

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**YANIKLI HASTALARDA AĞRI, ANKSİYETE VE
DEPRESYON İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

YELİZ KARATEKE

**DANIŞMAN
YARD. DOÇ. DR. AYFER ÖZBAŞ**

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI/
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

İSTANBUL-2010

TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

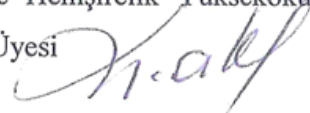
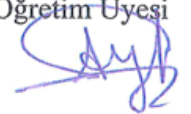
27 / 07 / 2010


Prof.Dr.Tamer DEMİRALP
Müdür

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Program Adı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Programın seviyesi : Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐
Anabilim Dalı : Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Tez Sahibi : Yeliz Karateke
Tez Başlığı : Yanıklı Hastalarda Ağrı Anksiyete ve Depresyon İlişkisinin İncelenmesi
Sınav Yeri : Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Sınav Tarihi : 19 / 07 / 2010

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası

1. Prof.Dr.Nevin Kanan İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 
2. Prof.Dr.Neriman Akyolcu İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 
3. Yard.Doç.Dr.Ayfer Özbaş (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 
4. Yard.Doç.Dr.İkbal Çavdar İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 
5. Yard.Doç.Dr.Leyla Küçük İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Psikiyatri Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Yeliz KARATEKE

İTHAF

Kızım Elif'e ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında bilgileriyle beni yönlendirenve değerli katkıları ile bana rehberlik eden danışmanım Yard. Doç. Dr. Ayfer Özbaş'a,

Yükseklisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşan başta hocalarım Prof. Dr. Güler Aksoy, Prof. Dr. Nevin Kanan ve Prof. Dr. Neriman Akyolcu olmak üzere, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda görevli öğretim üyeleri Doç. Dr. Deniz Öztekin, Yard. Doç. Dr. İkbâl Çavdar, Yard. Doç. Dr. Nuray Akyüz ile araştırma görevlilerine,

Çalışmamın sürdürülmesinde, ilgi, destek ve yardımları için, Kartal Dr. Lütü Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yanık ve Yara Tedavi Merkezi çalışanlarına,

Çalışmam boyunca manevi desteğini esirgemeyen aileme ve eşime katkılarından dolayı en içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. YANIK EPİDEMİYOLOJİSİ	5
2.2. YANIK ETYOLOJİSİ	6
2.2.1. Termal yanıklar	6
2.2.2. Elektrik yanıkları:	7
2.2.3. Kimyasal yanıklar:	8
2.2.4. İnhalasyon yanıkları:.....	9
2.2.5. Radyasyon yanıkları:.....	9
2.3. YANIĞIN ŞİDDETİNİ BELİRLEYEN FAKTÖRLER	9
2.3.1. Yanığın derinliği	9
2.3.2. Yanığın boyutları ve genişliği.....	11
2.3.3. Yanığın lokalizasyonu.....	13
2.3.4. Yaş	13
2.3.5. Hastanın özgeçmişi	13
2.3.6. Yanığın nedeni	14
2.4. YANIK AĞRISI	15
2.4.1. Yanıkta Ağrı Mekanizmaları	15
2.4.2. Yanıkta Ağrı Aşamaları	15
2.4.3. Yanık Ağrısının Özellikleri.....	16

2.4.4. Ağrı Algılamasını Etkileyen Faktörler.....	17
2.5. YANIKLI HASTANIN PSİKOLOJİSİ	19
2.5.1. Yanıklı Hastalarda Anksiyete	22
2.5.2. Yanıklı Hastalarda Depresyon	25
2.6. YANIKLI HASTANIN TEDAVİ VE BAKIMI.....	27
2.6.1. Yanıklı Hastada Sıvı Tedavisi.....	29
2.6.2. Yanıkta Ağrı Tedavisi.....	30
2.6.2.1. Lokal Tedavi	31
2.6.2.2. İlaçla ağrı tedavisi:	31
2.6.2.3. İlaç Dışı Yöntemler ile Ağrı Kontrolü	33
2.6.2.4. Yanık Ağrısının Tiplerine Göre Ağrı Kontrolü	33
2.6.3. Beslenme Desteği.....	36
2.6.4. Yara Bakımı	37
2.6.5. Yanıklı Hastalarda Hemşirelik Bakım Süreci.....	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	49
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	49
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI.....	49
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER.....	49
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	49
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI.....	50
3.5.1. Veri toplama araçları.....	50
3.5.1.1. Yanık Özelliklerine İlişkin Bilgiler Formu (EK-3).....	50
3.5.1.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bilgiler Formu (EK-4).....	51
3.5.1.3. Görsel Analog Scale (VAS) (EK-5).....	51
3.5.1.4. Mc Gill Kısa Ağrı Soru Formu (EK-6)	51
3.5.1.5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (EK-7)	52
3.5.1.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK-8)	52
3.5.2. Araştırmanın Uygulanması	53
3.5.3. Verilerin İstatistiksel Analizi	53
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ.....	54
3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	54
4. BULGULAR.....	55
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	56

4.2. Yanık Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	58
4.3. Yanık Ağrısı, Anksiyete ve Depresyon İle İlgili Özellikleri Gösteren Bulgular ...	61
5. TARTIŞMA	74
5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	75
5.2. Yanık Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	76
5.3. Hastaların Tanıtıcı ve Yanık Özelliklerinin Yanık Ağrısı, Anksiyete ve Depresyon İle İlişkisinin Tartışılması	80
KAYNAKLAR	96
FORMLAR	115
ETİK KURUL KARARI	127
ÖZGEÇMİŞ	129

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1.1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=60)	56
Tablo 4.1.2: Yanık Yaralanmasından Önceki Döneme Ait Sağlık Sorunlarının Dağılımı (N=60).....	57
Tablo 4.2.1: Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=60)	58
Tablo 4.2.2: Hastaların Yanık Bölgesine Göre Dağılımı (N=60).....	59
Tablo 4.2.3: Yanık Öncesi ve Sonrası Dönemde Uyku Sorunu Yaşama Durumunun Karşılaştırılması (N=60)	60
Tablo 4.2.4 Yanık Sonrası Dönemde Uyku Sorunu Nedenlerinin Dağılımı (N=60)	60
Tablo 4.3.1: Bireylerin VAS ve Ağrı Şiddeti Toplam Puan Dağılımları (N=60).....	61
Tablo 4.3.2: Yaş, Cinsiyet ve Sosyal destek Durumlarına göre VAS ve Ağrı Şiddeti Puan Dağılımları (N=60)	61
Tablo 4.3.3: Bireylerin Hissettikleri Ağrının Niteliği (N=60).....	62
Tablo 4.3.4: Ağrı Kontrolü ile İlişkili Bulguların Dağılımı (N=60).....	62
Tablo 4.3.5: Ağrı kontrolünde kullanılan ilaçlar (N=60).....	64
Tablo 4.3.6: Ağrıya Neden Olan Tedavi Yöntemlerinin Dağılımları (N=60)	64
Tablo 4.3.7: Hastalık Özelliklere Göre VAS ve Ağrı Şiddeti Puan Dağılımları (N=60).....	65
Tablo 4.3.8: Enfeksiyon, Ağrı Kontrolü Yeterliliği, Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu ile Yanık Deneyimi Özelliklerine Göre VAS ve Ağrı Şiddeti Ölçeği Puan Dağılımları	66
Tablo 4.3.9: Bireylerin Beck Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları (N=60)	67
Tablo 4.3.10: Bireylerin Beck Anksiyete Ölçeğine göre Anksiyete Düzeyleri (N=60) ..	67
Tablo 4.3.11: Bireylerin Beck Depresyon Ölçeğine göre Depresyon Düzeyleri (N=60).....	68
Tablo 4.3.12: Sosyo-demografik özelliklere göre BAÖ ve BDÖ puan dağılımları (N=60).....	69
Tablo 4.3.13: Hastalık Özelliklerine Göre BAÖ ve BDÖ Puan Dağılımları (N=60).....	71
Tablo 4.3.14: Enfeksiyon, Ağrı Kontrolü Yeterliliği, Uyku Sorunu Özelliklerine Göre BAÖ ve BDÖ Puan Dağılımları (N=60)	73

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Dokuzlar Kralına göre Yüzdelerin Vücuttaki Dağılımı ile Lund ve Browder Formülüne göre Dokuzlar Kuralının Yüzdelerinin Vücuttaki Dağılımı.....	12
---	----

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABA: American Burn Assosiaton - Amerikan Yanık Birliği

BAÖ : Beck Anksiyete Ölçeği

BDÖ :Beck Depresyon Ölçeği

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

HKA : İntravenöz Hasta Kontrollü Analjezi Yolu

LPG:Likit Petrol Gaz

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association - Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği

NSAİİ : Non-Steroid Antiinflamatuvar İlaçlar

TENS : Transkutan Elektriksel Sinir Stimulasyonu

UNICEF:The United Nations Children's Fund - Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

VAS :Visual Analogue Scale - Görsel Analog Skala

ÖZET

Karateke, Y. (2010).Yanıklı Hastalarda Ağrı, Anksiyete ve Depresyon İlişkisinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma, yanık ünitelerinde yatarak tedavi gören hastalarda yanık ağrısı, anksiyete ve depresyon ilişkisini incelemek, yanık ağrısı, anksiyete ve depresyon düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

29 Nisan- 29 Temmuz 2009 tarihleri arasında Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yara ve Yanık Merkezi'nde yatarak tedavi gören, 15-84 yaş arası, 7 gün ve üzeri yatarak tedavi gören, bilişsel engeli olmayan 60 yanıklı hasta araştırma kapsamına alındı. Verilerin toplanmasında;Yanık Özelliklerine İlişkin Bilgi Formu, Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bilgiler Formu, Görsel Analog Skala (VAS), McGill Kısa Ağrı Soru Formu, Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği kullanıldı. Veriler, hasta ve kurum izinleri alınarak, hastaların dinlenme döneminde iki görüşme sonunda toplandı.

Çalışmada yüksek ağrı puan ortalamalarına yüksek anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının eşlik ettiği görüldü. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence, alışkanlık şekli değişkenleri ile ağrı, anksiyete ve depresyon puan dağılımları arasında istatistiksel anlamlılık taşıyan bir ilişkinin olmadığı($p>0,05$), yetersiz sosyal destek alan hastaların ağrı, anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Çalışmaya katılan hastaların yanık şekli, yanık derinliği ve yanık bölgesi ile ağrı, anksiyete ve depresyon görülmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görüldü ($p>0,05$). Bununla birlikte yanık nedeni ile depresyon görülmesi arasında ve yanığa bağlı cerrahi girişim geçirme durumu ile ağrı ve anksiyete görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Ayrıca yanık alan genişliği büyük olan hastaların ağrı düzeylerinin yüksek olduğu görüldü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,05$).

Bu çalışma şiddetli ağrı deneyimleyen yanık hastalarının eşzamanlı olarak, anksiyete ve depresyon yönünden de değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.Yanıklı hastalarda ağrı, anksiyete ve depresyon gibi sorunların kontrol altına alınmasında, hastaların biyo-psikososyal gereksinimlerinin multidisipliner bir yaklaşımla karşılanması, sürekli ve bireysel ağrı tanınması ve yönetiminin yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Yanıklar, ağrı, anksiyete, depresyon, multidisipliner yaklaşım

ABSTRACT

Karateke, Y. (2010). Examination of the Relationships Between Burn Pain, Anxiety and Depression in Burn Patients. Istanbul University, Institute of Health Science, Department of Surgical Nursing. Master Programme, Istanbul.

This research was planned as prospective, descriptive type to examine the interrelationships between burn pain, anxiety and depression in burn injured patients and in order to determine the factors affect the burn pain, anxiety and depression levels in the patients hospitalized in the burn unit.

The research was conducted between April 29, 2009 and July 29, 2009, with 60 burnpatients being hospitalize in Dr. Lutfi Kirdar Kartal Trainig and Research Hospital Wound and Burn Center. Those patients were the ones who were between the ages of 18 and 84, have over seven days of inpatient treatment and have no cognitive disability. Diseases of the Information Form and Sociodemographic Information Form Belong to the Patient, Visual Analogue Scale (VAS) , Mcgill Pain Questionnaire Short Form, Beck Anxiety Scale and Beck Depression Inventory were used while collecting data. Data were collected at the end of the two interview held during the rest period of the patients by getting the permission of the patient and the institution.

Study of high pain scores and high anxiety and depression scores were found to be associated with. It was also determined that there was no statistically significant bearing in relationship between the patients' age, gender, education, social insurance, variables of habits and with the pain anxiety and depression scores ($P > 0,05$), it was determined the patients who have inadequate financial and emotional support have higher average score of pain, anxiety and depression ($p < 0,05$). It was seen among the patients who participated the research that there was no significant relationship between the type of burn, depth of burn and localization of burn with the burn pain, anxiety and depression ($p > 0,05$). However, there was a meaningful correlation between the cause of the burn and burn related depression ($p < 0,05$). Moreover, there was a meaningful correlation between the burn related surgical operation and burn pain and anxiety ($P < 0,05$). On the other hand the patients with larger width of burn area were seen to have high levels of pain; thus identified to have statistically significant correlation ($P < 0,05$).

This work has presented that burned patients experiencing pain should also be simultaneously evaluated from the standpoint of anxiety and depression. In patients with burn it is recommended that compensation of bio-psychosocial needs should be done by multidisciplinary approach and continuous and the individual pain assessment and management while controlling the pain, anxiety and depression problems.

Key words: Burns, pain, anxiety, depression, multidisciplinary approach.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde tıp ve teknolojiadaki ilerlemelere karşın yanık hala yaşamı tehdit edici sorunlardan biri olarak yerini korumaktadır (Kurşun ve Kanan 2007; Loncar ve ark. 2006). Uzun süreli ve özel bakım gerektiren yanıklar, hastaların şiddetli ağrı duyumsamasına neden olurken, aynı zamanda da fiziksel ve psikolojik olarak olumsuz yönde etkilemektedir (Eti Aslan 2001; Gürdal ve Yücel 2007; Kurşun ve Kanan 2007; Ünlügenç 2008).

Yanıkların, organizmanın termal, elektrik, kimyasal ya da radyoaktif etkenlerle hasara uğraması sonucu oluştuğu bilinmektedir (Arıncı 2000; Eti Aslan 2001; Güloğlu 2002; Gürdal ve Yücel 2007; Kurşun ve Kanan 2007). Yanık hasarının şiddeti maruz kalınan ısıнын derecesine, temas süresine ve maruz kalınan derinin kalınlığına bağlı olmaktadır. Sınırlı yüzey yanıklarında organizma lokal cevap ile sorunu çözerken, geniş ve derin yanıklar sistemik hasar hatta ölüm ile sonuçlanabilmektedir (Güloğlu 2002). Yanık yaralanmalarının %3-5' inin hastaneye yatmayı gerektirecek ciddiyette olduğuna dikkat çekilmektedir(Eti Aslan 2001, Güloğlu 2002). Günümüzde vücutlarının %80' i yanan hastaların, yaklaşık % 50-65'i yaşamlarını sürdürmektedir (Çakır ve Kulaksızoğlu 2007; Hackenschmit 2007).

Yanık ağrısı, ağrının en şiddetli, uzun süreli ve tekrarlayıcı tipi olarak ifade edilmektedir (Laterjet 2002a; Loncar ve ark. 2006). Yanık travmasının oluşumundan itibaren tedavi süreci boyunca ağrı, sadece bir bulgu olarak hastayı etkilememekte, aynı zamanda zor bir tıbbi sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Loncar ve ark. 2006).

Oldukça ciddi bir travma olarak ele alınabilen yanık yaralanmalarında, ortaya çıkan ağrı birçok nedenden kaynaklanabilmektedir. Yanık hasarının oluştuğu sırada, yara kapanması ve skar dokusu oluşumu aşamasında farklı ağrı tipleri ortaya çıkmaktadır. Yanıklar, yüzey alanına ve derinliğine göre sınıflandırılmakta olup, değişik büyüklükte ve derinlikte yanıklar değişik derecelerde ağrıya neden olmaktadır. Ayrıca bireyin içinde bulunduğu psikososyal ortamın da ağrı üzerinde değişik derecelerde belirleyici rol oynadığı üzerinde durulmaktadır (Bilir ve Güleç 2006; Çimen ve Erdine 2007; Echevarria-Guanilo 2006; Eti Aslan 2006; Norman ve Judkins 2004;Orhan ve Şencan 2004; Taal ve ark. 1999; Talu 2007;Tsirigotou 1993).

Ağrının kontrol altına alınamaması hastanın iyileşmesini olumsuz etkileyeceğinden optimal ağrı kontrolü sağlanması önerilmektedir (Loncar ve ark. 2006; Norman ve Judkins 2004; Ünlügenç 2008). Yanık ağrısının oluşumu, karmaşık bir fenomen olduğundan, her hastanın ayrı değerlendirilmesi, psikolojik ve sosyal boyutları ile bir bütün olarak ele alınması gerektiği üzerinde durulmaktadır. Yanık ekibinin bir üyesi olan hemşirelerin hasta ile uzun süre beraber olmaları nedeniyle ağrının tanınması ve yapılacak girişimlerin belirlenmesinde önemli bir role sahip olduğu belirtilmektedir (Kurşun ve Kanan 2007; Talu 2007).

Yanık hastalarına verilen bakımın kalitesinin yükselmesi, geniş yanıkları olan hastaların tedavi bakım olanaklarının üst düzeyde olmasına bağlı olarak yaşam sürelerinin uzaması, bu hastalara ilişkin rehabilitasyon ve psikososyal tedavi /bakım girişimlerine olan gereksinimi arttırdığı bilinmektedir (Çakır ve Kulaksızoğlu 2007).

Hastaların fizyolojik iyileşme süreçlerinde psikolojik tedavi gereksinimleri farklılık göstermektedir. Çalışmalar, yanık hastalarının psikolojik gereksinimlerinin yeterince karşılanmadığını, %40-45,5'inde psikolojik sorunların geliştiğini ortaya koymaktadır (Madianos ve ark. 2001; Loncar ve ark. 2006). Bu çalışmalarda en sık görülen psikolojik sorunlar erken ve orta dönemlerde anksiyete ve depresyon olarak belirtilmektedir (Franulic ve ark. 1996; Madianos ve ark. 2001; Van Loey ve Van Son 2003; Wallis ve Wind 2006; Wiechman ve Patterson 2008).

Anksiyete, her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde zaman zaman yaşadığı ve sıklıkla fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği, yaşamı tehdit eden ya da tehdit şeklinde algılanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur (Sertbaş ve Bahar 2004). Wall tarafından ağrı ve anksiyete; doku hasarı ile tetiklenen aynı fenomenin iki ayrılmaz reaksiyonu veya safhası olarak tanımlanmaktadır. Ağrı beklentisi, terapötik işlemler sırasında duyulan ağrı düzeyini arttırmakta ve sonuçta karşılıklı olarak anksiyete ve ağrının birbirini arttırdığı kısır bir döngü oluşturduğu belirtilmektedir (Eti Aslan 2006; Ünlügenç 2008).

Depresyon, derin üzüntülü bir duygu durum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygusu ve düşünceleri ile fizyolojik işlevlerde yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendrom olarak ifade edilmektedir (Kelleci 2007). Depresyon ve ağrının birbirine sıklıkla eşlik ettiği gerçeği kabul edilmekte ancak hangisinin diğerinden önce başladığı

konusundaki tartışmaların sürmekte olduğu belirtilmektedir (Doksat 2005). Yanık hastalarında ağrı varlığı, beden imajında bozulma, sosyal izolasyon, sosyal destek eksikliği ve travma öncesi depresyon varlığı travma sonrası depresyon gelişmesinde önemli faktörler olarak belirtilmektedir (Loncar ve ark. 2006; Van Loey ve Van Son 2003).

Ağrının kontrol altına alınamaması, anksiyete ve depresyonun belirlenememesi ya da gerekli olan yardımın yapılamamasının hastalık sürecinin uzamasına, iyileşme yönünde motivasyonun azalmasına, yaşam kalitesinin düşmesine, birey, aile ve toplum olarak kaynakların gereksiz yere tüketilmesine, zaman ve enerji kaybına yol açacağı belirtilmektedir (Kelleci 2007; Kurşun ve Kanan 2007).

Literatürde yanık travmasının bireyler üzerindeki fizyolojik ve psikolojik etkilerini belirlemeye yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Ancak yanık ağrısı ile anksiyete ve depresyon ilişkisi üzerine yapılmış olan çalışmaların az sayıda olduğu dikkat çekmektedir. Bu çalışma, yanık ünitelerinde yatarak tedavi gören hastalarda yanık ağrısı, anksiyete ve depresyon ilişkisini incelemek, yanık ağrısı, anksiyete ve depresyon düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek, yanık ağrısı, anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltıcı önlemlerin alınmasında etkili olacağına inandığımız araştırma sonuçlarının, klinik uygulamalara yansıtılmasına ışık tutmak amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

2. GENEL BİLGİLER

Her insan yaşamı boyunca birçok kez küçükte sayılabilecek sıcak yaralanması ile karşı karşıya kalırken, daha nadir olarak da yaşamını tehdit edecek kadar büyük sıcak yaralanmasına maruz kalmaktadır. Yaşamı kolaylaştırmak için teknolojinin sağladığı yeni olanaklar yanma tehlikelerini de beraberinde getirdiğinden, bu tür yaralanmalara giderek daha sık rastlanmaktadır (Çetinkale 2005; Mındıkoğlu 1993; Selmanpakoğlu 1998).

Yanık sorunun genellikle ateşin bulunmasıyla başladığı ileri sürülmesine karşın ateşin bulunmasından önce de insanların güneş, kaplıca sıcak suları vb. nedenlerle bu sorunla karşı karşıya kaldığı bilinmektedir (Burrel 1992; Erdil ve Özhan Elbaş 2001; Güloğlu 2002; Ovayolu ve ark. 2006). Yanıkla ilgili ilk yazılı belgelere zamanımızdan 2400 yıl önce Hipokrat zamanında rastlanmıştır. 1607'de Hildanus yanıkları derecelendirmiş, 1799'da Earle yanıklı bölgeye buz uygulamanın ağrıyı önleyebileceğini belirtmiştir. Modern anlayışa uygun yanık tedavisine, 2. Dünya Savaşı sonrasında başlanmış ve modern yanık merkezlerinin oluşturulması ile yanık tedavisinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir (Erdil ve Özhan Elbaş 2001; Gürdal ve Yücel 2007).

Yanık, bir insanın karşı karşıya kalabileceği en ağır fiziksel ve psikososyal travma çeşitlerinden biri olarak ifade edilmektedir. Yanığın, yüzey alanı ve derinliği büyük ise şoka, enfeksiyona ve bunlara bağlı çoğul organ yetmezliği sonucundayaşamı tehdit eder duruma gelebilir. Özellikle ciddi yanık hastalarında hızla ortaya çıkan fizyopatolojik değişiklikler nedeniyle, hastanın dikkatli izlemi, bilinçli gözlem yapılması ve acil yardım girişimlerinin yapılmasının ne kadar önemli olduğu yadsınamaz. Bu nedenle yanıklı hastanın bakımının, hemşireliğin en fazla bilgi, beceri ve deneyim gerektiren alanlarından biri olduğu vurgulanmaktadır. Büyük yanıklarda hastada oluşabilecek ani değişikliklerinyaşamsal önemi nedeni ile erken belirlenmesi ve etkili tedavinin zamanında planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinin önemli olduğu bilinmektedir (Eti Aslan 2001; Montgomery 2004; Ovayolu ve ark. 2006).

Sosyal, ekonomik ve tıbbi sorunlar nedeniyle %20' den geniş yanıkların daima bir "felaket" niteliğinde olduğu belirtilmektedir. "Yanığın tedavisi yanmamaktır" sözü hepgeçerlidir ve gelişmiş ülkeler, yanmayı önleyecek bütün önlemlerin yerine

getirilmesinin kanuni zorunluluk altına alarak yanık insidansını azaltmaya çalışmaktadırlar. Yanıkların önlenmesi veya azaltılmasında başta hemşire olmak üzere multidisipliner ekip üyelerinin birey ve toplum eğitiminde önemli rolleri olduğu üzerinde durulmaktadır (Değerli 2006; Erdil ve Özhan Elbaş 2001; Güloğlu ve Aksoy 2007; Urden ve ark. 2002).

2.1. YANIK EPİDEMİYOLOJİSİ

Yanıklara alev, kaynar su, kimyasal maddeler, elektrik akımı ve radyasyonun neden olmasına karşın, yaralanma sıklıkla bireyin kendi dikkatsizliği, eğitimsizliği, çocukların aşırı merakı, ev ve endüstri kazaları sonucu oluşmaktadır (Billings ve Stokes 2007; Özyamaner 2004; Urden ve ark. 2002).

Amerikan Yanık Birliği (American Burn Association-ABA), yılda 500.000 insanın yanık travmasına bağlı hastanede yatarak tedavi gördüğünü, sıklıkla termal etkenlerin yanı sıra neden olduğunu, bu yanıkların %10'unda yanık alan büyüklüğünün %30'dan fazla olduğunu belirtmektedir (Hackenshimidht 2007). Ülkemizde sağlıklı istatistiksel veriler olmasa da yaklaşık 1.000.000 birey yanık nedeniyle hastanelere başvurmakta, bunların 12.000'i hastanede yatarak tedavi edilmekte ve yaklaşık 2000 birey yanık nedeniyle yaşamını kaybetmektedir (Sevin 2009).

Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de, ölüm nedenleri içinde kazalar dördüncü sırada yer almakta ve kaza sonucu ölümlerin %40' ını ev kazalarının oluşturduğu vurgulanmaktadır. Ev kazaları içinde ilk sıradadüşmelerin, ikinci sırada ise yanıkların olduğu belirtilmektedir. Tüm yanıklarda etiyolojinde daha çok "sıcak su ile haşlanma" ve "direkt alev ile yanma" şeklinde olduğu ifade edilmektedir (Haberal ve ark. 1995; Koyuncuer 2004; Türegün ve ark. 1997).

Yanık için risk faktörleri ülkeden ülkeye; toplumun eğitim ve kültür düzeyi, alışkanlıkları, yaşam koşulları, alt yapısının kalitesi, ülke nüfusunun yaş ve cinsiyet gruplarına göre dağılımı gibi birçok faktöre bağlı olarak farklılık göstermektedir (Günay ve ark. 1995). Yanıkların görülme sıklığının, sosyoekonomik ve kültürel yönden düşük düzeyde olan toplumlarda daha çok olduğu dikkat çekmektedir (Gözealan 2007).

Yanık hastalarına verilen tedavi ve bakım kalitesinin artması ile geniş yanıkları olan hastaların yaşamda kalma oranı ve yaşam kaliteleri artmakta, yaşam süresi uzamaktadır. Özelleşmiş yanık merkezlerinde tedavi edilen hastalarda hastane içi

mortalite oranının %5'in altına düştüğü belirtilmekte, ancak mortalitenin, yanık alan genişliği, ileri yaş ve inhalasyon hasarı ile artmakta olduğu dikkat çekmektedir (Parviainen 2009).

Literatürlerde yanık olgularında ölüm oranı ortalamasının %5 olduğu belirtilmektedir. Ölüme neden olan yanıklar arasında alev yanıkları ilk sırada yer alırken, sıvı ile haşlanma yanıkları ikinci sırada yer almaktadır. 60 yaş ve üzeri yaşlılar ile 3 yaş ve altı çocuklar mortalite açısından en ciddi risk gruplarını oluşturduğu vurgulanmaktadır (Gürdal ve Yücel 2007).

Selmanpakoğlu ve arkadaşları çalışmalarında, Amerika ve Avrupa ülkelerinde alev ve sıcak sıvı ile olan yanıkların tüm yanık nedenlerinin %35-60'ını oluşturduğunu, ülkemizde ise sadece sıcak sıvılarla oluşan haşlanma tarzındaki yanıkların %70-80 arasında değişen bir orana ulaştığını ve yanıkların %80-90'nın önlenabilir kazalar nedeniyle oluştuğunu ortaya koymaktadır (Kocatürk ve ark. 2005).

Yaşlı insanlarda hareket kısıtlılığı, görme ve işitme bozuklukları, reflekslerde yavaşlama gibi durumların daha sık görülmesi, bu yaş grubunun yanık yaralanmasına daha fazla maruz kalmasına neden olmaktadır. Bu yaş grubunda en sık yanık nedeni alev yanığı olup, bunu elektrik yanıkları ve sıcak sıvı yanıkları izlemektedir. Yaşlı hastalarda mortalite, yanık genişliği ve konjestif kalp yetmezliği veya psikiyatrik bozuklukların varlığı ile ilişkili olarak bulunmuştur (Yorgancı ve ark. 2001).

2.2. YANIK ETYOLOJİSİ

2.2.1. Termal yanıklar

• **Sıcak sıvılar ile olan yanıklar:** Yanıkların çoğunlukla ev ortamında meydana geldiği, en büyük kısmını (%34,4) 5 yaş ve altındaki çocukların oluşturduğu ve yanıkların en fazla sıcak su, çay, muhallebi vb. sıcak sıvıların vücuda dökülmesi nedeniyle meydana geldiği belirtilmektedir. Sıcak sıvılar ile olan yanıklarda üst ekstremitelerle tutulan çaydanlık, tencere vb. sıcak sıvı içeren kapların dikkatsizlik veya kaza ile düşürülmeleri sonucu en fazla etkilenen bölgenin alt ekstremiteler olduğu düşünülmektedir (Billings ve Stokes 2007; Gürdal ve Yücel 2007; Kocatürk ve ark. 2005; Luckmann 1997; Thompson ve ark. 2002).

Sıcak sıvılar sonucu oluşan yanıklarda sıcaklığın derecesi, temas süresi ve derinin kalınlığı yanık şiddetini belirleyen faktörler arasında yer almaktadır. Sıcak

sıvılara batma şeklindeki yanıklar, sıcak sıvı dökülmesi şeklindeki yanıklara göre her zaman daha ciddi ve daha derin hasar oluşturmaktadır(Sevin 2009).

- **Alev ve patlama yanıkları:** Beş yaş üstü çocuklarda elbiselerin tutuşması, yetişkinlerde ise parlayıcı sıvılarla alev yanığı daha çok görülmekte (%20) olup mortalitesinin yüksek olduğu belirtilmektedir.Alev yanıkları yazın tarla ve işletmelerde petrol ürünlerinin kullanımının artması, kışın soba kullanımı ve kapalı alanlarda zaman geçirilmesine bağlı olarak artmaktadır (Billings ve Stokes 2007; Luckmann 1997; Urden ve ark. 2002). Al ve ark. (2005) çalışmalarında yanan aleve temas sonucu yanma sıklıkla neden olmakla birlikte ateşin içine düşme, mazot veya benzinin alev alması, tandıra düşme, patlama, düşük oranda da intihar veya epileptik nöbet sırasında ateşe düşme gibi yanık nedenleri sıralanmaktadır.

Türegün ve ark. (1997) çalışmasında yanık nedenleri arasında yaygın olarak, giysilerin ve ortamın gaz ya da tiner ile temizlenmesi, LPG (Likit Petrol Gaz)’ nin mutfakta kullanılması, sigara içerken uykuya dalınması, boya yaparken sigara içilmesi sıralanmaktadır.

Patlamalar sonucu oluşan alev yanıkları daha az sıklıkta görülmekle birlikte, bireyler çok kısa sürede çok yüksek ısıya maruz kalmakta ve sıklıkla el ve yüz bölgelerinde yanıklar oluşmaktadır. Patlama sonucu oluşan yaralanmalar bu bireylerde yanıktan daha ciddi sorunlara neden olmaktadır. Bu yanıkların, greftleme gerekmeden iyileşebilmesine karşın, yanık nedeniyle üst hava yollarında hasar olabileceğinden bu hastaların yakın izlemi gerekmektedir (Ovayolu ve ark. 2006; Sevin 2009).

- **Temas yanıkları:**Temas yanıkları sıcak metal, soba veya demir gibi sıcak bir maddeyle doğrudan temas ya da güneş altında uzun süre korunmasız kalmakla oluşmaktadır.Yanık genellikle sınırlı bir alanda meydana gelmekte ve çeşitli derinliklerde olabilmektedir (Long ve ark. 1995;Luckmann 1997;Ovayolu ve ark. 2006).

2.2.2. Elektrik yanıkları:

Güç kaynağı ya da elektrik akımındaki bağlantılar ile direkt temas sonucu yanıklar oluşabilmektedir. Elektrik yaralanmalarının şiddeti, voltaja, temas edilen süreye, cildin ve ortamın ıslak ya da nemli olup olmamasına göre değişmektedir (Eti Aslan 2001;Urden ve ark. 2002).

Elektrik yanıklarında; elektrik akımı hücre membranında hasara yol açmakta ve normal iyon değişim dengesini bozmaktadır. Elektriksel kökenli yaralanmaların çoğunda gelişen damar lezyonları şiddetli kanamalara neden olmaktadır (Demir ve Mihmanlı 2007). Bunun yanı sıra beyinden geçen elektrik akımının, solunum merkezini baskılaması, elektrik akımına maruz kalma sırasında, diyafram ve göğüs duvarı kasları gibi solunum kaslarının sürekli kasılı kalması solunum durmasına neden olmaktadır. Ayrıca elektrik akımı infarktüs, kalbin elektriksel ritminde ve kasılmalarında düzensizlikler meydana getirerek kalp durması ve ölüme neden olabilmektedir (Arı 2009).

Küçük çocukların kabloları ısırması, prizlere metal cisimler sokması, ev içerisinde başta banyo, mutfak gibi direkt zemin ile temas edilebilen yerlerde kullanılan elektrikli cihazların kullanımı ile yalıtımının yetersiz olması, elektrik kaçağı bulunması, ıslak eller ile elektrikli cihazlara dokunulması, yeterli bilgi ve deneyime sahip olmayan bireylerin enerji kesilmeden elektrikle ilgili tamir işlemlerine girişmeleri düşük voltaj kaynaklı elektrik yanıklarına neden olmaktadır. Çalışılan işle ilgili olarak kullanılan cihazların güç hatlarına teması, koruyucu giysi ve ekipmanları olmadan yüksek gerilim taşıyan hat direklerine çıkılması, özellikle yağışlı havalarda olmak üzere bu hatlara güvenlik mesafesinden daha fazla yaklaşılması gibi nedenlerle yüksek voltaj kaynaklı elektrik yanıkları oluşmaktadır (Al ve ark. 2006; Arı 2009; Güloğlu ve ark. 2007; Luckmann 1997; Urden ve ark. 2002).

2.2.3. Kimyasal yanıklar:

Kimyasal yanıklar asit (sülfürik asit, hidroklorik asit vb), alkali (karbon hidroksit, sodyum hidroksit, sönmemiş kireç vb), fosfor ve diğer kimyasal maddeler ile temas sonucu oluşmaktadır. Kimyasal maddeler ile temas nedenleri iş kazaları, saldırılar ve temizlik maddelerinin uygunsuz kullanımı olarak sıralanmaktadır (Burrell 1992; Billings ve Stokes 2007; Demir ve Mihmanlı 2007; Dramalı ve ark. 2001; Thompson ve ark. 2002).

Kimyasal yanıkta hasar; ısı nedeniyle oluşmamakta, maddelerin dokuya temas ettiği sürece oluşturduğu koagülasyon nekrozuna bağlı olarak meydana gelmektedir. Doku hasarının derecesi kimyasal maddenin konsantrasyonu, toksisitesi ve doku üzerinde kalış süresine bağlı olarak artmaktadır (Arıncı 2000; Demir ve Mihmanlı 2007).

2.2.4. İnhalasyon yanıkları:

İnhalasyon yanıkları, sıklıkla kapalı alanlarda oluşan alev yanıkları ile birlikte görülen, gaz şeklindeki kimyasal maddelerin (karbonmonoksit, karbondioksit, benzen, amonyak, hidrojen klorür gibi) inhalasyonu sonucu oluşan çok ciddi yaralanmalardır. İnhalasyon yaralanmalarının en tehlikeli şekli karbonmonoksit inhalasyonudur (Arıtış ve Akyürek 1997; Eti Aslan 2001; Luckmann 1997).

İnhalasyon yanıklarında dumandaki kimyasal maddeler direkt olarak solunum yolu epiteline hasar meydana getirmektedir. Trakeobronşial yanık hasarı sonucu solunum yolu mukozasının temizleme mekanizması bozularak solunum yollarında tıkanıklığa neden olmaktadır (Arıtış ve Akyürek 1997). Bu komplikasyonlar sonucu akciğer ödemi, hipoksi, ventilasyon/perfüzyon uyumsuzluğu, atelektazi, pnömoni ve akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS) gelişebilmektedir (Üçvet ve Yüncü 2009).

2.2.5. Radyasyon yanıkları:

Güneş, nükleer santral kazaları, Atom bombası, Hidrojen bombası, endüstri ve tıpta kullanılan radyoaktif kaynakların (radyum, radon, uranyum gibi) ve radyoizotopların koruyucuları dışında kalmaları ya da unutulmaları, açıkta kalan radyoaktif kaynağın ellerle doğrudan temas edilmesi sonucunda radyasyon yanıkları oluşmaktadır (Dramalı ve ark. 2001; Luckmann 1997; Meral 2007).

Derinin radyasyona maruz kalması sonucunda epidermis veya dermisin kaybı söz konusudur. Deri hasarı küçük bir yüzey alanında sınırlı kalsa da derinlemesine yumuşak doku tabakalarına, kas ve kemiklere doğru yayılabilmektedir. Yanık nedeniyle dokularda ödem ve kompartman sendromu ile başlayan, şok tablosuna kadar ilerleyen bir durum oluşabilmektedir (Meral 2007).

2.3. YANIĞIN ŞİDDETİNİ BELİRLEYEN FAKTÖRLER

Yanığın şiddetini belirleyen faktörler, yanığın nedeni, derinliği, genişliği, lokalizasyonu, hastanın yaşı ve özgeçmişi olarak sıralanmaktadır.

2.3.1. Yanığın derinliği

Yanık derinliğinin ilk görüşte belirlenmesinin her zaman mümkün olmadığı, bu nedenle de başlangıçta tüm yanıkların, yüzeysel veya derin yanık şeklinde tanımlandığı belirtilmektedir (Turhan 2007). Bazı araştırmacılar tarafından, ikinci derece

derinyanıkların ve üçüncü derece yanıkların tanımlanmasının yanık travmasından sonraki günlerde yapılması, büyük yanıklarda iseyanık alanın ilk değerlendirmesi yapılırken öncelikle gevşek nekrotik deri parçalarının kaldırılması ve yanık alanın yıkanarak temizlenmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır (Burrell 1992; Parviainen 2009).

Derinin vücudun çeşitli bölgelerinde farklı kalınlıklarda olması, yaşa göre değişkenlik göstermesi ve bazı olgularda birinci, ikinci ve üçüncü derece yanık alanlarının iç içe bulunabilmesi nedeniyle yanık derinliğinin belirlenmesi için objektif verilere ulaşmanın her zaman kolay olmadığı belirtilmektedir. Literatürde yanık derinliğinin erken tanısını belirleyen yöntemler; yanık yarasının inspeksiyonu, parmakla basılarak kapiller dolaşımın kontrolü, duyu hissi kontrolü, intravenöz radyoizotop yöntemi, histolojik tanı yöntemi ve ısı ölçülmesi olarak sıralanmaktadır (Arıncı 2000; Çetinkale 2001; Turhan 2007; Urden ve ark 2002).

Birinci derece yanıklar: Yüzeysel yanıklarda hasar sadece epidermisle sınırlı olup yanık alan kuru, kırmızı, hafif ödemli görünümünde ve ağrılıdır. Ağrı 48-72 saate kadar devam edebilir, ısı ve hava değişiklikleri ağrıyı arttırabilir. Bu yanıklar, epidermisin epitelyum hücrelerinin devamlı yenilenmesi nedeniyle 5-7 gün içerisinde iz bırakmadan iyileşebilmektedir (Arıncı 2000; Çetinkale 2008; Thompson ve ark. 2002; Turhan 2007; Urden ve ark 2002).

İkinci derece yüzeysel yanıklar:Epidermisin tamamını ve dermisin üst bölümünü tutan yanıklardır. Bu yanıkların özellikleri dermisin alt katmanlarının sağlam olması, kısa zamanda ödem ve bül oluşması ve sonucunda da ağrı görülmesidir. Ağrı hava ile temasla daha çok artmakta, infeksiyon gelişmez ise 3 hafta içinde iyileşmektedir (Arıncı 2000;Çetinkale 2008;Eti Aslan 2001; Turhan 2007;Urden ve ark. 2002).

İkinci derece derin yanıklar:Bu yanıklarda, dermisteki kan damarların bir bölümü tamamen diğerleri ise kısmen etkilendiğinden yanık alan soluk ve alacalı renktedir. Bül çoğunlukla oluşur, yanık alan dokunmakla biraz serttir ve ağrılıdır. Yanık alan cerrahi girişim uygulanmaması ve infeksiyon gelişmemesi durumunda 3-9 hafta içinde iyileşebilir. Ancak iyileşme sırasında pseudomonas ve streptokok tipi mikroorganizmalar ile infekte olduğunda ikinci derece derin yanık üçüncü derece

yanıklara dönüşebilir. Kötü hipertrofik skar bırakabilir ve aktif tedavi uygulanmazsa fonksiyon bozukluğu görülebilir (Çetinkale 2008; Turhan 2007; Urden ve ark. 2002).

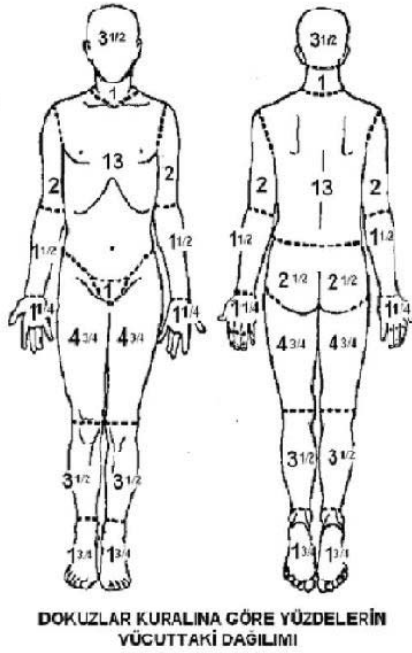
Üçüncü derece yanıklar:Bu yanıklar derinin epidermis ve dermis tabakalarının tamamının canlılığını kaybettiği yanıklardır. Kapiller dolaşım bozulmuş olup sinir uçlarının hasar görmesinden dolayı duyu hissi bulunmamaktadır. Yanık alanlar oldukça serttir, ödem ve eskar oluşumu görülmektedir. Yanık alanın rengi siyah, beyaz, kahverengi veya kırmızı rente olabilir. Sağlam yara kenarından başlayan epitelizasyonla küçülen yanık alanlarının kapanmaları, infeksiyon varlığında aylarca sürebilir ya da hiç kapanmayabilir. Nedbe dokusu ile kapanan üçüncü derece yanıklarda geç dönemlerde plastik cerrahi girişimlerini gerektirebilecek doku kontraktürleri ortaya çıkabilmektedir (Arıncı 2000; Billings ve Stokes 2007; Çetinkale 2008; Turhan 2007).

Daha derin yanıklar:Derinin tüm katları ile birlikte cilt altı yağ dokusu ve daha derin (kas, kemik, beyin, vs) dokuları içeren yanıklardır. Bu yanıkların derinliği etkilenen anatomik bölgeye göre değişkenlik göstermektedir (Billings ve Stokes 2007;Çetinkale 2008; Turhan 2007).

2.3.2. Yanığın boyutları ve genişliği

Yanık yarasının genişliği, çeşitli yöntemler kullanılarak belirlenen ve iyileşme sürecini doğrudan etkileyen bir faktördür (Arıncı 2000). Sıvı replasman tedavisinin hesaplanması, yanık ciddiyetinin ve mortalitenin değerlendirmesinde yanık yüzeyinin doğru hesaplanması gerekmektedir (Burrell 1992; Parviainen 2009; Turhan 2007). Yanığın genişliği ve boyutları genellikle yanık alanın eni, boyu veya çapı ile değil tüm vücut alanının yüzdesi hesaplanarak ifade edilmektedir (Çetinkale 2008).

Yanığın genişliği ve boyutlarını değerlendirmek için sık kullanılan yöntemler; Wallace'in 'Dokuzlar Kuralı' veya 'Lund and Browder' şemalarıdır (Şekil 2-1).Dokuzlar kuralına göre baş %9, üst ekstremitelerin her biri %9, alt ekstremitelerin her biri %18, vücut ön yüzü %18, arka yüzü %18 ve perine %1 olarak hesaplanmaktadır. Dokuzlar kuralı yetişkinlerde doğru bir yöntem olarak kabul görmekte, ancak bebek ve çocuklarda baş, vücudun daha büyük bir kısmını oluşturduğu için bu yaş grubunda Lund and Browder şemasının kullanılması önerilmektedir. Lund and Browder şemasında yaş grupları ve etkilen alanına göre ayrılmış hazır cetvel bulunmaktadır (Arıncı 2000; Burrell 1992; Çetinkale 2008; ; Parviainen 2009; Turhan 2007; Urden ve ark 2002).



YAŞ GRUBU	1 YAŞ	1-4 YAŞ	5-9 YAŞ	10-14 YAŞ	15 ↑ YAŞ	ERİŞKİN
BÖLGE						
BAŞ	19	17	13	11	9	7
BOYUN	2	2	2	2	2	2
ÖN GÖVDE	13	13	13	13	13	13
ARKA GÖVDE	13	13	13	13	13	13
SAG KALÇA	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2
SOL KALÇA	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2
GENİTAL	1	1	1	1	1	1
SAG ÜST KOL	4	4	4	4	4	4
SOL ÜST KOL	4	4	4	4	4	4
SAG ÖNKOL	3	3	3	3	3	3
SOL ÖNKOL	3	3	3	3	3	3
SAG EL	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2
SOL EL	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2
SAG UYLUK	5 1/2	6 1/2	8	8 1/2	9	9 1/2
SOL UYLUK	5 1/2	6 1/2	8	8 1/2	9	9 1/2
SAG BALDIR	5	5	5 1/2	6	6 1/2	7
SOL BALDIR	5	5	5 1/2	6	6 1/2	7
SAG AYAK	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2
SOL AYAK	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2

Lund ve Browder Formülüne göre Dokuzlar Kuralının Yüzdelelerinin Vücuttaki Dağılımı:
(Susan B. Sheehy, Brady's Manual of Emergency Care, 3th Ed., 1990)

Şekil 2-1: Dokuzlar Kralına göre Yüzdelelerin Vücuttaki Dağılımı ile Lund ve Browder Formülüne göre Dokuzlar Kuralının Yüzdelelerinin Vücuttaki Dağılımı
(<http://www.acilveilkyardim.com/acilbakim/yanikyuzdeleri.JPG>)

Amerikan Yanık Birliği (ABA) yanıkların ciddiyetini yanık alan yüzey genişliği, derinliği, yanık alan bölgesi ve yanık nedenlerine göre küçük, orta ve büyük yanıklar olmak üzere sınıflara ayırmaktadır.

A. Büyük yanıklar

- Yanık alanı %25 ve daha fazla olan ikinci derece yetişkin yanık hastalar
- Yanık alanı %20 ve daha fazla olan ikinci derece çocuk yanık hastalar
- Yanık alanı %10 ve daha fazla olan üçüncü derece yanıkların tümü
- Yanık yüzdesi ne olursa olsun göz, yüz, kulaklar, ayaklar ve genital bölgeyi etkileyen bütün yanıklar
- İnhalasyon yanıkları
- Elektrik yanıkları
- Yanığa eşlik eden kompleks yaralanmaların beraber olduğu yanıklar
- Önceden diyabet, konjestif kalp yetmezliği ya da kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda oluşan yanıklar

B. Orta yanıklar

- Yanık alanı %15-25 olan ikinci derece yetişkin yanık hastalar

- Yanık alanı %10-20 olan ikinci derece çocuk yanık hastalar
- Gözler, kulaklar, yüz ve genital bölge dışında kalan ve yanık alanı %2-10 ve daha az olan üçüncü derece yanıklar
- Yanık travmasına eşlik eden yaralanmaların olmadığı yanıklar

C. Küçük yanıklar

- Yanık alanı %15 veya daha az olan ikinciderece yetişkin yanıklar
- Yanık alanı %10 veya daha az olan ikinciderece çocuk yanıklar
- Gözler, kulaklar, yüz ve genital bölge dışında kalan ve yanık alanı %2 ve daha az olan üçüncü derece yanıklar küçük yanık olarak kabul edilmektedir(Burrell 1992; Dannis ve ark. 2007; Thompson ve ark. 2002).

2.3.3. Yanığın lokalizasyonu

Yanığın lokalizasyonu yanığın şiddetini belirlemede önemli yer tutmaktadır. ABA' nın sınıflandırmasına göre baş, boyun, toraks, göz, kulak, el, ayak ve perine yanıkları fizyolojik ve psikolojik sorunlara neden olduklarından yanık alan genişliği ne olursa olsun büyük yanık olarak değerlendirilmektedir. Özellikleekstremiteleri, karın, boyun ve toraksı çevreleyen yanıklar, turnike gibi etki yaparak kompartman sendromuna ve dolaşımın engellenmesine neden olarak yaşamı tehdit etmektedir (Billing ve Stones 2007;Burrell 1992; Long ve ark. 1995; Parviainen 2009).

2.3.4. Yaş

Hastanın yaşının yanığın ciddiyetini, iyileşme sürecini ve mortaliteyi etkilediği belirtilmektedir. Yeni doğanlarda yetersiz antikor cevabına bağlı olarak vücut direncinin düşük olması, 2 yaş altı çocuklarda böbreklerin gelişimini tamamlamamış olmasına bağlı sıvı ve elektrolit dengesinin sağlanmasının zor olması, yaşlılarda ise var olan kronik hastalıklar gibi nedenlerin mortaliteyi etkilediği bildirilmektedir (Billing ve Stones 2007; Burrell 1992; Long ve ark. 1995).

2.3.5. Hastanın özgeçmişi

Hastanın özgeçmişinde var olan kalp-damar, akciğer, santral sinir sistemi hastalıkları, endokrin ve üriner sistem hastalıkları ile diyabet, şişmanlık, artrit,alkol ve ilaç kötüye kullanımı, intihar girişiminde bulunmuş olma gibi durumlar hastanın yanık

yaralanması ve tedaviye vereceği yanıtı etkilemekte hastalığın ciddiyetini arttırmaktadır (Aksoy ve ark. 1992; Billing ve Stones 2007; Burrell 1992; Urden ve ark 2002).

2.3.6. Yanığın nedeni

Yanığın şiddetini belirlemede önemli bir faktör yanığın nedeninin bilinmesidir. Bütün yanıklarda tedavi ve bakım ilkeleri nedene bakılmaksızın aynı olmasına karşın elektrik yanıklarında özel bakım ve devamlı bir değerlendirmeye gereksinim duyulmaktadır (Eti Aslan 2001).

Amerikan Yanık Birliği (ABA) tarafından tanımlanan ve birçok ülkede kabul gören yanık merkezine kabul kriterleri şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Elli yaş üstü veya 10 yaş altı, total vücut alanının %15'inden fazlasında ikinci veya üçüncü derece yanığı olan hastalar
2. Yaş gözetilmeksizin total vücut alanının %20'sinden fazla alanda ikinci veya üçüncü derece yanığı olan hastalar
3. Yüz, eller, ayaklar, genital bölge, perine ve büyük eklemlerde görülen ikinci veya üçüncü derece yanığı olan hastalar
4. Total vücut alanının %5'inden fazlasında üçüncü derece yanığı olan hastalar
5. Elektrik yanıkları ve yıldırım düşmesi sonucu oluşan yanıklar
6. Kimyasal yanıklar
7. İnhalasyon yanıkları
8. Hastanın özgeçmişinde tedaviyi zorlaştırabilecek, iyileşme süresini uzatabilecek veya mortalite oranını arttırabilecek hastalıkların olması
9. Yanığa eşlik eden travmanın olması
10. Çocukların bakımı için gerekli ekipman ve personel bulunmayan hastanelerdeki yanıklı çocuklar
11. Özel olarak sosyal, duygusal veya uzun dönem rehabilitasyon girişimi gerektirecek hastalar (Benson ve ark. 2006; Chipp ve ark. 2008; Danis ve ark. 2007; Parviainen 2009; Urden ve ark. 2002).

2.4. YANIK AĞRISI

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği Taksonomi Komitesi tarafından ağrı ‘bedenin bir bölgesinden kaynaklanan, doku hasarına bağlı olan ya da olmayan, bireyin geçmişteki deneyimleri ile de ilgili, hoş olmayan, emosyonel ve duygusal algılama olarak tanımlanmaktadır(Erdine 2007;Eti Aslan 2006).Yanık yaralanmaları yoğun ve uzun süreli ağrıya neden olmaktadır(Choiniere ve ark. 1989; Ünlügenç 2008).

Yanık ağrısı başlangıçta yaralanmanın boyutu ve derecesi ile yakın ilişkili iken ilerleyen dönemde buna ek olarak uygulanan tedavi yöntemleri, infeksiyon varlığı, rehabilitasyon uygulamaları, bireyin içinde bulunduğu psikososyal ortam ağrı üzerinde değişik derecelerde belirleyici rol oynamaktadır (Çimen ve Erdine 2007).

2.4.1. Yanıkta Ağrı Mekanizmaları

Yanık hasarlarında birkaç nöral ve kimyasal mekanizmanın ağrıyı oluşturduğu düşünülmektedir. Yanıktan hemen sonra duyulan ağrının sinir uçlarının harabiyetine bağlı olduğu bildirilmektedir. Tamamen harap olan sinir uçlarının rejenere olup stimulusa yanıt verene kadar sessiz kaldığı, buna karşılık sağlam veya kısmen hasarlı sinir uçlarının uyarı oluşturmaya devam ettiği belirtilmektedir. Yanık hasarından kısa süre sonra histamin, bradikinin ve prostoglandin gibi kimyasal mediatörlerin salınımını içeren inflamatuvar bir yanıt meydana gelmekte ve bu mediatörler yanık hasarının olduğu noktada ve etrafında ağrıya neden olmaktadır. Buna ilaveten periferik ve santral mekanizmalar yanıklı bölgenin etrafını saran alanlarda ağrının hissedilmesine neden olmaktadır (Biçer 2009; Eti Aslan 2006;Norman veJudkins 2004; Ünlügenç 2008).

Yanık ağrısının kan basıncında ve kalp atım hızında artma veya azalma, solunum hızında artma, bağışıklık sisteminin baskılanması, halsizlik, sosyal etkileşimde bozulma, hareketsiz duramama gibi fizyolojik ve davranışsal etkilerinin bulunduğu, bununla birlikte ağrının kontrol altına alınamadığı durumlarda anksiyete, depresyon, uyku ve beslenme bozuklukları gibi sorunlara neden olduğu belirtilmektedir (Babacan 2000;Eti Aslan 2006; Kamel ve ark. 2003; Talu 2007; Tuncel ve ark. 2005).

2.4.2. Yanıkta Ağrı Aşamaları

Yanık ağrısı acil faz, iyileşme fazı ve rehabilitasyon fazı olmak üzere üç aşamada ele alınmaktadır. Acil faz olarak adlandırılan ilk aşama hasarın kendisiyle

ilgilidir ve yara kenarı ile onu çevreleyen alanlarda hissedilmektedir. Greft alınan normal cilt donör alanları da yüzeysel ikinci derece yanıkları taklit ettiğinden benzer bir ağrı olabilir. Ayrıca bu dönemde yapılan tıbbi girişimlerde(venöz kateterizasyon, entübasyon, bronkoskopi, vb) ağrıya neden olmaktadır (Eti Aslan 2006; Kurşun ve Kanan 2007;Tsirigotou 1993).

İyileşme fazında ağrının nedeni, hastaya tedavi ve bakım sürecinde uygulanan invaziv girişimler ve pansuman değişiklikleri ile ilgilidir. Bu ağrılı işlemler, pansuman değiştirme, atel içindeki ekstremitelerin immobilizasyonu,topikal antimikrobiyal ajanlar, hidroterapi, fizyoterapi, cerrahi debridman, greftleme, fasyotomi, eskaratomi gibi cerrahi girişimler ve donör alanların bakımını kapsamaktadır (Hanafiah ve ark. 2008; Talu 2007; Tsirigotou 1993; Ünlügenç 2008;Yorgancı ve Gelecek Geyik 2007).

Rehabilitasyon fazı, yaraların kapanması ve rehabilitasyonun devamı ile ilgili olup, daha çok sempatik kökenli ağrılara rastlanmaktadır. Bu dönemde ayrıca kaşıntı, karıncalanma ve paresteziden söz edilmektedir. Kaşıntı gerek hastada uyandırdığı rahatsızlık gerekse kaşınan dokunun zedelenmeye yatkın olmasından dolayı sıkıntı yaratmaktadır (Talu 2007; Urden ve ark. 2002).

2.4.3. Yanık Ağrısının Özellikleri

Yanık ağrısı hastalar tarafından deneyimlenen en kötü ağrı olarak tanımlanmaktadır. Ancak yanık hastalarının sürekli şiddetli ağrı çekmedikleri görüşü yaygın bir kanıdır. Yanık hastalarında günün farklı zamanlarında örneğin dinlenme sırasında ağrının kısmen hafif olduğu, bunun tersine bakım işlemleri uygulandığında ağrının anlamlı bir düzeyde arttığı bildirilmektedir (Byers ve ark. 2001; Choiniere ve ark. 1989; Eti Aslan 2006; Rae ve ark. 2000; Taal ve Faber 1997a; Ünlügenç 2008Weinberg ve ark. 2000).

Literartürde yanığın derecesine ve yanık yüzey alanına paralel olarak ağrı şiddetinin ve yoğunluğunun arttığı bildirilmektedir (Atchison ve ark. 1991; Çimen ve Erdine 2007; Long ve ark. 1995;Norman veJudkins 2004;Ptacek 2000; Urden ve ark. 2002). Üçüncü derece yanıkların ise kuramsal olarak sinir uçlarında oluşan hasar nedeniyle ağrısız olduğu belirtilmesine karşın, bu yanık alanlarının sıklıkla ağrıya yol açan yüzeysel yanık alanları ile birlikte olmasının ağrıya neden olduğundan söz edilmektedir (Çimen ve Erdine 2007; Long ve ark. 1995; Urden ve ark. 2002).

Yanık ağrısı farklı özellikleri nedeniyle ‘bazal ağrı’ ve ‘girişimsel ağrı’ olarak iki grupta incelenmektedir. **Bazal ağrı**(başvuru anında olan akut ağrı, varolan ağrı) doku hasarı ve buna bağlı genel durumda değişiklikler ile enfeksiyon varlığı gibi birçok faktöre bağlıdır. Genellikle sabit olmayan, şiddetli ve strese bağlı anksiyetenin eşlik ettiği bir ağrı türü olarak değerlendirilmektedir (Jonsson ve ark. 1998; Talu 2007).

Girişimsel ağrı ise pansuman değişimleri, damar içi uygulamalar, debridman, rehabilitasyon uygulamaları gibi girişimlere bağlı olarak ortaya çıkan ve sıklıkla bazal ağrıdan daha kısa süreli ve daha şiddetli olan ağrıdır (Byers ve ark 2001; Çimen ve Erdine 2007; Hanafiah ve ark. 2008; Jonsson ve ark. 1998; Latarjet 2002a; McQuillan ve ark. 2009; Norman ve Judkins 2004; Urden ve ark. 2002).

Yanık sonrasında kronik ağrı gelişmesi sık olmamakla birlikte, bazı çalışmalarda yetersiz ağrı kontrolü kronik ağrı gelişimine neden olarak gösterilmektedir (Schug 2008). Yanık dokusu tamamen iyileştikten sonra (12-18 ay) hastaların çoğu ağrısızdır. Ancak iyileşme sürecinin uzaması, enfeksiyona bağlı komplikasyonlar, nöroma gelişimi gibi durumlar nöropatik karakterde ağrı gelişimine yol açabilmektedir (Çimen ve Erdine 2007).

2.4.4. Ağrı Algılamasını Etkileyen Faktörler

Ağrının oluşumunda rol oynayan reseptör ve yollar çoğu bireyde büyük ölçüde benzerlik gösterirken, geçmiş yaşantılar ile sosyal ve psikolojik etkenlerin ağrı reaksiyonunu belirlediği ve bireyler arasında büyük değişiklikler gösterdiği dikkat çekmektedir (Erdine 2007; Yüce 2007).

Yanık hastalarında ağrının derecesini değiştirebilen kaynaklar tam olarak anlaşılamamakla birlikte ağrı algılamasını etkileyen tıbbi, sosyal ve psikolojik faktörlerden söz edilmektedir(Kurşun ve Kanan 2007).

Tıbbi faktörler: Yanığın genişliği, derinliği veya lokalizasyonu, tedavi süresinin uzunluğu, ilaç bağımlılığı, alkolizm veya psikiyatrik bozukluk öyküsü gibi etkenlerden söz edilmektedir (Aksoy ve ark. 1992; Billing ve Stones 2007; Burrell 1992; Eti Aslan 2001; Kurşun ve Kanan 2007; Urden ve ark 2002; Ünlügenç 2008).

Sosyal faktörler:Literatürde, yanık hastalarında ağrı derecesi ve ağrı davranış insidansının, yaş, cinsiyet, etnik köken, eğitim, meslek veya sosyoekonomik duruma göre değiştiği ortak bir kanı olmasına karşın, Difede ve arkadaşları (1997), psikolojik

stresin subjektif ağrı ile yakından ilişkili olduğunu, yaş, cinsiyet ve etnik kökenin ağrı üzerinde etkin rol oynamadığını ortaya koymaktadır.

Psikolojik faktörler:Hastanın ağrı düzeyi ve ağrıya cevabında psikolojik faktörler büyük rol oynamaktadır. Bireysel özellikleri, geçmiş deneyimleri (yaralanmalar,ağrı deneyimleri), şimdiki durumuna (tedavi süreci) ve gelecek kaygısına (yaşam süresi, şekil bozukluğu, bağımsızlığın kaybı vb) bağlıanksiyete, ağrı beklentisi, yaranın durumu, yaralanmanın sonuçları ile ilgili bilinç düzeyi, sağlık personelinin yaklaşımı, hasta yakınlarının davranışları, hastanede yatmayı gerektirme gibi faktörlerin ağrıyı etkilediği belirtilmektedir (Çimen ve Erdine 2007; Kurşun ve Kanan 2007; Tsirigotou 1993; Ünlügenç 2008;VanDalfsen ve Syrjala 1990).

Rafii ve ark. (2007), yanıklı hastalara bakım veren hemşirelerin bakım girişimleri ve bireysel özellikleri ile bakım alan yanıklı hastaların bireysel özelliklerinin hastaların psikolojileri üzerine etkileri olduğunu belirtmektedir. Hemşirelerin yüksek motivasyon, sosyo-ekonomik statü ve vicdan gibi olumlu özelliklerinin hasta bakım kalitesini arttırdığı, hastaların ilaç bağımlılığı, hemşirelerin çalışma saatlerinin uzun olması gibi olumsuz özelliklerin de bakım kalitesini azalttığı bildirilmektedir (Rafii ve ark. 2007).

Literatürde yorgunluk ve uykusuzluğunda ağrı deneyimini önemli derecede etkilediği, bireyin uykuya geçiş yeteneğini ve uykuda kalma durumunu bozduğu, böylece yorgunluğu arttırdığı, yorgunluğun da bireyin ağrı düzeyini arttırdığı vurgulanmaktadır (Lemone ve Burke 1996).Ağrı düzeyini arttıran diğer nedenler arasında; korku, anksiyete, depresyon, yabancı ortamda bulunma, ailevi kaygılar, iş ve prestij kaybı, kaşıntı, tedavide kullanılan ilaçlar olarak sıralanmaktadır (Jaffe ve Patterson 2004).

2.5. YANIKLI HASTANIN PSİKOLOJİSİ

Yanık yaralanması birey üzerinde uzun süreli fiziksel ve psikolojik etkileri olan bir travmadır. Travmanın kendisi de korku verici olup, hastaların tedavi aşamasında karşılaştığı ağırlı girişimler, beden imajındaki değişiklikler, sosyal izolasyon, hareket kısıtlılığı ve sosyal işlev bozukluğu gibi durumların hastalar üzerinde olumsuz psikolojik etkilere neden olduğu ve fiziksel iyileşme sürecindeki tıbbi tedavi etkinliğini de olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Alvi ve ark. 2009; Jayaraman ve Dhanikachalam 2007; Van Loey ve ark. 2003).

Yanıklı hastaların travma sonrasında karşılaştığı psikososyal sorunların, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Yanıklı hastaların yaşam kalitesini etkileyen faktörler fiziksel belirtileri de içermek üzere; fonksiyonel durumu (öz bakım, mobilite, fiziksel aktivite); bireysel rolü ile ilgili aktiviteler (ev ve iş yönetimi); sosyal işlevi (kişilerarası etkileşimleri, yakınlık, toplumsal etkileşimler); duygusal durumu (anksiyete, stres, depresyon, manevi huzur); bilişsel; uyku ve dinlenme; enerji ve canlılık; sağlık algılamaları ve genel yaşam doyumu olarak sıralanmaktadır (Van Loey ve ark. 2003; Park ve ark. 2008).

Yapılan araştırmalar, kişilik bozuklukları, depresyon, alkol bağımlılığı, madde ve ilaç bağımlılığı olan bireylerin normal popülasyona göre daha sık yanık hastası olduğunu göstermektedir. Yanık hastalarında yanık öncesi psikiyatrik sorunların görülme oranı %28-78 arasında değişmektedir (Cameron ve ark. 1997; Castana ve ark. 2006; Çakır ve Kulaksızoğlu 2007; Gilboa 2001; Van Loey ve ark. 2003; Loncar ve ark. 2006). Cameron ve ark. (1997) intihar sonucu oluşan yanıklı hastalar ile ilgili çalışmada; intihar eden hastaların %71'inde şizofreni, depresyon ve kişilik bozukluğu olduğunu belirtmekte ve %29'unda alkol kullanımının ortak özellik olduğunu vurgulanmaktadır.

Travma sürecinin başlangıcından itibaren psikiyatrik tedavi gereksinimleri, fizyolojik iyileşme süreçlerinde farklılık göstermektedir. Fizyolojik iyileşme sürecinin ilk döneminde (kritik evre) psikolojik stresörler, belirsizlik, yaşamak için verilen mücadele ve yoğun bakım koşullarını içermektedir. Yoğun bakım koşullarında ses ve ışık gibi aşırı uyaranlar ya da tam tersi haftalar boyu hastane yatağında uyaran olmamasının olumsuz etkiler yarattığı bildirilmektedir. Aşırı uyku hali, oryantasyon bozukluğu, bilinçte konfüzyon durumu sık olmakla birlikte deliryum gibi daha şiddetli

bilişsel değişikliklerde görülebilmektedir (Wiechman ve Patterson 2008). Ciddi yanık hastalarında erken evrelerde gerek yaşanan olayın travmatik etkisi gerekse bireysel yatkınlıkların katkısı ile bilinç değişiklikleriveya kısa psikotik ataklar görülebilmektedir (Çakır ve Kulaksızoğlu 2007; Franulicve ark. 1996;Madianos ve ark. 2001; Van Loey 2003; Wallis ve Wind 2006; Wiechman ve Patterson 2008).

Bu aşamada fiziksel olarak yaşam mücadelesi en önemli hedef olduğundan psikolojik girişimlerin yerinin kısıtlı olduğu bildirilmektedir. Hastalar bu dönemde yanığı ve fizyolojik durumu inkar edip eve gitme eğiliminde olabilmektedir. Hemşireler, hastalaribu olağan dışı durumla ve korkular ile mücadele etme konusunda cesaretlendirmelidir. Ayrıca bu dönemde destekleyici psikolojik girişimler ile hastanın başa çıkma becerilerini koruma,uyku ve ağrı kontrolü gibi acil sorunlarına odaklanması gerekmektedir(Blakeney ve ark.2008; Çakır ve Kulaksızoğlu 2007;Wiechman ve Patterson 2008).

Akut dönemde ise hastanın, yanık travmasının yarattığı fiziksel ve psikolojik etkilerin daha çok farkına vardığı görülmektedir. Ağrılı işlemler, hastayı daha uyanık tutup, sedasyon etkisinin yetersiz olmasını sağlamaktadır. Akut dönemin başlangıcında anksiyeteve depresyonun sık görüldüğü belirtilmektedir.Ayrıca bu dönemde yanık öncesi psikolojik bozukluklar daha belirgin ortaya çıkmaktadır (Çakır ve Kulaksızoğlu 2007;Robert ve ark. 2000; Smith ve ark. 2006; Wiechman ve Patterson 2008). Ciddi yanıklı hastalarda yaralanma sonucu oluşan bütünlük duygusunun tehdidi, sakatlık veya şekil bozukluğu, aktivitelerin kısıtlanması ve kontrol kaybı anksiyeteyi arttırarak, engellenme, güçsüzlük, yetersizlik hissine yol açmaktadır (Kocaman 2008).

Bu dönemde görülen uyku bozukluğu; eşlik eden anksiyete, depresyon ve ağrı ile ilişkili olabilir. Hastane ortamının gürültülü olması, hastanın ağrı kontrolü ve yaşam bulgularının izlemi için gece boyunca sık sık uyandırılması, hastanın duygu durumu ve kabuslarınuykuyu etkilediği düşünülmektedir (Arıncı 2000; Çakır ve Kulaksızoğlu 2007;Wiechman ve Patterson 2008).

Yanıklı bireylerin maddi ve manevi kayıpları olabilmekle beraber, bireylerin önceki yaşam biçimleri değişmiş, iş ve hareket kapasiteleri, fiziksel yetenekleri ve görünüşleri bozulmuş olup yas tutma eğiliminde olabilmektedirler.Yas tutmanın, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarının gelişmesini kolaylaştırdığı ve sıklıkla

depresyonaneden olduğundan söz edilmektedir (Arıncı 2000; Çakır ve Kulaksızoğlu 2007; Kocaman 2008; Wiechman ve Patterson 2008).

İnfeksiyonun önlenmesi için özel olarak hazırlanmış odada yatırılan hastalar yalnızlık ve korku yaşayabilir (Arıncı 2000). Bunun yanı sıra hasta yakınlarının, hasta hakkında kötü haber alma endişesi ya da ağrı, bulantı gibi hoş olmayan belirtilerle karşılaşmak istememeleri nedeniyle hastadan uzak kalmaları, hastanın izolasyon duygusu yaşamasına neden olabilmektedir (Kocaman 2008).

Bu dönemde, kısa psikolojik değerlendirme ve danışmanlık, hem depresyon hem de anksiyetenin kontrolüne yardımcı olur. Uyku bozuklukları için gevşeme teknikleri ve ilaçlar gerekli olabilir. Hastanın pişmanlık ifadeleri gözlenebilir, şu andaki durumunu etkileyen faktörler hakkında ne düşündüğü sorulabilir. Bireyin kendine zarar verici davranışlarını durdurmak planlanabilir, suçluluğun yönlendirdiği davranışların olumlu-olumsuz sonuçlarını belirlemede, suçlamaya neden olan tekrarlayıcı davranışı değiştirmesinde yardım edilebilir (Arıncı 2000; Kocaman 2008; Wiechman ve Patterson 2008).

İyileşmenin uzun dönemi yanık hastalarının, hastaneden taburcu olup yeniden toplum içindeki yaşantısına geri dönmesi ile başlar.Ciddi yanığı olan hastalar için bu aşama fizik tedavi ve rehabilitasyonun ayaktan devam ettiği, kozmetik sorunların ele alındığı ve olası cerrahinin düşünüldüğü aşama olarak tanımlanmaktadır(Wiechman ve Patterson 2008).

Hastaneden sonraki bir yıl hastanın psikolojik sorunları en yoğun yaşadığı dönem olarak belirtilmektedir. Fiziksel olarak hastalar ellerini kullanma becerilerini yitirme, kısıtlı fiziksel kapasite, şiddetli kaşıntı gibi çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır.Parmak ya da ekstremitte kaybı, nöropati, saç kayıpları, geniş yanık alanları ve skar izleri hastaları fiziksel ve duygusal yönden olumsuz etkilemektedir (Wiechman ve Patterson 2008). Fiziksel sorunlar bireylerin kendilerini aşağılanmış, izole edilmiş hissetmelerine neden olmaktadır (Pope ve ark. 2007).

Bireylerde, aile stresi, işe geri dönme, cinsel işlev bozuklukları, beden imajında değişiklik, günlük yaşamın bozulması gibi zorluklar yaşanmaktadır (Blakeney ve ark. 2008; Çakır ve Kulaksızoğlu 2007;Wiechman ve Patterson 2008).Bazı çalışmalar, kadın hastalarda yanık skarlarının kendine olan güvenin azalmasına, erkek hastalarda ise sosyal izolasyona neden olduğunu bildirmektedir. Yanıklı hastaların %81 gibi

çoğunluğunda yüz bölgesinin iyileşmesinin bir yıl, %66'sında ise 6 ay sürdüğü, bunun da mesleki yaşamda zorluklara neden olduğu belirtilmektedir(Çakır ve Kulaksızoğlu 2007; Wiechman ve Patterson 2008). Moi ve ark. (2007) çalışmasında yanıklı hastaların yaklaşık yarısının iş pozisyonunda değişiklik yapmış olduğu dikkat çekmektedir.

Hastaneden taburcu olurken yanık hastalarının çoğunun, sosyal çekilme ve izolasyona neden olabilen anksiyete, depresyon, çaresizlik hissi, öfke, suçluluk, kendine olan güven kaybı gibi olumsuz duygular yaşadığı belirtilmektedir (Çakır ve Kulaksızoğlu 2007; Thombs ve ark. 2007b; Van Loey ve Van Son 2003). Yanıklı birey taburculuk döneminde hastane dışındaki yaşantısına yönelik sosyal reddedilme korkusu hissederken, yanıklı bireyin ailesi ise güvenli hastane ortamını bırakma konusunda tedirginlik yaşamaktadır. Taburculuk öncesi dönemden itibaren yanıklı birey ve ailesinin hastane dışı ortama uyum sağlamasını kolaylaştıracak aktivitelere başlaması önerilmektedir. Bu aktiviteler arasında psikoterapiler, yanıklı bireylerden oluşmuş destek grupları, yanık hastalarının birbirlerine önerilerde bulunduğu etkileşim grupları sıralanabilir(Blakeney ve ark. 2008; Çakır ve Kulaksızoğlu 2007; Wiechman ve Patterson 2008).

2.5.1. Yanıklı Hastalarda Anksiyete

Duygusal ve fiziksel travma yaşayan yanıklı hastalarda en sık karşılan psikolojik durum olan anksiyete, yaygın, hoş olmayan, belirsiz bir tehlike hissiyle kendini gösteren ve çoğunlukla otonom belirtilerle bir arada görülen tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusudur (Çelik ve Acar 2007; Gökalp 2000; Kocabaşoğlu 2005).

Anksiyete, nedeni bilincimizde olmayan, nedeni hakkında net bir bilginin olmadığı, içsel bir tehlike ya da tehdit karşısında gösterilen ruhsal bir tepkidir. İnsanların varoluşundan bu yana anksiyete ve korku, her türlü tehlikeyi savuşturmak için sıklıkla kullanılan savunmalardır (Alkın ve Onur 2007; Çelik ve Acar 2007; Gökalp 2000; Kocabaşoğlu 2005; Soykan 2001).

Bazı hastalarda anksiyeteye bağlı çarpıntı veterleme gibi kardiyovasküler belirtiler ya da bulantı, kusma, boşluk duygusu, midede 'kelebekler uçuştugu', içinde bir şeylerin 'pır pır ettiği' duygusu, gaz ağrıları, hattadiyare gibi gastrointestinal belirtiler,bazılarında ise sık idrara çıkma, yüzeyselsolunum, göğüste sıkışma duygusu

gibi belirtiler görülebilir(Alkın ve Onur 2007;Işık 2006;Kocabaşoğlu 2005; Kocaman 2008; Robert ve ark. 2000; Saatçioğlu 2001; Türkçapar 2004).

Yanıklı hastalarda anksiyete,sıklıkla yetersiz ağrı kontrolü, kaşıntı hissi, bedensel bütünlüğün bozulması, fonksiyon kaybı, sevgi kaybı, ayrılık korkusu, ve ortam korkusu gibi nedenlerde ortaya çıkmaktadır (Loncar ve ark. 2006). Bunun yanında hastanın kişilik yapısı,sosyal destek sistemlerinin yetersiz olması,uygulanan girişimler, ağrı ve acı çekme, bağımsızlığının sona erebileceği düşüncesi ve başkasına bağımlı olma korkusu, tedavi ortamı ya da tedavi ekibiyle ilgili bazı etkenler, sağlık profesyonellerinin, hastalık, ölüm gibi konulara olumsuz yaklaşımları, ön yargılarıhastanın yaşadığı anksiyete duygusunu arttıran oluşumlardır(Alkın ve Onur 2007; Gökalp 2000; Işık 1996; Kocabaşoğlu 2005; Kocaman 2008; Özkan 1993;Soykan 2001).

Anksiyetenin biyolojik etkisiHay tarafından dört aşamada tanımlanmaktadır. *Hafif düzey anksiyetesi* olan birey, etrafında olup bitenden haberdardır ve öğrenme düzeyi artmıştır. *Orta düzey anksiyetesi* olan bireylerde, iletişim ve algılamada azalma, kas gerginliği, mide şikayetleri, kalp çarpıntısı, terleme görüldüğü ve bireyin çevresinde olup bitenleri fark etmediği ancak sorun çözme yeteneğinin var olduğu, *ağır düzey anksiyetesi* olan bireylerin ise çevresinde olup bitenleri algılama becerisinin azaldığı belirtilmektedir. *Panik* durumunda olan bireylerin tüm dikkati dağınık olup, çevresel tehlikelere karşı yanıtsız olup,bireyin profesyonel yardıma gereksinimi bulunmaktadır (Yardakçı 2001).

Bedensel hastalığa karşı geliştirilen emosyonel tepkilerden olan anksiyete genellikle depresyonla birlikte dir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, gerek klinik ve epidemiyolojik özellikleri, gereksetedaviye yanıtları yönünden depresyon ve anksiyete bozukluklarının ortak özelliklerini ortaya koymaktadır. Yanıklı hastalarda depresyonu olan bireylerin neredeyse üçte ikisinin anksiyete bozukluğu tanı kriterlerini taşıdığı, buna karşılık anksiyete bozukluğu ölçütlerini karşılayan bireylerin % 50'inde depresyon belirtilerine rastlanıldığı ifade edilmektedir (Kayahan ve Sertbaş 2007; Kring ve ark. 2007; Van Loey ve Van Son 2003).

Hafif anksiyete olguların tedavisinde yalnızca psikoterapötik yaklaşımlar yeterli olabilirken, orta ve ağır anksiyete olgularda psikoterapiye ek olarak ilaç tedavisi gerektiği belirtilmektedir (Soykan 2001). İlaç tedavisinde sıklıkla opioid grubu ilaçlar

ile antidepresan ilaçlar kullanılabilir. Kullanılan başlıca terapi yöntemleri arasında relaksasyon (kas gevşemesi), biyolojik geri bildirim, girişkenlik eğitimi, işlevsel davranış tedavisi, bilişsel terapi, hastan eğitimi, aile terapisi, hipnoz, psikodinamik psikoterapiler, stresle baş etme, sosyal destek grupları ve iş uğraş terapisi sayılabilir (Çam Çelikel 2003; Gökalp 2000; Robert ve ark. 2000).

Hastanın hastalığına ilişkin anksiyetesini azaltmada hemşireler, öncelikle anksiyetenin düzeyini tanımlamalıdır. Peplau'ya göre anksiyete, bireyler arası bir etkileşimdir, bulaşıcıdır ve hemşire, hastanın anksiyetesini önlemek için önce kendi duygularının farkında olmalı ve anksiyetesi ile baş edebilmelidir. Hemşireler hastaların anksiyeteyi tanımasında ve yönetiminde, hastaya kısa ve net cümlelerle bilgi verme, hasta merkezli bütüncül bakım verme şeklinde yardım edebilirler. Hastanın anksiyetesinin farkında olması, duygularını ifade etmesi konusunda cesaretlendirilmeli ve gerekli ortam sağlanmalı, ilaç tedavisi başlanmışsa ilaçların istenen etkileri ve yan etkileri gözlenmelidir (Kocaman 2008).

Anksiyete ve Ağrı İlişkisi: Anksiyete, ağrı nedeni ya da sonucu olabildiği gibi ağrıdan bağımsız eş zamanlı bir başka belirti olarak ortaya çıkabilir. Ağrısı olan hastaların %30'unda panik bozukluk veya yaygın anksiyete bozukluğu görüldüğü belirtilmektedir. Ağrının yaşamın her alanını etkilemesi, ilişkilerin ve bedensel işlevlerin bozulmasına yol açması nedeniyle anksiyeteye neden olduğu vurgulanmaktadır (Çam Çelikel 2003). Yapılan çalışmalarda, yanık hastalarının ağrı düzeyleri ile anksiyete arasında karşılıklı bir ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ağrı beklentisi ve deneyiminin, tedavi edici uygulamalar sırasında duyulan ağrı düzeyini arttırdığı, bunun sonucunda da karşılıklı olarak anksiyete ve ağrının birbirini etkilediği kısır bir döngünün olduğu belirtilmektedir (Ferguson ve Voll 2004; Robert ve ark. 2000; Ünlügenç 2008).

Ağrı ile birlikte yaşayan bireyin, ağrısız dönemlerinde de, ağrının tekrar edeceğini bildiği için anksiyetesinin daha yüksek olabileceği ve hissettiği ağrı düzeyinin artacağı varsayılmaktadır. (Kuğuoğlu ve ark. 2003; Lemone ve Burke 1996). Yanıklı hastalarda hipermetabolizma, yumuşak doku hasarı ve genel durum bozulması nedeniyle anksiyetenin fizyolojik belirtileri görülememektedir. Bunun yanı sıra ağrı belirtilerinin de anksiyeteye benzer belirtileri olduğu için yanık hastalarında ağrı ve anksiyete belirtilerini birbirinden ayırmanın zor olduğu ifade edilmektedir (Robert ve ark. 2000).

2.5.2. Yanıklı Hastalarda Depresyon

Depresyon sözcüğünün Latince kökü “depressus” dur; aşağı doğru bastırmak, çekmek, bitkin, gamlı-kederli olmak anlamına gelmektedir. Tıbbi terminolojide “çökkünlük” olarak ifade edilen depresyon, üzüntülü bir duygudurum içinde düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve durgunluk, değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık duygu ve düşünceleri ile fizyolojik fonksiyonlarda yavaşlama gibi belirtileri içeren bir sendrom olarak tanımlanmaktadır (Akdeniz 2007; Çelik ve Acar 2007; Çam Çelikel 2003; Duran 1999; Hacıoğlu 2006; Köroğlu 2007; Loncar ve ark. 2006; Savrun 1999; Soykan 2001; Ünalacak ve ark 2008).

Depresyon sık rastlanan, zor tanınan, kolay tekrarlayan ama tedaviye iyi yanıt veren bir hastalıktır (Soykan 2001). Depresyon oranlarının tıbbi ve fiziksel hastalığı olanlarda önemli ölçüde yüksek olduğu dikkat çekmektedir. DSÖ, depresyonun yaygınlığının yetişkin nüfusta %5 civarında olduğunu, bu oranın yaklaşık 350 milyon kişi kadar olduğunu vurgulamaktadır (Thombs ve ark. 2006; Ünalacak ve ark 2008) . Literatürde yanıklı hastalarda depresyonun görülme sıklığının travmayı izleyen bir yıllık süreçte yaklaşık %13-23 oranları arasında olduğu belirtilmektedir (Van Loey ve Van Son 2003).

Depresyon nedeniyle acı çeken bireyin, fiziksel hastalığının yol açtığı bedensel belirtileri daha ağır yaşadığı belirtilmektedir. Bireylerin, hayal kırıklığı, gelecek endişesi, bağımsızlık ve yeterlilik kaybı korkuları ile baş başa kalabildiği görülmektedir. Bağımlılık gereksiniminin artması sonucu, bireylerde fiziksel etkinlikten kaçınma, umut ve beklentiler de azalma, bazen öfke ve saldırganlık görülebilir. Bu durum tıbbi hastalığının sürecini daha da kötüleştirebilir, iş, aile ve sosyal ilişkilerde yetersizliklere yol açabilir, yaşam kalitesini bozabilir. Hastanın tıbbi tedaviye direnmesi ile de iyileşmesi gecikebilir ve bunun sonucunda hastanede kalma süresi uzayabilir (Oğuzhanoğlu 2001).

Yanıklı hastalarda depresyon nedenleri farklılık göstermektedir. Travmanın neden olduğu maddi zararlar, sevdiklerinin kaybı nedeniyle yas tutması, bedensel bütünlüğün bozulması ve fonksiyon kaybı depresif bozukluk görülme sıklığında artışın nedenleri olarak sıralanabilir. Ayrıca ağrı, sosyal izolasyon, travma öncesi psikopatolojik hastalık öyküsü, tanıtıcı özellikler (özellikle kadın cinsiyet), yanık alan genişliği, bireylerin stresle başa çıkma tarzları, sosyal destek durumu, aile öyküsü ve

bireysel özellikleri depresyon gelişiminde etkili özellikler olarak sıralanmaktadır. Taburculuk sonrası dönemde ise fiziksel engeller, zihinsel durum ve sosyal uyum ile ilgili sorunlar depresyon nedeni olabilmektedir (Çam Çelikel 2003; Çelik ve Acar 2007; Soykan 2001; Köroğlu 2007; Loncar ve ark. 2006; Thombs ve ark. 2006; Ünalacak ve ark 2008; Van Loey ve Van Son 2003).

Yanıklı hastalarda hastanede yatma süresince yanık travması ve yanık tedavisine bağlı görülen semptomlar ile depresyon semptomlarının birbiriyle örtüşmesi nedeniyle depresyon tanısı koymanın zor olduğu bilinmektedir. Yanıklı hastalarda yanık travması ve tedavisi ile ilişkili ağrı, narkotik analjezik kullanımı, deliryum ve hastane ortamının etkileri gibi depresyon belirtisi olabilecek semptomlar görülebilmekte iken aynı zamanda depresyonun karakteristik semptomlarından olan uyku bozukluğu, yemek alışkanlıklarının değişmesi, konsantrasyon güçlüğü, yorgunluk, enerji kaybı gibi belirtilerde yanıklı hastalarda görülebilmektedir (Loncar ve ark. 2006; Thombs 2007).

Depresyon ve Ağrı İlişkisi: Ağrı, depresif sendromlarla sıklıkla dile getirilen bir yakınmadır. Ağrı, depresif duyguların bir anlatım biçimi olarak ortaya çıkabileceği gibi, organik bir kökeni olan ağrı da, hastada depresyon oluşmasına neden olabilir. Bireyde umutsuzluk, olumsuz duygulanımlar, enerji kaybı, uykusuzluk ve sosyal ortamdan uzaklaşmalara neden olarak birbirini olumsuz etkileyen bir kısır döngü oluşabilmektedir. Bu nedenle bireylerde ağrı şikayetleri depresyon belirtilerini gizlemekte, aynı şekilde depresyon belirtileri de ağrı semptomları nedeniyle saptanamamaktadır (Hacıoğlu 2006; Husain ve ark. 2007; Tunçer 1999).

Akut ağrılı hastada anksiyete öncelikli olarak görülürken, kronik ağrılı durumlarda ise daha çok depresyona rastlanılmaktadır (Oğuzhanoglu 2001). Psikiyatrik belirti veya klinik durumların varlığı ağrının şiddetini ve tedavisini olumsuz etkilemektedir. Kronik ağrılı hastaların, bazı özellikleri ile depresif belirtilere daha yatkın olduğu bilinmektedir. Daha çok kadınlarda, yaşlılarda, yalnız yaşayanlarda, öğrenim düzeyi düşük olanlarda, ağrı şiddeti fazla olanlarda, uzun süreli ağrı deneyimi olanlarda depresyonun daha kolay geliştiği kabul edilmektedir (Altındağ ve ark. 2006; Çam Çelikel ve Saatçioğlu 2003; Hacıoğlu 2006).

Erişkin yanık hastalarının %4- 53' ünde hastanede yattığı süreçte, %4-35'inde taburcu olduktan sonraki ilk 12 ayda, %7-45' inde taburcu olduktan 12 ay veya daha fazlasında depresyon semptomlarına rastlandığı bildirilmektedir (Thombs 2007). Buna

karşılık depresif hastaların ortalama %65'inde ağrı yakınmalarının olduğu belirtilmektedir (Husain ve ark.2007).

Yanıklı hastaların depresyon tedavisinde IPT (Kişilerarası Terapi), bilişsel ve psikodinamik psikoterapi ile antidepresan ilaçlar kullanılmaktadır. Ayrıca sosyokültürel ortama yönelik girişimler ya da parlak ışık tedavisi, elektrokonvulsif terapi, beslenme desteği ve egzersiz gibi yöntemlerde kullanılabilmektedir (Duran 1999; Hacıoğlu 2006; Özmen 1999; Soykan 2001; Ünalacak ve ark. 2008; Van Loey ve Van Son 2003).

2.6. YANIKLI HASTANIN TEDAVİ VE BAKIMI

Yanık, beden imajında değişiklik yaratan, şiddetli ağrıya neden olan, uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren bir travma çeşididir. Yanıklı hastanın bakımı, hemşirelik uygulamaları arasında en önemli yeri olan ve en fazla gereksinim duyulan alanlardan biridir. Literatürde hastanın en üst düzeyde kapsamlı bir bakım alabilmesinin, bu konuda uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinden oluşan bir ekip çalışmasıyla mümkün olacağı belirtilmektedir. Bu ekipte anahtar rolü üstlenen hemşire ile birlikte genel cerrahi, plastik cerrahi, infeksiyon hastalıkları, anestezi ve reanimasyon hekimleri ile sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, psikolog, diyetisyen gibi farklı disiplinlerde sağlık çalışanı bulunmaktadır (Altunseven 2008; Eti Aslan 2001; Erdil ve Özhan Elbaş 2001; Urden ve ark. 2002).

Hemşire, yanık ekibi içinde hasta ile oldukça fazla birlikte olan ve hastanın psikolojik uyumunda önemli etkisi olan bir sağlık çalışanıdır. Bununla birlikte hastanede tedavisi zorunlu olan geniş yanıklı hastaların bakımında, en büyük sorumluluk hemşirelere düşmektedir (Altunseven 2008; Billings ve Stokes 2007). Ekip anlayışı içerisinde gerçekleştirilen yanıklı hasta bakımında önemli olan; profesyonel bilgilerin ışığında; modern teknik ve materyalleri kullanarak en ekonomik şekilde bakımda yüksek kalite düzeyine ulaşmaktır (Altunseven 2008).

Literatürde yanık hastalarının tedavi ve bakımının, genellikle ilk (kritik), akut ve rehabilitasyon dönemi olmak üzere üç bölümde planlanarak uygulandığı belirtilmektedir.

İlk (kritik) dönem: Olay yerinde ilk girişimlerin uygulanıp, hastaneye getirilmesini izleyen ilk 48- 72 saati içeren dönemdir. Yanık ünitesine kabul edilen yanık hastasının üzerindeki giysiler tamamen çıkarılarak ayrıntılı bir şekilde baştan

ayağa muayene edilmeli, yüzük, kolye, bilezik gibi takıları çıkarılmadır. Solunum ve dolaşım sistemi hızla değerlendirildikten sonra, yanığın şiddeti ve yanık nedeni, ilave girişim gerektiren başka patolojilerin bulunup bulunmadığı, patlamanın olup olmadığı, hastanın genel sağlık durumudeğerlendirilmelidir (Altunseven 2008;Arıncı 2000;Bigatello 2010; Burrel 1992; Erdil ve Elbaş 2001; Ertekin 2008; Luckmann 1997; Özüçelik 2002; Tekşam 2009; Urden ve ark. 2002; Uzunköy 2007).

Bu dönemdeki hasta bakımı; hava yolu açıklığının sağlanması ve solunumun sürdürülmesi, dolaşımın sürdürülmesi, hipotermiinin önlenmesi, sıvı tedavisi ve ağrının kontrol altına alınması üzerine odaklanmaktadır. Hemşirenin bu dönemdeki başlıca sorumlulukları hastada gelişebilecek tüm fizyopatolojik değişiklikleri, komplikasyonların belirti ve bulgularını izlemek, hastanın yaşam ve labaratuvar bulgularını kontrol edip değerlendirmek, kilo izlemi yapmak, sıvı tedavisini sürdürmek, yanık yarasını değerlendirip bakımını yapmak, istemdeki tedavilerin uygulanıp etkilerini izlemek, hastaya psikolojik destek sağlamak, hastanın ailesiyle işbirliği yapmak ve acil girişimleri uygulamakolarak sıralanabilir (Altunseven 2008; Bigatello 2010; Burrel 1992; Erdil ve Elbaş 2001;Ertekin 2008; Luckmann 1997; Tekşam 2009; Urden ve ark. 2002; Uzunköy 2007).

Akut dönem:

Akut dönem, kritik dönemin bitiminden yara iyileşme sürecinin sonuna kadar olan dönemi kapsamaktadır. Bu dönemdeki hemşirelik bakımı; hemodinamik stabilizasyonun sağlanması, yara iyileşmesinin ve beslenmenin desteklenmesi, infeksiyonlardan korunma, kontraktürlerin önlenmesi ile fiziksel ve psikolojik desteğin sağlanması gibi konuları içermektedir (Burrel 1992;Erdil ve Elbaş 2001;Luckmann 1997).

Rehabilitasyon dönemi:

Yanık ünitesine başvurunun ilk gününde başlar, hastanineski yaşamına, toplum içinde yaşamaya başlayana kadar devam eder. Bu dönemde yanığa bağlı anatomik deformitelerin önlenmeye çalışılması, hipertrofik skarların iyileşmesinin sağlanması, fonksiyonel, kozmetik ve psikolojik yeterliliğin sağlanması ve bireyin en kısa zamanda yaşam kalitesinin yükseltilerek topluma yeniden kazandırılması amaçlanmaktadır (Altunseven 2008; Burrel 1992; Luckmann 1997).

Rehabilitasyon döneminde hemşire, hastanın psikososyal reaksiyonlarını değerlendirmeli, korku ve endişelerinin nedenlerini belirlemeli, ailesi ve sevdiği bireyler tarafından reddedilme korkusunun olup olmadığını saptamalı ve hastanın kendisini ifade etmesini sağlamalıdır (Altunseven 2008; Arıncı 2000; Burrell 1992; Gemalmaz ve ark. 2000; Erdil ve Elbaş 2001; Tekşam 2009; Urden ve ark. 2002).

2.6.1. Yanıklı Hastada Sıvı Tedavisi

Yanıklı hastalarda hipovolemi ve hipoksiye bağlı gelişebilecek şoku önlemede intravenöz sıvı tedavisi yaşamsal önem taşıdığından, yetişkinlerde total vücut alanının %15' ini ve çocuklarda %10' unu geçen yanıklarda ilk 30 dakika içinde sıvı tedavisine başlanması önerilmektedir (Ertekin 2008; Parviainen 2009).

Yanık hastalarda hemodinamik stabilite ve yeterli renal ven dolaşımının sağlanması için ilk 24 saat ve ikinci 24 saatte verilecek sıvı türleri ve miktarları belirleyen birçok formül mevcuttur. Ancak yaygın kabul gören Modifiye Baxter-Parkland formülüdür. Bu formül $4 \text{ ml Ringer Laktat} \times \text{Ağırlık (kg)} \times \% \text{ yanık alanı}$ olarak belirtilmekte ve her yanık alan yüzdesi için vücut ağırlığının kilogram başına 4 ml Ringer Laktat verilmesini ifade etmektedir. Ayrıca bu formülde vücudun %50' sinden daha fazla yanık oluşsa da formülde yanık yüzdesi yerine % 50 yazılması gerektiği belirtilmektedir. Hesap edilen miktarın % 50'si ilk 8 saatte verilmesi (Yanığa maruz kaldığı andan itibaren), geri kalanın ise 16 saatte tamamlanması gerekmektedir. Sıvı tedavisi için kristalloid olarak; erişkinlerde Ringer Laktat veya İzotonik NaCl (şekerli solüsyon verilmemeli), çocukta ise % 5 Dekstroza Ringer Laktat tercih edilmektedir. İkinci 24 saatte ise aynı formülde kg başına 1,5 ml kristalloid veya 0,5 ml kolloid solüsyonu verilmesi, kristalloid olarak elektrolitsiz solüsyonların (örneğin: %5 Dektroz Sudaki) tercih edilmesi, kolloid olarak ise Taze Donmuş Plazma veya Human Albümin verilmesi önerilmektedir (Alvarado ve ark. 2009; Benson ve ark. 2006; Özüçelik 2002; Ertekin 2008; Parviainen 2009; Tricklebank 2009; Urden ve ark. 2002).

Bununla birlikte, verilecek sıvı miktarının hastanın genel durumuna göre düzenlenmesi gerekmektedir. Hemşire, hastayı sıvı elektrolit dengesizliğinin belirti ve bulguları yönünden değerlendirmelidir. Bunun için; hastanın bilinç düzeyi, kan basıncı, kalp atım hızı, santral venöz basıncı, idrar miktarı ve laboratuvar bulguları izlenmelidir. Sıvı tedavisi sırasında belli aralarla solunum sesleri dinlenmeli, akciğer grafisi çekilmeli

ve kilo izlemi yapılmalıdır (Çetinkale 2005; Erdil ve Elbaş 2001; Özüçelik 2002; Uzunköy 2007).

2.6.2. Yanıkta Ağrı Tedavisi

Yanık hastasının ağrı tedavisinde temel ilke, ağrının yetersiz giderilmesinden kesinlikle kaçınılmasıdır. Yanık yaralanması ile ağrının özdeşleşmiş olması, hastanın yanık ünitesinde uzun süre yatması, uzun süre ağrı kesiciler ile tedavi edilmesi, sağlık çalışanları tarafından hastanın ağrısının kanıksanmasına ve ağrının kesilmesinde yetersizliğe neden olabilmektedir. Ayrıca, ünite çalışanlarında, uzun süre narkotik analjezik alan hastalarda, bu ilaçlara bağımlılık gelişme endişesi vardır(Eti Aslan 2006; Yorgancı ve Gelecek Geyik 2007).

Yanık ağrısı bireyden bireye farklılık gösterip zaman içerisinde dalgalanmalar gösterebilmektedir.Özellikle hastaneden taburculuk dönemine doğru kademeli olarak ağrının azalması beklenmektedir (Choiniere ve ark. 1989; Ptacek ve ark. 2000). Bu nedenle doz gereksinimi hastanın değişen durumuna göre düzenlenmelidir (Ünlügenç 2008).

Yanıklı hastalarda ağrıya yaklaşımda en önemli rolü üstlenen hemşirelerin ağrı ilaçlarının istenilen dozda vermelerinin yanında verilen ilaçların etkileri ve yan etkilerini izlemeleri değerlendirmeleri gerekmektedir (Eti Aslan 1998, Yürügen 1995). Bunun için yanık hemşiresinin konuya hakim, deneyimli bir birey olması gerekmektedir ve hastada doz aşımı olmaması için dikkatli olması beklenendir (Talu 2007). Analjezik uygulanması sonrasında hastanın izlenmesi, ağrının yeri, niteliği ve şiddetinin belirlenmesi; komplikasyonları gösterebilecek artan şiddeti izlemek için ağrı değerlendirme skalasının uygulanması da hemşirenin sorumlulukları arasında yer almaktadır (Yürügen 1995). Yeterli ağrı tedavisinde en önemli konulardan biri ağrının doğru değerlendirilmesidir. En iyi ağrı değerlendirmesi, hastanın ağrılı uyarana yanıtını göz önünde bulundurarak ve ağrının niteliği, bölgesi, şiddeti, zamanı gibi ağrının özellikleriniayrıntıları ile ortaya koyarak yapılmaktadır. Bu şekilde ayrıntılı bir değerlendirme için en sık kullanılan ölçek McGill Ağrı Sorgulama Formu'dur. Visuel Analog Skala (VAS), sayısal ölçekler ve sözel derecelendirme ölçekleride yanık ağrısının değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Çimen ve Erdine 2007).

Akut dönemden itibaren ilaçla tedavi ağrı kontrolünde ilk başvurulacak yöntem olup, ilerleyen süreçte hipnoz, dikkati başka yöne çekme gibi ilaç dışı tedavi yöntemleri de ilaçlara ek olarak kullanılmaktadır (Patterson ve ark. 2004).

Yanıkta ağrı kontrolü lokal tedavi, ilaçla tedavi ve ilaç dışı tedavi yöntemlerini içermektedir.

2.6.2.1. Lokal Tedavi

Hastanın ağrı duymasına neden olan yanık yaralarının tedavisinde değişik bakım ve cerrahi teknikleri kullanılmaktadır. Yanık oluşmasını izleyen 30 dakika içerisinde yaranın soğutulmasının ağrıyı azalttığı bildirilmektedir (Bilir ve Güleç 2006). Soğutma işleminden sonra yanık yarasının sarılması (kapalı metod) ağrının azalmasına yardımcı olurken, günde bir kaç kez değiştirilmesi gereken sargılar, değişim sırasında büyük bir rahatsızlığa neden olmaktadır. Bazı yanık merkezlerinde yaralar ilk olarak kuru ılık havaya maruz bırakılarak (açık metod) tedavi edilmesine karşın, bu metod ile tedavi edilen yanıkların genellikle kapalı metoda göre daha çok ağrılı olduğuna inanılmaktadır (Eti Aslan 2006; Ünlügenç 2008).

Erken cerrahi debridman ve deri grefti uygulamalarının ağrıya neden olan yatakbaşı debridman dönemini önleyerek, hipertrofik skarlanmayı azalttığı ve böylece yanıklı hastanınağrı şiddetini azalttığı belirtilmektedir (Eti Aslan 2006;Ertekin 2008; Ünlügenç 2008). Ayrıca kullanılan antiseptik ajanının ağrıya neden olmayacak özellikte seçilmesi ağrının azaltılmasında etkili olduğundan söz edilmektedir (Tsirigotou 1993).

2.6.2.2. İlaçla ağrı tedavisi:

Yanıklı hastaların ağrı tedavisinde ilaçlar ilk başvurulacak yöntemdir. Tedavi ile elde edilen analjezi derecesi veya ağrı şiddeti, sağlık çalışanları veya hastalar arasında farklı değerlendirilebilir. Bu nedenle yanık hastalarında analjezi gereksiniminin belirlenmesi önemli bir yer tutmaktadır (Tsirigotou 1993).

İlaçla ağrı kontrolünde; opioidler (morfin, tramadol, fentanil, metadon, meperidin), non-steroidal antiinflatuar ilaçlar, anestezi ajanları (ketamin), anksiyolitikler (midazolam, diazepam, lorazepam) , sedatifler (klonidin) ve topikal analjezikler (lidokain, bupivacain) kullanılmaktadır (Çimen ve Erdine 2007; Eti Aslan 2006; Hannafiah ve ark. 2008; Knipe 2004; Norman ve Judkins 2004; Pal ve ark.

1997;Richardson ve Mustard 2009; Talu 2007;Tekol 2000; Tsirigotou 1993; Ünlügenç 2008).Analjezinin yeterli olmadığı ciddiyanıklarda, yara debridmanı veya sargı değişimi için genel anestezi yöntemi de uygulanabilmektedir(Eti Aslan 2006; Patterson ve ark. 2004; Ünlügenç 2008).

Literatürde yanık ağrısında kullanımı en çok tercih edilen ilaçlar olan opioidlerin, İntravenöz Hasta Kontrollü Analjezi Yolu (HKA) ile verilmesi önerilmektedir (Ashburn 1995;Abdi ve Zhou 2002; Laterjet ve Choinere 1995; Laterjet 2002a; Latarjet 2002b;Montgomery 2004; Patterson ve ark. 2004; Summer ve ark. 2007; Talu 2007). Kötü absorbe edilmeleri ve aynı zamanda ağrıya neden olmaları nedeniyle kas içi uygulamanın uygun olmadığı, bu nedenle damar içi veya oral yol ile kullanımının uygun olduğu belirtilmektedir (Eti Aslan 2006;Çimen ve Erdine 2007; Hannafiah ve ark. 2008; Patterson ve ark.2004;Richardson ve Mustard 2009; Talu 2007; Ünlügenç 2008).

Etkili analjezi, ateş düşürücü etkileri ve anti-inflamatuvar özellikleri olan NSAİİ'nin, orta-hafif ağrı yönetimi için yararlı olduğu belirtilmektedir. Ayrıca NSAİİ'nin asetaminofen/ibuprofen veya opioid veya her ikisi ile birlikte kombine formüllerlekullanılması önerilmektedir (Çimen ve Erdine 2007; Pal ve ark. 1997;Richardson ve Mustard 2009; Talu 2007; Ünlügenç 2008).

Yanık hastalarında ağrı algılamasını arttıran bir faktör olan anksiyetenin tedavisinde,opioidler ile anksiyolitik ilaçların birliktekullanılması önerilmektedir (Pal ve ark. 1997;Patterson ve ark. 2004; Talu 2007;Yorgancı ve Gelecek Geyik 2007).Opioidlerin yüksek dozlarda kullanımına karşın ağrının kontrol altına alınamadığı yanık hastalarında, nöropatik ağrı yönünden hastanın değerlendirilmesi, ağrı kontrolü için trisiklik antidepresanlar, antikonvülsanlar ve/veya membran stabilizan ajanların kullanılması önerilmektedir (Çimen ve Erdine 2007;Patterson ve ark. 2004; Ünlügenç 2008). Antikonvülsan ilaçların (Fenitoin ve Karbamazepin) özellikle elektrik yanıklarında ağrı kontrolünde etkileri olduğundan söz edilmektedir. Ayrıca fenitoinin yara iyileşmesi üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (Pal ve ark. 1997). Uzun süre hastanede yatan veya depresyon gelişen yanık hastalarında kullanılan antidepresan ilaçların, hastaların ruhsal durumunu düzeltmesiyle birlikte, ağrıyı da ortadan kaldırarak uyku ve yemek yeme durumunu da düzeltmeye yardımcı olduğu bildirilmektedir(Ünlügenç 2008).

2.6.2.3. İlaç Dışı Yöntemler ile Ağrı Kontrolü

Yanık hastalarında ağrının giderilmesi veya azaltılması için analjezikler dışında başka yöntemler de söz konusudur. Tüm sağlık çalışanlarının hastaya empati kurarak yaklaşmasının, sorunlarının kısa zamanda ve etkin bir şekilde giderilmesinin ağrı kontrolünde önemli yeri olduğu belirtilmektedir. Pansumanların deriden kaldırılmadan önce ılık su ile ıslatılması, gerektiğinde pansuman değişiminde hastanın da katkı sağlamasına izin verilmesi gibi uygulamaların hastanın ağrısını azaltmaya yardımcı olduğu düşünülmektedir(Yorgancı ve Gelecek Geyik 2000)

Yanıklı hastalarda ağrıyı etkileyebilen korku, depresyon ve anksiyete gibi belirtilerin sık görülmesi nedeniyle psikolojik ve ilaç dışı tedavi girişimlerinin yanık ağrısının tedavisinde yararlı olabileceği düşünülmektedir. Bu girişimler; dikkati başka yöne çekme(bilgisayar oyunları, karşılıklı konuşma, müzik dinleme gibi) , ağrıyla baş etme yöntemleri, hipnoz, davranış terapisi, gevşeme eğitimi (nefes alma egzersizleri, progresif kas relaksasyonları),Transkutan Elektriksel Sinir Stimulasyon (TENS) yöntemi, masaj ve aromaterapi, dokunma, biyofeedbek, grup veya bireysel psikoterapi teknikleri olarak sıralanmaktadır (Ashburn 1995; Babacan 2000; Biçer 2009;Carrougner ve ark. 2003;Çimen ve Erdine 2007; Frenay ve ark. 2001;Hanafiah ve ark. 2008;Jong ve ark. 2007;Latarjet ve Choinere 1995;McQillan ve ark. 2009; Norman ve Judkins 2004; Patterson ve ark. 2004;Schug2008;Talu 2007; Ünlügenç 2008).

Literatürde yanık ağrısının şiddetli bir ağrı olması nedeniyle, psikolojik tekniklerin tek başlarına tam bir analjezi sağlamalarının mümkün olmadığı, farmakolojik girişimlere ek olarak uygulanan ilaç dışı hemşirelik girişimlerinin ağrı yönetiminde etkili olduğu görüşü yaygındır (Ashburn 1995; Frenay ve ark. 2001; Jong ve ark. 2007; Latarjet ve Choinere 1995). Özellikle hastanın tedavisinin erken döneminde bu girişimlerinin yapılmasının ağrı-anksiyete-ağrı döngü gelişimini önleyebildiği bildirilmektedir (Biçer 2009; Ünlügenç 2008).

2.6.2.4. Yanık Ağrısının Tiplerine Göre Ağrı Kontrolü

Yanık ağrısının tipleri literatürde farklı şekillerde sıralanmakta olup genel olarak 3 grupta incelenmektedir.

1. Bazal ağrı(Varolan ağrı, Background pain)
2. Dinlenme ağrısı
3. Girişimlere bağlı ağrı

1. **Bazal ağrı(Varolan ağrı, Background pain) kontrolü:**

Bazal ağrının tedavisinde *analjezik merdiveni* kullanımı önerilmekte olup genellikle opioid infüzyonu kullanılmaktadır. Başlangıçta parasetamol, oral opioid grubu ilaçlar ile NSAİİ'nin birlikte kullanılmakta olup yeterli olmadığı durumlarda veya oral alamayan hastalarda uygun dozlarda titre edilmiş opioidlerin damar içi kullanımı önerilmektedir. Küçük alan yanıklarında basit NSAİİ'nin etkili olduğu bildirilmektedir (Hannafiah ve ark 2008;Patterson ve ark. 2004; Richardson ve Mustard2009; Talu 2007).

2. **Dinlenme sırasında ağrı kontrolü:**

Dinlenme ağrısı; hastanın ünite de dinlenme sırasında hissettiği ağrıdır. Uzun süreli ve düşük şiddetli bir ağrı olarak belirtilmektedir (Biçer 2009; Norman ve Judkins 2004; Yorgancı ve Gelecek Geyik 2007).

Dinlenme ağrısı göreceli olarak sabit bir ağrı olduğu için hafif veya orta etkili olan NSAİİ ve opioid grubu analjezikler uygun doz aralığında verilebilmektedir. Hastanın ajitasyonu bir ağrı yanıtı olarak yorumlanabileceğinden korku ve anksiyetenin bu dönemde değerlendirilmesi gerekmektedir. Anksiyolitik grubu ilaçların,hastaların analjezi ihtiyacını azalttığı, hasta ile iletişimde yararlı etkileri olduğundan söz edilmektedir. Dinlenme ağrısı tedavi süreci içerisinde azalacağı için zamanla doz aralığının arttırılması veya dozların azaltılması önerilmektedir (Biçer 2009; Eti Aslan 2006; Hannafiah ve ark. 2008; Talu 2007; Ünlügenç 2008;Yorgancı ve Gelecek Geyik 2007).

3. **Girişimler sırasında ağrı kontrolü:**

Literatürde yanık hastalarında tedavi uygulamaları sırasında ortaya çıkan ağrının ortadan kaldırılması için birçok uygulama bildirilmişse de bu konuda en iyi yöntemin hangisi olduğu konusunda kesin bir bilgi bulunmamaktadır (Eti Aslan 2006; Ünlügenç 2008). Yapılan çalışmalarda tedavi ve bakım uygulamaları bittiğinde hastayı uzun süre sedatize halde bırakmayan analjezi sağlamak gerektiği ortak kanıdır.Tedavi ve bakım uygulamalarının şiddetli ağrı oluşturmaması nedeniyle ağrı tedavisinin dikkatli bir yaklaşım gerektirdiği belirtilmekte olup,doz ayarlamasının her hasta için ayrı düzenlenmesi, analjezi düzeyinin sık olarak değerlendirilerek gereken doz ilaveleri

yapılması önerilmektedir(Babacan 2000;Eti Aslan 2006; Hanafiah 2008;Patterson ve ark. 2004;Ünlügenç 2008; Yorgancı ve Gelecek Geyik 2007).

Yapılan çalışmalarda yanıklı hastalara uygulanan girişimler sırasında farklı şiddetlerde ağrı hissedildiği belirtilmektedir.

a) Hidroterapi sırasında ağrı kontrolü:

Hidroterapi, ılık steril su ve antiseptik solüsyon (%7,5 povidon iyot veya klorheksidin) kullanılarak yanık alanın temizlenmesi ve ölü dokunun yumuşatılması amacıyla genellikle özel küvetlerde yapılan bir uygulamadır.İşlem sırasında hipoterminin önlenmesi ağrıyıda azaltacağından su sıcaklığı 37,8 °C, oda sıcaklığı 27-29 °C olmalı ve hasta 30-32°C'lik termonötral ortamda tutulmalıdır (Altunseven 2008; Urden ve ark. 2002)

Hidroterapi öncesi hastaya yapılacak işlem hakkında bilgi verilmesi korku ve anksiyetesini azaltarak daha az ağrı duymasına neden olacaktır. İşlem sırasında ağrının fizyolojik (nabız hızında artma, solunumhızında artma) ve psikolojik belirtileri (yüzdeekşime, öfke, acı çekme vb) izlenmesi gerekmektedir (Kurşun ve Kanan 2007). Ağrı, anksiyete ve ajitasyonu kontrol altına almakinişlemeden 20-30 dakika önce opioid grubu ilaçların uygulanması önerilmektedir. Verilen ilaçların etkinliğinin değerlendirilerek gerektiğinde ilave dozların uygulanması gerekmektedir (McQillan ve ark. 2009;Talu 2007).

b) Pansuman değişimi sırasında ağrı kontrolü:

Yapılan çalışmalarda pansuman değişimi sırasında hastaların en dayanılmaz ağrıyı tanımladıklarını belirtilmektedir. (Choiniere ve ark. 1989;Perry ve ark. 1981; Weinberg ve ark. 2000). Hastanın duyduğu ağrının azaltılması amacıyla pansuman değişimi sırasında opioidveanksiyolitik grubu ilaçların kullanılması önerilmektedir (Babacan 2000;Frenay ve ark. 2001;Hanafiah 2008; McQillan ve ark. 2009;Laterjet 2002b; Patterson ve ark. 2004;Ünlügenç 2008; Yorgancı ve Gelecek Geyik 2007).

Küçük pansumanların değişimi sırasında küçük dozlarda opioid ajanların yanı sıra, lokal anestetik ajanlar ile anestezi eşliğinde uygulanacak küçük dozlarda inhalasyon ajanlarının kullanımı önerilmektedir (Norman ve Judkins 2004).Ayrıca pansuman değimi esnasında hipnoz, gevşeme teknikleri gibi ilaç dışı tedavi uygulamalarının da ağrıyı azalttığı görüşü vurgulanmaktadır (Konstantatos ve ark. 2009).

c) Cerrahi girişimlerde ağrı kontrolü:

Yanık yarasına debridman, fasyotomi, eskarotomi ve greftleme için birçok defa cerrahi girişim uygulanmaktadır. Cerrahi girişime bağlı ağrılarda yanıklı alan kadar donör alanda da ağrı olabilmektedir(Babacan 2000;Talu 2007).

Cerrahi işlem öncesi ve sonrası analjezi sıklıkla opioid ajanlar ile sağlanmaktadır(Norman ve Judkins 2004).Cerrahi girişime bağlı ağrılarda opioid grubu ilaçlar ile NSAİİ ve parasetamol birlikte kullanılmaktadır. Hastaların uyanık veya sedatize durumda ağrıyı tolere edemedikleri, girişimin uzun süreceği çok ciddi olgularda yara debridmanı veya sargı değişimi için genel anestezi tek seçenek olabileceği belirtilmektedir(Eti Aslan 2006; Ünlügenç 2008). Son dönemlerde yanıklı hastalarda erken ameliyat sonrası dönemde HKA kullanımı altın standart olarak literatürde yerini almaktadır (Talu 2007).

Küçük yanıkların greftlenmesinde ya da donör bölgenin ağrılarının azaltılmasında rejyonel blokların faydalı olduğundan söz edilmektedir. Ancak bazı yan etkileri nedeni ile kullanımı sınırlanmaktadır (Babacan 2000;Norman ve Judkins 2004; Richardson ve Mustard 2009; Talu 2007).

d) Rehabilitasyon döneminde ağrı kontrolü:

Fizik tedavi, rehabilitasyonun önemli bir parçasıdır. Yanıklı hastalara uygulanan pozisyon verme,solunum egzersizleri, hidroterapi,mobilizasyon ve immobilizasyon ağrı ile birlikte strese neden olmaktadır. Bu durum hastanın iyileşme motivasyonu bozmaktadır. Bu dönemde güçlü ağrı kesici ve anestezi kullanımı hasta bireyin fizyoterapiye uyum sağlamasını engelleyeceğinden sınırlandırılmaktadır(Edgar ve Brereton 2008; Norman ve Judkins 2004; Yılmaz 2006).

Bu dönemde genellikle NSAİİ, parasetamol ve opioid grubu ilaçların birlikte kullanımı ile ağrı kontrolünün sağlanması önerilmektedir. İlaç dışı ağrı kontrol yöntemlerinden olan TENS'in bu dönemde yararlı olabildiği bildirilmektedir (Edgar ve Brereton 2008).

2.6.3. Beslenme Desteği

Yanıklı hastalarda hipermetabolizma nedeniyle artangereksininin yeterince karşılanmadığı durumlarda mortalite ve morbidite artmasına neden olduğu

bildirilmektedir. Yüksek kalorili beslenme desteğinin kas yıkımını azalttığı, yüksek protein içeren diyetin iyileşme süreci üzerinde olumlu etkileri olduğundan söz edilmektedir (Arıncı 2000; Uzunköy 2007).

Geçmiş dönemlerde ilk 12-48 saat boyunca yanık hastasına ağızdan bir şey verilmemesi, 48 saat sonra sıvı ve enerji ihtiyacının ağızdan karşılanmasının önerilmekte olduğu dikkat çekmektedir. Günümüzde ise birçok yanıklı hastada ilk 6-8 saatte bağırsak hareketlerinin normale dönmesi ve bakteriyel taşınma sonucu gelişebilecek endojen sepsis riski nedeni ile 6-8 saat sonra enteral beslenmeye başlanması, hasta tolere edemez ise parenteral beslenmeye geçilmesi önerilmektedir (Alış ve Kalaycı 2007; Parviainen 2009; Tekşam 2009; Yorgancı ve Gelecek Geyik 2007).

Hastaya veya dış ortama ait etkenler (yaş, malnütrisyon, ağrı, yara büyüklüğü, sepsis, protein katabolizması, ateş, pankreatit gibi) metabolik durumu ve buna bağlı olarak enerji gereksinimini etkilemektedir (Yalçın ve Özkalp 2005). Hemşire ve diyetisyen işbirliği ile protein, vitamin, çinko bakımından zengin ve bol sıvı içeren beslenme programı düzenlenmelidir. Hemşire, hastanın beslenme gereksinimlerini yerine getirirken sürekli hastayı gözleyerek değerlendirmeli, besin alımı ve günlük kalori hesaplamaları için bir çizelge tutmalı, rutin olarak bağırsak seslerini dinlemeli ve gerekiyorsa hastaya laksatif uygulamalıdır. Ayrıca hasta, yanığın lokalizasyonu, pansumanlar ve pozisyonundan dolayı bağımlı olacağından beslenme gereksiniminin sağlanması için yardımcı olunmalıdır (Erdil ve Elbaş 2001).

2.6.4. Yara Bakımı

Yanık hastanın yara bakımı, hastanın genel durumu ve yaşam fonksiyonlarını kontrol altına alma işlemleri tamamlanana kadar ertelenmesi gerekmektedir (Çetinkale 2001; Kışlaoğlu 1990; Zor ve ark. 2009).

Yanık yarasının bakımında, kendiliğinden iyileşmeyi teşvik etmek, daha fazla doku kaybını ve enfeksiyonu önlemek, cerrahi girişim gereken olgularda en iyi koşulları sağlamak ve mümkün olabildiği kadar yara yeri ağrısını önlemek amaçlanmaktadır (Kavanagh ve Jong ve ark. 2004; Uzunköy 2007).

Yanıkta en sık görülen ve en ciddi komplikasyonu olan enfeksiyonun kontrol altına alınması; nekrotik ve eskar dokunun temizlenip aseptik koşulların sürdürülmesi,

topikal ajanların kullanılması ve kontaminasyonun önlenmesiyle sağlanabilmektedir (Bigatello 2010; Erdil ve Elbaş 2001; Öncül 2007;Öncül 2008; Yıldırğan ve ark. 1996).

Yanık yarasının bol su ile yıkanması, soğuk su ile soğutulması ve eskaratomi uygulamasından sonraki aşama yanık yarasının derinliğine, genişliğine ve nedenlerine göre tedavi ve bakım planı oluşturulmasıdır (Arıncı 2000; Çetinkale 2001;Ertekin 2008; Sevin 2009; Zor ve ark. 2009).

Yanık yaralarının lokal tedavisinde konservatif ve cerrahi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır.

1. *Konservatif tedavi yöntemleri*

Açık ve kapalı pansuman tedavisi şeklinde uygulanmaktadır.

a) Açık pansuman tedavisi: Yanık yaraları temizlendikten sonra yara üzerine infeksiyonlardan koruyan, epitelizasyonu sağlayan koruyucu örtüler uygulanmalı ve yara açık bırakılmalıdır. Açık pansuman tedavisi özellikle yüz, boyun, genital bölge ve ekstremitelerinde kullanılması önerilmektedir(Arıncı 2000;Çetinkale 2001; Erdil ve Elbaş 2001; Uzunköy 2007).

b) Kapalı pansuman tedavisi: Kapalı pansumanların en önemli amacı yarayı korumak, bakteri penetrasyona engel olmak, ağrıyı, ısı ve sıvı kaybını azaltmak, mikrobiyolojik kontrolü ve canlı dokuların daha hızlı gelişmesini sağlamak, granülasyon dokusu gelişimini hızlandırarak yarayı örülmeye hazır hale getirmektir. Bu amaçla yaranın kapatılması için birçok malzeme kullanılmaktadır (Arıncı 2000;Civelek ve ark. 2007; Çetinkale 2001; Çetinkale 2003;Erdil ve Elbaş 2001).

2. *Cerrahi tedavi yöntemleri*

Yanık yaralarında uygulanan cerrahi tedavi yöntemleri; debridman, eskaratomi, fasiatomi ve greftlemedir.

a) Debridman: Debridman derin yanıklarda nekrotik dokunun sağlıklı dokuya ulaşana kadar çıkarılmasıdır. Enzimatik debridman, mekanik veya cerrahi debridman şeklinde uygulanmaktadır.Enzimatik debridman, yanık alandaki nekrotik doku proteolitik bir madde ile uzaklaştırılması işlemi olarak bilinmektedir. Mekanik debridman, yanık alanındaki nekrotik doku pens ile tutulup makasla kesilme işlemidir. Genellikle günlük pansuman değiştirme veya hidroterapi sırasında gerçekleştirilmektedir.Cerrahi debridman (eksizyon) iseyanık alanın altındaki sağlıklı ve

kanamalı dokulara gelene kadar eskar dokusu ince dilimler halinde kesilerek alınması yöntemidir (Arıncı 2000;Burrel 1992;Çetinkale 2001; Gemalmaz ve ark. 2000; Erdil ve Elbaş 2001).

b) Eskaratomi ve Fasyatomi: Yanık nedeniyle canlılığını kaybetmiş sert, kuru, ağrısız ve esnekliğini kaybetmiş olan deriye eskar adı verilir ve eğer sirküler bir yapıda ise turnike etkisi yaratarak dolaşımı bozar. Doku hipoksisi gerçekleşmeden önce ilk 48 saatte, eskarın kesilmesiyle, eskarın altındaki ödemli dokunun genişlemesinin sağlanması ve yeterli doku perfüzyonunun düzenlenmesi amacıyla eskaratomi yapılmaktadır (Çetinkale 2007; Erdil ve Elbaş 2001; Parviainen 2009; Uzunköy 2007). Fasyatomi ise tam kat yanıklar ile cilt altı yağ dokusunun yandığı durumlarda fasyaya kadar olan tüm nekrotik dokuların kesilerek alınması işlemidir (Çetinkale 2007; Erdil ve Elbaş 2001; Uzunköy 2007).

c) Greftleme: Yanıklı hastanın kendisinden ya da yakınından sağlam bölgesinden alınan greft parçasının yanık alana yerleştirilmesidir (Arıncı 2000; Çetinkale 2001; Erdil ve Elbaş 2001).

Yanık yarası bakımı; beden imajında değişiklik yaratan, çok ağırlı, uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren bir süreçtir. Bu komplike durum yanık yarası bakımında ekip çalışmasının önemini ortaya koymaktadır. Yanık yarası bakımında hasta, hasta ailesi ve ekibin tam bir uyum içinde çalışması; hastanın iyileşme süresini kısaltması ve komplikasyonsuz iyileşmesi açısından önemlidir (Altunseven 2008; Erol 2001; Yalçın ve Özkalp 2005).

Yanık pansumanı yapılmadan önce, hastaya işlem anlatılmalı, endişelerini anlatması sağlanmalı, işlemin ağırlı olabileceği ve yardımının gerektiği söylenmelidir. Aşırı gergin hastalara pansumandan yarım saat öncesinde analjeziklere ek olarak oral anksiyolitik ilaçlar hekim tarafından önerilebilir (Altunseven 2008; Erol 2001; Yalçın ve Özkalp 2005).

Derecesine ve lokalizasyonuna göre planlanan bakım uygulanan hasta, işlem sonrası odasına alınır, uygun pozisyon verilerek rahatlatılır. İşlem sırasındaki girişim ve değerlendirmeler kayıt edilir (Altunseven 2008; Çetinkale 2001; Erol 2001; Zor ve ark. 2009).

2.6.5. Yanıklı Hastalarda Hemşirelik Bakım Süreci

Yanıklı hastalarda hemşirelik bakım süreci; durumun belirlenmesi/veri toplama, hemşirelik tanılarının oluşturulması, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarından oluşmaktadır. Bu çalışmada yanıklı hastaların bakım süreci, hemşirelik eğitimi ve uygulama alanında en çok kullanılan modellerden biri olan Roper'in Yaşam Modeli doğrultusunda ele alınacaktır.

- ***Durumun belirlenmesi/ Veri toplama***

Yanıklı hastanın bakımının planlanması, yaranın ve yanıklı bireyin değerlendirilmesiyle başlar. Yaranın değerlendirilmesinde; yanık alan genişliği, yanık alan derinliği, yanığın oluş biçimi, yanığın etyolojisi, yanığa eşlik eden travma varlığı, vücudun yanan bölgesi, yanık sonrası uygulanan girişimlerin öğrenilmesi önem taşımaktadır (Erdil ve Özhan Elbaş 2001; Kuğuoğlu ve ark. 2003).

Yanıklı bireyin değerlendirilmesinde ise; hasta fiziksel, ruhsal, sosyal, kültürel, ekonomik ve diğer boyutlarıyla bir bütün olarak ele alınmalıdır. Değerlendirmede hastanın yaşı, mesleği, özgeçmişi, kullanmakta olduğu ilaçları, beslenme özellikleri, boy ve kilosu, yaşam şekli, kültürel ve ruhsal durumu, aktivite düzeyi, kendi kendine bakabilme kapasitesi, sağlık bakım harcamaları, beden imajı, beden saygısı dikkate alınmalıdır (Erdil ve Özhan Elbaş 2001; Kuğuoğlu ve ark. 2003). Ayrıca yanık travmasından önceki dönemde stresle başa çıkma beceresi, aile ve sosyal destek alma durumu, ekonomik durumu, bireyin aile içindeki konumu, alkol veya madde kullanımı gibi durumlar bireyin bakımını etkileyeceğinden önemlidir (Blakeney ve ark. 2008).

- ***Hemşirelik tanılarının oluşturulması***

Yanık alanın ve yanıklı bireyin değerlendirilmesinden sonra, toplanan veriler analiz edilir, yorumlanır ve gruplandırılır. Bireyin güçlü yönleri ve sağlık sorunları belirlenir. Bireyin normal işlevsel düzeyi ve gerçek/ olası işlev bozukluğu göstergeleri değerlendirilir. Birey ile birlikte doğrulanan hemşirelik tanılaması yapılır (Babadağ ve Atabek Aştı 2008).

Planlama

Hemşirelik tanıları belirlendikten sonra hemşire, hastasının gereksinim duyduğu bakım planını gerçekleştirebilir. Bu aşamada öncelikler ve hedefler belirlenmelidir. Öncelikler bireyin durumunun stabil ve acil olmasına göre değişmektedir. Yanıklı

bireyin bakım hedefleri; yara hemostazını arttırmak, enfeksiyonu önlemek, yara iyileşme sürecini hızlandırmak, deri bütünlüğünü korumak, normal fonksiyonları geri kazanmak ve rahatlığı sağlamak şeklinde özetlenebilir (Erdil ve Özhan Elbaş 2001; Kuğuoğlu ve ark. 2003).

Aşağıda yanıklı hastalar ile ilişkili olabilecek NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanıları yaşam modelinin yaşam aktiviteleri ögesine göre ele alınmış, hemşirelik bakımının sonuçları ve girişimler açıklanmıştır.

Konforda/Rahatta Değişim: Akut Ağrı

Tanımlayıcı özellikler: Hızlı hareket etme, yüzde gergin bir ifade, kan basıncı ve solunumda değişiklik, huzursuzluk, solgunluk, uykusuzluk, yorgunluk, inleme ve sözel olarak ağrıdan yakınma, anksiyete, korku, baş etme mekanizmalarının yetersiz oluşu, yemek yeme alışkanlıklarında değişim, fiziksel hareketlerde azalma, günlük gereksinimlerini karşılamada yetersizlik, sosyal izolasyon, düşünme sürecinde bozulmadır.

İlişkili faktörler: Yanık nedeniyle sinir uçlarının harabiyeti, bakım ve tedavi uygulamaları, fizik tedavi, rehabilitasyon uygulamaları, enfeksiyon varlığı, anksiyete, depresyon, kaşıntı ve doku rejenasyonu gibi faktörlerdir.

Hemşirelik bakım sonuçları:

Birey;

- Ağrı nedenini, ağrıyı arttıran/azaltan etmenleri tanımlayabilecek.
- Ağrısının geçtiğini sözlü/sözsüz olarak ifade edecek.
- Yeterince dinlenebildiğini, uyuyabildiğini ve ağrısının kontrol altına alındığını ifade edecek.
- Yaşam bulgularının normale dönecek.

Hemşirelik girişimleri

- Ağrının yeri ve şiddeti, ağrıyı azaltan/arttıran faktörler değerlendirilir.
- Ağrının fizyolojik belirtileri ile anksiyete, korku, endişe, depresyon gibi psikolojik belirtileri yönünden hasta izlenir.
- Bireye özel tedavi planının uygulanması sağlanır ve uygulanacak tüm girişimler öncesinde bireye açıklama yapılır.

- Ağrılı girişimlerden en az yarım saat önce hekim istemine uygun analjezik ilaçlar uygulanır.
- Anksiyete ve ajitasyonu kontrol altına almak için istemde bulunan anksiyolitikler verilir.
- Verilen ilaçların etkinliği değerlendirilir.
- Emosyonel destek sağlanır.
- Ortamdaki uyaranlar azaltılır, gereksiz gürültü engellenir.
- Baş etmeyi kolaylaştırmak için yeterli dinlenme süreleri planlanır.
- Ağrıyı azaltmak/ gidermek amacıyla derin nefes alma, ağrıyla baş etme yöntemleri, dikkati başka yöne çekme, hipnoz, müzik terapisi gibi ilaç dışı yöntemler kullanılır.
- Hastaya pozisyon verme sırasında cildin daha fazla travmaya maruz kalmasını önlemek için uygun araçlar kullanılır.
- Pansuman değişimi gibi ağrılı işlemlerde hastanın işleme katılımı sağlanır.
- Rehabilitasyon döneminde kaşıntıya bağlı ağrı oluşması engellenir.
- Yeni oluşan doku, travmalardan korunur (Biçer 2009; Carrougher ve ark. 2003; Çimen ve Erdine 2007; Çöçelli ve ark. 2008; Erdine 2007; Hanafiah ve ark. 2008; Kurşun ve Kanan 2007; McQuillan ve ark. 2009; Patterson ve ark. 2004; Schug 2008; Talu 2007; Urden ve ark. 2002; Ünlügenç 2008).

İnfeksiyon Riski

Tanımlayıcı özellikler: Kalp hızı, vücut sıcaklığı, solunum sayısı ve derinliğinin artması, kan basıncı ve idrar miktarında azalma, oryantasyon bozukluğu, titreme, glikoz intoleransı ve lokosit sayısındaki azalmadır (Bigatello 2010; Erdil ve Elbaş 2001).

İlişkili faktörler: Doku bütünlüğünde bozulma, doku kaybı nedeniyle bireyin fırsatçı ya da patojen mikroorganizmalarla karşı karşıya kalması, hareketsizlik, beslenme yetersizliği, kateter uygulamaları, aseptik uygulamalar vb. faktörlerdir (Bigatello 2010; Erdil ve Elbaş 2001).

Hemşirelik bakım sonuçları:

- İnfeksiyon gelişimi önlenecek.
- İnfeksiyon kontrol altına alınacak.

Hemşirelik girişimleri:

- Tüm girişimlerde aseptik teknikler uygulanır.
- İzolasyon uygulanır.
- Tetanoz profilaksisi yapılır.
- Yara kültürlerinin düzenli olarak alınıp sonuçlarına göre antibiyotik başlanır.
- Yanıklı alanlardaki kıllar, saçlar ve tırnaklar kesilerek temizliği sağlanır.
- Hareketsizlik, beslenme yetersizliği ve diğer nedenlerle meydana gelebilecek yatak yaralarının önlenmesi için gerekli girişimler uygulanır.
- Ödem ve kontraktürleri azaltmak amacıyla her saat 5-10 dakika ROM egzersizleri yaptırılır.
- Dört saatte bir deri veya varsa greft değerlendirilir ve hastanın iki saatte bir pozisyonu değiştirilir(Burrell 1992; Dannis ve ark. 2007; Erdil ve Elbaş 2001;Thompson ve ark. 2002; Urden ve ark. 2002).

Anksiyete

Tanımlayıcı özellikler:Korku, endişe, dehşet duygusu, tedirginlik, gerginlik, sinirlilik, çaresizlik huzursuzluk, yerinde duramama, olduğu yerde hareketsiz donakalma, dikkat dağınıklığı, aklın sisli, bulanık olması, konsantrasyon güçlüğü, çevrenin olduğundan farklı ve gerçek dışı görülmesi,fiziksel zarar görme ya da ölüm korkusudur (Alkın ve Onur 2007;Işık 2006;Kocabaşoğlu 2005; Kocaman 2008; Loncar ve ark. 2006; Robert ve ark. 2000; Saatçioğlu 2001; Türkçapar 2004).

İlişkili faktörler:Yetersiz ağrı kontrolü, kaşınıtı hissi, bedensel bütünlüğün bozulması, fonksiyon kaybı, sevgi kaybı ve ayrılık korkusu, yabancı kişi ve ortam korkusu, yanıģinkendisi, hastanın bireysel özellikleri, hastalık sürecinin belirsizliği, tedavi ortamı ya da tedavi ekibiyle ilgili bazı etkenlerdir(Alkın ve Onur 2007; ;Gökalp 2000; Işık 1996;Kaya ve Kaya 2009;Kocabaşoğlu 2005;Kocaman 2008;Loncar ve ark. 2006; Lemone ve Burke 1996;Özkan1993; Soykan 2001).

Hemşirelik bakım sonuçları:

Birey;

- Uygulanan tedavi planına katılacak.
- Yanık ünitesinde kaldığı süre boyunca uyum içinde olacak.
- Etkili baş etme yöntemleri geliştirebilecek.

Hemşirelik girişimleri

- Bireye uygulanan tüm bakım ve tedavi girişimleri hakkında bilgi verilir.
- Bireyin, duygu ve düşüncelerini ifade etmesine izin verilir.
- Anksiyetesini arttıran ya da azaltan faktörler araştırılır.
- Geçmişte hastanede yatma ya da yanık travması geçirme durumu araştırılır.
- Sosyal destek sistemlerinin (aile, arkadaş, ekonomik yetersizlikler gibi) yeterlilik durumu değerlendirilir.
- Bireyin kişilik özellikleri tanımlanmaya çalışılır.
- Bireyin stresle baş etme yöntemleri değerlendirilir.
- Yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesine yardımcı olup, kendi bakımına katılımı sağlanır.
- Hastaya uygulanan girişimler sırasında ailenin hazır bulunması sağlanarak, ağrının ve anksiyetenin azaltılması sağlanır.
- Hastanın anksiyete düzeyi tanımlanır.
- Hastanın anksiyetesinin farkında olması, ifade etmesine cesaretlendirilir ve gerekli ortam sağlanır.
- Hastaya anksiyetesini azaltmak amacıyla ilaç tedavisi başlanmışsa, ilaçların istenen etkilerini ve yan etkilerini gözlenir(Çam Çelikel 2003;Gökalp 2000; Kaya ve Kaya 2009; Kocaman 2008;Robert ve ark. 2000; Özkan1993).

Etkisiz Bireysel Baş Etme

Tanımlayıcı Özellikler:Sorunu belirlemede,sorunu çözülebilir bölümlere ayırmada,alternatif çözüm seçeneklerini belirlemede,karar vermedegüçlük yaşaması vesorun çözme gücünü kendindebulamamasıdır.

İlişkili faktörler:Depresyon, ağrı, anksiyete travmanın neden olduğu maddi zararlar, sevdiklerinin kaybı nedeniyle yas tutması, bedensel bütünlüğün bozulması, fonksiyon kaybı, sosyal izolasyon, sosyal destek eksikliği, aile öyküsü ve bireysel özellikleri gibi faktörlerdir (Çelik ve Acar 2007;Çam Çelikel 2003;Erdem ve ark. 2008; Kelleci 2007;Koroğlu 2007; Loncar ve ark. 2006; Soykan 2001;Thombs ve ark. 2006; Ünalacak ve ark 2008; Van Loey ve Van Son 2003; Zhonghua ve ark. 1993).

Hemşirelik bakım sonuçları:

- Bireyin yaşadığı durumdan, duygulardan, düşüncelerden olumlu bir çıkış yolu bulması sağlanacak.
- Kendisini daha güçlü hissetmesi veya yaşamını kontrol etme duygusunu yaşaması sağlanacak.
- Hasta çevresindeki olumsuz durumları değiştirmek için kararlar verecek ve bu kararlarına uygun eylemlerde bulunacak.
- Alternatif ve sağlıklı baş etme mekanizmaları geliştirip kullanacak, durumla ilgili yardım/destek gereksinimini sözel olarak ifade edecek.
- Var olan toplumsal kaynakları ve hizmetleri tanıyacak.
- Kendisi hakkındaki duygu ve düşüncelerini sözel olarak ifade edecek, olumlu özelliklerini tanımlayacak.

Hemşirelik girişimleri:

- Bireyin kullandığı baş etme yöntemleri belirlenir (olumlu/pozitif/sağlıklı veya olumsuz/kaçma).
- Başarılı baş etme yöntemleri geliştirmesine yardım edilir, böylece bireyin günlük yaşamına özgü beklentilerini hastalığına uyarlayabilmesi sağlanır.
- Bireyin rahatsızlığın nedeni olan sorunu belirlemede bireye yardım edilir.
- Güçlerini ve destek faktörlerini tanımasına yardım edilir.
- Bireyde yaşamını kontrol edebileceği duygusunu yaratmaya çalışılır.
- Bireyi gelecekte karşılaşılabileceği sorunları çözmesi için etkili yöntemler öğretilir (Kaya ve Kaya 2009; Kelleci 2007).

Rol Performansında Değişim

Tanımlayıcı özellikler: Hastalık nedeniyle her zamanki aktivitelerini yapamamaya ilişkin suçluluk hissettiğini ifade etmesi, anne- baba rolünü, iş yaşamındaki rolünü kaybedeceği konusunda üzüntülü olduğunu ifade etmesi, bağımsız durumdan birinin yardımına gereksinim duymasından rahatsız olduğunu ifade etmesidir (Kocaman 2008; Park ve ark. 2008).

İlişkili faktörler:Etkisiz bireysel baş etme, ağrı, yorgunluk, fiziksel yetersizlik, sekel oluşumu, rollerini yerine getirmede başkalarına gereksinim duyulması, ümitsizlik ve sıkıntı hisleri gibi etkenlerdir (Kaya ve Kaya 2009).

Hemşirelik bakım sonuçları:

- Hasta ev ve iş sorumluluklarını, öz-bakımını sınırlayan etmenleri belirleyecek.
- Bireysel veya evdeki bakım sorumluluklarını yerine getirebilmesi için gerekenbecerileri sağlama yeteneği gösterecek rol sorumluluklarını yerine getirebilmekten doyum ifade edecek.
- Aile bireyin bakımına katılacak, bireyin hasta rolünden iyi/sağlıklı role dönmesinikolaylaştıracak, anlamlı ilişkileri arttırma yollarını tartışacak (Erdem ve ark. 2008; Kaya ve Kaya 2009).

Hemşirelik girişimleri:

- Birey ve ailenin bilgi gereksinimleri saptanır.
- Gereksinim duyduğu yardımın türü (yemek hazırlama, ev işleri vb.), miktarı belirlenir ve gereksinim duyduğu noktada bireye yardım sağlanır.
- Birey psikososyal bir bütün olarak ele alınarak, girişimler bu doğrultuda uygulanır.
- Rol ve sorumluluklarını yerine getirmede yardımcı olabilecek araç-gereç sağlanır.
- Sorunları ve duygularını paylaşma fırsatını verilir.
- Sosyal destek sistemlerinden yararlanması sağlanır.
- Bireyin bakımına aile/yakınlarının katılımı sağlanır (Erdem ve ark. 2008; Kaya ve Kaya 2009).

Benlik kavramında bozulma: Beden İmajında Bozulma

Tanımlayıcı özellikler: Bedeni ile ilgili olumsuz duygular ifade etmesi, utanma, suçluluk, iğrenme gibi sözel olmayan olumsuz tepkiler vermesi, bedeninin o kısmına bakmama/ dokunmama, o kısmını saklama, bedeni ile ilgili çaresizlik, ümitsizlik, kontrol kaybı, engellenme, güçsüzlük, yetersizlik hissi, kırılğanlık gibi olumsuz duygular yaşaması, kendine zarar verme, intihar girişimleri, yemek alışkanlıklarında değişme olarak sıranabilir(Çakır ve Kulaksızoğlu 2007; Kocaman 2008; Park ve ark. 2008; Thompson ve ark. 2002;Wiechman ve Patterson 2008).

İlişkili faktörler: Yaşanılan yanık travmasının kendisi, beden işlevlerinde bozulma, geçirilen cerrahi girişimler, sakatlık veya şekil bozukluğunun oluşması, aktivitelerin kısıtlanması, sosyal etkileşimde bozulma gibi faktörlerdir(Arıncı 2000; Çakır ve Kulaksızoğlu 2007; Kocaman 2008; Van Loey ve ark. 2003; Park ve ark. 2008; Thompson ve ark. 2002;Wiechman ve Patterson 2008).

Hemşirelik bakım sonuçları:

Birey;

- Görünümünü kabul ettiğini sözel olarak ifade edecek.
- Sağlıklı uyum ve baş etme becerileri gösterecek.
- Öz bakımını, rol ve sorumluluklarını yerine getirmeye istekli olduğunu ifade edecek.

Hemşirelik girişimleri

- Bireyin kendi bedeni ve dış görünümüne ilişkin duygu ve düşüncelerini, korku ve endişelerini ifade etmesi için cesaretlendirilir.
- Bireyin dış görünümünün itici olmadığını göstermek ve güvenini kazanmak amacıyla ailesinin yanında daha fazla zaman geçirilmesi sağlanır.
- Hastayı ziyaret edecek olan bireylerin hastanın dış görünümü ile ilgili önceden bilgilendirilerek, hastaya karşı olumsuz tepkiler göstermesi önlenir.
- Depresyon ve diğer psikolojik hastalık belirti ve bulguları yönünden hasta değerlendirilir.
- Bireyin olumlu yönlerinin farkına varması sağlanır.
- Sosyal ilişkilerini geliştirmesine teşvik edilir.
- Yanığa veya travmaya bağlı cerrahi girişim sonrası bireyin bakım gereksinimlerinin saptanır ve desteklenir. Ayrıca bireyinde kendi bakımına katılımı sağlanır.
- Fizik tedavi ve rehabilitasyonun erken dönemden itibaren başlanması sağlanır (Carpenito 2004; Thompson ve ark. 2002).

Uyku Örüntüsünde Bozulma

Tanımlayıcı özellikler:Bireyin uyumada güçlük çektiğini sözel olarak ifade etmesi, sık uyandığını belirtmesi, erken uyanıp bir daha uyumaması, gündüzleri uyuklamasıdır(Birol 2004).

İlişkili faktörler:Ağrı, anksiyete, depresyon, endişe, korku, ortam değişikliği, hastane ortamının gürültülü olması, yaşam bulgularının izlemi için gece boyunca sık sık uyandırılma, hastanın duygu durumu, ajitasyonu ve kabuslar olarak sıralanabilir (Çakır ve Kulaksızoğlu 2007;Hofland ve ark. 2007; Wiechman ve Patterson 2008).

Hemşirelik bakım sonuçları:

Birey;

- Uykusuzluk belirtilerinin azaldığını ifade edecek.
- Uyku süresi ve kalitesinin arttığını belirtecek.
- Yorgunluğunun azaldığını ifade edecek.
- Gündüz saatlerinde daha dinamik görülecek ve daha fazla enerjiye sahip olduğunu belirtecek (Babadağ ve Atabek Aştı 2008; Birol 2004;Carpenito 2004; Kaya ve Kaya 2009).

Hemşirelik girişimleri

- Bireyin uyku düzeni ve alışkanlıkları belirlenir.
- Bireyin yeterli/kaliteli uyumasını engelleyen düşünceleri açıklamasına fırsat verilir, uyumasını engelleyen faktörler belirlenmeye çalışılır.
- Güvenli, sessiz ve sakin bir ortam sağlanır ve sürdürülür.
- Hastanın konforu sağlanır. Bu amaçla bireyin önceki alışkanlıkları öğrenilir, ağrısı varsa giderilir, rahat edeceği pozisyon belirlenir, tedavi ve bakım uygulamaları hastanın uyanık olduğu saatlerde yapılır.
- Bireyin stresini azaltmaya yönelik bireye yapılacak tüm uygulama ve işlemlerin amacı açıklanır.
- Gevşeme teknikleri hakkında birey ve ailesi eğitilir, bu teknikleri uygulamaları konusunda destek verilir.
- İlaç dışı yöntemler etkisiz olduğunda ise hekim istemine göre ilaç tedavisi uygulanır (Babadağ ve Atabek Aştı 2008; Birol 2004;Carpenito 2004).

Uygulama ve değerlendirme

Planlanan hemşirelik girişimleri uygulanır ve değerlendirilir. Değerlendirme sonucunda belirlenen hedefe ulaşıp ulaşılmadığına göre uygulamaya devam edilir ya da yeniden planlama yapılması gerekir (Birol 2004).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu çalışma, yanık ünitelerinde yatarak tedavi gören hastalarda yanık ağrısı, anksiyete ve depresyon ilişkisini incelemek, yanık ağrısı, anksiyete ve depresyon düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

Bu araştırma ile yanıtlanması beklenen sorular aşağıda belirtilmektedir.

1. Yanık ünitesinde yatan hastaların bireysel özellikleri (yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, sosyal güvence, ilave sağlık sorunu, alışkanlık durumu, yaşamını paylaştığı kişi, maddi-manevi destek alma durumu, ağrı kontrolü, uyku sorunu, daha önceki hastane deneyimi, daha önceki yanık deneyimi, psikolojik tedavi görme durumu) ve yanık özellikleri (yanık şekli, nedeni, bölgesi, yüzdesi, eşlik eden travma varlığı, cerrahi girişim geçirme durumu, enfeksiyon varlığı, komplikasyonlar) nelerdir?
2. Yanık ünitelerinde yatarak tedavi gören hastalarda yanık ağrısı ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki var mı?
3. Yanık ağrısı, anksiyete ve depresyon düzeyini etkileyen faktörler nelerdir?

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırmanın yapıldığı yer olan İstanbul-Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yanık ve Yara Tedavi Merkezi, Türkiye'nin ilk yanık hastanesi olarak Ağustos 2008 tarihinden itibaren hizmet vermektedir. Yanık ve Yara Tedavi Merkezi 16 yanık bakım odası, 6 yataklı yoğun bakım ünitesi ve 2 ameliyathaneden oluşmaktadır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırma evrenini, Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yara ve Yanık Merkezi'nde yatarak tedavi gören yanık hastaları oluşturdu. Örneklem büyüklüğü psikolojik sorunların görülme sıklığı %50 kabul edilerek, 0,05 sapma ve %95 güven düzeyinde evren büyüklüğü bilinmeyen formüle göre ($n = \frac{t^2 pq}{d^2}$)

hesaplanarak, 39 birey olarak belirlendi (Choiniere ve ark. 1989; Fauerbach ve ark. 1997; Karataş 2004; Loncar ve ark. 2006; Madianos ve ark. 2001). Ancak hastaların, yedi günden önce taburcu olma olasılığı ve çalışmadan ayrılmak isteme durumları göz önüne alınarak, 60 hastaya ulaşılması hedeflendi ve yanık ünitesinde yatarak tedavi gören 60 hastaya ulaşıldığında çalışma tamamlandı. Araştırma verileri, 29 Nisan- 29 Temmuz 2009 tarihleri arasında toplandı.

Örneklemin amaçlı örneklem yöntemi ile seçilmesine ve literatür incelenerek (Echevarria-Guanilove ark. 2006; Loncar ve ark. 2006) aşağıdaki seçim kriterlerine uyulmasına karar verildi.

Örneklem seçiminde kriterler

Bireyin;

- 15-84 yaş arasında bulunması,
- Yedi gün ve üzeri süredir yanık ünitesinde yatıyor olması,
- Anket doldurmayı engelleyecek düzeyde bilişsel yetersizliği olmaması,
- Çalışmaya gönüllü olarak katılması gerekmektedir.

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

3.5.1. Veri toplama araçları

Verilerin toplanmasında;

- Yanık Özelliklerine İlişkin Bilgiler Formu (EK-3),
- Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bilgiler Formu (EK-4),
- Görsel Analog Skala (VAS) (EK-5),
- Mc Gill Kısa Ağrı Soru Formu (EK-6),
- Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (EK-7),
- Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK-8) kullanıldı.

3.5.1.1. Yanık Özelliklerine İlişkin Bilgiler Formu(EK-3)

Yanık özelliklerine ilişkin bilgiler formu, konu ile ilgili literatür (Danış 1999; Gözalan 2007; Günay ve ark. 1995; Loncar ve ark. 2006; Park ve ark. 2008; Taal ve Faber 1998) rehberliğinde hazırlanmış olup uzman görüşü alınmıştır. Bu form yanık şekli, nedeni, bölgesi, yüzdesi, eşlik eden travma varlığı, cerrahi girişim geçirme

durumu, infeksiyon varlığı, komplikasyonlar gibi değişkenleri içeren sorulardan oluşmuştur.

3.5.1.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bilgiler Formu (EK-4)

Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bilgiler formu, literatür bilgilerinin (Arslan 2002; Danış 1999; Gözalan 2007; Jaffe ve Patterson 2004; Loncar ve ark. 2006; Park ve ark. 2008) doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, sosyal güvence, ilave sağlık sorunu, alışkanlık durumu, yaşamını paylaştığı kişi, maddi-manevi destek alma durumu, ağrı kontrolü, uyku sorunu, daha önceki hastanedeneneyimi, daha önceki yanık deneyimi, psikolojik tedavi görme durumu gibi bireysel özelliklerle ilgili soruları içermektedir.

3.5.1.3. Görsel Analog Scale (VAS) (EK-5)

Görsel Analog Skala (VAS); son derece basit, etkin, tekrarlanabilen ve en az araç gerektiren bir ağrı şiddeti ölçüm yöntemidir. Klinik ortamda ağrı şiddetinin hızlı bir şekilde ölçülmesini sağlar. VAS dikey veya yatay olarak çizilmiş 10 cm. uzunluğunda bir çizelgeden oluşmaktadır (Şekil). Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi ağrısını işaretlemektedir. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirtmektedir VAS yanıklı hastalarda ağrı ölçümünde en sık kullanılan ölçektir. (Carroughe ve ark. 2003; Echevarría-Guanilove ark. 2006; Eti Aslan 2002; Güzeldemir 1995; Patterson ve ark. 1997; Zor ve ark. 2009).

VAS'ın kullanımı oldukça kolay olmakla birlikte, güvenilir verilerin elde edilebilmesi için hastaya iki uç nokta bulunduğu ve bu noktalar arasında ağrısının şiddetine uyan herhangi bir yeri işaretlemekte özgür olduğu açıklanmalıdır (Eti Aslan 2002; Güzeldemir 1995; Yücel 2000).

Ölçeğin geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları Aslan tarafından yapılmış olup, Cline ve ark. (1992) VAS'ın standardizasyonu sağlamak amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda VAS'ın dikey kullanımının hastalar tarafından daha iyi anlaşıldığı belirtilmektedir (Eti Aslan 2002).

3.5.1.4. Mc Gill Kısa Ağrı Soru Formu (EK-6)

Mc Gill Kısa Ağrı Soru Formu, ağrının niteliğini belirlemeye yönelik 15 madde, ağrının şiddetini belirlemeye yönelik 0 (hiç) ile 5 (dayanılmaz ağrı) arasında puan

verilerek değerlendirilen ağrı skalası ve ağrının yerinin işaretlenmesini sağlayan 3 bölümden oluşmaktadır(Eti Aslan 2002;Kuğuoğlu ve ark. 2003). Yanık hastalar için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Mason ve ark. (2008) tarafından yapılmış olup pek çok çalışmada kullanılmıştır (Byers ve ark. 2001; Choienere ve ark. 1989;Falder ve ark. 2009; Ptacek ve ark. 2000).

Mc Gill Ağrı Soru Formu, 1971 yılında Melzack ve Targerson tarafından geliştirilen, ondan fazla ülkenin diline çevrilen ve ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği Kuğuoğlu, Eti Aslan ve Olgun (1998) tarafından yapılan bir ölçektir (Melzack 1987; Eti Aslan 2002;Kuğuoğlu ve ark. 2003).

3.5.1.5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (EK-7)

BAÖ; bireylerin anksiyete belirtilerinin şiddetini ölçmeyi amaçlayan ve Likert tipi 4 dereceli (hiç ile ciddi derece arasında) bir ölçek üzerinde kişi tarafından derecelendirilen 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddelerinde anksiyetenin tipik belirtilerinin (uyuşma veya karıncalanma, sıcak/ateş basması, kalp çarpıntısı, dengeyi kaybetme korkusu, ölüm korkusu, dehşete kapılma, yüz kızarması ve sinirlilik gibi) son bir haftadaki varlığı ve şiddeti ölçülmektedir.

Bu ölçek 21 sorudan oluşmaktadır. Her bir soru 0 (hiç) ile 3 (ciddi derecede) arasında değerlendirilmektedir ve yüksek puanlar anksiyete yakınmalarındaki artışa işaret etmektedir. Böylece bu ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir.Puanların belli kesme noktaları bulunmakta olup hafif düzeyde anksiyete (0-21puan),orta düzeyde anksiyete (22-35 puan) ve yüksek düzey anksiyete (36-63 puan) olarak ayrılmaktadır Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe standardizasyonu Ulusoy (1993) tarafından gerçekleştirilmiştir (Motan ve Gençöz 2007; Özalp 2008; Tarsuslu ve ark. 2010). BAÖ' nin yanıklı hastalarda kullanımı yaygındır (Kring ve ark. 2007; Loncar ve ark. 2006).

3.5.1.6. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK-8)

BDÖ; depresyonda görülen bedensel, duygusal, bilişsel ve motivasyonel belirtileri ölçen 21 maddelik bir ölçektir. Her bir soru 0 ile 3 arasında bir puan almaktadır. Yüksek puanlar depresif yakınmaların şiddetinde artışa işaret etmektedir. Böylece bu ölçekten alınabilecek toplm puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. Genellikle 17 puan ve üzeri klinik ilgi gerektiren depresyon şeklinde belirtilmektedir. Ancak ölçeğin orjinalinde puanların belli kesme noktaları bulunmaktadır. Hafif düzeyde

depresyon (11-17 puan),orta düzeyde depresyon (18-29 puan) ve yüksek düzey depresyon (30-63 puan) olarak ayrılmaktadır (Aydemir ve Köroğlu 2007;Motan ve Gençöz 2007; Özalp 2008; Thombs 2007;Yüksel 2006).

Beck ve arkadaşları (1979) tarafından geliştirilen ölçeğin, Türkçe uyarlaması ise Tegin (1980) ve Hisli (1988, 1989) tarafından gerçekleştirilmiştir (Hisli 1988; Motan ve Gençöz 2007, Özalp 2008; Yüksel 2006). Yanıklı hastalarda BDÖ yanıklı hastalarda sık kullanılan bir ölçek (Falder ve ark. 2009; Kring ve ark. 2007;Pope ve ark. 2007; Thombs ve ark. 2006; Thombs ve ark. 2007a, Thombs ve ark. 2007b; Wiechman ve Patterson 2008) olup Thombs (2007) ölçeğin yanıklı hastalarda kullanılmasının uygun olduğu bildirilmektedir.

3.5.2. Araştırmanın Uygulanması

- Çalışmanın sürdürüleceği yanık ünitesine kabul edilen yanıklı bireyler örneklem seçim kriterlerine göre incelendi. Araştırma kapsamına alınacak bireyler belirlenerek hastalar çalışma hakkında bilgilendirildi, bilgilendirme formu ile gönüllü onay formu imzalandı ya da imza atamayacak durumda olan bireylerden sözel onay alındı.
- Yanık Özelliklerine İlişkin Bilgiler Formu (EK-3), Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bilgiler Formu (EK-4), Visual Analog Scale (VAS) (EK-5), Mc Gill Kısa Ağrı Soru Formu (EK-6), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (EK-7), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK-8) formları doldurularak veriler toplandı.
- Veriler yanık travmasını izleyen birinci ve ikinci hafta içinde olmak üzere iki defada toplandı.
- Veriler tedavi ve bakım uygulamalarının yapılmadığı, dinlenme sırasında toplandı.

3.5.3. Verilerin İstatistiksel Analizi

- Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15,0 programı kullanıldı.
- Çalışma verileri değerlendirilirken sayı, yüzdelik, ortalama, standart sapma, ve Ki-Kare testleri(Spearman Korelasyon, Ki – Kare Bağımsızlık, Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis Testleri) kullanıldı.
- Sonuçlar %95’lik güven aralığında, $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK VE YASAL YÖNLERİ

- Örneklem grubu seçim kriterlerine uyan bireylere, çalışmanın amaç ve yararları açıklanarak araştırmaya katılmak isteyip istemedikleri soruldu ve araştırmayı istedikleri zaman bırakma hakları olduğu belirtildikten sonra Gönüllü Bilgilendirme Onam Formu (EK-1) Gönüllü Olur Onam Formu (EK-2) onayları alındı ve onay belgesi imzalamak için engeli olmayanlara imzalatıldı.
- İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurul’undan yazılı onay alındı (EK-9).
- Çalışmanın Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde uygulanması için Sağlık Bakanlığı’ndan yazılı onay alındı (EK-10).

3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Tez önerisinin hazırlandığı süre içerisinde yanıklı hastaların ağrı, anksiyete ve depresyon ilişkisinin belirlenmesine yönelik Türkiye’de yapılmış herhangi bir bilimsel çalışmaya rastlanmamış olması, aynı alanda daha önce yapılmış çalışmaların yol gösterici işlevinden yararlanılmasını engelledi. Bu güçlük, gerek kuramsal çerçevenin oluşturulmasında gerekse verilerin değerlendirilmesi aşamasında daha çok yabancı literatürden yararlanılmasına neden oldu.
- Türkiye çapında bir örneklemle çalışmak için yeterli zamanın ve finansman kaynağının olmaması nedeniyle, çalışma evreninin yalnızca İstanbul-Kartal olarak belirlenmesi çalışmanın sınırlı sayıda örneklem ile yapılmasına neden oldu.
- Şiddetli ağrısı olan hastalarda verilerin toplanması aralıklı (30 dakika ara ile) gerçekleştirildi. Bu durum verilerin toplanma süresinin uzamasına neden oldu.
- Çalışmaya katılan bireylerin bazıları istekli olmalarına karşın anket soru formlarının uzun olmasından dolayı sıkıldıklarını belirtti.
- Araştırmanın bireysel olarak yapılması gereği, insan gücü açısından bir sınırlılık oluşturdu.

4. BULGULAR

Yanık ünitelerinde yatarak tedavi gören hastalarda yanık ağrısı, anksiyete ve depresyon ilişkisini incelemek, yanık ağrısı, anksiyete ve depresyon düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanan ve gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular istatistiksel analizleri yapılarak tablolar halinde sunulmaktadır.

Çalışmanın bulguları;

- Hastaların tanıttıcı özelliklerine ilişkin bulgular
- Yanık özelliklerine ilişkin bulgular
- Yanık ağrısı, anksiyete ve depresyon ile ilgili özellikleri gösteren bulgular olmak üzere 3 bölümde ele alındı.

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=60)

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Yaş grupları	≤40	33	55
	>40	27	45
Yaş ortalaması yılı (Ort±SS) (Dağılım)		37,50±14,2 (Minimum=17, Maksimum=75)	
Cinsiyet	Kadın	11	18,3
	Erkek	49	81,7
Meslek	Öğrenci	5	8,3
	Ev hanımı	5	8,3
	İşçi	40	66,7
	Memur	4	6,7
	Emekli	2	3,3
	Diğer	4	6,7
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	6	10,0
	İlköğretim	30	50,0
	Lise	16	26,7
	Yüksekokul	8	13,3
Sosyal güvence	Var(SGK)	47	78,3
	Yok	13	21,7
Alishkanlık durumu	Yok	27	45,0
	Var	33	55,0
Alishkanlık şekli	Sigara	31	94,0
	Alkol	1	3,0
	İlaç kullanımı	1	3,0
Yaşamını paylaştığı kişi	Tek başına	4	6,7
	Aile ile	52	86,6
	Arkadaş ile	4	6,7
Sosyal destek durumu	Var	52	86,7
	Yok	8	13,3
Sosyal destek yeterlilik	Evet yeterli	46	88,5
	Hayır yetersiz	6	11,5

Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde; çalışma kapsamındaki 60 yanıklı hastanın %18,3'ünün (n=11) kadın, % 81,7'sinin (n=49) erkek olduğu saptandı. Yaş ortalaması 37,50±14,2 yıl olan yanıklı hastaların %55'inin (n=33)

40 yaşından küçük, %45'i (n= 27) ise 40 yaşından büyük olduğu belirlendi. Hastaların %3,3'ünün (n=2) emekli, %6,7'inin (n=4) memur, %8,3'ünün (n=5) öğrenci, %8,3'ünün (n=5) ev hanımı, %66,7'inin işçi (n=40) olduğu belirlendi. Hastaların %6,7'i diğer seçeneğini işaretlemiş olup farklı meslek gruplarını belirtti. Bu meslek grupları arasında sınıflandırılacak bir tür bulunamadı (Tablo 4.1.1).

Eğitim durumları incelendiğinde, ilköğretim mezunu olanların oranı %50 (n=30) ile ilk sırada olup, %10'unu (n=6) okur-yazar olmayanlar oluşturdu. Hastaların %78,3'ünün (n=47) sağlık güvencesi olduğu belirlendi. Hastaların %55'inde sigara (n=31), alkol (n=1) ve ilaç kullanımı (n=1) gibi kötü alışkanlıklar bulunmakta olup, sigara kullanımı ilk sırada belirlendi. Çalışmaya katılan bireylerin %86,6'sı (n=52) ailesiyle birlikte yaşamakta olup, %13,4'ünün ise tek başına (n=4) veya arkadaşları (n=4) ile yaşadığı saptandı. Bireylerin %86,7'i (n=52) sosyal destek aldığını, sosyal destek alanların % 88,5'i (n=46) aldıkları desteği yeterli gördüğünü ifade etti (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2: Yanık Yaralanmasından Önceki Döneme Ait Sağlık Sorunlarının Dağılımı (N=60)

Özellikler		n	%
Daha önce hastaneye yatma durumu	Evet	27	45,0
	Hayır	33	55,0
Daha önce yanık deneyimi	Evet	5	8,5
	Hayır	55	91,5
İlave sağlık sorunu*	Evet	8	13,3
	Hayır	52	86,7
Daha önce psikolojik tedavi görme durumu	Evet	0	0
	Hayır	60	100

*Sınıflandırılacak tür bulunamadı.

Hastaların yanık yaralanmasından önceki döneme ait sağlık sorunları incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan hastaların %45'inin (n= 27) daha önce herhangi bir nedenle hastaneye yatmış olduğu, daha önce yanık deneyimi olan hasta oranının %8,5 (n=5) olduğu görüldü. Hastaların %13,3'ünde (n=8) ilave sağlık sorunları bulunduğu ancak sınıflandırılacak tür bulunmadığı belirlendi (Tablo 4.1.2).

4.2. Yanık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1: Yanık Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=60)

Özellikler		n	%
Yanık şekli	İş kazası	31	51,7
	Ev kazası	15	25
	İhmal	12	20
	İntihar	2	3,3
Yanık nedeni	Haşlanma	16	26,7
	Sıcak bir yüzeyle temas	1	1,7
	Alevle temas	22	36,7
	Kimyasal madde	4	6,7
	Elektrik	17	28,2
Eşlik eden travma	Var	5	9,1
	Yok	55	90,9
Yanığa bağlı cerrahi girişim	Cerrahi eksizyon	36	60,1
	Greftleme	11	18,3
	Fasiyotomi	2	3,3
	Eskarotomi	2	3,3
	Yapılmadı	9	15
Yanık genişliği	0-%9	7	12,1
	%10-%19	15	25,9
	%20-%29	18	31,0
	%30-%39	8	13,8
	%40-%49	5	8,6
	%50-%59	4	6,9
	%60-%69	1	1,7
Yanık derinliği	2.derece	12	20,0
	3.derece	7	11,7
	1-2.derece	15	25,0
	2-3.derece	26	43,3
İnfeksiyon	Var	15	25
	Yok	45	75
İlk girişimin yapıldığı yer	Devlet hastanesi	39	64,4
	Üniversite hastanesi	11	18,6
	Özel hastane	10	17

Yanık özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 4.2.1’de verilmektedir. Çalışma kapsamına alınan hastaların %51,7’sinin (n=31) iş kazası nedeniyle vücudunda yanık meydana geldiği görüldü. Geri kalan hastaların %25’inin (n=15) ev kazası, %20’sinin (n=12) ihmal, %3,3’ünün (n=2) ise intihar nedeniyle geliştiği belirlendi. Hastaların

%36,7'si(n=22) alevle temas sonucu yaralandığı, %28,2'sinin (n=17) elektrik, %26,7'sinin (n=16) haşlanma nedeniyle gerçekleştiği saptandı. Yanıkla birlikte travma geçiren hasta oranı %9,1 (n=5) olarak saptandı. Hastaların %60,1'ine (n=36) cerrahi eksizyon, %18,3'üne (n=11) greftleme ve %6,6'sına (n=4) fasyotomi ve eskaratomi işlemlerinin yapıldığı belirlendi.

Yanık genişliği ve derinliği açısından veriler incelendiğinde hastaların %31'inde(n=18)%20-%29 arasında yanık genişliği saptanırken; %43,3'ünde (n=26) hem ikinci hem de üçüncü derece yanık derinliğinin görüldüğü, sadece 1 bireyin %60 ve üzeri yanık alanı olduğubelirlendi. Yanık yaralanmasını izleyen süreçte hastaların %25'inde (n=15) infeksiyon geliştiği saptandı(Tablo 4.2.1).

Hastalara uygulanan ilk girişimlerin %64,4'ünün (n=39) devlet hastanelerinde, %18,6'nın (n= 11) üniversite hastanelerinde ve %17'sinin (n=10) özel hastanelerde yapıldığı belirlendi (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2: Hastaların Yanık Bölgesine Göre Dağılımı (N=60)

Bölge*		n	%
Eller-kollar	Var	38	63,3
	Yok	22	36,7
Ayaklar-bacaklar	Var	16	26,7
	Yok	44	73,3
Yüz	Var	22	36,7
	Yok	38	63,3
Gövde	Var	33	55,0
	Yok	27	45,0
Genital Bölge	Var	3	5,0
	Yok	57	95,0
Baş-boyun	Var	5	8,3
	Yok	55	91,7
Gluteal bölge	Var	5	8,3
	Yok	55	91,7

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yanık bölgelerinin dağılımları incelendiğindeyanıkların en çok eller-kollar (%63), gövde (%55) ve yüz (%36,7) bölgelerinde meydana geldiği görüldü (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.3: Yanık Öncesi ve Sonrası Dönemde Uyku Sorunu Yaşama Durumunun Karşılaştırılması (N=60)

Yanık öncesi uyku sorunu yaşama		Yanık sonrası hastanede uyku sorunu yaşama		Toplam
		Evet	Hayır	
Evet	n	9	1	10
	%	90,0	10,0	100,0
Hayır	n	32	18	50
	%	64,0	36,0	100,0
Toplam	n	41	19	60
	%	68,3	31,7	100,0

$X^2=2,603$, $P= 0,107$

Tablo 4.2.3 incelendiğinde, yanık öncesi uyku sorunu yaşamayan hastaların %64'ünün (n=32) yanık sonrası hastanede yatma sürecinde uyku sorunu yaşadığı belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 4.2.4 Yanık Sonrası Dönemde Uyku Sorunu Nedenlerinin Dağılımı (N=60)

Uyku sorunun nedenleri *		n	%
Ağrı	Evet	33	55,0
	Hayır	27	45,0
Tedavi ve bakım uygulamaları	Evet	3	5,0
	Hayır	57	95,0
Gürültü	Evet	5	8,3
	Hayır	55	91,7
Kabuslar	Evet	6	10,0
	Hayır	54	90,0
Endişe-korku	Evet	15	25,0
	Hayır	45	75,0

*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Uyku sorunu nedenlerinin dağılımları incelendiğinde, yanık nedeniyle tedavi gören hastaların %55'i (n=33) ağrı, %25'i (n=15) endişe – korku, %10'u (n=6) gördüğü kabuslar, %8,3'ü (n=5) oluşan gürültü ve %5'i de (n=3) uygulanan tedavi ve bakım işlemleri nedeniyle uyku sorunu yaşadığını belirtti(Tablo 4.2.4).

4.3. Yanık Ağrısı, Anksiyete ve Depresyon İle İlgili Özellikleri Gösteren Bulgular

Tablo 4.3.1: Bireylerin VAS ve Ağrı Şiddeti Toplam Puan Dağılımları (N=60)

Ölçekler	Ortalama±SS	Minimum-Maksimum
VASI ^a	6,80±2,7	0-10
VASII ^b	3,62±2,9	0-9
Ağrı şiddeti I ^c	3,10±1,4	0-5
Ağrı şiddeti II ^d	1,71±1,3	0-4

^a Visuel Analog Skala (Görsel Analog Skala) yanık travmasını izleyen ilk hafta içinde uygulanan ölçeğin puan dağılımı

^b Visuel Analog Skala (Görsel Analog Skala) yanık travmasını izleyen ikinci hafta içinde uygulanan ölçeğin puan dağılımı

^c Yanık travmasını izleyen ilk hafta içinde uygulanan McGill Kısa Ağrı Soru Formunda alınan puan dağılımı

^d Yanık travmasını izleyen ikinci hafta içinde uygulanan McGill Kısa Ağrı Soru Formunda alınan puan dağılımı

Bireylerin VAS ve Ağrı Şiddeti toplam puan dağılımları incelendiğinde,örnekleme oluşturan hastaların, ilk hafta değerlendirmelerinde,ağrı şiddetiölçeklerinden aldıkları toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğugörüldü (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.2: Yaş, Cinsiyet ve Sosyal DestekDurumlarına göre VAS ve Ağrı Şiddeti Puan Dağılımları (N=60)

Özellikler		VASI Ort. ±SS	VASII Ort. ±SS	Ağrı Şiddeti I Ort. ±SS	Ağrı Şiddeti II Ort. ±SS
Yaş	≤40	6,97±2,5	3,61±2,8	3,12±1,3	1,73±1,2
	>40	6,59±2,9	3,63±3,2	3,07±1,5	1,69±1,4
	Pearson korelasyon	r=0,141	r=0,067	r=0,141	r=0,091
	p	p=0,284	p=0,614	p=0,283	p=0,493
Cinsiyet	Kadın	8,09±1,9	3,82±3,6	3,82±1,2	2,00±1,4
	Erkek	6,51±2,8	3,57±2,8	2,94±1,4	1,65±1,2
	Mann-Whitney U	-1,749	-0,116	-1,894	-0,769
	p	0,08	0,908	0,058	0,442
Sosyal destek	Var	6,90±2,7	3,71±2,9	3,15±1,4	1,75±1,2
	Yok	6,13±2,6	3,00±2,8	2,75±1,2	1,50±1,2
	Mann-Whitney U	-0,869	-0,614	-0,898	-0,454
	p	0,385	0,539	0,369	0,650
Destek yeterliliği	Yeterli	6,73±2,8	3,50±3,1	3,00±1,5	1,67±1,3
	Yetersiz	8,17±1,7	5,33±0,8	4,33±0,5	2,33±0,5
	Mann-Whitney U	-1,043	-1,661	-2,126	-1,349
	p	0,297	0,097	0,033*	0,177

*p<0,05

Tablo 4.3.2 incelendiğinde; yetersiz sosyal destek alan hastaların ağrı şiddeti puan ortalamalarının yüksek bulunduğu ve birinci hafta ağrı şiddeti değerlendirmesinden aldıkları toplam puan ile sosyal destek yeterliliği değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandığı belirlendi ($p<0,05$). Yaş ve cinsiyet değişkenleri ile VAS ve Ağrı şiddeti ölçekleri arasında istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı ilişki bulunmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4.3.2).

Tablo 4.3.3: Bireylerin Hissettikleri Ağrının Niteliği (N=60)

Ağrı niteliği* 1. hafta	n	%	Ağrı niteliği* 2. hafta	n	%
Zonklama	18	30,0	Zonklama	13	21,7
Batıcı	16	26,7	Batıcı	12	20,0
Sızlama	3	5,0	Sızlama	6	10,0
Karıncaalanma	4	6,7	Karıncaalanma	4	6,7
Çekilme	4	6,7	Çekilme	6	10,0
Yanma	7	11,7	Yanma	5	8,3
Bitkin düşürücü	2	3,2	Diğer	14	23,3
Diğer	6	10,0			

* Bireyler birden fazla yanıt vermiştir.

Bireylerin hissettikleri ağrının niteliğini değerlendiren bulgular Tablo 4.3.3'te yer almaktadır. Bireylerin intravmayı izleyen birinci haftada hissettikleri ağrının niteliğini zonklayıcı %30 (n=18) ve batıcı % 26,7 (n= 16) olarak tanımladığı, birinci ve ikinci hafta değerlendirmelerinde ilk iki sıradaki niteliğin değişmediği belirlendi.

Tablo 4.3.4: Ağrı Kontrolü ile İlişkili Bulguların Dağılımı (N=60)

Özellikler	n	%
Ağrı kontrolü için ilaç tedavisi		
Uygulanan	58	96,7
Uygulanmayan	2	3,3
Ağrı kontrolü yeterliliği		
Yeterli	38	65,5
Yetersiz	20	34,5

Ağrı kontrolü ile ilişkili bulguların dağılımı incelendiğinde, bireylerin %96,7'ine (n=58) yanık sonrası ağrı kontrolü için ilaç tedavisi uygulandığı görüldü. Ağrı kontrolü için ilaç tedavisi uygulanan hastaların % 65,5'i (n=38) ağrı kontrolünü yeterli bulduğunu, %34,5'i (n=20) yetersiz bulduğunu ifade ettiği belirlendi (Tablo 4.3.4).

Tablo 4.3.5: Ağrı Kontrolünde Kullanılan İlaçlar(N=60)

İlaçlar*	Kullanma durumu	n	%
Opioidler	Evet	17	28,3
	Hayır	43	71,7
NSAİİ	Evet	35	58,3
	Hayır	25	41,7
Parasetamol	Evet	32	53,3
	Hayır	28	46,7

* Bireyler birden fazla yanıt vermiştir.

Bireylerin ağrı kontrollerini sağlamada kullanılan ilaçların dağılımları incelendiğinde; en sık kullanılan ilaçlar NSAİİ %58,3 (n=35) olup, Parasetamol grubu ilaçlar ile Opioidler daha az tercih edilen ilaçlar olarak belirlendi (Tablo 4.3.5).

Tablo 4.3.6: Ağrıya Neden Olan Tedavi Yöntemlerinin Dağılımları (N=60)

Tedavi Yöntemleri*		n	%
Pansuman değiştirme	Evet	44	73,3
	Hayır	16	26,7
Debridman	Evet	36	60,0
	Hayır	24	40,0
Hidroterapi	Evet	42	70,0
	Hayır	18	30,0
Greftleme	Evet	4	6,7
	Hayır	56	93,3
İlaç uygulaması	Evet	12	20,0
	Hayır	48	80,0
Mobilizasyon	Evet	18	30,0
	Hayır	42	70,0
İmmobilizasyon	Evet	8	13,3
	Hayır	52	86,7

* Bireyler birden fazla yanıt vermiştir.

Çalışmaya katılan bireylerde ağrıya neden olan tedavi yöntemlerinin dağılımları incelendiğinde; bireylerin %73,3'ünün (n=44) pansuman değiştirme sırasında, %70'inin (n=42) hidroterapi uygulama esnasında, %60'ının (n=36) ise debridman uygulamaları sırasında şiddetli ağrı hissettiğini ifade ettiği belirlendi (Tablo 4.3.6).

Tablo 4.3.7: Yanık Özelliklerine İlişkin VAS ve Ağrı Şiddeti Puan Dağılımları (N=60)

Yanık Özellikleri		VASI Ort. ±SS	VASII Ort. ±SS	Ağrı Şiddeti I Ort. ±SS	Ağrı Şiddeti II Ort. ±SS
Yanık şekli	İş kazası	6,29±3,0	2,90±1,5	3,71±2,8	1,67±1,2
	Ev kazası	7,20±2,1	3,33±1,3	3,33±2,9	1,73±1,2
	İhmal	7,42±2,4	3,25±1,2	4,00±3,5	1,75±1,4
	Kruskal-Wallis	1,546	0,903	0,329	0,069
	p	0,462	0,637	0,848	0,966
Yanık nedeni	Haşlanma	6,65±3,2	4,06±3,3	3,12±1,5	2,00±1,3
	Alevle temas	6,95±2,8	3,91±2,9	3,14±1,5	1,86±1,4
	Kimyasal madde	7,50±2,4	3,00±3,8	3,00±1,4	1,25±1,5
	Elektrik	6,59±2,4	2,94±2,3	3,06±1,2	1,35±0,9
	Kruskal-Wallis	0,655	1,436	0,150	2,872
	p	0,884	0,697	0,985	0,412
Yanık bölgesi	Görünen ^a	7,06±2,6	3,88±3,2	3,13±1,4	1,81±1,4
	Görünmeyen ^b	7,30±1,9	2,90±2,8	3,10±1,1	1,60±1,1
	Diğer ^c	6,53±2,9	3,71±2,8	3,09±1,5	1,70±1,3
	Kruskal-Wallis	0,431	0,666	0,039	0,204
	p	0,806	0,717	0,980	0,903
Yanığa bağlı cerrahi girişim	Cerrahi eksizyon	6,72±3,0	4,08±3,2	3,11±1,5	1,94±1,3
	Greftleme	7,45±1,7	2,09±2,2	3,27±1,1	1,00±0,9
	Diğer ^d	7,50±1,7	3,00±3,6	3,25±0,9	1,25±1,5
	Mann-Whitney U	-0,407	-1,865	-0,129	-2,126
	p	0,684	0,062	0,897	0,033*
Yanık genişliği	0-%9	5,42±3,0	2,29±2,8	2,29±1,5	1,14±1,2
	%10-%19	7,46±2,4	4,40±3,4	3,33±1,4	1,93±1,4
	%20-%29	7,00±2,0	3,06±2,4	3,11±1,1	1,64±1,1
	%30-%39	4,62±3,2	3,38±2,5	2,38±1,8	1,38±1,1
	%40 ve üzeri	8,00±2,8	4,10±3,4	4,00±1,2	2,10±1,4
	Kruskal-Wallis	9,520	2,934	8,494	3,139
	p	0,049*	0,569	0,075	0,535
Yanık derinliği	2.derece	7,00±2,9	3,42±3,6	2,92±1,6	1,67±1,4
	3.derece	6,86±2,3	3,00±3,6	2,86±1,5	1,42±1,6
	1-2.derece	6,40±2,8	4,00±2,1	3,07±1,4	2,07±1,1
	2-3.derece	6,92±2,8	3,65±2,9	3,27±1,4	1,62±1,1
	Kruskal-Wallis	0,540	1,177	0,798	1,638
	$a^2 + b^2 = c^2$	0,910	0,759	0,850	0,651

a Görünen bölge yanıkları olarak eller-kollar, ayaklar-bacaklar, baş, boyun yanıkları ele alınmıştır.

b Görünmeyen bölge yanıkları olarak gövde, genital ve gluteal bölge yanıkları ele alınmıştır.

c Görünen ve görünmeyen bölge yanıklarının birlikte bireyler oluşturmaktadır.

d Fasyotomi ve eskaratomi uygulanan bireyler istatistiksel analize dahil edilmedi.

* p<0,05

Bireylerin VAS ve Ağrı şiddeti değerlendirmesinden aldıkları toplam puanların yanık özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; yanık şekli, yanık nedeni ve yanık bölgesi ile VAS ve ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadığı görüldü ($p>0,05$). Cerrahi eksizyon yapılan hastaların ağrı şiddetinin ($1,94\pm1,3$), greftleme işlemi yapılan hastaların ağrı şiddetine ($1,00\pm0,9$) göre daha fazla olduğu, bireylerin 2. hafta ağrı şiddeti toplam puan ortalamaları ile cerrahi girişim yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.3.7).

Hastaların VAS I değerlendirmesinden aldıkları toplam puan ile yanık genişliği değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$). Yanık alan genişliği büyük olan hastaların ağrı düzeylerinin yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.3.7).

Yanık derinliği göre hastaların VASI, VASII, Ağrı şiddeti I ve Ağrı şiddeti II değerlendirmesinden aldıkları puan dağılımlarına bakıldığında, ikinci derece yanığı olan hastaların ağrı ölçümlerinde aldıkları puan ortalamalarının üçüncü derece yanığı olan hastalardan daha fazla olduğu belirlendi. Ancak istatistiksel anlamlılıkta bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.3.7).

Tablo 4.3.8: İnfeksiyon, Ağrı Kontrolü Yeterliliği, Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu ile Yanık Deneyimi Özelliklerine Göre VAS ve Ağrı Şiddeti Ölçeği Puan Dağılımları

Özellikler		VASI	VASII	Ağrı Şiddeti I	Ağrı Şiddeti II
		Ort. $\pm$ SS	Ort. $\pm$ SS	Ort. $\pm$ SS	Ort. $\pm$ SS
İnfeksiyon	Var	7,00 $\pm$ 3,1	3,60 $\pm$ 3,4	3,13 $\pm$ 1,7	1,60 $\pm$ 1,4
	Yok	6,73 $\pm$ 2,6	3,62 $\pm$ 2,8	3,09 $\pm$ 1,3	1,75 $\pm$ 1,2
	Mann-Whitney U	-0,682	-0,146	-0,282	-0,491
	p	0,495	0,884	0,778	0,623
Ağrı kontrolü yeterliliği	Yeterli	6,66 $\pm$ 2,9	3,42 $\pm$ 3,1	2,95 $\pm$ 1,4	1,55 $\pm$ 1,3
	Yetersiz	7,35 $\pm$ 2,3	4,25 $\pm$ 2,7	3,55 $\pm$ 1,3	2,16 $\pm$ 1,1
	Mann-Whitney U	-0,778	-1,171	-1,539	-1,633
	p	0,436	0,242	0,124	0,102
Daha önce hastaneye yatma durumu	Evet	7,26 $\pm$ 2,5	3,74 $\pm$ 3,2	3,37 $\pm$ 1,4	1,74 $\pm$ 1,3
	Hayır	6,42 $\pm$ 2,8	3,52 $\pm$ 2,7	2,88 $\pm$ 1,4	1,69 $\pm$ 1,2
	Mann-Whitney U	-1,233	-0,142	-1,381	-0,133
	p	0,218	0,887	0,167	0,894
Daha önce yanık deneyimi	Var	5,60 $\pm$ 2,9	3,40 $\pm$ 3,2	3,00 $\pm$ 1,6	2,00 $\pm$ 1,6
	Yok	6,87 $\pm$ 2,7	3,54 $\pm$ 2,9	3,11 $\pm$ 1,4	1,66 $\pm$ 1,2
	Mann-Whitney U	-1,032	-0,110	-0,197	-0,512
	p	0,302	0,913	0,844	0,609

Tablo 4.3.8’de hastaların infeksiyon durumu, ağrı kontrolü yeterlilik durumu, daha önce hastaneye yatma durumu, daha önce yanık deneyimi olma durumları ile VAS ve ağrı şiddeti ölçeği puan dağılımları ile ilgili veriler yer almaktadır. İnfeksiyon varlığı ile ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptandı ($p>0,05$). Ancak ağrı kontrolü yetersiz olan hastalar, daha önce hastanede yatan hastalar ve daha önce yanık deneyimi olmayan hastaların ağrı şiddetinin daha yüksek olduğu belirlendi ($p>0,05$).

Tablo 4.3.9: Bireylerin Beck Anksiyete ve Depresyon Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları (N=60)

Ölçekler	Ortalama±SS	Minimum-Maksimum
BAÖI ^a	15,90±9,2	0-43
BAÖII ^b	14,95±9,1	0-40
BDÖI ^c	15,91±8,8	1-40
BDÖII ^d	17,85±10,7	2-45

^a Yanık travmasını izleyen ilk hafta içinde uygulanan Beck Anksiyete Ölçeği

^b Yanık travmasını izleyen ikinci hafta içinde uygulanan Beck Anksiyete Ölçeği

^c Yanık travmasını izleyen ilk hafta içinde uygulanan Beck Depresyon Ölçeği

^d Yanık travmasını izleyen ikinci hafta içinde uygulanan Beck Depresyon Ölçeği

Tablo 4.3.9 incelendiğinde; örnekleme oluşturan bireylerin BAÖIdeğerlendirmelerinden aldıkları toplam puan ortalamalarının, BAÖIIdeğerlendirmelerinden aldıkları toplam puan ortalamalarından daha yüksek bulunduğu görüldü. Buna karşın bireylerinBDÖIIdeğerlendirmesinden aldıkları puan ortalamalarının, BDÖIdeğerlendirmelerine göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 4.3.10: Bireylerin Beck Anksiyete Ölçeğine göre Anksiyete Düzeyleri(N=60)

Anksiyete düzeyleri	BAÖI		BAÖII	
	n	%	n	%
Düşük düzey anksiyete (0-21 puan)	42	70,0	45	75,0
Orta düzey anksiyete (22-35 puan)	17	28,3	14	23,3
Yüksek düzey anksiyete (36 ve üstü)	1	1,7	1	1,7

Tablo 4.3.10’de bireylerin anksiyete düzeyleri yer almaktadır. Travmayı izleyen ilk hafta içinde bireylerin%70’inde düşük düzey, %28,3’ünde orta düzey, %1,7’inde ise yüksek düzey anksiyete saptanırken, ikinci hafta içinde ise bireylerin %75’inde düşük

düzy, %23,3'ünde orta düzey, %1,7'inde ise yüksek düzey anksiyete belirtileri belirlendi (Tablo 4.3.10).

Tablo 4.3.11: Bireylerin Beck Depresyon Ölçeğine göre Depresyon Düzeyleri (N=60)

Depresyon düzeyi	BDÖI		BDÖII	
	n	%	n	%
Depresyon yok (0-10)	19	31,6	24	40,0
Hafif düzey depresyon (11-17)	25	41,7	13	21,7
Orta düzey depresyon (18-29)	10	16,7	15	25,0
Yüksek düzey depresyon (30 ve üstü)	6	10,0	8	13,3

Bireylerin depresyon düzeyleri incelendiğinde, travmayı izleyen ilk hafta içinde bireylerin %31,7'sinde depresyon görülmez iken, %41,7'inde hafif düzey depresyon, %16,7'inde orta düzey depresyon ve %10'unda yüksek düzey depresyon görüldüğü, ikinci hafta içinde ise %40'ında depresyon görülmezken, %21,7'inde hafif düzey depresyon, %25'inde orta düzey depresyon ve %13,3'ünde yüksek düzey depresyon görüldüğü saptandı (Tablo 4.3.11).

Tablo 4.3.12:Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BAÖ ve BDÖ Puan Dağılımları (N=60)

Özellikler	BAÖI Ort. ±SS	BAÖII Ort. ±SS	BDÖI Ort. ±SS	BDÖII Ort. ±SS
Yaş				
≤40	16,00±9,0	15,61±8,8	16,94±10,4	19,90±10,5
>40	15,78±9,6	14,15±9,5	14,60±6,2	15,29±10,6
Pearson korelasyon	r=0,093,p=0,479	r=-0,017,p=0,898	r=-0,116,p=0,389	r=-0,175,p=0,205
Cinsiyet				
Kadın	18,91±10,4	18,73±10,3	17,27±7,6	21,11±10,1
Erkek	15,23±8,9	14,10±8,7	15,59±9,1	17,20±10,8
Mann-Whitney U	-1,033	-1,435	-0,972	-1,150
p	0,302	0,151	0,331	0,250
Eğitim				
Okur-yazar değil	18,17±13,9	17,33±13,3	17,60±6,7	16,00±13,6
İlköğretim	16,77±9,4	14,80±9,8	15,45±7,6	17,29±10,8
Lise	13,94±8,2	15,25±6,5	17,00±12,8	19,64±9,7
Yüksekokul	14,88±6,6	13,13±8,7	14,50±5,4	18,17±11,8
Kruskal-Wallis	1,223	0,430	0,549	1,149
p	0,748	0,934	0,908	0,765
Sosyal güvence				
Var(SGK)	16,57±9,6	15,04±9,6	15,96±8,4	16,91±10,2
Yok	13,46±7,4	14,62±7,0	15,73±10,9	22,00±12,5
Mann-Whitney U	-1,123	-0,162	-0,486	-1,103
p	0,261	0,871	0,627	0,270
Alışkanlık				
Yok	15,82±9,4	13,52±8,4	15,70±8,6	16,05±8,5
Var	15,97±9,2	16,12±9,6	16,10±9,1	19,09±11,9
Mann-Whitney U	-0,216	-1,161	-0,144	-0,670
p	0,829	0,246	0,885	0,503
Evde yaşam şekli				
Tek başına	16,25±6,9	17,00±8,3	14,00±8,5	25,00±8,5
Aile ile	16,10±9,6	14,94±9,3	16,27±9,2	17,30±10,9
Arkadaş ile	13,00±7,1	13,00±8,0	13,50±1,9	19,00±8,8
Kruskal-Wallis	0,663	0,437	0,672	2,201
p	0,718	0,804	0,715	0,333
Sosyal destek durumu				
Var	16,40±9,6	15,50±9,3	16,43±9,4	18,20±11,0
Yok	12,63±4,7	11,38±7,0	12,75±2,5	15,88±8,9
Mann-Whitney U	-1,100	-1,220	-0,921	-0,414
p	0,271	0,223	0,357	0,679
Sosyal destek yeterlilik düzeyi				
Evet yeterli	15,67±9,5	14,72±8,8	16,14±9,4	16,80±10,2
Hayır yetersiz	22,00±9,4	21,50±11,7	19,00±9,5	29,00±11,8
Mann-Whitney U	-1,634	-1,420	-0,612	-2,137
p	0,102	0,156	0,541	0,033*

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile BAÖ ve BDÖ puan dağılımları incelendiğinde; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sosyal güvence, alışkanlık, evde yaşam şekli, sosyal destek durumu değişkenleri ile BAÖ ve BDÖ puan dağılımları arasında istatistiksel anlamlılık taşıyan bir ilişkinin olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4.3.12).

Kırk yaş üstü bireyler ile kadın hastaların kendi gruplarındaki diğer özelliklerdeki bireylerden daha yüksek BAÖ ve BDÖ puan ortalamalarına sahip olduğu belirlendi ($p>0,05$). Ayrıca okuryazar olmayan bireylerin okuryazar bireylerden, sosyal güvencesi olan bireylerin sosyal güvencesi olmayan bireylerden daha yüksek BAÖ puan ortalamasına sahip olduğu görüldü. Evde tek başına yaşayan bireylerin ise ikinci hafta BDÖ puan ortalamasının ailesi veya arkadaşları ile yaşayan bireylerden daha yüksek bulunduğu saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.3.12).

Yetersiz sosyal destek alan hastaların, BAÖI, BAÖII, BDÖI ve BDÖII değerlendirmelerinden aldıkları toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu, BDÖII puan ortalamaları ile sosyal destek yeterliliği arasındaki farkın anlamlı olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.3.12).

Tablo 4.3.13: Yanık Özelliklerine Göre BAÖ ve BDÖ Puan Dağılımları (N=60)

Özellikler	BAÖI Ort. ±SS	BAÖII Ort. ±SS	BDÖI Ort. ±SS	BDÖII Ort. ±SS
Yanık şekli				
İş kazası	15,06±9,4	14,49±9,3	13,55±6,9	16,57±11,2
Ev kazası	18,73±11,2	18,73±9,8	18,20±7,7	20,69±8,9
İhmal	14,42±5,6	11,50±7,1	15,55±10,8	16,00±11,7
Kruskal-Wallis	1,373	4,538	4,361	2,587
p	0,503	0,103	0,113	0,274
Yanık nedeni				
Haşlanma	17,29±10,4	18,59±9,6	17,18±7,1	21,13±9,4
Alevle temas	15,68±8,6	14,36±8,1	17,18±10,8	19,16±9,6
Kimyasal madde	14,25±3,6	8,75±4,6	11,50±3,0	7,25±3,9
Elektrik	15,18±10,0	13,53±9,8	13,64±8,1	15,88±12,6
Kruskal-Wallis	0,450	5,739	3,453	8,616
p	0,930	0,125	0,327	0,035*
Yanık bölgesi				
Görünülen	14,06±9,2	13,81±7,7	12,06±6,6	16,63±8,2
Görünmeyen	19,80±11,6	19,70±11,7	18,30±6,9	22,63±9,0
Diğer ^y	15,62±8,4	14,09±8,7	17,13±9,9	17,23±12,1
Kruskal-Wallis	1,650	2,358	4,867	2,577
p	0,438	0,308	0,088	0,276
Yanığa bağlı cerrahi girişim				
Cerrahi eksizyon	15,31±8,9	14,94±9,5	16,50±9,9	19,19±10,9
Greftleme	21,55±8,5	16,55±8,6	15,82±6,2	13,73±8,2
Diğer*	15,00±11,6	17,50±11,2	19,33±9,5	19,00±9,8
Mann-Whitney U	-2,138	-0,805	-0,106	-1,346
p	0,032*	0,421	0,916	0,178
Yanık genişliği				
0-%9	13,14±6,9	12,43±3,9	12,71±4,3	14,57±8,9
%10-%19	13,40±7,5	13,67±8,5	15,00±6,9	18,25±9,1
%20-%29	16,83±10,2	15,00±10,8	15,61±9,1	17,93±12,5
%30-%39	13,88±9,9	14,25±9,9	15,33±10,9	16,50±13,1
%40 ve üzeri	23,00±7,9	20,10±8,7	22,33±11,0	21,56±10,5
Kruskal-Wallis	8,051	3,427	4,303	2,319
p	0,090	0,489	0,366	0,677
Yanık derinliği				
2.derece	13,33±7,3	11,08±7,0	15,00±9,6	14,00±8,1
3.derece	16,00±9,1	14,57±9,2	15,14±7,3	16,42±7,2
1-2.derece	16,47±9,1	15,93±8,3	17,79±9,6	20,92±9,1
2-3.derece	16,73±10,3	16,27±10,2	15,50±8,8	18,50±12,9
Kruskal-Wallis	0,403	2,674	0,815	2,722
p	0,940	0,445	0,846	0,436

*p<0,05^y Diğer seçeneği istatistiksel analize dahil edilmedi.

Yanık özelliklerine göre hastaların BAÖ ve BDÖ değerlendirmesinden aldıkları toplam puanlar incelendiğinde; yanık şekli ile BAÖ ve BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmadığı görüldü ($p>0,05$). Ancak, yanık nedenleri ile BDÖ 2. hafta değerlendirmesinden aldıkları toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). Ev kazaları sonucu oluşan yanıklar ile haşlanma nedeniyle oluşan yanıklarda hastaların BAÖ ve BDÖ puan ortalamaları daha yüksek bulundu (Tablo 4.3.13).

Yanık bölgesinin görünürlüğünün, BAÖ ve BDÖ puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkta etkilemediği, ancak görünmeyen bölge (gövde, genital ve gluteal bölge) yanıkları olan hastaların BAÖ ve BDÖ puan ortalamalarının, görünen bölge (eller-kollar, ayaklar-bacaklar, baş, boyun) yanıkları olan hastalara oranla daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.3.13).

Hastaların BAÖ 1. hafta değerlendirmelerinden aldıkları toplam puan ile yanığa bağlı cerrahi girişim geçirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). Ayrıca cerrahi eksizyon uygulanan hastaların BDÖII değerlendirmesinden aldıkları puan ortalmaları, diğer girişim uygulanan hastalara oranla daha yüksek bulundu (Tablo 4.3.13).

Yanık genişliği %40 ($n=10$) ve üzeri olan yanıklı hastaların BAÖ ve BDÖ puan ortalamaları daha yüksek olarak saptanmasına karşın, yanık genişliği ile BAÖ ve BDÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4.3.13).

Yanık derinliğinin, hastaların BAÖ ve BDÖ puan ortalamalarını istatistiksel anlamlılıkla etkilemediği, diğer yandan ikinci ve üçüncü derece yanıkların birlikte bulunduğu hastalarda BAÖ puan ortalamaları ile birinci ve ikinci derece yanıkların birlikte bulunduğu hastalarda BDÖ puan ortalamalarının, diğer yanık genişliğine sahip olan bireylerden daha yüksek olduğu belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 4.3.13).

Tablo 4.3.14:İnfeksiyon, Ağrı Kontrolü Yeterliliği, Uyku Sorunu Özelliklerine Göre BAÖ ve BDÖ Puan Dağılımları (N=60)

Özellikler	BAÖI Ort. ±SS	BAÖII Ort. ±SS	BDÖI Ort. ±SS	BDÖII Ort. ±SS
İnfeksiyon				
Var	16,20±10,6	14,60±11,5	18,17±10,5	18,50±13,9
Yok	15,80±8,8	15,07±8,3	15,31±8,3	17,63±9,5
Mann-Whitney U	-0,094	-0,470	-0,941	-0,227
p	0,925	0,638	0,347	0,820
Ağrı kontrolü yeterliliği				
Yeterli	14,52±8,2	13,16±7,2	14,83±8,7	14,79±8,7
Yetersiz	19,20±10,5	19,15±11,1	18,37±9,1	24,17±11,9
Mann-Whitney U	-1,532	-1,909	-1,374	-2,715
p	0,126	0,056	0,169	0,007*
Uyku sorunu				
Var	18,34±9,4	17,22±9,5	18,49±9,0	20,22±11,1
Yok	10,63±6,2	10,05±5,7	10,33±5,0	13,11±8,2
Mann-Whitney U	-3,047	-3,009	-3,509	-2,204
p	0,002*	0,003*	0,001*	0,028*

*p<0,05

İnfeksiyon, ağrı kontrolü yeterliliği, uyku sorunu özelliklerine göre BAÖ ve BDÖ puan dağılımları incelendiğinde;infeksiyon durumu ile BAÖ ve BDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmadığı, ancak infeksiyonu olan bireylerin BDÖI ve BDÖII puan ortalamaları infeksiyonu olmayan bireylerden daha yüksek bulunduğu görüldü (Tablo 4.3.14).

Hastaların BDÖ 2. hafta değerlendirmesinden aldıkları toplam puan ile ağrı kontrolü yeterliliği arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki saptandı (p<0,01). Bununla birlikte ağrı kontrolü yetersiz olan hastalarda BAÖI,BAÖII, BDÖI ve BDÖII puan ortalamaları yüksek bulundu (Tablo 4.3.14).

Hastalarınuyku sorunu yaşama durumuile BAÖ ve BDÖtoplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı (p<0,05). Ayrıca BDÖ 1. Hafta değerlendirmesinden aldıkları toplam puan ile uyku sorunu arasında ileri derecede anlamlılık saptandı (p<0,001) (Tablo 4.3.14).

5. TARTIŞMA

Yanık sık karşılaşılan, beden imajında değişiklik yaratan, ciddiyetine göre özel, yoğun ve uzun süreli tedavi gerektirebilen, hastaları fiziksel ve psikolojik yönden etkileyen ağrılı bir durum olarak açıklanmaktadır (Biçer 2009). Hastalar tarafından deneyimledikleri en kötü ağrı olarak tanımlanan yanık ağrısının yoğunluğunun, bakım ve tedaviye ilişkin işlemler, yanığın derinliği, genişliği, bireyin yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durumu, geçmiş ağrı deneyimleri, anksiyete, depresyon gibi faktörlere bağlı olarak değiştiğinden söz edilmektedir (Eti Aslan 2006; Husain ve ark. 2007; Gürdal ve Yücel 2007; Kurşun ve Kanan 2007; Loncar ve ark. 2006; Thombs ve ark. 2006; Talu 2007; Ünlügenç 2008; Van Loey ve Van Son 2003).

Multidisipliner ekip yaklaşımını gerektiren ağrı kontrolünde hemşirenin, ağrı nedenlerini, özelliklerini, ağrı kontrolünü etkileyen faktörleri belirleme, değerlendirme ve ağrı tedavisi yaklaşımlarını bilerek hastayı rahatlatma ve iyileşme sürecini kısaltmaya yardımcı olma rolünü üstlendiği belirtilmektedir (Çöçelli ve ark. 2008). Bununla birlikte, yanık ağrısının hastadan hastaya ve aynı hastada değişik zamanlarda farklılıklar göstermesi nedeniyle hemşirelerin sürekli ve bireyselleştirilmiş ağrı tanınması ve yönetimi yapması gerektiği üzerinde durulmaktadır (Kurşun ve Kanan 2007).

Yanık hastalarına verilen bakım kalitesinin artması, mortalitenin azalmasına ve baş edilmesi gereken psikolojik sorunlarla daha çok karşılaşılmasına neden olmaktadır (Mackey ve ark. 2009; Van Loey ve ark. 2003; Wiechman ve Patterson 2008). Yapılan çalışmalar, yanık hastalarının psikolojik gereksinimlerinin yeterince karşılanmadığını, %40-45,5'inde psikolojik sorunların geliştiğini, en sık görülen psikolojik sorunların ise erken ve orta dönemlerde anksiyete ve depresyon olduğunu ortaya koymaktadır (Franulic ve ark. 1996; Madianos ve ark. 2001; Loncar ve ark. 2006; Van Loey ve Van Son 2003; Wallis ve Wind 2006; Wiechman ve Patterson 2008).

Yanıklı hastalarda ağrının kontrol altına alınamaması, anksiyete ve depresyonun belirlenememesi ya da gerekli olan yardımın yapılamamasının hastalık sürecinin uzamasına, iyileşme yönünde motivasyonun azalmasına, yaşam kalitesinin düşmesine, birey, aile ve toplum olarak kaynakların gereksiz yere tüketilmesine, zaman ve enerji

kaybına yol açacağı belirtilmektedir (Kelleci 2007;Kurşun veKanan 2007;Loncar ve ark. 2006; Norman ve Judkins 2004; Ünlüenç 2008).

Bu bilgilerden yararlanarak, yanık ünitelerinde yatarak tedavi gören hastalarda yanık ağrısı, anksiyete ve depresyon ilişkisini incelemek, yanık ağrısı, anksiyete ve depresyon düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanan ve gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular, literatür bilgileri doğrultusunda aşağıdaki başlıklar altında tartışıldı. Bunlar;

- Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
- Yanık özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
- Hastaların tanıtıcı ve yanık özelliklerine ilişkin bulgularının yanık ağrısı, anksiyete ve depresyon ile ilişkisinin tartışılmasıdır.

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Tüm yaş gruplarında yanık epidemiyolojisini araştıran Kocatürk ve ark. (2005) yaş ortalamasını 21,3 yıl (SS=20,0) olarak,Asuquo ve ark. (2008) ise çalışma kapsamına aldıkları 15-70 yaş arası yanıklı bireylerden oluşan örneklemin yaş ortalaması 29,7 yıl olarak saptamıştır. Çalışmamızda ise, araştırma kapsamına alınan 60 yanıklı hastanın yaş ortalaması $37,5 \pm 14,2$ yıl olarak bulundu (Tablo 4.1.1). Çalışmamızdaki yaş ortalamasının Kocatürk ve ark. nın (2005) çalışmasından daha yüksek olması, tüm yanıklar içinde çocuk yanıkların daha fazla görülmesi ve çalışmamızda 15-84 yaş arası bireylerin çalışma kapsamına alınması ile açıklanabilmektedir.

Hastaların cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde, büyük çoğunluğunun (%81,7'i) erkek olduğu saptandı. Bu sonuç,Arslan (2002), Byers ve ark. (2001), Choiniere ve ark. (1989), Çöl ve ark. (1994), Echevarría-Guanilo ve ark. (2006), Engin ve Çakar (1996), İnce ve ark. (2008), Kurtoğlu ve ark. (2003), Sevin (2009) ve Taal ve Faber'in (1997a) çalışmalarındaki bulgular ile paralellik göstermektedir. Bu sonuç çalışmamızdaki bireylerin çoğunluğundayanıkların, iş kazası nedeniyle gelişmiş olması ve kadınların özellikle sanayi alanında daha az aktif rol almasından kaynaklı olabilmektedir.

Literatürde sosyoekonomik düzey ve eğitim durumu yanığa maruz kalınma sıklığını etkileyen faktörler olarak belirtilmektedir (Attia ve ark. 1997). UNICEF'in 2003 yılı raporuna göre, ülkemizdeki okur-yazar oranı kadınlarda %77, erkeklerde ise

%93 olarak belirtilmektedir (Yumuşak 2003). Araştırma kapsamındaki bireylerin eğitim durumları incelendiğinde, bireylerin büyük çoğunluğunun (%90) en az ilköğretim mezunu olduğu belirlendi. Bu sonuç, UNİCEF'in ülkemizin genel eğitim durumu ile ilgili raporu ile paralellik göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda, yanıkların görülme sıklığının yalnız yaşayan ve düzenli bir işe sahip olmayan, sosyoekonomik ve kültürel yönden düşük olan bireylerde daha çok olduğu dikkat çekmektedir (Arslan 2002; Gözalan 2007). Çalışmamızda ise ailesiyle yaşayan (%86,6), sosyal destek alan (%86,7) ve sosyal güvencesi olan (%78) hastaların çoğunlukta olması örneklem grubunun sosyoekonomik ve kültürel yönden orta düzeyde bireylerden oluştuğunu göstermektedir. Sağlık güvencesine sahip olma durumu, hastaların sağlık kuruluşuna daha rahat ulaşabilmelerini sağlayarak, tedavi/bakım almalarını kolaylaştırdığını düşündürmektedir. Ayrıca ailesiyle birlikte yaşayan bireylerin çoğunlukta olması, evde ve hastanede günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yardım/destek alabilme olasılığını arttırdığını düşündürmektedir.

Literatürde kişilik bozukluğu, depresyon, alkol veya madde bağımlılığı ya da ilaç kötüye kullanımı olan kişilerin normal popülasyona göre daha sık yanık hastası olduğunu bildirilmektedir (Cameron ve ark. 1997; Castana ve ark. 2006; Çakır ve Kulaksızoğlu 2007; Gilboa 2001; Van Loey ve ark. 2003; Loncar ve ark. 2006). Yurtdışında yapılan çalışmalarda (Van Loey ve ark. 2003; Loncar ve ark. 2006), yanık öncesi dönemde bireylerde şizofreni, depresyon ya da diğer psikolojik hastalıkların bulunması ve alkol, ilaç ya da madde kullanım oranı %27-35,7 gibi bir oranda görülmekte iken çalışmamızda alkol veya ilaç kullanımı oranının (%6) çok düşük düzeyde olduğu, hastaların %13,3'ünde (n=8) sınıflandırılmayan ilave sağlık sorunları bulunduğu ve psikolojik soruna bağlı tedavi gören hasta olmadığı saptandı (Tablo 4.1.1). Yanık öncesi psikolojik sorunların görülme oranının az olmasının travma sonrası dönemde, travmanın yarattığı psikolojik durumların daha hafif düzeyde yaşanması, iyileşme sürecini kısaltması, bireyin hastalığa uyumunun sağlanması açısından olumlu sonuçlara yol açacağı düşüncesindeyiz.

5.2. Yanık Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Literatürde yangın meydana geldiği yerin, yaş ve cinsiyete göre farklılık gösterdiği, yanıkların tüm yaş gruplarının yaklaşık %80'ninde ev kazaları sonucu geliştiği belirtilmektedir. Ayrıca erkeklerde sıklıkla iş kazası sonucu, alev veya elektrik

nedeniyle, kadınlar da ise daha çok ev kazası sonucu, haşlanma nedeni ile yanıkların geliştiği bildirilmektedir (Çöl ve ark. 1994; Gözalan 2007; Hettiaratchy ve Dziewulski 2004; İnce ve ark. 2008; Kocatürk ve ark. 2005). Çalışmamızda ise iş kazalarının (%51,7) en yüksek oranda yanığa neden olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.1). Bu sonuç çalışan bireylerin risk altında olduğunu, yanık gibi büyük bir travmayı önlemede işyerlerinde işçiler kadar işverenlere de büyük sorumluluklar düştüğünü göstermektedir.

Ülkemizdeki tüm yanıklarda etyolojinin daha çok "sıcak su ile haşlanma" ve "direkt alev ile yanma" şeklinde olduğunu belirten çalışmalar bulunmakla beraber, literatürde farklı sonuçlara ulaşan çalışmalar da bulunmaktadır (Asuquo ve ark. 2008; Al ve ark. 2005; Al ve ark. 2006; Atabey 2010; Benson ve ark. 2006; Carroughe ve ark. 2003; Çöl ve ark. 1995; Günay ve ark. 1995; İnce ve ark. 2008; Koyuncuer 2004; Yorgancı ve ark. 2001). Çalışmamızda yanık nedenlerinin görülme sıklığının sıralaması, alevle temas (%36,7), elektrik (%28,3) ve haşlanma (%26,7) şeklinde olduğu görüldü (Tablo 4.2.1).

Sanayisi gelişmiş ülkelerde görülen elektrik yanıkları, tüm yanıkların %6'sını, az gelişmiş ülkelerde ise %3'ünü oluşturmaktadır. Ülkemizde ise elektrik yanıklarının dünyanın birçok ülkesinde meydana gelen elektrik yanıklarından daha fazla olduğu, yetişkinlerde elektrik yanığı oranının %33 gibi bir oranda bulunduğu belirtilmektedir (Haberal ve ark. 1995; Türegün ve ark. 1997). Çalışmamızdaki elektrik yanıklarının görülme oranının literatür bilgileri tarafından desteklenmektedir. Bu durum yanık nedenlerinin, hasta sayısı ve yaş gruplarına göre dağılımının ülkeler veya toplumlar arasında farklılıklar bulunduğu görüşünü doğrulamaktadır. Türkiye'de inşaatlarda, ev ve iş yerlerinde elektrik kullanımında yeterli bilgi ve denetiminin olmamasının, kaçak elektrik kullanımının fazla olmasının elektrik yanıklarının görülme sıklığını arttırdığı düşünülmektedir. Ev içi ve ev dışı elektrik hatlarının gizli döşenmesi, elektrik sistemlerinin doğru kullanımı ile ilgili toplumsal eğitimin verilmesi gibi önlemlerin kazaları azaltacağı düşünülmektedir.

Literatürde yanık ile birlikte yandaş travma varlığının nadir görülen bir durum olduğu belirtilmesine karşın, yanığa eşlik eden travma varlığının yanığın ciddiyetini etkilediği bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda özellikle elektrik çarpması sırasında elektriğin gücüne bağlı olarak başka travmaların meydana gelebileceği belirtilmektedir. Al ve ark. nın(2006) çalışmasında, 25 hastanın elektrik çarptıktan sonra yüksekten düştüğü, 4'ünün basit bir şekilde yere düştüğü, 2 hastanın başını duvara çarptığı ve

hastalardan birinde çarpma sonucunda intrakraniyal kanama meydana geldiği, bir hastanın da çarpma ile birlikte araç dışı trafik kazası geçirdiği bildirilmektedir. Purdue ve Hunt (1989) ise çalışmalarında yanığa eşlik eden travma varlığını %5 olarak bildirmelerine karşın (Gözüalan 2007), çalışmamızda yanıkla birlikte travma geçiren hasta oranının %9,1 olduğu belirlendi (Tablo 4.2.1).

Çalışmamızda %60 ve üzeri yanık alan genişliğine sahip hasta sayısının az olduğu, yanık alan genişliği ortalamasının %20-25 arasında bulunduğu belirlendi (Tablo 4.2.1). Loncar ve ark. (2006) çalışmalarında yanık alan genişliği ortalamasını %12,16 (SS=10,04), Taal ve Faber (1997a) %15,4 (SS=13,6), Kamel ve ark. (2003) ise %29 (SS=9,7) olarak belirtmektedir. Çalışmamızın yanık alan genişliği ortalaması Kamel ve ark. nın (2003) çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte Günay ve ark. nın (1995) çalışmalarında hastaların %11'inde %50 ve üzeri yanık alan genişliği bulunmasına karşın çalışmamızda hastaların %8,6'ında %50 ve üzeri yanık alan genişliği bulunması, ilerleyen süreçte yara iyileşme sürecinin kısalması, fiziksel ve psikolojik sorunların daha az gelişmesi söz konusu olabileceğinden memnun edici bir durum olarak görüldü.

Hastaların %43,3'ünde ikinci ve üçüncü derece yanıkların birlikte bulunduğu, %20'sinde ise ikinci derece yanıkların bulunduğu belirlendi (Tablo 4.2.1). Al ve ark. nın (2005) çalışmasında ise hasta profilini %90,1 oranında ikinci derece yanığı olan hastaların oluşturduğu görülmektedir.

Literatürde cerrahi girişim geçirme durumu oranları ile ilgili farklı sonuçlar bulunmaktadır. Al ve ark. nın (2005) çalışmasında cerrahi girişim geçirme oranının %7,5 olduğu görülmektedir. Çalışmamızda ise hastaların %85'ine cerrahi girişim uygulandığı ve en sık uygulanan girişimin cerrahi eksizyon olduğu saptandı (Tablo 4.2.1). Çalışmamızdaki cerrahi girişim geçirme oranlarının Al ve ark. nın (2005) çalışmalarından daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum çalışmamızda bulunan ve sıklıkla cerrahi girişim gerektiren ikinci ve üçüncü derece yanıkları bir arada bulunan hastaların sayıca fazla olması ile ilişkilendirilmektedir.

Yanık infeksiyonları, mortaliteye direkt katkısı olan, iyileşme sürecini uzatmasına bağlı hastanede kalış süresini arttıran ciddi infeksiyonlardan biridir. Yanıklı hastalarda yanık infeksiyonlarının yüksek oranda görülmesi hastanın deri bütünlüğünün bozulması, kontaminasyon riskinin yüksek olması, hücresel ve humoral bağışıklığın

azalması, uzun süre hastanede yatma, çok sayıda kan transfüzyonu uygulanması gibi nedenlerle açıklanmaktadır (Cantürk ve ark. 1991; Elaldı ve Bakır 2003; Öncül 2007).

Literatürde yanık alan genişliği vücut yüzey alanının %10-20'sinden az olan hastalarda infeksiyon gelişme oranının düşük olduğu belirtilmektedir (Holmes ve Heimbach 2005). Yıldırğan ve ark. (1996) çalışmalarında yanıklı hastaların %55,6'ında infeksiyon geliştiğini belirtmektedir. Aldemir ve ark. nın (2000) 1997-1998 yılları arasında gerçekleştirdikleri çalışmada 1997 yılında yanıklı hastalarda infeksiyon oranı %65,5 iken 1998'de bu oranın %54,8'e gerilediği dikkat çekmektedir. Aldemir ve arkadaşları bu durumu, yanık hastalarına verilen bakımın kalitesinin yükselmesi ve geniş yanıkları olan hastaların tedavi bakım olanaklarının üst düzeyde olması ile ilişkilendirmektedir. Toplam yanık alan genişliği ortalaması %20-25 olan çalışmamızda, %25 oranında infeksiyon görülmesi Holmes ve Heimbach'ın (2005) çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir(Tablo 4.2.1).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin yanık bölgelerinin dağılımlarıdeğerlendirildiğinde, yanıkların en çok üst ekstremitelerde (%63), gövde (%55) ve yüz (%36,7) bölgelerinde meydana geldiği belirlendi. Alt ekstremitelerde yanık görülme oranı %26,7 olup dördüncü sırada yer aldığı görüldü (Tablo 4.2.2). Buna karşılık Al ve ark. nın (2005) çalışmasında alt ekstremitelerde yanıklar en sık görülürken, bu yanıkları üst ekstremitelerde yanıklar, gövde ve yüz-boyun yanıkları sırasıyla izlemektedir. Çöl ve ark.nın (1994) çalışmasında ise en fazla üst ve alt ekstremitelerde yanık geliştiği belirtilmektedir. Çalışmamızdaki hastaların büyük çoğunluğunda üst ekstremitelerde yanıkların görülmesinde, yanıkların %36,7'sinin alev/patlama sonucu oluşmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda uyku bozuklukları; ağrı, anksiyete, depresyon, hastanın duygu durumu, ajitasyonu ve kabusları, yanık ünitesinin gürültülü olması, tedavi ve bakım uygulamaları için hastaların sık uyandırılmaları, ile ilişkili bulunmaktadır(Arıncı 2000; Castana ve ark. 2006; Çakır ve Kulaksızoğlu 2007;Hofland ve ark. 2007; Jaffe ve Patterson 2004; Travado ve ark. 2001; Wiechman ve Patterson 2008).Hofland ve ark. nın (2007) çalışmasında yanık travmasından sonra görülen uyku bozuklukları yanık şiddeti, ağrı ile ilişkili anksiyete, yalnızlık duygusu ve travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkilendirilmektedir. Travado ve ark. nın (2001) çalışmasında hastaların %91'inin, Hofland ve ark. nın (2007) çalışmasında ise %69'unun ağrı nedeniyle uykusuzluk yaşadığı belirtilmektedir.Çalışmamızda ise araştırma kapsamına alınan, yanık öncesi

uyku sorunu yaşamayan hastaların büyük çoğunluğunun (%64) yanık sonrası hastanede yatma sürecinde uyku sorunu yaşadığı belirlendi (Tablo 4.2.3). Uyku sorunu nedenlerinin dağılımları değerlendirildiğinde ise, hastaların %55'inin ağrı, %25'ininendişe – korku, geri kalanların ise gördüğü kabuslar, oluşan gürültü ve uygulanan tedavi ve bakım işlemleri nedeniyle uyku sorunu yaşadığı belirlendi (Tablo 4.2.4).Çalışmamızda ağrı nedeniyle uyku sorunu yaşayan hastalarımızın oranı, Hofland ve Travado'nun çalışmalarındaki orandan düşük olmasına karşın,uyku sorununa yol açan nedenler ile ilgili saptanan sonuçlar literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir.

5.3. Hastaların Tanıtıcı ve Yanık Özelliklerinin Yanık Ağrısı, Anksiyete ve Depresyon İle İlişkisinin Tartışılması

Çalışmamızda örnekleme dahil edilen hastaların ilk hafta değerlendirmelerinde dinlenme sırasındaki ağrı şiddeti ortalamalarının, literatürdeki farklı çalışmalara oranla daha yüksek bulunduğu, ancak ikinci hafta değerlendirmelerinde ağrı şiddetinin daha az olduğu dikkat çekmektedir (Tablo 4.3.1). Ağrı şiddetinin diğer çalışmalara oranla yüksek olmasının yeterli ağrı kontrolü sağlanmaması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ağrı şiddetinin hastadan hastaya değişmesi ve zamanla azalması literatür bilgileri tarafından desteklenmektedir (Byers ve ark. 2001; Choiniere ve ark. 1989; Ptacek ve ark. 2000; Taal ve Faber 1997b).

Yapılan çalışmalar, erişkin ve çocuklarda yanık ağrısı düzeylerinin benzer olduğunu, ancak ağrıyı ifade eden davranışların iki grup arasında farklılıklar oluşturduğunu ortaya koymaktadır (Atchison ve ark. 1991; Eti Aslan 2006; Klein ve Charlton 1980; McGrath 1990). Çalışmamızda, bireylerin yaşları ile duydukları ağrının şiddeti arasında istatistiksel olarak herhangi bir anlamlı ilişki olmaması, literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir. (Tablo 4.3.2).

Literatürde cinsiyetin, kültürel faktörlerin etkisine bağlı olarak, ağrıya yanıtta önemli derecede etkili olabileceğine dikkat çekilmektedir. Ağrı toleransının erkeklerde daha fazla olduğu, cinsiyetler arasındaki bu farkın ağrıya yönelik kültürel durumu yansıttığı ve genellikle yüksek ağrı toleransının takdir edildiği bilinmektedir. Kadın ve erkeklerin ağrı algılamaları arasında bir fark olmadığı kanısına karşın, ağrı toleransının etkisiyle erkeklerin ağrı ifadelerinin, kadınların ağrı ifadelerine göre daha az olduğu ve kadınların daha uzun süren ağrı bildiriminde bulundukları görüşü ağırlık kazanmaktadır (Eti Aslan 1997; Kökçe 2007; Kuğuoğlu ve ark. 2003). Çalışmamızda hastaların tanıtıcı

özellikler ve ağrı puanlamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmesine karşın, kadınların ağrı puan ortalamalarının daha yüksek olması literatür bilgileriyle paralellik göstermektedir(Tablo 4.3.2)(Choinere ve ark. 1989; Difede ve ark. 1997). Bu bilgi doğrultusunda kadın ve erkeklerin ağrı kontrolünde farklı yöntemlerin kullanılması gerektiği düşünülmektedir.

Literatürde,bireye duygusal sorunlarıyla baş edebilmesi için psikolojik kaynaklarını harekete geçirmede yardımcı olan, ona gerekli para veya metaryali sağlayarak ya da beceri, bilgi ve öğüt vererek, karşılaştığı kaygı yaratan durumlarla baş etmesine yardımcı olan yakınlarından aldığı destek olarak tanımlanan sosyal desteğin yanıklı hastalar için büyük önem taşıdığı belirtilmektedir. Stres yaratan durumlarla karşılaşan bireylerin gerekli sosyal desteği alabildikleri zaman, savunma mekanizmalarını daha iyi kullanarak olaylara daha olumlu bakabilmelerinin mümkün olduğundan söz edilmektedir (Aksüllü 2004).Ayrıca sosyal desteğin kalitesinin, yanık hastalarının yaşam kalitesini etkilediği, bununla birlikte morbidite ve mortalite üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir (Steenkamp ve Albertyn 2008). Byers ve ark.nın (2001) çalışmasında girişimler sırasında ailenin bireyin yanında olması ve opioid grubu ilaç kullanımının ağrıyı azalttığı bildirilmektedir. Çalışmamızda yetersiz sosyal destek alan hastaların ağrı şiddeti puan ortalamaları daha yüksek bulunmakla birlikte, ağrı şiddeti toplam puan ortalamaları ile sosyal destek yeterliliği değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.3.2).Yetersiz sosyal destek alan hastalarımızda ağrı şiddetinin yüksek bulunması, yanık ağrısıyla ilişkili anksiyete ve stres oluşumunda sosyal desteğin önemli rol oynadığını bildiren Summer ve ark. (2007)ile Byers ve ark. nın (2001) çalışmalarıyla desteklenmektedir. Bu sonuca bağlı olarak, yanıklı bireyin hangi konularda desteğe gereksinim duyduğunun tanımlanmasının, bireye maddi veya manevi yardım sağlayabilecek aile üyelerinin, arkadaşların ya da kurumların öğrenilmesinin ve gerekli desteğin sağlanmaya çalışılmasının, bireyin duyumsayacağı ağrı şiddetinin azaltılmasına yardımcı olabileceğini düşündürmektedir.

Summer ve ark. nın (2007) çalışmasında, yanıklı bireyler ağrı niteliğini en sık yanma ve zonklama ile tanımlarken, Byers ve ark.nın (2001) çalışmasında bireyler ağrı niteliğini, en sık olarak yanma, sızlama ve bitkin düşürücü olarak tanımlamaktadır. Çalışmamızda ilk sıradatanımlanan zonklama, Byers ve arkadaşlarının çalışmasında dördüncü nitelik olarak, Summer ve arkadaşlarının çalışmalarında ise ilk sıralarda yer

almaktadır(Tablo 4.3.3). Bu sonuç,psikolojik durum, kültürel farklılıklar, dini inanç, fiziki ortam, yorgunluk ve ağrı deneyimlerinin ağrı şiddetini etkilediği ve ağrı niteliğinin bireyden bireye değiştiği görüşünü desteklemektedir (Çöçelli ve ark. 2008).

Literatürde, ağrı kontrolünün sağlıkta yaşam kalitesini belirlemede anahtar rol oynadığı, geçmişte yaşanmış olan ağrıların, daha sonraki ağrı algılamalarını da etkilediği düşünülerek, ağrının zamanında ve etkin şekilde tedavi edilmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır (Çöçelli ve ark. 2008). Carrougher ve ark. nın (2003) çalışmasında hastaların %65-70'inin ağrı kontrolünü yetersiz bulduğunu belirtmesine karşın, çalışmamızda ilaç tedavisi uygulananların %34,5'inin ağrı kontrolünü yetersiz bulduğu belirlendi (Tablo 4.3.4). Çalışmamızda, ağrı kontrolünü yetersiz bulan hasta sayısının Carrougher ve ark. nın (2003) çalışmasından daha düşük olması memnun edici bir durumdur.

Yanık yaralanması ile ağrının özdeşleşmiş olması, hastanın yanık ünitesinde uzun süre yatması, uzun süre ağrı kesiciler ile tedavi edilmesi, sağlık çalışanları tarafından hastanın ağrısının önemsenmemesine ve ağrının kesilmesinde yetersizliğe neden olabilmektedir (Eti Aslan 2006; Yorgancı ve Gelecek Geyik 2007). Literatürde(Abdi ve Zhou 2002; Ashburn 1995; Laterjet 2002a; Laterjet ve Choinere 1995; Montgomery 2004;Patterson ve ark. 2004; Summer ve ark. 2007) yanık ağrısında kullanımı en çok tercih edilen ilaç grubu olan opioidler, çalışmamızda üçüncü sırada yer almaktadır (Tablo 4.3.5). Çalışmamızda hastaların deneyimledikleri ağrı şiddetinin yüksek düzeyde olmasına karşın opioid grubu ilaçların diğer çalışmalara oranla daha az kullanılması, ünite çalışanlarının uzun süre narkotik analjezik alan hastalarda, bu ilaçlara bağımlılık gelişeceği endişesi duymaları nedeniyle ağrı kesici ilaç kullanımından kaçındıklarını düşündürmektedir.

Yanıklı hastalarda ağrıyı etkileyebilen korku, depresyon ve anksiyete gibi belirtilerin sık olması nedeniyle ilaçlarla birlikte hipnoz, masaj, müzik dinleme, gevşeme teknikleri ve nefes alma egzersizleri gibi ilaç dışı tedavi yöntemlerinin kullanılmasının yanık ağrısının yönetiminde etkili olduğu vurgulanmaktadır (Ashburn 1995;Choinere 1995;Field 1998; Frenay ve ark. 2001;Jong ve ark. 2007;Pal ve ark. 1997; Patterson ve ark. 1997; Patterson ve ark. 2004).Ancak ülkemizde yapılan çalışmalar, hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının modern ağrı tedavi yöntemleri ile ağrı şiddetini tanımlama, ilaç ve ilaç dışı tedavi yöntemlerini uygulama ile ilgili bilgi eksiklikleri olduğunu ortaya koymaktadır (Yıldırım ve Uyar 2006). Bununla birlikte

yapılan çalışmalar hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun ilaç dışı tedavi uygulamaları gerçekleştirmediği, hemşirelerin ağrı sorunlarının azaltılması ya da ortadan kaldırılması için genellikle hekim tarafından istem yapılan analjezikleri uyguladıklarını göstermektedir (Şahin ve ark. 2003). Bu literatür bilgileri ışığında hemşirelerin, ilaç dışı tedavi uygulamaları konusunda eğitilmesi ve bu uygulamaların yanıklı hastalarda ağrının azaltılmasında kullanılması gerektiği düşüncesindeyiz.

Günümüzde ağrı kontrolü amacıyla geliştirilmiş rehber ve protokoller olmasına karşın, yanıklı hastaların özellikle yara bakımı ve rehabilitasyon döneminde orta ya da şiddetli ağrı hissettikleri yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (Summer ve ark. 2007). Çalışmamızda hastaların pansuman değiştirme (%73,3), hidroterapi (%70) ve debridman uygulamaları (%60)sırasında şiddetli ağrı hissettikleri belirlendi (Tablo 4.3.6). Literatürde girişimler sırasında hissedilen ağrının, dinlenme sırasında hissedilen ağrıdan daha şiddetli olduğu, hastaların en dayanılmaz ağrıyı pansuman değişimi sırasında hissettiklerini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Byers ve ark. 2001; Choiniere ve ark. 1989; Perry ve ark. 1981; Rae ve ark. 2000; Taal ve Faber 1997b; Weinberg ve ark. 2000). Bu çalışmalar, araştırmamızın bulgularını desteklemektedir. Pansuman uygulamaları sırasında ağrı duyusunu en aza indirmenin, hastaların emosyonel stresini azaltarak tedavi sürecine uyumlarını arttırdığı ve iyileşme sürecini kısalttığı düşünülmektedir (Tuncel ve ark. 2005). Bu nedenle girişimler sırasında yeterli ağrı kontrolü sağlanmasının büyük önem taşıdığı düşüncesindeyiz.

Literatürde yanık hastasında yanık derinliğinin, yanık yüzey alanına uygulanacak tedavi protokolünü belirlediği, uygulamalarda hastanın uyumunu ve duyacağı ağrının şiddetini etkileyeceği bildirilmektedir. Ayrıca yanık alanı arttıkça ağrının daha zor kontrol altına alındığı belirtilmektedir (Tuncel ve ark. 2005). Bununla birlikte eklem yerleri gibi hareketli bölgelerde oluşan yanıkların şiddetli ağrıya neden olduğu ifade edilmektedir (Hanafiah ve ark. 2008). Ancak çalışmamızda literatür bilgilerinden farklı olarak yanık şekli, yanık nedeni ve yanık bölgesi ile ağrı şiddeti arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunmadığı görüldü (Tablo 4.3.7).

Literatürde yanık sonucu ortaya çıkan ağrı şiddetinin yanığın genişliği ve derinliği ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar çoğunlukta olmakla birlikte, ağrı şiddetinin yanık nedeni, yanık alan genişliği, bölgesi ve derinliği, bireyin sosyoekonomik özellikleri, alışkanlıkları, psikiyatrik hastalık öyküsü ile ilişkili olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Atchison ve ark. 1991; Çimen ve

Erdine 2007; Eti Aslan 2006; Long ve ark. 1995; Norman ve Judkins 2004; Ptacek ve ark. 2000; Perry ve ark. 1981; Urden ve ark. 2002). Çalışmamızda yanık alan genişliği fazla olan hastaların ağrı şiddetinin de fazla olduğu görüldü ve ağrı şiddeti ile yanık alan genişliği değişkeni arasında istatistiksel anlamlılık saptandı (Tablo 4.3.7). Çalışmamızda elde edilen bulgular literatür bilgileriyle paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda yanık derinliğinin ağrı şiddetini istatistiksel anlamlılıkta etkilemediği, ancak ikinci derece yanığı olan hastaların üçüncü derece yanığı olanlardan, ikinci ve üçüncü derece yanığı birlikte olanların üçüncü derece yanığı olan hastalardan daha şiddetli ağrı deneyimlediği saptandı (Tablo 4.3.7). Üçüncü derece yanıklarda sinir uçlarının hasar görmesine bağlı olarak ağrının daha az hissedildiği ve bu nedenle ikinci derece yanıklarda daha şiddetli ağrı hissedilebileceği literatürde vurgulanmaktadır. Ayrıca ikinci ve üçüncü derece yanıkların birlikte bulunduğu hastalarda, ikinci derece yüzeysel yanık alanlarının bireyin daha şiddetli ağrı hissetmesine neden olduğu belirtilmektedir (Arıncı 2000; Billings ve Stokes 2007; Çetinkale 2008; Çimen ve Erdine 2007; Eti Aslan 2006; Long ve ark. 1995; Urden ve ark. 2002; Turhan 2007). Bu literatür bilgileri çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.

Çalışmamızda cerrahi girişim geçiren hastalarda ağrı şiddeti puan ortalamaları daha yüksek bulunmakla birlikte, cerrahi girişim yöntemleri ile ağrı şiddeti değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ($p < 0,05$) (Tablo 4.3.7). Bu durum cerrahi girişim sonrası ağrı kontrolünün yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Literatürde ağrı oluşumunda rol oynayan reseptör ve yolların çoğu kişide büyük ölçüde benzerlik gösterdiği, geçmiş yaşantılar, sosyal ve psikolojik etkenlerin ağrıya reaksiyonu belirlediği ve bireyler arasında büyük değişiklikler gösterdiği belirtilmektedir (Bilir ve Güleç 2006; Çimen ve Erdine 2007; Echevarria-Guanilo 2006; Eti Aslan 2006; Norman ve Judkins 2004; Orhan ve Şencan 2004; Taal ve ark. 1999; Talu 2007; Tsirigotou 1993; Yüce 2007). Yapılan bir çalışmada, yanık travması geçiren bireylerin %82'si yanığın ağrıya neden olduğunu belirtirken, yanık travması geçirmeyen bireylerin %84'ünün yanık ve ağrıyı ilişkilendirmemiş olması dikkat çekmektedir (Titscher ve ark. 2009). Bu duruma ağrı deneyimi ve ağrı beklentisinin, ağrı şiddeti üzerine etkisi ile açıklanabilmektedir (Hedderich ve Ness 1999; Watkins ve ark. 1988; Watkins ve ark. 1992).

Danış (1999) çalışmasında hastane deneyimi olmayan çocuk yanık hastalarının ağrı puan düzeylerinin daha yüksek olduğunu, bunun yanı sıra daha önce yanık deneyimi olan ve olmayanların ağrı şiddeti arasında anlamlı bir fark bulunmadığını ortaya koymaktadır. Çalışmamızda ise, daha önce yanık deneyimi yaşayan hastaların ağrı şiddeti daha düşük olmasına karşın daha önce herhangi bir nedenle hastaneye yatan hastalarda ise daha yüksek ağrı puanları dikkat çekmektedir (Tablo 4.3.8). Bireysel ağrı tanılmasının ve bireysel ağrı yönetim planının yeterince uygulanmasıyla bireylerin hissettikleri ağrı şiddetinin azalacağını düşünmekteyiz.

Literatürde infeksiyon varlığının yanık ağrısının şiddetini arttırdığından söz edilmesine karşın çalışmamızda anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 4.3.8) (Byers ve ark. 2001; Çimen ve Erdine 2007).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda yanıklı hastalarda yanık ağrısının anksiyete, depresyon, intihar düşünceleri ve travma sonrası stres bozukluğu gibi olumsuz psikolojik etkilere neden olduğu bildirilmektedir (Wiechman ve Patterson 2008). Literatürde anksiyete ve depresyon ile ağrı şiddeti ilişkisini inceleyen çalışmalar bulunmakla birlikte bu çalışmalarda, yanık ağrısının algılanması ve ifade edilmesinde psikolojik faktörlerin etkili olduğu, ağrı şiddetinin anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğu bildirilmektedir (Edwards ve ark. 2007; Husain ve ark. 2007; Lemone ve Burke 1996; Loncar ve ark. 2006; Robert ve ark. 2000; Thombs ve ark. 2006; Van Dalftsen ve Syrjala 1990; Van Loey ve Van Son 2003; Zhonghua ve ark 1993). Çalışmalar, girişimler sırasında ağrı şiddetinin artmasına karşın dinlenme ve girişimler sırasındaki anksiyete düzeylerinin değişmediğini, anksiyete ve depresyon düzeyi yüksek olan hastaların daha şiddetli ağrı hissettiklerini ortaya koymaktadır (Ashburn 1995; Byers ve ark. 2001; Carrougher ve ark. 2003; Choinere ve ark. 1989; Ptacek 2000; Taal ve Faber 1997a; Weinberg ve ark. 2000).

Literatürde yanıklı hastaların hastane yatışının ilk günlerinde, fiziksel ağrı ile birlikte öfke, suçluluk, yas, yaşamak istememe, ağır stres, ajitasyon gibi ciddi psikolojik durumlar yaşadığı bildirilmektedir (Çakır ve Kulaksızoğlu 2007; Robert ve ark. 2000; Wiechman ve Patterson 2008). Bununla birlikte anksiyetenin sıklıkla yetersiz ağrı kontrolü, kaşıntı hissi, bedensel bütünlüğün bozulması, fonksiyon kaybı, sevgi kaybı ve ayrılık korkusu, yabancı kişi ve ortam korkusu gibi nedenlerde ortaya çıktığı belirtilmektedir (Loncar ve ark. 2006). Echevarria-Guanilo ve ark. nın (2006) çalışmasında ise yanıklı hastaların %29'unda hafif anksiyete, %71'inde orta düzey

anksiyete belirtileri saptanmış olup, yüksek düzey anksiyete belirtileri görülen hasta bulunmamaktadır. Çalışmamızda hastaların büyük çoğunluğunda (%75) hafif düzey, %23,3'ünde orta düzey, %1,7'inde ise yüksek düzey anksiyetebelirtilerini görüldüğü belirlendi (Tablo 4.3.10). Çalışmamızda hastaların anksiyete şiddetlerinin daha düşük olması memnun edici bir sonuç olarak değerlendirildi. Bununla birlikte birinci hafta anksiyete puan ortalamalarının ikinci haftaya göre daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.3.9). Çalışmamızda, anksiyete puan ortalamalarının zamanla azalması literatür bilgileri tarafından desteklenmektedir.

Literatürde travma ve tıbbi hastalık varlığının depresyon için risk faktörlerini oluşturduğu bildirilmekte olup, genel popülasyona oranla bu hastalarda daha yüksek sıklıkta depresyon geliştiği belirtilmektedir. Ayrıca çalışmalarda depresyon görülme oranı spinal kord yaralanması olan bireylerde %15-30, beyin travması geçirenlerde %14-42, travmaya bağlı ekstremitte kaybı durumunda %29-42, kanser hastalarında %22-29 olarak belirtilmektedir. Yanık hastalarında farklı değerlendirme araçlarının kullanılmasına bağlı olarak yaygınlık tahminleri değişebilmekle beraber, bireylerin hastanede yatma sürecinde depresyon görülme oranı % 4-53 olarak, taburculuk sonrası ilk yılda % 4-35, 12 ay veya daha uzun süre sonrasında ise %7-45 olarak bildirilmektedir (Choiniere ve ark. 1989; Fauerbach ve ark. 1997; Madianos ve ark. 2001; Thombs ve ark. 2007a; Wiechman ve Patterson 2008). Çalışmamızda, yanıklı hastalarda depresyon gelişme riskinin yüksek olduğu (%60) görülmektedir (Tablo 4.3.11).

Yanık hastalarında hastanede yatma süresince oluşan fonksiyon kaybı ve dış görünümde bozulmanın depresyon görülme sıklığını arttırdığı ve depresyonu olan hastaların taburculuk sonrası dönemde karşılaştıkları fiziksel yetersizlik, ruhsal durum/statü ve sosyal uyum sorunlarının depresyon düzeyini arttırdığı belirtilmektedir (Zhonghua ve ark. 1993). Bununla birlikte psikolojik sorunların iyileşme sürecini uzattığı ve böylece hastanede kalma süresini uzattığı belirtilmektedir (Savrun 1999). Bu durum çalışmamızda %60 gibi yüksek bir oranda depresyon görülen hastalarımızın taburculuk sonrası dönemde de depresyon yönünden risk altında olduğunu göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda depresyon görülme sıklığının benzer çalışmalara oranla daha yüksek sıklıkta görülmesi, hastalarımızın dinlenme sırasındaki ağrılarının daha şiddetli olması ve sosyal desteğin yetersiz olması ile ilişkilendirilmektedir. Bu

bağlamda bireylerin fizyolojik ve psikolojik gereksinimlerinin yeterince karşılanmasının büyük önem taşıdığını düşünmekteyiz.

Literatürde depresyon başlangıç yaşının 20-50 arasında olduğu ve yaşlılarda depresyon görülme oranının çok düşük olduğu belirtilmektedir (Savrun 1999). Genç yetişkin ve orta yaşlı insanlarda aile ilişkileri, medeni durum, gelecek kaygısı gibi durumların psikolojik sorunların gelişmesinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir (Ye 1998). Bahar ve ark. nın(2006) çalışmasında, yaşın artmasıyla birlikte depresyon ortalama puanlarının arttığı, yaş ve anksiyete arasında istatistiksel anlamlılıkta bir ilişki bulunmadığı bildirilmesine karşın yapılan diğer çalışmalarda, yaşın artmasıyla birlikte anksiyete ve depresyon oranlarının arttığı dikkat çekmektedir (Bahar ve ark. 2006; Bahar ve Taşdemir 2008; Park ve ark. 2008;Yazıcı ve ark. 2003). Çalışmamızda yaşın artması ile birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının azalması,yaşlılarda depresyon görülme sıklığının azaldığını bildiren literatür bilgilerini destekler niteliktedir.

Yanıklı hastalarda cinsiyet ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda farklı görüşler bulunmaktadır. Travado ve ark. nın (2001) çalışmasında kadınların, anksiyete ve depresyon oranının erkeklerden daha yüksek düzeyde olduğu, Park ve ark. (2008) ile Thombs ve ark.nın (2007a)çalışmalarında ise erkeklerde psikolojik sorunların daha sık görüldüğü dikkat çekmektedir. Ülkemizde de kadınlarda erkeklere oranla psikolojik sorunların görülme oranının yüksek olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (Bahar ve ark. 2006; Çelik ve Acar 2007). Kadınların yaşamları boyunca şiddet gibi olumsuz yaşantılarla ya da hormonal değişiklikler, doğum, aşırı iş yükü gibi zorlayıcı etkenler nedeniyle stresle daha fazla karşılaşmaları,psikolojik sorunların kadınlarda daha ciddi boyutlarda görülmesine neden olabilmektedir (Gökalp 2000; Öztürk 2002). Çalışmamızda kadınların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte kadın hastalarımızda hafif düzey anksiyete ve orta düzey depresyon belirtileri görülürken, erkek hastalarımızda ise hafif düzey anksiyete ve hafif düzey depresyon belirtileri görüldüğü belirlendi (Tablo 4.3.12). Çalışmamızdaki bulgular Travado ve ark. nın (2001) çalışma bulgularıyla desteklenmektedir.

Ülkemizde yatarak tedavi gören hastaların eğitim durumları ile anksiyete ve depresyon oranlarını inceleyen çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmaktadır (Kayahan 2005; Tel ve ark. 2005). Anksiyete ve depresyon belirtilerinin görülmesi ile eğitim

durumu arasındaki ilişki, eğitim düzeyi düşük olan bireylerin, hastane ortamında yapılan girişim ve uygulamaları anlamada zorluk çekmeleri, lise ve üstü mezunlarının ise kendilerine güvenlerinin daha fazla olması, olaylara daha iyimser bakmaları, kendi özdenetimlerini sağlayabilmeleri, iş bulma olanaklarının daha fazla olması ve geleceğe ilişkin umutlarını gerçekleştirmede eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha şanslı olmaları ile açıklanmaktadır (Çelik ve Acar 2007). Yanıklı hastaların eğitim durumları ve depresyon oranlarını inceleyen bir çalışmada lise mezunu düzeyindeki bireylerde diğer eğitim durumlarına göre daha yüksek oranda (%37,7-43) depresyon görüldüğü dikkat çekmektedir (Thombs ve ark. 2007b). Çalışmamızda okuryazar olmayan bireylerin diğer bireylerden daha yüksek anksiyete puan ortalamasına sahip olduğu, lise mezunu bireylerin ise daha yüksek depresyon puan ortalamasına sahip olduğu belirlendi (Tablo 4.3.12). Bu sonuç literatür bilgileriyle paralellik göstermektedir.

Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalarda sağlık güvencesi olmayan bireylerin depresyon görülme oranının yüksek olduğu bildirilmektedir (Kayahan 2005; Park ve ark. 2008; Tel ve ark. 2005). Araştırma kapsamına alınan, sosyal güvencesi olmayan bireylerin sosyal güvencesi olan bireylere göre daha düşük anksiyete ve daha yüksek depresyon puan ortalamasına sahip olduğu görüldü (Tablo 4.3.12). Bu sonuç literatür bilgileri tarafından desteklenmektedir.

Literatürde alkol veya madde bağımlılığı olan bireylerde anksiyete ve depresyonun sık geliştiği ve bu bireylerin travma sonrası stres bozukluğu açısından risk altında olduğu bildirilmektedir (Kaya 2000). Öyküsünde psikiyatrik bozukluk bulunmayan kişilerde sigara kullanımı ile depresyon ve anksiyete düzeylerini inceleyen bir çalışmada; nikotin bağımlısı olan ve olmayan sigara içenlerin, hiç içmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek anksiyete puanlarına sahip olduğu, nikotin bağımlısı sigara içenlerin, içmeyen ve sigarayı bırakmış olanlara göre daha yüksek derecede depresif semptomlara sahip olduğu bulunmuştur (Huten ve ark. 1998). Çalışmamızda anksiyete ve depresyon belirtilerinin görülme oranı ile sigara kullanma oranının yüksek düzeyde olması alışkanlık durumu değişkeni ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkiyi açıklar niteliktedir (Tablo 4.3.12).

Araştırmacılar, bireylerin sosyoekonomik düzeyleri ile evli olup olmamaları, bir partnerle ya da aileleri ile birlikte yaşayıp yaşamamaları gibi durumların, hastalıkla başa çıkma düzeylerini ve psikolojik savunma sistemlerini etkilediğini, bununla birlikte özellikle yalnız yaşayan bireylerde depresyonun daha kolay geliştiğini bildirmektedirler

(Altındağ ve ark. 2006; Çam Çelikel ve Saatçioğlu 2003; Hacıoğlu 2006; Öztürk ve ark. 2005). Çalışmamızda evde tek başına yaşayan bireylerin depresyon puan ortalamalarının yüksek olması literatür bilgileri tarafından desteklenmektedir (Tablo 4.3.12).

Yapılan çalışmalar, zayıf psikososyal ve maddi destek alan hastalardapsikolojik sorunların daha sık geliştiğini, ayrıca yeterli destek alan bireylerde daha olumlu beden imajı, daha yüksek benlik saygısı ve daha düşük oranda depresyon görüldüğünü, zayıf destek alan yanık hastalarında ise yüksek düzey anksiyete belirtilerinin görüldüğünü ortaya koymaktadır (Franulic ve ark. 1996; Orr ve ark. 1989; Park ve ark. 2008; Pruzinsky ve ark. 1992). Çalışmamızda depresyon ile sosyal destek yeterliliği arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmasına karşın anksiyete ile sosyal destek yeterliliği arasında anlamlı bir ilişki bulunmaması durumu literatürdeki bazı çalışmalardan farklılık göstermektedir (Tablo 4.3.12). Travma sonrası dönemde, bireyin destek kaynakları ve bireyin bu destek kaynaklarından yararlanabilmesinin kolay veya zor olması iyileşme süresini belirleyen önemli etkenler olarak sıralanmaktadır (Sungur 1999). Literatürde, yetersiz sosyal destek alan yanıklı hastalarda psikolojik sorunlarla birlikte, tedavi ve rehabilitasyon sorunlarının da sık görüldüğü belirtilmektedir. Bununla birlikte, sosyal destek konusunda ebeveynlerin, tedavinin özellikle rehabilitasyon aşamasında önemli etkisi olduğunu vurgulanmaktadır. Ayrıca bazı çalışmacılar zayıf sosyal destek alan hastaların psikolog, psikiyatrist veya sosyal hizmet uzmanlarından alacakları desteğin psikososyal sorunları azaltmada etkili olacağı görüşünü savunmaktadır (Park ve ark. 2008).

Çalışmamızda, yanık şekli ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamasına karşın kazalar sonucu oluşan yanıklarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin görülme sıklığının daha fazla olması literatür bilgileriyle desteklenmektedir (Tablo 4.3.13) (Van Loey ve Van Son 2003; Ye 1998).

Literatürde yanık şiddeti ve nedeni ile anksiyete, depresyon ilişkisini inceleyen çalışmalarda farklı görüşler bulunmaktadır (Franulic ve ark. 1996; Kleve ve Robinson 1999; Wallis ve Wind 2006). Çalışmamızda yanık nedenlerinin hastalarda depresyon görülme sıklığını etkilediği ve depresyon ile yanık nedeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu belirlendi ($p < 0,05$). Ayrıca haşlanma nedenli yanıklı hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamaları alevle temas, kimyasal madde,

elektrik yanıklarına oranla daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.3.13).Thombs ve ark. (2007b) ise, alev/parlama yanıklarında depresyon görülme oranının haşlanma yanıklarından daha yüksek bulunduğunu açıklamaktadır. Çalışmamızda haşlanma nedenli yanıklı hastalardadepresyon görülme oranının daha yüksek olması Thombs ve ark. nın(2007b) çalışma bulgularıyla farklılık göstermektedir. Literatürde daha çok alt ekstremitelerde meydana gelen haşlanma yanıklarının, eğitimsizlik ve dikkatsizlik sonucu olduğu belirtilmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda bireylerin yanık bölgesi nedeniyle fiziksel işlev kaybı yaşamaları ve olayın oluş şekli nedeniyle suçluluk hissetmelerinin anksiyete ve depresyon düzeylerini arttırdığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalarda anksiyete, depresyon ve aile ilişkilerinde bozulma gibi psikososyal sorunların, bireylerin yaş, cinsiyet, yanık alan genişliği, şiddeti ve görünürlüğü ile fiziksel fonksiyon kaybı, hastalık algısı ve psikososyal desteğin karşılanma durumu ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Özellikle yaranın yüz ve boyun gibi görünür bölgede olması, bireyin dikkatini o bölgeye yoğunlaştırmasına, kendini kötü hissetmesine, iletişimini etkileyerek aile ve toplumdaki statüsünün bozulmasına neden olabilmektedir (Furness ve ark. 2006;Park ve ark. 2008;Ye 1998). Yüz ve boyun yanıkları olan hastalar ile ilgili bir çalışma yapanYe (1998), hastaların % 80'inde erken dönemde anksiyete gözleendiğini bildirmiştir.Depresyon görülme sıklığını inceleyen bir çalışmada ise el yanıklarında depresyon görülme oranı %40-58 ile ilk sırada yer almakta ve bunu %27-35 oranı ile yüz yanıkları, %4,8-5,7 oranı ile genital bölge yanıkları izlemektedir (Thombs ve ark. 2007b). Çalışmamızda ise görünen bölge (eller-kollar, ayaklar-bacaklar, baş, boyun) yanıklarında ise düşük düzey anksiyeteve düşük düzey depresyon belirtileri,görünmeyen bölge (gövde, genital ve gluteal bölge)yanıklarında düşük düzey anksiyete ve orta düzey depresyonbelirtilerinin saptanması literaür bilgileri ile benzerlik göstermektedir(Tablo 4.3.13).

Bireyleri fizyolojik ve psikolojik açıdan etkileyen bir deneyim olarak tanımlanan cerrahi girişimlerin, hastalarda korku ve endişe yaratması nedeniyle, hastaların anksiyete ve depresyon açısından risk altında olduğu bildirilmektedir (Kayahan ve Sertbaş 2007). Çalışmamızda cerrahi girişim hastalarda anksiyete puan ortalamalarıdaaha yüksek bulunmakla birlikte, anksiyete ve yanığa bağlı cerrahi girişim geçirme durumu arasında istatistiksel bir anlamlılık olduğu belirlendi ($p<0,05$)(Tablo 4.3.13).Literatür bilgileri doğrultusunda cerrahi girişim geçiren hastalarda anksiyete ve depresyon belirtilerinin görülmesi olası bir sonuç olarak düşünülebilmektedir.

Literatürde yanık yüzey alan genişliği ile ağrı şiddeti, anksiyete ve depresyon arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunduğunu bildiren çalışmalar bulunmasına karşın (Byers ve ark. 2001; Loncar ve ark. 2006; Ptacek ve ark. 2000), çalışmamızda yanık alan genişliği ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Ancak yanık alan genişliği %40 ve üzeri olan yanıklı hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamaları daha yüksek olarak bulundu (Tablo 4.3.13). Yapılmış bir çalışmada %40 ve üzeri yanıkları olan bireylerde psikolojik sorunların görülme oranının yüksek olması, bu bireylerin stresle baş etme mekanizmalarının zayıf olması ile ilişkilendirilmektedir (Tedstone ve ark. 1998).

Yapılan çalışmalarda yanık şiddeti ve psikolojik sorunların derecesi arasında bağlantı olmadığı, ancak yanık şiddetinin hastanede yatış süresini uzattığı bildirilmektedir (Taal ve Faber 1997a; Çakır ve Kulaksızoğlu 2007). Bu literatür bilgisi doğrultusunda, çalışmamızda üçüncü derece yanıkları olan hastalarda yüksek düzey anksiyete ve depresyon belirtilerinin görülmesi yanık derinliğinin fazla olmasına bağlı olarak şekil bozukluğu gelişme riskinin olması, iyileşme süresinin uzaması, uygulanacak girişimlerin artması gibi durumların bireyleri psikolojik yönden olumsuz etkilediğini düşündürmektedir (Tablo 4.3.13).

Yanığın bağışıklık sisteminin baskılanmasına yol açan bir hastalık olduğu göz önüne alındığında anksiyete ve depresyon gibi psikolojik faktörlerin bağışıklık sistemine etki ederek iyileşme sürecini değiştirebileceği düşünülmektedir (Arıtaş ve Akyürek 1997). Ayrıca enfeksiyonun önlenmesi için özel olarak hazırlanmış odada yatırılan hastalarda oluşan yalnızlık, korku ve etrafındaki insanlardan uzak kalma duygularının yanıklı hastalarda depresyon gelişme riskini arttırdığı belirtilmektedir (Arıncı 2000; Van Loey ve Van Son 2003). Çalışmamızda, enfeksiyon durumu ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamasına karşın, enfeksiyonu olan bireylerin depresyon puan ortalamaları enfeksiyonu olmayan bireylerden daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.3.14). Enfeksiyon nedeniyle iyileşme süresinin uzamasına bağlı olarak, bireylerin daha fazla stres etkeniyle karşılaşmaları sonucunda depresyon düzeylerinin artmış olabileceğini düşündürmektedir.

Yapılmış olan çalışmalarda ağrının, kişinin ruhsal iyilik durumunu bozabildiği ya da ruhsal durumdaki düzensizliklerin doğrudan ağrının algılanmasını ve ağrı yaşantısını etkilediği belirtilmektedir (Çam Çelikel ve Saatçioğlu 2003). Bununla

birlikte ağrının kontrol altına alınamaması ve uzun süre devam etmesinin, hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini arttırdığı bilinmektedir (Byers ve ark. 2001; Çam Çelikel 2003; Husain ve ark. 2007; Loncar ve ark. 2006; Madenci ve ark. 2006; Patterson ve ark. 2004; Robert ve ark. 2000; Shug 2008). Çalışmamızda ağrı kontrolü yetersiz olan hastalarda anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının yüksek bulunduğu, depresyon ile ağrı kontrolü yeterliliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,01$) (Tablo 4.3.14). Bu sonuç literatür bilgileriyle paralellik göstermektedir.

Çalışmalar, uyku sorununun ağrı, anksiyete ve depresyon nedeniyle oluşabildiği gibi ağrı, anksiyete ve depresyonda uyku sorununa neden olabildiğini ortaya koymaktadır (Jaffe ve Patterson 2004; Lemone ve Burke 1996). Boeve ve ark. (2002) taburculuktan sonraki ilk hafta içinde bireylerin %73'ünde uyku sorunlarının devam ettiği bildirmektedir. Çalışmamızda da anksiyete ve depresyon ile uyku sorunu yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($p<0,05$). Ayrıca BDÖ 1. hafta değerlendirmesinden aldıkları toplam puan ile uyku sorunu arasında ileri derecede anlamlılık olduğu görüldü ($p<0,001$) (Tablo 4.3.14). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir.

Sonuç olarak,

Yanık ünitelerinde yatarak tedavi gören hastalarda yanık ağrısı, anksiyete ve depresyon ilişkisini incelemek, yanık ağrısı, anksiyete ve depresyon düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen araştırma bulgularına göre,

Çalışma kapsamına alınan hastaların büyük çoğunluğunun erkek olduğu, sağlık güvencesine sahip olduğu, aileleriyle birlikte yaşadığı ve sosyal destek aldığı belirlendi (Tablo.4.1.1).

Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunda iş kazası sonucunda yanıkların meydana geldiği, yanık nedeni olarak ise en sık alevle temas sonucu yanıkların geliştiği bulundu (Tablo 4.2.1).

Çalışma kapsamına alınan hastaların yanık alan genişliği ortalamasının %20-25 arasında olduğu, yanıkların en çok üst ekstremitelerde görüldüğü, hastaların yarıya yakın kısmında ikinci ve üçüncü derece yanıkların birlikte görüldüğü ve büyük

çoğunluğunun yanığa bağlı cerrahi girişim geçirdiği saptandı (Tablo 4.2.1) (Tablo 4.2.2).

Çalışmaya katılan yanık öncesi uyku sorunu yaşamayan hastaların çoğunluğunda yanık sonrası dönemde en sık ağrı nedeniyle uyku sorunu geliştiği görüldü (Tablo 4.2.3, Tablo 4.2.4).

Çalışmaya katılan hastaların yanık sonrası ilk hafta içinde şiddetli ağrı hissettikleri, ikinci hafta içinde ise hafif ve orta şiddette ağrı deneyimledikleri belirlendi (Tablo 4.3.1).

Çalışma kapsamına alınan hastaların ağrı şiddetinin yaş ve cinsiyete göre değişmediği saptandı. Ayrıca yeterli sosyal destek alan hastaların ağrı şiddetinin daha düşük olduğu, sosyal destek yeterliliği ile ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 4.3.2).

Çalışmaya katılan hastaların tamamına yakın kısmının ağrı kontrolü için ilaç tedavisi aldığı, en sık kullanılan ilaçların NSAİİ olduğu, hastaların yarından fazlasının ağrı kontrolünü yeterli bulduğu saptandı (Tablo 4.3.5, Tablo 4.3.6). Ayrıca çalışma kapsamına alınan hastaların deneyimledikleri en şiddetli ağrıyı pansuman değiştirme, hidroterapi ve debridman uygulamaları sırasında yaşadığı belirlendi (Tablo 4.3.7).

Çalışmaya katılan hastaların yanık şekli, yanık nedeni, yanık derinliği ve yanık bölgesi ile ağrı şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmadı. Ancak 2. hafta ağrı şiddeti değerlendirildiğinde aldıkları toplam puan ile cerrahi girişim yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlendi ($p<0,05$). Yanık alan genişliği büyük olan hastaların ağrı düzeylerinin yüksek olduğu görüldü ve VAS I değerlendirmesinden aldıkları toplam puan ile yanık genişliği değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.3.7).

Çalışmaya katılan hastaların büyük çoğunluğunda farklı şiddetlerde depresyon görüldüğü, tamamında ise anksiyete belirtilerinin görüldüğü belirlendi (Tablo 4.3.10, Tablo 4.3.11).

Yetersiz destek alan hastaların anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğu, sosyal destek yeterliliği ile anksiyete ve depresyon belirtilerinin görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunduğu saptandı ($P<0,05$) (Tablo 4.3.12).

Çalışmaya katılan hastaların yanık şekli, yanık derinliği, yanık bölgesi, yanık genişliği ile anksiyete ve depresyon belirtilerinin görülmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görüldü. Bununla birlikte yanık nedeni ile depresyon görülmesi arasında ve yanığa bağlı cerrahi girişim geçirme durumu ile anksiyete belirtilerinin görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.3.13).

Ağrı kontrolü yetersiz olan hastalarda anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının yüksek olduğu, hastaların BDÖ 2. hafta değerlendirmesinden aldıkları toplam puan ile ağrı kontrolü yeterliliği arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,01$) (Tablo 4.3.14).

Hastaların uyku sorunu yaşama durumu ile BAÖI, BAÖII ve BDÖI, BDÖII toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görüldü ($p<0,05$). Ayrıca BDÖ 1. Hafta değerlendirmesinden aldıkları toplam puan ile uyku sorunu arasında ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunduğu görüldü ($p<0,001$) (Tablo 4.3.14).

Bu kapsamdaki öneriler;

- Ağrı deneyimleyen yanık hastalarının, ağrı değerlendirmesiyle birlikte eşzamanlı olarak, anksiyete ve depresyon yönünden de değerlendirilmesi,
- Ağrı, anksiyete ve depresyon gibi sorunların kontrol altına alınmasında, hastaların biyo-psikososyal gereksinimlerinin multidisipliner bir yaklaşımla karşılanması,
- Sürekli ve bireysel ağrı tanınması ve yönetiminin yapılması,
- Ağrılı hastanın tedavi ve bakımının planlanmasında, uygun ağrı kesici ilaçların belirlenmesi ve uygulanmasında, aynı zamanda uygulanan girişimlerin ağrının giderilmesi üzerindeki etkilerinin belirlenmesinde yol gösterici olan ağrı tanılama ölçeklerinin, yanık ünitelerinde kullanımının yaygınlaştırılması ve ölçek kullanımı konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmesi,
- Ağrı yönetimine ilişkin hemşirelik uygulamalarında, ilaç dışı ağrı kontrolü yöntemlerinin kullanılmasına önem verilmesi,
- Fiziksel iyileşmenin yavaşlaması ve hastane yatışının uzamasına neden olan psikolojik sorunların erken tanınması, bireylerin yanık ünitesinde kaldığı sürece korku ve endişelerini giderecek şekilde psikolojik desteğin sağlanarak olumsuz deneyimler yaşamalarına engel olunması,

- Yanıklı hastalara, sağlık çalışanları tarafından ağrılarını ifade etmelerinin sağlanması için zaman verilmesi, hastanın cesaretlendirilmesi, uygun iletişim tekniklerinin kullanılması,
- Uyku sorunu yaşayan yanıklı hastalarda, ağrı, korku, tedavi ve bakım uygulamaları, gürültü, anksiyete, depresyon gibi ağrıya neden olabilecek durumların ortadan kaldırılmasına yönelik girişimlerin uygulanması,
- Yanıklı hasta ve ailesine enfeksiyonlardan korunma yolları, iyileşme süresi, kullanılan ilaçlar ve etkileri, yanığın beden üzerindeki etkileri, yanığın psikolojik etkileri ve başa çıkma yöntemleri, egzersiz programlarının önemi ve uygulanması, beslenme programının önemi ve uygulanması konularında eğitim verilmesi,
- Hastaların yararlanabileceği el kitabı ve eğitim materyallerinin sağlanması,
- Endüstride ortaya çıkan yanık kazalarında çalışılan iş koluna göre gerekli standart yangın önlemlerinin alınması, koruyucu cihaz ve giysilerin kullanımlarının sağlanması şeklinde sıranabilir.

KAYNAKLAR

- Abdi, S. ve Zhou, Y. (2002). Management of pain after burn injury. *Current Opinion in Anaesthesiology*. 15(5), 563-567.
- Akdeniz, F.(2007). Diğer Depresif Bozukluklar. İçinde Köroğlu, E. ve Güleç, C.(Ed.). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara, HYB Basım Yayım; 289-294.
- Aksoy, G., Kanan, N., Akyolcu, N.(1992). *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. Eskişehir, Açıköğretim Yayınları;126-138.
- Aksüllü, N.(2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 5,76-85.
- Al, B., Güllü, B.N., Okur, H., Öztürk, H., Kara, İ.H., Aldemir, M. (2005). Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde haşlanma ve alev yanıklarının epidemiyolojik özellikleri. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 3(1), 14-21.
- Al, B., Aldemir, M., Güloğlu, C.,Kara, İ., Girgin, S.(2006). Elektrik çarpması sonucu acil servise başvuran hastaların epidemiyolojik özellikleri. *Ulusal Travma Dergisi*;12(2),135-142.
- Aldemir, M., Geyik, M.F., Yılmaz, G., Uçmak, H., Taçyıldız, İ., Hoşoğlu, S. (2000). Yanık ünitesinin hastane enfeksiyonları. *Ulusal Travma Dergisi*. 6(4), 138-141.
- Alış, H. ve Kalaycı, M.U.(2007). Yanık hastalarında beslenme desteği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(1), 46-53.
- Alkın, T. ve Onur, E.(2007). Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış. İçinde. Köroğlu, E. ve Güleç, C.(Ed.). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara, HYB Basım Yayım; 297-303.
- Altındağ, Ö. Altındağ, A., Soran, N. (2006).Kronik ağrılı hastalarda depresyon düzeyinin ağrı şiddeti ve süresi ile ilişkisinin araştırılması.*Yeni Symposium Journal*. 44(4),178-181.
- Altunseven, D.C.(2008). Yanık yarasında hemşirelik bakımı. Erdost, Ş.K. ve Çetinkale, O.(Ed.). İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyum Dizisi,67, 119-127.
- Alvarado, R., Chung, K.K., Cancio, L.C., Wolf, S.E. (2009). Burn resuscitation. *Burns*. 35,4-14.
- Alvi,T.,Aurangzeb, F.A., Nasir Malik,M.A. (2009). Anxiety and depression in burn patients. *Journal Ayub Medical College Abbottabad*.21, 137-141.

- Arı, H.(2009). Elektrik Çarpması. Erişim 02.12.2009,<http://www.bsm.gov.tr/acilsaglik/docs/elektrik1.pdf>.
- Arıncı, A. (2000). *Yanıklar ve Tedavileri*.İstanbul,Nobel Tıp Kitabevi.
- Arıtaş, Y. ve Akyürek, N. (1997). Yanık tedavisi fizyolojik fonksiyonlarda değişiklikler ve tedavi yaklaşımları.*Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 17, 15-18.
- Arslan, C.(2002). *Orta ve şiddetli yanığı olan erişkin hastalarda eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi*.İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı,Yükseklisans Tezi, İstanbul.
- Ashburn, M.A. (1995). Burn pain: the management of procedure-related pain. *Journal of Burn and Care Rehabilitation*.16, 365-371.
- Asuquo, M.E., Ekpo, R., Ngim, O., Agbor,C. (2008). A prospective study of burn trauma in adults at the University of Calabar Teaching Hospital,Calabar.Erişim 07.11.2008.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2485758/pdf/eplasty08e36.pdf>
- Atabey, A. (2010). Yanıklar. Erişim 03.05.2010 <http://www.ipras.net/uploads/media/Yaniklar.pdf>
- Attia, A.F., Sherif, A.A., Mandil, A.M., Massaud, M,N, Abou-Nazel, M.W., Arafa, M.A. (1997). Epidemiological and sociocultural study of burn patients in Alexandria, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 3(3), 452-461.
- Atchison, N.E., Osgood, P.F.Carr D.B. Szyfelbein, S.K.(1991). Pain during burn dressing change in children: relationship to burn area, depth analgesic regimens. *Pain*. 47, 41-45.
- Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. (2007). *Psikiyatriye Kullanılan Ölçekler*. Ankara. HYB Basım;121-122.
- Babacan, A. (2000).Travma ve yanıkta ağrı. 3. Çukurova Anestezi Günleri.Erişim 03.12.2009. http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/iii_cag/new_page_10.htm
- Babadağ, K. ve Atabek Aştı,T. (2008). *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Bahar, A., Sertbaş, G., Sönmez, A. (2006). Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyetedüzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.7, 18-26.
- Bahar, A. ve Taşdemir, H.S. (2008). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalardaanksiyete ve depresyon. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(29), 9-17.

Benson, A., William A Dickson, W.A., Boyce, D.E. (2006).ABC of wound healing:Burns. *BMJ*. 332, 649-652.

Biçer, S. (2009). Yanıkta analjezi. İçinde *Uluslar Arası Katılımlı VI. Ulusal Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Kongresi II. Ulusal Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 42-49.

Bigatello, L.M. (Ed.).(2010). Yanık hastası. İçinde İskit, A.T. (Çev. Ed.) *Critical Care Handbook of The Massachusetts General Hospital*. (4. Baskı), Ankara. Güneş Tıp Kitabevleri.

Bilir, A. ve Güleç, A.(2006) Travma ve yanık ağrısı.*Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi*.12(3), 175-183.

Billings, D.M. ve Stokes, L.G.(2007). *Medical Surgical Nursing*. (2. Baskı.) Missouri: Mosby Company.

Biröl, L. (2004). *Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım*.(3.Baskı). İzmir. Etki Matbaacılık.

Blakeney, P.E., Rosenberg, L., Rosenberg, M., Faber,A.W. (2008). Psychosocial care of persons with severe burns. *Burns*,34, 433-440.

Boeve, S.A., Aaron, L.A., Martin-Herz, S.P., Peterson, A., Cain, V., Heimbach, D.M., ve ark. (2002). Sleep disturbance after burn injury. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*. 23(1), 32-38.

Burrell, L.O.(Ed.). (1992). *Adult Nursing in Hospital And Community Settings*.Athens, Appleton and Lange; 2043-2065.

Byers, J.F., Bridges, S., Kijek, J., LaBorde, P. (2001). Burn patients' pain and anxiety experience. *Journal of Burn Care Rehabilitation*. 22, 144-149.

Cameron, D.R., Pegg, S.P., Muller, M. (1997). Self-Inflicted burns. *Burns*, 23(6), 519-521.

Cantürk, Z., Utkan, Z., Gönüllü, N.N., Yıldırım, C. (1991). Yanık ve immun sistem. *Türkiye Klinik Tıp Bilimleri*. 11, 48-53.

Carpenito, L.J. (2004).*Handbook of Nursing Diagnosis*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Carrougheer, G.J., Ptacek, J.T., Sharar, S.R., Wiechman, S., Honari, S., Patterson, D.R. ve ark. (2003).Comparison of patient satisfaction and self-reportsof pain in adult burn-injured patients. *Journal of Burn and Care Rehabilitation*. 24, 1-8.

- Castana,O., Makrodimou, M., Katsaraki, E., Apostolopoulou, C., Alexakis, D. (2006). Fluctuation of psychological status in burn patients during hospitalization. *Annals of Burns and Fire Disasters*. 19,30-32.
- Chipp, E., Walton, J., Gorman, D., Naiem, S., Moiemmen, N.S. (2008). Adherence to referral criteria for burns in the emergency department. Erişim 28.02.2010. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2380084/pdf/eplasty08e26.pdf
- Choiniere, M.,Melzack, R., Rondeau, J., Girard, N., Paquin, M.J. (1989). The pain of burns: characteristics and correlates. *Journal of Trauma*. 29(11), 1531-1539.
- Civelek, B., Çelebioğlu, S., Erbaş, O., Yavuz, E. (2007). Yanık Tedavisinde Yara Örtüsü Seçenekleri. *Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi*15(2), 67-72.
- Çakır, S. ve Kulaksızoğlu, I.B. (2007). Yanık ünitelerinde hasta ve sağık personeline psikolojik destek. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(1), 116-120.
- Çam Çelikel, F.(2003). Kronik ağırı, depresyon, anksiyete ve somatoform bozukluklar. Erişim 02.12.2009 http://lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/derindex/d_p/4/7.htm
- Çam Çelikel, F. ve Saatçioğlu, Ö. (2003). Kronik ağırı hastalarında depresif yakınmalar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 4, 20-25.
- Çelik, H.C. ve Acar, T. (2007). Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değışkenlere göre incelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*,12(1), 23-27.
- Çetinkale, O. (2001). Yanık yarası ve tedavisi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğıtimi Etkinlikleri Cilt Hastalıkları ve Yara Bakımı Sempozyumu*, İstanbul. Erişim 11.11.2009.http://www.steteskop.net/modules.php?name=Tibbi_Makale&file=article&sid=1549
- Çetinkale, O. (2003). Yanık yarasının cerrahi izlemi. *Klinik Dergisi*, 16(1), 95-97.
- Çetinkale, O. (2005). Yanıklar. İçinde Ertekin, C., Taviloğlu, K., Güloğlu, R., Kurtoğlu, M. *Travma*. (1. Baskı). İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık; 563-593.
- Çetinkale, O. (2007). El yanıkları: Erken ve geç tedavisi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(1), 100-104.
- Çetinkale, O.(2008). Yanık yarası ve tedavisi. Erdost, Ş.K. ve Çetinkale, O. (Ed). *İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğıtimi Etkinlikleri Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyum Dizisi*,67,107-117.
- Çimen, A. ve Erdine, S. (2007). Yanık ağırsı ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(1), 60-64.

- Çöçelli, L.P., Bacaksız, B.D., Ovayolu, N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*. 14, 53-58.
- Çöl, M., Afşar, O.Z., Çöl, C., Çalışkan, D., Akdur, R. (1994). Ankara Numune Hastanesine başvuran yanık olgularının analizi. *Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi* Erişim 26.05.2009. http://www.turktel.net/cgi-bin/medshow.pl?makale_no=61696
- Danış, B.(1999).*Yanık pansumanı değişimi esnasında çocukların hissettikleri ağrının belirlenmesi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- Dannis, D.M., Blansfield, J.S., Gervasini, A.A.(2007). *Handbook of Critical Trauma Care*. (4. Baskı). Missouri: MosbyElsevier; 319-337.
- Değerli, Ü. (2006). Yanıklar, donmalar. İçinde Değerli, Ü., Erbil, Y. *Genel Cerrahi*. (8.baskı)İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri; 147-157.
- Demir, U. ve Mihmanlı, M.(2007). Kimyasal yanıklar. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(1); 89-91.
- Difede, J.A., Jaffe, A.B., Musngi, G., S Perry, S.,Yurt, R. (1997). Determinants of pain expression in hospitalized burn patients. *Pain*,72, 245-251.
- Doksat, K.(2005). Stres ve ağrı. İçinde Balcıoğlu, İ. (Ed.). *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. 47, 117-147.
- Dokuzlar Kralına göre Yüzdelelerin Vücuttaki Dağılımı ile Lund ve Browder Formülüne göre Dokuzlar Kuralının Yüzdelelerinin Vücuttaki Dağılımı. Erişim 03.04.2010. <http://www.acilveilkyardim.com/acilbakim/yanikyuzdeleri.JPG>
- Dramalı, A., Kaymakçı, Ş., Özbayır, T. (2001). *Temel İlk Yardım Uygulamaları*.(2. Baskı).İzmir, Saray Medikal Yayıncılık; 278-306.
- Duran, A. (1999).Depresyon tedavisinde hastaya yaklaşım,farmakoterapi prensipleri, trisiklik ve tetrasiklikantidepressanlar, SSRI'lar ve SNRI'ler. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul.
- Echevarría-Guanilo, E., Rossi, L.A, Dantas, R.A.S, Santos, C.B.D. (2006) Cross-cultural adaptation of the burns specific pain anxiety scale - Bspas to be used with Brazilian burned patients. *Julho-Agosto*; 14(4), 526-33.
- Edgar, D. ve Brereton M.(2008). ABC of burns: Rehabilitation after burn injury. *BMJ*. 329, 343-345.

Edwards, R., Klick, B., Smith, M., Haythornthwaite JA, Holavanahalli R, Patterson DR ve ark. (2007). Symptoms of depression and anxiety as unique predictors of pain-related outcomes following burn injury. *Annals of Behavioral Medicine*. 34(3), 313-22.

Elaldı, N. ve Bakır, M.(2003). Yanık Enfeksiyonları: Son Durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 25(2), 79-88.

Engin, C. ve Çakar, K.S. (1996). Ayaktan tedavi edilen yanık vakalarımızın epidemiyolojik değerlendirmesi. *Ulusal Travma Dergisi*. 2(2), 208-211.

Erdem, M., Çelik, C., Doruk, A., Özgen, F. (2008). Yaygın anksiyete bozukluğunda başa çıkma tutumları. *Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi*. 2(3), 101-105.

Erdil, F., ve Özhan Elbaş, N. (2001). Yanık ve hemşirelik bakımı. İçinde *Cerrahi hastalıklar Hemşireliği*. (4.Baskı). Ankara. Aydoğdu Ofset; 756-775.

Erdine, S. (2007). *Ağrı*. (3.Baskı). İstanbul, Nobel Tıp Kitebevleri.

Erol, S. (2001). Yanık yarası bakımı. Yanık Yarası ve Tedavisi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Cilt Hastalıkları ve Yara Bakımı Sempozyumu*, İstanbul.

Ertekin, C. (2008). Yanıklar ve Donuklar. Erişim 04.12.2009, <http://www.attder.org.tr/default.asp?L=TR&mid=281&metid=27>

Eti Aslan, F. (1998). Travmada ağrı. İçinde. Şelimen, D. (Ed.). *Acil Bakım*. İstanbul, Birlik Ofset; 381-421.

Eti Aslan, F. (2001) Yanıklarda acil bakım. Şelimen, D. (Ed). *Acil Bakım*. İstanbul, Çevik Matbaası.

Eti Aslan, F (2002) Ağrı değerlendirme yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 9-16.

Eti Aslan, F.(2006). Yanıkta ağrı. İçinde *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. Eti Aslan, F. (Ed.). İstanbul. Bilim Yayınları; 204-211.

Falder, S., Browne, A., Edgar, D., Emma Staples, E., Fong, J., Rea, S., Wood, F. (2009). Core outcomes for adult burn survivors: A clinical overview. *Burns*. 35, 618-641.

Fauerbach, J.A., Lawrence, J., Haythornthwaite, J., Richter, D., McGuire, M., Schmidt, C. ve ark. (1997). Preburn psychiatric history affects posttrauma morbidity. *Psychosomatics*, 38, 374-385.

Ferguson, L.S. ve Voll, K.V. (2004) Burn pain and anxiety: the use of music relaxation during rehabilitation. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 25, 8-14.

- Field, T.M. (1998). Massage therapy effects. *American Psychologist*. 53, 1270–1281.
- Franulic, A., Gonzalez, X., Trucco, M. Vallejos, F.(1996). Emotional and psychosocial factors in burn patients during hospitalization. *Burns*, 22(8), 618-622.
- Frenay, M.C., Faymonville, M.E., Devlieger, S., Albert, A., Vanderkelen, A. (2001). Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomised study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns*, 27, 793–799.
- Furness, P., Garrud, P., Faulder, A., Swift, J. (2006). Coming to terms a grounded theory of adaptation to facial surgery in adulthood. *Journal of Health Psychology*, 11(3), 435–66.
- Gemalmaz, A., Soran, A., Aşlar, K. (2000) Yanıklı Hastaya Erken Dönemdeki Yaklaşım. Erişim 24.09.2008. <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0400/04001.html>
- Gilboa, D. (2001). Long-term psychosocial adjustment after burn injury. *Burns*. 27, 335-341
- Gökarp, P.G.(2000). Yaygın anksiyete bozukluğu. İçinde *Anksiyete Bozuklukları*. Ankara, Çizgi yayınevi; 137-155.
- Gözzalan, A. (2007) *Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Hastanesi Yanık Kliniğinde Yatan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ve Sonucu Etkileyen Faktörler: Retrospektif Kohort Çalışması*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek lisans Tezi. Ankara.
- Güleç, G. ve Güleç, S. (2006). Ağrı ve ağrı davranışı. *Ağrı*. 18(4), 5-9.
- Güloğlu, C., Orak, M. ve Altuncı, Y.A.(2007). Elektrik hasarı ve yanıklar. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(1), 84-88.
- Güloğlu, R. (2002) Yanık. Kalaycı, G. (Ed). *Genel Cerrahi*. İstanbul, Tayf Ofset.
- Güloğlu, R. ve Aksoy, M.(2007). Yanıktan korunma: Kime, nasıl. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(1), 70-72.
- Günay, K. Taviloğlu, K., Eskioğlu, E., Ertekin, C. (1995). Yanıklı hastalarda epidemiyoloji ve mortalite çalışmaları. *Ulusal Travma Dergisi*. 1(2), 205-208.
- Gürdal, S. Ö, Yücel, T. (2007). Yanık giriş, epidemiyoloji ve etiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(1), 1-3.
- Güzeldemir, E. (1995). Ağrı değerlendirmeyöntemleri. *Sendrom*. 7(6), 11-21

- Haberal, M., Uçar, N., Bilgin, N. (1995). Epidemiological survey of burns treated in Ankara, Turkey and desirable burn-prevention strategies. *Burns*, 21, 601-606.
- Hachenschmidt, A. (2007) Burn Trauma Priorities for a Patient With 80% Total Body Surface Area Burns. *Journal of Emergency Nursing*, 33(4), 405-408.
- Hacıoğlu, M. (2006). Ağrının psikiyatrik yönü. İçinde *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. Eti Aslan, F. (Ed.). İstanbul. Bilim Yayınları; 335-345.
- Hanafiah, Z., Potparic, O., Fernandez, T. (2008). Addressing pain in burn injury. *Current Anaesthesia and Critical Care*. 19, 287-292
- Hedderich, R. ve Ness, T.J. (1999). Analgesia for trauma and burns. *Critical Care Clinics*, 15(1), 167-84.
- Hettiaratchy, S. ve Dziewulski, P. (2004). ABC of burns: Introduction. *BMJ*. 328, 1366-1368.
- Hisli N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 22, 118-126.
- Hofland, H., Faber, A., Loey, N. (2007). Sleep disturbances in adults with burns: Course and risk factors. *Burns*, 33(1), 37-38.
- Holmes, J.H. ve Heimbach, D.M. (2005). Burns. Brunicaardi, F.C., Andersen, D.K., Billiar, T.R., Dunn, T.R., Hunter, J.G., Polloc, R.E. (Ed.). Schwartz's Principles of Surgery. (8.Baskı). New York, USA. The McGraw-Hill Companies, Inc. <http://www.nettas.com.tr/burnshield/Care%20of%20burn%20patients%20in%20the%20hospital.pdf>
- Husain, M.M., Rush, A.J., Trivedi, M.H., McClintock, S.M., Wisniewski, S.R., Davis, L., ve ark. (2007). Pain in depression: STAR*D study findings. *Journal of Psychosomatic Research*. 63, 113-122
- Huten M., Kalyoncu A., Pektaş Ö., Beyazyürek M. (1998). Psikiyatrik bozukluğu olmayan kişilerde sigara içme davranışının depresyon düzeyleriyle ilişkisi. 34. *Ulusal Psikiyatri Kongresi, Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı*, İzmir.
- Işık, E. (1996). *Nevrozlar Anksiyete Bozuklukları, Somatoform Bozukluklar, Dissosiatif Bozukluklar, Yapay Bozukluklar*. Ankara, Kent Matbaası.
- Işık, E. (2006). Anksiyete etyolojisi: Çocuk, ergen ve erişkinlerde anksiyete bozuklukları. İstanbul, Golden Print.
- İnce, H., Eyüp Kandemir, E., Korur, Ş., Korur Fincancı, Ş., Özalp, B., Aksu, K., Güloğlu, R. (2008). Yanık travmalarında hayati tehlike kararına yeni yaklaşım. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 71, 1-4.

Jaffe, S.E.ve Patterson, D.R. (2004). Treating sleep problems in patients with burn injuries: practical considerations. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*. 25(3),294-305.

Jayaraman V. ve Dhanikachalam A. (2007). Psycho-social problems in women with burns. *Burns*. 33, 160.

Jong, A.E.E., Middelkoop, E.,Faber, A.W. ve Van Loey N.E.E. (2007). Non-pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns: A systematic literature review. *Burns*, 33,(7), 811-827.

Jonsson, C.E., Holmsten, A., Dahlström, L.,Jonsson,K. (1998).Background pain in burn patients: routine measurement andrecording of pain intensity in a burn unit. *Burns*. 24, 448-454.

Kamel A.H., Abd El-Latif Z, El-Rahim J.A., Abd El-Sayed S.A. (2003). A comparative study of three modalities of pain relief during wound dressing of burn patients.*Annals of Burns and Fire Disasters*.16(1).

Karataş, N. (2004). Araştırmada örnekleme.İçinde Erefe, İ. (Ed.). *Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemler*. (3.Baskı). Ankara, Odak Ofset.

Kavanagh, S. ve Jong, A. (2004). Care of burn patients in the hospital.*Burns*. 30, A2–A6.

Kaya, B. (2000).Travma sonrası stres bozukluğundakomorbidite. *Psikiyatri Dünyası*, 4,37-43.

Kaya, N. ve Kaya, H. (2009). Nöroonkoloji hastasının hemşirelik bakımı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2, 65-73.

Kayahan, M. (2005). *Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep.

Kayahan, M. ve Sertbaş, G.(2007). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyondüzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki.*Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 8, 113-120.

Kelleci, M., (2007). Fiziksel hastalıkla birlikte depresyonu olan hastaların hemşirelik bakımı. *İ.Ü.F.N. Hemş. Derg.* 15(58) : 54-60.

Kışlaoğlu, E. (1990). Geniş yanıklarda ilk 48 saat. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*.1(1),40-45.Erişim31.03.2010.

<http://www.journalagent.com/z4/vi.asp?pdire=keah&plng=tur&un=KEAH-77598&look4=>

Klein, R.M. ve Charlton, J.E. (1980). Behavioural observation and analysis of pain behavior in critically burned patients. *Pain*. 9, 27-40.

Kleve, L. ve Robinson, B. (1999). A survey of psychological need amongst adult burn-injured patients. *Burns*. 25, 575-579.

Knipe, C.J. (2004). Burns. Lewis, M.S., Heitkemper, M.M., Dirksen, R.S. (Ed.). İçinde *Medical Surgical Nursing*. (2.Baskı) Mosby, USA; 515-539.

Kocabaşoğlu, N.(2005). Stres ve anksiyete. İçinde Balcıoğlu, İ. (Ed.). *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. 47, 181-198.

Kocaman, N. (2008).Tıbbi hastalığa psikososyal tepkiler. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*.71,52-58

Kocatürk, K., Teyin, M., Balcı, Y., Eşiyok, B. (2005). Osmangazi Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'ne başvuru yapmış yanık olgularının değerlendirilmesi. *Tıp Bilimleri Dergisi*.25(3), 400-406.

Konstantatos, A.H., Angliss, M., Costello, V., Cleland, H. ve Stafrace, S.(2009).Predicting the effectiveness of virtual reality relaxation onpain and anxiety when added to PCA morphine in patientshaving burns dressings changes. *Burns* 35, 491- 499.

Koyuncuer, A.(2004). Yanıklı hastalarda hastaneye sevk ya dahastaneye yatırma kriterleri. *Sted*. 13(7), 249- 251.

Kökçe, A.(2007). *Acil birime başvuran hastanın ağrısını hasta ve hemşirenin tanılaması*.İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,Yükseklisans Tezi, İstanbul.

Köroğlu, E.(2007). Majör Depresyon. Köroğlu, E. ve Güleç, C.(Ed.). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara, HYB Basım Yayım, 240-257.

Kring, A.M., Persons, J.B., Thomas, C. (2007). Changes in affect during treatment for depression and anxiety. *Behaviour Researchand Therapy*. 45,1753-1764.

Kuğuoğlu, S., Eti Aslan, F., Olgun, N. (2003). McGill Melzack Ağrı Soru Formunun (MASF) Türkçe'ye uyarlanması. *Ağrı*. 15, 47-52.

Kurşun, Ş. ve Kanan, N. (2007). Yanık ağrısı ve hemşirelik bakımı. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale HemşirelikYüksekokulu Dergisi*, 15(60), 195-199.

Kurtoğlu, M., Alimoğlu, O., Ertekin, C., Güloğlu, R., Taviloğlu. (2003). Yoğun bakım ünitesinde takibi gereken ciddi yanıkların tedavi,mortalite ve morbidite yönünden değerlendirilmesi.*Ulusal Travma Dergisi*. 9(1), 34-36

Latarjet, J. veChoinere, M. (1995). Pain in burn patients. *Burns*. 21(5), 344-348.

Laterjet, J. (2002a). The pain from burns. *Pathologie Biologie, (Paris)*. 50(2), 127-133. Erişim 12.02.2009.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11933833>

Laterjet, J. (2002b). The management of pain associated with dressing changes in patients with burns.Erişim, 25.12.2008. <http://www.worldwidewounds.com/2002/november/Latarjet/Burn-Pain-At-Dressing-Changes.html>

Lemone, P. ve Burke, K.M. (1996). *Medical Surgical Nursing: Critical Thinking in Client Care*. U.S.A: Benjamin/Cummings Publishing Company; 71-95.

Loncar, Z., Bras, M. ve Mickovic, V. (2006). The relationships between burn pain, anxiety and depression. *Collegium Antropologicum*. 30(2), 319-325. Erişim 16.01.2008.http://scholar.google.com.tr/scholar?hl=tr&q=The+relationships+between+burn+pain%2C+anxiety+and+depression%2C+Collegium+Antropologicum&btnG=Ara&lr=&as_ylo=&as_vis=0

Long, B., Philips, W.J. ve Cassmeyer, V.L. (1995). *Adult Nursing Process Approach*. London: Mosby.

Luckmann, J.(Ed.).(1997). *Manual of Nursing Care*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1664-1688.

Mackey,S.P., Diba, R., McKeown, D., Wallace, C.,Booth, S., Gilbert, P.M. veDheansa, B.S. (2009).Return to work after burns: A qualitative research study.*Burns*. 35, 338-342.

Madenci, E., Herken, H., Yağız, E., Keven, S., Gürsoy, S. (2006). Kronik ağrılı ve fibromiyalji sendromlu hastalarda depresyon düzeyleri ve ağrı ile başa çıkma becerileri.*Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*.52(1), 19-21.

Madianos, M.G., Papaghelis, M, Ioannovich, J, Dafni, D. (2001). Psychiatric disorders in burn patients: A follow-up study. *Psychother Psychosom*. 70, 30-37

Mason, S.T., Arceneaux, L.L., Abouhassan, W., Lauterbach, D., Seebach,C., Fauerbach, J.A. (2008).Confirmatory Factor Analysis of the Short FormMcGill Pain Questionnairewith Burn Patients. Erişim 05.01.2009. http://www.eplasty.com/index.php?option=com_content&view=article&id=254&catid=145

- McGrath, P. (1990). *Pain in Children*. New York: Guilford Press.
- McQuillan, K.A., Makic, M.B.F. ve Whalen, E.(2009). *Trauma Nursing*. Missouri: Saunders Elsevier; 880-885.
- Melzack R. (1987). The Short Form McGill pain questionnaire. *Pain*, 30, 191-197.
- Meral, R.(2007). Radyasyon yanıkları. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(1), 76-83.
- Mındıkoğlu, A.N. (1993). Yanıklar ve tedavileri. *Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Dersleri I*. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi.
- Moi, A.L., Wentzel-Larsen, T., Salemark, L., Hanestad, B.R. (2007). Long-term risk factors for impaired burn-specific health and unemployment in patients with thermal injury. *Burns*. 33, 37-45.
- Montgomery R.K.(2004). Pain management in burn injury. *Critical Care Nursing Clinics of North America*.16(1), 39-49.
- Motan, İ. ve Gençöz, T. (2007). Aleksitimi boyutlarının depresyon ve anksiyete belirtileri ile ilişkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 18(4), 333-343.
- Norman, A.T. ve Judkins, K.C. (2004). Pain in the patient with burns. *Critical Care and Pain*. 4, 57-61.
- Oğuzhanoglu, N.K. (2001). Tıbbi durumlar ve depresyon. *Duygudurum Dizisi*.3, 116-125.
- Orhan, M.E. ve Şencan, A.(2004). Yanık hastalarında ağrı ve tedavisi. *Ağrı Dergisi*. 16(4), 9-16
- Orr, D.A., Reznikoff, M., Smith, G.M. (1989). Body image, self-esteem, and depression in burn-injured adolescents and young adults. *Journal of Burn Care and Research*. 10(5), 454-461.
- Övayolu, N., Türk, N., Uçan, Ö. (2006).Yanık nedeniyle acile gelen hastaların değerlendirilmesi ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.9(4),91-98.
- Öncül, O.(2007). Yanık infeksiyonları. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(1), 41-45.
- Öncül, O.(2008). Yanık hastalarına yaklaşım ve yara bakımı.(Ed). Erdost, Ş.K. ve Çetinkale, O. *İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyum Dizisi*,67, 129-143.

- Özalp, A. (2008). Beck Anksiyete ve Depresyon Ölçeği. <http://www.alopsikolog.net/test.asp> (11.12.2008)
- Özkan, S. (Ed.). (1993). *Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi.
- Özmen, M. (1999). Depresyonun psikoterapisi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*. İstanbul.
- Öztürk, M.O.(2002).*Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 9. Basım, Ankara: Feryal Matbaası
- Öztürk, A.S., Yirmibeşoğlu, E., Erkal, H.Ş., Egehan, İ. (2005). Kanser hastalarında tanı ve tedavi sürecini etkileyen değişkenler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(2), 83-87.
- Özüçelik, D.N.(2002). *Zehirlenmeler*. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 32, 133-146.
- Özyamaner, G.(2004). *İkinci derece yüzeysel yanıklarda antibiyotikli pomad ile steril likit vazelin kullanımının yara iyileştirme sürecine etkisinin karşılaştırılması*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Pal, S.K., Cortiella, J., Herndon, D. (1997). Adjunctive methods of pain control in burns. *Burns*. 23(5), 404-413.
- Park, S.Y., Choi, K.A., Jang, Y.C., Oh, S.J. (2008). The risk factors of psychosocial problems for burn patients. *Burns*. 34, 24-31.
- Parvianen, I. (2009). Yanıklar, inhalasyon ve elektrik hasarı. İçinde Akpir, K. ve Tuğrul, S. (Çev. Ed.) *Klinik Yoğun Bakım*. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi.
- Patterson, D.R., Adcock, R.J., Bombardier, C.H. (1997). Factors predicting hypnotic analgesia in clinical burn pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 45(4), 377-95.
- Patterson, D.R., Hofland, H.W., Espey, K., Sharar, S. (2004). Pain management. *Burns* 2004; 30, A10-A15.
- Perry, S., Heidrich, G., Ramos, E. (1981). Assessment of pain by burn patients. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 2, 322-326.
- Pope, S.J., Solomons, W.R., Done, D.J., Cohn, N., Possamai, A.M. (2007). Body image, mood and quality of life in young burn survivors. *Burns*, 33, 747-755.

Pruzinsky, Y., Rice, L.D., Himel, H.N., Morgan, R.F., Edlich, R.F. (1992). Psychometric assessment of psychologic factors influencing adult burn rehabilitation. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*.13(1), 79-88.

Ptacek, J.T., Patterson, D.R., Doctor, J. (2000). Describing and predicting the nature of procedural pain after thermal injuries: implications for research. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 21(4), 318-326.

Purdue, G.F. ve Hunt, J.L. (1989). Multiple trauma and the burn patient. *American Journal of Surgery*, 158(6), 536-539.

Rae, C.P., Gallagher, G., Watson, S., Kinsella, J. (2000). An audit of patient perception compared with medical and nursing staff estimation of pain during burn dressing changes. *European Journal of Anaesthesiology*. 17(1), 43-45.

Rafii, F., Oskouie, F., Nikraves, M. (2007). Caring behaviour of burn nurses and the related factors. *Burns*, 33, 299-305.

Richardson, P. ve Mustard, L. (2009). The management of pain in the burns unit. *Burns* 35, 921-936.

Robert, R., Blakeney, P., Villarreal, C., Meyer, W.J. (2000). Anxiety: Current practices in assessment and treatment of anxiety of burn patients. *Burns* 26, 549-552.

Saatçioğlu, Ö. (2001). Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 11, 60-77.

Savrun, M. (1999). Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*. İstanbul.

Schug, S.A. (2008). Burns pain. *Acute Pain*. 10, 173-174.

Selmanpakoğlu N. (1998). *Yanıklar ve tedavileri*. Ankara, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Basımevi

Sertbaş, G., Bahar, A. (2004). Anksiyete ve anksiyete ile baş etmede hemşirelik girişimleri, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 9-15

Sevin, K. (2009). Yanık ders notları. Erişim 31.12.2009. <http://www.estetiks.com/yanik.html>

Smith, J. S, Smith, K.R. ve Rainey, S.L. (2006). The psychology of burn care. *Journal of Trauma Nursing*. 13(3), 105-106.

Soykan A. (2001). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikiyatri. *Psikiyatriye Giriş El Kitabı*. Ankara, Girişim Yayıncılık.

Steenkamp, W.C. ve Albertyn, R. (2008). Psychosocial factors that influence the outcome of burn treatment. *Continuing Medical Education*. 26,424-426. Erişim 01.06.2010. <http://www2.cmej.org.za/index.php/cmej/article/viewFile/1092/1104>

Summer, J.G., Puntillo, K.A., Miaskowski, C. Paul G. Green, P.G., Levine, J.D. (2007). Burn Injury Pain: The Continuing Challenge. *The Journal of Pain*. 8(7), 533-548.

Sungur, M.Z. (1999). İkincil travma ve sosyal destek. *Klinik Psikiyatri*. 2, 105-108

Şahin, Z., Temurlenk, H., Atay, D., Duman, A., Akan, D. (2003). Travmalı hastalarda hemşirelik uygulamaları. İçinde Erdemir, F., Yılmaz, E., (Ed.). *Hemşirelik Sınıflama Sistemleri: Klinik Uygulama, Eğitim, Araştırma ve Yönetimde Kullanımı Sempozyum Kitabı*. Ankara. Başkent Üniversitesi Yayını; 249-256.

Taal, L.A. ve Faber, A.W. (1997a). Post-traumatic stress, pain and anxiety in adult burn victims. *Burns*. 23,545-549.

Taal, L.A. ve Faber, A.W. (1997b). Burn injuries, pain and distress: exploring the role of stress symptomatology. *Burns*, 23,288-290.

Taal, L.A. ve Faber, A.W. (1998). Post-traumatic stress, pain and anxiety in adult burn victims. *Burns*. 23,545-549.

Taal L. A., Faber, A. W., Van Loey, N. E. E Reynders, C. L. L., Hofland H. W. C. (1999). The abbreviated burn specific pain anxiety scale: a multicenter study. *Burns*. 25(6), 493-497.

Talu, G. (2007). Yanık ağrısı ve tedavisi. İçinde Erdine, S. (Ed.). *Ağrı*. (3.Baskı). İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri; 184-187.

Tarsuslu, T., Tütün Yümin, E., Öztürk, A., Yümin, M. (2010). Kronik fiziksel özürlü bireylerde ağrı, depresyon, anksiyete ve fonksiyonel bağımsızlık ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Ağrı*. 22(1), 30-36.

Tedstone, J.E., Tarrier, N. ve Faragher, E. (1998). An investigation of the factors associated with an increased risk of psychological morbidity in burn injured patients. *Burns*. 24(5), 407-415.

Tekol, Y. (2000). Opioid Analjezikler, Türk Farmakoloji Derneği Farmakoloji Ders Kitabı. (Ed: Bökesoy, T.A., Çakıcı, I. ve Melli, M.) Gazi Kitabevi, Ankara.

Tekşam, Ö. (2009). Yanıkta sıvı tedavisi. İçinde Uluslar Arası Katılımlı VI. Ulusal Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Kongresi II. Ulusal Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı. İstanbul. İstanbul Medikal Yayıncılık; 37-40.

Tel, H., Tel, H., Sabancıoğulları, S. (2005). Hastanede yatan hastalarda uyku, anksiyete ve depresyon. 3. Uluslararası-10. Ulusal Hemşirelik Kongresi Özet Kitabı. İzmir.

Thombs, B.D., Bresnick, M.G., Magyar-Russell, B.S.G. (2006). Depression in survivors of burn injury: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 28, 494-502.

Thombs, B.D. (2007). Use of the Beck Depression Inventory for assessing depression in patients hospitalized with severe burn disentangling symptoms of depression from injury and treatment factors. *Burns*. 33, 547-553.

Thombs, B.D., Bresnick, M.G., Magyar-Russell, G., Lawrence, J.W., McCann, U.D., Fauerbach, J.A. (2007a). Symptoms of depression predict change in physical health after burn injury. *Burns*. 33, 292-298.

Thombs, B.D., Haines, J.M., Bresnick, M.G., Magyar-Russell, G., Fauerbach, J.A., Spence, R.J. (2007b). Depression in burn reconstruction patients: symptom prevalence and association with body image dissatisfaction and physical function. *General Hospital Psychiatry*. 29, 14-20.

Thompson, J.M., McFarland, G.K., Tucker, S.M. (2002). *Clinical Nursing* (5. Baskı). Missouri: Mosby Company.

Titscher, A., Kamolz, L. Frey, M. (2009). Associations with burns and the emotional meaning of skin. *Burns*. 35, S1-S47.

Travado, L., Ventura, C., Martins, C., Veloso, I. (2001). Psychological assessment of the burn in-patient. *Annals of Burns and Fire Disasters*. Erişim 12.10.2008. http://www.medbc.com/annals/review/vol_14/num_3/text/vol14n3p138.asp

Tricklebank, S. (2009). Modern trends in fluid therapy for burns. *Burns*. 35, 757-767

Tsirigotou S. (1993). Acute and chronic pain resulting from burn injuries. *Annals of the Mediterranean Burns Club*. 6(1). Erişim 03.03.2009. http://medbc.com/annals/review/vol_6/num_1/text/vol6n1p11.htm

Tuncel, U., Etöz, A., Özcan, M. (2005). Yanık pansumanında midazolam kullanımı. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 3(2), 26-29.

Tunçer, Ö. (1999). Depresyon ve somatizasyon. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*. İstanbul.

Turhan, A.N. (2007). Yanığın derinliği ve genişliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(1), 10-13.

Türegün, M., Şengezer, M., Selmanpakoğlu, N., Çeliköz, B., Nişancı, M. (1997). The last 10 years in a burn centre in Ankara: An analysis of 5264 cases. *Burns*. 23(7), 584-590.

Türkçapar, H.(2004).Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısall ilişkileri.*Klinik Psikiyatri*. 4, 12-16.

Urden, L.D., Stacy, K.M., Lough, M.E. (2002). *Thelan's Critical Care Nursing: Diagnosis And Managment*. 4. Baskı. Missouri: Mosby; 965-990.

Uzunköy, A.(2007). Hastanede yanıklı hastaya yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(1), 26-31.

Üçvet, A. ve Yüncü, G.(2009).İnhalasyon hasarı. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 29(2), 492-500.

Ünalacak, M., Pişirgen, T.N., Ünlüoğlu, İ. (2008). Depresyon ve antidepresan tedavi. *Aile Hekimliği Dergisi*. 2, 52-56.

Ünlügenç, H. (2008). Yanık ve Ağrı. Erişim 10.10.2008. <http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/galenos/16.htm>

Van Loey, N.E.E., Maas, C.J.M., Faber, A.W., Taal, L.A. (2003). Predictors of chronic posttraumatic stres symptoms following burn injury: Results of a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*. 16,361-369.

Van Loey, N. ve Van Son, M. (2003). Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *American Journal of Clinical Dermatology*. 4(4), 245-272.

VanDalfsen, P.J. ve Syrjala, K. (1990). Psychological strategies in acute pain management. *Critical Care Clinics*. 6, 421-31.

Wallis, H. ve Wind, G. (2006).Emotional distress and psychosocial resources in patients recovering from severe burn injury. *Journal of Burn Care and Research*. 27(5), 734-741.

Watkins, P.N., Cook, E.L., May, R., Still, J.M. (1992). The role of the psychiatrist in the team treatment of the adult patient with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*. 13, 19-27.

Watkins, P.N., Cook, E.L., May, R., Ehleben, C.M. (1988). Psychological stages in adaptation following burn injury: a method for facilitating psychological recovery of burn victims. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*. 9, 376-384.

Weinberg, K., Birdsall, C., Vail, D., Marano, M. A., Petrone, S. J., Mansour, H.E. (2000). Pain and Anxiety With Burn Dressing Changes: Patient Self-Report. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*. 21, 157-61.

Wiechman, S.A. ve Patterson D.R.(2008).ABC of burns: Psychosocial aspects of burn injuries. *BMJ*. 329, 391-393.

Yalçın, H. ve Özkalp, B. (2005). Vücut Hijyeninin Önemi ve Yara Bakımında Yeni Gelişmeler. 4. *Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi*. Samsun.Erişim 13.11.2009. <http://www.das.org.tr/tr/dosya/kongre/kong2005/index.htm>

Yardakçı, R.(2001). *Ameliyat öncesi dönemde hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Yazıcı, K., Tot, Ş., Yazıcı, A., Erdem, P., Buturak, V., Okyay, Y., Şimşek, Y. (2003). Bedensel hastalığı olan kişiler arasında psikiyatrik yardıma ihtiyacı olanlar tanınabiliyor mu? *Klinik Psikiyatri*. 6, 27-31.

Ye, E. (1998). Psychological morbidity in patients with facial and neck burns. *Burns*.24, 646-648.

Yıldırğan, M.İ., Başoğlu, M., Gündoğdu, C., Balık, A.A., Nalbantoğlu, N., Ören, D. (1996). Yanıklarda mantar enfeksiyonları. *Ulusal Travma Dergisi*. 2(2), 141-144.

Yıldırım, Y.K. ve Uyar, M. (2006). Etkili kanser ağrı yönetimindeki bariyerler. *Ağrı*. 18, 12-9.

Yılmaz, S. (2006). Yanık ve Rehabilitasyonu. Erişim 26.02.2009. http://www.rehabilitasyon.com/action/makale/1/Yanik_ve_Rehabilitasyonu-1324

Yorgancı, K. ve Gelecek Geyik, S.(2007). Ciddi yanık hastasının izlem ve tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 38, 135-140.

Yorgancı, K., Elker, D., Kaynaroğlu, V., Öner, Z., Sayek, İ.(2001). Kırk beş yaş üstü yanık hastalarında tedavi sonuçları. *Geriatric*. 4 (3), 116-119.

Yumuşak, İ.G. (2003). Gelişmekte olan ülkeler ve Türkiye açısından kadın eğitiminin ekonomik ve sosyal boyutu üzerine bir değerlendirme. Erişim 01.07.2010. <http://129.3.20.41/eps/mac/papers/0404/0404031.pdf>

Yüce, B.(2007). Ağrılı hastanın psikiyatrik değerlendirmesi. İçinde Erdine, S. (Ed.). *Ağrı*. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul

Yücel, A. (2000). Ağrı kontrolünde hemşirelerin rolü. İçinde Erdine, S. (Ed.). *Ağrı*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi; 695-698.

Yüksel, N. (Ed.). (2006). *Ruhsal hastalıklar*. (3.baskı). Ankara, M.N. Medikal ve Nobel tıp kitabevi.

Yürügen, B.(1995). Algoloji (Ağrı) polikliniklerine başvuran hastaların ağrılarının tanınması ve ağrı-depresyon ilişkisi. *Hemşirelik Bülteni*. 9, 31-41.

Zhonghua Zheng Xing Shao Shang Wai Ke Za Zhi.(1993). The depressive disorder in burn patients. 9(1), 59-62,80. Erişim 24.11.1008.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8330>.

Zor, F., Ersöz, N., Kùlahçı, Y., Kapı, E. ve Bozkurt, M. (2009). Birinci basamak yanık tedavisinde altın standartlar. *Dicle Tıp Dergisi*. 36(3), 219-225.

FORMLAR

EK-1GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

I-Araştırmayla İlgili Bilgi Verilmesi

“Yanıklı hastalarda ağrı, anksiyete ve depresyon ilişkisinin incelenmesi” isimli çalışma, yanık ünitelerinde yatarak tedavi gören hastalarda yanık ağrısı, anksiyete ve depresyon ilişkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Bu çalışma ile yanıklı hastaların deneyimledikleri ağrı ile anksiyete ve depresyon düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmış olup, elde edilen sonuçların klinik uygulamalara yansıtılması ile, yanıklı hastanın ağrısının etkili biçimde kontrol altına alınması, hastalık sürecinin kısaltılması ve iyileşme yönünde motivasyonun artırılması gibi konularda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada, literatür bilgilerinin ışığında araştırmacı tarafından geliştirilen yanık hastasının sosyo-demografik özellikleri, çalışma koşulları ve mesleki yaşama ilişkin özellikleri içeren anket formu, yanık travmasının oluşum nedeni, yanık alan büyüklüğü, derecesi gibi yanık travmasını tanımlamaya yönelik sorular içeren anket formu ile birlikte VAS (Visual Analog Scale), Mc Gill Kısa Ağrı Soru Formu, Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçeği kullanılacaktır. Bu formlar araştırmacı tarafından çalışmaya katılmayı kabul eden yanıklı hastalara dağıtılıp, hastaların kendileri yanıtlayacaktır. Okuryazarlığı olmayan ya da kalem tutmayı engelleyecek fiziksel sorunu olan hastalara sorular araştırmacı tarafından yöneltilip, cevaplar not edilecektir. Formların doldurulması yaklaşık 30 dakikadır. Çalışma kapsamına çalışmaya katılmayı kabul eden, yanığı olan 60 hasta alınması planlanmaktadır.

II-Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgi Verilmesi

Çalışma ile ilgili herhangi bir kişi üzerinde herhangi bir uygulama yapılmayacaktır. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkınız vardır. İstedığınız anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda veya herhangi bir nedenle çalışma programından çıkarılmanız veya çıkmanız halinde, hastalığınız ile ilgili tedavinizde bir aksama olmayacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz ayrıca size de bir ödeme yapılmayacaktır. Kimlik bilgilerinin gizli tutulacaktır.

EK-2 GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(KATILIMCININ/HASTANIN BEYANI)

Sayın Hemşire YELİZ KARATEKE tarafından Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yara ve Yanık Tedavi Merkezi'nde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-soyadı, İmzası

Yeliz KARATEKE

Muhtemel zararlı durumda gönüllünün veya yakınının bilgi için ilişki kuracağı kişinin ismi, telefon numarası

Yeliz KARATEKE Tel: 0212 4142000- 31756

EK-3YANIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BİLGİLER FORMU

1.Yanık şekli:

- a) İş kazası b) Ev kazası c) İhmal d) İntihar

2. Yanık nedeni:

- a) Güneşle temas
b) Sıcak su, yağ veya buharla haşlanma
c) Sıcak bir yüzeyle temas (ütü, fırın vb)
d) Alevle temas (petrol, tiner, gaz vb)
e) Kimyasal madde (asit, alkali vb)
f) Elektrik
g) Radyasyon

3. Yanık bölgesi : (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

1. Eller - Kollar
2. Ayaklar - Bacaklar
3. Yüz
4. Gövde
5. Baş-Boyun
6. Büyük eklem yanıkları
7. Genital bölge
8. Gluteal bölge

4. Yanık yüzdesi:

1. 0- % 9
2. %10- %19
3. %20- %29
4. %30- %39
5. %40-%49
6. %50-%59
7. %60-%69
8. %70-%79
9. %80- üzeri

5. Eşlik eden travma:

- a) Var b) Yok

6. Yanığa bağlı cerrahi girişim geçirilme durumu:

- a) Cerrahi debridman (Eksizyon) b) Greftleme c) Fasiyotomi
d) Eskaratomi e) Amputasyon f) Diğer

7. Enfeksiyon gelişme durumu:

- a)Var b) Yok

8. Yanığın komplikasyonları:

- a) Yanık yarası sepsisi
- b) Kontraktürler
- c) Nebdeler
- d) Dekübit ülserleri
- e) Tromboflebit
- f) Ritim bozuklukları
- g) İnfarktüs
- h) CO İnhalasyonu
- i) Pulmoner emboli
- j) Pnömoni
- k) ARDS
- l) Akut mide dilatasyonu
- m) Curling ülserleri
- n) Hepatik problemler
- o) Paralitik ileus
- p) Ensefalopati
- q) Epilepsi
- r) Nöropati
- s) Akut böbrek yetmezliği
- t) Diğer

EK-4HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BİLGİLER FORMU

1. Yatış tarihiniz:
2. Yanık oluşum tarihi:
3. Yanık sonrası ilk girişimin yapıldığı yer:
4. Yaşınız :
5. Cinsiyetiniz:
 - a) Kadın b) Erkek
6. Mesleğiniz :
 - a) Öğrenci b) Ev hanımı c) İşsiz d) Emekli e) Diğer (.....)
7. Eğitim durumunuz :
 - a) Okuryazar değil b) İlköğretim c) Lise d) Yüksekokul
8. Sosyal güvenceniz :
 - a) SGK b) Özel sigorta c)Yok
9. İlave sağlık sorununuz:.....
10. Alışkanlık durumunuz:
 - a) Sigara kullanımı b) Alkol kullanımı
 - c) İlaç kullanımı d)Madde kullanımı e) Diğer (.....)
11. Birlikte yaşadığınız kişiler:
 - a) Tek başına b) Aile c) Arkadaşlar
12. Hastanede yattığınız sürece yakınlarınızdan maddi ya da manevi destek aldınız mı? (Cevabınız evet ise lütfen 13. soruyu cevaplayınız. Cevabınız hayır ise 13. soruyu boş bırakınız.)
 - a) Evet b) Hayır
13. Yakınlarınızdan aldığınız maddi ya da manevi sizce yeterli miydi?
 - a) Evet b) Hayır
14. Ağrı kontrolü için ilaç tedavisi (ağrı kesici veya diğer ilaçlar) alıyor musunuz?
 - a)Evet b) Hayır
15. Ağrınız yeterince kontrol altına alınıyor mu?
 - a) Evet b) Hayır
16. Kullanılan ağrı kesici veya ilaçları işaretleyiniz. (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
 - a) Opidler
 - b) Non-Steroid Antienflamatuar İlaçlar (NSAİİ)
 - c) Parasetamol
 - d) Anksiyolitik
 - e) Antidepresan
 - f) Ketamin

17. Ağrınızı arttıran tedavi ve bakım uygulamaları nelerdir?(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

- a) Pansuman değiştirme
- b) Debridman
- c) Hidroterapi
- d) Fizyoterapi
- e) Greftleme
- f) İlaç uygulamaları
- g) Mobilizasyon
- h) İmmobilizasyon

18. Uyku sorunu yaşıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

19. Hastaneye yatmadan önce de uyku sorunu yaşıyor muydunuz?

- a) Evet b) Hayır

20. Hastanede yattığınız süre içerisinde uyku sorununuzun nedeni aşağıdakilerden hangisi olabilir? (Birden çok şık işaretleyebilirsiniz.)

- a) Ağrı
- b) Tedavi ve bakım uygulamaları
- c) Gürültü
- d) Kabuslar
- e) Endişe / Korku
- f) Diğer (.....)

21. Daha önce psikolojik soruna bağlı tedavi uygulandı mı?

- a) Depresyon b) Anksiyete c) Panik atak d) Diğer (.....)

22. Daha önce herhangi bir nedenle hastaneye yatma durumunuz oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

23. Daha önce yanık deneyiminiz oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

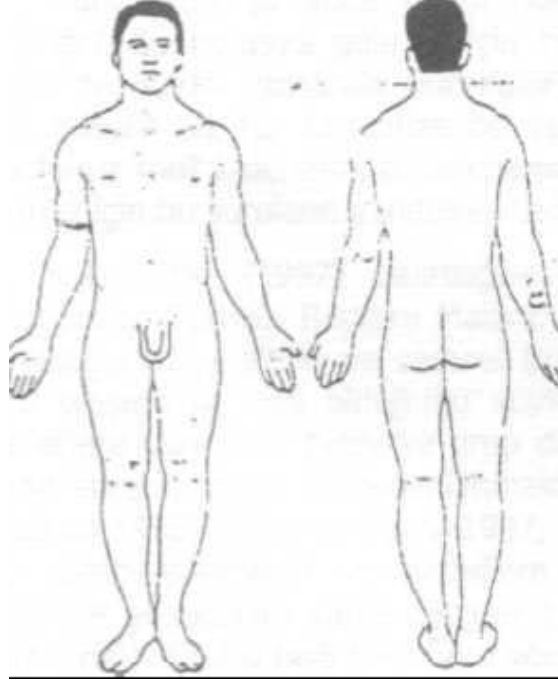
EK-5VAS (GÖRSEL ANALOG SCALE)

Aşağıdaki cetvel ağrınızın şiddetini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Hissettiğiniz ağrının şiddetini cetvel üzerinde işaretleyiniz.

The diagram shows a vertical line within a rectangular frame. At the top of the line is a horizontal bar, and at the bottom is another horizontal bar. The text 'Dayanılmaz ağrı' is positioned above the top bar, and 'Ağrı yok' is positioned below the bottom bar.

EK-6 : MCGILL KISA AĞRI SORU FORMU

a) **Yeri:** (Ağrıyan yerini eliyle göstermesini isteyin)



b) **Şiddeti:** 0 1 2 3 4 5

ağrı yok - hafif - orta - şiddetli - çok şiddetli - dayanılmaz

c) **Niteliği:** (Hastanın kendi kelimelerini kullanın)

Zonklama
 Batıcı
 Bıçak saplanır gibi
 Keskin
 Kramp tarzı
 Ezilme şeklinde
 Sızlama
 Karıncalanma
 Çekilme
 Ağırlık hissi
 Dokunulmayacak kadar hassas
 İçimden parça kopuyormuş gibi
 Bitkin düşürücü
 Yanma
 Diğer

EK-7 BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandaki uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde (Beni pek etkilemedi)	Orta düzeyde (Hoş değildi ama katlanabildim)	Ciddi düzeyde (Dayanmakta çok zorlandım)
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma/ karıncalanma				
2. Sıcak / ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme korkusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolünü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olamayan)				

EK- 8: BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ (BDÖ)

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. ezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
0. Kendimden memnunum.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.

0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
 2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
 3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 1. Zaman zaman içindem ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.

0. İştahım her zamanki gibi.

1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.

3. Artık hiç iştahım yok.

0. Son zamanlarda kilo vermedim.

1. İki kilodan fazla kilo verdim.

2. Dört kilodan fazla kilo verdim.

3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.

0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.

1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.

2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.

3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.

0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.

1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.

2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.

3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

ETİK KURUL KARARI

EK-9

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ YEREL ETİK KURUL TUTANAĞI

Toplantı Tarihi : 18/02/2009
Toplantı Yeri : Behçet Kütüphanesi Pembe Salon
Toplantı Sayısı : 2

Sorumlu araştırmacılığını Üniversitemiz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Ayfer ÖZBAŞ'ın üstlendiği ve Yüksek Lisans Öğrencisi Hemşire Yeliz KARATEKE'nin yürüteceği 2009/439 protokol numaralı "Yanıklı Hastalarda Ağrı, Anksiyete ve Depresyon ilişkisinin incelenmesi " başlıklı anketli tez çalışması kurulumuzda incelendi.
Etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.


Prof.Dr. Güner SARUHAN
Etik Kurul Başkanı (Dekan Yardımcısı)
Prof.Dr. A.Yağız ÜRESİN
Farmakoloji ve Kli.F. A.D.
Prof.Dr. Ahmet GÜL
İç Hast. A.D, Romatoloji Bilim Dalı
Prof.Dr. Berrin UMMAN
Kardiyoloji A.D.
Prof.Dr. Kamil PEMBEÇİ
Anesteziyoloji A.D.
Prof.Dr. Sevinç EMRE (Katılmadı)
Çocuk Sağ. Ve Hast. A.D
Prof.Dr. Nuran YILDIRIM
Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.
Prof.Dr. Oğuzhan ÇOBAN (Katılmadı)
Nöroloji A.D.
Prof.Dr. Pınar SAİP
I.Ü. Onkoloji Enstitüsü


Prof.Dr. Ümit TÜRKOĞLU
Biokimya A.D
Prof.Dr. Neşe ÇOLAK
İç Hast.A.D. End. Ve Metabolizma Hast.
Prof.Dr. Nurhan ENGİNAR (Katılmadı)
Farmakoloji ve Kli.F. A.D
Fatma Ceyda DÖNMEZER
Sivil Toplum Örgütü Üyesi
Av. Dilek TEMİZ ÖZBEK
Hukukçu

EK-10 SAĞLIK BAKANLIĞI ÇALIŞMA İZİN BELGESİ

PROTOKOL**Taraflar:**

Madde 1- Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı ile *İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ*.....
 Üniversitesi/Hastanesi *FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU*.....
 Fakültesi/Kliniği arasında düzenlenmiştir.
 Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluş...*KARTAL DR.L.KIRDAR EAH*.....dır.
 Çalışmanın adı:.... *"Yanıklı Hastalarda Ağrı Anksiyete ve Depresyon İlişkisinin İncelenmesi"*.....dır.

Bu çalışmada görevlendirilen kişi/kişiler: *Yeliz KARATEKE Dış: Yrd.Doç.Dr.Ayfer ÖZBAŞ*.....dır.

Konusu:

Madde 2- Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
 Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
 Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
 Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi: Başlangıç...29/04/2009**...../Bitiş...**29/07/2009**.....**

Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilir.
 Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.
 Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.
 Yapılan çalışmanın Sağlık Müdürlüğü ilgili şubesi ile görüş alışverişinde bulunacak ve yürütücüsü.....3 Ay..... süre ile değerlendirmeler yapılacaktır.

Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

Ek Bilgi:**Taraflar:**

...11./05/2009
 Ünvanı-Adı-Soyadı
YELİZ KARATEKE

Yeliz

...11./04/2009
 Ünvanı-Adı-Soyadı
Uz.Dr.Gönlü ŞENGÖZ

OLUR
/04/2009
 Vali a.
Uz. Dr. Mehmet BAKAR
 Sağlık Müdürü

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Yeliz	Soyadı	KARATEKE
Doğ.Yeri	Antakya	Doğ.Tar.	02.04.2010
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	51094007680
Email	yelizkrt@hotmail.com	Tel	05334998349

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Yük.Lis.	İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	2007-
Lisans	Gazi Üniversitesi Kırşehir Sağlık Yüksekokulu	2004
Lise	Antakya Kurtuluş Lisesi	1996

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	İ.Ü.İ.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Travma ve Acil Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi	2007-
2.	Hemşire	Ege Üniversitesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Koroner Yoğun Bakım Ünitesi	2006-2007
3.	Hemşire	Florence Nightingale Hastanesi Organ Nakli Servisi	2004-2006

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta		İ.Ü.Yabancı Dil Sınavı: 53

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	51.383	52.406	53.428

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	İyi

Sertifikaları

- 14-15 Nisan 2010- İleri Enfeksiyon Önleme Teknolojileri Semineri Katılım Sertifikası
- 16-17 Ekim 2009- Kalite Yönetim Sistemi Sertifikası
- 02-27 Mart 2009- Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifikası

Ödülleri

- Gazi Üniversitesi Kırşehir Sağlık Yüksekokulu Okul Birinciliği