



T.C.

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**YANIKLI HASTALARIN TABURCULUK
SONRASI ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİNİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EMİNE SEÇİL SERBEST

İSTANBUL-2017



T.C.

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**YANIKLI HASTALARIN TABURCULUK
SONRASI ÖĞRENİM GEREKSİNİMLERİNİN
BELİRLENMESİ**

TEZ YÜRÜTÜCÜSÜ

EMİNE SEÇİL SERBEST

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. ŞENAY UZUN

İSTANBUL-2017

TEZ ONAYI FORMU

Kurum : Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Program : Yüksek Lisans

Tez Başlığı : Yanıklı Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi

Tez Sahibi : Emine Seçil SERBEST

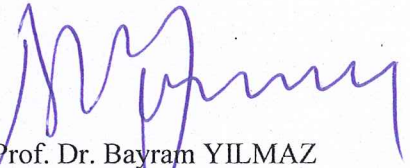
Sınav Tarihi : 22/08/2017

Bu çalışma jürimiz tarafından kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı, Adı-Soyadı (Kurumu)	İmza
Jüri Başkanı:	Doç.Dr.Filiz ARSLAN Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	
Tez danışmanı:	Doç.Dr.Şenay UZUN Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	
Üye:	Doç.Dr.Hüseyin KARAGÖZ Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi	

ONAY

Bu tez Yeditepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun 25./08./2017 tarih ve 2017/16-06 sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Bayram YILMAZ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tezin çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazım sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih:

İmza:

Adı Soyadı:

TEŞEKKÜR

Çalıőmamın her aşamasında ve yüksek lisans eğitimim süresince bana her türlü yardım ve desteği sağlayan, bilgi ve tecrübeleri ile beni aydınlatan ve yol gösteren danışman hocam Sayın Doç. Dr. şenay UZUN'a,

Bu çalıőmayı gerçekteőtirebilmem konusunda imkan ve destek sağlayan Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Klinik őefi Sayın Doç. Dr. Hüseyin KARAGÖZ'e

Çalışmam süresince desteklerini esirgemeyen Yara ve Yanık Merkezi'nin değerli hemőirelerine ve personellerine,

Yüksek lisans eğitimime destek sağlayan Sayın Prof. Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN'a ve Sayın Doç.Dr. Filiz ARSLAN'a,

Hayatım boyunca her zaman ve her koőulda yanımda olan, maddi ve manevi desteklerini her an hissettiğim çok değerli anneme, babama ve kardeőime sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
TABLO LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
İNGİLİZCE ÖZET.....	x
TÜRKÇE ÖZET.....	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Amaç.....	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Yanığın Tanımı, Epidemiyolojisi ve Fizyopatolojisi.....	5
2.1.1.Yanığın Şiddeti ve Şiddetini Belirleyen Faktörler.....	7
2.1.1.1. Yanığın Derinliği.....	7
2.1.1.2.Yanığın Boyutları ve Genişliği.....	9
2.1.1.3. Yanığın Lokalizasyonu.....	11
2.1.1.4. Hastanın Yaşı.....	12
2.1.2.Yanığın Nedenlerine Göre Sınıflandırması.....	12
2.1.2.1. Termal Yanık.....	12
2.1.2.1.1. Sıcak Sıvılar İle Olan Yanıklar.....	13
2.1.2.1.2. Alev ve Patlama Yanıkları.....	13

2.1.2.1.3. Temas Yanıkları.....	13
2.1.2.2. Elektrik Yanıkları.....	13
2.1.2.3. Kimyasal Yanıklar.....	14
2.1.2.4. Radyasyon Yanıkları.....	14
2.1.2.5. İnhalasyon Yanığı.....	14
2.1.3. Yanıklı Hastanın Tedavi ve Bakımı.....	15
2.1.3.1. Acil Faz.....	16
2.1.3.2. Akut Faz.....	17
2.1.3.2.1. Sıvı Elektrolit Dengesinin Sürdürülmesi.....	18
2.1.3.2.2. Enfeksiyon Kontrolü.....	19
2.1.3.2.3. Metabolik Gereksinimlerin Karşılanması.....	20
2.1.3.2.4. Ağrı Kontrolü.....	20
2.1.3.2.5. Cilt Bütünlüğünün Korunması ve Yara Bakımı.....	21
2.1.3.2.6. Fiziksel Aktivitenin Sürdürülmesi.....	21
2.1.3.2.7. Psikolojik Destek.....	21
2.1.3.3. Rehabilitasyon Fazı.....	22
2.1.4. Yanıklı Hastanın Öğrenim Gereksinimlerinin Karşılanmasında Hemşirenin Rolü.....	23
2.1.4.1. Yanıklı Hastanın Taburculuk Planlaması.....	25
2.1.4.2. Yanıklı Hastanın Taburculuk Eğitim Konuları.....	25
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	27
3.1. Araştırmanın Tipi ve Deseni.....	27
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	27

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	27
3.5. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri.....	28
3.6. Veri Toplama Araçları.....	28
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	37
3.7.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	37
3.7.2. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler.....	37
3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması.....	33
3.9. Araştırmanın Uygulanması.....	33
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	33
3.11. Araştırmanın Etik Boyutu.....	33
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA.....	52
5.1. Hastaların HÖGÖ puan ortalamalarının tartışılması.....	52
5.2. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre HÖGÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	56
5.3. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre HÖGÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	63
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	69
6.1. Sonuçlar.....	69
6.2. Öneriler.....	71
7. KAYNAKLAR.....	73
8. EKLER.....	78
8.1. Ek-1: Etik Kurul Onayı.....	78

8.2. Ek-2: Gönüllü Olur Formu (Yanıklı Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi Araştırması Hakkında Bilgilendirme Formu).....	79
8.3. Ek-3: Yanıklı Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimlerini Belirlemeye İlişkin Veri Toplama Formu.....	81
8.4. Ek-4: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği.....	86
8.5. Ek-5: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği’ni Kullanma İzni.....	89
9. ÖZGEÇMİŞ.....	90



TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1. HÖGÖ Toplam Ölçek ve Alt Ölçeklerinin Cronbach Alfa Değerleri

Tablo 3.2. Araştırmanın Değişkenleri ve Kullanılan İstatistiksel Testler

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 4.2. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 4.3. Hastalara ait HÖGÖ Puan Ortalamalarının ve Öğrenim Gereksinimi Önem Düzeylerinin Dağılımı

Tablo 4.4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre HÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 4.5. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre HÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Derinin Anatomik Yapısı

Şekil 2. Yanığın Dereceleri

Şekil 3. Wallace'nin Dokuzlar Kuralı

Şekil 4. Lund Browder Şeması



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ANA	Amerika Hemşireler Birliği
HÖGÖ	Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği
PLNS	The Patient Learning Needs Scale
Kg	Kilogram
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
ROM	Range of Motion
ARDS	Akut Respiratuar Distres Sendromu

SUMMARY

Serbest E.S. (2017). Determination of Learning Needs of Burned Patients after Discharge. Yeditepe University Health Sciences Institute, Department of Nursing, M.Sc. Thesis, İstanbul.

Introduction: Burn is a serious health problem that has physical and psychosocial effects according to its degree and it must be done in a multifaceted way with the cooperation and interdisciplinary cooperation between the patient and the home. The discharge process should be planned from the patient's stage so that the treatment and care performed at the hospital can be effectively continued at home. The nurses should take an active role in this process, as it affects the success of the plan by taking into account the learning needs of the patients.

Objective: In the study, it was aimed to determine the education needs of the burned patients after discharge.

Material and Method: The study was conducted with the participation of 100 patients who admitted to wound and burn center hospital in Istanbul between July 2016 and June 2017 for determination of patient learning needs. The data were collected using the data collection form developed by the Patient Learning Needs Scale (HÖGÖ) and the data collection form developed by the researcher. In the program SPSS 15.0 with descriptive statistical methods (number, percentage, average, standard deviation), Pearson correlation analysis, kruskal-Wallis ANOVA, Mann - Whitney u-test and the post-hoc Test (Bonferroni) using the 95% confidence interval $p < 0.05$ significance level were evaluated. The ethical committee approval of the research was obtained.

Findings: Average age was 34.99 ± 14.08 ; 64% of male high school graduates and 32 percent in all patients who are in the third degree, and two to four body area burn in the majority. HOGO average scale total score, according to education requirements and all sub-Dimension According to the average of points HOGO's (\bar{x} : 203.06 ± 25.78) skin care, quality of life, treatment, and complications of living with lower dimensions in the lower dimensions is very important to the learning needs of activities it is revealed that in the lower dimensions is very important of the learning needs. Some sociodemographic characteristics of the patients according to the difference between

learning requirements (in terms of gender HOGO of drugs, activities of living community and follow-up on the situation, feelings, complications and quality of life sub-dimensions; the lower activities of living HOGO working status in terms of size; based on the applying to the hospital where they are hogo drugs, society, and follow-up on the situation, feelings, complications and sub-dimensions; where they live, according to drugs, society, and the follow-up, feelings on the situation of child numbers, income levels in terms of skin care sub-size) some of the patients based on the characteristics of the disease, and learning the difference between requirements (in terms of lower duration of hospital stay of drugs HOGO size) are found to be statistically significant ($p<0.05$).

Conclusions and Recommendations: Education discharge in patients with burns of the plan; the individual preparation, the plans, patients, and the disease to be taken into account some features of the plan HOGO's skin care, quality of life, treatment, and complications and quality of life dimensions, it has been proposed to include requirements HOGO's priority in all aspects of Education. Also HOGO expressions in third-degree burns patients with education requirements, the priority of the (newly formed tissue maintenance and preservation, to prevent the development of scars and contractures), four sub-dimensions exists in (skin care, quality of life, treatment and complications of living with activities in size) and does not include these requirements exactly, because to develop a measurement tool to determine the learning needs of patients with burns it has been proposed.

Key Words: Burns, Education Requirements, Discharge, Nursing

ÖZET

Serbest E.S. (2017). Yanıklı Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Giriş: Yanık, derecesine göre fiziksel ve psikososyal etkilere sahip olan ciddi bir sağlık sorunudur ve yanığın tedavisi ve bakımı, hastanede ve evde disiplinler arası işbirliği ile çok yönlü olarak yapılmalıdır. Hastanede uygulanan tedavi ve bakımın evde de etkin devam ettirilmesi için, taburculuk süreci hastanın kabulü aşamasından itibaren planlanmalıdır. Planın başarısını, hastaların öğrenim gereksinimlerinin dikkate alınarak hazırlamak etkilediğinden, hemşirelerbu süreçte etkin rol almalıdır.

Amaç: Araştırmada, yanıklı hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinin yara ve yanık merkezinde Temmuz 2016-Haziran 2017 tarihleri arasında 100 hastanın katılımı ile uygulanmıştır. Veriler Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ) ve araştırmacının geliştirdiği veri toplama formu kullanılarak toplanmış, SPSS 15.0 programında tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), Pearson korelasyon analizi, Kruskal Wallis varyans analizi, Mann-Whitney U testi ve Post-Hoc Test (Bonferroni) kullanılarak %95 güven aralığında $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırmanın kurum etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması 34.99 ± 14.08 ; %64 erkek ve %32 lise mezunu olan hastaların tamamında üçüncü derece ve çoğunluğunda iki-dört vücut bölgesinde yanık bulunmaktadır. HÖGÖ ölçek toplam puan ortalamasına göre (\bar{x} : 203.06 ± 25.78) tüm öğrenim gereksinimlerinin ve alt boyutlar puan ortalamasına göre HÖGÖ'nün cilt bakımı, yaşam kalitesi, tedavi ve komplikasyonlar alt boyutları ile yaşam aktiviteleri alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerinin çok önemli olduğu saptanmıştır. Hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre öğrenim gereksinimleri arasındaki fark (cinsiyet açısından HÖGÖ'nün ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi alt boyutları; çalışma durumu açısından HÖGÖ'nün yaşam aktiviteleri alt boyutu; hastaneye başvurdıkları

yere göre HÖGÖ'nün ilaçlar, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar alt boyutları; yaşadıkları yere göre ilaçlar, toplum ve izlem, duruma ilişkin duyguların alt boyutları; gelir düzeyleri açısından cilt bakımı alt boyutu) ve hastaların bazı hastalık özelliklerine göre de öğrenim gereksinimleri arasındaki fark (hastanede kalış süresi açısından HÖGÖ'nün ilaçlar alt boyutu) istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Öneriler: Yanıklı hastalarda taburculuk eğitim planının; bireysel olarak hazırlanması, planda hastaların ve hastalığın bazı özelliklerinin dikkate alınması, planın HÖGÖ'nün cilt bakımı, yaşam kalitesi, tedavi ve komplikasyonlar ile yaşam kalitesi boyutları öncelikli olmak üzere, HÖGÖ'nün tüm boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini içermesi önerilmiştir. Ayrıca HÖGÖ'deki ifadeler, üçüncü derece yanıklı hastaların öncelikli öğrenim gereksinimleri (yeni oluşan dokunun bakımı ve korunması, yara izi ve kontraktür gelişiminin önlenmesi), dört alt boyutta bulunduğu (cilt bakımı, yaşam kalitesi, tedavi ve komplikasyonlar ile yaşam aktiviteleri boyutlarındaki) ve bu gereksinimleri tam olarak içermediğinden, yanıklı hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemeye yönelik ölçüm aracı geliştirilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yanık, Öğrenim Gereksinimi, Taburculuk, Hemşirelik

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Giriş

Yanık travması; organizmanın termal, kimyasal, elektrik ya da radyoaktif etkenlerle hasara uğraması sonucunda oluşmaktadır (Şelimen 2004). Amerikan Yanık Derneği raporları; ABD’de yılda 450.000 hastaya yanık hasarı için tıbbi tedavi uygulandığını, bu hastaların 40.000 den fazlasının bir hastaneye ya da özel yanık merkezine yatırıldığını ve tedavi gören bu hastaların mortalitesinin yılda 4.000 (% 0.8) olduğunu bildirmiştir (www.americanburn.org). Ülkemizde ise, yıllık yanık sıklığı tam olarak bilinmemektedir, ancak yaklaşık olarak 200.000 civarlarında olduğu tahmin edilmektedir. Bu olgulardan 15.000’i, hastanede yatarak tedavi görmektedir (Çizmecici ve Kuvat 2011). Genel olarak yanık travması sonrası mortalite oranının dört yaş altında ve 65 yaş üzerinde yüksek olduğu bildirilmektedir (Ovalıoğlu ve Türk 2006, Adams (b), Leblebici ve Adam 2007).

Isı travmasına bağlı yanık yaralanmalarının, ateşin keşfedilip kullanılmaya başlaması ile ortaya çıktığı öne sürülse de, insanların güneş ve diğer birçok faktör nedeniyle yanık etkenine maruz kaldıkları bilinmektedir (Çetinkale 2005, Ovalıoğlu ve Türk 2006). Yanık olgularında; yüksek ısı, kimyasal madde, elektrik ve ışın gibi etkenler yumuşak doku hasarlarını meydana getirir ve bunun sonucunda yanık yaralanmaları oluşmaktadır (Alexandre ve ark 2006). En sık karşılaşılan yanık türü ise, termal yanıklardır (Çetinkale 2005, Ovalıoğlu ve Türk 2006).

Yanık travması, ağır fiziksel ve psikososyal sorunlara, sakatlığa ve ölme neden olan durumlardan biridir (Ovalıoğlu ve Türk 2006). Sıcak yaralanmalarında doku harabiyetinin derecesi, ısının yüksekliğine ve ısı ile temas yüzeyinin ölçüsüne göre değişmektedir. Yanıklı hastada yaranın derinliği ve genişliği ile dokuda oluşan hasarın ciddiyeti belirlenmektedir. İnhalasyon yanıklarında ise, yanığın ciddiyeti artmaktadır. El, yüz ve perine gibi bölgelerdeki yanıkların, morbidite açısından önemli olduğu bildirilmektedir (Çetinkale 2005). Şekil bozukluğunun olduğu yanık travmaları, beden algısının değişimine bağlı sosyal etkileşimde bozulmalara ve dolayısı ile yaşam kalitesinde değişimlere neden olabilmektedir (Kornhaber 2014).

Özellikle ağır yanıklı hastalarda hızlı ortaya çıkan fizyopatolojik değişiklikler, acil değerlendirme ve müdahaleyi gerektirmektedir (Şelimen 2004). Bu acil yardım,

hastanelerin yanık ünitelerinde veya merkezlerinde, ayaktan veya yatarak sağlanmaktadır. Yanıklı hastalarda, hastanede tedavi gören diğer birçok hastadan farklı bir izlem ve tedavi yöntemi uygulanmaktadır. Hastaların, hastanede kalış süreleri uzun olabilmekte ve hastalara çeşitli cerrahi girişimler (greftleme ve yara onarımı gibi) uygulanabilmektedir. Yanıklı hastalarda ağrı, fizyolojik ve psikolojik olarak yönetilmesi gereken (farmakolojik yöntemler ve gevşeme egzersizleri, dikkati başka yöne çekme, psikoterapi gibi nonfarmakolojik yöntemlerle) ciddi bir semptomdur (Aydemir ve Taşkaynatan, Kurşun ve Kanan 2007, Aktaş ve ark. 2016). Yanığın tedavisinde; yara bakımı, anljelik ve enfeksiyon profilaksisi, fizik tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları, yanığın ciddiyetine bağlı olarak değişmekte ve taburculuktan sonrada devam etmesi ve hastaların enfeksiyona yatkınlığı nedeniyle ziyaretçilerin sınırlı olması önerilmektedir (Yorgancı ve Geyik 2007). Hastalar, yanığın erken dönemlerinden başlayarak fizyolojik kayıplar (organ fonksiyon kaybı, hareket ve fiziksel aktivite kayıpları, öz bakımını yapamama gibi), rol fonksiyon kayıpları (iş, meslek, evdeki rollerle ilgili) ve beden imajındaki değişimler (vücutta eksilen veya fonksiyonu kaybeden uzuvlarla ilgili) nedenleriyle, psikolojik sorunlar yaşayabilmektedir (Yorgancı ve Geyik 2007, Tuna ve Çetin 2010). Yanığın fiziksel ve psikososyal olumsuz etkilerini gidermek için, hasta ve ailesinin kısa ve uzun dönemde takip edilmesi gerekmektedir (Shakespeare 1998, Gilboa 2001, Thombs 2008, Palmieri 2012, Kornhaber 2014).

Derecesi, tedavi ve bakım sonuçları açısından diğer sağlık problemlerinden farklı kısa ve uzun süreli etkilere sahip olan yanığın tedavi ve bakımının, özel ünitelerde yürütmesi, taburuluk sonrasında da disiplinler arası koordinasyon ile yapılması gerekmektedir (Alexander ve ark. 2006, Aksoy 2015, Yorgancı ve Geyik 2007, Ovalıoğlu ve ark. 2006, Karakodovan ve Aslan 2010 Yorgancı 2011, Şelimen 2004, Aydemir ve Taşkaynatan 2011, Rawlings 2011, Shakespeare 1998, Forjuoh 2006). Sağlık ekibi içinde bulunan hemşirenin, hastanın kabulü aşamasından taburculuk aşamasına kadar süren ve evde bakım döneminde de devam eden önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Yanıklı hastaların sürekli izlenmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle büyük yanıklarda, hastada oluşabilecek ani değişiklikleri erken belirleme ve etkili bakımı zamanında planlama yaşamsal öneme sahip sorumluluklardır. Bu sebeple yanıklı hastanın bakımı, hemşireliğin bilgi, beceri ve deneyimin önemli olduğu alanlardan birisidir (Şelimen 2004).

Yanıklı hastanın hemşirelik bakımının amacı, hastaya sadece hastalığın fizyolojik etkilerine yönelik sorunları gidermek veya azaltmak değil, aynı zamanda bireyi psikososyal yönleri ile de değerlendirerek, bütüncül bir yaklaşımla ihtiyacı olan bakımı sağlamaktır. Donanımlı yanık merkezlerinde veya daha küçük sağlık ünitelerinde tedavi ve bakımı yapılan hastaların en kısa zamanda sağlığına kavuşması ve toplumdaki eski rol ve sorumluluklarına geri döndürmesi amaçlanmaktadır (Şelimen 2004, Tuna ve Çetin 2010). Yanık merkezlerinde ve ünitelerinde tedavi ve bakımı yapılan hastalar ağrı ve yara başta olmak üzere birçok sorunla taburcu olmaktadır. Evde bakımın nasıl sağlanacağı, karşılaşılabilecek sorunlar ve bu sorunlarla nasıl baş edebileceğine yönelik hasta eğitiminin verilmesi oldukça önemlidir. Yapılan araştırmalarda hastaların; ne zaman tam olarak iyileşecekleri, evde ihtiyaç duydukları bakımı nasıl karşılayacakları, nasıl hareket edecekleri, yara bakımını nasıl yaptırabilecekleri, ağrı ile nasıl baş edecekleri gibi konularda daha fazla bilgiye ihtiyaç duydukları bildirilmiştir (Holland ve ark 2011, Pieper ve ark 2007). Ülkemizde, yanıklı hastalar ve yakınlarının taburculuk sonrası bilgi düzeylerinin belirlenmesine yönelik bir çalışmada ise, hastalara taburculuk öncesi planlı bir taburculuk eğitimi verilmediği, hastaların ve yakınlarının evde ilaç kullanımı, pansuman, enfeksiyondan korunma ve enfeksiyon belirtileri konularında bilgiye gereksinim duydukları saptanmıştır (Faydalı 2004).

Araştırma sonuçlarında ve ilgili literatürde vurgulandığı gibi taburculuk eğitimi, bireyin hastalığını, hastalığın tedavi ve bakımını yönetebilmesini sağlayabilecek, olası komplikasyonların önlenmesine yardımcı olabilecek ve öz-bakımını evde devam ettirebilmesini sağlayacak bilgi ve beceriyi kazandırmayı amaçlamalıdır (Akyolcu ve Yardakçı 2004, Demirkıran 2011, Holland ve ark 2011, Pieper ve ark 2007, Ergün 2010, Faydalı 2004). Taburculuk eğitimi; bireyin hastalığı, psikososyal gereksinimleri, öz-bakım gücü, ve olanakları konusunda kapsamlı bir değerlendirme sonucunda yapılandırılmalıdır. Ayrıca hastaların farklı bağımlılık düzeyleri ve değişebilen sağlık durumları nedenleri ile eğitimin sadece hastayı değil, aile bireylerini de kapsamı belirtilmektedir. Taburculuk planlamasını, hastanın hastaneye yatışından itibaren başlatması gereken hemşirenin, taburculuk eğitimi kapsamında; birey ve aile ile veya bakım verici ile işbirliği içinde olması ve eğitim, savunucu, vaka yönetici rolleri kapsamında amaçlar oluşturması vurgulanmaktadır (Karadakovan ve Aslan 2010, Holland ve ark 2011).

Amerika Hemşireler Birliği (ANA)'nin (1996) tanımına göre taburculuk planlanması, hastanede tedavi hizmeti alan bireyin bakımının sonrasında yer alan aşamasında, evde ya da başka bir kurumda bakıma hazırlamak, kişinin özbakımının, ailesi ya da sağlık görevlisi tarafından sağlanmasına yardımcı olmak için oluşturulan, sürekli bakım sürecinin yapı taşıdır.

Taburculuk eğitiminin etkinliğini inceleyen araştırmalarda (Dal ve ark. 2012, Faydalı 2004, Van Loey ve ark. 2007) taburculuk eğitiminin bireyin iyileşmesini hızlandırdığı, tedavi komplikasyonlarını azalttığı, tekrar hastaneye yatışı önlediği, hastanın bireysel bağımsızlığını ve sosyal hayata uyumunu desteklediği ve yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmiştir. Taburculuk eğitiminin planlanmasında önemli bir basamak, hastanın öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesidir. Hastaların öğrenim gereksinimleri üzerine yapılandırılmış hasta eğitiminin ise; hastalığı ile baş etmesini ve tedaviye uyumunu sağladığı, hastaneye geri dönüşleri azalttığı ve hasta memnuniyetini arttırdığı bildirilmiştir. Araştırma sonuçları, hastaların öncelikli gereksinim duyduğu eğitim konularının belirlenmesinin ve bu öğrenim gereksinimleri üzerine yapılandırılmış hasta eğitiminin sürekli olması gerektiğini de vurgulamaktadır (Taşdemir ve ark 2010, Dursun ve Yılmaz 2015, Yılmaz ve ark 2015).

Ağrı ve yara başta olmak üzere birçok sorunla taburcu olan ve yanığın evresine göre evde tedavi ve bakımı devam eden yanıklı hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerini belirlemeye yönelik çalışma bulunmamaktadır.

1.2. Amaç

Araştırma, yanıklı hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu amaçla, hastaların sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklerinin taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri ile ilişkisi incelenmiştir.

Yanıklı hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesinin, taburculuk eğitim planının oluşturulmasına rehberlik edeceği ve taburculuk sonrası evde bakımın etkinliğini arttıracığı düşünülmektedir. Ayrıca hastanede ve evde bakım veren hemşirelerin eğitiminde kullanılacağı ve yapılacak araştırmalara veri sağlayacağı da düşünülmektedir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Bu araştırmanın hipotezleri, aşağıdaki gibi oluşturulmuştur. Hipotezlerde belirtilen değişkenler arası ilişkilerin bulunma durumu incelenecektir.

H1: Yanıklı hastaların, HÖGÖ'nün tüm boyutlarındaki öğrenim gereksinimleri çok önemlidir.

H2: Yanıklı hastaların, bazı sosyodemografik özelliklerine göre (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, hastaneye başvurulan yer, yaşanılan yer, gelir durumu, sosyal güvence bulunma durumu, evde birlikte yaşanılan kişiler, evde bakımını sağlayan kişiler) öğrenim gereksinimleri farklıdır.

H3: Yanıklı hastaların, bazı hastalık özelliklerine göre (hastanede kalış süresi, yanan vücut bölgesi sayısı, başka hastalık bulunma durumu, sürekli kullandığı ilaç bulunma durumu, sigara kullanma durumu) öğrenim gereksinimleri farklıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Yanığın Tanımı, Epidemiyolojisi ve Fizyopatolojisi

Yanık, yoğun ısı, elektrik ve kimyasallarla ciltte ve altta yatan dokuda oluşan genellikle temasa bağlı olan yaralanmadır (www.gov.uk.com/NHS Emergency Planning Guidance, Rawlins 2011). Yanık, yumuşak dokuların, yüksek derecede ısıya, kimyasal ajanlara, ışın ve elektrik gibi dış etkenlerden gelen maddelere maruz kalmasıyla oluşan doku harabiyetidir (Alexandre ve ark 2006). Yanıkların oluşmasında; kişinin dikkat ve eğitim eksikliği, çocukların meraklı davranışları, ev ve endüstri kazaları etkili olmaktadır (Şelimen 2004).

Dünyada yanık, ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer almaktadır. Termal yanıklar en fazla karşılaşılan yanık türüdür. Yanık sonrası sağ kalım oranı 18-35 yaşları arasında yüksek iken, mortalite oranı dört yaş altında ve 65 yaş üzerinde yüksektir. Çocuklarda özellikle bir ve beş yaş arasında haşlanma tipi yanık sık görülür (Ovalıoğlu ve Türk 2006, Adams 2013 (c), Lelebici ve Adam 2007). Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda yaklaşık olarak 500.000 hastada ölümcül yanık yaralanması bulunmaktadır. Bu hastaların yalnızca %6'sı hastanede yatarak tedavi edilirken, çoğunluğu ayaktan tedavi edilmektedir (Adams 2013 (c)).

Türkiye'de ise yanık sıklığı tam olarak tespit edilememesine rağmen, yaklaşık olarak yılda 200.000 hastada yanık travması olduğu ve bunların 15.000'inin hastanede yatarak tedavi edildiği bildirilmiştir (Çizmeci ve Kuvat 2011).

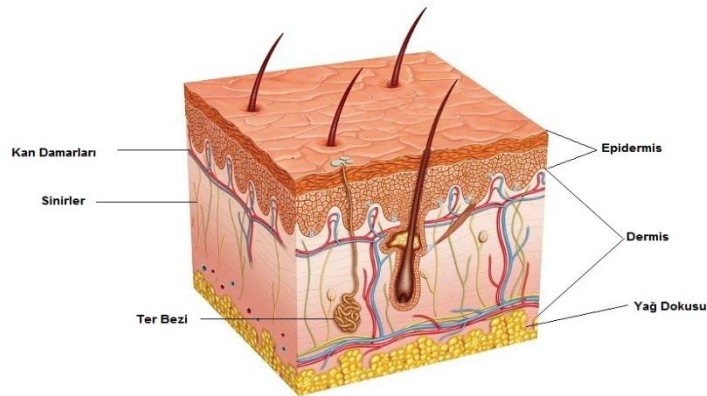
Yanığın yalnızca bölgesel bir travma olmadığı vücudun tüm organizmasını etkilediği bilinmektedir. Birey yanık etkenine maruz kaldığında hücre hasarı başlamaktadır. Yanık travmasının yarattığı fizyopatoloji ile hastanın prognozu belirlenmektedir. Bununla birlikte lokal doku hormonları, doku hasarına karşı tepkilere neden olmakta ve yanık bölgesi ile çevresinde değişiklikler başlatmaktadır. Bunlar; vazodilatasyon, kapiller permiabilitede artış ve doku hücrelerinin permiabilitesinde değişikliklerdir. Yanığa bağlı olarak hücreler arasındaki geçirgenliğin yarattığı bir etki olarak; damar içinden hücreler arası alana su, protein ve elektrolit sıvıları geçmektedir. Bunlar sonucunda hastada lokal bül ve ödem oluşturmaktadır. Oluşan hasarlı bölgeler mikroorganizmaların üremesi için bir ortam oluşturmakla birlikte diğer mikroorganizmaların geçişine sebep olmaktadır. Ciddi yanıklarda, doku harabiyeti ve

enfeksiyona yatkınlık hipovolemik şok olasılığını arttırmaktadır. Damar içi sıvının azalması; hücre dışına sıvı çıkmasına, kan vizkozitesi ve hematokrit değerlerinin yükselmesine neden olmaktadır. Vücuttaki bu tepkilere ek olarak, hücre dışı sıvının yanık alanlarına ulaşması kardiyak outputun düşmesine de neden olmaktadır. Sonucunda hipovolemik şok gelişme riskini de arttırmaktadır (Ovalıoğlu ve ark. 2006, Zor ve Ersöz 2009, Faydalı 2004, Yastı ve Kabalak 2012).

Yanıkların fizyopatolojisinin anlaşılmasında, derinin anatomik yapısının ve fizyolojisinin bilinmesi önemlidir (Şekil 1). Yanık travmasının dokuda oluşturduğu hasar; birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü derece olarak sınıflandırılmaktadır.

Birinci derece yanıkta epidermis, ikinci derece yanıkta ise epidermis ve dermisen bir kısmı etkilendiğinden yanık kalınlığı azdır ve yanıklar daha kısa sürede iyileşebilmektedir. Üçüncü derece yanıklar, tam kalınlıklı deri kaybı olan yanıklardır ve epidermis ve dermisen tamamı hasara uğramıştır. Dördüncü derece yanıklarda ise kas, tendon ve kemiklerin zarar gördüğü geniş bir doku kaybının olduğu yanıklardır (Zor ve Ersöz 2009).

Yanığın ciddiyeti, yanığa neden olan faktör ile temas süresine, dokulardaki iletkenliğe, yanığa neden olan faktörün sıcaklığı ve ısı kapasitesine göre değişebilmektedir (Adams 2013 (c)).



Şekil 1. Derinin Anatomik Yapısı (Alexandre ve ark. 2006)

2.1.1. Yanığın Şiddeti ve Şiddetini Belirleyen Faktörler

Yanık yaralanmalarının birçoğu, hastanede tedavi edilmeye gerek duyulmadan iyileşebilmektedir. İngiltere Yanık Yaralanması Yönergesi'ne (England Burn Association) göre; hastaların bir yanık ünitesine alınmasına karar verilirken, yanığın büyüklüğü yerine şiddetine dikkat edilmelidir (Alexander ve ark 2006). Yanık yaralarının şiddetinin değerlendirilmesinde kullanılan başlıca iki özellik; yanığın derinliği ve yaygınlığıdır (genişliği). Diğer özellikler ise; hastanın yaşı, yanığın bulunduğu bölge ve yaralanma tipidir (Karadakovan ve Aslan 2010, İnce ve ark 2008).

2.1.1.1. Yanığın Derinliği

Yanık travmasında, ciltte oluşan zararlarla birlikte epidermis, dermis ve deri altı dokularda kayıplar görülmektedir. Epidermis; derinin vasküler olmayan ince ve en dış tabakasıdır. Deride beden ısısını düzenlerken vücudu dış etkenlerin neden olabileceği yaralanmalara karşı korumaktadır. Ayrıca cansız epitel dokuları içerdiği için koruyucu tabaka olarak da görev almaktadır. Dermis; derinin önemli kitlesini oluşturmakta ve epidermisin altında yer almaktadır. Epidermisten 30 ile 45 kez daha kalın bir yapıdadır. Kan damarları, lifler, kıl kökleri, sinir uçları, ter ve yağ bezleri bu tabakada yer almaktadır. Subkutan doku; dermisin altında bulunur ve derinin en son tabakasını oluşturmaktadır. Kas, tendon, yağ tabakası, sinirler, kemiklerle beraber iç organları kapsadığı için, deride emici ve sıcaklığı koruyucu olarak görev almaktadır. Subkutan doku, fazla miktarda yağ tabakası içerdiği için deri, kas ve kemikler arasında bariyer görevindedir (Aksoy ve ark 2012).

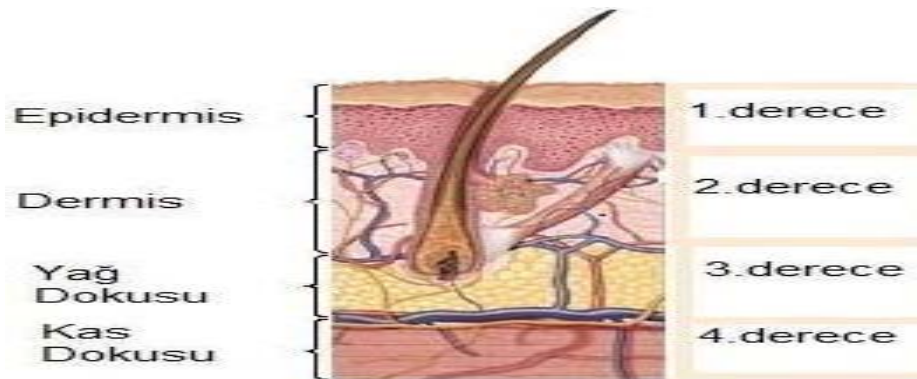
Yanık yarasının vücuttaki derinliğine göre yapılan sınıflandırma; kullanılan en yaygın ve basit yöntemdir. Bu sınıflandırmaya göre yanıklar birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü derece olarak belirlenmektedir (Şekil 2).

Birinci derece yanıklar; Yanığa neden olan etkenle epidermisin temas etmesi sonucunda oluşan, yüzeysel yanıklardır. Kırmızı renklidir ve hafif ile orta derecede ağrıyla karakterizedir. Bu yanıklarda bir hafta içinde iyileşme görülmektedir. Güneş yanıkları genellikle birinci derece yanığa örnek olarak verilebilmektedir. Önlenmesinde, güneş koruyucu kremler önerilirken, tedavisinde topikal anestetikler, antiinflamatuvar ajanlar ve oral antihistaminik preparatları kullanılmaktadır (Adams 2013 (c), Zor ve Ersöz 2009, Kurşun ve Kanan 2007).

İkinci derece yanıklar; yüksek ısılı materyallerle temas ve sıcaklığı yüksek sıvıların oluşturduğu yanık türüdür. Epidermis ve dermiste hasar vardır. Yanık bölgesinde ödem ve içi sıvı dolu büller bulunmaktadır. Bu yanıklar, yanan derinin kalınlığına göre; yüzeysel kalınlıklı yanıklar ve derin kısmi kalınlıklı (dermisen daha derin kısmı) yanıklar olarak iki bölüme ayrılmaktadır. İkinci derece yüzeysel yanık yaraları nemli, eritemli, ağrılı olup, pembe veya kırmızı renktedir. 10 ile 14 gün içerisinde iyileşme görülmektedir. İkinci derece derin dermal yanıklar, koyu kırmızı renk ile karakterize olup, yüzey bölgesi kuru, yüzeysel yanık yaralarına göre daha az ağrılıdır. Hastada enfeksiyon gelişmesine bağlı olarak yara yeri rengi mum rengine dönüşmektedir. İyileşme süreci yaklaşık olarak 3 ile 8 hafta arasında değişmektedir (Özkaya ve ark. 2014, Karadakovan ve Aslan 2010, Adams 2013(c)).

Üçüncü derece yanıklarda, epidermis, dermis ve cilt altı dokularda etkilenme olmuştur. Deri esnekliğini kaybetmiş şekilde kuru bir görünümde olup, beyaz, kahverengi veya siyah renktedir. Duyu reseptörlerinin tamamen harap olması nedeniyle ağrı hissi yoktur. Derinin tüm yapıları kaybedildiği için bu tür yanıklar kendiliğinden iyileşme göstermezler. Cerrahi girişim ve deri greftine ihtiyaç duyulur. Bu yanıklar, iyileşen bölgede kalıcı izler yaratabilir. Üçüncü derece yanık türleri; alev, sıcak yağ, buhar veya sıcak cisimle temas sonucunda oluşmaktadır. Cildin karakteristik özellikleri; solgun, kahverengi veya siyah renktedir ve elastikiyetini kaybetmiştir.

Dördüncü derece yanıklar; hastanın yağ, kas ve hatta kemik dokusunda zarara neden olabilen yanık tipleridir. Geniş ve kapsamlı bir cerrahi girişim ile nekrotik dokular debrite edildikten sonra flep cerrahisi kullanılarak yaralar kapatılır. Bu yanıklarda hasta için yaşamsal risk vardır (Ovalıoğlu ve Türk 2006, Adams 2013 (c), Zor ve Ersöz 2009, Rawlings 2011).



Şekil 2. Yanığın Dereceleri (Adams 2013 (c))

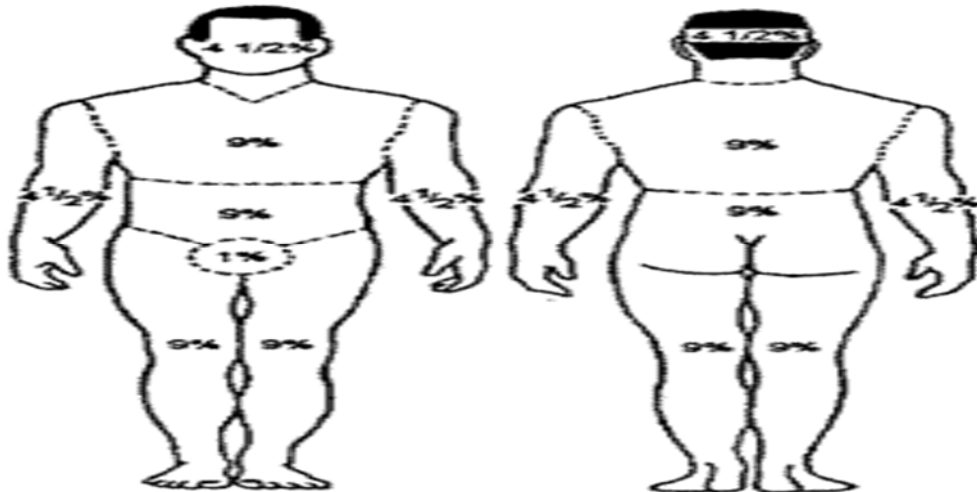
2.1.1.2.Yanığın Genişliği ve Boyutları

Yanığın oluş şiddeti değerlendirilirken, derinliğinin yanı sıra kapladığı alanın yani genişliğinin saptanması önemlidir (Ovalıoğlu ve Türk 2006).

Yanığta yaralanan vücut yüzey alanı veya yanığın genişliğini belirlemede özellikle çocuklar için Lund-Browder Yöntemi, erişkin hastalar için ise Dokuzlar Kuralı kullanılmaktadır. Hastanın yaşının önemi nedeniyle çocuklarda Lund-Browder Yöntemi kullanılmaktadır. Yetişkinlerde pratikte kolay hatırlanması nedeniyle ilk tanılamada Dokuzlar Kuralı uygulanmaktadır. Yanık yarasının sınırlarının oluşması için, ödemin çözülmesi gerekmektedir. Bu yüzden yanan alanının genişliğinin hesaplanması hastada ödem atılmasının ardından tekrar yapılmaktadır (Adams 2013 (a) ve Karakadovan ve Aslan 2010).

Wallace'nin Dokuzlar Kuralı; hızlı şekilde yanık alanını hesaplama yöntemidir (Şekil 3). Bu yöntem, erişkinlerde daha güvenilir sonuçlar vermektedir. Dokuzun katları ile büyük vücut yüzeylerinin yüzdelik olarak sayısal bir değer şeklinde hesaplanmasıdır.

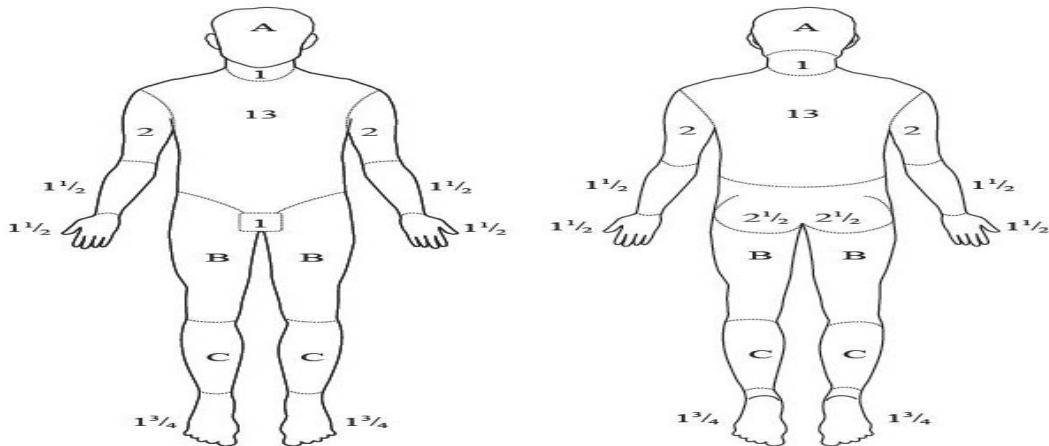
Üst ekstremitelerin her biri %9, alt ekstremitelerin her biri %9, gövdenin ön bölgesi %9, gövdenin arka bölgesi %9, baş %9, perine % 1 olarak hesaplanmaktadır. Çocuklarda, doğrudan yanık yüzeyinin ölçümü ile yanık yüzdesi hesaplanmaktadır (Adams 2013 (c), Karakadovan ve Aslan 2010, Gemalmaz ve ark. 2000).



Şekil 3. Wallace'nin Dokuzlar Kuralı (Aksoy 2015)

Lund Browder Yöntemi'nde; vücudun belirlirli bölümlerine farklı yüzdeler verilerek yanık alanı hesaplanmaktadır. Pediatrik hastalarda yaşa göre yanan vücut bölgesinin vücuda oranı farklıdır (Şekil 2) (Aksoy 2015). Yanık alanının hesaplanmasında daha ayrıntılı ve yaşa özel bir şema olan Lund-Browder şeması ile toplam vücut yüzeyindeki yanık genişliği tespit edilmektedir (Karakadovan ve Aslan 2010).

Yanık yüzdesi, hastanın ayaktan ya da yatarak tedavi edilmesini belirlemektedir. Yatarak tedavi edilme koşulu; erişkinlerde %15'den büyük geniş ikinci derece veya %2'den büyük üçüncü ve dördüncü derece yanıklar, çocuklarda %10'dan geniş ikinci, üçüncü ve dördüncü derece yanıklar, el, ayak, yüz ve genital bölge yanıkları, 4 yaş altı ve 65 yaş üstü yanık hastaları ve inhalasyon yanıklarını kapsamaktadır (Zor ve Ersöz 2009, Gemalmaz ve ark. 2000).



Şekil 4. Lund Browder Şeması (Adams 2013 (b))

2.1.1.3. Yanığın Lokalizasyonu

Vücudun bazı bölgelerinin anatomik ve fizyolojik özellikleri birbirinden farklı olduğu için bu bölgelerde oluşan yanığın derinliği ve genişliği aynı olmasına rağmen, klinik tedavileri ve görünümleri farklı olarak değerlendirilmektedir. Özel bölge yanıkları olarak adlandırılan bu bölgeleri; baş, boyun, toraks, göz, kulak, eller, ayaklar ve perine oluşturmaktadır (Adams 2013 (b)).

Baş, boyun ve toraks yanıkları sıklıkla solunum sıkıntısına, yüz bölgesinde oluşan yanıklar gözün kornea tabakasında hasara bağlı görme kaybına ve kulak yanıkları ise işitme kaybına neden olmaktadır. El ve ekstremiteler yanıkları fizyolojik ve psikolojik kayıplara neden olabilmektedir. Ekstremiteler yanıkları özellikle ekstremiteler çevresini saracak şekilde olursa turnike görevi görüp dolaşımın durmasına da neden olabilmektedir. Perine bölgesinde oluşan yanıklar ise, bağırsak ve idrar boşaltımını olumsuz etkileyebilmektedir (Faydalı 2004, Aksoy ve ark.2012).

2.1.1.4. Hastanın Yaşı

Yanıklı hastanın yaşı; yanık ciddiyetini, iyileşme aşamasını ve mortaliteyi belirleyebilmektedir. Mortalite oranları sıfır ve bir yaş arasındaki çocuklarda, 65 yaş üzerindeki erişkinlerde yüksektir (Ovalıoğlu ve Türk 2006). Okul öncesi çocuklarda termal yangın görülmesi ailelerin dikkatsizliğine bağlıdır (Haberal ve ark. 1995).

Yaşlı bireyler, yanıklara karşı savunmasız oldukları için tüm yanık ünitelerinde uygulanan tedavi ve sonucuna yönelik yüksek riskli grupta yer almaktadırlar. Organizmanın yaşla beraber değişmesine, hücre iyileşmesinin yavaşlamasına ve hareketin azalmasına bağlı olarak yaşlılarda yanık mortalite ve morbidite oranı fazladır. Yanık travması öncesinde bulunan kardiyovasküler, solunum, renal sorunlar ve diyabetüs mellitus gibi kronik hastalıklar yaşlı bireylerde iyileşme sürecini uzatmaktadır. Ayrıca yaşlılarda yanık görülme sıklığı evde yalnız yaşamalarından dolayı fazladır. Yapılan çalışmalarda, yanıklı hastanın yaşı göz önünde bulundurularak uygulanan tedavi ve bakımın önemli olduğu vurgulanmaktadır (Aksoy ve ark 2012 ve Şelimen 2004, Keck ve ark. 2009).

2.1.2. Yanığın Nedenlerine Göre Sınıflandırması

Yanıklar, ısı kaynağından çıkan enerjinin iletim veya elektromanyetik yolla vücuda transferi sonucunda oluşmaktadır. Genel olarak yanık travması, sıcak sıvıların sıçraması, ısıtma ve pişirmede kullanılan elektrikli aletlerin bozulması, açık ateşin dikkatsiz kullanılması, ev içinde yanıcı sıvıların (temizlik malzemeleri gibi) emniyetli olmayan şekilde kullanılması, banyoda sıcak suyun dikkatsiz kullanımı, ev ve işyerlerinde çeşitli amaçlarla güçlü kimyasal maddelerin kullanılması durumlarında oluşmaktadır. Yanıklar nedenlerine göre; termal, elektrik, kimyasal, radyasyon, inhalasyon olarak sınıflandırılmaktadır. (Alexandre ve ark. 2006, Byers ve ark. 2001).

2.1.2.1. Termal Yanık

En sık karşılaşılan yanık türüdür ve genellikle dikkatsizlik nedeniyle oluşmaktadır. Termal yanıklar, sıcaklığı yüksek olan etkenle doğrudan temastan, benzin veya yanıcı maddelerin oluşturduğu ısıdan kaynaklanan yanık türleridir. Sönmemiş sigaraların çıkardığı yangınlar, kızgın yağ ve kaynar suların dökülmesi gibi durumlar ağır termal yanıkları oluşturmaktadır. Bu kazalar genellikle evde (mutfakta) ve iş yerinde gerçekleşmektedir. Pişirme sırasında güvenlik önlemleri olmadan dikkatsiz kullanılan ocaklar, arızalı olan ve denetlenmeyen gaz boruları bu yanıklara sebep olan etmenlerdir (Adams 2013 (b), Aksoy ve ark 2012, Elsherbiny ve ark. 2011).

2.1.2.1.1. Sıcak Sıvılar İle Olan Yanıklar

Bu tür yanıklar genellikle, su, süt, çay, sıvı yağ, çorba gibi sıcak sıvıların vücuda dökülmesi ya da sıçraması sonucunda meydana gelmektedir. Bu yanık çeşidi, ıslak sıcak yanıklardır. Çocuklarda ve yaşlılarda en sık görülen yanık çeşididir. Dokulardaki hasarı temas yüzeyine göre değişmekte ve çeşitli derecelerde yanıkları oluşturmaktadır (Adams 2013 (b), Koltka 2011, Hettiaratchy ve Dziewulski 2004).

2.1.2.1.2. Alev ve Patlama Yanıkları

Erişkin bireylerde en sık görülen yanık çeşididir. İnhalasyon yanığını da beraberinde getiren bu travma, derin ikinci ve üçüncü derece yanıklara neden olmaktadır (Koltka 2011, Hettiaratchy ve Dziewulski 2004).

2.1.2.1.3. Temas Yanıkları

Sıcaklığı yüksek olan cisimlerle doğrudan temas sonucu oluşmaktadır. Ütü, ısıtıcı ve sıcak metal gibi maddeler bu yanıklara neden olmaktadır. Bu tür yanıklar eğer kişinin bilinci kapalı değilse, reflekslerden dolayı, derin yanıkları oluşturmazlar (Ovalıoğlu ve Türk 2006).

2.1.2.2. Elektrik Yanıkları

Elektrik enerjisinin ortaya çıkardığı çok yüksek miktardaki ısı nedeniyle meydana gelen yanıklardır. Bu tür yanıklar, yüksek veya düşük voltajlı elektrik akımıyla, güç kaynağı ajanı ile doğrudan temasta ve yıldırım çarpması sonucunda oluşmaktadır. Elektrik akımındaki voltaja, temas süresine, derinin nemli ya da ıslak olmasına bağlı

olarak bu tür yaralanmaların şiddeti değişebilmektedir. Bu tip yanıklarda gözle görülen yaralanma küçüktür fakat derin dokularda oluşan nekrozlar fazladır (Adams 2013 (b), Çetinkale 2012, Şelimen 2004).

2.1.2.3. Kimyasal Yanıklar

Kimyasal yanıklara neden olan maddelerin yanık oluşturma özellikleri farklı olduğu için, bu tür yanıkların tedavi ve bakımının bilinmesi kritik öneme sahiptir. Kimyasal maddelerin oluşturduğu yanıklar, hayatın her alanında görülebileceği gibi daha çok endüstride iş kazası olarak görülmektedir. Kimyasal maddelerden kaynaklanan yanıklara neden olan faktör, maddenin ısısı değil vücutta yarattığı kimyasal reaksiyondur. Kimyasal yanıklara, asit (sülfirik asit hidroklorik asit vb.), alkali (karbon hidroksit, sodyum hidroksit vb.), fosfor ve diğer kimyasal maddeler neden olmaktadır. Bunlardan hidroklorik asit, elektrik devrelerinde ve cam üzerine yazı yazılmasında kullanılmakta olup, sık karşılaşılan yanık türüdür. Kimyasal yanıklar, nekroza neden olarak dokularda yaşanan harabiyetin derinliğini ilerletme özelliğine sahiptirler. Kimyasal maddeye bağlı yanıkta, benek şeklinde veya kimyasal maddenin deri üzerinde izlediği yol boyunca yanık görülür. Vücutta oluşan etki; maddenin konsantrasyonuna, niteliğine ve bu maddeye mazur kalma süresine göre değişmektedir (Gemalmaz ve ark 2010, Koltka 2011, Tuna ve Çetin 2010, Levine ve Zane 2012).

2.1.2.4. Radyasyon Yanıkları

Radyasyon yanıkları; güneş ışınları, x ışınları ve radyoaktif maddelerle vücudun uzun süre maruz kalması sonucunda oluşmaktadır. Bu tür yanıklardan etkilenme durumu; radyoaktif ışının miktarına, alınma süresi ve hızına göre değişmektedir. Radyasyon yanıklarından en fazla etkilenen vücut bölgeleri; üreme organları, lenf dokuları, mesane ve özafagus epitelidir (Koltka 2011).

2.1.2.5. İnhalasyon Yanığı

İnhalasyon yanıkları; alev, sıcak hava, buhar, toksik gaz ve kimyasal maddelerin solunması sonucu oluşmaktadır. İis ve toksik gazlar, hastada solunum yetmezliği, pnömoni ve akut respiratuar distres sendromuna (ARDS) neden olmaktadır (Cömert ve ark. 2012).

Yanık bölgesindeki havada gaz kokusu varsa ve hasta nefes almada güçlük yaşıyor ise bireyin inhalasyon yanığına maruz kaldığı düşünülmelidir. Bu yaralanmaların en ciddi şekli karbonmonoksit inhalasyonudur. Karbonmonoksit, kokusuz ve renksiz bir gaz olması nedeniyle inhale edildiği fark edilmediği için en tehlikeli yanık türüdür. Sıcak havanın ve yangında oluşan kimyasal atıkların inhalasyonu ile solunum yolu epitel tabakanın ve mukoz membranların yaralanması ortaya çıkmaktadır. Bireyin burun kılları, kirpikleri, kaşları, bıyık ve sakalında yanma; dudak, dil ve ağız mukozasında kuruluk ve sesi boğuk ise, solunum yolu yanığı riski düşünülmelidir. Yanık, solunum yollarında ödeme neden olduğu için, travmanın ilk anlarında solunum yollarında darlık oluşturarak, hava geçişinin güçleşmesine ve azalmasına neden olmaktadır. Yanık etkeninin akciğere ulaşması, hücreler arası alveolar ödeme ve kanın gaz alışverişinin bozulmasına neden olmaktadır. İnhalasyon yanığı oluşan hastaya mekanik ventilasyon ile resüstasyon yapılarak, yaralı pulmoner sistem korunmalıdır (Çetinkale 2005, Şelimen 2004, Salem ve Katz 2013).

2.1.3. Yanıklı Hastanın Tedavi ve Bakımı

Yanık, multidisipliner yönetilmesi gereken bir durumdur. Hemşirelerin, yanıklı hastaların tıbbi tedavisinde, hasta/ailesinin bakımında ve desteklenmesinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Özellikle ciddi yanıklı hastalarda, erken tanı veya komplikasyonların önlenmesinde hemşirenin rolleri çok önemlidir. Birinci dereceden dördüncü dereceye kadar tüm yanıklarda; disiplinler arası işbirliğiyle komplikasyonlar önlenerek, tedavi ve bakımın etkin bir şekilde yapılması amaçlanır. Hemşirelerin etkili yanık bakımını sağlamaları için; enfeksiyon kontrolü, ağrı yönetimi, yara bakımı, acil ve kritik bakım gibi konularda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir (Aksoy 2015, Yorgancı ve Geyik 2007).

Travmatik bir olay olan yanığın etkisi zaman içinde değişebileceğinden, ilk değerlendirmenin yapılması ve bu sırada zaman yönetimi oldukça önemlidir. Yanıklı hastanın değerlendirmesinde; öykü alınması, hastanın genel sağlık durumunun ve sistem değerlendirmelerinin (solunum sistemi, dolaşım sistemi, deri ve mukoz membranlar, vücut ısısı, genitoüriner sistem ve gastrointestinal sistem) yapılması gerekir. Ayrıca hasta ve ailesinin emosyonel durumu değerlendirilmelidir. Yanıklı hastaların yaşadıkları fiziksel ve psikolojik travmalar nedeni ile yaşam kaliteleri azalmakta, toplumdan soyutlanabilmektedirler. Bu durumun acilen düzeltilmesi gerekmektedir. Yanıkta

bakım, hastane öncesinde başlamakta, acil, akut ve rehabilitasyon süreçleri ile devam etmektedir (Loey ve ark 2001, Şelimen 2004).

2.1.3.1. Acil Faz

Yanığın acil döneminde, hızlı ve eksiksiz olarak uygulanan girişimler hastanın hayatta kalmasını etkilemektedir. Yanıkta acil dönem; yanık gerçekleşikten sonra ilk yirmi dört ve kırk sekiz saati içermektedir. Acil dönemde, yanığa neden olan etkenden bireyin uzaklaştırılması, etkenin vereceği zararın engellenmesine ilişkin girişimlerin yapılması, hava yolu açıklığının, dolaşım ve doku perfüzyonunun sürdürülmesi amaçlanır. Bu dönemde, yanığın derinliği, derecesi ve yüzdesi tespit edilir, hemşirelik tanınması yapılır ve yanık ekibi koordineli olarak çalışır (Karakodovan ve Aslan 2010 ve Aksoy ve ark 2012).

Yanık travmasında hastane öncesinde yapılacak ilk yardım, kişinin yanığa maruz kalma sürecini bitirmektir. Elektrik yanığında; birey hızlı bir şekilde kaynaktan uzaklaştırılmalıdır. Kimyasal madde yanığında; yanık derinliğinin arttırmaması için deri yüzeyi katı parçacıklardan temizlenir sonra su ile tüm yanık yüzeyi yıkanır. Termal yanıklarda; yanığın %10'dan küçük olduğu durumlarda ilk yardımda ise, hastanın kesin tıbbi yardım alana kadar konforunun sağlanması ve korunması için temiz soğuk musluk suyla ıslatılmış havlu ile yara alanı kapatılmalıdır. Yanık travmasının ardından bir dakika içerisinde derinin soğutulması ile yara derinliğinin azaltılması için çalışılmalıdır (Karakodovan ve Aslan 2010, Aksoy ve ark 2012, Hettiaratchy ve Dziewulski 2004).

Acil dönemde, öncelikle hava yolu açıklığı kontrol edilmelidir. Özellikle inhalasyon yanıklarında, ısıya maruz kalma nedeniyle oluşan yanıklarda, ısısının etkisiyle larenks ödemi gelişebilir ve etkisiz solunum gerçekleşebilir. Kapalı bir alanda oluşan yanık travmaları, yüz yanıkları, koyu renkte balgam, yanmış burun kılları, ses kısıklığı olan hastalarda hava yolu açıklığı risk altındadır. Bu yüzden bireye yüksek akışlı oksijen verilmelidir. Yeterli ventilasyonun sağlanarak göğüs kafesi hareketlerinin izlenmesi önemlidir. Bebek ve çocuklarda ise, hava yolunun kapanmaması için birey entübe edilmelidir (Ovalıoğlu ve Türk 2006, Aksoy ve ark. 2012).

Dolaşımın değerlendirilmesinde, nabız alınması ve düzeni açısından hastanın apikal, karotis ve femoral nabızları kontrol edilir. Yanığın ilk dönemlerinde taşikardi ve hipotansiyon riski yüksek olduğu için, kan basıncı ve nabız kontrolleri önem

taşımaktadır. Hastanın ekstremitelerinin tümünde yanık travması var ise, kan basıncı ölçümü zor olabilir. Yanık yarası kontaminasyonunu önlemek için, tansiyon aleti ile cilt arasına steril gazlı bez yerleştirilmelidir. Ayrıca ödem oluşmasına bağlı olarak kan basıncı ölçülmesindeki güçlükten dolayı Doppler (ultrason) aracı veya noninvaziv elektronik kan basıncı aleti kullanılması daha uygundur. Ödemin azaltılması için, yanık ekstremiteler yukarı kaldırılarak, üst ekstremitelerin yastık ile desteklenmesi veya elevasyonu gerekmektedir (Byers ve ark 2001. <http://www.rch.org.au/rhcpg/hospitalclinicalguidelineindex/Nursingmanagementofburninjuries>.Erişim tarihi:23.07.2017).

Majör yanıklı hastalarda erken evrede, kapiller geçirgenliğin artmasıyla kan damarlarından yoğun sıvı geçişinde sodyum, plazma proteinleri intersitiyel boşluğa geçerek ödem ve kan volümünde azalma görülür. Bu sebeple ortaya çıkabilecek en önemli sorun hipovolemik şoktur. Hastanın böbrek perfüzyonun kontrolüyle birlikte hipovolemik şok tespiti için geniş lümenli damar içi katater ve sonda ile aldığı çıkardığı sıvı takibi yapmak önemlidir. Damar içi sıvı verilmesinde infüzyon pompası ile kontrollü bir şekilde tedavi yapılmalıdır. Yetişkin bireyde, yanık yara alanının belirlenmesi, sıvı resüsitasyon gereksinimlerinin karşılanması açısından önemlidir. Genellikle, toplam vücut yüzeyinin yüzde on beşinden fazla yanık olan hastalarda damar içi sıvı tedavisi gerekmektedir.

Hastanın beden ısısı, yanmadan önceki kilosu, tetanos aşısı, allerji/önceki tıbbi öyküsü, kronik hastalık durumu, ilaç kullanımı için yapılan değerlendirme, uygulanacak tedavinin belirlenmesi açısından önemlidir. Hemşire hekimle birlikte yanığın derinliğini ve alanını belirler. Yanık travmasının oluşma nedeni, zamanı, türü, vücutta etkilediği bölge açısından kapsamlı bir şekilde veri toplar (Karakodovan ve Aslan 2010 ve Aksoy ve ark 2012).

2.1.3.2. Akut Faz

Yanıkta akut dönem; acil evreden sonraki 48 ile 72 saatte başlamaktadır. Bu evrede, acil dönemde başlayan solunum sistemi, dolaşım sistemi, üriner sistem, gastrointestinal sistem, sıvı ve elektrolit dengesinin değerlendirilmesine devam edilir. Cilt bütünlüğünün korunması ve yara bakımı (yara pansumanı ve debritleme), enfeksiyonun önlenmesi, ağrı kontrolü, sıvı ve elektrolit dengesinin sürdürülmesi, metabolik gereksinimlerin karşılanması amacıyla beslenme desteği, fiziksel aktivitenin

sürdürülmesi ve psikolojik destek bu dönemde dikkatli bir şekilde yönetilen gereksinim alanlarıdır. Yanık travmasından 48 saat sonra üst solunum yolu ödemeine bağlı hava yolu tıkanıklığı görülebilmektedir. Hastadan alınan arteriyel kan gazı örneği ve uygulanan görüntüleme yöntemleri (x-ray) ile hastanın solunum yolunda oluşan sorunlar saptanmaktadır. Bu duruma göre hastanın mekanik ventilasyon veya entübasyona olan ihtiyacı belirlenmektedir (Karakodovan ve Aslan 2010 ve Aksoy ve ark 2012, Byers ve ark 2001).

2.1.3.2.1. Sıvı Elektrolit Dengesinin Sürdürülmesi

Yanığın bu döneminde, sıvı kaybı ve fizyolojik belirtiler değerlendirilmeli, sıvı elektrolit uygulaması dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Yanıklı hastalarda kapiller geçirgenliğin artmasıyla kan damarlarından dışarı yoğun sıvı geçişi olmaktadır. Yanıktan sonraki ilk 24 ve 48 saat, sıvı kaybının yüksek olduğu zamandır ve tedavi uygulanmaz ise, hipovolemik şok görülebilir. Hipovolemik şok ile sodyum ve plazma proteinlerinin intersitijel boşluğa ve çevre dokulara geçişi görülür. Bu nedenle kan volümünde azalma olur, kan yoğunluğu artar ve hematokrit değeri yükselir (Karakodovan ve Aslan 2010 ve Aksoy ve ark 2012). Ayrıca yanıklı hastalardaki sıvı kaybından kaynaklanan kardiyak outputta bozulma, damar direncinde artma ve periferik kan akımında azalma gibi kardiyovasküler değişiklikler de olmaktadır (Ovalıoğlu ve Türk 2006).

Vücut alanında yüzde on beşten fazla olan yanıklarda, sıvı resüsitasyonuna başlanmalıdır. Yanık hastalarında sık karşılaşılan ileus sebebiyle, sıvılar intravenöz yolla verilmelidir (Yorgancı ve Geyik 2007). Hastada tam kan sayımı, glikoz, elektrolitler, üre ve kreatin değerleri kontrol edildikten sonra, sıvı resüsitasyonu yapılmaktadır. İntravasküler volüm değerinin düzenlenmesi ile doku perfüzyonun ve organların fonksiyonunu tekrar kazanılması sağlanmaktadır (Ovalıoğlu ve Türk 2006). Yanık hastalarında hemodinamik stabilite ve renal replasmanların sağlanması için, ilk 24 ve 48 saatte verilecek sıvı türleri ve miktarlarını tespit eden birden fazla formül kullanılmaktadır. Kliniklerde kabul gören ve sık kullanılan formül Modifiye Baxter Formül'üdür.

Bu formüle göre; ilk 24 saat: Yanık Yüzdesi x Vücut ağırlığı (kg) x 4 = Kristalloid solüsyonu (elektrolitsiz solüsyonlar; %5 dekstroz gibi) şeklinde hesaplama yapılmaktadır. Erişkin bireylerde, kristalloid olarak Laktatlı Ringer veya izotonik NaCL

solüsyonları, çocuklarda ise, %5 Dekstroz ile Laktatlı Ringer solüsyonları kullanılmaktadır.

İkinci 24 saat: Yanık Yüzdesi x Vücut ağırlığı (kg) x 1.5 = Kristalloid solüsyon, Yanık yüzdesi x Vücut ağırlığı (kg) x 1.5 = Kolloid solüsyon (taze donmuş plazma, amino plazmal gibi) olarak hesaplanmaktadır (Şelimen 2004).

Yanık travmalarında ilk 24 saat sadece kristalloid solüsyon verilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde yani, kolloid sıvı verilmesi durumunda, damar geçirgenliğinin artması nedeniyle verilen kolloid sıvı damar dışına, hücreler arası boşluğa sıvı geçişine ve ödem gelişmesine neden olacaktır.

Sıvı tedavisinde temel amaç; organların perfüzyonun sağlanmasıdır. Hesaplanan sıvı miktarlarının %50'si ilk sekiz saatte %50'si ise sonraki 16 saatte verilmelidir.

Hastaya sağlanması gereken sıvı miktarı öncelikle klinik duruma göre belirlenmektedir. Ayrıca, sıvı elektrolit dengesinin sağlanmasında idrar çıkışının izlenmesi önemlidir. Erişkin yanıklı hastalarda, 30-50 ml, 30 kilogram altı çocuklarda ise kilograma 1 ml idrar çıkışı olmalıdır. Beklenen bu değerlerde %33'ün üzerinde bir sapma görülürse, sıvı verilme hızında arttırma ve azalma yapılmalıdır.

Yanık hastalarında, vücut ağırlığı takibi, serum/idrar azot miktarı, serum/idrar glikoz düzeyi, hastanın aldığı ve çıkardığı takibi ve kinik gözlemler hastanın sıvı elektrolit dengesini korumak açısından önemlidir (Yorgancı ve Geyik 2007, Gropler 2012).

2.1.3.2.2. Enfeksiyon Kontrolü

Yanığın ilk dönemlerinde, hasta ödem artışına bağlı olarak yara gelişmesi açısından izlenmektedir. Yanıkta koruyucu cilt bariyerinin ortadan kalkması ve oluşan nekrotik dokular, bakterilerin vücuda girmesini kolaylaştırır. Yanık yarasında enfeksiyon ve sistemik sepsis bulguları takip edilmeli, yarada gelişebilecek değişiklikler hekime bildirilmelidir. Yanıklı bireylerde mevcut enflamatuvar yanıt sebebiyle, enfeksiyon tanısı koymak zordur. Bu yüzden yanıkta enfeksiyon en önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Enfeksiyon gelişmesini önlemek için, uygulanan tedavi ve bakımda etkinlik arttırılmalıdır. Yanık yarasından kültür alınması ve sürveyans yöntemi enfeksiyon kontrol yöntemlerinden biridir. Yaradan haftada iki veya üç defa alınan

kültür, erken dönemde enfeksiyonu tespit etmek ve tedavinin etkinliğini araştırmak açısından önemlidir. Ayrıca başka bir yanık ünitesinden gelen hastalardan da yara kültürü alınmalıdır. İzolasyon, enfeksiyon kontrolü sağlamakta kullanılan diğer yöntemdir. Yanık hastalarında standart yöntemlerle enfeksiyon kontrolü yapmak yeterli olmamaktadır. Geniş yanığa sahip olan ve çoklu dirençli mikroorganizmaları olan hastalar izole edilmelidir. Islak ve tam kapalı olmayan pansumanlar enfeksiyon yayılımı açısından risk faktörü olduğundan, bütün yanık vakalarında pansumanlar kuru olmalıdır. (Karakodovan ve Aslan 2010, Aksoy ve ark 2012, Yorgancı ve Geyik 2007, Yastı ve Kabalak 2012).

2.1.3.2.3. Metabolik Gereksinimlerin Karşılanması

Yanık yaralanmalarından sonra hipermetabolik yanıt, ağır travma ve enfeksiyon yanıtından daha fazla ortaya çıkmaktadır. Yanık bazal metabolizma hızını ve oksijen tüketimini arttırmaktadır. Bu yüzden protein ve yağ yıkımındaki fazlalık ile birlikte, glikoz kullanımına daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Ağrı, anksiyete, sepsis ve ısı kaybı hipermetabolizmayı arttırmaktadır. Böylece enerji tüketimiyle beraber, enerji gereksinimi de ortaya çıkmaktadır. Bu yüzden yanık hastalarının erken dönemden başlayarak etkin ve uygun bir şekilde besin ihtiyaçları sağlanmalıdır (Yorgancı ve Geyik 2007).

2.1.3.2.4. Ağrı Kontrolü

Yanıklı hastalarda ağrı kontrolü yanıktan hemen sonra başlayıp rehabilitasyon sürecinin sonuna kadar devam eden bir tedavi planıyla sağlanmalıdır. Yanık yarasıyla beraber uygulanan pansuman, fizik tedavi ve mobilizasyonla ağrı oluştuğu için, ağrının kontrolünü sağlamak güçtür. Yanık nedeniyle hastanede yatan hastaların ağrısı dört farklı şekilde değerlendirilmektedir: 1) İstirahat ağrısı: Ağrı uzun süreli ve düşük şiddettedir, hastanın ünite de tedavisi sırasında oluşmaktadır. 2) İşlemlere bağlı ağrı. Daha kısa süreli ve şiddetli olan pansuman, fizik tedavi gibi tedaviler esnasında oluşmaktadır. 3) Yeni ortaya çıkan ağrılar: Bu tip ağrılar kısmen şiddetli olan ve hastanın tedavi sürecinde oluşmaktadır. Bu tür durumlarda ağrı tedavisi değiştirilebilir. 4) Ameliyat sonrası ağrı; Altı aydan daha uzun sürmektedir ve kronik ağrı olarak değerlendirilmektedir (Yorgancı ve Geyik 2007)

Yanıklı bireylerde ağrının kontrolünde analjezikler dışında başka yöntemlerde uygulanmaktadır. Sağlık personelinin hastaya daha anlayışlı ve yakın davranması problemlerin atlatılmasında önemli rol oynamaktadır. Pansumanların deriden ayrıştırılmasından önce ılık su ile ıslatılarak gevşetilmesi, uygun zamanlarda hastanın kendi pansumanının kaldırılmasında yardımcı olması hissedilen ağrının kontrolü açısından önem taşımaktadır (Yorgancı ve Geyik 2007, Karateke 2010).

2.1.3.2.5. Cilt Bütünlüğünün Korunması ve Yara Bakımı

Yanıklı hastadaki yara enfeksiyonu mortalite açısından önemli sebeplerden biridir. Yanıklı alanın toplam vücut yüzeyi %30'dan fazla olan hastalarda oluşabilecek yanık yarası sepsisi, ciddi bir mortalite nedeni olarak gösterilmektedir. Yara, 1950'li yıllarda açık pansuman ile tedavi edilmektedir. Ancak günümüzde sıvı-elektrolit kaybının önlenmesi ve enfeksiyon kontrolü için kapalı pansuman tekniği kullanılmaktadır (Yastı ve Kabalak 2012, Özkaya ve ark. 2014, Zor ve Ersöz 2009).

Yanık yarasında cilt bütünlüğünün sağlanması için deri primer iyileşmeye bırakılır ya da greftleme yöntemiyle iyileşme sağlanmaktadır. Yanık ile zarar görmüş doku tabakası tekrar oluşmaya başlarken, yeni cilt düz, pembe renkte, hiperemik ve kabarık durumdadır. Cildin eski haline dönmesi kozmetik yöntemlerin (estetik cerrahi ve doku yenileyici kremler gibi) kullanılması haricinde mümkün değildir (Aksoy ve ark. 2012). Yanıklı hastalarda değişen fiziksel görüntüye bağlı kaygılar vardır. Hemşire hasta ile iletişim kurarak, mevcut ve olası sorunları tespit ederek, hastayı destek gruplarına yönlendirmelidir. Böyle gruplara katılım, bireyin benzer kayıplara sahip hastalarla tanışmasını sağlayacaktır. Diğer yanıklı hastalarla iletişim kurmak, kişinin yanık hasarı ile mücadelesine yardımcı olacaktır (Karadakovan ve Aslan 2010).

Yanıkta yara pansumanı; drenajın absorpsiyonu, ağrının azaltılması ve yaranın izolasyonu amaçlarını içermelidir. Yanığın yeri, derinliği ve yüzdesine göre tedavi ve bakım planı yapılmalıdır (Kavanagh ve Jong 2004)

2.1.3.2.6. Fiziksel Aktivitenin Sürdürülmesi

Yanıklı hastalar, kendilerini iyi hissedene kadar fiziksel aktiviteden kaçınmaktadır. Fakat fiziksel hareketlere ara verilmesi, sonraki dönemde yaşanabilecek fonksiyonel sorunlara yol açabilir. Yanığın erken döneminde

uygulanacak fizik tedavi, hastada oluşacak ödemi en aza indirmeye ve kontraktür oluşumunu önlemeye yardımcı olur. Bu yüzden hastalar, fiziksel aktivite açısından cesaretlenmelidirler. Egzersiz ve germelerle kazanılan eklem hareket açıklığının azalmasını önlemek için, splintlemeye dikkat edilmelidir. Bu dönemde progresif, rezistif, izokinetik ve ergonoetrik egzersizler, hastanın eski güç ve aktivitesinin kazanılması açısından önemlidir (Aydemir ve Taşkınatan 2011, Rawlings 2011).

2.1.3.2.7. Psikolojik Destek

Yanıklı hasta ve ailesi hastaneye ilk geldikleri andan itibaren psikolojik olarak yıkım içerisindeydirler. Yanık travmaları, fiziksel ve psikososyal sorunlara ayrıca ölüme neden olabilmektedir. Hasta ve ailesi yaşanan ve yaşanabilecek prognoza ilişkin için gelişmeler açısından psikolojik olarak hazırlanmalıdır. Yanıklı hastaya psikolojik destek sağlanması için, önceki emosyonel durumu ve yanıklı halini algılama durumunu araştırmak önemlidir. Ailede bireye destek ve yardımcı olabilecek kişiler belirlenmeli, hastanın yaşı ve sosyo-kültürel durumuna göre kendisine uygulanacak her işlem açıklanmalı, anksiyete durumu kontrol edilmelidir. Günlük yaşam aktivitelerini tek başına sağlayabilmesi için hasta desteklenmelidir. Ailesine hastanın genel durumu hakkında bilgi verilmelidir ve hastaya destek olunması konusunda bilgi sağlanmalıdır (Şelimen 2004, Gropler 2012).

2.1.3.3. Rehabilitasyon Fazı

Yanıklı hastaların rehabilitasyon süreci, yanık travması geçirilen andan itibaren başlayarak aktif şekilde devam eder ve hastanın yaşına, yanık öncesi sağlık durumuna, yanık alanın genişliğine ve derecesine göre, birkaç günden birkaç aya kadar değişebilmektedir (akut resüsitasyon döneminde erken rehabilitasyon, immobilizasyon dönemindeki rehabilitasyon ve maturasyon dönemindeki rehabilitasyon). Yanıklı hastanın rehabilitasyonun amacı, tedavinin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönlerini birleştirmek ve kapsamlı bir yaklaşım ile hareket kısıtlılığını önlemek ve tedavi etmek, kas kasılmalarını önlemek, estetik ve fonksiyonel sorunları en aza indirmek ve hastayı yanık öncesi yaşam aktivitelerine geri döndürmektir (Aydemir ve Taşkınatan 2011, Karakodovan ve Aslan 2010).

Geniş yanık alanına sahip olan hastaların, skarlaşma, kontraktür, amputasyon, ağrı ve psikolojik bozukluk gibi sorunlara sahip olması nedeniyle, disiplinler arası

koordinasyon ile sağlanan nitelikli bakıma ihtiyaçları vardır. Bu bakımı sağlamak amacıyla sağlık ekibinde; plastik cerrahi uzmanı, yanık hemşiresi, fizyoterapist, psikolog, sosyal danışman, ortez-protez teknikeri, iş-uğraşı terapisti ve gerekli durumlarda diğer uzmanlık alanlarından profesyoneller bulunmalıdır (Aktaş ve ark. 2016, Aydemir ve Taşkıyatan 2011).

Yanıklı hasta ve aile/bakım verenler, yanığın acil döneminden başlayarak, tüm tedavi ve bakım sürecine ilişkin bilgi almalıdır. Hasta eve gönderildiğinde açık yarası bulunabilir. Bu nedenle, pansumanın değiştirilmesi ve yaranın korunması hakkında bilgilendirilmeye gereksinimleri vardır. İyileşmekte olan yaraların nemlendirilmesi, cildi beslemek ve kaşınmayı önlemek açılarından önemlidir (Karakodovan ve Aslan 2010, Aksoy ve ark 2012, Rawlings 2011).

Ekstremiteler ve eklemlerin etkilendiği yanıklarda, kontraktür görülme olasılığı yüksektir. Kontraktürlerin önlenmesi için aktif/pasif eklem hareket açıklığı egzersizleri, fizik ve uğraşı terapileri ile erken mobilizasyonun yanık bakım ekibi tarafından sağlanması gerekmektedir. Böylece hastanın hareket etmesi sağlayarak, uzun dönemde görülecek sorunlar en aza indirgenmiş olacaktır. Buna rağmen hastada tam olarak hareketi gerçekleştiriyorsa, cerrahi girişim ile eski güç ve hareket düzeyine dönmesi sağlanabilmektedir (Karakodovan ve Aslan 2010, Aydemir ve Taşkıyatan 2011).

Yatağa bağımlı olan yanıklı hastalarda bası yarası oluşma riski yüksektir. Yanık hastasının rehabilitasyon sürecinde, sıvı kaybının karşılanması ve yara bakımı gibi tedavi süreçlerinin yanısıra, hastaya pozisyon verme ve egzersiz programlarının uygulanması ile erken mobilize etmeye başlanmalıdır. Bu dönemde hastalar, hava akımlı yatakta tedavi edilmeli ve iki saatte bir pozisyon verilmelidir. Hastanın ilk rehabilitasyon evresinde, egzersiz ve yara örtüsü değişimleri ağrıya neden olabilmektedir. Rehabilitasyon döneminin taburcu olduktan sonra hastane dışında devam ettiği dönemde ise, hastalar sıklıkla mobilize oldukları için daha fazla sempatik kökenli ağrılar görülmektedir. Ayrıca yanık hastalarında sık görülen anksiyete, depresyon, korku gibi belirtiler de ağrıyı etkilemektedir. Ağrının kontrolünde farmakolojik yöntemlerle (analjezikler) beraber nonfarmakolojik yöntemler de (gevşeme teknikleri, dikkati başka yöne çekme, egzersiz ve aktif pasif hareketler, psikoterapi vb.) kullanılabilir. Ağrı kontrolü ile, hastaların günlük yaşam

aktivitelerini gerçekleştirmeleri sağlanmaktadır (Kurşun ve Kanan 2007, Aktaş ve ark. 2016).

Yanık vakalarında öncelik, hastanın hayatta kalmasını sağlamak olmasının yanı sıra, kişinin önceki yaşamına dönmesi ve topluma tekrar kazandırılmasıdır. Son zamanlarda gelişen yanık merkezleri, yara bakımı, greftleme tekniklerindeki ilerlemeler ve yeni antimikrobiyal ajanların kullanılması rehabilitasyon sürecine yardımcı olmaktadır (Aydemir ve Taşkıyan 2011, Karakodovan ve Aslan 2010).

2.1.4. Yanıklı Hastanın Öğrenim Gereksinimlerinin Karşılanmasında Hemşirenin Rolü

Taburculuk eğitimi, hastanın tedavi için hastaneye yatması ile başlayan evde bakımındaki süreçlerini de kapsayan geniş bir zaman dilimini içine almaktadır. Hastaların taburcu olduktan sonraki dönemlerinde evde tedavi ve bakımlarını sürdürebilmeleri, karşılaşacakları sorunları erken tespit edebilmeleri ve oluşabilecek komplikasyonları önlemeleri için taburculuk eğitimi almaları gerekmektedir. Sağlık ekibinin tüm üyeleri, hasta ve ailesinin/ bakım verenlerin eğitimiyle sorumlu olmasına rağmen, bu eğitimin sağlanması hemşirelerin temel görevlerinden biridir. Hastalar, evde bakımlarını sorunsuz bir şekilde sağlayabilecekleri bilgileri hemşirelerden almaktadır. Taburculuk eğitiminde hemşirenin görevi; kişiyi sağlık sorunlarından koruyarak tedavinin tamamlanmasını sağlamak, sistemli bir eğitim sağlayarak taburculuk sonrası evde bakım sürecinde hasta, hastane ve ev arasındaki bağlantıyı kurmaktır (Yalçın ve ark 2015, Şahin ve ark. 2015, Coşkun ve Akbayrak 2001).

Yanık yarasının iyileşme süreci uzun sürdüğü, hastanın taburculuktan 12-24 ay sonraki dönemlerinde fizyolojik ve psikolojik sorunları devam edebildiği için bu sorunlarının tespit edilmesi ve çözülmesi gerekmektedir. Hastanede tedavi sürecini tamamlayan yanıklı bireye ve aileye/bakım verici kişilere gerekli eğitim verildikten sonra hasta taburcu edilmelidir (Karakodovan ve Aslan 2010, Faydalı 2004, Loey ve ark. 2001).

Yapılan bazı çalışmalarda (Yalçın ve ark 2015, Dal ve ark 2012) taburculuk eğitimi alan hastaların iyileşme sürecinin kısaldığı, bakım kalitesinin arttığı, sağlık kuruluşlarına tekrar başvuruların azaldığı, bu duruma bağlı olarak hasta bakım maliyetinin düştüğü belirtilmektedir.

Taburculuk süreci, hastanın sahip olduğu ve gelecekte var olacak gereksinimlerini kapsamlı şekilde belirlemek için tanılama yapmayı, hasta açısından uygun olan kararlar verilmesi için değerlendirme ve izlem yaparak ve diğer disiplinlerle işbirliği ile kapsamlı girişimleri sağlamayı gerektirmektedir. Bu süreçte hemşireler, zamanı etkin bir şekilde kullanarak, öğrenim gereksinimlerini belirleyip, işbirliği ile karşılanmasında önemli bir rolü üstlenmektedirler.

Öztürk ve arkadaşları (2011)'nın hemşirelerin hastalara verdikleri eğitimi araştırdıkları çalışmalarında, hemşireler tarafından hastalara verilen eğitimin daha çok sözlü ve plansız olduğu, hastanın taburculuk eğitimi için harcanan sürede hemşire açısından önemli bulunan konuların anlatıldığı, ancak hastanın gereksinim duyduğu konuların anlatılmadığı bildirilmiştir. Bu nedenle, hemşirelerin hastaya eğitim vermeden önce gereksinimlerini belirlemesi ve hastanın gereksinimlerine yönelik eğitim planlaması, eğitimin hasta taburcu olmadan önce görsel ve işitsel araçlar kullanılarak bireysel ve tartışmalı bir plan kapsamında verilmesi, eğitimin etkinliği açısından önemlidir (Tan ve ark 2013, Topbaş 2015).

2.1.4.1. Yanıklı Hastanın Taburculuk Planlaması

Yanıklı hastanın hastaneye yatışı ile başlayan taburculuk planlama sürecinde, hasta ve aile bireyleri (veya evde bakıma yardımcı bireyler) önemli rol oynamaktadır. Planlamadaki başarı; sağlık bakımında görev alan hemşirenin yanık bakımına özgü bilgi ve becerisine, hemşirelik sürecini uygulamadaki koordinasyonuna, kritik düşünme ve zamanı etkin yönetme becerilerine bağlıdır. Hasta ve aile bireylerinden yararlanarak (veya evde bakıma yardımcı bireyler) bütüncül bir yaklaşımla toplanan veriler, sağlık bakım ve eğitim gereksinimlerini belirlemektedir (Karakadovan ve Aslan 2010, Aksoy 2015).

2.1.4.2. Yanıklı Hastanın Taburculuk Eğitim Konuları

Yanık travması geçiren hastalar; ciltte oluşan yaranın ağrısı, kaşınması, yara renginde değişim, yara izi, kontraktür gelişimi, vücut imajının bozulmasına bağlı özgüven eksikliği, anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozuklukları gibi birden fazla fiziksel ve psikososyal sorunla birlikte taburcu olmaktadır. Yanıklı hastaların; enfeksiyondan korunması, günlük yaşam aktivitelerini (banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme) yapabilmesi, sıvı alımı ve beslenme, ilaçlar ve kontrol

gereksinimi ve sıklığı, yara pansumanı, varsa alçı veya atel bakımı, yara izi ve kontraktürün önlenmesi ve tedavisi, ağrı kontrolünün sağlanması, psikolojik sorunlar ve destek kaynakları konularında eğitim alması taburculuktan sonra yaşamın sağlıklı olarak sürdürülmesi açısından önemlidir (Aksoy ve ark. 2012, Yastı ve Kabalak 2012, Karadakovan ve Aslan 2010, Altunseven 2008, Yorgancı ve Geyik 2007).

Yanık hastalarının en fazla gereksinim duydukları taburculuk eğitimi konusu cilt bakımıyla ilgili olmakla birlikte, yanığın derecesine göre gereksinim değişmektedir. Yanık yarasının iyileşip kapandıktan sonraki dönemlerinde, kurulağa bağlı kaşıntının önlenmesi için uygun pansuman malzemelerinin kullanılması, cildin yeniden yapılanma sürecinde güneş ışınlarından zarar görmemesi ve yeni oluşan dokunun travmalara karşı korunması gibi cilt bakım yöntemleri önerilmektedir (Aksoy ve ark. 2012, Kurşun ve Kanan 2007).

Kişiye özgü planlanan egzersizler ile kontraktür gelişiminin önlenmesi, kasların ve eklemlerin eski gücü ve hareketine kavuşması amaçlanmaktadır (Aydemir ve Taşkıyatan 2011, Rawlings 2011). Özellikle yatağa bağımlı olarak tedavisi devam eden yanıklı hastalarda, ekstremitelerde aktif ve pasif ROM egzersizlerinin yapılması, hareketlerin devamlılığı ve kontraktür gelişiminin önlenmesi için önemlidir. Bu tür durumlarda hemşire, fizyoterapist, ugraşı terapisti ve sosyal hizmet uzmanı ile iş birliği içinde olmak, hastanın evde bakımda gerekli tedavilerin sürdürülmesi için önemlidir (Liang ve ark. 2012, Park ve ark. 2008, Şahin 2008, Faydalı 2004).

Yanığın travmatik bir olay olması, hastane deneyimi, amputasyonlar, nörolojik ve psikolojik sorunlar, yara izi gibi kozmetik problemler yanıklı hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Hastanın yanık geçirmeden önceki duygusal durumu, yanık travmasına karşı verdiği tepkileri, yaşı ve sosyokültürel özellikleri belirlenerek psikolojik sorunları tespit edilmeli ve durumuna göre gerekli disiplinlere yönlendirilmesi sağlanmalıdır (Şelimen 2004, Gropler 2012). Ağır travmatik sorunları olan yanık hastaları ve aile/bakım verenlerin, taburcu olduktan sonrada bakım ihtiyaçları devam etmektedir (Aydemir ve Taşkıyatan 2011, Tuna ve Çetin 2010).

3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi ve Deseni

Bu araştırma, yanık travması geçiren hastaların taburculuk sonrasında öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte ve kesitsel desende yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinin yara ve yanık merkezinde yapılmıştır. Toplam 12 yataklı merkezde, üç doktor ve beş hemşire görev yapmak ve hastalara, yatarak veya ayaktan tedavi sağlanmaktadır. Yıllık ortalama 100-150 hastanın yatarak tedavi edildiği bildirilen merkezde 2015 Ocak -2015 Aralık tarihleri arasında ise ortalama 100 yanıklı hastanın yatışı yapılarak tedavi edildiği saptanmıştır. Yara ve yanık merkezinde yatarak tedavi edilme kriterleri aşağıdaki gibidir:

1. Erişkinlerde %15'den fazla yanık alanı bulunması.
2. Çocuk ve yaşlı hastalarda %10'dan fazla yanık alanı bulunması.
3. Yüz, baş-boyun, her iki el, her iki ayak ve perine bölgesi yanıkları bulunması.

Araştırmanın yapıldığı yara ve yanık merkezinde, yanık alanı %30'dan az ve hafif düzeyde yanığı bulunan (2. ve 3. derece) hastalara bakım verilmektedir. Araştırmaya katılan hastaların tamamında 3.derece yanık bulunmaktadır. Ayaktan başvuran hastaların kontrol ve yara pansumanları, yanık polikliniğinde hafta içi Pazartesi, Çarşamba ve Cuma günlerinde ve 08.00-16.00 saatleri arasında yapılmaktadır. Pansumanlar, plastik ve rekonstruktif cerrahi uzmanları ile yara ve yanık merkezi hemşireleri tarafından yapılmaktadır. Yatarak tedavi gören hastalar taburcu olduktan sonra kontrol ya da pansuman yapılması amacıyla yanık polikliniğine gelmektedirler. Taburcu olmadan önce hastalara planlı taburculuk eğitimi yapılmamakta ve yazılı bir eğitim materyali verilmemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinin yara ve yanık merkezinde yatarak tedavi gören 18 yaş üzerindeki hastalar oluşturmuştur. Bu hastalardan, araştırmanın uygulama süresi olan Temmuz 2016-Haziran 2017 tarihleri

arasında yara ve yanık merkezine başvuran ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 100 hasta, araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. Yara ve Yanık Merkezi'nde en az iki gün yatarak tedavi görmek,
2. Primer yanık (yeni gelişen) tedavisi amacıyla yatışı yapılmış olmak,
3. 18 yaş üzerinde olmak,
4. İletişim kurabiliyor olmak,
5. Taburculuğu planlanmış olmak,
6. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

3.5. Araştırmadan Hariç Tutulma Kriterleri

1. Çok komplikasyonu bulunan primer yanık tedavisi amacıyla yatışı yapılmış olmak.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanan Yanıklı Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimlerini Belirlemeye İlişkin Veri Toplama Formu ve Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Yanıklı Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimlerini Belirlemeye İlişkin Veri Toplama Formu: Form, iki bölümden oluşmaktadır. Formun I. bölümünde; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu, yaşadığı yer, gelir durumu, sosyal güvence durumu, evde birlikte yaşadığı kişileri sorgulayan sosyodemografik özelliklere ilişkin 10 soru bulunmaktadır. Formun II. bölümünde ise; yanık travması geçirme tarihi ve nedeni, yanan vücut bölgesi, yanık yüzdesi, yanık derinliği, başka bir hastalığın varlığı, hastanede yattığı sürede yanığa bağlı gelişen başka sorun varlığı, yanığa bağlı günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumu, tedavi görülen başka bir hastalık varlığı, bu nedenle kullandığı başka ilaçların bulunma durumu, sigara ve alkol kullanma durumu ve özellikleri, evde bakım verecek birinin varlığı, evde bakıma yönelik eğitim/bilgi alma durumu, eğitim/bilgiyi aldıysa kimden aldığı, hangi konularda eğitim aldığı, hareket etmeye yardımcı cihaz kullanma durumunu sorgulayan hastalığa ilişkin özelliklerle ilgili 28 soru bulunmaktadır. Formun

17. Sorusu, Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA İndeksi)'ni içermektedir. Katz ve arkadaşları (1963) tarafından geliştirilen GYA İndeksinin Türkçe'ye çevirisi Yardımcı (1995) tarafından yapılmış olup, Altın (2006) tarafından ölçek Cronbach Alfa katsayısı 0.84 olarak bildirilmiştir. Bu soru ile yanığın GYA'ni etkileme durumu belirlenmiştir. GYA İndeksi; banyo, giyinme, tuvalet, hareket, beslenme ve boşaltım aktiviteleri ile ilgili 6 sorudan oluşmaktadır. Her bir aktiviteyi yapma durumu bağımsız yapabiliyor (3 puan), yardım alarak yapıyor (2 puan), hiç yapamıyor (1puan) olarak değerlendirilmektedir. GYA İndeksinden alınan 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı ve 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir.

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (HÖGÖ): Hastaların taburculuk sırasında bilgi gereksinimlerini ve önceliklerini belirlemek amacıyla, 1990 yılında Bubela ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması, Çatal ve Dicle (2008) tarafından yapılmıştır. Toplam 50 maddeden oluşan ölçeğin yedi alt ölçeği bulunmaktadır. Bunlar; ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımındır. Ölçeğin alt boyutları sırasıyla aşağıdaki öğrenim gereksinimlerini sorgulamaktadır;

-İlaçlar alt boyutu (madde numarası; 3, 8, 16, 18, 37, 39, 44, 45); ilaçların etkinliği, nasıl ve neden alınacağı, nereden temin edileceği gibi soruları,

-Yaşam aktiviteleri alt boyutu (madde numarası; 2, 5, 14, 17, 27, 28, 29, 30, 48); enerjinin/gücün nasıl korunacağına, ev işlerine/işe dönüş zamanına, istirahat süresine, uyku ve yemek yeme düzenine, yapılması ve yapılmaması gereken hareketlere yönelik soruları,

-Toplum ve izlem alt boyutu (madde numarası; 6, 9, 22, 31, 36, 41); hastanın ailesinin bireyin hastalığıyla baş etmesi için yardım alması gereken yerlere, evde acil bir durumda yapılması gerekenlere, toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurulacağına, klinikten eve nasıl gidileceğine ait soruları,

-Duruma ilişkin duygular alt boyutu (madde numarası; 7, 24, 32, 35, 42); hastalığın nedeni/nedenlerine, hastalık hakkında aile ve arkadaşlarla nasıl konuşulacağına, yaşam ve ölüm hakkındaki duyguları tanımlayabilmesine ve bunların kiminle konuşulacağına yönelik soruları,

-Tedavi ve komplikasyonlar alt boyutu (madde numarası; 1, 4, 10, 19, 20, 23, 26, 38, 47); uygulanan tedavinin amacına, hastanın evdeki bakımında dikkat etmesi gereken konulara, taburculuktan sonra tedavi ve takibinin nasıl yapılacağına, hastalık ve tedavideki sorunları çözmeye yönelik soruları,

-Yaşam kalitesi alt boyutu (madde numarası; 11, 13, 15, 21, 34, 40, 46, 50 ; hastalığın kişinin mevcut yaşamının ve geleceğinin üzerinde etkisine, ağrı ve stresle başatma yöntemlerine, alınması gereken vitamin ve ek gıdalara yönelik soruları,

-Cilt bakımı alt boyutu (madde numarası; 12, 25, 33, 43, 49); duş veya banyo yapma zamanına, ameliyat yarasının bakımına ve ciltte oluşacak yara ve kızarıklık gibi değişikliklerin önlenmesine yönelik soruları içermektedir. Ölçeğin bu alandaki 25. sorusunda 'ameliyat yarasının' ifadesi yerine 'yanık yarasının' ifadesi kullanılmıştır.

Ölçeğin uygulanması sırasında hastalardan, taburculuk öncesinde eve gönderilmeden önce bilgi gereksinimlerini ve bunların önceliklerini en iyi tanımlayan seçeneği belirlemeleri istenmektedir.

Ölçek maddeleri, likert tipi ölçekleme yöntemi ile "1= önemi değil", "2= biraz önemli "3= ne az ne çok önemli", "4= çok önemli", "5= son derece önemli" şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçeğin değerlendirmesi, her bir alt ölçek ve toplam ölçek puanı üzerinden yapılmaktadır. Ölçekten elde edilebilecek puanlar 50-250 arasında değişebilmektedir. Ölçek ve alt ölçek puanları; toplam ölçek ve tüm alt ölçeklerin soru sayısına bölünerek, 1 ile 5 arasında önemlilik düzeyine göre, "1= önemli değil", "2= biraz önemli", "3= ne az ne çok önemli", "4= çok önemli", "5= son derece önemli" şeklinde yorumlanmaktadır. Bu yöntemle yapılan değerlendirme sonucunda alınan yüksek puanlar öğrenim gereksiniminin önemlilik düzeyini göstermektedir. Toplam ölçek için orijinal ölçek cronbach alfa katsayısı 0.95, Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılan ölçek ise, 0.93 olarak bildirilmiştir (Çatal 2007).

Bu çalışmada yanıklı hastalar için HÖGÖ ve alt ölçek maddelerinin cronbach alfa katsayıları ve türkçe geçerlik güvenirlik çalışması ile bildirilen cronbach alfa katsayıları Tablo 3.1'de verilmiştir. Bu katsayılar ölçme aracının maddelerinin ölçmek istenilen değişkeni tutarlı bir şekilde ölçüp ölçmediğini göstermektedir. Literatürde cronbach alfa katsayısına ilişkin ölçüt değerleri;

0.00<alfa<0.40 olduğunda ölçeğin güvenilir olmadığı,

0.41<alfa<0.60 olduğunda ölçeğin düşük güvenilirlikte olduğu,

0.61<alfa<0.80 olduğunda ölçeğin orta düzeyde güvenilirlikte olduğu,

0.81<alfa<1.00 olduğunda ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğu bildirilmektedir (Yaşar 2014, Özdamar 1999).

Bu çalışmanın HÖGÖ toplam ölçek ve alt boyutlarının cronbach alfa katsayıları, HÖGÖ'nün yanıklı bireylerde öğrenim gereksinimlerini belirlemede cilt bakımı alt boyutu için orta düzeyde, diğer alt boyutlar ve toplam ölçek için yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermiştir.

Tablo 3.1. HÖGÖ Toplam Ölçek ve Alt Ölçeklerinin Cronbach Alfa Değerleri

Alt Ölçekler	Cronbach Alfa α Katsayıları (Çatal 2007)	Cronbach Alfa α Katsayıları
İlaçlar	0.88	0.87
Yaşam Aktiviteleri	0.84	0.85
Toplum ve İzlem	0.85	0.74
Duruma İlişkin Duygular	0.79	0.81
Tedavi ve Komplikasyonlar	0.83	0.83
Yaşam Kalitesi	0.85	0.81
Cilt Bakımı	0.69	0.63
TOPLAM ÖLÇEK	0.93	0.93

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

3.7.1. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; öğrenim gereksinimlerini etkileyebileceği düşünülen sosyodemografik özellikler, hastalıkla ilgili özellikler, tedavi ve bakıma uyum ile ilgili özellikleri oluşturmaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkenlerini ise; yanık deneyimi yaşayan hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerini gösteren HÖGÖ puan ortalamaları ve HÖGÖ alt ölçeklerin puan ortalamaları oluşturmaktadır.

Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri, Tablo 3.2. de görülmektedir.

3.7.2. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Analizler

Araştırmanın verileri SPSS for Windows Version 15.00 (SPSS Inc., Chicago, IL., USA) programı kullanılarak, %95 güven aralığında ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Araştırmanın değişkenleri ve kullanılan istatistiksel testler, Tablo 3.2'de verilmiştir.



Tablo 3.2. Araştırmanın Değişkenleri ve Kullanılan İstatistiksel Testler

Araştırmanın Değişkenleri	İstatistiksel Testler
Bireylerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence, taburcu olduğunda kim/kimlerle yaşayacağı) (Tablo 4.1).	-Tanımlayıcı istatistiksel analizler: Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum ve maximum değer
Bireylerin hastalıkla ilgili özelliklerinin dağılımı (yanığın gerçekleşme tarihi, yanık gerçekleştikten sonra müdahale yapılma durumu, yanık oluşma sebebi, yanan vücut bölgesi, yanık yüzdesi, yanık derinliği, yanığa bağlı gelişen başka sorun/sorunlarınız gelişme durumu, yanığa bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerini etkilenme durumu, başka hastalığınız/hastalıklar nedeniyle sürekli ilaç kullanma durumu, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, taburcu olduktan sonra bakımın nerede devam edeceği, taburcu olduktan sonra bakıma yardımcı olacak birey varlığı, taburculuk sonrası bakıma yönelik hangi konularda eğitim/bilgi alma durumu, taburculuk sonrası bakıma yardımcı olacak birey/bireylere evde bakıma yönelik eğitim/bilgi verilme durumu, taburculuk sonrası bakıma yardımcı olacak birey/bireylere evde bakıma yönelik verilen eğitim/ bilginin içeriği, hareket etmeye yardımcı cihaz kullanma durumu, yanığa bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumu) (Tablo 4.2).	
Bireylerin HÖGÖ puan ortalamalarının ve öğrenim gereksinimi önem düzeylerinin dağılımı (Tablo 4.3).	-Tanımlayıcı istatistiksel analizler: Ortalama, standart sapma
Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre HÖGÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (Tablo 4.4).	-Kruskall Wallis Varyans Analizi, -Mann-Whitney U testi, -Pearson korelasyon analizi -Gruplar arası farkın belirlenmesinde Post-Hoc test (Bonferroni).
Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre HÖGÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (Tablo 4.5).	-Kruskall Wallis Varyans Analizi, -Mann-Whitney U testi. -Gruplar arası farkın belirlenmesinde Post-Hoc test (Bonferroni).

3.8. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması, İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesininin yara ve yanık merkezine 1 Temmuz 2016-1 Agustos 2016 tarihleri arasında yanık travması nedeniyle en az 48 saat yatan 7 hasta ile yapılmıştır. Araştırmanın ön uygulaması sonucunda veri toplama formunda değişiklik yapılmamıştır. Bu nedenle ön uygulama alınan hastalar, örneklem grubuna dahil edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın veri toplama formları (Ek-3 ve Ek-4) 1 Temmuz 2016- 20 Haziran 2017 tarihleri arasında uygulanmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından yara ve yanık merkezinde yatarak tedavi gören 100 hasta ile taburculuğuna karar verildikten sonraki 24 saat içinde (taburcu olmadan en az 24 saat önce) yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Görüşmeler, yara ve yanık merkezinde hasta odasında gerçekleştirilmiş ve hastalar ile yapılan her bir görüşme, ortalama 20-30 dakika sürmüştür.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Dahiliye ve cerrahi hastalarının taburculuktaki bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi için geliştirilen ve öznel bir ölçüm aracı olan HÖGÖ'nün yanıklı hastalarda öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmanın sonuçları, örnekleme dahil edilen 100 hastayı temsil etmektedir. Bu nedenle sonuçlar, yara ve yanık merkezinde yatarak tedavi gören diğer hastalara ve ayaktan tedavi gören hastalara genellenemez. Araştırmanın diğer bir sınırlılığı ise, yalnızca bir yara ve yanık merkezinde tedavi gören hastaların katılımı ile yapılmış olmasıdır.

3.11. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik boyutunu sağlamak amacıyla; öncelikle HÖGÖ'nün Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacıdan (Emine Çatal) onay alınmıştır (Ek 5). Araştırmaya başlamak için, kurum etik kurulundan onay (Ek 1) alınmış ve hastaların gönüllü katılımlarını sağlamak amacıyla veri toplama formlarını uygulamadan önce, araştırmacı tarafından her bireye araştırmanın amacı açıklanmış ve bilgilendirilmiş yazılı onamları (Ek 2) alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri ve sağlık durumu özellikleri ile HÖGÖ'ye ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=100)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş $\bar{x} \pm SS: 34.99 \pm 14.08$ (min:2-max:76)		
18-28	42	42
29-39	31	31
40-50	12	12
51-61	10	10
62 ve üzeri	5	5
Cinsiyet		
Erkek	64	64
Kadın	36	36
Medeni Durum		
Evli	48	48
Bekar	49	49
Dul	3	3
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	2	2
İlkokul	30	30
Ortaokul	20	20
Lise	32	32
Üniversite	16	16
Meslek		
Memur	22	22
İşçi	33	33
Serbest meslek	29	29
Diğer	16	16
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	53	53
Çalışmıyor	47	47

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı DEVAM (n=100)

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Gelir Durumu		
Geliri giderinden az	5	5
Geliri giderine eşit	95	95
Sosyal Güvence		
Var	98	98
Yok	2	2
Hastaneye Başvurduğu Yer		
Şehir içi (İstanbul içi)	74	74
Şehir dışı (İstanbul dışı)	26	26
Yaşadığı Yer		
İl	78	78
İlçe	11	11
Köy	11	11
Taburculuk Sonrasında Birlikte Yaşayacağı Kişi/Kişiler		
Eş	13	13
Eş ve çocuklar	38	38
Anne ve baba	41	41
Arkadaşlar	3	3
Yalnız	5	5

Tablo 4.1.'de hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı bulunmaktadır. Araştırmaya katılan 100 hastanın yaş ortalaması **34.99±14.08** olup, %42'si 18-28 yaş grubunda, %64'ü erkek, %49'u bekar, %32'si lise mezunu, %33'ü işçi, %53'ü halen çalışmakta, %95'nin gelir durumu giderine eşit ve %98'nin sosyal güvencesi bulunmaktadır (Hastaların %10'u (n=10) asker olan hastalar olup, bu hastalar ilgili meslek grubunda gösterilmiştir).

Hastaların %74'ü şehir içinden (İstanbul) hastaneye başvurmuş ve %78'i şehir merkezinde oturmakta olup ve yalnızca %5'i, taburculuk sonrasında yalnız olarak yaşayacağını bildirmiştir.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı (n=100)

Hastalıkla İlgili Özellikler	n	%
Yanıktan Sonra Hastaneye Başvurma Süresi		
0-1 gün	81	81
2-10 gün	15	15
11 günden fazla	4	4
Hastaneye Gelmeden Önce Müdahale Yapılma Durumu		
Yapıldı	23	23
Yapılmadı	77	77
Hastanede Yatış Süresi		
10-20 gün	65	65
20 günden fazla	35	35
Yanık Sınıfı		
Termal Yanıklar	81	81
Elektrik Yanığı	12	12
İnhalasyon Yanığı	1	1
Kimyasal Yanıklar	6	6
Yanık Oluşma Nedeni		
Ateş	16	16
Kaynar sıvı	51	51
Kimyasal madde	6	6
Elektrik	12	12
İnhalasyon	1	1
Kızgın yağ	11	11
Kızgın demir	1	1
Buhar	2	2
Yanan Vücut Bölge Sayısı		
1 Bölge	8	8
2 Bölge	37	37
3-4 Bölge	53	53
Tüm Vücut	2	2
Yanan Vücut Bölgesi		
Sırt	1	1
Karın	1	1
Göğüs	2	2
Bacak	1	1

Tablo 4.2. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı DEVAM (n=100)

Hastalıkla İlgili Özellikler	n	%
Kol+bacak	1	1
Kol+göğüs	2	2
Boyun+göğüs	1	1
Perine+bacak	2	2
El+göğüs	1	1
El+boyun	1	1
El+ayak	2	2
El+kol	14	14
El+kol+karın	1	1
El+kol+göğüs	1	1
El+kol+boyun	9	9
El+ayak+kol	2	2
El+yüz+kol	1	1
El+kol+bacak	3	3
El+ayak+göğüs	1	1
El+ayak+kol+bacak	3	3
El+kol+boyun+sırt	1	1
El+kol+bacak+boyun	1	1
Göğüs+karın	1	1
Göğüs+perine+karın	1	1
Ayak+kol	2	2
Ayak+bacak	8	8
Ayak+bacak+boyun+karın	1	1
Ayak+sırt+karın	1	1
Ayak+kol+bacak	1	1
Ayak+bacak+karın	1	1
Ayak+bacak+kalça	1	1
Ayak+bacak+perine	10	10
Bacak+boyun+göğüs+karın	1	1
Bacak+perine+karın	1	1
Bacak+sırt+kalça	1	1
Yüz+boyun	2	2
Yüz+kol+sırt	1	1
Yüz+kol+boyun	1	1
Yüz+boyun+göğüs	7	7
Tüm vücut	2	2

Tablo 4.2. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı DEVAM (n=100)

Hastalıkla İlgili Özellikler	n	%
Başka Hastalık Bulunma Durumu		
Bulunan	8	8
Bulunmayan	92	92
Bulunan Başka Hastalıklar (n=8)		
Epilepsi	3	37.5
Kalp hastalığı	1	12.5
Hipertansiyon	3	37.5
Diyabet	1	12.5
Başka Hastalık/Hastalıklar Nedeniyle Sürekli İlaç Kullanma Durumu		
Kullanan	6	6
Kullanmayan	94	94
Kullanılan Başka ilaçlar (n=6)		
Antidiyabetik	1	16.66
Antiepileptik	2	33.33
Antikoagulan	3	50.01
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanan	17	17
Kullanıp Bırakan	3	3
Hiç kullanmayan	80	80
Sigara Miktarı/Gün (n=17)		
1-2 paket	10	58.82
3-6 paket	7	41.17
Yanığa Sonrası Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirme Durumu		
Bağımlı (0-6 puan)	0	0
Yarı bağımlı (7-12 puan)	15	15
Bağımsız (13-18 puan)	85	85
Taburculuk Sonrası Bakıma Yardımcı Birey Bulunma Durumu		
Yardımcısı Bulunan	94	94
Yardımcısı Bulunmayan	6	6
Taburculuk Sonrası Bakıma Yardımcı Olacak Birey (n=94)		
Anne	50	53.19
Kardeş	5	5.31
Eş	29	30.08
Arkadaş	3	3.18
Gelin	1	1.06
Kuzen	1	1.06
Çocuklar	4	4.06
Yardımcı personel	1	1.06

Tablo 4.2.'de hastaların hastalıkla ilgili özelliklerine ait bilgiler yer almaktadır. Araştırmaya katılan 100 hastanın %81'i yanıktan hemen sonra hastaneye başvurmuş, %77'sine hastaneye gelmeden önce müdahale yapılmamış, %81'i termal yanıklardan dolayı tedavi olmuştur ve hastaların en çok yanan vücut bölgelerinin el ve kol (%14) olduğu bulunmuştur. Hastaların %53'ünün ise, üç ve dört vücut bölgesi birlikte

yanmıştır. oğunluğu sigara kullanmayan (%80) ve %8'i, başka hastalığa sahip olan hastalarda, epilepsi (%37.5) ve hipertansiyon (%37.5) bulunanların oranı fazladır. Başka hastalığı bulunanların %50'si, antikoagulan grubu ilaç kullanmaktadır. Hastaların %65'inin hastanede kalış suresi 10-20 arasında olup, %85'i günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirebilmekte ve %94'ünün taburculuk sonrası evde bakımlarına yardımcı birey bulunmaktadır. Bu hastaların %53.19'ünün bakımına annesinin yardımcı olacağı saptanmıştır.



Tablo 4.3. Hastalara ait HÖGÖ Puan Ortalamalarının ve Öğrenim Gereksinimi Önem Düzeylerinin Dağılımı (n=100)

Ölçek Alt Grupları	Puan Ortalamaları X±SS	Standart Sapma	Madde Sayısı	Alınabilecek Alt ve Üst Puanlar	Öğrenim Gereksinimi Önem Düzeyi
İlaçlar	31.62	5.02	8	8-40	3.95
Yaşam Aktiviteleri	36.14	6.19	9	9-45	4.01
Toplum ve İzlem	23.99	4.87	6	6-30	3.99
Duruma İlişkin Duygular	19.54	3.36	5	5-25	3.90
Tedavi ve Komplikasyonlar	36.18	3.40	9	9-45	4.02
Yaşam Kalitesi	33.30	4.38	8	8-40	4.16
Cilt Bakımı	21.49	2.56	5	5-25	4.29
HÖGÖ Toplam Ölçek	203.06	25.78	50	50-250	4.06

Tablo 4.3'te hastalara ait HÖGÖ puan ortalamalarının ve öğrenim gereksinimi önem düzeylerinin dağılımı verilmiştir. HÖGÖ alt ölçek puan ortalamalarına göre hastalar için “çok önemli” başlıca öğrenim gereksiniminin cilt bakımı alanında (önemlilik düzeyi=4.298) olduğu, bunu sırasıyla yaşam kalitesi, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam aktiviteleri alanlarındaki öğrenim gereksinimlerinin izlediği bulunmuştur. Hastaların HÖGÖ'nün duruma ilişkin duygular, ilaçlar, toplum ve izlem alanlarındaki öğrenim gereksinimlerinin ise, “ne az ne çok önemli” olduğu (önemlilik düzeyi=3.908, 3.952, 3.998) belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre HÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Sosyodemografik Özellikler	Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği							
	İlaçlar	Yaşam Aktiviteleri	Toplum ve İzlem	Duruma İlişkin Duygular	Tedavi ve Komplikasyonlar	Yaşam Kalitesi	Cilt Bakımı	Toplam Ölçek
	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)
Yaş Grupları								
\bar{x} :34.990±14.085 (min:2-max:76)	r=-0.134 p=0.183	r=-0.066 p=0.515	r=-0.040 p=0.694	r=-0.074 p=0.464	r=-0.071 p=0.481	r=-0.128 p=0.204	r=-0.052 p=0.606	r=-0.085 p=0.401
18-28	32.097±4.352 (4.012)	37.000±4.780 (4.111)	23.975± 3.158 (3.995)	19.634 ±3.344 (3.952)	26.195 ±5.075 (2.910)	33.371± 3.866 (4.171)	21.439±2.191 (4.287)	204.170±23.142 (4.083)
29-39	32.096±5.009 (4.012)	35.483±7.745 (3.942)	24.645±3.342 (4.107)	20.096 ±3.228 (4.019)	37.322 ±4.028 (4.146)	37.741 ±3.932 (4.717)	21.806±2.522 (4.361)	207.000±25.187 (4.140)
40-50	29.333±6.471 (3.666)	35.000±6.633 (3.888)	22.083± 4.776 (3.680)	18.083 ±3.895 (3.616)	33.333 ±5.499 (3.703)	30.916±6.302 (3.864)	20.750±4.309 (4.150)	189.500±34.867 (3.790)
51-61	32.200±4.756 (4.025)	37.600±4.718 (4.177)	24.600±2.633 (4.100)	19.300 ±3.368 (3.860)	37.100 ±4.701 (4.122)	34.100±4.280 (4.262)	22.000±2.180 (4.400)	206.900±24.560 (4.138)
62 ve üzeri	29.500±6.503 (3.687)	33.500±7.422 (3.722)	23.500±2.880 (3.916)	19.333 ±3.326 (3.966)	34.333 ±5.163 (3.814)	31.500±5.089 (3.937)	20.833±1.471 (4.166)	195.833±21.903 (3.196)
KWX²	2.689	1.773	3.443	2.077	5.687	3.335	2.047	3.215
P	0.611	0.778	0.487	0.722	0.224	0.503	0.727	0.523
Cinsiyet								
Erkek	30.875±5.081 (3.859)	34.821±6.673 (3.869)	23.343±3.564 (3.890)	19.093±3.293 (3.818)	35.437±5.111 (3.937)	32.531±4.418 (4.066)	21.187±2.861 (4.237)	198.468±26.209 (3.969)
Kadın	32.944±4.690 (4.118)	38.500±4.398 (4.277)	25.138±2.803 (4.189)	20.333±3.389 (4.066)	37.500±4.157 (4.166)	34.666±4.021 (4.333)	22.027±1.859 (4.405)	211.222±23.174 (4.416)
Z	-2.103	-3.070	-2.575	-2.249	-2.122	-2.435	-1.542	-2.600
P	0.035	0.002	0.010	0.034	0.034	0.015	0.123	0.009
Medeni Durum								
Evli	31.208±4.694 (3.901)	35.437±6.803 (3.937)	23.666±3.309 (3.944)	19.333±3.191 (3.866)	35.729±4.537 (3.969)	32.979±4.610 (4.122)	21.312± 2.889 (4.262)	200.104±25.152 (4.002)
Bekar (bekar+dul)	32.000±5.321 (4.000)	36.788±5.556 (4.087)	24.288±3.505 (4.048)	19.730±3.537 (3.946)	36.596±5.168 (4.066)	33.596±4.183 (4.199)	21.653±2.248 (4.330)	205.788±26.300 (4.115)
Z	1130.000	1108.000	1144.000	1162	1104	1108.000	1166.000	1190.500
P	0.414	0.333	0.471	0.552	0.319	0.333	0.568	0.277
Z: Mann-Whitney U testi; KWX2: Kruskal Wallis Varyans Analizi								

Tablo 4.4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre HÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Sosyodemografik Özellikler	Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği							
	İlaçlar	Yaşam Aktiviteleri	Toplum ve İzlem	Duruma İlişkin Duygular	Tedavi ve Komplikasyonlar	Yaşam Kalitesi	Cilt Bakımı	Toplam Ölçek
	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)
Eğitim Durumu								
Okur Yazar Değil	25.000±4.242 (3.125)	34.000±4.242 (3.777)	22.500±2.212 (3.750)	16.000±4.242 (3.200)	34.500±6.363 (3.833)	30.000±5.656 (3.750)	20.500±2.121 (4.100)	182.500±28.991 (3.650)
İlkokul Mezunu	31.133±4.861 (3.891)	35.466±7.864 (3.940)	23.266±3.393 (3.877)	19.200±3.325 (3.840)	35.733±4.282 (3.970)	32.866±4.904 (4.108)	21.033±2.809 (4.206)	199.700±26.014 (3.994)
Ortaokul Mezunu	31.650±5.214 (3.956)	35.550±6.731 (3.950)	24.250±2.489 (4.041)	19.550±3.762 (3.900)	34.800±6.118 (3.866)	32.650±3.498 (4.081)	21.500±2.064 (4.300)	200.950±24.360 (4.019)
Lise Mezunu	32.531±4.905 (4.070)	37.406±4.331 (4.156)	24.906±3.495 (4.151)	20.187±3.217 (4.037)	37.500±4.196 (4.166)	34.531±3.826 (4.316)	21.625±2.498 (4.325)	209.781±25.107 (4.195)
Üniversite Mezunu	31.500±5.215 (3.937)	35.875±5.536 (3.986)	23.375±4.177 (3.895)	19.312±3.156 (3.862)	36.312±5.280 (4.037)	32.875±5.149 (4.109)	22.187±2.926 (4.437)	201.125±27.997 (4.022)
KWX²	4.266	1.557	4.446	3.763	2.796	4.547	1.314	3.851
P	0.371	0.816	0.349	0.439	0.593	0.337	0.859	0.427
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	31.434±5.242 (3.929)	34.981±7.028 (3.886)	23.622±3.732 (3.937)	19.094±3.596 (3.182)	35.754±5.158 (3.972)	33.132±4.953 (4.141)	21.283±2.989 (4.256)	200.358±28.612 (4.007)
Çalışmıyor	31.829±4.806 (3.978)	37.446±4.835 (4.160)	24.404±2.990 (4.067)	20.042±3.042 (3.340)	36.659±4.531 (4.073)	33.489±4.676 (4.186)	21.723±1.996 (4.344)	206.106±22.080 (4.122)
Z	1182.500	933.000	1084.500	1058.500	1109.000	1228.000	1155.500	1093.000
P	0.663	0.031	0.264	0.193	0.344	0.903	0.531	0.292
Başvurduğu Yer								
İstanbul İçi	32.283±5.185 (4.035)	36.189±6.728 (4.021)	24.527±3.581 (4.087)	20.067±3.393 (4.013)	36.851±4.689 (4.094)	33.554±4.316 (4.194)	21.391±2.683 (4.278)	205.418±26.858 (4.108)
İstanbul Dışı	29.730±4.035 (3.716)	36.000±4.427 (4.000)	22.461±2.301 (3.743)	18.038±2.835 (3.607)	34.269±4.960 (3.807)	32.576±4.570 (4.072)	21.769±2.232 (4.353)	196.346±21.516 (3.926)
Z	636.000	875.500	584.500	614.000	675.500	833.000	919.500	720.000
P	0.010	0.496	0.003	0.006	0.024	0.309	0.736	0.057
Z: Mann-Whitney U testi; KWX2: Kruskal Wallis Varyans Analizi								

Tablo 4.4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre HÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Devam (n=100)

Sosyodemografik Özellikler	Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği							
	İlaçlar	Yaşam Aktiviteleri	Toplum ve İzlem	Duruma İlişkin Duygular	Tedavi ve Komplikasyonlar	Yaşam Kalitesi	Cilt Bakımı	Toplam
	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)
Yaşanılan Yer								
İl	32.282±5.207 (4.035)	36.128±6.715 (4.014)	24.461±3.555 (4.076)	19.974±3.430 (3.994)	36.653±5.016 (4.072)	33.487±4.332 (4.185)	21.397±2.625 4.279	204.961±26.919 (4.099)
İlçe	29.454±3.724 (3.681)	36.454±4.719 (4.050)	22.454±2.423 (3.742)	18.272±2.935 (3.654)	33.545±4.676 (3.727)	33.636±5.025 (4.204)	22.454±2.733 (4.490)	199.454±23.888 (3.989)
Köy	29.090±3.360 (3.636)	35.909±3.144 (3.989)	22.181±1.990 (3.696)	17.727±2.453 (3.545)	35.454±3.045 (3.939)	31.636±4.105 (3.954)	21.181±1.887 (4.236)	193.181±16.779 (3.863)
KWX²	9.021	0.496	8.378	7.752	5.172	2.167	1.158	3.404
P	0.011	0.780	0.015	0.021	0.075	0.338	0.560	0.182
Gelir Düzeyleri								
Gelir giderden az	30.200±6.300 (3.775)	35.000±9.848 (3.888)	23.200±1.303 (3.866)	19.200±1.788 (3.840)	33.600±6.148 (3.733)	32.000±4.949 (4.000)	19.400±1.341 (3.880)	196.600±18.928 (3.932)
Gelir gidere eşit	31.694±4.974 (3.961)	36.200±6.015 (4.022)	24.031±3.483 (4.005)	19.557±3.432 (3.911)	36.315±4.796 (4.035)	33.368±4.368 (4.171)	21.600±2.574 (4.320)	203.400±26.127 (4.068)
Z	214.000	233.000	197.500	219.000	176.000	183.500	99.500	184.500
P	0.709	0.943	0.525	0.768	0.329	0.392	0.028	0.402
Sosyal Güvence Durumu								
Var	31.520±5.022 (3.940)	36.163±6.118 (4.018)	24.000±3.437 (4.000)	19.571±3.379 (3.914)	36.285±4.646 (4.031)	33.265±4.361 (4.158)	21.510±2.565 (4.302)	203.132±25.785 (4.062)
Yok	36.500±0.707 (4.562)	35.000±12.727 (3.888)	23.500±2.121 (3.916)	18.000±2.828 (3.600)	31.000±14.142 (3.444)	35.000±7.071 (4.375)	20.500±3.535 (4.100)	199.500±36.062 (3.990)
Z	37.000	97.500	89.000	67.500	84.000	78.500	78.500	87.000
P	0.120	0.990	0.824	0.450	0.729	0.630	0.577	0.786
Z: Mann-Whitney U testi; KWX ² : Kruskal Wallis Varyans Analizi								

Tablo 4.4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre HÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Devam (n=100)

Sosyodemografik Özellikler	Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği							
	İlaçlar	Yaşam Aktiviteleri	Toplum ve İzlem	Duruma İlişkin Duygular	Tedavi ve Komplikasyonlar	Yaşam Kalitesi	Cilt Bakımı	Toplam
	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)
Birlikte Yaşanılan Kişi Bulunma Durumu								
Var	31.635 \pm 4.890 (3.654)	36.312 \pm 6.032 (4.034)	23.937 \pm 3.417 (3.989)	19.541 \pm 3.308 (3.908)	36.211 \pm 4.776 (4.023)	33.364 \pm 4.377 (4.170)	21.479 \pm 2.607 (4.295)	203.177 \pm 25.751 (4.063)
Yok	31.250 \pm 8.616 (3.906)	32.000 \pm 9.451 (3.555)	25.250 \pm 3.403 (4.208)	19.500 \pm 5.196 (3.900)	33.750 \pm 7.228 (3.750)	31.750 \pm 4.856 (3.968)	21.750 \pm 1.500 (4.350)	200.250 \pm 30.478 (4.005)
Z	183.000	138.000	151.000	170.000	163.000	147.500	184.500	176.500
P	0.874	0.341	0.469	0.697	0.609	0.432	0.894	0.785
Birlikte Yaşanılan Kişi/Kişiler								
Eş	31.946 \pm 4.980 (3.993)	37.153 \pm 3.869 (4.128)	24.769 \pm 2.976 (4.128)	20.076 \pm 2.841 (4.015)	36.769 \pm 3.919 (4.085)	34.153 \pm 3.693 (4.269)	21.923 \pm 2.100 (4.384)	206.692 \pm 21.680 (4.133)
Eş ve Çocuklar	30.894 \pm 4.875 (3.861)	34.921 \pm 7.488 (3.880)	23.210 \pm 3.669 (3.868)	18.947 \pm 3.455 (3.789)	35.500 \pm 4.941 (3.944)	32.289 \pm 4.769 (4.036)	21.078 \pm 3.174 (4.215)	197.394 \pm 27.477 (3.947)
Anne ve Baba	32.365 \pm 4.825 (4.045)	37.682 \pm 4.754 (4.186)	24.317 \pm 3.304 (4.052)	20.048 \pm 2.982 (4.009)	37.000 \pm 4.816 (4.111)	34.317 \pm 3.836 (4.289)	21.756 \pm 2.106 (4.351)	208.439 \pm 24.008 (4.168)
Yalnız	32.200 \pm 7.758 (4.025)	32.400 \pm 8.234 (3.600)	25.800 \pm 3.193 (4.300)	20.600 \pm 5.128 (4.120)	35.400 \pm 7.266 (3.933)	33.400 \pm 5.594 (4.175)	22.400 \pm 1.949 (4.480)	206.200 \pm 29.558 (4.124)
Arkadaş	28.666 \pm 6.110 (3.583)	32.333 \pm 6.658 (3.592)	23.000 \pm 2.645 (3.833)	16.000 \pm 5.000 (3.200)	32.333 \pm 3.511 (3.592)	28.333 \pm 2.886 (3.541)	19.666 \pm 2.081 (3.933)	180.333 \pm 27.537 (3.606)
KWX ²	2.366	5.420	4.074	4.931	4.441	7.191	3.782	5.029
P	0.669	0.247	0.396	0.294	0.350	0.126	0.436	0.284

Z: Mann-Whitney U testi; KWX²: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 4.4'te hastaların sosyodemografik özelliklerine göre HÖGÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Hastaların yaşları ile HÖGÖ toplam ölçek ve alt ölçek boyutları arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile incelenmiş, iki değişken arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastaların yaş gruplarına göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; 18-28 yaş arasındakiler HÖGÖ'nün ilaçlar, yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi, cilt bakımı alt boyutlarındaki; 29-39 yaş arasındakiler yaşam aktiviteleri dışındaki tüm alt boyutlarındaki; 40-50 yaş arasındakiler yalnızca cilt bakımı alt boyutundaki; 51-61 yaş arasındakiler duruma ilişkin duygular alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarındaki; 62 ve üzeri yaşta bulunanlar yalnızca cilt bakımı alt boyutundaki öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişlerdir. Ayrıca 18-28 yaş ve 51-61 yaş grubundakiler toplam ölçek puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişler, ancak yaş gruplarına göre HÖGÖ toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Cinsiyet gruplarına göre hastaların HÖGÖ puan ortalamaları incelendiğinde, erkekler HÖGÖ'nün yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki; kadınlar ise, tüm alt boyutlardaki öğrenim gereksinimlerini ve toplam ölçek puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişler ve cinsiyet grupları arasında HÖGÖ toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamalarının farkı cilt bakımı hariç tüm alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların medeni durumlarına göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; evli hastalar HÖGÖ'nün yaşam kalitesi ve cilt bakımı; bekar hastalar duruma ilişkin duygular alt boyutu dışındaki tüm boyutlardaki öğrenim gereksinimlerini ve her iki grupta bulunanlar toplam ölçek puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişler, ancak HÖGÖ'nün toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların eğitim durumuna göre HÖGÖ puan ortalamaları incelendiğinde; okur yazar olmayanlar HÖGÖ'nün yalnızca cilt bakımı alt boyutundaki; ilkokul mezunları yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki; ortaokul mezunları toplum ve izlem, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki; lise mezunları tüm alt boyutlarındaki;

üniversite mezunları tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini ‘çok önemli’ olarak bildirmişlerdir. Ayrıca ortaokul ve üzerinde eğitim düzeyine sahip olanlar ölçek toplam puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini ‘çok önemli’ olarak bildirmişler, ancak HÖGÖ’nün toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışma durumuna göre HÖGÖ puan ortalamaları incelendiğinde; çalışan hastalar HÖGÖ’nün yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki; çalışmayan hastalar ise yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini; ayrıca her iki gruptakiler ölçek toplam puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini ‘çok önemli’ olarak bildirmişlerdir. HÖGÖ’nün toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamaları farkının istatistiksel açıdan, yalnızca yaşam aktiviteleri alt boyutunda anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların hastaneye başvurduğu yere göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; İstanbul içinden hastaneye başvuran hastalar HÖGÖ’nün tüm alt boyutlarındaki; İstanbul dışından başvuranlar yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini ‘çok önemli’ olarak bildirmişlerdir. Ayrıca İstanbul içinden hastaneye başvuran hastalar ölçek toplam puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini ‘çok önemli’ olarak bildirmişlerdir. HÖGÖ’nün toplam ölçek puan ortalamalarının farkı ilaçlar, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların yaşadığı yere göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; il içinde yaşayanlar HÖGÖ’nün duruma ilişkin duygular alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarındaki ve ölçek toplam puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini; ilçede yaşayanlar yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki; köyde yaşayanlar yalnızca cilt bakımı alt boyutundaki öğrenim gereksinimlerini ‘çok önemli’ olarak bildirmişlerdir. HÖGÖ’nün toplam ölçek puan ortalamalarının farkı ilaçlar, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Toplum ve izlem boyutunda ve duruma ilişkin duygular boyutlarında bulunan anlamlılığın hangi gruplar arasındaki fark

nedeniyle oluştuğunu saptamak için yapılan ikili karşılaştırma sonucunda (Post-Hoc test), anlamlılığın köy ve il içinde yaşayanların puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur ($z=22.092$, $p=0.018$; $z=22.400$, $p=0.01$, önemlilik düzeyi=4.490) (il içinde yaşayanların puan ortalamaları, toplum ve izlem boyutunda ve duruma ilişkin duygular boyutunda yüksektir).

Hastaların gelir düzeylerine göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; geliri giderinden az olanlar HÖGÖ'nün yalnızca yaşam kalitesi alt boyutundaki, geliri giderine eşit olanlar ilaçlar ve duruma ilişkin duygular alt boyutları dışındaki tüm alt boyutlardaki öğrenim gereksinimlerini ve ölçek toplam puan ortalaması açasından tüm öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişlerdir. HÖGÖ'nün toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamalarının farkı istatistiksel acağan yalnızca cilt bakımı alt boyutu için anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların sosyal güvence bulunma durumuna göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; sosyal güvencesi bulunanlar HÖGÖ'nün ilaçlar ve duruma ilişkin duygular alt boyutları dışındaki tüm alt boyutlarındaki ve ölçek toplam puan ortalaması açasından tüm öğrenim gereksinimlerini, sosyal güvencesi bulunmayanlar ilaçlar, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişler, ancak HÖGÖ'nün toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamalarının farkı istatistiksel acağan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların birlikte yaşanılan kişi bulunma durumuna göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; taburculuktan sonra birlikte yaşayacağı kişi bulunanlar HÖGÖ'nün yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki; birlikte yaşayacağı kişi bulunmayanlar ise toplum ve izlem alt boyutu ile cilt bakımı alt boyutundaki öğrenim gereksinimlerini, ayrıca her iki gruptakiler ölçek toplam puan ortalaması açasından tüm öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişler, ancak HÖGÖ'nün toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamaları farkı istatistiksel acağan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Birlikte yaşanılan kişilere göre HÖGÖ puan ortalamaları incelendiğinde; taburculuktan sonra eşleri ile yaşayanlar HÖGÖ'nün ilaçlar alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarındaki; eş ve çocukları ile yaşayanlar yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki; anne ve babası ile yaşayanlar tüm alt boyutlardaki; yalnız yaşayanlar tedavi ve komplikasyonlar alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlardaki öğrenim

gereksinimlerini ‘çok önemli’ olarak; arkadaşlarıyla ile yaşayanlar ise tüm alt boyutlardaki öğrenim gereksinimlerini ‘ne az ne çok önemli’ olarak; ayrıca tüm gruplardaki hastalar ölçek toplam puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini ‘çok önemli’ olarak bildirmişlerdir. Ancak HÖGÖ’nün toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamaları farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).



Tablo 4.5. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre HÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=100)

Hastalığa İlişkin Özellikler	Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği							
	İlaçlar	Yaşam Aktiviteleri	Toplum ve İzlem	Duruma İlişkin Duygular	Tedavi ve Komplikasyonlar	Yaşam Kalitesi	Cilt Bakımı	Toplam
	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)
Hastanede kalış süresi								
10-20 gün	32.200±5.523 (4.025)	36.030±6.970 (4.003)	24.307±3.613 (4.051)	19.800±3.666 (3.960)	36.261±5.359 (4.029)	33.723±5.560 (4.215)	21.630 2.546 (4.326)	204.784 27.009 (4.095)
20 günden fazla	30.542±4.024 (3.817)	36.342±4.484 (4.038)	23.400±2.952 (3.900)	19.057±2.700 (3.811)	36.028±3.869 (4.003)	32.514±3.973 (4.064)	21.228 2.624 (4.245)	199.857 23.375 (3.997)
Z	866.000	191.500	958.500	914.00	1071.000	906.000	1030.000	972.000
P	0.049	0.739	0.194	0.104	0.630	0.093	0.434	0.232
Yanan Vücut Bölge Sayısı								
1 bölge	34.750±3.105 (4.343)	38.875±2.356 (4.319)	25.875±2.474 (4.312)	21.500±2.000 (4.300)	37.625±4.274 (4.180)	35.375±2.503 (4.421)	22.125±1.885 (4.425)	216.125±14.446 (4.322)
2 bölge	30.945±4.830 (3.868)	34.621±7.591 (3.846)	23.648±3.038 (3.941)	19.270±2.642 (3.854)	35.756±4.769 (3.972)	33.567±3.819 (4.195)	21.432±2.500 (4.286)	201.405±23.021 (4.028)
3-4 bölge	31.547±5.286 (3.943)	36.811±5.320 (4.090)	23.924±3.715 (3.987)	19.452±3.895 (3.890)	36.245±5.034 (4.027)	32.849±4.900 (4.106)	21.490±2.728 (4.298)	202.320±28.562 (4.046)
Tüm vücut	33.500±4.949 (4.187)	35.500±6.363 (3.944)	24.500±4.949 (4.900)	19.000±4.242 (3.800)	36.500±7.778 (4.055)	32.000±5.656 (4.000)	20.000±2.829 (4.000)	201.000±36.769 (4.020)
KWX²	5.231	4.487	3.801	4.302	1.407	2.182	1.334	2.971
P	0.156	0.213	0.284	0.231	0.704	0.536	0.721	0.396
Başka Hastalık Bulunma Durumu								
Evet	31.142±5.785 (3.892)	36.000±6.164 (4.000)	24.142±3.933 (4.023)	20.000±3.696 (4.000)	35.428±6.553 (3.936)	31.714±4.498 (3.964)	21.142±2.911 (4.228)	199.571±30.707 (3.991)
Hayır	31.655±4.092 (3.956)	36.150±6.227 (4.016)	23.978±3.391 (3.996)	19.504±3.357 (3.900)	36.236±4.762 (4.026)	33.419±4.374 (4.177)	21.516±2.556 (4.303)	203.322±25.552 (4.066)
Z	303.000	309.500	325.000	287.000	305.000	257.000	312.500	298.500
P	0.760	0.828	0.995	0.600	0.781	0.353	0.859	0.715

Z: Mann-Whitney U testi; KWX2: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 4.5. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre HÖGÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması DEVAM (n=100)

Hastalığa İlişkin Özellikler	Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği							
	İlaçlar	Yaşam Aktiviteleri	Toplum ve İzlem	Duruma İlişkin Duygular	Tedavi ve Komplikasyonlar	Yaşam Kalitesi	Cilt Bakımı	Toplam
	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)	$\bar{x} \pm SS$ (önem derecesi)
Başka Hastalık/lar Nedeniyle Sürekli İlaç Kullanma Durumu								
Kullanıyor	29.833±5.076 (3.729)	34.666±5.537 (3.851)	23.333±3.614 (3.888)	19.333±3.559 (3.866)	33.833±5.492 (3.759)	30.833±4.215 (3.854)	20.666±2.875 (4.133)	192.500±26.673 (3.850)
Kullanmıyor	31.734±5.022 (3.966)	36.234±6.246 (4.026)	24.031±3.412 (4.005)	19.553±3.371 (3.910)	36.329±4.822 (4.036)	33.457±4.366 (4.182)	21.542±2.555 (4.308)	203.734±25.726 (4.074)
Z	215.000	222.000	239.000	239.000	214.000	184.000	236.000	209.500
P	0.329	0.383	0.531	0.531	0.322	0.154	0.501	0.293
Sigara Kullanma Durumu								
Kullanıyor	30.705±5.553 (3.838)	35.470±5.398 (3.941)	22.529±3.874 (3.754)	19.117±4.196 (3.823)	34.294±4.381 (3.810)	32.764±5.528 (4.095)	20.529±3.356 (4.105)	194.411±25.784 (3.888)
Kullanmıyor	31.807±4.919 (3.975)	36.277±6.363 (4.030)	24.289±3.251 (4.048)	19.831±3.118 (3.966)	36.566±4.816 (4.062)	33.409±4.140 (4.176)	21.686±2.352 (4.337)	204.831±24.744 (4.096)
Z	618.000	612.500	509.000	528.500	507.500	664.000	568.500	565.000
P	0.421	0.392	0.070	0.102	0.068	0.702	0.205	0.197
Evde Bakıma Yardımcı Bulunma Durumu								
Var	31.500±4.849 (3.937)	36.159±6.009 (4.017)	23.840±3.383 (3.973)	19.457±3.278 (3.891)	36.138±4.687 (4.015)	33.319±4.147 (4.164)	21.414±2.596 (4.282)	202.468±25.541 (4.049)
Yok	33.500±7.556 (4.187)	35.833±9.347 (3.981)	26.333±3.204 (4.388)	20.833±4.708 (4.166)	36.833±7.782 (4.092)	33.000±4.147 (4.125)	22.666±1.861 (4.533)	212.333±30.329 (4.246)
Z	194.500	245.500	163.000	187.000	245.000	271.500	198.000	216.500
P	0.203	0.595	0.083	0.165	0.590	0.878	0.219	0.342

Z: Mann-Whitney U testi; KWX²: Kruskal Wallis Varyans Analizi

Tablo 4.5.'te hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre HÖGÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Hastaların hastanede kalış süresine göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; hastanede 10-20 gün kalanlar HÖGÖ'nün duruma ilişkin duygular alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarındaki; 20 günden fazla kalanlar ise yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini; ayrıca hastanede 10-20 gün kalanlar ölçek toplam puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişler ve HÖGÖ'nün toplam ölçek puan ortalamalarının farkı yalnızca ilaçlar alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların yanan vücut bölge sayısına göre puan ortalamaları incelendiğinde, bir bölgesi yanan hastalar HÖGÖ'nün tüm alt boyutlarındaki; iki bölgesi yanan hastalar yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki; üç-dört bölgesi yanan hastalar yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki; tüm vücudu yanan hastalar yaşam aktiviteleri ve duruma ilişkin duygular alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini; ayrıca tüm gruplardaki hastalar ölçek toplam puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişlerdir. HÖGÖ'nün toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutların puan ortalamaları farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Başka hastalık bulunma durumuna göre hastaların ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, yanık travması dışında başka hastalığı bulunanlar HÖGÖ'nün yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular ve cilt bakımı alt boyutlarındaki; başka hastalığı bulunmayanlar yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini ve ölçek toplam puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişler, ancak HÖGÖ'nün toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ayrıca bu çalışmada, iki hastada bulunan başka hastalığın, yanık oluşmasına neden olduğu saptanmıştır [bir hastada epilepsi atağı iş kazasına yol açmış (kestane sobasına düşme), diğer bir hastada ise, diyabetik nöropati nedeniyle yüksek ısı algılanamamış (ısınma sırasında soba yanığı) ve bunlara bağlı yanık gelişmiştir].

Hastaların başka hastalık nedeniyle sürekli ilaç kullanma durumuna göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; ilaç kullananlar HÖGÖ'nün yalnızca cilt bakımı alt

boyutundaki, kullanmayanlar ise ilaçlar ve duruma ilişkin duygular alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini ve ölçek toplam puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini ‘çok önemli’ olarak bildirmişler, ancak HÖGÖ’nün toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutları ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Sigara kullanma durumuna göre hastaların puan ortalamaları incelendiğinde, sigara kullananlar HÖGÖ’nün yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki, kullanmayanlar ise, ilaçlar ve duruma ilişkin duygular alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini ve ölçek toplam puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini ‘çok önemli’ olarak bildirmişlerdir. HÖGÖ’nün toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutları ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Evde bakıma yardımcı bulunma durumuna göre hastaların puan ortalamaları incelendiğinde, taburculuktan sonra evde bakıma yardımcı bulunanlar HÖGÖ’nün yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki; evde bakıma yardımcı bulunmayanlar ise, yaşam aktiviteleri alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlardaki öğrenim gereksinimlerini, ayrıca her iki gruptaki hastalar ölçek toplam puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini ‘çok önemli’ olarak bildirmişler, ancak HÖGÖ’nün ölçek toplam puan ortalaması ve alt boyutları ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Yanık travması, derecesine göre fiziksel ve psikososyal sorunlara ve ölüme neden olabilen önemli bir durumdur (Ovaloğlu ve Türk 2006). Yanığın neden olduğu sorunlar, hastanede yürütülen tedavi ve bakımın, evde de devam ettirilmesini gerektirebilmektedir. Hastaların ve evde bakımına yardımcı bireylerin taburculuk sonrası evde bakımı sağlayabilmelerinde, taburculuk öncesi verilen eğitim önemli rol oynamaktadır. Bu eğitimin etkili olabilmesinde ise, bireysel öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi ve eğitimin bu gereksinimler dikkate alınarak karşılanması önemlidir (Taşdemir ve ark 2010, Dursun ve Yılmaz 2015, Yılmaz ve ark 2015).

Bu araştırma, İstanbul Anadolu yakasında bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin yara ve yanık merkezinde yatarak tedavi gören 100 hastanın katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Yanıklı hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla uygulanan araştırmanın bulguları, aşağıdaki üç başlık altında tartışılmıştır:

5.1. Hastaların HÖGÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

5.2. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre HÖGÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

5.3. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre HÖGÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

5.1. Hastaların HÖGÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Araştırma örnekleminin yarısına yakını genç yaş grubunda olan (18-28 yaş, %42), çoğunluğu erkek (%64) ve lise mezunu olan (%32), yarısından fazlası çalışan (%53), tamamına yakını geliri giderine eşit olan (%95) ve sosyal güvencesi bulunan (%98), çoğunluğu İstanbul içinden hastaneye başvuran (%74) hastalar oluşturmaktadır.

Hastaların HÖGÖ toplam ölçek puanı ve alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde, tüm hastalar HÖGÖ'nün ölçek toplam puan ortalamasına göre taburculuk sonrası tüm öğrenim gereksinimlerini "çok önemli" olarak bildirmişlerdir. HÖGÖ'nün alt boyut puan ortalamalarına göre ise, hastalar sırası ile cilt bakımı, yaşam kalitesi, yaşam aktiviteleri ile tedavi ve komplikasyonlar boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişlerdir (Tablo 4.3). İngiltere Yanık Derneği'nin yayınladığı rapora göre; yanık yaralanmasında tedavisinin önemli bir

hedefi, hastayı yaralanmadan önceki sağlık durumuna döndürmek ve toplumdaki sorumluluklarına kavuşturmadır. Yanıklı bireylerle yapılmış ve hastaların taburculuk sonrası bilgi ve bakım gereksinimlerini inceleyen araştırmalarda, hasta ve yakınları tarafından fizyolojik bakım gereksinimi olarak cilt ve yara bakımı vurgulanmıştır (Van Loey ve arkadaşları 2001, Faydalı 2004, Liang ve ark 2012. <http://www.britishburnassociation.org/downloads/NBCR2001.pdf/>. Erişim tarihi:23.07.2017).

Cilt Bakımı Boyutu

Bu çalışmada hastalar, HÖGÖ'nün cilt bakımı alt boyutundaki öğrenim gereksinimlerinin “çok önemli” olduğunu bildirmişlerdir. Üçüncü derece yanıklı hastalarda taburculuk sonrası cilt bakımı özellikle yeni oluşan dokunun bakımı ve korunması, yara izi gelişimi ve kontraktür gelişiminin önlenmesi gibi gereksinimleri içermektedir. Liang ve arkadaşlarının (2012)'ın Taiwan'da bir tıp merkezinde yanıklı hastaların (n=93) taburculuk sonrası sağlık bakım gereksinimlerinin belirleyicilerini incelediği araştırmalarında da, cilt bakımı öncelikli fiziksel bakım gereksinimi olarak bildirilmiştir. Hastaların tamamına yakınında iki ve üçüncü derece yanıkların olduğu aynı çalışmada (%93.5), hastaların en sık karşılaştıkları cilt bakımı sorunlarının kaşıntı, skar doku derinliği, doku hasarını önleme gibi durumların yönetimini içerdiğini belirlemişler ve sağlık profesyonellerinin taburculuk öncesi yara ve cilt iyileşmesinin yönetimi konularında daha fazla eğitim vermelerini önermişlerdir.

Faydalı (2004), yanıklı hasta (n=192) ve hasta yakınlarının (n=88) taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerini incelediği araştırmasında, hastaların çoğunluğunda (%77.1) ikinci derece yanık bulunduğunu, hasta ve hasta yakınlarının yarısına yakınının, yanığın tedavi ve bakımına ilişkin bilgi almadığını, hemşirelerden bilgi alanların ağırlıklı olarak yara bakımı konusunda (%90) bilgi aldığını ve bilgilendirmenin egzersizi de içerdiğini, hasta ve hasta yakınlarının çoğunluğunun (%69.6) doktor, hemşire ve diğer kaynaklardan plansız olarak aldıkları eğitimi yetersiz olarak değerlendiklerini bildirmiştir.

Van Loey ve arkadaşları (2001)'nin hastaların yanık yaralanmasından 12-24 ay sonra yanığa özgü multidisipliner bakım gereksinimlerini, fizyolojik ve psikolojik

sorunlarla ilişkili olarak inceledikleri araştırmalarında, hastaların çoğunluğunun (%68) yanığa özgü bakım almak istediklerini bildirmişlerdir.

Yanığın derecesine göre cilt bakımında farklılıklar olabilmektedir. Derin ikinci derece yanık yaralarında önemli düzeyde skar doku kontraksiyonu, ciltte kuruluk ve duyu kaybı oluşmakta; üçüncü derecede yanıklarda ise, ciddi fonksiyon kaybı ve deformite gelişimi görülmektedir (Koltka 2011). Yanık yarasının iyileşerek kapandığı dönemde yapılacak cilt bakımında; kuruluğa bağlı kaşıntının önlenmesi için nemlendiricilerin kullanılması ve dokuların yeniden yapılanma sürecinde güneş ışınlarından ve travmadan korunması, ayrıca kontraktür ve deformitelerin önlenmesi için rehabilitasyon önerilmektedir (Aksoy ve ark. 2012, Aydemir ve Taşkaynatan 2011, Kurşun ve Kanan 2007).

Yaşam Kalitesi Boyutu

Bu çalışmada HÖGÖ'nün yaşam kalitesi alt boyutu, hastalar tarafından öğrenim gereksinimleri 'çok önemli' olarak bildirilen ikinci boyuttur. HÖGÖ'nün bu alt boyutu; hastalığın bireyin yaşamı üzerindeki etkisini, ağrı ve stres gibi durumların nasıl yönetilebileceği gibi öğrenim gereksinimlerini içermektedir.

Elshebin ve arkadaşları (2010)'nın yaptığı ve ciddi yanıklı hastalarda yaşam kalitesini inceledikleri araştırmalarında; yanığın yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilerinin yalnızca fiziksel ve psikolojik sağlık üzerine olmadığını, aynı zamanda taburculuktan sonra iş yaşamlarını da olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir.

Kornhaber (2013)'in erişkin bireylerin yanık tedavisindeki deneyimlerini incelediği çalışmasında, şekil bozukluğunun oluşturduğu yaralanmaların, olumsuz beden algısından kaynaklanan sosyal etkileşimde bozulmaya neden olduğunu bildirmiş; beden imajındaki memnuniyetsizliğin, fiziksel ve psikolojik zorluklarla beraber yaşam kalitesini etkilediğini vurgulamıştır.

Yanıklı bireylerde yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sorunlardan biri, ağrıdır. Yanıklı hastalarda ağrı kontrolünün yapılmaması veya etkisiz yapılması, hastalık sürecinin uzamasına ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (Kurşun ve Kanan 2007). Karateke (2010), yanıklı hastalarda ağrı, anksiyete ve depresyonu incelediği, iki ve üçüncü derece yanıklı hasta oranının fazla olduğu araştırmasında, hastaların yarısından fazlasında bulunan uyku sorunu nedeninin ağrı

olduğunu bildirmiştir. Çalışmada, hastaların tamamına yakınında ilaç tedavisi ile ağrı kontrolü sağlandığı ve bu hastaların yarısından fazlasının ağrı kontrol yönteminden memnun oldukları bildirilmiştir.

Tedavi ve Komplikasyonlar Boyutu

Bu çalışmada HÖGÖ'nün tedavi ve komplikasyonlar alt boyutundaki öğrenim gereksinimleri, hastalar tarafından 'çok önemli' olarak bildirilen gereksinimlerdendir. Hastaların taburculuk sonrası evde bakım ve tıbbi izlemlerine ilişkin gereksinimlerini içeren HÖGÖ'nün tedavi ve komplikasyonlar alt boyutu, hastaların cilt bakımı boyutunda vurguladıkları öğrenim gereksinimleri ve kontraktür gelişimi ile ilişkilidir. Henüz iyileşmemiş açık yanık alanları ile taburcu edilen hastalar için, yara bakımı ve pansuman değiştirme, iyileşmiş alanlarda cildi beslemek ve nemlendirmek için rutin olarak yumuşatıcı bazlı bir krem kullanılması gibi evde bakım yöntemleri önerilmektedir. Hastalara önerilen ürünlerin içeriğinin ve kullanımının hastalar ve aile/bakım vericiler tarafından bilinmesi cilt bakımı (yara bakımının sağlanması, yara izinin önlenmesi) için önemlidir (Aksoy ve ark. 2012, Kurşun ve Kanan 2007). Geniş yanık alanına sahip hastalarda skarlaşma ve kontraktür gelişimi de görülmektedir. Bu çalışmada hastaların tamamında üçüncü derece yanık bulunmaktadır ve bu hastalarda cilt bakımının yanısıra, kontraktür gelişiminin de önlenmesi de gerekmektedir. Yanığın erken döneminden itibaren başlayan ve evde bakımda da devam eden rehabilitasyon sürecinde fizik tedavi ve uğraşı terapileri ile bu gelişim önlenmektedir (Karakodovan ve Aslan 2010). Özellikle yanık nedeniyle eklem açıklığı etkilenmiş hastalarda, iyileşmenin ardından kontraktür gelişmesini önlemek (eklemlerde oluşan yeni doku tabakasının kasılması nedeniyle), hareketin devamlılığı açısından önemlidir. Hastanın taburculuk planlanmasının, gereken durumlarda fizik ve uğraşı terapistlerine yönlendirmeyi de içermesi, hastanın yanıktan önceki durumuna kavuşturulmasına katkı sağlayacağı bildirilmektedir (Aydemir ve Taşkınatan 2011, Karakodovan ve Aslan 2010).

Hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri veya bilgi durumlarını inceleyen araştırmalar, bilgilendirmenin tedavi, bakıma ve tekrar hastaneye başvurularda etkisini bildirmişlerdir (Faydalı 2004, Çetinkaya ve Aşiret 2017, Özel 2010, Dal ve ark 2012). Faydalı (2004), yanıklı hastalarda taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerini incelediği çalışmasında, hasta ve hasta yakınlarının yarısından fazlasının (%53.6)

pansuman yapmayı bilmediğini, çoğunluğunun ilacın etkisi, sıklığı ve miktarını bilmelerine rağmen ilacın yan etkilerini ve ilaç kullanımında dikkat edilmesi gereken özellikleri bilmediklerini bildirmiştir. Çetinkaya ve Aşiret (2017), dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların öğrenim gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmalarında, tedavi ve bakım hakkında bilgi almalarının oluşabilecek komplikasyonların riskini azalttığını ve iyileşme hızını arttırdığını bildirmişlerdir. Özel (2010), cerrahi girişim geçiren hastaların bilgi gereksinimlerini HÖGÖ kullanarak incelediği çalışmasında, hastaların ilaçlar, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alanlarındaki öğrenim gereksinimlerini ‘çok önemli’ olarak bildirdiklerini saptamıştır.

Dal ve arkadaşları (2012), cerrahi girişim geçiren hastaların evde yaşadıkları sorunları incelediği çalışmalarında, hastaların taburculuk sonrasında (ağrı yönetimi, ödem ve egzersizler gibi konularda) bilgi ihtiyacını karşılamak için hastaneyi aradıklarını veya tekrar hastaneye başvurduklarını bildirmişlerdir.

Yaşam Aktiviteleri Boyutu

Bu çalışmada hastaların çoğunluğunun günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız oldukları (%85) saptanmasına rağmen (Tablo 4.2), HÖGÖ’nün yaşam aktiviteleri alt boyutundaki öğrenim gereksinimlerini genel olarak ‘çok önemli’ (kadın hastalar, en yüksek önemlilik düzeyi= 4.277) olarak bildirdikleri saptanmıştır. Yanık, etkilenen vücut bölgesi ile ilişkili olarak kısıtlamalara neden olabilmektedir. Bu çalışmada, hastaların etkilenen vücut bölgeleri incelendiğinde (Tablo 4.2) tamamında üçüncü derece yanık bulunduğu, el ve kol (%14) sonra ayak-bacak-perine (%10) bölgelerinde yanığı olanların oranının daha fazla olduğu ve %90’ında 2-4 vücut bölgesinin yanıktan etkilendiği saptanmıştır. Bu nedenlerle hastaların taburculuk sırasında evde kendilerinin yapabilecekleri hareketlere ve kontraktürlerin önlenmesine ilişkin bilgiye gereksinim duydukları düşünülmektedir. Shakespeare (1998), yanık hastalarının taburculuktan sonraki dönemde fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlıklarını incelediği çalışmasında da, hastaların büyük çoğunluğunda (%86) günlük yaşam aktivitelerinin yanısıra, hobilerinin de (%36) etkilendiğini bildirmiştir.

Bu çalışmada yukarıda vurgulanan hastaların HÖGÖ ölçek toplam puanı ve alt boyutlarına ilişkin sonuçlarının; hastaların %90’ının en az iki en fazla dört bölgesinde yanık yarası bulunması ve planlı taburculuk eğitimi almamaları nedeniyle, hastaların

HÖGÖ'nün cilt bakımı alt boyutunda öğrenim gereksinimleri başta olmak üzere, yanıktan etkilenen hareket fonksiyonu ile ilişkili boyutlarda (tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve yaşam aktiviteleri) öğrenim gereksinimlerini vurguladıkları düşünülmektedir.

Ayrıca, örneklemin tamamı üçüncü derece yanıklı hastalardan oluşan bu araştırmada, taburculuk sonrası cilt bakımı (yeni oluşan dokunun bakımı ve korunması, yara izinin önlenmesi) ve kontraktürlerin önlenmesine ilişkin öğrenim gereksinimleri ile HÖGÖ'nün cilt bakımı, yaşam kalitesi, tedavi ve komplikasyonlar ile yaşam aktiviteleri boyutlarındaki ifadelerin ilgili olduğu, ancak tam olarak gereksinimleri içermediği de saptanmıştır.

Bu çalışmada hastaların HÖGÖ puan ortalamalarına ilişkin sonuçlarının, araştırmanın H1 hipotezini (yanıklı hastaların, HÖGÖ'nün tüm boyutlarındaki öğrenim gereksinimleri çok önemlidir) toplam ölçek puan ortalamasına göre tüm öğrenim gereksinimleri için ve alt boyutlar puan ortalamasına göre HÖGÖ'nün cilt bakımı, yaşam kalitesi, tedavi ve komplikasyonlar alt boyutları ile yaşam aktiviteleri alt boyutları için desteklediği bulunmuştur.

5.2. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre HÖGÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Cinsiyet

Araştırmanın yapıldığı kurumun özelliği nedeniyle erkek hastaların çoğunluğu (%64) (Tablo 4.1) oluşturmasına rağmen, kadın hastalar HÖGÖ'nün tüm alt boyutlarında, erkekler HÖGÖ'nün yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki ve toplam ölçek puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişlerdir. Cinsiyet grupları arasında HÖGÖ toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamalarının farkı cilt bakımı hariç tüm alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Literatürde yanıkla ilgili çalışmalarda, erkeklerin oranının kadınlardan fazla olduğu ve genellikle erkeklerin çalışma ortamları ile ilişkili nedenlerin, bu oranı arttırdığı bildirilmiştir (Haberl ve ark. 1995, Türegün ve ark. 1997, Shakespeare 1998, Kildal ve ark.2001, Tuna ve Çetin 2010, Fauerbach ve ark. 2007, Karateke 2010, Çobanoğlu Ercan ve ark. 2012, Karahan 2016).

Peck (2011)'in, dünyada yanık epidemiyolojisinin dağılım ve risk faktörlerini incelediği derleme çalışmasında, 1993-2004 yılları arasında yanık nedeniyle acile başvurunun erkeklerde kadınlardan %50 daha fazla olduğunu, cinsiyet açısından yanıkların %23'ünün oluşmasında bireylerin iş veya mesleklerinin ve çalışma koşullarının belirleyici özellikler olduğunu, yanık açısından yüksek riske sahip iş ve koşullarda genellikle erkeklerin çalıştığını belirtmiştir. Bu çalışmada da erkeklerin %40'ı kadınların %10'u çalışmaktadır ve erkeklerin % 6.4'ünde çalışma koşulları sırasında yanık oluşmuştur.

Bu çalışmanın cinsiyete ilişkin sonuçları, literatürde yanığın cinsiyetle ilişkisine ilişkin bilgi ile karşılaştırıldığında, yanığın cinsiyete ilişkin özelliklerinin hastaların medeni durumlarına ve çalışma koşullarına göre değişebildiği görülmüştür (Peck 2011, Tan 2013, Çetinkaya ve Aşiret 2017). Bu nedenle hastaların cinsiyet özelliğinin, bireylerin medeni durumlarına ve çalışma koşullarına ilişkin özellikleri ile birlikte incelenmesinin gerektiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada medeni duruma göre hastaların HÖGÖ puan ortalamalarına bakıldığında (Tablo 4.4) bekar (bekar+dul) olan hastaların HÖGÖ'nün duruma ilişkin duygular alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlardaki öğrenim gereksinimlerini, evli olan hastaların ise, yaşam kalitesi ve cilt bakımı boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini, 'çok önemli' olarak bildirdikleri saptanmıştır. Literatürde HÖGÖ'nün kullanıldığı çalışmalarda evli ve bekar hastalar için farklı sonuçlar bildirilmektedir (Tan 2013, Çetinkaya ve Aşiret 2017). Bu çalışmanın medeni duruma göre öğrenim gereksinimine ilişkin sonuçları, hastaların cinsiyetine göre değiştiğinden, daha sonra yapılacak araştırmalarda bu özellikler arasındaki ilişkinin de incelenmesi önerilmektedir.

Bu çalışmada, ayrıca kadınların yarısından fazlasının evli olması (%55.6) nedeniyle ailelerine ilişkin (ev işleri, çocuklar gibi) sorumluluklarının taburculuk sonrası HÖGÖ'nün tüm alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini arttırdığı düşünülmektedir.

Çalışma Durumu

Yarisından fazlasını çalışan (%53) (Tablo 4.1) hastaların oluşturduğu bu araştırmada; çalışan hastalar HÖGÖ'nün yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki; çalışmayan hastalar yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini; ayrıca her iki gruptakiler toplam ölçek puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişlerdir. HÖGÖ'nün ölçek toplam puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan, yalnızca yaşam aktiviteleri alt boyutunda anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Amerikan Yanık Derneği'nin raporuna göre, yetişkin bireylerin %28'i yanık tedavisinden sonra işlerine dönememektedir ve yanık bakımının etkinliği, kişilerin iş hayatlarına devam etmeleri için önem taşımaktadır (Nedelec ve ark 2013). Mackey ve arkadaşları (2009)'nın yanık sonrası hastaların işe geri dönmelerini etkileyen faktörleri açıklamak için yaptıkları niteliksel çalışmalarında; hastaların kısa ve uzun sürede işe dönmelerini veya iş değiştirmelerini etkileyen başlıca faktörlerin yanığa bağlı fiziksel veya psikolojik kısıtlılıklar olduğunu, bu durumu işveren veya yöneticilerin desteğinin eksik olmasının, iş ortamına ilişkin endişelerinin, yanık öncesi kendisinin veya yakınlarının sağlık sorunlarının etkilediğini ve bireylerin ekonomik açıdan bağımlı olmasına neden olduğunu bildirmişlerdir.

Hastaların yanık sonrası fiziksel ve psikolojik kısıtlılıkları, yaşam aktivitelerini kısıtlayabilmektedir. Van Loey ve arkadaşları (2001)'nin yanık yaralanmasından 12-24 ay sonra yanığa özgü multidisipliner bakım gereksinimlerini incelediği araştırmalarında vurguladığı gibi, yanık sonrası öncelikli olarak akut fiziksel sorunlara odaklanılması nedeniyle, psikolojik sorunlar ve fiziksel sorunların neden olabileceği kısıtlamalar, hastaların yaşam aktivitelerini etkilemeye devam etmektedir. Fauerbach ve arkadaşları (2005)'nin majör yanıklı yetişkin bireylerde fiziksel ve psikolojik tükenmişliğin sağlıkla ilişkili yaşam kalitesine etkisini inceledikleri araştırmalarında, fiziksel ve psikolojik tükenmişlik düzeyi yüksek olanların, fiziksel fonksiyonlarının daha fazla bozulmuş olduğunu, fiziksel iyileşme hızlarının hem fiziksel hem de psikolojik tükenmişlik düzeyi fazla olanlarda daha yavaş olduğunu bildirmişlerdir. Aynı çalışmada psikolojik iyileşme hızlarının, psikolojik fonksiyon bozukluğu fazla olanlarda ve psikolojik tükenmişlik düzeyi fazla olanlarda daha yavaş olduğunu da saptamışlardır. Hastanede fiziksel

bakımın yanısıra psikolojik bakımında sağlanmasının, fiziksel iyileşmeye de katkısı olacağını bildirmişlerdir.

Yanıklı bireylerin yaşam aktivitelerinde bağımsız olması, yanıkta tedavi, bakım ve rehabilitasyonun amaçlarındandır. Yanıklı hastanın hayatta kalmasını sağlamak, önceki yaşamına döndürmek ve topluma tekrar kazandırmak gerekmektedir (Karadakovan ve Aslan 2010). Ancak bu durumu, yanık tedavisinin sağlandığı koşullar, hastalara ve bireyin tedavi sonrası yaşayacağı koşullar etkileyebilmektedir. Mashreky ve arkadaşları (2008)'nin primer ve sekonder bakım veren hastanelerde yanık travması tükenmişliğini inceledikleri çalışmalarında, yanık nedeniyle hastanede yatma süresinin diğer tüm hastalıklara göre daha uzun olduğunu, hastanede kalma süresinin uzamasının, hastaların tedavi ve bakım maliyetini arttırdığını, hem maliyetin fazla olmasının hem de tersiyer bakım veren yanık merkezi sayısının oldukça az olmasının hastaların tedavilerini erken bırakmalarına neden olduğunu bildirmişlerdir. Esselman ve arkadaşları (2001)'nin majör yanık sonrası hastaların topluma entegrasyonunu inceledikleri araştırmalarında, bireylerin yanıkla veya yanık dışındaki nedenlerle ilişkili olarak topluma entegrasyonlarını arttırmada, yanıktan sonraki ilk altı ayın önemli olduğunu bildirmişlerdir. Yanığın fiziksel ve psikososyal etkilerini inceleyen literatürde de birey, ailesi ve toplum açısından yanığın etkileri, kısa ve uzun dönem takip ve bakımın önemi vurgulanmıştır (Shakespeare 1998, Gilboa 2001, Thombs 2008, Palmieri 2012, Kornhaber 2014). Bu çalışmada, hastaların tamamı yara ve yanık merkezinde, multidisipliner sağlanan tedavi ve bakım almalarına rağmen çalışma durumuna ilişkin sonuçlarının, üçüncü derece yanığa sahip olan bu hastalarda, hareket kısıtlılığına bağlı etkilenen vücut fonksiyonuna yönelik öğrenim gereksinimlerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Yaş

Çalışmada, hastaların yaşı ile HÖGÖ ölçek toplam ve alt ölçek boyutları arasındaki ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Hastaların yaş gruplarına göre; 18-28 yaş arasındakiler HÖGÖ'nün ilaçlar, yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi cilt bakımı alt boyutlarındaki; 29-39 yaş arasındakiler yaşam aktiviteleri dışındaki tüm alt boyutlardaki; 40-50 yaş arasındakiler yalnızca cilt bakımı alt boyutundaki; 51-61 yaş arasındakiler duruma ilişkin duygular alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlardaki; 62 ve üzeri yaşta bulunanlar yalnızca cilt bakımı alt boyutundaki öğrenim gereksinimlerini

'çok önemli' olarak bildirmişlerdir. Ayrıca 18-28 yaş ve 51-61 yaş grubundakiler ölçek toplam puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişler, ancak yaş gruplarına göre HÖGÖ ölçek toplam puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yanıkta cilt bakımı, hastanede ve evde bakımda öncelikli sorundur. Yastı ve Kabalak (2012), yanıklı hastalarda enfeksiyon etkenleri ve mortaliteye etkilerini incelediği çalışmalarında, yara ve yanık yeri enfeksiyonunun yanıklı bireylerde sepsis ve mortalite nedeni olduğunu bildirmişlerdir.

Bu çalışmada tüm yaş gruplarındaki hastalarda üçüncü derece yanık yarası bulunmaktadır. Bu tip yanıklarda; epidermis, dermis ve altındaki dokularda etkilenme olduğundan (Adams 2013 (a)), taburculuk sonrası yeni oluşan dokunun bakımı ve kronması, yara izi ve kontraktür gelişimin önlenmesi gerektiğinden, hastaların cilt bakımını 'çok önemli' olarak bildirdikleri düşünülmektedir.

Bu çalışmada, en fazla oranla 18-28 yaş (%42) ve 29-39 yaş grubun olan (%31) hastalar örnekleme oluşturmuştur (Tablo 4.1). Literatürde yaştan bebek, çocuk ve yaşlılarda, gelişim dönemi özellikleri ile ilişkili olarak yanık için risk faktörü olduğu vurgulanmaktadır (Peck 2011). Genç erişkin ve erişkinlerde ise, bireyin cinsiyeti, işi veya mesleği ile ilişkili olan çalışma koşulları yanık için risk faktörüdür. Yaşlı erişkinler de, bireyin fiziksel ve bilişsel durumu ile ilişkili bozukluklar, yanık travması yaşama riskini arttırmaktadır. Dünyada 2006 yılında, 65 yaş ve üzerindeki bireylerin dördüncü ölüm nedenini yanık oluşturmuştur (Peck 2011). Yanığın, gelişim dönemi veya yaş ile olan bu ilişkisi, farklı yaş gruplarında yanıklı bireylerde yapılan çalışmalarda vurgulanmıştır (Türegün ve ark. 1997, Sakallıoğlu ve ark. 2007, Palmieri ve ark. 2012). Faydalı (2004), yanıklı bireylerin bilgi gereksinimlerini incelediği ve hastaların yarısına yakınına 18 yaş altındakilerin (%47.1) ve 19-59 yaş grubundakilerin (%48.2) oluşturduğu çalışmasında, hastaların ve hasta yakınlarının yarısından fazlasının bilgi gereksinimi olduğunu (%69.6) ve en fazla bilgi istenen konuların; yara izi (%15.9), evde dikkat edilmesi gerekenler (%15.4), gelişebilecek komplikasyonlar (%10.8), kontrol zamanı/sıklığı (%9.8), korunma ve ilkyardım (%9.7) olduğunu saptamıştır. Karahan (2016), yanıklı bireylerde yaşam kalitesini, bakım verenlerin yaşam kalitesi ve bakım yükü ile ilişkisini incelediği, çoğunluğunu 19-38 yaş grubunda olanların (19-28 yaş: %43.3, 29-38 yaş:%36.7) ve üçüncü derece yanığı olanların oluşturduğu (%70)

çalışmasında, yanıklı bireylerin yaşam kalitesinin en düşük olduğu alanın fiziksel alan, en iyi olduğu alanın ise sosyal alan olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmanın hastaların yaşı ve yanık derecesi açısından benzer özelliğe sahip olan Karahan (2016)'ın çalışmasının bu sonucunun, özellikle 18-28 yaş grubundaki hastaların öğrenim gereksinimleri ile ilişkili olduğu söylenebilir. Mevcut çalışmada 18-28 yaşta olanlar ilaçlar, yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi, cilt bakımı ve ayrıca 18-28 yaş ölçek toplam puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini; 29-39 yaş grubunda olanlar ise yaşam aktiviteleri dışındaki diğer alt alanlardaki gereksinimlerini çok önemli olarak bildirmişlerdir. Ayrıca bu çalışmanın yaş özelliğine ilişkin sonuçları, öğrenim gereksinimlerinin yaş grupları dikkate alınarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Eğitim Durumu

Hastaların yarısından fazlası ortaokul ve altı eğitim düzeyine (%52) sahip olan bu çalışmada (Tablo 4.1), okur yazar olmayanlar HÖGÖ'nün yalnızca cilt bakımı alt boyutundaki; ilkokul mezunu olanlar yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki; ortaokul mezunları toplum ve izlem, yaşam kalitesi, cilt bakımı alt boyutlarındaki; lise mezunları tüm alt boyutlarındaki; üniversite mezunları tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişlerdir. Ayrıca ortaokul ve üzerinde eğitim düzeyine sahip olanlar ölçek toplam puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişler, ancak HÖGÖ'nün toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yanıklı bireylerin eğitim düzeyi, hastaların yanık bakımına ilişkin bilgiye sahip olmalarını ve hastane öncesi yanığa yaklaşımlarını etkileyebilmektedir. Faydalı (2004), yanıklı bireylerde bilgi gereksinimlerini incelediği araştırmasında, ortaöğretim ve üzerinde eğitim düzeyine sahip hasta ve hasta yakınlarının, enfeksiyondan korunma ve enfeksiyon belirtilerine ilişkin bilgilerinin daha fazla olduğunu bildirmiştir. Tuna ve Çetin (2010), yanıklı hastalarda yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri incelediği araştırmasında, eğitim düzeyi arttıkça, global yaşam kalitesinin arttığını saptamışlar, eğitim düzeyinin artmasının, hastalığa verilen önem ve önlemleri arttıcağını ve bunun yaşam kalitesini olumlu yönde etkileceğini bildirmişlerdir.

Bu çalışmada HÖGÖ'nün tüm alt boyutlarına ilişkin hastaların öğrenim gereksinimleri ve literatürdeki araştırmaların sonuçları, yanık bakımına ilişkin hastaların kapsamlı ve planlı eğitime gereksinimleri olduğunu, eğitim düzeyinin öğrenim gereksinimlerine ilişkin farkındalığı arttırdığı, hastaların eğitim düzeyleri dikkate alınarak öğrenim gereksinimlerinin değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Hastaneye Başvurulan Yer ve Yaşanılan Yer

Bu çalışmada hastaneye başvurduğu yere göre; İstanbul içinden hastaneye başvuran hastalar HÖGÖ'nün tüm alt boyutlarındaki; İstanbul dışından başvuranlar yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişlerdir. Ayrıca İstanbul içinden hastaneye başvuran hastalar ölçek toplam puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişlerdir. HÖGÖ'nün toplam ölçek puan ortalamalarının farkı ilaçlar, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Yaşanılan yere göre puan ortalamaları incelendiğinde; ilde yaşayanlar HÖGÖ'nün duruma ilişkin duygular alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarındaki ve toplam ölçek puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini; ilçede yaşayanlar yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki; köyde yaşayanlar yalnızca cilt bakımı alt boyutundaki öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişlerdir. HÖGÖ'nün toplam ölçek puan ortalamalarının farkı ilaçlar, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Toplum ve izlem boyutunda ve duruma ilişkin duygular boyutlarında bulunan anlamlılığın hangi gruplar arasındaki fark nedeniyle oluştuğunu saptamak için yapılan ikili karşılaştırma sonucunda (Post-Hoc test), anlamlılığın köy ve il içindekilerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur ($z=22.092$, $p=0.018$; $z=22.400$, $p=0.01$, önemlilik düzeyi=4.490) (toplum ve izlem boyutunda ve duruma ilişkin duygular boyutunda il içinde yaşayanların puan ortalamaları yüksektir).

Demirkıran (2011) ve Yaman (2008)'in çalışma sonuçları ise, bu çalışma sonuçlarından farklıdır. Demirkıran (2011), HÖGÖ kullanarak koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların öğrenim gereksinimlerini incelemiş ve köyde yaşayan hastaların bilgi gereksinimlerinin şehirde yaşayan hastalara göre daha fazla olduğunu

bildirmiştir. Yaman (2008) ise, kalp kapağı replasmanı yapılan hastalarda verilen taburculuk eğitiminin bilgi düzeyi, öz-bakım gücü ve taburculuk sonrası bakım sorunlarına etkisini yarı deneysel olarak değerlendirmiş, ilde yaşayan hastaların (taburculuk eğitimi alan ve almayanlar) öz bakım puan ortalamalarının köy ve ilçede yaşayan hastalara göre yüksek olduğunu bulmuş ve bu duruma, ilde yaşayanların sağlık hizmetlerine kolay ulaşmasının neden olduğunu bildirmiştir.

Bu çalışmada ise, yanıklı bireylerin taburculuk sonrası bakım gereksinimlerinin devam etmesinin, hastaların çoğunluğunun İstanbul içinden hastaneye başvuran ve il merkezinde yaşayanlardan oluşmasının (%78) (Tablo 4.1) bu farka neden olduğu söylenebilir. Ayrıca bu çalışmada hastaların hastaneye başvuru yer ve yaşanılan yere ilişkin sonuçları, taburculuk sonrası evde bakıma, tedavi ve takibe, acil bakıma ve iletişime ilişkin öğrenim gereksinimlerinin, hastaların yaşadığı veya hastaneye başvurduğu yer özellikleri dikkate alınarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Gelir Düzeyleri ve Sosyal Güvence

Bu çalışmada hastaların tamamına yakınının geliri giderine eşittir (%95) ve sosyal güvencesi bulunmaktadır (%98) (Tablo 4.1). Hastaların gelir düzeylerine göre; geliri giderinden az olanlar HÖGÖ'nün yalnızca yaşam kalitesi alt boyutundaki, geliri giderine eşit olanlar ilaçlar ve duruma ilişkin duygular alt boyutları dışındaki tüm alt boyutlardaki öğrenim gereksinimlerini ve ölçek toplam puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişlerdir. HÖGÖ'nün ölçek toplam puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan yalnızca cilt bakımı alt boyutu için anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Hastaların sosyal güvence bulunma durumuna göre; sosyal güvencesi bulunanlar HÖGÖ'nün ilaçlar ve duruma ilişkin duygular alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarındaki ve toplam ölçek puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini, sosyal güvencesi bulunmayanlar ilaçlar, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişlerdir, ancak HÖGÖ'nün ölçek toplam puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Hastaların gelir durumu, yaşama koşullarını etkilediğinden, yanıkla karşılaşmalarını ve yanığa müdahalelerini de etkileyebilmektedir. Peck (2011)'in,

dünyada yanık epidemiyolojisini dağılım ve risk faktörleri açısından incelediği derleme çalışmasında, düşük ve orta gelirli bireylerin yanıkla karşılaşma oranının yüksek olduğunu bildirmiştir. Peck (2011)'in gösterdiği ilişkiyi vurgular şekilde Demirel ve arkadaşları (2011)'nin yaptığı ve bir eğitim ve araştırma hastanesinde izlenen yanıklı hastaların bir yıllık değerlendirmesini içeren çalışmalarında, yanık deneyimi yaşayan hastaların büyük çoğunluğunun sosyoekonomik düzeyinin düşük ve orta seviyede olduğu ve bu hastalarda yanık görülme oranının fazla olduğu bildirilmiştir. Forjuoh (2006) düşük ve orta gelirli ülkelerde yanık epidemiyolojisi, risk faktörleri, tedavi ve bakımı araştırdığı çalışmasında ise, yanıklı hastaların acil müdahale olarak soğuk su (%33.3) veya idrar ve çamurdan yapılmış karışımlar, inek gübresi, yumurta gibi geleneksel yöntemleri (%33.3) kullandıklarını bildirmiştir.

Yanığın bakım ve izleminin taburculuk sonrası devam etmesi gerektiği için ve bu durum hastalarda ekonomik yüke neden olduğu için de önemli özelliklerdir (Peck 2011). Bu çalışmada HÖGÖ puan ortalamaları açısından incelendiğinde, öncelikli öğrenim gereksiniminin özellikle geliri giderine eşit olan yanıklı hastalarda da cilt bakımı alanındaki öğrenim gereksinimleri olduğu, sosyal güvencesi olmayanlarda ise, ilaçlar alt boyutundaki öğrenim gereksinimlerinin öncelikli olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4). Bu sonuçlar doğrultusunda, taburculuk sonrası cilt bakımının tüm hastaları kaygılandığı ve özellikle sosyal güvence durumunun ilaçları temin etme ile ilgili gereksinimlerini etkilediği söylenebilir. Ancak bu çalışmanın hastaların gelir durumu ve sosyal güvence durumuna ilişkin sonuçları, hastaların aynı zamanda yanığın mevcut ve gelecekteki yaşamları üzerindeki etkilerine ilişkin öğrenim gereksinimlerinin bulunduğunu göstermektedir. Mashreky ve arkadaşları (2008)'nin, primer ve sekonder bakım veren hastanelerde yanık travması tükenmişliğini inceledikleri çalışmalarında, hastanede yatış süresinin hastaların tedavi ve bakım maliyetini arttırmasının, hastaların tedavilerini erken bırakmalarına neden olduğunu bildirmişlerdir. Mashreky ve arkadaşları (2008)'nin bu sonuçları ise, hastaların gelir durumu ve sosyal güvence durumunun, hem öğrenim gereksinimlerinin değerlendirilmesinde hem de taburculuk öncesi ve sonrası bakıma etkisinin değerlendirilmesinde dikkate alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Evde Birlikte Yaşanılan Kişiler ve Evde Bakımı Sağlayan Kişiler

Bu çalışmada birlikte yaşanan kişi bulunma durumuna göre taburculuktan sonra evde birlikte yaşanan kişi bulunan hastalarda HÖGÖ'nün yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı alt boyutlarındaki; birlikte yaşanan kişi bulunmayanlar toplum ve izlem, cilt bakımı alt boyutlarındaki; ayrıca iki grubun ölçek toplam alt boyutu öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişlerdir, ancak HÖGÖ'nün toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamaları farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4). Evde birlikte yaşanan kişilere göre; taburculuktan sonra eşleri ile yaşayanlar HÖGÖ'nün ilaçlar alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlardaki; eş ve çocukları ile yaşayanlar yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki; anne ve baba ile yaşayanlar tüm alt boyutlardaki; yalnız yaşayanlar tedavi ve komplikasyonlar alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlardaki öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak; arkadaşlarıyla yaşayanlar tüm alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini 'ne az ne çok önemli' olarak; ayrıca tüm gruptaki hastalar toplam ölçek puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişlerdir. Ancak HÖGÖ'nün ölçek toplam puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamaları farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Dal ve arkadaşları (2012)'nin cerrahi girişim sonrası evde yaşanan sorunları araştırdıkları çalışma sonucunda da gösterdiği gibi, taburcu olan hastaların özbakımlarını sağlayamadıkları için, çoğunluğunun (%85.2) evde bakımlarına aile bireyleri yardımcı olmaktadır. Birlikte yaşanan kişilerin bakıma yardımcı olabilmesi için, taburculuk öncesi eğitim gereksinimleri belirlenmelidir. Bunun için bütüncül bir yaklaşımla veri toplanmalı ve ilgili bakım konusunda hasta ve ailesinin (birlikte yaşadığı bireylerin) eğitim almaları sağlanmalıdır (Karakadovan ve Aslan 2010). Bu çalışmada yalnız veya arkadaşları ile yaşayan hasta oranı az olmasına (%5, %3) rağmen, anne ve babası ile yaşayan hastaların HÖGÖ'nün tüm alanlarındaki öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmesi, aile desteği sağlanmasına rağmen öğrenim gereksiniminin devam ettiğini göstermektedir.

Bu çalışmada, yanıklı hastaların tanıtıcı özelliklerine göre öğrenim gereksinimlerine ilişkin sonuçları; araştırmanın H2 hipotezini (yanıklı hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre öğrenim gereksinimleri farklıdır); cinsiyet (cilt bakımı dışındaki tüm alt boyutlarda), çalışma durumu (yaşam aktiviteleri alt

boyutunda), hastaneye başvurdukları yer (ilaçlar, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar alt boyutlarında), yaşadıkları yer (ilaçlar, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular alt boyutlarında) ve gelir düzeyleri (ilaçlar ve duruma ilişkin duygular alt boyutları dışındaki tüm alt boyutlarda) açısından desteklemektedir.

2. Hastaların Hastalığa İlişkin Özelliklerine Göre HÖGÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Hastanede Kalış Süresi

Hastaların hastanede kalış süresine göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; hastanede 10-20 gün arasında kalanlar (%65) (Tablo 4.2) HÖGÖ'nün duruma ilişkin duygular alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarındaki; 20 günden fazla kalanlar yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini; ayrıca hastanede 10-20 gün kalanlar toplam ölçek puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişler ve HÖGÖ'nün toplam ölçek puan ortalamalarının farkı yalnızca ilaçlar alt boyutunda istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Bu sonuçlar yanık sonrası kısa süreli bakımda hasta öğrenim gereksinimlerinin yanık bakımının hemen hemen tüm alanlarına yoğunlaştığını gösterirken, uzun süreli bakımda ise yanığın fiziksel bakımına ve etkilerine yoğunlaştığını göstermesi açısından önemlidir.

Özel (2010), genel cerrahi hastalarında öğrenim gereksinimlerini araştırdığı çalışmasında, hastanede kalış süresinin 16 gün ve üzerinde olduğu hastalarda HÖGÖ alt boyutlarından ilaçlar ve duruma ilişkin duygulara ilişkin gereksinimlerin, 16 gün ve altında olanlara göre daha yüksek olduğunu bulmuş ve bu farklılığın, hastanede uzun süre yatanların hastalıklarının bilincinde olmaları ve duygusal yönden destek ihtiyaçlarından kaynaklandığını bildirmiştir.

Tan ve arkadaşları (2013), dahiliye kliniklerindeki hastaların öğrenim gereksinimlerini araştırdığı çalışmalarında, yatış süresi 8-14 gün yatan hastaların HÖGÖ'nün yaşam aktiviteleri, 22 gün ve üzeri yatan hastaların ise tedavi ve komplikasyonlar alt boyutundaki ölçek puan ortalamalarını yüksek (önem düzeyi yüksek) bulmuşlardır.

Yanık; derecesi, tedavi ve bakım sonuçları açısından diğer sağlık sorunlarından farklı kısa ve uzun süreli etkilere sahip, özel ünitelerde tedavi ve bakımı, taburculuk sonrasında da disiplinlerarası tedavi ve bakımı gerektiren bir sorundur (Adams 2013 (a), Alexander ve ark 2006, Aksoy 2015, Yorgancı ve Geyik 2007, Ovalıoğlu ve Türk 2006, Karadakovan 2010, Şelimen 2004, Aydemir ve Taşkınatan 2011, Rawlings 2011, Shakespeare 1998, Forjuoh 2006). Kut ve arkadaşları (2005)'nin Türkiye'deki yanık tedavi merkezleri hakkında yaptıkları araştırmalarında, ülkede yanık hastalarının hastanede kalış süre ortalamasının 20-25 gün olduğu, bu sürede tedavi, bakım ve oluşan iş kaybı nedeniyle maliyetin yıllık 68.100.00 USD ve 96.000.000 USD arasında değiştiği bildirilmiş ve bu nedenlerle yanık yaralanmalarının azaltılması gerektiği önerilmiştir.

Bu çalışmada, yanıklı hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre öğrenim gereksinimlerine ilişkin sonuçları, araştırmanın H3 hipotezini (yanıklı hastaların, bazı hastalık özelliklerine göre öğrenim gereksinimleri farklıdır), sadece hastanede kalış süresi açısından (ilaçlar alt boyutunda) desteklemektedir.

Yanan Vücut Bölge Sayısı

Yanan vücut bölge sayısı puan ortalamalarına göre; hastaların yanan vücut bölge sayısına göre puan ortalamaları incelendiğinde, bir bölgesi yanan hastalar HÖGÖ'nün tüm alt boyutlarındaki; iki bölgesi yanan hastalar yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki; üç-dört bölgesi yanan hastalar yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı alt boyutlarındaki; tüm vücut yanan hastalar yaşam aktiviteleri ve duruma ilişkin duygular alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini; ayrıca tüm gruplardaki hastalar toplam ölçek puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişler. HÖGÖ'nün ölçek toplam puan ortalaması ve alt boyutları ortalamaları farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Literatürde yanan vücut bölgesi özelliklerinin (yanık yüzdesi, derecesi, yanan vücut bölgesi sayısı, yeri) hastaların hastanede ve taburculuk sonrası tedavi, bakım ve izlemlerini etkilediği bildirilmiştir (Shakespeare 1998, Tuna ve Çetin 2010, Forjuoh 2006, Şahin 2008). Şahin (2008)'in yanıklı hastaların hemşirelerden beklentileri üzerine yaptığı çalışmasında, yanık yüzdesi ve derinliğine göre hastaların bakım beklentilerinin anlamlı olarak farklı olduğu saptanmış, yanık derinliği arttıkça bakım beklentisinin

arttığı bildirmiştir. İki ve üçüncü derece yanığı olanların oranının fazla olduğu Şahin (2008)'in çalışmasında hastalar, en fazla durumlarındaki gelişmeler hakkında bilgi alma beklentilerini bildirmişlerdir.

Tuna ve Çetin (2010)'in yanıklı hastaların yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri incelediği araştırmasında, üçüncü derece yanığı olanlarda fiziksel alan dışındaki alanlarda yaşam kalitesi puan ortalamasının düştüğü, yanık derinliğine göre global yaşam kalitesi puan ortalamalarında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Shakespeare (1998), yanıklı hastalarda taburculuktan üç-dört ay sonraki fiziksel ve psikososyal etkilenmeyi incelediği araştırmasında, hastaların yanığa bağlı oluşan skar dokunun dış görünüşlerine etkisi nedeniyle memnuniyetsizliklerinin olduğunu, kendine güvenlerinin azaldığını ve bağımlılık duygusu yaşadıklarını saptamıştır.

Forjuoh (2006)'un 1976-2003 tarihleri arasında yayınlanmış olan yanıkla ilgili araştırmaları, “düşük ve orta gelirli ülkelerde yanık epidemiyolojisi, risk faktörleri, tedavi ve bakımı” açısından incelediği derleme çalışmasında, yanık travmalarında toplam vücut alanının %10'dan fazlası yanan hastalarda mortalite oranının düşük olduğunu, toplam vücut alanının %50'sinden fazlası yanan hastalarda ölüm riskinin daha fazla olduğunu bildirmiştir. Ayrıca vücutta en fazla üst ekstremitelerin yanıktan hasar gördüğünü ve alev dışındaki yanıklardan alt ekstremitelerin etkilendiğini vurgulamıştır.

Üçüncü derece yanıklı ve çoğunluğu günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olduğu saptanan hastaları içeren bu araştırmanın sonucu, hastaların hastaneden eve gitme, evde bakım konusunda kendisi ve ailesinin öğrenim gereksinimleri, tedavi ve komplikasyonlar konusunda ve yanığın yaşamı üzerindeki etkileri ile baş etmek konusunda öğrenim gereksinimleri öncelikli olmak üzere, tüm öğrenim gereksinimlerine önem verdiklerini göstermektedir.

Başka Hastalık Bulunma ve Sürekli Kullandığı İlaç Bulunma Durumu

Bu çalışmada, başka hastalık bulunma durumuna göre hastaların puan ortalamaları incelendiğinde, yanık travması dışında başka hastalığı bulunanlar HÖGÖ'nün yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, cilt bakımı alt boyutlarındaki; başka hastalığı bulunmayanlar yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi, cilt bakımı alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini ve ölçek toplam puan ortalaması açısından tüm gruplar öğrenim

gereksinimlerini ‘çok önemli’ olarak bildirmişler, ancak HÖGÖ’nün toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutları puan ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Bu çalışmada ayrıca iki hastada, başka hastalıklarının yanığa neden olduğu saptanmıştır [bir hastada epilepsi atağı iş kazasına yol açmış ve buna bağlı yanık gelişmiştir, diğer bir hastada ise, diyabetik nöropatiye bağlı yüksek ısı algılanmamış ve yanık gelişmiştir].

Hastaların başka hastalık nedeniyle sürekli ilaç kullanma durumuna göre; ilaç kullananlar HÖGÖ’nün yalnızca cilt bakımı alt boyutundaki, kullanmayanlar ilaçlar ve duruma ilişkin duygular alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini ve toplam ölçek puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini ‘çok önemli’ olarak bildirmişler, ancak HÖGÖ’nün toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutları ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Hastalarda bulunan başka hastalıklar (akut veya kronik), mevcut sağlık sorununun gelişmesini, bakımını ve bakıma ilişkin öğrenim gereksinimini etkileyebilmektedir (Demirel ve arkadaşları 2001, Tuna ve Çetin 2010, Dissanaïke ve Rahimi 2009, Çetinkaya ve Aşiret 2017, Güçlü ve Kurşun 2017). Demirel ve arkadaşları (2001)’nin yaptığı ve bir eğitim ve araştırma hastanesinde izlenen yanıklı hastaların bir yıllık değerlendirmesini içeren çalışmalarında, yanığa neden olan başka hastalık olarak %12.2 oranında epilepsi bildirilmiştir. Dissanaïke ve Rahimi (2009)’nin kültürel ve sosyodemografik yönleri ile yanık yaralanmalarının epidemiyolojilerini inceledikleri derleme çalışmalarında, çocuklarda özellikle dikkat eksikliğinin bulunduğu hiperaktivite bozuklukluğunda yanık sıklığının yüksek olduğunu, yaşlılarda ise birden fazla hastalık bulunmasının iyileşmeyi olumsuz etkilediğini ve mortalite oranını arttırdığını bildirmişlerdir.

Tuna ve Çetin (2010)’ın yanıklı hastaların yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri incelediği araştırmasında; birden fazla hastalığa sahip ve buna yönelik tedavi alan bireylerin yaşam kalitesi puanlarının yanıktan önce başka hastalık nedeniyle tedavi almayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuş, birden fazla hastalığın bireyi fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz etkileyeceği, diyabetüs mellitüs ve hipertansiyon gibi bazı

kronik hastalıkların yara iyileşmesini geciktirdiği için yaşam kalitesinin etkilendiği belirtilmiştir.

Çetinkaya ve Aşiret (2017)'in dahili ve cerrahi kliniklerindeki hastalarda öğrenim gereksinimlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmalarında, kronik hastalığa sahip olan bireylerin HÖGÖ öğrenim gereksinimleri puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuş (öğrenim gereksinimine verdiği önem derecesi yüksek), bunun hastaların hastalık ve tedavi sürecine ilişkin deneyimlerinin öğrenim gereksinimlerine farkındalığını arttırması nedeniyle olduğunu bildirmişlerdir. Güçlü ve Kurşun (2017), cerrahi hastalarında taburculuk eğitim gereksinimlerini araştırdığı çalışmalarında ise, daha önce cerrahi girişim geçirenlere göre daha önce cerrahi girişim geçirmemiş olan hastaların öğrenim gereksinimleri puan ortalamasının yüksek olduğunu ve aralarında anlamlı fark bulunduğunu saptamış, hastalık ve tedavi sürecine ilişkin hastaların deneyimlerinin olmamasının öğrenim gereksinimlerini arttırdığını bildirmiştir.

Bu çalışmada, başka hastalığı olmayanların ve başka ilaç kullanmayanların, tüm gereksinimlere önem vermeleri, başka hastalığı bulunan ve başka ilaç kullanan hasta oranı az olmasına rağmen, bu hastaların HÖGÖ'nün çoğu boyutu için öğrenim gereksinimini "çok önemli" olarak bildirmesi, ve iki hastada yanık oluşmasına bulunan diğer hastalığının (epilepsi ve diyabet) neden olması sonuçları, hastaların başka hastalık ve kullandıkları başka ilaç bulunma durumlarının kapsamlı olarak değerlendirilerek, öğrenim gereksiniminin karşılanması gerektiğini düşündürmektedir.

Sigara Kullanma Durumu

Sigara kullanma durumuna göre hastaların puan ortalamaları incelendiğinde, kullananlar HÖGÖ'nün yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutlarındaki, kullanmayanlar ilaçlar ve duruma ilişkin duygular alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini ve toplam ölçek puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirmişler. HÖGÖ'nün toplam ölçek puan ortalaması ve alt boyutları ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Literatürde, sigara ile uykuya dalma yanık oluşma nedeni olarak belirtilmektedir (Rawlings 2011, Peck 2011). Tuna ve Çetin (2010) ile Demirkıran (2011) çalışmalarında, sigara ile yanık ilişkisini farklı değerlendirmişlerdir. Tuna ve Çetin (2010), yanıklı hastaların yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri incelediği

araştırmalarında, sigara kullanan hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının yüksek olduğunu bulmuş, bunun nedeninin hastaların sigara bırakma zorunluluğu olmadığı için stres yaşamamalarının ve sigara içmenin psikolojik rahatlık sağlaması olabileceğini bildirmiştir. Demirkıran (2011)'in koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerini incelediği çalışmasında ise, sigara kullanmayanların öğrenim gereksinimleri kullananlara göre daha yüksek bulunmuş, bu durumun sigara kullanmayanların sağlık davranışlarına verdikleri önemi ve öğrenim gereksinimini arttırabileceğini bildirilmiştir.

Bu çalışmada sigara kullanan hasta oranı az olmasına rağmen (%17) (Tablo 4.2), HÖGÖ'nün çoğu boyutu için öğrenim gereksinimi “çok önemli” olarak bildirmesi (Tablo 4.5), literatürde belirtildiği gibi hastaların başka özellikleri dikkate alınarak (sağlık davranışlarına verdiği önem, yaşam kalitesi, anksiyete ve stresle başetme gibi) öğrenim gereksinimlerinin incelenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Yanıklı hastaların taburcululuk sonrası öğrenim gereksinimlerini belirlemek amacıyla gerçekteştirilen bu araştırmada;

HÖGÖ ölçek toplam puan ortalamasına göre tüm öğrenim gereksinimlerinin ve alt boyutlar puan ortalamasına göre HÖGÖ'nün cilt bakımı, yaşam kalitesi, tedavi ve komplikasyonlar alt boyutları ile yaşam aktiviteleri alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerinin çok önemli olduğu saptanmıştır.

Ayrıca hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre öğrenim gereksinimleri farklı olduğu (cinsiyet açasından HÖGÖ'nün ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi alt boyutu; çalışma durumu açasından HÖGÖ'nün yaşam aktiviteleri alt boyutu; hastaneye başvurdukları yere göre HÖGÖ'nün ilaçlar, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar alt boyutları; yaşadıkları yere göre ilaçlar, toplum ve izlem, duruma ilişkin duyguların alt boyutları; gelir düzeyleri açasından cilt bakımı alt boyutu) ve hastaların bazı hastalık özelliklerine göre de öğrenim gereksinimlerinin farklı olduğu (hastanede kalış süresi açasından HÖGÖ'nün ilaçlar alt boyutu) bulunmuştur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yanıklı hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksiniminin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

1. Bireylerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamalarının 34.99 ± 14.08 olduğu, en fazla orana sahip olanların 18-28 yaş grubunda (%42) ve erkek (%64), bekar (bekar ve dul) (%52), lise mezunu (%32) olduğu ve çalıştığı (%53), gelirinin giderine eşit olduğu (%95) ve sosyal güvencesi bulunduğu (%98), istanbul içinde (%74) ve il merkezinde (%78) ikamet ettiği, taburculuktan sonra anne ve babalarıyla (%41) yaşayacakları saptanmıştır (Tablo 4.1).

2. Bireylerin hastalıkla ilgili durumları incelendiğinde; çoğunluğunun yanık gerçekleşikten en geç bir gün sonra (%81) hastaneye başvurduğu ve hastaneye gelmeden önce müdahale kendilerine yapılmadığı (%77), yarısından fazlasının hastanede kalış süresinin 10-20 gün arasında olduğu (%65) ve yanık oluşma nedeninin kaynar sıvı ile haşlanma (%51) şeklinde termal yanıklar olduğu (%81), yarısından fazlasında vücudun 3-4 bölgesinde yanık bulunduğu (%53) ve bu bölgelerin en fazla oranla el ve kol (%14) olduğu, tamamına yakınının başka hastalığı bulunmadığı (%92) ve başka ilaç kullanmadığı (%94), çoğunluğunun sigara kullanmadığı (%83), çoğunluğunun günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız (%85) olarak taburcu oldukları, tamamına yakınında evde bakımlarına yardımcı birey bulunduğu (%94) ve bu bireylerin yarısının hastaların anneleri olduğu (%50) saptanmıştır (Tablo 4.2).

3. Hastaların HÖGÖ puan ortalamalarının ve öğrenim gereksinimleri önem düzeylerinin dağılımı incelendiğinde; yanıklı hastaların taburculuk sırasında tüm öğrenim gereksinimlerini HÖGÖ toplam puanı açısından “çok önemli” olarak belirledikleri, HÖGÖ alt ölçek puan ortalamalarına göre ise, hastalar için en önemli öğrenim gereksiniminin cilt bakımı boyutunda olduğu saptanmıştır. Hastaların ‘çok önemli’ olarak belirledikleri diğer öğrenim gereksinimleri ise sırasıyla; yaşam kalitesi, tedavi ve komplikasyonlar ile yaşam aktiviteleri boyutlarındadır (Tablo 4.3).

4. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre HÖGÖ puan ortalamalarının karşılaştırması incelendiğinde;

Cinsiyete göre; erkekler HÖGÖ'nün iki alt boyutundaki öğrenim gereksinimlerini (yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutları), kadın hastalar ise HÖGÖ'nün tüm boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak belirlemiş, cinsiyete grupları arasında HÖGÖ'nün cilt bakımı boyutu dışındaki diğer boyutlarda (ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi alt boyutları) puan ortalamalarının ve toplam ölçek puan ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışma durumuna göre hastalar; taburculuk sırasında tüm öğrenim gereksinimlerini HÖGÖ toplam puan ortalaması açısından 'çok önemli' olarak belirlemiş, çalışan hastalar HÖGÖ'nün iki boyutundaki (cilt bakımı ve yaşam kalitesi alt boyutları), çalışmayan hastalar ise, HÖGÖ'nün duruma ilişkin duygular ve ilaçlar alt boyutları dışındaki beş alt boyutundaki öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak belirlemiş, çalışma durumuna göre HÖGÖ'nün yaşam aktiviteleri alt boyutu puan ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaneye başvurduğu yere göre; İstanbul içinden hastaneye başvuran hastalar HÖGÖ'nün tüm alt boyutlarındaki, İstanbul dışından başvuranlar ise HÖGÖ'nün üç alt boyutundaki (yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutları) öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak belirlemiş, hastaneye başvurduğu yere göre HÖGÖ'nün ilaçlar, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar alt boyutlarının puan ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Yaşadığı yere göre; köyde yaşayan hastalar, HÖGÖ'nün sadece cilt bakımı alt boyutundaki öğrenim gereksinimlerini, ilde yaşayanlar HÖGÖ toplam puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini ve HÖGÖ'nün bir alt boyutu dışındaki (duruma ilişkin duygular alt boyutu) tüm alt boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini, ilçede yaşayanlar ise, HÖGÖ'nün üç alt boyutundaki (yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi, cilt bakımı alt boyutları) öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak belirlemiş, yaşanılan yere göre HÖGÖ'nün ilaçlar, toplum ve izlem alt boyutu ile duruma ilişkin duygular alt boyutlarının puan ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların gelir düzeylerine göre; geliri giderine eşit hastalar HÖGÖ toplam puan ortalaması açısından tüm öğrenim gereksinimlerini ve HÖGÖ'nün iki alt boyutundaki (ilaçlar ve duruma ilişkin duygular alt boyutları), geliri giderinden az olanlar HÖGÖ'nün sadece bir boyutundaki (yaşam kalitesi alt boyutu) öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak belirlemiş, HÖGÖ'nün cilt bakımı alt boyutu puan ortalamaları farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

4. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre HÖGÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında;

Hastaların hastanede kalış sürelerine göre; 10-20 arasında kalanlar HÖGÖ toplam puan ortalaması açısından tüm öğre öğrenim nme gereksinimlerini ve HÖGÖ'nün duruma ilişkin duygular alt boyutu dışında diğer alt boyutlarındaki, hastane de 20 günden fazla olanlar ise, HÖGÖ'nün dört alt boyutundaki öğrenim gereksinimlerini (yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi ve cilt bakımı alt boyutları) öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak belirlemiş, HÖGÖ'nün ilaçlar alt boyutu puan ortalamalarının farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4).

Yukarıda sıralanan sonuçlar araştırmanın;

H1. hipotezini (yanıklı hastaların, HÖGÖ'nün tüm boyutlarındaki öğrenim gereksinimleri çok önemlidir) toplam ölçek puan ortalamasına göre tüm öğrenim gereksinimleri için ve alt boyutlar puan ortalamasına göre HÖGÖ'nün cilt bakımı, yaşam kalitesi, tedavi ve komplikasyonlar alt boyutları ile yaşam aktiviteleri alt boyutları için desteklediği bulunmuştur.

H2. hipotezini (yanıklı hastaların, bazı sosyodemografik özelliklerine göre öğrenim gereksinimleri farklıdır) cinsiyet açısından HÖGÖ'nün ilaçlar, yaşam aktiviteleri, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar, yaşam kalitesi alt boyutu; çalışma durumu açısından HÖGÖ'nün yaşam aktiviteleri alt boyutu; hastaneye başvurdukları yere göre HÖGÖ'nün ilaçlar, toplum ve izlem, duruma ilişkin duygular, tedavi ve komplikasyonlar alt boyutları; yaşadıkları yere göre ilaçlar, toplum ve izlem, duruma ilişkin duyguların alt boyutları; gelir düzeyleri açısından cilt bakımı alt boyutu istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş olup, desteklediği bulunmuştur.

H3. hipotezini (yanıklı hastaların, bazı hastalık özelliklerine göre öğrenim gereksinimleri farklıdır) hastanede kalış süresi açısından HÖGÖ'nün ilaçlar alt boyutu istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş olup, desteklediği bulunmuştur.

1.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Yanıklı hastalar taburculuk taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerini genel olarak çok önemli bulduklarından ve bu araştırmada özellikle üçüncü derece yanıklı hastaların öncelikli gereksinimlerini (yeni oluşan dokunun bakımı ve korunması, yara izi ve kontraktürlerin önlenmesi) içeren cilt bakımı boyutundaki öğrenim gereksinimleri başta olmak üzere yaşam kalitesi, tedavi ve komplikasyonlar ile yaşam aktiviteleri boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerini 'çok önemli' olarak bildirdiklerinden, ayrıca hastaların bazı özelliklerine göre (cinsiyet, çalışma durumu, hastaneye başvurduğu yer, yaşadığı yer, gelir düzeyi, hastanede kalış süresi) HÖGÖ'nün boyutlarındaki öğrenim gereksinimlerinin farklı olduğu saptandığından,
 - a) Hastaların hastaneye kabulünden itibaren taburculuk eğitiminin kendisi ve ailesi için (evde bakımına yardımcı bireyler için) bireyselleştirilmiş olarak planlanması,
 - b) Taburculuk eğitim planı için öğrenim gereksinimlerinin saptanması ve planın uygulanmasında hasta özelliklerinin dikkate alınması (özellikle cinsiyet, çalışma durumu, hastaneye başvurduğu yer, yaşadığı yer, gelir düzeyi, hastanede kalış süresi),
 - c) Taburculuk planının cilt bakımı, yaşam aktiviteleri, tedavi ve komplikasyonlar ve yaşam kalitesi, ilaçlar, toplum ve izlem ile duruma ilişkin duygular konularını içerecek şekilde kapsamlı olarak hazırlanması,
 - d) Taburculuk eğitim gereksinimlerini kapsamlı olarak karşılayacak sağlık profesyonellerinin belirlenmesi ve eğitimin bu ekip tarafından sağlanması önerilmiştir.
2. Bu araştırmada hastaların (tamamı üçüncü derece yanıklı hastalar) taburculuk sonrası cilt bakımı (yeni oluşan dokunun bakımı ve korunması, yara izinin önlenmesi) ve kontraktürlerin önlenmesine ilişkin öğrenim gereksinimleri ile

HÖGÖ'nün cilt bakımı, yaşam kalitesi, tedavi ve komplikasyonlar ile yaşam aktiviteleri boyutlarındaki ifadelerin ilgili olduğu, ancak ifadelerin tam olarak gereksinimleri içermediği saptandığından, yanıklı bireylere özgü öğrenim gereksinimlerini belirlemeyi sağlayan ölçüm aracının geliştirilmesi önerilmiştir.

3. Bu araştırmanın daha geniş ve farklı yanık derecesine sahip hasta grubunda yapılması ve öğrenim gereksinimleri ile bazı değişkenlerin (cinsiyet ve medeni durumun birlikte öğrenim gereksinimlerine etkisi) ilişkisi incelenmediğinden, yapılacak araştırmalarda bu ilişkinin de incelenmesi önerilmiştir.
4. Yanık sonrası hastanın yaşamındaki değişimleri ve bunlarla ilişkili öğrenim gereksinimlerini belirlemeyi sağlayacak niteliksel araştırmaların yapılması önerilmiştir.
5. Hastaların evde bakım dönemindeki öğrenim gereksinimlerini belirlenmek amacıyla, araştırmanın taburculuktan (1 ay) sonra yapılması önerilmiştir.
6. Yanıklı bireylerin bakım ve eğitiminini gerçekleştirmede hemşirenin rol ve sorumluluklarının, mezuniyet öncesi hemşirelik eğitim programında yapılandırılması önerilmiştir.

7. KAYNAKLAR

1. Adams, J.G., Barton, E.D., DeBlieux, P.M.C., Gisondi, M.A., Nadel, E.S. ed. *Emergency Medicine Clinical Essentials (a)*. 2nd ed. Chemical Burns. Jeffrey Druck: Philadelphia. 2013.
2. Adams, J.G, Barton, E.D, DeBlieux, P.M.C, Gisondi, M.A, Nadel, E.S. ed. *Emergency Medicine Clinical Essentials (b)*. 2nd ed. Thermal Burns. DeKoning E. Paul: Philadelphia. 2013.
3. Adams, J.G, Barton, E.D, DeBlieux, P.M.C, Gisondi, M.A, Nadel, E.S. ed. *Emergency Medicine Clinical Essentials (c)*. 2nd ed. Critical Care Management of the Severely Burned Patient. Jeffrey R. Saffle: Philadelphia. 2013.
4. Aksoy N. Yanıklı Hastada Hemşirelik Bakımının Yönetimi. Selçuk Tıp Dergisi, 2015; 31 (1): 47-51.
5. Aksoy, G., Kanan, N., Akyolcu, N. *Cerrahi hemşireliği I*. Kanan N., Nobel Tıp Kitabevi: İstanbul. 2012. p. 115-152.
6. Aktaş H., Ünal E., Gülhan N.F. Yanık Hastasında Ağrıya Yaklaşım. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016; 3: 52-55.
7. Altunseven D.C. Yanık Yarasında Hemşirelik Bakımı. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyum Dizisi; 2008: 119-127.
8. Alexander, M., Fawcett, J, Runciman, P. ed. Nursing Practice Hospital and Home. 3rd ed. The Patient With Burns. McCahill Breeda: China, 2006.
9. Altın M., Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete. Uzmanlık Tezi. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2006.
10. Aydemir K., Taşkaynatan M. Yanık Rehabilitasyonu. Türk Yoğun Bakım Dergisi. 2011; 9:70-7.
11. Burn Incidence and Treatment in the United States:2016. Erişim 17.03.2016, <http://ameriburn.org>.
12. Bozdemir, N., Kara, İ. ed. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. 1. Baskı. Haşlanma ve Alev Yanıkları. Al Behçet, İçer Mustafa, Taş Mahmut: Adana; 2010.

13. Bubela N., Galloway S., Mccay E., Mckibbon A., Pringled N.L. The Patient Learning Needs Scale: Reliability and Validity. *J Adv Nurs* 1990;15(10):1181-1187.
14. Burn Incidence and Treatment in the United States:2016. Erişim 17.03.2016, <http://ameriburn.org>.
15. Byers J.F., Bridges S., Kijek J., Laborde P. Burn Patients' Pain and Anxiety Experience. *Journal of Burn Care Rehabilitation*, 2001; 22: 144-149.
16. Çatal E., Dicle A. Hasta Öğrenim Gereksinimlerini Ölçeğinin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Elektronik Dergisi*, 2008;1:19-32.
17. Çatal E. Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. İzmir, 2007.
18. Çetinkale O., Erdost K. Ş. Yanık ve Yara Tedavisi. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyum Dizisi, 2008; 67: 107-117.
19. Çetinkaya F., Aşiret G.D. Dahili ve Cerrahi Kliniklerindeki Hastaların Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Elektronik Dergisi*, 2017;10: 97-98.
20. Çizmeçi O., Kuvat S. Yanık Hastalarında Yara Bakımı. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2011;9, 51-4.
21. Coşkun H., Akbayrak N. Hastaların Kliniklere Kabul ve Taburculuklarında Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi. *Çukurova Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001;5:63-64.
22. Cömert S.Ş., Acar H., Doğan C., Çağlayan B., Fidan A. Yanık Merkezinde Takip Edilen İnhalasyon Yanığı Olgularında, Klinik, Radyolojik ve Brankoskopik Değerlendirme. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 2012; 18 (2): 111-117.
23. Dal Ü. Bulut H, Demir S. Cerrahi Girişim Sonrası Hastaların Evde Yaşadıkları Sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2012; 8: 34-40.
24. Demirel Y., Çöl C. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yanık Servisinde Bir Yılda İzlenen Hastaların Değerlendirilmesi. *Çukura Üniversitesi Dergisi*;23;1, 15-20.

25. Demirkıran G. Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, 2011.
26. Diane E., Mistiaen P.. Problems and Unmet Needs of Patients Discharged'Home to Self-Care'. Professional Case Management, 2011;16(3): 240-50.
27. Dursun H., Yılmaz E. Batın Cerrahisi Yapılan Hastaların Öğrenim Gereksinimleri. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2015;2(3):65-70.
28. Dissanaik S., Rahimi M. Epidemiology of Burn İnjuries: Highlighting Cultural and Socio-Demographic Aspects. International Review of Psychiatry, December 2009; 21(6): 505–511.
29. Esselman P., Ptacek J. Community Integration after Burn İnjuries. Journal of Burn Care and Rehabilitation. 2001;22:221-227.
30. Ercan G., Özay H. Yanık ve Yara Tedavi Merkezi Yoğun Bakım Ünitesinde İki Yıllık Süreçte Takip Edilen Hastaların Prognozu. Türk Yoğun Bakım Dergisi, 2012;10:110-6.
31. Elsherbiny E, Salem M, El-Sabbagh A, Elhadidy R, Eldeen S. Quality Of Life Of Adult Patients With Severe Burns. Burns, 2011;37:783-785.
32. Fauerbach J., Mckibben J., Bienvenu J., Magyar-Russel G., Smith M., Holavanahalli R., Patterson D., Shelley A.W., Blakeney P., Lezotte D. Psychological Distress After Major Burn İnjury. Psychosomatic Medicine, 2007;69:480.
33. Forjuoh S. Burns in Low and Middle Income Countries: A Review Of Available Literature on Descriptive Epidemiology, Risk Factors, Treatment, and Prevention. Burns, 2006; 32: 529-537.
34. Faydalı S. Yanık Hastalarının Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2004.
35. Gemalmaz A., Soran A., Keşşaf A.. Yanıklı Hastaya Erken Dönemdeki Yaklaşım. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2000; Erişim 10.06.2017, <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0400/04001.html>.
36. Grobler R.C. Emergency Management of The Patient with Severe Burns in the Emergency Unit. Prof. Nurse Today, 2012 16 (3); 37-43.

37. Güçlü A., Kurşun Ş. Genel Cerrahi Hastalarının Taburculuk Eğitim Gereksinimleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017;20:109-112.
38. Haberal M., Uçar N., Bilgin N. Epidemiological Survey of Burns Treated in Ankara, Turkey and Desirable Burn Prevention Strategies. *Burns*, 1995;21:604-605.
39. Hettiaratchy S., Dziewulski P. Pathophysiology and Types of Burns. *BMJ* 2004;328:1427-9.
40. Holland D.E., Knafl G.J., Bowles K.H. Targeting Hospitalized Patients for Early Discharge Planning Intervention. *Journal of Clinic Nursing*, 2011;22:2696-2703.
41. İnce H., Kandemir E., Fincancı Ş., Özalp B., Aksu K., Güloğlu R. Yanık Travmalarında Hayati Tehlike Kararına Yeni Yaklaşım. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2008;71:1-4.
42. Karadakovan, A., Aslan, F. ed. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 1. Baskı. Taburculuk Planlanması ve Evde Bakım. Ergün Ayşe: Adana; 2010.
43. Karateke Y. Yanıklı Hastalarda Ağrı, Anksiyete ve Depresyon İlişkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2010.
44. Kavanagh S., Jong A. Care of Burns Patients in the Hospital. *Burns*, 2004; 30: A2-A6.
45. Keck M., Lumenta D.B., Andel H., Kamolz L.P., Frey M. Burn Treatment in The Elderly. *Burns*, 2009;35: 1072-73.
46. Kildal M., Andersson G. Development of a Brief Version of the Burn Specific Health Scale (BSHS-B). *The Journal of Trauma*. 2001; 51 :740-746.
47. Koltka K. Yanık Yaralanmalar: Yanık Derinliği, Fیزیopatolojisi ve Yanık Çeşitleri. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2011; Özel Sayı: 1-6.
48. Kurşun Ş., Kanan N. Yanık Ağrısı ve Hemşirelik Bakımı. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2007;15 (60): 195-199.
49. Kut A., Moray G., Haberal M. Current Status of Burn Care Facilities: Anationwide Survey. *Burns*, 2005;31:679-686.
50. Kornhaber R., Wilson A., Abu-Qumar M., Mclean L.. Coming To Terms With All: Adult Burn Survivors' 'Lived Experience' of Acknowledgement and Acceptance During Rehabilitaion. *Burns*, 2014;40:593-595.
51. Laura, J., British Burn Association. Erişim 23.07.2017, <http://www.britishburnassociation.org/downloads/NBCR2001.pdf/>

52. Leblebici B., Adam M. Yanık Sonrası Akut Dönemde Gelişen Kemik Kaybı. Osteoporoz Dünyasından. 2007; 13:33-6.
53. Levine M.D., Zane R. ed. *Chemical Injuries*. In: Marx J.A.: Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice, 8th ed. 2012.
54. Liang C.Y., Wang H.J., Yao K.P., Pan H.H., Wang K.Y. Predictors Of Health-Care Needs İn Discharged Burn Patients. Burns, 2012;38:176-177.
55. Loey V., Faber A.W., Taal L.A. Do Burn Patients Need Burn Specific Multidisciplinary Outpatient Aftercare:Research Results. Burns, 2001;27:108-109.
56. Masrekı S.R., Rahman A., Chowdury S.M., Giashuddin S., Svanström L., Khan T.F., Cox R., Rahman F. Burn İnjury: Economic And Social İmpact On A Family. Public Health, 2008; 122: 1418-1424.
57. Mosier M., Cancio L., Amani H., Blayney C., Cullinane J., Haith L., Jeng J., Kardos P., Kramer G., Lawless M., Melvin M., Miller S., Moran K., Novakovic R., Potenza B., Rinewalth A., Schultz J., Smith H. Burn Resuscitation. Journal of Burn Care and Reseach,2013;34:370.
58. Nedelec B., Donelan M., Baryza M.J., Bhavsar D., Eberwein S. B., Carrougher G.J., Hickerson W., Joe V., Jordan M., Kowalske K., Murray D., Murray V.K., Parry I., Peck M., Reilly D., Schneider J.C., Ware L. American Burn Association Consensus Statements. Journal of Burn Care and Research, 2013; 34: 367-385.
59. Nursing Management of Burn İnjuries. Erişim 26.06.2017, http://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/Nursing_management_of_burn_injuries/.
60. Ovalıoğlu N., Türk N. Yanık Nedeniyle Acile Gelen Hastaların Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006; 9:4.
61. Özdamar, K. Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi. Eskişehir: Kaan Kitabevi; 1999.
62. Özdemir A. Yanıklı Hasta Refakatçilerinin Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi, Malatya, 2013
63. Özel S. Cerrahi Girişim Geçiren Hastaların Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.

64. Özkaya N., Alğan S., Akkaya H. Yanıklı Hastanın Değerlendirilmesi ve Yaklaşımının Belirlenmesi. Ankara Medical Journal, 2014; 14: 170-174.
65. Öztürk H., Çilingir D., Hintistan S. Hastaların Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Hemşirelerin Yaptığı Hasta Eğitimlerini Değerlendirmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Elektronik Dergisi, 2011; 4:156.
66. Park Y.S., Choi K.A., Jang Y.C., Oh S.J. The Risk Factors of Psychosocial Problems for Burn Patients. Burns, 2008;34: 24-31.
67. Peck M.D., Epidemiology of Burns Throughout the World. Part 1: Distribution and Risk Factors. Burns, 2011; 37: 1094-1095.
68. Peck M.D., Epidemiology of Burns Throughout the World. Part 2: Intentional Burns İn Adults. Burns, 2012;38:630-631.
69. Pieper B., Sieggren M. Discharge Knowledge and Concerns of Patients Going Home With a Wound. 2007;34 (3):245-253.
70. Rawlins J. Management of Burns. Surgery, 2011; 29: 523-528.
71. Shakespeare V. Effect Of Small Burn İnjury on Physical, Social and Psychological Health at 4 Months After Discharge. Burns, 1998;24:742-744.
72. Şahin S, İyigün E, Açikel C. Kolorektal Kanser Cerrahisi Uygulanan Hastaların Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2015;14, 401-405.
73. Şahin S. Yanıklı Hastaların Hemşirelerden Beklentileri. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara, 2008.
74. Salem H., Katz S. Inhalation Toxicology. Third Edition, 2013, 400.
75. Şelimen, D. ed. Acil Bakım. 3. Baskı. Yanıklarda Acil Bakım. Aslan Fatma Eti: İstanbul, 2004.
76. Tan M., Özdelikara A., Polat H. Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2013;21: 4-7.
77. Taşdemir N., Güloğlu S., Yüksel T., Çataltepe T., Özbayır T. Learning Needs of Neurosurgery Patients. Journal Of Neurological Science, 2010;27:414-420.
78. Topbaş E. Akut Pankreatitli Hastaların Yoğun Bakım Ekibi Tarafından Erken Tanınması, Bakımı ve Taburculuk Eğitimi. Yoğun Bakım Dergisi. 2015; 6:98-103.
79. Tuna Z., Çetin C. Yanıklı Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2010;1:5-8.

80. Türegun M., Sengezer M., Selmanpakoglu N., Celikoz B., Nisanci M. Burns 1997; 23(7-8): 584-590.
81. Yaman Y. Kalp Kapağı Replasmanı Yapılan Hastalara Verilen Taburculuk Eğitiminin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara, 2008.
82. Yalçın S, Arpa Y, Cengiz A, Doğan S. Hemşirelerin Hastaların Taburculuk Eğitim Gereksinimlerine Yönelik Görüşleri ile Hastaların Eğitim Gereksinimlerine Yönelik Görüşlerinin Karşılaştırılması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015;12: 204-209.
83. Yardımcı A.E.; İstanbul'da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık Sorunlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 1995.
84. Yastı A., Kabalak A. Yanık Hastalarında Enfeksiyon Etkenleri ve Mortaliteye Etkileri. Yoğun Bakım Dergisi, 2012;1:1-4.
85. Yardakçı R., Akyolcu N. Ameliyat Öncesi Dönemde Yapılan Hasta Ziyaretlerinin Hastanın Anksiyete Düzeyine Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Dergisi, 2014;1,2.
86. Yorgancı K., Geyik S. Ciddi Yanık Hastasının İzlem ve Tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi. 2007; 38:135-140.
87. Yılmaz E, Özkan S. Cerrahi Hastaların Öğrenim Gereksinimleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015;18:2.
88. Yaşar M. İstatistiğe Yönelik Tutum Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2014; 36: 59-75.
89. Zor F., Ersöz N. Birinci Basamak Yanık Tedavisinde Altın Standartlar. Dicle Tıp Dergisi. 2009; 36:219-225.

EK-2: Gönüllü Olur Formu

Yanıklı Hastaların Taburculuk Sonrası Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi Araştırması Hakkında Bilgilendirme Formu

Sayın katılımcı,

Bu araştırmaya katılmak için karar vermeden önce sizi bilgilendirecek olan bu belgeyi incelemeniz önemlidir. Yine de bu konuya ilişkin sorunuz olduğunuz takdirde, lütfen araştırmacıya (Hems. Emine Seçil Serbest) 05364691723 nolu telefonla ulaşarak bilgi alınız.

Bu araştırma, yanıklı hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Yanık hastalarının taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesinin, taburculuk eğitim planının oluşturulmasına rehberlik edeceği ve taburculuk sonrası bakımın etkinliğini arttıracığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul ettiğiniz takdirde, sizden iki bölüm ve toplam 28 sorudan oluşan bir form (Veri Toplama Formu) ve 50 maddeden oluşan bir ölçeği (Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği) doldurmanız beklenmektedir. Araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formunun (Anket), ilk bölümünde kişisel özellikler ikinci bölümünde ise, hastalığa ilişkin özellikler bulunmaktadır.

Yanıtlarınızın doğru ve eksiksiz olması bu araştırmanın amacına ulaşması açısından çok önemlidir. Sağladığımız bilgi, hasta eğitiminin planlaması ve uygulanmasına rehberlik edecek ve bu konuda sorumluluğu olan sağlık personelinin eğitiminde kullanılacaktır.

Bu çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen gönüllülük esas alınmaktadır. Eğer bu çalışmada yer almak istemiyorsanız, bunu belirtmeniz yeterlidir. Araştırmaya katılma veya katılmama durumunuz, size ve sağlık bakımınıza herhangi bir zarar vermeyecektir. Araştırmaya katıldığınız takdirde bu amaçla size ödeme yapılmayacaktır.

Çalışmaya katılmaya karar vererseniz, kimliğinizin gizli kalması koşuluyla bu araştırmadan elde edilecek bulgular, yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Yukarıda gönüllü bireylere araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında tarafıma yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu

koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum. Bu formun bir nüshası da bana verilmiştir.

Gönüllünün

Görüşmeyi gerçekleştirenin

Adı-Soyadı:

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tarih:

Telefon :

İmza

İmzası:

Rıza alınma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Ek-3: Veri Toplama Formu

**YANIKLI HASTALARIN TABURCULUK SONRASI ÖĞRENİM
GEREKİNİMLERİ VERİ TOPLAMA**

Formu Değerli Katılımcı;

Bu araştırma, yanık deneyimi yaşamış hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimlerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Aşağıdaki sorulara vereceğiniz yanıtların doğru ve eksiksiz olması, araştırmanın amacına ulaşması açısından çok önemlidir. Kimliğinizin gizli kalması koşuluyla bu araştırmadan elde edilecek bulgular, yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Katılımınız için teşekkür ederim.

Yatış Tarihi:

Veri toplama tarihi:

Taburculuk Tarihi:

Başlangıç Saati:

Adı Soyadı:

Bitiş Saati:

Adres:

Tel. No:

I. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Doğum tarihiniz:

2. Cinsiyetiniz:

a) Erkek b) Kadın

3. Medeni durumunuz:

a) Evli b) Bekar c) Dul

4. Eğitim durumunuz:

a) Okur-yazar değil d) Ortaokul
b) Okur-yazar e) Lise
c) İlkokul f) Üniversite

5. Mesleğiniz:

a) Memur c) Serbest meslek sahibi
b) İşçi d) Diğer (ise, açıklayınız)

6. Çalışma durumunuz:

a) Çalışıyor

- b) Çalışmıyor (Emekli Ev hanımı Öğrenci
 Diğer:.....)

7. Yaşadığınız yer:

a) İstanbul içi

- b) İstanbul dışı (Köyde İlçede İl merkezinde)

8. Gelir durumunuz:

- a) Gelir durumu giderden az
b) Gelir durumu gidere eşit
c) Gelir durumu giderden fazla

9. Sosyal güvenceniz:

- a) Var b) Yok

10. Birlikte yaşadığınız kişiler:

- a) Eşimle
b) Eşim ve çocuklarımla
c) Anne ve babamla
d) Diğer(ise, lütfen yazınız:.....)

II. HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLER

11. Yanığın gerçekleşme tarihi:

12. Yanık gerçekleştikten sonra, hastaneye gelmeden önce müdahale yapıldı mı?

- a) Evet
 Nerede müdahale yapıldı?.....
 Kim müdahale yaptı?.....
 Müdahale olarak ne yapıldı?.....

b) Hayır

13. Yanık oluşma nedeni:

- a) Ateş
b) Kaynar sıvı ile haşlanma
c) Kimyasal madde
d) Elektrik
e) İnhalasyon
e) İnhalasyon
g) Kızgın demir
h) Buhar
i) Güneş
j) Allerji

14. Yanan vücut bölgeniz:

- a) El / ler (sağ, sol, aktif el, pasif el) h) Göğüs
b) Ayak / lar (sağ, sol) i) Perine
c) Yüz j) Sırt
d) Baş k) Karın
e) Kol / lar (sağ, sol, aktif kol, pasif kol) l) Kalça
f) Bacak / lar m) Tüm vücut
g) Boyun

15. Yanık yüzdesi:**16. Yanık derinliği:**

- a) 1.⁰ yanık c) 3.⁰ yanık e) 2.-3.⁰ yanık
b) 2.⁰ yanık d) 1.-2.⁰ yanık

17. Yanığa bağlı gelişen başka sorun/sorunlarınız:

- a) Sorun gelişti (ise lütfen açıklayınız)
b) Sorun gelişmedi

18. Yanığa bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerinizin etkilenme durumu:

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Günlük Yaşam Aktivitelerini Gerçekleştirebilme Durumu		
	Bağımsız yapabiliyorum	Yardım alarak yapıyorum	Hiç yapamıyorum
Banyo			
Giyinme			
Tuvalet			
Hareket			
Boşaltım			
Beslenme			

19. Tedavi gördüğünüz başka hastalığınız var mı?

- a) Evet (ise lütfen açıklayınız.....)
b) Hayır

20. Başka hastalığınız/hastalıklarınız nedeniyle sürekli ilaç kullanma durumu:

- a) Kullanıyorum (ise lütfen açıklayınız.....)
b) Kullanmıyorum

21. Sigara kullanıyor musunuz?

- a. Evet, kullanıyorum (ise, lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız)
 Ne kadar süredir kullanıyorsunuz?.....
 Günde kaç adet/paket kullanıyorsunuz?.....

b. Bıraktım

c. Hayır, hiç kullanmadım.

22. Alkol kullanıyor musunuz?

a. Evet kullanıyorum (ise, lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız)

Ne kadar süredir kullanıyorsunuz?.....

Günde kaç bardak kullanıyorsunuz?.....

b. Bıraktım

c. Hayır, hiç kullanmadım.

23) Evde bakıma yardımcı sürekli bulunma durumu:

a)Var (var ise kim/kimler.....)

b)Yok

24) Evde bakıma yönelik eğitim/bilgi alma durumu:

a)Evet, aldım (ise, kimden aldınız.....)

b)Hayır, almadım

25) Evde bakıma yönelik hangi konularda eğitim/bilgi verildi:

Yanık pansumanı

Egzersiz

Oturma ve yatış pozisyonu

İlaçların kullanımı

Ağrının yönetimi

Enfeksiyonu önleme

Kontrol zamanları

Gelişebilecek akut durumlar ve ne yapılacağı

Beslenme ve sıvı alımı

Kişisel temizlik ve banyo

Giyinme

Boşaltım

Diğer (lütfen açıklayınız.....)

26) Evde bakım veren kişilere ya da birlikte yaşanan kişilerden birine evde bakıma yönelik eğitim/bilgi verilme durumu:

a) Evet, verildi

b) Hayır, verilmedi

27) Evde bakım veren kişilere ya da birlikte yaşanan kişilerden birine evde bakıma yönelik verilen eğitim/ bilginin içeriği:

Yanık pansumanı

Egzersiz

Oturma ve yatış pozisyonu

İlaçların kullanımı

Ağrının yönetimi

Enfeksiyonu önleme

Kontrol zamanları

Gelişebilecek akut durumlar ve ne yapılacağı

Beslenme ve sıvı alımı

Kişisel temizlik ve banyo

Giyinme

Boşaltım

Diğer (lütfen açıklayınız.....)

28) Hareket etmeye yardımcı cihaz kullanma durumu:

a) Evet (ise lütfen açıklayınız.....)

b) Hayır

Ek-4: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği

Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (50 Madde)

Lütfen taburcu olup eve gitmeden önce bilmek istediğiniz konular için aşağıdaki her bir maddenin sizin için ne kadar önemli olduğunu belirtiniz.

1= önemli değil,

2= biraz önemli,

3= ne az ne çok önemli,

4= çok önemli,

5= son derece önemli.

MADDELER	Önemli değil	Biraz Önemli	Ne az ne çok önemli	Çok önemli	Son derece önemli
1. Evde gelişebilecek ve dikkat etmem gereken sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5
2. Enerjimi/gücümü korumak için ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
3. İlaçlarımın her biri nasıl etki ediyor?	1	2	3	4	5
4. Evde gelişebilecek bir sorunu nasıl fark edebilirim?	1	2	3	4	5
5. Bağırsak boşaltımı ile ilgili bir problem olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
6. Evdeki bakımında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
7. Hastalığım hakkında ailem ve arkadaşlarımla nasıl konuşabilirim?	1	2	3	4	5
8. İlaçlara bağlı bir yan etki gelişirse ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
9. Ailem hastalığımla baş edebilmek için nerelerden yardım alabilir?	1	2	3	4	5
10. Hastalığıma bağlı oluşabilecek sorunlar nelerdir?	1	2	3	4	5

Ek-4: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (DEVAMI)

11.Bu hastalık geleceğimi nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5
12.Ne zaman duş alabilir ya da banyo yapabilirim?	1	2	3	4	5
13.Hastalığımın belirtileri neler olabilir?	1	2	3	4	5
14.Ev işlerine /işe ne zaman başlayabilirim?	1	2	3	4	5
15.Ağrımı nasıl giderebilirim?	1	2	3	4	5
16.İlaçlarımın her birini ne kadar süre kullanmalıyım?	1	2	3	4	5
17.Ne kadar süre istirahat etmeliyim?	1	2	3	4	5
18.İlaçlarımın her birini nasıl (aç-tok karına gibi) almalıyım?	1	2	3	4	5
19.Tedavimi kim takip edecek?	1	2	3	4	5
20.Tedavime bağlı oluşabilecek yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
21.Hastalığımın belirtileri ortaya çıktığında ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
22.Evde acil bir sağlık sorunun olduğunda nereye başvurabilirim?	1	2	3	4	5

Ek-4: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği (DEVAMI)

23. Evde yardım için telefonla kimi aramalıyım?	1	2	3	4	5
24. Hastalığının nedeni/nedenleri nelerdir?	1	2	3	4	5
25. Ameliyat yarasının bakımını nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
26. İdrar yapmamla ilgili bir sorunum olursa ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
27. Yemeklerimi nasıl (yağsız, tuzsuz gibi) hazırlamalıyım?	1	2	3	4	5
28. Yemem ve yememem gereken yiyecekler nelerdir?	1	2	3	4	5
29. Yeterli uyumazsam ne yapmalıyım?	1	2	3	4	5
30. Yapmamam gereken aktiviteler (ağır kaldır gibi) nelerdir?	1	2	3	4	5
31. Acil durumda sağlık kuruluşlarından nasıl yararlanabilirim?	1	2	3	4	5
32. Yaşam/ölümle ilgili duygularımı kiminle konuşabilirim?	1	2	3	4	5
33. Ayaklarıma uygun bakımı nasıl yapmalıyım?	1	2	3	4	5
34. Hangi vitaminleri ve ek gıdaları almalıyım?	1	2	3	4	5
35. Hastalığıma ilişkin duygularımla baş etmek için nereden yardım alabilirim?	1	2	3	4	5
36. Toplumsal gruplarla (hasta dernekleri gibi) nasıl iletişim kurabilirim?	1	2	3	4	5
37. İlaçlarımın her birini niçin kullanmam gerekiyor?	1	2	3	4	5
38. Hastalık ve tedavime bağlı gelişebilecek sorunları nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
39. İlaçlarımla ilgili olası yan etkiler nelerdir?	1	2	3	4	5
40. Stresle nasıl baş edebilirim?	1	2	3	4	5
41. Klinikten eve nasıl gideceğim?	1	2	3	4	5
42. Hastalığımla ilgili duygularımı nasıl tanımlayabilirim?	1	2	3	4	5
43. Cildimde yara oluşmasını nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
44. İlaçlarımın her birini ne zaman almalıyım?	1	2	3	4	5
45. İlaçlarımı nereden/nasıl temin edebilirim?	1	2	3	4	5
46. Stresten nasıl uzak durabilirim?	1	2	3	4	5
47. Tedavimin amaçları nelerdir?	1	2	3	4	5
48. Yapmam gereken hareketler nelerdir?	1	2	3	4	5
49. Cildimde kızarıklık oluşmasının nasıl önlemeliyim?	1	2	3	4	5
50. Bu hastalık yaşamımı nasıl etkileyecek?	1	2	3	4	5

Ek-5: Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği Kullanma İzni

 **seçil serbest** <e.secilserbest@gmail.com> 6.06.2016 ☆  

Alıcı: emine.catal ▾

Sayın Çatal,

Ben araştırma görevlisi Emine Seçil Serbest, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde çalışmaktayım. Cerrahi Bölümü'nde yüksek lisans yapmayı planladığımız tez çalışmasında geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nden yararlanmak istiyorum. Bu konuda, onay verirsiniz ve ölçek değerlendirmesine tarafınızdan ulaşabilirsem çok memnun olurum.

Saygılarımla,

 **Emine Çatal** <emine.catal@gmail.com> 6.06.2016 ☆  

Alıcı: bana ▾

Araş.Gör. Sayın Emine Seçil Serbest,

Türkçe'ye uyarladığımız "Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği"ni çalışmanızda kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti, öncelikle teşekkür eder çalışmanızda başarılar dileriz.

"Hasta Öğrenim Gereksinimleri Ölçeği'nin Türkiye'de Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği programında yüksek lisans tez çalışması olarak yapılmıştır. Ölçek İzmir ilinde bir eğitim araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniğinde batın cerrahisi uygulanmış hastalarla yürütülmüştür. Ölçeğin ülkemizde farklı hasta gruplarında, daha geniş popülasyonda tekrar test edilmesi amacıyla bir veri havuzu oluşturmak; geçerlik ve güvenilirliğini yeniden test etmek için çalışma verilerinizi göndermek koşuluyla ölçeği kullanabilirsiniz. Aynı zamanda ölçeğin performansını ve yaygın etkisini değerlendirmek için çalışma sonuçlarınızı yayınladığınız makalenin bir örneğini göndermeniz, gelecek iyileştirmeleri yapabilmemiz için önemlidir.

Çalışma verilerinizi göndermeniz; yasal ve etik açıdan sizin yayın hakkınızın güvence altında olduğunu, buna paralel olarak ölçeği kullanma izni veren tarafın haklarının saklı kaldığını kabul ve beyan ederiz.

Yard. Doç.Dr. Emine ÇATAL

6 Haziran 2016 11:48 tarihinde seçil serbest <e.secilserbest@gmail.com> yazdı:

...

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Emine Seçil	Soyadı	Serbest
Doğum Yeri	Adana	Doğum Tarihi	18.06.1989
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	18691171992
E-mail	e.secilserbest@gmail.com	Tel	05364691723

Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Hemşirelik ve Sağlık Hizmetleri	Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2013
Lise	Sayısal	Mehmet Kemal Tuncel Anadolu Lisesi	2007

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
İşyeri Hemşiresi	Acıbadem Sigorta Genel Müdürlük	2014-2015
Ameliyathane Hemşiresi	Medipol Hastanesi	2013-2014

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
MS Ofis Programları; Word, Excell ve Powerpoint	İyi

Görev Aldığı Projeler/Sertifikaları/Ödülleri

Hemşirelik Öğrencilerinde Örgütlenme Sempozyumu-2011
Pazar Çalışanlarında Sağlık Araştırması-2012
Engelli Bireylerin Hastane Binalarına Ulaşılabilirliği Bitirme Tezi-2013