

156288

T.C.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YANIK HASTALARININ TABURCULUK SONRASI
BİLGİ GEREKSİNİMLERİ**

Saide FAYDALI

Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliği'nin
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı için
öngördüğü YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Nurhan BAYRAKTAR

ANKARA

2004

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı

: Doç. Dr. Nurhan BAYRAKTAR

Hacettepe Üniversitesi

Üye

: Prof. Dr. Fethiye ERDİL

Hacettepe Üniversitesi

Üye

: Prof. Dr. Nalan ÖZHAN ELBAŞ

Gazi Üniversitesi

Üye

: Doç. Dr. Hülya UÇAR

Hacettepe Üniversitesi

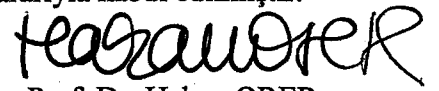
Üye

: Yrd. Doç. Dr. Leyla DİNÇ

Hacettepe Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Hakan ORER

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde; katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişilere içtenlikle teşekkür ederim.

Sayın Doç.Dr. Nurhan Bayraktar tez danışmanı olarak çalışmamı sabır ve anlayışla yönlendirmiştir.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekim Yardımcısı Op.Dr. Aydın Bilgin ve Yanık Ünitesi'nden Sorumlu Sayın Doç.Dr. Nuri Aydın Kama tez çalışmamı yapabilmem için izin vermiştir.

Yanık Polikliniği Hemşiresi Sayın Hanife Şenocak, Fizyoterapist Sayın Zeynep Çalışkan ve tüm Yanık Ünitesi çalışanları hastaların değerlendirilmesi ve soru kağıdı uygulama ortamı sağlanmasına katkıda bulunmuşlardır.

Sayın Fizyoterapist Dr. Yasemin Kavlak, yanık hastalarının fizik tedavi ve rehabilitasyonu konusunda bilgi toplamamda yardımcı olmuştur.

Sayın Arş.Gör.Dr. Erdem Karabulut ve Sayın Esra Tokur çalışmamın istatistiksel değerlendirmesine katkıda bulunmuşlardır.

ÖZET

Faydalı, S., Yanık Hastalarının Taburculuk Sonrası Bilgi Gereksinimleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2004. Araştırma, yanık nedeniyle hastaneye başvuran, ayaktan ya da yatarak hastanede tedavi olduktan sonra taburcu edilen hastaların bilgi gereksinimlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma, 16 Haziran 2003 – 24 Eylül 2003 tarihleri arasında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yanık Polikliniği'ne taburculuk sonrası yara bakımı ve kontrol amacıyla gelen 192 hasta ve 88 hasta yakını olmak üzere toplam 280 kişi üzerinde uygulanmıştır. 10 yaş ve altındaki hastalar ile iletişim kurulamayan ileri yaşta demanslı hastaların yakınlarından veri toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından literatür bilgileri dikkate alınarak hazırlanan soru kağıdı kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından hastalar ve hasta yakınlarıyla görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 11.5 paket programı kullanılarak; yüzdeler, sayılar, Pearson, Likelihood Ratio ve Fisher'in ki kare önemlilik testleri uygulanmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, yanık nedeniyle tedavi olan hastaların yanık tedavi ve bakımı hakkında bilgi eksikliği olduğu ve daha fazla bilgi almak istedikleri belirlenmiştir. Taburculuk sırasında bilgi alan hasta ve yakınlarının yanık sonrası tedavi ve bakıma ilişkin daha fazla bilgiye sahip oldukları belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda, yanık hastası ve yakınlarına görsel ve işitsel eğitim materyalleriyle, planlanmış bir taburculuk eğitimi verilmesi ve taburculuk sonrası hasta ve yakınlarının rahatça ulaşabilecekleri bir danışma hattının kurulmasına ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yanık, Hasta ve Hasta Yakını Eğitimi, Taburculuk, Evde Bakım, Hemşirelik,

ABSTRACT

Faydali, S., Post-discharge Information Needs of Burn Patients, Hacettepe University, Institute of Health Sciences, Surgical Nursing Program, Master Thesis, Ankara, 2004. This descriptive study was carried out to determine the post-discharge information needs of the burn patients discharged upon ambulatory or hospitalized treatment. The subjects comprised of total 280 persons, including 192 patients visiting Ankara Numune Training and Research Hospital Burn Polyclinic for post-discharge wound care and check, and 88 patient relatives, from June 16, 2003 to September 24, 2003. Data of the subjects whose age was belows 10 years old and who has in advanced dementia were collected from them relatives. A questionnaire prepared by the researcher on the basis of the literature data was used as the data collection instrument. Data were collected through interviews held by the researcher with the patients and their relatives. SPSS 11.5 package software was used in data evaluation, which was supported with the percentage numbers, Pearson, Likelihood Ratio and Fisher's Chi-Square tests. The obtained results revealed that the burn patients had a lack of information on the burn treatment and care, and wanted to be more enlightened on the subject. It was determined that the patients and patient relatives informed at the time of discharge had got more information on the post-discharge burn treatment and care. In line with the study results, a number of suggestions were made on organization of planned discharge training courses to the burn patients and their relatives by means of audiovisual training materials, and introduction of an post-discharge information line easily accessible to the patients and their relatives.

Keywords: Burn, Patient and Patient Relatives Training, Discharge, Home Care, Nursing

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	x
TABLolar	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Yanığın Tanımı	7
2.2. Yanık Nedenleri	7
2.3. Yanığın Beden Üzerine Etkileri	7
2.3.1. Lokal Etkiler	7
2.3.2. Sistemik Etkiler	8
2.4. Yanık Yaralarının Sınıflandırması	12
2.4.1. Yanık Yarasının Genişliği	12
2.4.2. Yanık Yarasının Derinliği	12
2.5. Özel Bölge Yanıkları	14
2.6. Yanık Hastasının Tedavi ve Bakımı	14
2.6.1. Yanık Hastasının Hastanede Tedavi ve Bakımı	14
2.6.2. Yanık Hastasının Evde Tedavi ve Bakımı	17
2.7. Yanıkta Egzersiz ve Pozisyonlar	24
2.7.1. Egzersiz	24
2.7.2. Pozisyonlar	25
2.8. Beslenme	26
2.9. Sıvı Gereksinimi	28

2.10. Ağrı	28
2. 11. Psikolojik Sorunlar	29
3. BİREYLER ve YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Şekli	31
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	31
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	32
3.3.1. Araştırmanın Evreni	32
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	32
3.4. Verilerin Toplanması	33
3.4.1. Veri Toplama Aracı	33
3.4.2. Ön Uygulama	33
3.4.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması	33
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	34
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	36
4. BULGULAR ve TARTIŞMA.....	37
4.1.Hasta/Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular ve Tartışma	37
4.2. Yanığa İlişkin Bulgular ve Tartışma	39
4.3. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Konusunda Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Bulgular ve Tartışma	44
5. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	71
5.1. Sonuçlar	71
5.1.1. Hasta/Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar.....	71
5.1.2. Yanığa İlişkin Sonuçlar.....	71
5.1.3. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Konusunda Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Sonuçlar	72
5.2. Öneriler	79

KAYNAKLAR	80
ÖZGEÇMİŞ	90
EKLER	91
Ek 1: Hasta Soru Kağıdı	
Ek 2: Hasta Yakını Soru Kağıdı	
Ek 3: Tez Uygulamasına İlişkin Kurum İzin Belgesi	
Ek 4: Tez Uygulamasına İlişkin Hasta/Hasta Yakını Onam Formu	
Ek 5: Ek Tablolar	



SİMGELER ve KISALTMALAR

CPR: *Cardio pulmoner resüsitasyon*

DİE: Devlet İstatistik Enstitüsü

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ROM: *Range of Motion*

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

TVYA.: Total Vücut Yüzey Alanı

ACTH: *Adreno cortico trophic hormon*

ADH: *Anti diüretik hormon*



TABLÖLER:

Tablo	Sayfa
Tablo 3.1. Veri Toplanan Kişiler ve Hasta Yakınlarının Hasta İle Yakınlık Derecesi ..34	
Tablo 4.1. Hasta/Hasta Yakınının Tanıtıcı Özellikleri 37	
Tablo 4.2. Hastalarda Mevcut Olan Yanığa İlişkin Bilgiler 39	
Tablo 4.3. Hastalara Uygulanan Yanık Tedavisi ve Bakımına İlişkin Bilgiler 41	
Tablo 4.4. Yanık Nedeniyle Ortaya Çıkan Sorunlar ve Hasta/Hasta Yakınlarının Bu Sorunlara Yönelik Çözümleri 43	
Tablo 4.5. Hasta/Hasta Yakınının Taburculuk Sonrası İlaç Kullanımı Bilgileri 44	
Tablo 4.6. Hasta/Hasta Yakınlarının Pansumana İlişkin Bilgileri 46	
Tablo 4.7. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Şiddetine Göre Pansumana İlişkin Bilgileri 48	
Tablo 4.8. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Sonrası Tedavi ve Bakıma Yönelik Bilgi Alma Durumlarına Göre Pansumana Yönelik Bilgileri 50	
Tablo 4.9. Hasta/Hasta Yakınının Banyo ve Giyim Gereksinimine İlişkin Bilgileri 51	
Tablo 4.10. Hasta/Hasta Yakınlarının Yaranın Enfeksiyondan Korunması ve Enfeksiyon Belirtilerine İlişkin Bilgileri 53	
Tablo 4.11. Hasta/Hasta Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre Yaranın Enfeksiyondan Korunması ve Enfeksiyon Belirtilerine İlişkin Bilgileri 54	
Tablo 4.12. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Sonrası Tedavi ve Bakıma Yönelik Bilgi Alma Durumlarına Göre Yaranın Enfeksiyondan Korunması ve Enfeksiyon Belirtilerine İlişkin Bilgileri.....56	
Tablo 4.13. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Sonrası Beslenmeye İlişkin Bilgileri 57	
Tablo 4.14. Hasta/Hasta Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre Yanık Sonrası Beslenmeye İlişkin Bilgileri 59	
Tablo 4.15. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Sonrası Tedavi ve Bakıma Yönelik Bilgi Alma Durumlarına Göre Yanık Sonrası Beslenmeye İlişkin Bilgileri 61	
Tablo 4.16. Hasta/Hasta Yakınlarının Taburculuk Sonrası Egzersiz ve Pozisyona İlişkin Bilgileri 63	

Tablo 4.17. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Sonrası Tedavi ve Bakıma Yönelik Bilgi Alma Durumlarına Göre Taburculuk Sonrası Egzersiz ve Pozisyona İlişkin Bilgileri	65
Tablo 4.18. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanığa İlişkin Bilgi Alma Durumları	67
Tablo 4.19. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanığa İlişkin Bilgi İsteme Durumları	69



1-GİRİŞ:

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi:

Yanık, yoğun araştırma ve uğraşlara, uygarlığın gelişmesine, sosyo-ekonomik durumun yükselmesine rağmen günümüzde oldukça sık görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yılda yaklaşık 1-2.4 milyon kişi yanık etkenine maruz kalmakta, bu kişilerden 50.000-130.000'i hastanede tedavi görmekte, yaklaşık 6.000-12.000 kişi yanık nedeniyle hayatını kaybetmektedir (Parsons 1997, Ignatavicius ve ark. 1999, Arıncı 2000, Morgan ve ark. 2000, Smith 2000, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001, Sheridon 2003). Türkiye'de ise yılda ortalama 1 milyon kişinin yandığı, bu hastaların 12.000-13.000'inin hastaneye yattığı ve yaklaşık 2.000 kişinin yanık nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Çeşitli derecelerde ömür boyu sakat kalanların sayısı ise 40.000 dolaylarındadır (Selmanpakoğlu 1998, Arıncı 2000, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001). Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre yangınların sebep olduğu kazalar nedeniyle 1991 yılında 310 kişi, 2000 yılında ise 173 kişi hayatını kaybetmiştir. 1991-2000 yılları arasında yanıkta ölüm sayısı azalmış olmakla birlikte, yanık görülme oranında önemli bir değişiklik olmamıştır (DİE İstatistik Yıllığı 2003). Sosyal Sigortalar Kurumu 2003 yılı verilerine göre; iş kazası nedeniyle oluşan termal yanıklarda 2422, kaynar su ile haşlanma nedeniyle 259, kimyasal yanıklara bağlı 248, elektrik enerjisinin etkileri nedeniyle 187, ışığın ve ısıнын etkileriyle 7 ve radyasyon etkileriyle 2 olmak üzere toplam 3125 yaralanma ortaya çıkmıştır (SSK İstatistik Yıllığı 2003). 2000-2002 yılları arasında yapılan bir araştırma sonucunda; Türkiye'de yaş ortalamaları 8.4 olan 1064 çocuğun yanık nedeniyle hastaneye başvurduğu ve 108'inin öldüğü ortaya çıkmıştır (Gürsu 2003). Bu veriler, yangın önemli bir toplum sağlığı sorunu olduğunu göstermektedir.

Yanık bedende sadece belirli bir alanı değil, bütün sistemleri etkiler; uygun tedavi ve bakım sağlanamadığı durumlarda hastaların yaşam kalitesinin azalmasına neden olur. Son yıllarda, yanık fizyolojisinin daha iyi aydınlatılması ve sıvı-elektrolit tedavisine verilen önem sonucu geniş yanıklı hastalarda erken dönemde görülen ölümler azaltılabilmektedir. Yanık hastalarının geç dönemde gelişen yara enfeksiyonu ve buna bağlı gelişen sepsis nedeniyle öldükleri görülmektedir (Selmanpakoğlu 1998, Senior 1999, Arıncı 2000, Spies ve ark. 2003).

Hastaneye başvuran hastanın; yaşına, yanık nedenine, yanık oluşan (el, ayak, yüz gibi) bölgenin özelliğine, solunum yolu hasarı ile birlikte olup olmamasına, yanığın genişlik ve derinliğine göre hastaneye yatmasına ya da evde izlemine karar verilmektedir. Acil polikliniğinde görülen yanık vakalarının %8.8'inin hastaneye yatarak tedavi olması gerekmektedir. Yanıkların %80'inden fazlası, I. derece olduğundan ve vücut yüzeyinin %20'den azını etkilediğinden ayaktan tedavi ile iyileşebilirler (Selmanpakoğlu 1998). Daha geniş ve komplike yanığı olan hastalar ise özelleşmiş yanık ünitelerinde/merkezlerinde tıbbi bakım, hemşirelik bakımı ve tam donanımlı laboratuvar desteğine gereksinim duyarlar. Yanık merkezlerinde iyi bir bakımla ölüm oranı azaltılabilir (Tarnow-Mordi ve ark. 2000). Yeni yanık merkezlerinin yapılanma çalışmaları sürmekle birlikte halen Türkiye genelinde bulunan toplam 5 yanık merkezi ve ünitesi hastaneye yatış gerekliliği olan yanık vakalarının tamamının yatışı için yetersiz kalmaktadır. Yanık hastalarının bir kısmı Plastik Cerrahi ve Genel Cerrahi kliniklerinde tedavi edilmeye çalışılmakta, fakat bu kliniklerin koşulları yanık hastası için istendik ortamı sağlayamamaktadır. Yanık hastasının hastanede (ayaktan ya da yatarak) tedavi süresi hasta tamamen sağlığına kavuştuktan sonra ya da iyileşme sürecinin yaşadığı ortamda tamamlanabileceği düşüncesi ile hastaneden taburcu edilmesiyle sona ermektedir. Forjuoh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (1995) 0-5 yaş grubu yanıklı çocukların %48'inin sağlık bakım hizmetlerinden yararlandığı, diğerlerinin tedavi bakım işlevini kendi yaşam koşullarında sağlamaya çalıştıkları ortaya konmuştur. Birey hastane ortamından ayrıldıktan sonra ilaçlarını kullanma, istirahat etme, diyetini uygulama gibi konularda tedaviye ilişkin güçlükler yaşayabilmekte ve danışmanlık gereksinimi duyabilmektedir. Hasta taburculuk sonrası tedaviye ilişkin uyum güçlüğü yaşayabilmekte ve bu durum sonucunda ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle tekrar hastaneye yatırılabilir (Harteveld ve ark. 1997). Tekrar yatışlar hastalık tablosunun ilkinde oranla daha ileri ve karmaşık bir yapıya dönüşmesine; hasta ve yakınlarının daha fazla stres, kriz, depresyon, panik duyguları yaşamasına; tanı işlemlerinin ve tedavinin tekrarına; yatak ve sağlık personeli işgaline neden olmaktadır. Bunun sonucunda birey ve ülke ekonomisi olumsuz yönde etkilenmektedir (Lewin ve ark. 1992, Kaufmann ve ark. 1999) Bu olumsuz durumların önlenmesi amacıyla tedavi ve bakım sürekliliğinin sağlanması önemlidir.

Tedavi ve bakımın sürekliliği, hastanın yaşadığı ortama döndüğünde de tedavi ve bakım gereksiniminin karşılanmaya devam etmesi anlamına gelmektedir. Bakımın sürekliliği; herhangi bir sağlık kurumundan hizmet alan ve o kurumdan taburcu olan birey için hazırlanan taburculuk planlaması ve evde bakım hizmetleri ile sağlanabilmektedir (Sullivan 1995, Anderson ve ark. 1996, Hitchcock ve ark. 1999, Mittal ve ark. 1999).

Son 10-12 yıl içerisinde Türkiye'de evde bakım konusunda akademik çevreler ve özel hastanelerde çalışmalar yapılmakla birlikte bu hizmetler, sosyal güvence kapsamında yer almamaktadır. Evde bakımın kurumsallaşması yanık sonrası iyileşme sürecinde kontrol ve bakıma ihtiyaç duyan hastalar için geçerli bir yol olarak düşünülebilir. Bu hizmet bir ekip tarafından sağlanmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü, özellikle kurum dışı sağlık hizmetleri kapsamında evde bakım gereksiniminin karşılanmasında hemşireleri kilit insan gücü olarak görmektedir. Kendine bakımda yetersiz kalan hastaların yakınları bakım veren rolünü üstlenmektedir. Bu durum, hasta yakınlarının evde bakım ekibine dahil edilmesini gerekli kılmaktadır (Dattolo ve ark. 1996, Ülkemizde Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Toplantı Raporu 1996, Öztekin ve Kubilay 1996, Parsons 1997, Hitchcock ve ark. 1999, Altun 2000, Kanan 2000, Taşocak 2000, Akdemir ve ark. 2001, Allender ve ark 2001, Coşan-Yılmaz 2001).

Yanığı olan hastalar ister ayaktan, isterse hastanede yatarak tedavi edilsin yanık yarasının iyileşmesi uzun bir zaman alacağından hastalar için planlanmış bir taburculuk çok önemlidir. Literatür incelendiğinde, taburculuk planlamasının sağlık hizmeti alan bireye yönelik kapsamlı tanımlama ve bu doğrultuda yapılan planlama, uygulama ve değerlendirmeyi içerdiği görülmektedir. Taburculuk planlaması hasta hastaneye kabul edildiğinde tanımlama evresiyle başlatılır. Tanımlama hizmet alan birey ve ailesinin taburculuk sonrası yaşadığı ortama döndüğünde desteklenmeye gereksinimi olduğu alanları işaret edecek başetme becerileri, bilişsel algı öğeleri ve aile destek sistemlerinin belirlenmesini içerir. Gereksinimler tanımlandıktan sonra hizmet alan birey ve yakınlarının gereksinimlerinin karşılanması için uygun kaynaklara nasıl ulaşabileceği belirlenir ve taburculuk planı uygulanır. Taburculuk planlamasının son evresi ise belirlenen kaynakların hizmet alan birey ve yakınlarının

gereksinimleriyle örtüşme durumunun değerlendirilmesi ve uygun kaynakların sağlanması ile tamamlanabilmektedir (Sullivan 1995, Robison ve ark. 2000).

Taburculuk sonrası sağlığı yeniden kazanma ve sürdürme evde bakımın kalitesi ile orantılıdır. Bu ise ancak hasta ve yakınlarının taburculuk planlaması kapsamında tedavi ve bakım konusunda bilgilendirilmesi ile mümkündür (Dattolo 1996, Mamolen ve Brenner 2000). D.S.Ö.-Avrupa Bölgesi Temsilciliğinin, 1998 yılında "21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık" politika ve stratejileri kapsamında saptadığı 21 hedefin hemen hepsinde, bireylerin yaşamları boyunca sağlığın korunması ve geliştirilmesinde sorumluluk almaları için eğitilmeleri konusu yer almaktadır (WHO-Europe 1998). Akdemir ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen "Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi" konulu projede (2001) hasta/hasta yakınlarının evde bakıma ilişkin çeşitli konularda bilgi gereksinimi olduğu görülmüştür. Hizmet alan bireyin ve yakınlarının taburculuk planlaması kapsamındaki eğitimine kuruma başvuru anından itibaren en kısa sürede başlanılmalıdır. İyi bir eğitim programı tedavi ve bakımın bütün yönlerini kapsamalıdır ve sürekli geliştirilmelidir. Taburculuk eğitiminin hizmet alan bireyin iyileşme düzeyini artırdığı, hastanede kalış süresini ve hastalığa bağlı komplikasyonları azalttığı, yeniden hastaneye yatışı önlediği ve ailenin fiziksel ve duygusal yükünü azalttığı, maliyet etkinliği sağladığı, mortalite ve morbiditeyi azalttığı, bireysel bağımsızlığını ve sosyal yaşama uyumunu desteklediği ve yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır. Yanık, hastanın fiziksel yeterliliğini de etkileyebildiği için, eğitim ile hastanın ve yakınlarının yeni durumuna uyum sağlaması kolaylaşacaktır. (Dattolo 1996, Öztekin ve Kubilay 1996, Parsons 1997, Fındık 1999, Hitchcock ve ark. 1999, Rollins 1999, Taşocak 2000, Allender ve ark. 2001).

Yanık hastasına ve hasta yakınına, yanıkta yara bakımı, yaranın enfeksiyondan korunması, egzersiz ve pozisyonlar, beslenme, tuz ve sıvı alımı, kullanılacak ilaçlar, ağrıyla başetme, psikolojik problemler ve destek faktörlerinin artırılması, kontrol gereksinimi ve sıklığı, günlük yaşam aktiviteleri gibi konularda gereken eğitim verilmelidir (Healing-Kaplan 1985, Mason ve ark. 1986, An Easy Guide to Outpatient Burn Rehabilitation 1996, A Guide for Parents 2000, Burns 2002, Canobbio 2000, Mamolen ve Brenner 2000, Burns 2002, Patel 2002, Regojo 2003).

Yanıklı hastanın yetersiz beslenmesiyle artan enerji ihtiyacının karşılanamaması; kilo kaybına, yara iyileşmesinde gecikmeye, hipertrofik skar oluşumuna, yanık genişliği ve derinliğinin artmasına, anemiye, güçsüzlüğe ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye yol açabilir. Hasta egzersiz yapmadığında ve uygun pozisyonu koruyamadığında kontraktürler, ekstremitte kayıpları, osteoporoz, eklemlerde deformasyon ve kalsifikasyonlar ortaya çıkabilir. Pansuman uygun şekilde yapılmadığında ve hastanın hijyenik gereksinimleri uygun şekilde karşılanamadığında, yara enfeksiyonu ve sepsis; bakım sırasında yanık yarası kronik, mekanik ve solar irritasyona maruz kaldığında malign oluşumlar ortaya çıkabilmektedir. Ağrı nedeniyle hastaların yanık sonrası banyo, yara temizliği, egzersiz ve pozisyon verme gibi tedavi ve bakım işlemlerini yerine getiremediği görülmektedir. Ağrı kontrolü de hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi gereken önemli bir konudur. Bu durumlarda yanık hastalarının tekrar hastaneye yatışı gerekli olabilir ve hastanede kalış süresi uzayabilir. Yanığı olan hasta ve yakınına planlanmış bir taburculuk eğitimi verilmesi hastada gelişebilecek komplikasyonların önlenmesinde etkili olacaktır. (Mason ve ark. 1986, An Easy Guide to Outpatient Burn Rehabilitation 1996, Dattolo 1996, Parsons 1997, Ignatavicius ve ark. 1999, A Guide for Parents 2000, Black ve ark. 2001, Campton-Johnston ve Wilson 2001, Stichler 2001).

Yanıklı hastanın taburculuk eğitimi planlanması ve uygulanması bir ekip çalışmasını gerektirir. Yanık ekibinde; doktor, hemşire, psikolog, fizyoterapist, beslenme uzmanı, iş ve uğraşı terapisti yer alır. Yanık yarasının taburculuk sonrası bakım ve takibi, hastanın bakımına katılan tüm disiplinlerin üyeleri tarafından dikkatlice planlanır. Hemşire, tedavi ve bakımın tüm yönlerinin koordine edilmesinden ve hasta gereksinimlerinin bütüncül bir yaklaşımla karşılanmasından sorumludur. Hemşire tedavi süresi boyunca hastanın bağımsızlığını ve öz bakımını geliştirmeye çalışır (Healing-Kaplan 1985, Dirican ve Bilgel 1993, Dattolo 1996, Öztekin ve Kubilay 1996, Tosun-Kılıç 1998, Coffin 2000, Kanan 2000, Robison ve ark. 2000, Larrison 2003). Hemşireler hastalara 24 saat hizmet sunan sağlık çalışanları olarak, taburculuk eğitimi gerçekleştirmek için iyi bir konumdadırlar. Hasta eğitimi üzerine yapılan araştırmalara bakıldığında, hemşirenin verdiği eğitim sonrası hastalarda komplikasyon görülme oranının azaldığı, hastaların aldıkları

hemşirelik bakımıyla ilgili memnuniyetlerinin arttığı ortaya çıkmıştır (Dattolo 1996, Yılmaz 2000, Larrison 2003). Ancak gözlemlerimiz yanığı olan hastalara planlı bir taburculuk eğitimi yapılmadığı doğrutusundadır.

Yanık hastalarının taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerinin belirlenmesinin, taburculuk eğitiminin oluşturulması ve taburculuk sonrası bakımın planlanmasında yol gösterebileceğı düşünölmüştür.

1.2.Araştırmanın Amacı

Hastaların tedavi ve bakımının sürekliliğinin sağlanması için taburculuk planlaması önemlidir. Taburculuk planlamasının bir parçası olan ve bakımın etkin ve kaliteli olarak devam edebilmesi için gerekli olan şartlardan biri de hasta ve yakınlarının yanıklı hasta bakımı konusunda bilgi gereksinimlerinin karşılanmasıdır. Bu araştırma, ayaktan tedavileri uygun görölen ya da klinik tedavileri sona eren yanık hastalarının taburculuk sonrası bakıma ilişkin bilgi gereksinimlerini saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yanığın Tanımı

Bedenin bölgesel olarak ateş, buhar, sıcak cisimler, elektrik, radyasyon, röntgen ışını ve kimyasal maddelerle karşılaşması sonucu gelişen doku harabiyeti olarak tanımlanan yanık, sadece deriyi etkileyen lokalize bir olay olmayıp, tüm organizmayı etkileyen çok kapsamlı bir travmadır (Marks ve Marks 1997, Selmanpakoğlu 1998, Arıncı 2000, Black ve ark.2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001, Dobson ve ark. 2003).

2.2. Yanık Nedenleri

Yanıklar nedenlerine göre; termal, kimyasal, radyasyon, elektrik ve inhalasyon yanıkları olarak gruplandırılmaktadır. Termal etkenler; ateş, sıcak maddeler ya da sıcak nesnelerdir. Kimyasal yanıklarda; evde temizlik için kullanılan kimyasal maddeler, endüstride, tarımda ve savaş amacıyla kullanılan kimyasal maddeler yanık nedenini oluşturur. Bu kimyasal maddeler; asit, baz, organik ya da inorganik kökenli olabilir. Radyasyon yanıkları; genellikle laboratuvarında tıbbi işlemler sırasında kaza sonucu, büyük bir endüstri kuruluşunda patlama ile ya da askeri amaçlarla uygulanan nükleer bomba patlamaları sonucu radyasyon etkenine maruz kalma ile ortaya çıkar. Elektrik akımı, izlediği yol boyunca dokuları tahrip ederek elektrik yanıklarını oluşturur. Inhalasyon yanıkları; sıcak hava, alev ve zehirli gazların solunmasıyla ortaya çıkar (Selmanpakoğlu 1998, Ignatavicius ve ark. 1999, Arıncı 2000, Smith 2000, Black ve ark. 2001).

2.3. Yanığın Beden Üzerine Etkileri

Yanıkta; yanık etkeninin cinsine, şiddetine ve temas süresine bağlı olarak bazı patolojik değişiklikler meydana gelmektedir.

Yanığın beden üzerindeki etkileri;

1-Lokal etkiler

2-Genel etkiler olmak üzere iki grupta incelenebilir (Marks ve Marks 1997, Selmanpakoğlu 1998, Ignatavicius ve ark. 1999, Arıncı 2000, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001)

2.3.1. Lokal Etkiler

Yanık hasarı sıcaklığın yoğunluğuna, temas süresine, cildin kalınlığına ve dokunun yapısına bağlı olarak hücrede değişik derecede fonksiyon bozukluğuna

ya da ölümüne neden olur. Yanık yarasındaki fizyopatolojik değişiklikler, bir alana düşen ısıнын neden olduğu etkiler ve bunun sonucunda ortaya çıkan inflamatuvar reaksiyon ile karakterizedir (Selmanpakoğlu 1998, Ignatavicius ve ark. 1999, Arıncı 2000, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001, Sheridan 2003).

2.3.2. Yanıkta Sistemik Etkiler

Yanık sonucu organizmada meydana gelen fizyo-patolojik değişiklikler ve bunların önemli bazı sistemler üzerinde yarattığı patolojik etkiler şu şekilde incelenebilir:

I-Hemodinamik etkiler

Yanık sonrası damar geçirgenliğindeki artışa bağlı damar içinden hücreler arası mesafeye su, elektrolit ve protein geçer. Kayıplar ilk 12 saatte en yüksek seviyededir. Geniş ve ağır yanıklı hastalarda yanmadan sonraki ilk 4 gün içinde damarlardan plazma kaybı fazla olur. Damar içi sıvı kaybı yanık sonrası ödeme neden olur. Büyük yanıkların ilk iki saatinde total vücut suyunun %15'i, ilk sekiz saatinde %80'i kaybedilebilir. Bu nedenle hipovolemik şok ortaya çıkabilir. Ayrıca yanıktan hemen sonra aşırı hücre yıkımı nedeniyle hiperkalemi meydana gelir. Ancak sıvı tedavisi başladıktan sonra idrar miktarının artması ve yetersiz potasyum alımı hipokalemiye yol açabilir (Bayley 1990, Selmanpakoğlu 1998, Ignatavicius ve ark 1999, Arıncı 2000, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001).

Yanığın etkisi ile total eritrositin %30 kadarı hemolize uğrayabilir. Yanıktan sonra ortaya çıkan hemoliz ve kan kayıpları anemiye neden olur. Trombosit tahribi nedeniyle trombositopeni gelişir (Selmanpakoğlu 1998, Ignatavicius ve ark 1999, Arıncı 2000, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001,).

II- Kalp-damar sistemi üzerindeki etkiler

Yanık sonrası ilk dakikalar içinde kan basıncı, santral venöz basınç ve periferik damar direncinde belirgin bir artış meydana gelir. Gittikçe artan bir hızla plazma hacminin azalmış olması, kardiyak out-putun azalmasına, dolayısıyla kan basıncında düşmeye neden olur. Buna bağlı olarak taşikardi meydana gelir (Selmanpakoğlu 1998, Ignatavicius ve ark. 1999, Arıncı 2000, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001).

Derin ikinci derece ve üçüncü derece yanıklarda venlerde gelişen tromboz ve eskar altında oluşan ödem daha uç kısımlarda yanmamış dokuların kanlanması

bozabilir. Doku perfüzyonunda azalma, asidoza, şoka ve organ fonksiyonlarında bozukluklara yol açar (Selmanpakoğlu 1998, Ignatavicius ve ark. 1999, Arıncı 2000, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001).

III-Solunum sistemi üzerindeki etkiler

Solunum yollarındaki sorunlar; genellikle inhalasyon yanıklarına bağlı olarak ortaya çıkar. Yanık etkeni solunum yollarını etkilemeden önce yüz, boyun ve göğüsle temas edeceği için bu bölgelerdeki yanıklar dikkatle izlenmelidir. Yanmış burun ve yüz kılları, ses boğukluğu, solunum güçlüğü, nazal kızarıklık, öksürük, stridor gibi belirtiler üst solunum yolunda yanık olduğuna işaret eder. Solunan gazlar; özellikle karbonmonoksit eritrositlerdeki oksijenin yerine geçerek, hücrelere oksijen taşınmasını engeller. Solunum yolları yanığı pulmoner ödem ya da obstrüksiyona yol açar. Solunum yolları yanığından bir hafta sonra trakea ve bronşlardaki soyulmuş bölgelerde “pnömoni” gelişme olasılığı ciddi bir problem haline gelebilir. Hastalarda solunum sisteminde yaralanma olmasa bile büyük yanıklarda oksijen tüketimi hipermetabolizma nedeniyle iki kat artar (Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001, Kerstein 2001, Dramalı 2003, Sheridan 2003, Cox ve ark. 2003).

IV- Üriner sistem üzerindeki etkiler

Büyük yanıklardan sonra kan volümünün azalmasına bağlı böbrek kan akımının da azalması sonucu oligüri ve anüri görülür. Ayrıca ısının etkisiyle eritrositlerden hemoglobin ve kas dokusunda myoglobin açığa çıkar. Böbrek kan akımı yetersiz olduğunda, hemoglobin ve myoglobin renal tübülleri tıkayarak akut tübüller nekroza ve böbrek yetmezliğine yol açar (Selmanpakoğlu 1998, Ignatavicius ve ark. 1999, Arıncı 2000, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001).

V- Endokrin sistem üzerindeki etkiler

İnsan vücudu yanığı stres olarak algılar ve strese karşı şu tepkiler ortaya çıkar; Hipofiz bezinden ACTH (adrenokortikotropik hormon) salgınımı artar. ACTH adrenal korteksin aldosteron salgısını uyarır. Sıvı kaybını azaltmak amacıyla aldosteronla birlikte arka hipofizden ADH (antidiüretik hormon) salgınımı da artar. ACTH artışının, yanıkta bir komplikasyon olarak ortaya çıkan Curling ülserlerinin oluşumundan sorumlu olduğu düşünülmektedir. Steroid salgınının ve katekolamin salgınının artması nedeniyle kan glikoz düzeyi yükselir. Böylece hastada artan

metabolizma için enerji gereksinimi karşılanır. Adrenal bezden salgılanan epinefrin ve norepinefrin kan basıncının yükselmesine yol açar (Selmanpakoğlu 1998, Ignatavicius ve ark. 1999, Arıncı 2000, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001).

VI- Protein ve yağ metabolizması üzerindeki etkiler

Normal şartlarda protein harcaması ve protein sentezi birbirlerini dengeleyebilecek şekilde iken, yanıklı hastalarda bu denge bozulmakta ve protein katabolizması artmaktadır. Yanıklarda yanık travmasına bir cevap şeklinde (stres tepkisine bağlı olarak artan glikokortikoid salınımı sonucu) protein ve yağ oksidasyonunda artış ortaya çıkar. Yapılan çalışmalarda bozulan bu protein dengesinin yanıkların iyileşme dönemlerinde de devam ettiği gözlenmektedir. Bu durumun nedenleri; yanık hastalarında sıklıkla problem olarak ortaya çıkan iştahsızlıktan dolayı protein alımının yetersiz olması, hareketsizlik nedeniyle kasların az kullanılmaları sonucu beliren adale atrofi ve yanık yarası yüzeyinden gerçekleşen protein kayıplarıdır (Dealey 1999, Selmanpakoğlu 1998, Dealey 1999, Arıncı 2000, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001).

Ayrıca derinin yanmasıyla günde 5-7 lt. kadar (normalde vücuttan kaybedilen sıvının 5-15 katı daha fazla) sıvı yanık yüzeylerinden buharlaşma yoluyla kaybolurken vücudun enerji ihtiyacı artar. Bu nedenlerle, geçen süre içinde yanıklı hastalarda kilo kaybı meydana gelir (Bayley 1990, Selmanpakoğlu 1998, Dealey 1999, Arıncı 2000, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001).

VII- Gastro-intestinal sistem üzerindeki etkiler

Yanık sonrası en sık görülen gastro-intestinal komplikasyonlar; gastroduodenal ülser (Curling ülseri), hepatik fonksiyon bozukluğu, pseudo-obstrüksiyon, uzamış paralitik ileus, superior mezanterik arter sendromu, pankreatit ve taşsız kolesistittir. Vücut yüzeyini %30 ve daha üzerinde etkileyen yanıklarda, şok döneminde ortaya çıkan barsak duvarı iskemisi nedeniyle, barsak kanalında bulunan bakterilerin portal sistem yoluyla sistemik dolaşıma geçmeleri sonucu sepsis ortaya çıkabilir (Bilgiç 1993, Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001).

VIII- Deri ve kas-iskelet sistemi üzerine etkiler

Derinin vücut ısını düzenlemedeki görevi nedeniyle yanığın erken döneminde hipotermi görülür. Fakat daha sonra hipermetabolizma nedeniyle ortaya çıkan ısı bireyde hipertermiye yol açar.

Yanık sonrası yara iyileşmesinin hipertrofik skar oluşumu, kontraktürler, kompartman sendromu ve ekstremitelerde fonksiyon bozuklukları görülebilir. Dördüncü derece yanıklar ya da yüksek voltajlı elektrik yanıkları sonrasında ekstremitte kayıpları gelişebilir. Uzun süren hareketsizlik ve beslenme yetersizliğinin bir sonucu olarak, geç dönemlerde osteoporoz, interfalangeal ankilozlar (yapışıklıklar), sinostoz (ayrı olması gereken iki kemiğin kemiğimsi bir dokuyla birleşmesi), periartikuler kalsifikasyon, eklem deformiteleri ve osteomyelit gibi komplikasyonlar da gelişebilmektedir (Bayley 1990, Marks ve Marks 1997, Ignatavicius ve ark. 1999, Morgan ve ark. 2000, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001).

IX-Nörolojik sistem üzerine etkiler

Yanık nedeniyle gelişen hipoksiyi takiben beyin ödemi gelişerek intrakranial basınçta ani ve belirgin bir artışa neden olur. Duman solumuş hastalar, yanıktan hemen sonra beyin anoksisinden dolayı bilinçlerini kaybedebilirler. Büyük bir yanıktan sonraki ilk haftalarda hastalarda hücre hasarının yanı sıra, duygusal yoksunluk, izolasyon ve uykusuzluktan dolayı deliryum semptomları, nöbetler ve koma gelişebilir (Selmanpakoğlu 1998, Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001).

X-Psikolojik etkiler

Yanık, insanın beklemediği anda ortaya çıkan; ağır fiziksel ve psikolojik bir travma olarak ele alınmalıdır. Yanıklı hastalarda, yaşanan olayın şiddetine bağlı olarak farklı düzeylerde psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır. İlk tepki olarak dehşet, korku, anksiyete, kızgınlık gibi yaşantılar ön plana çıkmakta, sonraki dönemlerde ise giderek artan ağrı ve çaresizlikle birlikte beden imgesi ve benlik saygısını bozacak psikotik düzeye kadar gelişen bozukluklar görülebilmektedir. Tedavi sürecindeki izolasyona, sakat kalma endişesi ve ölüm tehdidi eşlik edebilmekte, bu zeminde kolaylıkla depresyon gelişebilmektedir. Depresyon, hastanın uyku, beslenme gibi temel gereksinimlerini etkilediği gibi intihar

düşüncelerinin gelişmesine, intihar girişimlerine kadar giden davranış değişmelerine yol açabilmektedir (Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001, Frazier ve ark. 2002).

XI-Bağışıklık sistemi üzerine etkiler

Yanıkla beraber hücrel ve hümorale bağışıklık önemli derecede baskılanır. Başlangıçta kan viskozitesinin fazlalığı nedeniyle lökosit düzeyi yüksek bulunabilir. Eğer lökositler bir hafta sonra hala devam ediyorsa genellikle enfeksiyona işaret eder. Derinin koruyucu özelliği ortadan kalktığı için yara enfeksiyonu, üriner sistem enfeksiyonu, pnömoni yanık hastalarında önemli bir problemdir ve sepsis, yanığın en korkulan komplikasyonu ve ölüm nedenidir (Marks ve Marks 1997, Selmanpakoğlu 1998, Ignatavicius ve ark. 1999, Arıncı 2000, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001, Sheridan 2003, Askarian ve ark. 2004, Taneja ve ark. 2004).

XII-Neoplastik etkiler

Yanık skarının bulunduğu bölgede marjolin ülseri denilen skuamöz hücreli karsinomlar gelişebilir. Malign oluşumların nedenleri arasında, kronik, mekanik ya da solar (güneş ışığına maruz kalma sonucu) irritasyon, yaralanma sonrası salınan lokal toksinler, lenfatik yapıların eski işlevlerini kazanamaması ve immün yetmezlik sıralanmaktadır (Mason ve ark. 1986, Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001).

2.4. Yanık Yaralarının Sınıflandırılması

Yanık yaraları genişlik ve derinliğine göre incelenirler.

2.4.1. Yanık Yarasının Genişliği

Yanığın genişliği; yanan objenin büyüklüğüne, sıcaklık derecesine, sıcağa maruz kalma süresine, vücudun ısı iletkenliğine ve çevre sıcaklığına bağlıdır. Yanık genişliğinin hesaplanmasında 9'lar kuralı ya da Lund-Browder şeması gibi ölçekler kullanılmaktadır (Marks ve Marks 1997, Selmanpakoğlu 1998, Ignatavicius ve ark. 1999, Morgan ve ark. 2000, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001).

2.4.2. Yanık Yarasının Derinliği

Derinliğine göre yanıklar üç grupta incelenmektedir (Selmanpakoğlu 1998, Ignatavicius ve ark. 1999, Anamaet ve ark. 2000, Arıncı 2000, Morgan ve ark. 2000, Smith 2000, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001, İlk Yardım Eğitimi Kaynak Kitabı 2001, Dobson ve ark. 2003, Dramalı ve ark. 2003).

Birinci derece yanıklar: Sadece yüzeysel epidermisi tutar. En sık güneş etkisiyle ve ani gaz parlamaları sonucu meydana gelir. Birinci derece yanıklarda ortaya çıkan en önemli belirtiler kuru bir deri, eritem ve ağrıdır. Genellikle iz bırakmadan 3-5 gün içinde iyileşir.

İkinci derece yanıklar: İkinci derece yanıklarda epiderminin tamamı ve derminin bazı katları yanıktan etkilenmiştir. Ter bezleri ve kıl kökleri sağlam kalır. Ödem ve bül olarak adlandırılan içi proteinden zengin bir sıvı ile dolu oluşumlar vardır. Deri kızamık ve nemli görünümündedir. Yüksek sıcaklıkta sıvılar ile temas ya da parlayan ısıya kısa süreli maruz kalma ile ortaya çıkan ikinci derece yanıklar çok ağrılıdır. İyileşme 2-3 hafta sürer. *Pseudomonas* ve *streptococ* tipi mikroorganizmaların ortaya çıkarabileceği enfeksiyonlar, epitelizeasyonu sağlayan hücrelerin zarar görmesine ve ikinci derece derin bir yanığın üçüncü derece bir yanığa dönüşmesine neden olabilirler.

Üçüncü derece yanıklar: Epidermis ve dermisle birlikte kaslar, kemikler, tendon ve fasya gibi deri altı dokuların da hasara uğradığı yanıklardır. Derinin koagülasyon nekrozuna uğraması nedeniyle üçüncü derece yanıklarda genellikle kuru, soluk, kahverengi ya da siyah bir görünüm vardır ve sinir uçlarının hasar görmesinden dolayı ağrı hissi yoktur. Üçüncü derece yanıklarda nekroz oluşmuş deriye eskar denilmektedir. Eskarın yanık yarası üzerinden uzaklaştırılmasından sonra ortaya çıkan açık yaranın sağlıklı bir şekilde kendiliğinden kapanması mümkün değildir. Çünkü derinin tamamının yanması sonucu epitelizeasyonu sağlayacak ter, yağ ve kıl folikülleri de tümüyle tahrip olmuştur.

Yanıktan etkilenen vücut yüzeyinde farklı derinlikte yanıklar oluşabilir. Hasta değerlendirilmesinde yanığın olduğu bölge de önem taşır. Bu nedenle yanıklar derinlik, genişlik ve etkilenen bölgeler dikkate alınarak değerlendirilmelidir (Selmanpakoğlu 1998, Arıncı 2000, Smith 2000, Black ve ark. 2001)

Amerikan Yanık Derneği yanıkları şiddetine göre yanıkları küçük, orta ve büyük yanıklar olarak üç grupta incelemektedir. Amerikan Yanık Derneği, orta ve büyük yanıkların, özel yanık merkezleri ya da özel yetiştirilmiş yanık ekibine sahip hastanelerde tedavi edilmesi gerektiğini, küçük yanıklı hastaların ise bir sağlık

kuruluşunda ayaktan tedavi edilebileceklerini belirtmektedir (Roberts ve Hedges 1998, Ignatavicius ve ark. 1999, Smith 2000, Black ve ark. 2001).

2.5. Özel Bölge Yanıkları

Bazı vücut bölgeleri anatomik ve fizyolojik özellikleri farklı olduğu için diğer bölgelerde oluşan aynı genişlik ve derinlikteki yanıklardan farklı bir bakım gerektirirler. Bu bölgeler; göz, kulak, yüz, boyun, genital bölge, eller ve ayaklardır (Roberts ve Hedges 1998, Selmanpakoğlu, 1998, Arıncı 2000).

Baş-boyun yanıklarında hasta muhtemelen alevleri ya da sıcak havayı soluduğu için solunum yolunda da yanıklar vardır. Yanık sonucu solunum yolunda oluşan ödem obstrüksiyona neden olabilir. Baş-boyun yanıklarında yanan bölgeye fonksiyon kazandırmak ve estetik kaygı öne çıkar. Göz çevresi yanıklarında; göz kapağında fonksiyon bozukluğu ve korneal irritasyon ile birlikte görme kayıpları gelişebilir. Dudak ve ağız yanıklarında gelişebilen fonksiyon bozukluğu; yeme, içme ve solunum işlevlerini etkiler (Roberts ve Hedges 1998, Selmanpakoğlu 1998, Arıncı 2000, Smith 2000).

Perine yanıklarından sonra üriner obstrüksiyon gelişebilir. Bölge enfeksiyon yönünden yüksek risk taşır. Bu nedenle bu bölgede ortaya çıkan yanıklarda yara iyileşmesi gecikebilir (Roberts ve Hedges 1998, Selmanpakoğlu 1998, Arıncı 2000, Smith 2000).

Eller travmaya karşı refleks olarak kendini korumak amacıyla kullanıldığı için çok sık yanığa maruz kalır. El ve ayaklarda oluşan deformite ve fonksiyon kayıpları kişinin çalışma ve sosyal yaşamını olumsuz etkiler (Kara 1995, Roberts ve Hedges 1998, Selmanpakoğlu 1998, Arıncı 2000).

2.6. Yanık Hastasının Tedavi ve Bakımı

2.6.1. Yanık Hastasının Hastanede Tedavi ve Bakımı

Yanık nedeniyle hastaneye başvuran hastaların değerlendirilmesi yapılarak ayaktan tedavisine ya da hastanede tedavisine karar verilir. Hasta hastaneye başvurduğunda yara komplikasyonu gözlenmiyor, sıvı eksikliği yok, resüsitasyonu tamamlanmış, yeterince beslenebiliyor, ağrıyı tolere edebiliyor ve septik komplikasyon beklenmiyorsa ayaktan tedavisine karar verilir. Hasta ilk tedavisi yapıldıktan sonra taburcu edilir. Hastada orta ve büyük şiddette yanık varsa, yanık sistemik etki gösteriyorsa, hasta 2 yaşın altında ya da 65 yaşın üzerinde ise ve

diyabet, kalp hastalığı, lösemi gibi hastalıkları mevcutsa hastanede tedavi uygulanmalıdır (Selmapakoğlu 1998, Ignatavicius ve ark. 1999, Arıncı 2000, Black ve ark. 2001, Sheridan 2003, Morgan ve ark. 2000).

Birinci derece yanıklarda hastaneye yatış gerekli değildir. Derinin kurumasının önlenmesi ve ağrının giderilmesi yeterlidir. İkinci derece yanıklar; (enfeksiyon ve metabolik komplikasyon gelişmediği takdirde) 14-21 gün içinde, dermiste henüz sağlam olan ter bezi, kıl folikülleri ve yağ bezlerini çevreleyen epitel ile kendiliğinden iyileşebilir. Bazı derin ikinci derece yanıklar ve üçüncü derece yanıklar; dermiste kendiliğinden iyileşmeyi sağlayacak hücreler kalmadığından greftlerle tedavi edilmelidirler. Büyük yanıklarda ise geniş debridman ve hatta amputasyona kadar giden cerrahi tedavi yöntemleri uygulanmaktadır (Bayley 1990, Chang ve Yang 1998, Selmapakoğlu 1998, Ignatavicius ve ark. 1999, Meeker ve Rothrock 1999, Senior 1999, Achauer ve ark. 2000, , Arıncı 2000, Schulz ve ark. 2000, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001, Hansen ve ark. 2001, Goldwyn ve Cohen 2001, Sheridan 2003).

Yanık hastasının tedavisinde ilk önemli adım hastanın hava yolu açıklığının sağlanmasıdır. Yanıklı hastaların solunum yollarındaki yaralanma çok az olsa bile hastalarda bronkospazm, siliaların paralizisi, mukozal ödem, pulmoner ödem, surfaktan kaybı oluşabilir. Solunum egzersizleri, zorlu ekspirasyon tekniği, postural drenaj ve aralıklı pozitif basınçlı solunum, pulmoner komplikasyonları önlemede yardımcı yöntemlerdir. Gerekli durumlarda kardiyopulmoner resüsitasyon için ekip ve malzeme hazır bulundurulmalıdır (Selmapakoğlu 1998, Ignatavicius ve ark. 1999, Arıncı 2000, Smith 2000, Black ve ark. 2001, Allison 2002, Regojo 2003).

Yanıklı hastanın sıvı tedavisi kolloid ve elektrolit içeren sıvılarla (ringer laktat, %09 NaCl gibi) sağlanır. Eksilen kan hacminin ve hastanın kalori gereksiniminin karşılanması amacıyla bu sıvılara dextroz da ilave edilebilir (Murphy ve ark. 1999, Senior 1999, Allison 2002, Sheridan 2003). Sıvı tedavisini sürdürmek hemşirenin sorumluluğudur. Yanıklı hastaların bakımında aldığı-çıkarıldığı sıvı izlemi, idrar dansitesi takibiyle birlikte günlük kilo takibi de önem taşır (Smith 2000, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001, Regojo 2003).

Yanıkta hastanın ağrısını gidermek ve sakinleşmesini sağlamak için analjezik ve sedatifler verilir. Küçük yanıklardan hemen sonra lokal soğuk uygulamak ödemi azaltır, ağrıyı hafifletir (Morgan ve ark. 2000, Allison 2002, Regojo 2003).

Yanık sonrası hastalarda deri koruyuculuk görevini gerçekleştiremeyeceği için enfeksiyon gelişme olasılığı vardır. Enfeksiyonun önlenmesi için yanık yarasının aseptik koşullarda bakımı sağlanır. Islak kompres uygulama, yıkama, büller varsa boşaltılması ya da debride edilmesi gibi yaranın özelliğine göre farklılık gösteren bir yöntem tercih edilir. Pansumanda mafenid asetat, gümüş sülfadiyazın, nitrofurazon, povidon iyodin, gentamisin sülfat v.b. kullanılır. Yanıkta en sık görülen enfeksiyonlar stafilokok enfeksiyonlarıdır. Enfeksiyonun gelişme riski bulunması ya da gelişimi ile birlikte antibiyotik kullanımı gerekli hale gelmektedir. Enfeksiyona karşı vücudun direnç göstermesine katkı sağlamak amacıyla hastanın vitamin alımı da artırılmalıdır. Tetanoz ve gazlı gangren profilaksisi sağlanmalıdır (Bayley 1990, Marks ve Marks 1997, Dealey 1999, Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001).

Özellikle üçüncü derece yanıklar fibröz skarlaşma ile iyileştiğinden, eğer yanık vücudun oynar bölgesindeyse, eklem kontraktürleri oluşabilir. Uygun pozisyon ve önlemler (alçı/atel) uygulanmalı, varsa alçı ya da atellerin özenli bakımı sağlanmalıdır. Akut dönemde, 48-72 saat sonra hasta ayağa kaldırılabilir. Ayağa kaldırma, alt ekstremitelerin hareketliliği ile tromboflebiti, kardiyovasküler ve pulmoner komplikasyonları önleyecek, kas kuvveti ve dayanıklılığını artıracaktır. Ekstremitelere atel ve elastik bandajlarla destek verilebilir. Ekstremitte elevasyonu ödemi önlemek için gereklidir. Yara iyileşinceye kadar ya da deri greftleri uygulanana kadar pozisyon verme, atelleme ve egzersiz programına devam edilir. ROM (*range of motion*), germe, koordinasyon güçlendirme ve kondisyon egzersizleri de yapılabilir (Algun ve Kırdı 1987, Roberts ve Hedges 1998, Ignatavicius ve ark. 1999, Anamaet ve ark. 2000, Şendur 2000, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001).

Hidroterapi, önemli bir yara bakımı ve fiziksel tedavi yöntemidir. Hidroterapide su kullanılarak oluşturulan ısı ve basınçtan faydalanılır. Yanıkta hidroterapi uygulamasının amacı; yanık alanındaki topikal ajanların uzaklaştırılmasını, yaranın temizlenmesini, skarın yumuşamasını ve ROM

egzersizlerinin daha kolay ve ağrısız yapılmasını sağlamaktır. Ayrıca hidroterapi, kan dolaşımını hızlandırırken, bedende oluşan toksinlerin deri aracılığı ile dışarı atılmasına, deriye kadar uzanan sinir uçlarının uyarılması sonucu bazı ağrıların dinmesine, günlük yaşamın geriliminden uzaklaşılmasına yardımcı olur. Pansuman öncesi kullanılan yara temizleme işlemleri de hidroterapi kapsamında yer alır ve bu işlemler (su, %09 NaCl ile yıkama, banyo yaptırma gibi) ile suyun yara iyileşmesine olumlu etkilerinden faydalanılır. Hemşire- fizyoterapist işbirliği ile hastanın tedavisi sağlanmalıdır. Hemşire işlemler sırasında hastanın mahremiyetine özen göstermelidir. Hidroterapide diğer hastalarla ortak kullanılan küvetler önemli enfeksiyon kaynaklarıdır. Bu nedenle enfeksiyonun gelişmemesi için gerekli önlemler alınmalıdır (Campton-Johnston ve Wilson 2001, Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001).

2.6.2. Yanık Hastasının Evde Tedavi ve Bakımı:

Hastanede tedavisi yapılan hastalar; gerekli eğitim yapıldıktan sonra taburcu edilirler. Gerek ayaktan tedavi edilen yanık hastalarında gerekse hastanede yatarak tedavi edilen hastalarda taburculuk sonrası tedavi ve bakım sona ermez. Çünkü yanık yarasının iyileşmesi çok uzun bir dönemi kapsar. Yanık yarasının iyileşme sürecinde hastaya gereken bakım, izlem ve danışmanlık sağlanmalıdır (An Easy Guide to Outpatient Burn Rehabilitation 1996, Hitchcock ve ark. 1999, A Guide for Patients 2000, Coffin 2000, Allender ve ark. 2001).

Evde devam eden tedavi sürecinin etkili şekilde gerçekleşebilmesi iyi yapılmış bir taburculuk planlaması ile mümkündür. Taburculuk planlamasının bir parçası olarak hasta ve yakınlarının evde bakım konusunda eğitimi sağlık ekibinin önemli bir görevidir. Ekip içerisinde hemşire hastanın bakımıyla ilgilenirken hastayla en fazla vakit geçiren ve hastanın ihtiyaçlarının farkında olabilecek kişi olarak hastanın taburculuk planlamasının koordinasyonunu sağlar ve taburculuk sonrası hastanın evde bakım ile ilgili hangi konularda bilgi almaya gereksinim duyduğunu tespit eder (Healing-Kaplan 1985, Ignatavicius 1999, Hitchcock ve ark. 1999, Coffin 2000, Allender ve ark. 2001, Black ve ark. 2001).

Yanık hastalarının enfeksiyondan korunma, temizlik ve genel bakım, banyo, pansuman, egzersiz ve pozisyonlar, beslenme, tuz ve sıvı alımı, ilaçlar, alçı ya da atel bakımı, ağrıyla başetme, psikolojik problemler ve destek faktörlerinin artırılması,

kontrol gereksinimi ve sıklığı, günlük yaşam aktiviteleri konularında eğitilmesi önemlidir (Healing-Kaplan 1985, Mason ve ark. 1986, Canobbio 2000, Patel 2002, Regojo 2003). Yanık yarasının evde bakımına ilişkin başlıca konular aşağıda açıklanmıştır.

Enfeksiyonun Önlenmesi;

Yanıkta yara enfeksiyonu yara iyileşmesini geciktiren, yaranın derinlik ve genişliğinin artmasına neden olan önemli bir sorundur. Hasta ve yakınlarının yaranın enfeksiyondan korunması ve enfeksiyon belirtileri konusunda bilgilendirilmeleri gereklidir.

Yara bakımında asepsi ilkelerine uyulduğunda mikroorganizmaların yayılımı önlenir ve enfeksiyon gelişme olasılığı azaltılır. Hasta ve yakını sadece yara bakımında değil evde genel hijyeni sağlarken de bu ilkelere uymalıdır. Eller sık sık ve özellikle yaraya dokunmadan önce ve sonra sabunla yıkanmalıdır. Kirli eşyalar yaradan uzak tutulmalıdır. Hastayla temas edecek eşyaların (giysi, yatak kılıfı v.b.) uygun şekilde temizlenmesi (kaynatma, ütüleme gibi) sağlanmalıdır. Hasta üzerine öksürülmemeli, hapsirilmemelidir. Tozlu ortamlardan kaçınılmalı, buna sebep olabilecek hava akımı önlenmelidir. En az kirli olan bölge önce, çok kirli olan bölge sonra temizlenmelidir. Bu şekilde kirli bölgedeki mikroorganizmalar temiz olan bölgeye taşınmamış olur. Patojenlerin yayılımını önlemek için günlük bireysel temizlik ve düzene dikkat edilmelidir. Mikroorganizmaları taşıdığı için yüzük, bilezik, saat gibi takılar kullanılmamalıdır. Antiseptik solüsyonlar yara temizliğini sağlamada etkilidir. Ancak bunlarında uygun şekilde kullanılması ve saklanması gereklidir. Aksi takdirde bunların kullanımı da istenmeyen sonuçlara neden olabilir (An Easy Guide to Outpatient Burn Rehabilitation 1996, Ulusoy ve Görgülü 1996, Dramalı ve ark 1998, Dealey 1999, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001, Patel 2002).

Yanık sonrası yara enfeksiyonu olasılığı yüksek olduğu için antibiyotik tedavisine başlanabilir. Lokal antimikrobik ajanlar ise enfekte yaralarda kullanılır. Hastaların kullanılacak ilaçların kullanım şekli, etkisi, kullanım sıklığı ve miktarı varsa yan etkileri ve ilaçla ilgili dikkat edilmesi gereken diğer konularda bilgilendirilmesi gerekir (Dealey 1999).

Taburcu edilen hasta yarada enfeksiyon belirtileri varsa mutlaka hastaneye yeniden başvurulmalıdır. Yara enfeksiyonu göstergeleri; ateş, yaradan koku yayılması,

renk değişikliği, yara dokusunda değişiklik, pürülan akıntı, sızıntı, greft dokusunda değişiklik, yanık olmayan dokuya uzanan yara kenarında kızarıklılıktır (Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001).

Banyo ve Genel Hijyenin Sağlanması

Yanık hastasının genel hijyenik gereksinimini sağlamanın en iyi yolu hastaya banyo yaptırmaktır. Ancak öncelikle hastanın banyo şeklinde değişim gerekip gerekmediği değerlendirilmelidir. İkinci derece yanıkta epitelizasyon başlamamışsa banyo yaptırılır, epitelizasyon başlamışsa doku bütünlüğünü korumak amacıyla epitelizasyon tamamlanana kadar banyo yaptırılmaz. Pansuman amacıyla kullanılan malzemeler de banyo yapmaya engel olabilir. Henüz epitelizasyon gerçekleşmemiş yara pansumanı için yara yüzeyine yapışan malzemeler kullanılmışsa bunların suyla teması yara yüzeyinden ayrılmasına neden olur. Bu yüzden yara nemden uzak tutulmalıdır. Greft uygulanan hastalarda da yaranın bir süre kuru tutulması gerekir (Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001, Campton-Johnston ve Wilson 2001, Hemşirelik Bakım Protokolü El Kitabı 2001). Bu durumlarda silme banyo verilebilir. Yanık yarası değerlendirilerek, hasta ve yakını banyo şeklinde değişim olup olmadığı ve nasıl banyo yapılması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir.

Yanık hastası için banyo yapılacak ortam ve suyun sıcaklığının ayarlanması gerekir. Yanık hastaları yanık alanından yoğun sıvı kaybı nedeniyle hipotermi riski altındadırlar. İşlem öncesi oda ısısı 26-28 derece olmalıdır. Suyun sıcaklığı (37.8 °C) üşümeye neden olmamalı ve işlem 20 dakika ile sınırlandırılmalıdır. Banyo genellikle pansuman öncesi yapılır. Yanıklı hastanın banyosunda pansumanda yapıldığı gibi gerekli hazırlık planlandıktan sonra kirli pansuman, bistüri ya da makas kullanarak açılır, hemen ortamdan uzaklaştırılır, hasta yıkama küvetine alınır. Seçilen antiseptik solüsyon ile (povidon-iyodine, yaraya zarar vermediği için bebekler için kullanılan şampuanlarda kullanılabilmektedir) dairesel hareketlerle önce yanık alanlar sonra diğer alanlar olmak üzere hastanın tüm vücudu yıkanır, hasta steril/temiz kompres/çarşaf serilmiş yatağa alınır ve yara kurulanır. Üçüncü derece yanıklarda eskar ciltten uzun süre uzaklaştırılmazsa altındaki dokuya bası yapar ve dokunun kanlanmasına dolayısıyla yara iyileşmesine engel olur. Eskarın debridmanını kolaylaştırmak amacıyla suda uzun süreli bekletilmesi gerekebilir. Bu durum dışında banyonun duş şeklinde yapılması önerilir. Banyo sonrası yaranın

yoğun nemli kalması istenmediğinden kaynatılmış ya da güneşte kurutulmuş temiz bir havluyla kurulandır. Hastanın kullandığı havlu gibi malzemelerin temizliği ve diğer aile üyeleriyle ortak kullanılmaması önemlidir. Banyo sırasında kullanılması önerilen sabun parfümsüz ve hipoalerjik olmalıdır. Banyo sonrası açık tutulacak yaralarda kurumanın önlenmesi için yine parfümsüz ve allerjik olmayan bir krem kullanılmalıdır. Güneşe çıkma durumunda nemlendirici kremin güneş koruma faktörü içermesi tercih edilmelidir (An Easy Guide to Outpatient Burn Rehabilitation 1996, Ignatavicius ve ark. 1999, A Guide for Patients 2000, Burns 2002, Black ve ark. 2001, Campton-Johnston ve Wilson 2001, Hemşirelik Bakım Protokolü El Kitabı 2001). Tüm bunlar yanık hastasının bireysel hijyen gereksinimini sağlarken dikkat edilmesi ve yara pansumanı konusunda bilgilendirilmesi gereken konulardır. Yanık şiddetine ve hasta ve yakınlarının sosyo-ekonomik koşullarına göre farklılık gösterebilir. Bu nedenle hasta ve yakınlarına ilişkin veriler değerlendirilerek yanık şiddetine ve hastanın koşullarına uygun eğitim verilmelidir.

Yanık Pansumanı

Yanık derecesine göre yara pansuman tekniği ve pansumanda kullanılan antiseptik ve topikal ajanlar değişmektedir. Yanıkta pansuman yanık yarasını enfeksiyonlardan korumak, yara yüzeyinden sıvı kaybının önlenmesi, kanamayı durdurmak, yara üzerindeki atıkların emilmesini sağlamak, yara üzerine ilaç uygulamak, sıcak ve soğuk uygulamalar yapmak, yara iyileşmesinin hızlandırılması amaçlarıyla yapılır (Tanyer 1991, Dealey 1999, Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001, Thomas 2001).

Yara pansumanı açık ve kapalı pansuman olarak iki şekilde yapılır;

Açık Pansuman; Yara kabuğu oluşumuna izin verip yine bu kabuğu fiziksel hasardan koruyarak yapılan tedaviye açık pansuman adı verilir. Bu durumda epitelizasyon doğal sargı olan yara kabuğunun altında hızla ilerler. Bu doğal kabuk epitelizasyon tamamlanana kadar korunmalıdır. Açık pansuman sıvı ve protein kaybına yol açtığı ve enfeksiyon riski taşıdığı için önerilen bir yöntem değildir (Roberts ve Hedges 1998).

Açık pansuman yatakla teması olan ve elevasyon uygulanamayan vücut kısımlarında kullanılamaz. Pıhtının kuruması esnasında hasta yanma hissinden yakınır. 24 saat içinde kabuk kurur. Bu sürede hastanın etkilenen bölgesi hareketsiz

hale getirilip yükseltilmeli ve kuru tutulmalıdır. Açık pansuman uygulanan hastaların üşmesi engellenmelidir. Hasta açık tutuluyorsa oda sıcaklığı 24-25 derece olmalıdır. Açık pansumanın en ciddi dezavantajı hastanın enerji gereksiniminin çok fazla artmasıdır (Tanyer 1991, Roberts ve Hedges 1998).

Kapalı Pansumanın; amacı yarayı korumak, enfeksiyon gelişmesine engel olmak, ağrıyı, ısı ve sıvı kaybını azaltmak, canlı dokuların daha hızlı gelişmesini sağlamak, granülasyon dokusu gelişimini hızlandırarak yarayı örtülmeye hazır hale getirmektir (Roberts ve Hedges 1998).

Kapalı pansuman üç çeşittir;

1. Klasik kapalı pansumanda, vazelin ve antimikrobiyal pomad karışımı gazlı bezler kullanılır, üzerine ped kapatılır. En az 12-24 saatte bir değiştirilir.
2. Biyolojik pansumanda yara homogreftler, heterogreftler, amniotik membran ve doku derivelere ile kaplanır.
3. Sentetik ve semisentetik pansuman malzemeleriyle (Filmler, süngerler, kompozitler, spreylere, jeller) yara kapatılır.

Açık ve kapalı pansumanın fayda ve zararları dikkate alınarak yarı açık pansuman alternatif olarak düşünülebilir. Yarı açık pansumanda amaç, derinin ikinci derece yanıklarının kabuk oluşumuna yardımcı olmaktır. Bu yöntemde serum fizyolojikle yara temizliği yapılır ve yağlı madde ya da antibiyotik ile hazırlanan gazlı bez yara yüzeyine yerleştirilir ve sıkıca tesbit edilir. Temiz derin ikinci derece yanıklarda nekrotik doku kaldırıldıktan ve açık yanık tedavisi sırasında yarada biriken püy boşaltıldıktan sonra yeni kabuk oluşumu için yarı açık pansuman uygulanır.

Pansuman malzemeleri seçilirken maliyetinin düşük olması, yüksek emiş gücüne sahip olması, yaraya yapışması ancak değiştirilmesi gerekiyorsa dokuya zarar vermeden uzaklaştırılabilmesi, yara üzerinde kaldığı süre içerisinde mikroorganizmalar için besiyeri özelliği taşıması, ağrıyı azaltması ve ısı kaybına engel olması önemlidir. Bunları sağlamak amacıyla iyi bir yara değerlendirmesi ve buna uygun pansuman malzemesinin seçimi yapılmalıdır.

Pansuman öncesi hazırlık

Pansuman için kullanılacak eldiven, pedler, antiseptikler v.b. malzemeler hazırlanır. Klasik bir yanık pansumanında kullanılan malzemeler; banyo küveti, steril

pedler, steril sentetik örtü, sargı bezi, izotonik NaCl, povidon iyot, bistüri ya da makas, steril çarşaf/kompres, steril olan ve steril olmayan eldivendir. Uygun malzemenin kullanımı kadar, pansuman için hazırlığı da önem taşır. Özellikle pansuman ve banyo için hazırlanan küvet işlem öncesi dezenfekte edilmediği takdirde önemli bir enfeksiyon kaynağıdır. İşlem için kullanılacak tüm malzemenin hazır ve kolay erişilebilir olması işlem süresini kısaltır ve hastanın duyacağı rahatsızlığı azaltır (Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001, Hemşirelik Bakım Protokolleri 2001, Burns 2002)

Pansuman için özel bir ortam hazırlanmalıdır. Bu işlem için banyo tercih edilmelidir. Küvet/leğen iyot ya da klor bileşiği dezenfektanlarla dezenfekte edilmelidir. Evde küvet dezenfeksiyonu için çamaşır suyu önerilebilir. Çamaşır suyunun bol suyla durulanması önemlidir (Allender ve ark. 2001).

İşlemden yarım saat önce analjezik uygulanır. Böylece hastanın pansumandan kaynaklanan ağrı düzeyi azaltılmış olur (Patterson 1995, Smith 2000, Regojo 2003).

Pansuman tekniği; (Tanyer 1991, Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001, Hemşirelik Bakım Protokolleri 2001)

- a- Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir. Bu pozisyon; hastayı işlem sırasında düşme ve yaralanmadan koruyacak, ağrı ve anksiyetesini azaltacak ve işlemin kolay yapılmasını sağlayacaktır.
- b- Yeni pansumana başlamadan daha önce yapılmış ve cilde yapışmış pansuman malzemeleri uzaklaştırılır. Bu işlem sırasında kanama görülebilir. Bu kanamayı basınç uygulayarak durdurmak mümkündür.
- c- Yara temizlenir. Yara temizliği sırasında da asepsi ilkelerine uyulmalıdır. İşlem öncesinde ve sonrasında eller yıkanmalı ve eldiven kullanılmalıdır. Yaranın yıkanarak (irrigasyonla) temizlenmesi son zamanlarda en benimsenen yöntemdir. Yıkama yara çevresine bulaşmış maddeleri temizlediği gibi bakteri kolonizasyonunu da azaltmaktadır. Yıkama için %09 NaCl (sodyum klorür) solüsyonu önerilmektedir. Yara temizliğinde antiseptikler tercih edilmez. Çünkü antiseptiklerin (hidrojen peroksit, klor ya da iyot bileşikleri gibi) su ya da %09 NaCl'e kıyasla daha sınırlı bir avantaja sahip olduğu, antiseptiklerle mekanik temizlik yapılabileceği ancak bunların beden sıvıları tarafından hızla inaktive edildiği araştırmalarla

gösterilmiştir. Yara yüzeyinde bir süre kalan antiseptikler dokuya zarar verir ve yara iyileşmesini geciktirir. (Anamaet ve ark. 2000, Campton-Johnston ve Wilson 2001, Thomas 2001, Patel 2002, Regojo 2003).

- d- Yanık yarasının nemliliğini sağlamak, enfeksiyonu engellemek, epitelizasyonu hızlandırmak ve yara yüzeyinde sürtünmeyi azaltmak amacıyla topikal ajanlar kullanılır. Yanığın değerlendirilmesi yapılmadan kullanılan merhem ve pomatlar (gümüş sülfadiazine, mafenid asetat gibi) yanık derecesini artırabilir. Açık yaraya düzenli olarak topikal antiseptiklerin (salin, povidone iodine, hydrogen peroxide, asetik asit gibi) uygulanması bakterileri öldürürken canlı dokuyada zarar vermektedir. Antimikrobiyal/antiseptiklerin enfeksiyon gelişmiş olan yaraya kullanılmaları zorunlu olmakla birlikte, yarayı enfeksiyondan korumak öncelikli olarak tercih edilmelidir. Yanık yarasında enfeksiyonu önlemede antibiyotikler çok etkin değildir. Bunun sebebi, yanık bölgesi etrafındaki yanmış ve büzülmüş kapillerin antibiyotiği yanık alana taşıyamamasıdır. Yanık değerlendirildikten sonra ikinci ve üçüncü derece yanıklarda gümüş sülfadizin genellikle en sık kullanılan antimikrobiyal ilaçtır (Smith 2000). P. Aureginosa enfeksiyonu olan yaralarda 1/5000 gentamisin, 1/1000 polymixin B, %10 sulfamylon emdirilmiş gazlı bezle pansuman yapılabilir ve gazlı bez günde bir ya da iki kez değiştirilir. Yaranın durumuna göre bazen de yara yüzeyine yapışkan hidrokolloid örtüler (bactigrass) uygulanabilir. Bu örtülerin 72 saatte değiştirilmesi gerekir (Smith 2000, Thomas 2001). Hidrokolloid örtüler göğüs, omuz, aksilla, inguinal bölge, kalçalar gibi kolay bandaj uygulanamayan bölgelerde deri greftlemesinden sonra kullanılabilir. Henüz iyileşmiş bir yanık yarası çok kurudur. Cilt nemlendirici kremler 6-8 hafta süre ile kullanılmalıdır (Mason ve ark 1986, Roberts ve Hedges 1998, A Guide for Patients 2000).
- e- Kapalı pansuman gerekli görülüyorsa steril pansuman malzemesi ile yara kapatılır. Steril sargı uygun sıkılıkta, dolaşımı bozmayacak şekilde sarılmalıdır (Thomas 1997, Morgan ve ark. 2000).

- f- Hasta istirahate alınır. İşlem sonrası hasta odaya alınır ve eğer üşüyorsa oda ısınısını ayarlanır. Dinlenme sırasında etkilenen doku kalp seviyesinde ya da üzerinde tutulur.
- g- Pansuman atıkları uygun şekilde uzaklaştırılır. Banyo ve küvet dezenfekte edilir. Kalıntılar çöp poşetine atılır. Tekrar kullanılacak pansuman malzemeleri uygun şekilde temizlenmelidir.

Genel olarak pansuman yukarıda anlatıldığı şekilde yapılır. Ancak hastanın durumu ve yanık derecesine ve bölgesine göre pansuman şekli değişebilir. Hastanın taburculuk sonrası pansuman gereksinimi devam ediyorsa hasta ve yakını pansuman yapma konusunda bilgilendirilmelidir. Pansuman işlemi bilgi ile birlikte beceriyi gerektirir. Bu durumda hasta ve yakınının hastanede yapılan pansuman işlemine eşlik etmesi, hastaya işlemin gösterilerek yaptırılması gereklidir.

2.7. Yanıkta Egzersiz ve Pozisyonlar

Yanık yaralanmalarında doku kaybı ve komplikasyonların önlenmesinde tıbbi tedavi yanında fizyoterapinin önemi büyüktür. Yanıkta fizyoterapi ve rehabilitasyonun hedefi akut dönemdeki ödemi azaltmak, eklem hareketini sağlamak, anatomik deformite, kas atrofisi ve kontraktür oluşumunu önlemek ya da en az düzeye indirmek, yaranın esnekliğini sağlamak, hastanın bireysel, fiziksel yeteneklerini geliştirerek mümkün olduğunca erken evine ve işine dönmesini sağlamaktır. Hemşire fizyoterapistle birlikte hastaya uygun pozisyonun korunması ve egzersizlerin yapılmasını sağlamalı, evde devam edecek egzersiz ve pozisyonları öğretmelidir (Algun ve Kırdı 1987, An Easy Guide to Outpatient Burn Rehabilitation 1996, A Guide for Patients Patients 2000, Şendur 2000, Burns 2002). Yanık hastalarının yapacağı egzersiz ve pozisyonlar ana hatlarıyla aşağıda verilmiştir.

2.7.1. Egzersiz

Yaralanma sonrası erken dönem rehabilitasyon yöntemleri arasında ROM, günlük yaşam aktiviteleri ve ayağa kaldırma egzersizleri en önemli kısmı oluşturur. Akut dönemdeki egzersizlerin amacı, ödemin azalmasına yardım etmek, eklem hareketliliğini devam ettirmek, deri kontraktürünü önlemek, kas kuvvet ve dayanıklılığını sürdürmek ve solunum komplikasyonlarını önlemektir (Roberts ve Hedges 1998, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001). Egzersizler günde 2-4 kez yaptırılmalı, aşırı ağırlı egzersizlerden kaçınılmalıdır. Eğer aktif eklem hareketi hasta için çok

ağrılı ise, izometrik kontraksiyona geçilebilir. Bu dönemde günlük yaşam aktiviteleri planlanarak da hastanın bağımsız olması sağlanabilir. Basit aktivitelerden başlanıp, daha sonra karmaşık aktivitelere geçilir. Tüm egzersiz aşamaları hastaya anlatılmalıdır (Algun ve Kırdı 1987, Şendur 2000).

2.7.2. Pozisyonlar

Yanıkta yanlış pozisyon vermenin en sık görülen komplikasyonu kontraktür oluşumudur. Genel olarak kullanılan kontraktürü önleyici uygun pozisyonlar şunlardır (Algun ve Kırdı 1987, Anamaet ve ark. 2000, Şendur 2000, Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001).

Baş-boyun yanıklarında: ön yüz yanıklarında hiperekstansiyon, arka yüz yanıklarında fleksiyon pozisyonu verilmelidir. Bu omuzların altına ya da enseye yerleştirilen yastıklarla sağlanabilir. Boyun çevresinde yanıkları olan hastada kontraktürleri kolaylaştırdığı için baş altında yastık asla kullanılmamalıdır. Yalnızca pozisyon vermek boyun kontraktürlerini kesinlikle önlemez. Boynu normal pozisyonunda tutarak, destekleyecek bir boyun ateli gereklidir.

Klavikula yanıklarında: sırtın orta hattına yastık konularak omuz kuşağının retraksiyonu sağlanmalıdır.

Göğüs ön yüz yanıklarında: omuza abdüksiyon ve eksternal rotasyon, boyuna ekstansiyon pozisyonu verilmelidir.

Gövde yanıklarında: kolumna vertebralisin düzgün pozisyonu korunarak gövdede oluşabilecek asimetri ve geçici skolyoz önlenmelidir.

Aksilla yanıklarında kontraktür oluşumunu önlemek çok zordur. Çünkü aksillayı içine alan yanıklar çoğunlukla omuz addüksiyon kontraktürü ile sonuçlanır. Hastanın omuzuna 90-100 derece abdüksiyon ve eksternal rotasyon pozisyonu verilmelidir. Abdüksiyon pozisyonu 100 derecenin üstünde verilirse brachial plexus yaralanmalarına neden olabilir.

Dirsek yanıklarında: dirsek ekstansiyon ve supinasyon pozisyonunda tutulmalıdır.

El ve el bileği yanıklarında: el "antideformite" pozisyonuna yerleştirilir. Bu pozisyon; bileğin 0-45 derece ekstansiyonda, metakarpal eklemlerin 70-90 derece fleksiyonda, palmar eklemlerin tam ekstansiyonda, baş parmağın ise ekstansiyonda ve abdüksiyonda olduğu pozisyonudur. El ve bileğe pozisyon vermek çoğu zaman

zordur ve bu pozisyon uzun süre korunamaz. Bu nedenle çoğunlukla atel uygulaması tercih edilir.

Perine ve kalça bölgesi: Kalçada eksternal rotasyon, fleksiyon ve addüksiyon kontraktürünü önlemek amacıyla kalçaya tam ekstansiyon, 20 derecelik abdüksiyon ve normal anatomik pozisyon verilir. Hastayı günün belirli zamanlarında yüz üstü yatırmak kalça fleksiyon kontraktürünü engelleyecektir.

Diz bölgesi yanıkları: Dizde tam ekstansiyon pozisyonu sağlanmalı, özellikle popliteal fossa yanıklarında bu pozisyona dikkat edilmelidir.

Bacağın ve ayağın dorsal yüz yanıkları: Ayak bileğinin 90 derecelik anatomik pozisyonu sağlanmalıdır. Bununla beraber ayağa hafif plantar fleksiyon pozisyonu da verilebilir.

Bacağın ve ayağın plantar yüz yanıkları: Genellikle ayak bileği ekleminin anatomik pozisyonu kabul edilmekle birlikte 5-10 derecelik dorsal fleksiyon pozisyonu verilebilir. Parmaklara tam ekstansiyon pozisyonu verilmelidir.

Bu genel prensiplerin dışında hastanın durumuna özel pozisyonlar gerekebilir. Uygun pozisyonları sağlamaya yönelik atel ve bazı özel yatak ilaveleri gerekiyorsa sağlanmalıdır. Yanık hastasının kullandığı yatağın seçimine dikkat edilmelidir. Hasta yatağa bağımlı ise, basıncı uygun noktalardan ileten havalı yataklar kullanılmalıdır. Taburculuk sonrası hastanın pozisyon ve egzersizlere devamı çok önemlidir. Bu nedenle egzersiz ve pozisyonlar hastaya gösterilerek öğretilmelidir (Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001).

2.8. Beslenme

Yanık hastalarında yeterli ve dengeli beslenme komplikasyonsuz ve hızlı iyileşme için gereklidir. Bu nedenle hemşire-diyetisyen ile işbirliği içerisinde hastanın; yaşına, cinsiyetine, fiziksel aktivite düzeyine ve beslenme alışkanlıklarına uygun olarak yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanmalıdır. Diyet aynı zamanda bireyin sosyo-ekonomik durumuna, besinlerin sağlanma, hazırlanma ve pişirilme olanaklarına uygun olmalıdır (Hitchcock ve ark. 1999, Coffin 2000, Allender ve ark. 2001, Crogan ve Evans 2001, Baysal ve ark. 2002, Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi 2002).

Yanık tedavisinde, hastanın gereksinimlerinin ve kayıplarının saptanması ve yerine konması temel ilkedir. Gerek duyulan beslenme desteği enteral ya da

parenteral yolla sağlanabilir. Yanığı takiben, artmış kortizol, katekolaminler ve glukagon; kan glukozunu arttırırken, protein ve yağların yıkımına neden olur. Ayrıca yanık yarasının kendisi, inflamatuvar mediatörler ve sitokinler salgılayıp hipermetabolik yanıtı neden olur. Çevresel değişiklikler özellikle ısı ve nem hastanın enerji ihtiyacını artırır. Çocuklar için gereksinim belirlenirken büyüme göz önüne alınmalıdır. Yanık alan yüzdesine göre metabolizma hızındaki artış yaklaşık olarak hesaplanabilir. Önemli travma, sepsis ve enfeksiyon durumlarında protein düzeylerinde büyük oranda düşme gözlenmektedir. Bunun sebebi böbrek yoluyla atılım hızında artış ve aminoasitlerin başka amaçlı kullanılmasıdır (Klinik Nütrisyon 1993, Murray-Kiy 1997, Baysal ve ark. 2002).

Yeterli ve dengeli diyet ile bireyin gereksinmesi olan besin öğelerinin hepsi gereken miktarlarda karşılanmalıdır (Dirican 1993, Baysal ve ark. 2002.). Örneğin yara iyileşmesini sağlamak üzere, proteinlerin yanı sıra protein sentezi için gerekli olan diğer besinleri de almak gerekir. Yanıklarda hastanın günlük 75-200 g. proteine gereksinimi vardır. Karbonhidratlar yalnızca temel enerji kaynağı olmakla kalmayıp, proteinlerin doku onarımında kullanılmasına izin verirler (Klinik Nütrisyon 1993, Murray-Kiy 1997).

Yanık hastalarında protein-enerji malnütrisyonunun yara iyileşmesinin inflamasyon aşamasını uzattığı, fibroplaziyi, proteoglikan ve kollajen sentezini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Yara iyileşmesinde demir, çinko, bakır, manganez, magnezyum, sodyum, potasyum, fosfat ve kalsiyum gibi minerallerin kollajen metabolizmasını ilgilendiren çeşitli basamaklarda kritik rolleri vardır. Yara iyileşmesi için özellikle A,C,E ve B kompleks vitaminlerine ihtiyaç duyulur. Yanık hastalarına vitamin ve mineraller normal günlük önerilenden 2-3 kat daha fazla verilmelidir (Dirican 1993, Sayek 1996, Baysal 1997, Murray-Kiy 1997, Baysal 1997, Yılmaz 1999, Smith 2000, Baysal ve ark. 2002, Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi 2002, Regojo 2003).

Hasta oral yolla beslenemiyorsa parenteral yolla beslenmesi sağlanır. Hastanın parenteral yolla beslenmesi genellikle hastanede gerçekleştirilir. Nadiren özefagus yanıkları gibi özel durumlarda taburculuk sonrası evde parenteral yola beslemenin gerektiği görülmektedir (Murray-Kiy 1997).

Enerji gereksinimi en iyi karbonhidrat ve lipitlerden sağlanabilir. Elia'ya göre bazal metabolizma hızı esas alınarak enerji gereksinim hesabı hareketsizken %20, yatakta fakat hareketliken %30, hareketliken %40 fazlasıyla hesaplanabilir. Ağır yanıklarda istirahat enerji tüketimi %50-%100'e yakın artışlar göstermektedir (Klinik Nütrisyon 1993, Arıncı 2000). Yetişkin yanık hastasında enerji hesaplanırken, normal enerji gereksinimine her yanık yüzdesi için 40 kalori eklenir. Buna göre dinlenme durumundaki bireyin enerji alımı $25 \text{ kkal} \times \text{vücut ağırlığı (kg)} + 40 \text{ kkal} \times \text{TVYA (\%)} \text{ olmalıdır}$. Böylece günlük enerji gereksinimi 3000-6000 kkal arasında değişir (Selmanpakoğlu 1998, Arıncı 2000, Smith 2000). Bebek ve çocuklar için kalori gereksinimi ayrıca hesaplamalıdır (Smith 2000).

Yanık hastasının beslenme gereksinimi hastanede değerlendirilip gereksinimi olan besin grubu ve miktarı belirlendikten sonra, taburculuktan önce hasta ve yakınına bu konuda bilgi verilmelidir (Dirican 1993, Klinik Nütrisyon 1993, Baysal 1997, Murray-Kiy 1997, Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi 2002).

Uykusuzluğun yara gerilim düzeyini azalttığı, kilo kaybına yol açtığı ve protein enerji malnütrisyonuna benzer belirtiler ve hipotermiye yol açtığı görülmüştür. Hastaların istirahatının sağlanması, harcanan enerji düzeyini, kalori ve protein ihtiyacını azaltacaktır (Gelir 1996, Baysal 1997).

2.9. Sıvı Gereksinimi

İyileşme olayında, oksijen ve besin öğelerinin yanık alana taşınabilmesi için hastanın kan volümünün yeterli olması gereklidir. Şiddetli travmalarda kan volümü düzeltilse bile damarlardaki staza bağlı olarak iyileşme süreci bozulabilir. Bu durumun önlenmesi amacıyla hipovolemi giderilmelidir (Sayek 1996).

Normal koşullarda atılan 2.5 litre su besinlerden, içeceklerden ve metabolik olarak karşılanır. Yanık hastasında yanığın acil ve akut tedavisi süresinde daha fazla olmak üzere tüm tedavi süresinde sıvı gereksinimi artmıştır. Gereksinim duyulan sıvı miktarı 3 litreden 7-9 litreye kadar artış gösterir. Bol sıvı alımı konusunda hasta ve yakınlarının bilgilendirmesi önemlidir (Baysal 1997, Murray-Kiy 1997, Dealey 1999).

2.10. Ağrı

Yanığı olan hastada ağrı, başlangıçta yanma olayına bağlı olarak, ilerleyen dönemlerde ise kontraktür gelişimi, yara enfeksiyonu gibi nedenlerle ortaya çıkar.

Yanık hastalarında ağrı üzerine yapılan çalışmalarda hastaların sık sık ağrı deneyimi yaşadıkları ortaya konmuştur (Patterson 1995, Danış 1999). Yanığı olan hastada ağrı tedavisi, iyileşmede etkili olabilecek en önemli unsurlardan biridir. Yanık hastalarında pansuman işlemi, egzersiz yapma, yara gerilimi ve kontraktür ağrıya neden olur. Hastanın yaşadığı stres de ağrıyı algılama düzeyini artırır. Ağrı nedeniyle uykusuzluk yaşanması hastalar için önemli bir sorundur. (Geisser ve ark. 1995, Carr ve Goudas 1999, Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001, Prensner ve ark. 2001, Regojo 2003).

Analjezikler kullanılmadan da ağrıyı hafifletmenin yöntemleri vardır. Yanığın acil evresinde soğuk uygulama ağrıyı gidermek için etkili bir yöntemdir. Olumlu iletişim, korku ve anksiyetelerin giderilmesi, dikkati başka yöne çekme, müzik terapisi gibi rahatlama teknikleri hastaya öğretilmelidir (Geisser ve ark 1995, Dramalı ve ark. 1998, Carr ve Goudas 1999, Danış 1999, Ignatavicius ve ark. 1999, Rundshagen ve ark. 1999, Black ve ark. 2001, Prensner 2001, Sheridan 2003).

Evde yanık ağrısının giderilmesi için farmakolojik tedavi yöntemi olarak oral ağrı kesiciler tercih edilmektedir. Yanıkta sıklıkla parasetamol, asetaminofen, gerekirse codein ve morfin içeren ağrı kesiciler kullanılmaktadır (Patterson 1995, Smith 2000, Regojo 2003). Ağrı kesicilerin etkili olabilmesi için uygun şekilde, doğru zaman ve dozda alınması gerekir. Bu nedenle ilaçların kullanım şekli ve akılcı kullanımları konusunda hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi önemlidir.

Yanık yarasının iyileşme döneminde yara bölgesinde ortaya çıkan kaşıntı hastalar için önemli bir sorundur. Yarayı kaşımak yeni oluşan zayıf epitel dokunun bütünlüğünün bozulmasına ve yaranın iz bırakarak komplikasyonlu iyileşmesine ya da yara enfeksiyonuna neden olabilir. Bu nedenle kaşıntının giderilmesi amacıyla antipruritik ilaçlar hastaya önerilebilir. (An Easy Guide to Outpatient Burn Rehabilitation 1996, A Guide for Patients 2000, Burns 2002).

2.11. Psikolojik Sorunlar

Yanığı olan hastalarda, yaşanan olayın şiddetine bağlı olarak dehşet, korku, anksiyete, kızgınlık gibi yaşantılar, giderek artan ağrı ve çaresizlikle birlikte beden imgesi ve benlik saygısı bozuklukları, depresyon ve intihar girişimine kadar giden davranış değişimleri görülebilmektedir (Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001, Frazier ve ark. 2002).

Hemşire hastayı fiziksel ve psikolojik sorunlarıyla birlikte ele almalıdır. Bu nedenle tanı ve tedavinin her aşamasında yapılacak işlemlerle ilgili açıklama yapılması, onun birey olarak ele alındığını algılamasına yardım edecektir. Hastanın kimlik bütünlüğünün korunması amacıyla olabildiğince, sosyal ilişkilerin, mesleki ilgilerin ve dünya ile ilişkilerin de dikkate alınması önem taşımaktadır (Dramalı ve ark. 1998, Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001).

Hastanın bu durumlarda profesyonel yardım alması gerekebilir. Profesyonel ekibin içerisine hasta yakınları da dahil edilmelidir. Hasta yakınları hastaya destek olurken, yanık hastası kadar olaydan etkilenebilir. Çocuklarda yapılan araştırmalarda ebeveynlerin yanığa sebep olduklarını ya da yanıktan korunma için gerekli önlemi almadıklarını düşündükleri ve bu nedenlerle kendilerini suçlu hissettikleri görülmüştür (Mason ve ark. 1986). Özellikle yanık hastasına birincil bakım verici rolündeki kişinin psikolojik problemler yönünden değerlendirilmesi ve destek faktörlerinin artırılması gereklidir (Parsons 1997, Dramalı ve ark. 1998, Kleve ve ark. 1999, Erdil ve Özhan-Elbaş 2001).

Bu sorunların sınırlandırılabilmesi için; durumu abartmadan ya da önemsizleştirmeden hasta ve yakınlarına bilgi verilmelidir. Tedavi sürecinde personelin devamlılığı hastanın uyumunu arttırmaktadır. Olabildiğince aynı hastayla aynı personelin işbirliği yapması sağlanmalıdır. Güven ilişkisine dayalı böyle bir işbirliği içinde hasta, sorunlarını daha kolay ifade etmekte; durumu belli bir kişi tarafından zaman içinde gözlenerek daha sağlıklı değerlendirilebilmektedir. Hastanede hasta ve yakınıyla ilgilenen aynı sağlık çalışanları taburculuk sonrasında da hasta ve yakını ile iletişimi koparmamalı, ulaşılabilir olmalıdır. Taburculuk sonrası hemşire, hasta ve yakınlarında farklı duygulanımlar olabileceğini dikkate almalı, psikolog ya da psikiyatrist işbirliği içinde hasta izlenmelidir (Roberts ve Hedges 1998, Kleve ve ark. 1999, Morgan ve ark. 2000).

Tüm tedavi ve bakım işlevi süresince fiziksel, sosyal ve emosyonel yardımın sağlanabilmesi hasta, hasta yakını ve sağlık birimleri arasındaki ilişkinin devam etmesi ve işbirliğinin sağlanması ile mümkündür. Hasta ve yakınlarının eğitimi işbirliğini kolaylaştıracaktır. Taburcu olmadan önce verilecek eğitimi destekleyecek şekilde danışmanlık hizmetleri devam etmelidir.

3. BİREYLER ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli:

Bu araştırma, yanık hastalarının taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerini saptamak amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri:

Araştırma Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Ankara il sınırları içerisinde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Yanık Ünitesi bulunmaktadır. Ankara Numune Hastanesi Emekli Sandığı, SSK, Bağkur sigortalısı ve sigortası bulunmayan hastalarının hepsinin tedavi ve bakımına açık olması; Ankara ili genelinde yatak kapasitesi en fazla olan özelleşmiş bir yanık ünitesine, yanık hastalarına hizmet veren diğer polikliniklerden ayrılmış bir yanık polikliniğine ve araştırma sırasında ulaşılacak hasta yoğunluğuna sahip olması nedeniyle tercih edilmiştir.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1700 yatak kapasitelidir. Yoğun Bakım Ünitelerinde toplam 120 yatakla hizmet verilmektedir. Yanık Ünitesi 17 yatak kapasitelidir (Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2004). Yanık Ünitesinde her ay bir Genel Cerrahi Uzmanı ve asistanlar rotasyon halinde çalışmaktadır. Ünite bir fizyoterapist ve dokuz hemşire ile hizmet vermektedir. Hemşireler 8⁰⁰-16⁰⁰ saatlerinde çalışmakta, 16⁰⁰-08⁰⁰ saatlerinde bir hemşire nöbete kalmaktadır.

Yanık polikliniğinde hafta içi her gün 8⁰⁰-16⁰⁰ saatleri arasında hastaların kontrolleri ve yara pansumanları yapılmaktadır. Pansumanları yapmak üzere görevli bir hemşire bulunmaktadır. Hemşire, hasta kabul ve değerlendirmesini yapmaktadır. Değerlendirme sonucuna göre pansuman işlemini gerçekleştirmekte, orta ve büyük yanıklarda doktor tedavi ve pansuman işlemine katılmaktadır. Yanık nedeniyle hastaneye başvuran hastalar ayaktan ya da yatarak tedavi olmaktadır. Hastalar ister ayaktan ister yatarak tedavi olsunlar taburcu edildikten sonra kontrol ya da pansuman yapılması amacıyla yanık polikliniğine gelmektedirler. Poliklinikte planlanmış bir eğitim yapılmamakta ve herhangi bir yazılı eğitim materyali bulunmamaktadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi:

3.3.1.Araştırmanın Evreni:

Araştırmanın evrenini, 2003 yılında Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yanık Polikliniğine başvuracak hastalar oluşturmaktadır.

3.3.2.Araştırmanın Örneklemi:

Araştırmacı tarafından 2001 ve 2002 yılında yanık polikliniğine başvuran hasta kayıtları incelenmiştir. Yanık Polikliniğine 1 Ocak - 31 Aralık 2001 tarihleri arasında 732 kişi, 1 Ocak - 31 Aralık 2002 tarihleri arasında ise 998 kişi başvurmuştur. 2001 yılı öncesine ilişkin kayıtlar bulunmamaktadır. Araştırma 2003 yılı içerisinde yapılacağı ve bu yıla ilişkin verileri elde etmek mümkün olmadığı için 2002 yılında yanık polikliniğine başvuran 998 hasta esas alınarak örneklem büyüklüğü belirlenmiştir.

Araştırmada örneklem büyüklüğü; evrendeki birey sayısının bilindiği durumlarda örneklem büyüklüğünü saptamak amacıyla kullanılan formülle hesaplanmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$$

n=örnekleme alınacak birey sayısı

N=evrendeki birey sayısı (998)

t=belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer ($\alpha=0.05$ de ∞ serbestlik derecesinde $t=1.96$ bulunmuştur)

p= incelenen olayın görülüş sıklığı (0.5, ülkemizde yanık hastalarının taburculuk sonrası eğitimiyle ilgili veri olmaması nedeniyle)

q= incelenen olayın görülmeyiş sıklığı (0.5, ülkemizde yanık hastalarının taburculuk sonrası eğitimiyle ilgili veri olmaması nedeniyle)

d=olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma ($d=0.05$, $\pm$ %5 sapma istediğimiz için). (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2000)

Hesaplama sonunda örneklem büyüklüğü 278 olarak belirlenmiştir. Araştırma sırasında 192 hasta ve 88 hasta yakını ile görüşülerek toplam 280 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmaya başlandığı tarihten itibaren daha önce hastanede yatmış ya da ayaktan tedavileri yapıldıktan sonra ilk kez kontrole gelen hastalar ya da bu hastaların

yakınları başvuru sırasına göre örneklem sayısına ulaşılan kadar örnekleme alınmıştır. Araştırma süresi içerisinde yanık polikliniğine başvuran 403 kişiden 123'ü hastanın yaşadığı ağrı ve diğer nedenlerle araştırmaya katılmayı reddetmişlerdir. Bu kişilerin yerine yanık polikliniğine başvurma sırasına göre yedekler alınmıştır.

Tablo 3.1. Veri Toplanan Kişiler ve Hasta Yakınlarının Hasta ile Yakınlık Derecesi

Veri Toplanan Kişi					
Hasta		Hasta yakını		Toplam	
Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
192	68.6	88	31.4	280	100
Hasta Yakınlarının Yakınlık Derecesi					
I. derece yakını		Akraba ve komşular		Toplam	
Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
84	95.4	4	4.6	88	100

3.4. Verilerin Toplanması:

3.4.1. Veri Toplama Aracı:

Yanık hasta ve yakınlarının taburculuk sonrası evde bakımla ilgili bilgi gereksinimlerini saptamak amacıyla hazırlanan soru kağıdı (Ek 1,2) konu ile ilgili literatürden yararlanılarak (Healing-Kaplan 1985, Parsons 1997, Aksayan 2002, Karasar 2002) araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Soru kağıdı hasta için ve 10 yaş ve altındaki hastalarla, ileri yaşta ve demansta olan hastalarda hasta yakınları için iki farklı şekilde oluşturulmuştur (Ek 1,2). Hazırlanan her iki soru kağıdı da üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastanın tanıtıcı bilgilerine ilişkin sorular, ikinci bölümde yanığa ilişkin sorular ve araştırmacı gözlemi, üçüncü bölümde hastaların taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerine ilişkin sorular yer almaktadır.

3.4.2. Ön Uygulama:

Soru kağıdının anlaşılabilirliğinin belirlenmesi amacıyla 16-19 Haziran 2003 tarihlerinde örnekleme göre saptanan 12 hasta ve 8 hasta yakını olmak üzere toplam 20 birey üzerinde ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda soru kağıdının gerekli düzenlemeleri yapılmıştır.

3.4.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması:

Soru kağıdı (Ek-1,2) 23 Haziran 2003 – 24 Eylül 2003 tarihleri arasında uygulanmıştır. Araştırmacı 8°-16° saatleri arasında yanık polikliniğinde çalışarak, verileri 192 hastanın kendisinden ve (88 hasta yakını) yakınlarından taburculuktan

1-5 gün sonra görüşme yoluyla toplanmıştır. Görüşmeler yanık polikliniğinde hastaların kontrol olmayı bekledikleri alanda gerçekleştirilmiştir. Hastalar görüşme sonrası pansuman işlemi sırasında gözlenmiştir. Araştırmacı hastaların pansumanlarına eşlik etmiştir. Hasta ve yakınlarıyla yapılan her bir görüşme 20-30 dakika sürmüştür.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi:

Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız değişkenleri hasta/ hasta yakınlarının eğitim durumları, hasta/hasta yakınlarının yanık hakkında bilgi alma durumları ve yanık şiddeti oluşturmuştur. Yanık şiddetini belirleyebilmek için Amerikan Yanık Derneği tarafından yanık genişliği, derinliği, bölgesi ve hastanın yaşı dikkate alınarak oluşturulan kriterler esas alınmıştır. Amerikan Yanık Derneği yanıkları şiddetine göre üç grupta incelemektedir;

1.Küçük Yanıklar: Özel bölgeler (göz, kulak, yüz, boyun, genital bölge, eller ve ayaklar) dışında kalan ve total vücut yüzey alanı (TVYA) erişkinlerde % 15'ten, çocuklarda %10'dan az olan 2. derece ve % 3'den daha az olan 3. derece yanıklardır.

2.Orta Yanıklar: Özel bölgeler dışında kalan, TVYA erişkinlerde %15-25, çocuklarda %10-20 olan 2. derece ve %10'dan daha az olan 3. derece yanıklardır.

3-Büyük (Şiddetli) Yanıklar: Yanık alanı erişkinlerde % 25'ten, çocuklarda %20'den daha fazla olan 2. derece ve % 10'dan daha fazla olan 3. derece yanıklardır.

Bununla birlikte özel bölgeleri içeren yanıklar, tüm elektrik ve inhalasyon yanıkları, kırık ve diğer büyük travmaların eşlik ettiği yanıklar büyük yanık olarak değerlendirilmektedir (Roberts ve Hedges 1998, Ignatavicius ve ark. 1999, Smith 2000, Black ve ark. 2001).

Yanık şiddeti bu kriterlere göre araştırmacı tarafından belirlenmiştir. Yanık şiddetini belirlemede esas olan yanık yüzdesi, derecesi ve bölgesi (soru kağıdında bulunan 13,14,15. sorular) araştırmacı tarafından hastanın pansumanı sırasında gözlenerek ve pansuman işlemine katılan doktor ve hemşirenin görüşleri alınarak değerlendirilmiştir.

Hastanın tedavi ve bakımı bireysel olarak farklılık gösterdiği ve bu doğrultuda bilinmesi gereken konular da farklılık gösterdiği için veri toplama aracına hastanın gereksinimlerini yansıtan araştırmacı gözlemleri ilave edilmiştir. Araştırmacının yaptığı değerlendirmeye göre hastaların tamamının pansumana gereksinimi olduğu,

giyiminde değişimin gerekli olduğu ve banyo yapabileceği belirlenmiştir.

Hastaların egzersiz gereksiniminin belirlenmesinde en önemli etken yanık bölgesinin bir eklemi kapsamaması olmuştur. Bireysel olarak değişmekle birlikte yanık bölgesindeki ağrının yoğunluğu hastaların hareketini kısıtlamakta ve postürünü etkilemektedir. Gözlenen hastaların hiçbirinde alçı bulunmamaktadır. Atel uygulaması ise sadece yanık alana pozisyon vermekte zorluk yaşayan 2 hastaya uygulandığı gözlenmiştir. Pozisyon gereksinimi olan hastaların kendilerinin uygun pozisyonu sağlamaları beklenmektedir. Atel uygulamasının daha fazla hastaya yapılması gerektiği düşünölmektedir. Hastaların pozisyon gereksinimlerinin büyük oranda ödemi önlemeye yönelik olduğu görölmüştür. Yanık sonrası yoğun olarak ilk 3 gün ödem oluşumunun devam ettiği, hastanın tedaviye uyumuna bağlı olarak bu sürenin uzayabildiği gözlemiştir. Bu gözlemler dikkate alınarak egzersiz ve pozisyon bilgilerine ilişkin sorular sadece gereksinimi olan hastalara yöneltölmüştir. 191 hastanın egzersize, 250 hastanın pozisyona gereksinimi olduğu belirlenmiştir (Ek tablo 1).

Hasta/hasta yakınlarının taburculuk sonrası bilgi gereksinimine ilişkin sorular bağımlı değişken olarak alınmıştır. Hasta ve hasta yakınlarının ilaç kullanım bilgileri değerlendirilirken kullandıkları ilacın temel etkilerinden, başlıca yan etkilerinden, ve ilaç kullanımında dikkat edilmesi gereken önemli konulardan bir tanesini tanımlayan katölmömler “ifade eden” olarak kabul edilmiştir. Beslenmeye ilişkin soruların değerlendirilmesinde, katölmömlerin her bir besin grubunda yer alan gıdalara ilişkin ifadeleri esas alınmıştır. İfade edilen gıdalar, içerdikleri en yoğun besin öğesine göre protein, vitamin, karbonhidrat ve yağ gruplarına dahil edilmiştir. Örneğin; et, süt, yumurta gibi gıdalar protein grubu; meyve ve sebzeler vitamin grubu; ekmek ve hamurışleri karbonhidrat grubu; kızartmalar yağ ve karbonhidrat grubu kapsamında değerlendirilmiştir. Tüm bilgi sorularında eksiksiz cevap veren olmamıştır. Bu nedenle hastaların bütün ifadeleri dikkate alınarak tek tek gruplandırılmıştır. Bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki değerlendirme işlemleri SPSS veri tabanında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Pearson, Likelihood ve Fisher’ın ki-kare önemlilik testleri uygulanmıştır (Sümböloğlu ve Sümböloğlu 2000, Özdamar 2001, Aksayan 2002, Karasar 2002).

3.7. Araştırmanın Etik Yönu:

Araştırmanın yapılması için Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır (Ek 3). Araştırmaya katılan hasta ve yakınlarına araştırmanın amacı açıklanarak 107 hastanın yazılı ve 173 hastanın sözlü onamları (Ek 4) alınmıştır.



4. BULGULAR ve TARTIŞMA

Bu bölüm hasta/hasta yakınlarının tanıtıcı özelliklerine, yanığın değerlendirilmesine, hasta/hasta yakınlarının yanık konusunda bilgi gereksinimlerine ilişkin tablolar ve tartışmalarını içermektedir.

4.1. Hasta/Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular ve Tartışma

Tablo 4.1. Hasta/Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Bilgiler	Sayı	%
Veri toplanan kişi (n:280)*		
Hasta	192	68.6
Hasta yakını	88	31.4
Hasta yakının yakınlık derecesi (n:88)*		
I. derece yakını	84	95.4
Akraba ve komşular	4	4.6
Hastanın Yaşı (n:280)*		
0-18 Yaş	132	47.1
19-59 Yaş	135	48.2
60 Yaş ve üzeri	13	4.7
Hastanın Cinsiyeti (n:280)*		
Erkek	175	62.5
Kadın	105	37.5
Hastanın Statüsü (n:280)*		
Okul Öncesi Dönem (0-6 Yaş Grubu)	75	26.8
Öğrenci	57	20.4
İşçi	51	18.2
Ev Hanımı	45	16.1
Memur	15	5.4
Çalışmayan/İşsiz	13	4.6
Serbest Meslek	13	4.6
Emekli	11	3.9
Hastanın Sosyal Güvencesi (n:280)*		
Sosyal Güvencesi Olan	246	87.9
Sosyal Güvencesi Olmayan	34	12.1
Hasta ve Ailesinin Gelir Düzeyi (n:280)*		
İyi	57	20.4
Orta	135	48.2
Kötü	88	31.4
Veri Toplanan Kişinin Eğitim Durumu (n:280)*		
Okur-Yazar Değil	12	4.3
Okur-Yazar	7	2.5
İlkokul	73	26.1
Ortaokul	70	25.0
Lise	97	34.6
Yüksekokul/Fakülte	21	7.5
Veri Toplanan Kişinin Daha Önce Yanıkla Karşılaşma Durumu (n:280)*		
Evet	35	12.5
Hayır	245	87.5
Hastanın Yanık Dışında Hastalığı Olma Durumu (n:280)*		
Hastalığı olan	35	12.5
Hastalığı olmayan	245	87.5

*Tabloda yüzdelere n sayısına göre alınmıştır.

Tablo 4.1’de hasta ve hasta yakınlarına ilişkin tanıtıcı bilgiler yer almaktadır. Araştırmamıza katılan 280 katılımcının %68.6’sını hastalar, %31.4’ünü hasta yakınları oluşturmuştur. Hasta yakınlarının %95.4’ünün hastanın birinci dereceden yakını, %4.6’sının ise uzak akraba ve komşuları olduğu görülmektedir. Bu durumda hasta kadar hasta yakınlarının da eğitiminin önem taşıdığı söylenebilir.

Hastaların %47.1’inin 0-18 yaş çocuk ve adölesanlardan, %48.2’sinin 19-59 yaş genç ve yetişkinlerden, %4.7’sinin ise yaşlılardan oluştuğu görülmektedir. Tabloda yer almamakla birlikte hastaların yaş ortalamaları 24.09 olarak hesaplanmıştır. Hastaların okul öncesi dönemde (%26.8) ve öğrenci (%20.4) olduğu görülmektedir. Yanık hastalarının 18.2’sini işçiler, %16.1’ini ev hanımları oluşturmuştur. Literatürde de işlerde ve ev hanımlarında yanığın sık görüldüğü belirtilmektedir (Chien ve ark. 2003). Hastaların %62.5’ini erkekler, % 37.5’ini kadınlar oluşturmuştur. Anlatıcı’nın Çukurova Üniversitesinde yanıklı hastalar üzerinde yaptığı çalışmada olguların %72’sinin erkek, %28’inin ise kadın olduğu görülmüştür (1998). Literatürde bazı kaynaklarda erkeklerde yanık görülme oranının kadınlardan daha fazla (Chien ve ark. 2003), bazı kaynaklarda ise kadın ve çocuklarda yanık görülme oranının erkeklerden daha fazla olduğu (Şendur 2000) belirtilmektedir.

Hastaların %87.9’unun sosyal güvencesi bulunmakta, %12.1’inin ise sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Hasta ve yakınları gelir düzeylerini çoğunlukla orta (%48.2) ve kötü (%28.2) olarak belirtmişlerdir. Anlatıcının araştırmasında (1998) sosyal güvencesi olmayanların hastanede kalış sürelerinin sosyal güvencesi olanlara göre daha kısa olduğu ve tedavi ve bakımın olumsuz etkileneceği ortaya konmuştur. Sosyal güvencesi olmayan ve ekonomik durumu sağlık hizmeti almak için yeterli olmayan hastanın bakımının evde sağlanması gereklidir ve bu durum taburculuk eğitiminin önemini artırmaktadır.

Katılımcıların %34.6’sı lise, %26.1’i ilkokul ve %25’i ortaokul mezunudur. Veri toplanan kişilerin % 12.5’i daha önce yanıkla karşılaşmıştır. Tabloya alınmamakla birlikte, bizim araştırmamızda daha önce yanıkla karşılaşan hasta ve hasta yakınlarının %42.2’si ilk yardım (soğuk su ve buz uygulama) yapmış, %26.9’u geleneksel uygulamalarda (yumurta sarısını yakarak sürme, zeytinyağı, tereyağı, bal, salça kullanma gibi) bulunmuş, %10.6’sı hiç birşey yapmamış, %9.6’sı sağlık

kuruluşuna başvurmuş, %8.6'sı ise herhangi bir sağlık çalışanına danışmadan (doktor, hemşire) yara bakımı ve ilaç tedavisi yapmıştır.

Hastaların %12.5'inin yanık dışında hastalığı bulunmaktadır. Ek tablo 13'te hastaların yanık dışındaki hastalıkları ve bu hastalıkların tedavileri görülmektedir. Bu hastalıkların en sık görülenleri kalp-damar hastalıkları (%37.1), romatoid artrit (%17.1) ve diyabettir (%11.4). Mevcut hastalığı bulunan hastaların sırasıyla ilaç tedavisi (%62.9) ve diyet tedavisi (%42.9) aldıkları bulunmuştur. Hastaların yanık dışındaki mevcut hastalıkları ve bu hastalıkların ilaç, beslenme ve egzersiz gibi tedavileri de dikkate alınarak taburculuk eğitimi planlanmalıdır (Ignatavicius 1999, Black ve ark. 2001).

4.2. Yanığa İlişkin Bulgular ve Tartışma

Tablo 4.2. Hastalarda Mevcut Olan Yanığa İlişkin Bilgiler

(n:280)*

Tanıttıcı Bilgiler	Sayı	%
Yanık Nedeni		
Haşlanma	136	48.6
Alev (yangın)	99	35.4
Kimyasal nedenler	23	8.2
Sıcak nesne ile temas	10	3.6
Güneş yanığı	7	2.5
Elektrik	5	1.8
Yanık Yüzdesi		
Yüzde 1-15	269	96.0
Yüzde 16-30	5	1.8
Yüzde 31-45	1	0.4
Elektrik yanığı **	5	1.8
Yanık Derecesi		
I. derece	49	17.5
II. derece	216	77.1
III. derece	15	5.4
Yanık Bölgesi ***		
Kol ve bacaklar	201	71.8
El	67	23.9
Göğüs	41	14.6
Yüz	21	7.5
Kulak	19	6.8
Karın	18	6.4
Boğaz	16	5.7
Genel vücut	5	1.8
Genital bölge	4	1.4
Göz	4	1.4
Solunum yolları	2	0.7
Yanık Şiddeti		
Küçük	244	87.1
Orta	19	6.8
Büyük	17	6.1

* Tabloda yüzdelere n sayısına göre alınmıştır. ** Elektrik yanıkları iç organları da etkilediği için elektrik yanıkları için % belirtilmemiştir. *** Hastalarda birden fazla yanık bölgesi bulunmaktadır.

Tablo 4.2’de hastalarda mevcut olan yanığa ilişkin tanıtıcı bilgiler yer almaktadır. Tablo 4.2 incelendiğinde hastaların çoğunluğunda haşlanma (%48.6) ve alev (%35.4) nedeniyle yanık olduğu görülmektedir. Anlatıcı’nın çalışmasında da hastanede yatan olguların %39’unu alev yanıklarının, %32.8’ini ise haşlanma yanıklarının oluşturduğu bulunmuştur. Çalışmamızda alev ve haşlanma yanıklarının ilk iki sırada yer alması literatürle uyumludur. Veri toplama aşamasında Ankara ilinde benzinliğin alev almasıyla ortaya çıkan yangından çok sayıda insan etkilenmiş ve araştırmanın ikinci ve üçüncü haftalarında katılımcıların çoğunluğunu bu grup oluşturmuştur. Benzer bir afet durumu olmadığında yanık nedenlerinin sıralaması değişebilir. Araştırma yaz döneminde yapıldığı için güneş yanıkları da (%2.5) araştırma kapsamına girmiştir.

Tablo 4.2’de hastaların %96’sının yanıktan etkilenen vücut yüzey alanının %1-15 arasında olduğu ve %77.1’inin II. derece yanıkla yanık polikliniğine geldikleri belirlenmiştir.

Hastaların yanıktan en fazla etkilenen bölgelerinin kollar ve bacaklar (%71.8), eller (%23.9), göğüs (%14.6), yüz (%7.5) ve kulak (%6.8) olduğu görülmektedir. Yanık bölgelerinin dağılımı yaş gruplarına göre bazı farklılıklar göstermekle birlikte etkilenen bölgelerin literatür bilgileriyle uyumlu olduğu söylenebilir (Chien ve ark. 2003).

Yanık şiddeti Amerikan Yanık Derneği’nin kriterleri dikkate alınarak gruplanmıştır. Yanık genişliği, derinliği, bölgesi ve hastanın yaşı dikkate alınarak yapılan bu gruplama sonucunda hastaların çoğunluğunun (%87.1) küçük yanıklar nedeniyle hastaneye başvurduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Hastalara Uygulanan Yanık Tedavisi ve Bakımına İlişkin Bilgiler (n:280)*

Tanımlayıcı Bilgiler	Sayı	%
Yanık Sonrası Hastanede Tedavi Olduğu Birim		
Acil polikliniği	179	63.9
Yanık polikliniği	52	18.6
Hastanenin diğer klinikleri	28	10.0
Yanık ünitesi	20	7.1
Plastik cerrahi kliniği	1	0.4
Yanık Sonrası Hastanede Aldığı Tedavi ve Bakım**		
Yara bakımı	277	98.9
İlaç (farmakolojik tedavi)	58	20.7
Sıvı tedavisi	21	7.5
Fizik tedavi	13	4.6
Kardiyo-pulmoner resüsitasyon	4	4.4
Ameliyat	4	1.4
Psikiyatrik tedavi	3	1.1
Beslenme desteği	2	0.7
Alçı-atel	2	0.7
Taburculuk Sonrası Önerilen Tedavi ve Bakım **		
Yara bakımı	249	88.9
İlaç	91	32.5
Pozisyon	24	8.6
Egzersiz	16	5.7
Sıvı tedavisi	11	3.9
Beslenme desteği	5	1.8
Banyo	3	1.1
Hiç birşey önerilmeyen	22	7.9
Hastanın Evde Bakımıyla İlgilenen Kişi		
I. derece yakını	201	71.8
Kendisi	66	23.6
Aile dışından insanlar (uzak akraba, komşu)	10	3.6
Hiç kimse	3	1.1

* Tablodaki yüzdelere n sayısına göre alınmıştır.

** Katılımcılar birden fazla yanıt vermişlerdir.

Tablo 4.3'te yanık hastasının tedavisi ve bakımına ilişkin tanımlayıcı bilgiler yer almaktadır. Yanık nedeniyle hastaneye başvuran hastaların %63.9'unun Acil Polikliniği'nde, %18.6'sının Yanık Polikliniği'nde, % 10'unun hastanenin diğer kliniklerinde (Ortopedi, Genel Cerrahi Klinikleri gb.), %7.1'inin Yanık Ünitesinde ve bir bölümünün Plastik Cerrahi Kliniği'nde (%0.4) tedavi oldukları görülmektedir. Hastaların sadece %7.1'inin Yanık Ünitesinde tedavi olması mevcut yanık ünitelerinin yetersizliğinin bir sonucu olabilir.

Hastaların hastanede aldıkları tedavi ve bakım; yara bakımı (%98.9), farmakolojik tedavi (%20.7), sıvı tedavisi (%7.5), fizik tedavi (%4.6), CPR (%4.4), ameliyat (%4.4), psikiyatrik tedavi (%1.1), beslenme desteği (0.7) ve alçı/atel kullanımını (%0.7) içermektedir. Taburculuk sonrası önerilen tedavi ve bakımın yara bakımı (%88.9), farmakolojik tedavi (%32.5), pozisyon verme (%8.6), egzersiz

(%5.7), sıvı tedavisi (%3.9), beslenme desteği (%1.8) ve banyoyu (%1.1) içerdiği görülmektedir. Ek Tablo 1'de araştırmacı tarafından yapılan değerlendirmede hastaların pansuman gereksinimi %100 olarak belirlenmiştir. Hasta ve yakınlarının hastanedeki ve evdeki tedavide yara bakımını eksik belirtmelerinin nedeni nemlendirici kullanımını pansuman olarak görmemeleri ve evde pansuman yapmayıp pansuman için polikliniğe başvurmaları olabilir.

Tablo 4.3'te taburculuk sonrası pozisyon önerildiğini belirtenlerin katılımcıların %8.6'sı olduğu, Ek Tablo 1'de ise araştırmacı tarafından %89.3 oranında taburculuk sonrası pozisyon gereksinimi olan hasta olduğunun belirlenmesi, hasta ve yakınlarının pozisyon verme konusunda bilgilendirilmediği sonucunu düşündürebilir. Aynı şekilde hastalara egzersiz önerilme oranı (%5.7) ile araştırmacının ek tablo 1'de belirlediği egzersiz gereksinimi oranı (%69.9) arasındaki fark hasta ve yakınlarının egzersizler konusunda da bilgi almadığını ve bilgi gereksinimi olduğunu düşündürebilir. Katılımcıların %7.9'unun tedavi ve bakıma ilişkin hiç birşey önerilmediğini ifade etmesi de bu düşüncemizi desteklemektedir.

Araştırmamızda hastaların %23.6'sı taburculuk sonrası bakımlarını kendileri gerçekleştirirken, %71.8'inin bakımına birinci derece yakını yardımcı olmuştur. Bu sonuç hastaya bakım verme rolünü çoğunlukla hastaların I. derece yakınlarının (çoğunlukla hasta eşi) üstlendiklerine ilişkin literatür bilgisi ile uyumludur (Dattolo ve ark. 1996, Öztekin ve Kubilay 1996, Parsons 1997, Akdemir ve ark. 2001). Bu durumda, hasta kadar hasta yakınlarına da taburculuk eğitimi verilmesinin önem taşıdığı söylenebilir.

Tablo 4.4. Yanık Nedeniyle Ortaya Çıkan Sorunlar ve Hasta/Hasta Yakınlarının Bu Sorunlara Yönelik Çözümleri

Sorunlar ve Tedavi Yaklaşımları	Sayı	%
Yanık Nedeniyle Sorun Ortaya Çıkma Durumu (n:280)*		
Yanık nedeniyle sorun yaşayan	140	50.0
Yanık nedeniyle sorun yaşamayan	140	50.0
Yanık Nedeniyle Ortaya Çıkan Sorunlar (n:280)*		
Ağrı	55	19.6
Hareket kısıtlılığı	13	4.6
Ödem	13	4.6
Yara enfeksiyonu	11	3.9
İştahsızlık	8	2.9
Kontraktür	7	2.5
Sosyal yaşamda değişim	5	1.8
Psikolojik problemler	5	1.8
Pansuman işleminin verdiği rahatsızlıklar	5	1.8
Normal dışı yara iyileşmesi (hipertrofik skar)	4	1.4
Başkasına bağımlı olmak	4	1.4
Uykusuzluk	3	1.1
Alerjik reaksiyon	2	0.7
Kabızlık	2	0.7
Kalp çarpıntısı	2	0.7
Sorunlara Yönelik Çözümler (n:140)*		
İlaç kullanma	38	27.1
Hastaneye/doktora başvurma	17	12.1
Elevasyon	8	5.7
Egzersiz	3	2.1
Soğuk uygulama	2	1.4
Pansumanı yenileme	2	1.4
Diğer**	5	3.5
Hiç birşey yapmayan	65	46.4

* Tabloda yüzdelere n sayısı üzerinden alınmıştır.

** Diğer ifadesi; bol su içme, düzenli tualete çıkma, dinlenme, emzirme, güneşten ve yoğun ışıktan kaçınma eylemlerini içermektedir.

Tablo 4.4’de hastalarda yanık nedeniyle ortaya çıkan sorunlar ve hasta/hasta yakınlarının bu sorunlara ilişkin çözümleri yer almaktadır. Hastaların % 50’si yanık sonrası sorun yaşadığını ifade etmiştir. Bu sorunlar içerisinde ağrı (%19.6) en fazla yaşanan sorundur. Literatürde de yanığı olan hastalarda ağrının sık deneyimlenen bir sorun olduğu belirtilmektedir (Patterson 1995, Danış 1999, Smith 2000, Regojo 2003). Hareket kısıtlılığı (%4.6), ödem (%4.6), yara enfeksiyonu (%3.9), iştahsızlık (%2.9), kontraktür oluşumu (%2.5), sosyal yaşamda değişim, psikolojik problemler, pansuman işleminin verdiği rahatsızlıklar, hipertrofik skar oluşumu, başkasına bağımlı olma hasta ve yakınlarının ifade ettikleri diğer sorunlardır.

Hasta ve yakınlarının sorunlarla başetmek için ilaç kullandıkları (%27.1) –tabloda ayrıca belirtilmemekle birlikte kullanılan ilaçların çoğunluğunu ağrı kesiciler oluşturmaktadır- ve doktora başvurdıkları (%12.1) görülmektedir.

Literatürde de hastaların ağrılarını gidermek için asetaminofen ve parasetamol grubu ağrı kesicilerin sıklıkla tercih edildiği bilgisi yer almaktadır (Patterson 1995, Smith 2000, Regojo 2003). Sorun yaşayan hasta ve hasta yakınlarının %46'sının çözüme yönelik hiç birşey yapmadığını söylemesi sorunun çözümüne ilişkin bilgi yetersizliğinden kaynaklanabilir. Tablolarda yer almamakla birlikte yanık şiddetine göre sorun ortaya çıkma durumu incelenmiş ve küçük yanıklarda %47.1, orta şiddetteki yanıklarda %52.6, büyük yanıklarda %88.6 oranında katılımcının sorun ifade ettiği görülmüştür. Bu fark yapılan istatistiksel analiz sonucu anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

4.3. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Konusundaki Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Bulgular ve Tartışma

Tablo 4.5. Hasta/Hasta Yakınının Taburculuk Sonrası İlaç Kullanımı Bilgileri

İlaç Kullanımı Bilgileri	İfade Eden		İfade Etmeyen	
	Sayı	%	Sayı	%
Oral Ağrı Kesici Kullanımı (n:103)*				
Etkisi	98	95.1	5	4.9
Kullanım sıklığı	97	94.1	6	5.9
Miktarı	92	89.3	11	10.7
Yan etkisi	15	14.6	88	85.4
Dikkat edilmesi gerekenler	17	16.5	86	83.5
Oral Antibiyotik Kullanımı (n:20)*				
Etkisi	16	80.0	4	20.0
Kullanım sıklığı	18	90.0	2	10.0
Miktarı	18	90.0	2	10.0
Yan etkisi	6	30.0	14	70.0
Dikkat edilmesi gerekenler	4	20.0	16	80.0
Topikal Nemlendirici (Epitelizan) Kullanımı (n:31)*				
Etkisi	28	90.3	3	9.7
Kullanım sıklığı	30	96.8	1	3.2
Miktarı	22	71.0	9	29.0
Yan etkisi	9	29.0	22	71.0
Dikkat edilmesi gerekenler	10	32.3	21	67.7
Topikal Antimikrobiyal İlaç Kullanımı (n:87)*				
Etkisi	54	62.1	33	37.9
Kullanım sıklığı	75	86.2	12	13.8
Miktarı	51	58.6	36	41.4
Yan etkisi	11	12.6	76	87.4
Dikkat edilmesi gerekenler	18	20.7	69	79.3
Topikal Ağrı Kesici Kullanımı (n:8)*				
Etkisi	7	87.5	1	12.5
Kullanım sıklığı	8	100.0	0	0.0
Miktarı	5	62.5	3	37.5
Yan etkisi	8	100.0	0	0.0
Dikkat edilmesi gerekenler	1	12.5	7	87.5

* Tabloda yüzdelere n sayısı üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.5’de hasta/hasta yakınının taburculuk sonrası ilaç kullanımına ilişkin bilgileri yer almaktadır. Katılımcılardan 26 kişi kullandığı ilacın adını bilmediğini ifade etmiştir. Adı belirtilmeyen ilaçların hangi grupta yer aldığı anlaşılamadığından bu yanıtlar değerlendirme kapsamına alınmamıştır. Bazı hastalar birden fazla ilaç kullanmaktadır. Tablodaki yüzdelik sayılar, adı belirtilen ilaçların girdiği grup dikkate alınarak hesaplanmıştır. Tablo 4.5’te 103 hastanın oral ağrı kesici, 87 hastanın topikal antimikrobiyal, 31 hastanın topikal nemlendirici (epitelizan), 20 hastanın oral antibiyotik ve 8 hastanın topikal ağrı kesici ilaç kullandıkları görülmektedir. Pansuman için kullanılan nemlendiricileri (epitelizan) vazelin ve dexpanthenol (bepanten, bepantol, pantenol); antibiyotik/antimikrobiyal ilaçları gümüş sülfadiazine (silverdin, silvadene), nitrofurazone (furaderm, furacin) ve fucidate sodium (fucidin, stafine); ağrı kesicileri lidocaine, parasetamol gibi ilaçlar oluşturmaktadır.

Katılımcılar oral ağrı kesici kullanımı konusunda çoğunlukla kullanılan ilacın etkisini (%95.1), kullanım sıklığını (%94.1) ve miktarını bilmişler, ilacın yan etkisini (%14.6) ve ilaç kullanımı sırasında dikkat edilmesi gerekenleri (%16.5) daha az oranda ifade edebilmişlerdir.

Oral antibiyotik kullanımı konusunda katılımcıların çoğunluğunun kullanılan ilacın etkisi (%80), kullanım sıklığını (%90) ve miktarını (%90) bildikleri, yan etkisi (%30) ve dikkat edilmesi gereken konuları (%20) ise daha az oranda ifade ettikleri görülmüştür. Topikal antimikrobiyal kullanımı konusunda da katılımcıların çoğunluğunun kullanılan ilacın etkisi (%62.1), kullanım sıklığını (%86.2) ve miktarını (%58.6) bildikleri, yan etkisini (%12.6) ve dikkat edilmesi gereken konuları (%20.7) ise daha az ifade edebildikleri belirlenmiştir.

Katılımcıların topikal nemlendirici kullanımı bilgilerinin de ilacın etkisi (%90.3), kullanım sıklığı (596.8), kullanım miktarı (58.6) konularında daha fazla, yan etkisi (%29) ve dikkat edilmesi gereken konularda (%32.3) ise daha az oranda olduğu dikkati çekmektedir.

Tablo genel olarak değerlendirildiğinde katılımcıların ilaçların etkisi, kullanım sıklığı ve miktarı konularında, yan etkisi ve dikkat edilmesi gereken konulara oranla daha fazla yanıt verdikleri söylenebilir. Oysa katılımcıların ilacın yan etkisini bilmeleri, yan etki ortaya çıktığında çözüme ulaşmalarını sağlayacak, bu durum

allerjik reaksiyonlarda olduğu gibi bazen hayat kurtarıcı olabilecektir. Yan etkilerin ifade edilmesi doktorun tedavi şeklini belirlemesinde yol gösterici olacaktır. Hasta ve hasta yakınları ilaç kullanımı konusunda dikkat edilmesi gerekenleri öğrendiğinde hasta için istendik olan sonuca daha kısa zamanda ve komplikasyonsuz olarak ulaşılabilir. Hastalar ilaçları doktor kontrolünde, dikkatli, önerilen sürede ve uygun aralıklarla kullanılmalıdır. İlaçların istenen etkileri kadar istenmeyen etkileri de dikkate alınmalı, hasta bu etkiler ve dikkat edilmesi gerekenler konusunda da bilgilendirilmelidir (Güven 1994, Roberts ve Hedges 1998, Sheridan 2003).

Hasta/hasta yakınlarının eğitim durumlarına (bkz. Ek Tablo 7), yanığın tedavisi ve bakımı hakkında bilgi alma durumlarına (bkz. Ek Tablo 11) ve yanık şiddetine (bkz. Ek Tablo 2) göre taburculuk sonrası ilaç kullanımı bilgileri incelenmiş fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.6. Hasta/Hasta Yakınlarının Pansumana İlişkin Bilgileri
(n:280)*

Pansuman Bilgisi	Sayı	%
Pansuman Tekniği****		
Pansuman öncesi malzeme hazırlığı	10	3.6
Ortam hazırlığı	7	2.5
Analjezik hazırlığı	10	3.6
El yıkama	28	10.0
Hastaya uygun pozisyon verme	9	3.2
Yara temizliği	78	27.9
Topikal ilaç kullanımı	116	41.4
Açık yada kapalı pansuman ifade eden	101	36.1
Pansuman için hatalı işlem ifade eden **	15	5.4
Bilmeyen	150	53.6
Pansuman İçin Kullanılan Malzemeler****		
Sargı bezi vb.	114	40.7
Topikal ilaç	94	33.6
Su, %09 NaCl	33	11.8
Eldiven	15	5.4
Yanlış malzeme***	29	10.4
Bilmeyen	139	49.6

* Tabloda yüzdelere n sayısına göre alınmıştır.

** Hatalı işlem ifade edenler yanık alana pansuman amacıyla zeytinyağı, yumurta vb. sürdüklerini ya da yakınlarının önerdiği şekilde farklı uygulamalar yaptıklarını belirtmişlerdir.

*** Yanlış malzeme ifade edenler hidrojen peroksit, kozmetik amaçlı farklı kremler vb. belirtmişlerdir.

**** Katılımcılar birden fazla yanıt vermiştir.

Tablo 4.6'da veri toplanan kişilerin pansuman hakkındaki bilgileri yer almaktadır. Pansuman tekniği ve malzemelere ilişkin bilgiler pansuman hakkındaki literatür bilgileri ve hastalardan gelen cevaplar dikkate alınarak gruplandırılmıştır (Campton-Johnston ve Wilson 2001). Polikliniğe gelen hastaların hepsi araştırmacı

tarafından değerlendirilmiş ve hastaların tümünün taburculuk sonrası pansuman gereksinimi olduğuna karar verilmiştir (Ek tablo 1). Katılımcılar topikal ilaç kullanımını %41.4, pansumanın açık ya da kapalı bırakılmasını %36.1, yara temizliğini %27.9, el yıkama/eldiven kullanma işlemini %10 oranında tanımlamıştır. Hasta/hasta yakınlarının %53.6'sının pansuman yapmayı bilmediğini ifade etmesi bu konudaki bilgi yetersizliğini ortaya koymaktadır. Katılımcılar pansuman için kullanılan sargı bezi, çarşaf gibi malzemeleri %40.7, topikal ilaçları %33.6 oranında ifade etmişlerdir. Katılımcıların hiçbiri pansuman sırasında kullanılan malzemeleri eksiksiz olarak tanımlayamamıştır. Katılımcıların bir kısmı ise pansuman işlemini ve kullanılan malzemeleri hatalı/yanlış ifade etmiştir. Bu ifadelerin alkol, oksijenli su (hidrojen peroksit) gibi yara iyileşmesini olumsuz etkileyen malzemeler ve bunların kullanımına ilişkin olduğu görülmüştür (Anamaet ve ark. 2000, Campton-Johnston ve Wilson 2001, Thomas 2001, Patel 2002, Regojo 2003).

Tablo 4.6 genel olarak incelendiğinde pansuman tekniği ve pansuman için kullanılan malzemeleri ifade etme oranlarının çok düşük olduğu, katılımcıların bir kısmının hatalı ifadelerde bulunduğu, bilmediğini ifade edenlerin ise katılımcıların yaklaşık yarısını oluşturduğu görülmektedir. Bu durum hasta ve yakınlarının pansumana ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir. Oysa pansuman tekniğinin ve pansuman malzemelerinin bilinmesi yara iyileşmesinin gerçekleşmesi ve komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Örneğin ortam ısısının ayarlanması hastanın hipotermiye girme riskini ortadan kaldıracaktır. Pansuman öncesi malzeme hazırlığı, el yıkama, yara temizliği ve topikal ilaç kullanma işlemlerinin uygun şekilde yapılması enfeksiyonun önlenmesini sağlayacaktır. Araştırmacı tarafından hastaların bazılarında enfeksiyon geliştiği gözlenmiştir. Pansuman öncesi analjezik vermek pansuman sırasında ağrıyı azaltacaktır. Yara epitelizeasyonunun istenildiği şekilde sağlanabilmesi için yaranın açık ya da kapalı tutulması önemlidir. Pansuman yapan kişiler pansuman için kullanılan malzemelerin sadece adını değil, kullanım şekli ve özelliklerini de bilmelidir. Hasta ve yakınlarının taburculuk sonrası pansuman yapmak için evde hangi malzemeleri, nasıl kullanmaları gerektiği konusunda bilgilendirilmeleri önemlidir (Mason ve ark. 1986, Campton-Johnston ve Wilson 2001)

Tablo 4.7. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Şiddetine Göre Pansumana İlişkin Bilgileri

Pansuman Bilgisi	Yanık Şiddeti						İstatistiksel Analiz
	Küçük (n:244)***		Orta (n:19)***		Büyük (n:17)***		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Pansuman Tekniği*****							
Malzeme hazırlığı	7	2.9	2	10.5	1	5.9	--
Ortam hazırlığı	4	1.6	2	10.5	1	5.9	--
Ağrı kesici hazırlığı	8	3.3	2	10.5	0	0.0	--
El yıkama	21	8.6	4	21.1	3	17.6	* P=0.174
Hastaya uygun pozisyon verme	8	3.3	1	5.3	0	0.0	--
Yara temizliği	62	25.4	7	36.8	9	52.9	** P=0.033
Topikal ilaç kullanımı	95	38.9	10	52.6	11	64.7	** P=0.067
Açık/kapalı pans. tanımlayan	83	34.0	9	47.4	9	52.9	** P=0.166
Hatalı işlem tanımlayan ****	15	6.1	0	0.0	0	0.0	--
Bilmeyen	136	55.7	8	42.1	6	35.3	** P=0.154
Pansuman için kullanılan malzemeler*****							
Sargı bezi vb.	96	39.3	9	47.4	9	52.9	** P=0.451
Topikal ilaç	74	30.3	11	57.9	9	52.9	** P=0.011
Su, %09 NaCl	27	11.1	3	15.8	3	17.6	* P=0.641
Eldiven	10	4.1	3	15.8	2	11.8	--
Yanlış malzeme *****	27	11.1	1	5.3	1	5.9	* P=0.551
Bilmeyen	127	52.0	6	31.6	6	5.3	** P=0.108

-- Bir test istatistiği uygulanması anlamlı bulunmamıştır.

* Likelihood Ratio uygulanmıştır. $P \leq 0.05$, SD:2 alınmıştır.

** Pearson Chi-Square uygulanmıştır. $P \leq 0.05$, SD:2 alınmıştır.

*** Tabloda yüzdelikler n sayısına göre alınmıştır.

**** Hatalı işlem tanımlayanlar yanık alana pansuman amacıyla zeytinyağı, yumurta vb. sürdüklerini ya da yakınlarının önerdiği şekilde farklı uygulamalar yaptıklarını belirtmişlerdir.

***** Yanlış malzeme ifade edenlerde hidrojen peroksit, kozmetik amaçlı farklı kremler vb. belirtmişlerdir.

***** Katılımcılar birden fazla yanıt vermiştir.

Tablo 4.7’de hasta/hasta yakınlarının yanık şiddetine göre pansumana yönelik bilgileri yer almaktadır. Pansuman tekniği bilgileri içerisinde yara temizliğini küçük şiddette yanığı olan katılımcıların %25.4, orta şiddette yanığı olan katılımcıların %36.8, büyük şiddette yanığı olan katılımcıların %52.9 oranında ifade ettikleri görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P < 0.05$). Topikal ilaç kullanımını küçük şiddette yanığı olan katılımcılar %38.9, orta şiddette yanığı olan katılımcılar %52.6, büyük şiddette yanığı olan katılımcılar %64.7 oranında belirtmişlerdir. Pansumanın açık ya da kapalı kalması gerektiğini ise küçük şiddette yanığı olan katılımcıların %34’ü, orta şiddette yanığı olan katılımcıların %47.4’ü, büyük şiddette yanığı olan katılımcıların %52.9’u ifade etmişlerdir. Büyük yanıklarda sinir uçlarının zarar görmesi sonucu yanıklı bölgede ağrı duyusunun algılanmaması nedeniyle, bu hastalar pansuman öncesinde ağrı kesici alınması

gerektiğini ifade etmemiş olabilirler. Pansuman tekniği hakkında hatalı işlem tanımlayanların (%6.1) hepsinin küçük şiddette yanığı olan hastalar ve yakınları olduğu görülmektedir. Pansuman yapmayı bilmeyenlerin oranının ise küçük şiddette yanıklı hasta ve yakınlarında daha fazla (%55.7) olduğu, orta şiddette yanığı olanlarda (%42.1) ve büyük şiddette yanığı olanlarda (%35.3) giderek azaldığı dikkati çekmektedir.

Üç şiddette yanığı olan hastalar ve yakınları da pansuman için kullanılan malzemeleri sargı bezi, topikal ilaç, su ve eldiven şeklinde sıralamışlardır. Pansuman malzemesi olarak sargı bezi ve su tanımlayan hasta ve yakınlarının küçük şiddette yanıklarda en az, orta ve büyük şiddette yanığı olan hasta ve yakınlarında ise daha fazla oranda olduğu görülmektedir. Pansuman için kullanılan malzemelerden topikal ilacı ifade edenlerin küçük şiddette yanığı olan hasta ve yakınlarında %30.3, orta (%57.9) ve büyük (%52.9) şiddette yanığı olan hasta ve yakınlarında ise daha fazla oranda olduğu görülmektedir. İstatistiksel analiz sonucunda yanık şiddetine göre malzeme olarak topikal ilacı ifade edenler arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Yanlış malzeme ifade etme oranının küçük yanıklı hasta ve yakınlarında %11.1 iken orta (%5.3) ve büyük (%5.9) yanıklarda düşüş gösterdiği, pansuman malzemesini bilmeyenlerin de yine küçük yanıklarda %52 oranında ve orta (31.6) ve büyük (%5.3) yanıklardan daha fazla olduğu görülmektedir.

Genel olarak Tablo 4.7 incelendiğinde orta ve büyük şiddette yanığı olan hasta ve yakınlarının pansuman için kullanılan malzemeleri küçük şiddette yanığı olan hasta ve yakınlarından daha yüksek oranda ifade ettikleri söylenebilir. Orta ve büyük yanıkların tedavi sürelerinin daha uzun ve karmaşık olması beklenmektedir. Bu durumda hastanın daha fazla pansuman deneyimi yaşaması bilgi düzeyinin artmasında etkili olmuş olabilir.

Tablo 4.8. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Sonrası Tedavi ve Bakıma Yönelik Bilgi Alma Durumlarına Göre Pansuman İlişkin Bilgileri

Pansuman Bilgisi	Bilgi Alma Durumuna Göre				İstatistiksel Analiz
	Bilgi alan (n.142)***		Bilgi almayan (n:138)***		
	Sayı	%	Sayı	%	
Pansuman Tekniği					
Malzeme hazırlığı	3	2.1	7	5.1	* P=0.213
Ortam hazırlığı	3	2.1	4	2.9	* P=0.720
Analjezik hazırlığı	5	3.5	5	3.6	* P=1.000
El yıkama	15	10.6	13	9.4	** P=0.750
Hastaya uygun pozisyon verme	3	2.1	6	4.3	* P=0.330
Yara temizliği	48	33.8	30	21.7	** P=0.024
Topikal ilaç kullanımı	69	48.6	47	34.1	** P=0.014
Açık/kapalı pansuman tanımlayan	60	42.3	41	29.7	** P=0.029
Hatalı işlem tanımlayan ****	10	7.0	5	3.6	** P=0.204
Bilmeyen	66	46.5	84	60.9	** P=0.016
Pansuman için kullanılan malzemeler					
Sargı bezi vb.	71	50.0	43	31.2	** P=0.001
Topikal ilaç	57	40.1	37	26.8	** P=0.018
Su, %09 NaCl	18	12.7	15	10.9	** P=0.639
Eldiven	9	6.3	6	4.3	** P=0.460
Yanlış malzeme *****	20	14.1	9	6.5	** P=0.038
Bilmeyen	55	38.7	84	60.9	** P=0.000

* Fisher Exact Test uygulanmıştır. $P \leq 0.05$ alınmıştır.

** Pearson Chi-Square uygulanmıştır. $P \leq 0.05$, SD:1 alınmıştır.

*** Tabloda yüzdelikler n sayısına göre alınmıştır.

**** Hatalı işlem tanımlayanlar yanık alana pansuman amacıyla zeytinyağı, yumurta vb. sürdüklerini ya da yakınlarının önerdiği şekilde farklı uygulamalar yaptıklarını belirtmişlerdir.

***** Yanlış malzeme ifade edenlerde hidrojen peroksit, kozmetik amaçlı farklı kremler vb. belirtmişlerdir.

Tablo 4.8’de hasta/hasta yakınlarının yanık sonrası tedavi ve bakıma ilişkin bilgi alma durumlarına göre pansumana yönelik bilgileri yer almaktadır. Yanık sonrası tedavi ve bakıma yönelik bilgi alan katılımcıların topikal ilaç kullanımı (%48.6), pansumanın açık ya da kapalı olması (%42.3), yara temizliği (33.8), el yıkama (%10.6) konularında bilgi almayanlardan daha yüksek oranlarda doğru ifadelerinin olduğu görülmektedir. İstatistiksel analiz sonucunda katılımcıların bilgi alma durumlarına göre yara temizliği, topikal ilaç kullanımı ve pansumanı açık/kapalı bırakma ifadeleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($P < 0.05$). Pansuman yapmayı bilmeyenlerin (%60.9) çoğunluğunun bilgi almayan katılımcılar olduğu belirlenmiş ve bu sonuç da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P < 0.05$). Bu durum hastalara taburculuk eğitimi verildiğinde bilgi düzeylerinin artması yönündeki beklentilerimize uygundur (Mamolen ve Brenner 2000).

Tablo 4.8 incelendiğinde pansuman için kullanılan malzemeler konusunda bilgi alanların sargı bezi vb. (%50), topikal ilaç (%40), su/%09 NaCl (%12.7) ve

eldiveni (%6.3) bilgi almayan katılımcılardan daha fazla oranda ifade ettikleri görülmektedir. Bilgi alma durumlarına göre sargı bezi, topikal ilaç kullanımı, yanlış malzeme kullanımı ve pansuman malzemelerini bilmeyen katılımcıların farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Yanık tedavi ve bakımı konusunda bilgi almayanların %60.9'u pansuman malzemelerini bilmediklerini ifade etmişlerdir. Bu bulgular, taburculuk eğitimi alan hastaların yanık sonrası pansumana ilişkin bilgilerinin daha fazla olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.9. Hasta/Hasta Yakınlarının Banyo ve Giyim Gereksinimine İlişkin Bilgileri

Banyo ve Giyime İlişkin Bilgiler	Sayı	%
Banyo Yapmaya İlişkin Düşünceler (n:280)*		
Sakıncalı olduğunu ifade eden	132	47.1
Sakıncası olmadığını ifade eden	148	52.9
Banyo Yapmanın Sakıncalı Olmasının Nedenleri (n:132)*		
Doktora danışmam gerektiği için yapmam	35	26.5
Pansumanın açılmaması gerektiği için	30	22.7
Yaranın suyla temas etmemesi gerektiği için	19	14.4
Yardımsız yapamadığımız için	15	11.4
Enfeksiyon gelişip, yara deriniği artacağı için	11	8.3
Nedenini bilmeyen	22	16.7
Banyo Yapmanın Sakıncası Olmadığını İfade Edenlerin Evde Banyo Sırasında Dikkat Ettikleri Konular (n:148)*,**		
Suyun ısısı	59	39.9
Duş şeklinde olması	47	31.8
Yaraya zarar vermeme	26	17.6
Yara dışındaki bölgelere silme banyo verme	17	11.5
Banyoda kullanılan malzemelerin temizliği	15	10.1
Yaralı alanı suda bekletme süresi	14	9.5
Oda ısısı	13	8.8
Banyo sonrası kurulama	6	4.1
Dikkat edilmesi gereken konuları bilmeyen	25	16.9
Yanık Sonrası Giyime İlişkin İfadeler (n:280)*,**		
Bol olmalı	43	15.4
Temiz olmalı	33	11.8
Yarayı güneşten korumalı	30	10.7
Tahriş edici olmamasına	17	6.1
Kolay yanıcı olmamalı	15	5.4
Günlük değiştirilmeli	12	4.3
Nem emen türden olmalı	10	3.6
İnceliği/kalınlığı önemli	7	2.5
Bilmeyen	113	40.4

* Tabloda yüzdelere n sayısına göre alınmıştır.

** Katılımcılar birden fazla cevap vermişlerdir.

Tablo 4.9'da hasta/hasta yakınlarının banyo ve giyim gereksinimlerine ilişkin bilgileri yer almaktadır. Araştırmacı tarafından yapılan değerlendirmede hastaların tümünün günlük yaşamları içerisinde hijyenik gereksinimlerini karşılamak amacıyla

banyo yapabileceği gözlenmiştir. Yanık sonrası banyo şeklinde değişim gereken hastalar değerlendirilmiş; hastaların % 62.5'inin banyo şeklinde değişim gerektiği ve %37.5'inin banyo şeklinin değişmesinin gerekmediği sonucuna varılmıştır (Ek Tablo 1). Hastanın banyo şeklinde değişim gereksinimi değerlendirilirken yanık şiddeti, özellikle yanık bölgesi dikkate alınmıştır. II. derece yanıklarda epitelizasyonun başlaması, III. derece yanıkta eskar dokunun durumu banyo şeklinde değişim gereksinimini belirlemede önemli olmuştur. Bazı hastalardan eskar dokunun debridmanını kolaylaştırmak amacıyla evde banyo sırasında uzun süre yaranın suda bekletilmesinin istendiği gözlenmiştir. Banyo şeklinde değişim gereken hastaların bu konuda bilgilendirilmesi gereklidir. Hasta/hasta yakınlarının %47.1'i banyo yapmanın sakıncalı olduğunu, %52.9'u ise sakıncalı olmadığını düşünmektedir. Araştırmacı tarafından yapılan değerlendirmede hastaların hepsinin banyo yapabileceği dikkate alınırsa banyo yapmanın sakıncalı olduğunu ifade edenlerin (%47.1) bilgilerinin eksik olduğu söylenebilir.

Hasta/hasta yakınlarının bu konuda verdiği cevaplara göre banyo yapmanın sakıncalı olma nedenleri gruplandırılmıştır. Katılımcılar banyo yapmayı doktorun onaylaması gerektiğini (%26.5), pansumanın banyo yapmaya engel olduğunu (%22.7), yaranın suyla temas etmemesi gerektiğini (%14.4), yardımsız banyo yapamadıklarını (%11.4), enfeksiyon gelişebileceğini ve yaranın geç iyileşeceğini neden olarak göstermişlerdir. Katılımcıların %16.7'si banyo yapmanın sakıncalı olduğunu ifade etmiş ancak bir neden gösterememişlerdir.

Evde banyo yapmada sakınca olmadığını düşünen katılımcılar banyo sırasında suyun ısına (%39.9), duş şeklinde yapılmasına (%31.8), banyo sırasında yaraya zarar vermemeye (%17.6), normal banyo yapamadıkları durumda silme banyosu yapmaya (%11.5), banyo sırasında kullanılan malzemelerin temizliğine (%10.1), yaralı alanın suda bekleme süresine (%9.5), oda ısısına (%8.8) ve banyo sonrası kurulamaya (%4.1) dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların banyo sırasında dikkat edilmesi gereken konulara ilişkin ifadelerinin genel olarak %40'ı geçmeyen düşük oranlarda olması bilgi eksikliklerini düşündürmektedir. Katılımcıların %16.9'u banyo sırasında dikkat edilmesi gereken konuları bilmediğini ifade etmiştir.

Katılımcılar yanık sonrası giysilerin bol (%15.4), temiz (%11.8) olması ve yarayı güneşten koruması (%10.7) gerektiğini belirtmişlerdir. Literatürde yanık

hastalarının yanık sonrası ilk 12 ay güneş ışığından uzak durmaları, yaralanmadan 3 yıl sonrasına kadar güneş koruma faktörü içeren kremler kullanmaları, 3 yıl sonra normal bir şekilde güneşe çıkılabileceği belirtilmektedir. Aksi halde yarada renk değişimi ve cilt kanserleri görülebilmektedir (Mason ve ark. 1986, An Easy Guide to Outpatient Burn Rehabilitation 1996, A Guide for Patients 2000, Daily Skin Care 1999, Campton-Johnston ve Wilson 2001 Burns 2002). Hasta/hasta yakınlarının yanık sonrası giyime ilişkin ifadelerinin düşük oranlarda olması ve %40.4'ünün bu konuyu bilmediklerini ifade etmeleri bu konuda bilgi gereksinimleri olduğunu göstermektedir. Katılımcıların banyo ve giyim gereksinimine ilişkin verdikleri cevaplar yanık şiddeti, eğitim durumu ve bilgi alma durumlarına göre incelenmiş ve yapılan istatistiksel analizler sonucunda anlamlı bir fark bulunamamıştır (Ek tablo 3,9,12).

Tablo 4.10. Hasta/Hasta Yakınlarının Yaranın Enfeksiyondan Korunması ve Enfeksiyon Belirtilerine İlişkin Bilgileri

(n:280)*

Enfeksiyon Bilgileri	Sayı	%
Enfeksiyondan Korunma		
Yaranın dış ortamla temasını azaltma	88	31.4
Genel vücut hijyenine dikkat etme	65	23.2
Yarayı temizleme	28	10.0
Antiseptik/antimikrobiyal ajan kullanma	16	5.7
Yaraya temas eden malzemeleri temizleme	12	4.3
El yıkama	11	3.9
Yanlış ifadeler**	8	2.9
Enfeksiyondan korunmayı bilmeyen	109	38.9
Enfeksiyon Belirtileri		
Görünüm değişikliği	66	23.6
Akıntı/sızıntı	59	21.1
Koku	36	12.9
Ağrı	24	8.6
Ateş	14	5.0
Bilmeyen	130	46.4

* Tabloda yüzdeler n sayısına göre alınmıştır.

** Bu ifadeler alkol, hidrojen peroksit gibi ajanların açık yara üzerine uygulanmasını ve geleneksel uygulamaları içermektedir.

Tablo 4.10'da hasta/hasta yakınlarının yaranın enfeksiyondan korunması ve enfeksiyon belirtilerine ilişkin bilgileri yer almaktadır. Katılımcılar çoğunlukla enfeksiyondan korunma için yaranın dış ortamla temasını azaltmak (%31.4), genel vücut hijyenine dikkat etmek (%23.2) ve yarayı temizlemek (%10.0) gerektiğini belirtmişlerdir. Enfeksiyon belirtilerini görünüm değişikliği (%23.6), akıntı/sızıntı (%21.1), koku (%12.9), ağrı (%8.6) ve ateş (%5) olarak ifade etmişlerdir. Tablo 4.10'da genel olarak katılımcıların enfeksiyondan korunma ve enfeksiyon belirtileri

bilgilerini ifade etme oranlarının düşük olması, %38.9'unun enfeksiyondan korunma konusunda yapılacakları, %46.4'ünün enfeksiyon belirtilerini bilmediğini ifade etmesi bu konuda bilgi eksikliği olduğunu göstermektedir. Yara enfeksiyonu ve sepsis yanık hastalarında geç dönem ölüm nedeni olarak ilk sırada yer almaktadır. Bu durum aynı zamanda hastanede yatış süresini uzatmakta, dolayısıyla tedavinin maliyetini de artırmaktadır. Hasta ve yakınlarının enfeksiyondan korunma konusunda bilinçlendirilmesi yara iyileşmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Coffin 2000).

Ek Tablo 4'te görüleceği gibi yanık şiddetine göre katılımcıların enfeksiyon konusundaki bilgileri incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.11. Hasta/Hasta Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre Yaranın Enfeksiyondan Korunması ve Enfeksiyon Belirtilerine İlişkin Bilgileri

Enfeksiyon Bilgileri	Eğitim Durumu				İstatistiksel Analiz
	İlköğretim ve altı (n:162)***		Ortaöğretim ve üzeri (n:118)***		
	Sayı	%	Sayı	%	
Enfeksiyondan Korunma ****					
Yaranın dış ortamla temasını azaltma	44	27.2	44	37.2	** P=0.173
Genel vücut hijyenine dikkat etme	34	21.0	31	26.3	** P=0.301
Yarayı temizleme	16	9.9	12	10.2	** P=0.936
Antiseptik/antimikrobiyal ajan kullanma	9	5.6	7	5.9	** P=0.894
Yaraya temas eden malzemeleri temizleme	3	1.9	9	7.6	** P=0.018
El yıkama	5	3.1	6	5.1	* P=0.536
Yanlış ifadeler*****	7	4.3	1	0.8	* P=0.144
Enfeksiyondan korunmayı bilmeyen	69	42.6	40	33.9	** P=0.177
Enfeksiyon belirtileri ****					
Görünüm değişikliği	34	21.0	32	27.1	** P=0.233
Akıntı/sızıntı	36	22.2	23	19.5	** P=0.580
Koku	20	12.3	16	13.6	** P=0.764
Ağrı	11	6.8	13	11.0	** P=0.212
Ateş	6	3.7	8	6.8	** P=0.244
Bilmeyen	75	46.3	55	46.6	** P=0.959

* Fisher Exact Test uygulanmıştır. $P<0.05$ alınmıştır.

** Pearson Chi-Square uygulanmıştır. $P<0.05$, SD:1 alınmıştır.

*** Tabloda yüzdelikler n sayısına göre alınmıştır.

**** Katılımcılar birden fazla yanıt vermiştir.

***** Bu ifadeler alkol, hidrojen peroksit gibi ajanların açık yara üzerine uygulanmasını ve geleneksel uygulamaları içermektedir.

Tablo 4.11'de hasta/hasta yakınlarının eğitim durumuna göre yaranın enfeksiyondan korunması ve enfeksiyon belirtilerine ilişkin bilgileri yer almaktadır. Ortaöğretim ve üzerinde eğitime sahip olan katılımcıların enfeksiyondan korunmaya ilişkin bilgilerinin eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olan gruba göre daha fazla olduğu

görülmektedir. Orta öğretim ve üzerinde eğitime sahip olan katılımcıların enfeksiyondan korunmaya ilişkin yanlış ifadelerinin (%0.8) ve enfeksiyondan korunmayı bilmeme (%33.9) oranlarının ise ilköğretim ve altı eğitim grubuna (yanlış ifadeleri %4.3, enfeksiyonda korunmayı bilmeme oranları %42.6) oranla daha az olduğu belirlenmiştir. Enfeksiyondan korunmak için yaraya temas eden malzemelerin temizlenmesi gerektiğini ortaöğretim ve üzeri eğitime sahip olanlar (%7.6), ilköğretim ve altı eğitime sahip olanlara oranla (%1.9) daha fazla ifade etmişlerdir. Yapılan istatistiksel analiz sonucu eğitim düzeyine göre yaraya temas eden malzemeleri temizleme bilgisi arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Bu sonuç bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe bilgiye daha kolay ulaşmaları ve bilgiyi talep edebilmelerine bağlı olabilir.

Ortaöğretim ve üzeri eğitime sahip olan grupta enfeksiyon belirtilerini görünüm değişikliği (%27.1), koku (%13.6), ağrı (%11) ve ateş (%6.8) olarak ifade edenlerin oranı, ilköğretim ve altı eğitim grubundan daha fazladır. Her iki eğitim düzeyinde de enfeksiyon belirtilerini bilmeme durumu eşittir. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre enfeksiyon belirtileri bilgisi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.12. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Sonrası Tedavi ve Bakıma Yönelik Bilgi Alma Durumlarına Göre Yaranın Enfeksiyondan Korunması ve Enfeksiyon Belirtilerine İlişkin Bilgileri

Enfeksiyon Bilgileri	Bilgi Alma Durumu				İstatistiksel Analiz
	Bilgi Alan (n:142)***		Bilgi Almayan (n:138)***		
	Sayı	%	Sayı	%	
Enfeksiyondan Korunma ****					
Yaranın dış ortamla temasını azaltma	53	37.3	32	23.2	** P=0.010
Genel vücut hijyenine dikkat etme	42	29.6	23	16.7	** P=0.011
Yarayı temizleme	16	11.3	12	8.7	** P=0.473
Antiseptik/antimikrobiyal ajan kullanma	8	5.6	8	5.8	** P=0.953
Yaraya temas eden malzemeleri temizleme	6	4.2	6	4.3	** P=0.960
El yıkama	8	5.6	3	2.2	** P=0.136
Yanlış ifadeler *****	1	0.7	7	5.1	* P=0.034
Enfeksiyondan korunmayı bilmeyen	40	28.2	69	50.0	** P=0.000
Enfeksiyon Belirtileri ****					
Görünüm değişikliği	41	28.9	25	18.1	** P=0.034
Akıntı/sızıntı	38	26.8	21	15.2	** P=0.018
Koku	16	11.3	20	14.5	** P=0.420
Ağrı	12	8.5	12	8.7	** P=0.942
Ateş	4	2.8	10	2.7	** P=0.089
Bilmeyen	57	40.1	73	52.9	** P=0.032

* Fisher Exact Test uygulanmıştır. P<0.05 alınmıştır.

** Pearson Chi-Square uygulanmıştır. P<0.05, SD:1 alınmıştır.

*** Tabloda yüzdelikler n sayısına göre alınmıştır.

**** Katılımcılar birden fazla yanıt vermiştir.

***** Bu ifadeler alkol, hidrojen peroksit gibi ajanların açık yara üzerine uygulanmasını ve geleneksel uygulamaları içermektedir.

Tablo 4.12’de hasta/hasta yakınlarının yanık sonrası tedavi ve bakıma ilişkin bilgi alma durumlarına göre yaranın enfeksiyondan korunması ve enfeksiyon belirtilerine ilişkin bilgileri yer almaktadır. Yanık sonrası tedavi ve bakıma ilişkin bilgi alan katılımcıların yaranın dış ortamla temasını azaltma (%37.3) ve genel vücut hijyenine dikkat etme (%29.6) konularında bilgi almayanlardan (yaranın dış ortamla temasını azaltma %23.2, genel vücut hijyenine dikkat etme %16.7) daha fazla cevap verdikleri görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (P<0.05). Bilgi alanların yanlış ifadelerinin (%0.7) bilgi almayanlardan (%5.1) daha az olduğu belirlenmiştir. Bilgi alanların enfeksiyondan nasıl korunacağını bilmeme oranlarının (%28.2) bilgi almayanlardan (%50) daha az olduğu görülmektedir. Yanık sonrası tedavi ve bakıma ilişkin bilgi alma durumlarına göre enfeksiyondan korunmayı bilmeme ve yanlış bilme düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (P<0.05). Bu durum taburculuk eğitiminin önemini ortaya koymaktadır. (Dattolo 1996, Fındık 1999, Mamolen ve Brenner 2000).

Tablo 4.12’de yanık sonrası tedavi ve bakıma yönelik bilgi alanların enfeksiyon belirtilerine ilişkin görünüm değişikliği ve akıntı/sızıntıyı ifade etme oranlarının bilgi almayanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Katılımcıların enfeksiyon belirtilerini bilmeme oranları bilgi alanlarda %40.1 ve bilgi almayanlarda %52.9’dur. Bu durum da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Tablo 4.13. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Sonrası Beslenmeye İlişkin Bilgileri

(n:280)*

Beslenme Bilgileri	Sayı	%
Alımı Artırılması Gereken Besin Grupları**		
Her türlü besin	60	21.4
Protein içeren besinler	71	25.4
Vitamin içeren besinler	47	16.8
Mineral içeren besinler	22	7.9
Karbonhidrat içeren besinler	9	3.2
Yağ içeren besinler	8	2.9
Beslenmede değişiklik gerekli değildir	28	10.0
Bilmeyen	106	37.9
Beslenmenin önemi		
Yara iyileşmesi için	91	32.5
Büyüme ve doku yenilenmesi için	46	16.4
Vücudun enerji ihtiyacını karşılamak için	29	10.4
Bilmeyen	114	40.7
Günlük alınması gereken sıvı miktarı		
Bol almalı (miktar belirtmeyen)	88	31.4
Uygun miktar belirten***	50	17.9
Bilmeyen	142	50.7
Sıvı alımının neden gerekli olduğu		
Doku yenilenmesini sağlamak için	51	18.2
Sıvı kaybını karşılamak için	35	12.5
Sağlıklı yaşam için	35	12.5
Zararlı maddeleri atmak için	27	9.6
Bilmeyen	132	47.1
Tuz alımı		
Artmalı	52	18.6
Aynı kalmalı	95	33.9
Azalmalı	41	14.6
Bilmeyen	92	32.9

* Tabloda yüzdelere n sayısına göre alınmıştır.

** Katılımcılar birden fazla cevap vermişlerdir.

*** Araştırmacı tarafından yaşa ve yanık yüzdesine göre günlük metabolik gereksinimin üzerinde sıvı miktarı belirten katılımcılar “uygun miktar belirten olarak” nitelendirilmiştir.

Tablo 4.13’te hasta/hasta yakınlarının beslenmeye ilişkin bilgileri yer almaktadır. Katılımcıların ifade ettikleri besin grupları en yoğun olarak taşıdıkları besin içeriğine göre araştırmacı tarafından gruplanmıştır. Katılımcıların %25.4’ü protein içeren besin gruplarını, %21.4’ü her tür besini, %16.8’i vitamin içeren

besinleri artırmak gerektiğini ifade etmişlerdir. Yanıkta yara iyileşmesi ve beslenme konusundaki literatür bilgilerine dayanarak, doku yenilenmesi için özellikle vitamin, mineral ve protein gereksiniminin artacağı, yanıkla birlikte artan metabolizma ihtiyacını karşılamak amacıyla kalori değeri yüksek olan karbonhidrat ve yağ içeren besinlerin alımının da gerekli olduğu söylenebilir (Smith 2000, Baysal ve ark. 2002, Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi 2002, Regojo 2003). Bu durumda her tür besin grubunun artırılması gerektiğini belirtenlerin yanıtı doğru kabul edilmiştir. Diğer besin gruplarını tek tek ifade edenler ise eksik ifadede bulunmuşlardır. Katılımcıların %10'unun beslenmede değişiklik gerekmediğini, %37.9'unun ise artırılması gereken besin gruplarını bilmediğini ifade ettiği görülmektedir.

Katılımcılar beslenmenin yara iyileşmesi (%32.5), büyüme ve doku yenilenmesi (%16.4) ve vücudun enerji ihtiyacını karşılamak (%10.4) için önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Hasta/hasta yakınının %40.7'si beslenmenin neden önemli olduğunu açıklayamamıştır.

Yanık sonrası sıvı alımı doku yenilenmesini sağlamak ve özellikle ilk 24-72 saatte sıvı kaybını karşılamak amacıyla çok önemlidir (Murray-Kiy 1997, Dealey 1999). Katılımcıların yarısı sıvı alımının gerekliliğini açıklamışlar, ancak sadece %17.9'u alınması gereken sıvının uygun miktarını belirtebilmişlerdir. Araştırmacı tarafından yaşa ve yanık yüzdesine göre günlük metabolik gereksinimin üzerinde sıvı miktarı belirten katılımcılar "uygun miktar belirten" olarak nitelendirilmiştir.

Yanık sonrası ilk 72 saatte kaybedilen suyla birlikte mineral (özellikle sodyum) kaybı da oldukça fazladır. Bu nedenle yanık sonrası tedavi kapsamında tuz alımı da önemlidir. Katılımcıların ancak %18.6'sı tuz alımının artması gerektiğini ifade etmişlerdir. Tuz alımının azaltılması gerektiğini belirten katılımcılar içerisinde 2 tanesi hipertansiyon problemi nedeniyle tuz alımının azalması gerektiğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların %32.9'u ise tuz alımının nasıl olması gerektiğini bilmediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 4.13 genel olarak incelendiğinde hasta ve yakınlarının beslenmeye ilişkin doğru ifadelerinin düşük oranlarda, bilmeme oranlarının ise yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Yanığı olan hasta ve hasta yakınlarının beslenme konusunda bilgilendirilmesi yara iyileşmesinin sağlanması ve komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Bu sonuçlar hasta/hasta yakınlarının beslenme konusunda

bilgilerinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Ek Tablo 5'te hasta ve yakınlarının yanık şiddetine göre beslenme bilgileri karşılaştırılmış ve sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.14. Hasta/Hasta Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre Yanık Sonrası Beslenmeye İlişkin Bilgileri

Beslenme Bilgileri	Eğitim Durumu				İstatistiksel Analiz
	İlköğretim ve altı (n:162)***		Ortaöğretim ve üzeri (n:118)***		
	Sayı	%	Sayı	%	
Alımı Artırılması Gereken Besin Grupları****					
Her türlü besin	26	16.0	34	28.8	** P=0.010
Protein içeren besinler	40	24.7	31	26.3	** P=0.764
Vitamin içeren besinler	89	54.9	61	51.7	** P=0.591
Mineral içeren besinler	13	8.0	9	7.6	** P=0.903
Karbonhidrat içeren besinler	4	2.5	5	4.2	* P=0.500
Yağ içeren besinler	5	3.1	3	2.5	* P=1.000
Beslenmede değişiklik gerekli değildir	19	11.7	9	7.6	** P=0.259
Bilmeyen	71	43.8	35	29.7	** P=0.016
Beslenmenin önemi					
Yara iyileşmesi için	46	28.1	45	38.1	** P=0.086
Büyüme ve doku yenilenmesi için	23	14.2	23	19.5	** P=0.238
Vücudun enerji ihtiyacını karşılamak için	63	38.9	57	48.3	** P=0.116
Bilmeyen	76	46.9	38	32.2	** P=0.013
Günlük alınması gereken sıvı miktarı					
Bol almalı (miktar belirtmeyen)	53	32.7	35	29.7	** P=0.587
Uygun miktar belirten	21	13.0	29	24.6	** P=0.012
Bilmeyen	88	54.3	54	45.8	** P=0.157
Sıvı alımının neden gerekli olduğu					
Doku yenilenmesini sağlamak için	23	14.2	28	23.7	** P=0.041
Sıvı kaybını karşılamak için	18	11.1	17	14.4	** P=0.410
Sağlıklı yaşam için	15	9.3	20	16.9	** P=0.055
Zararlı maddeleri atmak için	17	10.5	10	8.5	** P=0.572
Bilmeyen	89	54.9	43	36.4	** P=0.002
Tuz alımı					
Artmalı	27	16.7	25	21.2	** P=0.337
Aynı kalmalı	60	37.0	35	29.7	** P=0.198
Azalmalı	23	14.2	18	15.3	** P=0.805
Bilmeyen	52	32.1	40	33.9	** P=0.752

* Fisher Exact Test uygulanmıştır. $P<0.05$ alınmıştır.

** Pearson Chi-Square uygulanmıştır. $P<0.05$, SD:1 alınmıştır.

*** Tabloda yüzdelikler n sayısına göre alınmıştır.

**** Katılımcılar birden fazla yanıt vermiştir.

Tablo 4.14'te hasta/hasta yakınlarının eğitim durumuna göre yanık sonrası beslenmeye ilişkin bilgileri yer almaktadır. Eğitim durumu ortaöğretim ve üzeri olan grubun her tür besin alımını artırmak gerektiğini ifade etme oranı (%28.8), eğitim durumu ilköğretim ve altı olanlardan (%16) belirgin oranda yüksektir ve bu sonuç istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Genel olarak ortaöğretim ve

üzerinde eğitime sahip olanların alımı artırılması gereken besin gruplarını, ilköğretim ve altı eğitime sahip olanlara oranla daha fazla ifade ettikleri görülmektedir. Beslenmenin önemi konusunda verilen cevapların da eğitim düzeyi ortaöğretim ve üzerinde olanlarda daha fazla olduğu görülmektedir. Beslenmenin önemi konusunda bilgiye sahip olmadığını ifade edenlerin eğitim düzeyi ilköğretim ve altında olan grupta fazla olduğu dikkati çekmektedir. Bu sonuçlar eğitim düzeyinin artmasının hasta ve yakınlarının beslenmeye ilişkin bilgi düzeylerini olumlu yönde etkileyeceğini düşündürmektedir.

Tablo 4.14'te günlük alınması gereken sıvı miktarı konusunda uygun miktar belirtenlerin çoğunluğunun yine eğitim durumu ortaöğretim ve üzeri olan grupta olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmektedir ($P<0.05$). Sıvı alımının neden gerektiği konusunda sadece zararlı maddeleri vücuttan uzaklaştırmak amacıyla olduğunu belirtenlerin çoğunlukla ilköğretim ve altı eğitim grubunda olduğu, diğer konularda eğitim durumu ortaöğretim ve üzerinde olan grubun, ilköğretim ve altında olan gruba göre daha yüksek oranda yanıt verdiği görülmektedir. Ortaöğretim ve üzeri eğitim grubunun %36.4'ü, ilköğretim ve altı eğitim grubunun ise %54.9'u sıvı alımının neden gerekli olduğunu bilmediğini belirtmiştir. Katılımcıların eğitim durumuna göre sıvı alımının doku yenilenmesini sağlamak amacıyla gerekli olduğunu ifade edenler ile sıvı alımının neden gerekli olduğunu bilmediğini ifade edenlerin arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Tablo 4.14'te "tuz alımı artmalı" cevabının ortaöğretim ve üzeri eğitim grubunda (%21.2) ilköğretim ve altı eğitim grubundan (%16.7) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. "Aynı kalmalı" cevabını verenlerin oranının ise ortaöğretim ve üzeri eğitim grubunda (%29.7) ilköğretim ve altı eğitim grubundan (%37) daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo genelinde alımı artırılması gereken besin grupları, beslenmenin önemi, günlük alınması gereken sıvı miktarı ve sıvı alımının gerekliliği konularında bilgiye sahip olanların çoğunlukla orta öğretim ve üzerinde eğitime sahip olduğu, ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde olanların ise bu konularda daha az bilgiye sahip oldukları görülmektedir.

Drozdowska ve arkadaşlarının (2004) 16-72 yaşlarında 1065 hastayla yaptıkları çalışmada eğitim seviyesi arttıkça hastalık bilgisinin arttığı görülmüştür. Abdullah ve arkadaşları (2001)'nın diyabetik 300 hasta ile yaptıkları çalışmada da hastaların diyabetle ilgili bilgilerinin eğitim düzeyleri ile doğrudan ilgili olduğu saptanmıştır. Eğitim seviyesi arttıkça bilgi düzeyinin arttığını gösteren başka çalışmalar bulunmaktadır (Yeşilçiçek 2002, Gündüz 1994, Tokem 1999).

Tablo 4.15. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Sonrası Tedavi ve Bakıma Yönelik Bilgi Alma Durumlarına Göre Beslenmeye İlişkin Bilgileri

Beslenme Bilgileri	Bilgi alma durumu				İstatistiksel Analiz
	Bilgi alan (n:142)***		Bilgi almayan (n:138)***		
	Sayı	%	Sayı	%	
Alımı Artırılması Gereken Besin Grupları****					
Her türlü besin	30	21.1	30	21.7	** P=0.901
Protein içeren besinler	41	28.9	30	21.7	** P=0.170
Vitamin içeren besinler	66	46.5	84	60.9	** P=0.016
Mineral içeren besinler	8	5.6	14	10.1	** P=0.161
Karbonhidrat içeren besinler	4	2.8	5	3.6	* P=0.747
Yağ içeren besinler	4	2.8	4	2.9	* P=1.000
Beslenmede değişiklik gerekli değildir	8	5.6	20	14.5	** P=0.013
Bilmeyen	53	37.3	53	38.4	** P=0.852
Beslenmenin önemi					
Yara iyileşmesi için	46	32.4	45	32.6	** P=0.969
Büyüme ve doku yenilenmesi için	23	16.2	23	16.7	** P=0.916
Vücudun enerji ihtiyacını karşılamak için	59	41.5	61	44.2	** P=0.654
Bilmeyen	60	42.3	54	39.1	** P=0.595
Günlük alınması gereken sıvı miktarı					
Bol almalı (miktar belirtmeyen)	66	46.5	22	15.9	** P=0.001
Uygun miktar belirten	17	12.0	33	23.9	** P=0.009
Bilmeyen	59	41.5	83	60.1	** P=0.002
Sıvı alımının neden gerekli olduğu					
Doku yenilenmesini sağlamak için	31	21.8	20	14.5	** P=0.112
Sıvı kaybını karşılamak için	17	12.0	18	13.0	** P=0.786
Sağlıklı yaşam için	19	13.4	16	11.6	** P=0.651
Zararlı maddeleri atmak için	16	11.3	11	8.0	** P=0.350
Bilmeyen	59	41.5	73	52.9	** P=0.057
Tuz alımı					
Artmalı	22	15.5	30	21.7	** P=0.179
Aynı kalmalı	55	38.7	40	29.0	** P=0.085
Azalmalı	20	14.1	21	15.2	** P=0.789
Bilmeyen	45	31.7	47	34.1	** P=0.673

* Fisher Exact Test uygulanmıştır. P<0.05 alınmıştır.

** Pearson Chi-Square uygulanmıştır. P<0.05, SD:1 alınmıştır.

*** Tabloda yüzdelikler n sayısına göre alınmıştır.

**** Katılımcılar birden fazla yanıt vermiştir.

Tablo 4.15'te hasta/hasta yakınlarının yanık sonrası tedavi ve bakıma yönelik bilgi alma durumuna göre beslenmeye ilişkin bilgileri yer almaktadır. Yanık sonrası

tedavi ve bakıma yönelik bilgi alanlar (%28.9) protein içeren besinlerin alımının artırılmasını bilgi almayan (%21.7) gruptan daha yüksek oranda ifade ederken, bilgi almayanlar vitamin (%60.9), mineral (%10.1) ve karbonhidrat (%3.6) içeren besinlerin alımının artırılması gerektiğini bilgi alanlardan daha fazla ifade etmiştir. Bilgi alanların %5.6, bilgi almayanların %14.5 oranında “beslenmede değişiklik gerekli değildir” cevabı verdikleri görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarakda anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Bilgi almayanların bilgi alanlara göre daha yüksek oranda yanlış bilgiye sahip olması taburculuk eğitiminin önemini ortaya koymaktadır. Taburculuk eğitimiyle ilgili araştırmalar da taburculuk eğitimin hastaların bilgi düzeyini artıracaklarını ortaya koymaktadır (Dattolo 1996, Fındık 1999, Mamolen ve Brenner 2000). Yanık hastasında beslenmenin önemi konusuna ilişkin bilgi alan ve almayan grup arasında önemli bir fark görülmemektedir.

Tablo 4.15’te günlük alınması gereken sıvı miktarına ilişkin yanık sonrası tedavi ve bakıma yönelik bilgi alanların %46.5’inin, bilgi almayanların ise %15.9’unun bol sıvı alınması gerektiğini ifade ettikleri görülmektedir. Bilgi alanların (%12) uygun miktar belirtme oranının bilgi almayanlardan (%23.9) daha düşük olması bu konuda hastalara verilen bilginin yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Yanık hastalarında sıvı alımının neden gerekli olduğu sorusuna, bilgi alanların %21.8’inin, bilgi almayanların ise %14.5’inin “doku yenilenmesini sağlamak için” cevabını verdikleri görülmektedir. Bilgi alan katılımcıların %41.1’inin, bilgi almayan grubun % 60.1’inin günlük alınması gereken sıvı miktarını bilmediği belirlenmiştir. Bilgi alan katılımcıların sıvı alımının neden gerekli olduğunu bilmeme oranının (%41.5), bilgi almayan katılımcılardan (%52.9) daha az olması hasta/hasta yakınlarına taburculuk eğitimi verilmesinin önemli olduğunu göstermektedir (Dattolo 1996, Fındık 1999, Mamolen ve Brenner 2000). Bilgi alma durumuna göre günlük alınması gereken sıvı miktarına ilişkin verilen cevapların tamamında yapılan istatistiksel analiz sonuçları anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Tablo 4.16. Egzersiz ve Pozisyona Gereksinimi Olan Hastaların ve Onların Yakınlarının Taburculuk Sonrası Egzersiz ve Pozisyona İlişkin Bilgileri

Egzersiz ve Pozisyona İlişkin Bilgiler	Sayı	%
Yapılması Gereken Egzersizler (n:191)*		
Dairesel hareket	13	6.8
Eğme-germe	8	4.2
Yürüyüş	4	2.1
Sağa-sola hareket	2	1.0
Lastik top sıkma	2	1.0
Duvara tırmanma	2	1.0
Bilmeyen	160	83.9
Egzersiz Yapılışına İlişkin tanımlar (n:191)*		
Sık sık	17	8.9
Fizyoterapistin gösterdiği şekilde	6	3.2
Ağrı kesici aldıktan sonra	2	1.0
Bilmeyen	166	86.9
Egzersiz Yapma Nedeni (n:191)*		
Sakatlıkları önlemek	18	9.4
Şekil bozukluklarını önlemek	8	4.2
Hızlı/tam iyileşme sağlamak	3	1.6
Bilmeyen	162	84.8
Evde Dikkat Edilmesi Gereken Pozisyonlar (n:250)*		
Elestasyon tanımlayan	42	16.8
Yara bölgesine uygun pozisyon tanımlayan	7	2.8
Bilmeyen	201	80.4
Pozisyon Verme Nedeni (n:250)*		
Ödemi engeller	28	11.2
Sakatlığı önler	5	2.0
Yara iyileşmesini kolaylaştırır	3	1.2
Ağrıyı azaltır	2	0.8
Yaranın zarar görmesini engeller	2	0.8
Bilmeyen	210	84.0

* Tabloda yüzdelere n sayısına göre alınmıştır.

Tablo 4.16’da hasta/hasta yakınlarının taburculuk sonrası egzersiz ve pozisyona ilişkin bilgileri yer almaktadır. Araştırmacı tarafından hastaların egzersiz, pozisyon gereksinimleri ve atel bulunup bulunmama durumu değerlendirilmiş, ve 191 kişinin egzersiz gereksinimi olduğu, 250 kişinin ise pozisyon gereksinimi olduğu görülmüştür (Ek tablo 1). Yanık hastasında yanık sonrası sakatlık oluşmaması için mümkün olan en erken dönemde egzersizlere başlanmalıdır. Bireysel olarak değişmekle birlikte yanık bölgesindeki ağrı yoğunluğu hastaların hareketini kısıtlamakta ve postürünü etkilemektedir (Algun ve Kırdı 1987, Anamaet ve ark. 2000, Şendur 2000, Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001). Araştırma kapsamına alınan hastaların hiçbirinde alçı bulunmamaktadır. Atel uygulamasının ise sadece yanığın bulunduğu alana pozisyon vermede güçlük yaşayan 2 hastaya uygulandığı görülmüştür (Ek tablo 1). Hastaların pozisyon gereksinimlerinin büyük oranda ödemi önlemeye yönelik olduğu belirlenmiştir. Yanık sonrası yoğun olarak

ilk 3 gün ödem oluşumunun devam ettiği, hastanın tedaviye uyumuna bağlı olarak bu sürenin uzayabildiği gözlemiştir. Bu amaçla yanığın olduğu bölgenin elevasyonu sağlanmalıdır. Bunun dışında vücudun anatomik pozisyonda tutulması, yaranın tahrişini önleyecek ve basınç oluşmasını engelleyecek pozisyonların verilmesi önemlidir (Algun ve Kırdı 1987, Anamaet ve ark. 2000, Şendur 2000, Ignatavicius ve ark. 1999, Black ve ark. 2001).

Katılımcılar yaptıkları egzersizleri; dairesel hareket (%6.8), eğme-germe (%4.2), yürüyüş (%2.1), sağa sola hareket, lastik top sıkma, duvara tırmanma şeklinde tanımlamışlardır. Tablo 4.16'da katılımcıların %83.9'unun yapılması gereken egzersizleri bilmediği görülmektedir. 191 hastanın egzersiz gereksinimi olduğu araştırmacı tarafından saptandığı halde, hasta ve yakınlarının çok küçük oranlarda egzersiz tanımlamaları, ve çoğunluğunun (%83.9) yapılması gereken egzersizleri bilmediğini ifade etmesi bu konudaki bilgi eksikliğini göstermektedir.

Hasta/hasta yakınlarının verdikleri cevaplara göre egzersiz yapılışına ilişkin ifadeler gruplanmış, "sık sık" (%8.9), "fizyoterapistin gösterdiği şekilde" (%3.2) ve egzersiz yapmadan önce "ağrı kesici alarak" (%1) egzersiz yaptıklarını ifade ettikleri görülmüştür. Egzersiz yapma şekillerinin tanımlanması istendiğinde bilmeyenlerin (%86.9) oranının yüksek olması da katılımcıların bu konudaki bilgi eksikliklerini göstermektedir. Katılımcılar egzersiz yapma nedenlerini sakatlıkları (%9.4), şekil bozukluklarını (%4.2) önlemek ve daha süratli ve tam iyileşme sağlamak (%1.6) olarak tanımlamıştır. Egzersiz yapma nedenini bilmediğini belirtenlerin oranının %80.4 olduğu görülmektedir.

Hasta ve yakınları evde dikkat edilmesi gereken pozisyonları; (%16.8) elevasyon ve (%2.8) yara bölgesine uygun pozisyon olarak tanımlamışlardır. Pozisyon verme nedeni sorulduğunda katılımcıların %11.2'si ödemi önlemek amacıyla egzersiz yapmanın gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Evde dikkat edilmesi gereken pozisyonlar (%80.4) ve pozisyon verme nedenini (%84.0) bilmeyen katılımcıların yüksek oranda olması bu konuda verilen eğitimin son derece yetersiz olduğunu göstermektedir. Healing-Kaplan'ın araştırmasında yanık ünitelerinde bilgi verilen konular içerisinde egzersiz ve pozisyonların ilk sıralarda yer aldığı belirlenmiştir (1985). Bizim sonuçlarımız Healing-Kaplan'ın sonuçları ile uyusmamaktadır.

Tablo 4.16 genel olarak incelendiğinde egzersiz ve pozisyon bilgisine ilişkin doğru ifadelerin çok düşük, bilmediğini ifade etme oranlarının ise çok yüksek olduğu söylenebilir. Bu durum hasta ve yakınlarının egzersiz ve pozisyonlara ilişkin bilgi gereksinimi olduğunu göstermektedir.

Ek Tablo 6'da yanık şiddetine göre egzersiz yapma şeklini bilmeyenler karşılaştırılmış, bilmeyenlerin çoğunluğunu (%89.9) küçük yanıklı hastaların oluşturduğu görülmüştür. Yanık şiddetine göre egzersiz yapılış şeklini bilmediğini ifade edenler arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Bu durum küçük yanıklı hastaların egzersiz gereksiniminin daha az olmasından ya da küçük yanıklı hastalarda egzersiz ve pozisyon gereksinimlerinin önemsenmemesinden kaynaklanabilir.

Ek Tablo 10'da katılımcıların eğitim durumuna göre egzersiz ve pozisyona ilişkin bilgileri incelenmiş ve bu konularda yapılan istatistiksel analiz sonuçları anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$)

Tablo 4.17. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Sonrası Tedavi ve Bakıma Yönelik Bilgi Alma Durumlarına Göre Taburculuk Sonrası Egzersiz ve Pozisyona İlişkin Bilgileri

Egzersiz ve Pozisyona İlişkin Bilgiler	Bilgi alma durumu				İstatistiksel Analiz
	Bilgi alan (n:93)***		Bilgi almayan (n:98)***		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yapılması Gereken Egzersizler	20	21.5	11	11.2	** P=0.054
Egzersiz Yapılışına İlişkin Tanımlar					
Sık sık	12	12.9	5	5.1	** P=0.042
Fizyoterapistin gösterdiği şekilde	4	4.3	2	2.0	* P=0.435
Ağrı kesici aldıktan sonra	2	2.2	0	0.0	—
Bilmeyen	75	80.6	91	92.9	** P=0.012
Egzersiz Yapma Nedeni					
Sakatlıkları önlemek	13	14.0	5	5.1	** P=0.036
Şekil bozukluklarını önlemek	18	19.4	11	11.2	** P=0.118
Hızlı/tam iyileşme sağlamak	2	2.2	1	1.0	* P=0.613
Bilmeyen	3	3.2	5	5.1	** P=0.518
Evde Dikkat Etmeniz Gereken Pozisyonlar	(n:122)***		(n:128)***		
Elestasyon tanımlayan	29	23.8	13	10.2	** P=0.004
Yara bölgesine uygun pozisyon tanımlayan	6	4.9	1	0.8	* P=0.061
Bilmeyen	87	71.3	114	89.1	** P=0.000
Pozisyon Verme Nedeni					
Ödemi engeller	21	17.2	7	5.5	** P=0.003
Sakatlığı önler	3	2.5	2	1.6	* P=0.678
Yara iyileşmesini kolaylaştırır	3	2.5	0	0.0	* P=0.115
Ağrıyı azaltır	0	0.0	2	1.6	—
Yaranın zarar görmesini engeller	2	1.6	0	0.0	—
Bilmeyen	93	76.2	117	91.4	** P=0.001

-- Bir test istatistiği uygulanması anlamlı bulunmamıştır.

* Fisher Exact Test uygulanmıştır. $P<0.05$ alınmıştır.

** Pearson Chi-Square uygulanmıştır. $P<0.05$, SD:1 alınmıştır.

*** Tabloda yüzdelikler n sayısına göre alınmıştır.

Tablo 4.17’de hasta/hasta yakınlarının yanık sonrası tedavi ve bakıma yönelik bilgi alma durumlarına göre taburculuk sonrası egzersiz ve pozisyona ilişkin bilgileri yer almaktadır. Yanık sonrası tedavi ve bakıma yönelik bilgi alan katılımcıların %21.5’inin, bilgi almayanların ise %11.2’sinin yapılması gereken egzersizleri tanımladıkları belirlenmiştir. Bilgi alan katılımcıların egzersiz yapılışına ilişkin tanımlarının ve egzersiz yapma nedenine ilişkin cevaplarının da genel olarak bilgi almayan katılımcılardan daha yüksek oranda olduğu söylenebilir. İstatistiksel analiz sonuçlarında yanık sonrası tedavi ve bakıma yönelik bilgi alma durumu ile yapılması gereken egzersizler, egzersizlerin sık sık yapılması, yapılış şeklini bilmeme, egzersizleri sakatlıkları önleme amacıyla yapma ifadeleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Tablo 4.17 incelendiğinde yanık sonrası tedavi ve bakıma yönelik bilgi alan hasta/hasta yakınlarının elevasyon (%23.8) ve yara bölgesine uygun pozisyon (%4.9) tanımlama oranlarının bilgi almayanlardan daha yüksek, bilmeme oranlarının (%71.3) ise bilgi almayanlardan (%89.1) daha düşük olduğu görülmektedir. Bilgi alanların pozisyon verme nedenlerini bilgi almayanlardan daha yüksek oranda ifade ettikleri belirlenmiştir. Bilgi alma durumlarına göre pozisyon şekli olarak “elevasyon”, pozisyon verme nedeni olarak “ödem önleme amacıyla pozisyon verme”, “pozisyon verme nedenini bilmeme” konuları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$).

Tablo 4.17 genel olarak incelendiğinde yanık sonrası tedavi ve bakıma yönelik bilgi alanların egzersiz ve pozisyona ilişkin bilgilerinin, bilgi almayan katılımcılardan daha fazla olduğu söylenebilir.

Tablo 4.18. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanığa İlişkin Bilgi Alma Durumları

Bilgi alma durumları (n:280)*	Sayı	%
Bilgi alan	142	50.7
Bilgi almayan	138	49.3
Bilgi alınan konular		
İlaç (n:111)*		
Doktor	82	73.9
Hemşire	61	55.0
Diğer**	5	4.5
Yara bakımı (n:123) *		
Hemşire	111	90.2
Doktor	81	65.9
Diğer **	14	11.3
Beslenme (n:67)*		
Hemşire	32	47.8
Doktor	27	40.3
Yakınları	11	16.4
Diyetisyen	8	11.9
Diğer **	4	5.9
Sıvı alımı (n:62)*		
Doktor	32	51.6
Hemşire	31	50.0
Yakınlar	9	14.5
Egzersiz (n:33)*		
Doktor	19	57.6
Fizyoterapist	17	51.5
Hemşire	11	33.3
Psikolojik destek (n:15)*		
Doktor	8	53.3
Hemşire	5	33.3
Psikolog/psikiyatr	2	13.3
Korunma ve ilkyardım (n:37)*		
Yakınlar	18	48.6
Hemşire	12	32.4
Doktor	11	29.7
Diğer **	7	18.9
Danışma telefonu (n:17)*		
Doktor	13	76.5
Hemşire	9	52.9
Kontrol sıklık ve zamanı (n:116) *		
Hemşire	86	74.1
Doktor	64	55.2
Ağrı (n:103)*		
Doktor	55	53.4
Hemşire	30	29.1
Yakınlar	16	15.5
Diğer **	9	3.8
Uyku ve dinlenme (n:7)*		
Doktor	4	57.1
Hemşire	3	42.9

* Tabloda yüzdeler n sayısına göre alınmıştır ve katılımcılar birden fazla yanıt vermiştir.

** Diğer seçeneğini diyetisyen, fizyoterapist, psikiyatr, hizmetli oluşturmaktadır.

Tablo 4.18’de hasta ve hasta yakınlarının yanığa ilişkin bilgi alma durumları yer almaktadır. Hasta ve yakınlarının %50.7’si yanığın tedavi ve bakımına ilişkin

bilgi aldığını, %49.3'ü bilgi almadığını ifade etmiştir. Hasta ve yakınlarının yarıya yakınlarının yanı sıra bilgi almaması araştırmada belirlenen bilgi yetersizliğinin nedeni olarak düşünülebilir.

Tablo 4.8'de yüzdeleri görülmemekle birlikte katılımcıların 123'ünün (%43.9) yara bakımı, 116'sının (%41.4) kontrol sıklık ve zamanı, 111'inin (%39.6) ilaç kullanımı, 103'ünün (%36.8) ağrı, 67'sinin (%23.9) beslenme, 62'sinin (%22.1) sıvı alımı, 37'sinin (%13.2) korunma ve ilk yardım, 33'ünün (%11.8) egzersiz, 17'sinin (%6.1) danışma telefonu, 15'inin (%5.4) psikolojik destek ve 7'sinin (%2.5) uyku ve dinlenme konularında bilgi aldıkları saptanmıştır. Healing-Kaplan'ın araştırmasında (1985) yanık ünitelerinde bilgi verilen konular içerisinde egzersiz, pozisyonlar ve yara bakımı ilk sıralarda yer almaktadır. Bu bulgu bilgi alan hastaların aldıkları bilginin istenen düzeyde olmadığını göstermektedir.

Katılımcıların ilaç (%73.9), egzersiz (%57.6), sıvı alımı (%51.6), psikolojik destek (%53.3), danışma telefonu (%76.5), ağrı (%53.4), uyku ve dinlenme (%57.1) konularında doktordan; yara bakımı (%90.2), beslenme (%47.8), kontrol sıklığı ve zamanı (%74.1) konularında hemşireden; korunma ve ilkyardım (%48.6) konularında yakınlarından diğer bilgi kaynaklarından daha fazla bilgi aldıkları görülmüştür. Hasta ve yakınlarının çoğunlukla hemşire ve doktordan bilgi aldığı görülmektedir. Hastaların egzersiz ve pozisyonlar konusunda fizyoterapistten, psikolojik problemler konusunda psikolog ya da psikiyatrden bilgi alması beklenmektedir (Kleve ve ark. 1999). Bizim araştırmamızda egzersiz konusunda doktorun fizyoterapistten daha fazla bilgi verdiği, psikolojik problemler konusunda ise doktor ve hemşirenin psikolog ya da psikiyatrden daha fazla bilgi verdiği görülmektedir. Hastaların tedavi sürecinde doktor ve hemşire ile daha fazla birlikte olmasının bu sonucu ortaya çıkardığı düşünülebilir. Hasta ve yakınlarının bilgi aldıkları kaynaklar arasında hemşirenin ilk sırada yer alması istenen bir bulgudur. Toplum sağlık eğitiminde hemşirenin önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir (Öztek ve Kubilay 1996.)

Coşan-Yılmaz'ın çalışmasında (2001), hastane sürecinde hastaya verilen tüm bilgilerin hekim tarafından verildiği, diyetle ilişkin bilgilerin hekimin yanı sıra diyetisyen ve hemşire tarafından verildiği saptanmıştır. Verilen eğitimlerde hemşirenin aktif rol almadığı belirlenmiştir.

Wykurz ve Kelly'nin hasta eğitimi üzerine yapılan çalışmaların analizi üzerine yaptığı çalışmada (2202) hastaların temel konularda genellikle doktordan bilgi aldığı ve bilgi almak için doktoru tercih ettikleri yer almaktadır. Yapılan diğer çalışmalar da bilgilerin genellikle doktor tarafından verildiğini göstermektedir (Talas, 1995; Halloway, 1996).

Aydın (2000)'in çalışmasında, hastalara günlük yaşam aktivitelerine ilişkin bilgileri kimden almak istedikleri sorulmuş ve hastaların ilk sırada doktordan daha sonra sırasıyla hemşire, diyetisyen ve fizyoterapistten bilgi almak istedikleri belirlenmiştir.

Öner (1999)'in çalışmasında da hasta yakınlarının bilgileri çoğunlukla doktordan daha az oranda da hemşireden edinmişlerdir.

Tablo 4.19. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanığa İlişkin Bilgi İsteme Durumları

Bilgi Almayı İsteme (n:280)*	Sayı	%
Bilgi almak isteyen	195	69.6
Bilgi almak istemeyen	85	39.4
Bilgi Almak İstenen Konular (n:195)*		
Yara izi	31	15.9
Evde dikkat edilmesi gerekenler	30	15.4
Gelişebilecek komplikasyonlar	21	10.8
Korunma ve ilkyardım	19	9.7
Kontrol zamanı/sıklığı	19	9.8
Pansuman	15	7.7
Ağrı giderme	12	6.2
Enfeksiyondan korunma	8	4.1
Ödemi engelleme	7	3.6
Beslenme	4	2.0
Psikolojik problemler	3	1.5
Sosyal yaşam	3	1.5
Diğer hastalıkları	2	1.0
Bütün konular	21	10.8

* Tabloda yüzdelere n sayısına göre alınmıştır.

Tablo 4.19'da hasta/hasta yakınlarının yanığa ilişkin bilgi almayı isteme durumları yer almaktadır. Katılımcıların çoğunluğu (%69.6) yanığın tedavi ve bakımına ilişkin daha fazla bilgi almayı istemektedir. Bu sonuç hasta ve yakınlarına planlı ve yeterli eğitim verilmemiş olmasından kaynaklanabilir. Hasta ve yakınlarının %10.8'i kendilerine yöneltilen soruların hepsi hakkında; %15.9'u yara izi oluşup oluşmayacağı ve iz oluşmasını nasıl önleyebilecekleri; %15.4'ü evde dikkat edilmesi gereken konular; %10.8'i yara izi oluşumu dışında gelişebilecek komplikasyonlar konusunda bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir (Mason ve ark. 1986, Parsons 1997). Hasta ve yakınlarının yanıktan korunma ve ilk yardım konusunda da bilgi

almayı istedikleri görülmektedir. Bizim araştırmamızda tedavi ve bakım süreci ve bu sürece dahil olan ikincil koruma ele alınmış olmakla birlikte, hasta ve yakınlarının yanıktan korunma ve ilk yardım konularında da bilgilendirilmesi önemlidir (Bayley ve ark. 1991, Huyer ve Corkum 1997, Kozier ve ark. 2000, Morgan ve ark. 2000b, Yen ve ark. 2001)

Tabloda belirtilmemekle birlikte katılımcılara kontrollere niçin geldikleri sorulmuş, %47.6'sı "komplikasyonların/sorunların erken ortaya çıkması için", %25.7'si "doğrudan bakım almak için", %9.3'ü "danışmanlık için", %11.1'i ise "bilmiyorum/önemli değil" cevaplarını vermişlerdir. Hasta ve yakınları çok az oranda danışmanlık için hastaneye geldiklerini ifade etmişlerdir. Bakım kadar danışmanlık hizmeti için de kontrollere gelinmesi önemlidir.

Tablolar genel olarak değerlendirildiğinde katılımcıların yanık sonrası tedavi ve bakıma ilişkin bilgilerinin istenen düzeyde olmadığı söylenebilir. Ancak taburculuk öncesinde bilgi alan katılımcıların yara pansumanı, yaranın enfeksiyondan korunması, beslenme, egzersiz ve pozisyona ilişkin konulardaki bilgilerinin, bilgi almayanlardan daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, taburculuk eğitiminin önemini ortaya koymaktadır. Dattalo'nun yaptığı çalışmada da (1996), hastalara taburculuk eğitimi verilmesinin bilgi düzeyini artırdığı ortaya konmuştur. Bu konuda yapılan başka araştırmalarda da taburculuk eğitiminin etkinliği belirlenmiştir (Fındık 1999, Mamolen ve Brenner 2000).

5. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

5.1. Sonuçlar

Bu araştırmada, yanık hastalarının / hasta yakınlarının taburculuk sonrası bilgi gereksinimleri incelenmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

5.1.1. Hasta/Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

1. Araştırma kapsamına 192 hasta (%68.6) ve 88 hasta yakını (%31.4) alınmıştır. Hasta ve hasta yakınına ilişkin tanıtıcı özellikler incelendiğinde; hastaların %47.1'i 0-18 yaş çocuk ve adölesanlardan, %48.2'si 19-59 yaş genç ve yetişkinlerden, %4.7'si ise yaşlılardan oluşmaktadır. Hastaların statüleri incelendiğinde okul öncesi dönemden sonra sırasıyla öğrenci, işçi, ev hanımı, memur, işsiz, serbest meslek sahibi ve emekliler yer almaktadır. Hastaların %62.5'ini erkekler, %37.5'ini kadınlar oluşturmuştur. Hastaların %87.9'unun sosyal güvencesi bulunmakta, %12.1'inin ise sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Hasta ve yakınları gelir düzeylerini çoğunlukla orta (%48.2) ve kötü (%28.2) olarak belirtmişlerdir. Katılımcıların %34.6'sının lise, %26.1'inin ilkokul ve %25'inin de ortaokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Veri toplanan kişilerin %12.5'i daha önce yanıkla karşılaşmıştır. Hastaların %12.5'inin yanık dışında hastalığı bulunduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

5.1.2. Yanığa İlişkin Sonuçlar

2. Hastalarda mevcut olan yanığa ilişkin tanıtıcı bilgiler incelendiğinde hastaların çoğunluğunda haşlanma (%48.6) ve alev (%35.4) nedeniyle yanık olduğu görülmektedir. Hastaların %96'sında yanığın kapladığı vücut yüzey alanının 1-15 olduğu, %4'ünün daha geniş yanığa sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Hastaların yanıktan en fazla etkilenen bölgeleri kollar ve bacaklar (%71.8), eller (%23.9), göğüs (%14.6), yüz (%7.5) ve kulaklardır (%6.8). Hastaların %87.1'inin küçük yanıklar nedeniyle hastaneye başvurduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

3. Yanık hastasının hastanede ve evde tedavi ve bakımına ilişkin tanımlayıcı bilgiler incelendiğinde; yanık nedeniyle hastaneye başvuran hastaların %63.9'unun Acil Polikliniği'nde, %18.6'sının Yanık Polikliniği'nde, % 10'unun hastanenin diğer kliniklerinde (Ortopedi, Genel Cerrahi Servisleri gb.), %7.1'inin Yanık Ünitesi'nde ve bir bölümünün Plastik Cerrahi Kliniği'nde (%0.4) tedavi oldukları görülmektedir. Hastaların hastanede tedavisi ve bakımı; yara bakımını (%98.9), farmakolojik

tedaviyi (%20.7), sıvı tedavisini (%7.5), fizik tedaviyi (%4.6), CPR'ı (%4.4), cerrahi tedaviyi (%4.4), psikiyatrik tedaviyi (%1.1), beslenme desteğini (0.7) ve alçı/atel kullanımını (%0.7) içermektedir. Taburculuk sonrası önerilen tedavi ve bakımın yara bakımı (%88.9), farmakolojik tedavi (%32.5), pozisyon verme (%8.6), egzersiz (%5.7), sıvı tedavisi (%3.9), beslenme desteği (%1.8) ve banyo (%1.1) olduğu görülmektedir. Katılımcıların %7.9'u tedavi ve bakım konusunda hiç birşey önerilmediğini ifade etmişlerdir. Hastanın evde tedavi ve bakımının çoğunlukla (%71.8) I. derece yakını tarafından gerçekleştirildiği belirlenmiştir (Tablo 4.3).

4. Hastalarda yanık nedeniyle ortaya çıkan sorunlar ve hasta/hasta yakınlarının bu sorunlara ilişkin çözümleri incelendiğinde; hastaların %50'sinin yanık sonrası sorun yaşadığı, bu sorunlar içerisinde ağrının (%19.6) en fazla ifade edilen sorun olduğu belirlenmiştir. Hasta ve yakınlarının sorunlarla başetmek için ilaç kullandıkları (%27.1) ve doktora başvurdıkları (%12.1) saptanmıştır. Sorun yaşayan katılımcıların %46'sının çözüme yönelik hiç birşey yapmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

5.1.3. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Konusunda Bilgi Gereksinimlerine İlişkin Sonuçlar

5. Katılımcıların taburculuk sonrası ilaç kullanımına ilişkin bilgileri incelendiğinde; 103 hastanın oral ağrı kesici kullanıldığı, 87 hastanın topikal antimikrobiyal ilaç, 31 hastanın topikal nemlendirici, 20 hastanın oral antibiyotik ve 8 hastanın topikal ağrı kesici kullandığı görülmüştür. Katılımcıların çoğunluğunun kullanılan ilacın etkisi, kullanım sıklığı ve miktarını bildikleri, ilacın yan etkisi ve dikkat edilmesi gereken konuları bilmedikleri saptanmıştır (Tablo 4.5).

6. Katılımcıların yanık sonrası pansumana ilişkin bilgileri incelenmiş; pansuman tekniği bilgilerinden topikal ilaç kullanımını %41.4, pansumanın açık ya da kapalı bırakılmasını %36.1, yara temizliğini %27.9, el yıkama/eldiven kullanma işlemini %10 oranında ifade ettikleri belirlenmiştir. Hasta/hasta yakınlarının %53.6'sı pansuman yapmayı bilmediğini ifade etmiştir. Katılımcılar pansuman için kullanılan sargı bezi gibi malzemeleri %40.7, topikal ilaçları %33.6 oranında tanımlamıştır. Hastalar pansuman işlemi (%5.4) ve kullanılan malzemelerle (%10.4) ilgili yanlış tanımlarda bulunmuşlardır. Katılımcıların %46.9'u pansuman malzemesi bilmediğini ifade etmiştir (Tablo 4.6). Katılımcıların eğitim durumuna göre

pansumana ilişkin bilgileri karşılaştırılmış, istatistiksel analiz sonucunda aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($P>0.05$), (Ek tablo 8).

7. Hasta/hasta yakınlarının yanık şiddetine göre pansumana ilişkin bilgileri incelendiğinde; pansuman tekniği bilgileri içerisinde yara temizliğini küçük şiddette yanığı olan katılımcıların %25.4, orta şiddette yanığı olan katılımcıların %36.8, büyük şiddette yanığı olan katılımcıların %52.9 oranında ifade ettikleri görülmüştür. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Topikal ilaç kullanımını küçük şiddette yanığı olan katılımcılar %38.9, orta şiddette yanığı olan katılımcılar %52.6, büyük şiddette yanığı olan katılımcılar %64.7 oranında belirtmişlerdir. Pansumanın açık ya da kapalı kalması gerektiğini ise küçük şiddette yanığı olan katılımcıların %34'ü, orta şiddette yanığı olan katılımcıların %47.4'ü, büyük şiddette yanığı olan katılımcıların %52.9'u ifade etmişlerdir. Pansuman yapmayı bilmeyenlerin oranının ise küçük şiddette yanıklı hasta ve yakınlarında daha fazla (%55.7) olduğu, orta şiddette yanığı olanlarda (%42.1) ve büyük şiddette yanığı olanlarda (%35.3) giderek azaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Hastalar ve hasta yakınları pansuman için kullanılan malzemeleri sargı bezi, topikal ilaç, su ve eldiven şeklinde sıralamışlardır. Pansuman için kullanılan malzemelerden topikal ilacı ifade edenlerin küçük şiddette yanığı olan hasta ve yakınlarında %30.3, orta (%57.9) ve büyük (%52.9) şiddette yanığı olan hasta ve yakınlarında ise daha fazla oranda olduğu görülmektedir. İstatistiksel analiz sonucunda yanık şiddetine göre malzeme olarak topikal ilacı ifade edenler arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Yanlış malzeme ifade etme oranının küçük yanıklı hasta ve yakınlarında %11.1 iken orta (%5.3) ve büyük (%5.9) yanıklarda düşüş gösterdiği, pansuman malzemesini bilmeyenlerinde yine küçük yanıklarda %52 oranında ve orta (31.6) ve büyük (%5.3) yanıklardan daha fazla olduğu saptanmıştır. (Tablo 4.7).

8. Hasta/hasta yakınlarının yanık sonrası tedavi ve bakıma ilişkin bilgi alma durumlarına göre pansumana yönelik bilgileri incelendiğinde; bilgi alan katılımcıların topikal ilaç kullanımı (%48.6), pansumanın açık ya da kapalı olması (%42.3), yara temizliği (33.8), el yıkama (%10.6) konularında bilgi almayanlardan daha yüksek oranlarda doğru ifadelerinin olduğu görülmüştür. İstatistiksel analiz sonucunda katılımcıların bilgi alma durumlarına göre yara temizliği, topikal ilaç

kullanımı ve pansumanı açık/kapalı bırakma ifadeleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Pansuman yapmayı bilmeyenlerin (%60.9) çoğunluğunun bilgi almayan katılımcılar olduğu belirlenmiş ve bu sonuç da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Pansuman için kullanılan malzemeler konusunda bilgi alanların sargı bezi vb. (%50), topikal ilaç (%40), su/%09 NaCl (%12.7) ve eldiveni (%6.3) bilgi almayan katılımcılardan daha fazla oranda ifade ettikleri belirlenmiştir. Bilgi alma durumlarına göre sargı bezi, topikal ilaç kullanımı, yanlış malzeme kullanımı ve pansuman malzemelerini bilmeyen katılımcıların farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$), (Tablo 4.8).

9. Hasta/hasta yakınlarının banyo ve giyim gereksinimlerine ilişkin bilgileri incelendiğinde; katılımcıların %47.1'inin banyo yapmanın sakıncalı olduğunu, %52.9'unun ise sakıncalı olmadığını düşündüğü ortaya çıkmıştır. (Tablo 4.9). Yanık şiddetine göre banyo yapmanın neden sakıncalı olduğuna verilen cevaplar karşılaştırıldığında küçük yanığı olanların %21.9, orta şiddette yanığı olanların %50 ve büyük şiddette yanığı olanların %60 oranında doktorun onay vermesi gerektiğini düşündükleri görülmüştür (Ek tablo 3). Bu durum istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Evde banyo yapmakta sakınca olmadığını düşünen katılımcılar yanık hastasının banyosu sırasında suyun ısısına (%39.9, duş şeklinde yapılması gerektiğine (%31.8), banyo sırasında yaraya zarar vermemek gerektiğine (%17.6), normal banyo yapamadıkları durumda silme banyo vermeye (%11.5), yaralı alanın suda bekleme süresine (%9.5), oda ısısına (%8.8), banyo sonrası kurulamaya (%4.1) dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.9).

10. Hasta/hasta yakınlarının yaranın enfeksiyondan korunması ve enfeksiyon belirtilerine ilişkin bilgileri incelendiğinde; katılımcıların enfeksiyondan korunma için yaranın dış ortamla temasını azaltmak (%31.4), genel vücut hijyenine dikkat etmek (%23.2), yarayı temizlemek (%10.0) gerektiğini; enfeksiyon belirtileri olarak ise görünüm değişikliğini (%23.6), akıntı/sızıntıyı (%21.1), kokuyu (%12.9), ağrıyı ve ateşi ifade ettikleri görülmüştür. Katılımcıların %38.9'u enfeksiyondan korunma konusunda yapacakları, %46.4'ü enfeksiyon belirtilerini bilmediğini ifade etmiştir (Tablo 4.10). Katılımcıların yanık şiddetine göre enfeksiyon konusundaki bilgileri karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Ek tablo 4).

11. Hasta/hasta yakınlarının eğitim durumuna göre yaranın enfeksiyondan

korunması ve enfeksiyon belirtilerine ilişkin bilgileri incelendiğinde; ortaöğretim ve üzerinde eğitime sahip olan katılımcıların enfeksiyondan korunmaya ilişkin bilgilerinin eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olan gruba göre daha fazla olduğu görülmüştür. Ortaöğretim ve üzerinde eğitime sahip olan katılımcıların enfeksiyondan korunmaya ilişkin yanlış ifadelerinin (%0.8) ve enfeksiyondan korunmayı bilmeme (%33.9) oranlarının ise ilköğretim ve altı eğitim grubuna (yanlış ifadeleri %4.3, enfeksiyonda korunmayı bilmeme oranları %42.6) oranla daha az olduğu belirlenmiştir. Enfeksiyondan korunmak için yaraya temas eden malzemelerin temizlenmesi gerektiğini ortaöğretim ve üzeri eğitime sahip olanlar (%7.6), ilköğretim ve altı eğitime sahip olanlara oranla (%1.9) daha fazla ifade etmişlerdir. Yapılan istatistiksel analiz sonucu eğitim düzeyine göre yaraya temas eden malzemeleri temizleme bilgisi arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Ortaöğretim ve üzeri eğitime sahip olan grupta enfeksiyon belirtilerini görünüm değişikliği (%27.1), koku (%13.6), ağrı (%11) ve ateş (%6.8) olarak ifade edenlerin oranı, ilköğretim ve altı eğitim grubundan daha fazladır. Katılımcıların eğitim düzeylerine göre enfeksiyon belirtileri bilgisi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($P>0.05$), (Tablo 4.11).

12. Hasta/hasta yakınlarının yanık sonrası tedavi ve bakıma ilişkin bilgi alma durumlarına göre yaranın enfeksiyondan korunması ve enfeksiyon belirtilerine ilişkin bilgileri incelendiğinde; yanık sonrası tedavi ve bakıma ilişkin bilgi alan katılımcıların yaranın dış ortamla temasını azaltma (%37.3) ve genel vücut hijyenine dikkat etme (%29.6) konularında bilgi almayanlardan (yaranın dış ortamla temasını azaltma %23.2, genel vücut hijyenine dikkat etme %16.7) daha fazla cevap verdikleri görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Bilgi alanların yanlış ifadelerinin (%0.7) bilgi almayanlardan (%5.1) daha az olduğu belirlenmiştir. Bilgi alanların enfeksiyondan nasıl korunacağını bilmeme oranlarının da (%28.2) bilgi almayanlardan (%50) daha az olduğu görülmüştür. Yanık sonrası tedavi ve bakıma ilişkin bilgi alma durumlarına göre enfeksiyondan korunmayı bilmeme ve yanlış bilme düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Bilgi alanların enfeksiyon belirtilerine ilişkin görünüm değişikliği ve akıntı/sızıntıyı ifade etme oranlarının bilgi almayanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Enfeksiyon belirtilerini

bilmeme oranları bilgi alanlarda %40.1 ve bilgi almayanlarda %52.9'dur. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$), (Tablo 4.12).

13. Hasta/hasta yakınlarının beslenmeye ilişkin bilgileri incelendiğinde; katılımcıların %25.4'ü protein içeren besin gruplarını, %21.4'ü her tür besini, %16.8'i vitamin içeren besinleri artırmak gerektiğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların %10'unun beslenmede değişiklik gerekmediğini, %37.9'unun ise artırılması gereken besin gruplarını bilmediğini ifade ettikleri görülmüştür. Katılımcılar beslenmenin yara iyileşmesi (32.5), büyüme ve doku yenilenmesi (%16.4) ve vücudun enerji ihtiyacını karşılama nedenleriyle önemli olduğunu vurgulamışlardır. Hasta/hasta yakınlarının %40.7'si beslenmenin neden önemli olduğunu açıklayamamıştır. Katılımcıların yaklaşık yarısı (%49.3) sıvı alımının gerekliliğini açıklamışlar ancak sadece %17.9'u alınması gereken sıvının uygun miktarını belirtebilmişlerdir. Katılımcıların sadece %18.6'sı tuz alımının artması gerektiğini ifade etmişlerdir (Tablo 4.13).

14. Hasta/hasta yakınlarının eğitim durumuna göre yanık sonrası beslenmeye ilişkin bilgileri incelendiğinde; eğitim durumu ortaöğretim ve üzeri olan grubun her tür besin alımını artırmak gerektiğini ifade etme oranı (%28.8), eğitim durumu ilköğretim ve altı olanlardan (%16) belirgin oranda yüksektir ve bu sonuç istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Genel olarak ortaöğretim ve üzerinde eğitime sahip olanların alımı artırılması gereken besin gruplarını, ilköğretim ve altı eğitime sahip olanlara oranla daha fazla ifade ettikleri belirlenmiştir. Günlük alınması gereken sıvı miktarı konusunda uygun miktar belirtenlerin çoğunluğunun yine eğitim durumu ortaöğretim ve üzeri olan grupta olduğu ve bu sonucun istatistiksel olarak da anlamlı bulunduğu görülmüştür ($P<0.05$). Tablo genelinde alımı artırılması gereken besin grupları, beslenmenin önemi, günlük alınması gereken sıvı miktarı ve sıvı alımının gerekliliği konularında bilgiye sahip olanların çoğunlukla ortaöğretim ve üzerinde eğitime sahip olduğu, ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde olanların ise bu konularda daha az bilgiye sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 4.14).

15. Hasta/hasta yakınlarının yanık sonrası tedavi ve bakıma yönelik bilgi alma durumlarına göre yanık sonrası beslenmeye ilişkin bilgileri incelendiğinde; yanık sonrası tedavi ve bakıma yönelik bilgi alanlar (%28.9) protein içeren besinlerin

alımının artırılmasını bilgi almayan (%21.7) gruptan daha yüksek oranda ifade ederken, bilgi almayanlar vitamin (%60.9), mineral (%10.1) ve karbonhidrat (%3.6) içeren besinlerin alımının artırılması gerektiğini bilgi alanlardan daha fazla ifade etmiştir. Bilgi alanların %5.6, bilgi almayanların %14.5 oranında “beslenmede değişiklik gerekli değildir” cevabı verdikleri görülmektedir. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Günlük alınması gereken sıvı miktarına ilişkin yanık sonrası tedavi ve bakıma yönelik bilgi alanların %46.5’inin, bilgi almayanların ise %15.9’unun bol sıvı alınması gerektiğini ifade ettikleri görülmektedir. Bilgi alanların (%12) uygun miktar belirtme oranının bilgi almayanlardan (%23.9) daha düşük olduğu görülmüştür. Bilgi alan katılımcıların sıvı alımının neden gerekli olduğunu bilmeme oranı (%41.5), bilgi almayan katılımcılardan (%52.9) daha azdır. Bilgi alma durumuna göre günlük alınması gereken sıvı miktarına ilişkin verilen cevapların tamamında yapılan istatistiksel analizler anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$), (Tablo 4.15).

16. Hasta/hasta yakınlarının taburculuk sonrası egzersiz ve pozisyona ilişkin bilgileri incelendiğinde; katılımcılar yaptıkları egzersizleri; dairesel hareket (%6.8), eğme-germe (%4.2), yürüyüş (%2.1), sağa sola hareket, lastik top sıkma, duvara tırmanma şeklinde tanımlamışlardır. Katılımcıların %83.9’unun yapılması gereken egzersizleri bilmediği belirlenmiştir. Egzersiz yapma şekillerinin tanımlanması istendiğinde bilmeyenlerin oranı %86.9 olarak bulunmuştur. Egzersiz yapma nedenini bilmediğini belirtenlerin oranının %80.4 olduğu görülmüştür. Katılımcılar evde dikkat edilmesi gereken pozisyonları %16.8 oranında elevasyon, %2.8 oranında yara bölgesine uygun pozisyon olarak tanımlamışlardır. Pozisyon verme nedenlerini katılımcıların %11.2’sinin “ödemi önlemek” olarak ifade ettikleri görülmüştür. Katılımcıların %80.4’ü evde dikkat edilmesi gereken pozisyonları ve %84’ü ise pozisyon verme nedenini bilmemektedir (Tablo 4.16).

17. Hasta/hasta yakınlarının yanık sonrası tedavi ve bakıma yönelik bilgi alma durumlarına göre taburculuk sonrası egzersiz ve pozisyona ilişkin bilgileri incelendiğinde; yanık sonrası tedavi ve bakıma yönelik bilgi alan katılımcıların %21.5’inin, bilgi almayanların ise %11.2’sinin yapılması gereken egzersizleri tanımladıkları belirlenmiştir. Bilgi alan katılımcıların egzersiz yapılışına ilişkin tanımlarının ve egzersiz yapma nedenine ilişkin cevaplarının da genel olarak bilgi

almayan katılımcılardan daha yüksek oranda olduğu görülmüştür. İstatistiksel analiz sonuçlarında yanık sonrası tedavi ve bakıma yönelik bilgi alma durumu ile yapılması gereken egzersizler, egzersizlerin sık sık yapılması, egzersiz yapılış şeklini bilmeme, egzersizleri sakatlıkları önleme amacıyla yapma ifadeleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). Yanık sonrası tedavi ve bakıma yönelik bilgi alan hasta/hasta yakınlarının elevasyon (%23.8) ve yara bölgesine uygun pozisyon (%4.9) tanımlama oranlarının bilgi almayanlardan daha yüksek, bilmeme oranlarının (%71.3) ise bilgi almayanlardan (%89.1) daha düşük olduğu görülmüştür. Bilgi alma durumlarına göre pozisyon şekli olarak “elevasyon”, pozisyon verme nedeni olarak “ödemi önleme amacıyla pozisyon verme”, “pozisyon verme nedenini bilmeme” konuları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P<0.05$). (Tablo 4.17).

18. Hasta ve hasta yakınlarının yanık hakkında bilgi alma durumları incelendiğinde; hasta ve yakınlarının %50.7’si yanığın tedavi ve bakımına ilişkin bilgi aldığını, %49.3’ü bilgi almadığını ifade etmiştir. Hastaların 123’ünün yara bakımı, 116’sının kontrol sıklık ve zamanı, 111’inin ilaç kullanımı, 103’ünün ağrı, 67’sinin beslenme, 62’sinin sıvı alımı, 37’sinin korunma ve ilk yardım, 33’ünün egzersiz, 17’sinin danışma telefonu, 15’inin psikolojik destek ve 7’sinin uyku ve dinlenme konularında bilgi aldıkları saptanmıştır. Katılımcıların ilaç (%73.9), sıvı alımı (%51.6), psikolojik destek (%53.3), danışma telefonu (%76.5), ağrı (%53.4), uyku ve dinlenme (%57.1) konularında doktordan; yara bakımı (%90.2), beslenme (%47.8), egzersiz (%57.6), kontrol sıklığı ve zamanı (%74.1) konularında hemşireden; korunma ve ilkyardım (%48.6) konularında yakınlarından diğer bilgi kaynaklarından daha fazla bilgi aldıkları görülmüştür. (Tablo 4.18).

19. Hasta/hasta yakınlarının yanık hakkında bilgi almayı isteme durumları incelendiğinde; katılımcıların %69.6’sının daha fazla bilgi almayı istediği belirlenmiştir. Hasta ve yakınlarının %10.8’i kendilerine yöneltilen soruların hepsi hakkında bilgi almak istediklerini, %15.9’u yara izi oluşup oluşmayacağı ve iz oluşmasını nasıl önleyebileceklerini, %15.4’ü evde dikkat edilmesi gereken konuları, %10.8’i gelişebilecek yara izi oluşumu dışındaki komplikasyonları öğrenmek istemektedirler (Tablo 4.19).

5.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Yanığı olan hasta ve hasta yakınlarına taburculuk sonrası evde tedavi ve bakıma ilişkin planlanmış taburculuk eğitimi verilmesi ve bu amaçla görsel ve işitsel eğitim araçlarının (kitapçık, broşür, video kaset vb.) geliştirilmesi,
2. Hasta ve yakınlarının eğitiminin devamını sağlayacak danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi, danışmanlık hattının kurulması,
3. Bakımın sürekliliği için evde bakım hizmetlerinin kurumsallaştırılması,



KAYNAKLAR

1. Abdullah L., Margolis S., Townsend T. ve ark. (2001), Primary Health Care Patients' Knowledge About Diabetes in The United Arab Emirates, East Mediterranean Health Journal, 4-5, 662-670.
2. Achauer B.M., Eriksson E. (2000), Plastic Surgery, A Harcourt Health Sciences Company, 1 (1-2): (357-373,2380-2400).
3. Akdemir N., Pekcan H., Bulut I. ve ark. (2001), Yatağa Bağımlı Hastaların Evde Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi, Proje No:98K121780, Ankara.
4. Aksayan S., Bahar Z., Bayık A. ve ark. (2002), Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Derneği Yayınları, İstanbul.
5. Alğun C., Kırdı N. (1987), Yanıkta Fizyoterapi Rehabilitasyon, Hacettepe Üniversitesi Fizik Tedavi-Rehabilitasyon Yüksekokulu Yayınları:1, Çağ Matbaası, Ankara.
6. Allender J.A., Spradley B.W. (2001), Community Health Nursing, 5th Edition, Williams&Wilkins, Philadelphia, pg. 540-541,736-753.
7. Allison K. 2002), The UK Pre-hospital Management of Burn Patients: Current Practise and the Need for a Standard Approach, Burns, 28 (2): 135-142.
8. Altun İ. (2000), Hasta Yakınlarının Bakım Verme Rolünde Zorlanma Durumları, II. Ulusal İç Hastalıkları Kongre Kitabı; Hemşirelik Programları Evde Bakım Hizmetlerinin Kurumsallaşması, Antalya.
9. Anderson C.I. (1996), Can Continuity of Care Requirements for Surgery Residents be Demonstrated in the Current Teaching Environment?, ARCH Surgery, 131:915-921.
10. Anemaet W.K., Moffa-Trotter M.E. (2000), Home Rehabilitation Guide to Clinical Practise, s. 99,168,469-470,572-574.
11. Anlatıcı R. (1998), 1988-1997 Yılları Arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Yanık Ünit'inde Tedavi Edilen 1083 Olgunun Retrospektif Analizi, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
12. Arıncı A. (2000), Yanıklar ve Tedavileri, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s.7-85.

13. Askarian M., (2004), Incidence and Outcome of Nosocomial Infections in Female Burn Patients in Shiraz, Iran, *American Journal of Infection Control*, 32 (1): 23-26.
14. Aydın H. (1999), Akciğer Tüberkülozu Olan Hastaların Hastalıklarına İlişkin Bilgi Düzeyleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), Ankara.
15. Bayley E.W. (1990), Wound Healing in The Patient with Burns, *The Nursing Clinics of North America*, 25 (1): 205-222.
16. Bayley E.W., Carrougner G.J., Marvin J.A. ve ark. (1991), Research Priorities for Burn Nursing, *The Journal of Burn Care&Rehabilitation*, 12 (4): 373-383.
17. Baysal A. (1997), Beslenme, VII. Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, s.128-154.
18. Baysal A., Aksoy M., Bozkurt N. ve ark. (2002), Diyet El Kitabı, Yenilenmiş IV. Baskı, Hatiboğlu Yayınları, Ankara, s. 21-23,311-319.
19. Black J.M., Hawks J.H., Keene A.M. (2001), *Medical-Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes*, 6th Edition, W.B. Company, Chapter 50: 1331-1359.
20. Bilgiç L., (1993), Yanık Travmasının Terminal İleum, Çekum ve Kolonda Oluşturduğu Etkilerin İncelenmesi, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
21. Campton-Johnston S., Wilson J. (2001), Infected Wound Management: Advanced Technologies, Moisture-Retentive Dressings and Die Hard Methods, *Critical Care Nursing Quarterly*, 24 (2): 64-77.
22. Canobbio M.M. (2000), *Mosby's Handbook of Patient Teaching*, Second Edition, A Harcourt Health Sciences Company, pg. 145-149.
23. Carr D.B., Goudas L.C. (1999), Acute Pain, *The Lancet*, 353 (9169): 2051-1058.
24. Chang L.Y., Yang J.Y. (1998), Clinical Experience of Postage Stamp Autograft with Porcine Skin Onlay Dressing in Extensive Burns, *Burns*, 24: 264-269.
25. Chien W.C., Pai L., Lin CC., Chen H.C. (2003), Epidemiology of Hospitalized Burns Patients in Taiwan, *Burns*, 29 (6): 582-588.

26. Coffin S.Y. (2000), Critical Care İnterdisciplinary Outcomes Pathways, The Journal of Continuing Education in Nursing, 31 (3): 141.
27. Coşan-Yılmaz M. (2001), Miyokard İnfarktüsü Tanısı Konan Hastaların Taburculuk Planlaması ve Evde Bakım Gereksinimleri Yönünden İncelenmesi, (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
28. Cox R.A., Burke A.S., Soijima K. ve ark. (2003), Airway Obstruction in Sheep with Burn and Smoke İnhalation İnjuries, The American Journal of Respiratory Cell and Molecular Biology, New-York, 29 (3): 295.
29. Crogan N., Evans B.C. (2001), Nutrition Assessment: Experience is not a Predictor of Knowledge, The Journal of Continuing Education in Nursing, 32 (5): 219.
30. Danış B. (1999), Yanık Pansuman Değişimi Esnasında Çocukların Hissettikleri Ağrının Belirlenmesi, (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
31. Dattolo J., Trout S., Connolly M.L. (1996), Home Healt Care and Burn Care: an Educational and Economic Program, Journal of Burn Care Rehabilitation, 17(2):182-187.
32. Dealey C. (1999), The Care of Wounds; a Guide for Nurses, Second Edition, A Blackwel Publishing Company, Philadelphia.
33. Dirican R., Bilgel N. (1993), Halk Sağlığı, Uludağ Üniversitesi Basımevi, s. 225-292.
34. Dramalı A., Erdil F., Hatipoğlu S. ve ark. (1998), Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Editör: Aksoy G., Birlik Ofset, İstanbul, s. 1-55.
35. Dramalı A. (2000), Evde Kronik Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar, II. Ulusal İç Hastalıkları Kongre Kitabı; Hemşirelik Programları Evde Bakım Hizmetlerinin Kurumsallaşması, Antalya.
36. Dramalı A., Kaymakçı Ş., Özbayır T. Ve ark. (2003), Temel İlk yardım Uygulamaları, Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, s. 287-330.
37. Drozdowska ve ark. (2004), Knowledge About Osteoporosis in a Cohort of Polish Females: The Influence of Age, Level of Education and Personal Experiences, Osteoporosis International, August 15(8), 645.

38. Dobson M. ve ark. (2003) , Project Director; Emmanuel J.C., Surgical Care at the District Hospital, World Health Organization, London, 5: 13-16.
39. Erdil F., Özhan-Elbaş N. (2001), Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Genişletilmiş IV. Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara, s. 756-775.
40. Fındık Ü.Y. (1999), Amputasyon Uygulanan Hastalarda Eğitimin “Hastalığı Değerlendirme” ve “Öz Bakım Gücü” Kazanma Yetisine Etkisi, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
41. Forjuoh S.N., Guyer B., Strobino D.M., Determinants of Modern Health Care Use by Families After a Childhood Burn in Ghana, Injury Prevention; Journal of the International Society, 1 (1): 31-34, 1995.
42. Frazier S.K., Moser D.K., Riegel B. ve ark. (2002), Critical Care Nurses Assesment of Patients Anxiety: Reliance on Physiological and Behavioral Parameters, The American Journal of Critical Care, 11 (1):57-58.
43. Geisser M.E., Bingham H.G., Robinson M.E. (1995), Pain and Anxiety During Burn Dressing Changes: Concordance Between Patients and Nurses Rating and Relation to Medication Administration and Patient Variables, The Journal of Burn Care&Rehabilitation, 16 (2) Pt. 1: 165-171.
44. Gelir E. (1996), Uyku Yoksunluğunun Yara İyileşmesine Etkisi, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
45. Goldwyn R.M., Cohen M.N. (2001), Plastic Surgery, A Wolters Kluwer Company, New York, pg. 293-299.
46. Gündüz F. (1994), Annelerin Yanıktan Korunma ve Yanıkta İlk Yardıma İlişkin Bilgileri, (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
47. Gürsu G. (2003), Report on Assesment of Acident Affecting Children in Turkey, Ankara.
48. Güven İ. (1994), Akılcı İlaç Kullanımı, V. Türkiye Eczacılık Kongresi, İstanbul Eczacı Odası Yayınları: 13, Emir Ofset, s. 30-38.

49. Halloway, A. (1996), Patient Knowledge and Information Concerning Medication on Discharge from Hospital, *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1169-1174.
50. Hansen S.L. (2001), Using Skin Replacement Products to Treat Burns and Wounds, *Advances in Skin&Wound Care: The Journal for Prevention and Healing*, 14 (1):1-17.
51. Hartevelde J. (1997), Home Visits by Community Nurses for Cancer Patients After Discharge from Hospital:An Evaluation Study of Continuity Visit, *Cancer Nursing* 2:20.
52. Heling-Kaplan S.H. (1985), Patient Education Tecniques Used at Burn Centers, *The American Journal of Occupational Therapy*, 39 (10): 655-658.
53. Hitchcock J.E., Schubert P.E., Thomas S.A. (1999), *Community Health Nursing*, an İnternational Thomson Publishing Company, Albany, pg. 75.
54. Huyer D.W., Corkum S.H. (1997), Reducing the İncidence of Tap-Water Scalds: Strategies for Physicians, *The Canadian Medical Association Journal*, 156 (6): 841.
55. Ignatavicius D.D., Workman M.L., Mishler M.A. (1999), *Medical Surgical Nursing Across the Health Care Continium*, 3rd Edition, W.B. Saunders Company, Chapter 71: 1753-1784.
56. Kanan N. (2000), Yanık Hastalarının Evde Bakımı ve Uzun Dönem Takibi, II. Ulusal İç Hastalıkları Kongre Kitabı; Hemşirelik Programları Evde Bakım Hizmetlerinin Kurumsallaşması, Antalya.
57. Kara S. (1995), Yanık Elin Rehabilitasyonu, (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), Ankara Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü, Ankara.
58. Karasar N. (2002), *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, II. Baskı, Nobel Yayınevi, Ankara.
59. Kaufmann M.W., Fitzgibbons J.P., Sussman E.J. ve ark. (1999), Relation Between Myocardial Infarction, Depression, Hostility and Death, *American Heart Journal*, 138(3):549-554.
60. Kerstein M.D. (2001), Akut Management of Expurosure to Liquid Ammonia, *Military Medicine*, 166: 913.
61. Kleve L., Robinson E. (1999), A Survey of Psychological Need Amongst Adult Burn İnjured Patients, *Burns*, 25 (7):575-579.

62. Kozier B., Erb G., Berman A.J., Burke K. (2000), Fundamentals of Nursing Concepts; Process and Practice, 6th Edition, New-Jersey, pg.779-782.
63. Larrison R.G. (2003), Development of an Inpatient Rehabilitation Facility in an Urban Safety-net Hospital, The Journal of Health Care Management, 48 (3): 202.
64. Lewin B., Robertson I.H., Cay E.L. et al. (1992), Effects of Self-Help Post-Myocardial-Infarction Rehabilitation on Psychological Adjustment and use of Health Services, Lancet, 339:1036-1976.
65. Mamolen N.L., Brenner P.S. (2000), The Impact of a Burn Wound Education Programme and Implementation of a Clinical Pathway on Patient Outcomes, The Journal Burn Care & Rehabilitation, 21 (5): 440-445.
66. Marks M.W., Marks C. (1997), Fundamentals of Plastic Surgery, W.B. Saunders Company, Philadelphia, pg. 49-65.
67. Mason S., Forshaw A. (1986), Burns after Care: A Booklet for Parents, Burns 12:364-370.
68. Mecker M.H., Rothrock J.C. (1999), Care of the Patient in Surgery, Eleventh Edition, A Harcourt Health Sciences Company, pg. 1021-1022, 1329.
69. Mızraklı S. (1996), Yara İyileşmesinde Topikal Ajanların Etkinliği, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyarbakır.
70. Mittal V. (1999), Improved Continuity of Care in a Community Teaching Hospital Model, ARCH Surg., 134: 555-558.
71. Morgan E.D., Bledsoe S.C., Barker J. (2000a), Ambulatory Management of Burns, American Family Phycian, Kansas City, 62 (9): 2015
72. Morgan E.D, Bledsoe S.C, Barker J. (2000b), İnformation from Your Family Doctor: Preventing Burns at Home, American Family Phycian, Kansas City, 62 (9): 2032.
73. Murphy J.T., Horton J.W., Purdue G.F., Hunt J.L. (1999), Cardiovasculer Effect of 7.5 % Sodium Chloride-Dextran İnfusion After Thermal İnjury, Archives of Surgery, Chicago, 134 (10): 1091-1098.
74. Murray-Kiy A. (1997), Nutrition in Wound Healing, Nursing Clinics of North America, 32 (4): 849-862.

75. Öner H. (1999), Şizofrenik Hasta Yakınlarının Hastalıkla İlgili Bilgileri ve Destekleme Yaklaşımları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
76. Özdamar K. (2001), SPSS ile Biyoistatistik, IV. Baskı, Kaan Kitabevi, Eskişehir.
77. Öztekin Z., Kubilay G. (1996), Toplum Sağlığı ve Hemşireliği, Somgür Yayıncılık, Ankara, s. 124-150.
78. Parsons L. (1997), Office Management of Minor Burns, Lippincott's Primary Care Practice, 1 (1): 40-49.
79. Patel S.J. (2002), Deep Partial Thickness Burn After Contact with a Meal Ready-to-Eat Heater, Military Medicine, 167 (2): 167-169.
80. Patterson D.R. (1995), Non-opioid-based Approaches to Burn Pain, The Journal of Burn Care & Rehabilitation, 16 (3) pt. 2: 372-376.
81. Prensner J.D. (2001), Music Therapy for Assistance with Pain and Anxiety Management in Burn Treatment, The Journal of Burn Care&Rehabilitation,22(1):83-88.
82. Regojo P.S. (2003), Burn Care Basics, Nursing, 33 (3): 50-53.
83. Roberts J.R., Hedges J.R. (1998), Burn Care Procedures; Emergency Medicine, Third Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia, Chapter 41: 659-678.
84. Robison M., Pirak C., Morrell C. (2000), Multidisciplinary Discharge Assessment of the Medically and Socialy High-Risk Infant, Journal of Perinatal and Neonatal Nursing, 13 (4): 67-87.
85. Rollins J.A. (1999), Beirsdorf-Jobst Develops Jobskin Patient Education Program for Young Burn Survivors, Pediatric Nursing, 25 (4): 450.
86. Runshagen I. et al. (1999), Patients us Nurses Assesments of Postoperative Pain and Anksietiy During Patient – or Nurse- Controlled Analgesia, The British Journal of Anaesthesia, 82 (3): 374-379.
87. Sayek İ. (1996), Temel Cerrahi, Güneş Kitabevi, Ankara, 1 (22): 266-277.
88. Schulz J.T., Tompkins R.G., Burke J.F. (2000), Artificial Skin, Annual Review of Medicine, 51: 241-245.

89. Selmanpakoğlu N. (1998), Yanıklar ve Tedavileri, Ankara, s. 93-405.
90. Senior K. (1999), Apositive Approach to Burn Care, The Lancet, 353 (9160): 1248.
91. Sheridon R.L. (2003), Burn Care; Results of Technical and Organizational Progress, JAMA, 290 (6):719.
92. Smith M.L. (2000), Pediatric Burns: Management of Thermal, Electrical, Chemical Burns and Burn-Like Dermatologic Conditions, Pediatric Annals, 29 (6): 367-383.
93. Spies M., Herndon D.N., Rosenblatt J.I., Sanford A.P., Wolf S.E. (2003), Prediction of Mortality from Catastrophic Burn in Children, The Lancet, 361(9362):989-994.
94. Stichler C.F., Weiss M.E. (2001), Through the Eye of the Beholder: Multiple Perspectives on Quality in Women's Health Care, The Journal of Nursing Care Quality, 15 (3): 202.
95. Sullivan M.K. (1995), Facilitating Continuity of Care: The Role of the Patient Care Coordinator, Nursing Clinis of North America, 30(2): 221-230.
96. Sümbüloğlu K., Sümbüloğlu V. (2000), Biyoistatistik, Hatiboğlu Yayınları, 9. baskı, Ankara.
97. Şendur Ö.F. (2000), Ed: Beyazova M., Kubat Y.G., Yanık Rehabilitasyonu, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Öncü Basımevi, Ankara, 5 (12): 1297-1303.
98. Talas S.M. (1995), Böbrek Transplantasyonu Yapılan Hastaların Tedavi ve Bakımlarına İlişkin Bilgileri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
99. Taneja N. (2004), A Prospective Study of Hospital-Acquired Infections in Burn Patients at a Tertiary Care Referral Centre in North India, Burns.
100. Tanyer Ş. (1991), Cerrahi Hastalıklar ve Hemşireliği, Sistem Ofset, Ankara, s.197-203.
101. Tarnow-Mordi W.O., Hau C., Warden A., Shearer J. (2000), Hospital Mortality in Relation to Staff Workload: A 4-Year Study in an Adult İnsitive Care Unit, The Lancet, 356 (9225): 185-189.

102. Taşocak G. (2000), Aile Eğitimi, II. Ulusal İç Hastalıkları Kongre Kitabı; Hemşirelik Programları Evde Bakım Hizmetlerinin Kurumsallaşması, Antalya.
103. Thomas S. (1997), A Structured Approach to the Selection of Dressings, World Wide Wounds.
104. Tokem Y.B. (1999), Miyokard İnfarktüsü Geçiren Hastalara Uygulanan Eğitim Programının Bakım Sonuçlarına Etkisi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, İzmir.
105. Tosun-Kılıç F. (1998), Hemşirelerin Sağlık Eğitimi Etkinliklerini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması, (Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
106. Ulusoy M.F., Görgülü R.S. (1996), Hemşirelik Esasları; Temel Kuram Kavram İlke ve Yöntemler, II. Baskı, Cilt 1, Ankara, s. 33-101.
107. Wykurz G., Kelly D. (2002), Developing the Role of Patients as Teachers: Literature Review, British Medical Journal, 325 (7368):818-821.
108. Yen K.L., Bank D.E., O'Neal A.M., Yurt R.W. (2001), Household Oven Doors: A Burn Hazard in Children, Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 155(1):84-87.
109. Yeşilçiçek K. (2002), Kadınların Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklara İlişkin Bilgileri ve Bu Hastalıklardan Korunmaya Yönelik Uygulamaları, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, İstanbul.
110. Yılmaz M. (2000), Ameliyat Öncesi Öğretimin Ameliyat Sonrası Komplikasyonlara ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
111. Yılmaz Ş.Y. (1999), Yanık Oluşturulan Kobaylarda Serbest Radikallerin Düzeyindeki Değişiklikler ve E Vitamininin Tedavideki Yeri, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.
112. (2000), A Guide for Patients: Burn Injuries, University of Iowa Hospitals and Clinics. <http://www.vh.org/adult/patient/surgery/burninjury/index.html> (14.07.2004)

113. (1996), An Easy Guide to Outpatient Burn Rehabilitation, University of Colorado Health Sciences Center. www.ncddr.org/rr/burn/burnguide.html (14.07.2004)
114. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. www.anh.gov.tr/index.php (15.03.2004)
115. Burns, University of Iowa Hospitals and Clinics&Clinics Department of Nursing, 2002. <http://www.vh.org/pediatric/patient/pediatrics/cqqa/burns.html> (14.07.2004)
116. (2003), D.İ.E. 2002 İstatistik Yıllığı, Yayın No:2673, DİE Matbaası, Ankara.
117. (1999), Daily Skin Care (Burns): Home Care Instructions for Patients, University of Iowa Hospitals and Clinics & Clinics Department of Nursing. <http://www.vh.org/adult/patient/surgery/burnskincare/index.html> (14.07.2004)
118. (2001), Hemşirelik Bakım Protokolleri El Kitabı, Editör: Yıldırım A., Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, İstanbul, s. 3-27.
119. (2001), İlk Yardım Eğitimi Kaynak Kitabı, Çeviren: Yeşilbağ N., Engürlü T., Çeviri Editörü: Akdeniz S. ve ark., Türkiye Kızılay Derneği ve Cruz Roja Espanola, Ankara, s. 115-141.
120. (1993), Klinik Nutrisyon, Editör: Moral A.R., Klinik Nutrisyon Sempozyumu – Şubat 1993, İzmir, s. 12-17.
121. (2003), Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı İstatistik Yıllığı, Yayın No: 670, Ankara.
122. (2002), Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi, Editörler: Toprak İ., Bunsuz O., Sağlık Bakanlığı&Hacettepe Üniversitesi, Üçüncü Baskı, Onur Matbaacılık Ofset, Ankara.
123. (1996), Ülkemizde Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Toplantı Raporu (6-7 Temmuz 1995), Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi, 1 (1).

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1975 yılında Ilgın'da doğmuştur. İlk ve orta öğrenimini Ilgın'da tamamlamıştır. 1997 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olmuştur.

1997-2001 yılları arasında Niğde Üniversitesi Aksaray Sağlık Yüksekokulu'nda öğretim görevlisi olarak göreve başlamıştır. Bu süre içerisinde Bölüm Başkan Vekilliği ve Müdür Yardımcılığı görevlerini de yürütmüştür. 2002 yılında Hacettepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programında yüksek lisans programına başlayan araştırmacı, halen Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.



EK 1

YANIK HASTA/HASTA YAKINLARININ TABURCULUK SONRASI BİLGİ
GEREKSİNİMLERİ

SORU KAĞIDI

Soru Kağıdı No:

1) Veri Toplanan kişi: Hasta

GENEL TANITICI BİLGİLER:

2) Yaşınız:.....

3) Cinsiyetiniz:

1. Kadın

2. Erkek

4) Statünüz:

1. Okul öncesi
dönem(0-6 yaş)

3. Memur

6. Ev Hanımı

2. Öğrenci

4. İşçi

7. Serbest meslek

5. Emekli

8. Diğer(.....)

5) Sosyal güvenceniz:

1. Var

2. Yok

6) Size göre gelir düzeyiniz aşağıdakilerden hangisine uygundur?

1. Çok iyi

3. Orta

5. Çok kötü

2. İyi

4. Kötü

7) Eğitim durumunuz:

1. Okur-yazar değil

4. Ortaokul mezunu

2. Okur-yazar

5. Lise mezunu

3. İlkokul mezunu

6. Yüksekokul/üniversite mezunu

8) Siz ya da bir yakınınız daha önce yanıkla karşılaştınız mı?

1. Evet

2. Hayır (10. soruya geçiniz)

9) (8. Soruya evet yanıtı verilmişse) Yanık sonrası nasıl bir tedavi yapıldığını belirtiniz.

10) Yanık dışında mevcut başka hastalığınız / hastalıklarınız var mı?

1. Evet

2. Hayır

(12. soruya geçiniz.)

11) (10. Soruya evet yanıtı verilmişse) Mevcut hastalığınızın adını/adlarını ve aldığınız tedaviyi/tedavileri belirtiniz.

Adı:	1.						
	2.						
	3.						
Tedavi		1	2	3	4	5	
	a-İlaç						
	b-Egzersiz						
	c-Diyet						
	d-Cerrahi tedavi						
	e-Diğer						

YANIĞA İLİŞKİN BİLGİLER:

12) Yanık nedeniniz:

- | | | |
|-----------------------|------------------|----------------------|
| 1. Haşlanma | 5. Sigara | 8. Taşıt yangınları |
| 2. Yangın | 6. Ateş | 9. Kimyasal nedenler |
| 3. Yanıcı sıvı ve gaz | 7. Sıcakla temas | 10. Diğer(.....) |
| 4. Elektrik | | |

13) Yanık yüzdesi:.....

14) Yanık dereceniz (tedavi sürecinde mevcut en yüksek derece)

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. I. Derece | 3. III. Derece |
| 2. II. Derece | 4. IV. Derece |

15) Vücudunuzun hangi bölgesi/bölgelerinde yanık oluştu?

- | | | |
|----------|------------------|----------------------|
| 1. Yüz | 5. El | 9. Kol ve bacaklar |
| 2. Göz | 6. Genital bölge | 10. Solunum yolları |
| 3. Kulak | 7. Göğüs | 11. Sindirim sistemi |
| 4. Boğaz | 8. Karın | 12. Genel vücut |

16) Yanık sonrası hastanede aşağıdaki birimlerden hangisinde tedavi oldunuz?

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| 1. Yalnız Acil Serviste | 3. Plastik Cerrahi Bölümünde |
| 2. Yanık Ünitesinde | 4. Diğer(.....) |

17) Hastanede kaldığınız sürede hangi tedavileri aldınız?

- | | | |
|---------------------------|-----------------------|------------------|
| 1. Sıvı tedavisi | 4. Yara bakımı | 8. İlaç |
| 2. Beslenme desteği | 5. Fizik tedavi | 9. Alçı/atel |
| 3. Kardiyopulmoner destek | 6. Psikiyatrik tedavi | 10. Diğer(.....) |
| | 7. Ameliyat | |

18) Taburculuk sonrası önerilen tedavi ve bakım aşağıdakilerden hangisini/hangilerini içeriyordu?

- | | | |
|---------------------|----------------------|-----------------|
| 1. İlaç | 4. Sıvı tedavisi | 7. Diğer(.....) |
| 2. Yara bakımı | 5. Egzersiz | |
| 3. Beslenme desteği | 6. Psikolojik yardım | |

19) Evde tedavi ve bakımınızla kim/kimler ilgileniyor?

1. Tedavi ve bakımımı yardım almadan kendim gerçekleştiriyorum.
2. Hastanın tedavi ve bakımına I. dereceden yakınım yardım ediyor.
3. Tedavi ve bakımına aile dışından insanlar yardımcı oluyor.
4. Tedavi ve bakımımı ilgilene kimse yok.
5. Diğer (.....)

20) Yanığa bağlı sizde herhangi bir sorun ortaya çıktı mı?

1. Evet
2. Hayır

(22. soruya geçiniz.)

21) (20. Soruya evet yanıtı verilmişse) Sorunun ne olduğunu ve hangi tedaviyi aldığınızı açıklayınız.

22) Araştırmacının yanık hastasının gereksinimlerine ilişkin değerlendirmesi :

Hasta gereksinimi		Açıklama
Yanık yarasının pansuman gereksinimi var mı?	E () H ()	
Hastanın banyo şeklinde yanık nedeniyle değişim gerekiyor mu?	E () H ()	
Hastanın giyiminde yanık nedeniyle değişim gerekiyor mu?	E () H ()	
Hastanın egzersiz gereksinimi var mı?	E () H ()	
Alçı-atel uygulaması devam ediyor mu?	E () H ()	
Hastanın yanığa özel pozisyon gereksinimi var mı?	E () H ()	

YANIK HASTASININ TABURCULUK SONRASI BİLGİ GEREKSİNİMİNE YÖNELİK SORULAR

23) Taburculuktan sonra ilaç/ilaçlar kullandınız mı?/kullanıyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

(25. soruya geçiniz.)

24) (23. soruya yanıtınız evet ise) Kullandığınız ilacın/ilaçların,

Adı	Etkisi	Kullanım Sıklığı	Kullanım Miktarı	Yan Etkisi	Dikkat edilmesi gerekenler
1.					
2.					
3.					

25) Yara pansumanı için kullandığınız ilaç/pomad var mı?

1. Evet

2. Hayır

(27. soruya geçiniz.)

26) (25. soruya yanıtınız evet ise) yara pansumanı için kullandığınız ilaçların/ pomadların vb.,

Adı	Etkisi	Kullanım Sıklığı	Kullanım Miktarı	Yan Etkisi	Dikkat edilmesi gerekenler
1.					
2.					
3.					

27) Yara pansuman nasıl yapılır? Sırasıyla anlatınız.

28) Pansuman için hangi malzemeler kullanılmalıdır?

- 29) Evde banyo yapmanızda sakınca var mı?
1. Evet (Açıklayınız.....)
 2. Hayır
- 30) (29. soruya yanıtınız hayırsa) Banyo sırasında nelere dikkat etmelisiniz?
- 31) Giyiminiz konusunda nelere dikkat etmelisiniz?
- 32) Yaranızın mikrop kapmaması için nelere dikkat etmelisiniz?
- 33) Yarada enfeksiyon geliştiğini (yaranın mikrop kapıldığını) nasıl anlarsınız?
- 34) Yanık sonrası hangi besinler daha fazla tüketilmelidir?
- 35) Yanık sonrası bu besinleri tüketmeniz neden önemlidir?
- 36) Günde ne kadar sıvı almanız gereklidir?
- 37) Bu sıvıyı almanız neden gereklidir?
- 38) Yanık sonrası tuz alımı nasıl olmalıdır?
1. Artmalı
 2. Aynı kalmalı
 3. Azalmalı
 4. Diğer(.....)
- 39) Taburculuk sonrası evde yapmanız gereken egzersizler nelerdir?
- 40) Bu egzersizler nasıl yapılmalıdır?
- 41) Bu egzersizler neden gereklidir?
- 42) (Alçı/atel varsa) Alçının/atelin bakımıyla ilgili nelere dikkat ediyorsunuz?
- 43) Taburculuk sonrası evde dikkat etmeniz gereken pozisyonlar nelerdir?
- 44) Bu pozisyon/pozisyonlara neden dikkat etmek gereklidir?

45) Doktorunuzun/hemşirenizin size önerdiği sıklıkta kontrole gelmeniz neden önemlidir?

46) Yanık hakkında bilgi verildi mi?

1. Evet
2. Hayır (48.soruya geçiniz)

47) (46. soruya yanıtınız evetse) Taburculuk sonrası bakımınızla ilgili bilgileri kimden aldığınızı ve bilgilerin hangi konularda olduğunu belirtiniz

Bilgi alınan kişi	İlaç	Yara bakımı	Beslenme desteği	Sıvı tedavisi	Egzersiz/ pozisyon	Psiko. destek	Koruyucu önlemler-ilkyardım	Danışma (tel) no'su	Kontrol	Ağrı ile başetme	Uyku
Doktor											
Hemşire											
Diyetisyen											
Fizyotapist											
Psikiyatri											
Hizmetli											
Akrabalar											
Hiçkimse/ Almadım											
Diğer											

48) Yanık konusunda daha fazla bilgi almak ister misiniz?

1. Evet
2. Hayır

49) (48. soruya yanıtınız evetse) Hangi konularda bilgi almak istersiniz?

Katıldığınız için teşekkür ederim.

EK 2

YANIK HASTA/HASTA YAKINLARININ TABURCULUK SONRASI BİLGİ GEREKSİNİMLERİ

SORU KAĞIDI

Soru Kağıdı No:

1) Veri Toplanan kişi: Hasta Yakını(yakınlık derecesi)

GENEL TANITICI BİLGİLER:

2) Hastanızın yaşı:

3) Hastanızın cinsiyeti:

1. Kadın

2. Erkek

4) Hastanızın statüsü

1. Okul öncesi
dönem (0-6 yaş)

3. Memur

6. Ev Hanımı

2. Öğrenci

4. İşçi

7. Serbest meslek

5. Emekli

8. Diğer(.....)

5) Hastanızın sosyal güvencesi:

1. Var

2. Yok

6) Size göre hastanızın gelir düzeyi aşağıdakilerden hangisine uygundur?

1. Çok iyi

3. Orta

5. Çok kötü

2. İyi

4. Kötü

7) Eğitim durumunuz:

1. Okur-yazar değil

4. Ortaokul mezunu

2. Okur-yazar

5. Lise mezunu

3. İlkokul mezunu

6. Yüksekokul/üniversite mezunu

8) Siz ya da bir yakınınız daha önce yanıkla karşılaştınız mı?

1. Evet

2. Hayır

(10. soruya geçiniz)

9) (8. Soruya evet yanıtı verilmişse) Yanık sonrası nasıl bir tedavi yapıldığını belirtiniz.

10) Hastanızın yanık dışında mevcut başka hastalığı / hastalıkları var mı?

1. Evet

2. Hayır

(12. soruya geçiniz.)

11) (10. Soruya evet yanıtı verilmişse) Hastanızın mevcut hastalığının adını/adlarını ve aldığı tedaviyi/tedavileri belirtiniz.

Adı:	1.						
	2.						
	3.						
Tedavi		1	2	3	4	5	
a-İlaç							
b-Egzersiz							
c-Diyet							
d-Cerrahi tedavi							
e-Diğer							

YANIĞA İLİŞKİN BİLGİLER

12) Hastanızın yanık nedeni:

- | | | |
|-----------------------|------------------|----------------------|
| 1. Haşlanma | 5. Sigara | 8. Taşıt yangınları |
| 2. Yangın | 6. Ateş | 9. Kimyasal nedenler |
| 3. Yanıcı sıvı ve gaz | 7. Sıcakla temas | 10. Diğer(.....) |
| 4. Elektrik | | |

13) Yanık yüzdesi:.....

14) Hastanızın yanık derecesi (tedavi sürecinde mevcut en yüksek derece)

- | | |
|---------------|----------------|
| 1. I. Derece | 3. III. Derece |
| 2. II. Derece | 4. IV. Derece |

15) Hastanızın vücudunun hangi bölgesi/bölgelerinde yanık oluştu?

- | | | |
|----------|------------------|------------------------|
| 1. Yüz | 5. El | 9. Kol ve bacaklar |
| 2. Göz | 6. Genital bölge | 10. Solunum yolları |
| 3. Kulak | 7. Göğüs | 11. Sindirim organları |
| 4. Boğaz | 8. Karın | 12. Genel vücu |

16) Hastanız yanık sonrası hastanede aşağıdaki birimlerden hangisinde tedavi oldu?

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| 1. Yalnız Acil Serviste | 3. Plastik Cerrahi Bölümünde |
| 2. Yanık Ünitesinde | 4. Diğer(.....) |

17) Hastanız hastane de kaldığınız sürede hangi tedavileri aldı?

- | | | |
|--------------------------|-----------------------|------------------|
| 1. Sıvı tedavisi | 4. Yara bakımı | 8. İlaç |
| 2. Beslenme desteği | 5. Fizik tedavi | 9. Alçı/atel |
| 3. Kardiopulmoner destek | 6. Psikiyatrik tedavi | 10. Diğer(.....) |
| | 7. Ameliyat | |

18) Taburculuk sonrası önerilen tedavi ve bakım aşağıdakilerden hangisini/hangilerini içeriyordu?

- | | | |
|---------------------|----------------------|-----------------|
| 1. İlaç | 4. Sıvı tedavisi | 7. Diğer(.....) |
| 2. Yara bakımı | 5. Egzersiz |) |
| 3. Beslenme desteği | 6. Psikolojik destek | |

19) Hastanızın evde tedavi ve bakımıyla kim/kimler ilgileniyor?

1. Hasta tedavi ve bakımını yardım almadan kendisi gerçekleştiriyor.
2. Hastanın tedavi ve bakımını I. dereceden yakını yardım ediyor.
3. Hastanın tedavi ve bakımına aile dışından insanlar yardımcı oluyor.
4. Hastanın tedavi ve bakımıyla ilgilenen kimse yok.
5. Diğer (.....)

20) Yanığa bağlı hastanızda herhangi bir sorun ortaya çıktı mı?

- | | | |
|---------|----------|-----------------------|
| 1. Evet | 2. Hayır | (22. soruya geçiniz.) |
|---------|----------|-----------------------|

21) (20. Soruya evet yanıtı verilmişse) Sorunun ne olduğunu ve hangi tedaviyi aldığınızı açıklayınız.

22) Araştırmacının yanık hastasının gereksinimlerine ilişkin değerlendirmesi :

Hasta gereksinimi		Açıklama
Yanık yarasının pansuman gereksinimi var mı?	E () H ()	
Hastanın banyo şeklinde yanık nedeniyle değişim gerekiyormu?	E () H ()	
Hastanın giyiminde yanık nedeniyle değişim gerekiyor mu?	E () H ()	
Hastanın egzersiz gereksinimi var mı?	E () H ()	
Alçı-atel uygulaması devam ediyor mu?	E () H ()	
Hastanın yanığa özel pozisyon gereksinimi var mı?	E () H ()	

YANIK HASTASININ TABURCULUK SONRASI BİLGİ GEREKSİNİMİNE YÖNELİK SORULAR

23) Hastanız taburculuktan sonra ilaç/ilaçlar kullandı mı?/kullanıyor mu?

1. Evet

2. Hayır

(25. soruya geçiniz.)

24) (23. soruya yanıtınız evet ise) Hastanızın kullandığı ilacın/ilaçların,

Adı	Etkisi	Kullanım Sıklığı	Kullanım miktarı	Yan Etkisi	Dikkat edilmesi gerekenler
1.					
2.					
3.					

25) Hastanızın yara pansumanı için kullandığınız ilaç/pomad var mı?

1. Evet

2. Hayır

(27. soruya geçiniz.)

26) (25. soruya yanıtınız evet ise) Hastanızın yara pansumanı için kullandığınız ilaçların/ pomadların vb.,

Adı	Etkisi	Kullanım Sıklığı	Kullanım miktarı	Yan Etkisi	Dikkat edilmesi gerekenler
1.					
2.					
3.					

27) Yara pansumanı nasıl yapılır? Sırasıyla anlatınız.

28) Pansuman için hangi malzemeler kullanılmalıdır?

- 29) Hastanızın evde banyo yapmasında sakınca var mı?
 1. Evet(Açıklayınız.....)
 2. Hayır
- 30) (29. soruya yanıtınız hayırsa) Banyo sırasında nelere dikkat etmelisiniz?
- 31) Hastanızın giyimi konusunda nelere dikkat etmelisiniz?
- 32) Hastanızın yarasının mikrop kapmaması için nelere dikkat etmelisiniz?
- 33) Yarada enfeksiyon geliştiğini (yaranın mikrop kapıldığını) nasıl anlarsınız?
- 34) Hastanız yanık sonrası hangi besinleri daha fazla tüketmelidir?
- 35) Hastanızın yanık sonrası bu besinleri tüketmesi neden önemlidir?
- 36) Hastanızın günde ne kadar sıvı alması gereklidir?
- 37) Hastanızın bu sıvıyı alması neden gereklidir?
- 38) Hastanızın yanık sonrası tuz alımı nasıl olmalıdır?
 1. Artmalı
 2. Aynı kalmalı
 3. Azalmalı
 4. Diğer(.....)
- 39) Hastanızın taburculuk sonrası evde yapması gereken egzersizler nelerdir?
- 40) Bu egzersizler nasıl yapılmalıdır?
- 41) Bu egzersizler neden gereklidir?
- 42) (Alçı-atel varsa)Alçının/atelin bakımıyla ilgili nelere dikkat ediyorsunuz?
- 43) Hastanızda taburculuk sonrası evde dikkat etmeniz gereken pozisyonlar nelerdir?
- 44) Bu pozisyon/pozisyonlara neden dikkat etmek gereklidir?
- 45) Hastanızı doktorunuzun/hemşirenizin size önerdiği sıklıkta kontrole getirmeniz neden önemlidir?
- 46) Yanık hakkında bilgi verildi mi?
 1. Evet
 2. Hayır
- (48.soruya geçiniz)

47) (46. soruya yanıtınız evetse) Taburculuk sonrası bakımınızla ilgili bilgileri kimden aldığınızı ve bilgilerin hangi konularda olduğunu belirtiniz.

Bilgi alınan kişi	İlaç	Yara bakımı	Beslenme desteği	Sıvı tedavisi	Egzersiz/ pozisyon	Psikolojik destek	Koruyucu önlemler-ilkyardım	Danışma (tel) no'su	Kontrol	Ağrı ile başetme	Uyku
Doktor											
Hemşire											
Diyetisyen											
Fizyotapist											
Psikiyatri											
Hizmetli											
Akrabalar											
Hiçkimse/ Almadım											
Diğer											

48) Yanık konusunda daha fazla bilgi almak ister misiniz?

1. Evet
2. Hayır

49) (48. soruya yanıtınız evetse) Hangi konularda bilgi almak istersiniz?

Katıldığınız için teşekkür ederim.

EK 3



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ

SAYI :B104ISM4060013

KONU :

7882-16.06.2003

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne
ANKARA

İLGİ.16.06.2003 gün ve 762 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda adı geçen Üniversiteniz Yüksek Lisans öğrencisi Saide FAYDALI'nın ön tez uygulamasını 16.06.2003-15.12.2003 tarihleri arasında hastanemiz Yanık Polikliniğinde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Op.Dr.Aydın BİLİGİN
Başhekim/a.
Başhekim Yardımcısı

EK 4**ONAM FORMU**

Sayın Katılımcı;

Bu araştırma yanık hastalarının taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerini saptamak amacıyla Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Araştırma Görevlisi Saide Faydalı tarafından düzenlenmiştir. Yanık hastasının ya da aile bireylerinin taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi yanık ünitesi çalışanlarına hastalarını bilgilendirme konusunda katkılarda bulunacaktır. Bu araştırma için ilgili kurumlardan izin alınmıştır. Araştırma sırasında soruları yanık hastası, hasta ile iletişim kurulamaması ya da hastanın çocuk olması halinde ise hasta yakını yanıtlayacaktır. Bu formda yanık hastasını tanımlayıcı sorular ve taburculuk sonrası bilgi gereksinimlerine ilişkin sorular yer almaktadır. Soruları yanıtlamanız tahminen 20 dakikalık bir süreyi alacaktır. Bu araştırma ile ilgili her türlü soruyu no'lu telefon numarasından araştırmacıya yönleltebilirsiniz. Ayrıca araştırmaya katılıp katılmama konusunda tümüyle özgürsünüz. Bu çalışmaya katılmanız gönüllü olmanıza bağlıdır, bu konuda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Bu çalışmada hiçbir şekilde adınız anılmayacak, belirtilmeyecektir. Bütün verileri araştırmacı toplayacak ve güvenli bir biçimde saklayacaktır. Sizin izniniz olmadıkça kimse ile paylaşmayacaktır.

Bu onam formunu okudum ve gönüllü olarak bu çalışmaya katılmak istiyorum.

Katılımcı İmzası

Tarih
Araştırmacı imzası

EK 4

Ek Tablo 1. Araştırmacının Hastanın Gereksinimlerine İlişkin Değerlendirmesi

(n:280)*

Hasta Gereksinimleri	Gereksinimi Olan		Gereksinimi Olmayan	
	Sayı	%	Sayı	%
Pansuman	280	100.0	0	0.0
Banyo şeklinde değişim	175	62.5	105	37.5
Giyimde değişim	280	100.0	0	0.0
Egzersiz	191	68.2	89	31.8
Alçı-atel bulunma durumu	2	0.7	278	99.3
Pozisyon	250	89.3	30	10.7

* Tabloda yüzdeler n sayısı üzerinden alınmıştır.

Ek Tablo 2: Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Şiddetine Göre İlaç Kullanımı Bilgileri

İlaç Kullanımı Bilgileri	Yanık şiddeti											
	Küçük				Orta				Büyük			
	İfade Eden		Etmeyen		İfade Eden		Etmeyen		İfade Eden		Etmeyen	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Oral Analjezik Kullanımı	(n:81)**											
Etkisi	79	97.5	2	2.5	10	90.9	1	9.1	9	81.8	2	18.1
Kullanım sıklığı	76	87.4	5	5.7	11	100.0	0	0.0	10	90.9	1	9.1
Miktarı	72	82.8	9	10.3	10	90.9	1	9.1	10	90.9	1	9.1
Yan etkisi	13	14.9	68	78.1	0	0.0	11	100.0	2	18.1	9	81.8
Dikkat edilmesi gerekenler	15	17.2	66	75.9	0	0.0	11	100.0	2	18.1	9	81.8
Oral Antibiyotik Kullanımı	(n:10)*											
Etkisi	9	90.0	1	10.0	2	66.7	1	33.3	5	71.4	2	28.6
Kullanım sıklığı	10	100.0	0	0.0	2	66.7	1	33.3	6	85.7	1	14.3
Miktarı	10	100.0	0	0.0	2	66.7	1	33.3	6	85.7	1	14.3
Yan etkisi	4	40.0	6	60.0	0	0.0	3	100.0	2	28.6	5	71.4
Dikkat edilmesi gerekenler	3	30.0	7	70.0	0	0.0	3	100.0	1	14.3	6	85.7
Topikal Nemlendirici Kullanımı	(n:23)**											
Etkisi	21	91.3	2	8.7	3	100.0	0	0.0	3	60.0	2	40.0
Kullanım sıklığı	23	100.0	0	0.0	3	100.0	0	0.0	3	60.0	2	40.0
Miktarı	16	69.6	7	30.4	3	100.0	0	0.0	2	40.0	3	60.0
Yan etkisi	7	31.8	15	62.8	1	33.3	2	66.7	1	20.0	4	80.0
Dikkat edilmesi gerekenler	5	21.7	18	78.2	1	33.3	2	66.7	0	0.0	5	100.0
Topikal Antimikrobiyal İlaç Kullanımı	(n:77)**											
Etkisi	48	62.3	29	37.7	3	50.0	3	50.0	3	75.0	1	25.0
Kullanım sıklığı	67	87.0	10	13.0	5	83.3	1	16.7	3	75.0	1	25.0
Miktarı	45	58.4	32	41.6	4	66.7	2	33.3	2	50.0	2	50.0
Yan etkisi	9	11.7	68	88.3	2	33.3	4	66.7	0	0.0	4	100.0
Dikkat edilmesi gerekenler	18	23.4	59	76.6	0	0.0	6	100.0	0	0.0	4	100.0
Topikal Ağrı Kesici Kullanımı	(n:8)**											
Etkisi	7	87.5	1	12.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Kullanım sıklığı	8	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Miktarı	5	62.5	3	37.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Yan etkisi	0	0.0	8	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Dikkat edilmesi gerekenler	1	12.5	7	87.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

-- Bir test istatistiği uygulanması anlamlı bulunmamıştır. * Likelihood Ratio uygulanmıştır. P<0.05, SD:2 alınmıştır. ***Tabloda yüzdelikler n sayısına göre alınmıştır. ***Hasta ve yakınlarının ilaç kullanım bilgileri değerlendirilken kullandıkları ilacın temel etkisini, başlıca yan etkilerini, kullanım sıklığını, kullanım miktarını ve ilaç kullanımında dikkat edilmesi gereken önemli konuları ifade eden hastalar "biliyor" olarak kabul edilmiştir.

Ek Tablo 3. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Şiddetine Göre Banyo ve Giyime İlişkin Bilgileri

Banyo ve Giyime İlişkin Bilgiler	Yanık şiddeti						İstatistiksel Analiz
	Küçük		Orta		Büyük		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Banyo Yapmanın Sakıncalı Olmasının Nedenleri	(n:114)**		(n:8)**		(n:10)**		
Doktor izin vermediği için	25	21.9	4	50.0	6	60.0	* P=0.017
Pansumanın açılmaması gerektiği için	26	22.8	2	25.0	2	20.0	* P=0.967
Yaranın suyla temas etmemesi gerektiği için	19	16.7	0	0.0	0	0.0	--
Yardımsız yapamadığımız için	15	13.2	0	0.0	0	0.0	--
Enfeksiyon gelişip, yara deriniği artacağı için	9	7.9	1	12.5	1	10.0	--
Nedenini bilmeyen	20	17.5	1	12.5	1	10.0	* P=0.766
Banyo Yapmanın Sakıncası Olmadığını İfade Edenlerin Evde Banyo Yaparken Dikkat Ettikleri Konular	(n:130)**		(n:11)**		(n:7)**		
Suyun ısısı	51	39.2	3	27.3	5	71.4	* P=0.161
Duş şeklinde olması	39	30.0	4	36.4	4	57.1	* P=0.305
Yarayı irrite etmeme	20	15.4	3	27.3	3	42.9	* P=0.174
Yara dışındaki bölgelere silme banyo verme	15	11.5	2	18.2	0	0.0	--
Banyoda kullanılan malzemelerin temizliği	11	8.5	3	27.3	1	14.3	--
Yaralı alanı süre suda bekletme süresi	12	9.2	1	9.1	1	14.3	--
Oda ısısı	11	8.5	1	9.1	1	14.3	--
Banyo sonrası kurulama	6	4.6	0	0.0	0	0.0	--
Dikkat edilmesi gereken konuları bilmeyen	24	18.5	1	9.1	0	0.0	* P=0.186
Yanık Sonrası Giyime İlişkin İfadeler	(n:244)**		(n:19)**		(n:17)**		
Bol olmalı	35	14.3	4	21.1	4	23.5	* P=0.463
Temiz olmalı	28	11.5	1	5.3	4	23.5	* P=0.217
Yarayı güneşten korumalı	28	11.5	1	5.3	1	5.9	* P=0.562
Tahriş edici olmamasına	14	5.7	1	5.3	2	11.8	* P=0.596
Kolay yanıcı olmamalı	14	5.7	0	0.0	1	5.9	--
Günlük değiştirilmeli	10	4.1	1	5.3	1	5.9	--
Nem emen türden olmalı	8	3.3	2	10.5	0	0.0	--
İnceliği/kalınlığı önemli	7	2.9	0	0.0	0	0.0	--
Bilmeyen	100	41.0	9	47.4	4	23.5	* P=0.297

-- Bir test istatistiği uygulanması anlamlı bulunmamıştır.

* Likelihood Ratio uygulanmıştır. P<0.05, SD:2 alınmıştır.

** Tabloda yüzdelikler n sayısına göre alınmıştır.

Ek Tablo 4. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Şiddetine Göre Yaranın Enfeksiyondan Korunması ve Enfeksiyon Belirtilerine İlişkin Bilgileri

Enfeksiyon Bilgileri	Yanık Şiddeti						İstatistiksel Analiz
	Küçük (n:244)***		Orta (n:19)***		Büyük (n:17)***		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Enfeksiyondan korunma*****							
Yaranın dış ortamla temasını azaltma	76	31.1	5	26.3	4	23.5	** P=0.743
Genel vücut hijyenine dikkat etme	58	23.8	1	5.3	6	35.3	** P=0.088
Yarayı temizleme	24	9.8	3	15.8	1	5.9	* P=0.609
Antiseptik/antimikrobiyal ajan kullanma	16	6.6	0	0.0	0	0.0	--
Yaraya temas eden malzemeleri temizle	11	4.5	0	0.0	1	5.9	--
El yıkama	11	4.5	0	0.0	0	0.0	--
Yanlış ifadeler****	7	2.9	0	0.0	1	5.9	--
Enfeksiyondan korunmayı bilmeyen	90	36.9	10	52.6	9	52.9	** P=0.189
Enfeksiyon belirtileri *****							
Görünüm değişikliği	63	25.8	0	0.0	3	17.6	* P=0.032
Akıntı/sızıntı	49	20.1	6	31.6	4	23.5	* P=0.510
Koku	29	11.9	4	21.1	3	17.6	* P=0.470
Ağrı	20	8.2	3	15.8	1	5.9	* P=0.535
Ateş	13	5.3	1	5.3	0	0.0	--
Bilmeyen	113	46.3	8	42.1	9	52.9	** P=0.805

-- Bir test istatistiği uygulanması anlamlı bulunmamıştır.

* Likelihood Ratio uygulanmıştır. P<0.05, SD:2 alınmıştır.

** Pearson Chi-Square uygulanmıştır. P<0.05, SD:2 alınmıştır.

*** Tabloda yüzdelikler n sayısına göre alınmıştır.

**** Bu ifadeler alkol, hidrojen peroksit gibi ajanların açık yara üzerine uygulanmasını ve geleneksel uygulamaları içermektedir.

***** Katılımcılar birden fazla yanıt vermişlerdir.

Ek Tablo 5. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Şiddetine Göre Yanık Sonrası Beslenmeye İlişkin Bilgileri

Beslenme, Sıvı ve Tuz Alımı Bilgileri	Yanık Şiddeti						İstatistiksel Analiz
	Küçük (n:244)***		Orta (n:19)***		Büyük (n:17)***		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Alımı Artırılması Gereken Besin Grupları							
Her türlü besin	48	19.7	5	26.3	7	41.2	* P=0.131
Protein içeren besinler	63	25.8	4	21.1	4	23.5	* P=0.882
Vitamin içeren besinler	136	55.7	8	42.1	6	35.3	** P=0.154
Mineral içeren besinler	20	8.2	1	5.3	1	5.9	* P=0.845
Karbonhidrat içeren besinler	8	3.3	1	5.3	0	0.0	--
Yağ içeren besinler	6	2.5	1	5.3	1	5.9	--
Beslenmede değişiklik gerekli değildir	25	10.2	2	10.5	1	5.9	* P=0.822
Bilmeyen	95	38.9	7	36.8	4	23.5	** P=0.447
Beslenmenin önemi							
Yara iyileşmesi için	79	32.4	5	26.3	7	41.2	** P=0.632
Büyüme ve doku yenilenmesi için	40	16.2	2	10.5	4	23.5	* P=0.575
Vücudun enerji ihtiyacını karşılamak için	102	41.8	9	47.4	9	52.9	** P=0.614
Bilmeyen	102	41.8	8	42.1	4	23.5	** P=0.330
Günlük alınması gereken sıvı miktarı							
Bol almalı (miktar belirtmeyen)	77	31.6	4	21.1	7	41.2	** P=0.427
Uygun miktar belirten	44	18.0	5	26.3	1	5.9	* P=0.226,
Bilmeyen	123	50.4	10	52.6	9	52.9	** P=0.965
Sıvı alımı neden gereklidir							
Doku yenilenmesini sağlamak için	42	17.2	5	26.3	4	23.5	* P=0.542
Sıvı kaybını karşılamak için	31	12.7	2	10.5	2	11.8	* P=0.958
Sağlıklı yaşam için	30	12.3	2	10.5	3	17.6	* P=0.798
Zararlı maddeleri atmak için	26	10.7	1	5.3	0	0.0	* P=0.121
Bilmeyen	115	47.1	9	47.4	8	47.1	** P=1.000
Tuz alımı							
Artmalı	45	18.4	3	15.8	4	23.5	* P=0.834
Aynı kalmalı	80	32.8	8	42.1	7	41.2	** P=0.575
Azalmalı	40	16.4	0	0.0	1	5.9	* P=0.019
Bilmeyen	79	32.4	8	42.1	5	29.4	** P=0.653

-- Bir test istatistiği uygulanması anlamlı bulunmamıştır.

* Likelihood Ratio uygulanmıştır. $P \leq 0.05$, SD:2 alınmıştır.

** Pearson Chi-Square uygulanmıştır. $P \leq 0.05$, SD:2 alınmıştır.

*** Tabloda yüzdelikler n sayısına göre alınmıştır.

Ek Tablo 6. Egzersiz ve Pozisyon Gereksinimi Olan Hasta ve Onların Yakınlarının Yanık Şiddetine Göre Taburculuk Sonrası Egzersiz ve Pozisyona İlişkin Bilgileri

Egzersiz ve Pozisyon Bilgileri	Yanık Şiddeti						İstatistiksel Analiz
	Küçük (n:159)**		Orta (n:18)**		Büyük (n:14)**		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yapılması Gereken Egzersizler	22	13.8	5	27.8	4	28.6	* P=0.135
Egzersiz Yapılış Şekli							
Sık sık	11	6.9	3	16.7	3	21.4	--
Fizyoterapistin gösterdiği şekilde	4	2.5	1	5.6	1	7.1	--
Ağrı kesici aldıktan sonra	1	0.6	1	5.6	0	0.0	--
Bilmeyen	143	89.9	13	72.2	10	71.4	* P=0.041
Egzersiz Yapma Nedeni							
Sakatlıkları önlemek	11	6.9	3	16.7	4	28.6	* P=0.042
Şekil bozukluklarını önlemek	20	12.6	5	27.8	4	28.6	* P=0.113
Hızlı/tam iyileşme sağlamak	2	1.3	1	5.6	0	0.0	--
Bilmeyen	7	4.4	1	5.6	0	0.0	--
Evde Dikkat Edilmesi Gereken Pozisyonlar	(n:216)**		(n:19)**		(n:15)**		
Elevasyon tanımlayan	37	17.1	3	15.8	2	13.3	* P=0.920
Yara bölgesine uygun pzsyn tanımlıyn	4	1.9	1	5.3	2	13.3	--
Bilmeyen	175	81.0	15	78.9	11	73.3	* P=0.758
Pozisyon Verme Nedeni							
Ödemi engeller	26	12.0	1	5.3	1	6.7	* P=0.516
Sakatlığı önler	3	1.4	0	0.0	2	13.3	--
Yara iyileşmesini kolaylaştırır	1	0.5	2	10.5	0	0.0	--
Ağrıyı azaltır	2	0.9	0	0.0	0	0.0	--
Yaranın zarar görmesini engeller	1	0.5	1	5.3	0	0.0	--
Bilmeyen	183	84.7	15	78.9	12	80.0	* P=0.732

-- Bir test istatistiği uygulanması anlamlı bulunmamıştır.

* Likelihood Ratio uygulanmıştır. $P \leq 0.05$, SD:2 alınmıştır.

** Tabloda yüzdelikler n sayısına göre alınmıştır.

Ek Tablo 7. Hasta/Hasta Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre İlaç Kullanımı Bilgileri

İlaç Kullanımı Bilgileri	Eğitim Durumu								İstatistiksel Analiz
	İlköğretim ve altı				Ortaöğretim ve üzeri				
	İfade eden		Etmeyen		İfade eden		Etmeyen		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Oral Ağrı Kesici Kullanımı	(n:59)***				(n:44)***				
Etkisi	55	93.2	4	6.8	43	97.7	1	2.3	* P=0.390
Kullanım sıklığı	55	93.2	4	6.8	42	95.5	2	4.5	* P=1.000
Miktarı	53	89.8	6	10.6	39	88.6	5	11.4	* P=1.000
Yan etkisi	10	16.9	49	83.1	5	11.4	39	88.6	** P=0.427
Dikkat edilmesi gerekenler	10	16.9	49	83.1	7	15.9	37	84.1	** P=0.888
Oral Antibiyotik Kullanımı	(n:12)***				(n:8)***				
Etkisi	8	66.7	4	33.3	8	100.0	0	0.0	* P=0.117
Kullanım sıklığı	10	83.3	2	16.7	8	100.0	0	0.0	--
Miktarı	10	83.3	2	16.7	8	100.0	0	0.0	--
Yan etkisi	4	33.3	8	66.7	2	25.0	6	62.5	** P=0.681
Dikkat edilmesi gerekenler	4	33.3	8	66.7	0	0.0	8	100.0	* P=0.117
Topikal Nemlendirici Kullanımı	(n:19)***				(n:12)***				
Etkisi	17	89.5	2	10.5	10	83.3	2	16.7	* P=0.630
Kullanım sıklığı	17	89.5	2	10.5	12	100.0	0	0.0	--
Miktarı	13	68.4	6	31.6	8	66.7	4	33.3	* P=1.000
Yan etkisi	6	31.6	13	68.4	3	25.0	8	75.0	* P=1.000
Dikkat edilmesi gerekenler	4	21.1	15	78.9	2	16.7	10	83.3	* P=1.000
Topikal Antimikrobiyal İlaç Kullanımı	(n:52)***				(n:35)***				
Etkisi	30	57.7	22	42.3	24	68.6	11	31.4	** P=0.305
Kullanım sıklığı	44	84.6	8	15.4	31	88.6	4	11.4	** P=0.600
Miktarı	31	59.6	21	40.4	20	57.1	15	42.9	* P=0.818
Yan etkisi	7	13.5	45	86.5	4	11.4	31	88.6	* P=1.000
Dikkat edilmesi gerekenler	9	17.3	43	82.7	9	25.7	26	74.3	** P=0.343
Topikal Ağrı Kesici Kullanımı	(n:4)***				(n:4)***				
Etkisi	4	100.0	0	0.0	3	75.0	1	25.0	--
Kullanım sıklığı	4	100.0	0	0.0	4	100.0	0	0.0	--
Miktarı	2	50.0	2	50.0	3	75.0	1	25.0	* P=1.000
Yan etkisi	4	100.0	0	0.0	4	100.0	0	0.0	--
Dikkat edilmesi gerekenler	1	25.0	3	75.0	0	0.0	4	100.0	--

-- Bir test istatistiği uygulanması anlamlı bulunmamıştır.

* Fisher Exact Test uygulanmıştır. P<0.05 alınmıştır.

** Pearson Chi-Square uygulanmıştır. P<0.05, SD:1 alınmıştır.

*** Tabloda yüzdelikler n sayısına göre alınmıştır.

Ek Tablo 8. Hasta/Hasta Yakınlarının Eğitim Durumuna Göre Pansumana Yönelik Bilgileri

Pansuman Bilgisi	Eğitim Durumu				İstatistiksel Analiz
	İlköğretim ve altı (n:162)***		Ortaöğretim ve üzeri (n:118)***		
	Sayı	%	Sayı	%	
Pansuman Tekniği					
Malzeme hazırlığı	6	3.7	4	3.4	* P=1.000
Ortam hazırlığı	3	1.9	4	3.4	* P=0.460
Ağrı kesici hazırlığı	6	3.7	4	3.4	* P=1.000
El yıkama	16	9.9	12	10.2	** P=0.936
Hastaya uygun pozisyon verme	5	3.1	4	3.4	* P=1.000
Yara temizliği	45	27.8	33	28.0	** P=0.972
Topikal ilaç kullanımı	65	40.1	51	43.2	** P=0.603
Açık/kapalı pansuman tanımlayan	55	34.0	46	39.0	** P=0.387
Hatalı işlem tanımlayan****	8	4.9	7	5.9	** P=0.715
Pansuman yapmayan/bilmeyen	89	54.9	61	51.7	** P=0.591
Pansuman İçin Kullanılan Malzemeler					
Sargı bezi vb.	73	45.1	41	34.7	** P=0.083
Topikal ilaç	58	35.8	36	30.5	** P=0.354
Su, %09 nacl	22	13.6	11	9.3	** P=0.275
Eldiven	12	7.4	3	2.5	* P=0.106
Yanlış malzeme *****	17	10.5	12	10.2	** P=0.930
Pansuman malzemesi kullanmayan/bilmeyen	78	48.1	61	51.7	** P=0.558

* Fisher Exact Test uygulanmıştır. $P \leq 0.05$ alınmıştır.

** Pearson Chi-Square uygulanmıştır. $P \leq 0.05$, SD:1 alınmıştır.

*** Tabloda yüzdelikler n sayısına göre alınmıştır.

**** Hatalı işlem tanımlayanlar yanık alana pansuman amacıyla zeytinyağı, yumurta vb. sürdüklerini ya da yakınlarının önerdiği şekilde farklı uygulamalar yaptıklarını belirtmişlerdir.

***** Yanlış malzeme ifade edenler hidrojen peroksit, kozmetik amaçlı farklı kremler vb. belirtmişlerdir.

Ek Tablo 9. Hasta/Hasta Yakınlarının Eğitim Durumuna Göre Banyo ve Giyim Gereksinimine İlişkin Bilgileri

Banyo ve Giyime İlişkin Bilgiler	Eğitim Durumu				İstatistiksel Analiz
	İlköğretim ve altı		Ortaöğretim ve üzeri		
	Sayı	%	Sayı	%	
Banyo Yapmanın Sakıncalı Olmasının Nedenleri	(n:77)***		(n:55)***		
Doktora danışmadan yapmamalıyım	24	31.2	11	20.0	** P=0.152
Pansumanın açılmaması gerektiği için	13	16.9	17	30.9	** P=0.058
Yaranın suyla temas etmemesi gerektiği için	8	10.4	11	20.0	** P=0.121
Yardımsız yapamadığımız için	10	13.0	5	9.1	** P=0.487
Enfeksiyon gelişip, yara derinliği artacağı için	11	14.3	0	0.0	* P=0.003
Nedenini bilmeyen	11	14.3	11	20.0	** P=0.385
Banyo Yapmanın Sakıncası Olmadığını İfade Edenlerin Evde Banyo Yaparken Dikkat Ettikleri Konular	(n:85)***		(n:63)***		
Suyun ısısı	36	42.4	23	36.5	** P=0.473
Duş şeklinde olması	28	32.9	19	30.2	** P=0.719
Yaraya zarar vermeme	16	18.8	10	15.9	** P=0.641
Yara dışındaki bölgelere silme banyo verme	11	12.9	6	9.5	** P=0.519
Banyoda kullanılan malzemelerin temizliği	9	10.6	6	9.5	** P=0.832
Yaralı alanı süre suda bekletme süresi	10	11.8	4	6.3	** P=0.266
Oda ısısı	10	11.8	3	4.8	** P=0.137
Banyo sonrası kurulama	3	3.5	3	4.8	* P=0.700
Dikkat edilmesi gereken konuları bilmeyen	12	14.1	13	20.6	** P=0.295
Yanık Sonrası Giyime İlişkin İfadeler	(n:162)***		(n:118)***		
Bol olmalı	23	14.2	20	16.9	** P=0.528
Temiz olmalı	17	10.5	16	13.6	** P=0.432
Yarayı güneşten korumalı	20	12.3	10	8.5	** P=0.301
Tahriş edici olmamasına	9	5.6	8	6.8	** P=0.672
Kolay yanıcı olmamalı	8	4.9	7	5.9	** P=0.715
Günlük değiştirilmeli	5	3.1	7	5.9	** P=0.246
Nem emen türden olmalı	5	3.1	5	4.2	* P=0.747
İnceliği/kalınlığı önemli	4	2.5	3	2.5	* P=1.000
Bilmeyen	71	43.8	42	35.6	** P=0.166

* Fisher Exact Test uygulanmıştır. $P \leq 0.05$ alınmıştır.

** Pearson Chi-Square uygulanmıştır. $P \leq 0.05$, SD:1 alınmıştır.

*** Tabloda yüzdelikler n sayısına göre alınmıştır.

Ek Tablo 10. Egzersiz ve Pozisyon Gereksinimi Olan Hasta ve Onların Yakınlarının Eğitim Durumuna Göre Taburculuk Sonrası Egzersiz ve Pozisyona İlişkin Bilgileri

Egzersiz ve Pozisyona İlişkin Bilgiler	Eğitim Durumu				İstatistiksel Analiz
	İlköğretim ve altı (n:115)***		Ortaöğretim ve üzeri (n:76)***		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yapılması Gereken Egzersizler	18	15.7	13	17.1	** P=0.790
Egzersiz Yapılış Şekli					
Sık sık	10	8.7	7	9.2	** P=0.556
Fizyoterapistin gösterdiği şekilde	3	2.6	3	3.9	* P=0.684
Ağrı kesici aldıktan sonra	1	0.9	1	1.3	* P=1.000
Bilmeyen	101	87.8	65	85.5	** P=0.645
Egzersiz Yapma Nedeni					
Sakatlıkları önlemek	12	10.4	6	7.9	** P=0.556
Şekil bozukluklarını önlemek	17	14.8	12	15.8	** P=0.849
Hızlı/tam iyileşme sağlamak	2	1.7	1	1.3	* P=1.000
Bilmeyen	3	2.6	5	6.6	* P=0.369
Evde Dikkat Etmeniz Gereken Pozisyonlar	(n:146)***		(n:104)***		
Elevasyon tanımlayan	25	17.1	17	16.3	** P=0.871
Yara bölgesine uygun pzsyn tanımlıyn	4	2.7	3	2.9	** P=0.945
Bilmeyen	117	80.1	84	80.8	** P=0.901
Pozisyon Verme Nedeni					
Ödemi engeller	16	11.0	12	11.5	** P=0.886
Sakatlığı önler	3	2.1	2	1.9	* P=1.000
Yara iyileşmesini kolaylaştırır	2	1.4	1	1.0	* P=1.000
Ağrıyı azaltır	1	0.7	1	1.0	* P=1.000
Yaranın zarar görmesini engeller	1	0.7	1	1.0	* P=1.000
Bilmeyen	123	84.2	87	83.7	** P=0.900

* Fisher Exact Test uygulanmıştır. $P \leq 0.05$ alınmıştır.

** Pearson Chi-Square uygulanmıştır. $P \leq 0.05$, SD:1 alınmıştır.

*** Tabloda yüzdelikler n sayısına göre alınmıştır.

Ek Tablo 11. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Sonrası Tedavi ve Bakıma İlişkin Bilgi Alma Durumlarına Göre İlaç Kullanımı Bilgileri

İlaç Kullanımı Bilgileri	Bilgi Alma Durumu								İstatistiksel Analiz
	Bilgi alan				Bilgi almayan				
	İfade Eden		Etmeyen		İfade Eden		Etmeyen		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Oral Analjezik Kullanımı	(n:64)***				(n:39)***				
Etkisi	61	95.3	3	4.7	37	94.9	2	5.1	* P=1.000
Kullanım sıklığı	61	95.3	3	4.7	36	92.3	3	7.7	* P=0.671
Miktarı	58	90.6	6	9.4	34	87.2	5	12.8	* P=0.744
Yan etkisi	9	14.1	55	85.9	6	15.4	33	84.6	** P=0.854
Dikkat edilmesi gerekenler	10	15.6	54	84.4	7	17.9	32	82.1	** P=0.758
Oral Antibiyotik Kullanımı	(n:12)***				(n:8)***				
Etkisi	8	66.7	4	33.3	8	100.0	0	0.0	* P=0.117
Kullanım sıklığı	10	83.3	2	16.7	8	100.0	0	0.0	--
Miktarı	10	83.3	2	16.7	8	100.0	0	0.0	--
Yan etkisi	4	33.3	8	66.7	2	25.0	6	75.0	* P=1.000
Dikkat edilmesi gerekenler	3	25.0	9	75.0	1	12.5	7	87.5	* P=0.619
Topikal Nemlendirici Kullanımı	(n:16)***				(n:15)***				
Etkisi	14	87.5	2	12.5	13	86.7	2	13.3	* P=1.000
Kullanım sıklığı	15	93.8	1	6.3	14	93.3	1	6.7	--
Miktarı	11	68.8	5	31.2	10	66.7	5	33.3	* P=1.000
Yan etkisi	5	31.2	11	68.8	4	26.7	11	73.3	* P=1.000
Dikkat edilmesi gerekenler	2	12.5	14	87.5	4	26.7	11	73.3	* P=0.394
Topikal Antimikrobiyal İlaç Kullanımı	(n:50)***				(n:37)***				
Etkisi	31	62.0	19	38.0	23	62.2	14	37.8	** P=0.988
Kullanım sıklığı	44	88.0	6	12.0	31	83.8	6	16.2	** P=0.573
Miktarı	29	58.0	21	42.0	22	59.5	15	40.5	** P=0.891
Yan etkisi	4	8.0	46	92.0	7	18.9	30	81.1	* P=0.192
Dikkat edilmesi gerekenler	11	22.0	39	78.0	7	18.9	30	81.1	** P=0.726
Topikal Ağrı Kesici Kullanımı	(n:3)***				(n:5)***				
Etkisi	3	100.0	0	0.0	4	80.0	1	20.0	--
Kullanım sıklığı	3	100.0	0	0.0	5	100.0	0	0.0	--
Miktarı	1	33.3	2	66.7	4	80.0	1	20.0	* P=0.464
Yan etkisi	0	0.0	3	100.0	0	0.0	5	100.0	--
Dikkat edilmesi gerekenler	0	0.0	3	100.0	1	20.0	4	80.0	--

-- Bir test istatistiği uygulanması anlamlı bulunmamıştır.

* Fisher Exact Test uygulanmıştır. $P \leq 0.05$ alınmıştır.

** Pearson Chi-Square uygulanmıştır. $P \leq 0.05$, SD:1 alınmıştır.

*** Tabloda yüzdelikler n sayısına göre alınmıştır.

Ek Tablo 12. Hasta/Hasta Yakınlarının Yanık Sonrası Tedavi ve Bakıma Yönelik Bilgi Alma Durumlarına Göre Banyo ve Giyim Gereksinimine İlişkin Bilgileri

Banyo ve Giyime İlişkin Bilgileri	Bilgi alma durumu				İstatistiksel Analiz
	Bilgi alan		Bilgi almayan		
	Sayı	%	Sayı	%	
Banyo Yapmanın Sakıncalı Olmasının Nedenleri	(n:70)***		(n:62)***		
Doktora danışmadan yapmamalıyım	20	28.6	15	24.2	** P=0.570
Pansumanın açılmaması gerektiği için	17	24.3	13	21.0	** P=0.650
Yaranın suyla temas etmemesi gerektiği için	12	17.1	7	11.3	** P=0.339
Yardımsız yapamadığımız için	8	11.4	7	11.3	** P=0.980
Enfeksiyon gelişip, yara derinliği artacağı için	5	7.1	6	9.8	** P=0.599
Nedenini bilmeyen	8	11.4	14	22.6	** P=0.086
Banyo Yapmanın Sakıncası Olmadığını İfade Edenlerin Evde Banyo Sırasında Dikkat Ettikleri Konular	(n:72)***		(n:76)***		
Suyun ısısı	25	34.7	34	44.7	** P=0.214
Duş şeklinde olması	24	33.3	23	30.3	** P=0.688
Yaraya zarar vermeme	17	23.6	9	11.8	** P=0.060
Yara dışındaki bölgelere silme banyo verme	9	12.5	8	10.5	** P=0.707
Banyoda kullanılan malzemelerin temizliği	6	8.3	9	11.8	** P=0.480
Yaralı alanı süre suda bekletme süresi	8	11.1	6	7.8	** P=0.504
Oda ısısı	6	8.3	7	9.2	** P=0.851
Banyo sonrası kurulama	3	4.2	3	3.9	* P=1.000
Dikkat edilmesi gereken konuları bilmeyen	11	15.3	14	18.4	** P=0.610
Yanık Sonrası Giyime İlişkin İfadeler	(n:142)***		(n:138)***		
Bol olmalı	27	19.0	16	11.6	** P=0.085
Temiz olmalı	20	14.1	13	9.4	** P=0.226
Yarayı güneşten korumalı	18	12.7	12	8.6	** P=0.282
Tahriş edici olmamasına	9	6.3	8	5.8	** P=0.850
Kolay yanıcı olmamalı	6	4.2	9	6.5	** P=0.394
Günlük değiştirilmeli	7	4.9	5	3.6	** P=0.589
Nem emen türden olmalı	1	0.7	9	6.5	* P=0.010
İnceliği/kalınlığı önemli	5	3.5	2	1.4	* P=0.448
Bilmeyen	49	34.5	64	46.4	** P=0.166

* Fisher Exact Test uygulanmıştır. P<0.05 alınmıştır.

** Pearson Chi-Square uygulanmıştır. P<0.05, SD:1 alınmıştır.

*** Tabloda yüzdelikler n sayısına göre alınmıştır.

Ek Tablo 13. Hastaların Yanık Dışındaki Hastalıkları ve Bu Hastalıklara Yönelik Aldıkları Tedaviler

Tanıttıcı Özellikler	Sayı	%
Yanık Dışında Hastalığı Olma Durumu (n:280)*		
Hastalığı olan	35	12.5
Hastalığı olmayan	245	87.5
Hastalığın adı (n:35)*		
Kalp-damar hastalıkları (Hipertansiyon, arterioskleroz)	13	37.1
Romatoid artrit	6	17.1
Diyabet	4	11.4
Disk hernisi	2	5.7
Anemi	2	5.7
Ülser	2	5.7
Guatr	2	5.7
Böbrek yetmezliği	1	2.9
Sedef	1	2.9
Epilepsi	1	2.9
Alkolik	1	2.9
Hastalığın tedavisi (n:35) *		
İlaç tedavisi	22	62.9
Diyet	15	42.9
Cerrahi	3	8.6
Fizik tedavi	2	5.7
Diğer ***	5	14.3

*Tabloda yüzdeler n sayısına göre alınmıştır.

** Katılımcılar birden fazla yanıt vermiştir.

*** Diğer seçeneği psiyatrik tedavi, kaplıca tedavisi, diyaliz tedavisini ifade etmektedir.