T.C
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. SUZAN YILDIZ

AMPİYEM NEDENİYLE TORAKS TÜPÜ TAKILAN ÇOCUKLARA UYGULANAN BAKIMIN İYİLEŞME SÜRECİNE ETKİSİ

DOKTORA TEZİ

GÜLÜMSER ARÇA (SONAT)

İSTANBUL - 2004

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

1. GİRİŞ VE AMAÇ..... 1

2. GENEL BİLGİLER..... 4

3. GEREÇ VE YÖNTEM..... 20

4. BULGULAR..... 27

5. TARTIŞMA 68

6. ÖZET..... 69

7. SUMMARY..... 70

8. KAYNAKLAR..... 71

9. EKLER..... 76

EK 1- ÇOCUK BİLGİ FORMU
EK 2- ÇOCUK TANILAMA FORMU
EK 3- BAKIM PLANI
EK 4- KİTAPÇIK
EK 5- GÖRÜŞ ALINAN UZMAN LİSTESİ
EK 6- GEREKLİ İZİNLER
ÖZGEÇMİŞ

TEŞEKKÜR

Lisans, lisansüstü ve doktora eğitimim süresince ve bu araştırmanın başlangıcından sonuçlanma aşamasına kadar bilgi, deneyim ve değerli katkılarından dolayı başta danışmanım Prof. Dr. Sevim Savaşer' e daha sonra tez izleme komitemde bulunan ve Sevim Savaşer' in mazereti dolayısı ile danışmanlığımı üstlenen, özverili katkıları ile çalışmanın sonuçlanmasında büyük emekleri olan Doç.Dr. Suzan Yıldız' a ve çalışma yaşamımın her döneminde olduğu gibi tez izleme komitesi üyesi olarak da araştırmamın tüm aşamalarına büyük destek veren Prof.Dr.Nüvit Sarımurat' a,

Doktora eğitimimde ve meslek yaşamımda kuramsal bilgisi ile beni destekleyerek yol gösteren hocam Prof. Dr. Gülay Görak' a,

Doktora eğitimimi tamamlayabilmek için katkılarından dolayı başta Müdürümüz Prof.Dr. Hacer Karanisoğlu olmak üzere, beni motive eden, İ.Ü Bakırköy Sağlık Yüksekokulundaki bütün çalışma arkadaşlarıma,

Araştırmamım her aşamasına katkıları olan arkadaşlarım, Afet Mishal, Emel Horasan,Meral Madenoğlu Kıvanç ve Neşe Şekerci' ye,

Araştırmanın yürütülmesi için yardımlarını esirgemeyen, İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Kliniği Enfeksiyon-İmmüno-Allerji Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Necla Akçakaya' ya, Prof. Dr. Yıldız Camcıoğlu' na , başta sorumlu hemşire Ulviye (Dağlı) Kozlu olmak üzere tüm hemşire,asistan ve servis çalışanlarına, İ.Ü.C.T.F Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Başhemşiresi Zaide Doğan' a, sorumlu hemşire Fikriye Kurtuluş' a ,laborant Füsun Atıcı' ya ve asistanlara,

Kontrol grubu olgularımı izleyebilmem için yardımcı olan, S.B Haseki Eğitim Hastanesi Çocuk Kliniği Şefi Prof. Dr. Murat Elevli' ye, Uz.Dr. Emel (Akıncı) Ata 'ya, klinik sekreterine, süt çocuğu ve çocuk dahiliye servisinde çalışan hemşire ve hekimlere,

Araştırmama katılan tüm çocuklara ve ailelerine,

Yaşamım boyunca daima yanımda olan, mesleğimde ilerleyebilmem için beni motive eden annem Melahat Sonat , ablam Nursal ve yeğenim Levent başta olmak üzere ailemin bütün üyelerine ve dostlarıma,

Her zaman olduğu gibi doktora eğitimimin her aşamasında da verdiği destek, gösterdiği anlayıştan dolayı sevgili eşim Hasan Basri Arça' ya, canım çocuklarım Berker ve Begüm' e teşekkürlerimi borç bilirim.

GİRİŞ VE AMAÇ

Bir ülkenin sağlık bakım düzeyini belirleyen önemli sağlık ölçütlerinden birisi bebek ölüm hızıdır. Ülkemizdeki sağlık ölçütlerine göre sağlık sorunlarının başında bebek ve çocuk ölümleri gelmektedir. Nüfusumuzun % 10,5' ini 0-5 yaş grubu çocuklar oluşturmakta olup, her 20 çocuktan 1' i, 1 yaşına gelmeden ölmektedir (16,45,46).

Dünyada her yıl 5 yaşın altında 4 000 000 çocuk Pnömoni nedeniyle ölmektedir. Yapılan çalışmalar ülkemizde her yıl 0-4 yaş grubundan 50 000 çocuğun solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle öldüğünü ortaya koymuştur (45,46,51). Ülkemizde 1-4 yaş arası ölüm nedenlerine bakıldığında Pnömoni ilk sırada gelmektedir. 1988 ' de Neyzi ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada , İstanbul 'da 0-11ay ve 1-4 yaş arası çocukların ölüm nedenleri incelenmiş ve 0-11 ay çocukların % 17,2 ' sinde 1-4 yaş arası çocukların ise % 23,6 ' sında pnömoniden kaynaklanan ölümlerin olduğu görülmüştür(3,51).

Pnömoninin bu kadar sık görülmesi, komplikasyonlarının da önemini ortaya çıkarmaktadır. En sık karşılaşılan komplikasyonlar; **perikardit, endokardit ,ampiyem, plörezi,** v.b. dir. Ampiyem pnömoninin önemli komplikasyonlarından biri olup, nedenlerine bakıldığında % 60 oranıyla ilk sırada pnömoniden kaynaklandığı görülmektedir (2,10,49,51,54,71).

Ampiyem hastane ortamında tedavi edilmesi gereken ve erken teşhisle tedaviye iyi yanıt veren bir hastalıktır. Ampiyemli çocuklara geciktirilmeden toraks tüpü takılmasının ve etkin antibiyoterapinin yanında verilecek kapsamlı bir hemşirelik bakımının çocuğun daha kısa sürede iyileşmesine olanak tanıyacağı açıktır (8,10,12 ,28) .

Çocuklarda sık görülen solunum yolu hastalıklarından biri olan pnömonide çocukların bakımı konusunda geliştirilen bakım standardının bakım kalitesine etkisini (51) ve yine pnömonide mekanik yöntemlerle desteklenen hemşirelik bakımının bebeklerin iyileşme sürecine etkisini araştıran çalışmalar vardır(3). Bu çalışmalarda hemşirelik bakım planlarının iyileşme sürecine etkisi ortaya konmuş ve özellikle Öztürk (51) tez önerilerinde hemşirelik bakım planlarının ve bakım standardı geliştirilmesinin

önemini vurgulamıştır. Ancak ampiyemli çocukların bakımları ile ilgili araştırmalara rastlanmamıştır.

Hemşirelikte kaliteli bakım planlarının geliştirilmesine ihtiyaç vardır.Hastalıklara özgü geliştirilecek bakım planları sayesinde hem hastalar daha kaliteli bakım alacaklar, hem de hemşireler daha kısa sürede amaçlarına ulaşmış olacaklardır. Hemşirelik süreci doğrultusunda verilecek bakım ve aynı doğrultuda hastalıklara özgü hastaların alması gereken olmazsa olmaz bakımı içeren uygulama standartlarının üzerine, bireye özgü bütüncü bir bakım eklendiğinde iyileşme sürecinde büyük ölçüde kısalma olacağı ve aynı zamanda hastanın / ailenin memnuniyetinin de artacağı gerçeği göz ardı edilmemelidir.

ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırma, ampiyem nedeniyle toraks tüpü takılan çocuklar için geliştirilen bakım planı doğrultusunda verilen bakımın, iyileşme sürecine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı, analitik ve yarı deneysel olarak iki aşamada gerçekleştirildi.

Araştırmanın tanımlayıcı bölümüne temel oluşturan sorular;

- Çocuğun yaşı kaç?
- Cinsiyeti nedir?
- Ampiyemin nedeni nedir?
- Okula gidip- gitmeme durumu nedir ?
- Çocuğa kim bakıyor?
- Annenin ve babanın yaşı, eğitimi, mesleği nedir?
- Çocuğun önceden geçirdiği akciğer enfeksiyonu geçirmiş mi?
- Çocuğun hastaneye yatış tarihi nedir?
- Tüpün takıldığı ve çıkarıldığı tarih nedir?
- Çocuk hastanede yatarken komplikasyon gelişti mi?
- Çocuğun hastaneden taburcu edildiği tarih nedir?

Araştırmanın kısa vadeli amacı : Araştırma grubu için hazırlanan bakım planının kullanılması ile iyileşme sürecinin kısalacağını belirlemek.

Uzun vadeli amacı : Araştırma grubu için hazırlanan bakım planının kitapçık haline getirilerek klinikte rutin olarak kullanımını sağlamaktır.

Araştırmanın Yarı Deneysel Bölümünün Hipotezleri;

Hı: Araştırma grubu için hazırlanan bakım planı kullanılarak bakımları yapılan çocukların;sonuç kriterlerine ulaşma süreleri, bakım planı kullanılmayan çocuklardan daha kısadır.

H2: Ampiyem nedeniyle toraks tüpü takılı olan çocuklara uygulanacak bakım planı, çocukların hastanede kalış süresini kısaltır.

GENEL BİLGİLER

1. AMPİYEM

TANIM

Ampiyem Hipokrat' tan bu yana tanımlanmış, günümüzde sorun olmaya devam eden sekonder bir hastalıktır (8,54). Normalde plevra boşluğunda akciğer radyografisi ve fizik muayene ile saptanamayacak kadar az miktarda sıvı bulunur. Bu sıvı akciğerlerle göğüs duvarının birlikte hareketini sağlayarak ve plevra yapraklarının birbirlerine sürtünmesini engelleyerek solunumu kolaylaştırır. Bu sıvı steril olarak fazlalaşırsa ***Plevral effüzyon,*** pürülan bir özellik kazanırsa ampiyemden söz edilir. Ampiyem ,plevra boşluğunda iltihap olması veya gram boyamasında içinde mikroorganizmanın görüldüğü eksüdatif lezyonlardır (8,10,17,18,27,45,54,70).

ETİYOLOJİ

Ampiyem nedenleri çocuğun yaş gruplarına göre değişiklik göstermekle birlikte %60' ı pnömoni , % 25'i cerrahi girişim veya toraks travmalarına bağlı olarak gelişmektedir. Geri kalan %15'lik bölümünde ise neden belli değildir (8,17,22,54).

Dünya sağlık örgütünün (DSÖ) belirlemelerine göre gelişmemiş ülkelerde çocukların % 20' si 0-5 yaş arasında ölmektedir. Yapılan araştırmalar bu çocukların 1/3 -1/4' ünün ölüm nedeni olarak da akut solunum yolu enfeksiyonları veya onların yol açtığı komplikasyonlar olduğunu ortaya koymuştur .Ampiyem sıklıkla pnömoni sonrası geliştiğinden gelişmekte olan ülkeler için önemli bir sorundur.Etken olarak en sık Pnömokoklar, Stafilakoklar, Hemafilus influenza ve Virüsler sorumludur. Bunun dışında akciğer abseleri, toraks travmaları, mediastinit, cerrahi girişimler ve abdomendeki cerahatli infeksiyonlar ampiyem nedeni olabilmektedir(8,10,14,22,39,40,41,45,46,50,51,54 ,64).

BELİRTİLER

Etkene ve hastalığın ağırlığına göre değişir.

- Yorgunluk
- Halsizlik
- Taşipne
- Ateş
- Solunum güçlüğü
- Solunum seslerinin eşit olmaması ve azalması
- Krepitasyon
- Göğüste değişik derecelerde ağrı
- Yan ağrısı
- Öksürük görülebilir.

Ayrıca;

- Karın ağrısı
- Distansiyın
- İleus gelişebilir(2, 8,14,22,39,40,45,50,54).

TANI

- Öykü
- Fizik muayene
- Kan örneklerinin incelenmesi (sedimentasyon hızında artma, lökositoz,kan kültürü, kan gazları)
- Akciğer ultrasonografisi
- Bilgisayarlı tomografi
- Torasentez ile konur (2, 8,,14,18,22,24,39,40,45,50,54,61,71).

FİZYOPATOLOJİ

Ampiyem gelişiminde üç evre tanımlanmıştır.

Birinci evre: Eksüdatif evredir, bu evre steril ve serbestçe akan efüzyonla karakterizedir.

İkinci evre: Fibropürülan evredir , polimorf nüveli lökosit ve hücre tortusu içeren, pH' ı ve glikoz içeriği düşük, laktik dehidragenazı (LDH) yüksek olan plevral sıvı ile karakterizedir.

Üçüncü evre: Organizasyon evresidir. Bu evre akciğerlerin tam olarak ekspanse olmasını önleyerek normal fonksiyonunu bozan plevral kalınlaşmanın meydana geldiği evredir. Gelişim evreleri ve hastanede kalış süresi arasında ilişki olduğunu gösteren çalışma bulunmaktadır (8,14,17,18,22,24,27,37,38,40,45,50,54,56,60,61).

TEDAVİ

Ampiyemde, antibiyotikler ve uygun drenaj, tedavinin temelini oluşturmaktadır. Antibiyotik seçimine balgam ve ampiyem sıvısının gram boyaması yapılarak mikroorganizmanın türünün belirlenmesi ile karar verilmektedir. Torasentezde cerahatın gelmesi veya ampiyem sıvısının gram boyamasında bakteri görülmesi ile toraks tüpü takılmaktadır . Toraks tüpünün plevra boşluğunda kalış süresi çocuğun durumuna göre değişmekle beraber ortalama 10 gündür. Antibiyotik tedavisi 3-4 hafta sürmektedir

Tedaviye erken başlanan hastalarda prognoz iyidir. Yeterli tedavi olmayan vakalarda akciğer yüzeyinde fibroz değişiklikler oluşur. Bu durum dekortikasyon gerektirir (8,10, 14,17,18,21,24,27,28,30,36,37,38,40,41,43, 44,45,50,52,54,56,60,61,63, 66,71).

KOMPİKASYONLAR

Ampiyem komplikasyonları olarak

- Bronkopulmoner Fistüller
- Piyopnömotoraks
- Pürülan Perikardit
- Akciğer Absesi
- Peritonit
- Menenjit
- Artrit
- Osteomiyelit görülebilir (2, 8,13,14,17,22,24,39,40,45,50,54,61,71).

2. HEMŞİRELİK SÜRECİ VE HEMŞİRELİK STANDARTLARI

Geçmişten günümüze doğru bakıldığında, sağlık bakımı hizmeti veren disiplinlerin bakımı iyileştirme çabası içinde olduğu görülmektedir. Her profesyonel disiplinde olduğu gibi hemşirelik mesleğinin de, uygulamalarını bilimsel bir temele dayandırması gerekmektedir (6,7,51).

Florence Nightingale, modern hemşirelik eğitimini başlatması ile hemşirelik mesleğine bazı standartların getirilmesine ön ayak olmuştur. Hemşirelik mesleğinin geliştiği ülkelerde hemşireler, hemşirenin ne yaptığını değil, neden ve nasıl yaptığını da araştırmaya başlamışlardır. 1953 yılında Dr.Ruth Kuehn hemşirelik işlevlerini içeren bir kitapçık hazırlamış ve ardından sadece işlerin yapılmış olmasının yeterli olmadığının, bu işlevlerin yapılma şeklinin analiz edilerek geliştirilmesi gerektiğinin bilincine varmıştır. Böylelikle hemşirelik süreci hakkında ilk düşünceler ortaya çıkmıştır.(6,7,51)

2.1. Hemşirelik sürecinin tanımı ve tarihsel gelişimi

2.1.1.Tanım

Süreç, tanım olarak belirli ve istenir sonuca götüren işlemler dizisidir. Hemşirelik süreci; sağlıklı/ hasta bireyin, ailenin/grupların bakım gereksinimlerinin planlanması, uygulanması ve sonucun değerlendirilmesi gibi işlevlerden oluşan sistemli bir yaklaşımdır.Hemşirelik süreci, hemşirelik bakımı hakkında düşünme şeklidir. Hemşirelik süreci, hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturur. Hastaya bakım vermede kullanılan bir araçtır. Hasta hemşirelik bakımının odağıdır (6,7,51,65).

2.1.3.Tarihsel süreç

Hemşirelikte süreç 1955 yılında Lydia Hall tarafından ileri sürülmüş, Ida Jean Orlando tarafından 1960 yılında "Hemşirelik Süreci" kavramı başlatılmıştır .Hemşirelik süreci kavramı ile birlikte hemşirelik bakımı hasta üzerine odaklanmıştır. 1967 yılında Amerika Bileşik Devletleri'nde (ABD) Yura ve Walls, 1978' de Mc Closkey,1982 yılında Carison,Craft ve Mc Guire hemşirelik sürecinin dört ya da beş

basamağını tanımlamıştır. Bu girişimler hemşirelik mesleğinin bilimsel bir tabana oturtulma, profesyonelleşme çabalarını gerçekleştirmiştir (6,7,65).

1973 yılında Amerikan Hemşireler Derneği (ANA), ''Hemşirelik Uygulamaları Standartları '' nı geliştirmiş ve süreci 7 aşama ile tanımlamıştır. Bu aşamalar;

1- Veri toplama,

2- Hemşirelik tanısını belirleme,

3- Hedef saptama,

4- Hemşirelik bakımının planlanması,

5- Hemşirelik uygulamaları,

6- Değerlendirme,

7- Planın gözden geçirilmesi dir.

1987 yılında başlayıp günümüze kadar devam eden ve 2001 yılından sonra ülkemizde adından bahsedilmeye başlayan ve hemşirelik sürecinin daha kapsamlı uygulanmasını sağlamak amacıyla kullanılan ''Nursing Outcomes Classification (NOC)'' ve ''Nursing Interventions Classification (NIC)'' modelleri geliştirilmiştir (31,32,33,34,47,48,72).

NOC: Bireye / hastaya uygulanan hemşirelik girişimlerinin etkinliğini arttırmak üzere geliştirilmiş, geçerli, güvenilir, standart ve geniş kapsamlı olarak hedeflenen bakım sonuçlarının sınıflandırılmasıdır (33,34, 48,72).

NIC: Iowa Üniversitesi Hemşirelik Koleji , Hemşirelik Sınıflama Merkezi tarafından, hemşireliğin bütün alanları ve uzmanlık dallarında uygulanan girişimleri tanımlama amacıyla 1987 yılında başlayan ve günümüzde hala gelişimini sürdüren bir sınıflama modelidir (31,32,47, 72).

2.1.4. Hemşirelik sürecinin aşamaları

Günümüzde bir çok otorite tarafından uygulanması uygun görülen 5 aşamalı süreç modelidir. Bu aşamalar;

1- Veri toplama,
2- Tanılama,
3- Planlama,
4- Uygulama,
5- Değerlendirme dir (6,7,65) .

1- Veri toplama : Sürecin ilk aşamasıdır. Bireyin bakımına temel olacak ya da bakımı yönlendirecek veriler toplanır. Başka bir değişle bireyin ilk değerlendirilmesi yapılır. Veri toplama aşaması sağlıklı / hasta birey ile ilk karşılaşıldığı andan itibaren başlar ve aralıksız olarak devam eder.Veriler objektif veya subjektif olabilir. ***Subjektif veriler***, bireyin ifade ettikleridir. ***Objektif veriler***, hemşire veya diğer sağlık ekibi üyelerinin fiziksel değerlendirme sonucu topladıkları verileri, yapılan tanı işlemlerini ve laboratuar sonuçlarını kapsar.

Kuramcılar tarafından çeşitli veri toplama modelleri geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları; Virginia Henderson Modeli, Yaşam Modeli (GYA) ve Gordon' un Sağlık Örüntüleri Modelidir (6,7).

2- Tanılama: Sürecin ikinci aşamasıdır. Belirlenen hemşirelik tanıları hemşirelik aktivitelerine temel oluşturur. Bireyin sorununun başarı ile çözümlenebilmesi tanının, doğru konulması ile mümkündür.

Hemşirelik tanıları, birey/aile/grupların var olan ya da potansiyel olan sağlık sorunlarını hemşirenin bağımsız olarak uygun hemşirelik yaklaşımları ile önlemek, hafifletmek ya da çözümlemek için yasal olarak ele almaya yetkili olduğu tanılardır. NANDA; 2001-2002 yıllarında 156 hemşirelik tanısı belirlemiştir.NANDA' nın belirlediği her tanının 3 unsuru vardır.

- Tanı ismi / problem
- Etiyolojik faktörler
- Tanımlayıcı / belirleyici özellikler

Hemşirelik tanıları ;

- Gerçek problemler, gerçekten var olan ,
- Potansiyel problemler, ileride olabilecek ,
- Olası problemler, bekli de var olan problemleri içerir..

3.Planlama: Hemşirelik sürecinin 3. aşaması olan planlama, bireysel, organize ve amaca yönelik olarak nasıl bir hemşirelik bakımı verileceğine karar verme aşamasıdır.Planlama aşaması;

- Önceliklerin belirlenmesini,
- Bakımın amaçlarının uzun vadeli beklenen sonuçlarının (hedefler) belirlenmesini,
- Hemşirelik girişimlerine karar verilmesini,
- Bakım planının yazılmasını içerir.

4-Uygulama: Hemşirelik sürecinin 4. aşamasıdır. Bakım planında belirlenen hedefe ulaşmak için belirlenen/ saptanan girişimlerin uygulandığı aşamadır.bu aşama, hem tıbbi bakım planının hem de hemşirelik bakım planının uygulanmasını içerir.

5.Değerlendirme: Hemşirelik sürecinin son aşamasıdır.Planlanan girişimlerin uygulanması sonucunda belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığına bakılır. Değerlendirme sonunda belirlenen hedeflere ulaşılmamış ise tekrar en başa dönülür.

Hemşire,hemşirelik süreci doğrultusunda bireye / hastaya yönelik sistematik holistik ve kapsamlı hemşirelik bakım planını yönetir. Holistik görüş, bütüncü görüş demektir ve felsefi bir anlam taşır. Tüm insanlara kendi çevresi içinde yaklaşım gösterilmesi gerektiğine inanır, bireyin biyofizyolojik, psikolojik, sosyokültürel bir varlık olarak yaşadığını ve her bireyin diğerinden ayrı bir nitelik taşıdığını kabul eder. Holistik görüşe göre birey bir bütündür, çeşitli organlar arasında akıl ile beden, insan ve çevresi arasında etkileşim vardır. Bireyin hastalığa karşı tepkisi ele alınır. Hemşirelik bakım planı profesyonel hemşirenin geliştirdiği bir aktivite planıdır.Hemşirelik bakım planının doğru olabilmesi için;

- Uygun ve geçerli veri toplama,
- Verileri analiz etme,
- Hemşirelik tanılarını ortak problemlerden ayırt etme,
- Önceliği olan tanıları seçebilme,
- Düzenli kayıt ve rapor etme gerekir.

Çocuk sağlığı hemşiresi, çocuk ve ailesine yönelik sistematik ve kapsamlı hemşirelik bakımını yönetir (6,7,51). Bakım planının yararları;

- Hasta / birey merkezli bakımı sağlar,
- Hemşirelik girişimlerini belirli hedeflere yöneltir,
- Çocuk ve ailesini bakıma dahil eder,
- Planlı ve sistematik çalışmayı sağlar,
- Çocuk ve aileyi destekler,
- Sağlık ekibi arasında iletişimi sağlayarak bakımda tutarlılığa olanak tanır.

2.1.5 Hemşirelik sürecinin yararları :

- Bakımın görev/iş merkezli değil, birey/hasta merkezli olmasını sağlar. Bütüncü bakım sunulur.
- Hemşirenin çok yönlü eleştirel düşünmesini sağlar. Gereksinimlerin yorumunda bireysellik ortadan kalkar.
- Önceliklerin belirlenerek bakım verilmesini sağlar.
- Hemşirenin kuramsal bilgisini bakıma yansıtmasına olanak tanır.
- Kayıt yoluyla, hemşireye yasal destek sağlar.
- Yapılacak araştırmalar için kaynak oluşturur.
- Hemşireye planlı ve amaca yönelik çalışma alışkanlığı kazandırır. Ayrıca bu özelliklerinden dolayı zamandan ekonomi sağlanmış olur.
- Hemşireliğe bilimsellik kazandırır.

Hemşirelik süreci, veri toplama, analiz etme ve verilerin değerlendirilmesinde kullanılan sistematik bir rehber niteliğindedir. Özet olarak, hemşirelik süreci yönteminin kullanılmasının, verilen bakımın kalitesini yükselttiği söylenebilir. Hemşirelik süreci son yıllarda geliştirilen bakım standartları ile bütünleştiğinde bu kalitenin daha da artacağı gerçeğini göz ardı etmemek gerekir (3, 6,7,51, 65).

2.2. Bakım standartları

2.2.1 Tanım

Standart, örnek yada temel olarak alınabilen, bir otorite tarafından kabul edilen şey olarak tanımlanmaktadır (6,7,51).

Bakım standardı, hastanın hemşireden bekleyebileceği en üst bakım düzeyini ve istenen sonuçları tanımlar (25,26,51).

2.2.2. Bakım standartlarının tarihsel gelişimi

Hemşireliğin gelişmiş olduğu ülkelerin başında İngiltere ve ABD gelmektedir. İngiltere' deki Ulusal Sağlık Örgütü bakım standartlarını 1960 yıllarında başlatmış, 1980'li yıllarda geliştirmiş 1990'larda ise daha da geliştirerek Dinamik Standart Belirleme Sistemi adı altında toplamıştır (6,7).

1960 ' lı yıllarda ABD' de Amerikan Hemşireler Derneği (ANA) tarafından hemşirelik uygulamalarına ilişkin standartlar geliştirilmiştir.

ANA tarafından geliştirilen standartlar:

- Sağlıklı / hasta bireyin sağlık durumu hakkında sistemli ve devamlı olarak veri toplanır.
- Hemşirelik tanısı, sağlık durumuna ilişkin veriler kullanılarak konur.
- Hemşirelik bakım planı, hemşirelik tanısı doğrultusunda saptanan hedefi kapsar.
- Hemşirelik bakım planı, öncelikleri ve hemşirelik tanısı doğrultusunda saptanan amaca ulaşmayı ölçen kriterleri kapsar.

- Hemşirelik girişimleri bireyin / hastanın sağlığının geliştirilmesi devamlılığı ve düzeltilmesi için katılımını kapsar.
- Hemşirelik girişimleri bireyin / hastanın sağlık kapasitesinin en üst düzeye çıkarılmasına yardım eder.
- Bireyin/hastanın bakım planında saptanan amacına ulaşması/ ulaşmaması bireye/hastaya, hemşireye bağlıdır.
- Bireyin/ hastanın bakım planında saptanan amaca ulaşması/ulaşmamasını, problemin belirlenmesi, önceliklerin kaydı,yeni amaç saptama ve planın gözden geçirilmesi yönlendirir.

Dünya Sağlık Örgütünün 1985 yılında yayınladığı sağlık hedeflerinden 31. hedef "1990 yılına kadar üye ülkeler, sağlık sistemleri içinde hastaların kaliteli bakımlarını güvenceye alacak etkili mekanizmalar kurmuş olacaklardır" hedefidir . Kalite güvenliği ise standart belirlemekle olur.

Standartlar, hemşireler tarafından geliştirilir ve verilmesi gereken hasta bakımını temsil ettiğine inanılırsa, uygulamaları çok kolay olacaktır. Standartlar durağan değil, dinamiktirler. Bakım standartları, kabul edilebilir, ölçülebilir ve gözlemlenebilir olmalıdır.

Gelişmiş ülkelere baktığımızda bakım standartlarının gelişmiş olduğunu görmekteyiz. Larter ve arkadaşları (42) Astım' lı çocuğun bakım standartlarını oluşturmuşlardır. Hastalıklarla ilgili bakım standartları ülkemizde çok az sayıdadır. Öztürk (51) , Pnömoni' li çocuğa uygulanan bakım standardının bakım kalitesine etkisini araştırmıştır .

2.2.3. Standartları oluşturan kriterler

- **Yapı kriterleri** (yapı standartları): Bir organizasyondaki ''gerçek bakımı vermek için destek sağlayan çatı'' üzerinde odaklanır (51). Personel sayısı ve niteliği, fizik çevre, finansal durum, hasta bakım araçları ve benzeri hasta bakımını kolaylaştıracak faktörleri içerir (1,25,26,51).

- **Süreç kriterleri** (süreç standartları) : Bakım elemanları tarafından hasta ve yakınlarının gereksinimlerinin tanılanması,değerlendirilmesi, bireyselleştirilmiş

tedavi planı,uygulanan tedavi ve bakımın teknik yönleri, kritik olayların ve komplikasyonların yönetimini kapsar (1, 4,13,23,51). Günümüzde uygulama standartları, kavramı ile yer değiştirmiştir. Uygulama standartları, hemşirelik uygulamasını tanımlamayı hedefler. Uygulayıcı/ Hemşire merkezlidir. Belirli bir Tıbbi/hemşirelik tanısı olan, belirli bir işlem uygulanan, tedavi alan veya özel araç kullanan bir birey için , hemşirenin temelde yapması gereken minimum aktiviteleri tanımlar (1,4,13,25,26,51,). İlk kez 1970 tarihinde ANA tarafından hazırlanan uygulama standartları daha sonra , Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği, Amerikan Kalp Derneği, Doğum, Kadın Hastalıkları ve Yenidoğan Hemşireleri Organizasyonu tarafından geliştirilmiştir(35,42,51).

- **Sonuç kriterleri** (sonuç standartları) : Standarda ne ölçüde ulaşıldığını ölçmek için neyin gözlenmesi gerektiğini belirler (25,51). Sağlık bakım elemanları tarafından gerçekleştirilen bakımın sonunda hasta ve yakınları için beklenen değişiklikleri yansıtır (23,25,51). Bakım standardı da denilir. Kalite geliştirme programlarının temelini oluştururlar. Belirli bir durumda ya da belirli bir ünitedeki hastanın alması gereken bakımın düzeyini tanımlar. Hasta merkezlidir.

Hasta çocuklara bakımlarının standart bakım planı doğrultusunda verilmesinin hastanede kalınan süreyi kısaltması, maliyeti düşürmesi ve prognozu olumlu yönde etkilemesi beklenir (51).

Hemşirelik bakım standartları, kaliteli bakım sunmak amacıyla geliştirilmiştir. Gelişmiş ülkelerde hemşirelikte bu gün gelinen noktanın temellerinden biri, A.B.D'de 1960'larda Amerikan Hemşireler Birliği'nin (ANA), diğeri de İngiltere'de Ulusal Sağlık Örgütü'nün bakım standartlarını belirlemiş olmasındandır. Günümüzde pek çok ülke, sağlık hizmetlerinin kalitesini sağlık kuruluşlarında ve ülke çapında gözden geçirmek için kalite güvenliği programları geliştirmektedirler. Corpuz ve Conforti (13), yazılı standartların yokluğunda , kaliteli bakımın hemşirelerin bireysel yorumlarına göre değiştiğini, başka bir değişle subjektif bir değerlendirme yapıldığını belirtmişlerdir.

Ayrıca standartların uygulanması sonucunda, hastanede yatış süresinin kısaldığı ve disiplinler arası dökümantasyonun geliştiğini bildirmişlerdir (13,23,51).

2.2.4. Standartların sağlık hizmetlerinde kullanımı

Standartlar, sağlık hizmetlerinde kullanıldığında, hizmeti alana, hizmeti verene ve hizmetin verildiği kuruluşlara büyük yarar sağlar. Bu yararlar aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

- Bakımın kalitesini yükselterek, hastaya güvenli ve etkin bir bakım verilmesine, insan gücü ve diğer kaynakların daha iyi kullanılmasına ışık tutar.
- Aynı tanıya sahip olan bireylerin , aynı bakımı almasına olanak tanır.
- İstenilen bakıma ulaşmada yol gösterici olur.
- Yapılandırılmış bir plan olması nedeniyle, hemşireler değişse bile, bakımın bütünlüğü, devamlılığı korunur.
- Kaliteli hizmet sağlamada, hemşirelere büyük güç katar.
- Hizmeti verenleri ortak hedefe yöneltir. Hizmeti verenler neyi elde etmek istediğini bilirler.
- Hemşireye zaman değerlendirmede yardımcı olur..
- Hemşirelerin verdiği standart bakım değerlendirilerek ne tür bir hizmet-içi programa gereksinimi olduğuna karar vermede rehberlik eder.
- Diğer disiplinlerin, hemşirelerden neler beklemeleri gerektiği konusunda yardımcı olur.
- Gereksiz tekrarları ortadan kaldırarak, hemşirenin ve diğer sağlık ekibi üyelerinin üretkenliğini arttırır.
- Bakımın kalitesini arttırdığından, maliyet dolaylı olarak düşer.

Standartlar, dinamiktir. Bakım standartları kabul edilebilir, ölçülebilir, ulaşılabilir ve gözlemlenebilir olmalıdır. Çağımız insanları sağlıkları ile yakından ilgilenmekte , sağlıklı yaşayabilmek , hastalandığında tedavi olmak ve sağlıklarını geliştirmek için iyi uzmanların ve alt yapı olanaklarının bulunduğu kuruluşları seçmektedirler. Bu beklentileri birleştireceği düşünülen yol kaliteli bakım sağlamaya dönüşecek standartları aramaktır (6,7,23,26,51,69).

Öztürk (51), pnömonisi olan çocuklara yönelik standart bakım planı geliştirmiş ve uygulanmasını sağlamış ,bunun sonucunda da uygulanan standart bakımın hastaların tüm sorunlarını çözmede ve hedeflenen sonuç kriterlerine ulaşmada etkin olduğunu saptamıştır. Aktaş (3), çalışmasında pnömonili bebeklere planlı hemşirelik bakımı uygulaması sonucunda hastanede kalış sürelerinin anlamlı biçimde kısaldığını ortaya koymuştur. Ampiyem nedeni ile toraks tüpü takılı olan çocuklara verilecek standart bakımın hastanede kalış süresine etkisi ile ilişkili bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Standartlar ve kalite güvenliği birbirini doğuran ve geliştiren kavramlar olup, anlamlı yazılı standartlar oluşturulup uygulandığında ve sürekli yenilendiğinde kalite var olacaktır (23,26,51).

3. AMPİYEM NEDENİYLE TORAKS TÜPÜ TAKILAN ÇOCUKLARDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Ampiyem nedeniyle toraks tüpü takılan çocuklara verilen hemşirelik bakımında çocuğa ve aileye çocuğun durumu, yapılacak işlemler, basit ve kısa olarak anlatılmalıdır. Her çocuğun kapsamlı hemşirelik bakımı almaya gereksinimi vardır. Günümüzde desteklenen görüşlerden birisi, hastayı ve yakınlarını bakıma katmaktır. Hemşire refakatçi ile aynı dili konuşup, ailenin kültürel inançlarını ve değerlerini anlayabilmelidir. Hemşire ve refakatçinin bakımın sorumluluğunu paylaşması, anlamayı, desteği ve uyumu arttırır (6,7,11,51,65). Bütün hastalıkların bakımında olduğu gibi ampiyem nedeniyle toraks tüpü takılan çocukların bakımında da hemşirelik süreci doğrultusunda bakım ele alınır ve tanılar doğrultusunda girişimler belirlenir, uygulanır ve değerlendirme yapılır. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) ' ya göre ifade edilen tanılarından, ampiyem nedeniyle toraks tüpü takılan çocuklarda görülebilecek sorunlara uygun olanları aşağıda belirtilmiştir.

HEMŞİRELİK TANILARI

Ampiyem nedeni ile toraks tüpü takılan çocuklarda görülebilecek hemşirelik tanıları ve bu tanıların nedenleri :

1- Yetersiz solunum ve gaz alış verişinde bozulma ; solunum yolu enfeksiyonu ve plevrada sıvı birikmesine bağlı olarak gelişir.

2- Oral besin ve sıvı alımında yetersizlik; solunum sıkıntısına **, sıvı- elektrolit dengesizliği;** ateş ve taşipneye bağlı olarak gelişir.

3- Aktivite intoleransı; alveolar ventilasyon kaybına bağlı olarak gelişir

.

4- Doku bütünlüğünde bozulma ve enfeksiyon olasılığı; toraks tüpü nedeni ile oluşabilir.

5- Beden ısısında yükselme; enfeksiyona bağlı olarak gelişir.

6- Kişisel öz bakımda yetersizlik ; çocuğun gelişim dönemi, yatağa yarı bağımlı olması ve aktivite yetersizliğine bağlı olarak gelişir.

7- Konforda değişim/rahatta değişim ; göğüs tüpüne ve ağrıya bağlı olarak gelişir.

8- Anksiyete ve hastalıkla baş etmede yetersizlik; Çocuk ve yakın aile üyelerinde sağlık sürecinde değişme ve yabancı ortama bağlı olarak gelişir.

9- Bilgi eksikliği; Çocuk ve ailede hastalığın süreci ve evde bakımdaki yetersizliğe bağlı olarak gelişir (6,7,11,21,51,65).

Ampiyem nedeni ile toraks tüpü takılan çocuklara uygulanacak hemşirelik bakımı hazırlanan kitapçıkta ayrıntılı olarak ele alınmıştır (Ek 4).

GEREÇ VE YÖNTEM

1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma tanımlayıcı, analitik ve yarı deneysel olarak gerçekleştirildi. Tanımlayıcı olarak; ampiyem nedeniyle toraks tüpü takılan çocukların demografik özellikleri , daha önce akciğer enfeksiyonu geçirip geçirmedikleri belirlendi.Analitik olarak ; demografik özellikler, yapılan hemşirelik girişimlerinin toraks tüpünün kalış süresine ve hastanın, hastanede kalış süresine etkisi araştırıldı. Yarı deneysel olarak; araştırmacı tarafından hazırlanan bakım planın uygulandığı ve uygulanmadığı grubun sonuç kriterlerine ulaşma sürelerinin karşılaştırılması yapıldı.

2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (İ.Ü.C.T.F) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı İmmünoloji ve Alerji Servisi ile Sağlık Bakanlığı (S.B)Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği Süt Çocuğu ve Çocuk Dahiliye Servislerinde 2001 Ocak – 2003 Temmuz tarihleri arasında gerçekleştirildi.

İ.Ü.C.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı İmmünoloji ve Alerji Servisi; 18-20 yataklı bir servis olup, 1 sorumlu hemşire olmak üzere toplam 5 hemşire görev yapmakta idi. .Hemşireler değişen koşullara göre ya 8 saatlik vardiya ya da 12 saatlik nöbet şeklinde çalışmakta idi. Bilim dalında 3 öğretim üyesi, 1 baş asistan ve 3 asistan çalışmakta idi. Serviste her tür enfeksiyon ve alerjik hastalığı olan 0-16 yaş grubu çocuklar tedavi edilebilmekte idi.

S.B Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği Süt Çocuğu ve Çocuk Dahiliye (Büyük Çocuk) Servislerinde ise; Süt çocuğu servisi 15 yataklı olup; 0-1 yaş grubu çocuklar, çocuk dahiliye servisi 16 yataklı olup; 2-16 yaş grubu çocuklar tedavi görmekte idi.Her iki serviste de 1 sorumlu olmak üzere toplam 5' er hemşire

bulunmaktaydı. Bu servislerde de hemşireler değişen koşullara göre 8 saatlik vardiya veya 12 saatlik nöbet şeklinde çalışmaktaydı. Kliniğin bir şefi, her iki servisin de birer baş asistanı, büyük çocuk servisinde 3, süt çocuğu servisinde 4 asistan görev yapmakta idi.

3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini 2001 Ocak – 2003 Temmuz tarihleri arasında İ.Ü C.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı İmmunoloji ve Alerji servisi ile S.B Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği Süt Çocuğu ve Çocuk Dahiliye Servisinde ampiyem nedeni ile toraks tüpü takılı olan 46 çocuk oluşturdu.
Deney grubunu İ.Ü.C.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı İmmunoloji ve Allerji Servisinde ampiyem nedeni ile toraks tüpü takılı olan 24 çocuk, kontrol grubunu S.B Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği Süt Çocuğu ve Çocuk Dahiliye Servisinde ampiyem nedeni ile toraks tüpü takılı olan 22 çocuk oluşturdu.

Her iki birimde ampiyem nedeniyle yatan çocuklara toraks tüpü İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı'nda takılmakta idi
Çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde örneklem seçim kriterlerine uyan tüm vakalar çalışma kapsamına alındı.

Örneklem seçim kriterleri;

- Deneklerin 0-16 yaş grubunda olması,
- Deneklere ampiyem nedeni ile toraks tüpü takılı olması,
- Deneklerin toraks tüpünün tek taraflı olması,
- Deneklerin ampiyem dışında başka sağlık sorununun olmaması idi.

4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çocuk Bilgi Formu (Ek 1) : Ampiyem nedeni ile toraks tüpü takılan çocuklara ilişkin bazı bilgileri toplamak amacıyla çocuk bilgi formu geliştirildi. Formda , çocuk ve ailesine ait 14 adet sosyo demografik soru ile birlikte , çocuğun daha önce akciğer enfeksiyonu geçirip geçirmediği (1), toraks tüpünün takılış (1) ve kalış süreleri (1), hastaneye yatış (1) ve hastanede kalış (1) sürelerini kapsayan toplam 19 adet açık uçlu soru bulunmakta idi.

Çocuk Tanılama Formu (Ek 2) : Ampiyem nedeni ile toraks tüpü takılan çocukları tanılamak için literatür doğrultusunda geliştirilen çocuk tanılama formu kullanıldı. Tanılama formu çocuğun bütün sistemlerine ait bilgileri içermekte idi.

Ampiyem Nedeniyle Toraks Tüpü Takılı Olan Çocuklar İçin Hazırlanan Bakım Planı (Ek 3) : Araştırmacı tarafından, tez izleme komitesi, uzman görüşleri (Ek 5) literatür bilgisi (1,2,4,5,6,7,9,10,11,13,14,15,16,17,19,20,21,26,27,28,29 ,35,36,39,40,45,50,51,53,55,66,67,68,69), araştırmacının deneyimleri ve İ.Ü C.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı İmmunoloji ve Alerji servisinde ve çocuk cerrahisi AD. servisinde çalışan hekim ve hemşirelerin katkıları ile ''Ampiyem Nedeniyle Toraks Tüpü Takılı Olan Çocuklar İçin Bakım Planı'' hazırlandı. Bu planda ampiyem nedeniyle toraks tüpü takılı olan çocukta görülebilecek 9 hemşirelik tanısı ile bu tanıların belirleyici kriterleri, nedenleri, hedefler, uygulanması gereken hemşirelik girişimleri ve değerlendirmede kullanılacak sonuç kriterleri yer almakta idi.

5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Araştırmada bağımlı değişkenler olarak; kullanılan bakım planını ve buna bağlı olarak sonuç kriterlerine ulaşma süreleri, toraks tüpünün kalma ve hastaneden taburcu olma süreleri, bağımsız değişken olarak; çocukların yaşı, cinsiyeti , önceden geçirilmiş akciğer enfeksiyonu olup olmadığı alındı.

6. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmaya başlamadan önce İ.Ü.C.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı İmmunoloji ve Allerji Servisindeki ve S.B Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği Süt Çocuğu ve Çocuk Dahiliye Servisindeki yöneticiler, hekimler ve hemşireler yapılacak çalışma hakkında bilgilendirildi.

Araştırmanın tanımlayıcı bölümünde:

Uygulama öncesi çalışmaya katılacak her çocuk/aile araştırmanın içeriği hakkında bilgilendirildi ve izinleri alındı. Çocuklara ilişkin bazı bilgileri toplamak amacıyla geliştirilen çocuk bilgi formu (Ek 1) ve çocuk tanılama formu (EK 2), her iki gruptaki (deney ve kontrol) çocuklar ve aileleri ile birebir görüşülerek araştırmacı tarafından doldurduldu. Formlar, hastaneye yatan veya yatması için kabul işlemleri yapılan çocuklara hastanedeki odalarında doldurduldu. Çocuklara ait bazı bilgiler ve bulgulara ait özellikler (tanısı,dinleme bulguları v:b) hastanın hekiminden, bazı bulgular da(laboratuar sonuçları, vb) hastanın dosyasından elde edildi. Formların doldurulması için harcanan süre ortalama 20 dakika idi. Formlar uygulanabilir olup / olmadığı yönünden değerlendirilmek amacıyla öncelikle 3 çocuk üzerinde uygulandı. Gerekli düzeltmeler yapıldı. Daha sonra bu çocuklar denek olarak alındı.

Araştırmanın yarı deneysel bölümünde:

''Ampiyem Nedeniyle Toraks Tüpü Takılı Olan Çocuklara Uygulanacak Bakım Planı'' (Ek 3); literatür bilgisi, araştırmacının kişisel deneyimleri, çocuk kliniği immüno alleji servisinde ve çocuk cerrahisinde çalışan hekim ve hemşirelerin desteği ile hazırlanan bakım planı taslağı 3 kişiden oluşan tez izleme komitesinde görüşüldü. Taslak, 5 ' li likert ölçeği haline getirilip değişik üniversitelerde görev yapan 5 uzmanın yazılı , 1 uzmanın da sözlü görüşüne sunuldu. Uzmanlardan gelen öneriler doğrultusunda gereken düzeltmeler yapılıp, bakım planına son şekli verildi. Uzmanlardan alınan geri bildirimler için SPSS 10,0 istatistik programı kullanılarak belirlenen Cronbach Alpha katsayısı 0,85 idi. Bakım planının son şekline göre Tez

izleme komitesi tarafından tekrar gözden geçirildi ve araştırmacının uygulamasına karar verildi (57,58,62).

Deney grubuna bakım planının uygulanması:

Ampiyem nedeniyle toraks tüpü takılan çocuklara uygulanacak bakım planı öncelikle 3 çocuk üzerinde uygulandı. Elde edilen sonuçlar üzerinde birimde çalışan hemşirelerle görüş birliğine varıldı. Deney grubu, bakım planının uygulanmasında sorun yaşamamak amacıyla; hazırlanan bakım planı kadar kapsamlı olmasa da ,hastalara bakımın daha sistematik olarak uygulandığı üniversite hastanesinde yatan çocuklardan seçildiğinden bakım planının uygulanmasında sorun yaşanmadı. Plan, servis rutinlerine oldukça uygun olduğu için gerek hemşirelerin bakım planındaki girişimleri uygulaması, gerekse ailelerin bakıma olan katkıları nedeniyle araştırmacının orada bulunmadığı saatlerde bakım aksamadı. Oluşabilecek en ufak bir problemde ise araştırmacı ve hemşireler arasında telefonla iletişim sağlandı. Araştırmacı, klinik uygulama alanı olarak aynı servisi kullandığından klinik uygulama saatlerinde devamlı serviste idi, Ayrıca ampiyemli çocuklar geldiğinde, araştırmacının ders saatleri dışında, hafta sonları, izin günlerinde serviste bulunarak, diğer günler de ise günde en az iki kez servise uğrayarak değerlendirmelerini yaptı. Araştırmacının serviste bulunmadığı saatlerde bakım planı serviste çalışan hemşirelerin, çocukların ailelerinin de bakıma katkıları ve araştırmacı ile işbirliği içinde uygulandı. Çocuk ve aileler servise yattığında araştırmacı tarafından araştırma hakkında bilgilendirilip, çocuk bilgi ve formu doldurulurken, aynı zamanda hastalık ve hemşirelik bakımı hakkında da bilgi verildi. Yapılan her uygulamadan önce ve sonra aile bilgilendirildi. Bazı uygulamalar (pozisyon vermek, solunum egzersizleri uygulamak, tüpün çalışmasını kontrol etmek, tüpün taşınmasını sağlamak, beslenme ve hijyen uygulamaları, vb) anneye öğretildi ve uygulaması izlendi. Sonuç kriterleri sadece araştırmacı tarafından değerlendirildi.

BULGULAR

Ampiyem nedeniyle toraks tüpü takılı olan çocuklara uygulanan bakım planının iyileşme sürecine etkisini araştırmak amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın verileri, 0-12 yaş arası 24 deney ve 22 kontrol grubu olmak üzere toplam 46 olgudan elde edilmiştir.

Bulgular 2 başlık altında verilmiştir.

1. **Bölüm**: Çalışma grubuna ilişkin bazı özellikler ile göğüs tüpünün kalış süresi ve hastanede yatış süresine ilişkin bulgular.

2. **Bölüm**: Çalışma grubunda hemşirelik tanılarının sonuç kriterlerine ulaşma zamanına ilişkin bulgular.

1. BÖLÜM: ÇALIŞMA GRUBUNA İLİŞKİN BAZI ÖZELLİKLER İLE GÖĞÜS TÜPÜNÜN KALIŞ SÜRESI VE HASTANEDE YATIŞ SÜRESİNE İLİŞKİN BULGULAR.

Araştırma grubunun bazı özelliklere göre dağılımı ve gruplararası karşılaştırılma sonuçları Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Araştırma Grubunun Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER		GRUPLAR		*İstatistiksel Değerlendirme*
		Deney (n=24)	**Kontrol (n=22)**	
		Ort ± SS	**Ort ± SS**	
Yaş (yıl)		4,15 ± 3,49	4,11 ± 3,00	*t=0,042 p= 0,966*
Kardeş sayısı		1,33 ± 1,00	2,45 ± 2,13	*U= 169,5 p=0,032*
Cinsiyet		**n %**	**n %**	
	Erkek	11 45,8	10 45,5	$\chi^2 = 0,001$ *p= 0,979*
	Kız	13 54,2	12 54,5	
Okul durumu	**Gidiyor**	7 29,2	6 27,3	$\chi^2 = 0,020$ *p= 0,887*
	Gitmiyor	17 70,8	16 72,7	

Tabloda görüldüğü gibi olguların yaşları deney grubunda 4,15± 3,49 yıl , kontrol grubunda ise 4,11 ± 3,00 yıl idi. Deney grubunun % 54,2 'si , kontrol grubunun %54,5' i kız olup; ve yaş ortalamaları, cinsiyet ve okula gitme durumlarına göre

dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p>0,05). Kardeş sayısı ise deney grubunda anlamlı derecede düşük bulundu (p<0,05).

Tablo 2 'de araştırma grubunun göğüs tüpü takılma nedenlerine göre dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

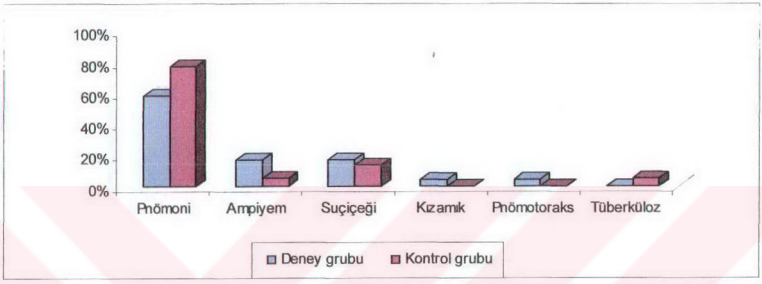
Tablo 2. Araştırma Grubunun Göğüs Tüpü Takılma Nedenlerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

GÖĞÜS TÜPÜ TAKILMA NEDENİ		GRUPLAR				TOPLAM		χ^2 p
		Deney (n=24)		Kontrol (n=22)				
		n	%	n	%	n	%	
Pnömoni Sonrası Ampiyem		14	58,4	17	77,3	31	67,4	
PNÖMONİ DIŞI NEDENLER*	Primer Ampiyem	4	16,6	1	4,6	5	10,8	
	Suçiçeği Sonrası Ampiyem	4	16,6	3	13,5	7	15,2	
	Kızamık Sonrası Ampiyem	1	4,2	-		1	2,2	*1,87* *0,177*
	Pnömotoraks Sonrası Ampiyem	1	4,2	-		1	2,2	
	Tüberküloz Sonrası Ampiyem	-		1	4,6	1	2,2	
TOPLAM		24	100	22	100	46	100	

** İstatistiksel değerlendirmede pnömoni dışındaki tanılar diğer tanılar şeklinde sınıflandırılarak değerlendirilmiştir.*

Tablo 2' de görüldüğü gibi tüm olguların % 67,4'üne pnömoni, % 10,8'ine primer ampiyem, % 15,2'sine su çiçeği, %2,2'şer oranında ise kızamık, pnömotraks ve tüberküloz sonrası ampiyem nedeni ile toraks tüpü takılmıştır. Toraks tüpü takılma nedenine göre gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Grafik 1 ' de toraks tüpü takılma nedenine göre grupların dağılımları verilmiştir.



Grafik 1. Toraks tüpü takılma nedenine göre grupların dağılımı

Tablo 3 'te grupların anne yaşı, eğitimi ve çalışma durumlarına göre dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 3. Grupların, Anne Yaşı , Eğitimi Ve Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER		GRUPLAR				*İstatistiksel Değerlendirme*
		Deney (n= 24)		Kontrol (n=22)		
		Ort ± SS		Ort ± SS		
Anne yaşı (yıl)		26,95 ± 3,77		29,72 ± 4,93		*t=2,14 p=0,037*
		n	%	n	%	TOPLAM n %
Annenin Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	10	41,7	16	72,7	26 56,5 *$\chi^2 = 4,50$ p=0,034*
	Ortaokul ve üzeri	14	58,3	6	27,3	20 43,5
Annenin Çalışma Durumu	Çalışıyor	8	33,3	4	18,2	12 26 *$\chi^2 = 1,36$ p= 0,242*
	Çalışmıyor	16	66,7	18	81,8	34 74
TOPLAM		24	100	22	100	46 100

Tablo 3' te görüldüğü gibi deney grubunun anne yaş ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Deney grubundaki çocukların annelerinin % 58,3' ünün orta okul ve üzerinde eğitim aldıkları, kontrol grubundaki annelerin ise % 72,7' sinin ilkokul ve altı eğitim aldıkları görülmektedir. Annelerin eğitim düzeylerinin dağılımı gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Annelerin çalışma durumlarına bakıldığında deney grubundaki çocukların annelerinin % 66,7' sinin, kontrol grubundaki annelerin ise % 81.8' inin çalışmadığı görülmektedir. Annelerin çalışma durumlarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 4' te grupların baba yaşı, eğitimi ve çalışma durumlarına göre dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 4. Grupların Baba Yaşı , Eğitimi ve Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

ÖZELLİKLER		GRUPLAR			χ^2 / p
		Deney (n=24)	Kontrol (n=22)		
		Ort ± SS	Ort ± SS		
Babanın yaşı (yıl)		29,79 ± 4,18	31,86 ± 4, 45		*2,83* *0,096*
Babanın Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	n %	n %	TOPLAM n %	*2,83* *0,096*
		6 25	11 50	17 37	
	Ortaokul ve üzeri	18 75	11 50	29 63	
Babanın Mesleği	İşsiz	3 12,5	2 9,1	5 10,9	*13,48* *0,004*
	İşçi	7 29,2	16 72,7	23 50	
	Memur	11 45,8	1 4,5	12 26,1	
	Serbest meslek	3 12,5	3 13,6	6 13	
TOPLAM		24 100	22 100	46 100	

Baba yaşı ve eğitim durumu ile ilgili bulgulara bakıldığında; deney grubundaki çocukların babalarının ortalama 29,79±4,18 yaş, kontrol grubundakilerin ise ortalama

31,86±4,45 yaşlarında oldukları görüldü. Deney grubundaki çocukların babalarının % 75' inin, kontrol grubundaki babaların ise % 50 oranında ortaokul ve üzerinde eğitim aldıkları görülmektedir. Babaların meslekleri araştırıldığında ise deney grubundaki babaların % 45.8 oranında memur, kontrol grubundaki babaların ise % 72.7 oranında işçi oldukları ortaya çıkmıştır.

Babaların yaş ortalamaları ve eğitim durumu açısından gruplar arasında anlamlı farklılık yok iken ($p>0,05$), meslekler açısından anlamlı fark bulunmuştur. ($p<0,01$).

Tablo 5' te grupların çocuğa bakan kişilere göre dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 5. Grupların Çocuğa Bakan Kişilere Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

ÇOCUĞA BAKAN KİŞİ	GRUPLAR				TOPLAM		χ^2 / p
	Deney (n=24)		Kontrol (n=22)				
	n	%	n	%	n	%	
Anne	15	62,5	17	77,3	32	69,6	*1,183*
Yakın akraba	9	37,5	5	22,7	14	30,4	*0,277*
TOPLAM	24	100	22	100	46	100	

Grupların çocuğa bakan kişilere göre dağılımı ve karşılaştırılması yapıldığında, deney grubundaki çocukların % 62.5' inin, kontrol grubundaki çocukların ise % 77.3' ünün anneleri tarafından bakıldığı görülmektedir.Çocuğa bakan kişilere göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p<0,05$).

Tablo 6' da çalışma grubunun önceden geçirilmiş akciğer enfeksiyonu durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 6. Grupların Önceden Geçirilmiş Akciğer Enfeksiyonu Durumu ve Karşılaştırılması

ENFEKSİYON DURUMU /CİNSİ		GRUPLAR				TOPLAM		χ^2 p
		Deney (n=24)		Kontrol (n=22)				
		n	%	n	%	n	%	
Geçirilmiş Akciğer Enfeksiyonu Durumu	Var	6	25,0	5	22,7	11	23,9	*0,033* *0,857*
	Yok	**18**	**75,0**	**17**	**77,3**	35	76,1	
	TOPLAM	24	100	22	100	46	100	
Akciğer Enfeksiyonu Cinsi	Ampiyem	1	4,2	1	4,5	2	4,3	-
	Pnömoni	1	4,2	2	9,1	3	6,5	
	Bronkopnömoni	4	16,7	2	9,1	6	13,0	

Tablo 6'da görüldüğü gibi deney grubundakilerin % 25' inde, kontrol grubundakilerin % 22,7'sinde önceden geçirilmiş akciğer enfeksiyonu olduğu saptandı. Deney grubundaki çocukların % 16.7' sinin bronkopnomoni, kontrol grubundaki çocukların ise % 9.1 'er oranında bronkopnömoni ve pnömoni geçirmiş oldukları görülmektedir. Grupların önceden geçirilmiş enfeksiyon durumlarına göre dağılımları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 7'de araştırma grubunun hastanede yattığı süre içinde komplikasyon gelişme durumuna göre dağılımı ve karşılaştırılma sonuçları verilmiştir.

Tablo 7. Grupların Hastanede Yatarken Komplikasyon Gelişme Durumuna Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması

KOMPLİKASYON	GRUPLAR				TOPLAM		χ^2 / p
	Deney (n=24)		Kontrol (n=22)				
	n	%	n	%	n	%	
Gelişen	2	8,3	4	18,2	6	13,0	*0,982*
Gelişmeyen	22	91,7	18	81,8	40	87,0	*0,405*
TOPLAM	24	100	22	100	46	100	

Grupların hastanede yatarken komplikasyon gelişme durumlarına bakıldığında, kontrol grubunda % 18, 2 , deney grubunda ise % 8,3 oranında komplikasyon geliştiği belirlendi. Gruplar arasında anlamlı farklılık yoktu (p>0,05).

Tablo 8'de araştırma grubunda göğüs tüpünün kalış süresi ve gruplar arası karşılaştırma sonucu verilmiştir.

Tablo 8. Grupların Göğüs Tüpünün Kalış Süresi Ortalamaları ve Karşılaştırılması

GRUPLAR	Göğüs Tüpünün Kalış Süresi (gün)	t / p
	Ort ± SS	
Deney n= 24	10,25±2,67	*1,62*
Kontrol n= 22	11,54±2,73	*0,112*

Tablo 8' de görüldüğü gibi göğüs tüpü deney grubu olgularında daha kısa süre kalmasına rağmen(deney grubu=10,25± 2,67gün, kontrol grubu =11,54±2,73 gün) gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlendi (p>0,05).

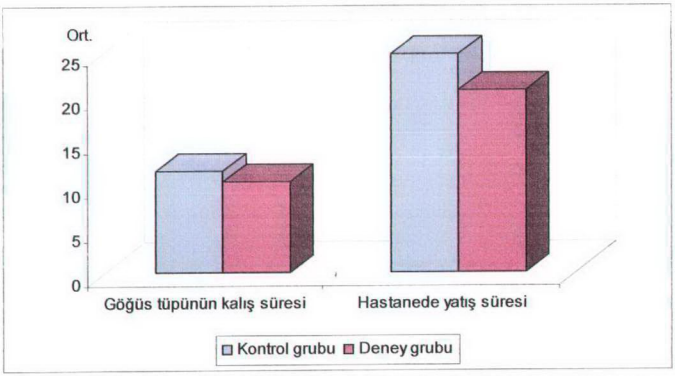
Tablo 9' da araştırma grubunun hastanede yatış süreleri ortalamaları ve karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 9. Çalışma Grubunun Hastanede Yatış Süresi Ortalamaları ve Karşılaştırılması

GRUPLAR	Hastanede Yatış Süresi (gün) Ort ± SS	*t* *p*
Deney n= 24	20,62±5,02	***1,88***
Kontrol n= 22	24,63±8,98	***0,06***

Tablo 9' da görüldüğü gibi deney grubundaki çocukların hastanede yatış süresi 20,62±5,02 gün, kontrol grubundakilerin ise 24,63±8,98 gündür. Deney grubundaki çocukların hastanede kalış süreleri daha kısa olmasına rağmen gruplara göre anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Grafik 2' de grupların göğüs tüpü kalış süresi ve hastanede kalış sürelerine göre dağılımı verilmiştir.



Grafik 2. Grupların göğüs tüpü kalış süresi ve hastanede kalış sürelerine göre dağılımı

2. BÖLÜM: ARAŞTIRMA GRUBUNDA HEMŞİRELİK TANILARI NIN SONUÇ KRİTERLERİNE ULAŞMA ZAMANINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 10 ' da ampiyem nedeni ile toraks tüpü takılı olan çocukların hemşirelik tanıları verilmiştir.

Tablo 10. Ampiyem Nedeni İle Toraks Tüpü Takılı Olan Çocukların Hemşirelik Tanıları

TANI NO	HEMŞİRELİK TANISI
1	Yetersiz solunum ve gaz alış verişinde bozulma
2	Oral besin ve sıvı alımında yetersizlik ve bağlı olarak sıvı elektrolit düzensizliği
3	Aktivite intoleransı/ Fiziksel hareket kısıtlılığı
4	Doku bütünlüğünde bozulma ve enfeksiyon olasılığı
5	Beden ısısında yükselme
6	Kişisel öz bakımda yetersizlik
7	Konforda/Rahatta değişim
8	Anksiyete ve hastalıkla baş etmede yetersizlik
9	Bilgi eksikliği

Tablo 11' de çalışma grubunun hemşirelik tanılarından '' Yetersiz Solunum ve Gaz Alışverişinde Bozulma '' tanısının sonuç kriterlerine ulaşma sürelerinin dağılımı ve karşılaştırma sonuçları verilmiştir.

Tablo 11.Araştırma Grubunun ''Yetersiz Solunum ve Gaz Alışverişinde Bozulma'' Tanısının Sonuç Kriterlerine Ulaşma Zamanının Dağılımı ve Karşılaştırılması

GRUPLAR	1.Tanının Sonuç Kriterlerine Ulaşma (gün)			*t*
	Ulaşılan En Kısa Süre	Ulaşılan En Uzun Süre	Ulaşma Süresi Ort ± SS	*p*
Deney n=24	7	12	**9,04 ± 1,57**	***2,84***
Kontrol n=22	6	21	**11,36 ± 3,64**	***0,007***

Hemşirelik tanılarından 1.tanı olan ''Yetersiz solunum ve gaz alışverişinde bozulma'' tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanı tablo 10' da görüldüğü gibi deney grubu olgularında anlamlı derecede (9,04 ± 1,57 gün) daha kısa sürede olmuştur ($p<0,01$).

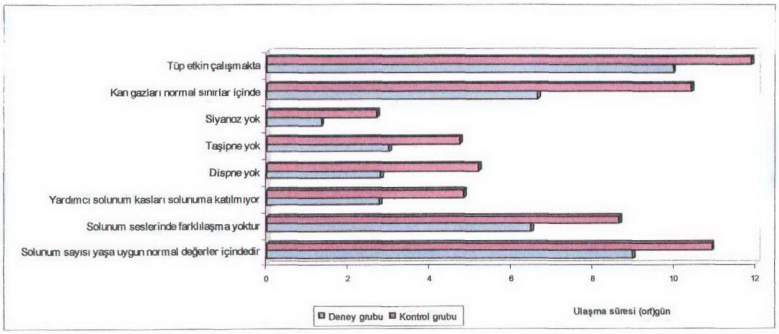
Tablo 12' de "Yetersiz solunum ve gaz alışverişinde bozulma" tanısının tanıya ilişkin her bir kriterin sonuç kriterlerine ulaşma zamanının ortalaması ve karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 12. "Yetersiz Solunum ve Gaz Alışverişinde Bozulma" Tanısının Tanıya İlişkin Her Bir Kriterin Sonuç Kriterlerine Ulaşma Zamanının Dağılımı ve Karşılaştırılması

1.TANIYA İLİŞKİN KRİTERLER	Ulaşma Süresi (gün)		*t* *p*
	Deney (n=24)	Kontrol (n=22)	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Solunum sayısı yaşa uygun normal değerler içinde	8,95±1,54	10,90±2,94	*2,849* *0,007*
Solunum seslerinde farklılaşma yok	**6,45±1,66**	8,63±2,23	*3,765* *0,001*
Yardımcı solunum kasları solunuma katılmıyor	**2,75±1,39**	4,81±2,10	*3,960* *0,001*
Dispne yok	**2,79±1,25**	5,18±2,21	*4,552* *0,001*
Taşipne yok	3,00±2,04	4,72±1,45	*3,276* *0,002*
Siyanoz yok	**1,33±0,70**	2,68±1,61	*3,727* *0,001*
Kan gazları normal sınırlar içinde	**6,62±1,66**	10,40±2,46	*6,154* *0,001*
Tüp etkin çalışmakta	9,95±2,51	11,86±2,99	*2,344* *0,024*

Tabloda görüldüğü gibi "Yetersiz solunum ve gaz alışverişinde bozulma" tanısının, tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterine ulaşma süreleri deney grubu olgularında anlamlı derecede daha kısa sürede olmuştur ($p<0,05$).

Grafik 3 ' te . Yetersiz solunum ve gaz alışverişinde bozulma tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanının tanıya ilişkin her bir kriterin dağılımı verilmiştir.



Grafik 3. Yetersiz solunum ve gaz alışverişinde bozulma tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı

Tablo 13' te araştırma grubunda hemşirelik tanılarından '' Oral besin ve sıvı alımında yetersizlik ve buna bağlı olarak sıvı elektrolit dengesizliği'' tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanlarının dağılımı ve karşılaştırma sonuçları verilmiştir.

Tablo 13. "Oral Besin ve Sıvı Alımında Yetersizlik ve Bağlı Olarak Gelişen Sıvı Elektrolit Düzensizliği''Tanısının Sonuç Kriterlerine Ulaşma Zamanının Dağılımı ve Karşılaştırılması

GRUPLAR	2.Tanının Sonuç Kriterlerine Ulaşma (gün)			*t* *p*
	Ulaşılan En Kısa Süre	Ulaşılan En Uzun Süre	Ulaşma Süresi Ort ± SS	
Deney n=24	7	12	8,58 ± 1,35	***4,01***
Kontrol n=22	7	21	12,72 ± 4,86	***0,001***

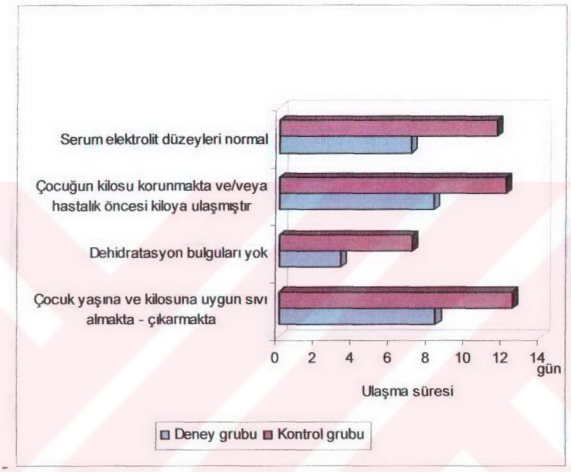
Tablo 13' te görüldüğü gibi ampiyem nedeni ile toraks tüpü olan çocuklar için hazırlanan bakım planında hemşirelik tanılarından 2. olan ''Oral Besin ve Sıvı Alımında Yetersizlik ve Bağlı Olarak Gelişen Sıvı Elektrolit Düzensizliği'', deney grubunda (8,58 ± 1,35 gün) kontrol grubuna (12,72 ± 4,86 gün) göre istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı derecede daha kısa sürede,ortadan kaldırılmıştır ($p< 0,01$).

Tablo 14' te "Oral besin ve sıvı alımında yetersizlik ve bağlı olarak gelişen sıvı elektrolit düzensizliği " tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı verilmiştir.

Tablo 14. ''Oral Besin ve Sıvı Alımında Yetersizlik ve Bağlı Olarak Gelişen Sıvı Elektrolit Düzensizliği'' Tanısında Tanıya İlişkin Her Bir Kriterinin Sonuç Kriterlerine Ulaşma Zamanının Dağılımı ve Karşılaştırılması

2. TANIYA İLİŞKİN SONUÇ KRİTERLERİ	Ulaşma Süresi (gün)		*t* *p*
	Deney (n=24)	Kontrol (n=22)	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Çocuk yaşına ve kilosuna uygun sıvı almakta – çıkarmakta	8,33±1,43	12,45±4,59	***4,181*** ***0,001***
Dehidratasyon bulguları yok	3,25±0,60	7,09±3,75	***4,948*** ***0,001***
Çocuğun kilosu korunmakta ve/veya hastalık öncesi kiloya ulaşmış	8,20±1,02	12,09±5,23	***3,563*** ***0,001***
Serum elektrolit düzeyleri normal	7,00±1,47	11,59±4,27	***4,956*** ***0,001***

"Oral besin ve sıvı alımında yetersizlik" tanısında tanı kriterlerinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanı tabloda görüldüğü gibi deney grubu olgularında kontrol grubu olgularına göre anlamlı derecede daha kısa sürede olmuştur($p<0,01$). Aynı değerlerin görüntüsü Grafik 4' te verilmiştir.



Grafik 4 . Oral besin ve sıvı alımında yetersizlik ve bağlı olarak gelişen sıvı elektrolit düzensizliği tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı

Tablo 15' te '' Aktivite intoleransı / Fiziksel hareket kısıtlılığı '' tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 15. Araştırma Grubunun ''Aktivite İntoleransı/Fiziksel Hareket Kısıtlılığı'' Tanısının Sonuç Kriterlerine Ulaşma Zamanının Dağılımı ve Karşılaştırılması

GRUPLAR	3.Tanının Sonuç Kriterlerine Ulaşma (gün)			*t* *p*
	Ulaşılan En Kısa Süre	Ulaşılan En Uzun Süre	Ulaşma Süresi Ort ± SS	
Deney n=24	6	11	8,83 ± 1,40	***2,82***
Kontrol n=22	6	21	11,63 ± 4,64	***0,007***

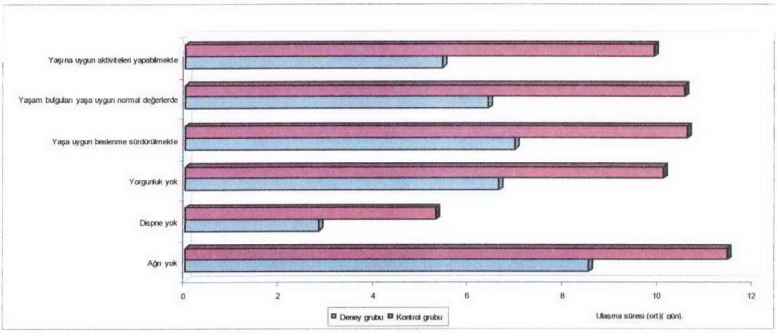
Ampiyem nedeni ile toraks tüpü takılı olan çocuklar için hazırlanan bakım planında hemşirelik tanılarından 3.sü olan alveolar ventilasyon kaybına bağlı "Aktivite intoleransı/fiziksel hareket kısıtlılığı'' nda; sonuç kriterlerine ulaşma zamanının deney grubunda (8,83 ± 1,40 gün), kontrol grubuna (11,63 ± 4,64 gün) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha kısa sürede olduğu saptanmıştır ($p<0,01$).

Tablo 16' da "Aktivite İntoleransı/ Fiziksel hareket kısıtlılığı" tanısında tanıya ilişkin her bir kriterin sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 16. "Aktivite İntoleransı/ Fiziksel Hareket Kısıtlılığı" Tanısının Tanıya İlişkin Her Bir Kriterinin Sonuç Kriterlerine Ulaşma Zamanının Dağılımı ve Karşılaştırılması

3. TANIYA İLİŞKİN SONUÇ KRİTERLERİ	Ulaşma Süresi (gün)		*t* *p*
	Deney (n=24)	Kontrol (n=22)	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Ağrı yok	8,50±1,35	11,45±4,37	*3,153* *0,003*
Dispne yok	2,83±1,23	5,27±2,09	*4,851* *0,001*
Yorgunluk yok	6,62±1,92	10,09±4,47	*3,465* *0,001*
Yaşa uygun beslenme sürdürülmekte	6,95±1,45	10,59±4,36	*3,856* *0,001*
Yaşam bulguları yaşa uygun normal değerlerde	6,37±1,43	10,54±3,82	*4,974* *0,001*
Yaşına uygun aktiviteleri yapabilmekte	5,41±0,88	9,90±3,90	*5,494* *0,001*

Hemşirelik tanılarından "Aktivite intoleransı/ fiziksel hareket kısıtlılığı" tanısının; tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma süresinin, deney grubunda kontrol grubuna göre ileri düzeyde anlamlı derecede kısa sürelerde olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Aynı tanıya ilişkin dağılım grafik 5 'te gösterilmiştir.



Grafik 5 . Aktivite intoleransı/fiziksel hareket kısıtlılığı tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı

Tablo 17' de toraks tüpünün takılı olduğu bölgede ''doku bütünlüğünde bozulma ve enfeksiyon olasılığı '' tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımları ve karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 17. Araştırma Grubunun Toraks Tüpünün Takılı Olduğu Bölgede ''Doku Bütünlüğünde Bozulma ve Enfeksiyon Olasılığı''Tanısının Sonuç Kriterlerine Ulaşma Zamanının Dağılımı ve Karşılaştırılması

GRUPLAR	4.Tanıya İlişkin Sonuç Kriterlere Ulaşma (gün)			*t* *p*
	Ulaşılan En Kısa Süre	Ulaşılan En Uzun Süre	Ulaşma Süresi Ort ± SS	
Deney n=24	7	18	**10,25 ± 2,67**	***1,852***
Kontrol n=22	7	18	**11,86 ± 3,22**	***0,071***

Hemşirelik tanılarından 4. sü olan toraks tüpünün takılı olduğu bölgede ''doku bütünlüğünde bozulma ve enfeksiyon olasılığı '' tanısının, sonuç kriterlerine ulaşma süresi açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 18 'de Toraks tüpünün takılı olduğu bölgede ''doku bütünlüğünde bozulma ve Enfeksiyon olasılığı" tanısının, tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 18 . Toraks Tüpünün Takılı Olduğu Bölgede ''Doku Bütünlüğünde Bozulma ve Enfeksiyon Olasılığı'' Tanısının Tanıya İlişkin Her Bir Kriterinin Sonuç Kriterlerine Ulaşma Durumunun Dağılımı ve Karşılaştırılması

4.TANIYA İLİŞKİN SONUÇ KRİTERLERİ	Ulaşma Süresi (gün)		*t* *p*
	Deney (n=24)	Kontrol (n=22)	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Beden ısısı son 24 saattir normal sınırlarda	8,45±1,55	9,86±3,02	***2,003*** ***0,051***
Lökosit sayısı yaşa uygun normal sınırlarda	**9,41±3,17**	**11,68±3,30**	***2,372*** ***0,022***
Pansuman bölgesinde sızıntı, kanama, koku yok	**2,12±0,79**	**3,81±2,87**	***2,776*** ***0,008***

Hazırlanan bakım planında hemşirelik tanılarından 4. sü olan, ''Toraks tüpünün takılı olduğu bölgede doku bütünlüğünün bozulması ve enfeksiyon olasılığı" tanısının sonuç kriterlerinden olan, "beden ısısı son 24 saattir normal sınırlardadır" kriterine ulaşma süresi açısından gruplar arasında sınırda farklılık göstermediği görülmüştür (p>0,05). Lökosit sayısının yaşa uygun normal sınırlarda olması ve pansuman

bölgesinde sızıntı, kanama ve koku olmaması deney grubundaki çocuklarda ,kontrol grubuna göre ileri düzeyde anlamlı derecede daha kısa sürede gerçekleşmiştir ($p<0,01$).

Aynı değerler grafik şeklinde grafik 6 'da gösterilmiştir.

Grafik 6 . Toraks tüpünün takılı olduğu bölgede doku bütünlüğünün bozulması ve enfeksiyon olasılığı tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı

Tablo 19' da araştırma grubunun hemşirelik tanılarından enfeksiyona bağlı 'beden ısısında yükselme '' tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 19. Araştırma Grubunun ''Beden Isısında Yükselme'' Tanısının Sonuç Kriterlerine Ulaşma Zamanının Dağılımı ve Karşılaştırılması

GRUPLAR	5.Tanının Sonuç Kriterlerine Ulaşma (gün)			*t* *p*
	Ulaşılan En Kısa Süre	Ulaşılan En Uzun Süre	Ulaşma Süresi Ort ± SS	
Deney n=24	6	10	**8,45 ± 1,55**	***2,003*** ***0,051***
Kontrol n=22	7	13	**9,86 ± 3,02**	

Hemşirelik tanılarından 5.si olan enfeksiyona bağlı '' beden ısısında yükselme'' tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanı deney grubu olgularında kontrol grubuna göre daha kısa sürede olmakla beraber, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır($p>0,05$).

Tablo 20' de "Beden ısısında yükselme'' tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı verilmiştir

Tablo 20. ''Beden Isısında Yükselme'' Tanısının Tanıya İlişkin Her Bir Kriterinin Sonuç Kriterlerine Ulaşma Zamanının Dağılımı ve Karşılaştırılması

5.TANIYA İLİŞKİN SONUÇ KRİTERLERİ	Ulaşma Süresi (gün)		*t* *p*
	Deney (n=24)	Kontrol (n=22)	
	Ort± SS	Ort ± SS	
Beden ısısı son 24 saattir normal sınırlar içinde (aksiller ≤37,2^{O}C)	8,45±1,55	9,86±3,02	***2,003*** ***0,051***

Tablo 20 incelendiğinde hemşirelik tanılarından 5. si olan "Beden ısısında yükselme tanısının sonuç kriteri olan, " beden ısısı son 24 saattir normal sınırlar içindedir" kriterine ulaşma zamanı deney grubu olgularında kontrol grubuna oranla daha kısa sürede olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 21' de 'kişisel özbakımda yetersizlik'' hemşirelik tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 21. Araştırma Grubunun'' Kişisel Özbakımda Yetersizlik''Tanısının Sonuç Kriterlerine Ulaşma Zamanının Dağılımı ve Karşılaştırılması

GRUPLAR	6.Tanının Sonuç Kriterine Ulaşma (gün)			*t* *p*
	Ulaşılan En Kısa Süre	Ulaşılan En Uzun Süre	Ulaşılan Süre Ort ± SS	
Deney n=24	5	10	**7,50 ± 1,69**	*3,61* *0,001*
Kontrol n=22	7	15	**9,63 ± 2,30**	

Hazırlanan bakım planındaki hemşirelik tanılarından 6. sı olan çocuğun gelişim dönemine, yatağa bağımlı olmasına ve aktivite yetersizliğine bağlı ''kişisel öz bakımda yetersizlik'' deney grubunu oluşturan çocuklarda (7,50 ± 1,69 gün) , kontrol grubuna (9,63 ± 2,30 gün) göre daha kısa sürede giderilmiş olup aradaki fark ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$).

Tablo 22 ' de ''Kişisel özbakımda yetersizlik'' tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 22 . ''Kişisel Özbakımda Yetersizlik'' Tanısının Tanıya İlişkin Her Bir Kriterinin Sonuç Kriterlerine Ulaşma Zamanının Dağılımı ve Karşılaştırılması

6..TANIYA İLİŞKİN KRİTERLER	Ulaşma Süresi (gün)		*t* *p*
	Deney (n=24)	Kontrol (n=22)	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Bireysel hijyen yeterli	7,54±1,66	9,59±2,50	*t=3,296* *p=0,002*
Yatak ve çevre düzeni sağlanmış	5,08±1,31	6,36±2,95	*t=1,927* *p=0,094*

Hemşirelik tanılarından, "Kişisel özbakımda yetersizlik " tanısının sonuç kriterlerinden olan "bireysel hijyen yeterlidir" kriterine ulaşma süresi deney grubunda (7,54±1,66 gün) ,kontrol grubuna (9,59±2,50 gün) oranla ileri düzeyde anlamlı derecede kısa olduğu gözlenmiştir (p<0,01). "Yatak ve çevre düzeni sağlanmıştır" kriterine ulaşım süresi ise gruplara göre anlamlı farklılık göstermemiştir (p>0,05).

Tablo 23' te '' Konforda/rahatta değişim '' hemşirelik tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanına göre dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 23 . Çalışma Grubunun Hemşirelik Tanılarından 'Konforda / Rahatta Değişim'' Tanısının Sonuç Kriterlerine Ulaşma Zamanının Dağılımı ve Karşılaştırılması

GRUPLAR	7.Tanının Kriterlerine Ulaşma (gün)			*t* p
	Ulaşılan En Kısa Süre	Ulaşılan En Uzun Süre	Ulaşılan Süre Ort ± SS	
Deney n=24	5	11	7,87 ± 2,15	*4,97*
Kontrol n=22	7	18	11,86 ± 3,22	*0,001*

Tablo.23'te: hemşirelik tanılarından 7. si olan göğüs tüpüne ve ağrıya bağlı '' konforda değişim/ rahatta değişim '' tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanının deney grubu olgularında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha kısa sürede olduğu görülmektedir ($p<0,01$).

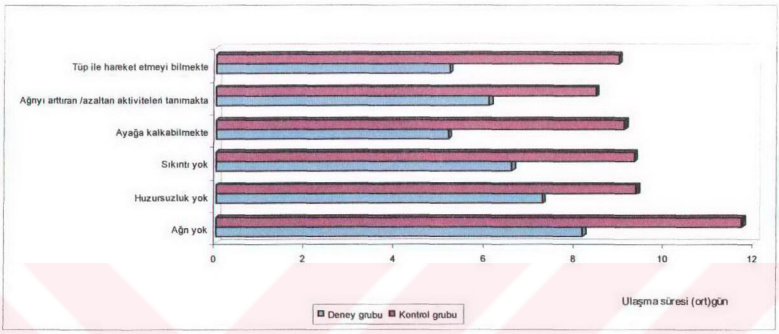
Tablo 24 'te 7. hemşirelik tanısı olan, "konforda / rahatta değişim'' tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı verilmiştir.

Tablo 24 . ''Konforda/ Rahatta Değişim'' Tanısının Tanıya İlişkin Her Bir Kriterinin Sonuç Kriterlerine Ulaşma Zamanının Dağılımı ve Karşılaştırılması

7. TANIYA İLİŞKİN SONUÇ KRİTERLERİ	Ulaşma Süresi (gün)		*t* *p*
	Deney (n=24)	**Kontrol (n=22)**	
	Ort ± SS	**Ort ± SS**	
Ağrı yok	8,16±1,63	11,72±3,32	***4,669*** ***0,001***
Huzursuzluk yok	7,25±2,32	9,36±3,31	***2,519*** ***0,015***
Sıkıntı yok	6,58±2,01	9,31±3,45	***3,311*** ***0,002***
Ayağa kalkabilmekte	5,16±1,88	9,09±3,26	***5,049*** ***0,001***
Ağrıyı arttıran /azaltan aktiviteleri tanımakta	6,08±1,66	8,45±2,95	***3,389*** ***0,001***
Tüp ile hareket etmeyi bilmekte	5,20±1,10	8,95±3,68	***4,759*** ***0,001***

Hazırlanan bakım planında 8. hemşirelik tanısı olan, "konforda/ rahatta değişim" tanısının; tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine deney grubunu oluşturan

çocuklarda, kontrol grubuna oranla ileri düzeyde anlamlı derecede daha kısa sürede ulaşıldığı saptanmıştır($p<0,01$). Tanıya ilişkin her bir kriterin sonuç kriterlerine ulaşma süreleri grafik halinde verilmiştir (grafik 7).



Grafik 7 . ''Konforda / rahatta değişim'' tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı

Tablo 25' te Çocuk/yakın aile üyelerinde '' anksiyete ve hastalıkla baş etmede yetersizlik'' hemşirelik tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 25. Araştırma Grubunun Hemşirelik Tanılarından ''Anksiyete ve Hastalıkla Baş Etmede Yetersizlik '' Tanısının Sonuç Kriterlerine Ulaşma Zamanının Dağılımı ve Karşılaştırılması

GRUPLAR	8.Tanıya ilişkin Kriterlere Ulaşma (gün)			*t* *p*
	Ulaşılan En Kısa Süre	Ulaşılan En Uzun Süre	Ulaşılan Süre Ort ± SS	
Deney n=24	4	11	**7,87 ± 2,17**	***4,80***
Kontrol n=22	7	22	**12,54 ± 4,19**	***0,001***

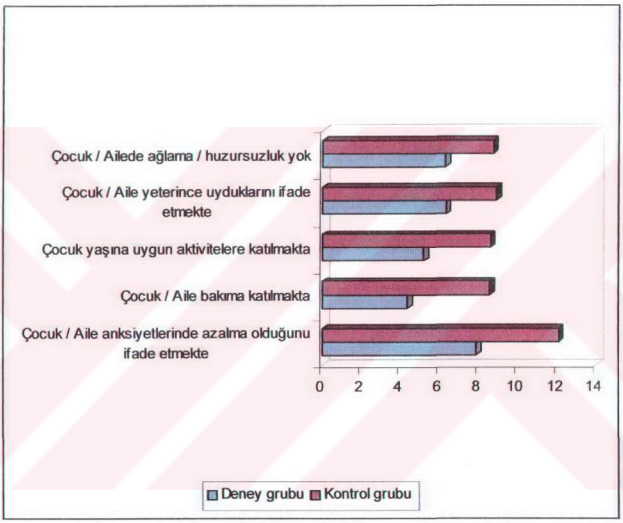
Hazırlanan bakım planında yer alan ve hemşirelik tanılarından 8. si olan; sağlık sürecinde değişme ve yabancı ortama bağlı olarak çocuk ve yakın aile üyelerinde ''anksiyete ve hastalıkla başetmede yetersizlik'' tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanı, deney grubunda(7,87 ± 2,17 gün) , kontrol grubuna (12,54 ± 4,19 gün) göre anlamlı düzeyde daha kısa sürede olmuştur ($p<0,01$).

Tablo 26' da çocuk / yakın aile üyelerinde ''anksiyete ve hastalıkla başetmede yetersizlik'' tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı verilmiştir.

Tablo 26 . Çocuk / Yakın Aile Üyelerinde ''Anksiyete ve Hastalıkla Baş Etmede Yetersizlik'' Tanısının Tanıya İlişkin Her Bir Kriterinin Sonuç Kriterlerine Ulaşma Zamanının Dağılımı ve Karşılaştırılması

8. TANIYA İLİŞKİN KRİTERLER	Ulaşma Süresi (gün)		*t* *p*
	Deney (n=24)	Kontrol (n=22)	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Çocuk / Aile anksiyetlerinde azalma olduğunu ifade etmekte	7,83±2,23	12,04±3,90	*4,532* *0,001*
Çocuk / Aile bakıma katılmakta	4,33±1,34	8,50±4,62	*4,227* *0,001*
Çocuk yaşına uygun aktivitelere katılmakta	5,16±1,65	8,54±3,43	*4,307* *0,001*
Çocuk / Aile yeterince uyuduklarını ifade etmekte	6,29±2,23	8,86±3,57	*2,951* *0,005*
Çocuk / Ailede ağlama / huzursuzluk yok	6,25±2,26	8,68±4,23	*2,456* *0,018*

Hemşirelik tanılarından 8. si olan çocuk ve yakın aile üyelerinde '' anksiyete ve hastalıkla baş etmede yetersizlik" tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma süreleri deney grubu olgularında kontrol grubuna göre ileri düzeyde anlamlı derecede kısa sürede olduğu görülmüştür ($p<0,01$). Bu tanıya ilişkin bulgular grafik şeklinde de grafik 8' de verilmiştir



Grafik 8 .Çocuk / yakın aile üyelerinde '' anksiyete ve hastalıkla baş etmede yetersizlik'' tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı

Tablo 27' de hastalığın süreci ve evdeki bakım konusunda çocuk ve ailede ''bilgi eksikliği " hemşirelik tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 27. Araştırma Grubunun '' Bilgi Eksikliği''Tanısının Sonuç Kriterlerine Ulaşma Zamanın Dağılımı ve Karşılaştırılması

GRUPLAR	9.Tanının Kriterlerine Ulaşma (gün)			*t* *p*
	Ulaşılan En Kısa Süre	Ulaşılan En Uzun Süre	Ulaşılan Süre Ort ± SS	
Deney n=24	4	11	**8,87 ± 2,59**	*3,52*
Kontrol n=22	7	25	**13,04 ± 5,12**	*0,001*

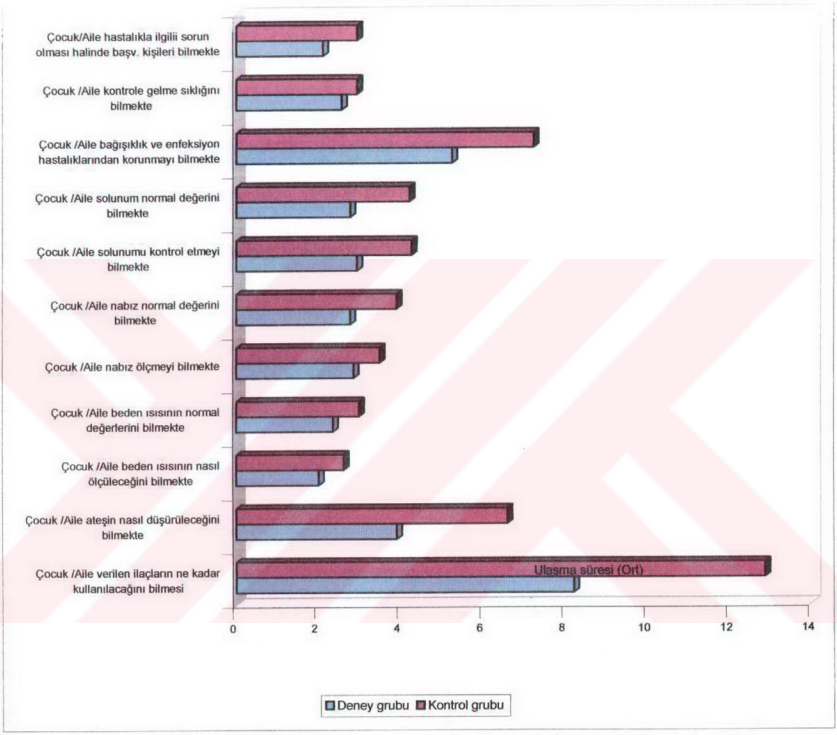
Ampiyem nedeni ile toraks tüpü takılı olan çocuklar için hazırlanan bakım planında hemşirelik tanılarından 9. su olan hastalık süreci ve evdeki bakımdaki yetersizliğe bağlı çocuk / ailede '' bilgi eksikliği '' hemşirelik tanısının sonuç kriterlerine deney grubu olgularında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde kısa sürede ulaşıldığı saptanmıştır ($p<0,01$).

Tablo 28'de Hastalık ve bakım konusunda ''bilgi eksikliği'' tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı ve karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 28. '' Bilgi Eksikliği'' Tanısının Tanıya İlişkin Her Bir Kriterinin Sonuç Kriterlerine Ulaşma Zamanının Dağılımı ve Karşılaştırılması

9.TANIYA İLİŞKİN SONUÇ KRİTERLERİ	Ulaşma Süresi (gün)		*t* *p*
	Deney (n=24)	Kontrol (n=22)	
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Çocuk /Aile verilen ilaçların isim, doz, veriliş saati, yan etkisi ,ne kadar kullanılacağını bilmekte	8,20±2,20	12,86±4,93	*4,193* *0,001*
Çocuk /Aile ateşin nasıl düşürüleceğini bilmekte	3,91±1,44	6,59±5,49	*2,303* *0,026*
Çocuk /Aile beden ısısının nasıl ölçüleceğini bilmekte	2,02±0,77	2,63±1,13	*1,501* *0,140*
Çocuk /Aile beden ısısının normal değerlerini bilmekte	2,37±0,64	3,00±0,97	*2,581* *0,013*
Çocuk /Aile nabız ölçmeyi bilmekte	2,87±0,79	3,50±1,14	*2,164* *0,036*
Çocuk /Aile nabzın normal değerini bilmekte	2,79±0,58	3,90±1,26	*3,885* *0,001*
Çocuk /Aile solunumu kontrol etmeyi bilmekte	2,95±0,62	4,27±1,48	*3,971* *0,001*
Çocuk /Aile solunum normal değerini bilmekte	2,79±0,58	4,22±1,26	*4,989* *0,001*
Çocuk /Aile bağışıklık ve enfeksiyon hastalıklarından korunmayı bilmekte	5,25±1,87	7,22±5,10	*1,773* *0,083*
Çocuk /Aile kontrole gelme sıklığını bilmekte	2,58±1,41	2,95±0,95	*1,086* *0,306*
Çocuk/Aile hastalıkla ilgili herhangi bir sorun olması halinde başvuracağı kişileri bilmekte	2,12±0,44	2,95±0,95	*3,839* *0,001*

Hemşirelik tanılarından 9. su olan hastalık ve bakım konusunda'' bilgi eksikliği" tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerinden ''beden ısısının nasıl ölçüleceğini bilme'', ''çocuk / ailelerin bağışıklık ve enfeksiyon hastalıklarından korunmayı bilme'' , ''çocuk / ailelerin kontrole gelme sıklığını bilme'' kriterleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). 9. hemşirelik tanısına ilişkin diğer kriterlerin sonuç kriterine ulaşma süresi deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,01$).Tanıya ilişkin bulguların gösterimi grafik 9' da verilmiştir.



Grafik 9 . Hastalık ve bakım konusunda bilgi eksikliği tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanının dağılımı

6. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık hizmetlerinde verilen bakımın kalitesi önemlidir. Kalitenin en önemli göstergelerinden bir tanesi de verilen bakım sonunda bireyin istenen sonuç kriterlerine ulaşmasıdır.Birçok araştırmacı sonuç kriterlerine ulaşmak için klinik ortamda kullanılacak standartların geliştirilerek uygulanmasının önemini belirtmişlerdir (1,4,9,13,26,35,51). Bu araştırmada da sonuçlar literatürü destekler niteliktedir. Ancak bu konu ile ilgili yeterli sayıda araştırma yapılmadığı için sonuçlar mevcut araştırmalar ve literatür bilgisi ışığında tartışılmıştır.

Araştırma sonunda, 46 ampiyemli çocuğun yaş ortalamalarının deney grubunda 4,15 ± 3,49 yaş , kontrol grubunda 4,11± 3,00 yaş olmak üzere ortalama 4,13 ± 3,23 yaş olduğu saptanmıştır. Celayir ve ark. (12)' nın yaptıkları çalışmada 6 yıllık sürede 47 olgu incelenmiş ve yaş ortalaması 5,4± 3,3 yaş, Tekant ve ark (63)'nın yaptıkları çalışmada ise yaş ortalaması 4 yaş bulunmuştur. Kardeş sayısı yönünden bakıldığında; deney grubundaki çocukların, kontrol grubundakilere oranla daha az sayıda kardeşe sahip oldukları görülmüştür. % 45,7'sinin erkek, % 54,3' ünün kız olduğu araştırma grubundaki çocukların, deney grubundakilerin % 70,8'i, kontrol grubundakilerin ise % 72,7'si okula gitmemekteydi. Veriler incelendiğinde gruplar arasında homojenlik olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Araştırma grubunun göğüs tüpü takılma nedenlerine bakıldığında, deney grubunda %58,4, kontrol grubunda ise % 77,3 oranında olmak üzere , olguların toplam % 67.4' üne pnömoni sonrası ampiyem gelişmesi nedeniyle toraks tüpü takıldığı görülmüştür (Tablo 2). Toraks tüpü takılma nedenlerine bakıldığında, gruplar arası anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır. Literatür bu sonuçları destekler niteliktedir (12,18,27,44,60,63).

Grupların anne yaşı, eğitimi ve çalışma durumlarına göre karşılaştırılması yapıldığında; deney grubundaki annelerin yaşlarının kontrol grubundaki annelere oranla daha genç oldukları ve deney grubundaki çocukların annelerinin %58,3'ünün ortaokul ve üzeri, kontrol grubundaki annelerin ise %72,7'sinin ilkokul ve altı eğitim aldıkları bulunmuştur. Annelerin eğitim düzeylerinin dağılımları gruplara göre anlamlı farklılık

göstermektedir. Annelerin çalışma durumlarına bakıldığında, deney grubundaki annelerin% 66,7'sinin , kontrol grubundaki annelerin ise % 81,8' inin bir işte çalışmadığı görülmüştür (Tablo 3). Bu veriler açısından gruplar arasında benzerlik vardır.

Babaya ait bazı özellikler incelendiğinde; deney grubundaki çocukların babalarının, kontrol grubundaki çocukların babalarından daha genç oldukları, deney grubu babaların % 75 oranında ortaokul ve üzeri, kontrol grubu babaların ise % 50'şer oranında ortaokul ve üzeri, ilkokul ve altı eğitim aldıkları görülmüştür. Araştırma; grubundaki babaların mesleklerini incelediğimizde; deney grubundaki çocukların babalarının % 45,8' inin memur, kontrol grubundakilerin ise % 72,7' sinin işçi oldukları görülmektedir (Tablo 4). Babaların yaşları ve eğitim durumları açısından gruplar arası anlamlı fark yoktur. Meslekler açısından ise aradaki fark anlamlı bulunmuştur.

Araştırma grubu, çocuğa bakan kişi açısından incelendiğinde ; deney ve kontrol grubu arasında benzerlik olduğu görülmektedir(Tablo 5).

Gruptaki çocuklar arasında daha önce geçirilmiş akciğer enfeksiyonu açısından anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Tüm bu bulguların ışığı altında araştırmadaki grupların homojenliği ortaya çıkmıştır.

Araştırma grubunu oluşturan çocukların hastaneye yattıktan ve toraks tüpü takıldıktan sonra, komplikasyon gelişme durumları incelendiğinde; deney grubunda % 8,3 , kontrol grubunda ise; % 18,2 oranında komplikasyon geliştiği görülmüştür. Kontrol grubunda daha fazla komplikasyon gelişmesine karşın gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 7). Deney grubunda komplikasyon gelişen çocukların bir tanesinde tüp çıkmış, bir tanesinde tüp etkin çalışmamıştır. Tüpü çıkan çocuk 2,5 yaşında olup oldukça hareketli bir çocuk olduğundan, tüpü çekmiştir.. Her iki vakada da derhal hekime haber verilmiş ve Çocuk Cerrahisi asistanları

tarafından toraks tüpü tekrar takılmıştır. Kontrol grubundaki çocuklarda ise (4 çocuk); 1 çocukta tüp etkin çalışmamış, diğer 3 çocukta ise, pansuman yerinde enfeksiyon gelişmiştir. Enfeksiyon gelişiminde bakımla beraber immün sistem ve çevrenin etkisini de göz ardı etmemek gerekir. Ayrıca her iki serviste de çocuklar karışık yatmaktadır. Alerji ve İmmunoloji servisinde her türlü alerjik ve immunolojik sorunu olan çocuklar, süt çocuğu ve çocuk dahiliye servisinde ise her türlü hastalığa sahip çocuklar yatmaktadır. Bu durum enfeksiyon riskini arttırmaktadır (16). Tüm bunlar göz önüne alındığında bakımın önemi ortaya çıkmaktadır.

Deney grubu olgularında toraks tüpünün takılı kalma süresi 10,25± 2,67 gün olup, kontrol grubundaki çocuklarda ise 11,54 ± 2,73 gün idi(Tablo 8). Tekant ve ark. (63)' nın çalışmasında da toraks tüpünün takılı kalma süresi 7-14 gün arasında değişmektedir. Deney grubundaki çocukların hastanede kalış süreleri 20,62 ± 5,02 gün iken, kontrol grubu çocukların hastanede kalış süreleri 24,63 ± 8,98 gün idi . Bu sonuçlar literatür ile aynı doğrultudadır (12,18,27,44,60,63). Aktaş (3)' ın çalışmasında pnömonide mekanik yöntemlerle desteklenerek verilen hemşirelik bakımının bebeklerin iyileşme sürecine etkisi araştırılmış ve bebeklerin iyileşme süreci ve hastanede kalış sürelerinde anlamlı derecede kısalma olduğu görülmüştür. Alınan sonuçlara göre bu çalışmada, deney ve kontrol grubu olgularında tüp çıkarılma ve hastanede kalma süreleri deney grubu olgularında kontrol grubu olgularına nazaran daha kısa sürede olmasına karşın sonuç anlamlı değildir. Bu sonuç toraks tüpünün klinik protololler göre 7 günden önce çıkarılmadığını ve hastaneden taburcu edilme kriterlerinin hekim tarafından belirlendiğini ortaya koymaktadır . Celayir ve ark.(12)' nın yaptıkları bir çalışmada değişik tedavi yöntemlerinin hastanede kalış sürelerini etkilediği ortaya konulmuştur.

Ampiyem nedeniyle toraks tüpü takılan çocuğa uygulanacak bakım planındaki hemşirelik tanıları ile ilgili bulgulara bakıldığında ;

1.hemşirelik tanısı; ''yetersiz solunum ve gaz alışverişinde bozulma'', tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanının, deney grubunda en kısa 7, en uzun 12 gün olmak üzere ortalama 9,04 ± 1,57 gün, kontrol grubunda ise, 6-21 gün arası değişmekle beraber ortalama 11,36 ± 3,64 gün olduğu ortaya çıkmıştır(Tablo 11). Deney ve kontrol grubu arasında anlamlı derece de fark vardır. Bu sonuç, Öztürk (51)' ün çalışmasındaki sonuç ile benzerlik göstermemektedir. Öztürk 'ün çalışması ile benzerlik göstermemesinin en büyük nedeni ileride daha geniş açıklanacağı gibi, Öztürk'ün araştırmasının zaten süreç doğrultusunda bakım verilen bir kurumda yapmış olmasındandır. Farklı kurumlarda yapılması halinde sonucun benzerlik göstereceği aşikardır. 1.hemşirelik tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterine ulaşma zamanının dağılımına bakıldığında ; deney grubundaki çocuklarda 1. tanının sonuç kriterleri olan; solunum sayısı yaşa uygun normal değerler içinde, solunum seslerinde farklılaşma yok, yardımcı solunum kasları solunuma katılmıyor, dispne yok, taşipne yok , siyanoz yok, kan gazları normal sınırlar içinde, tüp etkin çalışmakta, kriterlerine deney grubundaki çocukların, kontrol grubundaki çocuklardan anlamlı derecede($p<0,05$) daha kısa sürede ulaştıkları görülmektedir(Tablo 12). Bu bulgu çok önemlidir. Zaten çocukların hastanede yatırılmasının en büyük nedenlerinden bir tanesi tıbbi tanıyı da destekleyen yetersiz solunum ve gaz alışverişinde bozulma sorunudur. Bu sorunun ortadan kaldırılması çocuğun iyileşme sürecinin ve taburcu olmasının hızlanmasına yardımcı olmaktadır. Bu durum bakımın önemini ortaya çıkarmaktadır.

2.tanı; ''sıvı elektrolit dengesizliği'' tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanı, deney grubunda 7-12 gün arasında ortalama 8,58 ± 1,35 gün, kontrol grubunda 7-21 gün ortalama 12,72 ± 4,86 gün olarak bulunmuştur (Tablo 13). Bu sonuç istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ($p<0,01$). 2.tanının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanına bakıldığında; çocuk yaşına ve kilosuna uygun sıvı almakta ve çıkarmakta, dehidratasyon bulguları yok, çocuğun kilosu korunmakta ve/veya hastalık öncesi kiloya ulaşmış , serum elektrolit düzeyleri normal kriterlerine deney grubunda, kontrol grubuna oranla daha kısa sürede ulaşıldığı ve bu sonucun

istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p<0,01) görülmektedir(Tablo 14). 1. tanıda yapılan açıklamalar ve değerlendirme bu tanı içinde geçerlidir. Bu tanıların sonuç kriterlerine anlamlı derecede kısa sürede ulaşması, sistemli hemşirelik bakımının önemini vurgulamaktadır.

3. tanı; '' Aktivite intoleransı'' tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanının deney grubu çocuklarda 6-11 gün, ortalama 8,83± 1,40 gün, kontrol grubundaki çocuklarda ise 6-21gün ortalama 1163 ± 4,64 gün olduğu görülmektedir(Tablo 15). 3.hemşirelik tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterine ulaşma zamanı incelendiğinde; ağrı yok, dispne yok, yorgunluk yok, yaşa uygun beslenme sürdürülmekte, yaşam bulguları yaşa uygun normal değerlerde, yaşa uygun aktiviteleri yapabilmekte, sonuç kriterlerine deney grubundaki çocukların, kontrol grubundakilere oranla anlamlı derecede (p< 0,01) daha kısa sürede ulaştığı görülmüştür (Tablo 16).

Buraya kadar olan sonuçlar araştırmanın 1. hipotezini doğrulamaktadır. Öztürk (51)' ün pnömonili çocuklarla ilgili yaptığı çalışmada deney ve kontrol grubu arasında bu tanılarla ilgili anlamlı fark bulunamamıştır. Daha önce belirtildiği gibi yapılan araştırmada gözlenen farkın nedenini iki farklı kurumda yapılmasından ve serviste uygulanan bakım planının etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Öztürk (51), çalışmasındaki iki grubu da aynı hastaneden seçmiştir ve seçtiği hastanedeki serviste zaten hemşirelik bakım planı uygulanmaktadır. Öztürk (51)' ün araştırmayı uyguladığı hastane bakımda kalite güvenliği konusunda çalışmaları olan ve bu konuda değişik eğitim programları geliştiren bir kurumdur. Deney ve kontrol grubundaki hastalar aynı hemşirelerden bakım aldıkları için sonuçlar anlamlı bulunmamıştır. Öztürk tartışma ve önerilerinde bu durumu defalarca vurgulamıştır. Bu araştırmada farklı hastanelerin seçilmesinin en büyük nedeni budur.

3. hemşirelik tanısı olan , ''doku bütünlüğünde bozulma ve enfeksiyon olasılığı'' ve 5. tanı olan '' beden ısısında yükselme'' tanılarının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanları açısından, deney grubundaki çocukların sonuç kriterlerine daha çabuk ulaşmasına karşın , deney ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. (Tablo 17,18,19,20). Öztürk'ün çalışmasında da

''Vücut sıcaklığında yükselme'' tanısı, ''Mevcut enfeksiyon ve komplikasyon gelişme riski'' tanılarının sonuç kriterlerine ulaşma durumlarını ve ulaşılan gün ortalamalarını incelemiş ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ortaya çıkarmıştır. Anlamlı olmama nedeni olarak ; bu tanıların sadece hemşirelik tanıları olmayıp, aynı zamanda tıbbi tanıyı oluşturan klinik bulgular olduğunu ve hastaneye yatırılarak tedavi edilmesinin temel nedeni olduğunu ileri sürmüştür. Bu sorunların çözümlenmeden çocuğun taburcu edilmesi mümkün değildir.

Hemşirelik tanılarından 6.'sı olan kişisel öz bakımda yetersizlik tanısı, bağımsız hemşirelik girişimleri ile ortadan kaldırılacak bir tanı olması nedeniyle ayrı bir değer taşımaktadır. Tanının sonuç kriterlerine ulaşma zamanı incelendiğinde; deney grubu çocukların 5-10 gün ortalama 7,50±1,69 gün, kontrol grubundaki çocukların ise, 7-15 gün ortalama 9,63±2,30 günde sonuç kriterlerine ulaştığı görülmüştür(Tablo 21). Bu fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ve hemşirelik girişimlerinin etkinliğini göstermesi açısından ayrı bir önemi vardır. Öztürk' (51)' ün yaptığı araştırmada bu sonuça deney grubunda daha kısa sürede ulaşmalarına karşın sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. 6.tanının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterine ulaşma zamanına bakıldığında; bireysel hijyen yeterli sonuç kriterine ulaşma zamanının deney grubunda kontrol grubuna oranla ileri düzeyde anlamlı derecede kısa olduğu , yatak ve çevre düzeni sağlanmış kriteri açısından ise gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir (Tablo 22). Bu sonuç yatak ve çevre düzeni açısından hastanelerin benzer düşüncelere sahip olduklarını ortaya çıkarmaktadır.

Hemşirelik tanılarından 7. tanı olan, rahatta konforda değişim tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanı deney grubundaki çocuklarda 5-11 gün, ortalama 7,87 ± 2,15, kontrol grubunda ise, 7-18 gün ortalama 11,86 ± 3,22 gün olduğu saptanmıştır(Tablo 23). 7.hemşirelik tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanı incelendiğinde; ağrı, huzursuzluk, sıkıntı yok, ayağa kalkabilmekte, ağrıyı azaltan aktiviteleri tanımakta, tüp ile hareket etmeyi bilmekte sonuç kriterlerine deney grubunda, kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ($p< 0,01$) olarak daha kısa sürede ulaşıldığı saptanmıştır(Tablo 24). Deney grubuna bakıldığında en kısa sürede ayağa kalkabilmekte ve tüp ile hareket edebilmekte

kriterlerine ulaştıkları görülmektedir.Her iki gruptaki çocuklarda - süreleri farklı olmak üzere - en uzun sürede ağrı yok kriterine ulaşmışlardır. Kontrol grubundaki çocukların en kısa sürede ulaştıkları sonuç kriter zamanı, deney grubundaki çocukların en uzun sürede ulaştıkları sonuç kriteri zamanına eş değerdedir. Bu farklılık, sonuç merkezli bakım planı kullanıldığında, hedefe daha kısa sürede ulaşıldığını ortaya çıkarmaktadır.

Hemşirelik tanılarından 8.'si olan, çocuk ve yakın aile üyelerinde anksiyete ile baş etmede yetersizlik tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanı, deney grubunda 4-11 gün, ortalama 7,87 ± 2,17 gün, kontrol grubunda; 7-22 ortalama 12 ± 4,19 gün olduğu görülmüştür(Tablo 25). İki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. 8.hemşirelik tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanına ait bulgular incelendiğinde; çocuk/ aile anksiyetelerinde azalma olduğunu ifade etmekte, çocuk/ aile bakıma katılmakta, çocuk yaşına uygun aktivitelere katılmakta, çocuk/ aile yeterince uyuduklarını ifade etmekte, çocuk/ailede ağlama/huzursuzluk yok kriterlerine deney grubundaki çocukların , kontrol grubundakilere oranla ileri derecede anlamlı ($p < 0,01$) olarak, kısa sürede ulaştıkları görülmüştür (Tablo 26). Öztürk (51) ' ün yaptığı araştırmada gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Öztürk (51) bunun nedenini aşağıdaki şekilde açıklamıştır;

- Araştırmanın yapıldığı klinikte çocukların refakatçileri ile birlikte yatırıldığını ve bu durumun çocuğu rahatlattığını ve çocuğun refakatçisinin bakıma dahil edildiği için rahatladığını,
- Araştırmanın yapıldığı hastanenin bir eğitim hastanesi olduğunu ve öncede belirtildiği gibi kalite çalışmaları ve eğitimi yapıldığını ve bu yüzden aile ve çocukla iletişimin iyi olduğunu,
- Kültürel özellikler nedeni ile diğer hasta ve refakatçiler ile iletişimin anksiyeteyi azalttığını,
- Araştırmanın yapıldığı klinikte çocuk ve ailenin rahatlıkla evlerini ve yakınlarını arayabilecekleri telefonların bulunmasının anksiyeteyi azalttığını,
- Araştırmanın yapıldığı klinikte tüm hastalara servise oryantasyonu sağlamak amacıyla servisin tanıtıldığını ve bu durumun çocuk ve ailenin anksiyetelerini azalttığını belirtmiştir.

Bu özellikler İ.Ü. C.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı servisleri ile benzerlik göstermektedir. Öztürk (51) araştırmasının sonuçlarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olması için bu özellikleri taşımayan servislerde araştırma yapılmasını önermiştir. Yapılan bu araştırmanın sonucunun anlamlı olmasının , grupların farklı hastanelerden seçilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu sonuç ta sistemli yaklaşımın önemini desteklemektedir.

Hemşirelik tanılarından 9.'su olan, çocuk/ ailede bilgi eksikliği tanısının sonuç kriterlerine ulaşma zamanı, deney grubunda 4-11 gün, ortalama 8,87 ±2,59 gün , kontrol grubunda 7-25 gün ortalama 13,04 ± 5,12 gün olarak saptanmıştır(Tablo 27). Bu tanı da , 6. hemşirelik tanısı gibi bağımsız olarak hemşirenin giderebileceği bir tanı olduğundan ayrı bir öneme sahiptir. 9 hemşirelik tanısının tanıya ilişkin her bir kriterinin, sonuç kriterlerine ulaşma zamanı incelendiğinde; Çocuk ve aile beden ısısının nasıl ölçüleceğini bilmekte sonuç kriteri deney grubunda daha kısa sürede olmak üzere iki grupta da ilk ulaşılan sonuç kriteridir. Bunu yine deney grubunda daha kısa sürede olmak üzere çocuk ve aile hastalıkla ilgili herhangi bir sorun olması halinde başvuracağı kişileri bilir kriteri izlemektedir. Özellikle,çocuk/ aile verilen ilaçların isim, doz,veriliş saati, yan etkisi, ne kadar süre ile kullanılacağını bilmekte, çocuk / aile nabzın normal değerini bilmekte,çocuk/ aile solunumu kontrol etmeyi bilmekte, çocuk/ aile solunum normal değerini bilmekte,çocuk/aile hastalıkla ilgili herhangi bir sorun olması halinde başvuracağı kişileri bilmekte kriterlerine deney grubundaki çocukların ailelerinin daha kısa sürede ulaştıkları görülmüştür (Tablo 28). Bu sonuçlar istatistiki olarak ileri derecede anlamlıdır ($p < 0,01$). Sonuçların anlamlı çıkması araştırma grubuna katılan çocuklara / ailelere verilen eğitimin ve hasta ile iletişimin ne kadar önemli olduğunu ortaya çıkarmaktadır.

Sonuç olarak ; bu araştırma, ampiyem nedeni ile toraks tüpü takılan çocukların, planlı bir bakım sağlandığında sonuç kriterlerine daha kısa sürede ulaştıklarını ortaya koyarak araştırmacının 1. hipotezini doğrulamıştır.

Toraks tüpünün çıkarılması ve hastaneden taburcu edilme durumları hemşirenin bağımsız işlevlerinden olmadığı ve hekimlere bağlı olduğu için gruplar arasında fark olmasına karşın, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ve araştırmanın 2. hipotezi doğrulanmamıştır.

Çocuk hemşireliğinde aile ve çocuk birbirinden ayrılmayan, bütüncü ve aile merkezli bir yaklaşım içinde ele aldığımız bireylerdir. Hastalıklara özgü bakımları planlarken çocuk ve ailenin özelliklerini de göz önüne alarak süreç doğrultusunda hazırlanacak bakım planları , birey merkezli bakım planı kullanıldığında ve vaka yönetimi uygulandığında hastaların daha kısa sürede hastaneden taburcu olabilecekleri aşikardır. Bu araştırma türündeki araştırmaların yaygınlaşması sonucu, bakım standartlarının oluşturulabileceği ve bu standartlar sayesinde bakımın kalitesinin yükseleceği gerçeği göz ardı edilmemelidir.

ÖZET

AMPİYEM NEDENİYLE TORAKS TÜPÜ TAKILAN ÇOCUĞA UYGULANAN BAKIMIN İYİLEŞME SÜRECİNE ETKİSİ

Araştırma, ampiyem nedeniyle toraks tüpü takılan çocuğa uygulanan bakımın iyileşme sürecine etkisini araştırmak amacıyla, tanımlayıcı, analitik ve yarı deneysel olarak planlandı.

Araştırma, deney grubunu İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı İmmüno-Allerji servisinde yatan 24 çocuk, kontrol grubunu ise, Sağlık Bakanlığı Haseki Hastanesi Çocuk Kliniği Süt Çocuğu ve Çocuk Dahiliye servisinde yatan 22 çocuk olmak üzere toplam 46 çocuk üzerinde gerçekleştirildi. Her iki klinikte yatan çocukların toraks tüpleri İ.Ü. Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalında takılmakta, takip edilmekte ve çıkarılmakta idi.

Veri toplanmasında, araştırmacı tarafından geliştirilen çocuk bilgi formu, tanılama formu ve ampiyem nedeni ile toraks tüpü takılan çocuğa uygulanacak bakım planı kullanıldı. Deney grubu çocuklara bakım planı uygulandı. Kontrol grubundaki çocuklar ise araştırmacı tarafından bakım planı doğrultusunda değerlendirildi.

Araştırma sonuçları istatistik uzmanı tarafından bilgisayar ortamında değerlendirildi. Veri analizinde, Student T testi, Mann Whitney U test , Ki- Kare ve Fisher Exact Ki Kare testi kullanıldı.

Süreç doğrultusunda bakım planı uygulanan çocukların sonuç kriterlerine, bakım planı uygulanmayan çocuklardan daha kısa sürede ulaştıkları saptandı ($p<0.01$). Özellikle ampiyem nedeni ile toraks tüpü takılan çocuklarda görülebilecek 9 hemşirelik tanısının, tanıya ilişkin her bir kriterinin sonuç kriterlerine ulaşma zamanı, iki hemşirelik tanısı hariç, tüm tanılarda deney grubunda kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak , ileri derece de anlamlı bulundu.

Sonuç olarak; bakım planının sonuç kriterlerine ulaşmada etkili olduğu ve dolayısıyla iyileşme sürecini etkilediği, fakat hastanede kalma süresine etkili olmadığı belirlendi.

SUMMARY

EFFECT OF THE NURSING CARE ON RECOVERINE PROCESS TO THE PEDIATRIC PATIENTS THAT HAVE INSERTED CHEST TUBES WITH THE DIAGNOSE OF EMPYEMA

This study, contributes care standard developed for pediatric patients that have inserted chest tubes with the diagnose of empyema and aimed to investigate the effect of nursing care in an analytical, descriptive and quasi-experimental manner.

Case group of this search is consisted of 24 pediatric patients hospitalized in İstanbul University Cerrahpaşa Faculty of Medical, Pediatrics Department Immuno-Allergy Service, and control group is formed by 46 pediatric patients as 22 of them are hospitalized in Ministry of Health Haseki Hospital Pediatric Clinic Nursling and Child Internal Medicine Service. Chest tubes of pediatric patients hospitalized in these two clinics were inserted, observed and removed by İstanbul University Department of Pediatric Surgery.

For data collecting, child information form, recognition form and care plan that is applied to the pediatric patient that has inserted chest tube with the diagnose of empyema, are used. Care plan is applied on patients in the case group. However, patients in the control group are supervised by searcher towards the care plan.

Research outcomes are evaluated by statisticians in computer environment. Obtained data is analyzed by using Student T-test, Mann-Whitney U-test, Chi-squared and Fisher Exact Chi-squared test.

After observations, it can be said that patients in the case group reached the outcome criterias in a shorter time than the patients in the control group ($p<0,01$).

Consequently, the findings show that the usage of a standard care plan helps to reach outcome criterias and affects the recovery period but doesn't affect the hospitalization period.

KAYNAKLAR:

1. Adams CE, Biggerstaff N. Reduced Resource Utilization Trough Standardized Outcome. Focused Care Plans. JONA, October, 1995;15; 10 :45-47.
2. Akçakaya N, Çokuğraş H. Solunum Sistemi Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları .Cilt 1.Bölüm XVI. Eksen Yayınları, İstanbul, 1996.
3. Aktaş T. Pnömonide Mekanik Yöntemlerle Desteklenerek Verilen Hemşirelik Bakımının Bebeklerin İyileşme Sürecine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Doktora Tezi. 1997.
4. Alfaro R. Applying Nursing Diagnosis and Nursing Proces. A step-by step. Guide.Second Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1990.
5. Ashwill J.W.,Draske S.C. Nursing Care Of Children Principles and Practice. Philadelphia, W. B.Saunders Company, 1997: 11-13 .
6. Birol L.Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım. 4. Baskı.Etki Matbaacılık, İzmir,1997.
7. Birol L.Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım. 5. Baskı.Etki Matbaacılık, İzmir, 2002.
8. Bradford K.K.Empyema. http/picubook. net. 1998:12-17.
9. Buttaro TM, and at all. A Care Plan For Children With Tuberculosis. Public Health Nursing, 12;3, 1993:181-188 .
10. Camphell P.V . '' Pediatrik Pnömoni ve Ampiyemde Yeni Gelişmeler '' Current Opinion in Pediatrics. Pediatri Gündemi: 1996; 11 :11-15
11. Carpento JL, Erdemir F (Çev). Hemşirelik Tanıları El Kitabı 7. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul ,1999:402.
12. Celayir Cerrah A ve arkadaşları. Çocuklarda İnfeksiyona Sekonder Plevral Effüzyonlara Yaklaşım 6 Yıllık Deneyim. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi, 2000: 31; 4 :191-195.
13. Corpuz LS, Comfort İC. Organizma and Documenting Clinical Standarts Nursing Management, 25; 5; 1996 :70-76 .
14. Current E Hathaway William R Groothuis, Jessie W, WilliamW, Pasley J. Çocuk Hastalıkları Tanı ve Tedavi. Cilt 1, Çeviri Editörleri Faik Sarıalioğlu, Murat Yurdakök. M. Tezer Kutluk., A. Süha Çalıkoğlu, 15 :512-513 , 1999.

15. Çağlayan Ş. Yaşam Bilimi Fizyoloji. Panel Matbaacılık, İstanbul, 1995 : 128-129.
16. Çavuşoğlu H.Çocuk Sağlığı Hemşireliği Cilt1, 5.Baskı Bizim Büro Basımevi 2000: 29-44.
17. Day W M.Carring For Patients With Pleural Effüsion Nursing. Oct.1998, http.www. findarticles.com.
18. DeMeester RT, Lafontaine E. The Pleura Surgery Of The Chest. Fifth Edition. Chapter 16, Saunders Company,1990.
19. Demirsoy S Çocuk Hastalıklarında Pratik Uygulamalar. M.N Nobel Kitabevi, Ankara, 2000.
20. Devecioğlu Ö, Cantez T. Pediatride Rutinler. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2000: 196 .
21. Durna Z. İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi, İ.Ü Basımevi ve Film Merkezi, İstanbul, 1996:2-8.
22. Düngel PH, Perko M, Zachmann M, Danişmend N (Çev). Çocuk Cerrahisi. SERMET Matbaa,Vize/ Kırklareli, 1986:55.
23. Ekici B, Atay S. Hemşirelikte Standardizasyon ve Çocuğun Hastaneye Yatmasına Yönelik Bakım Standartları Hemşirelik Forumu; 4;4-5, Temmuz-Ekim 2001:22-32.
24. Er M, Çöplü L. Plevral Effüzyonların Ayırıcı Tanısı ve Tedavi Yöntemleri, İnfeksiyon Hastalıkları Serisi; 2; 1:28-33, 1999.
25. Gökdoğan F. Hemşirelikte Bakım Standardı. Türk Hemşireler Dergisi; 42:6 ,1992.
26. Gönülsüz S. Bakım Standartları Nedir? Nasıl Belirlenir. Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü Sempozyumu Kitabı, Ankara ,1996:195-198.
27. Güler N ,Salman N, Fırat, A, Öneş Ü, Yalçın I. Çocukluk Çağı Ampiyemlerinde Klinik Laboratuar Özellikler ve Tedavi. Ankem Dergisi: 4 :2:218, 1990.
28. Hacımustafaoğlu M, Çelebi S, Sarımehmet H., Gürpınar A, Ildırım İ. Çocuklarda Parapnömonik Effüzyonlar (Ampiyem) Klinik Değerlendirme ve Tedavi Seyri, 44.Milli Pediatri Kongresi, 4-8 Eylül, 2000.

29. Hazinski MF. Nursing Care Of the Critically Ill Child Mosby Year Book, Second Edition ,Sc. Louis, 1992 :1011-1013.
30. Inserra A, Silvano A., Turchetta A, Ciprandi G, ServAconti P, Boglino C. Treatment Of Parapneumonic Empyema In Children. Minerva Pediatr,45;12:533-538,1993.
31. Iowa Intervention Project. Mc. Closky,J.,Bulechek, G.M.(Eds). Nursing Intervention Classification (NIC)(3nd ed.), Mosby Year Book, St.Louis, 2000.
32. Iowa Intervention Project. Mc.Closky,J., Bulechek, G.M(Eds).Nursing Intervention Classification (NIC) (2nd ed), Mosby- Year Book, St. Louis, 1996.
33. Iowa Outcomes Project. Johnson.M.,Maas M.,(Eds). Nursing Outcomes Classification (NOC),Mosby-Year Book, St. Louıs,1997.
34. Iowa Outcomes Project. Johnson.M., Maas M., Moarhead (Eds). (2 nd ed). Nursing Outcomes Classification (NOC),Mosby-Year Book, St. Louıs, 2000.
35. Johanson CB, Dungga UC, Hoffmeister D, Wells JS. Standarts for Critical Care The C.V , Mosby Company , S.T Louis ,1981 :18-27.
36. Joyce M. Black and Esther Matasserin Jacobs Nursing Care Of Clients With Upper Airway Disorders. Chapter 38, Medical – Surgical Nursing (Luckmann and Sorensen's), Fourth Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia London, 1993: 1065-1081.
37. Karaböcüoğlu M, Uğur S. Çocuklarda Akut Solunum Yetersizliği. Klinik Gelişim. The Journal of Istanbul. Chamber Of Medicine;15;678, Haziran/Temmuz/Ağustos, 1992.
38. Karakoca Y, Emri AS (Ed). Plevral Effüzyon,Solunum Hastalıklarına Temel Yaklaşım, 3. Baskı, Ankara Atlas Kitapçılık A.Ş ,1998:335-349.
39. Kavaklı A, Pek H, Bahçecik N. Çocuk Hastalıkları Hemşireliği, 2. Baskı, Yüce Yayın, Dağıtım A.Ş. İstanbul, 1998: 41-42.
40. Kercsmar MC. Solunum Sistemi. Nelson Essentials Of Pediatrics, Second Edution (Türkçesi), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1996.
41. Krugman S,Gershan AA ,Hotez P J . Krugman's Infections Disease Of Children. 10 th. Ed., Missouri Mosby,1998 :580-581.
42. Larter NL, and at all.'' Content Varitation Of Standarts of Nursing Care for The Child With Asthma'', Journal of Pediatric Nursing; 8; 1 ,1993:15-21.

43. Laughin F.M, Goldmann DA, Rosenbaum DM, Haris GBC, Shuster SR ,Strieder DJ. Empyema İn Children Clinical Course and Long-term Follow up, Pediatr, 1984:587-593.
44. Naycı, A., Aksöyek, S.,Hallıoğlu, O., Eğüilmez, H., Apak, E., Yılgör, E.: Ampiyem Tedavisinde Multidisipliner Yaklaşım ve Erken Dekortikasyon. XVIII. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı.1-4 Ekim Antalya.2000.
45. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri 2 Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1993 :231-233.
46. Neyzi O. Anne ve Çocuk Sağlığında Yeni Gelişmeler. Nobel Tıp Kitabevleri, 1994.
47. NIC. http: // www.nursing. Uiowa. Edu//nıc// ındex.htm.
48. NOC. http: // www.nursing. Uiowa. Edu//noc// ındex.htm.
49. Numanoğlu N., Wilke (Topçu) A (Ed). Çocukluk Çağı Pnömonileri, Güncel Bilgiler Işığında Pnömoniler. Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara, 2000 : 306 .
50. Onat Teoman.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Cilt I Eksen Yayınları, İstanbul, 1996: 537.
51. Öztürk C. Pnömonisi Olan Çocuğun Bakımı Konusunda Geliştirilen Bakım Standardının Bakım Kalitesine Etkisi. Ege Üniversitesi , Doktora Tezi, 1997.
52. Palacios GC, And at All. Cefurroxime vs a Dicloxaccillin/Cloramphenicol Combinations for the Treatment of parapneumonic Pleural Effusion and Empyema in Children, Pulmonary/ Pharmacology& Therapeutics, , 15 :17-23, 2002.
53. Potter DA, Perry AG. Fundamentals Nursing Concepts Processon. Practice Fourth Edition, ST Louis, Missouri Mosby –Year Book Inc.1996:19-209-220.
54. Sabistan CD, Spencer CF. Surgery of The Chest, Fifth Edition, Saunders Company 1990: 467-475.
55. Schwartz WM. Pediatride Pratik Yaklaşımlar. Çeviri Editörleri. Süoğlu D Özlem, Kara Bülent. Nobel Tıp Kitabevleri , 2000: 596-597.
56. Solak H. Göğüs Kalp ve Damar Hastalıkları Cerrahisi, Marifet Matbaacılık, Konya 1992 :82-83.
57. Sümbüloğlu K.Sağlık Bilimlerinde Araştırma Teknikleri ve İstatistik 1. Bası, Ankara, Çağ Matbaası, 1987.
58. Sümbüloğlu K,Sümbüloğlu V. Biyoistatistik 6.Bası, 1995.

59. Sümbüloğlu K,Sümbüloğlu V. Biyoistatistik10. Baskı,Hatipoğlu Yayınevi, Şahin Matbaası. Ankara 2002.
60. Şencan A, Günşar C, Süzek D, Şencan AB, Karaca İ, Mir E. Çocukluk Çağı Ampiyemi., XVIII. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı,1-4 Ekim, Antalya,2000.
61. Tanman B, Ertuğrul T. Solunum Sistemi Hastalıkları, Bölüm 13, Pediatri 2, Nobel Tıp Kitabevleri , İstanbul,1993.
62. Tekant G ve ark. Çocukluk Çağı Ampiyemlerine Yaklaşım, 50 Olgunun Değerlendirilmesi,. Ankem Dergisi; 5;2 :171 ,1991.
63. Tezbaşaran A. Likert Tipi Ölçek Geliştirme Klavuzu. Özyurt Matbaası, Ankara,1996.
64. Üçsel Raif. Solunum Yetmezliği Etiyoloji ve Klinik 22. Pediatri Günleri ve 2. Pediatri Hemşireliği Günleri. 2000' li Yıllarda Çocuk Sağlığı, Özet Kitabı, 2000 : 78-81.
65. Velioğlu P . Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Ataş Ofset , İstanbul ,1989: 27.
66. Waldhausen T H John And At All.Removal of Chest Tube İn Children Without Water Seal After Elective Thoracic Procedures: A Randomized Prospective Study.jornal Of The AmericanCollege Of Surgeons; 194; 4, April 2002: 411-415.
67. Walsek C, Baler AM, Zwerski S. Lower Respiratory Tract Enfections In The Pediatric Patient Primary Care Practice: A Peer-Reviewed Series;3;1;93, January/February, 1999.
68. W Light R. Plural Diseases, Third Edition, California, Williams & Wi,lkins, Chapter 24, Chest Tubes ,1995;129-157, 327-337.
69. Yıldırım A. Hemşirelik Bakım Protokolleri El Kitabı. Solunum Egzersizleri Uygulama Protokolü, İ.Ü Basımevi, İstanbul, 2001:285- 294.
70. Yıldırım M. İnsan Anatomisi, 4.Baskı, Tayf Ofset,İstanbul ,1999: 200.
71. Yıldırım, N.,Öz F.:Solunum Yolu Enfeksiyonları. Kaya Basım,2000
72. I.Ulusararası ve VIII: Ulusal Hemşirelik Kongresi Kurs Dökümanları. 29 Ekim-2 Kasım 2000.

EKLER

EK 1- ÇOCUK BİLGİ FORMU

EK 2- ÇOCUK TANILAMA FORMU

EK 3- BAKIM PLANI

EK 4- KİTAPÇIK

EK 5- GÖRÜŞ ALINAN UZMAN LİSTESİ

EK 6- GEREKLİ İZİNLER

EK 1

ÇOCUK BİLGİ FORMU

Sıra No:
Hastane ve Servis Adı:

1- Adı Soyadı:
2- Cinsiyeti . a-)Kız b-)Erkek
3- Yaşı :
4- Tanısı :
5- Okul Durumu:
6- Kardeş Sayısı:

ANNE

7- Yaş :
8- Eğitim :
9- Meslek :

BABA

10- Yaş :
11- Eğitim :
12- Meslek :

13- Çocuğa bakan kişi:

14- Çocuğun daha önce geçirmiş olduğu akciğer enfeksiyonu var mı?

a-)Evet (yazınız).....
b-)Hayır

15-Hastaneye yatış tarihi:

16-Tüpün takıldığı tarih

17-Tüpün çıkarıldığı tarih

18-Hastaneden taburcu edildiği tarih

19-Hastanede kalış süresi :

EK 2 **Çocuk Tanılama Formu**

Adı Soyadı:
Tarih :

1-SOLUNUM SİSTEMİ:

Solunum sayısı:...../dk.

	Var	Yok
• Solunum seslerinde azalma	☐	☐
• Yüzeyel solunum	☐	☐
• Burun kanadı solunumu	☐	☐
• İnterkostal çekilme	☐	☐
• Hırıltı	☐	☐
• Öksürük	☐	☐
• Balgam	☐	☐
• Burun tıkanıklığı	☐	☐
• Burun akıntısı	☐	☐
• Dispne	☐	☐
• Taşipne	☐	☐
• Ortopne	☐	☐
• Wheezing	☐	☐
• Hemoptizi	☐	☐
• Bradipne	☐	☐
• Kulak akıntısı	☐	☐

2-DOLAŞIM SİSTEMİ:

Nabız:...../dk. Tansiyon:.....mmHg.

• Taşikardi	☐	☐
• Bradikardi	☐	☐
• Aritmi	☐	☐
• Hipotansiyon	☐	☐
• Hipertansiyon	☐	☐

3-GASTROİNTESTİNAL SİSTEM:

Vücut ağırlığı:.....

• İştahsızlık	☐	☐
• Bulantı	☐	☐
• Kusma	☐	☐
• Karın ağrısı	☐	☐
• Distansiyon	☐	☐
• Kilo kaybı	☐	☐
• Yutma güçlüğü	☐	☐
• Diyare	☐	☐
• Oral alamama	☐	☐

4-ÜROGENİTAL SİSTEM

	Var	Yok
• Tuvalet eğitimi	☐	☐
• Dizüri	☐	☐
• Oligüri	☐	☐
• Anüri	☐	☐
• Poliüri	☐	☐
• Hematüri	☐	☐
• Noktüri	☐	☐
• Enürezis	☐	☐

5-SİNİR SİSTEMİ:

Uyku düzeni.....	Var	Yok
• Fontonel kabarıklığı	☐	☐
• Fontonel çöküklüğü	☐	☐
• Huzursuzluk	☐	☐
• Baş ağrısı	☐	☐
• Baş dönmesi	☐	☐
• İrritabilite	☐	☐
• Konvülsiyon	☐	☐
• Letarji	☐	☐
• Dizoryantason	☐	☐
• Koma		

6-KAS İSKELET SİSTEMİ

• Ağrı yeri.....

• Hareket sınırlılığı	☐	☐
• Eklemlerde şişlik	☐	☐
• Halsizlik	☐	☐

7-DERİ

Turgor.....

• Kuruluk	☐	☐
• Kızarıklık	☐	☐
• Kaşıntı	☐	☐
• Pişik	☐	☐
• Lezyon	☐	☐
• Solukluk	☐	☐
• Siyanoz	☐	☐
• Sarılık	☐	☐
• Ödem	☐	☐

EK 3

AMPİYEM NEDENİ İLE TORAKS TÜPÜ TAKILAN

ÇOCUKLARA UYGULANACAK BAKIM PLANI

HEMŞİRELİK TANISI	NEDEN	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
1-Yetersiz solunum ve gaz alışverişinde bozulma Belirleyici Kriterler: • Solunum seslerinde farklılaşma • Solunuma yardımcı kasların kullanımı (burun kanadı solunumu, İnterkostal çekilmeler) • Dispne • Taşipne <2 ay : 60/dk ↑ 2-11ay : 50/dk ↑ 15-59ay: 40/dk ↑ 5-12yaş: 25/dk ↑ 12-18 yaş: 20/dk ↑ • Siyanoz • İrritabilite • Taşikardi 0-3ay: 220/dk ↑ 3ay-2yaş :150/dk ↑ 2-18yaş:110/dk ↑ • İştahsızlık	-Enfeksiyon -Plevrada sıvı birikimi	-Solunumu rahatlatmak -Gaz alış-verişini kolaylaştırmak	1-Solunumu değerlendirmek (hız ,ritm, derinlik,yardımcı kasların kullanımı.solunum sesleri) 2-Pozisyon vermek -Semi fawler -Fawler -Ortopne 3-Buhar uygulamak 4-Solunum egzersizleri uygulamak -Balon şişirtme. -Öksürük ve derin solunum egzersizleri yaptırma 5-Hekim istemine göre nemlendirilmiş oksijen uygulamak 6-Göğüs tüpü ile ilgili girişimlerde bulunmak -Tüpün tıkanık olup olmadığını kontrol etme -Su seviyesinin hareketlerini kontrol etme. -Drenaj sıvısının miktarını kontrol etme. -Drenaj sıvısının rengini kontrol etme. -Hareket sırasında tüpün geri akımını engellemek için vücut seviyesinden aşağıda tutulmasını sağlama.	• Solunum sayısı normal değerler içinde < 2ay: ↓ 60/ dk. 2-11 ay: ↓50/ dk. 12-59 ay: ↓40/ dk. 5-12 yaş: ↓15-25/ dk. 12-18 yaş: ↓12-20/ dk. • Solunum seslerinde farklılaşma yok. • Yardımcı solunum kasları solunuma katılmıyor. • Dispne yok. • Taşipne yok. • Siyanoz yok. • Kan gazları normal sınırlar içinde. pH: 7.35-7.45 $PaCO_2$: 27-45 mmHg. PaO_2 : 83-108 mmHg. • Tüp etkin çalışmakta

HEMŞİRELİK TANISI	NEDEN	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
			7-Yeterli sıvı alımını sağlamak. 8-Kan gazı düzeylerini izlemek. 9-Hekim istemine göre önerilen ilaçları uygulamak. -Antibiotik. -Bronkodiladatör -Antipiretik ve diğerleri. 10-Hastalığın durumuna göre yatak istirahatini sağlamak. 11-Pozisyon değiştirmek (2 saatte bir) 12-Ağız-burun temizliğini sağlamak. 13-Gerekirse aspire etmek.. 14-Acil durumlar için entübasyon malzemelerini hazır tutmak. 15-Anormal bulguları hekime bildirmek.	• İstem kadar sıvı almakta. • Solunumu zorlamayacak şekilde mobilizasyon sağlanmakta.

HEMŞİRELİK TANISI	NEDEN	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
2-Oral besin ve sıvı alımında yetersizlik ve bağlı olarak sıvı elektrolit dengesizliği. Belirleyici Kriterler: • Beden ısısında artma • İştahsızlık • Taşikardi • Hipotansiyon • Dispne • Taşipne • Deri turgorunda azalma bulguları.	-Solunum sıkıntısı -Ateş ve taşipne	-Yeterli besin ve sıvı alımını sağlamak - Sıvı elektrolit kaybını engellemek	1-Sıvı kayıplarını tanılamak. 2-Aldığı çıkardığı takibini yapmak. 3-Yaşa uygun dehidratasyon bulgularını gözlemek. -Deri turgoru -Mukoz membran -Susama,ağızda kuruluk -Göz kürelerinde donukluk -Fontanel çöküklüğü -Serum elektrolit değerleri -Hipotansiyon -Taşikardi -İdrar miktarında azalma -İdrar dansitesinde artma -Tartı kaybı	• Çocuk yaşına ve kilosuna uygun sıvı almakta ve çıkarmakta. (idrar miktarı = 0.5-1ml/kg/saatten az değil., sıvı alımı:1500ml/m²/gün) • İdrar dansitesi 1003-1020 arasında. • Mukoz membran nemli. • Deri turgoru normal. • Göz küreleri sağlıklı..

HEMŞİRELİK TANISI	NEDEN	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
• Bulantı • Kusma • Diyare • Kilo kaybı • İdrar miktarında azalma			4-Sıvı alımını arttırmak.(Hekim istemi) 5-Beslenmeyi sürdürmek. (sık ve az beslemek) 6-Günlük tartı takibi yapmak. 7-Bebeğin/ Çocuğun vücut yüzey alanını bilmek.	• Kilo kaybı yok. • Serum elektrolit değerleri normal sınırlar içinde. K:3.5-5mEq/L Na:134-146mmol/L Cl: 97-104mEq/L Ca: 8.8-10.8mEq/
3-Aktivite intoleransı/ Fiziksel hareket toleranssızlığı Belirleyici Kriterler: • Ağrı • Yorgunluk • Dispne • Siyanoz • Konfüzyon • Besi almada isteksizlik	-Alveolar ventilasyon kaybı	- Aktivite programını çocuğun durumuna göre planlamak	1-Çocuğun aktivite düzeyini belirlemek 2-Aktivite öncesi,sırası ve sonrasında yaşam bulgularını değerlendirmek önce sırasında sonra Nabız: Solunum: TA: 3-Aktivite düzeyine göre günlük yaşam aktivitelerini planlamak - Dinlenme sağlama -Az ve sık besleme -Yaşına uygun oyun ve uğraşlar planlama -Yatak içinde aktif-pasif hareketler yaptırma -Öksürme ve solunum egzersizleri yaptırma 4-Gereksinimleri öncelik sırasına göre ve en kısa zamanda karşılamak.	• Ağrı yok. • Dispne yok. • Yorgunluk yok. • Yaşına uygun eslenme sürdürülmekte. • Yaşam bulguları yaşına uygun normal değerlerde. • Nabız: 0-3 ay : 80-220/dk 3ay-2yaş :70-150/dk 2-10yaş: 60-110/dk 10y-erişkin:70 110/dk • Solunum <2ay : 60/dk. 2-11ay : 50/dk. 12-59ay : 40/dk • 5 - 12yaş :15-25/dk. 12-18 yaş :12-20/dk

HEMŞİRELİK TANISI	NEDEN	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
				• Tansiyon Arteryal 0-6 ay : 30/60-60/90 mmHg 6ay-3yaş: 45/90-75/130 mmHg 3yaş üzeri :50/80-90/140 mmHg. • Yaşına uygun aktiviteleri yerine getirebilmekte
4-Göğüs tüpünün takılı olduğu bölgede doku bütünlüğünün bozulması ve enfeksiyon olasılığı Belirleyici Kriterler: • Kızarıklık • Şişlik • Hassasiyet • Ağrı • Beden ısısında artma • Lökositoz	Göğüs tüpü	Doku bütünlüğünü sürdürmek ve enfeksiyon oluşumunu engellemek	1-Enfeksiyon bulgularını tanımlamak 2-Yaşam bulgularını 2-4 saatte bir kaydetmek 3-Pansumanı değiştirmek 4-Tüp çevresinde; sızıntı -Kanama -Koku olduğunda hekime haber vermek 5-Lökosit değerlerini izlemek 6-İsteme uygun antibiyotikleri uygulamak 7-Tüm işlemler sırasında aseptik tekniğe dikkat etmek	• Beden ısısı 24 saatte normal sınırlar içinde. • Lökosit sayısı yaşa uygun sınırlar içinde. 0-1yaş:5-15bin/mm^3 2yaş:5-14bin/ mm^3 5yaş:5-13bin/ mm^3 8-12yaş:5-12 bin/ mm^3 Erişkin:5-10 bin/ mm^3 • Pansuman bölgesinde; -Sızıntı yok. - Kanama yok. -Koku yok.

HEMŞİRELİK TANISI	NEDEN	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
5-Beden ısısında Yükselme Belirleyici Kriterler: • Ateş • Susama hissi • Deride kızarma • Taşipne • Taşikardi • Konvülsiyon • Halsizlik Titreme • Huzursuzluk	Enfeksiyon	Beden ısısını 1 saatte 1C düşürerek normal değerlere getirmek.	1- Enfeksiyon bulgularını izlemek. 2-Yaşam bulguları 2-4 saatte bir izlemek. 3-Bilinç durumu ve komplikasyon belirtileri gözlemek. 4-Çevre ısısını düzenlemek. 5-Çocuğun giysilerini azaltmak. 7-Ilık su banyosu yaptırmak. 8-Sıvı alımını arttırmak 9-Yatak istirahati sağlamak 10-Hekim istemi doğrultusunda reçete edilen antibiyotik,antipiretik vd. ilaçları vermek.	• Enfeksiyon belirtileri yok. • Beden ısısı normal değerlerde. Aksiller.≤ 37.2C • Hasta rahat görünümde.
6-Kişisel öz bakımda yetersizlik/Yetersiz hijyen Belirleyici Kriterler: • Kirli görünüm • Kötü koku • Burun akıntısı • Kulak akıntısı • Uzun tırnaklar • Ağız hijyeninde bozukluk • Yatak düzensizliği • Çevre düzensizliği	-Gelişim dönemi -Aktivite intoleransı -Yatağa yarı bağımlı olması	-Hijyen gereksinimini gidermek	1-Gereksinime uygun sıklıkta, hijyenik bakım vermek Göz bakımı verme -Ağız bakımı verme -Burun bakımı verme -Kulak bakımı verme -Baş banyosu yaptırma -Vücut banyosu yaptırma -Silme banyo yaptırma -Ayak bakımı verme -Tırnak kesme -Genital bölge temizliğini sağlama 2-Yatak düzeni ve temizliğini sağlamak	• Bireysel hijyen yeterli. • Yatak ve çevre düzeni iyi.

HEMŞİRELİK TANISI	NEDEN	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
7-Rahatta Değişim/ Konforda değişim Belirleyici Kriterler: • Huzursuzluk • Sıkıntı • Hareket kısıtlılığı • Yüzde ağrı ifadesi • Ağlama, inleme • Kan basıncında artma • Nabızda artma • Solunum hızında artma • Aşırı terleme (Diaforezis)	-Göğüs tüpü -Ağrı	Yeni duruma uyumu sağlamak	1-Çocuk ve aile ile konuşarak durum değerlendirmesi yapmak, 2-Yatak içinde pasif hareketler yapmasını sağlamak 3-2 saatte bir pozisyon değiştirmek 4-Ayağa kalkmasına , göğüs tüpünü taşımasına yardımcı olmak 5- Çocuğa ağrıyı azaltan ve arttıran durumları sormak	• Ağrısı yok. • Huzursuzluk yok • Sıkıntısı yok • Ayağa kalkabilmekte • Ağrıyı arttıran/ azaltan aktiviteleri tanımakta • Tüp ile hareket etmeyi bilmekte..
8- Çocuk/Yakın aile üyelerinde anksiyete,ve hastalıkla baş etmede yetersizlik Belirleyici Kriterler; • Çok soru sorma • Hiç konuşmama • Endişelerini ifade etme	-Sağlık durumundaki değişiklik -Yabancı ortam	-Çocuk ve aileyi desteklemek, -Anksiyeteyi azaltmak/ ortadan kaldırmak.	1-Anksiyete kaynaklarını ve düzeyini tanılamak 2-Çocuk ve aileye hastane ortamını ve çalışanları tanıtmak. 3-Endişe ve duygularını ifade etmesi için cesaretlendirmek 4-Uyku durumunu değerlendirmek. 5-Çocuğun yaşına ve hastalık durumuna uygun aktiviteler sağlamak 6-Akranları ile iletişim kurması konusunda cesaretlendirmek	• Çocuk anksiyetesinde azalma olduğunu ifade etmekte. • Çocuk ve aile hastane ortamı ve çalışanlar hakkında bilgili • Çocuk bakıma katılmakta • Çocuk yaşına uygun aktivitelere katılmakta • Çocuk yeterince uyuduğunu ifade etmekte

HEMŞİRELİK TANISI			GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
• Sıkıntılı yüz ifadesi • Tepkili davranma • Uyumsuzluk • Huzursuzluk • Bakım ve tedaviyi reddetme • Ağlama • Uykusuzluk • Korku • İrritabilite • Oryantasyon bozukluğu			7- Sevdiği eşya yada oyuncağını getirmesine izin vermek. 8-Aile ve çocuğu bakıma dahil etmek. 9-Okul yaş grubu için hastane okulu varsa, çocuğun durumuna uygun okula katılımını sağlamak. 10-Çocuk ve ailenin geçmişte anksiyete ile baş etme yöntemleri ni değerlendirip uygun yöntemin kullanılmasını sağlamak 11-Tedavi ve girişimler konusunda için çocuk ve aileyi bilgilendirmek ve katılımları için cesaretlendirmek.	• Ağlama ve huzursuzluk nöbetleri yok • Yakın aile üyeleri anksiyetelerinin azaldığını ifade etmekte. • Yakın aile üyelerinde huzursuzluk yok • Yakın aile üyeleri çocuğun bakımına katılmakta.

HEMŞİRELİK TANISI	NEDEN	AMAÇ	GİRİŞİMLER	DEĞERLENDİRME
9-Hastalık ve bakım konusunda bilgi eksikliği Belirleyici kriterler: • Endişe • Korku • Çok soru sorma • Hiç soru sormama	-Hastalığın süreci ve evde bakımdaki yetersizlik	-Aile ve çocuğu hastalık ve bakım hakkında bilgilendirmek	1-Ailenin eğitim , sosyo ekonomik durumunu ve öğrenme isteğini tanılamak 2- Soru sormaya cesaretlendirmek 3-Beden ısısının ölçülmesini göstermek ve normal değerlerini açıklamak 4-Nabzın ölçülmesini göstermek ve normal değerlerini açıklamak 5-Solunumu izlemesini göstermek ve normal değerlerini açıklamak 6-Yeterli ve dengeli beslenme , sıvı ihtiyacı,uyku düzeni ve uygun aktiviteleri n önemini açıklamak 7-Solunum sıkıntısı belirtilerini öğretmek 8-Solunum egzersizleri hakkında bilgilendirmek 9-Çocuğun kullanacağı ilaçlarla ilgili (isim,doz,veriliş saati,amaç ve yan etkileri) bilgiler vermek 10-Bilginin anlaşılma durumunu değerlendirip,pekişmesini sağlamak 11-Soru ve endişeleri olduğunda başvurulacak kişilerin telefonlarını vermek 12-Kontrol randevuları hakkında bilgilendirmek 13-Bulaşıcı hastalıklardan korunma ilkelerinden bahsetmek 14-Yaşına uygun aşı programı hakkında bilgi vermek. 15-Büyüme gelişme ile ilgili bilgiler vermek.	Çocuk ve aile; • Verilen ilaçların ismini,dozunu,veriliş saati,etkisi ve ne kadar kullanacağını bilmekte. • Ateşin nasıl düşürüleceğini bilmekte • Beden ısısını nasıl ölçeceğini ve normal değerlerini bilmekte, • Nabzın sayılmasını ve normal değerlerini bilmekte. • Solunumu kontrol etmeyi ve normal değerlerini bilmekte. • Bağışıklama ve enfeksiyon hastalıklarından korunma hakkında bilgi sahibi. • Kontrole gelme sıklığı, • Hastalıkla ilgili herhangi bir sorun olması halinde baş vuracağı kişileri bilmekte.

EK 4 -KİTAPÇIK

AMPİYEM NEDENİ İLE TORAKS TÜPÜ TAKILAN ÇOCUKLARDA UYGULANACAK HEMŞİRELİK BAKIMI

AMPİYEM NEDENİYLE TORAKS TÜPÜ TAKILAN ÇOCUKLARDA HEMŞİRELİK BAKIMI

HAZIRLAYAN: GÜLÜMSER ARÇA

Bu kitap, ampiyem nedeniyle toraks tüpü takılan çocukların bakımında hemşirelere rehber olmak ve ampiyemli çocukların bakımına katkıda bulunmak amacıyla hazırlanmıştır.Kitabın hazırlanmasında katkısı olan, başta tez izleme komitesi olmak üzere herkese teşekkür ederim.

Gülümser Arça

İstanbul- 2004

İletişim Adresleri:

İ.Ü Bakırköy Sağlık Yüksekokulu

(0212) 6601125

gulhasan@ttnet.net.tr

AMPİYEM

Plevra yüzeyinin kayganlığını sağlamak amacıyla plevra boşluğunda az miktarda sıvı vardır. Bu sıvı steril olarak fazlalaşırsa plevral efüzyon, pürülan bir özellik kazanırsa ampiyemden söz edilir.

Ampiyem, çocuklarda genellikle parapnömonik effüzyon (pnömoni, akciğer absesi, bronşiektazi), torasik cerrahi girişimi sonrası, travma, spontan pnömotoraks, özefageal perforasyon, subdiyafragmatik enfeksiyondan sonra sekonder olarak gelişebilir.

ETKEN: Çocuğun yaşına göre değişiklik göstermesine rağmen, sıklıkla;

- Pnömokoklar,
- Stafilakoklar,
- Hemofilus influenza ,
- Virüslerdır.

FİZYOPATOLOJİ:

Ampiyem gelişiminde üç evre tanımlanmıştır.

I. Evre: Eksüdatif Evre: Steril ve serbestçe akan efüzyondan ibarettir. Hücreden fakirdir.

II.Evre :Fibropürülan Evre: Polimorf nüveli lökosit ve hücre tortusu içeren, pH'ı ve glikoz içeriği düşük, LDH'ı (Laktik dehidrogenaz) yüksek olan plevral sıvı ile karakterizedir. Akciğer ekspansiyonu azalmıştır.

III.Evre: Organizasyon Evresi: Bu evre akciğerin tam olarak ekspanse olmasını önleyerek normal fonksiyonunu bozan plevral kalınlaşmanın meydana geldiği evredir.

KLİNİK BELİRTİLER:

Belirti ve bulgular etkene ve hastalığın şiddetine göre değişiklik göstermekle beraber, kısa süre önce geçirilmiş bir pulmoner enfeksiyondan sonra ortaya çıkar.

- Halsizlik
- Yorgunluk
- Solunum güçlüğü
- Ateş
- Taşipne
- Solunum seslerinin eşit olmaması ve azalması
- Krepitasyon
- Göğüste değişik derecelerde ağrı
- Yan ağrısı
- Öksürük
- Karın ağrısı
- Distansiyon
- İleus görülebilir.

TANI:

*Öykü.

*Fizik muayene

*Kan örnekleri(lökositoz, sedimentasyon hızında artma kan kültürü, kan gazları)

*Akciğer grafisi

*Toraks ultrasonografisi

*Bilgisayarlı tomografi

kesin olarak da

*Torasentez ile alınan mayinin gram boyası ile boyanarak kültür ve glikoz tayini yapılması ile konur.

TEDAVİ:

Tedavide esas, antibiyoterapi ile birlikte kapalı sualtı drenajı ile plevral boşluğun temizlenmesidir. En az 10-15 gün sürer. Tedavi şekli biriken sıvının miktarına göre belirlenir. Sıvı kendiliğinden absorbe olabilir yada bir hafta- on gün kapalı drenaj sistemi uygulanmasıyla boşaltılır. Torasentezden alınan sıvının kültür ve antibiyogramı doğrultusunda antibiyotik uygulanır.

Bunlara rağmen sonuç alınamayan vakalarda torakotomi yapılarak kalınlaşmış plevral yaprakların dekortikasyonu ve plevral boşluktaki nekrotik materyal ve fibröz dokuların temizlenmesi gerekebilir.

KOMPLİKASYONLAR:

- Bronkopulmoner fistüller,
- Piyopnömotoraks, sık görülür.
- Pürülan perikardit,
- Akciğer absesi,
- Peritonit,
- Menenjit,
- Artrit,
- Osteomiyelit görülebilir.

KORUNMA:

1-Çocuğun immun sisteminin güçlendirilmesi, (Beslenmede anne sütünün önemi,ek gıdalara doğru zamanda başlama, yeterli ve dengeli beslenme, uyku düzeni ve aşıların zamanında yaptırılması,hijyenik gereksinimlerin karşılanması) .

2-Kemoprofilaksi:Salgınlarda, İnfluenza için Amantidine, sık enfeksiyon geçiren çocuklara penisilin profilaksisi uygulanması.

3-Pnömonilerin önlenmesi:Geniş spektrumlu antibiyotik lerin kontrollü kullanımı, bulaşıcı hastalıklar için etkin tedavinin başlatılması..

4-Sağlık eğitimi: Enfeksiyonlardan korunma ve bağışıkla ma hakkında bilgilendirmenin yapılması.

AMPİYEM NEDENİYLE TORAKS TÜPÜ TAKILAN ÇOCUKLARDA GÖRÜLE BİLE ÇEK SORUNLARA YÖNELİK HEMŞİRE LİK TANILARI:

1. HEMŞİRELİK TANISI:

YETERSİZ SOLUNUM VE GAZ ALIŞVERİŞİNDE BOZULMA

Belirleyici Kriterler:

- Solunum seslerinde farklılaşma
- Solunuma yardımcı kasların kullanımı
  (burun kanadı solunumu, İnterkostal çekilmeler)
- Dispne
- Taşipne

<2 ay : 60/dk ↑

2-11ay : 50/dk ↑

15-59ay: 40/dk ↑

5-12yaş: 25/dk ↑

12-18 yaş: 20/dk ↑

- Siyanoz
- İrritabilite
- Taşikardi

0-3ay: 220/dk ↑

3ay-2yaş :150/dk ↑

2-18yaş:110/dk ↑

- İştahsızlık

NEDEN

-Enfeksiyon

-Plevrada sıvı birikimi

HEDEF/ AMAÇ

-Solunumu rahatlatmak

-Gaz alış-verişini kolaylaştırmak

GİRİŞİMLER / UYGULAMA

1-Solunumu değerlendirmek

(hız ,ritm, derinlik,yardımcı kasların kullanımı.solunum sesleri)

2-Pozisyon vermek

-Semi fawler

-Fawler

-Ortopne

3-Buhar uygulamak

4-Solunum egzersizleri uygulamak

-Balon şişirtme.

-Öksürük ve derin solunum egzersizleri yaptırma

5-Hekim istemine göre nemlendirilmiş oksijen uygulamak

6-Göğüs tüpü ile ilgili girişimlerde bulunmak

-Tüpün tıkanık olup olmadığını kontrol etme

-Su seviyesinin hareketlerini kontrol etme.

-Drenaj sıvısının miktarını kontrol etme.

-Drenaj sıvısının rengini kontrol etme.

-Hareket sırasında tüpün geri akımını engellemek için vücut seviyesinden aşağıda tutulmasını sağlama.

7-Yeterli sıvı alımını sağlamak.

8-Kan gazı düzeylerini izlemek.

9-Hekim istemine göre önerilen ilaçları uygulamak.

-Antibiotik.

-Bronkodiladatör

-Antipiretik ve diğerleri.

10-Hastalığın durumuna göre yatak istirahatini sağlamak.

11-Pozisyon değiştirmek (2 saatte bir)

12-Ağız-burun temizliğini sağlamak.

13-Gerekirse aspire etmek..

14-Acil durumlar için entübasyon malzemelerini hazır tutmak.

15-Anormal bulguları hekime bildirmek.

DEĞERLENDİRME/ SONUÇ KRİTERLERİ

- Solunum sayısı normal değerler içinde
  < 2ay: ↓ 60/ dk.
  2-11 ay: ↓50/ dk.
  12-59 ay: ↓40/ dk.
  5-12 yaş: ↓15-25/ dk.
  12-18 yaş: ↓12-20/ dk.
- Solunum seslerinde farklılaşma yok.
- Yardımcı solunum kasları solunuma katılmıyor.
- Dispne yok.
- Taşipne yok.
- Siyanoz yok.
- Kan gazları normal sınırlar içinde.

pH: 7.35-7.45

$PaCO_2$: 27-45 mmHg.

PaO_2 : 83-108 mmHg.

- Tüp etkin çalışmakta
- İstem kadar sıvı almakta.
- Solunumu zorlamayacak şekilde mobilizasyon sağlanmakta.

2.HEMŞİRELİK TANISI:

ORAL BESİN VE SIVI ALIMINDA YETERSİZLİK VE BAĞLI OLARAK SIVI ELEKTROLİT DENGESİZLİĞİ.

Belirleyici Kriterler:

- Beden ısısında artma
- İştahsızlık
- Taşikardi
- Hipotansiyon
- Dispne
- Taşipne
- Deri turgorunda azalma bulguları.
- Bulantı
- Kusma
- Diyare
- Kilo kaybı
- İdrar miktarında azalma

NEDEN

-Solunum sıkıntısı

-Ateş ve taşipne

HEDEF / AMAÇ

-Yeterli besin ve sıvı alımını sağlamak

- Sıvı elektrolit kaybını engellemek

GİRİŞİMLER / UYGULAMA

1-Sıvı kayıplarını tanılamak.

2-Aldığı çıkardığı takibini yapmak.

3-Yaşa uygun dehidratasyon bulgularını gözlemek.

-Deri turgoru

-Mukoz membran

-Susama,ağızda kuruluk

-Göz kürelerinde donukluk

-Fontanel çöküklüğü

-Serum elektrolit değerleri

-Hipotansiyon

-Taşikardi

-İdrar miktarında azalma

-İdrar dansitesinde artma

-Tartı kaybı

5--Sıvı alımını arttırmak.(Hekim istemi)

6-Beslenmeyi sürdürmek.(sık ve az beslemek)

7-Günlük tartı takibi yapmak.

DEĞERLENDİRME /SONUÇ KRİTERLERİ

- Çocuk yaşına ve kilosuna uygun sıvı almakta ve çıkarmakta. (idrar miktarı = 0.5-1ml/kg/saatten az değil., sıvı alımı:1500ml/m²/gün)
- İdrar dansitesi 1003-1020 arasında.
- Mukoz membran nemli.
- Deri turgoru normal.
- Göz küreleri sağlıklı..
- Kilo kaybı yok.
- Serum elektrolit değerleri normal sınırlar içinde.

  K:3.5-5mEq/L

  Na:134-146mmol/L

  Cl: 97-104mEq/L

  Ca: 8.8-10.8mEq/L

3. HEMŞİRELİK TANISI:

AKTİVİTE İNTOLERANSI / FİZİKSEL HAREKET KISITLILIĞI

Belirleyici Kriterler:

- Ağrı
- Yorgunluk
- Dispne
- Siyanoz
- Konfüzyon
- Besi almada isteksizlik

NEDEN

- Alveolar ventilasyon kaybı.

HEDEF/AMAÇ

- Aktivite programını çocuğun durumuna göre planlamak

GİRİŞİMLER / UYGULAMALAR

1-Çocuğun aktivite düzeyini belirlemek

2-Aktivite öncesi,sırası ve sonrasında yaşam bulgularını değerlendirmek

	Aktivite öncesi	Aktivite sırasında	Aktivite sonrası
Nabız:			
Solunum:			
TA:			

3-Aktivite düzeyine göre günlük yaşam aktivitelerini planlamak

- Dinlenme sağlama
-Az ve sık besleme
-Yaşına uygun oyun ve uğraşlar planlama
-Yatak içinde aktif-pasif hareketler yaptırma
-Öksürme ve solunum egzersizleri yaptırma

4-Gereksinimleri öncelik sırasına göre ve en kısa zamanda karşılamak.

DEĞERLENDİRME/ SONUÇ KRİTERLERİ

- Ağrı yok.
- Dispne yok.
- Yorgunluk yok.
- Yaşına uygun beslenme sürdürülmekte.
- Yaşam bulguları yaşına uygun normal değerlerde.

- Nabız:
  0-3 ay : 80-220/dk
  3ay-2yaş :70-150/dk
  2-10yaş: 60-110/dk
  10y-erişkin:70 110/dk

- Solunum
  <2ay : 60/dk.
  2-11ay : 50/dk.
  12-59 ay : 40/dk
  5-12 yaş :15-25/dk
  12-18 yaş :12-20/dk

- Tansiyon Arteryal

  0-6 ay : 30/60-60/90 mmHg

  6ay-3yaş: 45/90-75/130 mmHg

  3yaş üzeri :50/80-90/140 mmHg.
- Yaşına uygun aktiviteleri yerine getirebilmekte

4. HEMŞİRELİK TANISI:

DOKU BÜTÜNLÜĞÜNÜN BOZULMASI VE ENFEKSİYON OLASILIĞI

Belirleyici Kriterler:

- Kızarıklık
- Şişlik
- Hassasiyet
- Ağrı
- Beden ısısında artma
- Lökösitoz

NEDEN

- Toraks tüpü

AMAÇ

- Doku bütünlüğünü sürdürmek ve enfeksiyon oluşumunu engellemek

GİRİŞİMLER / UYGULAMALAR

1-Enfeksiyon bulgularını tanımlamak

2-Yaşam bulgularını 2-4 saatte bir kaydetmek

3-Pansumanı değiştirmek

4-Tüp çevresinde; sızıntı

-Kanama

-Koku olduğunda hekime haber vermek

5-Lökosit değerlerini izlemek

6-İsteme uygun antibiyotikleri uygulamak

7-Tüm işlemler sırasında aseptik tekniğe dikkat etmek

DEĞERLENDİRME /SONUÇ KRİTERLERİ

- Beden ısısı 24 saatte normal sınırlar içinde.
- Lökosit sayısı yaşa uygun sınırlar içinde.

0-1yaş:5-15bin/mm^3

2yaş:5-14bin/ mm^3

5yaş:5-13bin/ mm^3

8-12yaş:5-12 bin/ mm^3

Erişkin:5-10 bin/ mm^3

- Pansuman bölgesinde;

  -Sızıntı yok,

  - Kanama yok,

  -Koku yok.

5. HEMŞİRELİK TANISI:

BEDEN ISISINDA YÜKSELME

Belirleyici Kriterler:

- Ateş
- Susama hissi
- Deride kızarma
- Taşipne
- Taşikardi
- Konvülsiyon
- Halsizlik Titreme
- Huzursuzluk

NEDEN

- Enfeksiyon

AMAÇ

- Beden ısısını 1 saatte 1C düşürerek normal değerlere getirmek.

GİRİŞİMLER / UYGULAMALAR

1- Enfeksiyon bulgularını izlemek.

2-Yaşam bulguları 2-4 saatte bir izlemek.

3-Bilinç durumu ve komplikasyon belirtileri gözlemek.

4-Çevre ısısını düzenlemek.

5-Çocuğun giysilerini azaltmak.

7-Ilık su banyosu yaptırmak.

8-Sıvı alımını arttırmak

9-Yatak istirahati sağlamak

10-Hekim istemi doğrultusunda reçete edilen antibiyotik,antipiretik vd. ilaçları vermek.

DEĞERLENDİRME /SONUÇ KRİTERLERİ

- Enfeksiyon belirtileri yok.
- Beden ısısı normal değerlerde.
  Aksiller.≤ 37.2C
- Hasta rahat görünümde.

6. HEMŞİRELİK TANISI:

KİŞİSEL ÖZ BAKIMDA YETERSİZLİK / YETERSİZ HİJYEN

Belirleyici Kriterler:

- Kirli görünüm
- Kötü koku
- Burun akıntısı
- Kulak akıntısı
- Uzun tırnaklar
- Ağız hijyeninde bozukluk
- Yatak düzensizliği
- Çevre düzensizliği

NEDEN

- Gelişim dönemi
- Aktivite intoleransı
- Yatağa yarı bağımlı olması

HEDEF/ AMAÇ

- Hijyen gereksinimini gidermek

GİRİŞİMLER / UYGULAMALAR

1-Gereksinime uygun sıklıkta, hijyenik bakım vermek

Göz bakımı verme

-Ağız bakımı verme

-Burun bakımı verme

-Kulak bakımı verme

-Baş banyosu yaptırma

-Vücut banyosu yaptırma

-Silme banyo yaptırma

-Ayak bakımı verme

-Tırnak kesme

-Genital bölge temizliğini sağlama

2-Yatak düzeni ve temizliğini sağlamak

DEĞERLENDİRME /SONUÇ KRİTERLERİ

- Bireysel hijyen yeterli.
- Yatak ve çevre düzeni iyi.

7. HEMŞİRELİK TANISI:

KONFORDA DEĞİŞİM / RAHATTA DEĞİŞİM

Belirleyici Kriterler:

- Huzursuzluk
- Sıkıntı
- Hareket kısıtlılığı
- Yüzde ağrı ifadesi
- Ağlama, inleme
- Kan basıncında artma
- Nabızda artma
- Solunum hızında artma
- Aşırı terleme (Diaforezis)

NEDEN

- Toraks tüpü
- Ağrı

HEDEF / AMAÇ

- Yeni duruma uyumu sağlamak

GİRİŞİMLER / UYGULAMA

1-Çocuk ve aile ile konuşarak durum değerlendirmesi yapmak,
2-Yatak içinde pasif hareketler yapmasını sağlamak
3-2 saatte bir pozisyon değiştirmek
4-Ayağa kalkmasına , göğüs tüpünü taşımasına yardımcı olmak
5- Çocuğa ağrıyı azaltan ve arttıran durumları sormak

DEĞERLENDİRME /SONUÇ KRİTERLERİ

- Ağrısı yok.
- Huzursuzluk yok
- Sıkıntısı yok
- Ayağa kalkabilmekte
- Ağrıyı arttıran/ azaltan aktiviteleri tanımakta
- Tüp ile hareket etmeyi bilmekte..

8. HEMŞİRELİK TANISI:

ANKSİYETE,VE HASTALIKLA BAŞ ETMEDE YETERSİZLİK

Belirleyici Kriterler:

- Çok soru sorma
- Hiç konuşmama
- Endişelerini ifade etme
- Sıkıntılı yüz ifadesi
- Tepkili davranma
- Uyumsuzluk
- Huzursuzluk
- Bakım ve tedaviyi reddetme
- Ağlama
- Uykusuzluk
- Korku
- İrritabilite
- Oryantasyon bozukluğu

NEDEN

- Sağlık durumundaki değişiklik
- Yabancı ortam

HEDEF / AMAÇ

- Çocuk ve aileyi desteklemek,
- Anksiyeteyi azaltmak/ ortadan kaldırmak

GİRİŞİMLER / UYGULAMA

1-Anksiyete kaynaklarını ve düzeyini tanılamak
2-Çocuk ve aileye hastane ortamını ve çalışanları tanıtmak.
3-Endişe ve duygularını ifade etmesi için cesaretlendirmek
4-Uyku durumunu değerlendirmek.
5-Çocuğun yaşına ve hastalık durumuna uygun aktiviteler sağlamak

6-Akranları ile iletişim kurması konusunda cesaretlendirmek

7- Sevdiği eşya yada oyuncağını getirmesine izin vermek.

8-Aile ve çocuğu bakıma dahil etmek.

9-Okul yaş grubu için hastane okulu varsa, çocuğun durumuna uygun okula katılımını sağlamak.

10-Çocuk ve ailenin geçmişte anksiyete ile baş etme yöntemlerini değerlendirip uygun yöntemin kullanılmasını sağlamak

11-Tedavi ve girişimler konusunda için çocuk ve aileyi bilgilendirmek ve katılımları için cesaretlendirmek.

DEĞERLENDİRME /SONUÇ KRİTERLERİ

- Çocuk anksiyetesinde azalma olduğunu ifade etmekte.
- Çocuk ve aile hastane ortamı ve çalışanlar hakkında bilgili
- Çocuk bakıma katılmakta
- Çocuk yaşına uygun aktivitelere katılmakta

- Çocuk yeterince uyuduğunu ifade etmekte
- Ağlama ve huzursuzluk nöbetleri yok
- Yakın aile üyeleri anksiyetelerinin azaldığını ifade etmekte.
- Yakın aile üyelerinde huzursuzluk yok
- Yakın aile üyeleri çocuğun bakımına katılmakta.

9. HEMŞİRELİK TANISI :

HASTALIK VE BAKIM KONUSUNDA BİLGİ EKSİKLİĞİ

Belirleyici kriterler:

- Endişe
- Korku
- Çok soru sorma
- Hiç soru sormama

NEDEN

- Hastalığın süreci ve evde bakımdaki yetersizlik

HEDEF / AMAÇ

- Aile ve çocuğu hastalık ve bakım hakkında bilgilendirmek

GİRİŞİMLER / UYGULAMA

1-Ailenin eğitim , sosyo ekonomik durumunu ve öğrenme isteğini tanılamak

2- Soru sormaya cesaretlendirmek

3-Beden ısısının ölçülmesini göstermek ve normal değerlerini açıklamak

4-Nabzın ölçülmesini göstermek ve normal değerlerini açıklamak

5-Solunumu izlemesini göstermek
ve normal değerlerini açıklamak

6-Yeterli ve dengeli beslenme , sıvı ihtiyacı,uyku düzeni ve uygun aktiviteleri n önemini açıklamak

7-Solunum sıkıntısı belirtilerini öğretmek

8-Solunum egzersizleri hakkında bilgilendirmek

9-Çocuğun kullanacağı ilaçlarla ilgili (isim,doz,veriliş saati,amaç ve yan etkileri) bilgiler vermek

10-Bilginin anlaşılma durumunu değerlendirip,pekişmesini sağlamak

11-Soru ve endişeleri olduğunda başvurulacak kişilerin telefonlarını vermek

12-Kontrol randevuları hakkında bilgilendirmek

13-Bulaşıcı hastalıklardan korunma ilkelerinden bahsetmek

14-Yaşına uygun aşı programı hakkında bilgi vermek.

15-Büyüme gelişme ile ilgili bilgiler vermek.

DEĞERLENDİRME /SONUÇ KRİTERLERİ

Çocuk ve aile;

- Verilen ilaçların ismini,dozunu,veriliş saati,etkisi ve ne kadar kullanacağını bilmekte.
- Ateşin nasıl düşürüleceğini bilmekte
- Beden ısısını nasıl ölçeceğini ve normal değerlerini bilmekte,
- Nabzın sayılmasını ve normal değerlerini bilmekte.
- Solunumu kontrol etmeyi ve normal değerlerini bilmekte.
- Bağışıklama ve enfeksiyon hastalıklarından korunma hakkında bilgi sahibi.
- Kontrole gelme sıklığı,

Hastalıkla ilgili herhangi bir sorun olması halinde baş vuracağı kişileri bilmekte.

KAYNAKLAR:

1. Akçakaya Necla, Çokuğraş Haluk.Solunum Sistemi Hastalıkları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları .Cilt 1.Bölüm XVI. Eksen yayınları, İstanbul, 1996.
2. Alfaro Roselinda. Applying Nursing Diagnosisand Nursig Proces. A step-by step. Guide.Second Edition, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1990.
3. Ashwill J.W.,Draske S.C. Nursing Care Of Children Principles and Practice. Philadelphia, W. B.Saunders Company, 1997 : 11-13.
4. Birol Leman.Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım. 4. Baskı.Etki Matbaacılık, İzmir,1997.
5. Birol Leman.Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım. 5. Baskı.Etki Matbaacılık, İzmir,2002.
6. Bradford K.K.Empyema. http/picubook. net. 1998:12-17.
7. Camphell PV . '' Pediatrik Pnömoni ve Ampiyemde Yeni Gelişmeler '' Current Opinion in Pediatrics. Pediatri Gündemi: 1996/ 11 :11-15

8. Carpento Juall Lynda, Çeviren Erdemir Firdevs.Hemşirelik Tanıları El Kitabı 7. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul ,1999:402.
9. Current E Hathaway, William R Groothuis, Jessie W.Hay, WilliamW, Pasley John. Çocuk Hastalıkları Tanı ve Tedavi Cilt:1 Çeviri Editörleri: Faik Sarıalioğlu, Murat Yurdakök,M. Tezer Kutluk, A. Süha Çalıkoğlu. Bölüm,15:512-513.
10. Çağlayan, Şehvar. Yaşam Bilimi Fizyoloji. Panel Matbaacılık, İstanbul, 1995: 128-129.
11. Çavuşoğlu Hicran.Çocuk Sağlığı Hemşireği, cilt 1, 5.Baskı, Bizim Büro Basımevi, 2000 .
12. Day W. Michael.Carring For Patients With Pleural Effüsion Nursing. Oct.1998.http.www. findarticles.com.
13. DeMeester R Tom, Lafontaine Edwin.:The Pleura Surgery Of The Chest. Fifth Edition. Chapter 16, Saunders Company,1990.
14. Demirsoy Sadık. Çocuk Hastalıklarında Pratik Uygulamalar. Nobel Kitabevi Ankara,2000.
15. Devecioğlu Ömer , Cantez Talat. Pediatride Rutinler. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2000: 196.

16. Doğru Ülker, İnce Erdal. Çocukluk Çağı Pnömonileri. Güncel Bilgiler Işığında Pnömoniler. Editörler: Numanoğlu Numan, Wilke (Topçu) Ayşe. Bilimsel Tıp Yayınevi. Ankara, 2000: 306.
17. Durna Zehra. İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi İ,Ü Basımevi ve Film Merkezi İstanbul,1996 :2-8.
18. Düngel PH., Perko M, Zachmann M. Çeviren Danişmend Nur. Çocuk Cerrahisi. SERMET matbaa ,Vize/ Kırklareli ,1986: 55.
19. Er Mükremin, Çöplü Lütfi. Plevral Effüzyonların Ayırıcı Tanısı ve Tedavi Yöntemleri. İnfeksiyon Hastalıkları Serisi,Cilt 2; 1:28-33,1999.
20. Güler N, Salman N, Fırat A, ÖneşÜ, Yalçın I. Çocukluk Çağı Ampiyemlerinde Klinik Laboratuar Özellikler ve Tedavi. Ankem Dergisi ,Cilt 4; 2 :218 ,1990.
21. Hacımustafaoğlu M, Çelebi S, Sarımehmet H., Gürpınar A, Ildırım, İ. Çocuklarda Parapnömonik Effüzyonlar (Ampiyem) Klinik Değerlendirme ve Tedavi Seyri, 44.Milli Pediatri Kongresi, Bursa.4-8 Eylül 2000.

22. Hazinski M.F. Nursing Care Of the Critically Ill Child Mosby Year Book. Second Edition, Sc. Louis, 1992 :1011-1013.
23. Inserra A, Silvano A, Turchetta A, Ciprandi G, ServAcnti P, Boglino C. Treatment Of Parapneumonic Empyema In Children. Minerva Pediatr,45;12:533-8,1993.
24. Joyce M. Black and Esther Matasserin Jacobs Nursing Care Of Clients With Upper Airway Disorders.Chapter 38. Medical – Surgical Nursing (Luckmann and Sorensen's) Fourth Edition. W.B. Saunders Company, Philadelphia London 1993:1065-1081
25. Karaböcüoğlu Metin, Uğur Serpil. Çocuklarda Akut Solunuum Yetersizliği. Klinik Gelişim. The Journal of İstanbul Chanber Of Medicine,. 15; 678, (Haziran/Temmuz/Ağustos) 1992.
26. Karakoc Y, Emri A.S. Plevral Effüzyon(ed) Solunum Hastalıklarına Temel Yaklaşım 3. baskı, Ankara ,Atlas Kitapçılık A.Ş ,1998 :335-349.

27. Kavaklı A, Pek H, Bahçecik N. Çocuk Hastalıkları Hemşireliği. 2. Baskı , Yüce Yayın Dağıtım. A.Ş, İstanbul,1998.
28. Kecsmar M, Carolyn. Solunum Sistemi. Nelson Essentials Of Pediatrics. Second Edution ,(Türkçesi), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul,1996.
29. Krugman S, Gershan AA ,Hotez P J.Krugman's Infections Disease Of Children. 10 th. Ed. Missouri Mosby,1998 :580-581.
30. Laughin FM., Goldmann DA, Rosenbaum DM,Haris GBC, Shuster SR, Strieder DJ. Empyema İn Children Clinical Course and Long-term Follow up. Pediatr,1984 : 587-593.
31. Neyzi Olcay, Ertuğrul Türkan. Pediatri 2, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1993:231-233.
32. Onat Teoman.Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Cilt I, Eksen Yayınları, İstanbul, 1996 : 537.
33. Öztürk Candan. Pnömonisi Olan Çocuğun Bakımı Konusunda Geliştirilen Bakım Standardının Bakım Kalitesine Etkisi. Ege Üniversitesi,Doktora Tezi,1997.

34. Potter DA, Perry AG. Fundamentals Nursing Concepts Processon. Practice Fourth Edition. ST Louis, Missouri Mosby –Year Book Inc,1996:19-209-220.
35. Sabistan CD., SpencerCF. Surgery of The Chest Fifth Edition, Saunders Company , 1990 : 467-475.
36. Schwatz William M. Pediatride Pratik Yaklaşımlar. Çeviri Editörleri: Süoğlu D Özlem., KaraBülent. Nobel Tıp Kitabevleri, 2000 :596-597.
37. Solak Hasan.Göğüs Kalp ve Damar Hastalıkları Cerrahisi, Marifet Matbaacılık,Konya, 1992: 82-83.
38. Şencan Ave ark. Çocukluk Çağı Ampiyemi. XVIII. Ulusal Çocuk Cerrahisi Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı,1-4 Ekim, Antalya.,2000.
39. Tanman Bahriye, Ertuğrul TürkanYüksel. Solunum Sistemi Hastalıkları. Bölüm 13, Pediatri 2, Nobel Tıp Kitabevleri ,İstanbul, 1993.
40. Tekant G ve ark. Çocukluk Çağı Ampiyemlerine Yaklaşım 50 Olgunun Değerlendirilmesi, Ankem Dergisi,Cilt 5:2 :171, 1991.
41. Üçsel Raif.Solunum Yetmezliği Etiyoloji ve Klinik 22. Pediatri Günleri ve 2. Pediatri Hemşireliği

Günleri., 2000' li Yıllarda Çocuk Sağlığı Özet Kitabı ,2000: 78-81.
42. WalsekC, Baler AM, Zwerski S. Lower Respiratory Tract Enfections In The Pediatric Patient Primary Care Practice. A Peer-Reviewed Series, 3; 1:93, January/February, 1999.
43. W Light Richard. Plural Diseases, Third Edition, California, Williams & Wilkins. Chapter 24 ,Chest Tubes ,1995 : 129-157, 327,337.
44. Yıldırım Aytolan. Hemşirelik Bakım Protokolleri El Kitabı. Solunum Egzersizleri Uygulama Protokolü, İ.Ü Basımevi, İstanbul ,2001 :285- 294.
45. Yıldırım Mehmet: İnsan Anatomisi, 4.baskı, Tayf Ofset, İstanbul ,1999:200.
46. Yıldırım Nurhayat, Öz Ferhan.Solunum Yolu Enfeksiyonları,. Kaya Basım.,2000

EK 5

GÖRÜŞ ALINAN UZMANLARIN LİSTESİ

TEZ İZLEME KOMİTESİ ÜYELERİ

PROF.DR. SEVİM SAVAŞER

PROF. DR. NUVİT SARIMURAT

DOÇ.DR. SUZAN YILDIZ (DANIŞMAN)

GÖRÜŞÜ ALINAN DİĞER UZMANLAR

PROF.DR. GÜLAY GÖRAK

PROF.DR. HATİCE PEK

DOÇ.DR. MÜNEVVER KILIÇ

DOÇ.DR. SEMA KUĞUOĞLU

YARD.DOÇ.DR. CANDAN ÖZTÜRK

İSTATİSTİK UZMANI

EMİRE BOR

EK 6

20/03/2002

T.C.İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Dr.Gülümser Arça'nın "Ampiyem Nedeni ile Toraks Tüpü Takılı olan Çocuklarda Uygulanacak Standart Bakım Planının İyileşme sürecine Etkisi" konulu doktaora tez çalışmasına veri oluşturacak vakalarını Hastanemizin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Enfeksiyon Servisinden almasında sakınca yoktur.Bilgilerinize arz olunur.

Prof.Dr.Murat ELEVLİ
Haseki Hastanesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Klinik Şefi.

ÖZGEÇMİŞ

1961 yılında Çanakkale'de doğan Gülümser Arça (Sonat), 1979 yılında İstanbul Ataköy Lisesinden mezun oldu. 1980-1984 yılları arasında İ.Ü Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulundaki öğrenimini tamamladı. 1985-1995 yılları arasında İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Başhemşiresi olarak görev yaparken, 1989 yılında İ.Ü Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Enstitüsünden Neonatoloji Bilim Dalı Uzmanlığı Diplomasını aldı. 1993 yılında İ.Ü Bakırköy Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda ve İ.Ü Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Derslerinde klinik eğitim öğretim elemanı olarak görevlendirildi. 1995 yılında İ.Ü Bakırköy Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda öğretim elemanı olarak göreve başladı. 1997 yılında aynı okulda Öğretim Görevlisi kadrosuna atandı. 1998 yılında İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Doktora programına başladı.1998 yılında kadrosu Bakırköy Sağlık Yüksekokulunda Öğretim Görevlisi olarak aktarılan Arça, halen aynı görevi sürdürmektedir. Arça, evlidir ve iki çocuk sahibidir.