

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

*EFFECT OF THE STANDART NURSING CARE MODEL IN THE  
CHILDREN WHO RECEIVED TOTAL PARENTERAL NUTRITION ON THE  
QUALITY OF THE CARE*

**Nesrin ŞEN**

Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

**Anahtar Sözcükler:** Hemşirelik standartları, bakım standartları, uygulama standartları, çocuk, total parenteral beslenme

**Key Words:** Nursing standards, care standards, practice standards, child, total parenteral nutrition

VI. Çocuk Cerrahisi Hemşireliği Kongresi, 15-19 Ekim 2002, Mersin (Sözel Bildiri olarak sunulmuştur).

**ÖZET**

Bu deneysel araştırma, Total Parenteral Beslenen çocuklara verilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin, bakım kalitesine etkisini incelemek amacı ile 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; "Bilgi Formu", araştırmacılar 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 yüzdelik, Ki-Kare ( $\chi^2$ ), Fisher Kesin ve Student-t testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Değerlendirme sonucunda, 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, iki grup arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi,  $p=0.576>0.05$ ).

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 ( $t=-2.15$ ,  $p=0.047<0.05$  ve  $t=-8.22$ ,  $p=0.000<0.001$ ).

Sonuç olarak, Total Parenteral Beslenen çocuklara verilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin, anksiyeteye başatma ve bilgilenmede etkili olduğu, bu nedenle uygulanmasının yararlı olacağı söylenebilir.

## SUMMARY

*This experimental study was designed 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 2000 and 25<sup>th</sup> November 2001 were the sample of study. Three tools have been used for collecting the data: These were the Demographic form, "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 nursing 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 in individual/Self care, 5.Disruption probability of membrane continuity, 6.Cope with the anxiety of child and 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 case group was received standard nursing 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 results, there were any demographic differences except the mean age between the groups.*

*The complication rates were not seen to be statistically meaningful between groups (Fisher test,  $p=0.576 >0.05$ ).*

*When all of the nursing care criteria evaluated, the sixth and seventh nursing diagnosis have been detected to be different between the groups ( $t=-2.15$ ,  $p=0.047<0.05$  and  $t=-8.22$ ,  $p=0.000<0.001$ ).*

*As a result of the study, the Model of Standard Nursing Care applied to the children who received Total Parenteral Nutrition was effect to the results criteria of two nursing diagnosis which were cope with anxiety and being informed, that's why it would be able useful for caring of children who nutrited with TPN.*

## **GİRİŞ**

Hastaneye yatan çocukların yeterli beslenmesi iyileşmelerinde önemli bir faktördür. Ağızdan ya da nazogastrik tüple beslenme sağlanamadığında Total Parenteral Beslenme uygulanmaktadır (Aydoğdu 1997, Coşkun ve ark. 1997, Doğruyol 1994).

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 (Bilodeau and all 1998, Coşkun ve ark. 1997, Mc Kenna and Saavedra 2000).

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 (Dicle 1997, Keitley 1989, Mc Kenna and Saavedra 2000).

TPB uygulamalarında hemşire, hastanın beslenme durumunun tanınması, beslenme yetersizliğinin klinik bulgularının değerlendirilmesi, santral kateterin takılma, değiştirilme ve çıkarılma işlemlerine yardım edilmesi, 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 bir rol üstlenmelidir (Bilodeau and all 1998, Çavuşoğlu 1996, Dicle 1997, McKenna and Saavedra 2000).

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 (Öztürk 1997, Yılmaz (Bal) ve Conk 2000, [www.Rnabs.Bc.ca/standart.htm](http://www.Rnabs.Bc.ca/standart.htm) 1999, [www.Marn.Mb.ca/standart.htm](http://www.Marn.Mb.ca/standart.htm) 1999).

Gelişmiş ülkelerde standartlarla çalışma günlük yaşamın bir parçası olmuşken, Türkiye’de Bakım Standartlarının önemi son yıllarda anlaşılmaya başlanmıştır. Sağlık sistemi içinde sürekli hizmet veren bir grup olan hemşirelerin verdikleri hizmetin kalitesini arttırmak için hizmet standardizasyonu yapılması şarttır (Ekici ve Atay 2001, Gömbül 1993, Nural 1992).

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 (Karayurt ve ark. 1993, Koçak ve Kukulcu 1993).

### **AMAÇ**

Araştırma, Total Parenteral Beslenen hasta çocuklara verilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin, bakım kalitesine olan etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu araştırma, Total Parenteral Beslenen hasta çocuklara verilecek standart hemşirelik bakım modelinin, bakım kalitesine olan etkisini incelemek amacı ile deneysel olarak yapılmıştır. Deneysel desenlerden, “karşılaştırmalı eşitlenmemiş grup son-test modeli” kullanılmıştır (Karasar 1995).

#### ***Araştırmanın Evreni ve Örneklemi***

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 (N=20), araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Sonuç kriterlerini etkileyebileceği düşünülen mekanik ventilatör desteği alan 2 hasta çocuk araştırma kapsamına alınmamıştır. Araştırmanın örnekleme, 15 Kasım 2000–25 Kasım 2001 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi 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 alınmıştır. Araştırma verilerinin toplandığı tarihler arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinin SSK’lı ve Yeşil kartlı hastaları kabul etmemesi nedeni ile planlanan örneklem 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. Araştırmanın uygulanmasına ilgili kurumlardan gerekli izinler alındıktan sonra başlanmıştır. Olasılıksız Örneklem Yöntemi ile örneklem seçilen hasta çocuklardan ilk 9 çocuk kontrol grubunu, bu çocukları izleyen 9 çocuk da çalışma grubunu oluşturmuştur. Araştırmanın güvenilirliğini sağlamak için, standart hemşirelik bakımı verilen çalışma grubu ile etkileşimi önlemek amacı ile önce kontrol grubunun verileri toplanmıştır.

### **Verilerin Toplanması**

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

“Standart Hemşirelik Bakım Formu”, TPB bakımını içeren ilgili literatürden (Barfoot 1986, Bender and Faubion 1985, Carpenito 1999, Çavuşoğlu 1996, Jamieson and all 1992, Mc Kenna and Saavedra 2000, Montgomery ve Daniels 1999, National Advisory Group on Standards & Practice Guidelines for Parenteral Nutrition 1998, Pritchard and David 1990, Tokatlı 1996, Toprak 1992, Tucker and all 1988, Ulusoy ve Görgülü 1996, UTMB Department of Pharmacy Policy and Procedures 2000) 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. Hemşirelerin uzun açıklamalardan kaçınarak, zaman kazanması için bu bölümün, hemşirelerin uygulayabileceği tüm girişimleri kapsamamasına özen gösterilmiştir.

“Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeği”, TPB uygulanan hasta çocuklarda olabileceği düşünülen sorunların çözümlendiğini gösteren sonuç kriterleri ilgili literatürden (Aydoğdu 1997, Balık 1993, Bilodeau and all 1998, Coşkun ve ark. 1997, Çavuşoğlu 1996, Pediatrik Cerrahi Yoğun Bakım Hemşireliği Kurs Notları 1996, Doğruyol 1994, Hambidge and all 1995, Jamieson and all 1992, Mc Kenna and Saavedra 2000) yararlanılarak belirlenmiştir.

Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeğinde bulunan maddelerin ölçme amacına uygun olma durumu, ölçülmek istenen alanı temsil etme durumu **“çoğul uzman görüşüne dayalı” “içerik (kapsam) geçerliliği”** ile sınılanmıştır (Baykul 2000, Karasar 1995).

Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeğindeki her bir hemşirelik tanısının tüm sonuç kriterlerinin kapsamı ve tanıya uygun olma durumu “**içerik geçerliliği**” ile sağlanmıştır (Tablo 1). Ölçeğin içerik (kapsam) geçerliliği Kendal uyuşum katsayısı (W, Kendall Coefficient of Concordance) korelasyon testi ile yapılmıştır (Baykul 2000, Özgüven 1998).

**Tablo 1.** Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeğindeki Hemşirelik Tanılarının Kendal Uyuşum Katsaylarına Göre Dağılımı.

Hemşirelik Tanısı	N	W	X <sup>2</sup>	SD	P
1- Var Olan ya da Olası Sıvı-Elektrolit Dengesizliği	8	0.1585	15.21	12	0.2297
2- Enfeksiyon Gelişme Olasılığı	8	0.0989	8.70	11	0.6490
3- Komplikasyon Gelişme Olasılığı	8	0.2184	33.19	19	<b>0.0228</b>
4- Fiziksel Hareket Kısıtlılığı	8	0.1142	3.65	4	0.4547
5- Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik	8	0.1250	2.00	2	0.3679
6- Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı	8	0.1250	1.00	1	0.3173
7- Deri Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı	8	0.1250	1.00	1	0.3173
8- Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik	8	0.2971	30.89	13	<b>0.0035</b>
9- Bilgi Eksikliği	8	0.0000	0.00	1	1.000

Araştırmacı tarafından gözden kaçırılan ve tanıya uygun olmayan kriterler ile uzmanlar arasında görüş birliği (uyuşum) olmayan hemşirelik tanılarında uzmanların önerileri doğrultusunda gerekli düzeltmeler ve birleştirmeler (“Varolan ya da Olası Sıvı-Elektrolit Dengesizliği” ile “Deri Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı”, “Komplikasyon Gelişme Olasılığı” tanısı ile) yapılmış ve 9 olan hemşirelik tanıları 7’ye (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, Baş etmede Yetersizlik, 7.Bilgi Eksikliği) 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.

Araştırmada, çalışma grubunu oluşturan hasta çocuklara standart hemşirelik bakımı, “Standart Hemşirelik Bakım Formu” doğrultusunda uygulanmıştır. Çocukların günlük bakım 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. Kontrol grubunu oluşturan hasta çocuklar ise klinik rutininde uygulanan bakımı almıştır.

Çalışma ve kontrol grubu çocuklar Total Parenteral Beslendikleri süre içinde 24 saatte bir, “Sonuç Kriterlerini Değerlendirme Ölçeği” nde bulunan 7 hemşirelik tanısına ait her bir kriter için; “ulaşıldı 1”, “ulaşılma 2” şeklinde, araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Çocukların sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalamasının düşük olması, hemşirelik tanılarındaki sonuç kriterlerine ulaşma durumları açısından olumlu durumun, yüksek olması olumsuz durumun göstergesidir.

Elde edilen verilerin değerlendirilmesi SPSS for Windows 10.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler; sayı ve yüzdeler, Ki-Kare ( $\chi^2$ ), Fisher Kesin ve Student-t testi (Hayran ve Özdemir 1996), Kendal Uyuşum Katsayısı (W) (Kendall Coefficient Of Concordance) Korelasyon testi kullanılarak değerlendirilmiştir (Baykul 2000, Özgüven 1998).

## **BULGULAR VE TARTIŞMA**

Araştırma kapsamında toplam 18 hasta çocuk olup, bu sayının %50’sini çalışma, %50’sini ise kontrol grubu çocuklar oluşturmaktadır. Çalışma grubu çocuklar ortalama  $11.22 \pm 5.81$  yaşında iken, kontrol grubu çocuklar ortalama  $5.67 \pm 4.80$  yaşındadır. Kontrol grubundaki çocuklar daha küçük yaşlarda olup, çalışma ve kontrol grupları arasında çocukların yaş ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $t=2.21$ ,  $p=0.042 < 0.05$ ). 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.

Araştırmaya alınan çocukların tanıtıcı özelliklerinin dağılımları açısından ise, çalışma ve kontrol grubu arasında yaş ortalaması dışında fark olmadığı saptanmıştır. Çalışma grubuna alınan hasta çocukların %66.7’si kız, kontrol grubuna alınan hasta çocukların ise %66.7’si erkek olduğu; çalışma grubu çocukların %22.2’sinin tanısı Anorektal Malformasyon, kontrol grubu çocukların %22.2’sinin tanısı Opere Özefagus Yanığı olduğu bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu hasta çocukların tanıları, TPB endikasyonları ile ilgili olarak literatürde belirtilen gastrointestinal sistemin cerrahi hastalıkları ve hipermetabolik

hastalıklar ile uygunluk göstermektedir (Aydoğdu 1997, Balık 1993, Bilodeau and all 1998).

Araştırmaya alınan çalışma grubu ocukların TPB süresi ortalaması  $11.33\pm 6.00$  gün, kontrol grubu çocukların ise  $12.67\pm 5.77$  gün olduğu saptanmıştır. Çocukların TPB sürelerine göre dağılımlında iki grup arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t = -0.48$ ,  $p = 0.637 > 0.05$ ). TPB endikasyonu ile ilgili olarak; post-operatif dönemde hasta 5-7 gün enteral beslenemiyorsa veya oral beslenmemesi gerekiyorsa, TPB uygulamasının zorunlu olduğu belirtilmektedir (Balık 1993, Coşkun ve ark. 1997, Hambidge and all 1995). Araştırmada da çalışma ve kontrol grubu hasta ocukların TPB gün ortalaması, literatürde belirtilen TPB endikasyonu ile uygunluk göstermektedir.

Araştırmaya alınan çalışma grubu ocukların TPB kalori miktarı ortalaması  $87.78\pm 9.72$  iken, kontrol grubu çocukların ise  $216.67\pm 368.85$  olduğu saptanmıştır. Çocukların TPB'nin kalori miktarına göre dağılımlında iki grup arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t = -1.05$ ,  $p = 0.325 > 0.05$ ). Araştırma kapsamına alınan çalışma grubu çocukların ortalama  $11.22\pm 5.81$  yaşında olduğu, kontrol grubu çocukların ise ortalama  $5.67\pm 4.80$  yaşında olduğu sonucu ve ocuk buyduke enerji gereksinimi azalır gerçeği (Coşkun ve ark. 1997) göz önüne alındığında, araştırmaya alınan çalışma ve kontrol grubu ocukların TPB kalori miktarı beklenen sonuç olarak değerlendirilebilir.

Araştırma kapsamına alınan çalışma grubu çocukların anneleri ortalama  $35.44\pm 9.19$  yaşında iken, kontrol grubu çocukların annelerinin ortalama  $30.88\pm 6.21$  yaşında oldukları; çalışma grubu çocukların annelerinin %77.8'nin, kontrol grubu çocukların annelerinin ise %44.4'nün ilkokul ve altında öğrenim gördükleri saptanmıştır. Annelerin yaş ve eğitim durumları incelendiğinde her iki grupta da yaş ortalaması ve eğitim durumları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ( $t = 1.23$ ,  $p = 0.238 > 0.05$  ve Fisher Kesin Testi,  $p = 0.334 > 0.05$ ).

TPB esnasında komplikasyon gelişme durumu incelendiğinde; çalışma grubu çocukların %88.9'unda, kontrol grubu çocukların ise %66.7'sinde komplikasyon gelişmediği saptanmıştır. Ancak, alışma grubu çocukların %11.1'inde metabolik komplikasyon, kontrol grubu çocukların ise %11.1'inde metabolik, %22.2'sinde hemşirelik fonksiyonları ile ilgili olarak mekanik komplikasyonlar geliştiği saptanmıştır. Çalışma grubu ocuklarda TPB sırasında komplikasyon gelişme oranının daha düşük olması; TPB'de Standart Hemşirelik Bakım Modelinin etkililiğinin göstergesi olarak, önemli ve anlamlı bir sonuçtur.

Aydoğdu ve arkadaşlarının 1997-1999 yılları arasında, EÜTF ocuk 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 (Aydoğdu ve ark. 1999).

Kateterlerin bakımının özel olarak eğitilmiş deneyimli hemşirelerden oluşan bir ekibin yürütmesi ve bakımının Standart Hemşirelik Bakım Formuna uygun olarak yapılması önerilmektedir (Coşkun ve ark. 1997, Çimen 1998, Oran(Tuna) ve Turgay(San) 2000).

Hasta çocukların TPB gün ortalamasına göre dağılımına bakıldığında; çalışma grubu çocukların %55.6'sının, kontrol grubu çocukların %66.7'sinin 7 günden fazla TPB aldıkları saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubu çocukların TPB gün ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi,  $p=1.000>0.05$ ). 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 (Aydoğdu 1997, Balık 1993, Coşkun ve ark. 1997, Hambidge and all 1995). 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 %25.0'inde, kontrol grubunda ise 7 günden fazla TPB alan çocukların %50.0'sinde komplikasyon geliştiği saptanmıştır. Bu durum beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir. 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 anlamsız bulunmuştur (Fisher Kesin Testi,  $p>0.05$ ). TPB süresi fazla olan çocuklarda komplikasyon gelişme riski yüksektir (Coşkun ve ark. 1997).

Araştırma kapsamına alınan hasta çocuklarda, komplikasyon gelişme durumunun TPB yoluna göre dağılımı incelendiğinde; periferik yoldan TPB alan çocukların %13.3'ünde komplikasyon gelişirken, santral yoldan TPB alan çocukların ise %66.7'sinde 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 (Fisher Kesin Testi,  $p=0.108>0.05$ ). Enfeksiyon riskinden dolayı, çocuklarda santral yoldan TPB tercih edilmemektedir. Santral yoldan TPB 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 (Aydoğdu 1997, Bilodeau and all 1998, Coşkun ve ark. 1997, Hambidge and all 1995).

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.

Çalışma ve kontrol grubundaki çocukların 7 ayrı hemşirelik tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumları incelendiğinde; araştırmada 1.Hemşirelik tanısı olarak yer alan **“Enfeksiyon Gelişme Olasılığı”** tanısının sonuç kriterlerine ulaşabilme durumları iki grup arasında karşılaştırılmış ve anlamlı bir fark bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi,  $p>0.05$ ). Ancak araştırmada elde edilen bulgular incelendiğinde, 1.Hemşirelik tanısının sonuç kriterlerine ulaşan çocuk sayısı yönünden 1.(Beden sıcaklığı son 24 saattir normal değerlerdedir (Aksiler: 36,5-37,2°C).), 2.(Çocukta solunum sıkıntısı belirtisi yoktur.), 3.(Çocukta ağrı belirtisi yoktur.), 4.(Çocukta huzursuzluk belirtisi yoktur.), 6.(Ağız içinde lezyonlar gelişmemiştir.) kriterler ve 10.(Alınan idrar kültürü sonucu negatiftir.) sonuç kriterinin çalışma grubu lehine sayısal farklılığının olması olumlu sonuç olarak değerlendirilebilir.

2. Hemşirelik tanısı olan **“Komplikasyon Gelişme Riski”** tanısının sonuç kriterlerine ulaşabilme durumları iki grupta da karşılaştırılmış ve çalışma grubu aleyhine 31.Kriter (Gaita kıvamı normaldir.) durumunda anlamlı bir fark bulunmuştur (Fisher Kesin Testi,  $p=0.015<0.05$ ), diğer kriterlerde ise anlamlı bir fark bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi,  $p>0.05$ ).

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

- Araştırmada, bu hemşirelik tanılarının tıbbi tanıyı oluşturan klinik bulguları da içeriyor olması,
- Hemşire tarafından bu tanılara yönelik olarak gerçekleştirilecek çoğu girişimlerin, hemşirenin bağımlı girişimleri olması,
- Araştırmanın yapıldığı hastanede Çocuk Cerrahisi Kliniği, kaliteli hasta bakımı konusunda geliştirilen bakım standartlarının uygulandığı pilot bölgelerden biri olması.

3. Hemşirelik tanısı olan **“Fiziksel Hareket Kısıtlılığı”**nın sonuç kriterlerine ulaşabilme durumları açısından gruplar değerlendirildiğin-

de, çalışma ve kontrol grubu çocuklar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi,  $p>0.05$ ). TPB'nen çocuklarda standart hemşirelik bakım süreci içinde yer alan yatak içerisinde aktif-pasif egzersiz uygulatma, hemşirenin bağımsız olarak yapabileceği fonksiyonudur ve verilen bakım süreci içinde 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.) ve 9.(Çocuğun ekstremitelerinde ağrı yoktur.) sonuç kriterlerine ulaşmada çalışma grubu lehine sayısal farklılığın olması, sevindirici bir sonuçtur, dolayısı ile verilen standart hemşirelik bakımının etkili olabileceğini düşündürmektedir.

4. Hemşirelik tanısı olan **“Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik”** hemşirenin bağımsız olarak çözümleyebileceği bir sorun olması nedeni ile önemlidir. Sonuç kriterlerine ulaşma durumu açısından yapılan değerlendirme sonucunda, iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi,  $p>0.05$ ). Ancak, bu tanının 1.(Bireysel hijyen yeterlidir.) ve 3.(Yatak ve çevre düzeni sağlanmıştır.) 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 (Fisher Kesin Testi,  $p>0.05$ ). Bu tanının tüm sonuç kriterlerine ulaşma oranının sevindirici bir sonuç olarak çalışma grubu çocuklarda daha yüksek olduğu özünden gidilirse, örneklem sınırlılığının olmadığı durumlarda veya kalite çalışmalarının başlamadığı hastanede yapıldığı takdirde araştırmada, hemşirenin bağımsız fonksiyonları ile ilgili girişimlerinde sonuç kriterlerine ulaşmada hemşirelik bakımının etkili olması beklenebilir.

6. Hemşirelik tanısı olan **“Çocukta ve Ailede Anksiyete, Baş etmede Yetersizlik”** tanısının sonuç kriterlerine ulaşma durumları açısından yapılan değerlendirme sonucunda, iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi,  $p>0.05$ ). Standart hemşirelik bakım süreci içinde yer alan hasta ile iletişim, hemşirenin bağımsız

fonksiyonudur ve verilen bakım süreci içinde 1.(Çocukta, huzursuzluk yoktur.), 2.(Çocukta, ağlama nöbetleri yoktur.), 3.(Annede, huzursuzluk yoktur.), 4.(Annede, ağlama nöbetleri yoktur.), 5.(Çocuk, bakıma katılmaktadır (yaşı uygunsa), 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.) ve 13.(Çocuk, yaşına uygun aktivitelere (oyun-okul) katılmaktadır.) 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 (Ekici ve Atay 2001). Hastalık sadece çocuğu değil aynı zamanda ailesini de fiziksel, sosyal, ruhsal ve ekonomik olarak etkilemektedir. Çocukları hastaneye yatırıldığında korku içinde olan ebeveynin ve çocuğun anksiyetesinin azalması için, duygusal destek ve yeterli bilgiye, hemşirenin güvenilir, dinleyen, sevecen, empatik yaklaşımına gereksinim vardır. Ebeveyn ve çocuklara birey olarak davranılması, hemşirenin iletişimi açık tutarak, sık aralıklar ile çocuğun durumu, hastalığı ve tedavisi hakkında ebeveyn bilgi vermesi, onların rahatlamalarına ve işbirliği yapmalarına yardım eder (Kılıç 1998).

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

- Araştırmanın yapıldığı Çocuk Cerrahisi Kliniği Yoğun Bakım Ünitesinde aile merkezli yaklaşım esastır. Bu yaklaşım tedavi alanında veya yakınında ailenin bulunmasını önerir, işbirliğini arttırır, çocuk, aile ve sağlık ekibi üyeleri arasında güvenli ilişkiler oluşturur (Kılıç 1998).
- Araştırmanın yapıldığı hastane, bir eğitim hastanesidir ve bakımda kalite konusunda çalışmaları vardır ve Çocuk Cerrahisi Kliniği kalite uygulamaları için pilot bölgelerden biridir. Bu nedenle çalışma süresince, hasta çocuklar, anneleri ve sağlık ekibi arasında iyi bir iletişim olduğu gözlenmiştir.
- Klinikte çocuklarla çalışan bir psikoloğun bulunması,
- Kültürel özellikleri nedeni ile, hasta çocuk ve refakatçılarının, hemşirenin yönlendirmesi olmadan da, rahatlıkla diğer hasta yakınları ile iletişime ve etkileşime girebilmeleri,

- Araştırmanın yapıldığı klinikte, koridorda hasta telefonu olması, çocuk ve refakatçisinin anksiyeteleri ile daha kolay baş etmelerinde bir etkindir.

7. Hemşirelik tanısı olan “**Bilgi Eksikliği**” sonuç kriterlerine ulaşma durumu karşılaştırıldığında 1.(Çocuk, TPB nedenlerini bilmektedir.), 2.(Çocuk, tedavinin önemini bilmektedir.), 3.(Çocuk, tedavide beklenen sonuçları bilmektedir.) ve 6.(Çocuk, aldığı-çıkardığı sıvı takibinin önemini bilmektedir.) kriterlere çalışma grubunda olan hasta çocukların %100.0’ünde, kontrol grubunda ise %55.6’sında ulaşılmıştır. 7.(Aile, TPB nedenlerini bilmektedir.), 8.(Aile, tedavinin önemini bilmektedir.), 9.(Aile, tedavide beklenen sonuçları bilmektedir.) ve 12.(Aile, aldığı-çıkardığı sıvı takibinin önemini bilmektedir.) sonuç kriterlerine çalışma grubunda olan çocukların %100.0’ünde ulaşıldığı, kontrol grubunda olan çocukların %100.0’ünde ise ulaşamadığı saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubu arasında yapılan değerlendirme sonucunda, bu tanının 7.sonuç kriteri (Aile, TPB nedenini bilmektedir) (p=0.000), 8.(Aile, tedavinin önemini bilmektedir) (p=0.000), 9.(Aile, tedaviden beklenen sonuçları bilmektedir) (p=0.000) ve 12.(Aile, aldığı-çıkardığı sıvı takibinin önemini bilmektedir) (p=0.000) kriterlerine ulaşma durumları arasında çalışma grubu lehine, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Fisher Kesin Testi, p<0.001), diğer kriterlerde ise anlamlı bir fark bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi, p>0.05).

Araştırmada bu anlamlı farkın, hemşirelerin hasta ve ailesinin bilgi eksikliği sorununu, öncelikli bir sorun olarak algılamamalarından kaynaklandığı söylenebilir. Araştırmadan elde edilen bu sonuçlar, standart hemşirelik bakım modeli kullanıldığında, hemşirelerin temel rolleri arasında yer alan eğitimci rolünü önemli düzeyde gerçekleştirildiğini ortaya koymaktadır.

“Bilgi Eksikliği” hemşirenin bağımsız olarak çözümleyebileceği bir sorun olması nedeni ile çok önemlidir. Hasta ve ailesinin eğitimi, hemşirelik bakım süreçlerinin vazgeçilmez hedeflerinden birisidir (Jamieson and all 1992, Kılıç 1998, McKenna and Saavedra 2000, Öztürk 1997).

Araştırmaya alınan çocukların tüm hemşirelik tanılarındaki sonuç kriterlerine ulaşma durumları toplam puan ortalamaları (Tablo 2) 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) Total Parenteral Beslenen hasta çocuğun bakımı konusunda geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin bakım kalitesine etkili olduğunu düşündürmektedir.

**Tablo 2.** Çalışma ve Kontrol Grubu Çocukların Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumları Toplam Puan Ortalamalarının, Hemşirelik Tanılarına Göre Dağılımı.

Hemşirelik Tanıları	Gruplar	Toplam Kriter Sayısı	Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumları Toplam Puan Ortalamaları				
			N	X	Ss	t	p
<b>1. Enfeksiyon Gelişme Olasılığı</b>	Çalışma Grubu	17	9	17.88	2.31	- 1.29	0.214
	Kontrol Grubu	17	9	19.22	2.04		
<b>2. Komplikasyon Gelişme Olasılığı</b>	Çalışma Grubu	32	9	34.55	2.83	- 0.62	0.541
	Kontrol Grubu	32	9	35.55	3.87		
<b>3. Fiziksel Hareket Kısıtlılığı</b>	Çalışma Grubu	9	9	9.11	0.33	- 1.74	0.117
	Kontrol Grubu	9	9	10.00	1.50		
<b>4. Kişisel/Öz Bakımda Yetersizlik</b>	Çalışma Grubu	3	9	3.00	0.00	- 1.00	0.347
	Kontrol Grubu	3	9	3.22	0.66		
<b>5. Oral Müköz Membranların Bütünlüğünde Bozulma Olasılığı</b>	Çalışma Grubu	2	9	2.00	0.00	- 1.00	0.347
	Kontrol Grubu	2	9	2.22	0.66		
<b>6. Çocukta ve Ailede Anksiyete, Başetmede Yetersizlik</b>	Çalışma Grubu	13	9	13.11	0.33	- 2.15	0.047
	Kontrol Grubu	13	9	15.55	3.39		
<b>7. Bilgi Eksikliği</b>	Çalışma Grubu	12	9	12.00	0.00	- 8.22	0.000
	Kontrol Grubu	12	9	17.77	2.10		

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda, çalışma ve kontrol grubu çocukların tüm hemşirelik tanılarının sonuç kriterlerine ulaşma durumları açısından; 7. Hemşirelik tanısı (Bilgi Eksikliği) nin 7., 8., 9. ve 12. sonuç kriterlerine ulaşma durumunda anlamlı bir fark bulunmuş (Fisher Kesin Testi,  $p < 0.05$ ), diğer tanıların sonuç kriterlerine ulaşma durumu açısından ise gruplar arasında fark bulunmamıştır (Fisher Kesin Testi,  $p > 0.05$ ). Bu sonuçlar, Total Parenteral Beslenme alan çocuklara verilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin bakım kalitesine etkili olabildiğini göstermektedir.

Profesyonel çocuk hemşiresinin her çocuğa kaliteli bakım sağlama sorumluluğu vardır. Total Parenteral Beslenen çocuklara verilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin bakım kalitesine etkisinin incelendiği araştırma sonuçları doğrultusunda, aşağıdaki girişimler önerilebilir: **1-** Anne-babaların hasta bakımına katılımları desteklenmeli ve çocuğa uygulanan tedavi ve bakım konularında bilgi ve beceri kazan-

maları sağlanmalı,**2-** 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 denetlenmeli,

**3-** Klinik içinde standartların geliştirilmesinde ekip çalışması yapılmalı ve standartlar oluşturulurken akademisyen ve klinisyen hemşireler dayanışma içinde olmalı,**4-** Enfeksiyon gelişmesini önlemek için bütün TPB sıvısını hazır-lama işlemleri (sıvıların içine kondukları şişelerin veya ampüllerin açıl-masından, karıştırıcıya bağlanmalarına kadar) “Laminer Hava Akımlı” kabinlerde yapılmalı,

**5-** Hastalara verilen bakımın kalitesinin artırılması için standart bakım planlarının kullanılması ile bunların kliniklerde işlerliği sağlanmalı ve bakım kalitesine olan etkisini inceleyen çalışmalar yapılmalıdır. Çalışma, farklı hastanelerde ve daha fazla sayıda örneklem grubu ile yinelenmelidir.

#### **KAYNAKLAR**

1. Aydoğdu S (1997). Çocuk Hastalarda Parenteral Beslenme. Ege Pediatri Bülteni, 4: 1-2, 29-37.
2. Aydoğdu S, Selimoğlu MA, Asena S ve ark. (1999). Çocukluk Çağında Total Parenteral Nütrisyon (TPN). Türk Pediatri Kurumu XXXV. Ulusal Pediatri Kongresi Kitabı, Ankara, 376.
3. Balık E (1993) Çocuklarda Total Parenteral Nütrisyon. Klinik Nütrisyon. İzmir: Logos Yayıncılık A.Ş.
4. Barfoot K (1986). Home Care of the Child Receiving Nutritional Support: A Global Approach. Journal of the National Intravenous Therapy Association, 9:3, 226-229.
5. Baykul Y (2000) Eğitimde ve Psikolojide Ölçme, Klasik Test Teorisi ve Uygulaması. ÖSYM Yayınları, Ankara, 141-199, 201-223.
6. Bender J, Faubion W (1985). Parenteral Nutrition for the Pediatric Patient. Home Healthcare Nurse, 3:6, 32-39.
7. Bilodeau JA, Poon C, Mascarenhas MR, (1998). Parenteral Nutrition and Care of Central Venous Lines. Clinical Pediatric Gastroenteroloji. Churchill Livingstone, 637-651.
8. Carpenito LJ, Çev. Erdemir F (1999). Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 7.Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 518-519.
9. Coşkun T, Yurdakök M, Özalp İ (1997) Çocuklarda Enteral ve Parenteral Beslenme. Ankara: Sinem Ofset.
10. Çavuşoğlu H (1996). Total Parenteral Beslenme (İntravenöz Hiperalimentation). Çocuk Sağlığı Hemşireliği-Cilt 2, 2. Baskı, Ankara: Bizim Büro Basımevi Tesisleri, 211- 217.

11. Çimen S (1998). Çocuklarda İnfüzyon Uygulamalarında Ekstravazasyon ve Tromboflebit Gelişme Durumu ve Etkileyen Etmenler. VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Ankara,
12. Dicle (Sankaya) A (1997). Total Parenteral Beslenmede Geliştirilen İzlem Protokolünün Komplikasyonların Görülme Durumuna Etkisi. E.Ü.H.Y.O. Dergisi, 13:1-2, 89-103.
13. Doğruyol H (1994). Çocuklarda Parenteral Beslenme. Bursa: Güneş & Nobel Tıp Kitabevi.
14. Ekici B, Atay S (2001). Hemşirelikte Standardizasyon ve Çocuğun Hastaneye Yatmasına Yönelik Bakım Standardı. Hemşirelik Forumu Dergisi, Temmuz-Ekim, 4:4, 22-32.
15. Gömbül Ö (1993). Hemşirelikte Kalite Güvenliği ve Standartlar. THD, 43:3, 22-28.
16. Hambidge KM, Sokol RJ, Krebs NF (1995). Enteral and Parenteral Alimentation. Pediatric Clinical Gastroenteroloji. Fourth Edition, Mosby, 1030-1045.
17. Hayran M, Özdemir O (1996). Bilgisayar, İstatistik ve Tıp. 2. Basım, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
18. Jamieson ME, Mc Call MJ, Blythe R, (1992). Parenteral Nutrition. Guidelines for Clinical Nursing Practices. Second Edition, Churchill Livingstone, Edinburgh, London, Madrid, Melbourne, New York and Tokyo, 104-117, 174-181.
19. Karaman A, Çakmak Ö, Karaman İ, Erdoğan D (1998). Cerrahi Yenidoğanda Periferik Total Parenteral Beslenme. 16. Çocuk Cerrahisi Kongresi Kitabı, Antalya, 153.
20. Karasar N (1995). Bilimsel Araştırma Yöntemi. 7.Basım, Ankara.
21. Karayurt Ö, Deniz H ve ark. (1993). Kalite Yönetimi için bir Çalışma Örneği: İntravenöz Sıvı Uygulama. Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 263- 268.
22. Keitley KJ (1989). Advances in Nutritional Support. The Nursing Clinics of North America, 24:2, 301-460.
23. Kılıç M (1998). Pediatrik Acil Yoğun Bakım Hemşireliğinde Çocuğa ve Aileye Psikolojik Yaklaşım ve Destek. E.Ü.H.Y.O. Dergisi, Mayıs-Ağustos, 14:2, 171-187.
24. Koçak F, Kukulu K (1993). Kaliteli Hasta Bakımında Hemşirenin Rolü. Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 130-140.
25. Mc Kenna A, Saavedra MJ (2000). Nutrition in the Pediatric Surgical Patient. In Wise VB, Garvin G, McKenna C, Harmon BJ (ed.). Nursing Care of the General Pediatric Surgical Patient. Gaithersburg, Maryland: An Aspen Publication, 32-43.
26. Montgomery KL, Daniels CE (1999). Care of the Patient Receiving Total Parenteral Nutrition (TPN). NIH Clinical Center Nursing Department, <http://www.Cc.Nih.Gov/nursing/>
27. National Advisory Group on Standarts & Practice Guidelines for Parenteral Nutrition (1998). Safe Practices for Parenteral Nutrition Formulations. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 22:2, 64-66.
28. Nural N (1992). Kaliteli Bakım Standardı. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas: Esnaf Matbaacılık, 28-34.



29. Oran (Tuna) N, Turgay (San) A (2000). Santral Venöz Kateterlerde Hemşirelik Bakımı. Hemşirelik Forumu Dergisi, 3:3, 20-25.
30. Öztürk C (1997). Pnömonisi olan Çocuğun Bakımı Konusunda Geliştirilen Bakım Standartının Bakım Kalitesine Etkisi. E.Ü.H.Y.O. Dergisi, Ocak-Nisan, 13:1-3, 105-118.
31. Özgüven İE (1998) Psikolojik Testler. 2.Basım, Ankara: PD Rem Yayınları, 83-120.
32. Pritchard AP, David JA (1990). Central Venous Catheterization. Manual of Clinical Nursing Procedures. Second Edition. The Royal Morsden Hospital, Oxford, 78-96, 191-197.
33. (1999). Standarts for Nursing Practice in British Colombia. [www.Rnabs.Bc.ca/standart.htm](http://www.Rnabs.Bc.ca/standart.htm).
34. (1999). Standarts of Nursing Practice Direct Care Provider. [www.Marn.Mb.ca/standart.htm](http://www.Marn.Mb.ca/standart.htm).
35. Tokatlı A (1996). Çocuklarda Parenteral Beslenme. Katkı Pediatri Dergisi, 2, 221-247.
36. Toprak Ç (1992). Çocuklarda Periferik Parenteral Beslenme. III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas: Esnaf Matbaacılık, 731-735.
37. Tucker, Canobbio, Paquelk (1988). Total Parenteral Nutrition (TPN). Patient Care Standarts (Nursing Process, Diagnosis and Outcoms. Fourth Edition. CV. Mosby Company, Toronto, 51-55.
38. Ulusoy MF, Görgülü RS (1996). Total Parenteral Beslenme (İntravenöz Hipereliman-tasyon). Hemşirelik Esasları-Cilt 1, 2. Baskı, Ankara, 266-269.
39. UTMB Department of Pharmacy Policy and Procedures (2000). Care of Adult and Pediatric Patients Receiving Parenteral Nutrition. [http://www.utmb.edu/policy/pharm/pp\\_07-35.pdf](http://www.utmb.edu/policy/pharm/pp_07-35.pdf).
40. Yılmaz (Bal) H, Conk Z (2000) Mekanik Ventilatör Desteği Alan Yenidoğanın Bakımı Konusunda Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin Bakım Kalitesine Etkisi. E.Ü.H.Y.O. Dergisi, Ocak-Nisan, 16:1, 1-10.