

**PNÖMONİSİ OLAN ÇOCUĞUN BAKIMI KONUSUNDA GELİŞTİRİLEN
BAKIM STANDARDININ BAKIM KALİTESİNE ETKİSİ***

*STANDARD OF CARE DEVELOPED FOR CARE OF THE CHILD SUFFERING
FROM PNEUMONIA AND ITS EFFECTS TO QUALITY OF CARE*

Candan ÖZTÜRK

Bu çalışma, 1998 yılında Hollanda'da yapılan 1st International Pediatric Nursing Congress'de sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik standartları, bakım standardı, uygulama standardı, sonuç kriterleri, bakım kalitesi.

Key Words: Nursing standards, standard of care, standard of practice, outcome criteria, quality of care.

* Dokuz Eylül Ü. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Öğr. Gör. Dr.

ÖZET

Bu çalışma, Pnömoni tanısı ile yatan çocuk hastaların bakımı konusunda geliştirilen bakım standardının, bakım kalitesine olan etkisini incelemek amacı ile yarı deneysel olarak yapılmıştır. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Pediatri Kliniği'ne Pnömoni tanısı ile yatırılan 30 kontrol ve 30 olgu grubu hasta, araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak, sonuç kriterlerine ulaşma durumları ve ulaşılan günleri saptamak amacıyla, araştırmacı tarafından geliştirilen "Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeği" kullanılmıştır.

Yetersiz Hijyen ve Bilgi Eksikliği dışındaki tanıların sonuç kriterlerine ulaşma durumu incelendiğinde, iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Hemşirenin bağımsız olarak çözümlenebileceği tanıların sonuç kriterlerine ulaşılma durumları, çalışmanın en önemli bölümünü oluşturmaktadır. Yapılan analizlerde, Yetersiz Hijyen tanısının ve Bilgi Eksikliği tanısının ("Balgamın etkin olarak nasıl çıkartılacağını bilir" kriteri dışındaki) tüm kriterlerine olgu grubu hastalar anlamlı farklılıkla ulaşmışlardır ($p < 0.01$).

Sonuç kriterlerine ulaşılan gün ortalamalarına bakıldığında; Anksiyete-Başetmede Yetersizlik tanısının "Çocuk/refakatçide, huzursuzluk ve ağlama nöbetleri yoktur" ($P < 0.05$), Yetersiz Hijyen tanısının "Yatak ve çevre düzeni sağlanmıştır" ($p < 0.01$) kriterlerine ulaşılan gün ortalamaları, olgu

grubu hastalarda anlamlı olarak daha kısa bulunmuştur. Bilgi Eksikliği tanısının dört kriterine kontrol grubunda ulaşan hasta olmadığından, olgu grubu hastaların daha kısa sürede ulaştıkları ifade edilebilir.

Örnekleme oluşturan hastaların hastanede kalma süreleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

SUMMARY

This study, contributes care standard developed for hospitalized pediatric patients diagnosed as Pneumonia and aimed to investigate the effect of care standard with care quality as quasi-experimental manner. 30 pediatric patients diagnosed as Pneumonia after hospitalisation at Dokuz Eylül University Hospital Pediatrics Department and the other 30 as the control group to form the sampling group for the study. For data collecting an "Evaluation Scale of Outcome Criteria" is developed by the searcher aimed to determine for occasions attaining outcome criteria and attained days. Data collected is evaluated by using Chi-squared, Mann-Whitney-U, Kappa, Crombach Alpha and t test.

Apart from the Inadequate Hygiene and Knowledge Deficit, when attaining state of outcome criteria is searched, there isn't any significant difference in these two groups. The diagnoses (Inadequate Hygiene and Knowledge Deficit), the attained states of out come criteria, which can be analysed by the nurse independently, takes the part of major section of the study. In the analysis, all criteria about the diagnoses of inadequate hygiene and knowledge deficit (except from the criteria "He knows how to get rid of the sputum"), the patients in the case group reach significant difference ($p<0.01$).

On looking to the averages of attained day outcome criteria; average attained day about the diagnosis in Ineffective Child/Family Coping With Anxiety "There isn't any uneasiness and crying onset in the child/accompany" ($p<0.05$), the diagnosis about Inadequate Hygiene "The order of bed and environment is obtained" is found significantly shorter in the patient case group ($p<0.01$). As there is no patient in the control group that can reach to the four criteria of Knowledge Deficit diagnosis, it can be said that patients in the case group can reach shorter period.

There isn't any significant difference between hospitalisation periods among the patients who formed the sampling group.

GİRİŞ

İnsanoğlu var olduğundan beri, sürekli olarak bir devinim içerisinde. Bu devinim, sağlık alanında da etkisini göstermeye devam etmektedir. Günümüzde sağlık bakımında özellikle yataklı tedavi kurumlarının

da odak, üç deęişken üzerindedir; kalite, klinik sonuçlar ve maliyet (Sovic 1994, Wesorick 1990).

Kalite kavramı incelendiğinde, çeşitli tanımlarla karşılaşılmaktadır:

- "Müşterilerin ihtiyaçlarının öneminin kavranarak, sürekli ve istikrarlı bir şekilde karşılanmasıdır" (Özcan 1996).

- "Tüketiciyi istenen sonuçlara yükseltme derecesidir" (Adams ve Wilson 1995).

Kalite kavramındaki değişim ve gelişme, dünya ülkelerinin küreselleşme eğilimleri sonucu, ülkemize de yansımıştır. Bu yansımada, günümüzde sağlık hizmetini talep eden kişinin özelliklerine bakıldığında da net olarak görülmektedir: "Ödediği bedelin karşılığını almayı bekleyen ve nitelikli hizmet talep eden, hizmeti alırken bilgilendirilmek isteyen ve bu nedenle sorgulayıcı olan ve batılı insanın almakta olduğu standartta sağlık hizmeti almaya layık olduğunu düşünen bir tüketici kesimi" (Özgürin ve Taş 1996). Sağlık hizmetlerinde kalitenin güvence altına alınması ve sürekli kaliteli hizmetin sunulması konusunda duyarlılık oluşmuştur. Çağımız insanları sağlıkları ile daha yakından ilgilenmekte, hastalıklarının tedavisi veya sağlıklarının korunması için en iyi uzman ve alt yapı olanaklarının bulunduğu kuruluşları seçmektedir. Global bir bakışla, halk ve sağlık bakım elemanları, halk tarafından ulaşılabilir, mali sorumluluğu olan ve kaliteli bakımı onaylanan organizasyonlar aramaktadır. Bu beklentileri birleştireceği düşünülen yol, kaliteli bakım sağlamaya dönüşecek standartları aramaktır (Meisenheimer 1992).

Standartlar ve kalite güvenliği birbirini doğuran ve birbirini pekiştiren kavramlardır. Anlamli yazılı standartlar oluşturulduğunda, uygulandığında ve sürekli yenilediğinde kalite var olur. Yazılı standartlar olmadan, kalitenin saptanması mümkün olamaz çünkü standartlar, kalitenin ölçümünde yapı taşıdır (Ziegler ve Van Etten 1992).

Doğrudan insan ilişkileri içinde olan hemşirelikte, bakım standartlarının geliştirilmesinde temel amaç, kaliteli bakım hizmetidir. Hemşireler kaliteli bakımın ne olduğunu tanımlamak, nasıl verileceğini belirlemek, bakımın standartlarını saptamak, uygulamalarını bu doğrultuda yapmak ve sonucu değerlendirmek zorundadırlar .

Standartlar, duragan veya değişmez değildirler. Değerler, bilim ve teknolojiadaki gelişmeler, yasal ve kurumsal düzenlemelerdeki değişiklikler ile sürekli yenilenirler (Meisenheimer 1992). Bakım standartları kabul edilebilir, ölçülebilir, ulaşılabilir, gözlemlenebilir olmalıdır (Corpuz ve Conforti 1996, Gönülsüz 1996). Standart belirlemek güç bir iştir ancak asıl zor olan ölçülebilir bakım standardı belirlemektir. Çünkü

standartı belirlenen hizmet, bireye, hastalığına, genel durumuna özgüdür. Ölçütlerini belirlemek bu nedenle güçtür. Bunun için bakımda belirli bir alan ya da hasta tipine göre belirlenmiş göstergeler olmalıdır. Belirli bir konu için bir araya gelen göstergeler, bir kriteri oluşturur. Bir bakım standardının ölçülebilmesi, göstergeleri içeren bir kriterle sahip olmasına bağlıdır. Ölçülebilen standartlar, geçerli olmalıdır (Gönülsüz 1996).

Standartlar; yapı, süreç ve sonuç kriterlerinden oluşur. Sonuç kriterleri, standarda ne ölçüde ulaşıldığını ölçmek için neyin gözlenmesi gerektiğini belirler (Gönülsüz 1996). Hasta merkezlidir. Sağlık bakım elemanları tarafından sağlanan bakımın bir sonucu olarak hasta ve yakınları için beklenen değişiklikleri yansıtır (Gönülsüz 1996, Graham 1995, Meisenheimer 1992, registered Nurses Association of British Columbia 1992). Bakım alan kişi üzerinde odaklanan bu standartlar için, **bakım standardı** kavramı da kullanılmaktadır.

Tıbbi bakım hizmetlerinin etkinliklerinin değerlendirilmesi yönünde bugüne kadar yapılan pratik ve teorik çalışmaların genellikle bakımın yapısı ve süreci üzerinde odaklandığı, tıbbi müdahale ve sağlık sonuçları arasındaki ilişkiler konusuna ise, çok az ilgi gösterilmiş görülmektedir. Son yıllarda konuyla ilgili bilim adamları, bakımın kalitesi ve etkililiğini değerlendirme konusunda yapı ve süreç kadar sonuçların da önemli bir potansiyele sahip olduğunu belirtmektedir (Şahin 1996).

Sonuç kriterlerini temel alarak yapılan oldukça sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Larter ve arkadaşlarının (1993) yaptığı bir çalışmada; sonuç kriterleri kullanılarak Astma'lı çocuğun hemşirelik bakım standartları geliştirilmiştir. Uzman görüşleri alınarak belirlenen standartların içerik geçerliği saptanmıştır, uygulama sonuçları bu çalışmada yer almamıştır (Larter 1993). Adams ve Biggerstaff (1995) süreç ve sonuç merkezli bakım planlarının kullanımı ile, hastanın bakım alma süresini karşılaştırmışlardır. Sonuç merkezli bakım planı kullanılan Konjestif Kalp yetmezliği ve Diabetes Mellitus tanımlı hastalarda bakım alma süresi, süreç merkezli bakım planı kullanılan hastalardan daha kısa bulunmuştur (Adams ve Biggerstaff 1995).

Dünyada 5 yaşından küçük dört milyon çocuk her yıl Pnömoni nedeniyle yaşamını yitirmektedir. Türkiye'de Pnömoni, yenidoğan döneminden sonra süt çocuklarında ve 1-4 yaş arasında birinci sırada ölüm nedenidir (Conk 1992, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 1995, UNICEF 1992). Ülkemizde yapılan çalışmalara göre her yıl 0-4 yaş grubu 83000 çocuk solunum yolu enfeksiyonları nedeniyle ölmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 1995). Böylesine önemli bir sağlık

sorunu olan Pnömoni'ye yakalanan her hasta çocuk ve ailesi, kaliteli bakım hizmeti alma hakkına sahiptir.

AMAÇ

- a- Kısa vadeli amaç: Sonuç merkezli standart bakım planı (bakım standardı) kullanıldığında, bakımın kalitesinin yükseleceğini göstermek,
- b- Uzun vadeli amaç: Sonuç merkezli standart bakım planlarının klinik uygulamalarda, rutin olarak kullanıma dönüşmesini sağlamaktır.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H₁: Sonuç merkezli bakım planı kullanılarak bakımları yapılan Pnömoni'li hastaların sonuç kriterlerine ulaşma durumları, bakımlarında sonuç merkezli bakım planı kullanılmayan hastalardan daha yüksektir.

H₂: Sonuç merkezli bakım planı kullanılarak bakımları yapılan Pnömoni'li hastaların sonuç kriterlerine ulaşma süreleri, bakımlarında sonuç merkezli bakım planı kullanılmayan hastalardan daha kısadır.

H₃: Sonuç merkezli bakım planı kullanılarak bakımları yapılan Pnömoni'li hastaların hastanede kalma süreleri, bakımlarında sonuç merkezli bakım planı kullanılmayan hastalardan daha kısadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, Pnömoni'si olan çocuğun bakımı konusunda geliştirilen bakım standardının, bakım kalitesine etkisini saptamak üzere, yarı deneysel olarak planlanmıştır.

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Pediatri Kliniği'ne, Pnömoni ve Bronkopnömoni tanısı ile yatırılan çocuklar, araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemine, 19 Kasım 1996-20 Mayıs 1997 tarihleri arasında Pediatri Kliniği'ne Pnömoni ve Bronkopnömoni tanısı ile yatırılan hastalardan kontrol ve olgu gruplarında 30'ar hasta olmak üzere, toplam 60 hasta alınmıştır. Olasılıksız yöntemle örnekleme seçilen hastalardan ilk 30 hasta kontrol grubunu, bu hastaları izleyen 30 hasta da olgu grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubunu oluşturan hastaların özelliklerine (Yaş, cinsiyet, geçirilmiş akciğer enfeksiyonu, ek hastalıkların varlığı, çocuğun yanında sigara içilme durumu, çocuğa

bakan kişi, anne ve babanın eğitim durumları ve iş yaşantıları) benzer özellikleri olan hastalar, olgu grubunu oluşturmuştur ($p>0.05$).

Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacı tarafından geliştirilen Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Uzman görüşleri ile oluşturulan ölçeğin içerik geçerliği SPSS İstatistik Programı kullanılarak test edilmiş ve Cronbach Alpha Katsayısı .96 bulunmuştur. Elde edilen ölçek, Pnömoni tanımlı hastaların sonuç kriterlerine ulaşma durumları ve ulaşma günlerini saptamak amacı ile kullanılmıştır .

Örnekleme alınan tüm hastaların verileri -birisi araştırmacının kendisi olmak üzere- iki gözlemci tarafından değerlendirilmiştir. Her bir kriter için iki gözlemci arasındaki uyumu değerlendirmek amacı ile SPSS programı kullanılarak gerçekleştirilen Kappa testi nde, en düşük değer .87 ve en yüksek değer 1.0 bulunmuştur. Bu sonuçlar, iki gözlemci arasındaki tutarlılığı göstermektedir. Bu nedenle çalışmada araştırmacının verileri kullanılmıştır.

Kontrol grubunu oluşturan 30 hasta tamamlandıktan sonra, klinik hemşireleri için bir eğitim programı düzenlenmiştir. Kullanılacak standartların içeriğinin açıklanması şeklinde düzenlenen eğitim programı, birer hafta ara ile iki kez tekrarlanmıştır. Bu eğitim programının içeriğine, Pnömoni hastalığına ilişkin teorik bilgi de eklenerek Pnömoni' si Olan Çocuk ve Hemşirelik Bakımı isimli Hemşire Eğitim Kitapçığı hazırlanmıştır.

Verilerin analizi, SPSS for Windows programı kullanılarak, bilgisayarda yapılmıştır. Veriler; yüzdelik hesaplaması, t testi, Mann-Whitney U testi, Kappa testi, Cronbach Alpha testi ve X^2 testleri kullanılarak değerlendirilmiştir (Ergün 1995, Hayran ve Özdemir 1996). Verilerin analizi, araştırmacı tarafından yapılmıştır.

BULGULAR

Hemşirelik tanımlarının sonuç kriterlerine ulaşma durumu incelendiğinde; 1 nolu hemşirelik tanısının sonuç kriterlerine %51 ve üstünde ulaşma durumu sırasıyla kontrol grubunda 30 (%100.0), olgu grubunda 28 (%93.3) olarak bulunmuştur. 2 nolu hemşirelik tanısına %51 ve üzerinde ulaşma durumu kontrol grubunda 29 (%96.7), olgu grubunda 30 (%100.)'dur. 3, 4 ve 6. hemşirelik tanısına %51 ve üzerinde ulaşma durumu her iki grupta da 30 (%100.0) olarak bulunmuştur. (4. hemşirelik tanısı bir kriterden oluşmuştur. Bu kritere ulaşan hastalar, kritere %51 ve üzerinde ulaşmış olarak kabul edilmiştir). 5. hemşirelik tanısında kontrol grubu hastaların 10 (%33.3)'u %50 ve altında başarıya ula-

şırken, olgu grubunda hastaların tümü 30 (%100.0) %51'in üstünde başarıya ulaşmışlardır. 7. hemşirelik tanısına ulaşabilmede, kontrol grubu hastaların 26 (%86.7)'si %50'nin altında tanıya ulaşabiliyor iken, olgu grubu hastaların 27 (%90.0)'si %51'in üzerinde tanıya ulaşmışlardır. Kontrol ve olgu grubu hastaların tüm hemşirelik tanılarının sonuç kriterlerine ulaşabilme durumlarında iki grup arasında 5.ve 7. tanılarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 1).

Hemşirelik tanılarının sonuç kriterlerine ulaşılan gün ortalamaları incelendiğinde; İlk 4 tanının sonuç kriterlerine ulaşabilme durumları karşılaştırılmış ve iki grup arasında tüm kriterler için anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). 5. hemşirelik tanısının 1. kriterine kontrol grubunda 2 hasta, ortalama 8.5 gün, olgu grubunda ise 23 hasta ortalama 3.6 günde ulaşmıştır. Bu kritere ulaşılan gün ortalamaları arasında, iki grubun karşılaştırılmasından elde edilen fark, istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). 5. hemşirelik tanısının 2. kriterine kontrol grubunda 14 hasta ortalama 4.5 günde, olgu grubunda ise 24 hasta 2.6 günde ulaşmıştır.

İki grubun yapılan analizinde aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). 6. hemşirelik tanısının ilk 4 kriterine ulaşılan gün ortalamaları arasında anlamlı farklılık yoktur, 5. kriterde iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). 7. hemşirelik tanısının 5,6,8 ve 9. kriterlerine kontrol grubunda ulaşan hasta olmadığından, analiz yapılamamıştır. Diğer kriterler için iki grup arasında yapılan analizlerde elde edilen sonuç istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Örnekleme oluşturan hastaların hastanede kalma süreleri incelenmiş ve kontrol grubu hastaların hastanede kalış süreleri ortalaması 6.0 gün, olgu grubu hastaların hastanede kalış süreleri ortalaması 8.0 gün olarak bulunmuştur. Sadece Pnömoni tanısı olan (ek hastalığı olmayan) hastaların hastanede kalma süreleri araştırıldığında; kontrol grubu hastaların hastanede kalış süreleri ortalaması 6.6 gün, olgu grubu hastaların hastanede kalış süreleri ortalaması 6.4 gündür. Her iki durumda da hastanede kalış süreleri arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 1. Kontrol ve Olgu Grubu Hastaların Tüm Hemşirelik Tanılarının Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumlarının Dağılımı

Tanıların Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumu	Kontrol Grubu		Olgu Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
1. Yetersiz Solunum ve Gaz Değişiminde Bozulma				
%50 ve ↓	-	-	2	6.7
%51 ve ↑	30	100.0	28	93.3
Toplam	30	100.0	30	100.0
			p:0.491***	
2. Sıvı-Elektrolit Dengesizliği				
%50 ve ↓	1	3.3	-	-
%51 ve ↑	29	96.7	30	100.0
Toplam	30	100.0	30	100.0
			p:1.000***	
3. Mevcut Enfeksiyon ve. Komplikasyon Gelişme Riski				
%50 ve ↓	-	-	-	-
%51 ve ↑	30	100.0	30	100.0
Toplam	30	100.0	30	100.0
			p:*	
4. Vücut Sıcaklığında Yükselme				
%50 ve ↓	-	-	-	-
%51 ve ↑	30	100.0	30	100.0
Toplam	30	100.0	30	100.0
			p:*	
5. Yetersiz Hijyen				
%50 ve ↓	10	33.3	-	-
%51 ve ↑	20	66.7	30	100.0
Toplam	30	100.0	30	100.0
x3000				
	x ² :9.72	Sd:1	p:0.001**	
6. Anksiyete, Başetmede Yetersizlik				
%50 ve ↓	-	-	-	-
%51 ve ↑	30	100.0	30	100.0
Toplam	30	100.0	30	100.0
			p:*	
7. Bilgi Eksikliği				
%50 ve ↓	26	86.7	3	10.0
%51 ve ↑	4	13.3	27	90.0
Toplam	30	100.0	30	100.0
	x ² :32.30	Sd:1	p:0.000**	

* Bu tanıların sonuç kriterlerine her iki grupta da tüm hastalar, %51 ve üzerinde oranda ulaştıklarından, birden fazla boş göz oluşmuş ve analiz yapılamamıştır.

** 25'in altında gözlenen değerler olduğundan Yates Düzeltmesi yapılmıştır.

*** 5'in altında beklenen değerler olduğundan Fisher Kesin Ki-Kare Testi yapılmıştır.

TARTIŞMA

Günümüzde, sağlık hizmetlerinde kalitenin göstergelerinden birisi de, hastanın istenen sonuç kriterlerine ulaşmasıdır. Çeşitli araştırmacılar, hastanın istenen sonuç kriterlerine ulaşmasında, klinik ortamda kullanılacak standartların geliştirilerek uygulanmasının büyük önemi olduğunu vurgulamışlardır (Adams ve Biggerstaff 1995, Adams ve Wilson 1995, Corpuz ve Conforti 1996, graham 1995, griffiths 1995, Meisenheimer 1992, Registered Nurses Association of British Columbia 1992, Sovie 1994, Wesorick 1990). Bu çalışmanın sonuçları da, araştırmacıların görüşlerini desteklemektedir.

7 Hemşirelik Tanısının Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumları Ve Ulaşılan Gün Ortalamalarının Karşılaştırılması

Geliştirilen bakım standardında yer alan ilk 4 tanının (Yetersiz solunum ve Gaz Değişiminde Bozulma, Sıvı-Elektrolit Dengesizliği, Mevcut Enfeksiyon ve Komplikasyon Gelişme Riski, Vücut Sıcaklığında Yükselme) sonuç kriterlerine ulaşma durumları ve ulaşılan gün ortalamaları açısından, kontrol ve olgu grubu hastalar arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Kontrol ve olgu grubu sonuçları arasındaki farkın anlamlı olmama nedenleri şöyle açıklanabilir:

1- Bu tanılar sadece hemşirelik tanısı değil, aynı zamanda tıbbi tanıyı oluşturan klinik bulgulardır ve Pnömoni hastasının hastaneye yatırılarak tedavi edilmesinin temel nedenleridir. Bu nedenle, hastanın bu sorunları çözümlenmeden taburcu edilmemektedir.

2- Hemşire tarafından bu tanılara yönelik olarak gerçekleştirilecek girişimler, araştırmanın yapıldığı hastanede genellikle hekim tarafından yazılı istem (order) verilen, hemşirenin bağımlı girişimleridir. Bu girişimler, geliştirilen bakım standardındaki öncelikli girişimler ile örtüşmektedir.

Araştırmada 6. hemşirelik tanısı olarak yer alan Anksiyete, Başetmede Yetersizlik tanısının sonuç kriterlerine ulaşılma durumu, iki grup arasında karşılaştırılmış ve aradaki fark, anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Farkın anlamlı olmamasının nedenleri, aşağıda özetlenmiştir:

1- Araştırma yapılan klinikte, her hasta refakatçisi ile birlikte kalmaktadır. Hasta çocuğun yanında tanıdığı bir kişinin bulunması (genellikle anne), çocuğu rahatlatmaktadır. Aynı zamanda çocuğun yanında kalan kişi de, çocuğun içinde bulunduğu durumu ve ortamı yakından gözleme şansı elde ettiği ve çocuğun bakımına dahil edildiği için rahatladığı düşünülmektedir.

2- Araştırmanın yapıldığı klinikte, tüm hasta odalarında ve ayrıca koridorda telefon vardır. Hasta yakınları hastalarını, hasta çocuk ve refakatçisi de evlerini ve yakınlarını kolaylıkla arayabilmektedir. Kliniğe özgü bu özelliğin, hasta çocuk ve refakatçisinin anksiyeteleri ile daha kolay başetmelerine yardımcı olduğu düşünülmektedir.

3- Araştırmanın yapıldığı klinikte, kliniğe kabul edilen tüm hastalara ve refakatçilere klinik ortamın tanıtılmasına yönelik bir oryantasyon programı uygulanmaktadır. Uygulanan bu programın da, hasta ve refakatçilerin uyumunu kolaylaştırarak, daha etkin başetmeler geliştirebilmelerine katkısı olduğu düşünülmektedir.

5. ve 7. hemşirelik tanıları, hemşirenin bağımsız olarak çözümlenebileceği sorunlar olması nedeniyle oldukça önemlidir.

5. hemşirelik tanısı olan Yetersiz Hijyen tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumu için iki grup arasında yapılan değerlendirmeler sonucunda, bu tanının her iki sonuç kriterine ulaşma durumları arasındaki fark, istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$)

5. hemşirelik tanısının 1. sonuç kriterine (Bireysel hijyen yeterlidir) ulaşılan gün ortalamaları karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Veriler incelendiğinde, kontrol grubunu oluşturan 6 hasta ve olgu grubundan 1 hastanın bu kriter ile ilgili sorunu olmadığı saptanmıştır. Kontrol grubunda bu kritere 2 hasta, ortalama 8.5 günde, olgu grubunda ise 23 hasta, ortalama 3.6 günde ulaşmıştır. Aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamasının nedeni, kontrol grubunda bu kritere ulaşan hasta sayısının azlığından kaynaklanmaktadır. Fark, istatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın, her iki grubun bu kritere ulaşılan gün ortalamaları arasındaki fark belirgindir.

5. hemşirelik tanısının, 2. sonuç kriterine (Yatak ve çevre düzeni sağlanmıştır) ulaşılan gün ortalamaları arasındaki fark, anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Bu farklılık; sonuç merkezli standart bakım planı kullanıldığında; hedefe daha kısa sürede ve daha fazla hasta ile ulaşıldığını desteklemektedir.

Kontrol ve olgu grubunu oluşturan hastaların, 7. hemşirelik tanısının (Bilgi Eksikliği) sonuç kriterlerine ulaşma durumları karşılaştırıldığında; sadece 2. kritere (Balgamın etkin olarak nasıl çıkartılacağını bilir) ulaşma durumu arasında, anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Her iki grup arasında, bu tanının 2. sonuç kriteri dışındaki tüm kriterlerine (1. sonuç kriterine anlamlı ($p < 0.05$), diğerlerine çok anlamlı ($p < 0.01$) olmak üzere) ulaşma durumları arasında, önemli farklılıklar vardır. Hasta ve yakınlarının eğitimi, bakım planlarının vazgeçilmez hedeflerinden bi-

risidir (Adams ve Biggerstaff 1995, Griffiths 1995, Gulanick ve ark 1992, Jaffe 1993, Larter 1993, McCoy ve Votroubek 1990, Wesorick 1990). Bu çalışma, standart bakım planları kullanıldığında, hemşirelerin öncelikli bağımsız fonksiyonu olan eğitim fonksiyonunu büyük bir başarıyla gerçekleştirdiklerini ortaya koymaktadır.

7. hemşirelik tanısının sonuç kriterlerine ulaşılan gün ortalamaları incelendiğinde; her bir kriter için, iki grup arasında yapılan analizlerden elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak kontrol grubu hastalar arasında, 5,6,8 ve 9. kriterlere ulaşan hasta olmadığı görülmektedir. Bu nedenle olgu grubu hastaların, kontrol grubu hastalardan daha kısa sürede bu kriterlere ulaştıkları kabul edilebilir.

Hastanede Kalma Sürelerinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Kontrol ve olgu grubu hastaların, hastanede kalma süreleri arasındaki farklılık durumu incelendiğinde; kontrol grubu hastaların hastanede kalış süreleri ortalaması 6.0, olgu grubu hastaların hastanede kalış süreleri ortalaması 8.0 gün olarak bulunmuştur. İki grup arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Hastaların Pnömoni dışındaki ek hastalıklarının varlığının, hastanede kalma süresini olumsuz etkileyebileceği düşüncesi ile, Pnömoni dışında ek bir sorunu olmayan hastaların hastanede kalma süreleri incelenmiş ve kontrol grubu hastaların ortalama 6.6 gün, olgu grubu hastaların da ortalama 6.4 gün hastanede yatarak tedavi gördükleri saptanmıştır. Ancak aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Standart bakım planları kullanıldığında, hastanede kalma süresinin ve bunun sonucunda maliyetin azalacağını ileri süren pek çok araştırmacı vardır. Ancak çalışmamız, bu sonucu destekleyememiştir çünkü araştırmamızın uygulandığı hastanede, hastanın taburculuk kararı, yalnızca hekimin kararına bağlıdır. Pnömoni tanısıyla yatan hastalar, hekimle ilgili tıbbi sorunları çözümlendiğinde, taburcu olmaktadır. Hemşirelik tanıları, hastanın hastanede kalması ya da taburculuğu için belirleyici değildir. Bu durumun, örnekleme alınan hastaların, hastanede kalma süreleri arasında farklılık olmamasının nedeni olduğu sanılmaktadır.

Hastanede kalma süreleri arasında, yukarıda açıklanan nedenle istatistiksel bir anlamlılık olmamasına karşın, mevcut sürelerde hangi hemşirelik tanıların/hasta sorunlarının çözümlendiği incelenecek olursa; olgu grubu hastaların tamamının tüm hemşirelik tanılarını (Yetersiz solunum ve gaz değişiminde bozulma, Sıvı-elektrolit dengesizliği, Mevcut enfeksiyon ve komplikasyon gelişme riski, Vücut sıcak-

hğında yükselme, Yetersiz hijyen, Anksiyete-başıetmede yetersizlik, Bilgi eksikliği) %51 ve üzerinde bir oranla çözümlendiği, kontrol grubu hastaların ise bu çalışmanın iki hemşirelik tanısını (Yetersiz hijyen ve Bilgi eksikliği) çözümlenmekte istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yetersiz kaldıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar, hastanede kalma ya da tabureculuk kararı üzerinde hemşirenin kararının ön plana alınmadığı yönetim sistemlerinde bile, bakım standartlarının kullanılması durumunda, hastanın tüm sorunlarının çözümlenerek tabureu olacağını göstermektedir.

SONUÇLAR

Kontrol ve olgu grubu hastalardan elde edilen bulgular ışığında, standart bakım planı doğrultusunda bakım verilen hastaların, saptanmış olan hemşirelik tanılarının tamamının çözümlenerek hastaneden tabureu oldukları ve yukarıda belirtilmiş olan bazı sonuç kriterlerine, kontrol grubu hastalardan daha kısa sürede ulaştıkları görülmektedir.

Ülkemizde spesifik bir hastalığa yönelik hazırlanmış standart bakım planlarına ve bu konuda yapılmış bir çalışmaya rastlanamamış olması ve dünya hemşirelik literatüründe sonuç merkezli standart bakım çalışmalarının oldukça az olması nedeniyle, bulguların yorumu, genellikle araştırmacının görüşleri ile sınırlı kalmıştır. Bu sonuçlar, bu sınırlılıklar göz önüne alınmak koşulu ile, standart bakım planı kullanımının, bakım kalitesi üzerine etkili olduğunu göstermektedir.

ÖNERİLER

- Kalite ve standart arasındaki ilişkinin, salt teorik bilgilerle değil, klinik uygulamaya dayalı araştırmalarla pekiştirilmesi.
- Standartlar oluşturulurken, akademisyen ve klinisyen hemşirelerin dayanışma içinde olması,
- Pediatri liyezon hemşireliği uygulamasının başlatılarak, (hastaların ev ortamlarında da sağlık eğitimlerinin ve kontrol amaçlı izlemlerinin sürdürülmesi ile) bu uygulamanın hastaların sonuç kriterlerine ulaşma durumlarına etkisinin araştırılması.
- Bu çalışmanın hasta sayısının artırılarak ve farklı yataklı tedavi kurumlarında tekrarlanması,
- Pnömoni dışında klinik ortamda sık karşılaşılan diğer hastalıklar için de, bakım standartlarının kullanılması ile bakım kalitesi arasındaki ilişkiyi irdleyen çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Adams CE, Biggerstaff N, (1995). Reduced resource utilization through standardized outcome-focused care plans. JONA, 25: 10 , 43-50.
2. Adams CE, Wilson M, (1995). Enhanced quality through outcome-focused standardized care plans. JONA, 25: 9, 27-34.
3. Conk Z, (1992). Çocuk Sağlığı Sorunları. 1.Ulusal Ana Ve Çocuk Sağlığı Sempozyumu Kitabı, İstanbul: İstanbul Ü.Basımevi, 25-36.
4. Corpuz LS, Conforti C, (1996). Organizing and documenting clinical standards. nursing management. 25: 5, 70-76.
5. Ergün M, (1995). Bilimsel araştırmalarda bilgisayarla istatistik uygulamaları: SPSS for windows. Ocak Yayınları.
6. Gönülsüz S, (1996). Bakım standartları nedir, nasıl belirlenir. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Performans Ölçümü Sempozyumu Kitabı, Ankara:Yeni Fersa Matbaacılık, 195-198.
7. Graham NO, (1995). Quality in health care theory, application and evolution. An Aspen Publication..
8. Griffiths P, (1995). Progress in measuring nursing outcomes. Journal Advanced Nursing, 21, 1092-1100.
9. Gulanick M, Puzas MK, Wilson CR, (1992). Nursing care plans for newborns and children acute and critical care. Mosby Year Book, 138-141.
10. Hayran M, Özdemir O, (1996)b Bilgisayar, istatistik ve tıp, 2.basım, Medikomat.
11. Jaffe M (1993) Pediatric nursing care plans. Skidmore-Roth Publishing Inc, 81-4.
12. Larter N, (1993). Content validation of standards of nursing care for the child with asthma. Journal of Pediatric Nursing, 8: 1, 15-21.
13. McCoy PA, Votroubek WL, (1990). Pediatric home care a comprehensive approach. Aspen Publication, 57-100.
14. Meisenheimer CG, (1992). Improving quality a guide to effective programs. An Aspen Publication, 45-61.
15. Özcan KC, (1996). Sağlık hizmetlerinde kalite. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Performans Ölçümü Kitabı, Ankara: Yeni Fersa Matbaacılık, 57-60.
16. Özgirin K, Taş Y, (1996). Hastane yönetiminde kalite uygulamaları ve toplam kalite yönetimi projesi kapsamında personel memnuniyeti ölçme çalışması. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Performans Ölçümü Sempozyumu Kitabı, Ankara: Yeni Fersa Matbaacılık, 33-39.
17. Registered Nurses Association of British Columbia (1992). Standards for nursing practice in british columbia.
18. Sovic MD, (1994). Nurse manager: a key role in clinical outcomes. Nursing Managment 25: 3, 30-34.

19. Şahin B, (1996). Tıbbi bakımda sonuçlar üzerinde odaklaşma. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Performans Ölçümü Sempozyumu Kitabı, Ankara, 269-276.
20. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (1995). Çocuk Sağlığı Programları Kitabı. 6.basım. Ankara: Aydoğdu Ofset.
21. UNICEF (1992). Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler. 331-354.
22. Wesorick B, (1990). Standards of nursing care a model for clinical practice. J.B. Lippincott Company, 177-178.
23. ZieglerJC, VanEtten NK, (1992). Implementation national nursing standards program. JONA 22:11, 40-46.