tanıyı oluşturan klinik bulguları da içerdiğinden, değişik tanılarla Çocuk Cerrahisi Kliniğine yatırılan ve TPB başlanan hasta çocukların kliniğe yatırılarak tedavi edilmelerini gerektirmektedir. Bu bağlamda, çocukların tüm sorunlarının çözümlenmeden enteral veya oral beslenmeleri kontrendikedir. Sonuçta, standart hemşirelik bakım formu uygulansın ya da uygulanmasın her çocukta enteral beslenme endikasyonu olunca enteral veya oral beslenmeye başlanır ve hasta çocuk yoğun bakımdan servise geçirilir.
- ❖ Hemşire tarafından bu tanılara yönelik olarak gerçekleştirilecek çoğu girişimler, hemşirenin bağımlı girişimleridir ve genellikle hekim tarafından yazılı istem verilmektedir. Bu nedenle, bu girişimlerin gerçekleştirilmesinde standart hemşirelik bakım formu değil, hekim istemi belirleyici olmaktadır.
- ❖ Araştırmanın yapıldığı hastane kaliteli bakım ve bakım standartları konusunda çalışmaları olan ve çeşitli araştırmalar, eğitim programları yapılan bir eğitim hastanesidir. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği, kaliteli hasta bakımı konusunda geliştirilen bakım standartlarının uygulandığı pilot bölgelerden biri olduğu için, bu klinikte çalışan hemşireler, hasta bakımı konusunda

geliştirilen yazılı bakım standartları doğrultusunda çalışmaktadır ve bakım sonuçlarına ulaşmak için çaba harcamaktadırlar. Araştırma, kalite çalışmaları olmayan ya da hekim tarafından yazılı istem yapılmayan bir hastanede gerçekleştirilseydi, bu tanıların sonuç kriterlerine ulaşma durumları arasında anlamlı farklılık olabileceği düşünülmektedir.

3. Hemşirelik tanısı olan “ **Fiziksel Hareket Kısıtlılığı** ” nın sonuç kriterlerine ulaşma durumları açısından gruplar değerlendirildiğinde; çalışma ve kontrol grubu çocuklar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 48, Grafik 3). TPB’nen çocuklarda standart hemşirelik bakım süreci içinde yer alan yatak içerisinde aktif-pasif egzersiz uygulatma, hemşirenin bağımsız olarak yapabileceği fonksiyondur ve verilen bakım süreci içinde 1.,2.,3.,4. ve 9. sonuç kriterlerine ulaşmada çalışma grubu lehine sayısal farklılığın olması, sevindirici bir sonuçtur. Bu sonuçlar, farklı özellikli örnekleme örnekleme sınırlılıkları olmadığı koşullarda, TPB’de sonuç kriterlerine ulaşma durumları açısından gruplar arasında anlamlı farklılığın, dolayısı ile verilen standart hemşirelik bakımının etkili olabileceğini düşündürmektedir.

4. Hemşirelik tanısı olan “ **Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik** “ hemşirenin bağımsız olarak çözümlenebileceği bir sorun olması nedeni ile önemlidir. Çalışma ve kontrol grubu çocuklarda bu tanının sonuç kriterlerine ulaşma durumu Tablo 50, Grafik 4’de verilmiştir. Sonuç kriterlerine ulaşma durumu açısından yapılan değerlendirme sonucunda, iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Ancak, bu tanının 1. ve 3. kriterlerine ulaşma oranlarının çalışma grubu çocuklarda daha yüksek olması standart hemşirelik bakımının, bakım kalitesine olumlu yansımalarının göstergesi olarak değerlendirilebilir. Ayrıca, her iki gruba giren çocuklar arasında bebeklerin de olması gelişimsel dönemleri açısından öz bakıma yönelik bir beklenti olmayışı nedeni ile bebeklerde “sorun yok” olarak ele alınıp, “ulaşıldı” olarak değerlendirilmiştir. Bunun da sonucu etkileyebileceği düşünülmektedir.

5. Hemşirelik tanısı olan “**Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı**” hemşirenin bağımsız fonksiyonlarından biridir. İki grup arasında yapılan değerlendirme sonucunda, bu tanının tüm sonuç kriterlerine ulaşma oranı çalışma grubu çocuklarda daha yüksek olmasına rağmen iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 52, Grafik 5). Bu tanının tüm sonuç kriterlerine ulaşma oranının sevindirici bir sonuç olarak çalışma grubu çocuklarda daha yüksek olduğu özünden gidilirse, örnekleme sınırlılığının olmadığı durumlarda veya kalite çalışmalarının başlamadığı hastanede yapıldığı



taktirde araştırmada, hemşirenin bağımsız fonksiyonları ile ilgili girişimlerinde sonuç kriterlerine ulaşmada hemşirelik bakımının etkili olması beklenebilir.

6. Hemşirelik tanısı olan “Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik” tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumları açısından yapılan değerlendirme sonucunda, iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 54, Grafik 6). Standart hemşirelik bakım süreci içinde yer alan hasta ile iletişim, hemşirenin bağımsız fonksiyonudur ve verilen bakım süreci içinde 1., 2., 3., 4., 5., 9., 10., 11., 12. ve 13. sonuç kriterlerine ulaşmada çalışma grubu lehine sayısal farklılığın olması, verilen standart hemşirelik bakımının etkili olabileceğini göstermektedir.

Hastaneye yatma, ameliyat ve anestezi çocuk ve ailesi için stres kaynağıdır. Aşırı stresin iyileşmeyi geciktirdiği bilinmektedir. Hastanın stresini azaltmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin, hastanede kalma süresi ve ilaç kullanımını azalttığı bildirilmektedir (25). Hastaneye, acil yoğun bakım ünitesine yatırılan çocuklara hemşire ve diğer sağlık ekibi üyelerinin uygun yaklaşabilmesi için, çocukların psikososyal özelliklerini, bilişsel gelişim özelliklerini, beklentilerini, korkularını, tepkilerini bilmeleri gereklidir. Hastalık sadece çocuğu değil aynı zamanda ailesini de fiziksel, sosyal, ruhsal ve ekonomik olarak etkilemektedir. Çocukları hastaneye yatırıldığında korku içinde olan ebeveynin ve çocuğun anksiyetesini azaltmada, duygusal destek ve yeterli bilgiye, hemşirenin güvenilir, dinleyen, sevecen, empatik bir yaklaşımına gereksinimleri vardır. Ebeveyn ve çocuklara birey olarak davranılması, hemşirenin iletişimi açık tutarak, sık aralıklar ile çocuğun durumu, hastalığı ve tedavisi hakkında ebeveyne bilgi vermesi, onların rahatlamalarına ve işbirliği yapmalarına yardım eder (48).

Sonuç kriterlerine ulaşma durumları açısından iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamasının nedeni şu şekilde açıklanabilir:

- ❖ Hastanede, yoğun bakım ünitelerinde aile merkezli yaklaşım esastır. Bu yaklaşım tedavi alanında veya yakınında ailenin bulunmasını önerir, işbirliğini artırır, çocuk, aile ve sağlık ekibi üyeleri arasında güvenli ilişkiler oluşturur (48).
- ❖ Araştırma yapılan Çocuk Cerrahisi Kliniğinde, her hasta çocuğun yanında annesinin bulunması, çocuğu rahatlatmaktadır. Aynı zamanda, çocuğun yanında kalan anne de, çocuğunun durumu ve fizik ortamı yakından gözleme şansı elde ettiği ve gerektiğinde çocuğun bakımında rol ve sorumluluk (banyo, yemeğine yardım etme gibi) aldığı için rahatlamaktadır. Bu çalışma aile merkezli yaklaşımı esas almayan bir klinikte yapılsaydı,

sonuç kriterlerine ulaşma durumları açısından iki grup arasında farkın anlamlı olması beklenebilirdi.

- ❖ Araştırmanın yapıldığı hastane, bir eğitim hastanesidir ve bakımda kalite konusunda çalışmaları vardır ve Çocuk Cerrahisi Kliniği kalite uygulamaları için pilot bölgelerden biridir. Bu nedenle hasta çocuklar ile olan ilişkiler, oldukça yakın ve sıcaktır. Çalışma süresince, hasta çocuklar, anneleri ve sağlık ekibi arasında iyi bir iletişim olduğu gözlenmiştir.
- ❖ Klinikte psikolog olması çocuklar ve annelerinin anksiyeteleri ile başetmelerinde bir etkidir.
- ❖ Kültürel özellikleri nedeni ile, hasta çocuk ve refakatçisi, hemşirenin yönlendirmesi olmadan da, rahatlıkla diğer hasta yakınları ile iletişime ve etkileşime girebilmektedir. Bu durumun da, anksiyeteleri ile başedebilmelerine yardımcı olduğu düşünülmektedir.
- ❖ Araştırmanın yapıldığı klinikte, koridorda hasta telefonu vardır. Hasta yakınları, hasta çocuk ve refakatçisini, hasta refakatçileri de evlerini ve yakınlarını kolaylıkla arayabilmektedir. Kliniğe özgü bu özellik de, hasta çocuk ve refakatçisinin anksiyeteleri ile daha kolay başetmelerini sağladığı düşünülmektedir.

7. Hemşirelik tanısı olan “**Bilgi Eksikliği**” sonuç kriterlerine ulaşma durumu (Tablo 56, Grafik 7) karşılaştırıldığında 1., 2., 3. ve 6. kriterlere çalışma grubunda olan tüm hasta çocuklarda (%100.0), kontrol grubunda ise 5 (%55.6) hasta çocukta ulaşılmıştır. 7., 8., 9. ve 12. sonuç kriterlerine çalışma grubunda olan tüm çocukların (%100.0) ulaştığı, kontrol grubunda olan tüm çocukların (%100.0) ise ulaşamadığı saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubu arasında yapılan değerlendirme sonucunda, bu tanının 7. sonuç kriteri (Aile, TPB nedenini bilmektedir), 8. (Aile, tedavinin önemini bilmektedir), 9. (Aile, tedaviden beklenen sonuçları bilmektedir) ve 12. (Aile, aldığı-çıkaracağı sıvı takibinin önemini bilmektedir) kriterlerine ulaşma durumları arasında çalışma grubu lehine, istatistiksel olarak çok anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Araştırmada bu anlamlı farkın, hemşirelerin hasta ve ailesinin bilgi eksikliği sorununu, öncelikli bir sorun olarak algılamamalarından kaynaklandığı söylenebilir. Araştırmada bu sonuçlar, standart hemşirelik bakım modeli kullanıldığında, hemşirelerin temel rolleri arasında yer alan ve eğitimci rolünü önemli düzeyde gerçekleştirdiği ortaya koymaktadır.

Eğitimde sağlıklı/hasta birey ve ailenin, sürecin her aşamasına etkin bir şekilde katılması temel öğedir. Hemşire bu süreçte eğitimci rolü kapsamında danışman ve kaynak kişi olma sorumluluğunu üstlenmiştir (77).



“Bilgi Eksikliği” hemşirenin bağımsız olarak çözümlenebileceği bir sorun olması nedeni ile çok önemlidir, hasta ve ailesinin eğitimi, hemşirelik bakım süreçlerinin vazgeçilmez hedeflerinden birisidir (13,23,37,47,48,54,65).

Bilgilendirme belirsizliği azaltır. Bilgiyi paylaşma hasta çocuk ve ailelerinin kontrol ve sorumluluk duygularını arttırabilir, kendilerini güvenli hissetmelerini kolaylaştırır. Etik olarak da yapılan tedavi ve testlerin çocukların gelişme ve anlama düzeylerine, ailelerin bilgi düzeylerine göre açıklanması önemlidir.

Çalışma ve kontrol grubu çocukların tüm hemşirelik tanılarının sonuç kriterlerine ulaşma durumları incelendiğinde; 1.,2.,3.,4.,5.,6. hemşirelik tanılarının sonuç kriterlerine ulaşma durumları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamasına ( $p>0.05$ ) rağmen, 7. hemşirelik tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumları açısından 7.,8.,9., ve 12. kriterlerde anlamlı bir fark bulunması  $p<0,001$ , Total Parenteral Beslenen hasta çocuğun bakımı konusunda geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin bakım kalitesine etkili olduğunu düşündürmektedir.



#### **4.1.4. ÇOCUKLARIN SONUÇ KRİTERLERİNE ULAŞMA DURUMLARI TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ, ÇALIŞMA VE KONTROL GRUPLARINA GÖRE İNCELENMESİ**

Araştırmaya alınan çocukların tüm hemşirelik tanılarındaki sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalamaları Student-t testi ile incelendiğinde; çalışma ve kontrol grubu çocukların 1.,2.,3.,4. ve 5. Hemşirelik tanılarındaki sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamasına karşın ( $p>0.05$ ) 6. ve 7. Hemşirelik tanılarındaki sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı bulunması ( $p<0.05$ ) (Tablo 59) Total Parenteral Beslenen hasta çocuğun bakımı konusunda geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin bakım kalitesine etkili olduğunu düşündürmektedir.



## 4.2. SONUÇ

Total Parenteral Beslenen çocuklara verilen standart hemşirelik bakım modelinin bakım kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlanan bu araştırmanın sonuçlarına göre:

- Çalışma grubu 9 (%50), kontrol grubu 9 (%50) olmak üzere toplam 18 hasta çocuk araştırma kapsamına alınmıştır.

- Tanıtıcı özelliklere ilişkin bilgiler incelendiğinde; çalışma grubu hasta çocukların %66.7'si kız, %33.3' erkeğken, kontrol grubu hasta çocukların ise %33.3'ü kız, %66.7'si erkeğdir.

- Çalışma grubunda çocuklar ortalama  $\bar{X}=11.22\pm 5.81$  yaşında iken, kontrol grubu çocuklar ise ortalama  $\bar{X}=5.67\pm 4.80$  yaşında olduğu saptanmıştır. Yaş ortalaması açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 31).

- Araştırmaya alınan çocuklar tanıları yönünden değerlendirildiğinde; çalışma grubu çocukların %22.2'si Anorektal Malformasyon, kontrol grubu çocukların ise %22.2'si Opere Özefagus Yanığı tanısına sahiptir (Tablo 32).

- TPB dışında başka invaziv girişim yerine göre dağılımı incelendiğinde; çalışma grubu çocukların %22.2'sinde Foley +Nazogastrik sonda, %22.2'sinde Foley sonda+Penroz dren, kontrol grubu çocukların ise %33.3'ünde Foley +Nazogastrik sonda, %22.2'sinde Nazogastrik sonda olduğu belirlenmiştir (Tablo 33).

- Araştırmaya alınan çalışma grubu çocukların TPB süresi ortalaması  $\bar{X}=11.33\pm 6.00$  iken, kontrol grubu çocukların TPB süresi ortalaması  $\bar{X}=12.67\pm 5.77$ 'dir.

- Araştırmaya katılan çocukların, TPB başlangıcındaki vücut ağırlığı persantil değerlerine göre dağılımına bakıldığında, çalışma grubu çocukların  $\bar{X}=24.89\pm 40.95$  vücut ağırlığı persantil değerinde, kontrol grubu çocukların ise  $\bar{X}=16.11\pm 15.76$  vücut ağırlığı persantil değerinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 35).

- TPB'nin kalori miktarı çalışma grubu çocuklarda  $\bar{X}=87.78\pm 9.72$  iken, kontrol grubu çocuklarda ise  $\bar{X}=216.67\pm 368.85$ 'dir (Tablo 36).

- Çalışma grubu çocukların anneleri  $\bar{X}=35.44\pm 9.19$  yaşında iken, kontrol grubu çocukların anneleri  $\bar{X}=30.88\pm 6.21$  yaşındadır (Tablo 37).

- Çalışma grubu çocukların annelerinin %77.8'nin, kontrol grubu çocukların annelerinin ise %44.4'nün ilkokul ve altında öğrenim gördükleri saptanmıştır (Tablo 38).

- Araştırma kapsamına alınan hasta çocukların yaşları açısından çalışma ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

- Araştırma kapsamına giren hasta çocukların; TPB sürelerine, TPB başlangıcındaki vücut ağırlığı persantil değerleri, TPB'nin kalori miktarı, annelerinin yaş ve eğitim durumları ile ilgili değişkenlerin dağılımları açısından, çalışma ve kontrol grubu arasında benzerlik olup, iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

- Araştırmaya alınan hasta çocuklarda komplikasyon gelişme durumu incelendiğinde; çalışma grubu çocukların %11.1'de, kontrol grubu çocukların ise %33.3'ünde komplikasyon geliştiği belirlenmiştir (Tablo 39). Çalışma grubu hasta çocukların %11.1'de metabolik komplikasyon, kontrol grubu hasta çocukların ise %11.1' metabolik, %22.2'sinde mekanik komplikasyon gelişmiştir.

- Araştırmaya katılan çocukları TPB gün ortalamasına göre dağılımına bakıldığında; çalışma grubu çocukların %55.6'sı, kontrol grubu çocukların ise %66.7'sinin 7 günden fazla TPB aldıkları saptanmıştır. İki grup arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 40).

- Çalışma ve kontrol grubu çocuklarda TPB gün ortalaması ile komplikasyon gelişme durumu arasında ilişki olup olmadığını saptamak amacı ile yapılan analizde fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 41).

- Araştırma kapsamına alınan hasta çocukların, komplikasyon gelişme durumunun TPB yoluna göre dağılımı incelendiğinde Periferal yoldan TPB alan çocukların (%83.3) %13.3'ünde komplikasyon gelişirken, santral yoldan TPB alan çocukların (%16.7) %66.7'sinde komplikasyon geliştiği saptanmıştır. TPB yolu ile komplikasyon gelişme durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 42).

- Çalışma ve kontrol grubu çocukların tüm hemşirelik tanılarının sonuç kriterlerine ulaşma durumları gruplar arasında karşılaştırılmış ve;

\* 1. Hemşirelik tanısı olan "**Enfeksiyon Gelişme Olasılığı**" tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumu verileri incelendiğinde; iki grup arasında fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 44).

\* 2. Hemşirelik tanısı olan "**Komplikasyon Gelişme Riski**" tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumları gruplar arasında karşılaştırıldığında; çalışma grubu aleyhine 31.kriter dışında, diğer kriterlerde anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 46).

\* 3. Hemşirelik tanısı olan "**Fiziksel Hareket Kısıtlılığı**" tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumları açısından gruplar değerlendirildiğinde; çalışma ve kontrol grubu çocuklar arasında yapılan analizde anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 48).

\* 4. Hemşirelik tanısı olan “**Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik**” tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumları açısından iki grup arasında yapılan değerlendirme sonucunda; gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 50).

\* 5. Hemşirelik tanısı olan “**Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı**” tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumları gruplar arasında karşılaştırıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 52).

\* 6. Hemşirelik tanısı olan “**Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik**” tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumları açısından gruplar değerlendirildiğinde; çalışma 1.,2.,3.,4.,5.,9.,10.,11.,12. ve 13. sonuç kriterlerine ulaşma durumları açısından çalışma grubu lehine sayısal farklılık olmakla birlikte iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 54).

\* 7. Hemşirelik tanısı olan “**Bilgi Eksikliği**” tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumları gruplar arasında karşılaştırıldığında; çalışma grubu lehine 7.,8.,9. ve 12.kriterlerde anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.001$ ), diğer kriterlerde ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 56).

- Çalışma ve kontrol grubu çocukların sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalamalarının, hemşirelik tanılarına göre dağılımı incelendiğinde; her iki grupta da 1.,2.,3.,4. ve 5. Hemşirelik tanısındaki sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalaması açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). 6. ve 7. Hemşirelik tanısındaki sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalamaları açısından ise fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 59).

Ülkemizde Total Parenteral Beslenen çocuğun bakımı konusunda Standart Hemşirelik Bakım Formu olmaması ve dünya hemşirelik yayınlarında benzer bir çalışmanın bulunmaması nedeni ile bulguların yorumu genellikle araştırmacının görüşleri ile sınırlı kalmıştır. Bu sonuçlar, yukarıda sözü edilen sınırlılıklar göz önüne alınmak koşulu ile Total Parenteral Beslenme alan çocuklara verilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin bakım kalitesine etkili olabildiğini göstermektedir.

### 4.2.1. ÖNERİLER

Profesyonel çocuk hemşiresinin her çocuğa kaliteli bakımı sağlama sorumluluğu vardır. Total Parenteral Beslenen çocuklara verilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin bakım kalitesine etkisinin incelendiği araştırma sonuçları doğrultusunda, aşağıdaki girişimler önerilebilir:

- ❖ Araştırmada Total Parenteral Beslenen çocuklarda “Bilgi Eksikliği” hemşirelik tanısının sonuç kriterlerine ulaşma oranları, standart hemşirelik bakımı verilen çalışma grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu özden gidilerek hasta yakınlarının, özellikle anne ve babaların çocuklar için önemli ve öncelikli kişiler olduğunun bilincinde olarak, hasta bakımına katılımlarının desteklenmesi ve çocuğa uygulanan tedavi ve bakım konularında bilgi ve beceri kazanmaları sağlanmalıdır.
- ❖ Sonuç kriterlerine ulaşmayı kolaylaştırmak ve ulaşılan süreyi kısaltmak amacı ile yapı standartlarının; hemşire sayısının artırılması ve TPB’nen çocukların bakımında yer alan araç ve gereçlerin sayısal yeterliliğe ulaştırılması gibi girişimler ile güçlendirilmelidir.
- ❖ Araştırmanın yapıldığı hastane dışında standart çalışmalarına başlamayan diğer hastanelerde, tüm hemşirelik işlemleri için standart geliştirilmeli ve bu standartlar yazılı protokoller şeklinde hazırlanmalı ve sık sık denetlenmelidir.
- ❖ Klinik içinde standartların geliştirilmesinde ekip çalışması yapılmalı ve standartlar oluşturulurken akademisyen ve klinisyen hemşireler dayanışma içinde olmalıdır.
- ❖ Bütün TPB sıvısını hazırlama işlemleri (sıvıların içine kondukları şişelerin veya ampüllerin açılmasından, karıştırıcıya bağlanmalarına kadar) “Laminer Hava Akımlı” kabinlerde yapılmalıdır.
- ❖ Yoğun bakım ünitelerinde çalışan çocuk hemşirelerinin bu ve benzeri araştırma sonuçlarından haberdar edilmesi ile sonuçlar uygulamada işlerlik kazanmalıdır.
- ❖ Araştırmadan elde edilen bulgular, Total Parenteral Beslenen hasta çocuğun bakımı konusunda geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin bakım kalitesine etkili olabileceğini göstermektedir. Bu bağlamda, hastalara verilen bakımın kalitesinin artırılması için TPB yanı sıra her girişim, hastalığa ve her yaştaki hastaya uygun hemşirelik standartları geliştirilmeli ve standart bakım planlarının kullanılması ile bunların kliniklerde işlerliği sağlanmalı ve bakım kalitesine olan etkisini inceleyen çalışmalar yapılmalıdır. Çalışma daha fazla sayıda örneklem grubu ile yinelenmelidir.

## ÖZET

Bu araştırma, Total Parenteral Beslenen çocuklara verilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin, bakım kalitesine olan etkisini incelemek amacı ile deneysel olarak yapılmıştır.

15 Kasım 2000 - 25 Kasım 2001 tarihleri arasında, Ege üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Yoğun Bakım Ünitesinde Total Parenteral Beslenen 1-18 yaş grubuna giren 18 çocuk (9 çalışma, 9 kontrol grubu) araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak, çocukların sosyo-demografik özelliklerini saptamak amacı ile "Total Parenteral Beslenme Uygulanan Hasta Çocuklara Yönelik Bilgi Formu", araştırmacı tarafından geliştirilen "Standart Hemşirelik Bakım Formu" ve sonuç kriterlerine ulaşma durumlarını saptamak amacı ile "Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeği" kullanılmıştır. Sonuç kriterlerini değerlendirme ölçeğinde 7 hemşirelik tanısı (1. Enfeksiyon Gelişme Olasılığı, 2. Komplikasyon Gelişme Riski, 3. Fiziksel Hareket Kısıtlılığı, 4. Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik, 5. Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı, 6. Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik, 7. Bilgi Eksikliği) ve bu tanıların çözümlendiğini gösteren sonuç kriterleri yer almıştır.

Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeğinin içerik geçerliliği için Kendal Uyuşum Katsayısı (W) Korelasyon Testi (Kendall Coefficient Of Concordance) uygulanmıştır.

Çalışma grubuna standart hemşirelik bakımı verilmiş, kontrol grubu ise rutin servis bakımı almıştır.

Elde edilen veriler sayı ve yüzdeler, Ki-Kare ( $\chi^2$ ), Fisher Kesin ve Student-t testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmada yapılan analizler sonucunda, çalışma grubu çocuklar ortalama  $11.22 \pm 5.81$  yaşında iken, kontrol grubu çocuklar ise ortalama  $5.67 \pm 4.80$  yaşındadır. Araştırmaya alınan çocukların tanıtıcı özelliklerinin dağılımları açısından çalışma ve kontrol grubu arasında yaş ortalaması dışında fark olmadığı saptanmıştır.

Çalışma ve kontrol grubu çocuklarda komplikasyon gelişme durumu açısından, yapılan analizde, iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Çalışma ve kontrol grubu çocukların tüm hemşirelik tanılarının sonuç kriterlerine ulaşma durumları açısından 7. Hemşirelik Tanısının 7., 8., 9. ve 12. sonuç kriterlerine ulaşma durumunda anlamlı bir fark bulunmuş ( $p<0.001$ ), diğer tanıların sonuç kriterlerine ulaşma durumu açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).



Sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalamalarının, tüm hemşirelik tanılarına göre dağılımında; her iki grupta da 6. ve 7. hemşirelik tanısında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Araştırmadan elde edilen bulgular, sonuç olarak Total Parenteral Beslenen çocuklara verilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin, bakım kalitesine etkili olabildiğini göstermektedir.

Araştırma sonunda; hastalara verilen bakımın kalitesinin arttırılmasında her hastalığa uygun hemşirelik bakım standartlarının geliştirilmesi, ekip çalışması ile kliniklerde standartların işlerliğinin sağlanması standart hemşirelik bakım modellerinin bakım kalitesindeki etkileri üzerine çalışmaların yapılması önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik Standartları, Bakım Standartları, Uygulama Standartları, Çocuk, Total Parenteral Beslenme

## SUMMARY

This study was designed experimentally to evaluate the effect of the Standard Nursing Care Applied to the children who received Total Parenteral Nutrition (TPN) on the quality of the care.

18 children of which 9 belong to case group and the others belong to the control group, who fed by Total Parenteral Nutrition (TPN) in the intensive care unit of the pediatric surgery department of Ege University Hospital between 15<sup>th</sup> November 2001 and 25<sup>th</sup> November 2001 were the cases of present study. Three different data collection tools have been used to collect the data : "*Data collection form for the sick children who received TPN*" to determine the demographic properties of the children, "*Standard Nursery Care Form*" that designed by the researcher and "*Evaluation scale of the result criteria*" to determine how much reached to the result criteria. In the latter scale, 7 different nursery diagnosis and result criteria that show that these diagnosis have been resolved were present : (1) Probability of developing infection (2) Complication risk, (3) Physical movement limitation (4) Insufficiency of individual/self care (5) Disruption probability of membrane continuity (6) Anxiety in the child and the family (7) Knowledge insufficiency.

Kendall coefficient of Concordance (W) correlation test was applied to determine the content validity of the Evaluation Scale of the Result Criteria. The cases were received standard nursery care while the control group was received routine service care. The results were evaluated by the number and percent ratios, Chi-square, Fisher and Student-t tests.

According to the ultimate analysis, the mean age of the children of the case group was  $11.22 \pm 5.81$  whereas the mean age of the control group was  $5.67 \pm 4.80$ . No descriptive factor expect the mean age was detected to be different between the groups.

In the final analysis, complication rates were not seen to be statistically meaningful between groups ( $P > 0.05$ ).

When two groups were evaluated by the mean of the level of reaching to the result criteria of nursery diagnosis, the 7<sup>th</sup>, 8<sup>th</sup>, 9<sup>th</sup> and the 12<sup>nd</sup> criteria were found to be different and statistically meaningful between two groups ( $p < 0,001$ ). The other criteria were not found to be different between the groups.

When all of the nursery care criteria evaluated, the sixth and seventh nursery diagnosis have been detected to be different between the groups.

As a result of the study, the model of standard nursery care applied to the children who received total parenteral nutrition is effective on the quality of care of the children.

Finally to increase the quality of the care applied to the patients, nursery care standards should be developed according to the conditions of each disease, functionality of the nursing care standards should be increased by team work and the studies should be carried out to research the effects of the models of standard nursery care on the quality of care of the sick children.

**Key words:** Nursing Standards, Care Standards, Practice Standards, Child, Total Parenteral Nutrition



## KAYNAKLAR

1. **Antrobus, S., Brown, S.,** "Guidelines and Protocols: a Chance to Take the Lead", Nursing Times, June 5, Volume: 92, Number: 23, 1996, 38-39.
2. **Aydoğdu, S.,** "Çocuk Hastalarda Parenteral Beslenme", Ege Pediatri Bülteni, Cilt:4, Sayı:1-2, 1997 , 29-37.
3. **Aydoğdu, S., Selimoğlu, M.A., Asena, S. Ve Arkadaşları,** "Çocukluk Çağında Total Parenteral Nütrisyon (TPN)", Türk Pediatri Kurumu XXXV. Ulusal Pediatri Kongresi, 19-23 Mayıs, Ankara, 1999, 376.
4. **Balık, E.,** "Çocuklarda Total Parenteral Nütrisyon", Klinik Nütrisyon, Logos Yayıncılık A.ř.,1993, 23-31.
5. **Baykul, Y.,** Eğitimde ve Psikolojide Ölçme, Klasik Test Teorisi ve Uygulaması, ÖSYM Yayınları, Ankara, 2000, 141-199, 201-223.
6. **Bilodeau, J.A., Poon, C., Mascarenhas, M.R.,**" Parenteral Nutrition and Care of Central Venous Lines", Clinical Pediatric Gastroenteroloji. Churchill Livingstone, 1998, 637-651.
7. **Biol, L.,** Hemşirelik Süreci. 4. Baskı, Etki Matbaacılık, İzmir, 2000.
8. **Birmingham, C.L.,** "Total Parenteral Nutrition in the Critically İll Patient", Lancet, Volume: 353, Number:9159, 1999,1116.
9. **Braun, Melsungen, A.G.,** İntravenöz Tedavide Temel Kavramlar. Logos Yayıncılık Tic. A.ř., 2. Baskı, İstanbul, 1997.
10. **Buchman, A.L.,** Hand book of Nutritional Support, Williams & Wlkins, A Waverly Company, 1997,17-56, 80-85.
11. .... "Care of Adult and Pediatric Patients Receiving Parenteral Nutrition (TPN, PPN, Hyperalimentation)", UTMB Department of Rharmacy Policy and Procedures, 2000, [http:// www.utmb.edu/policy/pharm/pp\\_07-35.pdf](http://www.utmb.edu/policy/pharm/pp_07-35.pdf).
12. **Carlsson, G., Hakansson, A., Rubensson, A., Finkel, Y.,**" Home Parenteral Nutrition in Children in Sweden", Pediatric Nursing ,Volume: 23, Number: 3, 1997, 272-274.
13. **Carpenito, L.J.,** Hemşirelik Tanıları El Kitabı, 7. Baskı, Çev.Erdemir, F., Nobel Tıp Kitabevi,1999, 518-519.
14. .... " Central Line Dressing Change", UTMB Nursing Practice Standards, 2000, [http:// www.utmb.edu/policy/nursing/search/07-02-21.pdf](http://www.utmb.edu/policy/nursing/search/07-02-21.pdf).
15. **Colagiovanni, L.,**" Periferal Benefits", Nursing Times, October 16, Volume:92, Number: 42, 1996, 59-64.

16. **Coşkun, T., Yurdakök, M., Özalp, İ.,** Çocuklarda Enteral ve Parenteral Beslenme, Sinem Ofset, Ankara, 1997.
17. **Çavuşoğlu, H.,** "Total Parenteral Beslenme (İntravenöz Hiperalimentation)", Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt 2, Ankara, 1996, 211- 217.
18. **Çimen, S.,** "Çocuklarda İnfüzyon Uygulamalarında Ekstravazasyon ve Tromboflebit Gelişme Durumu ve Etkileyen Etmenler", Uluslararası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 14-16 Mayıs, Ankara, 1998.
19. **Çimen, S.,** "Çocuklarda Santral Venöz Kateter Uygulamaları", 22. Pediatri Günleri ve 2. Pediatri Hemşireliği Günleri, İstanbul, 2000, 355-361.
20. .... "Çocuklarda Total Parenteral Beslenme", Pediatrik Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kurs Notları, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi ABD, İzmir, 1996, 59-66.
21. .... "Çocuklarda Sıvı Elektrolit Tedavisi", Çukurova Üniversitesi Çocuk Cerrahisi Notları, 2000, <http://lokman.Cu.Edu.Tr/Pedsurg/sivi-elekt.Htm>.
22. **Davis, M.,**"Quality in Care", Nursing Times/ September 23, Volume:88, Number: 39, 1992, i-viii.
23. **Dicle (Sarıkaya), A.,**" Total Parenteral Beslenmede Geliştirilen İzlem Protokolünün Komplikasyonların Görülme Durumuna Etkisi", Ege Üniversitesi HYO Dergisi, Cilt:13, Sayı:1-2, 1997, 89-103.
24. **Doğruyol, H.,** Çocuklarda Parenteral Beslenme, Güneş & Nobel Tıp Kitabevi, Bursa, 1994.
25. **Ekici, B., Atay, S.,**" Hemşirelikte Standardizasyon ve Çocuğun Hastaneye Yatmasına Yönelik Bakım Standardı", Hemşirelik Forumu/ Temmuz-Ekim, Cilt:4, Sayı:4, 2001, 22-32.
26. **Erefe, İ.,**" Sağlık Hizmetlerinde Standart ve Kalitenin Önemi", Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı, 3-5 Kasım, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1993, 20-25.
27. **Etki, R.,**" Total Parenteral Beslenme", Modüler Eğitim Kitabı, İzmir, 1993.
28. **Fresenius,** Parenteral Beslenme, Fresenius İlaç San. ve Tic. Ltd. Şti., İstanbul, 1993.
29. **Gömbül, Ö.,**" Hemşirelikte Kalite Güvenliği ve Standartlar", THD, Cilt:43, Sayı:3, 1993, 22-28.
30. **Hadaway,L.,**" Choosing the Right Vascular Access Device, Part I", Nursing/ February, 1999, 18.
31. **Hambidge, K.M., Sokol, R.J., Krebs, N.F.,**" Enteral and Parenteral Alimentation", Pediatric Clinical Gastroenteroloji, Fourth Edition, Mosby, 1995,1030-1045.

32. **Hatchett, R., Robinson, T.,"** Practical Procedures for Nurses, Central Venous Catheterisation-1", Nursing Times, Volume: 96, Number:11, 2000, 53-54.
33. **Hayran, M., Özdemir, O.,**Bilgisayar, İstatistik ve Tıp, 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği Yayını, 1996.
34. **Holden, C., Kelcey, H.,"** Fluid Systems", Nursing Times, February 19, Volume:93, Number:8, 1997, 61-64.
35. **Howard, L., Hassan, N.,"** Home Parenteral Nutrition", Gastroenteroloji Clinics Of North America, Volume:27, Number: 2 , 1998, 481-507.
36. **Intravenous Nurses Society,"** Intravenous Administration Set Change", Intravenous Nursing, Cambridge, 1998, <http://www.Ins1.org/st-st43.htm>
37. **Jamieson, M.E., Mc Call, M.J., Blythe, R.,** Parenteral Nutrition. Guidelines for Clinical Nursing Practices, Second Edition, Churchill Livigstone, Edinburgh, London, Madrid, Melbourne, New York and Tokyo, 1992, 104-117, 174-181.
38. **Karaman, A., Çakmak, Ö., Karaman, İ., Erdoğan, D.,"** Cerrahi Yenidoğanda Periferik Total Parenteral Beslenme", 16. Çocuk Cerrahisi Kongresi, Antalya, 1998, 153.
39. **Karasar, N.,** Bilimsel Araştırma Yöntemi, 7. Basım, Ankara, 1995.
40. **Karayurt, Ö., Deniz, H. ve ark. ,** " Kalite Yönetimi için bir Çalışma Örneği: İntravenöz Sıvı Uygulama", Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı, 3-5 Kasım, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1993, 263- 268.
41. **Karayurt, Ö., Sucuoğlu, F. ve ark.,"** Bakım Kalitesini Geliştirme Yaklaşımı Periferik İntravenöz Kanül Bakımı", Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı. 3- 5 Kasım, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1993, 269- 272.
42. **Kavaklı, A.,** Çocuk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme, 1. baskı, Hilal Matbaacılık A.Ş., İstanbul, 1992.
43. **Kavaklı, A., Pek, H., Bahçecik, N.,** Çocuk Hastalıkları Hemşireliği. 1. Baskı, Alendar Ofset, Ankara, 1995.
44. **Kaymakçı, Ş.,"** Total Parenteral Beslenme", Ege Üniversitesi HYO Cerrahi ABD Ders Notları, İzmir, 1999.
45. **Keitley, K.J.,"** Advances in Nutritional Support", The Nursing Clinics of North America, Volume:24, Number: 2, 1989,301-460.
46. **Kenner, C., Lott, W.J., Flandermeyer, A.A.,** Comprehensive Neonatal Nursing. W. B. Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto, Montreal, Sudney, Tokyo, 1998,356-359.
47. **Kenney, A.M.,"** Vascular Access", Nursing Care of the General Pediatric Surcical Patient. An Aspen Publication, Gaithersburg, Maryland, 2000,44-54.

48. **Kılıç, M.,**” Pediatrik Acil Yoğun Bakım Hemşireliğinde Çocuğa ve Aileye Psikolojik Yaklaşım ve Destek”, E.Ü.H.Y.O. Dergisi, Mayıs/Ağustos, Cilt:14, Sayı:2, 1998, 171-187.
49. **Kocaman, G., Sucuoğlu, F.,**” Kalıcı İntravenöz Uygulamaları İçin Bakım Standardı Geliştirme Çalışması”, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 24-26 Haziran, Esnaf Matbaacılık, Sivas, 1992, 517-522.
50. **Koçak, F., Kukulu, K.,**” Kaliteli Hasta Bakımında Hemşirenin Rolü”, Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı, 3-5 Kasım, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1993, 130-140.
51. **Krzywda, E.A.,** “ Administering TPN Safely”, Nursing, September, 1996, 61-62.
52. **Kum, E., Velioglu, P.,** Hemşirelikte İşlevler, Standartlar ve Nitelikler, 1980, 3.
53. **Macklin, B.,**” How to Manage PICCs. AJN/September, Volume: 97, Number: 9, 1997, 26-32.
54. **Mc Kenna, A., Saavedra, M.J.,**” Nutrition in the Pediatric Surgical Patient”, Nursing Care of the General Pediatric Surgical Patient, An Aspen Publication, Gaithersburg, Maryland, 2000,32- 43.
55. **Mc Keon, K.L.,** “Care of the Patient with an Arterial Line (Radial or Brachial)”, NIH Clinical Center Nursing Department, 1999, [http://www. Cc. Nih. Gov/ nursing](http://www.Cc.Nih.Gov/nursing)
56. **Montgomery, K.L.,**” Care of Patient with Central & Periferal Venous Access Device (VAD)”, National Institutes of Health Clinical Center Nursing Department,1999, [http://www. Cc. Nih. Gov /nursing /](http://www.Cc.Nih.Gov/nursing/)
57. **Montgomery, K.L.,**” Care and Maintenance of Central & Peripheral Venous Access Devices”, Natinal Institutes of Health, 1999, [http: // www. Cc. Nih. Gov / nursing](http://www.Cc.Nih.Gov/nursing)
58. **Montgomery, K.L., Daniels, C.E.,**” Care of the Patient Receiving Total Parenteral Nutrition (TPN)”, NIH Clinical Center Nursing Department, 1999, [http://www. Cc. Nih. Gov / nursing /](http://www.Cc.Nih.Gov/nursing/)
59. **Nural, N.,**” Kaliteli Bakım Standardı. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 24-26 Haziran, Esnaf Matbaacılık, Sivas, 1992, 28-34.
60. ....” Nursing Protocol for Initiation of Intravenous Infusions and Venipuncture in CCTC”, Victoria Hospital, 1994, [http:// critcare. Ihsc.on.ca/icu/ cctc / procprot / nursing / protocols / venipunc. Htm](http://critcare.Ihsc.on.ca/icu/cctc/procprot/nursing/protocols/venipunc.Htm)
61. .... “Nursing Protocol for İntravenous Medications in Critical Care/ Trauma Centre (CCTC)”, Victoria Hospital, 1992, [http:// critcare. Ihsc. On. Ca / icu/ cctc/ procprot / nursing / protocols/ intravenous medications. Htm](http://critcare.Ihsc.On.Ca/icu/cctc/procprot/nursing/protocols/intravenousmedications.Htm)



62. ....” Nursing Protocols for Total Parenteral Nutrition in Critical Care / Trauma Centre (CCTC)”, Victoria Hospital , 1994, <http://critcare.lhsc.on.ca/ficu/cctc/procprot/nursing/protocols/tpn.Htm>
63. **Okumuş, H.,**” Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Güvenliği”, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 24-26 Haziran , Esnaf Matbaacılık, Sivas, 1992, 95-105.
64. **Oran (Tuna), N., Turgay (San), A.,**” Santral Venöz Kateterlerde Hemşirelik Bakımı”, Hemşirelik Forumu, Cilt:3, Sayı:3, 2000,20-25.
65. **Öztürk, C.,**” Pnömonisi olan Çocuğun Bakımı Konusunda Geliştirilen Bakım Standardının Bakım Kalitesine Etkisi”, Ege Üniversitesi HYO Dergisi,Ocak-Nisan, Cilt:13, Sayı:1-3, İzmir, 1997, 105-118.
66. **Özgüven, İ. E.,** Psikolojik Testler, 2.Baskı, PD Rem Yayınları, Ankara, 1998, 83-120.
67. .... “ Parenteral Nutrition”, Intravenous Nursing, Intravenous Nurses Society, Cambridge, 1998, <http://www.ins1.org/st-st29.htm>
68. ....” Pediatrics”, Intravenous Nursing , Intravenous Nursing Society, Cambridge, 1998,<http://www.ins1.org/st-st25.htm>
69. **Pritchard,A.P., David,J.A.,**”Central Venous Catheterization”, Manual of Clinical Nursing Procedures. Second Edition, The Royal Morsden Hospital, Oxford, 1990, 78-96, 191- 197.
70. **Robinson, K., Fitzgerald, M.,**” Setting Standarts- A Staff- Centred Approach”, Nursing Times/ April 4, Volume: 86, Number:14, 1990, 42-43.
71. **Schofield, J.,** “ Practical Standards”, Nursing Times, February 21, Volume:86, Number: 8, 1990, 31-32.
72. **Siegel, S.,**”Davranış Bilimleri İçin Parametrik Olmayan İstatistikler”, A.Ü. Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Yayınları, Çev.: Y. Topsever, 274.
73. **Springell, J., Murray, C.,**”Direct Input TPN, Central Line Feeding”, Nursing Times, April 27, Volume: 90, Number: 17, 1994, 48-51.
74. .... “ Standarts for Nursing Practice in British Colombia”, 1999, <http://www.Rnabc.Bc.ca/standart.Htm>
75. .... “ Standarts of Nursing Practice Direct Care Provider”, 1999, <http://www.Marn.Mb.ca/standart.htm>
76. **Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V.,** Biyoistatistik. 3. Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 1990.
77. **Taşocak, G., Kaya, H.,**” Aile Eğitimi”, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi, 24-26 Eylül, İstanbul, 1998, 1-5.

78. **Tezbaşaran, A.A.**, Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu. 2. Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 1997, 21-51.
79. **Timmis, L.**, "PICC of the Bunch", Nursing Times/ August 19, Volume:94, Number:33, 1998, 70-72.
80. **Tireli, M.**, "Total Parenteral Nutrisyon", Klinik Nutrisyon, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1997, 46-55.
81. **Tokath, A.**, "Çocuklarda Parenteral Beslenme", Katkı Pediatri Dergisi, Beslenme-II, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Çocuk Sağlığı Enstitüsü Yayını, Mart-Nisan-Mayıs-Haziran, Cilt:17, Sayı:2-3, 1996, 221-247.
82. **Toprak, Ç.**, "Çocuklarda Periferik Parenteral Beslenme", III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 24-26 Haziran, Esnaf Matbaacılık, Sivas, 1992, 731-735.
83. **Tucker, Cannobio, Paquelk.**, "Patient Care Standarts (Nursing Process, Diagnosis and Outcoms", 4'th Edition, CV. Mosby Company, Toronto, 1988, 51-55.
84. **Türkmen, E.**, "Periferik İntravenöz Tedavi", Amerikan Hastanesi Eğitim Notları, 1997.
85. **Ulusoy, M.F., Görgülü, R.S.**, "Total Parenteral Beslenme (İntravenöz Hiperalimentationasyon)", Hemşirelik Esasları Kitabı, Cilt 1, 2. Baskı, Ankara, 1996 ,266-269.
86. **Uyer, G.**, Hemşirelik ve Yönetim. 3. Baskı, Hürbilek Matbaacılık, Ankara, 1997, 102-108.
87. **Wise, B., MCKenna, C., Garvin, G., Harmon, B.J.**, Nursing Care of the General Pediatric Surgical Patient. An Aspen Publication, Gaithersburg, Maryland, 2000, 36-56.
88. **Yılmaz (Bal), H., Conk, Z.**, "Mekanik Ventilator Desteği Alan Yenidoğanın Bakımı Konusunda Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin Bakım Kalitesine Etkisi", X. Ulusal Neonatoloji Kongresi Özet Kitabı, 26-30 Mart 2000, Antalya, 136.
89. **Yorulmaz, M.**, "Kalite Güvenliği ve Hemşirelik", Hemşirelik Forumu/ Temmuz-Ekim, Cilt:4, Sayı:4, 2001, 6-9.
90. **Zenk, E.K.**, Pediatric Parenteral Beslenme. Bülten Kitabı, 1994.

**EK 1**

**TOTAL PARENTERAL BESLENME UYGULANAN HASTA ÇOCUKLARA  
YÖNELİK BİLGİ FORMU**

Sıra No:

Protokol No:

Adı, Soyadı:

1- Cinsiyeti:

a) Kız

b) Erkek

2- Yaşı:.....

a) 1-6 yaş

b) 7-12 yaş

c) 13-18 yaş

Anne:

3- Annenin Yaşı ?.....

Yaş grubu: a) 18-23

b) 24-29

c) 30 ve ↑

4- Annenin Eğitim Durumu?

a) Okur- yazar değil

b) İlkokul mezunu

c) Ortaokul mezunu

d) Lise ve dengi okul mezunu

e) Fakülte ya da Yüksek okul mezunu

5- Annenin Mesleği?

a) İşçi

d) Emekli

b) Memur

e) Ev Hanımı

6- Hastanın Tanısı:.....

7- Total Parenteral Beslenmenin başladığı tarih:.....

8- Total Parenteral Beslenmenin sonlandığı tarih:.....

9- Total Parenteral Beslenme süresi (gün):.....

10- Hastanın boyu (cm):..... %.....persantil

11- Total Parenteral Beslenmenin başlangıcındaki vücut ağırlığı (kg):

%..... persantil

- 12- Total Parenteral Beslenme sonu vücut ağırlığı (kg):..... %..... persantil
- 13- Total Parenteral Beslenmeyi hangi yoldan alıyor ?  
a) Periferal yoldan                      b) Santral yoldan
- 14- Kateterlerin yerleştirilme bölgesi:  
a) Eksternal ve internal juguler ven  
b) Subklavian ven  
c) Kübital venler (Vena sefalika + Vena basilika)
- 15- Total Parenteral Beslenmenin kalori miktarı / içeriği ?
- 16- Total Parenteral Beslenme başlangıcında hidrasyon durumu:  
a) Normal hidrasyon                      b) Dehidrasyon                      c) Overhidrasyon
- 17- Total Parenteral Beslenme başlangıcında ödem durumu:  
a) Ödem yok                                      c) Sakral ödem var  
b) Pretibial ödem var                      d) Genel yaygın ödemi var
- 18- Hastada başka invaziv girişim yeri var mı?
- 19- Total Parenteral Beslenme ile kullanılan ilaçlar:  
a) Antibiyotikler + Vit. + K + Ca + Mg + İnsülin + H2 reseptör blokerleri  
b) Antibiyotik + Vit. + K + Ca + Mg  
c) Antibiyotikler + Vit. + K + Ca + Mg + İnsülin  
d) Antibiyotikler + Vit. + K + Ca + Mg + Heparin  
e) Antibiyotikler + Vit. + K + Ca + Mg + İnsülin + Heparin ve diğerleri
- 20- Total Parenteral Beslenme süresinde komplikasyon gelişme durumu ?  
a) Gelişti                      b) Gelişmedi
- 21- Komplikasyon gelişti ise, hangi tip ?  
a) Metabolik                      b) Mekanik                      c) Enfeksiyöz

## EK 2- "STANDART HEMŞİRELİK BAKIM FORMU"

Adı, Soyadı:

Tarih:

**HEMŞİRELİK TANISI:** Yaş, İV kateter ve yüksek riskli çevreden dolayı Enfeksiyon Gelişme Olasılığı

**AMAÇ:** Lokal ya da sistemik enfeksiyon gelişmesini önlemek

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
<b>GÜN SAYISI:</b>							
<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ:</b>							
1- Çocuk ağrı, huzursuzluk, solunum sıkıntısı belirtileri ve bilinç durumu yönünden gözlenir.							
2- 1-2 saatte bir yaşam bulguları ( Ateş, T.A., Nb., Solunum) izlenir.							
3- İV kateter giriş bölgesi eritem ( kızarıklık ), ödem, ağrı, hiperemi, sızıntı, püylü akıntı yönünden her 8 saatte bir kontrol edilir.							
4- Enfeksiyonu önlemek için 24 saatte bir kateter giriş bölgesi %10' luk Povidon-iyodin solüsyonu ile içten dışa doğru dairesel hareketlerle silinir.							
5- Bütün işlemler sırasında aseptik tekniğe dikkat edilir ve steril eldiven giyilir.							
6- Enfeksiyonu önlemek için intravenöz sıvı setleri ( TPB torbası, İV set ) 24 saatte bir değiştirilir.							
7- Otomatik damla sayıcılarının setleri, üçlü musluklar, ara bağlantılar ve damla sayıcılar ( dosi- flow ) 72 saatte bir değiştirilir.							
8- TPB işleminden önce intravenöz set ile kateterin bağlantı yeri Povidon- iyodin solüsyonu ile silinir.							
9- İntravenöz setle kateterin ayrılmaması için bağlantı yeri flasterle yapıştırılır.							
10- Kateter ile intravenöz sıvı seti arasındaki bağlantı steril gazlı bez ile kapatılır.							



Adı, Soyadı:

Tarih:

**HEMŞİRELİK TANISI: Total Parenteral Beslenmeye bağlı Komplikasyon Gelişme Riski**

**AMAÇ:** Komplikasyon gelişmesini önlemek

GÜN SAYISI:	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ:</b>							
- <b>Mekanik Komplikasyonlara İlişkin Uygulamalar:</b>							
1- <u>Kateter içinde pıhtı oluşması durumunda:</u>							
- Pıhtı aspire edilmeye çalışılır, ileriye doğru itilmez.							
- Order'de önerilen trombolitik ajan verilir.							
2- <u>İV sıvı setinin santral venöz katetere ayrılması durumunda:</u>							
- İV sıvı setinin santral venöz katetere giriş yeri kan ve sıvı sızıntısı yönünden izlenir.							
- İV sıvı seti değiştirilir.							
- Yeni İV set takılmadan önce santral venöz kateterin alt ucu Povidon- iyodin ile temizlenir.							
- Dr.'a setin ayrıldığına ilişkin bilgi verilir.							
3- <u>Emboli oluşma durumunda:</u>							
- O2 verilir, embolinin pulmoner artere girmesini önlemek için çocuk sol lateral pozisyona getirilir.							
4- <u>Superior Vena Kava Sendromu Oluşması Durumunda:</u>							
- Hastanın boynu ve yüzü ödem açısından değerlendirilir.							
- Venöz drenajı kolaylaştırmak için yatağın başı yükseltilir.							
5- <u>Damar Boyunca Perforasyon Oluşması Durumunda:</u>							
- Hasta solunum sıkıntısı ve Hipotansiyon yönünden izlenir.							
- Hasta şok belirtileri yönünden izlenir.							
6- <u>Kateter ve yapıştırıcı bantlara sekonder olarak devamlı şekilde deri yüzeyinin irritasyonuna bağlı deri bütünlüğünde bozulma durumunda:</u>							
- Aseptik koşullara uyularak 24 saatte bir kateter bakımı yapılır.							
- Steril gazlı bez ile yapılan pansumanlar 24 saatte bir, Op- side pansumanlar 7 günde bir, pansuman							



herhangi bir nedenle ıslanmış ve kirlendiğinde ise hemen değiştirilir.									
- Pansuman ve kateter uygulamalarında hipotalerjik bantlar kullanılır.									
- Bant değiştirilmesi sırasında bantlar, Serum Fizyolojik ile ıslatılır ve deriden yavaşça kaldırılarak deri üzerindeki irritasyon önlenir.									
- Kateter ve bant çevresi allerji ve deri irritasyonu belirtileri (kızarıklık, ödem, ağrı, hipertermi ) yönünden izlenir.									
▪ <b>Metabolik Komplikasyonlara İlişkin Uygulamalar:</b>									
1- <u>Hiperlisemi oluşması durumunda:</u>									
- Hastanın kan ve idrar glikozu ölçülür.									
- Hasta dehidratasyon yönünden değerlendirilir.									
- Hasta poliüri, glikozüri belirtileri açısından izlenir.									
2- <u>Hipoglisemi oluşması durumunda:</u>									
- Hasta irritabilite, letarji belirtileri açısından izlenir.									
- Hastanın kan ve idrar glikozu ölçülür.									
- Dr. önerisine göre Glikoz verilir.									
3- <u>Amonyak düzeyinde artma durumunda:</u>									
- Hasta letarji ve hızlı solum belirtileri yönünden izlenir.									
- Ordere göre Protein infüzyonu değiştirilir.									
4- <u>Hiperlipidemi oluşması durumunda:</u>									
- Laboratuvar sonuçlarından serum lipid düzeyi kontrol edilir.									
- Ordere göre Lipid infüzyonu değiştirilir.									
5- <u>Hiperbilirubinemi oluşması durumunda:</u>									
- Hasta sarılık ve hepatomegali belirtileri açısından izlenir.									
- Laboratuvar sonuçları ile bu bulgu doğrulanır.									
- Hasta karaciğer yetmezliği yönünden değerlendirilir.									
6- <u>Karaciğer enzimlerinin artma durumunda:</u>									
- Laboratuvar sonuçları kontrol edilir									
- Hasta Hepatomegali ve karaciğer yetmezliği yönünden değerlendirilir.									
7- <u>Kemik Demineralizasyonu Oluşması Durumunda:</u>									
- Hasta kırık belirtileri açısından izlenir.									
- Solüsyondaki D vit., kalsiyum ve fosfor düzeyi kontrol edilir.									

8- Sıvı- elektrolit dengesizliği Oluşması durumunda:									
-Aldığı- çıkardığı sıvı takibi yapılır									
-Her 8 saatte bir sıvı volüm yetersizliği (dehidratasyon) belirtileri tanımlar:									
• İdrar çıkışında azalma									
• Deri turgorunda azalma									
• Kuru muköz membran									
• Susama, ağızda kuruluk									
• Çökük – yumuşak göz küreleri									
• Çökük fontanel									
• Bozulmuş serum- elektrolit değerleri ( Hiponatremi 145 mEq $\downarrow$ )									
• Hipotansiyon									
• Taşikardi									
• Beden sıcaklığında artma									
• İdrar dansitesinde artma ( >1030 )									
• Vücut ağırlığında azalma									
- Her 8 saatte bir sıvı volüm artışı (ödem) belirtileri tanımlar:									
• İdrar çıkışında azalma ( 1 ml/kg/saatte $\downarrow$ )									
• Kabarık fontanel									
• Periorbital ödem									
• Karın bölgesinde asit birikimi									
• Ekstremitelerde ve sakral bölgede ödem									
• Ciltte gerginlik									
• Dolgun nabız									
• Hipertansiyon									
• Vücut ağırlığında artma									
• $\downarrow$ idrar dansitesi ( 1010 $\downarrow$ )									
• Bozulmuş serum- elektrolit değerleri ( Hiponatremi 135 mEq $\downarrow$ )									
• Solunum güçlüğü, öksürük ( pulmoner ödem )									
- Her gün aynı saatte, aynı giysilerle ve aynı tartı ile kilo kontrolü yapılır									



Adı, Soyadı:

Tarih:

**HEMŞİRELİK TANISI: Total Parenteral Beslenme nedeniyle Fiziksel Hareket Kısıtlılığı**

**AMAÇ:** • Gelişimsel özelliği de dikkate alınarak günlük yaşam ve hareket aktivitesini sağlamak

- Oluşabilecek komplikasyonları ( eklemelerde kontraktür, kaslarda hipotoni, atoni, deri bütünlüğünde bozulma, akciğerlerde sekresyon stazi, hipostatik pnömoni) önlemek

**GÜN SAYISI:**

**HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ:**

1- Gelişim dönemine uygun olarak yatak içinde oyun aktivitelerine katılımı, anne, hemşirelerin ve psikoloğun desteği ile de sağlanır.

2- Yatak içinde pasif, aktif egzersizler yaptırılır.

3- Solunum sayısı, özelliği, derinliği izlenir.

4- Öksürme ve solunum egzersizleri yaptırılır.

5- Gerekirse postural drenaj uygulanır.

5- Düzenli pozisyon değiştirilir ( semi-fowler pozisyon ).

6- Sirta ve gerksinimi olan yerlere masaj yapılır.

7- Cildin kuru ve temiz tutulması sağlanır.

8- Deri bütünlüğünde bozulma (dekübitüs ) belirtileri yönünden izlenir.

Adı, Soyadı:

Tarih:

**HEMŞİRELİK TANISI:** Çocuğun gelişim dönemi, yatağa bağımlı olması ve aktivite yetersizliğine bağlı Kişisel / Öz Bakımda Yetersizlik

**AMAÇ:** Yeterli hijyeni sağlamak, deri bütünlüğünü korumak

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
<b>GÜN SAYISI:</b>							
<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ:</b>							
1- Günde iki kez el-yüz bakımı verilir.							
2- Ağız içi bütünlüğünü korumak için NaHCO <sub>2</sub> ile günde 3-4 kez ağız bakımı verilir.							
3- Silme banyosu verilir.							
4- Cilt bakımı yapılır (cilt nemlendirilir).							
5- Genital bölge ve idrar sondası bakımı yapılır.							
6- Hastanın her iki saatte bir pozisyonu değiştirilir.							
7- Vücut banyosu yaptırılır.							
8- Tırnaklar kesilir.							
9- Yatak düzeni ve temizliği sağlanır							
10- Çarşaf lar değiştirilir ve düzeltilir.							
11- Çevre düzeni sağlanır.							

Adı, Soyadı:

Tarih:

**HEMŞİRELİK TANISI: Oral olarak besin/ sıvıları alamamaya bağlı Oral Mukoz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı**

- AMAÇ:**
- Ağız mukozasının bütünlüğünü ve nemliliğini sağlamak
  - Ağızdaki ağrılı durumu azaltmak
  - Uygun ağız hijyenini sağlamak

**GÜN SAYISI:**

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ:</b>						
1- Ağız mukozasının nemliliğini ve temizliğini sağlamak için, hangi sıklıkla ve hangi yöntemle ağız bakımı verileceğine karar verirken eller özenle yıkanır.						
2- Ağız mukozasındaki lezyon oluşmasını önlemek için günde 3- 4 kez NaHCO <sub>2</sub> ile ağız bakımı yapılır.						
3- Ağız temizliğinde alkollü ve limonlu ajanlar kullanılmamalı.						
4- Dudaklara yumuşatıcı krem sürülür.						

Adı, Soyadı:

Tarih:

**HEMŞİRELİK TANISI:** Çocuğun sağlık düzeninde değişikliğe ve ağızdan beslenememeye bağlı, Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik

**AMAÇ:** Çocukta ve ailede anksiyeteyi en aza indirmek

GÜN SAYISI:	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ:</b>							
1- Sık aralıklarla çocuğun ve ailenin anksiyete düzeyi değerlendirilir ( yaşam bulguları, irritabilite, korku, endişe,oryantasyon, vb. )							
2- Geçmişteki başetme yöntemleri değerlendirilir.							
3- Çocuğun anksiyetesini azaltmak için yapılacak tedavi ve uygulamalar, tedaviye başlamadan önce uygun terimlerle dikkatle açıklanır, hastanın korkuları konuşulur ve soruları cevaplanır.							
4- Çocuk olabildiğince rahat ettirilir.							
5- Sakin, yumuşak bir ses tonu ile konuşularak çocuğa ve aileye güven verilir.							
6- Çocuğa ve aileye düşüncelerini ifade etmeleri için fırsat tanınır.							
7- Aileye kısmen de olsa çocuklarıyla zaman geçirme olanağı tanınır.							
8- Aileye çocuğun durumu ile ilgili fazla ayrıntıya kaçmadan doğru bilgi verilir.							
9- Mümkün olduğu ölçüde ailenin, çocuğun bakımına katılımı sağlanır.							
10- Çocuğun ( gelişim düzeyine göre ) bakıma katılımı sağlanır.							
11- Çocuğun dikkatini başka yöne çekmek için, yaşına uygun oyun ve aktivitelere katılımı sağlanır.							
12- Çocuğun, akranları ile iletişimi desteklenir.							
13- Çocuğun, okul aktivitelerine katılımı desteklenir.							



Adı, Soyadı:

Tarih:

**HEMŞİRELİK TANISI:** Çocuk ve ailede TPB amacı, tedavi ile ilişkili komplikasyonlar ve / veya beklenen sonuçlar ile ilgili Bilgi Eksikliği

**AMAÇ:** Çocuk ve aileyi, TPB hakkında yeterli düzeyde bilgilendirmek

GÜN SAYISI:	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ:</b> 1- Çocuk, yaşına uygun bir şekilde: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ TPB nedenleri,</li><li>▪ Tedavinin önemi,</li><li>▪ Tedavide beklenen sonuçlar,</li><li>▪ İV setin korunmasının önemi,</li><li>▪ Santral venöz kateter üzerindeki gerginliğin önlenmesinin önemi,</li><li>▪ Aldığı - çıkardığı takibinin önemi hakkında bilgilendirilecek ve iş birliği sağlanacak.</li></ul>							
2- Aile, eğitim düzeyine uygun bir şekilde: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ TPB nedenleri,</li><li>▪ Tedavinin önemi,</li><li>▪ Tedavide beklenen sonuçlar,</li><li>▪ İV setin korunmasının önemi,</li><li>▪ Santral venöz kateter üzerindeki gerginliğin önlenmesinin önemi,</li><li>▪ Aldığı - çıkardığı takibinin önemi hakkında bilgilendirilecek ve iş birliği sağlanacak.</li></ul>							

### EK 3 - " SONUÇ KRİTERLERİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ "

Adı, Soyadı:

Tarih:

#### DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ

**HEMŞİRELİK TANISI:** Yaş, İ.V. kateter ve yüksek riskli çevreden dolayı Enfeksiyon Gelişme Olasılığı

**AMAÇ:** Lokal ya da sistemik enfeksiyon gelişmesini önlemek

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
<b>GÜN SAYISI:</b>							
<b>SONUÇ KRİTERLERİ:</b>							
1- Beden sıcaklığı son 24 saattir normal değerlerdedir ( Aksiller: 36,5-37,2 ° C).							
2- Çocukta solunum sıkıntısı belirtisi yoktur.							
3- Çocukta ağrı belirtisi yoktur.							
4- Çocukta huzursuzluk belirtisi yoktur.							
5- Bilinç açıktır.							
6- Ağız içinde lezyonlar gelişmemiştir.							
7- Lökosit değerleri normal değerler içindedir: <b>Normal değerler:</b> 1-3 yaş ( 6,0-17,5 bin /mm3 ) 4-7 yaş ( 5,5- 15,5 bin /mm3 ) 8-13 yaş ( 4,5-13,5 bin/mm3 ) 14-18 yaş (5,0- 10,0 bin/ mm3 )							



Adı, Soyadı:

Tarih:

**DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ**

**HEMŞİRELİK TANISI:** Total Parenteral Beslenmeye Bağlı Komplikasyon Gelişme Riski

**AMAÇ:** Komplikasyon Gelişmesini Önlemek

GÜN SAYISI:	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
<b>SONUÇ KRİTERLERİ:</b>							
1- Kateter içinde pıhtı gözlenmedi.							
2- Sıvı akışı normal, kateterde tıkanıklık yoktur.							
3- İ.V. sıvı setinin, santral venöz katetere giriş yerinde kan ve sıvı sızıntısı yoktur.							
4- Çocukta, solunum sıkıntısı yoktur.							
5- Boyun ve yüzde ödem yoktur.							
6- Kola yayılan ödem yoktur.							
7- İritabilite yoktur.							
8- Letarji yoktur.							
9- Kusma yoktur.							
10- Bilinç açıktır.							
11- Kateter sütür seviyesi takıldığı cm.' dir.							
12- Son 24 saattir İ.V. giriş bölgesinde kızarıklık yoktur.							
13- Son 24 saattir İ.V. giriş bölgesinde ağrı yoktur.							





Adı, Soyadı:

Tarih:

**DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ**

**HEMŞİRELİK TANISI:** Total Parenteral Beslenme nedeniyle Fiziksel Hareket Kısıtlılığı

**AMAÇ:** • Gelişimsel özelliği de dikkate alınarak günlük yaşam ve hareket aktivitesini sağlamak

• Oluşabilecek komplikasyonları ( eklemelerde kontraktür, kaslarda hipotoni, atoni, akciğerlerde sekresyon stazi, hipostatik pnömoni, deri bütünlüğünde bozulma ) önlemek

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
<b>GÜN SAYISI:</b>							
<b>SONUÇ KRİTERLERİ:</b>							
1- Çocuk yatak içerisinde gelişim dönemine uygun oyun aktivitelerine katılmaktadır.							
2- Çocuk oyun aktiviteleri sırasında rahat görünmektedir.							
3- Solunumu rahat, solunum sayısı, derinliği normaldir.							
4- Sekresyon yoktur.							
5- Kaslarda hipotoni yoktur.							
6- Kaslarda atoni yoktur.							
7- Eklemelerde kontraktür yoktur.							
8- Deri bütünlüğü korunmaktadır.							
9- Çocuğun ekstremitelerinde ağrı yoktur.							



Adı, Soyadı:

Tarih:

**DEĞERLENDİRME CİZELGESİ**

**HEMŞİRELİK TANISI:** Çocuğun gelişim dönemi, yatağa bağımlı olması ve aktivite yetersizliğine bağlı Kişisel / Öz Bakımda Yetersizlik

**AMAÇ:** Yeterli hijyeni sağlamak

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
<b>GÜN SAYISI:</b>							
<b>SONUÇ KRİTERLERİ:</b>							
1- Bireysel hijyen yeterlidir.							
2- Deri bütünlüğü korunmaktadır.							
3- Yatak ve çevre düzeni sağlanmıştır.							

Adı, Soyadı:

Tarih:

**DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ**

**HEMŞİRELİK TANISI:** Oral olarak besin/sıvıları alamamaya bağlı Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı

**AMAÇ:** • Ağız mukozasının bütünlüğünü ve nemliliğini sağlamak  
• Ağızdaki ağrılı durumu azaltmak  
• Uygun ağız hijyenini sağlamak

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
<b>GÜN SAYISI:</b>							
<b>SONUÇ KRİTERLERİ:</b>							
1-Son 24 saattir oral müköz membranda herhangi bir değişim ( lezyon, plak vb. ) yoktur.							
2-Ağız mukozasının bütünlüğü korunmaktadır.							

Adı, Soyadı:

Tarih:

**DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ**

**HEMŞİRELİK TANISI:** Çocuğun sağlık düzenindeki değişikliğe ve ağızdan beslenememeye bağlı, Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik

**AMAÇ:** Çocukta ve ailede anksiyeteyi en aza indirmek

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
<b>GÜN SAYISI:</b>							
<b>SONUÇ KRİTERLERİ:</b>							
1- Çocukta, huzursuzluk yoktur.							
2- Çocukta, ağlama nöbetleri yoktur.							
3- Annede, huzursuzluk yoktur.							
4- Annede, ağlama nöbetleri yoktur.							
5- Çocuk, bakıma katılmaktadır ( yaşı uygunsa ).							
6- Anne, bakıma katılmaktadır.							
7- Çocuk, duygu ve düşüncelerini ifade etmektedir ( konuşabiliyorsa ).							
8- Anne, duygu ve düşüncelerini ifade etmektedir.							
9- Çocuk, hastanede kaldığı süre içinde yeterli uyumaktadır.							
10- Anne, hastanede kaldığı süre içinde yeterli uyumaktadır.							
11- Çocuk, endişelerinde azalma olduğunu sözel olarak ifade etmektedir ( konuşabiliyorsa ).							
12- Anne, endişelerinde azalma olduğunu sözel olarak ifade etmektedir.							
13- Çocuk, yaşına uygun aktivitelere ( oyun-okul )katılmaktadır.							

Adı, Soyadı:

Tarih:

**DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ:**

**HEMŞİRELİK TANISI:** Çocuk ve ailede TPB amacı, tedavi ile ilişkili komplikasyonlar ve/veya beklenen sonuçlar ile ilgili Bilgi Eksikliği

**AMAÇ:** Çocuk ve aileyi , TPB hakkında yeterli düzeyde bilgilendirmek

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
<b>GÜN SAYISI:</b>							
<b>SONUÇ KRİTERLERİ:</b>							
1- Çocuk, TPB nedenlerini bilmektedir.							
2- Çocuk, tedavinin önemini bilmektedir.							
3- Çocuk, tedavide beklenen sonuçları bilmektedir.							
4- Çocuk, İ.V. setin korunmasının önemini bilmektedir.							
5- Çocuk, santral venöz kateter üzerindeki gerginliğin önlenmesinin önemini bilmektedir.							
6- Çocuk, aldığı-çıkardığı sıvı takibinin önemini bilmektedir.							
7- Aile, TPB nedenlerini bilmektedir.							
8- Aile, tedavinin önemini bilmektedir.							
9- Aile, tedavide beklenen sonuçları bilmektedir.							
10- Aile, İ.V. setin korunmasının önemini bilmektedir.							
11- Aile, santral venöz kateter üzerindeki gerginliğin önlenmesinin önemini bilmektedir.							
12- Aile, aldığı-çıkardığı sıvı takibinin önemini bilmektedir.							

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Hastane Başhekimliği

Başhemşirelik

SAYI : B.30.2.EGE.0.1H.00.04/K-727

KONU :

12 ARA 2000

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU  
MÜDÜRLÜĞÜNE,

İLGİ: B.30.2.EGE.0.82.00.01-1705 sayılı 22.11.2000 tarihli yazımız.

Yüksekokulunuz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Nesrin ŞEN' in, " Total Parenteral Beslenen Hasta Çocukların Bakım Konusunda Geliştirilen Standart Hemşirelik Modelinin Bakım Kalitesine Etkisi" konulu Yüksek Lisans tezini hastanemiz Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

13.12.2000
2118

Prof. Dr. Geylani ÖZOK  
Başhekim

İzletme istenir  
13/12  
97.

R.

## ÖZGEÇMİŞ

1971 yılında Bulgaristan'ın Kırcaali şehrinde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Bulgaristan'da tamamladı. Haziran 1990'da Türkiye'ye göç etti. 1992 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda öğrenime başladı ve 1996 yılında mezun oldu. Aralık 1996'da Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nde Süpervisör Hemşire olarak göreve başladı. 1997'de Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün açmış olduğu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans sınavını kazandı. Aralık 1999'da Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalına araştırma görevlisi olarak atandı. Halen aynı kuruluştaki çalışmakta ve Yüksek lisans programına devam etmektedir.



**T.C. YÖNEKÖÇERİTİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**