

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YANIKLI HASTA REFAKATÇİLERİNİN
YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ahmet ÖZDEMİR

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ

DANIŞMAN

YRD. DOÇ. DR. Serdar SARITAŞ

MALATYA- 2013

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YANIKLI HASTA REFAKATÇİLERİNİN
YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Ahmet ÖZDEMİR

Danışman Öğretim Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Serdar SARITAŞ

MALATYA- 2013

Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ę¼'ne

Bu alışma j¼rimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında Y¼ksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

J¼ri Başkanı,

Prof. Dr. Behice ERCİ

Danışman

Yrd. Doç. Dr. Serdar SARITAş

¼ye

Yrd. Doç. Dr. Meral UCUZAL

ONAY :

Bu tez, İn¼n¼ Üniversitesi Lisans¼st¼ Eğitim-¼ęretim Y¼netmelięi'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki j¼ri ¼yeleri tarafından uygun g¼r¼lm¼ř ve Enstit¼ Y¼netim Kurulu...../...../2013 tarih ve 2013/.....sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Sedat YILDIZ

Enstit¼ M¼d¼r¼

TEŞEKKÜR

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak hazırlanan bu araştırmanın gerçekleştirilmesinde bana danışmanlık yaparak yardım ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Serdar SARITAŞ'a, bana göstermiş olduğu her türlü bilimsel destek, sabır ve emekten dolayı Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ'ye, Yrd. Doç. Dr. Sayın Meral UCUZAL'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Araştırma boyunca yardımlarını esirgemeyen, verilerin toplanması aşamasında büyük desteklerini gördüğüm Yanık Ünitesi'ndeki tüm hekim ve hemşire arkadaşlarım, özellikle Tuğba hemşire hanıma ve bu araştırmaya katılan hasta refakatçilerine teşekkür ederim.

Öğrenim hayatım boyunca maddi ve manevi destekte bulunan aileme ve her zaman yanımda olan yardım ve desteğini esirgemeyen canım annem ve babama çok teşekkür ederim.

Ahmet ÖZDEMİR

ÖZET

Bu araştırmanın amacı yanıklı hasta refakatçilerinin yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri incelemektir.

Bu araştırma, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi erişkin ve çocuk yanık ünitelerinde Haziran 2012-Haziran 2013 tarihleri arasında tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yürütülmüştür. Evren büyüklüğü bilinmediğinden araştırmanın evrenini; yanık ünitesinde tedavi gören hastalara en az iki hafta süresince refakat eden, okuma yazma bilen, iletişim kurabilen, 18 yaşından büyük, tanılanmış ruhsal bir sorunu olmayan hasta refakatçileri oluşturmuştur. Örneklemi ise; yapılan güç analizi sonrası yanık ünitelerinde tedavi gören hastalara refakat eden 200 hasta refakatçisi oluşturmuştur. Hasta refakatçileri evrenden olasılıksız rastlantısal örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Veriler Temmuz-Aralık 2012 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplamada, kişisel tanıtıcı form ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (DSÖYKÖ-KF) kullanılmıştır. Veriler; tanımlayıcı istatistik, Bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, ANOVA, Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan refakatçilerin %58'inin kadın, %82'sinin evli, %56'sının gelirinin giderinden az ve %17'sinin kronik hastalığının olduğu belirlenmiştir. Refakatçilerin kadın, evli, 3-4 çocuk sahibi, ilköğretim mezunu, gelirinin giderinden az olması, kronik hastalığının olması gibi faktörlerin yanı sıra yaş ortalaması düşük, ağrısı, uyku sorunu, beslenme sorunu, anksiyetesi olan hastaya refakat etme, hastayla birlikte yaşama ve refakatte aile üyelerinden yardım alma gibi faktörlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.

Refakatçinin bir işte çalışma durumu, hastada görülebilen organ kaybı, nefes darlığı gibi faktörlerin yanı sıra hastaya refakat eden kişi sayısı yaşam kalitesini etkilememiştir.

Özellikle yaş ortalaması düşük, ağrısı, uyku sorunu, beslenme sorunu ve anksiyetesi olan hastalara refakat eden refakatçilerin kendilerine de zaman ayırmalarını sağlamak için refakatçi değişiminin sağlanması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Yanıklı hasta, Refakatçi, Yaşam kalitesi

ABSTRACT

EXAMINATION OF QUALITY OF LIFE IN ATTENDANTS OF BURN PATIENTS AND THE AFFECTING FACTORS

The purpose of this research is to examine quality of life in attendants of burn patients and the factors affecting it.

This research was conducted as a descriptive and relational research at the adult and pediatric burn units of Inonu University, Turgut Ozal Medical Center between June 2012 and June 2013. Since the population size was unknown, the research population consisted of patient attendants who attended the patients being treated in the burn units at least for two weeks, who were literate and able to communicate, who were older than 18 and did not have any diagnosed mental problem. After a power analysis, the sample consisted of 200 patient attendants who attended the patients being treated in the burn units. The patient attendants were selected from the population using the non-probability random sampling method. The data were collected between July and December 2012. A personal descriptive form and World Health Organization Quality of Life-Short Form Turkish Version (WHOQOL-BREF TR) were used in collecting the data. The data were evaluated with descriptive statistics, t test in independent groups, Kruskal Wallis Variance Analysis, ANOVA and Mann Whitney U test.

It was found that 58% of the attendants who took part in the study were women, 82% of them were married, 56% had their income less than their expenses and 17% had a chronic disease.

Factors such as the attendant being a woman, married, with 3-4 children, a graduate of primary school, having less income than their expenses, having a chronic disease as well as factors such as attending patients with a low mean age, who has pain, sleeping problems, eating problems and anxiety, living together with the patient and obtaining help from family members during attendance were found to affect quality of life negatively.

Factors such as the attendant's employment status, any loss of organs in the patient and shortness of breath as well as the number of persons attending the patient did not affect quality of life.

Substitution of attendants can be recommended to enable especially those attendants who attend patients with a low mean age, who have pain, sleeping problems, eating problems and anxiety to spare time also for themselves.

Key words: Burn patient, Attendant, Quality of life

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Yanığın Tanımı ve Epidemiyolojisi	4
2.2. Yanık Türleri	5
2.2.1. Termal Yanıklar	5
2.2.2. Elektrik Yanığı	5
2.2.3. Kimyasal Yanıklar	5
2.2.4. Radyasyon Yanığı	6
2.2.5. İnhalasyon Yanığı	6
2.3. Yanığın Değerlendirilmesi	6
2.3.1. Yanığın Genişliği	7
2.3.2. Yanığın Derinliği	7
2.3.3. Yanık Bölgesi	9
2.3.4. Yanıklı Hasta ile İlgili Risk Faktörleri	9
2.4. Yanıklı Hastanın Tedavi ve Bakımı	10
2.4.1. Acil Dönem	11
2.4.2. Akut Dönem	14
2.4.3. Rehabilitasyon Dönemi	19
2.5. Yaşam Kalitesi	21
2.5.1. Yaşam Kalitesini İlgilendiren Konular	22

2.5.1.1. Psikolojik Esenlik	22
2.5.1.2. Fiziksel Esenlik	22
2.5.1.3. Sosyal ve Bireysel Esenlik	22
2.5.1.4. Parasal (Maddi) Esenlik	22
2.5.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri	22
2.5.3. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi	23
2.5.4. Yanıklar, Hemşirelik ve Refakatçilerin Yaşam Kalitesi	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Türü	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	26
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	26
3.4. Verilerin Toplanması	26
3.4.1. Veri Toplama Araçları	27
3.4.1.1. Kişisel Tanıtıcı Form	27
3.4.1.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL-BREF)	27
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri	29
3.7. Araştırmanın Sınırlılığı	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	53
KAYNAKLAR	54
EKLER	
EK 1. Kişisel Tanıtıcı Form	65
EK 2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu	67
EK 3. Etik Kurul Onayı	71
EK 4. TÖTM İzin Belgesi	72
ÖZGEÇMİŞ	73

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TÖTM	: Turgut Özal Tıp Merkezi
TVYA	: Toplam Vücut Yüzey Alanı
SİYK	: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
HTBS	: Hasta Tarafından Bildirilen Sonuçlar
DSÖYKÖ-KF	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu
WHOQOL-BREF	: World Health Organization Quality of Life Assesment
SPSS	: Statistic Package for the Social Science
FA	: Fiziksel Alan
SA	: Sosyal Alan
ÇA	: Çevresel Alan
PA	: Psikolojik Alan
UÇA	: Ulusal Çevresel Alan

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
2.1. Lund-Bowder Şeması ve 9'lar kuralı	7
2.2. Avuç içi Kuralı	7

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
2.1. Yanığın Derinliğinin Sınıflandırılması	8
2.2. Yanıklı Hastalarda Ortak Bakım	10
2.3. Yetişkin Yanık Hatasının Sıvı Replasmanını Değerlendirmede Kullanılan Formüller	12
4.1. Refakatçilerin ve Hastaların Sosyo-Demografik ve Refakat ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı	30
4.2. Refakatçilerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile DSÖYKÖ-KF Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32
4.3. Refakatçilerin Sağlık İle İlgili Özellikleri ile DSÖYKÖ-KF Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	35
4.4. Refakatçilerin Yanıklı Hasta Özelliklerine Göre DSÖYKÖ KF Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
4.5. Refakatçilerin Yanıklı Hastaya Refakat ile İlgili Özellikleri ile DSÖYKÖ- KF Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40
4.6. Sürekli Verilerin ve DSÖYKÖ-KF Ölçek Alt Puanlarının Birbirleri ile Korelasyonu	42

1. GİRİŞ

Tüm dünyada sıklıkla rastlanan yanık yaralanmaları; genellikle deri katlarının bazen de vücudun dışı açılan organlarının yüksek ısı, kimyasal maddeler, elektrik akımı ve radyasyon gibi etkenlerle karşılaşması nedeniyle ortaya çıkmasının yanı sıra dikkatsizlik, eğitimsizlik, çocukların aşırı merakı sonucu da görülen önemli bir sağlık sorunudur (1,2,3,4).

Ateşin bulunmasıyla görülmeye başladığı düşünülmesine rağmen insanların güneş, sıcak sular ve kaplıcalar gibi etkenlere maruz kalmaları sonucu yanık yaralanmasıyla karşılaştıkları bilinmektedir (3).

Gelişmiş ülkelerdeki teknolojik ilerlemeler, araştırmalar, yangı önleme programları ve yasal düzenlemelerle yanık mortalite ve morbiditesinde görülen belirgin düşüslere rağmen yanık halen karşılaşılan bir sorundur (5,6,7).

Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 45.000 kişi yanık nedeniyle hastanelerin acil servisine başvurmakta, bu kişilerden 25.000'i yanık merkezi olan hastanelerde tedavi görmekte ve bunlardan 3500'ü yanık nedeniyle hayatını kaybetmektedir (8).

Ülkemizde sağlıklı istatistikler olmamakla birlikte her yıl ortalama 1 milyon kişinin yanık yaralanmasıyla karşılaştığı, bunlardan 12.000-13.000'inin hastanede tedavi gördüğü bu hastaların 2000'inin hayatını kaybettiği belirtilmektedir (5,9,10).

Yanık, sigara içme sırasında dikkatsiz davranmak, sıcak sıvılardan sıçrama, ısıtma ve pişirmek için kullanılan elektrikli aletlerin bozulması, evde emniyetli olmayan uygulamalar, çok sıcak suyla banyo yapmak, kuvvetli deterjan ve asitleri kullanmak vb. durumlara karşı dikkatli olunduğunda önlenebilen bir yaralanmadır (3,11). Yanık yaralanması sırasında ya da sonrasında ortaya çıkan şiddetli ağrı, beden imajında görülen değişiklikler, tedavi sürecinin uzun olması gibi nedenlerden dolayı bu yaralanma türü daha farklı değerlendirilmektedir (12,13). Yanık bakımındaki bu farklı değerlendirme durumu hekim, hemşire, diyetisyen, vaka yöneticisi, sosyal hizmet uzmanı, ilgili diğer sağlık çalışanlarından oluşan ve yanıklı hastanın gereksinimlerini karşılayan multidisipliner bir ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır (13,14).

Yanık yaralanmasının kategorizasyonu, tedavisi ve bakımında; yanığın derinliği, yanık bölgesi, yanıklı hastanın yaşı, yanığın ciddiyeti, toplam vücut yüzey alanı yüzdesi ile hesaplanan yanık genişliği gibi faktörler değerlendirilmektedir (1,3,4,14,15). Acil servislere yanık nedeniyle başvuran hastaların önemli bir kısmı ayaktan izlenebilecek hastalar olmasına karşın bazı büyük yanıklı hastalar uzmanlaşmış çeşitli sağlık disiplinlerinin bulunduğu yanık ünitelerine en iyi bakım sonucunu almak için gönderilirler (2,16). Amerikan Yanık Derneği'nin yayınlamış olduğu rehberde göre ilk olarak yanık yüzdesi %10'dan büyük kısmı kalınlıklı yanığı, ikincil olarak ise el, ayak, yüz, genital bölge ve büyük eklem yanığı olan hastaların yanık ünitesinde tedavi edilmeleri gerekmektedir (8,16).

Yanığın yeri, yaralanmanın ciddiyetiyle doğrudan doğruya ilişkilidir (17). Ekstremitelerin ve gözlerin yanması öz bakım yetersizliğine neden olması ve hastanın gelecekteki fonksiyonel aktivitelerini riske atabileceğinden dolayı önemli olmasının yanında eller ve ayaklardaki yanıklarda sinir ve damar dağılımının yüzeysel olmasından kaynaklanan tedavi ve bakım güçlükleri yaşanabilir (1,11). Özellikle büyük yanıklarda görülen ağrı ve hipovolemik şokun yanı sıra hastanın beden imajındaki değişiklik aile için psikolojik bir travmadır (4).

Hasta ve ailesinin hastaneye ilk geldikleri anda yaşadıkları duygusal sorunları ve sonrasında söylenen ve söylenmeyen endişeleri olabilmektedir (3,4). Bu endişeleri gidermek adına hemşire, hasta ve ailesiyle iletişim kurduğu için önemli ve sürekli bir destek kaynağıdır (1).

Yanıklı hastanın bakım sürecine aile üyelerinin katılması önemli olmakla birlikte aile üyeleri hastaya destek olabilecek yetenekte kişiler değilse sorun yaratıcı da olabilir (1,3). Ailenin, hastanın endişelerine karşı çaresiz kalmalarından doğabilecek sorunlarına karşı hemşire, uyumun oluşması amacıyla hasta ve aile üyelerinin yalnız kalmalarını sağlayabilir (1). Ayrıca aile üyelerinden bazılarının pozisyon vermek, yemek yemek gibi günlük yaşam aktivitelerinde hastaya yardım etmeleri ve hastanın bağımsızlığını yeniden kazanması için ortam hazırlamaları önemlidir (1).

Genellikle evlerine uzak olan yanık merkezlerinde hastalarına refakat etmek zorunda kalan aile üyelerinin de psikolojik ve sosyal açıdan desteklenmeleri gerekmektedir (3).

İnsan hayatının iyileşmesi ile ilgili bir kavram olan yaşam kalitesi; insan gereksinimlerinin ve arzularının kişiyi tatmin edici boyutta karşılanmasıdır (19). Başka bir deyişle yaşam kalitesi; insanın bireysel iyilik durumu ve yaşamın değişik alanlarındaki özel bir doyum halidir (20).

Arıkan ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, hastanede yalnız hastaların değil refakatçilerin de sorunlarının olabileceğini, bunların çözülmesinin hasta bakım kalitesini arttırmada etkili olacağını tüm sağlık personeli tarafından dikkate alınması ve etkili çözümlerin geliştirilmesini vurgulamışlardır (18).

Yapılan bir araştırmada aile üyelerinin % 42,3'ünün hasta bakımı nedeniyle aile içi ilişkilerinin, %96,2'sinin sosyal ilişkilerinin ve %78,9'unun ise iş yaşamlarının etkilendiği belirtilmiştir (21). Bir başka araştırmada ise hasta yakınlarının yaşam kalitesi ile ilgili sorunlarının çözülmesi için, hasta yakınlarına hastanın bakımı, hem bilgi eksikliği hem de kendi yaşadıkları sorunların çözümü konusunda sağlık profesyonelleri tarafından yeterli desteğin sağlanması vurgulanmıştır (22). Hacıoğlu ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, demografik özellikler gibi kişisel farklılıkların (yaş, cinsiyet, gelir, hastaya yakınlık derecesi vb.) katılımcılar arasında benzer şekilde fiziksel, psikolojik, çevresel ve sosyal alanlarda yaşam kalitesini etkilediği sonucuna varmışlardır (23).

Yaşam kalitesinin ilgilendiği; psikolojik, fiziksel, sosyal ve bireysel ve parasal esenlik olmak üzere dört temel konu bulunmaktadır (19). Yanığın aile ve hasta üzerinde psikolojik ve ekonomik etkileri vardır (3,19). Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda yanıklı hasta refakatçilerinin yaşam kalitesinin etkilenebileceği düşünülmektedir.

Yaşam kalitesi ile ilgili yapılan literatür incelemesinde, daha çok hastaların yaşam kaliteleri konu edinilmiş fakat yanıklı hasta refakatçilerinin yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler ile ilgili araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu konunun araştırılmasının, literatür bilgisi oluşturmak ve öneriler üretmek açısından gerekli olduğu düşünülmüştür.

ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı yanıklı hasta refakatçilerinin yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Yanığın Tanımı ve Epidemiyolojisi

Genellikle deri ve deri katmanlarının, kimi zaman da vücudun dışı açılan organlarının ısı, elektrik, kimyasal etkenler ya da radyasyon ışınları ile teması sonucu görülen kişiyi fiziksel ve psikolojik olarak etkileyen travmaya yanık denir (1,2,3,4,11,24,25,26,27).

İnsanların güneş ışınları, kaplıca suları gibi nedenlerle yanığa maruz kalmaları yanık tarihinin çok eski zamanlara dayandığının göstermektedir (4). Özel bir travma olan yanık genellikle; sıcak sıvıların sıçraması, ısıtma ve pişirmede kullanılan elektrikli cihazların bozulması, özellikle ülkemizin doğu ve güneydoğu bölgelerinde sıkça kullanılan tandıra düşme, aşırı sıcak suda banyo yapmak ve sigara içerken dikkatsiz davranmak gibi önlenbilir nedenler sonucu görülebilmektedir (1,3,4,11,28).

Bireylerin yaşam kalitesinde değişikliklere neden olabilen yanık, hemşirelerin evde ve iş yerlerinde oluşabilecek yanık yaralanmalarına karşı insanları eğitmesi ile önlenmektedir (1,3,11). Yanık yaralanmasına karşı alınan önlemler, yasal düzenlemeler, bilim ve teknolojide görülen ilerlemeler sayesinde gelişmiş ve yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde yanık daha az sıklıkla ölümle sonuçlanmaktadır (5,6,29).

Amerikan Yanık Derneği'nin verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 45.000 kişi yanık nedeniyle hastanelerin acil servisine başvurmakta, bu kişilerden 25.000'i yanık merkezi olan hastanelerde tedavi görmekte ve bunlardan 3500'ü yanık nedeniyle hayatını kaybetmektedir (8).

Güneydoğu Asya ülkeleri gibi gelişmekte olan devletlerde genellikle yanık olgularının büyük bir çoğunluğu ölümle sonuçlanmaktadır (24,30). Çin'de özellikle çocuklarda kazayla görülen yanık yaralanmaların yaklaşık %21'inin hastaneye yatırıldığı rapor edilmiştir (31). İran toplumunda yanık en çok hastalık nedenleri arasında 13. sırada yer almaktadır (32). Bangladeş'te ölümcül olmayan yanık yaralanmaları 100.000'de 116 gibi düşük bir orandadır (33,34).

Türkiye'de sağlıklı istatistik veriler olmamakla birlikte her yıl yaklaşık 1 milyon kişide yanık yaralanmasının görüldüğü, bunlardan 12.000 ile 13.000'inin hastaneye yatırılarak tedavi gördüğü, bu hastaların yaklaşık olarak 2.000'inin

yaşamını yitirdiği belirtilmektedir (5,9,10). Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda, geniş kapsamda önemli, toplumsal ve sosyal bir sorun olan, uzun süreli yeti yitimine ya da ölüme neden olan yanık, etkin tedavi ve bakım hizmetlerini gerektirmektedir (5,35,36,37).

2.2. Yanık Türleri

Yanıklarda meydana gelen yaralanmalar termal etkenler, elektrik veya kimyasal etkenler nedeni ile görülebilmektedir (1,7,11,38).

2.2.1. Termal Yanıklar:

En sık rastlanan yanık türü termal yanıklardır (1,2,3,4,11,14). Vücudun alev, ateş, kızgın nesnelere gibi kuru sıcak etkenler veya kaynar su, kızgın yağ, sıcak buhar gibi ıslak sıcak etkenler ile teması sonucu termal yanıklar görülmektedir (1,3,7,11).

2.2.2. Elektrik Yanıkları:

Elektrik yanıkları; etki eden elektrik akımının voltajı, akımın etki süresi, güç kaynağına bağlı olduğu gibi elektrik akımındaki bağlantılar ile direk temas sonucu ortaya çıkan sıcaklıkla da oluşabilen yanıklardır (1,4,11,16,39). Elektrik yanıklarında, elektrik akımından üretilen sıcaklık nedeniyle oluşan pıhtılaşma nekrozu daha çok kılcal damarlarda görülmekte, büyük damarlar kanın akış hızındaki yükseklikten dolayı sıcaklığı yok ettiği için genellikle zarar görmemektedir (1,14). Elektrik yanığında; sinir ve kılcal damarlarda ortaya çıkan doku anoksisine bağlı doku ölümü görülebilmektedir (1,7,11). Dokunun akıma verdiği yanıt, elektrik akımına olan doku direnç miktarını gösterir ve doku hasarının miktarı ciltte görünenin aksine derinlerde çok daha fazladır (1,4,11,16). Ayrıca temas bölgesinde elektrik şoku nedeniyle ciddi ve güçlü kas kasılmaları, yüksekte yere düşme ya da bir cisme çarpma sonucu uzun kemikler ve vertebrada kırıklar görülebilir (1,2,11,40,41).

2.2.3. Kimyasal Yanıklar:

Termal yanık ile protein denatürasyonu bakımından benzerliği olmasına rağmen belirgin farklılıkları da olan kimyasal yanıklar; asit, alkali gibi zararlı kimyasal maddelerin, doku proteinlerinde koagülasyon ile nekroz ve doku yıkımına neden olması sonucu görülen yanık türüdür (1,2,4,11,42).

Kimyasal yanığın ciddiyeti; kimyasal ajanın cinsi, konsantrasyonu, gücü, kimyasalın vücutla temas yüzeyi, süresi ve vücut tarafından emilmesine göre değerlendirilir (16,14,42,43). Kimyasal maddenin cilt ile temasta olduğu bölgeler bol su ile bazen saatlerce yıkanarak kimyasal maddenin etkisi azaltılmaya çalışılmalı aynı zamanda kimyasal madde etki ettiği sürece nekroz ve yanma devam edeceğinden, maddeyi içeren her türlü kıyafet çıkarılmalıdır (1,2,4,14,16,43,44).

2.2.4. Radyasyon Yanıkları:

Radyasyon yanığı, nükleer silahların patlaması sonucu ani etkiler (Işık-Isı-Ani Nükleer Radyasyon-Basınç) ve kalıntı etkiler, radyoaktif Serpentinin ortaya çıkması sonucu görüldüğü gibi tetkik amaçlı olarak yüksek dozda X-ray ışınına maruz kalma nedeni ile de görülmektedir (45,46,47).

2.2.5. İnhalasyon Yanığı:

İnhalasyon yanıkları yangınlarda ortaya çıkan sıcak havanın ya da gaz halindeki kimyasal maddelerin inhalasyonu nedeniyle solunum yolu dokularının farklı bölgelerinin zarar görebildiği önemli bir yanık türüdür (1,2,4,43).

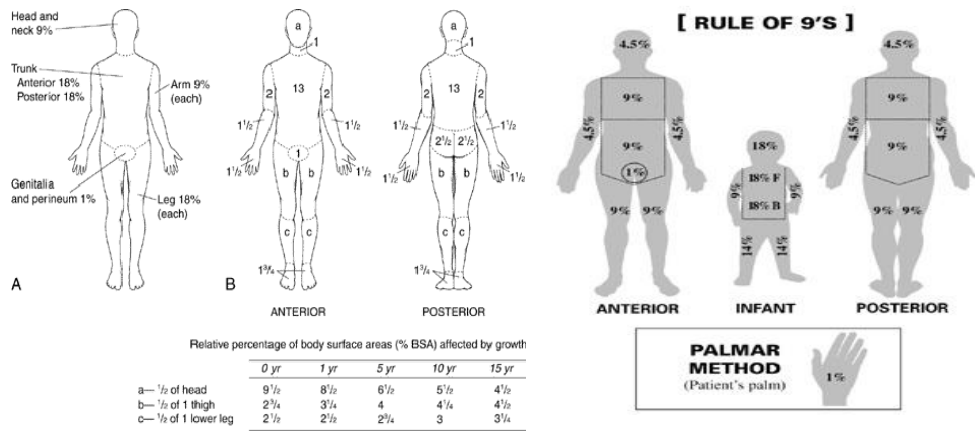
Yangın kazazedelerinde, mortaliteyi etkileyen en belirgin neden olan inhalasyon yaralanması, yanığın genellikle glottise veya solunum yoluna yakınlığına göre sınıflandırılmaktadır (1,4,43,48).

Açığa çıkan zehirli gazlar kokusuz ve renksiz olduğundan kazazedeler inhale ettiklerini çoğu zaman fark etmezler (1). Yangın alanında pek çok ölümlerin nedeni olan karbon monoksitin solunması nedeniyle görülen zehirlenme inhalasyon yaralanmalarının en tehlikeli şeklidir ve kapalı bir boşlukta bulunan kazazedelerde bu yaralanmadan şüphelenilmelidir (1,4,11,43,49).

2.3. Yanığın Değerlendirilmesi

Yanığın klinik değerlendirilmesi, tedavi ve bakımında çok önemli iki değerlendirme ölçütü, toplam vücut yüzey alanının (TVYA) yüzdesi ile hesaplanan yanık yüzeyinin genişliği ve yanığın derinliğidir (1,3,4,11,14,16,43,44,50,51,52).

Bu kriterlerin yanı sıra yanığın vücuttaki yeri (lokalizasyonu), hastaya ait risk faktörleri (hastanın genel sağlık durumu), hastanın yaşı yanık yaralanmasını değerlendirmede kullanılan diğer ölçütlerdir (1,3,4,11,44).



Şekil 2.1. Lund-Bowder Şeması ve 9'lar kuralı. Şekil 2.2. Avuç içi Kuralı.

2.3.1. Yanığın Genişliği

Yanıkta TVYA veya yanığın genişliğini değerlendirmede pratik olarak erişkinlerde Pulaski ve Wallace'nin ortaya koymuş olduğu dokuzlar kuralı çocuklarda ise Lund-Bowder tablosu (Şekil 2.1.) sıklıkla kullanılmaktadır (1,2,4,11,14,16,43,44,52,53,54)

Düzensiz görünen yanıkları değerlendirmede kullanılan bir başka faydalı yöntem ise hastanın avuç içinin TVYA'nın aşağı yukarı %1'i olduğunun var sayılmasıyla hesaplanan avuç içi (Şekil 2.2) yöntemidir (1,11,55,56,57).

2.3.2. Yanığın Derinliği

Yanıklar derinliğine göre geçmişte birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü derece olarak sınıflandırılırken (2,4,74,52), günümüzde zarar gören cilt katmanına göre kısmi kalınlıklı ve tam kalınlıklı yanıklar olmak üzere (Tablo 2.1) sınıflandırılmaktadır (1,3,11,16,43,58).

Kısmi kalınlıklı yanıklar (ikinci derece) da kendi aralarında yüzeysel ve derin kısmi kalınlıklı yanıklar olmak üzere ikiye ayrılır (2,4,43,50,51).

Yüzeysel kısmi kalınlıklı yanıklarda epidermis veya dermisin bir kısmına kadar uzanan bir yaralanma oluşmakta; nemli ve eritemli cilt yüzeyi, bül, yanıkla oluşan ödemin sinir uçlarına yaptığı basınç nedeniyle ağrı görülmektedir (2,3,14,52).

Derin kısmi kalınlıklı yanıklarda epidermisen hepsi ve dermisin önemli bir kısmı zarar görmüştür, yara üzerinde kalın bir eskar tabakası vardır ayrıca sinir uçları zarar gördüğünden daha az ağrı hissedilmektedir (2,3,4,43,52).

Derinin tüm katlarının aynı zamanda kaslar, tendon ve fasyanın zarar gördüğü tam kalınlıklı yanıklarda; yarada sarı-yeşil arası yer yer kahverengi lekeler görülmekte ve büyük çapta doku hasarı olduğundan greftleme gerekmektedir (2,3,4,43,52).

Tablo 2.1: Yanığın Derinliğinin Sınıflandırılması

Sınıflama	Klinik Görünüm	Neden	Yapı
Kısmi-kalınlıklı cilt harabiyeti			
-Yüzeysel (1.Derece)	Eritem, basıldıığında beyazlık, ağrı ve orta derece ödem, kabarcık ya da su toplama yok (24 saatten sonra cilt su toplar ve soyulur)	Yüzeysel güneş yanığı Hızlı ısı parlaması	Hiperemi ile yalnızca Yüzeysel canlılığı kaybolmuştur. Dokunma ve ağrı duyusu bozulmamıştır.
-Derin (2. Derece)	<ul style="list-style-type: none"> • Kırmızı, parlak, nemli, içi sıvı dolu kabarcıklar • Hafif ila orta derecede ağrı • Kabarcıklar açılmışsa sinir yaralanması nedeniyle şiddetli ağrı 	Ateş Alev Kaynar su temas yanıkları Kimyasal katran yanığı	Değişen derinliklerde epidermis ve dermisi içerir. Epitel rejenerasyon oluşumu nedeniyle, bazı cilt elementleri canlı kalır.
Tam kalınlıklı cilt harabiyeti			
-3. ve 4. derece	<ul style="list-style-type: none"> • Kuru, inci beyazı, cilde benzer ya da sert cilt • Belirgin tromboze damarlar • Sinir harabiyeti nedeniyle ağrı ve basınca duyarsızlık • Adeleler, tendonlar ve kemikleri içerme elastılığı 	Ateş Kaynar su Kimyasal Katran Elektrik akımı	Tüm cilt elementleri ve sinir uçları harap olmuştur. Pıhtılaşma nekrozu vardır. Yaranın kapatılması için cerrahi girişim gerektirir.

(Kaynak 11)

2.3.3. Yanık Bölgesi

Yanığın yeri yaralanmanın ciddiyeti ile doğrudan ilişkili olup; baş, boyun, toraks, göz, kulak, eller, ayaklar, perine yanıkları yanık yüzeyi ne olursa olsun yanık ünitesinde tedavi edilmelidir (1,4,11,14,43).

Yüz ve boyun ile göğüs çevresinde görülen yanıklar, ödem ya da eskar oluşumuna bağlı hava yolu komplikasyonlarına neden olabilmekte ayrıca inhalasyon yanığına ve solunum sistemi mukozasının hasarına da yol açmaktadır (1,4,11,14).

El, ayak, eklem ve göz yanıkları (korneanın zarar görmesi nedeniyle); öz bakım yetersizliği, gelecekte uğraşı tedavisi, iş değişikliği, psikolojik ve fizyolojik zorluklar görülebileceği için önemli yanıklardır (1,4,11,14).

Kıkırdak dokusunda kan akımının zayıf olması nedeniyle çoğunluğu kıkırdaktan oluşan kulak ve burunda görülen yanıklarda, ayrıca perine bölgesindeki floranın yoğunluğundan dolayı genital bölge yanıklarında enfeksiyon riski oldukça yüksek olup perine bölgesi yanıklarında dışkılama ve idrar yapma sorunları görülebilmektedir (1,4,11,43).

Ekstremitelerin dairesel yanıkları turnike gibi etki yapabileceğinden yanığın distalinde dolaşım bozukluğu gelişebilir ve bu durum tedavi sürecinin uzamasına neden olabilir (1,3,14).

2.3.4. Yanıklı Hasta İle İlgili Risk Faktörleri

Hastanın yaşı, yanığın iyileşme sürecini, ciddiyetini ve ölüm riskini etkilemektedir (4). Yaşlı bireyler iyileşmenin uzun sürmesi, rehabilitasyon fazında zorluk yaşamaları, organizmanın genel olarak yıpranmış olması, hareketlerin yavaşlamış olmasına bağlı olarak gençlere göre yanığa karşı daha savunmasız olabilmektedir (1,4,11,58). Hayatın ilk dönemlerinde kazara olan ve önlenemeyen yanık, daha çok çocukluk çağında ölüm ve sakat kalmaya neden olan bir travmadır (59).

Diabetes mellitus, periferik damar hastalığı, kardiyovasküler problem, renal sistem hastalığı gibi herhangi bir kronik rahatsızlığı olan bireylerde vücudun artan gereksinimleri yeterince karşılanamadığından iyileşme süreci olumsuz olarak etkilenmektedir (1,4,11,60). Alkolizm, ilaç bağımlılığı, morbit obezite, steroid kullanmayı gerektiren durumlar gibi problemler hastane öncesi değerlendirmede belirlenmelidir (1,4,11).

2.4. Yanıklı Hastanın Tedavi ve Bakımı

Yanık hastasının değerlendirilmesi yanığın türüne, derinliğine, büyüklüğüne ve ciddiyetine bağlı olarak değişmekle beraber; yanık tedavi ve bakımı acil, akut ve rehabilitasyon olmak üzere üç dönemde ele alınır (1,3,14).

Yanıklı hastaya bakım yaklaşımı diğer travma hastalarına olan yaklaşımla benzerlik gösterir ve bakım hastanın acil servisteki sıvı resusitasyonundan hasta tamamen rehabilite oluncaya kadar Tablo 2.2'deki konular üzerine temellendirilmektedir (1,3,16,43,44).

Tablo 2.2: Yanıklı Hastalarda Ortak Bakım

Acil Faz	Akut Faz	Rehabilitasyon Fazı
<p>Hava yolu açıklığını sağlama ve sürdürme</p> <p>Sıvı tedavisi</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sıvı gereksinimi tanılanır, -Direktife edilen IV sıvı replasmanına başlanır -Kalıcı idrar sondası takılır, -İdrar atımı izlenir, <p>Yara bakımı</p> <ul style="list-style-type: none"> -Hidroterapi/temizlemeye başlanır, -Gerektiğinde debride edilir, -Yanığın genişlik ve derinliği tanılanır, -Topikal antibiyotik tedavisi hekim istemine uygun başlatılır, -Tetanoz toxoid/tetanoz antitoksini uygulanır. <p>Ağrı ve anksiyete</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ağrı ve anksiyete tanılanır ve kontrol altına alınır. <p>Yaşam bulguları, arteriyel kan basıncı izlenir, kaydedilir.</p>	<p>Sıvı Tedavisi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bireysel gereksinimleri ve direktife göre sıvı replasmanı yapılır, <p>Yara bakımı</p> <ul style="list-style-type: none"> - Yara günlük olarak tanılanır, - Komplikasyonlar gözlenir, - Hidroterapi/temizlemeye devam edilir, - Gerektiğinde debrimana hazırlanır - Ağrı ve anksiyete tanılanır, tedavi ve bakımına devam edilir. <p>Erken eksizyon ve greftleme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allogreft ve otogreft için ortam hazırlanır, - Donöre bakım verilir. <p>Beslenme</p> <ul style="list-style-type: none"> - Yara iyileşmesini desteklemek için yeterli beslenme sağlanır, - Diyetisyenle işbirliği yapılır. <p>Fizik tedavi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hareketin sürdürülmesi ve rehabilitasyon için fizik tedaviye başlanır. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hasta ve ailesine danışmanlık eğitimi yapılır, - Öz bakımın sürdürülmesine yardım edilir ve cesaretlendirilir, - Kontraktürler ve skarlanma önlenir ya da azaltılır (cerrahi, fizik tedavi ya da atelleme-tespit etme) - Olası kozmetik ya da rekonstrüktif cerrahi için hasta bilgilendirilir.

(Kaynak 11)

2.4.1. Acil Dönem

Yanıklı hastaya acil dönemde uygulanacak girişimler; hava yolu, solunum ve dolaşımın değerlendirilmesi, yanık şokunu önlemek için sıvı resüsitasyonunun başlatılması ve sürdürülmesi, homeostazisin sağlanması, idrar sondasının takılması, nazogastrik tüp takılması, yaşam (vital) bulgularının alınması, laboratuvar testlerinin yapılması, ağrının giderilmesi, anksiyetenin giderilmesi, tetanoz profilaksisi, yara bakımındır (3,14,16,35).

Hava Yolu Açıklığını Sağlama ve Solunumu Sürdürme

Geniş yanıklarda hava yolu ile ilgili ciddi komplikasyonlar (larenks ödemi, bronkospazm vb.) gelişmeden önce hava yolu açıklığını sağlamak ve sürdürmek amacıyla erken entübasyon yapılması son derece önemlidir (1,2,3,35,44).

Entübasyon sonrası uygun oksijenlenmenin sağlanması için genellikle hasta ventilatör desteğine bağlanabilir ve oksijenlenme durumu, arteriyel kan gazlarına bakılarak değerlendirilir (1,14).

Yangına maruz kalan yaralılara özellikle karbonmonoksit zehirlenmesi durumunda karboksihemoglobin düzeyi normale dönene kadar solunumun devamlılığını sağlamak amacıyla gereksinime göre yüksek ya da yükseğe yakın yoğunlukta oksijen verilmesi önem taşır (1,2,3,4,35).

Hastanın solunumuna yardımcı olmak ve kalp seviyesi üstünde kalan yüz, farenks gibi yapıların ödemi azaltmak amacıyla baş yükseltilir (3). Tam kalınlıklı yanıklarda göğüs kafesinin genişlemesini engelleyerek solunumun yüzeyselleşmesi, ventilasyonun azalması gibi hayatı tehdit eden durumlara neden olan eskar dokusu; bilateral olarak anterior aksiller çizgi boyunca eskarın tüm kalınlığı ve uzunluğu boyunca eskarotomi yapılarak uzaklaştıktan sonra parmaklardan doku oksijenlenmesi kontrol edilerek yeterliliği değerlendirilir (3,4,43,51,61).

Sıvı replasmanı

Hayati organların perfüzyonunu sağlamak, hipovolemik şoku önlemek amacıyla hasta bir sağlık kuruluşuna ulaşır ulaşmaz, öncelikle yanıklı olmayan koldan başlanarak bir ya da iki geniş çaplı IV kateter takılır (1,2,3,43,44). Gerekli görülürse jugular, subklavyen ya da femoral bir yol da açılabilir ve başlangıçta elektrolit kaybı da dikkate alınarak genel olarak kristalloid solüsyonlardan en yaygın kullanıma sahip ringer laktat veya izotonik sodyum klorür verilir (1,3,4,49,62).

Genelde TVYA'nın %15'inden fazlası yanan hastalarda IV sıvı tedavisine başlanmalıdır ve sıvı replasmanı; yanığın türü, yanığın genişliği, derinliği, yanık etkeninden etkilenme süresi, yanık öncesi dönemde dehidratasyon olması ya da var olan (kalp damar, böbrek yetmezliği vb.) kronik hastalıklar, hastanın yaşam bulguları, yaşı, ağırlığı gibi kişisel özelliklere göre belirlenir (1,2,3,4,14,43,44).

Yanıklı hastaların önemli bir kısmına verilecek gerekli sıvı replasmanını hesaplamada kullanılan çeşitli standart fomüller vardır (2,3,4,11,14). Pek çok üniteye yaygın olarak kullanılan Brooke ve Parkland (Baxter) formülleri (Tablo 2.3) hastanın ağırlığı ve yanık yüzdesi dikkate alınarak hesaplanmalı ve uygulanmalıdır (1,44).

İlk 72 saat içerisinde iç organlarda görülen vazokonstrüksiyon nedeni ile özellikle midede ileus gelişme riski yüksek olduğu için oral alım durdurulmalı, %25 ve üzerindeki yanıklarda hastada bulantı kusma varsa bulantı kusmayı önlemek için nazogastrik dekompresyon yapılmalı ve hasta başka bir yanık merkezine gönderilecek ise aspirasyon riskini önlemek amacıyla nazogastrik tüp takılmalıdır (2,4,14,44).

Tablo 2.3: Yetişkin Yanık Hatasının Sıvı Replasmanını Değerlendirmede Kullanılan formüller

Formül	İlk 24 saat	İkinci 24 saat	
	Kristalloid	Kolloidler	Suda Glikoz
Brooke (Uyarlanmış)	Laktatlı Ringer Solüsyonu: 20 ml/kg/yanık yüzdesi; ilk 8 saatte ½ verilir, diğer 16 saatte ½'si verilir.	0,3 ila 0,5 ml/kg/yanık yüzdesi Hesaplanan plazma Volümünün %20	Hesaplanan buharlaşma kayıplarını yerine koyacak miktarda verilir. Hesaplanan buharlaşma kayıplarını yerine koyacak miktarda verilir.
Parkland (Baxter)	Laktatlı Ringer Solüsyonu: 4 ml/kg/yanık yüzdesi; ½'si ilk 8 saatte, ¼'ü sonraki 8 saatlerde verilir.	-60'ı verilir.	

(Kaynak 11)

Hesaplanması ve hastanın kilosunun takip edilmesi açısından kolay, sıvı replasmanı için güvenilir bir yöntem olan Parkland formülüyle; 4 ml, kilogram cinsinden vücut ağırlığı ve TVYA yüzdesinin çarpılması ile 24 saatte hastaya verilecek toplam ringer laktat solüsyonu miktarı hesaplanır (1).

Anaerobik yara enfeksiyonlarının gelişime olasılığı nedeniyle bütün yanıklı hastalara rutin olarak tetanoz profilaksisi yapılmalı, hastanın geçmişteki bağışıklık durumu dikkate alınarak, 10 yıl içinde aktif bağışıklığı bulunmayan hastalara tetanoz immünoglobulin uygulanmalıdır (1,2,73,44,63).

Yanıklı hasta, varsa bir yanık merkezine, yoksa acil girişimlerin uygulandığı bir hastaneye nakledildiğinde hastanede kalış süresi ve komplikasyonlar en aza indirilebilir (3,4,44). Hasta nakli sırasında şunlara dikkat edilmelidir:

- Periferik iki damar yolu açılmalı, kateterler tespit edilmelidir.
- İdrar sondası takılarak idrar çıkışı izlenmelidir.
- Nazogastrik sonda takılmalı ve hastanın oral alımı kesilmelidir.
- Vücut sıcaklığı 38-39 °C'ta tutulmalıdır.
- Hastaya narkotik ilaç verilmemelidir.
- Nakil sırasında sıvı resüsitasyonuna ara verilmemelidir (7).

Hasta yanık merkezine gönderilmeden önce yanıklı hasta sayısı, hastaların genel durumları, yanığın oluş biçimi, eşlik eden diğer travmaların varlığı, inhalasyon yaralanmasının olup olmadığı ve merkeze yakınlık durumuna göre ne kadar süre sonra merkeze ulaşılabileceği konularında bilgi verilerek hastane ekibinin hazır olması sağlanmalıdır (3,4,43).

Amerikan Yanık Derneği'nin geliştirmiş olduğu yanık ünitesine yatış endikasyonları şu şekilde sıralanabilir:

- Yüzde 10'dan fazla tam kalınlıklı yanıklar,
- El, ayak, yüz, genital bölge, perine ya da büyük eklem yanıkları,
- Herhangi bir yaş grubundaki tam kalınlıklı yanık
- Elektrik yanıkları, yıldırım yaralanmaları
- Kimyasal yanıklar
- İnhalasyon hasarı
- Tedavi sürecini etkileyebilecek yandaş hastalıkların varlığı
- Yanığa eşlik eden travma
- Çocuk hastalara bakabilecek donanımdan yoksun hastanelerdeki yanıklı çocuk hastalar
- Özel sosyal, duygusal muamele ya da uzun süre rehabilitasyon gereken yanıklı hastalar (64).

2.4.2. Akut Dönem

Ekstraselüler sıvının hareketinin ardından idrar çıkışının başlaması, yanıklı bölgenin deri greftleri ile tamamen kapanması ya da yaranın iyileşmesine kadar süren, yanık bakımının ikinci kısmını oluşturan akut dönemde; sıvı elektrolit dengesini sürdürmek, enfeksiyonu önlemek, yara bakımının yapılmasını sağlamak, ağrı yönetimi, fizik tedavi uygulanması ve besin desteğinin sağlanması amaçlanmaktadır (1,3,14,16).

Sıvı Elektrolit Dengesinin Sürdürülmesi

Yanık bakımının bu döneminde sıvının hücreler arasından damar içine (interstisyel alandan, intravasküler kompartmanlara) kayması ile vücut sıvı elektrolit dengesini yeniden oluşturmaya çalışmaktadır ve sıvı kaybı, hastanın yanmaya verdiği fizyolojik tepkiler nedeniyle sıvı ve elektrolit uygulaması dikkatle yapılmalı; hiponatremi, hipernatremi, hipokalemi gibi oluşabilecek komplikasyonlara karşı serum elektrolit düzeyleri sıklıkla yakından takip edilmelidir (1,3,16).

Enfeksiyon Kontrolü

Yanık yaralanmalarında vücudun ilk savunma bariyeri olan derinin bütünlüğü bozulmuştur; bununla birlikte venöz ve arteriyel basınçların ve pulmoner arter ve kardiyak çıkışın (output) izlenebilmesi için santral venöz, periferik arteriyel veya pulmoner arter termodilüsyon kateterleri, mekanik ventilasyon için kullanılan endotrakeal tüpler, nazogastrik tüp, foley kateterler gibi hastaya yapılan girişimler de zaten direnci düşük olan hasta için enfeksiyon giriş yerleridir (1,3,4). Geniş yanıklarda, yanıktan sonraki birkaç günde, bağışıklık sisteminin baskılanması sonrası görülen ve yanık bakımındaki gelişmiş tekniklere rağmen halen hasta ölümlerinin en önemli nedeni olan ilerleyen enfeksiyona bağlı septik şok gelişmektedir (1,2,3,14,44). Enfeksiyon dolayısıyla sepsisi önlemek için hastaya her temastan önce ve sonra en iyi koruyucu olarak eller çok iyi yıkanmalı; steril eldiven, maske, özellikle açık yaralara bakım verirken takılmalıdır (1,3,14).

Hemşire hastayı diğer hastalardan, personelden, ziyaretçilerden, ekipmanlardan veya herhangi bir enfeksiyon kaynağından korumalı, bu amaçla hastalar izole odalara alınmalıdır (3,14). Ventilatör devreleri ve drenaj kapları patojen mikroorganizmaların üremelerine ortam hazırlayacağından düzenli olarak değiştirilmeli, hasta odalarında canlı çiçek bitki veya taze meyve sepetlerinin

bulundurulmasına izin verilmemelidir (3). Yanık hastalarında immün yetersizlik veya antibiyotik direnci olabileceğinden hastayı patojenlerden korumak amacıyla ziyaretçi kısıtlanması yapılmalı, antibiyotik direnci gelişen hastaya tek personel bakım vermeli ve diğer hastalara bakım vermeden önce bu personele bir gün izin verilmelidir (14). Hastalar yaralarına veya pansumanlara dokunarak zararlı mikroorganizmaları bir yanık alanından diğerine taşıyabilirler (3). Yanmamış alanların düzenli yıkanması ve çarşafların değiştirilmesi, yataklardaki kolonizasyondan veya dışkı bulaşmasından kaynaklanabilen enfeksiyonun önlenmesine yardımcı olabilir (3).

Yeterli Beslenme Desteğinin Sağlanması

Akut dönemde bağırsak sesleri geri geldikten ve sıvı resüsitasyonuna ulaşıldıktan sonra hasta ağızdan normal gıda alarak beslenmeli, yara iyileşmesi için gerekli olan esansiyel aminoasitler, yağlar, glikoz karışımı gibi besin maddeleri ile beslenme desteği sağlanmalıdır (1,3,14,16). Hastanın yanık öncesi kilosunu devam ettirmesinin hedeflendiği beslenmede oral alım yoksa nazogastrik sonda yardımıyla suyun yanı sıra kalori içeren sıvılarla bu da mümkün değil ise IV olarak total parenteral beslenme desteği verilmelidir (1,3,14,52).

Hemşire, diyetisyen veya besin destek takımı ile beraberce hareket ederek hastaya uygun diyetin hazırlanmasına yardımcı olmalı, hastanın iştahı azalabileceğinden aile üyelerinin hastanın sevdiği ve besin değeri olan yiyecekleri getirmesiyle ya da hazır besinler ile (Ensure gibi) besin desteğini sağlamalıdır (1,3,14,16). Hastada aşırı besin alımı nedeniyle görülebilecek kilo artışı önlemek amacıyla hasta her gün tartılmalı ve diyetisyen tarafından hastaların kalori gereksinimleri en azından haftalık olarak değerlendirilmelidir (1.3).

Erken başlanan beslenme desteği; yanıkta görülen kilo kaybını en aza indirmekte, yara iyileşmesini kolaylaştırmakta, bağışıklık sistemi için en uygun koşulları sağlamakta, mortalite oranını azaltmakta ve başarılı bir rehabilitasyonun olmasına katkıda bulunmaktadır (1,14,16).

Ağrı yönetimi

Yanıklarda bireyselleştirilmiş, sürekli ağrı tanınması ve yönetimi hemşirenin en önemli işlevlerinden biridir ve hemşirelik girişimlerinde başarılı olmak için ağrının fizyolojik ve psikolojik olarak oluşum mekanizmasının bilinmesi gerekmektedir (1,46). Sağlık ekibi içinde özellikle hemşirelerin karşı karşıya

kaldıkları bir sorun olan ağrı; yara debrütmanı, pansuman değişimi, fizyoterapi gibi hastaya uygulanan girişimlerde görülebilmektedir (1,16,48,65,66).

Ağrı yönetiminde ağrıyı sık sık kontrol etmek ve ağrı çok fazla artmadan azaltmak adına isteme göre morfin, meperidin, haloperidol (Haldol), lorazepam (Ativan), fentaniyl, diazepam (Valium) gibi farmakolojik yöntemlerin yanı sıra gözünde canlandırma, hayal kurma, derin nefes alma, video seyretme, hipnoz, biyo geribildirim gibi farmakolojik olmayan yöntemler de kullanılabilir (1,3,14,15,46,52,65).

Yara bakımı

Akut dönemde önemli ve önceliğe sahip hemşirelik işlevlerinden biri olan yara bakımında; yarayı temizlemek, yara debrütmanı ile nekrotik dokuyu uzaklaştırıp erken eksizyonu sağlamak, yara enfeksiyon kontrolünü sağlamak, granülasyon dokusunun gelişimini hızlandırmak, yeniden epitelizasyon oluşmasını sağlamak, günlük gözlem yapmak ve greftlemek için (gerekli görülürse eğer) yarayı hazırlamak gibi girişimler hedeflenmektedir (1,3,14,16,35,67).

Hidroterapi: Günlük yara bakımında oldukça büyük bir öneme sahip olan hidroterapi, nekrotik dokuyu uzaklaştırmak amacıyla pek çok yanık merkezinde bulunan banyo ve taşınabilir duş araçları ile yapılır (1,3,68). Hastaların patojenlerden arındırılmış, 40°C'yi geçmeyen normal musluk suyu ve seyreltilmiş anti bakteriyel solüsyon içeren hidroterapi küvetinde banyo yapmaları sağlanır (1,6).

Su dolu küvet içinde 20-30 dakikadan fazla süre kalmak; hastalarda elektrolit kaybı, banyo sonrası üşüme ve vücudun bir kısmından diğer kısmına (çapraz kontaminasyon) enfeksiyon bulaşmasına neden olabileceğinden bazı yanık ünitelerinde hastaya duş aldırmak tercih edilmektedir (1).

Günlük olarak 2 kez duş sonrası pansuman değişimi bakteriyel üremeyi azaltmak için önerilmekte fakat bu yöntem hastanın çok fazla ağrı hissetmesine neden olabileğinden günde bir kez banyo veya duştan sonra pansuman değişimi tercih edilmektedir (1).

Debrütman: Nekrotik dokuların temizlenmesi anlamına gelen yanık debrütmanının iki önemli amacı vardır. Bunlar; yabancı cisim ve bakteriler nedeniyle kontamine olan dokunun uzaklaştırılması, canlılığını kaybetmiş dokunun veya

eskarın çıkarılmasıdır (3). Debirtman doğal, mekanik, cerrahi veya enzimatik olarak yapılabilir (3).

Doğal debritmanda nekrotik doku kendiliğinden dökülür (3). Makas veya forseps kullanılarak eskarın ayrılması ve uzaklaştırılması anlamına gelen mekanik debritman yara pansumanı değişimi sırasında yapılır (3).

Cildin bütün tabakalarının primer eksizyonu olan cerrahi debritmanda, istenilenden fazla doku eksize etmemek için dokunun canlılığının iyi değerlendirilmesi gerekmektedir (3,35). Enzimatik debirtman ise cerrahi debirtmanın uygun değerde fayda sağlamadığı durumlarda; debritman ilacı olan enzimatik solüsyonlar topikal anti bakteriyeller ile birlikte verilerek yapılır (1,3,16).

Yanık Pansumanı: Yanık yarasının pansumanında açık ya da kapalı yöntem kullanılmaktadır (3,11,35). Pansuman seçiminde yanık bölgesi, derinliği, hastanın yaşı gibi faktörler dikkate alınmaktadır (16). Yara derinliğine bakılmadan bütün yaralarda uygulanabilen açık yöntemde, yaralara öncelikle topikal bir antibiyotik uygulanır ve kuru ılık havaya maruz bırakılarak tedavi edilir (1,3,35).

Açık yöntemde göre daha fazla kullanılan kapalı yöntem yanık yarası temizlendikten sonra yanık ünitelerinde bazı organizmalara etkili gümüş emdirilmiş örtülerin yaranın üzerine uygulanmasıdır ve amaç; granülasyon dokusunun oluşumunu hızlandırarak yarayı greft uygulamaya hazırlamaktır (1,35).

Topikal Antimikrobiyal İlaçların Uygulanması: Yanık yarası temizlendikten sonra yarada bakteriyel dansiteyi kontrol etmede önemli bir role sahip olan topikal anti bakteriyeller kullanılır (1,3,35,49). Topikal antimikrobiyaller, skar dokusuna penetre olarak bakterilerin yaraya ulaşmasını yavaşlatıp enfeksiyonu önlediğinden, spontan yara iyileşmesi ya da yara kapanmasında greftlemeye kadar harcanan önemli uğraşlarda zaman kazanmaya yardımcı olur (1,3,14,16,49).

Yanık tedavisinde etkili pek çok anti mikrobiyal ajan bulunmakla birlikte en çok kullanılan topikal ajan; ağrısız, kolay uygulanabilen, düşük toksisiteye sahip ve invitro gram (+), (-) birçok mikroorganizmaya etkili olması nedeniyle silver sülfadiazine (silverdin)'dir (1,3,7,14,44,49,69).

Topikal antibakteriyel ajan içeren pomatlar steril eldiven takılıp gazlı bez kullanılarak uygulanmalı, topikal solüsyonların uygun konsantrasyonda olması için pansuman sık sık yeniden ıslatılmalı, buharlaşma ile sıvıların kaybını önlemek

amacıyla en dış tabakanın kuru kalmasını sağlayan büyük gaz tamponlar yaraya uygulanmalıdır (1,3).

Hemşirelerin topikal antibakteriyel ajan uygulamadan önceki pansumandan kalan diğer materyalleri uzaklaştırması, bu ilaçların etkinlik sürelerini ve her ilaç için uygun süreyi bilmeleri gerekmektedir (3).

Yanık Yarasının Kapatılması: Cilt altı yağ dokusunun fazla olduğu meme, gluteal bölge gibi vücut alanlarında bulunan yanık yaraları primer olarak kapatılabilmektedir (2). Primer kapanmanın olmadığı büyük yanıklarda geçici olarak kullanılan biyolojik ve biyosentetik pansumanlar, greftleme yapılarına kadar yanık yatağını koruduğundan hayat kurtarıcı olabilmektedir (1,3,16,35). Yara örtülmesinde rejeksiyon ihtimali olmadığı için halen en çok tercih edilen greft hastanın kendi derisinden alınan otogrefttir (14,16). Eğer yarayı örtecek kadar yeterli miktarda deri yoksa otogreftte alternatif biyolojik pansumanlar kullanılabilir (35). Biyolojik pansumanların; insandan alınan (homogreft, allogreft), hayvandan alınan (heterogreft, xenogreft), insan plasentasından ve amniyondan elde edilen deri gibi çeşitleri vardır (3,14,16,35). Deri bankalarından alınabilen homogreftler pahalıdır (3). Kadavralardan alınan allogreftlerde rejeksiyon riski vardır (14,44). Yanıklarda, özellikle kısmi kalınlıklı yanıklarda en yaygın kullanılan heterogreft topikal antibakteriyel ajanlarla birlikte uygulanan domuz derisidir (1,3,14,16).

Greftleme yapıldıktan sonra deri grefti stapler veya dikişle koruma altına alınır ve hücrelerin gelişmesi için genel olarak üçlü antibiyotik karışımı kullanılarak nemli tutulur (1,14). Greft ile yara arasındaki pıhtılar greftin yarayla birleşmesini engelleyebildiğinden ameliyattan sonra gerekli hemşirelik girişimleri aşırı kanamayı kontrol altına almak için uygulanır (1).

Fiziksel aktivitenin devam ettirilmesi: Eklem fonksiyonunu devam ettirmek aynı zamanda hareketsizlik nedeniyle oluşabilen; atelektazi, pnömoni, basınç yaraları, ödem ve kontraktürler gibi komplikasyonları önlemek amacıyla düzenli aktif ve pasif egzersizler yapılmalıdır (1,3,35). Egzersizler için en uygun zaman, fazla pansuman örtülerinin çıkarıldığı ve cildin daha yumuşak olduğu hidroterapi sırası öncesi ve sonrasıdır (1).

Alt ekstremitte yanıklarında etkili ve ucuz bir yöntem olan elastik bandaj venöz dönüşü arttırmak ve ödemi azaltmak amacıyla hasta yataktan kalkmadan önce uygulanır (2,3).

Hemşire, eklemlerin işlevsel halde kalmasını sağlamak için atel uygulanan bölgeleri dolaşım problemi ve sinir basısı yönünden sürekli olarak izlemelidir (1,3).

2.4.3. Rehabilitasyon Dönemi

Yanık yarası oluştuğundan hemen sonra başlayıp yaralanmadan sonraki 2-3 hafta ya da yıllar sonrasını kapsayan rehabilitasyon döneminde amaç; hastaya psikososyal destek verip fiziksel aktivite kısıtlanmasından dolayı oluşabilecek hipertrofik skar ve eklem kontraktürü gibi kozmetik problemleri ortadan kaldırıp, üst düzeyde rehabilitasyonu sağlayarak hastayı topluma faydalı bir konuma getirmektir (1,3,16,70).

Rehabilitasyon dönemi sırasında görülen komplikasyonlar, cilt ve eklem kontraktürleri, hipertrofik skar ve keloid gibi beden imajındaki değişikliklerdir (1,14).

Genellikle omuz, boynun önü ve yanları, bilek, aksilla, antekubital fossa, diz gibi büyük eklem bölgelerinde görülen kontraktür; eklemdaki fleksör dokularda görülen skar dokusunun neden olduğu kasılma veya uzun süre hareketsiz kalma sonucu gelişir (1,65,71,72). Ağrıdan dolayı hasta rahat etmek için bükülmüş bir şekilde kalmayı tercih ettiğinde artan fleksiyon nedeniyle görülen kontraktür riskini azaltmak için pozisyon verme, atelleme ve aktif pasif egzersizler en geçerli yöntemlerdir ve cilt olgunlaşmaya kadar bu işlemlerin sürdürülmesi gerekmektedir (1,52).

Kollajen sentezi ve yıkımı arasındaki düzensizlikten kaynaklanan ve yanıkta en fazla görülen komplikasyon olan hipertrofik skar oluşumunu önlemek için hassas ve iyileşmekte olan bölgelere basınç yapan giysiler giydirilerek kompresyon tedavisi uygulanır (2,3,14,68).

Standart bir süresi olmayan kompresyon tedavisinde kullanılan giysiler, kollajen lifleri gevşetip cilt yüzeyinde bulunan liflerin paralel dizilimini destekler ve kollajenin yeniden yapılandırılmasını sağlar (2,3). Kompresyon tedavisinde kullanılan giysilerin skar görüntüsünü en aza indirdiği konusunda hasta ve ailesine eğitim verilmelidir (2,14).

Hastayı fiziksel olduğu kadar aynı zamanda psikolojik olarak da etkileyen ciddi yanık yaralanmasının rehabilitasyon döneminde sağlık bakım çalışanları hastalarda görülebilen; ağrı, bağımlılık, ölüm korkusu, itici görünüm gibi problemlerin yanı sıra işe dönüş ve ekonomik güçlükler ile ilgili korkuları dile getirmede hastaları cesaretlendirmelidirler (1,3).

Hastanın kendini algılama ve kendine verdiği değer, yanık yarısından dolayı genellikle olumsuz olarak etkilenir (1). Bazı hastalarda ağrı veya değişen görünüş ile ilgili ciddi korku, algılanan ya da gerçek fiziksel görünüş değişikliği, ilişki kaybı, toplumda farklı görünenlere yönelik önyargılı yaklaşımlar, psikolojik sorun yaşanmasına neden olabilir (1,3).

Hastaların endişelerinin nedenini anlamak diğer sağlık ekibi elemanları ile bağlantılı olarak hemşireye, hastalara endişeleriyle baş etme konusunda destek vererek yardımcı olma imkânı verir (3). Hastanın bağımsızlığını destekleme, yanık öncesi aktivitelere dönüş ve benzer sorunları yaşayan diğer yanık hastaları ile etkileşim hastaların öz-saygısını yeniden elde etmesine yardımcı uğraşlara katılımını sağlayabilir (1,3).

Yanık bakımında aile üyeleri dahil bütün kişiler hastanın psikososyal çevresini etkilediğinden hastaya yardımcı olabilecek aile üyelerinin de bakıma katılması psikolojik açıdan önemli olmasının yanı sıra; yemek yeme, pozisyon değiştirme gibi durumlarda hastaya yardımcı olmaları hastaların bağımsızlığını kazanmasına olanak sağlar (1,3,4,73).

Yanık bakımının uzun süreli, karmaşık ve önceden tahmin edilemeyen sonuçlarının olmasından dolayı hasta ve ailesinin desteklenmesinin gerekliliği ön plana çıkar (1). Kimi zaman aile üyelerinin sevdikleri birine yardımcı olmada beceriksizlik, çaresizlik hissetmiş olmaları nedeniyle destek gereksinimleri olabilir (1,3,14). Yanık yaralanması yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyebilmektedir (3).

Sosyal hizmet uzmanları ve hemşirelerin önemli destek ve danışmanlık rolleri olduğu için hasta ve ailesini gerekli görülen zamanlarda, sosyal servislere ya da psikolojik danışmanlığa yönlendirmeleri iyileşme ve yaşam kalitesini arttırmada faydalı olabilmektedir (1,3).

2.5. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi ilk etapta basit bir kavram olmasına rağmen çok yönlü olması, sürekli değişim göstermesi, kişiye göre değişmesi, yaşamdan alınan zevki, ne olmak ve nasıl yaşamak isteğimizi ilgilendirdiği gibi sosyal, psikolojik, maddi ve kültürel etmenlerden etkilenmesi nedeniyle net olarak tanımını yapmak zordur (19,20,74).

İnsan hayatının iyileştirilmesi ile ilgili bir kavram olan yaşam kalitesi insanın hayatından memnun olması, istek ve gereksinimlerinin tatmin edici bir şekilde karşılanması ve genel olarak iyi olma durumu olarak da tanımlanabilmektedir (19,75).

Dünya Sağlık Örgütü'nün kişinin sadece hasta olmaması değil fiziksel, sosyal ve ruhsal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımladığı sağlık kavramı ile ilişkili olarak bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri içinde amaçları, beklentileri, yaşam standartları ve ilgilerine bağlantılı bir şekilde yaşamdaki yerini algılaması olarak da tanımlanmaktadır (76,77).

Psikososyal ve ekonomik refahın sağlanması ve düzenli bir şekilde sürdürülmesinin temel alındığı yaşam kalitesi, tarihsel gelişim sürecinde farklı disiplinler tarafından ele alınıp incelenmiştir (19).

- Antik ve orta çağda insanın mükemmellik durumu, en üst seviyede erdem ve güzelliklere sahip olmak olarak tanımlanmıştır.
- Bin dokuz yüz altmış'lı yıllarda ekonomi ve sosyoloji alanlarına girmiş, ekonomistler tarafından; ulusal üretim, ulusal gelir, satın alma gücü olarak değerlendirilen yaşam kalitesi sosyologlar tarafından ise çalışma, barınma ve sosyal durum yönleri ile ele alınmıştır.
- Bin dokuz yüz yetmiş'li yıllarda psikologlar yaşam doyumu boyutunu ortaya atmışlardır.
- Bin dokuz yüz yetmiş'lerden sonra tıp alanında,
- Bin dokuz yüz seksen'lerden sonra da hemşirelik alanında incelenmeye başlanmıştır (19).

2.5.1. Yaşam Kalitesini İle İlgili Konular

Yaşam kalitesini ilgilendiği konular; psikolojik esenlik, fiziksel esenlik, sosyal ve bireysel esenlik, parasal/maddi esenlik olmak üzere dört temel başlıkta toplanabilir (19).

2.5.1.1. Psikolojik Esenlik

Ruh sağlığı, yaşamadan alınan doyum, yararlılık, beden imajı, anksiyete, otokontrol, dinlenme ve uğraşı ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, hayatın anlamı, mutluluk, sosyal izolasyon, duygusal tepkiler psikolojik esenlik alanında değerlendirilir (19).

2.5.1.2. Fiziksel Esenlik

İşlevsel yeterlilik, fiziksel hareketlilik, yaşam aktiviteleri, iştah, yeme-içme, uyku, cinsellik, zindelik, yorgunluk, ağrı, sağlık-hastalık algılanması, sağlığın değişimi ve tedavi ile ilgili durumlar fiziksel esenlik alanında incelenir (19).

2.5.1.3. Sosyal ve Bireysel Esenlik

Kişinin eşi, varsa çocukları ya da ebeveynleri ve yakın arkadaşları ile ilişkileri, sosyal aktiviteler, başka kişilerden destek alma durumu, mahremiyet, bireyin çevresi tarafından benimsenmesi, farklı organizasyonlara katılması, öğrenme seviyesi, kendini ve yaşamını nasıl algıladığı, çalışma durumu sosyal alanda değerlendirilir (19).

2.5.1.4. Parasal (Maddi) Esenlik

Gelecek ile ilgili güven, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi, ve ev durumu parasal (maddi) esenlik alanında değerlendirilir (19).

2.5.2. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi ve Göstergeleri

Yaşam kalitesi boyutlarının klinik uygulamalardan etkilenen, kişinin direkt olarak sağlığı ile ilgili kısımlarını içeren Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYK) kavramı ise genel yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir (22,78). SİYK, kişinin yaşamın farklı boyutları bakımından kendinden hoşnut olmak ya da yaşamdan beklentileri ile elde ettikleri arasında görülen fark olarak tanımlanabilir (75).

Sağlıkla ilgili kişisel (klinikte) ve toplumsal uygulamaların (tedavi, program vb) başarısını değerlendirmek amacıyla; Nesnel (objektif) ve Öznel (subjektif) yani Hasta Tarafından Bildirilen Sonuçlar (HTBS) olmak üzere iki ayrı grup gösterge

kullanılmaktadır (19,75). Bunlardan HTBS göstergeleri kendi arasında işlevsel (fonksiyonel) ve SİYK olmak üzere iki alt kategoriye ayrılır (75).

Birinci gruptaki işlev yitimini ölçen göstergeler çoğu zaman yanlılıkla SİYK ölçekleri içinde değerlendirilmektedir oysa (belirlenen bir mesafeyi yürümek, bir işi başarabilmek vb.) belirli bir eylemi yapamamak işlev kaybı olarak değerlendirilirken, bir eylemin yapılamamasının bireyin yaşamının niteliğinde algılanan etkisi yaşam kalitesidir (75).

Yaşam kalitesinin objektif göstergelerinden fiziksel iyilik; fiziksel uğraşları yapmada yaşanan zorluk, fonksiyonel (işlevsel) yetersizlik, hastalık belirtileri ve sağlık durumuyla ilgili konular ise HTBS alt başlığında incelenir (19). Yaşam kalitesinin subjektif göstergeleri ise; psikolojik/duygusal iyilik hali ve yaşam doyumu konularını içermektedir (19).

2.5.3. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi

Hasta kişilerde hastalık davranışının, psikolojik reaksiyonların, uyumda yaşanan zorlanmaların anlaşılması ve gerekli baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine faydalı olacak bakım girişimlerinin planlanması, yaşam kalitesi değerlendirmeleriyle gerçekleştirilebilmektedir (20). Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler genel amaçlı (Jenerik) ve özel amaçlı (hastalığı özgü) olmak üzere iki ana sınıfa ayrılır (75,79).

Genel amaçlı ölçekler: Genel popülasyonda kullanılan, SİYK ilgilendiren, büyük bir fonksiyon kaybını ve genel olarak rahatsızlık spektrumunu içermeleri nedeniyle; hastalıklara ve hasta gruplarına özgü olmayıp bütün hastalıklar, durumlar ve farklı tıbbi uygulamalarda kullanılabilirler (75,79,80). En çok kullanılanları SF-36, SF-12, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi ölçeği (DSÖYKÖ), Nottingham Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili (Sickness ImpactProfile) bu kategoriye örnektirler (75,79).

Özel Amaçlı Ölçekler: Belirli bir hastalık veya duruma özel işlevsel bozuklukların ya da bir bulgunun yaşam kalitesine etkisini incelemek üzere tasarlanan ölçeklerdir (75,79,80).

Pediyatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi (PAYKA), McGill Ağrı Anketi, WHOQOL-DIS engelliler, DLQI genel dermatoloji, VSQ25 ise genel göz hastalıkları ölçeği bunlara örnek olarak verilebilir (75,79,81).

2.5.4. Yanıklar, Hemşirelik ve Refakatçilerin Yaşam Kalitesi

Günümüzde sağlık bakımının amacı; yaşamın uzatılması değil, kişinin sorunları ile uygun baş etme yöntemlerini geliştirmek, öz bakım gücünü, bağımsızlığını, yaşam kalitesini, bilgi ve becerilerini arttırmak ve geliştirmektir (21,22). Ciddi yanık yaralanmasında ağrı, kaşıntı, fonksiyon kaybı gibi fiziksel; yaranın kendisinin korku verici olması, hastanede kalış süresinin uzamasına paralel olarak umutsuzluk hissetmek, uyku sorunu, yanıklı hastanın şekil bozukluğu nedeniyle benlik saygısında azalma, ölüm korkusu gibi psikolojik; tedavi süresince aileden ayrı kalmadan dolayı ailesel problemlerin yaşanması ve yanık tedavisinin daha masraflı olması gibi nedenlerden dolayı yaşam kalitesi olumsuz etkilenebilmektedir (3,55,81).

Yanık bakım ekibinin bir üyesi olan hemşireye yanık tedavi sürecinde iyileşmeyi ve yaşam kalitesini arttırmada büyük ve önemli görevler düşmekte, bu amaçla hastayı psikososyal, mesleki danışmanlık ve destek gruplarına yönlendirmesi faydalı olabilmektedir (3,25).

Yanık yaralanmasının gelişme nedeni olan travmanın ani meydana gelmesi ve ciddiyeti; hasta ve ailesinin fiziksel ve ruhsal olarak yıkım içinde olmasının nedenidir (1,4). Hasta ile etkileşime geçen her birey hastanın psikososyal çevresini oluşturmaktadır (75). Hastaya uygulanan girişimlerde, hemşireler, hekimler, sosyal hizmet uzmanları veya böyle zamanlarda hasta ile dostça ilişkisi olan ve hastanın gösterdiği tepkileri iyi anlayabilen herhangi birine sorumluluk verilebilir (1).

Hastaların hastane ortamı içinde desteklenmeleri amacıyla hasta yakınların tedavi süresince hastanede onlara eşlik etmesine refakatçi uygulaması denmektedir (82,83). Ülkemizde refakatçilik hastanelerin çoğunda gerçekte hastanın duygusal ve sosyal gereksinimini karşılamak için zorunluluktan çok gereksinilen bir uygulamadır (18,20). Refakatçi uygulamasında, ilgili pek çok hastanede özel bir planlama ve düzenlemenin olmadığı, refakatçilerin eğitim ve denetiminin, bir birey olarak uyku, beslenme gibi kişisel gereksinimlerini karşılamalarına olanak sağlayan düzenlemelerin yapılmadığı gözlenmektedir (83,85).

Yapılan bir araştırmada refakatçilerin hastalarına yardım ederken, özellikle sağlıklı beslenme, uyku, hareket etme ve kişisel temizlik gibi sorunların yanında duygusal olarak; huzursuzluk, iç sıkıntısı, sinirlilik, mutsuzluk, ağlama isteği gibi

anksiyeteli ve depresif duygular içinde oldukları, sosyal anlamda; çoğunlukla ailesini çocuklarını özleyip onları merak ettikleri, aile düzenlerinin bozulduğu, ekonomik durumlarının olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (83). Yapılan bu araştırmada yaşam kalitesinin ilgilendiği; psikolojik, fiziksel, sosyal ve bireysel ve parasal esenlik olmak üzere dört temel konuda etkilenme vardır ve bu durum refakatçilerin de yaşam kalitesinin etkilendiğini düşündürmektedir.

Hemşirelerin hastalara olduğu kadar refakatçilerin gereksinimlerine de duyarlı davranmaları verilen hemşirelik bakımının kalitesini etkilemesi yönünden önemlidir (18).

Sonuç olarak tüm bu literatür bilgisi ışığında; yanıklı hasta yakınlarının, yaşam kaliteleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi refakatçilerin yaşam kalitelerini olumlu etkileyebilmek için geliştirilecek stratejilere ve yaklaşımlara katkı sağlayabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM) erişkin ve çocuk yanık ünitelerinde Haziran 2012 - Haziran 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın yürütüldüğü yer olan, TÖTM erişkin yanık ünitesi 9, çocuk yanık ünitesi 11 olmak üzere toplam 20 yatak kapasitesine sahiptir. Erişkin ve çocuk yanık ünitelerinde 8 öğretim üyesi ve üniteye gündüz ve gece vardiyalarında 5 asistan hekim, gündüzde 3, gecede 2 hemşire olmak üzere toplamda 29 hemşire görev yapmaktadır. Her hemşire ortalama 3-4 hastaya bakım vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; yanık ünitesinde tedavi gören hastalara en az iki hafta süresince refakat eden, 18 yaşından büyük, tanılanmış ruhsal bir sorunu olmayan hasta refakatçileri oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini bakım verdiği hastası yanık ünitesinde yatan, araştırma kriterlerine uyan, yapılan güç analizinde; %95 güven aralığında, evreni %94 temsil etme gücüne sahip 200 yanıklı hasta refakatçisi oluşturmuştur.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Okuma yazma bilen,
- İletişim kurabilen,

Araştırmacının yanık ünitesinde olduğu günlerde ve araştırma kriterlerine uyan hasta refakatçileri evrenden olasılıksız rastlantısal örneklem yöntemi ile seçilmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler, araştırmacı tarafından oluşturulan Kişisel Tanıtıcı Form (Ek 1), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (DSÖYKÖ-KF) (Ek 2) kullanılarak toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından Temmuz - Aralık 2012

tarihleri arasında, örneklem grubuna alınması planlanan refakatçi sayısına ulaşıncaya kadar, haftanın 5 iş günü erişkin ve çocuk yanık bölümlerinde bulunarak, araştırmaya alınma kriterlerine uyan her hasta refakatçisinden, ortalama 10 dakika süre ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

3.4.1. Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Tanıtıcı Form ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (Ek 2) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1.1. Kişisel Tanıtıcı Form: Kişisel tanıtıcı form dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm; refakatçilerin sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bilgilere yönelik 7 soru, ikinci bölüm; refakatçilerin sağlığı ile ilgili bilgileri elde etmeye yönelik 5 soru, üçüncü bölüm; yanıklı hasta ile ilgili özellikleri belirlemeye yönelik 6 soru, dördüncü bölüm yanıklı hastaya refakat etme ile ilgili özellikleri belirlemeye yönelik 5 soru içermektedir (Ek 1).

3.4.1.2. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL-BREF):

Kişinin yaşam kalitesini nasıl algıladığını değerlendirmek için hazırlanmış olan 100 soruluk World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) ölçeğinin 26 sorudan oluşan kısaltılmış şeklidir (86-88). Fiziksel, sosyal, çevresel ve psikolojik alan olmak üzere dört alt alandan oluşan ölçeğe ait soruları yanıtlarken katılımcılardan son 15 günü göz önünde bulundurmaları istenmektedir (89). Beşli değerlendirmeye sahip (1-5) likert tipi kapalı uçlu sorular içeren, çeşitli kültürlerde saha çalışması yapılan ve erişkin bireylere uygulanabilen ölçeğin güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğu kabul edilmektedir (89).

Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması 1999 yılında Eser ve arkadaşları tarafından yapılmış ve çalışmaları sırasında ölçeğe bir ulusal soru eklenerek soru sayısı 27'ye çıkarılmıştır (90).

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (DSÖYKÖ-KF)'nin Türkçe versiyonundaki 27. soru ulusal çevresel alan puanı şeklinde ayrı, 1. ve 2. sorular da bağımsız birer soru olarak değerlendirilmekte; 3., 4., 26. ve 27. sorulardan elde edilen yanıtlar olumsuzluk belirttiği için ters çevrilerek hesaplanmaktadır (90). Ölçeğin bir toplam puanı olmadığından fiziksel, sosyal,

psikolojik, çevresel ve ulusal çevresel alan olmak üzere beş adet ölçek alt puanı değerlendirilmektedir (90). İlk değerlendirilen alan olan fiziksel alan puanı 3., 4., 10., 15., 16., 17. ve 18. sorulardan; ikinci alan olan psikolojik alan puanı 5., 6., 7., 11., 19. ve 26. sorulardan; üçüncü alan olan sosyal alan puanı 20., 21. ve 22. sorulardan; dördüncü alan olan çevresel alan puanı 8., 9., 12., 13., 14., 23., 24. ve 25. sorulardan ve ulusal çevresel alan puanına yönelik 27. sorudan elde edilen puanların ayrı ayrı aritmetik ortalamaları alınıp 4 ile çarpılmasıyla hesaplanır (90).

Yaşam kalitesi ölçeği uygulandıktan sonra 4-20 puan üzerinden hesaplanan fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel ve ulusal çevresel alan puanlarında görülen artışa paralel olarak yaşam kalitesi de artmaktadır (90). Ölçeğin tüm bölümleri ve alanlarındaki iç tutarlılığını değerlendirmede [Cronbach alfa] değeri kullanılmış ve bu değer 0.53 ile 0.83 arasında olması ölçeğin güvenilirliğinin yüksek değerde olduğunu göstermiştir (89). Araştırmamızda ise Cronbach alfa değeri tüm bölümler için 0.91, fiziksel alan için 0.74, psikolojik alan için 0.72, sosyal alan için 0.55, çevresel alan için 0.78 bulunmuştur.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini kişisel tanıcı formdan elde edilen veriler ve bağımlı değişkenlerini ise DSÖYKÖ-KF'den elde edilen veriler oluşturmuştur. Verilerin analizi araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra SPSS (Statistic Package for the Social Sciences) 16.0 hazır istatistik programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde;

- Hastaların ve hasta refakatçilerinin sosyo-demografik özelliklerini incelemek amacıyla yüzdelerle dağılımlar, ortalama ve standart sapma,
- Hasta refakatçilerinin sosyo-demografik ve sağlıkla ilgili özelliklerinin DSÖYKÖ-KF puan ortalamalarının karşılaştırılması için bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, ANOVA, Mann Whitney U testi,
- Hasta ve hastaya refakat ile DSÖYKÖ-KF puan ortalamalarının karşılaştırılması için Bağımsız gruplarda t testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, ANOVA kullanılmıştır.
- Yanılgı düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Malatya Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır (EK 3). Bununla birlikte yanıklı hasta refakatçilerine araştırma ile ilgili bilgi verilip kişisel bilgilerinin korunacağı ve alınan bilgilerin sadece bu araştırmada kullanılacağı açıklandıktan sonra gönüllü olan refakatçiler araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırma kapsamına alınan refakatçilerin haklarının korunması amacıyla veriler toplanmaya başlamadan önce refakatçilere, araştırmanın amacı, süresi ve araştırma kapsamında yapılacak işlemler açıklanarak “*Aydınlatılmış Onam*” ilkesine uymaya özen gösterilmiştir. Gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden refakatçilerin aynı şekilde istediklerinde araştırmadan çekilebilecekleri açıklanarak “*Özerkliğe Saygı*” ilkesine, araştırmaya katılan refakatçilerin bireysel bilgilerinin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra gizli tutulacağı belirtilerek “*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması*” ilkesine uyulmuştur. Araştırmaya katılan refakatçilerden toplanan verilerin ve kimliklerinin saklı tutulacağı açıklanarak “*Kimliksizlik ve Güvenlik*” ilkesine uyulmuştur (91,92).

3.7. Araştırmanın Sınırlılığı

Bu araştırmanın sınırlılığı, evrenden örneklem seçiminde rastlantısal olasılıksız örneklem yönteminin kullanılmasıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları sadece bu gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1: Refakatçilerin ve Hastaların Sosyo-Demografik ve Refakat ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (S:200)

Sosyo-Demografik Özellikler	S	%
Cinsiyet		
Kadın	116	58
Erkek	84	42
Medeni durum		
Evli	164	82
Bekar	36	18
Çocuk sayısı		
Yok	39	19.5
1-2	65	32.5
3-4	69	34.5
5 ve üzeri	27	13.5
Eğitim		
İlköğretim	118	59
Lise	62	31
Fakülte/yüksek okul	20	10
Çalışma		
Çalışmıyor	126	63
Çalışıyor	74	37
Gelir durumu		
Gelir giderden az	113	56
Gelir gidere eşit	77	38
Gelir giderden fazla	10	5
	X±SS	
Yaş	35.17±10.61	
Hastanın yaşı	25.58±23.44	
Yatış süresi	24.05±10.79	
Refakat süresi	19.12±6.47	

Araştırmaya katılan refakatçilerin ve hastaların sosyo-demografik, refakat ile ilgili özellikleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Araştırmaya alınan refakatçilerin yaş ortalaması 35.17 ± 10.61 (18-67 yaş)’dir. Refakat edilen hastaların yaş ortalaması 25.58 ± 23.44 (1-91 yaş)’dür. Yatış süresi ortalama 24.05 ± 10.79 (14-54 gün)’dur ve refakat süresi 19.12 ± 6.47 (14-24 gün)’dir (Tablo 4.1).

Refakatçilerin %58’inin kadın, %82’sinin evli, %34.5’inin 3-4 çocuklu, %59’unun ilköğretim mezunu, %63’ünün çalışmadığı ve %56’sının gelirinin giderinden az olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2: Refakatçilerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile DSÖYKÖ-KF Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S:200)

Sosyo-Demografik Özellikler	Fiziksel Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	Çevresel Alan X±SS	Psikolojik Alan X±SS	Ulusal Çevresel Alan X±SS
Cinsiyet					
Kadın	14.21±2.32	12.67±2.75	13.70±2.50	13.81±2.23	16.58±4.42
Erkek	14.78±2.15	13.34±2.62	14.00±2.12	14.40±2.02	16.85±4.56
Test değeri t	-1.78	-1.73	-0.87	-1.91	-0.42
Anlamlılık	.07	.08	.38	.01	.67
Medeni durum					
Evli	14.25±2.18	12.84±2.71	13.53±2.28	13.86±2.08	16.82±4.32
Bekar	15.34±2.44	13.48±2.66	15.19±2.16	14.94±2.30	16.11±5.10
Test değeri t	-2.65	-1.27	-3.90	-2.74	0.87
Anlamlılık	.01	.20	.00	.01	.38
Çocuk sayısı					
Yok	15.13±2.37 ^a	13.64±2.98	14.71±2.44 ^a	14.78±2.36 ^a	16.41±4.66
1-2	14.72±2.11	13.02±2.66	14.06±2.43 ^a	14.32±2.26	16.92±4.62
3-4	13.94±2.27	12.54±2.75	13.31±2.21	13.53±1.91	16.81±4.14
5 ve üzeri	14.11±2.21	12.88±2.18	13.27±1.92	13.99±14.7	16.29±4.82
Test değeri ANOVA	2.91	1.39	3.82	3.48	.19
Anlamlılık	.03	.24	.01	.01	.90
Eğitim					
İlköğretim	14.32±2.28	13.05±2.68	13.47±2.26	13.74±2.07	16.74±4.52
Lise	14.40±2.15	12.36±2.51	13.87±2.23	14.17±1.99	16.25±4.45
Fakülte/y.okul	15.34±2.45	14.26±3.09 ^b	15.77±2.3 ^{b,c}	15.63±2.53 ^{b,c}	17.80±4.20
Test değeri X²_{k-w}	2.53	7.39	19.17	12.75	2.87
Anlamlılık	.28	.02	.00	.02	.23
Çalışma					
Çalışmıyor	14.30±2.29	12.93±2.73	13.69±2.41	13.88±2.16	16.60±4.41
Çalışıyor	14.67±2.21	13.00±2.71	14.00±2.17	14.36±2.14	16.98±4.51
Test değeri t	-1.12	-0.18	-0.89	-1.48	-0.58
Anlamlılık	.26	.85	.37	.13	.59
Gelir durumu					
Gelir giderden az	14.06±2.23	12.38±2.68	13.19±2.12	13.57±2.08	16.03±4.94
Gelir gidere eşit	14.89±2.12 ^d	13.59±2.61 ^d	14.51±2.27 ^d	14.63±1.99 ^d	17.45±3.72
Gelir giderden fazla	15.42±2.96	14.53±2.21 ^d	15.75±2.93 ^d	15.20±2.97	18.40±2.79
Test değeri X²_{k-w}	8.08	12.63	24.00	13.19	4.95
Anlamlılık	.01	.02	.00	.01	.08

- (a): 3-4 çocuğu olan grupla arasında istatistiksel olarak önemli fark vardır.
- (b): İlköğretim eğitimi alan grupla arasında istatistiksel olarak önemli fark vardır.
- (c): Lise eğitimi alan grupla arasında istatistiksel olarak önemli fark vardır.
- (d): Geliri giderinden az olan grupla arasında istatistiksel olarak önemli fark vardır.

Araştırmaya katılan hasta refakatçilerinin sosyo-demografik özellikleri ile DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutlarına ait Fiziksel Alan (FA), Sosyal Alan (SA), Çevresel Alan (ÇA), Psikolojik Alan (PA) ve Ulusal Çevresel Alan (UÇA) puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.2’te gösterilmiştir.

Katılımcıların %58’i kadındır (Tablo 4.1). DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından bakıldığında; kadınların PA alt ölçeği puan ortalamalarının, erkeklerden düşük olduğu belirlenmiş ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.2). Kadınların erkeklere oranla DSÖYKÖ-KF alt ölçek boyutlarının tümünden düşük puan aldıkları saptanmıştır.

Araştırmaya katılan refakatçilerin %82’sinin evli olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından değerlendirildiğinde, bekarların UÇA hariç puan ortalamalarının evlilerden yüksek olduğu saptanmış ve FA, PA ve ÇA puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.2). Evlilerin UÇA puan ortalaması bekarlardan yüksek bulunmuş ancak aradaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 4.2).

Araştırma kapsamına alınan refakatçilerin, %34.5’inin 3-4 çocuğunun olduğu, %32.5’inin 1-2 çocuğu, %13.5’inin 5 ve üzeri çocuğunun olduğu ve %19.5’inin hiç çocuğunun olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1). DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından 3-4 çocuğu olan grup ile çocuğu olmayan grup karşılaştırıldığında; çocuğu olmayan grubun FA, ÇA ve PA puan ortalamalarının 3-4 çocuğu olan gruptan yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistik olarak önemli fark saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.2). 1-2 çocuğu olan grup ile 3-4 çocuğu olan grup karşılaştırıldığında ise 1-2 çocuğu olan grubun ÇA puan ortalaması 3-4 çocuğu olan gruptan yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.2).

Araştırmaya katılan refakatçilerin %59’unun ilköğretim, %31’inin lise ve %10’unun fakülte veya yüksekokul mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından fakülte veya yüksekokul mezunu olan gruptaki bireylerin SA, ÇA ve PA puan ortalamalarının ilköğretim mezunu olanlardan yüksek bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.2).

Lise mezunu grup ile fakülte veya yüksekokul mezunu grup karşılaştırıldığında ise fakülte mezunlarının ÇA ve PA puan ortalamalarının lise mezunlarından yüksek olduğu saptanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 4.2).

Refakatçilerin %63'ünün bir işte çalışmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1). Refakatçilerin bir işte çalışma durumları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından bir işte çalışanların çalışmayanlardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu saptanmış ancak, aradaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 4.2).

Araştırmaya katılan refakatçilerin gelir durumuna bakılacak olursa; %56'sının gelirinin giderinden az olduğu, %38'inin gelirinin giderine eşit olduğu ve %5'inin ise gelirinin giderinden fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları yönünden geliri giderine eşit olan grubun geliri giderinden az olan gruptan FA, SA, ÇA ve PA puan ortalamaları yüksek bulunmuş ve bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 4.2). Geliri giderinden fazla olan grubun geliri giderinden az olan gruptan SA ve ÇA puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 4.2).

Tablo 4.3: Refakatçilerin Sağlık ile İlgili Özellikleri ve DSÖYKÖ-KF Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (S:200)

Sağlık ile ilgili özellikler	S	%	Fiziksel Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	Çevresel Alan X±SS	Psikolojik Alan X±SS	Ulusal Çevresel Alan X±SS
Kronik hastalık							
Yok	166	83	14.61±2.22	12.97±12.90	13.93±13.30	14.07±2.15	16.45±4.56
Var	34	17	13.68±2.36	12.90±2.87	13.90±2.38	14.01±2.24	17.88±3.84
Test değeri t			2.20	.13	1.42	.12	-1.70
Anlamlılık			.02	.89	.15	.89	.09
İlaç							
Yok	181	90.5	14.56±2.21	12.86±2.66	16.70±2.34	14.07±14.01	16.50±4.54
Var	19	9.5	13.35±2.52	13.82±3.05	13.84±2.46	14.01±2.24	18.52±3.32
Test değeri MWU			1696.50	1515.5	1670.0	1681.50	1.27
Anlamlılık			.92	.38	.83	.87	.04
Diyet							
Yok	184	92	14.53±2.23	12.96±2.72	13.86±2.34	14.08±2.15	16.69±4.46
Var	16	8	13.53±2.47	12.91±2.65	13.37±2.47	13.79±2.31	16.75±0.73
Test değeri MWU			1262.00	1440.00	1340.50	1445.00	143.00
Anlamlılık			.34	.88	.90	.51	.84
Yaşamda değişiklik							
Yok	194	97	14.50±2.23	12.98±2.71	13.84±2.34	14.09±2.15	16.65±4.52
Var	6	3	12.85±2.86	12.22±2.84	13.33±2.63	13.11±2.51	18.00±2.19
Test değeri MWU			387.00	493.00	552.00	441.00	543.00
Anlamlılık			.16	.51	.82	.31	.75
Sağlığı algılama							
Kötü	16	8	12.82±3.05	10.75±2.55	12.15±2.37	12.75±2.28	15.75±5.74
İyi	165	82.5	14.40±2.00 ^a	13.13±2.58 ^a	13.80±2.16 ^a	14.04±2.01 ^a	16.77±4.37
Çok iyi	19	9.5	16.24±2.59 ^{a,b}	13.26±3.18 ^a	15.47±2.88 ^{a,b}	14.06±2.16 ^{a,b}	16.84±4.33
Test değeri χ^2_{kw}			14.36	10.40	14.40	9.87	0.36
Anlamlılık			.01	.00	.01	.00	.83

(a): Sağlığını “kötü” olarak algılayan grupla arasında istatistik olarak önemli fark vardır.

(b): Sağlığını “iyi” olarak algılayan grupla arasındaki fark istatistik olarak önemli fark vardır.

* Sağlığını çok kötü olarak algılayanlarla kötü algılayanlar aynı kapsamda değerlendirilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan yanıklı hasta refakatçilerinin sağlıkları ile ilgili özellikleri ve DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan refakatçilerin %83'ünün herhangi bir kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir. DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından değerlendirildiğinde; kronik hastalığı olmayanların FA puan ortalaması olanlardan daha yüksek tespit edilmiş ve bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.3).

Katılımcıların %90.5'i sürekli kullandıkları bir ilacın olmadığını belirtmişlerdir. DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından ilaç kullanan grubun SA ve UÇA puan ortalaması kullanmayan gruptan yüksek bulunmuş ve UÇA puan ortalaması açısından gruplar arasında istatistik olarak önemli fark saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.3).

Refakatçilerin %92'si özel bir diyet programını takip etmediklerini belirtmişlerdir. DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından diyet takip etmeyen grup ile diyet takip eden grubun puan ortalamaları birbirine yakın bulunmuş ve ardaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 4.3).

Katılımcıların %97'si hastalık veya refakatten dolayı yaşamlarında herhangi bir değişiklik yapmadıklarını, %3'ü ise yaşamlarında değişiklik yaptıklarını (spor yapmak, dengeli beslenme ya da işten ayrılmak vb.) belirtmişlerdir. DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 4.3).

Katılımcıların %8'i sağlıklarını kötü, %82.5'i iyi ve %9.5'i çok iyi algıladıklarını belirtmişlerdir. DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından değerlendirildiğinde; sağlığını çok iyi algılayanların tüm alt boyutlardaki puan ortalamaları yüksek bulunmuş ve FA, SA, PA ve ÇA alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.3). Sağlığını iyi algılayanlarla kötü algılayanlar arasında ise FA, SA, PA ve ÇA alt boyut puan ortalamaları bakımından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.3).

Sağlığını iyi algılayan grup ile çok iyi algılayan grup karşılaştırıldığında; gruplar arasında FA, SA ve PA ölçek alt boyut puan ortalamaları yönünden istatistik olarak önemli bir fark saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.3).

Tablo 4.4: Refakatçilerin Yanıklı Hasta Özelliklerine Göre DSÖYKÖ-KF Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	S	%	Fiziksel Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	Çevresel Alan X±SS	Psikolojik Alan X±SS	Ulusal Çevresel Alan X±SS
Cinsiyet							
Kadın	75	37.5	14.69±2.23	12.74±2.52	14.24±2.31	14.11±2.12	16.80±4.64
Erkek	125	62.5	14.28±2.28	13.07±2.83	13.56±2.34	14.03±2.19	16.64±4.38
Test değeri t			1.17	-0.86	1.92	0.26	0.24
Anlamlılık			.24	.39	.05	.79	.80
Yanık türü							
Termal yanık	178	89	14.37±2.30	12.87±2.65	13.78±2.39	13.99±2.17	16.71±4.54
Elektrik yanığı	22	11	15.14±1.90	14.06±2.85	14.37±1.84	14.76±1.99	16.54±3.96
Test değeri t			-1.39	-1.24	-0.69	-1.24	0.17
Anlamlılık			.16	.21	.48	.21	.86
Organ kaybı							
Yok	191	95.5	14.41±2.23	12.94±2.66	13.82±2.35	14.07±2.16	16.67±4.52
Var	9	4.5	15.30±2.83	13.33±3.71	13.88±2.44	13.77±2.28	17.33±3.46
Test değeri MWU			711.00	777.00	817.00	801.50	831.00
Anlamlılık			.38	.62	.80	.73	.85
Hastanın şikayetleri							
Ağrı							
Yok	62	31	15.39±1.96	14.12±2.47	14.25±2.04	14.61±1.83	17.61±3.65
Var	138	69	14.03±2.27	12.43±2.65	13.63±2.45	13.81±2.25	16.28±4.75
Test değeri t			4.06	4.25	1.74	2.44	1.95
Anlamlılık			.00	.00	.08	.01	.05
Uyku sorunu							
Yok	88	44	14.61±2.27	13.48±2.76	13.80±2.37	14.18±2.03	17.18±4.07
Var	112	56	14.33±2.27	12.54±2.60	13.84±2.34	13.97±2.26	16.32±4.74
Test değeri t			0.86	2.45	-0.12	0.68	1.35
Anlamlılık			.39	.01	.90	.49	.17
Nefes darlığı							
Yok	167	83.5	14.45±2.22	13.00±2.74	13.80±2.31	14.11±2.13	16.67±4.57
Var	33	16.5	14.45±2.49	12.72±2.58	13.93±2.56	13.81±2.33	16.84±3.96
Test değeri t			-0.01	0.54	-0.29	0.71	-0.20
Anlamlılık			.99	.59	.77	.47	.83
Beslenme sorunu							
Yok	115	57.5	14.68±2.24	13.53±2.63	13.98±2.32	14.29±2.16	16.76±4.33
Var	85	42.5	14.14±2.27	12.18±2.63	13.61±2.37	13.74±2.13	16.61±4.68
Test değeri t			1.66	3.55	1.09	1.77	0.24
Anlamlılık			.09	.00	.27	.07	.81
Anksiyete/huzursuzluk							
Yok	86	43	14.58±2.26	13.37±2.54	13.91±2.44	14.22±2.18	17.34±3.66
Var	114	57	14.35±2.27	12.64±2.80	13.76±2.28	13.94±2.14	16.21±4.95
Test değeri t			0.70	1.91	0.43	0.91	1.79
Anlamlılık			.48	.05	.66	.36	.07

Refakatçilerin yanıklı hasta özelliklerine göre DSÖYKÖ-KF alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Refakat edilen hastaların %62.5'inin erkek, %37.5'inin kadın olduğu belirlenmiştir. DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında erkek ve kadın hastalar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 4.4).

Yanıklı hastaların %89'unun termal yanık, %11'inin elektrik yanığı nedeniyle yatarak tedavi gördükleri belirlenmiştir. DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyut puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 4.4).

Refakat edilen hastaların %4.5'i yanık nedeniyle organlarından en az birini kaybetmiştir. Organ kaybı olan bireye refakat edenlerle olmayanlara refakat edenler karşılaştırıldığında DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyut puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 4.4).

Refakat edilen hastaların %69'unda ağrı şikayetinin olduğu belirlenmiştir. Kendisinde ağrı görülen hastalara refakat eden katılımcılar ile ağrı görülmeyenlere refakat edenler DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları yönünden karşılaştırıldığında; ağrısı olan hastaya refakat eden grubun tüm alanlardaki puan ortalaması düşük bulunmuş ve FA, SA, PA, UÇA puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.4).

Refakat edilen hastaların %56'sının uyku sorunu vardır. DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları yönünden hastasında uyku sorunu olan grup ile olmayan grup karşılaştırıldığında; uyku sorunu olan hastalara refakat eden katılımcıların SA puan ortalamalarının uyku sorunu olmayanlara refakat edenlerden düşük bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.4).

Refakatçilerin %83.5'i hastasında nefes darlığı şikayetinin olmadığını %16.5'i ise olduğunu belirtmiştir. DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları yönünden iki grubu karşılaştırdığımızda gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 4.4).

Refakatçilerin %42.5'inin hastasında beslenme sorununun olduğu, %57.5'inin ise hastasında bu sorunun görülmediği belirlenmiştir. DSÖYKÖ-KF SA ölçek alt boyut puan ortalaması açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.4).

Katılımcıların %57'sinin hastasında anksiyete şikayeti olduğu %43'ününkinde ise bu şikayetin olmadığı belirlenmiştir. DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları bakımından anksiyetesi olmayan hastalara refakat eden katılımcıların SA puan ortalamaları, olanlara refakat edenlerden yüksek belirlenmiş ve gruplar arasındaki fark istatistik olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.4).

Tablo 4.5: Refakatçilerin Yanıklı Hastaya Refakat ile İlgili Özellikleri ile DSÖYKÖ-KF Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	S	%	Fiziksel Alan X±SS	Sosyal Alan X±SS	Çevresel Alan X±SS	Psikolojik Alan X±SS	Ulusal Çevresel Alan X±SS
Hastaya yakınlık durumu							
Eş	15	7.5	14.62±2.06	13.06±2.52	13.86±2.55	14.31±1.77	15.73±4.39
Çocuk	23	11.5	15.00±2.76	13.27±2.49	15.21±2.75 ^{ab}	14.81±2.30	17.56±3.95
Akraba	58	29	14.48±2.05	13.17±3.10	13.86±2.23	14.14±2.38	17.10±3.95
Ebeveyn	104	52	14.29±2.29	12.75±2.57	13.50±2.20	13.81±2.03	16.42±4.85
Test değeri X²_{k-w}			1.70	1.40	8.36	3.63	2.44
Anlamlılık			.63	.70	.03	.30	.48
Hasta ile birlikte yaşama durumu							
Birlikte	125	62.5	14.36±2.12	12.76±2.51	13.54±2.22	13.83±2.02	16.16±4.88
Birlikte değil	75	37.5	14.60±2.50	13.28±3.00	14.30±2.48	14.44±2.34	17.60±3.54
Test değeri t			-0.73	-1.29	-2.24	-1.94	-2.22
Anlamlılık			.46	.19	.02	.05	.02
Hastaya Refakat eden kişi							
Bir kişi	40	20	14.58±2.01	13.56±2.68	13.95±2.37	14.33±1.92	17.50±3.35
Birden fazla kişi	160	80	14.42±2.33	12.80±2.70	13.80±2.35	13.99±2.22	16.50±4.69
Test değeri t			0.41	1.58	0.36	0.88	1.26
Anlamlılık			.68	.11	.71	.37	.20
Refakatte yardım alınan kişiler							
Yok	35	17.5	14.80±1.91	13.86±2.46 ^c	14.01±2.37	14.15±1.74	17.94±3.12
Aile üyeleri	132	66	14.38±2.31	12.62±2.58	13.82±2.38	13.94±2.16	16.57±4.56
Akrabalar	33	16.5	14.33±2.44	13.33±3.24	13.65±2.23	14.44±2.54	15.87±5.14
Test değeri ANOVA			0.52	3.34	0.20	0.74	1.97
Anlamlılık			.59	.03	.81	.47	.14

(a): Hastanın akrabası olan grupla arasında istatistik olarak önemli fark vardır.

(b): Hastanın ebeveyni olan grupla arasında istatistik olarak önemli fark vardır.

(c): Refakat sürecinde aile üyelerinden yardım alan grupla arasında istatistik olarak önemli fark vardır.

Refakat edilen yanıklı hastalar ile ilgili özellikler ve DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Refakatçilerin hastaya yakınlığı yönünden değerlendirildiğinde; refakatçilerin %29'unun hastanın akrabası, %11,5'inin çocuğu ve %52'si hastanın ebeveyni olduğu belirlenmiştir. DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları yönünden hastanın çocuğu olan grubun ÇA puan ortalaması akrabası ve ebeveyni olan gruplardan yüksek belirlenmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.5).

Refakatçilerin %62.5'inin hasta ile birlikte yaşadığı, %37.5'inin ise hasta ile birlikte yaşamadığı belirlenmiştir. DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından gruplar karşılaştırıldığında hastayla birlikte yaşayan bireylerin ÇA, PA ve UÇA puan ortalamaları birlikte yaşamayanlardan yüksek belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.5).

Katılımcılardan %80'i hastalarına birden fazla kişinin refakat ettiğini belirtmişlerdir. DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyut puan ortalamaları açısından hastasına tek kişinin refakat ettiğini belirten grup ile birden fazla kişinin refakat ettiğini belirten grup arasındaki fark istatistik olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 4.5).

Refakatçilerin %17,5'i refakat sürecinde herhangi birinden yardım almadığını, % 66'sı aile üyelerinden, %16.5'inin ise akrabalarından yardım aldığını belirtmiştir. DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından değerlendirildiğinde; refakat yardımı almayan grubun SA puan ortalaması refakat sürecinde aile üyelerinden yardım alan gruptan yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.5).

Tablo 4.6: Sürekli Verilerin ve DSÖYKÖ-KF Ölçek Alt Puanlarının Birbirleri ile Korelasyonu (S:200)

		Yaş	Hastanın yaşı	Yatış süresi	Refakat süresi
Fiziksel Alan Puanı	r	-.23**	.06	.07	.09
	p	.01	.36	.27	.19
Sosyal Alan Puanı	r	-.06	.16*	-.02	-.02
	p	.33	.02	.73	.71
Çevresel Alan Puanı	r	.18*	.23**	-.05	.02
	p	.01	.01	.94	.75
Psikolojik Alan Puanı	r	-.12	.15*	.05	.04
	p	.09	.02	.41	.51
Ulusal Çevresel Alan Puanı	r	.11	.09	-.04	-.06
	p	.11	.20	.52	.37

*p<0.05

**p<0.001

Sürekli verilerin DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyut puanları ile korelasyonu Tablo 4.6’da gösterilmiştir.

Refakatçilerin yaş ortalaması 35.17±10.61 (18-67 yaş)’dir. Hastaların yaş ortalaması 25.58±23.44 (1-91 yaş)’tür ve yatış süresi ortalama 24.05±10.79 (14-54 gün arası)’dur (Tablo 4.1). İstatistik incelemeler sonucu refakatçilerin yaşı ile ÇA ölçek alt boyut puanı arasında pozitif yönde önemli zayıf bir ilişki vardır (p<0.05, Tablo 4.6).

Refakatçilerin yaşları arttıkça fiziksel alanda yaşam kalitesinin azaldığı ve negatif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir (p<0.001, Tablo 4.6). Hastaların yatış süresi ile refakatçilerin yaşam kalitesi ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (p>0.05, Tablo 4.6). Refakat edilen hastaların yaşı ile refakatçilerin SA ve PA ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05 Tablo 4.6). hastaların yaşı ile refakatçilerin çevresel alan yaşam kalitesi arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur (p<0.001, Tablo 4.6).

5. TARTIŞMA

Yanık yaralanmasının gelişme nedeni olan travmanın ani meydana gelmesi, ciddiyeti hasta ve ailesinin fiziksel ve ruhsal olarak yıkım içinde olmasının nedenidir (1,4). Hasta ile etkileşime geçen her birey hastanın psikososyal çevresini oluşturmaktadır (74). Hastaların hastane ortamı içinde desteklenmeleri amacıyla hasta yakınların tedavi süresince hastanede onlara eşlik etmesine refakatçi uygulaması denmektedir (82,83). Refakatçi uygulamasında ilgili pek çok hastanede özel bir planlama ve düzenlemenin olmadığı, refakatçilerin eğitim ve denetiminin, bir birey olarak uyku, beslenme gibi kişisel gereksinimlerini karşılamalarına olanak sağlayan düzenlemelerin yapılmadığı gözlenmektedir (83,85). Yapılan bir araştırmada refakatçilerin hastalarına yardım ederken, özellikle sağlıklı beslenme, uyku, hareket etme ve kişisel temizlik gibi sorunların yanında duygusal olarak; huzursuzluk, iç sıkıntısı, sinirlilik, mutsuzluk, ağlama isteği gibi depresif duygular içinde oldukları, sosyal anlamda; çoğunlukla ailesini çocuklarını özleyip onları merak ettikleri, aile düzenlerinin bozulduğu, ekonomik durumlarının olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (83). Buna göre, yaşam kalitesinin ilgilendiği; psikolojik, fiziksel, sosyal ve bireysel ve parasal esenlik olmak üzere dört temel konuda refakatçilerin de yaşam kalitesinin etkilendiği görülmüştür. Hemşirelerin hastalara olduğu kadar refakatçilerin gereksinimlerine de duyarlı davranmaları verilen hemşirelik bakımının kalitesini etkilemesi yönünden önemlidir (18).

Yanıklı hasta refakatçilerinin yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları, konu ile ilgili araştırmalara literatürde rastlanmadığı için kendilerine refakat edilen veya bakım verilen farklı hasta gruplarının yakınlarının yaşam kalitesine yönelik araştırmalar ile tartışılmıştır.

Araştırma sonucuna göre; kadınların yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal, çevresel ve psikolojik alanlarda düşük olduğu bulunmuş, PA ölçek alt boyut puan ortalaması yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark tespit edilmiştir ($p < 0.05$, Tablo 4.2). Hacıalıoğlu ve arkadaşları yaptıkları çalışmada erkeklerin çevresel ve ulusal çevresel alanda yaşam kalitelerinin kadınlara oranla daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (23). Yapılan bazı araştırmalarda ise cinsiyet ile hasta yakınlarının yaşam kaliteleri arasında istatistik olarak önemli bir farkın olmadığı belirtilmiştir (94,95,96).

Kadınların duygusal yönünün ağır basması ve yakınlarında görülen yanık yaralanmasından psikolojik olarak daha fazla etkilenmeleri nedeniyle yaşam kalitelerinin düşük olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların medeni durumu DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından değerlendirildiğinde, bekarların UÇA puan hariç, puan ortalamalarının evlilerden yüksek olduğu saptanmış ve FA, PA ve ÇA puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.2). Kızılcı yapmış olduğu araştırmada bizim araştırmamızı destekler biçimde, bekar olan hasta yakınlarının yaşam kalitesinin evlilerden daha yüksek bulmuş ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğunu belirtmiştir (97). Yapılan bazı çalışmalarda ise medeni durum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak önemli bir farkın olmadığı belirtilmiştir (21,23,93,95,96,98,99).

Bekar olan bireylerin, kendilerinden sorumlu başka bireylerin olmaması nedeniyle fiziksel ve çevresel olarak özgür hareket edebilmeleri böylece hastaları ile daha iyi ilgilenebilmelerinden dolayı yaşam kalitelerinin yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından 3-4 çocuğu olan grup ile çocuğu olmayan grup karşılaştırıldığında çocuğu olmayan grubun FA, ÇA ve PA puan ortalamalarının 3-4 çocuğu olan gruptan yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistik olarak önemli fark saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.2). 1-2 çocuğu olan grup ile 3-4 çocuğu olan grup karşılaştırıldığında ise 1-2 çocuğu olan grubun ÇA puan ortalaması 3-4 çocuğu olan gruptan yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.2). Kalav, inme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişki konulu çalışmasında bizim araştırmamızdan farklı olarak; çocuğu olmayan, 1-2 çocuğu, 3-4 çocuğu ve beşten fazla çocuğu olan grupların yaşam kaliteleri puanlarını birbirlerine yakın bulmuş ve gruplar arasındaki farkı istatistiksel olarak önemsiz olduğunu belirtmiştir (21).

Refakatçilerin çoğunun kadın, bir işte çalışmayan ve gelir durumu düşük bireyler olması, ailelerinden uzak bir şehirdeki yanık ünitesinde hastasına refakat etmesi, yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Diğer çocuklarına zaman ayıramadığını düşünen kadın refakatçilerde görülebilecek suçluluk duygusu psikolojik anlamda yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilir.

Araştırma kapsamına alınan refakatçilerin %59'u ilköğretim mezunu idi (Tablo 1). DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından, fakülte veya yüksekokul mezunu olan katılımcıların SA, ÇA ve PA puan ortalamaları, ilköğretim mezunu olanlardan yüksek bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2, $p<0.05$).

Lise mezunu grup ile fakülte veya yüksekokul mezunu grup karşılaştırıldığında ise fakülte mezunlarının ÇA ve PA puan ortalamalarının lise mezunlarından yüksek olduğu saptanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.2).

Bazı araştırmalarda bizim araştırmamızdaki bulgulardan farklı olarak hasta yakınlarının eğitim düzeyi ile yaşam kalitesi arasında istatistik açıdan önemli bir fark olmadığı belirtilmiştir (23,93,100). Kalav, ilkokul mezunu olan katılımcıların yaşam kalitesinin lise ve fakülte/yüksekokul mezunu gruptan çevresel alanda daha düşük olduğunu belirtmiştir (23). ZamZam ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyi yüksek bireylerin yaşam kalitesinin tüm alanlarında yüksek puan sahip olduklarını belirtmişlerdir (96). Yapılan başka bir araştırmada ise eğitim seviyesi düşük bireylerin psikolojik sağlık alanı, çevre alanı ve kültüre standartize çevre alanında yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur (94).

Eğitim düzeyinin artması ile birlikte maddi olanaklar da yükselir ve ekonomik olanakların artması sorun çözme yeteneğinde artışı beraberinde getirecektir (94). Yüksek eğitim seviyesi bakımla ilgili zorlukların yanı sıra yaşamda karşılaşılan diğer stresörler ile daha kolay baş edebilme olanağı sağlar (101,102). Bu nedenlerle Eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin sosyal ve psikolojik ve çevresel olarak yaşam kalitelerinin yüksek olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada refakatçilerin bir işte çalışma durumları arasındaki ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından bir işte çalışanların çalışmayanlardan daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu saptanmış ancak, aradaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 4.2).

Yapılan araştırmalarda bir işte çalışıp, çalışmama durumu ile yaşam kalitesi arasında önemli bir fark tespit edilmemiştir (21,94,100,103,104). Bu araştırmaların bulguları ile araştırma bulgularımız paralellik göstermektedir.

ZamZam ve arkadaşları bizim çalışmamızdan farklı olarak yaptıkları çalışmada, çalışmayan aile üyelerinin fiziksel ve psikolojik alanda yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir (98).

Aile üyeleri sevdikleri biri olan yanıklı hastaya bazen yardım etmede kendilerini yetersiz ve çaresiz hissedebilirler (1). Bir işte çalışmama durumunun gelir düzeyinin düşük olması nedeniyle bu yetersizlik duygusunu doğurabileceğinden yaşam kalitesinin düşük olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan refakatçilerin %56'sının gelirinin giderinden az, %38'inin gelirinin giderine eşit ve %5'inin gelirinin giderinden fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.1). DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları yönünden geliri giderine eşit olan grubun geliri giderinden az olan gruptan FA, SA, ÇA, PA puan ortalamaları yüksek bulunmuş ve bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.2).

Kalav, geliri giderden az olan katılımcıların DSÖYKÖ-KF FA, SA ve PA ölçek alt boyut puan ortalamalarının geliri giderine eşit olan gruptan düşük bulmuş ve iki grup arasında istatistiksel olarak önemli bir farkın olduğunu belirtmiştir (21). Yapılan diğer bir çalışmada ekonomik durumu 'kötü' olan bakım vericilerin sosyal alanda yaşam kalitelerinin daha fazla etkilendiği belirtilmiştir (93).

Geliri giderinden az olan bireylerin refakat süresince hastalarının ve kendi gereksinimlerini yeterli miktarda karşılayamamalarının yanı sıra; kadın, çocuğu olan ve bir işte çalışmayan refakatçilerin geride bıraktıkları aile üyelerinin geçimi için de endişelenmeleri gibi nedenlerle yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan refakatçilerin %83'ünün herhangi bir kronik hastalığı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından değerlendirildiğinde; kronik hastalığı olmayan grubun FA puan ortalaması olanlardan daha yüksek tespit edilmiş ve bu fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.3).

Yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olmayan bireylerin yaşam kalitesi puanının fiziksel alanda istatistiksel olarak önemli ölçüde yüksek olduğu belirtilmiştir (23). Bu araştırma sonucu ile çalışmamızın sonucu paralellik göstermektedir.

Araştırmamıza katılan refakatçilerin DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde diyet programını takip eden, ilaç kullanan ve yaşam değişikliği yapanların UÇA ölçek alt boyutu dışında bütün alanlardaki puan ortalamaları düşük bulunmuştur (Tablo 4.3). ilaç kullanan grubun SA ve UÇA puan ortalaması kullanan gruptan yüksek bulunmuş ve UÇA puan ortalaması açısından gruplar arasında istatistik olarak önemli fark saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.3).

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarının tedavisinin yanı sıra refakat ettikleri birey ile de ilgilenmeleri, hastalıkları nedeniyle kendilerini güçsüz hissetmeleri, hastalarının yakınmalarından dolayı uyku sorunu yaşamaları gibi nedenlerden dolayı yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada sağlığını çok kötü algılayan grup ile kötü algılayan grup birlikte değerlendirilmiştir. DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından değerlendirildiğinde; sağlığını çok iyi algılayanların FA, SA, PA ve ÇA puan ortalamaları sağlığını kötü algılayanlardan yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.3). Sağlığını iyi algılayanların ise FA, SA, PA ve ÇA puan ortalamaları sağlığını kötü algılayanlardan yüksek bulunmuş ve gruplar arasında istatistik olarak önemli bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.3). Sağlığını iyi algılayan grup ile çok iyi algılayan grup karşılaştırıldığında; gruplar arasında FA, SA ve PA ölçek alt boyut puan ortalamaları yönünden istatistik olarak önemli bir fark saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.3).

Hacıoğlu ve arkadaşları, Türkiye'nin doğusundaki kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmalarında, sağlığını kötü algılayan grubun fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel alanlardaki puanının düşük olduğunu belirtmişlerdir (23). Bu araştırmanın bulguları ile araştırmamızın bulgular paralellik göstermektedir. Kalav, bizim araştırmamızdan farklı olarak sağlığını kötü algılayanların fiziksel ve ruhsal olarak yaşam kalitelerinin daha fazla etkilendiğini belirtmiştir (21).

Hastasına refakat eden bireyin sağlığı olumsuz etkilenebilmektedir. Bunun nedeni olarak refakatçinin hastane ortamında uzun süre kalması, uyku problemi yaşaması ve yeterince dinlenememesi sayılabilir. Refakatçilerin yakınlarında görülen yanık yaralanmasından dolayı psikolojik bir travma yaşama olasılığı da sağlığın kötü

algılamasına neden olarak gösterilebilir. Belirtilen bu nedenlerden dolayı refakatçilerin yaşam kalitesinin düşük olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada refakat edilen yanıklı hastaların %62.5'inin erkek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Yapılan araştırmalarda da hastaların çoğunluğunun erkek olduğu belirtilmiştir (94,103). DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyut puanları açısından erkek ve bayan hastalar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.4).

Yapılan bir araştırmada hastaların cinsiyetleri ile hasta yakınlarının yaşam kaliteleri arasında istatistik bakımdan bir fark olmadığı belirtilmiştir (103). Bu araştırma sonucu ile araştırmamız sonucu paralellik göstermektedir.

Erkek veya kadın yanık hastalarında yanık sürecinde benzer yakınmaların olması yanıklı hasta refakatçilerinin yaşam kalitesi puanlarının birbirine yakın bulunmasına neden olabilir.

Bu araştırmada refakat edilen bireylerin %89'unun termal yanık nedeni ile tedavi gördükleri belirlenmiştir (Tablo 4.4). Literatürde de en sık karşılaşılan yanık türünün termal yanık olduğu belirtilmiştir (1,2,3,4,11,14,104). DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyut puanları açısından termal yanıklı hastaya refakat eden bireyler ile elektrik yanığı olan hastaya refakat eden bireylerin yaşam kaliteleri arasında istatistik olarak önemli bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.4).

Refakat edilen hastaların %69'unda ağrı şikayeti tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Literatürde ağrı yanıklı hastalarda sıkça görülen bir şikayet olarak belirtilmektedir (1,3,11,16,105,106,107). DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları yönünden karşılaştırıldığında; ağrısı olan hastaya refakat eden grubun tüm alanlardaki puan ortalaması düşük bulunmuş ve FA, SA, PA, UÇA puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.4).

Kalav, ağrısı olan hastaya bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesinin ruhsal ve sosyal olarak daha fazla etkilendiğini belirtmiştir (21).

Ağrısı olan hastalara refakat eden bireylerin hastalarında görülen bu durumdan dolayı diğer refakatçiler ile konuşup iletişim kurmakta isteksiz davranmaları ve ağrılı yanık sürecinde sıklıkla hüzün, ümitsizlik gibi duygular hissetmeleri yaşam kalitelerinin düşük olmasına neden olabilir.

Refakat edilen hastaların %56'sında uyku sorunu belirlenmiştir (Tablo 4.4). Literatürde uyku problemi yanıkta görülen hasta şikayetlerindedir (16,108,109). Uyku sorununun ağrı ve yanık ünitesindeki gürültü seviyesi ile ilgili bir durum olduğu belirtilmiştir (108,109). DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyut puanları bakımından uyku sorunu olan hastalara refakat eden katılımcıların sosyal hayatlarının daha fazla etkilendiği saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.4).

Ağrısından dolayı uyku sorunu yaşayan hastalara refakat eden bireylerin kendilerinin de uyku sorunu yaşayabileceği ve yorgun olmaları nedeniyle de diğer refakatçiler ile iletişim kurmakta isteksiz davranabilmeleri sosyal anlamda yaşam kalitelerinin düşük olmasına neden olabilir.

Refakatçilerin %42.5'i hastalarında beslenme sorunu görüldüğünü belirtmişlerdir (Tablo 4.4). DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyut puanları açısından hastasında beslenme sorunu görülen refakatçilerin sosyal hayatlarının daha fazla etkilendiği tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.4). Hastada görülebilen iştah azalmasından dolayı beslenme sorunu görülebilir (1,3,11). Yapılan bir araştırmada hastasında yutma gücüğü görülen bireylerin ruhsal ve çevresel alanda yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (21).

Hastasının gereğinden az beslendiğini düşünen refakatçinin, hastasının bu durumundan etkilenerek hastası için üzüntü duyması, bu sorunun giderilmesi için çaba sarf etmesine rağmen çoğu zaman bir sonuç alamaması sosyal anlamda yaşam kalitesinin daha düşük olmasına neden olabilir.

Refakatçilerin hastaya yakınlığı göz önünde bulundurulduğunda %52'sinin hastanın ebeveyni olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.5). Yapılan bazı araştırmalarda hasta yakınlarının çoğunun hastanın ebeveyni olduğu belirtilmiştir (39,41).

Yapılan başka araştırmalarda ise bizim bulgularımızdan farklı olarak hasta yakınlarının büyük bir kısmının hastanın çocuğu olduğu belirtilmiştir (21,23,96).

DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından hastanın çocuğu olan refakatçilerin yaşamlarının çevresel alanda akrabası ve ebeveyni olanlardan daha az etkilendiği tespit edilmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.5).

Yapılan bir araştırmada bizim araştırma bulgumuzdan farklı olarak hastanın ebeveyni olmanın yaşam kalitesine etkisinin olmadığı belirtilmiştir (98). Yapılan başka bir araştırmada ise hastaların eşlerinin; ebeveynleri, çocukları ve kardeşlerine göre psikolojik ve sosyal alan puanlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (23).

Hastanın akrabası veya ebeveyni olan refakatçinin hastasına daha fazla zaman ayırdığı için kendine zaman ayıramaması, sorumlu olduğu kişilerin hastanın çocuğu olan refakatçilerden daha fazla olmasının yanı sıra yabancı olduğu hastane ortamına uyum sağlamada zorluk çekmesi gibi nedenlerden dolayı yaşam kalitesinin düşük olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda refakatçilerin %62,5'inin hasta ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.5). DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından gruplar karşılaştırıldığında hastayla birlikte yaşayan bireylerin ÇA, PA ve UÇA puan ortalamaları birlikte yaşamayanlardan düşük belirlenmiş ve aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.5).

Kalav yapığı çalışmada hasta ile birlikte yaşayan grubun ÇA puan ortalamasının birlikte yaşamayanlardan düşük olduğunu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğunu belirtmiştir (21).

Yakınlarının başına gelen yanık olayından etkilenen refakatçilerin uzun süre hasta ile birlikte aynı ortamda bulunmaları ve kendilerine yeterince zaman ayıramamaları yaşam kalitelerinin düşük olmasına neden olabilir.

Araştırmamızda katılımcıların %17.5'i refakatte herhangi birinden yardım almadığını, %66'sı refakatte aile üyelerinden, %16.5'i ise akrabalarından yardım aldığını belirtmiştir (Tablo 4.5). DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları açısından değerlendirildiğinde; refakat yardımı olmayan grubun SA puan ortalaması refakatte aile üyelerinden yardım alan gruptan yüksek bulunmuş ve gruplar arasındaki istatistiksel olarak önemli fark saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.5).

Hacılioğlu ve arkadaşları, bizim araştırmamızdan farklı olarak yardım almayan bakım veren aile üyelerinin çevresel ve ulusal çevresel alanda yaşam kalitesinin düşük olduğunu belirtmişlerdir (23).

Özellikle büyük yanıklarda görülen ağrı ve hipovolemik şok gibi durumların yanı sıra hastanın bedensel görünüşündeki değişim nedeni ile yanık ailede görülen psikolojik bir travmadır (4). Aile üyelerinin yaşadıkları travma sosyal hayatlarında diğer insanlarla ilişki kurmada isteksiz davranmalarına neden olabileceğinden aile üyesi olan refakatçilerin yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği düşünülmektedir.

Araştırmamıza katılan refakatçilerin yaşları minimum 18 maksimum 67 ve yaş ortalamaları 37.17 ± 10.61 'dir (Tablo 4.1). Refakatçilerin yaşları ile DSÖYKÖ-KF ÇA ölçek alt boyut puanı arasında pozitif yönde önemli zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$, Tablo 4.6). Refakatçilerin yaşları arttıkça fiziksel alanda yaşam kalitesinin azaldığı ve negatif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.001$, Tablo 4.6)

Stengler-Wenzke ve arkadaşları yaptıkları araştırmada, hasta yakınlarının yaşları ile DSÖYKÖ-KF ölçek alt boyutları olan fiziksel ve çevresel alan arasında negatif yönde ilişki olduğunu ve bu ilişkinin fiziksel alanda önemli olduğunu belirtmişlerdir (100). Hacıaliogulu ve arkadaşları bizim araştırmamızdan farklı olarak, yaşı yüksek olan hasta yakınlarının yaşam kalitesinin fiziksel ve sosyal alanda olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir (23). Tel ve arkadaşları KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi adlı araştırmalarında 45 yaş altındaki bakım vericilerin yaşam kalitesinin özellikle ruhsal alanda daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (93). Bazı araştırmalarda ise hasta yakınlarının yaşı ile yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (98,103,110,111).

Yaşlı bireylerin kendilerinde bulunan bazı rahatsızlıkların yanı sıra yanıklı hastaya refakat etmeleri ek bir yorgunluk nedeni olduğundan; kendilerini güçsüz hissetmeleri, yaş ile birlikte bazı aktivitelerinde yetersizlik hissetmeleri fiziksel ve çevresel alanda yaşam kalitelerinin düşük olmasına neden olabilir.

Araştırmamızda refakat edilen hastaların yaşı ile refakatçilerin SA ve PA ölçek alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$ Tablo 4.6). hastaların yaşları ile refakatçilerin çevresel alan yaşam kalitesi arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.001$, Tablo 4.6).

Grover ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, yaşlı hastalara bakım veren hasta yakınlarının yaşam kalitesini fiziksel alanda azaldığını belirtmişlerdir (112). Yapılan başka bir araştırmada bakım veren hasta yakınlarının yaşam kalitesinin çevresel alan hariç tüm ölçek alt boyutlarında hastaların yaşından olumsuz olarak etkilediği belirtilmiştir (103). Yapılan bazı araştırmalarda ise hastaların yaşı ile hasta yakınlarının yaşam kalitesi arasında bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir (21,23,98).

Ağrı, özellikle ocuk hastalarda rahatsı edici bir durum olarak görülmektedir (113). Refakatçilerin kendilerine ayıracakları fazla zamanlarının olmamasının yanı sıra hüzün üzüntü gibi duyguları hissetmelerinden dolayı yaşam kaliteleri düşük olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnönü Üniversitesi TÖTM erişkin ve çocuk yanık ünitesinde yatan yanıklı hasta refakatçilerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla 200 yanıklı hasta refakatçisinin değerlendirildiği araştırmamızdan elde edilen sonuçlar şunlardır:

Refakatçinin kadın, evli, 3-4 çocuk sahibi, ilköğretim mezunu, gelirin giderinden az olması, kronik hastalığının olması gibi faktörlerin yanında yaş ortalaması düşük, ağrısı, uyku sorunu, beslenme sorunu, anksiyetesi olan hastaya refakat etme, hastayla birlikte yaşama ve refakatte aile üyelerinden yardım alma gibi faktörlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır.

Refakatçinin bir işte çalışma durumu, refakat edilen hastada görülebilen organ kaybı, nefes darlığı gibi faktörlerin yanı sıra hastaya refakat eden kişi sayısı da yaşam kalitesini etkilememiştir.

Araştırmamızın sonuçları ışığında;

- Özellikle yaş ortalaması düşük, ağrısı, uyku sorunu, beslenme sorunu ve anksiyetesi olan hastalara refakat eden refakatçilerin kendilerine de zaman ayırmalarını sağlamak için refakatçi değişiminin sağlanması,
- Refakatçilere yanık bakımı ve tedavi sürecinde eğitim verilmesi,
- Yanıklı hastaya özellikle ciddi yanıklı hastalara refakat eden kişilerin ve hasta yakınlarının yanık bakımı ve süreci ile ilgili yaşadıkları deneyimleri paylaşacakları destek grupların kurulması,
- Yanıklı hasta refakatçilerinin yaşam kalitesinin belirli aralıklarla incelenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- 1- Güler, A., Kanan, N. ve Akyolcu, N. (2012). *Cerrahi Hemşireliği I*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- 2- Yorgancı, K. ve Öner, Z. (2009). *Yanıklar*. İ. Sayek ve M.M. Özmen (Ed.). *Temel Cerrahi El Kitabı* (s.176-185). İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri.
- 3- Yavuz, M. (2011). *Yanıklar*. A. Karadakovan ve F. Eti Aslan (Ed.). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* (s.1075-101103). Adana: Nobel Kitabevi.
- 4- Eti Aslan, F. (2004). *Yanıklarda Acil Bakım*. D. Şelimen (Ed.). *Acil Bakım*. (s.350-369). İstanbul: Yüce Yayım.
- 5- Faydalı, S. ve Bayraktar, N. (2011). Yanıklı Hastaların ve Yakınlarının Taburculuk Sonrası Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 13(1), 47-60.
- 6- Birgili, F. ve Özcan M. (2012). Kök Boya Ustasından Bitki Kökleri ile Yanık Uygulaması "Bitki Kökleri ile Yanık Uygulaması". *Lokman Hekim Journal*, 2(3), 73-76.
- 7- Liao, C.C. and Rossignol, A.M. (2000). Landmarks in Burn Prevention. *Burns*, 26(2000), 422-434.
- 8- Burn İncidence and Treatment States: 2012 FactSheet. Erişim: 6 Aralık 2012, http://www.ameriburn.org/resources_factsheet.php
- 9- Türegün, M., Şengezer, M., Selmanpakoğlu, N., Çeliköz, B. ve Nişancı, M. (1997). The Last Ten Years in a Burn Center in Ankara, Turkey: An Analysis of 5264 Cases. *Burns*, 23(7-8), 584-590.
- 10- Arıncı, A. (2000). *Yanıklar ve Tedavileri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- 11- Solotkin, K.C. and Knipe, C.J. (2000). *Patient with Burns*. S.M. Lewis, M.M. Heitkemper, and S.R. Dirksen (Ed.). *Medical Surgical Nursing (Fifth Edition) Assesment and Management of Critical Problems*. (s.523-550). St. Louise: Mosby Harcourt Health Science.
- 12- Yorgancı, K. ve Gelecek Geyik, S. (2007). Ciddi Yanık Hastasının İzlem ve Tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 38(3), 135-140.
- 13- Yanık Yarasında Hemşirelik Bakımı. Erişim: 27 Mayıs 2012, http://www.steteskop.net/Tibbi_Makale-file-print-sid-1679.html

- 14- Wilson, W. (2000). *Massive Tissue Loss: Burns*. A.R. Bryant (Ed.). *Acute & Chronic Wounds, Nursing Management Second Edition*. (s.197-220). St. Louise: Mosby an Affiliate of Elsevier.
- 15- Çevik, Ü. (2003). Yanıklı Çocuklarda Ağrı ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(3), 91-95.
- 16- Flynn, M.B. (2002). *Burn injuries*. K.A. McQuillan, K.T. VonRueden, R.B. Hartcock, M.B. Flynn and E. Whalen (Ed.). *Trauma Nursing from Resuscitation Through Rehabilitation (Third Edition)*. (s.788-809). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- 17- Gordon, M. and Goodwin CW. (1997). Burn Management. İntial Assesment, Management, and Stabilization. *Nursing Clinics of North America*, 32(2), 237-249.
- 18- Arıkan, D., Güdücü Tüfekçi, F. ve Taştekin, A. (2007). Çocuk Kliniklerindeki Refakatçilerin Hastanede Yaşadıkları Sorunlar, Beklentileri ve Problem Çözme Düzeyleri ile İlişkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2), 49-57.
- 19- Ergün, A., Eti Aslan, F., Varan, F., Olgun, N. ve Kuğuoğlu, S. (2011). *Sağlık Bakımında Gelişmeler ve Bakım Uygulamaları*. A. Karadakovan ve F. Eti Aslan (Ed.). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* (s.3-23). Adana: Nobel Kitabevi.
- 20- Ertem, G., Kalkım, A., Bulut, S. ve Sevil, Ü. (2009). Radyoterapi Alan Hastaların Evde Bakım Gereksinimleri ve Yaşam Kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi*, 2(2), 3-12.
- 21- Kalav, S. (2011). **İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki**. Yüksek Lisans tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin.
- 22- Yıldız, H. (2010). *Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi*. E. Eser (Ed.). 3. Ulusal Sağlık Alanında Yaşam Kalitesi Kongresi: 6 Mart 2010-İzmir: Bildiriler (s.35-37).

- 23- Hacıoğlu, N., Özer, N., Yılmaz Karabulut, E., Erdem, N. and Erci, B. (2010). The Quality of Life of Family Caregivers of Cancer Patients in East of Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*, 14(3), 211-217.
- 24- Zor, F., Ersöz, Nail., Külahçı, Y., Kapı, E. ve Bozkurt, M. (2009). Birinci Basamak Yanık Tedavisinde Altın Standartlar. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3), 219-225.
- 25- Tuna, Z. ve Çetin, C. (2010). Yanıklı Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Hacettepe üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 17(2), 1-12.
- 26- Hettiaratchy, S. and Dziewulski P. (2004). ABC of Burns. [Elektronik Sürüm]. **Bio Medical Journal**, 328(5), 1366-1368.
- 27- Burns. Erişim: 3 Mart 2013. <http://www.who.int/topics/burns/en/>
- 28- Al, B., Çoban, S. ve Güloğlu, C. (2010). Tandır Burns in and Around Diyarbakır, Turkey. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*, 16(1), 59-62.
- 29- The Global Burden of Disease. Erişim: 3 Mart 2013, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en
- 30- Forjuoh, S.N. (2006). Burns in Low- and middle-income countries: A Review of Available Literature on Descriptive Epidemiology, Risk Factors, Treatment and Prevention. *Burns*, 32(5), 529-537.
- 31- Jiang, X., Zhang, Y., Wang, Y., Wang, B., Xu, Y. and Shang, L. (2010). An Analysis of 6215 Hospitalized Unintentional Injuries among Children Aged 0-14 in Northwest China. *Accident Analysis and Prevention*, 42(1), 811-826.
- 32- Karimi, H., Motevalian A., Motabar, A.R., Safari, R., Parvan, M.S. and Vasigh, M. (2012). Epidemiology of Pediatric Burns in Iran. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 25(3), 115-120.
- 33- Masreky, S.R., Rahman, A., Chowdhury, S.M., Giashuddin, S., Swanström, L., Linnan, M., Shafinaz, S., Uhaa, I.J. and Rahman, F. (2008). Epidemiology of Childhood burn: Yield of Largest Community Based Injury Survey in Bangladesh. *Burns*, 34(6), 856-862.

- 34- Masreky, S.R., Rahman, A., Chowdhury, S.M., Khan, T.F., Svanström, L. and Rahman, F. (2009). Non-fatal Burn is A Major Cause of İllness: Findings from the Largest Community-based National Survey in Bangladesh. *İnjury Prevention*, 15(6), 397-402.
- 35- Gökalan Kara, İ. (2006). *Erişkinde Yanıklar*. R. Doğan, İ. Taştepe ve T. Liman, (Ed.). *Travma*. (s.745-756). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- 36- Kut, A., Moray, G. and Haberal, M.A. (2005). Current Status of Burn Care Facilities: A Nationwide Survey. *Burns*, 31(6), 679-686.
- 37- Reis, E., Yastı, A.Ç., Kerimoğlu, R.S., Dolapçı, M., Doğanay, M. ve Güloğlu, C. The Effects of habitual Negligence among Families with Respect to Pediatric Burns. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery*, 15(6), 607-610.
- 38- Süzen, L.B. (2008). *Temel İlk Yardım*. Antalya: Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti.
- 39- Purdue, G.F., Arnould, B.D. and Hunt, J.L. (2007). *Electrical Injuries*. D.N. Herndon (Ed.). *Total Burn Care (Third Adition)*. (s. 513-520). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- 40- Beierle, E.A. and Chung, D.A. (2007). Surgical Management of Complications of Burn İnjury D.N. Herndon (Ed.). *Total Burn Care (Third Adition)*. (s. 502-512). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- 41- Luce, L.A. (1991). *Electrical Injuries*. L.G. MC Carthy (Ed.). *Plastic Surgery Volume 1 (First Adition)*. (s. 814-830). Philadelphia: W.B. Saunders.
- 42- Sanford, A.P. (2007). *Chemical Burns*. D.N. Herndon (Ed.). *Total Burn Care (Third Adition)*. (s. 536-541). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- 43- Jenkins, L. (2005). *Care of the Patient with Major Burns*. R.A. O'Shea (Ed.). *Principals and Practice of Trauma Nursing* (s. 497-512). London: Saunders Elsevier.
- 44- Yarrow, J., Moimen, N., Gulhane, S. (2009). Early Management of Burn in Children. *Pediatrics and Child Health*, 19(11), 509-516.
- 45- Akdemir, E., Eyidoğan, F. ve Öztemiz, N. (2004). İlk Yardım. [Elektronik Sürüm]. Ankara: Sivil Savunma Genel Müdürlüğü Yayın No: 73.

- 46- Waghmare, C.M. (2013). Radiation Burn-From Mechanism to Management. *Burns*, 39(2), 212-219.
- 47- Milner, S.M. (2007). *Radiation Injuries, Vesicant Burns and Mass Casualties*. D.N. Herndon (Ed.). *Total Burn Care (Third Adition)*. (s. 542-553). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- 48- Traber, D.N., Herndon, D.N., Enkhbaatar, P., Maybouer, M.O. and Maybauer, D.M. (2007). *The Patophysiology of Inhalation Injury*. D.N. Herndon (Ed.). *Total Burn Care (Third Adition)*. (s. 248-261). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- 49- Dogra, C.B.B. (2004). Initial Management of Burns. *Medical Journal Armed Forces India*, 60(3), 277-280.
- 50- Montrey, S., Hoeksema, H., Verbelen, J., Pirayesh, A. and Blondeel, P. (2008). Assessment of Burn Depth and Burn Wound Healing Potential. *Burns*, 34(6), 761-769.
- 51- Lawton, G. and Dheansa, B. (2008). The Management of Major Burns – a Surgical Perspective. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 19(5-6), 275-281.
- 52- Çördük, N. ve Sarioğlu, Büke, A. (2006). *Çocukta Yanıklar*. R. Doğan, İ. Taştepe ve T. Liman (Ed.). *Travma*. (s.757-765). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- 53- Lee, J.O. and Herndon, D.N., (2007). *The Pediatric Burned Patient*. D.N. Herndon (Ed.). *Total Burn Care (Third Adition)*. (s. 485-495). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- 54- Yanık Nedir ?. Erişim: 29 Mart 2013, <http://plastik-rek-cerr.uludag.edu.tr/yaniknedir.html>.
- 55- Burns. Erişim: 29 Mart 2013, <http://mstcparamedic.pbworks.com/w/page/21902816/Burns>
- 56- Fawler, A. (1998). Nursing Management of Minor Burn Injuries. *Emergency Nurse*, 6(6), 31-39.
- 57- Hartford, C.E. and Kealey, G.P. (2007). *Care of Outpatient Burns*. D.N. Herndon (Ed.). *Total Burn Care (Third Adition)*. (s. 67-80). Philadelphia: Saunders Elsevier.

- 58- Bessey, P.Q., Arons, R.R., Dimaggio, C.J. and Yurt, R.R. (2006). The Vulnerabilities of Age: Burns in Children and Older Adults. *Surgery*, 140(4), 705-715.
- 59- Foglia R.P., Moushey, R.P., Meadows, L., Seigel, J. and Smith, M. (2004). Evolving Treatment in a Decade of Pediatric Burn Care. *Journal of Pediatric Surgery*, 39(6), 957-960.
- 60- Gordon, M., and Marvin, J. (2007). *Burn Nursing*. D.N. Herndon (Ed.). *Total Burn Care (Third Edition)*. (s. 477-484). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- 61- Hixon S, Sole M, Kir T. (1998). Nursing Strategies to Prevent Ventilator Associated Pneumonia. *American Association of Critical-Nurses Clinical Issues*, 9(1), 1–15.
- 62- Warden, G.D. 2007). *Fluid Resuscitation and Early Management*. D.N. Herndon (Ed.). *Total Burn Care (Third Edition)*. (s. 107-118). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- 63- Mlcak, R.P. and Buffalo, M.C. (2007). *Pre-hospital Management, Transportation, and Emergency Care*. D.N. Herndon (Ed.). *Total Burn Care (Third Edition)*. (s. 81-92). Philadelphia: Saunders Elsevier.
- 64- American Burn Association Burn Center Referral Criteria. Erişim: 29 Mart 2013, <http://www.ameriburn.org/BurnCenterReferralCriteria.pdf>
- 65- Summer, G.J., Puntillo, K.A., Maiskowski, C., Green, P.G. and Levine, J.D. (2007). Burn Injury Pain: The Continuing Challenge. *The Journal of Pain*, 8(7), 533-548.
- 66- Mohammadi Fakhar, F., Rafii, F. and Orak, R.J. (2012). The Effect of Jaw Relaxation on Pain Anxiety During Burn Dressings: Randomised clinical trial. *Burns*, 39(1), 61-67.
- 67- Lindford, A.J., Kaartine, I.S., Violainen, S., Kuokkanen, H.O. and Vuola, J. (2012). The dermis graft: Another Autologous Option for Acute Burn Wound Coverage. *Burns*, 38(2), 274-282.
- 68- Kavanagh, S. and Jong, A. (2004). Care of Burn Patient in The Hospital. *Burns*, 30(2004), 2-6.

- 69- Cirotte, A., Leclerc, T., Jault, P., Duhamel, P., Lataillade, J.J. and Barges, L. (2011). Cultured Epithelial Autografts in Massive Burns: A Single-Center Retrospective Study with 63 Patients. *Burns*, 37(6), 964-972.
- 70- Keck, M., Lumenta, D.B., Andel, H., Kamolz, L.P., Frey, M. (2009). Burn Treatment in The Eldery. *Burns*, 35(8), 1071-1079.
- 71- Schneider, J.C., Qu, H.D., Lowry, J., Walker, J., Vitale, E. and Zona, M. (2012). Efficacy of inpatient burn rehabilitation: A Prospective Pilot Study Examining Range of Motion, Hand Function and Balance. *Burns*, 38(2), 164-171.
- 72- Feng, C.H., Chang, J.Y., Chuang, S.S., Huang, C.Y., Hsiao, Y.C. and Lai, C.Y. (2010). Free Medial Thigh Perforator Flap for Reconstruction of The Dynamic and Static Complex Burn Scar Contracture. *Burns*, 36(4), 565-571.
- 73- Kurt, A.S. ve Çetinkaya, A. (2008). Lösemili Çocuklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(8), 36-56.
- 74- Eser, E. (2012). *Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri*. Arı, Z. (Haz.). Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu: 4 Mayıs 2012-İzmir: Konferanslar Konuşma Metinleri (s. 2-5).
- 75- Luleci, E., Hey, W. and Subaşı, F. (2008). Assesing Selected Quality of Life Factors of Nursing Home Residents in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46(1), 57-66.
- 76- Rona A. N. (2010). **Understanding the Quality of Life of Personal Care Home Residents with Alzheimer's Disease and Related Dementias: Family Caregiver's Perspectives**. Master of Science thesis, University of Manitoba, Manitoba Canada.
- 77- Hayatı Ertelemek ya da Daha İyi Yaşamak İçin Daha Kötü Yaşamak. Erişim: 26 Nisan 2013, <http://www.koprudergisi.com/index.asp?Bolum=EskiSayilar&Goster=Yazi&YaziNo=679>
- 78- Koltara, S. (2008). **Taksim ve Eğitim Araştırma Hastanesi Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Araştırılması**. Uzmanlık tezi, Sağlık

- Bakanlığı Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.
- 79- Güler, D. (2006). **Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon**. Uzmanlık tezi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.
- 80- Aksu, M.T. (2008). **Kronik Hastalığı Olan Çocukların Annelerinin Sosyodemografik Özellikleri Depresyon, Aksiyete, Problem Çözme Yeteneği ve Yaşam Kaliteleri Açısından Değerlendirilmesi**. Uzmanlık tezi, Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul.
- 81- Roh, Y.S., Chung, H.S., Kwon, B. Kim, G. (2012). Association Between Depression, Patient Scar Assessment and Burn-Specific Health in Hospitalized Burn Patients. *Burns*, 38(4), 506-512.
- 82- Sharp, T. (1990). Relatives' Involvement in Caring for The Elderly Mentally ill Following Long-Term Hospitalization. *Journal of Advantaged Nursing*, 15(1), 67-73.
- 83- Elibol, N. ve Doğan, S. (1997). **Hasta refakatçilerinin hastanede yaptıkları uygulamalar ve hastane ortamından etkilenme durumları**. [Poster]. V. *Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir*.
- 84- Trakye, G. (2011). Kanserli Hasta Yakınlarıyla Etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2), 78-82.
- 85- Collier, J.H., and Schirm, V. (1992). Family-focused Nursing Care of Hospitalized Elderly. *International Journal of Nursing Studies*, 29(1), 49-57.
- 86- WHOQOL GROUP (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- 87- Gültekin, B.K. ve Dereboy, İ.F. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı ve Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi, Akademik Başarı ve Kimlik Oluşumu Üzerine Etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3). 150-158.
- 88- WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF). Erişim: 6 Aralık 2012, http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whoqolbref/en/

- 89- Fidaner, H., Elbi, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Eser, E. ve Göker, E. (1999). Yaşam kalitesinin ölçülmesi: WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF, *3P Dergisi*, 7(ek2), 5-13.
- 90- Telatar, G.T. (2007). **Sanayide Çalışan 20–24 Yaş Grubu Erkeklerin Yaşam Kalitesi ve Riskli Davranışlarının Belirlenmesi**. Uzmanlık tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- 91- Bayık, A. (2002). Hemşirelik Araştırmalarında Etik. İ. Erefe (Ed.). *Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri*, (s. 27-48). İstanbul: Ofset Baskı.
- 92- Ulusoy, M.F., Uçar, H. (2002). *Araştırma Etiği*, Ankara: 72. Tasarım Ltd Şti.
- 93- Tel, H., Demirkol, D., Kara, S. ve Aydın, D. (2012). Koah'lı Hastaların Bakım Vericilerinde Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi. *Türk Toraks Dergisi*, 13(3), 87-92.
- 94- Bauman M., Couffignal S., Bihan, E.L. and Chau, N. (2012). Life Satisfaction Two-Years after Stroke Onset: The Effects of Gender, Sex Occupational Status, Memory Function and Quality of Life among Stroke Patients (Newsqol) and Their Family Caregivers (Whoqol-bref) in Luxembourg. *BMC Neurology*, 12(105), 2-11.
- 95- Aydemir, Ç., Kasım, İ., Çebeci, S., Göka, E. ve Tüzer, V. (2000). Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar. *Kriz Dergisi*, 10(2), 29-39.
- 96- Çivi, S., Ruhuşen, K. ve Çelik, H.H. (2011). Kanser Hasta yakınlarında depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 53(4), 248-253.
- 97- Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi Alan Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(2), 18-26.
- 98- ZamZam, R., Midin, M., Hooi, L.S., Yi, E.J., Ahmad, S.N., Azman, S.F. Borhanudin, M.S. Radzi, R.S. (2011). Schizophrenia in Malaysian families: A Study on Factors Associated With Qualityof Life of Primary Family Caregivers. *International Journal of Mental Health Systems*, 5(16), 2-10.

- 99- Lin, J.D., Hu, J., Yen, C.F., Hsu, S.W., Lin, L.P., Loh, C.H., Chen, M.H., Wu, S.R., Chu, C.M. and Wu, J.L. (2009). Quality of Life in Caregivers of Children and Adolescents with Intellectual Disabilities: Use of WHOQOL-BREF Survey. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1448-1458.
- 100- Strenger-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H. and Angermeyer, M.C. (2006). Quality of Life of Relatives of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47(6), 523-527.
- 101- Awadalla, A.W., Ohaeri, J.U., Salih, A.A. and Tawfiq, A.M. (2005). Subjective Quality of Life of Community Living Sudanese Psychiatric patients. Comparison with Family Caregiver's Impressions and Control Group. *Quality of Life Research*, 14(8), 1855-1867.
- 102- Safasi, A., Crumlish, N., Samalani, P., Kinsella, A., O'Challaghan, E. and Chilale, H. (2008). A Little Knowledge: Caregiver Burden in Schizophrenia in Malawi. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 43(2), 160-164.
- 103- Awadalla, A.W., Ohaeri, J.U., Al-awadi, S.A. and Tawfiq, A.M. (2006). Diabetes Mellitus Patient's Family Caregiver's Subjective Quality of Life. *Journal of the National Medical Association*, 98(5), 727-746.
- 104- Ovayolu, N., Türk, N. ve Uçan, Ö. (2006). Yanık Nedeniyle Acile Gelen Hastaların Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(4), 91-98.
- 105- Kurşun, Ş. ve Kanan, N. (2007). Yanık Ağrısı ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 15(60), 195-199.
- 106- De Jong, A.E.E., Middlekoop, E., Faber, A.W. and Van Loey, N.E.E. (2007). Non-Pharmacological Nursing Interventions for Procedural Pain Relief in Adults with Burns: A Systematic Literature Review. *Burns*, 33(7), 811-827.
- 107- Summer, G.J., Puntillo, K.A., Miaskowski, C., Green, P.G. ve Levine, J.D. (2007). Burn Injury Pain: The Continuing Challenge. *The Journal of Pain*, 8(7), 533-548.
- 108- Cordova, A.C., Logishetty, K., Fauerbach, J., Price, L.A., Gibson, B.R. and Milner, S.M. (2013). Noise Level in Burn Intensive Care Unit. *Burns*, 39(1), 44-48.

- 109- Smith, M.T., Klick B., Kozachik, S., Edwards, R.E., Holavanahalli, R., Wiechman, S., Blakeney P., Lezotte, D. and Fauerbach, J.A. (2008). Sleep Onset Insomnia Symptoms During Hospitalization for Major Burn Injury Predict Chronic Pain. *Pain*, 138(3), 497-506.
- 110- Leung, C.Y.S. and Li-tsang, C.W.P. (2003). Quality of Life of Parents Who Have Children With Disabilities. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 13(1), 19-24.
- 111- Cicek, E., Cicek, I.E., Kayhan, F., Uguz, F. and Kaya, N. (2013). Quality of Life, Family Burden and Associated Factors in Relatives with Obsessive-compulsive Disorder. *General Hospital Psychiatry*, 35(3), 253-258.
- 112- Grower, S. and Dutt, A. (2011), Percieved Burden and Quality of Life of Caregivers in Obcessive-compulsive Disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65(5), 416-422.
- 113- Köhler, H., Schultz, S. and Wiebalck, A. (2001). Pain Management in Children: Assesment and Documentation in Burn Units. *European Journal of Pediatric Surgery*, 11(1), 40-43.

EK: 1 KİŞİSEL TANITICI FORM

I. Refakatçinin Sosyo-Demografik Özellikleri

1. Kaç yaşındasınız ?

2. Cinsiyetiniz:

Kadın Erkek

3. Medeni durumunuz nedir ?

Evli Bekar

4. Kaç çocuğunuz var ?

Yok 1-2 3-4 5 ve üstü

5. Eğitim durumunuz nedir ?

Okuryazar değil Okuryazar İlköğretim Lise Fakülte/ Yüksekokul

6. Bir işte çalışıyor musunuz ?

Çalışmıyorum Çalışıyorum

7. Size göre gelir durumunuz nasıldır ?

Gelir giderden az Gelir ve gider eşit Gelir giderden fazla

II. Refakatçinin Sağlığı ile İlgili Özellikleri

8. Kronik hastalığınız:

Yok

Var (Belirtiniz.....)

9. Kronik hastalığınızdan dolayı sürekli kullandığınız ilaç/ilaçlarımız:

Yok

Var (Belirtiniz.....)

10. Hastalığınızdan dolayı takip etmek zorunda olduğunuz özel diyet programınız:

Yok

Var (Belirtiniz.....)

11. Hastalığınızdan dolayı yaşamınızda yaptığınız değişiklikler:

Yok

Var (Belirtiniz.....)

12. Sizce genel olarak sağlığınız nasıldır ?

Çok kötü Kötü İyi Çok iyi

III. Yanıklı Hasta ile İlgili Özellikler

13. Hastanın yaşı:.....

14. Hastanın cinsiyeti:

Kadın Erkek

15. Yanık türü:

Termal Yanık Elektrik Yanığı Kimyasal Yanık İnhalasyon Yanığı

16. Yatış süresi:.....

17. Yanık nedeniyle organ kaybı:

Yok Var

18. Hastada görülen şikayetler :

Ağrı

Uyku sorunu

Nefes darlığı

Beslenme sorunu

Anksiyete/huzursuzluk

IV. Refakatçilerin Yanıklı Hastaya Refakat ile İlgili Özellikleri

19. Hastaya yakınlık dereceniz nedir ?

Eş Çocuk Akraba Ebeveyn Diğer (belirtiniz.....)

20. Hastayla birlikte yaşama durumunuz:

Hastayla birlikte yaşıyorum Hastayla birlikte yaşamıyorum

21. Hastaya refakat ettiğiniz süre:

22. Hastaya refakat eden kişi sayısı:

Bir kişi Birden fazla kişi

23. Hastaya refakat sürecinde kimlerden yardım aldınız:

Yok

Aile üyeleri

Akrabalar

Komşu

Diğer (Açıklayınız.....)

EK 2: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (World Health Organization Quality of Life Assessment, WHOQOL-BREF)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızdaki diğer yönleri ile ilgili neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları yanıtlayınız.** Eğer bir soruya hangi yanıtı vereceğinizden emin değilseniz, **lütfen size en uygun olan yanıtı seçiniz.** Çoğu zaman ilk verdiğiniz yanıt en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak dikkate alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** göz önünde bulundurmanızı istiyoruz.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde bir takım şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1.	Yaşam kalitenizi nasıl Buluyorsunuz ?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2.	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz ?	1	2	3	4	5

		Hemen hemen hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3.	Ağrılarınızın yapmanız gerekleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz ?	1	2	3	4	5
4.	Günlük uğraşlarınızı Yürütmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz ?	1	2	3	4	5
5.	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız ?	1	2	3	4	5
6.	Yaşamınızı ne ölçüde anamlı buluyorsunuz ?	1	2	3	4	5
		Hemen hemen hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7.	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız ?	1	2	3	4	5
8.	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz ?	1	2	3	4	5
9.	Fiziksel çevreniz ne Ölçüde sağlıklıdır ?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada bazı şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi sorgulamaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10.	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz var mı ?	1	2	3	4	5
11.	Bedensel Görünüştünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5

12.	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13.	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14.	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın farklı yönlerini ne ölçüde **iyi veya doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15.	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır ?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16.	Uygunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17.	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18.	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19.	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20.	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

21.	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
		Hiç hoşnut Değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
22.	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23.	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24.	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25.	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bir takım şeyleri **ne kadar sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26.	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
27.	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

EK 3: Etik Kurul Onayı:

MALATYA KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	YANIKLI HASTA REFAKATÇİLERİNİN YAŞAM KALİTESİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	2012/143			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç.Dr. Serdar SARITAŞ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Malatya Sağlık Yüksek Okulu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	MALATYA			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	<input type="checkbox"/>			
	Yüksek Doz Araştırması	<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:	Tarih: 27.08.2012		
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

EK 4: TÖTM İzin Belgesi

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ  **TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ**
Başhekimlik

Sayı : B.30.2.İNÜ.0.H1.00.00/21699-5210

...../...../2012


Konu : Tez Çalışması

09 TEMMUZ 2012

Sayın Ahmet ÖZDEMİR,

"Yanık Hasta Refakatçilerinin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler" adlı tez çalışmanızı 2012 Temmuz-Kasım aylarında Hastanemizde yapma talebinize ilişkin olarak 02.07.2012 tarihinde Hastanemiz Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğüne vermiş olduğunuz dilekçeniz incelenmiş olup, söz konusu talebiniz Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARATAŞ
Başhekim a.
Başhekim Yrd.

ÖZGEÇMİŞ

4 Haziran 1984 tarihinde Eskişehir’de doğdu. İlköğretim ve lise hayatını Eskişehir’de tamamladıktan sonra 2006 yılında Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu’nu kazandı. 2010 yılında Sağlık Memurluğu Bölümü’nden mezun oldu. 2011 yılında Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Arş. Gör. olarak göreve başladı. Aynı yıl İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği’nde yüksek lisans öğrencisi olarak başladı. Halen Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Arş. Gör. olarak görev yapmaktadır.