

T.C.
OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

**YANIKLI HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE YAŞAM
KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Y. Hem. Zahide TUNA

Danışman: Doç. Dr. Cengiz ÇETİN

ESKİŞEHİR – 2004

KABUL VE ONAY SAYFASI

Zahide TUNA'nın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı “**Yanıklı Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler**” başlıklı bu çalışma, jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek “**KABUL**” edilmiştir.

30.12.2004

Prof. Dr. A. Kadir KOÇAK

JÜRİ BAŞKANI

Prof. Dr. Gülten SEBER

ÜYE

Doç. Dr. Cengiz ÇETİN

ÜYE

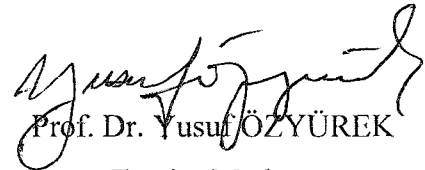
Yrd. Doç. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Yakup KARABAĞLI

ÜYE

Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 06.01.2005 tarih ve 630/1827 sayılı kararıyla onaylanmıştır.


Prof. Dr. Yusuf ÖZYÜREK

Enstitü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	v
ÖZET.....	vi
SUMMARY.....	viii
I. GİRİŞ VE AMAÇ	
1.1. Giriş.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
II. GENEL BİLGİLER	
2.1. Yanıklar ile İlgili Genel Bilgiler.....	5
2.1.1. Yanığın Tanımı ve Tarihçesi.....	5
2.1.2. Yanığın Etyolojisi.....	7
2.1.3. Yanığın Sınıflandırılması.....	9
2.1.4. Yanığın Lokalizasyonu.....	16
2.1.5. Yanıklının Yaşı.....	17
2.1.6. Yanıklının Genel Sağlık Durumu.....	17
2.1.7. Yanıkta Fizyopatolojik Değişiklikler.....	17
2.1.8. Yanığın Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı.....	21
2.2. Yaşam Kalitesi ile İlgili Genel Bilgiler.....	35
2.2.1. “Yaşam Kalitesi” Kavramının Tanımı.....	35
2.2.2. “Yaşam Kalitesi” Kavramının Kaynağı ve Tarihçesi.....	40
2.2.3. “Yaşam Kalitesi” Kavramının Değerlendirilmesi.....	42
2.2.4. “Yaşam Kalitesi” Kavramının Göstergeleri.....	46
2.2.5. “Yaşam Kalitesi”nin Ölçülmesi.....	47
2.2.6. Yaşam Kalitesi Ölçeklerinde Bulunması Gereken Özellikler.....	52
2.2.7. Yanıklar, Hemşirelik ve “Yaşam Kalitesi”.....	56

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi.....	60
3.2. Araştırmanın Yeri.....	60
3.3. Araştırmanın Evreni.....	61
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	61
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	62
3.6. Veri Toplama Yöntemi.....	63
3.6.1. Veri Toplama Araçları.....	63
3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	66
3.7. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	67
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	67

IV. BULGULAR

4.1. Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği.....	69
4.2. Sosyodemografik Değişkenler.....	70
4.3. Hastalığa İlişkin Değişkenler.....	72
4.4. Tedavi Programı ile İlgili Değişkenler.....	73
4.5. Tedaviye Uyum ile İlgili Değişkenler.....	74
4.6. Sosyodemografik Değişkenler ve Yaşam Kalitesi.....	76
4.7. Hastalığa İlişkin Değişkenler ve Yaşam Kalitesi.....	81
4.8. Tedavi Programı ile İlgili Değişkenler ve Yaşam Kalitesi.....	85
4.9. Tedaviye Uyum ile İlgili Değişkenler ve Yaşam Kalitesi.....	89

V. SONUÇLAR VE TARTIŞMA

5.1. Sonuçlar ve Tartışma.....	91
5.2. Öneriler.....	105

KAYNAKLAR.....	108
----------------	-----

EK-1.....	115
-----------	-----

EK-2.....	118
-----------	-----

ÖZGEÇMİŞ.....	122
---------------	-----

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1: Yanıkların derinliklerine göre özellikleri.....	12
Tablo 2: Yanıklarda görülen fizyolojik değişiklikler.....	21
Tablo 3: Yanığa Spesifik Ölçeğin Alt Başlıkları ve İçerdikleri Maddeler.....	66
Tablo 4: Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği'nin ana başlıklarına ait alfa değerleri.....	69
Tablo 5: Sosyodemografik değişkenler.....	70
Tablo 6: Hastalığa ilişkin değişkenler.....	72
Tablo 7: Tedavi programına ilişkin değişkenler.....	73
Tablo 8: Hastaların yanık konusunda eğitim alma durumlarına göre dağılımı.....	74
Tablo 9: Hastaların tedavi öğelerine uyma durumlarına göre dağılımı.....	75
Tablo 10: Hastaların cinsiyete göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	76
Tablo 11: Hastaların yaşa göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	76
Tablo 12: Hastaların medeni durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	77
Tablo 13: Hastaların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	78
Tablo 14: Hastaların mesleki durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	78
Tablo 15: Hastaların evde birlikte yaşadığı bireye göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	79
Tablo 16: Hastaların aylık ortalama gelir durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	79
Tablo 17: Hastaların sosyal güvence durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	80

Tablo 18: Hastaların yaşamlarını en fazla geçirdikleri yerleşim birimine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı...	80
Tablo 19: Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların yanık sebebine göre dağılımı	81
Tablo 20: Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların yanık yüzdesi göre dağılımı	81
Tablo 21: Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların yanık derinliğine göre dağılımı	82
Tablo 22: Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların yanıktan sonra geçen süreye göre dağılımı	83
Tablo 23: Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların tedavi görülen primer hastalığın varlık durumuna göre dağılımı	83
Tablo 24: Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların sigara kullanma durumuna göre dağılımı	84
Tablo 25: Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların alkol kullanma durumuna göre dağılımı	84
Tablo 26: Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların tedavi programına göre dağılımı	85
Tablo 27: Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların hastanede kalış süresine göre dağılımı	85
Tablo 28: Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların ameliyat sayısına göre dağılımı	86
Tablo 29: Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların komplikasyon gelişme durumuna göre dağılımı	86
Tablo 30: Hastaların cinsiyete ve tedavi programına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı	87

Tablo 31: Hastaların yanık derecesi ve tedavi programına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	88
Tablo 32: Hastaların yanığa ilişkin eğitim alma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	89
Tablo 33: Hastaların eğitim alma durumu ve tedavi programına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	89
Tablo 34: Hastaların pansuman, beslenme ve egzersiz programlarına uyma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	90

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Derinin histolojik kesitine göre yanıkların derinlikleri.....	9
Şekil 2: Lund-Browder çizelgesi ile yanık alan yüzdesinin hesaplanması.....	14
Şekil 3: Dokuzlar kuralına göre vücut yüzey alanlarının % olarak Oranları.....	15
Şekil 4: Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları (içeriği) ve Nitelikleri.....	37
Şekil 5: Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesine İlişkin Holistik Bir Model.....	50

ÖZET

Bu çalışma, geçirilmiş yanık travmasının, hastaların yaşam kaliteleri üzerine etkilerinin araştırılması amacı ile retrospektif olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemi, 01.01.2002 – 30.09.2004 tarihleri arasında Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yanık Ünitesi'ne, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Yanık Merkezi'ne, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yanık Ünitesi'ne, Çukurova Üniversitesi Balcalı Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yanık Ünitesi'ne, Ankara Numune Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yanık Polikliniği'ne yanık travması ile başvuran, yaşları 18-65 arasında değişen, ankete cevap verebilecek seviyedeki, farklı cinsiyette, yatarak tedavi edilen 38, ayakta tedavi edilen 50 hastadan oluşmaktadır. Ayaktan tedavi edilen hasta grubu, yanık yüzdesi %1- 10 arasında; yanık derinliği 1.,2. ve 3. derece olan hastaları kapsamaktadır. Yatarak tedavi edilen hasta grubu ise, yanık yüzdesi % 11-84 arasında; yanık derinliği 2. ve/veya 3. derece olan hastalardan oluşmaktadır.

Veri toplama araçları olarak, hastalar hakkında genel bilgi saptamak amacıyla “Anket Formu” ve yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla Baltimore Yanık Merkezi'nce geliştirilen ve tarafımızdan Türkçe'ye aktarıldıktan sonra yanık tedavisi yapan dört merkezin incelemeleri ve önerileri doğrultusunda toplumumuza uyarlanan “Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği” kullanılmıştır. Elde edilen veriler, t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Yapılan analizler sonucunda, ayakta tedavi görenlerde % 83, yatarak tedavi görenlerde % 82 oranında yaşam kalitesinde azalma olduğu saptandı. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Yanık deneyimi

yaşayan kadınların yaşam kalitesi ortalama puanlarının (% 82), erkeklerin ortalama puanlarından (%83) düşük olduğu saptanmıştır. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Yanık derinliği ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, yanık derinliği arttıkça yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanların düştüğü gözlenmektedir. İki gruba ait puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$).

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda; yanık travması ne denli iyi tedavi edilirse edilsin kişilerin yaşam kalitelerinde düşüslere neden olmaktadır. Bu yüzden yanıkla uğraşan tüm branşların yanık profilaksisi konusunda enerjik davranması gerekmektedir. Ülkemiz şartlarına uyarlanan “Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği” yanıklı hastaların yaşam kalitelerini ölçmek için yeterli ve güveniliridir.

Anahtar Kelimeler: Yanıklar, Yaşam Kalitesi, Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği

SUMMARY

This study has been performed retrospectively to investigate the effects of the experienced burn trauma to patients' quality of life (QOL).

Study sample is composed of the patients aged 18-65 years and those are admitted to burn units of Osmangazi University Faculty of Medicine, Gülhane Military Academy of Medicine, Hacettepe University of Medicine, Çukurova University Balcalı Faculty of Medicine, Ankara Numune Research and Application Hospital, with burn trauma between 01.01.2002- 09.30.2004. Those who can replay the questionnaire, male or female, hospitalized 38 and ambulatory treated 50 patients are included.

Ambulatory treated patients group involves the patients with burn percentage of 1-10 % and burn depth of first, second and third degree. Hospitalized patients group involves patients with burn percentage of 11-84 % and 2nd and/or 3rd degree burns respectively.

As a data collecting tool, 'survey form' to get general data about the patients and "burn specific health scale" to quantify QOL were used. The scale was developed by Baltimore Burn Center and, after translating in Turkish was adapted to our population according to researches and recommendations of the four centers performing burn treatment.

Given data was analyzed by using the **t** test and **one way** variance analysis.

As a result of analysis; 83% of those treated ambulatory and 82% of those hospitalized have a reduction in their QOL. Difference between the two groups was not statistically significant ($p>0.05$). It is pointed out that, women who experienced burn trauma have lower mean QOL points (82%) than men had (83%). Difference between

the two groups was not statistically significant ($p>0.05$). In the case of the relationship between burn depth and QOL, mean QOL points reductions were associated with the increase in the burn depth. Difference between the either group was statistically very significant ($p<0.01$).

With the results derived from the study burn trauma, no matter how much well treated, causes reductions in QOL individually. Thus multidisciplinary burn prophylaxis should be adopted dynamically. “Burn specific health scale”, adopted for our country conditions, is reliable and sufficient to quantify the QOL.

Key words: burns, quality of life, burn specific health scale (BSHS).



I. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. GİRİŞ

Isı, elektrik, kimyasal maddeler ve radyoaktif ışınlar ile meydana gelen doku harabiyetine yanık denir. Yanık, dokuda fizyolojik değişiklikler meydana getirerek şekil bozukluklarına veya organ kayıplarına neden olmaktadır. Yanık tedavisi süresince de çeşitli komplikasyonlar (enfeksiyon, sepsis, hipovolemi, eklem kontraksiyonu, kronik depresyon, uyku bozuklukları gibi) ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkan komplikasyonlar, hastanın hastanede kalma süresini uzatmakta, çeşitli ekonomik kayıplara ve hatta ölüme neden olmaktadır. Meydana gelen fizyolojik değişiklikler ve ortaya çıkan komplikasyonlar sebebiyle yanık, bireyi, fiziksel, psikolojik, sosyo-ekonomik yönden etkileyen bir travma olmaktadır. Bu da gerek bireyin kendisi, gerek toplum için büyük bir problem teşkil etmektedir (4, 6, 27, 35, 38, 66, 75).

Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 2 milyon insan yüksek ısı nedeniyle yaralanmakta ve bunlardan 10.000 ile 12.000 arası birey yaşamını kaybetmektedir (1, 4, 6, 15, 35, 55, 66, 75).

Türkiye'de yanık yaralanmalarının epidemiyolojisine bakıldığında yaralanma sayısının, son on yılda sabit kaldığını söyleyebiliriz (66). Ülkemizdeki Sosyal Sigortalar Kurumu'nun istatistiklerine göre tüm yaralanmaların ortalama yüzde 6'sını yanıklar oluşturmaktadır (4). Ülkemizde sağlıklı bir istatistiksel sonuç elimizde yoksa da çeşitli kaynaklardan alınan bilgilerin ışığında denebilir ki; yılda ortalama 1.000.000 kişi yanmakta, bunların 12-13.000'i hastaneye yatmakta ve 2.000'i ölmektedir. Çeşitli derecelerde ömür boyu sakat kalanların sayısı ise 40.000 dolayındadır (4, 28, 66) .

İstatistikler, yanıkların % 75' inin alev ve patlama nedeniyle, % 15'inin sıcak su ve diğer sıvılar nedeniyle, % 3'ünün kimyasal maddelerle temas sonucu, %

2'sinin açık ateş ile temas sonucu, % 5'inin de diğer nedenlerle (radyoaktif ışınlar, elektrik) ortaya çıktığını göstermektedir (1, 4, 6, 19, 27, 29, 35, 38, 39, 66).

Ülkemizde yanık yaralanmasına uğrayan bireylerin çok büyük bir kısmının çocuklar, yaşlılar ve bedensel engelliler olduğu görülmektedir. Yaralanma sıklıkla, bireyin kendi dikkatsizliği, eğitim yetersizliği, çocukların aşırı merakı, ev ve endüstri kazaları sonucu oluşmaktadır. Yanıklara, daha çok ısınma gereksinimin arttığı kış aylarında rastlanmaktadır (1, 4, 38, 66, 82).

Geçmiş yıllarda, yanıklardan sonra ortaya çıkan ölümlerin en büyük nedeni, sepsis ile yeterli sıvı tedavisinin yapılamaması sonucu meydana gelen hipovolemik şok ve böbrek yetersizliğidir. Son zamanlarda yanık ile ilgili bilgi ve teknolojilerin artması, sıvı ve elektrolit tedavisinin geliştirilmesi, erken yara eksizyonu ve kapanmayı içeren bakımın standartlaştırılması ve gelişmiş yanık merkezlerinin yanıklı hastaların bakımını üstlenmesi sonucu yanıkların neden olduğu ölümler azalmış ve toplumların gelişmelerindeki en büyük engellerden biri olan sakat insan sayısında belirgin oranda düşmeler meydana gelmiştir. Yanık teknolojisinde amaç, dikkatli ve bilinçli bir biçimde yanıktan elden geldiğince sakınmaktır (4, 27, 30, 35, 66).

Yanıklar, iyileşme sürecinde, disiplinler arası işbirliği gerektiren çok yönlü tedavi ve bakım gerektirmektedir. Durum böyle olunca bu sorunla mücadele eden sağlık ekibinin içinde yer alan hemşireye hastanın kabulü aşamasında, uygulamada, monitörizasyonda ve son olarak da rehabilitasyonda büyük ve önemli görevler düşmektedir. Hemşire, hastaya sadece bir hastalığın parçası gibi değil de tüm sorunlarıyla beraber bir bütün olarak yaklaşmaktadır (66). Verilen hemşirelik bakımın primer amacı, gerek tam teşekküllü bir yanık merkezinde yatan gerekse daha küçük sağlık ünitelerinde tedavi edilen yanık hastalarının en kısa zamanda eski sağlığına kavuşarak toplumdaki yerini kazandırmaktır (4). Hastanın bakımı yanı sıra eğitim ve rehberlik yapmak hemşirenin sorumlulukları arasındadır (35).

Yaşam kalitesi (yaşamın niteliği), bireyin kendi yaşamını değerlendirmesine dayanan öznel, algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanabilir. Yaşam doyumu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk ile eş değer tutulmaktadır. Yaşam kalitesi, aile koşulları, ekonomik durum, barınacak yer ve iş durumu gibi yaşam koşullarını içermekle birlikte, bireylerin iyi olma hislerini, çalışma performanslarını, seksüel fonksiyonlarını, sosyal ilişkilerini ve yaşamlarından doyum bulmalarını kapsamaktadır. Bu bağlamda kaliteli yaşama yönelik sağlık hizmetleri; doyum, memnuniyet verici bir yaşam için, bireylerin sağlık bilincinin güçlendirilmesini, sağlık bakım yeteneklerinin artırılmasını, öngörülen tedavi programına uyumun sağlanmasını, sağlık konusundaki yeteneklerini sonuna kadar kullanabilmelerine olanak verecek davranış ve becerilerin geliştirilmesini hedeflemektedir (3, 11, 22).

Yanıklı hastaların yaşam kalitesi ise, aniden gelişen yanık travması sonucu bireyde yarattığı fiziksel ve duygusal sorunlar neticesinde değişmektedir (16). Bireyin tedavi süresince aileden ayrı olması, kendisi için farklı bir ortam olan hastanede uzun süre kalması, sağlığını kaybetme endişesi, bozulan beden imajı, cerrahi müdahale ve yapılan tedavi sonucunda ağrı hissetmesi, iştahta değişim yaşaması ve bakımında başkasından yardım alması bireyin kendisini tehdit altında hissetmesine neden olmaktadır. Bütün bunlar ise, hastanın fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik yapısı ile günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir (16, 45). Bu nedenle yaşam kalitesinin yükseltilmesinde, öncelikle bireyin kendisine, ailesine, yaşamındaki önemli kişilere ve sağlık bakımını üstlenen hemşirelere önemli roller düşmektedir (11).

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Yaşam kalitesi, 1980' li yıllarda hemşirelik bilimlerinde tanınmaya başlanmıştır. Hemşirelik girişimlerinin sonuçlarının değerlendirilmesinde yaşam kalitesi gittikçe kabul görmektedir. Bireylerin yaşam kaliteleri, sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda olumsuz yönde etkilenmektedir. Hemşirelik; insan yaşamıyla, yaşamın kalitesiyle, bireylerin, ailenin ve toplumun sağlığı ile ilgilidir. Hemşirelik, bireylerin

fizyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönden en üst düzeyde sağlıklı olmalarına yardımcı olmayı amaçlar (8, 11, 22).

Ülkemizde yapılan literatür taramalarında, yanıktan etkilenen birey sayısının fazla olmasına rağmen, yanık deneyimi geçiren hastaların yaşam kalitesi ile ilgili çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bilgi doğrultusunda yanık deneyimi yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin tanınması, etki eden faktörlerin belirlenmesi; yanıklı hastalara yardım etme, rehberlik etme, destek olma ve travmanın etkilerine göre eğitim vermeyi içeren hemşirelik bakımının planlanmasına ve uygulanmasına yardımcı olacaktır.

Yanık deneyiminin hastanın yaşam kalitesini nasıl ve hangi alanlarda etkilendiğinin belirlenmesi ile elde edilecek sonuçlar; yanıklı hastaların sorunlarıyla baş etmelerinde yardımcı olacaktır, hastaların daha nitelikli bir yaşam sürmeleri için yapılacak hemşirelik girişimlerine ışık tutacaktır ve hastaların yaşamlarını kolaylaştıracaktır. Bu nedenle bu araştırma yanık deneyimi geçiren bireylerin yaşam kaliteleri ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlemek, yaşam kalitesine yönelik gelecekteki araştırmalara rehberlik etmek amacıyla planlanmıştır.

II. GENEL BİLGİLER

2.1. YANIKLAR İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

2.1.1. Yanığın Tanımı ve Tarihçesi

Yanık, organizmanın bölgesel olarak ateş, buhar, sıcak cisimler, elektrik, radyasyon, röntgen ışını ve kimyasal maddelerle karşılaşması sonucu gelişen doku harabiyetidir (4, 6, 15, 19, 35, 75).

Yanıklar, yüksek ısının organizmayı etkilemesiyle ortaya çıkan, fizyolojik ve psikolojik bozukluklar sonucunda bireyin çeşitli alanlarda sosyal statüsünü ve aile içindeki yerini etkileyen bir travmadır (27, 34, 66).

Yanığın tarihçesine baktığımızda, yanık sorununun genellikle ateşin bulunmasıyla başladığı ileri sürülmesine karşın ateşin bulunmasından önce de insanların güneş, kaplıca sıcak suları vb. nedeniyle bu sorunla karşı karşıya kaldığı bilinmektedir (27). İlk bilgilerimiz, MÖ yanık patolojisi ile ilgilenen ve kızgın metalle meydana gelen yanıkların daha süratle şifa bulduğunu bildiren Aristotle'den kalmadır (66). Yine MÖ 430'larda Hippocrates yanık tedavisinde domuz yağı ve balmumunu kullanmış, ayrıca ağrının giderilmesi için de sıcak sirke ile ıslatılmış pansuman önermiştir (27, 66). Tarihi süreç içerisinde 16. yüzyıla kadar yanığın meydana getirdiği derideki patolojik durumun tedavisi konusunda pek çok yöntem denenmiş ancak bunların sağlıklı sınıflandırılması yapılmamıştır. Sınıflandırma olayı ilk kez yanığın derinliğine göre değil de yörelere göre 1596'da Clowes tarafından yapılmıştır (66). 1607'de İsveçli Fabricus Hildanus ilk kez yanıkların ayırımını yaparak derinliklerine göre değişik derecelerde inceleyip tedavileri hakkında bilgiler vermiştir. Ayrıca geç dönemde meydana gelen kontraktürlerden söz etmiştir (27, 66). Yine bu dönemde Ambroise Pare (1510-1590), ilk kez tedavi amacı ile eksizyon yapmıştır. Richard Wiseman (1676), fleksör yüzlerde gelişecek kontraktürleri önlemek için ilk kez splint önermiştir. Yanıklarla ilgili ilk önemli İngilizce yazı, 1797 yılında Kentish tarafından yazılmış ve tedavi için buz, bol

gıda ve şarap önerilerinde bulunmuştur. Yine bu cerrah ağrıyı azaltmak için de ilk kez basınçlı elbise önermiştir (66). 1799'da H. Erle ödemi önlemek için soğuk su ve buz önermiştir (27, 66). 1833 yılında Syme tarafından yanıklı hastaların diğer hastalardan ayrı tedavi edilmesinin gerekliliği düşünülerek ilk yanık ünitesi açılmıştır (27). İlk yanık hastanesi, 1850 yılında Edinburg'da "Burn Hause" adı ile açılmıştır (66). Curling, 1852 yılında yanık sonrası komplikasyonlardan gastrointestinal sistem ülserleri ve kanamalarını saptayıp tarif etmiştir (27). Yanık tedavisinde ilk çağdaş görüş olarak kabul edilen deri grefti 1906 yılında P. Sneve tarafından önerilmiştir. 1906-1914 yılları arasında ise açık tedavi, tutulan yöntem olmuştur. 1930'da Underhill yanıklı hastalar üzerinde yaptığı çalışmalarla yanık patolojisinde ilerlemeler kaydetmiş, hastaların yanık yarısından salınan toksinle kaybedildiğine dair bilgileri değiştirip yanık şokunun sıvı kaybı nedeni ile olduğunu açıklamıştır. 1941 yılında antibiyotik, yanık yarası tedavisi için ilk kez sulfamid şeklinde kullanılmıştır (66). Cope ve Moore, 1947 yılında yanık yaralarının eskardan temizlenerek erkenden kapatılmasının önemi üzerinde durmuşlar ve yanık yaralarından sıvı kaybını yanığın derinliğine ve genişliğine göre incelemişlerdir. Yanığın tedavisinin ancak özel olarak yetiştirilmiş bir ekiple yanık ünitesi merkezi veya enstitüsünde yapılabileceğinin anlaşılması ile yanık konusunda geniş çaplı araştırmaların yürütülebilmesi için 1947 yılında ilk yanık enstitüsü kurulmuştur (27). Evans 1952 ve Brooke 1953 yılında yanıklı hastalarda, ilk günlerdeki sıvı ve elektrolit kaybı üzerinde durmuş ve kendi geliştirdikleri formüllerle yanıklı hastalarda sıvı tedavisine başlamışlardır (27, 66). Artz ve Moncrief 1953 yılında yanıklı hastalarda enfeksiyonların sıklıkla geliştiğini ve ölüm nedeni olarak septiseminin rol oynadığını belirtmişlerdir (27). Bu yıllarda septiseminin önemi, yanık tedavisinin bir ekip işi olduğu ve tedavide bir cerrahi bilgiye gereksinim olduğu gerçeği ortaya çıktı. Yanık tedavisinde 1960'lardan sonra süratli bir gelişme oldu. Sıvı kaybı sonucu oluşan şokun anlaşılmasını takiben yanık tedavisini sağlamak için hipertonic, izotonic, kolloid, kristalloidlerden oluşan en iyi hayat kurtarıcı sıvılar ortaya çıkarıldı. 1960 yılında ilk uluslararası araştırma kongresi yapıldı (66). 1965'de Edinburgh'da Wallace'nin başkanlığında Uluslararası Yanık Derneği (International Society for Burn Injuries) kurulmuştur (27, 66).

Ülkemizde ise standartlara uygun ilk yanık merkezi ancak 1976 yılında Ankara Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Merkezi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği'ne bağlı olarak kurulmuştur (27, 66). Ülkemizde yanık derneği olmamasına rağmen 1980 yılında Prof. Dr. Mehmet Haberal tarafından kurulan “Organ Nakli ve Yanık Tedavi Vakfı” yanık alanında hizmetlerini sürdürmektedir (27).

2.1.2. Yanığın Etyolojisi

Yanıkta etyolojik nedenler pek çok parametreye bağlıdır. Bunlar; yaş, meslek, toplumların yaşam koşulları, ısınma, pişirme ve teknolojinin kullanımı olarak sıralanabilir (66).

Yanıklar yaralanmanın oluş nedenlerine göre 8 bölümde incelenebilirler.

A. Kaynar Sıvılar ve Buharla Meydana Gelen Yanıklar (Haşlanmalar):

Bu yanıklar genellikle su, süt, çay, çorba, sıvı yağ gibi sıcak sıvıların vücut yüzeyine dökülmesi veya sıçraması sonucu oluşur. Bu tür yanıklar ıslak sıcak yanıklardır. Organizma ve dokularda temas süresine göre değişen, çeşitli derecelerde yanık hasarı meydana getirirler (1, 2, 4).

B. Sıcak Cisimlerle Temas Sonucu Meydana Gelen Yanıklar:

Bu tür yanıklar ütü, soba ve bunun gibi sıcak cisimlerle doğrudan temas sonucu oluştuklarından yanık alanı temas yeri ile sınırlı kalır. Bu tür yanıklar kuru yanıklardır. Yanığın şiddeti, sıcak cismin ısısı, maruz kalma süresi, etkilenen vücut kısmı gibi özelliklere bağlıdır (78 - 81).

C. Alev Yanıkları:

Bu tür yanıklar patlama durumlarında ya da tutuşma kapasitesi yüksek sıvıların alev alması sonucu oluşurlar. Bu tür yanıklar kuru yanıklardır. Vücutta yer yer yanık alanları şeklinde dağılım gösterir (6, 15, 18).

Sıcak sıvı yanıkları, alev yanıkları, temas ile meydana gelen yanıklar “termal yanıklar” olarak da adlandırılmaktadır (4, 27, 35, 59, 78).

D. Kimyasal Madde Yanıkları:

Bu tür yanıklarda yanığı meydana getiren, asit veya alkali türünde bir kimyasal maddedir. Yanıkların görünümü, ya benek benek ya da kimyasal maddenin deride izlediği yol boyuncadır. Etkisi maddenin konsantrasyonuna, niteliğine ve maruz kalma süresine bağlıdır (39, 66, 74).

E. Radyasyon Yanıkları:

Güneş ışınları, X ışınları ve radyoaktif maddeler uzun süre vücudu etkisi altına aldıklarında yanık meydana getirirler (19, 23, 27).

F. Elektrik Yanıkları:

Elektrik travmasına maruz kalan kişide elektrik enerjisinin meydana çıkardığı çok yüksek miktardaki ısı nedeniyle meydana gelen yanıklardır ve bu yanıklar yüksek veya düşük voltajlı elektrik akımıyla temas veya yıldırım çarpması sonucu oluşurlar. Yüzeyde görülen yanık küçük olmasına rağmen, derin dokuda nekrozlar çok fazladır (4, 27, 31, 34, 35, 66, 48).

G. İnhalasyon Yanıkları:

Sıcak hava, alev ve zehirli gazların solunmasıyla solunum yolu yanıkları gelişir. Burun kılları yanmış, dudak, dil ve ağız mukozası kurumuş, sesi boğuklaşmış hastalarda solunum yolu yanıklarından şüphelenmek gerekir. Bazı durumlarda solunum yolu yanıkları oluşmadan inhale edilen duman ve kimyasal maddeler sebebiyle de inhalasyon hasarı gelişebilmektedir (27, 31, 66, 81).

H. Soğuk Yanıkları (Donuklar):

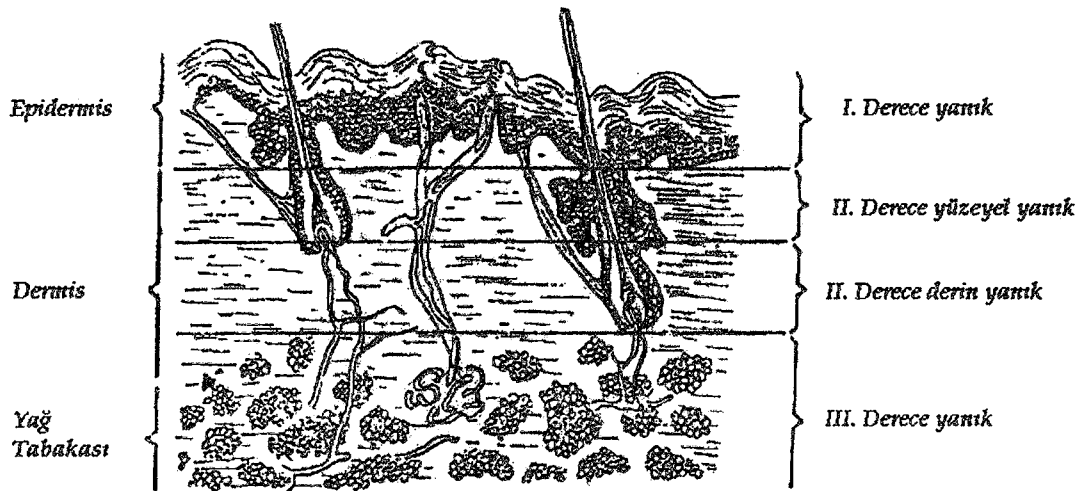
Sıvılaştırılmış gazlar veya çok soğuk cisimlerle temas ve soğuğa maruz kalma sonucu meydana gelen yanıklardır (66).

2.1.3. Yanığın Sınıflandırılması

Yanığın sınıflandırılmasına geçmeden önce, derinin yapısı ve fonksiyonlarına kısaca değinmek yerinde olacaktır (35).

Vücudun en büyük organı olan deri epidermis ve dermis olmak üzere iki tabakadan oluşur. Deri vücudun tüm yüzeyini sarar, vücut ağırlığının %15'ini kaplar ve iç organlar ile dış çevre arasında bariyer oluşturur. Epidermis sert geçirgen olmayan dış tabakadır. Daha kalın olan dermis kan damarları, sinir uçları, kıl folikülleri, ter ve yağ bezlerini içerir. Dermisin altında kalınlığı vücudun değişik bölümlerinde ve bireyden bireye değişen yağlı tabaka deri altı dokusudur. Deri altında en derin tabaka ise kasları örten fasyadır (6, 35, 66).

Derinin pek çok fonksiyonu vardır. Bunlar arasında; vücudu dışarıdan gelecek mikroorganizmalardan ve travmalardan korumak, vücut ısını ayarlamak, sinir uçları aracılığı ile vücutla temas halindeki dokunma, basınç, sıcak ve soğuğa karşı hassas özel duyular gibi pek çok duyuyu beyine iletmek ve vücuttaki su miktarını ayarlamak sayılabilir. Deri yaralanma olmaksızın 40°C ısıyı tolere edebilir. Ancak ısı 70°C ve üzerine çıkarsa hücreler hızla tahrip olur ve yanık yarası gelişir (6, 26, 66).



Şekil 1: Derinin histolojik kesitine göre yanıkların derinlikleri (4)

Yanık yarasının ciddiyeti ölüm ve kozmetik riski ile ortaya çıkardığı fonksiyonel bozukluklara göre değerlendirilir (6).

Yanık Yarasının Ciddiyetini Etkileyen Faktörler

1. Yanığın derinliği,
2. Yanığın genişliği,
3. Yanığın lokalizasyonu,
4. Travma komplikasyonlarının ve zehirlenmenin varlığı,
5. Yanıklının yaşı,
6. Yanıklının genel sağlık durumu,
7. Yaralanma mekanizması (6).

Yanıkların prognozunu etkileyen birçok faktör olmasına rağmen, yanığın ağırlık derecesini ve tedavi planını belirleyen başlıca faktörler yanık yüzey alanı ve yanığın derinliğidir. Bu nedenle, yanık yüzey alanının ve derinliğinin iyi bir şekilde hesaplanması çok önemlidir (66).

A. Yanığın Derinliğine Göre Sınıflandırılması:

Yanık yarası, yanık etkeninin etki ve şiddetine, temas etme şekli ve genişliğine, temas süresine, yaranın meydana geldiği vücut bölgesine, o bölgedeki dokuların cinsine, direncine, yoğunluğuna, kalınlığına ve geçirgenliğine bağlı olarak değişik ağırlık ve şekillerde olabilmektedir. Bunlara göre de yanıklar derecelendirilmektedir. Yanıklar genel olarak derinliğine göre üç dereceye ayrılarak incelenirler (1, 2, 4, 35, 52).

1. Derece Yanıklar:

Birinci derece yanıklar yüzeysel yanıklar olup en sık güneş etkisiyle, haşlanmalar ve ani gaz parlamaları sonucu meydana gelirler. Yüzeysel kısmi kalınlıklı deri kaybı olarak nitelendirilebilen ve epidermisin hasar gördüğü bu yanıklarda ortaya çıkan en önemli belirtiler kuru bir deri, hiperemi, eritem ve ağrıdır. Olay sadece bir

enflamasyon olup basit rejenerasyonla ve genellikle hiç bir iz bırakmadan iyileşir. Rahatsızlık 48 saatte geçer, iyileşme ise 3-7 günde tamamlanır. Genelde klinik bir önemi olmayan bu derinlikteki yanıklar çocuk ve yaşlı hastalarda geniş alanları kapladığı zaman klinik bir anlam ifade edebilirler (4- 6, 15, 26, 31).

2. Derece Yanıklar:

İkinci derece yanıklarda epidermisin tamamı hasar görmüş olup dermisin bazı katları da yanıktan etkilenmiştir. Çok sıcak sıvılar ile temas ya da parlayan ısıya kısa sürede maruz kalma bu tür yanıklara sebep olabilir. Yüzeysel ve derin dermal yanıklar olmak üzere iki şekli vardır. Kısa zamanda teşekkül eden ödem ve vezikül-bül olarak adlandırılan içi plazma ve “A” vitamininden zengin sıvı ile dolu oluşumlar bu derinlikteki yanıkların özellikleridir (24, 64, 78-81).

a) *Yüzeysel 2. derece yanıklar:* .Epidermis bütünüyle harap olup dermisten ayrılmıştır. Yanmış bölgeden deri hasarına bağlı olarak gelişen plazma akışı mevcuttur, ayrıca yüzey kızarıklık ve nemli görünümündedir. Sinir uçlarının koruyucu bariyerini kaybetmesi ve hava ile ilişkisi nedeniyle dermisi etkileyen 2. derece yanıklar çok ağrılıdır. Ağrı ayrıca gerginliğe de bağlıdır. Kıl kökleri hasar görmemiştir. Epitel hücrelerin tümü zarar görmediği için iyileşme iz bırakmadan olmaktadır (18, 19, 23, 56).

b) *Derin 2. derece yanıklar:* Epidermis ve dermis tahrip olmuştur. Kıl kökleri ve ter bezleri etkilenmiştir. Sinir uçları tahrip olduğu için fazla ağrı olmaz. Yara zemini kirli sarı renktedir. İyileşme yaklaşık 3-4 hafta içinde bir renk değişikliği ve iz bırakarak olur. Ortaya çıkan yeni deri normal deri kalitesinde olmayıp, elastikiyeti zayıf ve travmalara karşı direnci daha az olan hassas bir yapı göstermektedir (34, 66, 74).

İyileşme dönemi sırasında yağ bezlerinin vaskülarizasyonunda artma, sekresyonlarda ve terlemede azalma nedeniyle yanık alanında kuruluk ve kaşıntı sık görülür. İkinci derece yanıkların iyileşme süreci sırasında pseudomonas ve streptokok tipi mikroorganizmaların ortaya çıkarabileceği enfeksiyonlar, epitelizasyonu sağlayan

hücrelerin tahribatına neden olarak ikinci derece derin bir yanığın üçüncü derece tam kalınlıklı bir yanığa dönüşmesine sebep olabilirler (6, 27, 66).

3. Derece Yanıklar :

Epidermisi, dermisi, kasları, tendonları ve fasyayı içeren tam kalınlıklı (full thickness) yanıklardır. Epidermis ve dermis tamamen tahrip olmuştur. Yanık bağ dokusu ve kemiği de tutabilir. Derinin elastikiyeti kaybolmuş, kahve ya da beyaz sarı bir renk almıştır. Ter bezleri ve kıl köklerinin yanı sıra sinirler de yanmış olduklarından üçüncü derece yanıklar ağrılı değildir. Sızıntı şeklinde sıvı akar. Alevler 3. derece yanıklara yol açabilirler. Deri, yüzeyindeki dehidratasyon sonucu denatüre olmuş proteinlerin birleşmesiyle eskar tabakası oluşur. Eskarın yanık yarası üzerinden uzaklaştırılmasından (eskaratomi) sonra ortaya çıkan açık yaranın sağlıklı bir şekilde kendiliğinden kapanması mümkün değildir. Deri greftlenmesi sıklıkla gerekir. İyileşme aylar alır ve nedbe dokusu bırakır. 3. derece yanıkta, su-elektrolit kaybı ve enfeksiyon riski çok fazladır. Ölüm oranı yüksektir (27, 36, 38, 49, 66).

Yanık Derinliği	Sebep	Görünüm	Renk	Ağrı
I. Derece	Parlama	Kuru	Eritemli	Ağrılı
	Güneş ışını	Hafif ödemli		
II. Derece	Sıcak sıvılar	Islak	Pembe -	Çok
	Alev	Veziküllü	kırmızı	ağrılı
	Kimyasal maddeler	Büllü		
III. Derece	Uzun süreli alev	Kuru	Beyaz	Çok az
	Elektrik	Eskarlı	Kahverengi	veya
	Sert	Maun	Kömürleşmiş	ağrısız

Tablo 1. Yanıkların derinliklerine göre özellikleri (4)

B. Yanık Alanının Saptanması

Yanık yarasının genişliği, çeşitli yöntemler kullanılarak tespit edilen ve hastanın prognozunu doğrudan etkileyen bir faktördür. Bu faktör sıvı resüstasyonu için gerekli sıvı miktarının hesaplanmasında kullanılan önemli bir parametredir (4, 66).

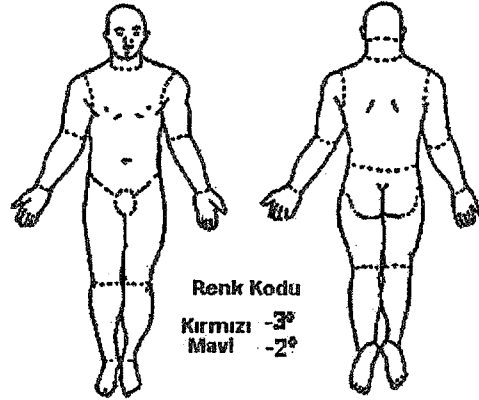
Yanık yarasının genişliğini hesaplamak için kullanılan basit ve her yerde uygulanabilecek bir usul, hastanın kendi elinin palmar yüzü ile yanık alanların mukayesesi esasına dayanan yöntemdir. İnsan eli palmar yüzü, baş parmak kapalıyken tüm vücut yüzey alanının %1'ine eşittir. Bu yöntemin kullanımı küçük yanık alanlarının hesaplanmasında kolaylık sağlar (4, 18, 35, 64, 66).

Yanık yarasının genişliğini hesaplamada en doğru netice veren yöntem Lund ve Browder tarafından hazırlanan yanık çizelgelerine göre yapılan hesaplama. Çocukların vücut oranları erişkinlerden farklıdır. Baş ve boyun yüzeyi daha büyük, alt ekstremiteler yetişkinlerden daha kısadır. Bu yüzden çocuklarda gelişen yanığın genişliğini hesaplamada, "Lund ve Browder Şeması" kullanılır. "Lund ve Browder Şeması", vücudun çeşitli bölgelerinin vücut yüzey alanına göre %'sini belirtir (4, 15, 26, 52, 66, 74).

Yanık Alanının Hesaplanması
Lund-Browder Şeması

İlk Değerlendirme

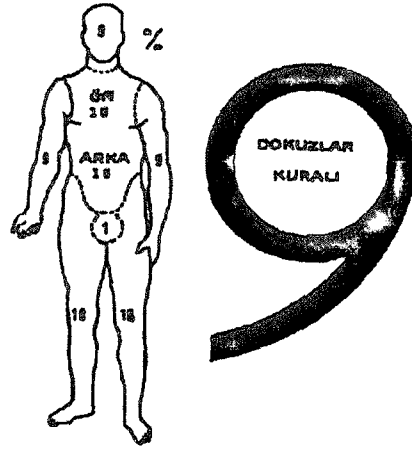
Yanık Sebebi _____
Yanık Tarihi _____
Yanık Saati _____
Yaş _____
Cinsiyet _____
Kilo _____
Geliş Tarihi _____
Kabul Eden Dr _____
Tarih _____



bölge	0-1 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15 yaş	yetişkin	2°	3°	Total	donor sahası
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				
Sağ 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				
Genital	1	1	1	1	1	1				
Sağ üst kol	4	4	4	4	4	4				
Sol üst kol	4	4	4	4	4	4				
Sağ önkol	3	3	3	3	3	3				
Sol önkol	3	3	3	3	3	3				
Sağ 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				
Sağ 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				
Sağ bacak	5	5	5 1/2	6	6 1/2	7				
Sol bacak	5	5	5 1/2	6	6 1/2	7				
Sağ ayak	3 1/2	3 1/2	5 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2				
Sol ayak	3 1/2	3 1/2	5 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2				

Şekil 2: Lund-Browder çizelgesi ile yanık alan yüzdesinin hesaplanması (15)

Erişkinlerde yanık alan genişliğini hesaplamakta daha güvenilir sonuçlar veren bir diğer yöntem Pulaski ve Tennison tarafından geliştirilen dokuzlar kuralıdır. Dokuzlar kuralına göre vücut yüzeyi %9 ve katlarına eşit alanlara bölünür. Baş bölgesi %9, gövde ön yüz %18, gövde arka yüz %18, her bir üst ekstremité %9, her bir alt ekstremité %18, perine bölgesi de %1 olarak değerlendirilir (4-6, 15, 35, 66, 78-81).



Şekil 3: Dokuzlar kuralına göre vücut yüzey alanlarının % olarak oranları (4)

C. Yanığın Vücut Yüzeyine Göre Sınıflandırılması

Yanığın yüzeyine göre sınıflandırılmasında “ Amerikan Yanık Cemiyeti”nin yanık şiddeti kriterleri kullanılmaktadır. Yanıklar genişliklerine göre küçük, orta ve büyük yanıklar olmak üzere üç grupta incelenirler (4, 6, 19, 35, 66).

a) Küçük (Minör) Yanıklar:

- 1. derece yanıklar.
- Çocuklarda, Total Vücut Yüzey Alanı'nın (T.V.Y.A.) %10'undan az 2.derece yanıklar.
- Yetişkinde, T.V.Y.A.'nın %15'inden az 2. derece yanıklar.
- Yetişkin ve çocuklarda göz, kulak, yüz, boyun veya genital bölge gibi özel bölgeler dışındaki 3. derece yanıkların %2'den az olanları.

b) Orta (Moderate) Yanıklar

- Çocuklarda, T.V.Y.A.'nın %10-20'si arasındaki 2. derece ve özel bölgeleri içermeyen %3-10'u arasındaki 3. derece yanıklar.
- Önceden bir hastalığı olmayan yetişkinde, T.V.Y.A.'nın %15-25'i arasındaki 2. derece ve özel bölgeleri içermeyen %3-10'u arasındaki 3. derece yanıklar.

c) Büyük (Majör) Yanıklar:

- Çocuklarda, T.V.Y.A.'nın %20'den fazla 2. derece ve %10'dan fazla 3. derece yanıklar.
- Yetişkinlerde, T.V.Y.A.'nın %25'ten fazla 2. derece ve %10'dan fazla 3. derece yanıklar.
- Yanık yüzdesi ne olursa olsun yüz, göz, kulak, eller, ayaklar ve perine gibi özel bölgeleri içeren tüm yanıklar.
- Tüm elektrik yanıkları, inhalasyon yanıkları ya da majör travmalarla birlikte olan yanıklar.
- Önceden diyabet, konjestif kalp yetmezliği ya da kronik renal yetmezliği olan hastalarda oluşan yanıklar.

2.1.4. Yanığın Lokalizasyonu

Vücudun bazı bölgelerinin yanıkları anatomik ve fizyolojik özelliklerinin farklı olması nedeniyle diğer bölgelerde oluşan aynı derinlik ve genişlikteki yanıklara oranla gerek klinik görünümünün farklı olması, gerekse tedavileri açısından farklı davranılmasını gerektirir. Özel bölge yanıkları olarak adlandırılan bu bölgeler; baş, boyun, toraks, göz, kulak, eller, ayaklar ve perinedir (6, 19, 66).

Baş, boyun ve toraks yanıkları sıklıkla pulmoner komplikasyonlara, yüz yanıkları gözün kornea tabakasında harabiyete, kulak yanıkları işitme kayıplarına neden olur. Ellerde ve ekstremitelerdeki yanıklar psikolojik ve fizyolojik sorunlara neden olurlar. Ayrıca uğraşı tedavisi ve iş değişikliği gerektirebilirler. Perine yanıkları dışkılama ve idrar yapma fonksiyonlarını engelleyebilir. Ekstremitelerin dairesel yanıkları turnike gibi etki yapabilir ve dolaşımın engellenmesine neden olabilir. Toraksın tümünün yanması göğüs duvarının yeterince genişlemesini engelleyebilir, pulmoner yetersizliğe neden olabilir (6).

2.1.5. Yanıklının Yaşı

Hastanın yaşı yanığın ciddiyetini, iyileşme sürecini ve mortaliteyi etkiler. Mortalite 4 yaşından küçüklerde ve 65 yaşın üzerinde yüksektir (6, 19, 38).

2.1.6. Yanıklının Genel Sağlık Durumu

Kardiyovasküler, pulmoner, endokrin ve renal sistem hastalıkları ile alkolizm hastanın yanık yaralanması ve tedaviye vereceği yanıtı etkiler (2, 6, 56, 66).

2.1.7. Yanıkta Fizyopatolojik Değişiklikler

Yanan bir insanda yanmanın etkisi üç aşamaya ayrılabilir. İlk aşamada derinin yüzeysel ya da tüm katları yanar, tahrip olur, ölü doku ve nekrozlara dönüşür. Bu durumda deri fonksiyonlarını yitirmiş ya da yapamaz duruma gelmiştir. İkinci aşamada yanık alanı ve yanık çevresindeki damar ve kılcal sistemlerde ve bu sistem içindeki kan elemanlarında bozukluklar ortaya çıkar ve buna bağlı olarak birtakım sistematik değişiklikler ve bölgesel bozukluklar olur. Üçüncü aşamada, sistematik ve metabolik değişiklikleri içeren fizyopatolojik değişiklikler görülür (1,4).

Yanık sebepleri farklı olabilir fakat gelişen lokal ve sistemik yanıtlar aynı olmaktadır. Yanık alanındaki doku hasarı üç bölgede meydana gelmektedir. Birincisi; geriye dönüşümsüz hasarların meydana geldiği merkezi bölge, koagülasyon bölgesidir. İkincisi; kapillerde ve küçük damarlarda meydana gelen stazı içeren staz bölgesidir. Bu bölgedeki ödem ve kısıtlı kan akımı yaranın derinleşmesine ve genişlemesine sebep olmaktadır. Üçüncü bölge de, yüzeysel hasarı içeren hiperemi bölgesidir (26, 81).

Çeşitli derecelerde doku hasarı içeren yanığa vücudun cevabı, hücresel bozukluk ve sıvı değişimidir. Artan arteriyel vazodilatasyon sebebiyle yara yerine olan kan akımı azalmaktadır. Hasarlı doku, inflamatuvar yanıtı başlatan araçlar bırakmaktadır. Histamin, serotonin, prostoglandin türevleri ve komplement kaskadı,

hepsi aktiftir. Bu proinflatuar araçlar vazodilatasyon ile birleşince; kapiller geçirgenlikte artışa, damar içi sıvı kaybına ve yara ödemeine sebep olmaktadır. Yanık yüzeyi %20'ye kadar olan hastalarda bu etkiler sadece yara alanı ile sınırlıdır. Yanık yüzeyi %20'yi aşan hastalarda lokal cevap sistemik cevaba dönüşmektedir. Artan kapiller geçirgenlik sonucu açığa çıkan hipoproteinemi, yanmayan dokudaki ödemi alevlendirmektedir. Sıvı değişimi sonucunda açığa çıkan hipovolemi, bazal metabolizma hızını arttırmaktadır. En önemli değişiklikler ilk 24-36 saatte açığa çıkmaktadır (4, 26, 66, 81).

Öncelikle, interstisiyum içine olan vasküler sıvı değişimine sekonder meydana gelen hematokrit artışı, kan vizkositesinin artmasına neden olur. Daha sonra artan periferel direnç, azalan intravasküler volüm ve artan kan vizkositesi sebebiyle kardiyak out-putu düşürür. Kapiller sızıntı ve deprese kardiyak out-put, santral sinir sistemi fonksiyonlarını deprese eder. Bu durum da, huzursuzluğu takiben laterjiye ve sonuç olarak komaya neden olur. Azalan kardiyak out-put ve kan miktarı ile artan sempatik yanıt sonucu deriye, iç organlara ve böbreğe olan kan akımı azalır. Azalan kan akımı staz bölgesini koagülasyon bölgesine dönüştürerek yanık derinliğini artırabilmektedir. Dolaşan plazma miktarının azalması ve hematokritin artması hemoglobüriye neden olur. Bu da böbrek yetmezliğine neden olur. Eritrositlerde meydana gelen hızlı hemoliz, eritrosit sayısında düşüşe neden olur. Trombosit sayısında da düşüş gözlenir (4, 26, 66, 81).

Kardiyovasküler değişiklikler, yanıktan hemen sonra başlar. Yanık büyüklüğü ve ilave hasarın varlığı bu değişiklikleri farklılaştırır. Yanık yüzeyi %15'ten az olan, komplike yanığı olmayan hastalar genelde oral sıvı resüsitasyonu ile tedavi edilirler. Yanık yüzeyi %20'yi aşan yanıklarda, intravasküler boşluktan ekstravasküler boşluğa ciddi boyutlarda sıvı ve elektrolit geçişi olmaktadır. 18-36 saat içinde bu sıvı değişimi çözümlenmelidir. Şayet intravasküler sıvı miktarı tamamlanmazsa, hipovolemik şok meydana gelir ve hasta hemen tedavi edilmezse kardiyovasküler kollaps sebebiyle kaybedilebilir. Yetersiz tedavi ayrıca akut tübüler nekroza, bu da böbrek yetmezliğine yol açar (4, 26, 66, 81).

Yanık travmasından sonra açığa çıkan hipermetabolik yanıt, diğer tip travmalarda görülen yanıtla göre büyüktür. Hipermetabolik hız, normal hızın 2-3 katına çıkmaktadır. Katekolaminleri, glukagon ve kortizolu içeren katabolik hormonların salınımı, sürüp giden hipermetabolik yanıtı başlatır. Bu yanıt; hızlı iskelet kası yıkımına, azalmış protein sentezine, artan periferik lipolizise ve hızla glikojen depolarını tüketen artmış glikoz kullanımına neden olur. Bu yanıt klinik açıdan; ciddi kas kaybı, azalan kas gücü ve hepatomegali ve fonksiyonel bozulma ile kendini belli eden karaciğer yağlanması olarak ortaya çıkar. Hipermetabolik yanıt, yanık büyüklüğü ile doğru orantılıdır. Nutrisyonel ve farmakolojik girişimler ile bu yanıtın istenmeyen etkileri kontrol altına alınır. Nutrisyonel ve farmakolojik girişimler ile negatif nitrojen dengesi düzeltilir, yağsız vücut kitlesi korunur, kardiyak yük azaltılır ve hepatik yağ infiltrasyonu azaltılır (4, 26, 66, 81).

Yanık travmasına yanıt olarak sistemik vasküler direnç geliştiği gibi pulmoner vasküler direnç de gelişir. Bu durum genellikle, akciğer kompliyansında azalma ve arteriyel oksijen gerilimi ile ilgilidir. Meydana gelen pulmoner vasküler dirençte artış, resüstasyon fazı boyunca gelişebilecek akciğer ödemiye karşı koruyucu bir mekanizmadır. Hipovolemi gelişen hastalarda başlangıçta ventilasyon deprese olur, fakat resüstasyon sonrası ventilasyonda artış gözlenir. Hiperventilasyon, hipoksemi ve ödem sıvısının emilimi boyunca oluşan solunum alkalozu ile ilişkili olabilir (4, 26, 66, 81).

Yanık travmasından sonra açığa çıkan immün yetmezlik, metabolik, hormonal ve immünolojik değişiklikler sonucu meydana gelir. Yanık hasarından hemen sonra, arachidonic asit kaskadı ve inflamatuvar sitokin kaskadı aktive olur ve erken bakteri ve endotoksin ile birleşir. 3-4 gün sonra, başka bir endotoksemik artış açığa çıkar ve lökositlerde, nötrofillerde ve makrofajlarda fonksiyonel değişikliklere neden olur. Bu değişiklikler, saldıran patojenlerle savaşabilmek için konakçıyla karışır ve hücre hasarı ile hücre ölümüne neden olur (4, 26, 66, 81).

Başlangıçtaki hipometabolik periyot boyunca renal yanıt, genellikle plazma akışında ve glomerüler filtrasyon hızında düşüş ile ilişkili oligüri sebebiyle ortaya çıkar. Kardiyak out-put artınca, oligüriyi diürezis takip eder. Diürezis, buharlaşan sıvı kayıpları ve ödem sıvısının yavaş mobilizasyonu nedeniyle gizlenebilir (4, 26, 66, 81).

Yanık yüzeyi %25'i aşan hastalar, hipovolemiye ve nörolojik ve endokrin yanıtı sekonder gelişen sayısız gastrointestinal komplikasyonlara maruz kalırlar. En çok görülen önemli komplikasyonlardan iki tanesi, stres ülserleri ve paralitik ileustur. Yüzeysel mide ve duodenum erozyonları, açık ülserlere kadar ilerler. Bunun sonucunda gastrointestinal kanamalar meydana gelebilir. Hemorajik komplikasyonları önlemek için, hasta antiasit veya histamin reseptör antagonisti ile korunmalıdır. Kan vital organlara yeniden dağıldığı zaman, erken fazda, gastrointestinal alandan başka bir alana dağılır ve bu da paralitik ileusa sebep olur. Resüstasyon fazı sonrası gastrointestinal hareketler dönünceye kadar, gastrik dekompresyon sonucu gelişebilecek aspirasyonu önlemek için hastalara nazogastrik tüp takılır. Bağırsak sesleri her 4 saatte bir değerlendirilir. Saatlik gastrik monitörizasyon önemlidir (4, 26, 66, 81).

Yanık travması sonucu açığa çıkan nörolojik belirtiler sayısızdır. Genelde bunlar erken hipovolemi ve hipoksemi varlığında açığa çıkan geç özürlerdir. Ajitasyon ve huzursuzluk nadir görülür. Pek çok şaşırtıcı faktör, santral sinir sisteminin değerlendirilmesini zorlaştırır. Yaralanma sırasında inhale edilen toksik maddelerin veya dolaşan ilaçların ve alkolün nörolojik etkileri göz ardı edilemez. Kapsamlı değerlendirmeyi engelleyen diğer faktörler de sepsis, ağrı kesiciler ve anksiyolitikler ve yoğun bakım çevresinden kaynaklanan duyuşal yoksunluktur (4, 26, 66, 81).

Yanık büyüklüğü ile ilişkili endokrin yanıt, yanık sonrası erken dönemde gelişir. Glukagon, kortizol ve katekolamin düzeylerinde artış ile kendini belli eder. Buna ilaveten, triiodotironin (T₃), tiroksin (T₄) ve insülin düzeylerinde düşüş görülür (4, 26, 66, 81).

Yanık travması, serebral perfüzyon anormalliklerine, koroner kan desteğinde bozukluğa, renal yetmezliğe ve asit-baz dengesizliğine neden olarak vücuttaki her organa etki edebilir (4, 26, 66, 81).

Tablo 2’de yanıkta, hipovolemik ve diüretik dönemlerde görülen fizyolojik değişiklikler gösterilmektedir.

Değişiklik	Hipovolemik Dönem		Diüretik Dönem	
	Mekanizma	Sonuç	Mekanizma	Sonuç
Ekstrasellüler sıvı değişimi	Vaskülerden interstisyeye	Hemokonsantrasyon, Yanık bölgesinde ödem, Oligüri	İnterstisyelden vasküler alana	Hemodilüsyon
Renal fonksiyon	↓ Kan basıncı ve kardiyak debi sonucu renal akımda ↓		↑ Kan volümü sonucu renal kan akımında ↑	Diürez
Sodyum düzeyi	Na ⁺ , böbrekler tarafından reabsorbe edilir, ancak eksüdata kaybolur ve ödem sıvısında toplanır.	Na ⁺ eksikliği	Diürez ile kaybolan Na ⁺ (1 hafta içinde normale döner)	Na ⁺ eksikliği
Potasyum düzeyi	K ⁺ , doku ve eritrositlerin harabiyeti sonucu salınır; Renal fonksiyonun azalması nedeniyle K ⁺ salgısı azalır.	Hiperkalemi	K ⁺ hücrelere geri döner; Diürez ile K ⁺ kaybı (yaralanmadan 4-5 gün sonra başlar)	Hipokalemi
Protein düzeyi	Kapiller permeabilitede artma sonucu dokulara protein kaybı	Hipoproteinemi	Sürekli katabolizma sırasında protein kaybı	Hipoproteinemi
Nitrojen dengesi	Doku katabolizması, dokularda protein kaybı, alımından daha fazla nitrojen kaybı	Negatif nitrojen dengesi	Doku katabolizması, protein kaybı immobilite	Negatif nitrojen dengesi
Asit-baz dengesi	Doku perfüzyonunun azalması sonucu anaerobik metabolizma; asit ürünlerinde artma; renal fonksiyonda azalma; Serum bikarbonatında kayıp.	Metabolik asidoz	Diürez ile kaybolan sodyum bikarbonat; metabolik son ürünlerinin artmasıyla hipermetabolizma	Metabolik asidoz
Stres yanıtı	Travma nedeniyle oluşur	Renal kan akımında ↓	Yaralanmanın uzun süren yapısı ve psikolojik korku nedeniyle oluşur	Stres ölserleri

Tablo 2. Yanıklarda görülen fizyolojik değişiklikler (38)

2.1.8. Yanığın Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

Ciddi yanıklı bir hastanın bakımı acil, akut ve rehabilitasyon dönemlerini içeren üç dönemde ele alınır. Yanık hastasının üst düzeyde kapsamlı bakımı ancak multidisipliner ekip yaklaşımıyla sağlanabilir. Hekim, hemşire, solunum terapisti,

psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, fizik tedavi uzmanı, meşguliyet terapisti ve diyetisyen (varsa diğerleri) hastanın gereksinimlerinin karşılanması için birlikte çalışırlar. Hemşirenin ekipteki rolü, çeşitli disiplinlerin iletişimini koordine etmek, ekibin önerileri ve yaklaşımlarını etkin bir bakım planında birleştirmektir (15, 35, 38).

Acil Dönem

Acil dönem, yanık yarası nedeniyle oluşan erken sorunları çözmek için gerekli zaman olarak tanımlanır. Yanık yaralanmasının başlangıcından sonraki 36-48 saati kapsar ve bu faz, sıvı resüstasyonu tamamlandığı zaman sona erer. Yanığın ciddiyeti belirlenir. Hasta ya da yakınlarından yanığın ne zaman ve nasıl oluştuğu, etkenin türü ve temas süresi, lokalizasyonu ve patlama olup olmadığı hakkında bilgi toplanır. Yanıklı hastanın genel sağlık durumu, yaşı, yanığın derinliği ve genişliği, önceden var olan endokrin, pulmoner, kardiyovasküler, renal hastalık ya da ilaç hikayesi bireyin ciddi yanıkla baş edebilme yeteneğini etkileyecektir (2, 15, 35, 38).

Yanıklı hastanın acil dönemdeki bakımında ivedi tedavi ve bakım esastır. Büyük yanıkların acil servisteki bakımı şöyle özetlenebilir (4-6, 15).

1. Havayolu açıklığı sağlanır.
2. İki ayrı damar yolu açılır,
3. İntravenöz yolla sıvı replasmanı başlatılır.
4. Saatlik idrar miktarının izlenmesi için kalıcı foley sonda uygulanır.
5. Mide içeriğini boşaltmak ve gastrik distansiyonu önlemek için nazogastrik tüp takılır.
6. Sık ve küçük dozlarda IV narkotikler yoluyla ağrı kontrol altına alınır.
7. Tetanoz profilaksisi sağlanır.
8. İlk lokal yara bakımı yapılır.

Acil dönem sırasında hastanın bakım amaçları (6, 15, 34, 68);

1. Havayolu açıklığını gözlemek ve sürdürmek.
2. Yanık şokunu önlemek.

3. Aspirasyonu önlemek.
4. Yara bakımını yapmak.
5. Doku iskemisini önlemek.
6. Anksiyeteyi azaltmak ve emosyonel destek sağlamak.

Bu amaçlara ulaşmak için yapılması gerekli hemşirelik girişimleri şunlardır;

Bozulan Gaz Değişimi: Yüz ve boyun yanığı ile alev ve buhar inhale etme durumlarında larenjiyal ödem gelişir ve havayolu tıkanır. Hemşire özellikle hava yolu tıkanmasının belirtileri açısından hastayı yakın gözlem altında tutmalıdır. Oda havasında ventilasyon ve oksijenasyon sağlanmasında bir yetersizlik olmamasına karşın, inhalasyon yaralanması söz konusu olduğunda, oksijen verilmesi gerekir. Duman inhalasyonu karbonmonoksidin oksijen ile yer değiştirmesine neden olurken yüksek düzeyde karboksihemogloblin oluşumuna dolayısıyla doku oksijenasyonunun bozulmasına yol açar. Bu durumda maske yoluyla hastaya %100 oksijen verilir. Ayrıca, hasta solunum distresinde ise ya da inhalasyon yaralanmasından kuşku duyuluyorsa entübasyonu gerekli olabilir (6, 15, 26, 73, 80).

Etkisiz Havayolu Temizliği: Duman irritasyonu sebebiyle gelişen havayolundaki epidermal döküntü, sekresyonlarda artış, nazofarengiyal müköz membranlarda inflamasyon ve şişlik ve inhalasyon hasarı sebebiyle gelişen deprese siliyar hareket nedeniyle hasta etkisiz havayolu temizliği riski altına girmektedir. İlk 24 saat boyunca her 1-2 saatte bir solunum sesleri, solunumun hızı ve derinliği ve bilinç düzeyi değerlendirilir, hastaya derin solunum-öksürük egzersizleri yaptırılır ve hastanın pozisyonu değiştirilir. Daha sonraki 24 saatlerde 2-4 saatte bir bu uygulamalar yapılır (15, 35, 38).

Sıvı Volümünde Yetersizlik: Görülmeyen sıvı kayıpları ve artan kapiller geçirgenlik sebebiyle intravasküler alandan interstisiyel alana sıvı değişimi nedeniyle hasta hipovolemik şok riski altındadır. Bu yüzden yanıklı hastanın tedavisinde sıvı ve elektrolitlerin yerine konması önemlidir. Ciddi yanıklı hastada hipovolemik şoku

önlemek için ilk bir saat içinde sıvı replasmanının başlatılması ideal bir uygulamadır. Dolaşan kan hacmini sürdürmenin yanı sıra kusma ve nazogastrik aspirasyon yoluyla oluşan kayıpları karşılamak için ilk 48 saatte sıvı ve elektrolit replasmanında bu kayıplar göz önüne alınır. Sıvı replasmanı;

- Yetişkinlerde, vücut yüzeyinin %20'sinden büyük yanıklarda,
- Çocuklarda, vücut yüzeyinin %10'nundan büyük yanıklarda,
- 65 yaşın üzerinde ya da 2 yaşın altındaki hastalarda,
- Kardiyak, pulmoner ya da renal hastalık, diyabet gibi önceden var olan

bir hastalığı olan hastalarda endikedir (38, 81).

Hastanın sıvı elektrolit gereksinimlerini replase etmede 3 sıvı türü; (1) kolloidler (plazma ve dekstran gibi plazma genişleticileri), (2) elektrolitler (NaCl ve L. Ringer solüsyonu), (3) elektrolit içermeyen sıvılar (%5'lik dekstroz solüsyonu) belirli parametreler doğrultusunda uygulanır. Tıp otoriteleri, gereken kolloid ve elektrolit sıvıları oranı hakkında fikir birliğine varamamışlardır. Ancak, hastanın kilosu, yaşı, yanıklı vücut yüzdesi esas alınarak sıvının türü ve miktarını belirlemede çeşitli formüller önerilmiştir (4, 26, 34, 66, 83).

Evans Formülü

İlk 24 saatte verilecek sıvı miktarı:

Kolloid	1 ml x yanık alanı %'si x ağırlık (kg)
Elektrolit	1 ml x yanık alanı %'si x ağırlık (kg)
Metabolizma için gerekli Su	2000 ml %5 Dekstrozun sudaki çözeltisi

İkinci 24 saatte verilecek sıvı miktarı:

İlk 24 saat için hesaplanan kolloid ve elektrolit miktarlarının yarısına günlük su ihtiyacı ilave edilir.

Evans formülüne göre yapılacak hesaplamalarda hastaları aşırı sıvı yüklemelerinden korumak için %50 ve daha geniş yanık alanları %50 olarak kabul edilmelidir.

Brooke Formülü

İlk 24 saatte verilecek sıvı miktarı:

Kolloid	0.5 ml x yanık alanı %'si x ağırlık (kg)
---------	--

Elektrolit 1.5 ml x yanık alanı %'si x ağırlık (kg)
Metabolizma için gerekli Su 2000 ml %5 Dekstrozun sudaki çözeltisi

İkinci 24 saatte verilecek sıvı miktarı:

İlk 24 saat için hesaplanan kolloid ve elektrolit miktarlarının yarısına günlük su ihtiyacı ilave edilir.

Üçüncü 24 saatte verilecek sıvı miktarı:

İkinci 24 saatte verilen miktar kadar sıvı verilir.

Brooke formülüne göre yapılan hesaplamalarda, erişkinlerde %50'den daha geniş yanık alanları %50 olarak, çocuklarda ise %30'dan daha geniş yanık alanları %30 olarak kabul edilmelidir.

Baxter-Parkland Formülü

İlk 24 saatte verilecek sıvı miktarı:

Elektrolit (erişkin) 4 ml x yanık alanı %'si x ağırlık (kg)

Elektrolit (çocuk) 3 ml x yanık alanı %'si x ağırlık (kg)

İkinci 24 saatte verilmesi gereken sıvı miktarı:

İlk 24 saatte verilen sıvının $\frac{1}{2}$ 'si veya $\frac{3}{4}$ 'ü verilmelidir.

Sıvılar, 8 saatlik 3 zaman biriminde verilir. İlk 8 saatte kan basıncının çok çabuk düşmesi ve ödemin artması nedeniyle IV replasman tedavisi çok hızlı yapılmalıdır. Hesaplanan total miktarın yarısı yaralanmadan sonraki ilk 8 saat içinde, ikinci 8 saatte total miktarın $\frac{1}{4}$ 'ü ve üçüncü 8 saatlik zamanda da geriye kalan $\frac{1}{4}$ verilir (5, 26, 66).

Hastalar bu dönem sırasında aşırı derecede susuzluktan yakınır. Sık ağız bakımı, hastanın rahatsızlığını giderebilir. Oral sıvılara izin verilmişse, alınan miktarın doğru olarak kaydedilmesi önemlidir. Sınırsız oral alımın yanı sıra ölçümde hata ve kaydetmede gecikme, su zehirlenmesiyle sonuçlanabilir. Saatlik idrar miktarı, yeterli sıvı replasmanının en gerçek göstergesidir. Ayrıca, sıvı replasmanı tedavisi sırasında mental durum, yaşam bulguları, CVP (santral venöz basınç), periferel perfüzyon ve vücut ağırlığı da gözlenen parametreler arasındadır (15, 38, 73).

Değişmiş Doku Perfüzyonu (RENAL) : Derin yanıkları olan ve yetersiz sıvı replasmanı alan hastalar, böbrek yetmezliği riski altındadırlar. Hasarlı kaslardan açığa çıkan miyoglobin ve hemoglobin ile renal tübüllerde çöken eritrositler akut tübüler nekroza neden olabilirler. Saatlik idrar miktarı gözlenir. Normalde bu miktar, yetişkinde 30-50 ml ve çocukta kg başına 0.5-1 ml'dir. Kateterin hemokromajenler tarafından tıkalı olup olmadığı kontrol edilir İdrar renk açısından gözlenir, hematüri varsa hekim bilgilendirilir (15, 26, 34).

Değişmiş Doku Perfüzyonu (PERİFERAL) : Eğer hastada dairesel yanıklar varsa, hasta değişmiş periferik doku perfüzyonu sergileyebilir. Tüm sıkı takılar ve giysiler hemen uzaklaştırılır. Etkilenmiş ekstremitelerde kan basıncı ölçümü olabildiğince sınırlandırılmalıdır. Etkilenmiş ekstremitede, venöz dönüşü hızlandırmak ve ödemi azaltmak için, kalp seviyesinden yukarıda tutulur. Etkilenmiş koldaki nabızlar palpasyonla veya Doppler flowmetre ile 72 saat boyunca her saat kontrol edilir. Etkilenmiş ekstremitelerde yanmamış alanda kapiller geri dolum değerlendirilir. ROM (Range Of Motion) egzersizleri yaptırılır. Egzersiz normal ağrıyı azaltır, venöz dönüşü hızlandırır ve ödemin azalmasını sağlar. Ancak egzersiz esnasında ağrının olması, doku iskemisinin belirtisi olduğundan önemlidir. Dikkat edilmesi gerekir. Eğer doku perfüzyonu tehdit altında ise, hasta eskarotomi (eskarın uzaklaştırılması) için hazırlanır (15, 26, 34).

Enfeksiyon Riski: Hastanın zarar görmüş ya da bütünlüğü bozulmuş cildin bulunduğu yerde enfeksiyon ile başa çıkma yeteneğini kaybetmiş olması, yanık alanına bakteriyel proliferasyon olması ve immün yanıtın baskılanması; hastayı, enfeksiyon riski ile karşı karşıya bırakmaktadır. Yanık yarasının bakımı çok dikkatli ve hastaya en az rahatsızlık verecek şekilde planlanmalıdır (15). Erken dönemde yara bakımının amaçları:

1. Bakteriyel gelişme için bir ortam oluşturacak ölü doku ve debrisini kaldırmak ya da azaltmak için yarayı temizleme (eksizyon),
2. Canlı cildin daha fazla yıkımını önleme ,
3. Hastanın rahatını sağlamadır (6, 38).

Kirlerin ve debrisin yanı sıra yanıklı bölgeyi ölü dokulardan arındırmak için kabul işlemi sırasında yanık alanı ve tüm vücut antiseptik solüsyonlar yoluyla temizlenmeli daha sonra da kültür örnekleri alınmalıdır. Topikal terapötik ajan uygulanmalı ve gazlı bezle sarılmalıdır. Kabul işlemi sırasında tetanoz profilaksisi de hemen yapılmalıdır. Yanıklı hasta vücut ısını regüle etme yeteneğinin bir dereceye kadar kaybettiğinden, temizleme sırasında vücut ısısının korunması önemli ve kritik bir faktördür. Bu amaçla çevre ısı (30°C ve yukarı) kontrol altına alınarak normalden daha sıcak duruma getirilmeli ve gerektiğinde kullanılmak üzere ısı lambası hazır bulundurulmalıdır (15, 68, 76, 81).

Fiziksel Harekette Kısıtlılık: Ödem, ağrı ve sargılardan dolayı hastanın fiziksel hareketlerinde kısıtlılık meydana gelmektedir. En kısa zamanda hasta, ROM egzersizleri ve kendine bakım aktiviteleri için teşvik edilir. Travması sonrası gelişen sıvı değişimi süresince artan hareketler, dolaşımın düzelmesine ve ödemin azalmasına yardımcı olur. Hastanın ilk değerlendirilmesi için fizyoterapistten ve meşguliyet terapistinden yardım alınır (15, 26, 34).

Başetme Yetersizliği: Ciddi yanığı olan hastalar, hem fiziksel hem de imaj olarak çok büyük bir travma geçirirler. Olası yara izi ve şekil bozukluğu ile ilgili korku ve endişeleri yoğun bir biçimde yaşayabilirler. Böylesi bir görünüm ile yaşamlarını sürdüremeyecekleri düşüncesi, onların korku ve çaresizlik duygularını artırır. Kazanın şoku ve acısı, hastaneye koşma, bilinmeyen çevre ve tanımadıkları insanların tümü yanık anından başlayarak yaşanan stresi daha da şiddetlendirir. Hemşire, yanık ekibi içinde hasta ile oldukça fazla zaman harcayan ve hastanın psikolojik uyumunda önemli etkisi olan bir üyedir. Hastanın kendine güvenini tekrar kazanması ve anksiyetesinin azaltılmasında uygulanan hemşirelik girişimleri;

- Kendini hastaya tanıtmak,
- Hastanın çevreye oryantasyonunu sağlamak,
- Fiziksel bulguların (deri kaybı, ağrı, vb) nedenlerini tanımlamak,
- Tedavide kullanılacak araç-gereç ve işlemleri açıklamaktır (35).

Akut Dönem

Akut dönem, hasta hemodinamik açıdan stabil olunca, kapiller bütünlük sağlanınca ve diürezis başladığı zaman başlar ve yara iyileşinceye kadar devam eder. Bu dönemin uzunluğu değişebilir. Örneğin, kısmi kalınlıklı deri kaybı yanıklarında akut dönem 10-20 gün devam ederken, greftleme ameliyatı gerektiren tam kalınlıklı deri kaybı yanıklarında aylarca sürebilir. Hemşire, yanık hastasını değerlendirmede, mental durum, yaşam bulguları, solunum sesleri, bağırsak sesleri, aldığı diyet, motor yeteneği, sıvı alım ve atımı, kilo durumu, yanık yarasının, greftlerin ve donör (greftin alındığı bölge) tarafının gözlemine yapmalıdır. Pürülan drenaj, anormal renk, kötü koku, normal cilt etrafından kırmızılık ve ödem ya da iyileşme durumu not edilmelidir. Akut dönem sırasında iki ana bakım ilkesinden birincisi, yanık yarasının tedavisi, ikincisi ise komplikasyonları önleme, oluşmaların kısa sürede belirlenmesi ile etkin tedavi ve bakımın uygulanmasıdır. En sık görülen komplikasyonlar enfeksiyon (sepsis), pnömoni, renal yetmezlik ve kalp yetmezliğidir (15, 35, 38).

Akut dönemdeki hastanın bakım amaçları (15, 34, 68);

1. Enfeksiyonu önlemek.
2. Metabolik desteği sağlamak.
3. Ağrıyı azaltmak.
4. Yara bakımını sağlamak.
5. Hipotermiyi önlemek.
6. Komplikasyonları önlemek.
7. Psikolojik destek sağlamak.
8. Korku ve anksiyeteyi azaltmak.
9. Sosyal izolasyonu azaltmak.

Bu amaçlara ulaşmak için yapılması gerekli hemşirelik girişimleri şunlardır;

Enfeksiyon Riski: Hastanın zarar görmüş ya da bütünlüğü bozulmuş cildin bulunduğu yerde enfeksiyon ile başa çıkma yeteneğini kaybetmiş olması, yanık alanına bakteriyel proliferasyon olması, invaziv araçların ve üriner kateterin varlığı, sekresyonların yetersiz atılması ve immün yanıtın baskılanması, hastayı da enfeksiyon riskini artıran faktörler ile karşı karşıya bırakmaktadır. Yanıklı hasta sıvı replasmanına olumlu bir yanıt verir vermez mümkün olan en kısa sürede yanık yarası bakımına başlanmalıdır. Yanıklı bölgeyi tedavi etmede, yaranın lokalizasyonu, büyüklüğü ve derinliği, var olan olanaklar ve hastanın tedaviye olan yanıtına bağlı olarak farklı yöntemler kullanılabilir. Ayrıca, tedavi sırasında bir yöntem diğeriyle yer değiştirebilir (15, 34, 68).

Yarı açık Yöntem

Yara aseptik koşullarda temizlendikten sonra lokal antimikrobiyal bir ajanı yara ile temas halinde tutabilmek için ince bir gaz tabakasıyla kapatılmasını içerir. İster hastanın yatağında, ister hidroterapi tankında olsun yarı açık yöntemdeki bakımın başarısı, yaranın günde 1 ya da 2 kez temizlenmesine bağlıdır. Çok dikkatli yapılacak olan yara bakımı debritlemeyi hızlandırır, granülasyon dokusunun gelişimini artırır ve greftleme başarısını olumlu yönde etkiler (4, 38).

Kapalı Yöntem

Bu yöntemde yaralar günde en az 1 kez ya da bazı durumlarda her 8 saatte bir kez yıkanır ve pansumanlar değiştirilir. Normalde pansumanlar lokal pomatlarla doyurulmuş gaz ile gaz sargıyı içerir. Hekim istemine göre elastik bandaj uygulanabilir. Pansuman yapılması sırasında hemşire tarafından, hasta dolaşım yetersizliğinin (hissizlik, ağrı ve uyuşukluk) ve enfeksiyonun belirtileri (akıntı, koku, vücut ısısı ve nabız hızında yükselme) açısından yakın gözlem altında tutulur (35, 38, 66).

Lokal ajanların yanık yarasına uygulanması, enfeksiyonun önlenmesine ve iyileşmenin hızlanmasına yardım edebilir. Yanıklı bölgedeki kan damarları yıkımı, sistemik antibiyotiklerin yanık yarasına ulaşmasını önleyeceğinden, lokal ajanların kullanılması daha etkilidir. En sık kullanılan lokal ajanlar (4, 15, 26, 35);

%0.5'lik Gümüş Nitrat: Gümüş Nitrat, gram (-) bakterilere ve kandidaya etkili fakat gram (+)'lere etkisizdir. Bu ajanın uygulanması için yanık alanları geniş gaz pansumanlarla sarılır. Pansumanlar sürekli olarak Gümüş Nitrat Solüsyonu ile ıslak tutulmalıdır. Çünkü solüsyon yeni epitel için toksiktir. Islak pansumanlar genellikle günde 1 veya 2 kez değiştirilir. Gümüş Nitrat hipotoniktir. Dolayısıyla sodyum, klorid, kalsiyum ve potasyum kaybına neden olabilir. Kan elektrolitleri sık aralarla izlenmelidir. Her şeyi siyah-kahve rengine boyadığı için kullanırken dikkatli olunmalıdır.

%1'lik Gümüş Sulfadiazin (Silverdin): Gümüş Sulfadiazin, kandida gibi sekonder enfeksiyon ajanlarına, gram (-) ve gram (+) organizmalara karşı etkili ve uygulandığında hastayı rahatlatıcı bir özelliğe sahiptir. Yanığa macun olarak uygulanır ve alan bir kaç kat steril gaz ile örtülür. Uygulandığında teskin edicidir. Yanık eskarını yumuşatarak debridmanı kolaylaştırır. Eskara iyi nüfuz etmemesi dezavantajıdır. Geçici lökopeni ve makular döküntü yapar. Sıcak ortamda tutulmamalıdır.

%10'luk Mafenid Asetat: Hem gram (-) hem de gram (+) organizmalara karşı etkili beyaz bir macundur. Yanıklara düz bir tabaka olarak uygulanır. Pansuman gerekmez. Mafenid Asetat eskara iyi penetre olur ve derin yara bölgelerine koruma sağlar. Bikarbonat reabsorbsiyonunu engelleyebileceğinden asidoza eğilim yaratabilir. Ağrıya ve makulopapular döküntüye neden olur. Akut böbrek yetmezliği olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır.

Greftleme

Sağlıklı granülasyon dokusu oluşuncaya kadar yara pansumanına devam edilir. Koyu kırmızı, sağlam, düz ve çok az akıntılı granülasyon dokusu varlığı, yaranın greftlenmeye hazır olduğunun göstergesidir. Yanıklarda greftler hem greftin granülasyonlu alanlar üzerinde tutması açısından hem de alınan yerin (donör alanı) erken iyileşmesini sağlama açısından olabildiğince ince alınmış olmalıdır. Genellikle, donör alanlarının pansumanı lokal antibiyotikli pomat emdirilmiş gaz bezi üzerine birkaç tabaka gaz bezi, pet ve sargı ile yapılır ya da açık bırakılır. Kısmi kalınlıklı deri

kaybı yanığına benzeyen bu alanların bakımı da greftin kendisi kadar önemlidir. Bu alanlar, 2-3 hafta içinde epitelize olarak iz bırakmadan iyileşir ve yeniden greft alınabilecek duruma gelirler (15, 35, 38).

Bozulmuş Doku Bütünlüğü: Yanık travmasından sonra herhangi bir zamanda stres ülserleri meydana gelebilir. Her iki saatte bir, nazogastrik tüpten gastrik pH değerleri ve içerik gözlenir ve kayıt edilir. Kanamayı önlemek için antiasit veya H₂ reseptör blokörü verilir. Gaita, gizli kanama yönünden gözlenir (15, 26, 34).

Beslenmede Değişim (bedenin gereksiniminden az beslenme): Yanıklı hastada metabolizma hızı çok artar. Hastanın artan enerji gereksinimlerinin karşılanamaması, enfeksiyona karşı dirençte azalma, yetersiz yara iyileşmesi ve yaşam oranında düşmeye neden olur. Beslenme gereksinimleri şu formülle hesaplanır (15, 26, 34, 66).

Günlük Kalori Gereksinimi

$$(25 \text{ kcal} \times \text{kg}) + (40 \text{ kcal} \times \% \text{ Toplam Vücut Yüzeyi})$$

Günlük Protein Gereksinimi

$$(3 \text{ gr} \times \text{kg}) + (1 \text{ gr} \times \% \text{ Toplam Vücut Yüzeyi})$$

Hastalar ayrıca, A, C vitamini, çinko ve multivitamin ilaveleri almalıdır. Beslenmenin, sindirim sistemi hareketleri başlar başlamaz başlatılması gerekir. Hastaya verilecek yüksek kalori ve yüksek proteinli diyetin, hastanın sevdiği yiyecekleri içermesine dikkat edilmelidir. Gerekirse aile, evden hastanın sevdiği yiyecekleri getirmesi için teşvik edilir. Besleyici ilaveler yemekler arasında verilmelidir. Küçük yanıkları olan hastalara ihtiyacı olan kalori, oral yolla verilebilir, fakat büyük yanıkları olan hastaya, sürekli kalori verilmesini kolaylaştırmak amacıyla nazogastrik sonda ile enteral beslenme veya total parenteral beslenme yapılmalıdır. Beslenmenin yapılması ve sürdürülmesi önemli bir hemşirelik işlevidir. Beslenmeyi yapan hemşire aşırı yüklenme, protein intoleransı belirtileri yönünden hastayı gözlemelidir. Günlük kilo takibi yapılmalıdır. Stomatitisi önlemek ve iştahı arttırmak için her şifte ağız bakımı verilmelidir. Yemek yemeği teşvik etmek için çevre düzenlemesi yapılmalıdır. Tedavi

planı yemek saatlerini bölmeyecek şekilde planlanmalıdır. Ağrı iştahı azalttığı için, ağırlı işlemler ile yemek arasında dinlenme periyodu sağlanmalıdır (6, 15, 66, 73).

Ağrı: Yanık hastalarının hem fiziksel hem de psikolojik ağrı deneyimledikleri açıktır. Fiziksel ağrı genellikle yara temizliği ve debritleme, pansuman değiştirme ve fizik tedavi gibi spesifik aktivitelerle ilgilidir. Hasta fiziksel ağrıya kabul etme, yadsıma ya da aşırı tepki gösterme gibi 3 şekilde reaksiyon verebilir. Hemşire, hastanın ağrıyı gerçekten hissetme ya da hissetmemesi gibi değerlendirme kriterleri yerine, hastanın ağrıya reaksiyonunu tanımlayarak uygun girişimlerde bulunmalıdır. Pansuman değiştirme sırasında ağrının azaltılmasına yardım edebilecek hemşirelik girişimleri;

- Pansuman değiştirilmeden 30 dakika önce narkotik analjezik ve anksiyolitik verilir.
- Hastanın uyumunu sağlamada anlaşılır açıklamalar yapılır.
- Yanıklı bölgeler dikkat ve özenle tutulur.
- Hasta olabildiğince tedaviye katılması için özendirilir.
- Uygun olduğunda dikkati başka yöne çekme (radyo, konuşma vb) ya da gevşeme teknikleri uygulanır (4, 38, 73).

Hipotermi: Yara yeri iyileşinceye kadar hastalar vücut ısısı kaybı riski altındadırlar. Pansuman değişimi süresince, hastalar hipotermik olma riskindedirler. Açık yarada evaporasyon sonucu meydana gelen ısı kaybını önlemek için, hidroterapi işlemi 30 dakika veya daha az süreyle sınırlandırılır. Suyun ısısı 36.6° C- 38.8° C arasında olmalıdır. Hidroterapi işleminden sonra hasta steril çarşaf ile örtülmelidir. Pansuman değişimi sırasında, sadece etkilenmiş bölgeler açılmalıdır. Hastada anormal vücut ısısı saptanırsa, oda ısısı yükseltilebilir veya ısı lambaları kullanılabilir (15, 26, 68, 81).

Fiziksel Harekette Kısıtlılık: Ağrı, splint veya pansumanların varlığı, cerrahi işlemler ve yara kontraktürleri nedeniyle hastanın fiziksel hareketlerinde kısıtlılık meydana gelmektedir. Akut faz boyunca en önemli uygulamalar splintleme,

pozisyon verme ve ROM egzersizleridir. Fizyoterapistle iş birliği yapılmalıdır. Kontraktürlerin önlenmesi için splintleme ya da anti kontraktür pozisyon verme yardımcı olabilir. Hasta, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi için teşvik edilmelidir (18, 57, 66, 74).

Özsaygı Yitimi: Akut faz boyunca, hasta travmanın büyüklüğünü kavrar ve vücudunun öncekine göre çok değiştiğini ve bu değişimin kalıcı olduğunu fark eder. Hasta, depresyon, korku, anksiyete ve keder ile karşı karşıya kalır. Hasta, duygularını ifade etmesi için teşvik edilir. Zararlı davranışlarını kontrol etmesi için yardımcı olunur. Hemşire, bir yıl sonraki görünüşü hakkında bilgi verebilir. Destek sistemlerine yönlendirebilir. Yanık travması geçirmiş diğer hastalarla tanıştırabilir (15, 38, 51, 62, 63).

Rehabilitasyon Dönemi

Yanık yüzeyinin %20'den daha az olması ve hastanın bazı özbakım aktivitelerini yapabileceğinin belirlenmesi, rehabilitasyon döneminin başlama kriteridir. Ancak, bu kriterler dışında kalan ciddi yanıklı hastalarda, rehabilitasyon dönemi hastanın kabulü ile başlar. Rehabilitasyon dönemi, hastayı toplumda üretken bir yere getirmek, fonksiyonel ve kozmetik açıdan yenilenmeyi başarmak ilkelerine temellendirilir. Hastanın taburcu olması rehabilitasyon döneminin sonlandığı anlamında ele alınmamalı, emosyonel ve fiziksel açıdan maksimum düzeyde düzelmesinin ancak 2-5 yılda gerçekleşebileceği unutulmamalıdır (34, 35, 38).

Rehabilitasyon dönemindeki hastanın bakım amaçları (15);

1. Fonksiyonel kaybı en aza indirmek.
2. Psikososyal destek sağlamak.

Deformiteyle sonuçlanacak pozisyonlar nedeniyle oluşabilecek skarları önlemek ve hareketlilik durumunu sürdürmek açısından hastaya yardım etmek gerekir. Hastanın ağrı ve basınç yakınmaları yadsınamaz, ancak ağrıya karşı ambulasyon ya da

hareket etmenin önemi ve gerekliliğın anlatılması ve katılımın sağlanması çok önemlidir (18, 37, 38).

Yanıkların emosyonel etkisi, yanığın ciddiyeti ile doğru orantılıdır. Ciddi yanıkların psikolojik izleri sürekli ve hasta/ailesini yaşam boyu etkiler. Ailenin adaptasyon süresi, hastanın yeni vücut imajına ve öz değeri duygularına verdiği tepkinin biçimine bağılıdır. Ağrı, şekil bozukluğu, uzun süren hastane yatışı, iş güvenliği, yaşam biçiminde değışiklik, aile ve arkadaşlarının reaksiyonları, hastanın uyumunu zorlaştıracabilecek değışik faktörlerdir. Yanıktan hemen sonraki dönemde, temelde hastanın fizyolojik yaşamıyla yakından ilgilenen hemşire, hasta ve ailesinin psikolojik sorunları ile başa çıkma mekanizmalarını tanımlayabilmelidir (7, 26, 38, 66).

Kontraktürlerin gelişiminden kaçınmada, doğru pozisyon verme, askıya alınmış ekstremitenin yeterli dolaşımı, siyanoz, ısı ve nabız açısından gözlenmesi ile egzersiz, günlük yaşam aktiviteleri ve erken ayağa kaldırmanın ne denli önemli olduğu tartışılmaz. Hastanın yanık yarasına karşı hem fiziksel hem de emosyonel toleransı sürekli tanımlanmalıdır (18, 37, 38, 47).

Taburcu olduktan sonra hasta, geçici ya da kalıcı fonksiyon kaybı, kozmetik şekil bozukluğu ve yakınlarının tepkilerine uyum sağlama çabasıdadır. Bu durumlara uyum sağlayabilme yeteneğı, yanıktan önceki başa çıkma mekanizması, yanığın şiddeti ve yeri ile diğeri kişilerin reaksiyonuna bağılı olacaktır. Hastalar, kendi fiziksel bakımlarını gerektiğinde yardımla yapıncaya kadar hastaneden taburcu edilmemeli ve daha önceki yaşam biçimlerine dönmede karşılaşılabilecekleri streslerle başa çıkabilme için hazırlanmalıdırlar (38).

2.2. YAŞAM KALİTESİ İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

2.2.1. “Yaşam Kalitesi” Kavramının Tanımı

Günümüz dünyasında, doğal kaynakların yok olmaya ve kullanılamaz hale gelmeye başlamasıyla beraber, insanların temiz ve kaliteli bir çevreye olan ilgisi artmaktadır. Daha kaliteli ürün ve daha kaliteli hizmete olan talepte giderek artış göstermektedir. Son yıllarda sağlık hizmetlerinde de kalitenin geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bu anlamda Dünya Sağlık Örgütü’nün 1985 yılında öngördüğü 2000 yılı sağlık hedeflerinden 31. hedef şunu vurgulamaktadır.

“1990 yılına kadar üye ülkeler sağlık sistemleri içinde hastaların kaliteli bakımını güvenceye alacak etkili mekanizmalar kurmuş olacaktır.” (71).

Uluslararası Standardizasyon Örgütü ISO tarafından belirlenip, Türk Standartlarına TS-9005 no ile çevrilen kalite tanımına göre *“Kalite, bir ürün veya hizmetin belirlenen ve olabilecek ihtiyaçları karşılama yeteneğine dayanan özellik ve karakteristiklerin toplamıdır.” (71).* Kalite, kişisel duyu ve hislerden bağımsız somut kriterlere (ölçü, sayı, süreç, süre, test) bağlı olarak ölçülebildiği için objektif, kişisel değer yargılarından, beğenilerden ve psikolojiden (duygu, heyecan, tatmin, tercih, değer yargısı, saygı, tutum) etkilendiği için de subjektif bir kavramdır (22).

Yaşam kalitesine ilişkin birçok yayın ve akademik çalışma olmasına karşın; kavramın günlük konuşmalarda ve çeşitli bilimlerde kesin bir tanımı yoktur. Çünkü, yaşam kalitesi subjektif bir kavramdır ve doğal olarak da tanımları farklı olacaktır. Farklı tanımlar; bir dereceye kadar çakışan, ancak mutlaka eşanlamlı olmayan; doyum, mutluluk, moral, pozitif etki – negatif etki dengesi, algı değerlendirilmesi, sağlık, sübjektif ve psikolojik esenlik gibi kavramları ifade ederler. Yaşamın kutsallığı gibi, yaşam kalitesi kavramı da ahlaki ve sosyal anlamda yaşamın korunması ile ilişkilendirilmiştir (10, 20, 40, 50, 61). Yaşam kalitesi ayrıca, hastalığın fiziksel olumsuzlukları ile ilgili ekonomik, sosyal, fiziksel ve duygusal faktörlere de

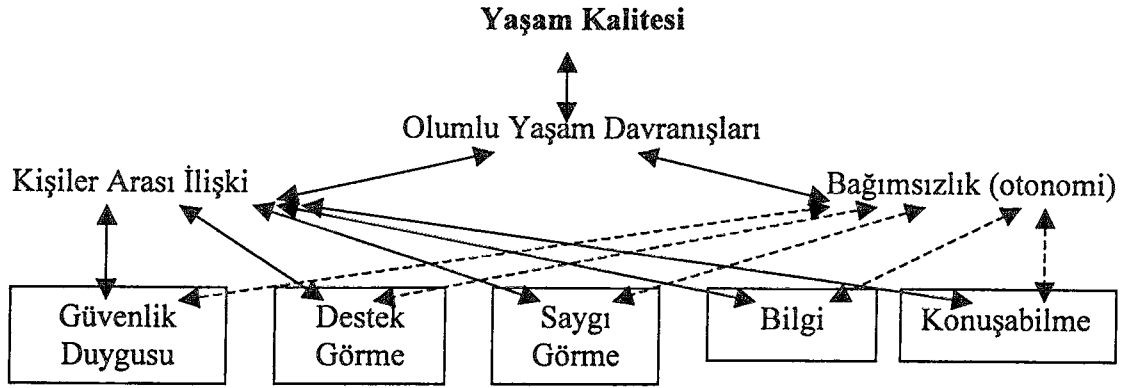
odaklanmaktadır (9, 13, 22, 25, 61, 70, 71). Çünkü bireyin fiziksel durumu psikososyal fonksiyonlarını etkilemektedir (41). Yaşam kalitesi kavramının içeriğinde çeşitli halk katmanlarının mutluluğu ve esenliğinden, çevresel kalite ve ekolojik yapılara dek uzanan çok çeşitli ve seçkisel değişkenler yumağı bulma olanağı vardır (40).

Yaşamın kalite ve kantite olmak üzere 2 boyutu vardır. Yaşamın kantitesi; yaşam süresini tanımlamakta ve beklenen yaşam süresi, mortalite oranları ve belirli nedenlere bağlı ölüm olaylarının değerlendirilmesi ile ifade edilmektedir. Yaşamın kalitesi ise değişik göstergeler kullanmayı gerektirmektedir. Yaşam kalitesi estetik ve güzellik olarak algılanabildiği gibi, yaşam memnuniyeti olarak da ele alınabilmektedir (72).

Yaşam kalitesine ilişkin farklı disiplinlerde yapılan çalışmalarda, kavram farklı perspektiflerden ele alınmıştır. Sonuçta bu farklı yaklaşımlar, kavramın farklı şekillerde tanımlanmasına neden olmuştur (40, 61).

Ganz'ın çalışmasında belirttiği gibi; son yıllarda iki araştırma grubu tarafından, genel olarak kabul gören iki yaşam kalitesi tanımı benimsenmiştir. Bu tanımların birincisine göre; yaşam kalitesi, bir bütün olarak yaşamın subjektif değerlendirilmesidir. İkincisi ise; yaşam kalitesi, hastanın şimdiki fonksiyon düzeyine karşın ne algıladığının değerlendirmesi olup doyumunu içermektedir. Birinci tanım ölçümün sübjektivitesini (öznelliğini) ve bir global değerlendirmenin önemini vurgular. İkinci tanım ise, yaşam kalitesi değerlendirilmesinin öznelliğine ve bireyin şu andaki sağlık durumuna verdiği öncelik ya da değere dikkati çeker (40, 70).

Berterö, yaşam kalitesini sosyolojik açıdan tanımlamış ve bu tanımı bağımsızlık (otonomi), sevmek (sevgi) ve esenlik olmak üzere üç kavram üzerine temellendirmiştir. Berterö, yaşam kalitesi kavramını, olumlu yaşam davranışları olarak geniş bir boyutta ele almaktadır (61, 70, 71).



Şekil 4: Yaşam Kalitesi Kavramının Boyutları (içeriği) ve Nitelikleri (70)

Yaşam kalitesi kavramına ilişkin tüm bu yaklaşımlar, yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğunu, fakat hastalık, semptom, tedavi ve bakımla ilişkili kişisel duruma odaklandığını göstermektedir (41).

Michigan Üniversitesi'nde Campbell tarafından yapılan yaşam kalitesi çalışmalarında, yaşam kalitesi boyutlarının fiziksel sağlığın dışında diğer özel durumlarla ilişkili olduğu belirtilmekte ve yaşam kalitesi boyutları şu şekilde gösterilmektedir (22, 70).

Fonksiyonel durum

- özbakım
- hareket
- fiziksel aktivite

Rol aktiviteleri

- iş (meslek)
- evdeki rol

Sosyal fonksiyon

- kişisel etkileşim
- dostluk, arkadaşlık
- toplumsal etkileşim

Emosyonel durum

- anksiyete
- stres

- depresyon
- kontrol kaybı
- iyilik hali

Algılama

Uyku ve istirahat

Enerji ve canlılık

Sağlık algılamaları

Genel sağlık memnuniyeti

Son yıllarda kabul gören yaşam kalitesi tanımı ise “hastanın var olan fonksiyon düzeyine karşın ne algıladığının değerlendirilmesi ve bunlardan aldığı doyum” şeklindedir. Bu alanda bir çok uzman, yaşam kalitesini çok boyutlu bir yapı olarak algılamıştır. Bunlar;

1. *Fiziksel fonksiyon:* Hastanın kendine bakım performansını, fonksiyonel durumunu, hareket, fiziksel aktiviteler ve iş ya da aile sorumluluklarını yerine getirip getirmediğini değerlendirir.
2. *Hastalık ve tedavi ile ilgili semptomlar:* Ağrı ya da solunum güçlüğü gibi hastalık semptomları, impotans, sedasyon vb tedavi yan etkilerinin olup olmadığını içerir.
3. *Psikolojik fonksiyon:* Hastalık ve tedavisine bağlı olarak gelişen anksiyete ya da depresyon durumunu kapsar.
4. *Sosyal fonksiyon:* Normal sosyal aktivitelerde kesilme olup olmadığını araştırır (22, 41, 53, 70- 72).

Çok boyutlu oluşunun yanı sıra yaşam kalitesinin diğer iki önemli özelliği de nesnel (subjektif) ve dinamik (zaman içinde değişen) oluşudur (20). Yaşam kalitesini oluşturan öğeler, kişinin sosyal rolleri ve sosyal ilişkileri, fonksiyonel performansı, entelektüel fonksiyonları, algılama, emosyonel durumu ve subjektif sağlık durumudur. Tüm bunlar kişinin kendi durumundan ne derece memnun olduğunu ve dolayısıyla sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düzeyini belirler (25).

Yaşam kalitesi boyutlarının tanımlanması çalışmalarında ortak olan konular, sağlık, fiziksel fonksiyon, psikolojik fonksiyon ve sosyal etkileşimdir. Bu boyutlar hem öznel hem de algısal yaşam kalitesi verilerini sağlamaktadır. Bunlara ilaveten hastalığın gelişimine ilişkin bir bilgi edinmek için hasta kayıtları ve sağlık hizmeti verenlerden elde edilen veriler de dikkate alınmalıdır (20). Yaşam kalitesi ölçüm sonuçlarından elde edilen bilgiler hastanın problemlerinin belirlenmesinde, tedavi önceliklerinin saptanmasında, girişimlerin yönlendirilmesinde, hastalık sürecinin izlenmesinde, sağlık ekonomistleri ve planlayıcılarının yeni fikirler üretmesinde yarar sağlar (25).

Tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile yaşam süresi uzamış, dolayısıyla da kalitesi değişmiştir. Bazen de tek başına uygun bir tedavi yöntemi bulunamamakta, ancak hastaların hastalıklarıyla nasıl başa çıkabilecekleri öğretilmekte ve bu yolla yaşam kaliteleri yükseltilmeye çalışılmaktadır (10, 40, 61, 70). Sağlık profesyoneli; hasta için, hem nitel, hem de nicel yönden en yararlı tedaviyi seçmek zorundadır, bunu yaparken de tedavinin maliyeti, beklenen yaşam süresi ve tedaviden sonra geçirilecek yılların kalitesi dikkate alınmalıdır. Bazı tedavi yöntemleri hastanın yaşam süresini uzatabilir, ancak kalitesini düşürebilir. Karar, hasta ile birlikte verilmelidir (40).

Bağımsız sosyodemografik faktörler hem sağlık hem de fonksiyonel durum üzerinde önemli bir etkiye sahiptirler ki, bu iki alanda yaşam kalitesinin algılanmasında söz sahibidirler. Aynı zamanda, her iki alanda, yaşam kalitesini etkileyen çalışabilirlik ve çalışma durumu üzerinde etki gösterirler. Sonuç olarak yaşam kalitesi; objektif durumların ötesinde bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumu ve mutluluk durumu ile ilişkilidir. Bir başka deyişle yaşam kalitesi, bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumudur (53, 70). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin belirlenmesinde bireyin istek ve beklentileri, sağlık durumu nedeniyle bu istek ve beklentileri gerçekleştirmedeki engeller ve bireyin bu engeller karşısındaki tepkisi, emosyonel durum rol oynamaktadır (25).

2.2.2. “Yaşam Kalitesi” Kavramının Kaynağı ve Tarihçesi

Tarihsel perspektifle baktığımızda; yaşam kalitesi kavramının öncelikle ekonomi bilimlerinde; esenlik, yaşam düzeyi ve kalkınma kavramlarından hemen sonra ortaya çıktığını ve ekonomik kalkınmayı kişi başı ölçütleriyle ölçen yaklaşımın, daha gelişmiş bir anlayışını yansıttığını görüyoruz (10, 40, 61).

Yaşam kalitesi kavramı yıllarca felsefenin tartışma konusu olmuştur. İlk dönemlerde mutluluk, yalnızca başarı anlamında kullanılırken, antik ve orta çağda kavram, insanın mükemmel durumu ya da en yüksek seviyede erdem ve güzelliklere sahip olması olarak algılanmıştır. Modern çağda ise doyum için mutluluğun yeterli olmadığı üzerinde durulmuştur (10, 40, 71).

1800’li yıllarda Bantham’ın iyi olma durumlarının ölçümleri ile ilgili yaklaşımlara yer veren yazısı ile psikiyatride yaşam kalitesinin ölçümü konusunda ilk adım atılmıştır (22). 1920 ve 1930’da Thurston ve Likert bugün hala kullanılan ölçekleri geliştirmişlerdir. Hastalığın bireyin sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerinin incelenmesi ilk defa 1940’lı yılların sonlarında Kornofsky’nin kanserli hastalarla ilgili geliştirdiği skalanın kullanılmasıyla başlamıştır ve son yüzyılda da giderek yaygınlaşmış ve genişletilmiştir (53). Ağır yeti bozuklukları olan kişilerin işlevsel durumlarının klinisyenler tarafından incelenmesi 1950’lerde başlamıştır (11).

1960’lı yıllarda Cantril ve Free tarafından yönetilen Uluslararası Sosyal Araştırma Enstitüsü adına, Uluslararası Araştırma Enstitüsünün 30 şubesiyle birlikte yürüttüğü “İnsan Gereksinimlerinin ve Doyumunun Bütüncül Değerlendirilmesi” isimli çalışma ile yaşam kalitesi kavramının sosyal bilimlere doğru yayıldığı gözlenmektedir (53).

1970’lerde modern sağlık durum soru formları oluşturulmuştur. Geliştirilen bu formlar doğrultusunda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi sonucunda birçok faktörün yaşam kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır (11).

Yaşam kalitesi kavramı, 1960'lı yıllarda ABD'de politik tartışmalardan kaynağını alan ve o yıllardan sonra da kullanımı yaygınlaşmaya başlayan oldukça yeni bir kavramdır. 1960'lı yıllarda ABD'de, yaşamın kalitesinin düzeltilmesi hükümet için birinci hedef olarak kabul edilmiş ve öncelikle daha iyi bir yaşam kalitesi için daha fazla esenlik sağlayacak materyaller olduğuna inanılan gelir/kazanç, eğitim, sağlık ve barınmayı içeren objektif yaşam durumlarının iyileştirilmesi yönünde çalışmalar yapılmıştır. Ekonomistler ise yaşam kalitesini ilk kez Gayrisafi Milli Hasıla'nın hesaplanmasında bir gösterge olarak kullanmışlardır (10, 40, 61).

Sosyologlar, ekonomistlerin üzerinde durdukları ulusal üretim, gelir, satın alma gücü gibi göstergelerin, yaşam kalitesi kavramını değerlendirmede yeterli olmayacağını ve çalışma, barınma ve sosyal durumun da ele alınması gerektiğini savunmuşlardır (10, 40, 61). Sosyologlar tarafından daha çok iyilik hali, iyi bir yaşama sahip olma anlamında kullanılmış olan bu kavram, hızla sağlık bakım sistemi içinde de kullanılmaya başlanmıştır. Yaşamı desteklemek ve bireyin iyilik halini sürdürmek amaçlı sağlık hizmetlerinde ilk sıralara yerleşen bir bakım amacı haline gelmiştir (11, 53, 72).

1970'li yıllarda, yaşam kalitesi konusunda, uluslararası kurumlar düzeyinde bir ilginin başladığını, bilimsel kongre ve sempozyumların düzenlendiğini ve psikolojik ağırlıklı çalışmaların hızla çoğaldığını görmekteyiz. Psikolojik nitelikli çalışmalarda, yaşam kalitesinin işlevsel değerlendirilmesi, genellikle bireyin yaşamı hakkında sahip olduğu doğrudan ve dolaylı algısı üzerine temellenmektedir (10, 40, 61).

Özellikle sosyal bilimlerde yaşam kalitesi kavramının yaygın kullanımı tıp ve hemşirelik bilimlerini de etkilemiş ve nihayet çeşitli hastalık durumlarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, sınırlı tıbbi kaynakların dağılımı, klinik karar vermenin kolaylaştırılması ve hastalığa uygun tedavi ve bakım kararlarının verilmesi gibi çeşitli konularda araştırmalara yönelmiştir. Sağlık alanında yaşam kalitesi, bireylerin kendilerini nasıl hissettikleri ve günlük yaşam aktivitelerini nasıl yaptıkları ile ilgili

sağlık durumunu tarif etmek için kullanılan bir kavram olarak kabul görmektedir. Bu anlayış, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramının doğmasına neden olmuştur. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri ile bir hastalık ve hastalık tedavisinin yaşamın fiziksel, sosyal, emosyonel boyutları üzerine etkileri gösterilmek istenmektedir (53).

1960'lı yıllarda yaşam kalitesi kavramı, Sosyoloji, Ekonomi, Psikoloji biliminin uğraşı alanına girmiştir. 1970-1980 (1970'den sonra) yıllarında Tıp alanında ilgi görmüş, 1980-1990 (1980'den sonra) yıllarında hemşirelik alanında üzerinde durulan bir konu olmuştur (11, 20, 41, 53, 70-72).

Yaşam kalitesi kavramı, 1993-1994 yılları arasında 2100'den fazla tıp literatüründe konu ve anahtar kelime olarak kullanılmıştır. Kronik hastalıkların prevalansı ve insidansının giderek artması, yeni tedavi ve girişim seçeneklerinin ortaya çıkması bu ilgi artışının önemli nedenleri arasında gösterilmektedir (20).

Sağlık alanında kullanılan yaşam kalitesi ölçeklerinde modern gelişmeler 1970'li yıllarda hız kazanmıştır. 1980'li yıllarda ise uzun, kapsamlı ve durumu tam olarak değerlendirdiğine inanılan ölçeklerin daha etkin ve pratik kullanım için kısaltılmasına yönelik çalışmalar ağırlık kazanmıştır. Bu yıllarda geliştirilen ölçekler fizyolojik, psikolojik, sosyal sağlık durumunu değerlendirecek şekilde çok boyutlu olarak hazırlanmıştır. 1990'lı yıllara gelindiğinde genel yaşam kalitesi ölçümleri yerine, hastalığa özel yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanımına ilgi artmıştır (72).

2.2.3. “Yaşam Kalitesi” Kavramının Değerlendirilmesi

Günümüzde teknolojik ve bilimsel ilerlemelere paralel olarak yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların artması nedeniyle, sağlık bakım harcamaları da artmaktadır. Bu nedenle mevcut sağlık bakım kaynaklarından daha fazla yararlanma düşüncesi önem kazanmış ve verilen tıbbi bakım ve tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalara hız verilmiştir. Sağlık hizmetlerinde hasta

beklenti ve ihtiyaçlarının sürekli değişmesi ile birlikte, verilen hizmetin tanımlanması ve geliştirilmesi için veri toplamak ve ölçüm yapmak son derece önemlidir (22, 41).

Geniş kavram zenginliğini barındıran yaşam kalitesi araştırmaları,  yönden yararlı olmaktadır. **Birincisi**, bireysel kalitenin teknik veri sistemleri ve süreçleriyle saptanabilmesinin verdiği kolaylık, **ikincisi**, sosyal çevrenin bireye olan etkilerinin anlaşılması ve bu etkilerin toplum planlamacıları tarafından uygulamaya aktarılması olanağı, **ncs**, bireyin yaşantısını algılamasına ve doyum bulma süreçlerini tanımasına katkısıdır (40, 53, 61, 70).

Yaşam kalitesine geniş bir yelpazeden bakarsak, fonksiyonel düzeyi de içine alacak şekilde sağlığın tüm yönleriyle ilişkili olduğunu görürüz. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinden beklentiler:

1. Tedavi yöntemlerinin belirlenmesinde ve hastanın takibinde klinik deneyim sağlanması.
2. Sağlığın çeşitli yönlerini incelemek için klinik ve epidemiyolojik çalışmalar yapmak, hastalık ve rahatsızlığın nedenini araştırmak, tedavinin etkinliğini test etmek.
3. Program değerlendirmesi ve politika analizi yaparak öncelikleri belirlemek, sağlık, politika ve programlarının ve de kaynak aktarımının etkinliğini saptamak.
4. Sağlık düzeyi, risk faktörleri ve dışarıdan aldıkları yardım açısından popülasyonları izlemek (25).

Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gttr. Yaşam kalitesi hastalığın sonucu olarak ortaya çıkan fonksiyonel durum ve ideal fonksiyonlar arasındaki farklılığa hastanın reaksiyonudur. Sonuçta kişiye özeldir (25).

Tıp bilimlerinde, bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi çalışmaları  amaca yönelik olarak yapılmaktadır. Bu amaçlar;

- Sınırlı medikal kaynakların dağılımı

- Klinik karar vermenin kolaylaştırılması
- Bağımsız karar vermesi yönünde hastalara yardım edilmesidir (10).

Sağlık alanında yaşam kalitesi, hekimin hastayla ilgili fizyolojik fonksiyonlarını değerlendirmekten çok hastanın algılamaları ve hastalığın tedavisiyle ilgili yaşantılarını vurgular. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi; bireyin içinde bulunduğu duruma emosyonel yanıtı, hastalığın bireyin sosyal, emosyonel, mesleki ve aile yaşantısı üzerindeki etkisi, kişisel iyilik hali, kişinin beklentileri ve gerçek durumu arasındaki karşılaştırmaları ve farkları, fiziksel, sosyal ve emosyonel fonksiyonların doyumu ve gereksinimlerini karşılamada bireysel yeterlilik olarak çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır (53).

Yaşamı destekleyen birçok teknolojik gelişmenin, yeni ilaçların, alternatif tedavi ve bakım yaklaşımlarının sağlık hizmetlerinde kullanılması sonucu yaşamı korumak ve yaşam süresini uzatmak mümkün olurken, bu gelişmelerin yaşama olumlu ya da olumsuz etkilerinin kapsamlı olarak değerlendirilmesi gerekliliği daha fazla hissedilmeye başlanmıştır. Bu gelişmeler yaşam kalitesi kavramının ve yaşam kalitesini değerlendirme ölçeklerinin geliştirilmesinde etkili olmuştur (20, 72).

Yaşam kalitesi ölçekleri mutlaka hastaların subjektif hislerini kapsayacak uygun sorular içermelidir. Naess, bireysel deneyimleri, bireyin kendisinden daha iyi hiç kimsenin ifade edemeyeceğini belirtmiş ve bunu “ayakkabının neresinin sıkıldığını, giyen kişi bilir” diyerek örneklendirmiştir. Naess’e göre hisler, sahibinden başka hiç kimse tarafından gözlenemeyen duygulardır (40). Her bir yaşam kalitesi alanındaki doyum, kişiden kişiye değişeceği gibi, her bir alanın önemi de kişiden kişiye değişir ve yaşam kalitesini eşit olarak etkilemez. Bireyin yaşamını etkileyen boyutlardan her biri değerlendirmede yer almalıdır (71). Bu nedenle de sağlık profesyonelleri ve hastalar tarafından yapılan değerlendirmeler birbirinden çok farklıdır (20). Kliniksel çalışmalarda genellikle hastalık semptomlarına odaklanılmış ve tıbbi sonuçlar değerlendirilmiştir. Ancak hastaların yaşamlarının yalnızca tıbbi sonuçlarla değerlendirilmesi yeterli değildir. Zira hastalar, hastalık semptomları ve tıbbi

sonuçlardan çok bu semptom ve sonuçların yaşamlarını nasıl etkilediği ile ilgilenmektedirler (22).

Sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi değerlendirilmesi ile ilgili olarak genel yaşam kalitesi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve hastalığa özgü yaşam kalitesi olmak üzere üç yaklaşım tanımlanmaktadır (20, 22, 53, 70, 71, 77).

1- Genel Yaşam Kalitesi: nüfusun genel olarak yaşam kalitesini değerlendirir. Ölçümler tipik olarak fonksiyonel durumu, kaynaklara ve olanaklara ulaşmayı ve iyi hal duygusunu kapsamaktadır. Özellikle kronik ve mental hastalığı olan hastaları değerlendirmek için geliştirilmiş yaşam kalitesi ölçümleridir.

2- Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi: fonksiyonel duruma, iyilik haline ve sadece sağlıkla ilişkili görüş açılarını içeren kavramlara odaklanmıştır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri genellikle daha kapsamlı ve geniştir. Farklı toplulukların, hastalıkların, durumların, tedavilerin ve bakımın karşılaştırılması amacıyla kullanılmaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlendirmelerinden en bilinenleri Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile –NHP-), Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile –SIP-), Esenlik Kalite Skalası (Quality of Well-being Scale – QWB-), Mc Master Sağlık Göstergesi Anketi (Mc Master Health Index Questionnaire – MHIQ-) ve 36 Soruluk Kısa Bir Sağlık Araştırması (The MOS 36 Item Short Form Health Survey –SF36-) dir.

3- Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi: özel bir hastalık, durum veya tedavi için geliştirilmiş olan hastalığa özgü yaşam kalitesi değerlendirmeleri daha dar kapsamlı olmasına rağmen, en ince ayrıntıları bile değerlendirmektedir. İnce ayrıntıları içermesi nedeniyle daha duyarlıdır ve önemli olan küçük klinik değişiklikleri saptayabilir ve elde edilen bilgiler klinik kararlarda rahatlıkla kullanılabilir.

Hem genel yaşam kalitesinin hem de sağlıkla ilgili ve hastalık/semptom/tedaviye özgü yaşam kalitesinin birlikte değerlendirildiği modeller vardır. Böyle bir modelin avantajı, hem yaşamın yorumlanmasını hem de yaşam kalitesinin daha özel ve ayrıntılı olarak değerlendirilmesini sağlar (22).

2.2.4. “Yaşam Kalitesi” Kavramının Göstergeleri

Yaşam kalitesi subjektif bir olgudur, gözlenemez, bu nedenle de en yakın göstergelerle ölçülebilir. Bu göstergeler:

- Gözlenen veriler,
- Kan tetkikleri gibi fizyolojik göstergeler,
- Alkol alışkanlığı, suisid oranı gibi davranışsal göstergeler ve
- Bireysel raporlardır (10, 40, 61).

Bu göstergelerin kullanımını sınırlayan bazı etmenler vardır. Yaşam kalitesini ifade eden, duygu ve düşünceler gibi subjektif olgular, başkaları tarafından gözlenemeyen olgulardır. Bu nedenle de, sağlık profesyonelleri ve hastalar tarafından yapılan değerlendirmeler birbirinden çok farklıdır, benzer yönleri çok azdır (10, 40). Deneysel araştırmalarda yaşam kalitesi, bireye yaşam kalitesi değişkenlerini tanımlayan sorular sorularak değerlendirilir. Bireysel raporlar, yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde en geçerli yol olarak kabul edilmektedir, çünkü yaşam kalitesi, esas olarak bireyin subjektif deneyimidir. Bireysel raporlar, daha önceki yaşam kalitesi ölçeklerinden yararlanılarak veya araştırmacının hazırladığı sorulardan oluşmuş ölçeklerle elde edilebilir. Soruların yararlılığı ve kullanılabilirliği, ölçümün geçerlik ve güvenilirliğini etkileyen ölçme hatalarına bağlıdır. Bu hatalar rastlantısal ya da sistematik olabilir (10, 40, 61). Rastlantısal hatalar, şansa bağlı olarak ölçümden ölçüme değişebilen ve denetlenmesi olanaksız olduğu için her ölçümde söz konusu olabilecek hatalardır. Bu tür hataların sonuçlar üzerinde etkisi olmadığı kabul edilir. Sistematik hatalar ise, ölçüm konusunu ve ölçme sürecini sürekli aynı yönde etkileyen ve kaynakları yeterince denetlenmediği için ölçüme sokulan hatalardır. Bu tür bir hata, ölçümler üzerinde, belli bir yönde ve bilinmeyen bir ölçüde etkide bulunur. Bir başka deyişle, ölçümün sonuçlarını değerlendirirken gözden kaçırılmış bir hatanın payını hesaba katmaya olanak yoktur. Bütün bu nedenlerle, rastlantısal ölçümün güvenilirliğini (tutarlılığını), sistematik hatalar ise geçerliliğini (ölçümün kendisinden bekleneni yansıtırma derecesini) etkiler (10).

Evans ve arkadaşları yaşam kalitesini objektif ve subjektif göstergeler olarak iki bölümde incelenmesini önermişler (10, 71). Campbell subjektif göstergelerin yaşam deneyimlerini doğrudan ölçtüğünü, objektif göstergelerin ise, sadece bu deneyimlerin etkisini ölçtüğünü ileri sürmektedir (71).

Tüm bireyler temel fiziksel gereksinimlere sahiptir ve bu fiziksel gereksinimler her insan için aynıdır. Virginia Henderson, insanların temel gereksinimlerinin birbirinin aynı olduğuna, ancak birbirinin aynı iki insanın var olmadığına inanır. Bu nedenle de hemşirenin hastanın gereksinimlerini “O” hastaya özgü olarak değerlendirilmesi gerekir. Yeme-içme, hareket, solunum, boşaltım, kişisel temizlik ve giyim, çalışma, cinselliği ifade etme, uyku alışkanlığı gibi gereksinimler insan hayatının devamı ve sağlıklı olması için gerekli olan temel gereksinimlerdir. Bireyin bu temel gereksinimleri karşılanmadığı zaman, bireyin iyilik halinin bozulmasına ve bununla birlikte yaşam kalitesinin etkilenmesine neden olur. Yaşam kalitesinin göstergesi olan fizyolojik semptomlar, subjektif deneyimler ile ilişkisinin olmama olasılığına bağlı iyi belirleyici değildir. Örneğin, baş ağrısı gibi semptomlar diyete, iş stresine ya da kronik bir yorgunluğa bağlı somatik olarak ortaya çıkabilir. Birey bu şekilde mevcut duruma uyum sağlayabilir ve bu semptom yaşamın kalitesini etkilemeyebilir. Psikolojik göstergeler yaşam doyumu, psikolojik etki ve emosyonel iyilik hali olup yaşam deneyimlerinin subjektif değerlendirmesi ile elde edilirler. Psikolojik göstergeler içerisinde kaliteyi belirlemede bireyin kendi yaşantısına ilişkin değerlendirmelerin temel etmen olduğu savunulmuştur. Yaşamın çeşitli yönlerini, onları değerlendiren kişi algılayabilir. Bu anlamda yaşam kalitesi, öznel bir doyum ya da sonuçtur. Yaşam kalitesinin göstergesi olan davranışlar, yeterli bir ölçüt değildir. Çünkü davranış, etkileyen bir dizi değişkenin araya girmesi nedeniyle, yaşam kalitesini ifade edemeyebilir (10, 71).

2.2.5. “Yaşam Kalitesi”nin Ölçülmesi

Son 20 yıldır özellikle Avrupa ve Amerika’da çeşitli yaşam kalitesi ölçekleri geliştirilip, test edilmiştir. Yaşam kalite ölçekleri hastayı iyileştirici her türlü

girişimin etkinliğini ve hastalığın bireyler ve gruplar üzerinde yarattığı etkileri değerlendirmek için geliştirmişlerdir. Yaşam kalitesi ölçüm sonuçlarından elde edilen bilgiler hastanın problemlerinin belirlenmesinde, tedavi önceliklerinin saptanmasında, girişimlerin yönlendirilmesinde, hastalık sürecinin izlenmesinde, sağlık ekonomist ve planlayıcılarının yeni fikirler üretmesinde yarar sağlar (71).

Geleneksel olarak tıbbi araştırmalarda mortalite ve morbiditenin ölçülmesi temel alınmıştır. Ancak son on yıl içinde fonksiyonel ve sağlık düzeyinin (yaşam kalitesinin) ölçülmesine artan bir ilgi vardır. Yaşam kalitesi, hastalığın ve tedavisinin hastalar üzerindeki etkilerini ve bu etkilere hastaların verdiği cevabın ayrıntılı olarak değerlendirilmesi şeklinde de düşünülebilir (25).

Objektif ölçüm yöntemlerinin yararlarını şu şekilde sıralayabiliriz (25):

1. Sorunun büyüklüğü ortaya konur ve zaman içindeki gelişmeler değerlendirilir.
2. Tedavinin etkinliği gösterilebilir ve sonuç analizleri yapılabilir.
3. Değişik meslek grupları arasındaki iletişimde bilimsel temel oluşturulur.
4. Yapılan girişime bilimsel inandırıcılık kazandırılır.

Klinik alandaki yaşam kalitesi araştırmaları, temel olarak yaşam kalitesinin özgül yönlerinin değerlendirilmesine odaklanır. Çünkü hem tedavi, hem de bakımda hedef, sıkıntı veren durumu azaltmak ve esenliği artırmaktır. Yaşam kalitesi araştırmalarının sonuçları, deneysel bir olgu olarak, yaşam kalitesi deneyimini anlamamızı geliştirdiğinden ve bu yolla yaşam durumunun ve bireysel ilişkilerin iyileştirilmesini-geliştirilmesini sağladığı için değerlidir (10, 61).

Yaşam kalitesi ölçeklerini jenerik ve hastalığa spesifik olarak sınıflandırabiliriz. Ölçeklerde üç temel unsur önemlidir. Birincisi hastalık, ikincisi hasta ve son olarak yaşam kalitesi olarak sıralayabiliriz (20).

1) JENERİK ÖLÇEKLER: Yaşam kalitesinin tüm önemli boyutlarını ölçerler, geniş hasta gruplarına uygulanabilirler. Sağlık profilini ortaya koyan yararlı ölçeklerdir. Yaşam kalitesi hakkında rakam verebilirler. Dezavantajları ise küçük değişiklikleri saptamayabilirler, ilgi alanı yeterince odaklaşmayabilirler. Jenerik ölçeklerin faydaları arasında;

1-Tedavide beklenmeyen etkilerin veya yan etkilerin fark edilmesini sağlarlar.

2-Farklı tedavi grupları arasında karşılaştırma yapmaya izin verirler.

2) SPESİFİK ÖLÇEKLER: Özel bir hastalık veya sağlıkla ilişkili fonksiyon gibi yaşam kalitesini bir boyutuna yöneliktir. Bu ölçekler klinik açıdan hassastır ve küçük değişiklikleri kolay saptarlar. Daha kapsamlı bilgi edinilmek isteniyorsa hem jenerik hem de hastalığa özel ölçekler birlikte kullanılabilirler. İnmeli hastalarda kullanılan Ulusal Sağlık Enstitüsü İnme Skalası (National Institute of Health Stroke Scale, NIH), Multiple Skleroz'lu hastalar için özel olarak geliştirilmiş handicap değerlendirme skalası Çevre Durum Skalası (Environmental Status Scale ESS), Parkinson'lu hastalarda bozukluk ve disabilitayı ölçen Webster Ölçüm Skalası spesifik ölçeklere örnek olarak verilebilir.

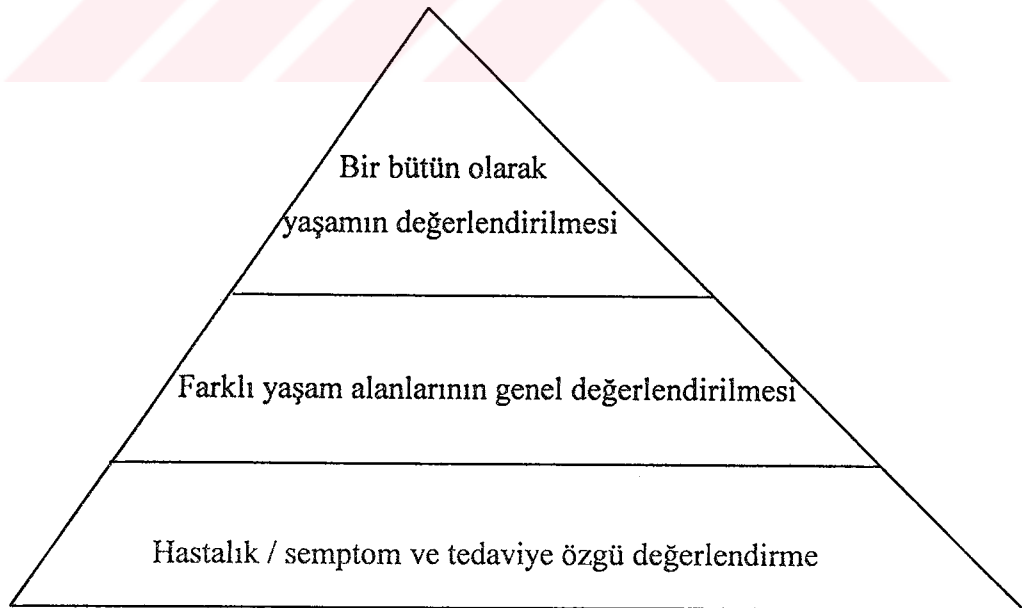
Yaşam kalitesi, karmaşık, tanımı zor ve subjektif bir kavram olduğundan optimum ölçeğin ne olduğu konusunda da fikir birliği bulunmamaktadır. Bazı ölçümler çok fazla detaya inebilir, ancak hasta veya uygulayan kişi tarafından anlaşılması güç ve uzun bulunabilir. Daha kısa ölçüm araçları ise daha az detay sağlarken sosyal fonksiyonu tam olarak tanımlayamazlar. Yaşam kalitesi ölçeklerinde, ölçümlerin daha verimli olması için, ölçeklerin tek başına değil, hastalığa özgü özelliklerin de eklenerek kullanılması gereklidir (71).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri ile hastalık ve hastalık tedavisinin yaşamın fiziksel, sosyal, emosyonel boyutları üzerine etkilerinin incelenmesi hedeflenmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri bireylerin kendilerini nasıl hissettiklerini, günlük yaşam aktivitelerini nasıl yaptıklarını, hastalık durumu ve

hastalığın tedavisinden nasıl etkilendiklerini, bireyin bakış açısıyla değerlendirme olanağı vermektedir. Yaşam kalitesi ölçekleri, mutlaka hastaların subjektif hislerini kapsayacak uygun sorular içermelidir. Bununla birlikte sağlık bakımı sunanlar verdikleri bakımın etkinliğini ve kalitesini ölçmek için sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri ile daha fazla ilgilenmektedirler (72).

Genel ölçeklerin içeriği ve uygulama alanları geniştir ve genel olarak farklı popülasyonlara uygulanabilirler, ancak sonuçların duyarlılığı düşüktür. Bu tür ölçekler, özgül hasta grupları, özgül durum ya da uygulamalar için uygun değildir (10, 40, 61). NHP, SIP, QWB, MHIQ ve SF36 gibi sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ölçen ölçeklerin yalın olarak kullanımları yerine, hastalığa özgü değişkenlerin de eklenerek kullanılması, ölçümü daha değerli kılacaktır (22). Yaşam kalitesini global, genel ve hastalık/semptom/tedaviye özgü değerlendirilmesini bir araya getiren holistik bir model oluşturulmalıdır (10, 40, 61).

Şekil 5'te yaşam kalitesinin global, genel ve hastalık/semptom/tedaviye özgü değerlendirilmesini bir araya getiren holistik bir model gösterilmektedir.



Şekil 5: Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesine İlişkin Holistik Bir Model (10)

Modelin orta bölümü, farklı yaşam alanlarına odaklanırken, üst bölümü tümüyle yaşam doyumunu göstermektedir. Her alanın sınıflandırılması ve sayısı uygulanan teorik kavrama bağlı olarak değişebilir. Modelin tabanı, özgül semptom, tedavi ya da hastalıkla ilişkili daha özgül yönleri göstermektedir. Böyle bir modelin avantajı; yaşam kalitesinin hem global, hem ayrıntılı olarak, hem de özgül yönlerinin değerlendirilebilmesidir (10).

Yaşam kalitesi ölçümünde önemli diğer bir sorun da kavramın nasıl ölçülebileceği ile ilgilidir. Yaşam kalitesi ölçümünde ilk yapılması gereken yaşam kalitesi ölçümünün hangi boyutları içereceğinin belirlenmesidir. Stewart, boyut seçiminde aşağıdaki faktörlerin göz önüne alınması gerektiğini vurgulamıştır (20):

- Hastalığın belirti ve bulguları, prognozu, akut ya da kronik oluşu, yoğunluğu,
- Tedavi şekilleri, ilaçlar, girişimler,
- Araştırmanın amacı ve araştırma hipotezi.

Buna ilave olarak tek ölçeğin mi, birden fazla ölçeğin mi kullanılacağına karar verilmesi de önemli bir diğer sorundur. Genel ölçeklerin sakıncası, özel hasta grupları ve uygulamaları için duyarlılıklarının düşük olmasıdır. Hastalığa özgü olarak geliştirilen ölçeklerin sakıncası ise, karşılaştırmalı çalışmalar için uygun olmamalarıdır.

Guyatt ve ark.;

- Ölçek sağlığın fiziksel ve emosyonel yönlerini içermeli,
- Seçilecek maddeler hastalık yönünden önemli olan fonksiyonel alanları içermeli,
- Ölçek geçerli olmalı sağlık durumunun subjektif yönlerini yansıtmalı,
- İstatistiksel analizler için puanlaması uygun olmalı,
- Maliyet ve doldurma kolaylığı açısından kısa ve öz olmalı (20).

Yaşam kalitesini ölçmede kullanılan mevcut ölçekler ve bu ölçeklerin geliştirilmesinin gerekliliğini belirleyen çalışmalar göz önüne alındığında, uygun bir ölçeği seçmenin mümkün olabileceği düşünülebilir. Bununla birlikte, hangi yöntem

veya hangi ölçeğin seçileceğine ilişkin üstün bir yöntem yoktur. Bir kuramsal amaca, yanıtlayıcıların tipine ve mevcut sınırlı kaynaklara en uygun olan ölçek, diğer bir duruma uygun olmayabilir. Bununla birlikte farklı ölçekler yetenekli araştırmacılar tarafından, ölçeğin tasarlandığı tipteki uygun yanıtlayıcılara verilmesi durumunda ve ölçeğin amacına uygun yaşam kalite alanını ölçmek için kullanıldıklarında iyi sonuçlar verebilirler (40, 61).

2.2.6. Yaşam Kalitesi Ölçeklerinde Bulunması Gereken Özellikler

Herhangi bir amaçla kullanılacak bir ölçeğin doğru ve objektif bir ölçüm yapabilmesi için belli psikometrik özelliklere sahip olması gerekir. Bu özelliklerin başında geçerlilik, güvenirlik ve değişime duyarlılık gelmektedir (10, 40, 61, 70).

Geçerlilik (validity), ölçülmek istenen şeyi, başka şeylerle karıştırmadan ölçebilme yeteneğidir. Bir ölçeğin amaçlananı ölçebilme derecesini ifade etmektedir. Üç tip geçerlilikten bahsedilir:

1- *İçeriksel geçerlilik* (content validity): ölçeği oluşturan maddelerin, değerlendirimi/ölçümü yapılacak alanı kapsamlı olarak ele alması gerekir ki buna içeriksel geçerlilik denir. Ölçme aracında bulunan soruların ölçme amacına uygun olup olmadığı, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediği sorunu ile ilgili, genellikle konu ile ilgili uzman kişilerin yargı ve fikir birliği ile belirlenir.

2- *Kriterel geçerlilik* (criterion validity): ölçeğin değerlendireceği alanda “kriter” olarak kabul edilen bir “altın standart” var ise ölçeğin bu altın standart ile ne derece uyumlu olduğu test edilir. Bir ölçeğin geçerliliğini belirlemedeki ideal yöntemdir.

3- *Yapısal geçerlilik* (construct validity): ölçmenin dayandığı temel kavramların geçerliği ile, yani önceden kabul edilen neden-sonuç ilişkileri ile ilgilidir. Yapı geçerliği, ya beklenen ilişki biçimlerini doğrulama yönteminin kullanımından elde edilen sonuçlar, ya da yöntemin dayandığı kavramsal temellerden çıkarılan varsayımlardır. Geçerliliği araştırılan ölçekte yapılmak istenen, teorik olarak olması beklenen ya da beklenmeyen yapısal ilişkilerin test edilmesidir. Yapı geçerliliği ararken,

faktör analizi ve bilinen grup ile karşılaştırma tekniklerinden yararlanılır (10, 40, 61, 70).

Geçerlik, güvenilirliği gerektirir, yani bir ölçmenin geçerli sayılabilmesinin ilk koşulu, onun güvenilir olmasıdır (10, 40, 61, 70).

Güvenirlik (reliability), aynı şeyin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır, ölçülmek istenen belli bir şeyin, sürekli olarak aynı sembolleri almasıdır, ölçümün rastlantısal yanılılardan arınık olmasıdır. Bir ölçeğin yaptığı ölçümün doğruluğunu, tekrarlanabilirliğini gösterir. Bir ölçekte ölçüm hatası ne kadar az ise o ölçek o kadar güvenilirdir. Bir ölçeğin güvenilirliğinin saptanması üç yöntemle yapılmaktadır:

1- *Ardarda test etme* (test-retest reliability): hastaların klinik olarak stabil olduğu durumlarda, ölçek belli bir aralıkla ardı ardına uygulanarak iki ölçüm arasındaki uyum değerlendirilir. Zamana karşı değişmezlik ölçütü; herhangi bir şeyin benzer koşullar altında ve belli bir zaman aralığı ile ölçümleri sonucu elde edilen veri grupları arasındaki ilişki (korelasyon)dir. Zamana karşı değişmezlik çözümlemesi için genelde “Pearson’s Momentler Çarpımı Korelasyon Tekniği” kullanılır.

2- *Gözlemciler arası test etme* (inter-rater reliability): klinik değişim gösteren durumlarda ise ölçek farklı gözlemciler tarafından aynı zamanda hastaya uygulanarak gözlemcilerin ölçümleri arasındaki uyum belirlenir. Gözlemciler arasında ya da ardı ardına yapılan testlerin sonuçları ne kadar benzer ise ölçeğin güvenilirliği de o kadar yüksektir.

3- *İçsel tutarlılık* (homojenlik): bir ölçeği oluşturan maddeler arasındaki ilişkiyi, maddelerin ölçülmesi istenen kavramı ne ölçüde yansıttığını gösterir. İç tutarlılığın dayandığı temel görüş; her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek (bütünlük oluşturmak) üzere, birbirinden bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımdır. İç tutarlılık ölçütünde amaç testin homojenitesini (iç dengesi) araştırmaktır. İç tutarlılık için genellikle, “madde istatistikleri”, “madde toplam puan güvenilirlik katsayıları (Corrected Item Total Correlation)” ve “Cronbach’s Alpha Çözümlemeleri”nden yararlanılır.

Klasik istatistiksel yöntem olarak Cronbach-alfa katsayısı (α) ile belirlenir. α değeri 0 ile 1 arasında değişen bir sayı olup, bire ne kadar yakın ise ölçeğin içsel tutarlılığı da o kadar yüksektir. İçsel tutarlılığın yüksek olması ölçeğin güvenilirliğini destekler.

4- Ölçme aracının kullanıldığı farklı araştırma sonuçları arasındaki tutarlılığı değerlendirmede; mevcut çalışmanın güvenilirlik katsayısı ile daha önceki benzer gruplarla çalışılmış araştırmaların güvenilirlik katsayıları karşılaştırılır (10, 40, 61, 70).

Güvenirliği düşük olan bir ölçmenin hiçbir bilimsel değeri olmadığı gibi, güvenilirliğin yüksek olması da ölçmenin amaca uygunluğunun göstergesi değildir. O halde güvenilirlik, zorunlu fakat yeterli bir koşul değildir (10, 40, 61, 70).

Duyarlılık (responsiveness, sensitivity to chance), bir ölçeğin zaman içinde ortaya çıkan değişimleri saptayabilme yeteneğidir. Örneğin, bireyin yaşam kalitesi iyileştiği ya da kötüleştiği zaman, değişiklikler puan olarak kaydedilebilmelidir. Bir ölçeğin değişime duyarlı olması iki nedenle gereklidir:

- a- Tedavinin etkinliğinin belirlenmesi.
- b- Tedaviye cevapta kişisel farklılıkların saptanması.

Duyarlılığın test edilmesinde kullanılan iki yöntem vardır:

1- Ölçümün, değişime beklenen bir girişimin sonunda ne derece değiştiği tayin edilir. Test edilen ölçekteki değişime, durumdaki değişikliği gösterdiği kesin olan alternatif bir parametredeki değişimle karşılaştırılır.

2- Tedavi grubundaki değişimin kontrol grubundaki değişimden fazla olup olmadığının incelenmesidir.

Okunabilirlik ve anlaşılabilirlik (readability) (10, 40, 61, 70).

Ayrıca, ölçek seçiminde şu noktalar sorgulanmalıdır (71):

1. Ölçek istenen bilgiyi, veriyi içeriyor mu?
2. Geçerliliği, güvenilirliği gösterilmiş mi?
3. Değişime duyarlı mı?
4. Kullanımı, uygulanması kolay mı?

5. Ölçeğin sonuçları kolay anlaşılabilir mi?

Bazı ölçeklerde değerlendirmenin uygulayıcı tarafından yapılması gerekir. Bu durumda uygulayıcının ölçek hakkında eğitilmesi şarttır. Bazı ölçekler hastanın kendisi tarafından doldurulur. Bu tip ölçeklerin okuryazar olmayan kişilere uygulanması durumunda, ölçeğin maddeleri, sorgulamayı yapan kişi tarafından hiç yorumsuz, tarafsız bir şekilde okunarak hastadan cevap beklenmelidir, hasta sorgulama sırasında kesinlikle yönlendirilmemelidir. Mevcut ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirlikleri genellikle geliştirilmiş oldukları ve kullanıldıkları toplumlar için belirlenmiştir. Bu ölçeklerin, farklı dil ve kültüre sahip toplumlarda kullanılması durumunda, mutlaka o topluma adaptasyonlarının yapılması gerekir. Bu adaptasyon işlemi, öncelikle ölçeğin o toplumun dil ve kültür özelliklerine uygun olarak tercüme edilme prosedürünü, daha sonra da geçerlilik ve güvenilirliğinin belirlenmesini içerir (25).

Testin güvenilirliğini olumsuz yönde etkileyen pek çok faktör vardır. Bunlar;

1. Test maddelerinin (a) hatalı olması, (b) çok zor ya da çok kolay olması, (c) sayısının yetersizliği, (d) homojen (benzeşik) olmaması;
2. Yanıtlayıcı bireylerin nitelikleri; (a) denek ilk yanıtını hatırlayıp aynı yanıtı verebilir, (b) ilk görüşmede çaba harcayıp duyarlı yanıt verdiği halde, ikincide çaba harcamadan duyarsız yanıt verebilir, (c) ikinci görüşme arasında geçen zamanda fikir değiştirmiş olabilir.
3. Test uygulamasındaki hatalar.
4. Test puanlamasındaki hatalardır (10).

Araştırma amacına uygun bir ölçek bulunamadığında, genel yaşam kalitesi ölçeklerine duruma özgü sorular eklenmelidir (10).

Guyatt ve ark., klinik uygulamalarda kullanılmak üzere, soruların geliştirilmesinde bazı stratejiler önermişlerdir. Onlara göre, yaşam kalitesi ölçekleri şu özelliklere sahip olmalıdır (10, 70).

- Sağlıkla uyumlu olmalıdır, çünkü odak nokta, sağlık ile ilişkili yaşam kalitesidir.
- Stabil kişilik özellikleri ve günlük duygulanım değişiklikleri ile düşük bir korelasyon göstermelidir; ölçek, kişilik özelliklerine bağlı olarak meydana gelen stabilite ve günlük duygulanım değişikliklerine aşırı duyarlı olma arasında bir denge göstermelidir.
- Etik olarak uygun bir içeriğe sahip olmalıdır.
- Yeterli test-tekrar test güvenirliğine ve iç tutarlılığa sahip olmalıdır.
- En az ölçüm hataları içermelidir.
- Puanlardaki sınırlı dağılıma bağlı, aşırı eğimli puan dağılımı kötü bir ayırımsal güce sahip olacağı için, yeterli bir varyansa sahip olmalıdır.
- Önemli farklılıkları belirleyen değişikliklere duyarlı olmalıdır.

Ölçek geliştirilmesi ya da seçiminde düşünülmesi gereken diğer konular; ölçümün karmaşıklığı, ölçekteki yaşam kalitesi alanlarının sayısı, ağırlığı ve puanlama düzenidir (61).

Yaşam kalitesi ölçekleri kullanılan araştırmalarla, büyük grupların sağlık durumu hakkında bilgi toplamak ve sonuçlarını sağlık politikası oluşturmada kullanmak amaçlanmaktadır. Yine bu tür çalışmaların, hastaların hastanede kalma sürelerinin kısaltılması, yeni tedavilerin değerlendirilmesi ile ilgili araştırmalara öncülük etmesi de beklenmektedir (72).

2.2.7. Yanıklar, Hemşirelik ve “Yaşam Kalitesi”

Yaşam koşulları düzeldikçe ve bilim ilerledikçe, yaşam süresi de uzamaktadır. Günümüz hekim ve hemşirelerinin, hastalarına yaşamları konusunda yardımcı olabilmeleri için, hastalığın, tedavinin ya da bakımın hastayı ne derece etkilediği konusunda bilgi sahibi olmaları gerekmektedir (20).

Yanıklı hastalarda, tedavi süresince psikososyal desteğe ve rehabilitasyon problemlerinin çözümüne ihtiyaç duyulduğunda yaşam kalitesi kavramının

değerlendirilmesine karar verilmiştir (42, 65). Yanıklar, geride çok farklı fiziksel ve psikososyal özürlere bırakarak bireyin tüm hayatını etkileyebilir. Morbiditeye etkisini ve yararlanmanın sonuçlarını daha iyi anlayabilmek için, tedavi ve takip programının etkinliğini değerlendirmek için yanıklı hastaların sağlık durumlarının ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gerekliliği savunulmaktadır (60). Yaşam kalitesi, fiziksel semptomlar, fonksiyonel durum, rol/hayat tarzı aktiviteleri, sosyal fonksiyonlar, emosyonel durum, biliş, uyku ve dinlenme, enerji ve sağlık anlayışı gibi pek çok faktör içermektedir (16, 54). Bu durumda, yanık travmasından sonra hastayı değerlendirmek için, fiziksel, sosyal, emosyonel/psikolojik ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmeyi içeren değişkenlerden yararlanılmalıdır. Bu tür değerlendirme için hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçekleri kullanılmalıdır. Değerlendirme sonuçları, yanık öncesi hayat tarzı, yanığın özellikleri, tedavi adımları ve demografik faktörlerle ilişkilendirilmelidir (16).

Hemşirelik bakımı, sağlığın korunması, hastalık tedavisi, tedavi komplikasyonlarının önlenmesini içeren ikincil koruma, rehabilitasyon ve sağlığın yükseltilmesi süreçlerini kapsayan bütün hemşirelik faaliyetlerini içermektedir. Bu faaliyetler doğrultusunda hemşire hastanın yanık ile bozulan sağlığının yükseltilmesinde, yanık tedavisinde ve tedavi komplikasyonlarının önlenmesinde rol alır. Hastanın yanık ve tedavisi sonucu bozulan fiziksel, sosyal ve ruh sağlığı ancak ona çok yakından bakım veren hemşire tarafından ele alınabilir. Hemşire hastayı bütüncül olarak ele alarak mevcut sağlığı hakkında veri toplayabilir ve bu verileri değerlendirerek bakım stratejisi geliştirebilir. Ayrıca hemşire bakım verirken hastanın bozulan sağlığını değerlendirirken, yaşam kalitesini de değerlendirebilir. Hemşirelikte, yanık travması geçiren bireylerde yaşam kalitesi çalışmalarının yapılması, hastalara verilecek bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin içeriğinin saptanmasında, hastaların fonksiyonel yeteneği, esenlik ve genel sağlık anlayışını geliştirebilecek tedavi ve bakım programının seçilmesinde, tedavi ve bakım programına uyumunun artırılmasında, hastalığın olumsuz etkilerini azaltmaya ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasında yarar sağlayacaktır (8, 15, 33, 66).

Burchard ve Lewis yaşam kalitesinin alanları ve hemşirelik uygulamalarına ilişkin bir model geliştirmişlerdir. Bu modelde yaşam kalitesi alanları ve hemşirelik süreci arasındaki ilişki başlıca dört basamakta incelenmiştir (10, 11):

1. Hemşirelik süreci bağımsız değişkenleri, araştırmacı tarafından idare edilebilen hemşirelik süreci aktivitelerini içerir. Bu hemşirelik süreci uygulamaları yaşam kalitesinin spesifik bölümleri üzerinde doğrudan etkilidir.

2. Birleştirici bilişsel değişkenler, hemşirelik süreci aktivitelerinin etkisinin ortaya çıkabilmesi, istenen sonuca ulaşabilmesine yarar. Bu nedenle bilişsel değişkenlerin hemşirelik uygulamalarının yaşam kalitesi üzerinde dolaylı bir etkisi vardır.

3. Bağımlı sonuç değişkenleri, sağlık ya da hastalık ile ilgili olaylar üzerinde denetimin oluşmasıdır. Bu olumlu denetimin olması hastaların çaresizlik duygularının azalmasını sağlar. Bu modelde, idare edilebilen bağımsız değişkenler olarak adlandırılan bazı hemşirelik girişimleri hastada öz güven algılamalarını artıran bilişsel emosyonel değişiklikleri oluşturmaktadır.

4. Dış kaynaklı değişkenler, hastalık sonuçları üzerinde etkili olan ancak araştırmacı tarafından kontrol edilemeyen değişkenlerdir. Bu değişkenler, tanı ve tedavinin özellikleri ile kişisel özellikleri içermektedir (10, 53).

Padilla ve arkadaşları, hemşirelikte yaşam kalitesine ilişkin araştırma alanlarını şöyle sıralamışlardır (10, 71).

- Özgül bir hastalığa karşı hastanın fiziksel ve psikososyal yanıtını (tepkisini) tanılamak,
- Hastalık ve tedaviye yanıt olarak semptom yönetimini belirlemek,
- Hasta ve/veya ailenin tedaviye yanıtını (tepkisini) karşılaştırmak,
- Özgül rehabilitasyon uygulamalarının etkisini göstermek,
- Sağlık-hastalık sürecindeki zayıf (kolay zedelenabilir) dönemleri tanımak (40, 53, 61).

Yaşam kalitesine yönelik yapılan çalışmalarda, yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerin hastalık süresi, tedavi tipi, hastalığa özel semptomların

deneyimlenme sıklığı, hastalığa uyum ve hastalığa ilişkin verilen eğitim olduğu belirtilmektedir (22). Tüm bu çalışmalarla da; hastayı rahatlatma, yardım etme, esenlik durumunu yükseltmeye yönelik, uygun hemşirelik bakımının verilmesi hedeflenmektedir (61, 71).



III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, yanık travması geçiren hastaların yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Çalışmada, yaşam kalitesi ile yaşam kalitesini etkileyen faktörler (hastaların sosyodemografik özellikleri, yanık travması ve tedavi programı) arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışma, iki aşama şeklinde planlanmıştır ve retrospektif olarak yürütülmüştür.

Çalışmanın birinci aşamasında; Baltimore Bölgesel Yanık Merkezin' ce geliştirilen, ancak ülkemizde geçerlik ve güvenirliği sınanmamış “Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği” Türk toplumuna göre uyarlanmıştır ve geçerlik/ güvenirlik çalışması yapılmıştır.

Birinci aşama tamamlandıktan sonra ikinci aşamaya geçilmiştir. Çalışmanın ikinci aşamasında; yanıklı hastaların yaşam kaliteleri ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler; Anket Formu (Ek 1) ve geçerlik ve güvenirliği saptanan ölçek (Ek 2) kullanılarak incelenmiştir

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma, yanık tedavisi ile ilgilenen ve bünyesinde yanık ünitesi/merkezi bulunan Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Çukurova Üniversitesi Balcalı Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Numune Hastanesi Genel Cerrahi AD Başkanlığı'ndan gerekli izinler alındıktan sonra bu merkezlerde bulunan, yanık ünitelerinde/merkezinde yürütülmüştür.

3.3. ARASTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Eskişehir ili sınırları içinde yer alan Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yanık Ünitesi'ne, Ankara ili sınırları içinde yer alan Gülhane Askeri Tıp Akademisi Yanık Merkezi'ne, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yanık Ünitesi'ne, Ankara Numune Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yanık Polikliniği'ne, Adana ili sınırları içinde bulunan Çukurova Üniversitesi Balcalı Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yanık Ünitesi'ne yanık travması ile başvuran hastalar oluşturmaktadır. Hastalar, katılım onayları alındıktan sonra araştırma kapsamına alınmışlardır.

Hastane kayıtlarına göre; yukarıda belirtilen her bir merkeze yılda ortalama, hastaneye yatırılma gereği olan, 50-120 arası yanık olgusu baş vurmaktadır. Hastaneye yatırılma gereği olan hastalar:

1. Erişkinlerde yanık alanı %15'den fazla ise
2. Çocuklarda ve yaşlılarda yanık alanı %10'dan fazla ise
3. Erişkin, yaşlı ve çocuklarda tam kalınlıklı yanık alanı %2'den fazla ise
4. İnhalasyon yanığı var ise
5. Boyutu ne olursa olsun elektrik yanığı var ise
6. Yüz, baş-boyun, her iki el, her iki ayak ve perine bölgesi yanığı var ise.

3.4. ARASTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini, 01.01.2002 – 30.09.2004 tarihleri arasında Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yanık Ünitesi'ne, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Yanık Merkezi'ne, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yanık Ünitesi'ne, Çukurova Üniversitesi Balcalı Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yanık Ünitesi'ne yanık travması ile başvuran, yatarak tedavi edilen 38 ; 01.12.2003-15.02.2004 tarihleri arasında Ankara Numune Araştırma ve Uygulama Hastanesi Yanık Polikliniği'ne yanık travması ile başvuran, ayaktan tedavi edilen 50 hastadan oluşmaktadır.

Araştırmanın örneklem seçiminde tüm evren kullanılmıştır.

Çalışma sırasında, retrospektif olarak incelenen dosya kayıtlarından belirlenen hastaların tümüne ulaşılamadığından evrenin tümü kullanılamamıştır.

3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın örneklemini için iki örneklem belirlenmiştir. Birinci örneklem; “Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği” nin geçerlilik ve güvenilirliğini sınamak için oluşturulmuştur. İkinci örneklem; yanıklı hastaların yaşam kalitelerini ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Birinci örnekleme aşağıdaki özellikleri taşıyan hastalar alınmıştır. Bunlar;

1. 18 – 65 yaş arasında soruların tamamını yanıtlayabilecek yeterlilikte olan,
2. Yanık yüzdesi %1-10 arasında olan,
3. 1. derece, 2. derece ve / veya 3. derece yanığı olan,
4. Ayaktan tedavi edilen,
5. Görüşmeyi kabul eden hastalar.

İkinci örnekleme, birinci örneklem dahil aşağıdaki özellikleri taşıyan hastalar alınmıştır. Bunlar;

1. 18 – 65 yaş arasında soruların tamamını yanıtlayabilecek yeterlilikte olan,
2. Yanık yüzdesi %11-84 arasında olan,
3. 2. derece ve / veya 3. derece yanığı olan,
4. Yatarak tedavi edilen,
5. Araştırmanın yapılacağı birimlerin bulunduğu il merkezinde ikamet eden,
6. Görüşmeyi kabul eden hastalar.

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırma verilerinin toplanmasında; görüşme ve kayıt teknikleri kullanılmıştır.

Çalışmanın yapılacağı merkezlerde, örneklem grubunu oluşturan yanıklı hastaların verileri “ Yanık Deneyimi Yaşayan Bireye Yönelik Anket Formu” (EK 1), “Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği” (EK 2)’ de belirtilen formlar ile toplanmıştır.

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak, “Yanık Deneyimi Yaşayan Bireye Yönelik Anket Formu” ve yanık deneyimi yaşayan bireyin yaşam kalitesini ölçmeye yönelik olan “ Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği” kullanılmıştır.

Veri Toplama Formu 1: *Yanık Deneyimi Yaşayan Bireye Yönelik Anket Formu*; araştırma örneklemine alınan yanık deneyimi yaşayan hastaların anket formunda; hasta ile ilgili tanıtıcı bilgiler kapsamında; hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, sosyo-kültürel durumu, evde yardım alabileceği birey ve ikamet ettiği yerleşim birimi; yanık deneyimi ile ilgili bilgiler kapsamında; yanık sebebi, yanık bölgesi, yanık yüzdesi, yanık derinliği, görüşme ile yanık deneyimi arasında geçen süre, kronik bir hastalığın varlığı ve sigara- alkol kullanımı; tedavi programı ile ilgili bilgiler kapsamında; tedavi programı, hastanede kalış süresi, komplikasyon varlığı ve ameliyat sayısı; tedaviye uyum ile ilgili bilgiler kapsamında da; yanık hakkında eğitim alma durumu, yanık pansumanı, egzersiz ve beslenme ile ilgili bilgileri içeren 29 soru yer almaktadır (EK 1).

Veri Toplama Formu 2: *Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği*; hastaların yaşam kalitesini belirlemek için Baltimore Bölgesel Yanık Merkezi’nce geliştirilen Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği kullanılmıştır (EK 2).

Ölçek araştırmada kullanılmadan önce üzerinde bazı çalışmalar yapılmıştır. Bunlar;

Dil Eşdeğerliği Çalışması:

Ölçeği yanık konusuyla ilgilenen bir yüksek hemşire, bir fizyoterapist, bir diyetisyen İngilizce'den Türkçe'ye, daha sonra Anadolu Üniversitesi Yabancı Diller Fakültesi'nde görevli bir öğretim üyesi ve bir araştırma görevlisi Türkçe'den İngilizce'ye çevirmiştir. Çeviriler toplanarak her biri birbiri ile karşılaştırılmış, anlam ve ifade farkı bulunamamıştır.

İçerik Geçerlik Çalışması:

Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi'de yanık ile ilgilenen beş öğretim üyesine, Psikiyatri ve Ruh sağlığı Hemşireliği alanında görevli bir öğretim üyesine ve ölçme ve değerlendirme konusunda uzmanlaşmış iki öğretim üyesine ölçeğin kapsamı ve araştırma için uygulanabilirliği konusunda danışılmıştır. Her madde uzmanların eleştirileri göz önüne alınarak sayı, anlam ve içerik açısından incelenmiş ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra aslı ile aynı olduğu belirtilmiştir. Türkçe ölçek ile aslı, aynı madde sayısı ve düzenine sahiptir.

Türkçe Güvenirlik Çalışması:

Test- Tekrar test çalışması için, 01.12.2003 – 05.12.2003 tarihleri arasında Ankara Numune Hastanesi Yanık Polikliği'ne başvuran ve araştırmanın sınırlılıklarına uyan 11 hasta ile görüşülmüştür. Bir hafta sonra sadece 8 hastaya ulaşılmıştır ve akut yanık travması geçiren bireylerin ifadeleri doğru anlamalarına rağmen yaşam kalitelerinde değişiklik olmuştur. Bu yüzden farklı çıkan skora nedeniyle test-tekrar test güvenilirliği saptanamamıştır.

Ölçeğin iç tutarlılığı “ Cronbach’s Alpha” ve madde toplam puan korelasyon tekniklerinden yararlanılarak yapılmıştır. Bu çalışmanın kapsamına 01.12.2003 – 15.02.2004 tarihleri arasında Ankara Numune Hastanesi Yanık Polikliniği’ne başvuran ve araştırmanın sınırlılıklarına uyan 50 hasta alınmıştır. “Cronbach’s Alpha” çözümlemesi ile incelenen iç tutarlılıkta ölçeğin “Alfa” değeri 0.97’dir. Madde toplam puan güvenilirliği çözümlemesinde ölçeğin korelasyon katsayısı 0.395-0.978 arasında değişmektedir.

Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği, hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçeği olup yanık alanında geliştirilen tek ölçektir. Ölçek, yanık deneyimi yaşayan yetişkin bireylerin yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Orijinal ölçek, Hastalık Etki Profili (SIP), Günlük Hayattaki Aktivitelerin İndeksi ve Genel İyi Hali Listesi’ndeki maddeler, yanık tedavisi ile uğraşan merkezlerde çalışan sağlık personeli ve yanık deneyimi geçiren hastalar tarafından incelenerek 369 maddeden oluşturulmuştur. Daha sonraki çalışmalarda ölçek özetlenerek 80 soruya indirilmiştir. Ölçekte ayrıca yanıklı hastanın yanık deneyimi sonrasındaki çalışma durumu ile ilgili 10 soru bulunmaktadır, fakat tek seçenek seçme hakkı tanınmıştır. Ölçek dört ana başlık içermektedir: fiziksel, emosyonel, sosyal ve genel sağlık. Fiziksel sağlık ana başlığı hareket ve kendine bakım, elin fonksiyonu ve rol aktiviteleri alt başlıklarına bölünmüştür. Emosyonel sağlık ana başlığı beden imajı ve etkileme alt başlıklarına bölünmüştür. Sosyal sağlık ana başlığı ise aile ve arkadaşlar ile seksüel hayat alt başlıklarına bölünmüştür. Genel sağlık ana başlığı hiç bir alt başlık içermemektedir. Ölçek, Likert tipi ölçek olup her bir cevap için 0 (aşırı) ile 4 (hiç) arasında değerler verilmiştir. Ölçek, saptanan total skorun olası total skora bölümü şeklinde değerlendirilmiştir. Bu yüzden skarlama 0.00-1.00 arasında değer göstermektedir.

Ana Başlık	Alt Başlık	Maddeler
1. Fiziksel	Hareket ve kendine bakım	1-10
	Ellerin fonksiyonu	11-15
	Rol aktiviteleri	16-20
2. Emosyonel	Beden imajı	21-27
	Etkileme	28-50
3. Sosyal	Aile/ arkadaş	51-62
	Seks hayatı	63-65
4. Genel	-----	66-80

Tablo 3. Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeğinin Alt Başlıkları ve İçerdikleri Maddeler (54)

3.6.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Verilerin toplanması iki aşamada gerçekleştirilmiştir.

Birinci aşamada, dil eşdeğerliliği yapılmış “Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği” (EK-2) , geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek için, belirlenen örneklem grubuna (n=50) araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Uygulama ortalama olarak 20 dakika sürmüştür.

İkinci aşamada, veri toplama araçları örneklem grubuna alınan yanıklı hastaların tümüne araştırmacı gözetiminde hastalar tarafından uygulanmıştır. Ancak okur-yazar olmayan hastaların veri toplama araçları araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması ortalama 20 dakika sürmüştür.

Veri Toplama Formu 1: Araştırma süresince, araştırmanın yapılacağı merkezlere yanık travması ile başvuran hastalara ilişkin bazı özellikleri kapsayan bilgiler “Yanık Deneyimi Yaşayan Bireye Yönelik Anket Formu” ile hasta dosyalarından yararlanılarak elde edilmiştir (EK1).

Veri Toplama Formu 2: Araştırmada, çalışma kapsamına alınan yanıklı hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek için “Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği”nden yararlanılmıştır (EK2). Ölçek, hastalara akut yanık dönemini geçirdikten sonra uygulanmıştır. Hastalardan, ölçekteki her bir soru için; “oldukça fazla 0”, “fazla 1”, “orta 2”, “az 3”, “oldukça az (hiç) 4” şeklinde değerlendirme yapmaları istenmiştir. Hastaların yaşam kaliteleri ile ilgili toplam puan ortalamasının düşük olması, yaşamdan doyum alma açısından olumsuz durumun, yüksek olması olumlu durumun göstergesidir.

3.7. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bağımlı Değişkenler: Yanık deneyimi yaşayan hastaların yaşam kalitesi alanları (fiziksel, emosyonel, sosyal, genel sağlık) ve global yaşam kalitesi.

Bağımsız Değişkenler: Yaşam kalitesini etkileyebileceği düşünülen sosyodemografik değişkenler, hastalık ile ilgili değişkenler, tedavi programı ile ilgili değişkenler ve tedaviye uyum ile ilgili değişkenler.

3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma sonucunda elde edilen veriler Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı ile birlikte, SPSS 11.0 for Windows paket programı kullanılarak, değerlendirilmiştir.

Yanıklı hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılan “Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği”nin güvenilirlik çalışmasına yönelik iç tutarlılığı “Cronbach’s Alpha Çözümlemesi” ve “Madde Toplam Korelasyon Tekniği”nden yararlanılarak hesaplanmıştır.

Araştırma bulguların analizinde; sosyodemografik değişkenlerden yaş, hastalık ile ilgili değişkenlerden yanık yüzdesi ile yanık ve görüşme arasında geçen süre, tedavi programı ile ilgili değişkenlerden hastanede kalış süresi ile ameliyat sayısı

ortalama olarak; diğ er değişkenler ve tedaviye uyum ile ilgili değişkenler sayı ve yüzdelik dağılımlar olarak gösterilmiştir.

Yanıklı hastalarda, yaşam kalitesi ölçeğindeki sorulara ilişkin verilen yanıtları değerlendirebilmek için “oldukça fazla” seçeneği için 4 puan, “fazla” seçeneği için 3 puan, “orta” seçeneği için 2 puan, “az” seçeneği için 1 puan, “oldukça az (hiç)” seçeneği için 0 puan verilerek sayılaştırılan ifadeler fiziksel, emosyonel, sosyal, genel sağlık ve global yaşam kalitesi alanları olarak toplanmıştır. Elde edilen puanlar yüzdelik olarak hesaplanmıştır.

Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin incelenen değişkenler üzerine etkisini saptamak için t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.



IV. BULGULAR

4.1. YANIĞA SPESİFİK SAĞLIK ÖLÇEĞİNİN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği'nin (BSHS-A) dil eşdeğerliliği “Veri Toplama Araçları” bölümünde belirtilen ayrıntılar dahilinde gerçekleştirilmiştir.

Ölçeğin içerik geçerliği, uzman görüşü tekniğinden yararlanılarak incelenmiştir.

Ölçeğin güvenirliği, iç tutarlılık güvenirlik ölçütleri aranarak yapılmıştır. İç tutarlılığı saptamak için de “Cronbach’s Alpha Çözümlemesi” ve “Madde Toplam Korelasyon Tekniği” kullanılmıştır.

Tablo 4. Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği'nin ana başlıklarına ait alfa değerleri

	Yaşam Kalitesi Alanları				
	Fiziksel Durum	Emosyonel Durum	Sosyal Durum	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
Cronbah’s Alpha Değeri	.95	.95	.87	.89	.97

Tablo 4’te görüldüğü gibi ölçeğe ait yaşam kalitesi alanlarının alfa değerleri; fiziksel durumda ve emosyonel durumda 0.95, sosyal durumda 0.87, genel sağlık anlayışında 0.89 ve global yaşam kalitesinde 0.97 gelmiştir.

Her bir maddenin varyansıya, toplam puan varyansı arasındaki ilişkiyi ve ölçekteki her bir maddenin eşit ağırlıkta olup olmadığını saptamak için yaptığımız madde toplam puan güvenirliği çözümlemesinde ölçeğin korelasyon katsayıları 0.39-0.97 arasında değiştiği saptanmıştır.

4.2. SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER

Tablo5. Sosyodemografik değişkenler

	Sayı (n)	%
<u>Cinsiyet</u>		
Kadın	30	34.1
Erkek	58	65.9
<u>Yaş (18-63 yıl)</u>	36.17 ± 10.92	
18-30	31	35.2
31-40	28	31.8
41-50	19	21.6
51-60	9	10.2
61-65	1	1.2
<u>Medeni Durum</u>		
Evli	56	63.6
Bekar	27	30.7
Dul	5	5.7
<u>Eğitim Durumu</u>		
Okur-yazar değil	2	2.4
İlkokul	25	28.4
Ortaokul	15	17.0
Lise	20	22.7
Üniversite	23	26.1
Diğer (yüksek lisans, doktora)	3	3.4
<u>Eyde kimlerle birlikte yaşadığı</u>		
Yalnız	4	4.5
Aile	81	92.0
Arkadaş	3	3.5
<u>Mesleki Durum</u>		
Devlet memuru	25	28.4
Serbest meslek sahibi	9	10.2
İşçi	16	18.2
Ev hanımı	17	19.3
Öğrenci	5	5.7
Diğer *	16	18.2
<u>Aylık ortalama gelir durumu</u>		
249 milyon'dan az	5	4.5
250-499 milyon	30	34.1
500-749 milyon	27	30.7
750-999 milyon	11	13.6
1 milyar'dan fazla	15	17.1
<u>Sosyal Güvence</u>		
Var	75	85.2
Yok	13	14.8
<u>Yaşamın en fazla geçtiği yerleşim veri</u>		
Köy	3	3.4
İlçe	5	5.7
İl	80	90.9

* çiftçi, inşaatçı, emekli, bankacı, teknisyen, şoför, işsiz

Örneklemin %34.1'ini kadınlar (n=30), %65.9'unu erkekler (n=58) oluşturmaktadır. Örnekleme alınan hastaların çoğunluğu (%63.6) evlidir ve ailesiyle birlikte yaşamaktadır (%92.0). Örneklemin yaş ortalaması 36.17'dir ve çoğunluğunu (%35.2) 18-30 yaş grubunda olan hastalar oluşturmaktadır (Tablo V).

Araştırma kapsamına alınan hastaların büyük çoğunluğu ilkokul (%28.4) ve üniversite (%26.1) mezunudur. Hastaların %28.4'ü devlet memuru (n=25), %18.2'si işçi (n=16), %19.3'ü ev hanımıdır (n=17) ve çoğunluğun (%34.1) aylık ortalama geliri 250-499 milyon arasındadır (Tablo V).

Çalışmadaki hastaların %85.2'sinin sosyal güvencesi mevcuttur ve çoğunluk (%90.9) il merkezinde oturmaktadır (Tablo V).

4.3. HASTALIĞA İLİŞKİN DEĞİŞKENLER

Tablo 6. Hastalığa ilişkin değişkenler

	sayı (n)	%
Yanık sebebi		
Alev	25	28.4
Kaynar sıvı	32	36.4
Kimyasal madde	15	17.0
Elektrik	10	11.5
Kızgın yağ	4	4.5
Kızgın demir	1	1.1
Buhar	1	1.1
Yanan vücut bölgesi*		
Eller	42	46.6
Ayaklar	26	27.3
Yüz	26	27.3
Baş	6	4.5
Kollar	37	39.8
Bacaklar	35	37.5
Boyun	13	12.5
Göğüs	17	17.0
Perine	3	1.1
Sırt	6	4.5
Abdomen	10	9.1
Gluteus	7	5.7
Yanık yüzdesi (%1-84)	13.48±14.61	
1-10	50	56.8
11-20	23	26.1
21-30	7	8.0
31-40	3	3.4
41-50	2	2.3
51 +	3	3.4
Yanık derinliği		
1. derece	7	8.0
2. derece	49	55.6
3. derece	8	9.1
1-2. derece	3	3.4
2-3. derece	21	23.9
Yanıktan sonra geçen süre	147.27±229.20	
1-14 gün	38	43.3
15-30 gün	17	19.3
31-60 gün	5	4.5
61-120 gün	2	3.4
121-180 gün	0	0
181-240 gün	3	3.4
241-360 gün	11	12.5
361 gün +	12	13.6
Tedavi görülen primer hastalık		
DM	3	3.5
HT	3	3.5
Diğer**	4	4.4
Yok	78	88.6
Sigara		
Kullanıyor	37	42.0
Kullanmıyor	51	58.0
Alkol		
Kullanıyor	12	13.6
Kullanmıyor	76	86.4

* birden fazla yanıt verildiği için "n" katlanmıştır

** C-5 komp. eksikliği, epilepsi, HPL, guatr

Çalışmaya katılan hastaların büyük bir çoğunluğu (%36.4) kaynar sıvı ile haşlanmaya maruz kalarak yanık travmasına uğramışlardır. Bu çoğunluğu %28.4

oraniyla alevle yaralananlar takip etmektedir. Çalışma süresince yanık travmasına maruz kalan hastalarda en çok eller (n=42), kollar (n=37), bacaklar (n=35), ayaklar (n=26) ve yüz (n=26) zarar görmüştür (Tablo VI).

Hastaların ortalama yanık yüzdesi 13.48'dir ve hastalarda en çok (%55.6) 2.derece yanık meydana gelmiştir (Tablo VI).

Çalışmadaki hastaların çoğunluğunda (%88.6) tedavi görülen primer bir hastalık bulunmamaktadır. Hastaların 37'si sigara ve 12'si alkol kullanmaktadır (Tablo VI).

4.4. TEDAVİ PROGRAMI İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Tablo 7. Tedavi programına ilişkin değişkenler

	sayı (n)	%
<u>Tedavi Programı</u>		
Ayaktan	50	56.8
Yatarak	38	43.2
<u>Hastanede kalış süresi (3-65 gün)*</u>	24.63±17.26	
1-7 gün	5	13.4
8-14 gün	9	23.6
15-21 gün	6	15.7
22-28 gün	4	10.5
29 gün +	14	36.8
<u>Komplikasyon*</u>		
Gelişti	6	15.8
Gelişmedi	32	84.2
<u>Ameliyat (0-33kez)*</u>	1.65±5.29	
0 kez	18	47.4
1 kez	9	23.7
2 kez +	11	28.9

* sadece "yatarak" şikkını seçenler cevap vermişlerdir

Araştırmadaki hastaların %56.8'i ayaktan, %43.2'si bir yanık ünitesinde/ merkezinde yatarak tedavi edilmiştir. Yatarak tedavi edilenlerin ortalama hastanede

kalış süreleri 24.63 gündür ve hastanede kaldıkları sürece ortalama 1.65 kez ameliyat olmuşlardır. Hastaların çoğunluğunda (%84.2) herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir (Tablo VII).

4.5. TEDAVİYE UYUM İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

Tablo 8. Hastaların yanık konusunda eğitim alma durumlarına göre dağılımı

	sayı (n)	%
<u>Eğitim alma durumu</u>		
Evet	40	44.3
Hayır	48	55.7
<u>Eğitim alınan kişi*[!]</u>		
Hemşire	19	21.6
Doktor	17	19.3
Diğer (akraba, arkadaş, fizyoterapist, diyetisyen)	6	6.8
<u>Eğitim konusu*[!]</u>		
Yanık pansumanı	25	28.4
Beslenme	25	28.4
Egzersiz	15	17.0

* birden fazla yanıt verildiği için “n” katlanmıştır.

! sadece “evet” şikkını seçenler cevap vermişlerdir

Hastaların 40’ı yanık konusunda eğitim almıştır, 48’i ise eğitim almamışlardır. Yanık konusunda en çok bilgi veren %21.6 oranıyla hemşiredir ve en çok bilgi yanık pansumanı ve beslenme hakkında verilmiştir (Tablo VIII).

Tablo 9. Hastaların tedavi öğelerine uyma durumlarına göre dağılımı

	sayı (n)	%
Yanık pansumanı programına uyma durumu		
Hemen hemen her zaman	20	22.7
Bazen	2	2.3
Hiçbir zaman	1	1.1
Hastanede yapılıyor/yapıldı	65	73.9
Egzersiz programına uyma durumu		
Hemen hemen her zaman	24	27.3
Bazen	3	3.4
Hiçbir zaman	2	2.3
Gerek duyulmadı	59	67.0
Beslenme programına uyma durumu		
Hemen hemen her zaman	61	69.3
Bazen	21	23.9
Hiçbir zaman	6	6.8

Çalışma kapsamındaki hastalar, yanık pansumanını büyük bir oranda (%73.9) hastanede yaptırmıştır. Büyük bir çoğunluğa (%67.0) egzersiz önerilmemiştir. Hastaların büyük bir çoğunluğu (%69.3) beslenmelerine dikkat etmektedir (Tablo IX).

4.6. SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER VE YAŞAM KALİTESİ

Tablo 10. Hastaların cinsiyete göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı

yaşam kalitesi alt grupları	CİNSİYET			
	erkek (n=58)	kadın (n=30)		
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	t	p
FİZİKSEL ALAN				
Hareket ve kendine bakım	0.79±0.27	0.77±0.30	0.38	0.70
Elin fonksiyonu	0.81±0.32	0.87±0.25	0.94	0.34
Rol aktiviteleri	0.76±0.27	0.75±0.27	0.10	0.91
EMOSYONEL ALAN				
Beden imajı	0.81±0.25	0.78±0.23	0.61	0.54
Etkileme	0.84±0.19	0.81±0.17	0.69	0.48
SOSYAL ALAN				
Aile/arkadaş	0.89±0.12	0.91±0.12	0.44	0.70
Cinsel aktivite	0.90±0.21	0.93±0.16	0.46	0.75
Genel Sağlık Anlayışı	0.80±0.21	0.79±0.18	0.38	0.70
Global Yaşam Kalitesi	0.83±0.17	0.82±0.15	0.31	0.75

Erkek hastaların, fiziksel alandan elin fonksiyonu ve sosyal alan dışında, emosyonel alan, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar, kadın hastalara göre daha yüksektir. Cinsiyet ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki t testi ile incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo X).

Tablo 11. Hastaların yaşa göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı

		YAŞAM KALİTESİ ALT GRUPLARI								
		FİZİKSEL DURUM			EMOSYONEL DURUM		SOSYAL DURUM		GENEL SAĞLIK ANLAYIŞI	GLOBAL YAŞAM KALİTESİ
		Hareket ve Kendine Bakım	Elin Fonksiyonu	Rol Aktiviteleri	Beden İmajı	Etkileme	Aile/ arkadaş ilişkisi	Cinsel Hayat		
yaş	n	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	
18-30	31	0.82±0.24	0.76±0.31	0.80±0.28	0.81±0.24	0.83±0.20	0.88±0.14	0.88±0.21	0.79±0.19	0.82±0.16
31-40	28	0.79±0.28	0.90±0.26	0.77±0.26	0.76±0.25	0.82±0.28	0.90±0.09	0.93±0.20	0.76±0.23	0.82±0.15
41-50	19	0.73±0.33	0.78±0.36	0.70±0.31	0.82±0.24	0.87±0.14	0.94±0.10	0.93±0.16	0.84±0.15	0.84±0.17
51-60	9	0.76±0.26	0.94±0.09	0.70±0.19	0.84±0.24	0.81±0.24	0.88±0.17	0.91±0.25	0.77±0.23	0.82±0.17
61-65*	1									
F		0.34	1.30	0.54	0.37	0.37	0.71	0.29	0.54	0.12
p		0.85	0.27	0.70	0.82	0.82	0.58	0.88	0.70	0.97

* n < 5 olduğu için istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır

Tablo 11’de yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanlar üzerinde yaşın etkisi araştırılmıştır. 18-30 yaş grubundaki hastalar en yüksek ortalama puanları hareket ve kendine bakım ile rol aktiviteleri alanında almışken, en düşük ortalama puanları elin fonksiyonu, aile/arkadaş ilişkisi, cinsel hayat ve global yaşam kalitesi alanlarından almışlardır. Yaş grupları arasındaki istatistiksel çalışma ANOVA ile yapılmıştır ve istatistiksel fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 12. Hastaların medeni durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı

medeni durum	n	Yaşam Kalitesi Alanları				
		Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
evli	56	0.78±0.25	0.83±0.19	0.91±0.12	0.79±0.22	0.82±0.17
bekar	27	0.81±0.26	0.83±0.19	0.88±0.14	0.80±0.18	0.83±0.15
dul	5	0.76±0.16	0.77±0.13	0.93±0.05	0.81±0.08	0.81±0.07
F		0.11	0.21	0.68	0.03	0.03
p		0.89	0.81	0.50	0.96	0.96

Tablo 12’de hastaların yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, bekar hastalar sosyal durum ve genel sağlık anlayışı dışında, fiziksel durum, emosyonel durum ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının daha yüksek olduğu; dul hastalarda ise sosyal durum ve genel sağlık anlayışı dışında, fiziksel durum, emosyonel durum ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının daha düşük olduğu gözlenmektedir. Ancak medeni duruma göre, grupların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları fark ANOVA testi ile incelendiğinde istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 13. Hastaların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı

eğitim durumu	n	Yaşam Kalitesi Alanları				
		Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
ok.-yaz.değil [!]	2					
ilkokul	25	0.76±0.25	0.76±0.22	0.85±0.17	0.73±0.25	0.77±0.17
ortaokul	15	0.72±0.35	0.87±0.17	0.92±0.12	0.78±0.22	0.83±0.19
lise	20	0.77±0.25	0.85±0.17	0.93±0.09	0.83±0.17	0.84±0.16
üniversite	23	0.85±0.16	0.83±0.18	0.92±0.10	0.83±0.15	0.85±0.13
diğer * [!]	3					
F		0.72	0.86	0.88	0.68	0.66
p		0.63	0.52	0.51	0.66	0.68

* yüksek lisans ve doktora

! n < 5 olduğu için istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır

Tablo 13'te araştırmaya katılan hastaların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımına bakıldığında, ilkokul mezunlarının fiziksel durum dışında diğer tüm yaşam kalitesi alanlarından en düşük ortalama puanları aldıkları görülmektedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 14. Hastaların mesleki durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı

mesleki durumu	n	Yaşam Kalitesi Alanları				
		Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
dev.memuru	25	0.88±0.03	0.89±0.11	0.94±0.06	0.87±0.12	0.89±0.09
ser.mes.sah.	9	0.67±0.34	0.83±0.19	0.80±0.17	0.71±0.21	0.76±0.18
işçi	16	0.80±0.22	0.79±0.24	0.87±0.25	0.77±0.22	0.80±0.17
ev hanımı	17	0.75±0.27	0.80±0.19	0.91±0.13	0.76±0.21	0.80±0.17
öğrenci	5	0.72±0.32	0.77±0.13	0.88±0.11	0.70±0.17	0.76±0.13
diğer *	16	0.75±0.25	0.80±0.24	0.92±0.13	0.79±0.25	0.81±0.19
F		1.27	0.90	1.82	1.35	1.49
p		0.28	0.48	0.11	0.25	0.20

* çiftçi, inşaatçı, emekli, bankacı, teknisyen, şoför, işsiz

Tablo 14'te görüldüğü gibi, mesleki durum ile yaşam kalitesi ilişkisi ANOVA testi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 15. Hastaların evde birlikte yaşadığı bireye göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı

evde birlikte yaşadığı birey	n	Yaşam Kalitesi Alanları				
		Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
yalnız+arkadaş	7	0.86±0.25	0.78±0.14	0.92±0.08	0.84±0.13	0.84±0.12
aile	81	0.78±0.25	0.83±0.19	0.84±0.13	0.79±0.20	0.82±0.16
t		0.75	0.61	0.31	0.61	0.21
p		0.45	0.54	0.75	0.54	0.83

Tablo 15'te de görüldüğü gibi ailesiyle birlikte oturan yanıklı hasta, emosyonel durum dışında, fiziksel durum, sosyal durum, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarından düşük ortalama puan almışlardır. Gruplar arasındaki istatistiksel değerlendirme t testi ile yapılmıştır ve istatistiksel fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 16. Hastaların aylık ortalama gelir durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı

aylık ortalama gelir	n	Yaşam Kalitesi Alanları				
		Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
249 milyon'dan↓	5	0.92±0.03	0.60±0.29	0.72±0.21	0.55±0.32	0.69±0.20
250-499 milyon	30	0.75±0.28	0.80±0.19	0.89±0.15	0.77±0.20	0.80±0.16
500-749 milyon	27	0.73±0.25	0.84±0.19	0.92±0.09	0.80±0.21	0.82±0.17
750-999 milyon	11	0.90±0.15	0.90±0.14	0.94±0.11	0.90±0.12	0.90±0.13
1 milyar'dan ↑	15	0.84±0.24	0.85±0.14	0.92±0.09	0.80±0.15	0.85±0.14
F		1.64	2.15	2.63	2.44	1.75
p		0.17	0.08	0.04	0.05	0.14

Tablo 16'da, çalışma kapsamındaki gelir düzeyi en düşük olan hastaların, fiziksel durum dışında diğer tüm yaşam kalitesi alanlarından düşük ortalama puanlar aldıkları görülmektedir. ANOVA testi ile incelenen gruplar arasındaki istatistiksel fark, sosyal durum ve genel sağlık anlayışı alanlarında anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 17. Hastaların sosyal güvence durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı

sosyal güvence	n	Yaşam Kalitesi Alanları				
		Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
var	75	0.79±0.25	0.83±0.18	0.90±0.13	0.80±0.20	0.83±0.16
yok	13	0.77±0.25	0.79±0.24	0.90±0.11	0.77±0.19	0.80±0.17
t		0.32	0.65	0.03	0.33	0.48
p		0.74	0.51	0.97	0.73	0.62

Tablo 17’de sosyal güvence durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, sosyal güvencesi olanların yaşam kalitesi alanlarından yüksek ortalama puan aldıkları görülmektedir. Gruplar arasındaki istatistiksel çalışma t testi ile yapılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 18. Hastaların yaşamlarını en fazla geçirdikleri yerleşim birimine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı

yerleşim birimi	n	Yaşam Kalitesi Alanları				
		Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
köy+ilçe	8	0.62±0.35	0.81±0.22	0.80±0.20	0.72±0.24	0.74±0.17
il	80	0.80±0.23	0.83±0.19	0.91±0.11	0.80±0.19	0.83±0.16
t		1.95	0.25	2.34	1.11	1.46
p		0.05	0.80	0.02	0.27	0.14

İlde yaşayanların, tüm yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların, köyde veya ilçede yaşayanların aldıkları ortalama puanlara göre daha yüksek bulunmuştur. İki grup arasındaki istatistiksel fark fiziksel durum ile sosyal durum alanlarında anlamlı bulunmuştur. Gruplar arasındaki istatistiksel çözümleme t testi ile yapılmıştır ($p<0.05$) (Tablo VIII).

4.7. HASTALIĞA İLİŞKİN DEĞİŞKENLER ve YAŞAM KALİTESİ

Tablo19. Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların yanık sebebine göre dağılımı

yanık sebebi	n	Yaşam Kalitesi Alanları				
		Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
alev	25	0.84±0.21	0.80±0.19	0.89±0.13	0.77±0.22	0.82±0.16
kaynar su	32	0.79±0.25	0.82±0.19	0.92±0.12	0.81±0.20	0.83±0.16
kim.madde	15	0.77±0.24	0.87±0.15	0.91±0.10	0.80±0.16	0.84±0.14
elektrik	10	0.65±0.36	0.78±0.26	0.79±0.16	0.75±0.25	0.74±0.21
diğer*	6	0.82±0.12	0.91±0.09	0.97±0.04	0.84±0.12	0.88±0.08
F		1.05	0.76	2.70	0.38	0.91
p		0.38	0.55	0.03	0.81	0.45

* kızgın yağ, kızgın demir, buhar

Tablo 19’da görüldüğü gibi elektrik çarpması sonucu travmaya uğrayan hastalar, tüm yaşam kalitesi alanlarından en düşük ortalama puanları almışlardır. Gruplar arasındaki istatistiksel farka bakıldığında sosyal durum alanında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 20. Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların yanık yüzdesine göre dağılımı

Yanık Yüzde n	YAŞAM KALİTESİ ALT GRUPLARI								
	FİZİKSEL DURUM			EMOSYONEL DURUM		SOSYAL DURUM		GENEL SAĞLIK ANLAYIŞI $\bar{x} \pm sd$	GLOBAL YAŞAM KALİTESİ $\bar{x} \pm sd$
	Hareket ve Kendine Bakım $\bar{x} \pm sd$	Elin Fonksiyonu $\bar{x} \pm sd$	Rol Aktiviteleri $\bar{x} \pm sd$	Beden İmajı $\bar{x} \pm sd$	Etkileme $\bar{x} \pm sd$	Aile/ arkadaş ilişkisi $\bar{x} \pm sd$	Cinsel Hayat $\bar{x} \pm sd$		
1-10 50	0.73±0.29	0.82±0.31	0.71±0.26	0.82±0.21	0.84±0.16	0.93±0.10	0.97±0.11	0.80±0.17	0.83±0.14
11-20 23	0.84±0.26	0.85±0.24	0.80±0.28	0.77±0.28	0.81±0.22	0.87±0.13	0.91±0.17	0.79±0.22	0.82±0.18
21-30 7	0.82±0.32	0.85±0.37	0.80±0.36	0.86±0.25	0.86±0.13	0.83±0.13	0.76±0.30	0.73±0.32	0.82±0.20
31+ 8	0.90±0.15	0.81±0.31	0.87±0.14	0.74±0.30	0.80±0.24	0.84±0.14	0.71±0.31	0.79±0.22	0.81±0.18
F	1.35	0.07	1.18	0.46	0.24	3.14	5.98	0.21	0.01
p	0.26	0.97	0.32	0.71	0.86	0.02	0.001	0.88	0.99

Örnekleme alınan hastaların yanık yüzdeleri arttıkça cinsel hayat ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlarda düşüş; rol aktiviteleri alanlarında yükseliş gözlenmektedir. Gruplar arasındaki istatistiksel fark aile/arkadaş

ilişkisi alanında anlamlı ($p<0.05$), cinsel hayat alanında çok anlamlı ($p<0.01$) bulunmuştur (Tablo XX).

Tablo 21. Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların yanık derinliğine göre dağılımı

Yanık Derinliği		YAŞAM KALİTESİ ALT GRUPLARI								
		FİZİKSEL DURUM			EMOSYONEL DURUM		SOSYAL DURUM		GENEL SAĞLIK ANLAYIŞI	GLOBAL YAŞAM KALİTESİ
		Hareket ve Kendine Bakım	Elin Fonksiyonu	Rol Aktiviteleri	Beden İmajı	Etkileme	Aile/ arkadaş İlişkisi	Cinsel Hayat		
		$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$
1. der	7	0.91±0.15	0.89±0.26	0.87±0.13	0.91±0.14	0.96±0.05	0.97±0.04	1.00±0.00	0.92±0.05	0.94±0.06
2. der	49	0.80±0.27	0.90±0.23	0.78±0.23	0.85±0.19	0.85±0.16	0.93±0.10	0.97±0.11	0.82±0.17	0.85±0.14
3. der	8	0.75±0.26	0.83±0.31	0.87±0.15	0.46±0.32	0.66±0.27	0.79±0.14	0.59±0.38	0.56±0.32	0.67±0.20
1-2.der*	3									
2-3. der	21	0.71±0.34	0.64±0.38	0.61±0.37	0.75±0.25	0.80±0.19	0.83±0.14	0.86±0.19	0.76±0.18	0.76±0.17
F		0.82	3.15	2.28	6.81	6.31	3.64	9.63	4.35	4.67
p		0.51	0.01	0.06	0.000	0.000	0.009	0.000	0.003	0.002

* n<5 olduğu için istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 21’de yanık derinliği ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde, 3. derece yanığı olanların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların, fiziksel alan dışında düştüğü gözlenmektedir. Gruplar arasındaki istatistiksel fark elin fonksiyonu, aile/arkadaş ilişkisi, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarında çok anlamlı ($p<0.01$), emosyonel durum ve cinsel hayat alanında ileri derecede anlamlı ($p<0.001$) bulunmuştur.

Tablo 22. Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların yanıktan sonra geçen süreye göre dağılımı

Yanıktan sonra geçen süre(gün) n	Yaşam Kalitesi Alanları				
	Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
1-14 gün 38	0.72±0.26	0.80±0.20	0.94±0.08	0.77±0.20	0.80±0.17
15-30 gün 17	0.70±0.30	0.75±0.21	0.77±0.19	0.69±0.24	0.73±0.16
31-60 gün 5	0.74±0.16	0.80±0.26	0.91±0.11	0.71±0.24	0.79±0.19
61-240 gün 5	0.88±0.14	0.79±0.08	0.88±0.11	0.76±0.17	0.82±0.11
241- 360 gün 11	0.97±0.03	0.96±0.05	0.95±0.04	0.92±0.08	0.95±0.03
361 gün + 12	0.96±0.05	0.91±0.11	0.93±0.06	0.93±0.09	0.93±0.07
F	4.13	2.39	5.73	3.49	4.50
p	0.002	0.04	0.000	0.006	0.001

Görüşme ile yanık travması arasında geçen sürenin yaşam kalitesi üzerine etkisine bakıldığında, fiziksel durum, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi ile arasındaki istatistiksel fark çok anlamlı ($p<0.01$); emosyonel durum ile arasındaki istatistiksel fark anlamlı ($p<0.05$); sosyal durum ile arasındaki istatistiksel fark ileri derecede anlamlı ($p<0.001$) bulunmuştur (Tablo XXII).

Tablo 23. Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların tedavi görülen primer hastalığın varlık durumuna göre dağılımı

Primer hastalık n	Yaşam Kalitesi Alanları				
	Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
var 10	0.60±0.33	0.71±0.25	0.88±0.17	0.68±0.25	0.71±0.21
yok 78	0.81±0.23	0.84±0.18	0.90±0.12	0.81±0.19	0.84±0.15
t	2.55	1.97	0.51	1.90	2.39
p	0.01	0.05	0.61	0.06	0.02

Tedavi görülen bir hastalığı olan hastalar olmayanlara göre yaşam kalitesinin tüm alanlarından düşük ortalama puan almışlardır. Ayrıca iki grup arasındaki istatistiksel fark t testi ile incelendiğinde fiziksel durum, emosyonel durum ve global yaşam kalitesi alanlarında anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo XXIII).

Tablo 24. Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların sigara kullanma durumuna göre dağılımı

	n	Yaşam Kalitesi Alanları				
		Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
sigara						
kullanıyor	37	0.78±0.24	0.84±0.17	0.91±0.12	0.80±0.21	0.83±0.15
kullanmıyor	51	0.79±0.25	0.81±0.20	0.89±0.13	0.78±0.20	0.82±0.16
t		0.17	0.69	0.61	0.42	0.42
p		0.85	0.48	0.54	0.67	0.67

Tablo 24'te araştırmaya katılan hastaların sigara kullanma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımına bakıldığında, sigara kullananların fiziksel durum dışında, emosyonel durum, sosyal durum, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesinde kullanmayanlara göre yüksek puan aldıkları görülmektedir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 25. Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların alkol kullanma durumuna göre dağılımı

	n	Yaşam Kalitesi Alanları				
		Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
alkol						
kullanıyor	12	0.70±0.30	0.75±0.22	0.87±0.16	0.69±0.25	0.75±0.17
kullanmıyor	76	0.80±0.24	0.84±0.18	0.91±0.12	0.81±0.19	0.84±0.15
t		1.34	1.51	1.02	1.90	1.79
p		0.18	0.13	0.30	0.06	0.07

Tablo 25'te görüldüğü gibi, alkol kullanan hastaların, alkol kullanmayanlara göre yaşam kaliteleri düşük saptanmıştır. Alkol kullanma durumu ile yaşam kalitesi ilişkisi t testi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.8. TEDAVİ PROGRAMI İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER ve YAŞAM KALİTESİ

Tablo 26. Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların tedavi programına göre dağılımı

yaşam kalitesi alt grupları	Tedavi Programı			
	ayaktan (n=50)	yatarak (n=38)		
	$\bar{x} \pm sd$	$\bar{x} \pm sd$	t	p
FİZİKSEL ALAN				
Hareket ve kendine bakım	0.73±0.29	0.85±0.25	1.92	0.05
Elin fonksiyonu	0.82±0.31	0.84±0.27	0.33	0.73
Rol aktiviteleri	0.71±0.26	0.82±0.27	1.82	0.07
EMOSYONEL ALAN				
Beden imajı	0.81±0.21	0.78±0.27	0.59	0.55
Etkileme	0.84±0.16	0.82±0.21	0.56	0.57
SOSYAL ALAN				
Aile/arkadaş	0.93±0.10	0.86±0.14	2.97	0.04
Cinsel aktivite	0.97±0.11	0.84±0.26	2.96	0.04
Genel Sağlık Anlayışı	0.80±0.17	0.78±0.23	0.44	0.20
Global Yaşam Kalitesi	0.83±0.14	0.82±0.18	0.20	0.84

Ayaktan tedavi edilen hastalar, yatarak tedavi edilen hastalara göre fiziksel alan dışında, diğer tüm alanlarda yüksek ortalama puanları almışlardır. Hareket ve kendine bakım, aile/arkadaş ilişkisi ve cinsel aktivite alanlarında gruplar arası fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo XXVI).

Tablo 27. Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların hastanede kalış süresine göre dağılımı

		Yaşam Kalitesi Alanları				
		Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
Hastanede kalış süresi	n					
1-7 gün	5	0.83±0.15	0.69±0.32	0.90±0.10	0.73±0.30	0.77±0.21
8-14 gün	9	0.74±0.34	0.80±0.19	0.81±0.17	0.72±0.27	0.77±0.20
15-21 gün	6	0.82±0.36	0.78±0.26	0.78±0.20	0.73±0.27	0.78±0.20
22-28 gün*	4					
29 gün +	14	0.90±0.12	0.98±0.18	0.89±0.09	0.85±0.20	0.88±0.14
F		0.61	0.73	1.03	0.54	0.70
p		0.65	0.53	0.40	0.70	0.59

* n<5 olduğu için istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 27’de yaşam kalitesi ve hastanede kalış süresi ile ilişkisine bakıldığında; hastanede 29 günden fazla kalan hastalar diğer gruplardaki hastalara göre, sosyal durum dışında, diğer tüm yaşam kalitesi alanlarında yüksek ortalama puan aldıkları görülmektedir. ANOVA ile yapılan istatistiksel çözümleme sonucuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 28. Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların ameliyat sayısına göre dağılımı

		Yaşam Kalitesi Alanları				
		Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
Ameliyat sayısı	n					
0 kez	18	0.89±0.14	0.83±0.23	0.90±0.13	0.82±0.24	0.85±0.18
1 kez	9	0.76±0.33	0.71±0.25	0.76±0.13	0.70±0.27	0.73±0.19
2 kez +	11	0.82±0.28	0.87±0.13	0.85±0.15	0.79±0.20	0.84±0.16
F		0.85	1.46	2.56	0.72	1.49
p		0.43	0.24	0.09	0.49	0.23

Araştırma kapsamındaki hastalardan ameliyat olmayanlar, olanlara göre emosyonel durum dışında, diğer tüm yaşam kalitesi alanlarından en yüksek ortalama puanları almışlardır. Ameliyat sayısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo XXVIII).

Tablo 29. Hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların komplikasyon gelişme durumuna göre dağılımı

		Yaşam Kalitesi Alanları				
		Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
Komplikasyon	n					
gelişti	6	0.94±0.07	0.74±0.29	0.78±0.19	0.69±0.33	0.79±0.21
gelişmedi	32	0.82±0.25	0.82±0.20	0.87±0.13	0.80±0.21	0.83±0.18
t		1.10	0.85	1.28	1.05	0.47
p		0.27	0.39	0.20	0.29	0.64

Tablo 29’da komplikasyon gelişme durumu ile yaşam kalitesi alanları arasındaki ilişki t testi ile incelenmiştir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 30. Hastaların cinsiyete ve tedavi programına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı

cinsiyet	tedavi programı	n	%	yaşam kalitesi alanları				
				Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
kadın	ayaktan yatarak t p	21	70	0.72±0.27	0.77±0.18	0.90±0.14	0.73±0.18	0.78±0.15
		9	30	0.96±0.05	0.88±0.12	0.93±0.08	0.89±0.10	0.91±0.08
				2.63	1.58	0.64	2.38	2.48
				0.01	0.12	0.52	0.02	0.01
erkek	ayaktan yatarak t p	29	50	0.77±0.24	0.78±0.14	0.97±0.04	0.85±0.14	0.86±0.13
		29	50	0.80±0.26	0.79±0.24	0.83±0.15	0.75±0.25	0.79±0.19
				0.41	1.80	4.61	1.87	1.66
				0.67	0.07	0.000	0.06	0.10

Araştırmaya katılan kadınların %70'i ayaktan tedavi edilmiştir. Ayaktan tedavi edilen kadın hastalar, yatarak tedavi edilen kadın hastalara göre daha düşük ortalama puanlar almışlardır. Ayaktan tedavi edilen kadınlar yatarak tedavi edilenlere göre fiziksel durum alanı, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo XXX).

Araştırmaya katılan erkeklerin %50'si yatarak tedavi edilmiştir. Ayaktan ve yatarak tedavi edilen erkek hastalar en yüksek ortalama puanları sosyal durum alanında almışlardır. Bu iki grupta sosyal durum alanı ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo XXX).

Tablo 31. Hastaların yanık derecesi ve tedavi programına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı

yanık derecesi	tedavi program	n	%	yaşam kalitesi alanları				
				Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
2. derece	ayaktan	36	73	0.76 $\pm$ 0.12	0.82 $\pm$ 0.18	0.93 $\pm$ 0.11	0.79 $\pm$ 0.18	0.82 $\pm$ 0.14
	yatarak	13	27	0.98 $\pm$ 0.03	0.93 $\pm$ 0.07	0.96 $\pm$ 0.04	0.91 $\pm$ 0.11	0.94 $\pm$ 0.06
	t			3.35	2.13	0.82	2.13	2.87
	p			0.002	0.03	0.41	0.03	0.006
2.-3.derece	ayaktan	5	23	0.43 $\pm$ 0.35	0.74 $\pm$ 0.12	0.91 $\pm$ 0.07	0.66 $\pm$ 0.06	0.68 $\pm$ 0.12
	yatarak	16	77	0.74 $\pm$ 0.32	0.80 $\pm$ 0.20	0.81 $\pm$ 0.15	0.79 $\pm$ 0.19	0.79 $\pm$ 0.18
	t			1.82	0.66	1.32	1.42	1.23
	p			0.08	0.51	0.20	0.17	0.23

Tablo 31’de görüldüğü gibi hastaların yanık derecesi ve tedavi programına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı yer almaktadır. 2.-3. derece yanığı olanların çoğu (%77) yatarak tedavi edilmişlerdir. 2.-3. derece yanığı olanlarda yaşam kalitesi ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yine aynı tabloda görüldüğü gibi 2. derece yanığı olanların çoğu (%73) ayaktan tedavi edilmişlerdir. Yatarak tedavi edilen 2. derece yanığı olan hastalar yüksek değerlerde (0.98 $\pm$ 0.03) yaşam kalitesi ortalama puanları almışlardır. Her iki grup arasındaki istatistiksel fark fiziksel durum ve global yaşam kalitesi alanında çok anlamlı ($p<0.01$), emosyonel durum ve genel sağlık anlayışı alanında anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur

4.9. TEDAVİYE UYUM İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER ve YAŞAM KALİTESİ

Tablo 32. Hastaların yanığa ilişkin eğitim alma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı

eğitim alma durumu	n	Yaşam Kalitesi Alanları				
		Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
evet	40	0.76±0.28	0.80±0.19	0.90±0.12	0.78±0.19	0.81±0.16
hayır	48	0.81±0.22	0.84±0.18	0.90±0.13	0.80±0.21	0.84±0.15
t		0.96	0.95	0.26	0.56	0.96
p		0.33	0.34	0.79	0.57	0.33

Tablo 32’de eğitim alıp almama durumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi t testi ile incelenmiştir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 33. Hastaların eğitim alma durumu ve tedavi programına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı

eğitim	tedavi programı	n	%	yaşam kalitesi alanları				
				Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
alan	ayaktan	16	40	0.62±0.28	0.76±0.18	0.91±0.14	0.70±0.17	0.74±0.15
	yatarak	24	60	0.85±0.24	0.84±0.20	0.89±0.11	0.83±0.19	0.85±0.16
	t			2.68	1.22	0.44	2.07	2.00
	p			0.01	0.22	0.65	0.04	0.05
almayan	ayaktan	34	70	0.81±0.21	0.87±0.15	0.95±0.06	0.85±0.15	0.87±0.12
	yatarak	14	30	0.82±0.25	0.77±0.24	0.80±0.17	0.71±0.29	0.78±0.20
	t			0.12	1.75	4.51	2.20	1.91
	p			0.90	0.08	0.000	0.03	0.06

Eğitim verilen ve yatarak tedavi edilen hastalar sosyal durum dışında, fiziksel durum, emosyonel durum, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarında yüksek ortalama puan almışlardır. Fiziksel durum, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarında sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur

($p<0.05$). Eğitim almayan grupta, gruplar arasındaki istatistiksel sonuç t testine göre genel sağlık anlayışı alanında anlamlı ($p<0.05$), sosyal durum alanında ileri derecede anlamlı ($p<0.001$) bulunmuştur (Tablo XXXIII).

Tablo 34. Hastaların pansuman, beslenme ve egzersiz programlarına uyma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı

pansuman prog. uyma durumu	n	Yaşam Kalitesi Alanları				
		Fiziksel Durum $\bar{x} \pm sd$	Emosyonel Durum $\bar{x} \pm sd$	Sosyal Durum $\bar{x} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı $\bar{x} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi $\bar{x} \pm sd$
Hemen hemen her zaman	20	0.83±0.18	0.81±0.20	0.90±0.14	0.77±0.19	0.83±0.15
Bazen*	2					
Hiçbir zaman*	1					
Hastanede yapılıyor/yapıldı	65	0.77±0.27	0.83±0.19	0.90±0.12	0.80±0.20	0.82±0.16
F		0.42	0.34	0.25	0.39	0.30
p		0.73	0.79	0.85	0.76	0.82
beslenme prog. uyma durumu						
Hemen hemen her zaman	61	0.79±0.25	0.83±0.19	0.90±0.13	0.80±0.21	0.82±0.16
Bazen	21	0.78±0.23	0.84±0.18	0.93±0.09	0.79±0.18	0.83±0.15
Hiçbir zaman	6	0.81±0.28	0.75±0.24	0.87±0.17	0.76±0.20	0.79±0.16
F		0.01	0.45	0.67	0.06	0.15
p		0.98	0.63	0.51	0.93	0.86
egzersiz prog. uyma durumu						
Hemen hemen her zaman	24	0.75±0.24	0.76±0.20	0.87±0.13	0.73±0.23	0.77±0.17
Bazen*	3					
Hiçbir zaman*	2					
Gerek duyulmadı	59	0.80±0.25	0.85±0.17	0.92±0.12	0.82±0.18	0.85±0.15
F		0.57	2.19	1.39	1.92	1.92
p		0.63	0.09	0.25	1.13	1.13

* n<5 olduğu için istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 34'te tedavi öğelerine uyma durumunun yaşam kalitesi üzerine etkisi ANOVA testi ile incelenmiştir ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

V. SONUÇLAR VE TARTIŞMA

5.1. SONUÇLAR VE TARTIŞMA

Dil eşdeğerliği ve içerik geçerliliği yapılan “Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği”nin, Cronbach’s Alpha çözümlemesi ile incelenen iç tutarlılıkta “alfa” değerleri 0.80 değerinden büyük geldiği görülmektedir (tablo 4). Alfa katsayısının değerlendirilmesinde uyulan kriterlere göre; $0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (58, 69). Ölçme aracındaki her bir maddenin aldığı değer ile ölçme aracının tümünden alınan toplam değer arasındaki ilişkiyi gösteren madde toplam puan çözümleme sonuçları incelendiğinde, “Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği”ndeki tüm maddelerin 0.25 değerinden büyük oldukları görülmektedir. Soru-bütün korelasyonlarının negatif olmaması ve hatta 0.25 değerinden büyük olması beklenir (58). Bu kriterlere göre, Türkiye için uyarlanan “Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği”, yanık travması geçiren hastaların yaşam kalitelerini ölçmek için geçerli ve güveniliridir.

Asıl BSHS-A (Abbreviated Burn-Specific Health Scale) ölçeğinin alt gruplarının “Alfa” değerleri, 0.55-0.92 arasında değişiklik göstermektedir. Bizim kullandığımız ölçeğin “Alfa” katsayısı 0.97’dir. İspanyolların, Norveçlilerin ve İsveçlilerin kullandıkları ölçeklerin “Alfa” değerleri bizim ölçekle paralellik göstermektedir ve sırasıyla “Alfa” değerleri 0.96, 0.97 ve 0.96’dır (12, 43, 46, 65).

Yanık travması geçiren hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada; bulguların incelenmesi sonucunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırma kapsamında toplam 88 hasta bulunmakta olup, çoğunluğu erkek, 18-30 yaş grubunda, evli, ilkokul mezunu, ailesiyle birlikte yaşayan, devlet memuru, ortalama aylık geliri 250-499 milyon arasında olan, sosyal güvencesi olan, ilde ikamet eden hastalardan oluşmaktadır. Örneklemin ortalama yaşı 36.17’dir (tablo 5). Ülkemizde ve yurt dışında yanıklı hastalar ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunda

erkeklerin yanığa daha çok maruz kaldıkları saptanmıştır (3, 14, 32, 42, 44-46, 60, 65, 66, 75, 82). Yanıkların çoğu iş kazaları, ev kazaları veya trafik kazaları nedeniyle meydana gelmektedir (28, 60, 82). Literatür, ev kazalarının çoğunlukta olduğunu belirtse de, erkekler ister işte ister evde olsun yangın riski taşıyan çevreyle bayanlara göre daha ilişkilidirler. Yine, Türkiye’de otomobil kullananların çoğu erkek olduğu için trafik kazaları sonucu meydana gelen yanıklara da çoğunluk olarak erkekler maruz kalmaktadır (60, 82). Çalışmalar, yaş, sosyo-ekonomik durum, eğitim düzeyi ve mesleğin yanık kazaları riski ve yanık sonrası ölümlerle ilişkili olduğunu göstermektedir (82). Çocuklar ve toplumun üretken kesimini oluşturan kişiler travmalara daha sık maruz kalmaktadır. Literatürde de yanıkların 40 yaş altındaki kişilerde daha sık görüldüğü belirtilmektedir (3, 28, 32, 42, 44, 55, 60, 65, 75, 82). Yağmurdur (82) ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada, %31.2 oranıyla en fazla lise mezunlarının; Sanz (65) ve arkadaşlarının çalışmasında ise %33 oranıyla en fazla ilkokul mezunlarının yanık travmasına uğradıkları saptanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre ise; eğitim düzeyi arttıkça, kişilerin yanığı önleme ve yanıkta ilk yardım konularında daha bilgili oldukları görülmektedir. Bu sebeptendir ki eğitim düzeyi düşük olanlar yanık travmasına daha çok maruz kalmaktadırlar (60, 82). Sanz’ın (65) çalışmasına katılan çoğunluğunun düşük sosyo-ekonomik düzeyde, Landolt’un (45) çalışmasında ise orta sosyo-ekonomik düzeyde olduğu saptanmıştır. Kildal (42) ve Pallua’nın (60) çalışmasında, yanık travmasına maruz kalan çoğunluğu evliler oluşturmaktadır. Yine aynı çalışmalarda, çoğunluk ailesiyle birlikte yaşayanlardan oluşmaktadır (42, 60). El Hamaoui (21) ve arkadaşlarının çalışmasında, yanık travması ile başvuran olguların çoğu (%78.3) kentsel bölgeden geldiği saptanmıştır. Araştırmamızı uygulamış olduğumuz Uygulama ve Araştırma Hastaneleri’nde tedavi giderlerinin Emekli Sandığı ve SSK tarafından karşılanması sebebiyle, bu merkezlere başvuran çoğunluğun sosyal güvencesi mevcuttur ve çoğunluk devlet memurudur.

Örneklemin çoğunluğunu kaynar sıvı ile haşlanma sonucu en fazla üst ekstremiteleri, alt ekstremiteleri ve yüzü, %1-10 yanık yüzdesinde olan ve 2. derece yanan hastaların oluşturdukları görülmektedir. Çalışmamızda, yanık sebebi olarak ikinci sırada alevle yaranma yer almaktadır. Ortalama yanık yüzdesi 13.48 olarak

hesaplanmıştır. Hastaların çoğu ile akut yanık travması dönemi atlatıldıktan sonra (7-14 gün) görüşüldüğü ortaya çıkmıştır. Yanık ile görüşme arasında geçen ortalama süre 147.27 gündür. Örneklemin büyük bir çoğunluğu primer bir hastalık sebebiyle tedavi görmemektedir ve çoğunluk sigara ve alkol tüketmemektedir (tablo 6). Yanık kazalarının çoğu evde ve iş yerinde meydana gelmektedir ve bu kazalara genelde sebep, güvensiz ev ve iş çevresi ile evde ve iş yerlerinde bulunan eşyaların kötü dizaynıdır (28, 60, 82). Literatürde, yanık sebebi olarak ilk sırada kaynar sıvı ile haşlanma ve ikinci sırada alev yer almaktadır (4, 14, 28, 45, 46, 55, 60, 66, 75). Kimmo'nun (44) ve Sanz'ın (65) çalışmasında alev yanığının ilk sırada, haşlanma yanığının ise ikinci sırada yer aldığı saptanmıştır. Gelişmiş ülkelerde haşlanma yanığına sebep genelde çaydanlıklar iken, az gelişmiş ülkelerde açık ateş üzerinde pişen yemekler sebep olmaktadır. Türkiye'de de en çok çift katlı çaydanlıkta çay içme geleneği haşlanma yanığına sebep olmaktadır. Alevle yanmaya sebep genelde kültürel farklılıklara dayansa da az gelişmiş ülkelerde buna sebep, ısınma ve aydınlatma için kolay yanabilen ajanların kullanılmasıdır. Gelişmiş ülkelerde, alevle yanmaya sebep iş kazaları arasında yer alan gaz patlamalarıdır (28, 55). Nursal (55) , Yağmurdur (82) , El Hamaoui (21) ve Sanz'ın (65) çalışmasına katılan hastalarda yanık, en fazla ellerde, ayaklarda ve yüzde oluşmuştur. Diğer çalışmalardaki ortalama yanık yüzdesi 15.24 – 19.52 bulunmuştur ve bu bulgu bizim çalışmamızdaki ortalama yanık yüzdesi ile paralellik göstermektedir (14, 32, 42, 45, 65, 82). El Hamaoui'nin (21) çalışmasına katılan hastaların çoğunda 2. derece yanık saptanmıştır. Bu çalışmadaki yanıkların büyük çoğunluğu alev (%75) yaralanması sebebiyle meydana gelmiştir. Yine aynı çalışmada, hastaların %20'sinin sigara ve %15'inin alkol kullandığı tespit edilmiştir (21).

Araştırma kapsamına alınan hastaların çoğunun ayaktan tedavi edildikleri saptanmıştır. Yatarak tedavi edilenlerin, büyük çoğunluğunda komplikasyon gelişmediği, ortalama hastanede kalış süresinin 24.63 gün olduğu ve ortalama 1.65 kez ameliyat geçirdikleri saptanmıştır (tablo 7). Uzun'un (75) çalışmasında yatarak tedavi edilen hastalarda yarı yarıya komplikasyon gelişmiştir.

Çalışmadaki hastaların büyük bir kısmının, yanık konusunda herhangi bir eğitim almadıkları ortaya çıkmıştır. Eğitim alan hastalar, en çok yanık pansumanı ve beslenme konusunda, hemşirelerden bilgi aldıkları saptanmıştır (tablo 8). Hastaların büyük bir çoğunluğunun yanık pansumanını hastanede yaptırdıkları, egzersiz programına alınmadıkları ve beslenmelerine hemen hemen her zaman dikkat ettikleri tespit edilmiştir (tablo 9). Hasta ile profesyonel anlamda teması sağlayan hemşiredir (66). Yanıklı hastanın bakımında, hemşirelerin bakım rolü kadar eğitim rolü ve rehberlik rolü de ön plana çıkmaktadır. Eski'nin (22) bilim uzmanlığı tezinde belirtilen bir çalışmada, hastaların psikolojik sorunlarının çözümünde hemşirelerin daha başarılı olduğu belirlenmiştir. Yanık pansumanının, beslenmenin ve egzersizin önemi anlatılırsa olası yanık sonrası komplikasyonlar önlenmiş olur.

Cinsiyetin Yaşam Kalitesine Etkisi:

Çalışmaya katılan erkek hastaların, kadın hastalara göre, sosyal durum ve fiziksel durum (elin fonksiyonu) dışında, yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiş ve cinsiyetin yaşam kalitesini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (tablo 10). Kadınların yaşam kalitesi puanlarının erkeklerinden daha düşük olmasının nedeni, bir olasılıkla toplumumuzda kadınların ev içi sorumluluklarının fazla olması, hasta olsalar bile sorumluluklarının devam ediyor olması ve bu nedenle hastalığın getirdiği güçsüzlüğün daha fazla yaşanıyor olmasından kaynaklandığını düşünebiliriz. Çalışma kapsamındaki kadın hastaların çoğu meslek sahibidir ve onların hem evde hem de işte aktif olmaları kendilerini fiziksel açıdan yetersiz hissetmelerine neden olabilir. Ayrıca kadınlar fiziksel görünüşe erkeklere oranla daha önem verdikleri için yanık travmasından sonra bedenlerinde gelişen değişiklikler sebebiyle erkeklere oranla daha fazla acı çekmektedirler. Sanz'ın (65) çalışmasında, kadınlar emosyonel alanda düşük, erkekler fiziksel alanda yüksek yaşam kalitesi puanları almışlardır. Aynı çalışmada emosyonel alan ile global yaşam kalitesi alanında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (65). Sheridan (67) ve arkadaşlarının 14 yaş üstü çocuklarda SF-36 (Short Form 36) kullanarak değerlendirdikleri yaşam kalitesi sonuçlarına göre; erkekler emosyonel rolde yüksek ortalama göstermişken, kızlar genel sağlık anlayışı, fiziksel

fonksiyon ve fiziksel rolde yüksek ortalama göstermişlerdir. Landolt'un (45) ve Altier'in (3) çalışmasında da, bizim çalışma sonuçları gibi, cinsiyet ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Post-travmatik stres bozukluğu (PTSD), travma geçiren bireylerde görülen bir bozukluk olup bireyin yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir. El Hamaoui (21) çalışmasında, yanık travması geçiren bireylerde PTSD görülme sıklığını ölçmüş ve cinsiyet ile PTSD arasında bir ilişki kuramamıştır. Kızılcı (41), Pınar (61), Bayramova (10), Şengül (70) ve Taşçı'nın (71) yaşam kalitesi üzerine yaptıkları çalışmalarında da, bizim çalışma sonuçlarımızla benzer şekilde, yaşam kalitesi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Yaşın Yaşam Kalitesine Etkisi:

Çalışmanın çoğunluğunu oluşturan 18-30 yaş grubundaki hastaların, en düşük ortalama puanları elin fonksiyonu, aile/arkadaş ilişkisi, cinsel hayat ve global yaşam kalitesi alanlarından almışken, 51-60 yaş grubundaki hastaların en düşük ortalama puanları rol aktiviteleri, etkileme, aile/arkadaş ilişkisi ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma bulgularımıza göre yaş ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunamamıştır (tablo 11). Eski (22), Şengül (70) ve Bayramova'nın (10) yaşam kalitesi üzerine yaptığı çalışmasında da, yaşam kalitesi ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. İlerleyen yaşla birlikte psikososyal problemlerinin ve sosyal destek gereksinimlerinin arttığını, fiziksel yetersizlikler meydana geldiğini düşünürsek ileriki yaştaki yanık travması geçiren hastaların aile/arkadaş ilişkisine ihtiyaçları artacaktır (22, 60, 70). İlerleyen yaşla birlikte, menapoz ve andropoz sebebiyle cinsel soğukluk arttığı için, gençler açısından cinsel aktivite daha önemlidir. Çalışmamızdaki hastaların çoğunluğu üretken kesimden oluştuğu için ailelerine karşı sorumlulukları artmaktadır. Bunun da yaşam kalitelerini etkilediğini düşünebiliriz. Kimmo (44) ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, yaşam kalitesinin emosyonel alanında ve sosyal alanında yaşın etkisinin olmadığı saptanmıştır. Sanz (65), Altier (3) ve Beşer'in (11) çalışmasında belirtilen diğer bir çalışmada fonksiyonların bozulması ve yaşam kalitesinin düşmesinde yaşın etkisinin olduğu saptanmıştır. Ancak konu ile ilgili araştırmalar gözden geçirildiğinde, yaşam

kalitesi araştırmalarında yaşın önemli bir etken olduğu ve yaş arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır (22).

Medeni Durumun Yaşam Kalitesine Etkisi:

Evli hastaların, yařam kalitesi puanlarının genel sađlık anlayıřı alanında; bekar hastaların sosyal alanda ve dul hastaların da fiziksel alan, emosyonel alan ve global yařam kalitesi alanında dűřűk olduđu bulunmuřtur. Ancak medeni durumun hastaların yařam kalitesi üzerinde etkili olmadıđı saptanmıřtır (tablo 12). Yařam kalitesi ile ilgili literatűrler içinde Eski (22) tarafından yapılmıř olan çalıřmada evli olanların yařam kalitelerinin en yűksek, Karamanođlu (40) tarafından yapılan çalıřmada dul olanların yařam kalitelerinin en yűksek, Pınar (61) tarafından yapılan çalıřmada ise bekar olanların yařam kalitelerinin en yűksek olduđu bulunmuřtur. Çalıřma bulgularımız ise yukarıdaki çalıřma sonuçlarıyla benzerlik gűstermemektedir (22, 40, 61). řengűl (70), Bayramova (10) ve Tařçı'nın (71) yařam kalitesi űzerine yaptıđı çalıřmasında da, bizim çalıřma sonuçlarımızla benzer řekilde, yařam kalitesi ile medeni durum arasında anlamlı bir iliřki bulunmamıřtır. Evli olan hastaların destek kaynaklarının daha fazla olması, aile hayatının ve paylařma duygularının verdiđi psikolojik rahatlıđın yařam kalitesini olumlu yűnde etkilediđi dűřűnűlebilir. Yařam kalitesi alanındaki bazı çalıřmalarda evli olmanın bireyleri pozitif yűnde etkilediđi, benlik algılamalarını dűzenlediđi ve yařam kalitelerini artırdıđı belirtilmektedir (22). Dul olan hastaların global yařam kalitesindeki dűřűř; toplumsal statűleri nedeniyle sorumluluklarının daha fazla olması, eřlerinin kaybını yařamaları, buna bađlı olarak da destek noktalarındaki zayıflık, hastaların subjektif yařam doyumlarını olumsuz yűnde etkilemiř olmasından kaynaklanabilir.

Eğitim Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisi:

İlkokul mezunu olan hastaların diđer gruplardaki hastalara gűre, fiziksel durum dıřında, diđer tűm yařam kalitesi puanlarının daha dűřűk olduđu gűrűlműřtür.

Eğitim durumu yükseldikçe, global yaşam kalitesine ilişkin ortalama puanlarının da arttığı gözlenmiştir. Eğitim durumunun hastaların yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı görülmüştür (tablo 13). Yurtdışında yapılan çalışmalarda yaşam kalitesi ölçümlerinde eğitimin önemli olduğunun vurgulamaları da bu sonuçlarımızı destekler niteliktedir (71). Eski (22), Şengül (70), Bayramova (10) ve Kızılcı'nın (41) doktora tezinde belirtilen diğer çalışmalarda, eğitim durumunun artmasına paralel olarak yaşam kalitesinin arttığını, eğitim ile daha iyi yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu bulunmuştur, ancak Taşçı (71) ve diğer araştırmacılar (41) tarafından yapılan çalışmalarda da eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır. El Hamaoui (21) çalışmasında, yanık travması geçiren bireylerde PTSD görülme sıklığını ölçmüş ve eğitim düzeyi ile PTSD arasında bir ilişki kuramamıştır. Hastaların eğitim durumları arttıkça hastalığa gösterdikleri önem ve önlemler de artacaktır ve bunun sonucunda da yaşam kalitesinin değişebileceği düşünülmektedir. Eğitim durumu düşük olanların, genel sağlığa ilişkin bilgi ve beklentilerinin az olmasına bağlı olarak, sağlık durumlarını korumak ve sürdürmek için çok çaba sarf ettikleri düşünülebilir.

Mesleki Durumun Yaşam Kalitesine Etkisi:

Devlet memuru olan hastaların diğer gruplardaki hastalara göre yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Mesleki durumun yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (tablo14). Şengül (70), Karamanoğlu (40) ve Bayramova'nın (10) da çalışma sonuçlarında meslek ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Eski'nin (22) çalışmasında en yüksek puanları devlet memurları almışlardır ve meslekler ile yaşam kalitesinin fonksiyonel durum, esenlik ve global yaşam kalitesi alanlarında ilişki saptanmıştır. Memurların yaşam kalitesi ortalama puanlarının en yüksek olmasının nedenleri olarak, düzenli, belirli bir işe sahip olması, belirli bir ücrete göre yaşamını planlaması, belirli düzeyde arkadaş çevresine sahip olması ve daha fazla sosyal olması düşünülebilir.

Evde Birlikte Yaşanan Kişilerin Yaşam Kalitesine Etkisi:

Ailesiyle birlikte yaşayan hastaların, yalnız veya arkadaşıyla yaşayan hastalara göre, emosyonel durum dışında diğer yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olduğu ve evde birlikte yaşanan bireyin yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı ortaya çıkmıştır (tablo 15). Kildal (42) çalışmasında ailesiyle yaşayanların, yalnız yaşayanlara göre etkileme, elin fonksiyonunda, cinsel hayat ve aile/arkadaş ilişkisi alanlarında iyi değerler verdiklerini saptamıştır. Eski'nin ve diğerlerinin (22) araştırmasında yalnız yaşamın yaşam kalitesini olumsuz etkilediği ve yalnız yaşayanların yaşam doyumlarının daha düşük olduğu belirtilmektedir. Şengül (70) ve Karamanoğlu'nun (40) yaşam kalitesi üzerine yaptığı çalışmada da, yaşam kalitesi ile evde birlikte yaşanan birey arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Aylık Ortalama Gelirinin Yaşam Kalitesine Etkisi:

Gelir düzeyi en düşük olan hastaların, fiziksel durum dışında diğer tüm yaşam kalitesi alanlarında düşüş olduğu tespit edilmiştir. Aylık ortalama gelirinin, yaşam kalitesinin sosyal durum alanı ile genel sağlık anlayışı alanı üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (tablo 16). Eski (22), Şengül (70) ve Taşçı (71) tarafından yapılan araştırmalarda, sosyoekonomik yetersizliğin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir. Pınar (61) ve diğerlerinin (22, 71) çalışmasında, maddi yeterliliğin yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmiştir. Gelir düzeyi düşük hastaların tedavisi uzun süren ve pahalı olan hastalık ile birlikte baş etme sürecinde ekonomik durumlarının daha da kötüye gitmesi ile kendilerini iyi hissetmediklerini, ve hatta tedaviyi yarıda bırakmak zorunda kaldıklarından dolayı yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiklerini düşünebiliriz. Gelir düzeyi yüksek hastaların rahatlama, dikkatlerini hastalıkları dışına çekme, hastalığın getirdiği ekonomik yükü karşılayabilme avantajlarının olması sebebiyle yaşam kalitelerinde düşüş gözlenmemektedir. Literatür incelendiğinde ekonomik durumun, ülkemiz ve dünyada teknoloji ilerlediği bir çağda tanı, tedavi ve sosyal yaşam için önemli bir faktör olarak görüldüğü belirlenmiştir. Ancak gelir düzeyi iyi olanlar bu olanaklardan yararlanabilmektedir. Bu nedenle, gelir düzeyi yaşam kalitesinin genel ve

fonksiyon alanında doğrudan etkili olduğu bilinmektedir. Ekonomik güçlük; bireylerin yaşam standartlarını düşürdüğü için yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (11).

Sosyal Güvencenin Yaşam Kalitesine Etkisi:

Sosyal güvencesi olan hastaların, olmayanlara göre, tüm yaşam kalitesi alanlarından yüksek puan aldıkları görülmüştür. Sosyal güvencenin yaşam kalitesi üzerine etkisi saptanamamıştır (tablo 17). Eski (22), Şengül (70), Karamanoğlu (40) ve Bayramova'nın (10) çalışmalarında da en yüksek puanları sosyal güvencesi olan hastalar almışlardır ve sosyal güvence ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanamamıştır. Yanık tedavisi uzun ve pahalı bir tedaviyi gerektirdiğinden herhangi bir sosyal güvencenin olması hastayı oldukça rahatlatacaktır. Bireylerin sosyal güvencelerinin olması, ekonomik rahatlık sağlamakta, etkili başa çıkma davranışlarını olumlu etkilemekte, özsaygılarını sürdürmelerinde etkin olmaktadır (22).

İkamet Edilen Yerin Yaşam Kalitesine Etkisi:

İlde yaşayan hastaların, köy veya ilçede yaşayan hastalara göre yaşam kalitesi puanları yüksek bulunmuştur. İkamet edilen yerin yaşam kalitesinin fiziksel ve sosyal alanı üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (tablo 18). Şengül (70), Karamanoğlu (40) ve Taşçı'nın (71) çalışmalarında ikamet edilen yer ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Eski'nin (22) çalışmasında, en yüksek yaşam kalitesi ortalama puanları ilçede ikamet eden hastalar almışlardır. Köyde yaşayanların ağır çalışma şartlarının olması, sağlıklarına bilinçli olarak dikkat edememeleri ve yaşam kalitelerini yükseltmeleri gerekli olanakları bulamamaları, ilçede yaşayanların ise köyde yaşayanlara göre çevresel stresörlerin fazla olması, alışmadıkları kültürel değerlerle birlikte yaşama zorunluluklarından kaynaklanabileceği düşünülebilir. Yaşam kalitesinin temel gereksinimleri kültürel değerlere göre değişmektedir. Kültürel değerlerle uyum içinde olma, bireylerin psikososyal uyumlarını olumlu etkilemektedir (22).

Yanık Sebebinin Yaşam Kalitesine Etkisi:

Elektrik çarpması sonucu travmaya uğrayan hastaların, diğer gruplara göre tüm yaşam kalitesi alanlarından en düşük ortalama puan aldıkları ve yanık sebebinin yaşam kalitesi alanlarından sosyal alan üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir (tablo 19). Elektrik yanıklarında dış görünüşte hasarın az olduğu görülse de derin dokularda büyük hasarlar meydana getirmektedir. Oluşan hasarlar sebebiyle organ kayıpları dahi olabilmektedir. Bu yüzden hastaların yatarak takip edilmesi gerekmektedir. Bu durumun da hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. El Hamaoui (21), yanıklı hastalarda PTSD görülme sıklığını ölçmüş ve gaz patlaması sonucu yananlarda daha çok görüldüğünü tespit etmiştir.

Yanık Yüzdesinin ve Derinliğinin Yaşam Kalitesine Etkisi:

Vücudunun % 31'den fazlası yanan hastalar, yaşam kalitesi alanlarından en yüksek puanları hareket ve kendine bakım ile rol aktiviteleri alanlarından almışken en düşük puanları elin fonksiyonu, beden imajı, etkileme, cinsel hayat ve global yaşam kalitesi alanlarından almışlardır. Yanık derinliği arttıkça yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanların düştüğü saptanmıştır. Yanık yüzdesinin yaşam kalitesinin sosyal alanında, yanık derinliğinin ise fiziksel alan dışında diğer tüm alanlar üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (tablo 20,21). Sheridan (67) çalışmasında, artan yanık yüzdesi ile zayıf fiziksel fonksiyonun ilişkili olduğunu bulmuştur. Landolt ve arkadaşlarının (45) yanıklı çocuklar üzerinde yürüttükleri çalışmada yanık büyüklüğünün ve lokalizasyonun yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını saptamışlardır. Montreal'den bir grup, yanık alanı ile motor fonksiyon kaybı arasında ilişki kurmuştur (54). El Hamaoui (21), yanıklı hastalarda PTSD görülme sıklığını ölçmüş ve yanık büyüklüğü ile PTSD arasında bir ilişki saptamamıştır. Yanık büyüklüğü arttıkça fiziksel fonksiyonlarda düşüş gözlenmektedir (60, 67). Yanık büyüklüğünün bireyi ayrıca sosyal ve emosyonel açıdan etkilediği görülmektedir (67). Kimmo'nun (44) çalışmasında % 30'dan yüksek yanık yüzdesine sahip hastalarda hareket ve kendine bakım, etkileme, aile/arkadaş ve genel sağlık anlayışı alanında anlamlı düşüş görülmüş. Aynı çalışmada, 3. derece yanığı olanlar, beden imajı ve cinsel

hayat alanında en düşük puanları aldıkları saptanmıştır. Fakat yanık büyüklüğü ile bu alanlar arasında istatistiksel fark anlamsız bulunmuştur (44). Moi (46) ve Blades'in (12) çalışmasında 3.derece yanığı olanlar düşük total skor yapmışlardır. Yanık yüzdesi %25'ten az ve çok olanlarla beden imajı alanındaki fark anlamlı bulunmuş (12, 46). Sanz (65) çalışmasında, yanık büyüklüğünün yaşam kalitesinin düşüşüne neden olduğunu bulmuştur. Bedeninde değişiklik algılayanlar yeni beden imajları ile baş etmeye çalıştıkları için kendilerini genel anlamda kötü hissettiklerini ve sorumluluklarını yerine getirmede güçlük çektikleri için rol kaybı yaşadıklarını düşünebiliriz.

Yanıktan Sonra Geçen Sürenin Yaşam Kalitesine Etkisi:

Yanıktan 15-30 gün sonra görüşülen hastaların, yaşam kalitesi alanlarından en düşük puanları aldıkları belirlenmiştir. Yanıktan sonra geçen süre ile yaşam kalitesinin fiziksel, emosyonel, sosyal, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanlarının ilişkili olduğu saptanmıştır (tablo 22). Cromes (17) çalışmasında yanık travması geçiren hastalarla hastaneden çıktıktan 2 ay, 6 ay ve 12 ay sonra görüşmüş ve fiziksel durumda anlamlı değişiklik saptamıştır. Bu sonuç bizim çalışma ile paralellik göstermemektedir. Kildal (42) çalışmasında, yanıktan sonra geçen sürenin cevapları etkilediğini saptamıştır. Yanıktan sonra geçen süre arttıkça emosyonel rolde artış gözlenmektedir. Zaman geçtikçe hastaların yanığa uyum sağladıklarını düşünebiliriz. Hastalığa ve tedaviye uyum, olumsuzluklarla daha iyi baş etmelerine, duygusal, bilişsel ve sosyal iyilik halini sürdürmelerine ve sosyal yaşamlarının olumlu etkilenmesine yol açabilir.

Yanıktan Önce Başka Hastalık Sebebiyle Tedavi Alma Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisi:

Yanıktan önce başka hastalık sebebiyle tedavi almayan hastaların, yaşam kalitesi puanının; alan hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ve yanıktan önce başka hastalık sebebiyle tedavi alma durumunun yaşam kalitesinin fiziksel, emosyonel

ve global yaşam kalitesi alanları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (tablo 23). Birden fazla hastalığa sahip olan bireylerin, psikolojik ve fizyolojik iyilik hallerinin olumsuz etkilemesinden ve özbakım yeteneklerinin azalmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca DM, HT gibi kronik hastalıkların varlığı yara iyileşmesini geciktirebilmektedir.

Sigara ve Alkol Kullanma Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisi:

Sigara kullanan hastaların, yaşam kalitesi alanlarında yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Sigara ve alkol kullanma durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı ortaya çıkmıştır (tablo 24, 25). Eski'nin (22) çalışma sonuçları ile bizim çalışma sonuçları paralellik göstermektedir. Fakat, Şengül'ün (70) ve Karamanoğlu'nun (40) çalışmasında sigara kullanmayan grup yaşam kalitesi alanlarında yüksek puan almışlardır ve sigara ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmuştur. Sigara kullanımının stresin bir ifadesi olduğu psikiyatristler tarafından kabul edilmektedir. Psikolojik problemi olanlarda ve yoğun stres altında yaşayanlarda sigara kullanımının daha fazla olduğuna dair yayınlar mevcuttur (70). Sigara içmeyi hayatına zevk veren durumlardan biri olarak algılayan insanların "sigarayı bırakma" stresi yaşamadıkları ve yaşamlarından daha çok zevk aldıkları öne sürülmektedir. Sigara tiryakisi olan kişilerin, sigarayı bıraktıklarında yoksunluk belirtileri gösterdikleri, konsantre olmada zorluk çektikleri belirtilmektedir (22). Bu çalışmada da sigara kullanan hastaların tüm yaşam kalitesi puanlarının yüksek düzeyde olması, bir olasılıkla sigarayı bırakma zorunluluğunun getirdiği stresi yaşamamaları ve sigara içmenin verdiği psikolojik rahatlıktan kaynaklandığı düşünülebilir.

Tedavi Programının Yaşam Kalitesine Etkisi:

Ayaktan tedavi edilen hastaların, yatarak tedavi edilen hastalara göre yaşam kalitesinin fiziksel alanı dışında diğer tüm alanlarda yüksek puan aldıkları ve tedavi programının, yaşam kalitesinin sosyal alanı ve fiziksel alan içinde yer alan hareket ve kendine bakım alanı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir (tablo 26). Örneklemimizdeki

kadın hastaların büyük çoğunluğu ayakta, erkekler ise yarı yarıya ayakta tedavi edildikleri ortaya çıkmıştır. Ayaktan tedavi edilen kadınların, yatarak tedavi edilen kadınlara göre yaşam kalitesinde düşüş belirlenmiştir. Tedavi programının kadın hastaların yaşam kalitesi alanlarından fiziksel, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi alanları üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Tedavi programının erkek hastaların yaşam kalitesinin sadece sosyal alanı üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (tablo 30). 2. derece yanıkların büyük çoğunluğu ayakta tedavi edilirken, 3. derece yanık içermesi durumunda yatarak tedavi edildiği belirlenmiştir. Yatarak tedavi edilen 2. derece yanıklar, ayakta tedavi edilenlere göre yaşam kalitesinin yüksek olduğu, 2. ve 3. derece yanığı olan ve ayakta tedavi edilen hastaların, yatarak tedavi edilenlere göre sosyal alan dışında yaşam kalitesinin düşük olduğu belirlenmiştir. Tedavi programının, 2. derece yanığa sahip hastaların yaşam kalitesi alanlarından sosyal alan dışında diğer tüm alanları üzerinde etkili olduğu, 2. ve 3. derece yanığa sahip hastaların yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır (tablo 31). Pınar (61), ayakta tedavi gören hastaların yaşam kalitelerinin, hastanede yatarak tedavi görmüş hastalardan daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bu sonuçlar da çalışmamızı desteklemektedir. Sheridan (67) çalışmasında kapsamlı bir yanık merkezinde tedavi edilen çocuklarda fiziksel fonksiyon alanında yüksek ortalamalar aldıklarını saptamıştır. El Hamaoui (21), yanıklı hastalarda PTSD olanların hastanede daha uzun süre kaldıklarını tespit etmiştir. Fakat hastanede kalış ile PTSD varlığı arasında ilişki saptayamamıştır. Yanık travması ile baş vuran hastaların yanıkları ancak majör yanık olarak tespit edilirse hastaneye yatırılıp tedavi edilirler. Daha önceki bulgularımıza göre yanık büyüklüğü arttıkça yaşam kalitesi de düştüğüne göre hastanede tedavi edilen hastaların da bu sebeple yaşam kalitelerinin düştüğünü düşünebiliriz. Ayrıca hastaneye yatma pozitif duygu durumlarını (iyilik, mutluluk, memnuniyet) olumsuz etkilemektedir.

Hastanede Kalış Süresinin, Ameliyat Sayısının ve Komplikasyon Gelişme Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisi:

En uzun süre (29 günden fazla) hastanede kalan hastalar sosyal alan dışında, hiç ameliyat olmayanlar emesyonel alan dışında ve komplikasyon gelişmeyen hastalar fiziksel alan dışında diğer tüm alanlarda en yüksek ortalama puanları aldıkları saptanmıştır. Hastanede kalış süresinin, ameliyat sayısının ve komplikasyon gelişme durumunun, yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı ortaya çıkmıştır (tablo 27,28,29). Sheridan'ın çalışmasında hastanede geçen süre ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Hastanede kalındığı sürece aynı problemi yaşayan insanlarla tanışmak ve problemleri paylaşmak hastaların sosyal destek sistemlerini geliştirmektedir (67). Kimmo'nun (44) çalışmasında, 1 aydan fazla hastanede yatan hastalarda hareket ve kendine bakım, aile/arkadaş ve genel sağlık anlayışı alanında anlamlı düşüş görülmüş. Fakat hastanede geçen süre ile bu alanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Moi (46) ve Blades'in (12) çalışmasında 10 günden fazla hastanede kalanlar ve hastanede kaldıkları sürece 2'den fazla ameliyat geçirenler düşük total skor yapmışlardır. Sanz (65) çalışmasında, uzun hastane yatışının ve artmış ameliyat sayısının yaşam kalitesinin düşüşüne neden olduğunu bulmuştur. Komplikasyon gelişmesinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin, hastaların hastaneye yatma durumunun olması ve komplikasyonun getirdiği güçsüzlüğe bağlı olabileceği düşünülebilir.

Eğitim Alma Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisi:

Yanık konusunda eğitim alan hastalar sosyal alan dışında düşük ortalama puan aldıkları belirlenmiştir. Yanığa yönelik eğitim alma durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir (tablo 32). Fakat hastanede yatılan süre içinde veya ayaktan takip süreci içinde eğitim alan hastaların global yaşam kalitelerinin, fiziksel ve genel sağlık anlayışı alanlarının etkilendiği saptanmıştır. Hastanede yatılan süre içinde veya ayaktan takip süreci içinde eğitim almayan hastaların ise yaşam kalitelerinin sosyal ve genel sağlık anlayışı alanlarının etkilendiği ortaya çıkmıştır (tablo 33). Eski (22) ve Taşçı (71), çalışmalarında eğitim alan hastaların, eğitim almayanlara göre daha yüksek puan aldıklarını ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığını tespit etmişlerdir. Taşçı'nın (71) çalışmasında, hastaya otonomi kazandırmanın önemli

olduğunu ve kendi bakımları konusunda eğitilmiş hastaların yaşam kalitelerinin olumlu yönde etkilendiğini belirtilmiştir. Yanık travması geçiren hastalara gereksinimlerine yönelik bilgi verme, hastaların kendilerine güven duymalarında, kendi kendilerine karar verebilmelerinde ve yeniden aktif bir yaşama dönmelerinde yardımcı olduğu düşünülmektedir.

Tedavi Programına Uyuma Durumunun Yaşam Kalitesine Etkisi:

Yanık pansumanının evde veya hastanede yapılmasının yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır. Egzersiz programına alınmayan hastaların yaşam kalitesi alanlarından yüksek ortalama puan aldıkları belirlenmiştir. Yanık pansumanını, egzersizi ve beslenmeyi içeren tedavi programının, yaşam kalitesi üzerinde etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (tablo 34). Egzersiz, yanık sonrası eklem yerlerinde oluşacak olası kontraktürleri önlemek amacıyla önerilir. Eklem yerlerinde yanığı olan hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük çektikleri için yaşam kalitelerinde düşüş olduğu düşünülebilir.

5.2. ÖNERİLER

- Hemşire, yanık riski altında olan grupları belirlemeli, işyerlerine, okullara ve evlere görsel ve işitsel araçlarla yanıktan korunma ve yanıkta ilk yardım konusunda planlı eğitimler vermeli ve bu eğitimleri değerlendirerek etkinliğini saptamalıdır.
- Hemşire, hasta bakımında öncelikle hastanın mevcut sosyal, emosyonel ve bilişsel durumu, yanık ve tedavi ile ilgili semptomları değerlendirmeli, sınırlılıklarını belirlemelidir. Bunun için hastanın performansını doğru saptayacak şekilde veri toplamak için, ülkemiz için geçerlik ve güvenilirliği saptanmış yaşam kalitesi ölçeklerinden yararlanmalıdır.
- Hastanın yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesini engellemek amacıyla hemşire, hastanın özbakım gereksinimlerini belirlemeli ve hangi düzeyde yerine getirildiğini saptayarak hastalara bütüncül bakım vermelidir.

- Hemşire, hastanın tedavi programına uyumunun sağlanmasına, arttırılmasına ve yanığının etkilerinin azaltılmasına yönelik girişimler planlamalıdır.
- Yanık tedavisi süresince kullanılan yardımcı araç-gereçlerin temini ve kullanımı hakkında hemşire rehberlik rolü ile hastayı ve ailesini yönlendirmelidir.
- Hemşire eğitici, danışmanlık ve destekleyici rollerini kullanarak hastanın bilgi gereksinimini, özbakım uygulama yetersizliğini, motivasyon eksikliğini gidermeli ve hastanın kendi bakımını üstlenmesine, özgüveninin gelişmesine yardımcı olmalıdır.
- Hemşireler, gelir düzeyi düşük olan hastaların ekonomik durumlarını göz önünde bulundurarak sosyal yardım ile ilgili kurumlarla işbirliği yapmaları ve bu konuda hastaları yönlendirmelidirler.
- Evde bakım hizmetleri ile hastanın, yanık sonrası gelişen komplikasyonlarla baş etme yolları gibi konularda bilgi ve destek gereksinimi karşılanmalıdır.
- Hastalara ekip (doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve psikiyatrist) dahilinde sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır.
- Uygulanan tedavi ve bakımın hastaların yaşamına etkisinin belli aralıklarla ölçülmelidir ve sonuçlar değerlendirilmelidir.
- Evde yanık sonrası gelişen komplikasyonlar nedeniyle yemek yapamayacak durumdaki yalnız hastalar için yemek şirketleri ile düşük fiyat üzerinden yemek temini hizmeti sunulmalıdır.
- İşine devam edemeyen ve evdeki sorumluluklarını yerine getiremeyen hastaları da işe yarama duygusunu yaşatmak ve kendilerini iyi hissetmeleri için sosyal destek gruplarına yönlendirmelidir.
- Yanık sebebiyle işten çıkartılan hastalar için yarım gün ya da belli saatlerde çalışabilecek işler sağlanmalıdır.
- Ulaşım sorunu olan, özellikle toplu taşıma araçlarını kullanarak pansuman olmaya, egzersiz programına gelen ama maddi yetersizlikler nedeniyle bu programlara ulaşamayan hastalar için acil durumlarda ambulans hizmetlerinde öncelik

verilmelidir. (kurum tarafından sağlanmalı, ücretsiz veya düşük bir ücretle bu hizmet sunulmalı)

- Tekstil sanayisi (yanmayan kumaşlardan giysi, ev mobilyası ve perde yapımına), otomotiv sanayisi (kaza anında benzin akışını kesen ve güvenli otogaz sistem yapımına), ev tasarımı sanayisi (yanıklara en çok çaydanlıklar neden olduğu için, devrildiğinde dökülmeyen çaydanlık, tencere yapımına) teşvik edilmelidir. Yanık profilaksisi konusunda araştırmalar artırılmalıdır.

- Yanık oluşturabilecek faktörler belirlenmeli ve bu faktörleri en aza indirmek amacıyla çeşitli yasa ve yönetmelikler düzenlenmelidir.

- İtfaiyenin telefon numarası kolay görünebilir bir yerde bulundurulmalı. İşyerlerinde yangına yönelik özel bir kod sistemi geliştirilmelidir.

- Toplu yaşanan tüm mekanlarda yangın kaçış merdiveni olmalıdır.



KAYNAKLAR

1. AKBABA, G.: Yanıklar , Bilim ve Teknik, 374, 94, 97, (Ocak 1999)
2. ALLWOOD, J.S.: The Primary Care Management of Burns, Nursing Practitioner, 20, 8, 74, 87, (August 1995)
3. ALTIER, N., MALENFANT, A., FORGET, R., CHOINIERE, M.: Long-term adjustment in burn victims: a matched-control study, Psychological Medicine, 32, 677, 685, (2002)
4. ARINCI, A.: Yanıklar ve Tedaviler, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, (2000)
5. ARINCI, A.: Yanıklar ve Tedavileri, Plastik Cerrahi, 101,121, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, (2000)
6. ASLAN, F.E.: Yanıklarda Acil Bakım, Acil Bakım, (ŞELİMEN, D, ed.), 344,360, Yüce A.Ş., İstanbul, (2001)
7. BADGER, J.M.: Burns: The Psychological Aspects, AJN, 101, 11, 38, 44, (November 2001)
8. BALCI, G.: Özbakım Gücü ve Yaşam Kalitesinin Etkilendiği Bazı Durumlar ve Hemşirenin Rolü, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10, 2, 69, 76, (2003)
9. BANTA, H.D.: Quality of life 1, Pharmacy World & Science, 15, 2, 45, 49, (1993)
10. BAYRAMOVA, N.: Psoriasisli Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İzmir (2000)
11. BEŞER, N.: Kemoterapi Alan Lenfomalı Hastaların Yaşam Kalitesi, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara (2001)
12. BLADES, B., MELLIS, N., MUNSTER, A.M.: A Burn Specific Health Scale, The Journal of Trauma, 22, 10, 872, 875, (1982)
13. BROOKS, N.: Quality of life and the high – dependency unit, ICCN, 16, 18, 32, (2000)

14. CERİT, Y., ARSLAN, Ü., ERTÜRK, S., VE ARKADAŞLARI: Yanıklı Hastanın Bakımında Enzimatik Debritleme İle Tedavi, Hemşirelik Forumu Dergisi, 5, 2, 52, 54, (Mart-Nisan 2002)
15. CORNWELL, P.: Management of Clients with Burn Injury, Medical-Surgical Nursing, (BLACK, J, HAWKS, J.H, KENE, A.M, ed.), 6th edition, 1331, 1357, WB Saunders Company, USA, (2001)
16. CROMES, G.H., KOWALSKE, K., HELM, P.: Predictors of Quality Of Life as Measured by the Burn Specific Health Scale in Persons with Major Burn Injury, J Burn Care Rehabilitation, 23, 3, 229, 234, (May/June 2002)
17. CROMES, G.H., KOWALSKE, K., HELM, P.: Psychosocial Forum, J Burn Care Rehabilitation, 23, 3, 227, 228, (May/June 2002)
18. ÇETİN, A.: Yanık Rehabilitasyonu, Hacettepe Tıp Dergisi, 30, 3, 219, 224, (1999)
19. DRAMALI, A., KAYMAKÇI, Ş., ÖZBAYIR, T., YAVUZ, M.: Temel İlk Yardım Uygulamaları, 2. baskı, Saray Medikal Yayıncılık, İzmir, (2001)
20. DURADEMİR, A.B.: Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Öz-bakım Davranışları, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul (1998)
21. EL HAMAOUİ, Y., YAALAOUİ, S., CHİHABEDDİNE, K., VE ARKADAŞLARI: Post-traumatic stress disorder in burned patients, Burns, 28, 647, 650, (2002)
22. ESKİ, S.: Miyokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara (1999)
23. GEMALMAZ, A., SORAN, A., AŞLAR, K.: Yanıklı Hastaya Erken Dönemdeki Yaklaşım, Sted 2000 , 9, 4, 126, 129, (2000)
24. GİBRAN, N.S., HEIMBACH, D.M.: Current Status of Burn Wound Pathophysiology, Clinics in Plastic Surgery, 27, 1, 11, 22, (January 2000)
25. GÖNÜL, D.: Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği (RAQoL)' nin Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Uzmanlık Tezi, Ankara

Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara (2001)

26. GREENFIELD, E.: Burns, Critical Care Nursing, (BUCHER, L, MELANDER, S, ed.), 1036,1069, WB Saunders Compony, USA, (1999)

27. GÜNDÜZ, F.: Annelerin Yanıktan Korunma ve Yanıkta İlk Yardıma İlişkin Bilgileri, Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara (1994)

28. HABERAL, M., MORAY, G., KARAKAYALI, H.: Burn Care in Turkey, Diyaliz Transplantasyon ve Yanık, 14, 1, 15, 18, (Ocak 2003)

29. HABERAL, M.: Burns at the Millenium, Burn and Fire Disaster in the Middle East, Haberal Education and Research Foundation, Ankara, 1, 7, (2001)

30. HABERAL, M.: Advances in Burn Care, Burn and Fire Disaster in the Middle East, Haberal Education and Research Foundation, Ankara, 49, 56, (2001)

31. HİLTON, G.: Thermal Burns, AJN, 101, 11, 32, 34, (November 2001)

32. HO, W.S., CHAN, H.H., YİNG, S.Y., VE ARKADAŞLARI: Skin care in burn patients: a team approach, Burns, 27, 489, 491, (2001)

33. HUNT, J.: Quality of the patient's life versus the quest for a cure, British Journal of Nursing, 2, 16, 819, 822, (1993)

34. IGNATAVİCIUS, D.D., WORKMAN, L.M., MİSLER, M.A.: Interventions for Clients with Burns, Medical-Surgical Nursing Across the Health Care Continuum, 3rd Edition, 1753, 1785, WB Saunders Compony, USA, (1999)

35. İNAL, S.G.: Çocukta Yanık Bakımıyla İlgili Verilen Hemşirelik Eğitiminin, Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul (1997)

36. JAHNSON, R.M., RİCHARD, R.: Partial-Thickness Burns: Identification and Management, Advances in Skin & Wound Care, 16, 4, 178, 187, (July/August 2003)

37. JORDAN, R.B., DAHER, J., WASİL, K.: Splints and Scar Management for Acute and Reconstructive Burn Care, Clinics in Plastic Surgery, 27, 1, 71, 86, (January 2000)

38. KANAN, N.: Yanıklarda Hemşirelik Bakımı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, (AKSOY, G, ed.), 39, 54, Birlik Ofset Ltd. Şti., İstanbul, (1998)
39. KARA, S.: Yanık Elin Rehabilitasyonu, Yüksek Lisans Tezi, Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara (1995)
40. KARAMANOĞLU, A.E.: Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, İstanbul (1999)
41. KIZILCI, S.: Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara (1997)
42. KİLDAL, M., ANDERSSON, G., GERDİN, B.: Health status in Swedish burn patients Assessment utilising three variants of the Burn Specific Health Scale, Burns, 28, 639, 645, (2002)
43. KİLDAL, M., ANDERSSON, G., FUGL-MEYER, A.R., VE ARKADAŞLARI: Development of a Brief Version of the Burn Specific Health Scale (BSHS-B), The Journal of Trauma, 51, 4, 740, 746, (October 2001)
44. KIMMO, T., JYRKİ, V., SİRPA, A.: Health status after recovery from burn injury, Burns, 24, 293, 298, (1998)
45. LANDOLT, M.A., GRUBENMANN, S., MEULI, M.: Family Impact Greatest: Predictors of Quality of Life and Psychological Adjustment in Pediatric Burn Survivors, The Journal of Trauma, 53, 6, 1146, 1151, (December 2002)
46. LİTLERÉ MOI, A., WENTZEL-LARSEN, T., SALEMARK, L., HANESTAD, B: Validation of a Norwegian version of the Burn Specific Health Scale, Burns, 29, 563, 570, (2003)
47. LUCE, E.A.: The Acute and Subacute Management of The Burned Hand, Clinics in Plastic Surgery, 27, 1, 49, 64, (January 2000)
48. LUCE, E.A.: Electrical Burns, Clinics in Plastic Surgery, 27, 1, 133, 144, (January 2000)

49. MCCAİN, D., SUTHERLAND, S.: Nursing Essentials: Skin Grafts for Patients with Burns, AJN, 98, 7, 34, 38, (July 1998)
50. MEEBERG, G.A.: Quality of life: a concept analysis, Journal of Advanced Nursing, 18, 32, 38, (1993)
51. MENZİES, V.: Depression and Burn Wounds, Archives of Psychiatric Nursing, XIV, 4, 199, 206, (August 2000)
52. MİLNER, S.M., MOTTAR, R.: The Burn Wheel, AJN, 101, 11, 35, 37, (November 2001)
53. MOLLAOĞLU, M.: Epilepsili Hastalarda Yaşam Kalitesi ve Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul (2000)
54. MUNSTER, A.M., HOROWİTZ, G.L., TUDAHL, L.A., The Abbreviated Burn-Specific Health Scale, The Journal of Trauma, 27, 4, 425, 428, (1987)
55. NURSAL, T.Z., YILDIRIM S., TARIM, A., VE ARKADAŞLARI: Burns in Southern Turkey: Electrical Burns Remain a Major Problem, Diyaliz Transplantasyon ve Yanık, 14, 1, 53, 60, (Ocak 2003)
56. OSBORN, K.: Nursing burn injuries, Nursing Management, 34, 5, 49, 56, (May 2003)
57. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD, Yanık Sempozyumu Program ve Özet Kitabı, Eskişehir, (Nisan 2002)
58. ÖZDAMAR, K.: Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi, 4. Baskı, 1, Kaan Kitabevi, Eskişehir, (2002)
59. ÖZGÜR, F., KOCABALKAN, O.: Termal el ve yüz yanıklarının akut tedavisi, Hacettepe Tıp Dergisi, 27, 3, 4, 12, 18, (1996)
60. PALLUA, N., KÜNSEBECK, H.W., NOAH, E.M.: Psychosocial adjustments 5 years after burn injury, Burns, 29, 143, 152, (2003)
61. PINAR, R.: Diabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul (1995)

62. PLATT, A.J., PHIPPS, A.R., JUDKINS, K.: Is there stil a place for comfort care in severe burns, Burns, 24, 754, 756, (1998)
63. PTACEK, J.T., PATTERSON, D.R., HEIMBACH, D.M.: Inpatient Depression in Persons with Burns, Journal of Burn Care & Rehabilitation, 23, 1, 1, 9, (January/February 2002)
64. REGOJO, P.S.: Burn Care, Nursing 2003, 33, 3, 50, 53, (March 2003)
65. SALVADOR-SANZ, J.F., SANCHEZ-PAYA, J., RODRÍGUEZ-MARÍN, J.: Quality of life of the Spanish burn patient, Burns, 25, 593, 598, (1999)
66. SELMANPAKOĞLU, N., Yanıklar ve Tedavileri, GATA Basımevi, Ankara, (1998)
67. SHERIDON, R.L., HINSON, M.I., LIANG, M.H. VE ARKADAŞLARI.: Long – Term Outcome of Children Surviving Massive Burns, JAMA, 283, 1, 69, 73, (January 2000)
68. SMELTZER, S.C., BARE, B.G., BOYER, M.: Textbook of Medical-Surgical Nursing, 9th edition, Lippincott, Philadelphia, (2000)
69. SÜMBÜLOĞLU, K., SÜMBÜLOĞLU, V.: Araştırma Yöntemleri, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, (2000)
70. ŞENGÜL, A.M.: Tip 1 Diabetes Mellitus'ta Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Hastanesi, İstanbul (1998)
71. TAŞCI, S.: Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara (1998)
72. TEL, H.: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Yaşam Kalitesinin Ve Geliştirilen Hasta İzlem Formunun Değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara (1998)
73. TOMPKINS, D.M.: Burn Nursing, Total Burn Care, (HERNDON, D.N, ed.), 346, 567, WB Saunders Company LTD, London, (1996)
74. TUCKER, S.M., CANOBBIO, M.M., PAQUETTE, E.V., WELIS, M.F.: Patient Care Standarts Collaborative Practice Planning Guides, 6th Edition, Mosby, (1996)

75. UZUN, Ö.: Yanıklı hastalarda komplikasyonlar ve ölüm nedenlerinin araştırılması, Türk Hemşireler Dergisi, 44, 3-4, 11, 14, (1994)
76. VAN LOEY, N.E.E., FABER, A.W., TAAL, L.A.: Do burn patients need burn specific multidisciplinary outpatient aftercare: research results, Burns, 27, 103, 110, (2001)
77. WARE, J.D., SHERBOURNE, C.D.: The MOS 36-item short-form health survey (FS-36): conceptual framework and item selection, Medical Care, 30, 6, 473, 483, (1992)
78. WIEBELHAUS, P., HANSEN, S.L.: How to Manage Burn Emergencies, Dimensions of Critical Care Nursing, 20, 4, 2, 9, (2001)
79. WIEBELHAUS, P., HANSEN, S.L.: What you should know about managing Burn Emergencies, Nursing 2001, 31, 1, 36, 41, (January 2001)
80. WIEBELHAUS, P., HANSEN, S.L.: Managing burn emergencies, Nursing Management, 32, 7, 31, 35, (July 2001)
81. WRAA, C.: Burns, Sheehy's Emergency Nursing Principles and Practice, fifth edition, (NEWBERRY, L, ed.), 349, 362, Mosby, London, (2003)
82. YAĞMURDUR, M.C., KARAKAYALI, H., MORAY, G.: Factors that Contribute to the Burn Injuries Seen at an Outpatient Burn Clinic in Turkey: An Epidemiological Analysis, Diyaliz Transplantasyon ve Yanık, 14, 1, 28, 34, (Ocak 2003)
83. YOWLER, C.J., FRATIANNE, R.B.: Current Status of Burn Resuscitation, Clinics in Plastic Surgery, 27, 1, 1, 6, (January 2000)

EK – 1

ANKET FORMU

Adı Soyadı:

Adres ve tel No:

A. SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER

1. Yaşınız? ...
2. Cinsiyetiniz?
 - a) Kadın
 - b) Erkek
3. Medeni durumunuz?
 - a) Evli
 - b) Bekar
 - c) Dul
4. Evde kiminle birlikte yaşıyorsunuz?
 - a) Yalnız
 - b) Ailemle
 - c) Arkadaşlarımla
5. Eğitim durumunuz?
 - a) Okur-yazar değil
 - b) İlkokul
 - c) Ortaokul
 - d) Lise
 - e) Üniversite
 - f) Diğer.....
6. Mesleğiniz?
 - a) Devlet memuru
 - b) Serbest meslek sahibi
 - c) İşçi
 - d) Ev hanımı
 - e) Öğrenci
 - f) Diğer.....
7. Aylık ortalama geriliniz nedir (ailedeki tüm çalışanlar)?
 - a) 249.000.000 TL'dan az
 - b) 250.000.000 – 499.000.000 TL
 - c) 500.000.000 – 749.000.000 TL
 - d) 750.000.000 – 999.000.000 TL
 - e) 1.000.000.000 TL'dan fazla
8. Sosyal güvenceniz var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
9. Yaşamınızı en fazla hangi yerleşim biriminde geçiriyorsunuz?
 - a) Köy
 - b) İlçe
 - c) İl

B. HASTALIĞA İLİŞKİN DEĞİŞKENLER

1. Yanık sebebiniz nedir?

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

2. Yanan vücut bölgeniz neresidir?

- | | |
|----------------|--------------|
| a) El / ler | h) Göğüs |
| b) Ayak / lar | i) Perine |
| c) Yüz | j) Sırt |
| d) Baş | k) Karın |
| e) Kol / lar | l) Kalça |
| f) Bacak / lar | m) Tüm vücut |
| g) Boyun | |

3. Yanık yüzdeniz kaçtır?.....

4. Yanık derinliğiniz ne kadardır?

- | | | |
|------------------|-------------------|---------------|
| a) 1. ° yanık | b) 2. ° yanık | c) 3. ° yanık |
| d) 1.-2. ° yanık | e) 2.- 3. ° yanık | |

5. Bu yanık sizde kaç gün önce gelişti? gün önce

6. Tedavi gördüğünüz herhangi bir hastalığınız var mı?

- | | |
|---------|------------------------------|
| a) Evet | b) Hayır (8. soruya geçiniz) |
|---------|------------------------------|

7. Hastalığınızın tanısı nedir? Lütfen belirtiniz.....

8. Sigara içiyor musunuz?

- | | |
|---------|----------|
| a) Evet | b) Hayır |
|---------|----------|

9. Alkol tüketiyor musunuz?

- | | |
|---------|----------|
| a) Evet | b) Hayır |
|---------|----------|

C. TEDAVİ PROGRAMI İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

1. Ne tür tedavi programına alındınız?

- | | |
|-------------------------------|------------|
| a) Ayaktan (6.soruya geçiniz) | b) Yatarak |
|-------------------------------|------------|

2. Hastanede kalış süreniz?.....
3. Hastanede kaldığınız sürece sizde yanığınızdan dolayı herhangi bir problem gelişti mi?
a) Evet b) Hayır (5. soruya geçiniz)
4. Ne tür bir problem gelişti? Lütfen belirtiniz.....
5. Hastanede kaldığınız sürece kaç kez ameliyat oldunuz? kez

D. TEDAVİYE UYUM İLE İLGİLİ DEĞİŞKENLER

6. Yanığınız konusunda herhangi bir eğitim-bilgi aldınız mı?
a) Evet b) Hayır (9.soruya geçiniz)
7. Hangi konularda eğitim-bilgi aldınız?
a) Yanık pansumanı
b) Egzersiz
c) Beslenme
8. Eğitim- bilgiyi kimden aldınız?
a) Hemşire d) Diyetisyen
b) Doktor e) Diğer
c) Fizyoterapist
9. Yanık pansumanınızı düzenli olarak yapıyor musunuz?
a) Hemen hemen her zaman
b) Bazen
c) Hiçbir zaman
d) Hastanede yapılıyor/yapıldı
10. Egzersizlerinizi düzenli olarak yapıyor musunuz?
a) Hemen hemen her zaman
b) Bazen
c) Hiçbir zaman
d) Gerek duyulmadı
11. Beslenmenize dikkat ediyor musunuz?
a) Hemen hemen her zaman
b) Bazen
c) Hiçbir zaman

Ad Soyad:

Aşağıdaki listede, insanlarda genelde bulunan problemler, şikayetler ve duygular mevcuttur. Her birini dikkatlice okuyun ve size en çok uyan cevabı numaralandırın. Her bölümün başındaki tarifelere göre cevabınızı işaretleyin. Hiçbir maddeyi atlamayın. Maddelerle ilgili herhangi bir sorunuz veya zorluğunuz olursa lütfen yardım isteyin.

Teşekkürler

NE KADAR ZORLUK ÇEKİYORSUNUZ:

0 Oldukça fazla

1 Fazla

2 Orta

3 Az

4 Oldukça az (Hiç)

1. Kendi başına banyo yapmak.....
2. Kendi başına tuvalete gitmek.....
3. Kendi başına giyinmek.....
4. Kendi başına yemek yemek.....
5. Kendi başına yatağa girmek ve yataktan kalkmak.....
6. Kendi başına sandalyeye oturmak ve sandalyeden kalkmak.....
7. Kendi başına yürümek.....
8. Kendi başına merdiven çıkmak.....
9. Kendi başına etrafı dolaşmak (araba veya bisiklet sürmek).....
10. Kendi alış - verişini yapmak.....
11. İmza atmak.....
12. Çatal, kaşıkla yemek yemek.....
13. Ayakkabı bağlamak, düğüm atmak vb.....
14. Düz bir yüzeyden parayı almak.....
15. Kapı kolunu çevirmek.....
16. Evin dolayındaki günlük işlerini yapmak.....
17. Sıradan boş zaman etkinliklerini sürdürmek.....
18. Fiziksel boş zaman etkinliklerine katılmak(futbol, basketbol vb).....
19. Eski işimde çalışmak ve eski görevlerimi yerine getirmek.....
20. *Cildime özen göstermek.....

* 20. soruyu; 4: Oldukça fazla, 3: Fazla, 2: Orta, 1: Az, 0: Oldukça az (hiç) sıralamasına göre cevaplayınız.

AŞAĞIDAKİ İFADELER NE ÖLÇÜDE SİZİ TARİF EDİYOR?

- 0 Oldukça fazla
1 Fazla
2 Orta
3 Az
4 Oldukça az (Hiç)

[illegible]

21. Görünüşümdeki değişiklik ilişkilerimi etkiledi
22. Bazen, görünüşümün değiştiğini unutmak istiyorum.....
23. Aile bireylerinin benim etrafımda iken rahatsız olduklarını hissediyorum..
24. Diğerlerine yanılgımın sevimsiz geldiğini düşünüyorum.....
25. İnsanlar bende bir sorun varmış gibi davranıyor.....
26. İnsanlar bana dokunmak istemezler.....
27. Diğer insanların arasında rahatsızım.....
28. Kabuslardan acı çekiyorum
29. Sanki, hemen bir şeyler oluverecekmiş duygusuna kapılıyorum.....
30. Diğer insanların arasında kendimi rahatsız hissediyorum.....
31. Hiçbir neden olmamasına rağmen bazen korkuyorum.....
32. Yaralanmadan önce yapabildiğim şeyleri yapamadığım için üzgünüm.....
33. Bir şey yapasım gelmiyor.....
34. Yalnız kalmaktan korkuyorum.....
35. Hayatıma son vermeyi düşünüyorum.....
36. Duygularım kolayca inciniyor.....
37. Sık sık üzgün veya hüzünlü hissediyorum.....
38. Gelecek hakkında cesaretsizim.....
39. Kontrol edemediğim birden patlama huyum var.....
40. Çok çabuk kızıyorum veya sinirleniyorum.....
41. Bazen kendimi eziliyormuş gibi hissediyorum.....
42. Her şey kontrolümün dışında.....
43. Kendimi bir şeyler yapmak için gerçekten zorluyorum.....
44. Kendime dikkat etmiyorum.....
45. Diğer insanlara göre daha çok kazaya uğruyor gibiyim.....
46. Zaman zaman duygusal sorunlarım olduğunu düşünüyorum.....

AŞAĞIDAKİ İFADELER NE ÖLÇÜDE SİZİ TARİF EDİYOR?

- 0 Oldukça fazla
1 Fazla
2 Orta
3 Az
4 Oldukça az (Hiç)

47. Bazı şeylerde kendimi suçluyorum.....
48. Kendimi yorgun, işe yaramaz ve tükenmiş hissediyorum.....
49. Hayatımdaki herhangi bir ciddi problemi ele alabileceğimi düşünemiyorum...
50. Hoşa gitmeyen düşüncelerin tekrarından korkuyorum.....
51. Arkadaşlarımla bir şeyler yapmaya meraklı değilim.....
52. Arkadaşlarımla birlikteliğimde rahat değilim.....
53. İnsanları ziyaret etmekten zevk almıyorum.....
54. Bazı eski arkadaşlarımla gözünden düştüm.....
55. Yaram beni ailemden uzaklaştırdı.....
56. *Keşke daha fazla aile sorumluluğum olsaydı.....
57. *Ailemle keşke şimdikinden daha fazla bir şeyler yapsam.....
58. Ailemle olmaktansa yalnız kalmayı tercih ediyorum.....
59. Ailemin bana karşı olan davranışlarını sevmiyorum.....
60. Ailem bensiz daha iyi olacak.....
61. Problemlerimi konuşabileceğim kimsem yok.....
62. Eğlencem de hobim de yok.....
63. Üzgünüm, çünkü daha önceden olduğum gibi seksüel açıdan uyandırılmış hissedemiyorum.....
64. Artık daha fazla seksle ilgilenmiyorum.....
65. Uzun zamandır ne kucaklaştım, ne sarıldım ne de öpüştüm.....

* 56. ve 57. soruları; 4: Oldukça fazla, 3: Fazla, 2: Orta, 1: Az, 0: Oldukça az (hiç) sıralamasına göre cevaplayınız.

0 Oldukça fazla
1 Fazla
2 Orta
3 Az
4 Oldukça az (Hiç)

66. Genel olarak, doktorun söylediklerini yapmıyorum.....
67. Sağlığım ile ilgili endişelerimi sürdürüyorum.....
68. Yanığının açık yaraları var veya bozukluklar düzelmiyor.....
69. Kaşıntım var.....
70. Ağrım var.....
71. Fiziksel etkinliklerim çok kısıtlı.....
72. Gücümü kaybettim.....
73. Enerjim yok.....
74. Genel görünüşüm beni gerçekten üzüyor
75. İnsanların bana tepki gösterme biçimine üzüldüğüm.....
76. Kazayla ilgili düşüncelerim veya anılarım var.....
77. Başkalarının yardımına çok ihtiyacım var.....
78. Diğer insanların benden daha iyi olduklarını hissedebiliyorum.....
79. Sinirlilik ve titreme hislerim var.....
80. Tuzağa düşürülmüş yada çaresizlik hissediyorum.....

SİZE EN ÇOK UYAN KUTUYU İŞARETLEYİN. (sadece bir kutuyu işaretleyin)
İŞİNİZLE İLGİLİ OLANI İŞARETLEYİN

1. Öncekine göre daha iyi bir işim var.....
2. Eski işimde önceden yaptığım işlerin aynısını yapıyorum.....
3. Eski işimde farklı işler yapıyorum veya daha az zaman geçiriyorum.....
4. Maaş uğruna yarım gün işlerde çalışıyorum.....
5. Tazminat veya duruşma ödentisi alıyorum.....
6. Kazadan dolayı başka bir yere yerleştirildim.....
7. Yardımla, rehabilitasyonla veya ilk yardım sigortasının karşılanması ile işten çıkarıldım.....
8. Tazminatsız işten çıkartıldım veya emekli edildim.....
9. Diğer – Lütfen belirtin _____

ÖZGEÇMİŞ

Ben, Zahide Tuna, 1978 yılında Bulgaristan'da doğdum. İlk eğitimimi Bulgaristan'da, orta eğitimimi Eskişehir'de, lise eğitimimi Bursa'da tamamladım. 2000 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Lisans programından mezun oldum. 2002 yılından itibaren Gazi Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Acil Servis'inde çalışmaktayım.

Türk Hemşireler Derneği'ne ve Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği'ne üyeyim. 1.Uludağ Cerrahi Hemşireliği Sempozyumu'na, 1. Uludağ İç Hastalıkları Hemşireliği Sempozyumu'na, II. Uluslararası Hemşirelikte Araştırma Sempozyumu'na ve SANERC'in düzenlemiş olduğu CPR ve ACLS Kurslarına katıldım. İyi derecede İngilizce bilmekteyim.