

**T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**



**YANIK HASTALARINDA DİSTRESİN ANKSİYETE VE
DEPRESYONA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BÜŞRA ŞEN

İSTANBUL, 2023

**T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**



**YANIK HASTALARINDA DİSTRESİN ANKSİYETE VE
DEPRESYONA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BÜŞRA ŞEN

İSTANBUL, 2023

KABUL VE ONAY

BÜŞRA ŞEN tarafından hazırlanan “**YANIK HASTALARINDA DİSTRESİN ANKSİYETE VE DEPRESYONA ETKİSİ**” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 25.05.2023 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği /oy çokluğu ile İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Doç.Dr. Semra BÜLBÜLOĞLU

İstanbul Aydın Üniversitesi

.....

Üye

Doç. Dr. Serdar SARITAŞ

Malatya Turgut Özal Üniversitesi

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Muzaffer Berna

DOĞAN

İstanbul Arel Üniversitesi

.....

İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ali AKDEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “**YANIK HASTALARINDA DİSTRESİN ANKSİYETE VE DEPRESYONA ETKİSİ**” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

25.05.2023

Büşra ŞEN

ÖZET

YANIK HASTALARINDA DİSTRESİN ANKSİYETE VE DEPRESYONA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BÜŞRA ŞEN

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

(DANIŞMAN: DOÇ. DR. SEMRA BÜLBÜLOĞLU)

İSTANBUL, 2023

Yanıklar toplumda sık görülen ciddi fiziksel ve psikolojik travmalardır. Yanıklara ısı, elektrik, kimyasallar, radyasyon, kaynayan sıvılar ve alevler neden olabilir. Doku hasarı sonucu cilt bütünlüğü bozulur, bölgesel etkilerinin yanı sıra sistemik, kardiyovasküler ve metabolik hastalıklara yol açabilir. Pro- ve anti-inflamatuar sitokinlerin kontrolsüz salınımı, immünolojik işlev bozukluğuna ve yaygın sistemik inflamasyona yol açmaktadır. Şiddetli yanıklarda, özellikle yanık sonrası erken dönemde, aşırı inflamatuvar eylem ve ciddi metabolik bozukluklar vardır. Abartılı inflamatuvar yanıtlara ek olarak, kalp fonksiyon bozukluğu, akut solunum sıkıntısı sendromu, akut böbrek yetmezliği, bağırsak hiperpermeabilitesine bağlı bakteriyel translokasyon, hiperkatabolizma, hipermetabolizma ve sepsis gibi sistemik hastalıklar şu anda ortaya çıkmaktadır ve bu durum çoklu organ yetmezliğine ve ölüme yol açabilmektedir. Bu bağlamda çalışmanın amacı yanık hastalarda distresin anksiyete ve depresyone etkisi üzerine şekillenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yanık, Anksiyete, Depresyon

ABSTRACT

THE EFFECT OF DISTRESS ON ANXIETY AND DEPRESSION IN BURN PATIENTS

MSC THESIS

BÜŞRA ŞEN

GRADUATE SCHOOL, ISTANBUL AREL UNIVERSITY

NURSING

(SUPERVISOR: ASSOC PROF. DR. SEMRA BÜLBÜLOĞLU)

İSTANBUL, 2023

Burn is a severe physical and psychological trauma that is frequently seen in society. Burn damage can be caused by heat, electricity, chemicals, radiation, boiling liquids and flames. As a result of tissue damage, skin integrity is disrupted and besides its local effects; It can cause systemic, circulatory and metabolic pathologies. Uncontrolled release of pro- and anti-inflammatory cytokines leads to immunological dysfunction and marked systemic inflammation. In severe burns, excessive inflammatory effect and serious metabolic disorders develop especially in the early period after burns. Meanwhile, in addition to the excessive inflammatory response, systemic disorders such as cardiac dysfunction, acute respiratory distress syndrome, acute kidney failure, bacterial translocation due to increased intestinal permeability, hypermetabolism, hypercatabolism and sepsis occur. This results in multiple organ failure and death. In this context, the aim of the study was shaped on the effect of distress on anxiety and depression in burn patients.

Key Words: Burn, Anxiety, Depression

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİL LİSTESİ	v
TABLO LİSTESİ	vi
ÖNSÖZ	vii
1 GİRİŞ	1
2 GENEL BİLGİLER	6
2.1 Anksiyete	6
2.2 Distres	10
2.3 Depresyon	11
2.4 Yanık Yaralanması.....	14
2.5 Yanığın Fizyopatolojisi.....	15
2.5.1 Lokal Değişiklikler	16
2.5.2 Sistemik Değişiklikler.....	17
2.6 Yanık Çeşitleri ve Oluşum Mekanizmaları.....	18
2.6.1 Termal Yanıklar	19
2.6.2 Elektrik Yanıkları.....	19
2.6.3 Kimyasal Yanıklar	19
2.6.4 Radyasyon Yanıkları.....	20
2.7 Yanık Derinliğinin Sınıflandırılması	20
2.7.1 Birinci Derece Yanıklar	20
2.7.2 İkinci Derece Yanıklar	20
2.7.3 Üçüncü Derece Yanıklar	21
2.7.4 Dördüncü Derece Yanıklar	21
2.8 Yanıklı Hastanın Tedavi ve Bakımı.....	21
2.8.1 Acil Dönemde Yanık Tedavisi ve Bakımı	22
2.8.2 Akut Dönemde Yanık Tedavisi ve Bakımı	24
2.8.3 Rehabilitasyon Döneminde Yanık Tedavisi ve Bakımı	32
2.9 Yara Örtüleri	33
2.9.1 Geleneksel Yara Örtüleri.....	37
2.9.2 Çağdaş Yara Örtüleri	37
2.9.2.1 Aljinat Örtüler	38
2.9.2.2 Hidrojel Örtüler	40
2.9.2.3 Hidrokolloid Örtüler	41
2.9.2.4 Yarı Geçirgen Filmler.....	41
2.9.2.5 Köpük Örtüler	42
2.9.2.6 Biyolojik Örtüler.....	43
3 GEREÇ VE YÖNTEM	44
3.1 Amaç, Bağımlı ve Bağımsız Değişken	44
3.2 Araştırma Soruları.....	44
3.3 Araştırmanın Tipi, Veri Toplama Zamanı ve Veri Toplama Yöntemi	44
3.4 Araştırma Tasarımı ve Katılımcılar	44
3.5 Örneklem Dahil Edilme ve Örneklemden Dışlama Kriterleri.....	45
3.5.1 Örneklem dahil etme kriterleri;	45
3.5.2 Örneklemden dışlama kriterleri;	45
3.6 Veri Toplama Araçları	45

3.7	Tanıttıcı Bilgi Formu.....	46
3.7.1	Distres Termometresi.....	46
3.7.2	Beck Anksiyete Ölçeği.....	46
3.7.3	Beck Depresyon Ölçeği.....	46
3.8	Etik Hususlar.....	47
3.9	İstatistiksel Analizler.....	47
4	BULGULAR.....	49
5	TARTIŞMA.....	55
6	SONUÇ.....	60
7	KAYNAKLAR.....	61
8	EKLER.....	72
	EK A Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu.....	72
	EK B Hasta tanıtım formu.....	74
	EK C Beck depresyon envanteri.....	75
	EK D Beck anksiyete ölçeği.....	78
	EK E Kurum izni.....	79
	EK F Etik kurul kararı.....	80
9	ÖZGEÇMİŞ.....	82

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1 Yanık Sonrası Hasar Zonları.....	17
Şekil 2.2 Ağır Yanık Travması	17



TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1 İdeal çağdaş yara örtüsünden beklenen özellikler	35
Tablo 2.2 Çağdaş yara örtülerinin özellikleri.....	38
Tablo 4.1 Yanık Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri.....	49
Tablo 4.2 Yanık Hastalarının Sağlık Durumları ile ilişkili Özellikleri.....	49
Tablo 4.3 Yanık Hastalarının Distres Termometresi Puan Ortalaması.....	51
Tablo 4.4 Yanık Hastalarının Beck Anksiyete Ölçeği Puan Ortalaması	51
Tablo 4.5 Yanık Hastalarının Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalaması	51
Tablo 4.6 Yanık Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine göre Distres Termometresi, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	52
Tablo 4.7 Yanık Hastalarının Sağlık Durumları ile ilişkili Özelliklerine göre Distres Termometresi, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	53
Tablo 4.8 Distres Termometresi, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği arasında Korelasyon Analizi	53

ÖNSÖZ

Çalışma sürecimde her türlü yol gösterici olan, olumlu tavrıyla beni cesaretlendiren, bilgi birikimiyle çalışmama farklı açılardan bakmamı sağlayan beraber çalışmaktan ve her zaman öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli danışman hocam Doç.Dr.Semra BÜLBÜLOĞLU' na sonsuz teşekkür ederim.

25.05.2023

Büşra ŞEN



1 GİRİŞ

Anksiyeteyi korku, endişe, huzursuzluk, gerginlik, kaygı ve sıkıntı gibi duygu durumlarının bütünü olarak tanımlamak mümkündür. Buna ek olarak bireysel düzeyde farkındalığın yetersiz, nedeni belli olmayan, dıştan kaynaklanan tehditler karşısında oluşan duygudurumunu temsil eder. Anksiyetesi olan kişilerde sağlıksız düşünceler, algılamada bozukluklar ve öğrenme fonksiyonlarında azalma görülebilir. Bu kişilerde dikkat dağınıklığı, öğrendiklerini hatırlayamama ve olaylar arasındaki ilişkiyi anlamlandıramama görülebilir. Anksiyete duygusuna vücutta birtakım durumlar eşlik edebilir. Bu durumlar başlıca göğüste sıkışma ve baskı hissi, çarpıntı, terleme, baş ağrısı, midede boşluk hissi ve sık tuvalet gereksinimi duygusu olarak söylenebilir. Ayrıca istemsiz hareketler ve huzursuzluk durumları da anksiyetede sıklıkla görülen belirtilerdendir. Anksiyetede rtada herhangi bir neden yokken yaşanıyor olması, şiddetli ve sık bir şekilde görülmesi, bireyin hayatını etkisi altına almaya başlaması kişide bir anksiyete bozukluğunun olduğunu düşüncesini akla getirir.

Anksiyetenin klinik görünümü bireyden bireye büyük oranda farklılık gösterebilir. Bazı kişilerde kas gerginliği öne çıkan belirtisidir ve bu hastalar kas spazmı veya kas katılığından sertliğinden boyun tutulması ve baş ağrısından şikâyet ederler yakınırılar. Anksiyete bozukluğu türleri agorafobi, agorafobisiz panik bozukluk, agorafobili panik bozukluk, panik bozukluğu olmadan agorafobi, panik atak, özgül fobi, posttravmatik stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, akut stres bozukluğu, genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu ve madde kullanımı sebebiyle yaşanan anksiyete bozukluklarını kapsar. Ayırıcı tanı bakımından özellikle yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk yüksek önem taşımaktadır (Kelsey, 2002).

Stres; kişinin zor çevresel şartlara uyum sağlayamaması ve bunun sonucunda zihni, fiziki ve fizyolojik olarak yüzleşme sürecinin başlamasıdır. Stres, hayali ve gerçek yaralanmaların sebep olduğu uyarıcılara karşı vücutta ortaya çıkan atipik bir fizyolojik reaksiyon sürecidir (Durmuş ve ark., 2016). Ameliyat sonrası süreçte yüksek seviyede strese maruz kalmak yara yerinin iyileşme süresinde sürecinde yavaşlamaya, miyokard kan akışının dolaşımının yavaşlamasına,, ağrıya, derin ven trombozuna, etkin olmayan solunuma bağlı atelektaziye, pulmoner fonksiyon

sorunlarına, pnömoniye, bilişsel ve ruhsal bozukluklara, anksiyetede artmaya, sempatik aktivite sonucunda glikoz seviyesinde bozulmalara, mortalite ve morbiditede artış görülmesine, taburcu edilme sürecinde gecikmeye morbiditede uzamaya ve yaşam kalitesinde düşmeye sebep olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre depresyon tanımını, en az iki hafta süresince, günlük aktivitelerini yapmakta yetersizlik, sürekli olan üzüntü hali ve ilgi kaybı ile karakterize bir durum olarak yapmıştır.

Depresyonlu bireylerde üzgünlük, kederli hissetme ya da normalde hoşlandığı şeylere karşı ilgi kaybı, kişisel bakımda azalma, uyku problemi, yeme bozukluğu, konsantrasyon sorunları, karar verme becerisinde azalma, kendisini değersiz görme, kendisini suçlama, enerji kaybı yaşanması, yaşamına son verme gibi düşüncelere meyilli olma belirtileri görülmektedir. Depresyon dünya genelinde yaygın olarak görülen bir problemdir.

1960'ların ortalarında ileri sürülen monoamin hipotezi, depresyonla ilişkili en geçerli hipotez olarak kabul edilmektedir (Schildkraut, 1965). Bunun dışında hipotalamo-hipofizer yolak, GABA-erjik sistem, kolesistokinin, glutamatın anksiyetenin yanı sıra depresyonun ortaya çıkmasında da etkisi olduğu konusunda güçlü kanıtlar elde edilmiştir (Slattery ve ark., 2004).

Depresif rahatsızlıklar, günümüz sınıflandırmasında tek bir bozukluk şeklinde görülmemekle birlikte çeşitli antiteler olarak gruplandırılmaktadır. Günümüz psikiyatrik gruplandırma sistemlerinde bulunan depresif bozukluklar; distimik bozukluk, majör depresif nöbet ve başka türlü açıklanamayan depresif bozuklukları kapsar (Beck ve ark., 1987).

Majör depresif atak, minimum iki hafta süren depresif duygudurumu veya konsantrasyon bozukluğunun yanı sıra birazdan bahsedeceğimiz depresyon semptomlarından en az dört özelliğini bulundurmasını gerektirir. Bu belirtiler; gündün güne iştahın azalmış ya da artmış olması, perhizde değilken önemli derecede kilo kaybı ya da kilo alımı, uyku bozukluğu, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, yorgunluk, halsizlik ya da enerji kaybı, değersizlik hissi, düşünme ya da düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma kabiliyetinde azalma ya da kararsızlık, anormal suçluluk duyguları ve tekrarlayan ölüm düşünceleridir (Matthews ve Wells, 2000). En az iki yıl süreyle, genellikle gün boyunca süren kronik depresif duygudurumu ise distimi olarak

tanımlanır. Kişinin duygudurum dönemleri sırasında uykusuzluk ya da aşırı uyku, iştahsızlık ya da aşırı yemek yeme, düşük benlik saygısı, düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk, düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü ya da karar vermede güçlük çekme ve umutsuzluk hissiyatı belirtilerinden en az ikisinin varoluşu distimi tanısı alması için yeterlidir (Tosun ve Irak, 2008).

Anksiyete ve depresyon, zaman zaman ayrı ayrı ortaya çıkabileceği gibi bazen de birlikte görülebilen zorlayıcı zihinsel durumlardır. Birçok nörolojik ve postmortem görüntüleme çalışması, anksiyetesini ve depresyonu olan kişilerde prefrontal kortekste ve hipokampüste atrofi ve nöron kaybının meydana geldiğini göstermektedir (Gurvits ve ark., 1996; Sheline ve ark., 1996; Shah ve ark., 1998). Bu araştırmalar, anksiyete ve depresyonun beyinde gerçek fiziksel etkileri olduğunu vurgulamaktadır. Prefrontal korteks, bilişsel işlevlerin düzenlenmesinde ve duygusal tepkilerin kontrolünde önemli bir rol oynar. Bu bölgenin atrofi, anksiyete ve depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir. Normal veya anormal anksiyete esas olarak santral sinir sisteminden kaynaklanmaktadır.

Beyindeki subkortikal yapılar arasında, talamus, hipotalamus, hipokampus, pineal bez, hipofiz ve amigdala gibi önemli nöroanatomik oluşumları içeren limbik sistem, bellek ve duygudurum değişikliklerinden sorumlu kritik bir bölgedir. Limbik sistem, beyindeki karmaşık sinir ağları ve yapılar aracılığıyla duygusal deneyimleri, motivasyonu, öğrenmeyi ve hafızayı düzenler. Bu sistem, beyin işlevlerinin birçok yönünü etkileyerek bireyin duygusal durumunu ve davranışlarını şekillendirir. Talamus, beyindeki iletişim merkezi olarak bilinir ve bilgi alışverişinin önemli bir merkezi konumundadır. Bu yapı, duyu girdileri işler, bilgileri diğer beyin bölgelerine yönlendirir ve dikkat, uyku ve bilinç düzeyini düzenler. Hipotalamus, birçok temel biyolojik fonksiyonun düzenlenmesinden sorumlu olan önemli bir yapıdır. Metabolizma, uyku-düzeni, cinsel davranışlar ve duygusal tepkiler gibi pek çok süreci kontrol eder. Ayrıca hipotalamus, stres yanıtı ve otonom sinir sistemi aktivasyonunda da kritik bir rol oynar. Hipokampus, özellikle öğrenme ve hafıza işlevlerinden sorumlu bir beyin bölgesidir. Yeni bilgilerin işlenmesi, uzun süreli hafıza oluşumu ve mekansal navigasyon gibi süreçlerde önemli bir rol oynar. Pineal bez, melatonin hormonunun salgılandığı ve uyku-düzenlemesinde kritik bir rol oynayan bir yapıdır. Günlük ritimlerimizin düzenlenmesi ve mevsimsel değişikliklere uyum sağlamada önemli bir işlevi vardır. Hipofiz bezinin önemli bir görevi, pek çok hormonun salgılanmasını düzenlemektir. Hormonal dengeyi sağlamak, büyüme ve

üreme gibi temel süreçleri kontrol etmek için hipotalamustan gelen sinyallere yanıt olarak çalışır. Son olarak, amigdala, duygusal tepkilerin düzenlenmesinde ve özellikle korku ve tehdit algısında önemli bir rol oynar. Duygusal belleklerin oluşumu ve depolanması, sosyal etkileşimler ve bağlamsal öğrenme gibi alanlarda da etkili olan bir beyin bölgesidir (Brick ve Erickson, 1998).

Hastalık hangi alanda olursa olsun kişiyi, biyolojik, duygusal, sosyal ve ruhsal olarak olumsuz yönde etkisi altına alan çok yönlü bir olgudur (Bunevicius ve ark., 2007; Evans ve ark., 1997). Birey rutin hayatında sağlıklı bir şekilde yaşamını sürdürürken, sağlığının kaybıyla hasta rolüne girmektedir (Özkan, 1999). Hastanın bu yeni rolüyle fiziksel hastalığa kendisine göre anlamlar yüklemesi, homeostatik dengesini bozmasıyla duygusal tepkilerine neden olmaktadır (Blumenfield ve Tiamson 2003; Kelleci, 1998, Özkan, 1999). Fiziksel hastalıkta ortaya çıkan duygusal değişimler; psikososyal çevreye, fiziksel hastalığın ve hastanın bir birey olarak özelliklerine göre farklılıklar göstermektedir (Ersoy ve Elbi 2000; Özkan 1999). Hastanın beden imajını, özgüvenini, kimliğini, yaşam amaçlarını, ego bütünlüğünü, sosyal, aile ve çevre ilişkilerini olumsuz etkileyen fiziksel hastalık, kişide anksiyete ve depresyon gibi ruhsal hastalıkların oluşmasına yol açmaktadır (Aopra ve Cull 1999; Bunevicius ve ark., 2007; Niti ve ark., 2007).

Yapılan birçok çalışmada anksiyete ve depresyon belirtilerinin hastanede yatarak tedavi gören hastalarda daha sık ortaya çıktığı görülmüştür (Bunevicius ve ark., 2007; Cassem 1995; Ryan ve ark., 1996; Niti ve ark., 2007; Zigmond ve Snaith 1983). Tedavisi zor olan ağır hastalıklarda, bu oran daha belirgin şekilde artmaktadır (Eren ve ark., 2008; Wells ve ark., 1993). Hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan semptomların verdiği rahatsızlığın yanı sıra hastane ortamında bulunmak, tedavi uygulanması sırasında ve sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyonlar, hastanın iyileşme umudunun zamanla kaybolması da anksiyete ve depresyonun gelişimini hızlandırmaktadır (Böncü ve ark., 2001; Bunevicius ve ark., 2007; Evans ve ark., 1997; McDaniel ve ark., 1995).

Yanık hastalarının uzun hastanede kalış süresi, yüksek strese maruz kalmaları, psikolojik ve fizyolojik sorunlardan dolayı sağlıklı bireylere göre anksiyete ve depresyona yatkın olma risklerinin oldukça yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu durum yanık hastalarının distres, anksiyete ve depresyon düzeylerinin araştırılması gereksinimini ortaya çıkartmıştır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 Anksiyete

Ruhsal ve fiziki travma geçirmiş yanık hastalarında en çok görülen psikolojik durum olan kaygı, yaygın, rahatsız edici, belirsiz bir tehlike duygusu olarak ortaya çıkan ve sıklıkla otonomik semptomların eşlik ettiği, yakalanması zor bir kaygı duygusudur (Çelik ve Acar, 2007).

Korku, nedeni hakkında net bir bilgi olmayan, nedeninin farkında olmadığı içsel bir tehlike veya tehdide karşı psikolojik bir tepkidir. İnsan var olduğundan beri kaygı ve korku her türlü tehlikeyi savuşturmak için sıklıkla kullanılan savunma mekanizmaları olmaktadır (Alkın ve Onur, 2007).

Bazı hastalar, anksiyete nedeniyle çarpıntı ve terleme gibi kardiyovasküler semptomlar veya mide bulantısı, kusma, boş hissetme, "midenizde kelebekler uçuşması", içinde bir şeylerin "titrediği" hissi, gaz, şişkinlik, hatta ishal gibi gastrointestinal semptomlar yaşayabilir. Bazıları ise sık idrara çıkma, sık nefes alma, göğüste sıkışma gibi belirtiler yaşamaktadır (Alkın ve Onur, 2007).

Yanık hastalarında anksiyete sıklıkla yetersiz ağrı kontrolü, kaşıntı, fiziksel bütünlükte bozulma, fonksiyon kaybı, sevgi kaybı, ayrılık kaygısı, çevresel kaygı gibi nedenlerle ortaya çıkar. Ayrıca hastanın kişilik yapısı, yetersiz sosyal destek sistemleri, müdahaleler, ağrı ve ıstırap çekmesi, bağımsızlığının sona erebileceği düşüncesi ve başkalarına bağımlı olma korkusu tedavi ortamı veya tedavi ekibi ile ilgili bazı faktörlerdir, olumsuz Yaklaşım hastalık ve ölüm gibi konular Önyargılar hastanın kaygısını artıran oluşumlardır (Kocaman, 2008).

Hay, korkunun biyolojik etkisini dört aşamada anlatmaktadır. Hafif kaygısı olan kişi, çevresinde olup bitenlerin farkındadır ve öğrenme düzeyi yükselmiştir. Orta düzeyde kaygısı olanlarda iletişim ve bilişte azalma, kas gerginliği, mide bulantısı, kalp çarpıntısı, terleme ve kişinin çevresinde olup biteni fark edemeyip problem çözme becerisine sahip olduğu, ileri düzeyde kaygısı olanlarda ise çevrelerinde olup bitenleri algılama yeteneğinde azalma. Panik halindeki insanların dikkati dağınık, çevresel tehlikelere tepki vermez ve profesyonel yardıma ihtiyaç duymaktadır (Yardakçı, 2001).

Fiziksel hastalığa karşı geliştirilen duygusal tepkilerden biri olan kaygı, genellikle depresyonla ilişkilendirilir. Son yıllarda yapılan çalışmalar depresyon ve anksiyete bozukluklarının hem klinik hem epidemiyolojik özellikleri hem de tedaviye yanıt açısından ortak özelliklerini göstermektedir. Yanık hastalarında depresyonu olan bireylerin yaklaşık üçte ikisinin anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşıladığı, anksiyete bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan bireylerin ise %50'sinde depresif belirtilerin olduğu saptanmıştır (Kayahan ve Sertbaş, 2007).

Hafif anksiyete vakalarının tedavisinde sadece psikoterapötik yaklaşımlar yeterli olurken, orta ve şiddetli anksiyete vakalarında psikoterapiye ek olarak ilaç tedavisinin gerekli olduğu tespit edilmiştir. İlaç tedavisinde opioid grubu ilaçlar ve antidepresanlar sıklıkla kullanılabilir. Kullanılan en önemli terapi yöntemleri gevşeme (kas gevşemesi), biyolojik geribildirim, kendini kabul ettirme eğitimi, fonksiyonel davranışçı terapi, bilişsel terapi, hasta eğitimi, aile terapisi, hipnoz, psikodinamik psikoterapi, stres yönetimi, sosyal kendi kendine yardım grupları ve uğraşı terapisi (Çam Çelikel, 2003).

Hastanın hastalığına karşı anksiyetesini azaltmak için hemşirelerin yapması gereken öncelikle anksiyete düzeyimi tespit etmektir. Hildegard Peplau'ya göre korku, kişiler arasındaki bir etkileşimdir, bulaşıcıdır ve hastanın anksiyetesini önlemek için bakım veren kişinin öncelikle kendi duygularının farkında olması ve korkularını kontrol edebilmesi gerekir. Hemşireler, hastaların kendi durumları ile ilgili durumlarının farkında olup tanımlayabilmesine ve bu durumunu kendi kendine yönetmesine, kısa ve açık ifadelerle durumları hakkında bilgi vermesine ve bu sayede hasta odaklı bir bakım verilmesine yardımcı olabilir. Hastaya uygun ortam sağlandıktan sonra bulunduğu durumla alakalı korkularının farkına varması ve hislerini açıkça ifade etmesi için cesaretlendirilmelidir. İlaç tedavisine geçildiğinde tedavide beklenen muhtemel etkilerinin ve ortaya çıkabilecek yan etkilerinin bilinmesi gerekmektedir (Kocaman, 2008).

Anksiyete ve ağrı ilişkisinden bahsedecek olursak anksiyete, ağrının nedeni veya sonucu olabileceği gibi, ağrıdan bağımsız olarak ortaya çıkan bir semptom olarak da kendinin gösterebilir. Ağrı çekenlerin %30'unun panik bozukluğu veya yaygın anksiyete bozukluğu yaşadığı belirtilmektedir. Kişinin normal yaşantısını etkileyen ağrının, ilişkilerde ve bedensel işlevlerde bozulmaya neden olması sebebiyle kaygıya yol açtığı vurgulanmaktadır. Yapılan araştırmalarda görülmüştür ki yanık hastalarının

ağrı düzeyleri ile kaygıları arasında anlamlı bir ilişki vardır. Anksiyete ve ağrının bir döngü oluşturarak birbirlerini etkilediği, ağrı olması beklentisi ve ağrı deneyiminin terapötik uygulamalarda ağrı hissiyatını arttırması sebebiyle ilişkilendirilmiştir (Ünlügenç, 2008).

Ağrı ile yaşayan kişinin ağrının olmadığı zamanlarda tekrar olacağı düşüncesi ağrı düzeyinin artacağını ve kaygısının daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca bu hastalarda ağrı semptomları ile anksiyetenin benzer olması sebebiyle ağrı ve anksiyete belirtilerini ayırt etmenin zor olduğu belirtilmektedir (Ünlügenç, 2008).

Yanık hastaları fiziksel ve duygusal travma yaşamaktadır. Bu hastalarda anksiyete sıklıkla görülmektedir. Anksiyete tehlike hissiyle ortaya çıkan, yaygın, belirsiz ve hoş olmayan genel olarak otonom belirtilerle birlikte görülen tanımlanması zor olan endişe ve korku duygusu olarak ifade edilmektedir (Çelik ve Acar 2007; Gökalp 2000; Kocabaşoğlu 2005).

Anksiyetenin sebebi bilinç altımızda olmayan, hakkında kesin bir bilginin olmadığı içsel tehdit veya tehlike karşısında verilen ruhsal tepki olarak açıklanmaktadır. Geçmişten günümüze kadar korku ve anksiyete tehlikeleri savuşturmak için kullanılmaktadır (Alkın ve Onur 2007; Çelik ve Acar 2007; Gökalp 2000; Kocabaşoğlu 2005; Soykan 2001).

Anksiyete hastalarının bazılarında çarpıntı, terleme, kusma, gaz sancısı ve hatta diyare gibi gastrointestinal belirtiler görülmektedir. Bazı anksiyete hastalarında ise yüzeysel solunum, idrara sık çıkma, göğüs ağrısı gibi belirtiler de görülmektedir (Alkın ve Onur 2007; Işık 2006; Kocabaşoğlu, 2005; Kocaman 2008; Robert ve ark., 2000; Saatçioğlu, 2001; Türkçapar, 2004).

Yanık hastalarında anksiyete genel olarak, yanlış ağrı kontrolü, ayrılık korkusu, fonksiyon kaybı, ortam korkusu, bedensel bütünlüğün bozulması ve sevgi kaybindan dolayı ortaya çıkmaktadır (Loncar ve ark., 2006). Öte yandan hastanın sosyal destek sisteminin yeterli olmaması, kişilik yapısı, hastaya uygulanan girişimler, çektiği acı ve ağrı, başkasına bağımlı halde yaşama korkusu, hastalığa karşı olumsuz yaklaşımlar ve önyargılar hastada anksiyeteyi tetiklemektedir oluşumlardır (Alkın ve Onur 2007; Gökalp 2000; Işık, 1996; Kocabaşoğlu, 2005; Kocaman, 2008; Özkan 1993; Soykan, 2001).

Biyolojik olarak anksiyetenin etkisi dört aşamada incelenmektedir. Hafif düzey anksiyetesi olan kişiler çevresinde olanların farkında ve öğrenme seviyesi artmış durumdadır. Orta seviyede anksiyetesi olan kişilerin algılamada ve iletişimde azalma yaşadığı, kalp çarpıntısı, mide şikayetleri, terleme ve kas gerginliği yaşadığı ifade edilmektedir. Kişinin etrafında yaşananları fark edemediği fakat sorun çözme yeteneğinin hala var olduğu görülmektedir. Ağır seviye anksiyete sorunu yaşayanların etrafında olanları kavrama becerisinin azaldığı ifade edilmektedir. Panik anında olan kişilerin dikkati dağılmakta, etrafındaki tehlikeleri algılayamamakta ve profesyonel yardım almaları gerekmektedir (Yardakçı, 2001).

Hafif anksiyete tedavisinde psikoterapötik yaklaşımlar yeterli iken orta ya da ağır anksiyete de ilaç tedavisi de uygulanmaktadır (Soykan, 2001). Opioid grubu ilaçlar ve antidepresanlar bu tedavi içerisinde kullanılmaktadır. Tedavi sürecinde kullanılan terapi yöntemlerinin arasında biyolojik geri bildirim, hipnoz, relaksasyon, girişkenlik eğitimi, aile terapisi, işlevsel davranış, bilişsel terapi, stresle başa çıkma, hasta eğitimi, iş uğraş terapisi, psikodinamik psikoterapiler ve sosyal destek terapisi yer almaktadır (Çam Çelikel, 2003; Gökalp, 2000; Robert ve ark., 2000).

Hastanın anksiyetesini azaltabilmek için hemşireler anksiyete düzeyini tanımlamaktadır. Peplau'ya göre kişiler arasında anksiyete bulaşıcı durumdadır. Hastanın anksiyetesini önlemeyebilmek için hemşirenin kendi anksiyetesini ve duygularını anlaması gerekmektedir. Hastaların anksiyeteyi tanınması konusunda hemşireler net ve kısa cümlelerle bilgi vererek hastanın bütüncül bakımına fayda sağlayabilmektedir. Hastanın anksiyetesini bilmesi, hislerini anlatma konusunda cesaretlendirilmesi ve bunun için gerekli ortamın oluşturulması gerekmektedir. Eğer anksiyete için ilaç kullanımına başlandıysa ilacın etkileri gözlemlenmektedir.

Anksiyete ağrıdan dolayı ya da bir ağrıdan bağımsız olarak başka belirtilerle ortaya çıkabilmektedir. Ağrı yaşayan hastalarda genelinde yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk görülmektedir. Ağrının insan hayatının her alanına etkisi olduğu için bedensel işlevlerin ve ilişkilerin bozulmasına yol açmaktadır. Bu durum da anksiyeteye sebep olmaktadır (Çam Çelikel, 2003). Yanık hastalarının ağrı seviyeleri ile anksiyeteleri arasında korelasyon olduğu yapılan çalışmalarda görülmektedir. Anksiyete ve ağrının birbirini etkilediği ve bu durumun da kısır döngüye yol açtığı bilinmektedir (Ferguson ve Voll 2004; Robert ve ark., 2000; Ünlügenç, 2008).

Hastanın ağrısı olmadığı zamanlarda bile tekrar ağrı çekeceğini bilmesi anksiyetenin yükselmesine ve hissedilen ağrının artmasına yol açabilmektedir (Kuğuoğlu ve ark., 2003; Lemone ve Burke, 1996). Yanık tedavisi gören hastalarda genel durum bozukluğu, yumuşak doku hasarı ve hipermetabolizma olmasından ötürü anksiyetenin fizyolojik etkileri görülememektedir. Ayrıca anksiyete ve ağrı belirtileri benzediği için yanık hastalarında anksiyete ve ağrıyı birbirinden ayırmak zorlaşmaktadır (Robert ve ark., 2000).

2.2 Distres

Distres kavramı yüksek seviyede uyarıcı ve davranımlarda bozulmaları içerir. Distres kişilerin fizyolojik ve psikolojik hallerini etkilemekle birlikte günlük yaşantısında uyumsuzluklara neden olur (Husain ve ark., 2007).

Hastanın yaşadığı zorluklara tepki olarak stres ortaya çıkmaktadır. Distres ise genel olarak duygusal sıkıntı ya da aşırı stres anlamına gelmektedir. Distres, normal stresin işleyişini bozmakta ve hastanın ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Ortaya çıkan bu distres hastanın ağrı düzeyine, ruh haline, mutluluk durumuna göre değişkenlik gösterebilmektedir (Kroenke ve ark., 2006). Hastanın yaşadığı stres, üzüntü, kaygı ve travmatik durumlar distrese yol açmaktadır. Ayrıca bu stres türü yanık hastasını hem zihinsel hem de fiziksel olarak etkilemektedir. Huzursuzluk, depresif ruh hali, baş ağrısı, uykusuzluk, mide ağrısı ve kaygı distres etkileri arasında yer almaktadır. Yanık hastalarında distres belirtileri şu şekildedir (Bilodeau ve Degner, 1996);

- Hasta yaşadığı durumu kabullenmekte güçlük çekmekte ve bu durumla başa çıkmayı denemektedir.
- Yanık hastalarının fiziksel özellikleri değiştiği ve aktiviteleri kısıtlandığı için kendilerine olan güvenleri zedelenmektedir.
- Yanık hastaları öz bakımları, estetik görüntüleri ve çalışma hayatlarının devamı gibi konular hakkında da endişelenmektedir
- Yanık yaralanmasından dolayı hastanın yaşadığı travma stres bozukluğuna, bedensel ve zihinsel yıkıma yol açmaktadır.

- Hasta travmadan ve günlük hayatında yaşadığı zorluklardan dolayı sosyal izolasyona yönelmektedir. Bu durumlar da distressi ortaya çıkarmaktadır.

Yanık hastalarında görülen distress semptomları iyileşme süreciyle beraber azalmakta hatta tamamen düzelmektedir. Ancak etkileri düzelmediğinde yanık hastalarının profesyonel bir yardım almaları gerekebilmektedir (Przedziecki ve ark., 2013).

2.3 Depresyon

Depresyon sözcüğünün Latince kökü "depressus"tur; bunalmak, çekmek, bitkin düşmek, üzülmek bunalıma girmek anlamlarına gelmektedir. Tıbbi terminolojide depresyon, üzgün ruh halindeki düşünce, konuşma ve hareketlerde yavaşlama ve değersizlik, durgunluk, küçüklük, güçsüzlük, gönülsüzlük, karamsarlık, duygu ve düşünce ve fizyolojik işlevlerin yavaşlaması olarak tanımlanmaktadır (Ünalacak ve ark., 2008).

Depresyon, birden fazla yaşanabilen, yaygın, teşhisi zor ancak teşhis edildiğinde uygulanan tedaviye iyi cevap veren bir sağlık problemidir. Depresyon oranları özellikle tıbbi ve fiziksel hastalıkları olan bireylerde önemli oranda daha yüksektir. DSÖ yetişkin nüfusta depresyon yaygınlığının %5 civarında olduğunu ve bu oranın 350 milyon kişi civarında olduğunu söylenmektedir. Yanık hastalarında yapılan çalışmalar, depresyon insidansının travmadan bir yıl sonra yaklaşık %13-23 olduğunu göstermektedir (Ünalacak ve ark., 2008).

Depresyondan muzdarip bir bireyin, fiziksel hastalıklarının sebep olduğu daha şiddetli fiziksel semptomlar yaşadığı görülmüştür. Bu sebeple bireyin hayal kırıklığı, gelecek korkusu, bağımsızlığını ve yetkinliğini kaybetme korkusuyla baş başa kaldığı ortaya çıkıyor. Hastalar bağımlılık ihtiyacının artması sonucunda fiziksel aktiviteden kaçınabilir, umut ve beklentilerini azaltabilir, bazen de öfke ve saldırganlık durumları sergileyebilirler. Bu durum hastalığın gidişatını kötüleştirmekle birlikte iş, aile ve sosyal ilişkilerinde bozulmalara neden olabilir ve yaşam kalitesini bozabilir. Kişinin tıbbi tedaviye direnç göstermesi iyileşmesini geciktirebilmekte ve bunun sonucunda hastanede kalış süresi uzayabilmektedir (Ünalacak ve ark., 2008).

Yanık hastalarında depresyon nedenleri farklıdır. Travmanın sebep olduğu maddi zararı, sevdiklerini kaybetmesi, bedensel bütünlüğün bozulması, fiziksel işlev

kaybı depresif hastalıkların artmasının başlıca nedenleridir. Ayrıca ağrı gelişimi üzerindeki etkiler; sosyal ortamdan uzak kalma, travma öncesi psikopatolojik tıbbi öykü, tanıtıcı özellikler, yanığın boyutu, bireysel stresle baş etme tarzları, aile öyküsü, sosyal destek durumu ve bireysel özellikler şeklinde sıralanmıştır. Taburculuk sonrası dönemde ise fiziki yetersizlikler, ruhsal durum sorunları ve sosyal hayata uyum bozuklukları depresyona yol açabilmektedir (Köroğlu, 2007).

Yanık hastalarında depresyon tanısının konulması güçleştiren etkenler ise yanık travması ve yanık tedavisine bağlı belirti ve depresyon belirtilerinin hastanede kalış süresi boyunca örtüşüyor olmasıdır. Yanık travması ve tedavisine bağlı ağrı, narkotik analjezik kullanılması, deliryum ve hastane ortamı etkileri, hastane kalış süresi aynı zamanda yeme alışkanlıkları ve uyku düzensizlikleri, odaklanma sorunu, yorgunluk ve enerji kaybı gibi belirtiler, depresyonun ayırt edici belirtileridir, takip edilen yanık hastalarında değişiklik gösterebilir (Thombs, 2007).

Depresyon ve ağrı arasındaki ilişkiden bahsedecek olursak; ağrı, depresif sendromlarda sık görülen bir şikayettir. Ağrı, depresif duyguların bir ifadesi olarak gelişebileceği gibi, organik kökenli ağrı da hastada depresyonu tetikleyebilir. Umutsuzluk, negatif duygular, enerji kaybı, uyku düzensizliği ve sosyal yabancılaşma gibi semptomlar birbirini olumsuz etkileyen kısır bir döngü geliştirebilir. Bu sebeple hastanın ağrı durumu depresyon belirtilerini maskeleyen ve ağrı belirtileri nedeniyle depresyon belirtileri gözden kaçabilmektedir (Husain ve ark., 2007).

Akut ağrısı olan hastalarda öncelikle anksiyete ortaya çıkarken, kronik ağrısı olan hastalarda ise depresyon daha sık görülür. Psikiyatrik semptomların veya klinik durumların varlığı, ağrının şiddetini ve kontrol altına alınmasını olumsuz yönde etkilemektedir. Kronik ağrısı olan hastaların bazı özellikler bakımından depresif belirtilere daha eğimli olduğu söylenebilmektedir. Kadınlar, yaşlılar, yalnız yaşayanlar, eğitim düzeyi düşük olanlar, ağrı şiddeti yüksek olanlar ve uzun süredir ağrı öyküsü olanlarda depresyon görülme ihtimali diğer bireylere göre daha yüksektir (Altındağ ve ark., 2006).

Yetişkin yanık hastalarının %4-53'lük kısmında hastanede kaldıkları süre boyunca, %4-35'lük kısmında taburculuktan sonraki ilk 12 ayda, %7-45'lik kısmında ise taburculuktan sonraki 12 ay ve üzerinde depresif belirtilerin başladığı

bildirilmektedir. Ayrıca, depresif hastaların ortalama %65'inde ağrı semptomları olduğu saptanmıştır (Husain ve ark., 2007).

Öte yandan yanık hastalarında depresyon tedavisinde “Kişilerarası Terapi”, bilişsel ve psikodinamik psikoterapi ve antidepresanlar uygulanmaktadır. Işık tedavisi, elektrokonvülsif tedavi, beslenme desteği, egzersiz gibi sosyokültürel çevre müdahalelerinde veya metotlarında da kullanılabilir (Ünalacak ve ark., 2008).

Depresyon, zor tanı koyulan, sık karşılaşılan, kolay tekrarlayan bir hastalıktır. Fakat tedaviye iyi bir şekilde yanıt vermektedir (Soykan, 2001). Fiziksel ve tıbbi hastalığı olan kişilerde depresyonun daha yaygın olarak görüldüğü ifade edilmektedir. DSÖ yetişkin nüfusunda depresyonun aşağı yukarı 350 milyon kişide görüldüğünü vurgulamaktadır (Thombs ve ark., 2006; Ünalacak ve ark., 2008). Literatürde göre yanık hastalarında travmadan sonraki 1 yıl içerisinde depresyonun görülmesi %13-23 oranlarında seyretmektedir (Van Loey ve Van Son, 2003). Depresyondan dolayı acı çeken kişinin, fiziksel hastalığının neden olduğu bedensel belirtiler daha yoğun yaşanmaktadır. Hastanın yeterlilik kaybı, bağımsızlık kaybı, hayal kırıklığı ve gelecek kaygıları ile yüzleştiği görülmektedir. Hastanın başkasına olan bağımlılığı arttığı için umut, fiziksel aktivitelerden kaçınma ve beklentilerde azalma yaşadığı ifade edilmektedir.

Bu durumda hastada saldırganlık ya da öfke yarattığı ön görülmektedir (Oğuzhanoglu, 2001). Hasta kişilerde depresyon sebepleri değişkenlik göstermektedir. Depresif bozukluğun nedenleri arasında travmanın yol açtığı maddi, manevi zararlar, bedensel bütünlüğün bozulması, değer verdiği insanların yas tutması ve fonksiyon kaybı yer almaktadır. Öte yandan hastanın, travmadan önceki psikolojik durumu, sosyal izolasyonu, stres yönetimi, aile hayatı, kişisel özellikleri ve sosyal destek durumu depresyonun gelişimine etki eden özellikler arasında bulunmaktadır. Taburcu olduktan sonraki süreçte hastanın yaşayacağı fiziksel engeller, sosyal uyum ve zihinsel durumu da depresyona yol açabilmektedir (Çam Çelikel, 2003; Çelik ve Acar 2007; Soykan, 2001; Köroğlu, 2007; Loncar ve ark., 2006; Thombs ve ark., 2006; Ünalacak ve ark., 2008; Van Loey ve Van Son, 2003).

Hastalarda tedavi ve yanık yaralanması ile ilişkili olarak deliryum, narkotik analjezik kullanımı ve hastane ortamının etkileri gibi belirtiler görülebilmektedir. Öte yandan karakteristik depresyon semptomları arasında yer alan enerji kaybı, uyku

bozukluğu, yorgunluk, yemek yeme alışkanlıklarının değişmesi ve odaklanma güçlüğü gibi belirtiler de yanık hastalarında görülebilmektedir (Loncar ve ark., 2006; Thombs, 2007).

Depresyon ve Ağrı İlişkisi: Depresif sendromlar ağrı yüzünden sıkça dile getirilmektedir. Ağrı hem hastada depresyona yol açmakta hem de ağrının depresif duyguları anlatma şeklini ifade etmektedir. Bu durum kişide enerji kaybına, sosyal ortamlardan uzaklaşmaya, umutsuzluğa, uykusuzluğa ve olumsuz duygulanımlara yol açabilmektedir. Ayrıca depresyon belirtilerini kişinin ağrı şikayetleri gizlemektedir. Aynı şekilde kişinin depresyon belirtileri de ağrı semptomlarını tespit etmeyi zorlaştırmaktadır (Hacıoğlu, 2006; Husain ve ark., 2007; Tunçer, 1999).

Anksiyete akut ağrılı hastalarda görülürken, depresyon kronik ağrılı hastalarda da görülmektedir (Oğuzhanoğlu, 2001). Klinik durumlar ya da psikiyatrik belirtilerin olması tedavi sürecini ve ağrının şiddetini olumsuz yönde etkilemektedir. Depresif belirtilere kronik ağrılı hastalar, bazı özelliklerinden dolayı yatkınlık göstermektedir. Depresyonun yalnız yaşayan kişilerde, kadınlarda, eğitim seviyesi düşük kişilerde, yaşlılarda, uzun süreli ağrı tecrübesi olanlarda ve şiddetli ağrı yaşayan insanlarda daha fazla görülmektedir (Altındağ ve ark., 2006; Çam Çelikel ve Saatçioğlu, 2003; Hacıoğlu, 2006).

Yetişkin yanık hastalarının %4- 53' ünde hastanede buldukları dönemde, %4-35'inde taburcudan sonraki ilk bir yıl içerisinde, %7-45' inde taburcudan sonraki bir yıl ya da daha uzun bir sürenin sonunda depresyon belirtilerine rastlandığı ifade edilmektedir (Thombs, 2007). Öte yandan yanıklı hastaların %65'inde ağrı yakınmalarının görüldüğü belirtilmektedir (Husain ve ark., 2007).

Antidepresan ilaçlar, kişilerarası terapi, psikodinamik ve bilişsel psikoterapi yanıklı hastaların depresyon tedavisinde kullanılmaktadır. Öte yandan parlak ışık tedavisi, beslenme desteği, egzersiz ya da sosyokültürel ortama yönelik girişimler de depresyon tedavisinde kullanılabilir (Duran, 1999; Hacıoğlu, 2006; Özmen, 1999; Soykan, 2001; Ünalacak ve ark., 2008; Van Loey ve Van Son, 2003).

2.4 Yanık Yaralanması

Yanık yaralanmaları, derinin bir veya birden çok katmanının yüksek ısı, radyoaktif, elektrik veya kimyasala maruz kalmasından dolayı dokuda oluşan hasar

şeklinde tanımlanmaktadır. Yanık ile birlikte deri bariyer formunu kaybetmektedir. Bu yaralanmalar, yanık alanının derinliğine, büyüklüğüne ve lokalizasyonuna göre mortalite ya da morbidite ile sonuçlanmaktadır (Yorgancı ve Geyik, 2007).

Günümüzde yaşanan yanık yaralanmalarında mortalite oranı düşmektedir. Fakat tedavide yapılan cerrahi müdahaleler ve amputasyonlar bireyin yaşamını fazlasıyla etkilemektedir. Bu tür yaralanmalar bireyin hayatını, estetik görüntüsünü, psikolojisini, fiziksel ve sosyal aktivitelerine etki etmektedir. Hastaların yanık yaralanması sonrasında yaşadıkları travma göz önünde tutulmalı ve tedavisi multidisipliner bir ekip tarafından yapılmalıdır. Bu ekibin içerisinde klinik psikolog, cerrah, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, ergoterapist ve konu ile alakalı diğer sağlık çalışanları görev almaktadır (Williams, 2009).

2.5 Yanığın Fizyopatolojisi

Yanık yaralanmasının fizyopatolojisi, yanığın derileri ve vücut dokularının ısı, kimyasal maddeler, elektrik veya radyasyon gibi gözleme maruz kalması sonucu nasıl meydana geldiğini içerir. Yanıklar, cilt dokusunda lifler ve dokulardaki değişikliklere neden olur.

Yanık yaralanmalarının fizyopatolojisi şu şekilde özetlenebilir (Akkoç ve Özdemir, 2022; Mazzeo ve ark., 2014):

Isı Etkisi: Yanık yaralanmasının temel nedeni, kabukların ısıya maruz kalmasıdır. Isı, cilt dokusunda kalkana neden olur.

İnflamasyon: Yanık yaralanması, ısı ve doku yapısı nedeniyle hızlı bir inflamatuvar yanıtı neden olur. Hasarlı dokuda inflamatuvar hücrelerin göçmesi ve inflamatuvar mediatörlerin salınması gerçekleşir. Bu süreci, korumayı ve doku onarımını korumayı sağlar.

Ödem: Yanık yıpranması, kabukların sıcaklığını koruyan kapillerlerin gözeneklerine ve damar geçirgenliğinin artması neden olur. Bunun sonucu, sıvı ve kan plazması yaralı dokuya sızar, ödem oluşur. Ödem, yanık bölgesinde şişme ve doku hasarını koruyabilir.

Vasküler Reaksiyonlar: Yanık yaralanması, damar reaktivitesinde değişikliklere neden olabilir. Yanığın boşalmasına bağlı olarak, vazokonstriksiyon (damarların dalgalanması) veya vazodilatasyon (damarların şişmesi) gerçekleşebilir. Bu, kan akımının tutukluluğunda etkili olur.

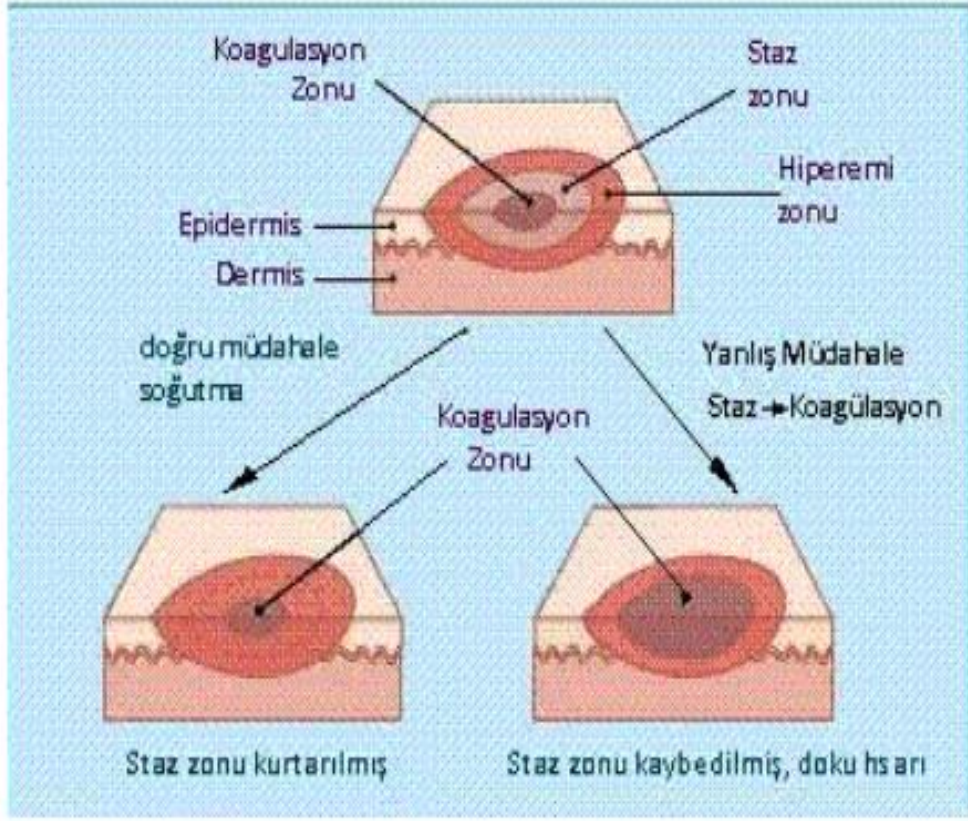
Yara İyileşmesi: Yanık izlerinin iyileşme süreci, yeniden epitelizasyon (cilt sahiplerinin yeniden inşası), granülasyon sonuçlarının yapımı ve yara kontraksiyonunu içerir. Yara iyileşmesi, sarma doku ve kan damarlarının hücreleri için hücreler göçü, çoğalmasını ve farklılaşmasını gerektirir.

Yanık yaralanmasının fizyopatolojisi, ciltteki doku hasarı, inflamasyon, ödem, damar süreçleri ve yara iyileşmesi gibi bir dizi karmaşık süreçten oluşur. Bu kapsamlı, yanığın toplanması, yanık bölgeleri ve genel yapıya bağlı olarak değişiklik olabilir. Yanıkların ciddiyeti ve tedavi yöntemleri, fizyopatolojik gözlemlere uyulmasıyla belirlenir.

2.5.1 Lokal Değişiklikler

Jackson'ın 1947 senesinde yaptığı çalışmada yanık yaralanmasında 3 son olduğunu ifade etmiştir. Bunlar staz zonu, koagülasyon zonu ve hiperemi zonu şeklinde belirtilmektedir (Hettiaratchy ve Dziewulski, 2004).

Staz zonunda doku perfüzyonu azalmakta ve ciddi hasarlar bulunmaktadır. Ancak bu alanda hala canlı dokular da bulunmaktadır. Staz zonunda bulunan dokular iyileşmekte ya da koagülasyon zonuna dönüşmektedir. Yaşan yanıktan dolayı ödem ve enfeksiyon iyileşme sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durum da koagülasyon zonuna dönmesine yol açabilmektedir. Koagülasyon zonunda deri hasarı geri dönülemez duruma gelmektedir. Hiperemi alanında hücre zarı daha az hasar görmüştür ve doku hala canlı konumdadır. Bu bölümde doku kendiliğinden iyileşebilmektedir (Hettiaratchy ve Dziewulski, 2004).



Şekil 2.1 Yanık Sonrası Hasar Zonları

2.5.2 Sistemik Değişiklikler

TYYA %30 ve üzerinde olan yanıklarda bütün vücudu etkileyen inflamatur ve sistemik bir cevap meydana çıkmaktadır (Porter ve ark., 2015) (Şekil 2.2).



Şekil 2.2 Ağır Yanık Travması

Dolaşımda yer alan katekolaminler, glukokortikoidler ve proinflamatuvar sitokinler yanıklardan sonra stres yanıtı oluşturma sürecini başlatmaktadır. Hipermetabolizm, kas kütlesi kaybı ve insülin direnci ortaya çıkan stresin belirleyicileri arasında yer almaktadır (Porter ve ark., 2015). Yanık yaralanmalarından sonra meydana çıkan ilk yanıtlar bozulmuş metabolik oranlar ve azalan kardiyak atım hacmi şeklinde ifade edilmektedir (Jeschke ve ark., 2011). Ağır yanık yaralanmalarında venöz dönüş azalması ve damar içi sıvı kaybı nedeniyle kalp debisi azalmaktadır. Vücut ısısının artması ve dolaşımın hızlanması karakterize hipermetabolik fazı başlatmaktadır. Bu süreçte vücutta ödem oluşmaktadır. Minör yanıklarda ödemin maksimal duruma gelmesi 8-12 saat aralığında iken bu durum majör yanıklarda 12-24 saate kadar uzayabilmektedir. Ağır yanıklar doku travması, taşikardi, azalmış kontraktilitye, hipovolemik şoka ve artmış miyokardiyal oksijen ihtiyacına yol açmaktadır. Kan hacminin azalması ve output renal kan akımı ve glomerüler filtrasyon hızının azalmasına sebep olmaktadır. Ortaya çıkan bu değişiklikler ile sıvı kaybı bir araya geldiğinde çoklu organ yetmezliği ve sistematik hipotansiyon ortaya çıkabilmektedir (Hettiarachy ve Dziewulski, 2004; Jeschke ve ark., 2011).

Yanık yaralanmasından sonra kişide inhalasyon hasarı görülmesi de solunum sistemi bu durumdan etkilenmektedir. Bu travmadan sonra ise üst hava yolu obstrüksiyonu görülmektedir. Yaralanmadan sonra anksiyete ve ağrıdan dolayı hiperventilasyon gözlemlenebilmektedir. Eğer kişide inhalasyon hasarı varsa, görülen bu durum yanığın diğer sistemleri etkilemesinden ötürü inhalasyon hasarından oluşan respiratuvar komplikasyonlar birincil sebepleri arasında yer almaktadır (Hettiarachy ve Dziewulski, 2004; Jeschke ve ark., 2011).

Yanık sonrasında meydana gelen yağsız vücut kütle kaybı ve kas yıkımı protein katabolizmasının oluşumuna etki etmektedir. Bu durumda uzamış immobilizasyon ile birleştiğinde hem fonksiyonel hem de fiziksel kayıplara yol açmaktadır. Ortaya çıkan katabolik süreci rehabilitasyonu olumsuz yönde etkilemektedir. Kaslarda yaşanan güçsüzlük mobilizasyonu etkilemektedir. Katabolik süreç ve immobilizasyon düşük yaşam kalitesine ve azalmış fiziksel fonksiyonlara sebep olmaktadır (Al-Mousawi ve ark., 2010; Grisbrook ve ark., 2012).

2.6 Yanık Çeşitleri ve Oluşum Mekanizmaları

2.6.1 Termal Yanıklar

Haşlanma

Haşlanma en sık karşılaşılan yanık türleri arasında yer almaktadır. Sıcak sıvılarla haşlanma yanığı termal yanıklar kategorisinde incelenmektedir. Ülkemizde u yanık türü %70-80 oranlarında görülmektedir. Haşlanmanın büyük bir kısmını ev kazaları oluşturmaktadır. Bu yanıklar genel olarak 1. ve 2. derece yanık olarak değerlendirilmektedir (Hettiaratchy ve Dziewulski, 2004).

Alev Yanıkları

Mortalite ve morbidite oranları yüksek olan alev yanıkları 2. ve 3. derece derin yanıklar şeklinde sınıflandırılmaktadır. Bu tip yanık türlerinde inhalasyon hasarı ve diğer travmalar görülmektedir (Hettiaratchy ve Dziewulski, 2004; Johnson ve Richard, 2003).

Temas Yanıkları

Genellikle çocuk yaş grubunda soba ya da ütü gibi cisimlere temas edilmesi donucunda ortaya çıkmaktadır. Temas yanıkları genel olarak el bölgesinde oluşmaktadır. 1. ve 2. derece yanıklar olarak sınıflandırılmaktadır (Hettiaratchy ve Dziewulski, 2004; Johnson ve Richard, 2003).

2.6.2 Elektrik Yanıkları

Bu yanık türü yanık merkezinde tedavi altına alınan kişilerin bir kısmından oluşmaktadır. Yüksek voltajlı elektrik yanıkları dokuyu ciddi anlamda etkilerken, düşük voltajlı elektrik yanıkları dokularda çok derin yanıklara yol açmamaktadır. Yüksek voltajlı elektrik yanıklarında doku hasarı çok daha geniştir. Hastalarda görülen amputasyonun geneli elektrik yanıklarından kaynaklanmaktadır (Hettiaratchy ve Dziewulski, 2004; Johnson ve Richard, 2003).

2.6.3 Kimyasal Yanıklar

Bu yanık türü alkali ya da asit grubunda bulunan kimyasal maddelerin deriye temas etmesinden dolayı ortaya çıkmaktadır. Kimyasal yanıklarda, yanığın şiddetini kimyasalın, miktarı, gücü, temas süresi, etki mekanizması, tipi ve penetrasyon süreci

belirlenmektedir. Kimyasal yanıklarda yanığın boyutu hemen anlaşılmamaktadır. Bu yaralanmalardan sonraki birkaç günde belirtiler ortaya çıkmayabilir. O yüzden kimyasal yanıklardan sonra uzun süreli kontrol gerekmektedir. Öte yandan kimyasalın deri ya da akciğer ile alınmasında da sistematik etkiler yaşanabilmektedir (Hettiaratchy ve Dziewulski, 2004; Johnson ve Richard, 2003).

2.6.4 Radyasyon Yanıkları

Güneş yanığı dışında radyasyon yanıklarına pek fazla rastlanmamaktadır. Bu yanık türünün etkisi radyoaktif ışının alınma süresine, hızına ve gücüne göre değişmektedir. Kanser tedavisinde verilen radyoterapiden dolayı pek çok yanık yaralanması yaşanmaktadır (Hettiaratchy ve Dziewulski, 2004; Johnson ve Richard, 2003).

2.7 Yanık Derinliğinin Sınıflandırılması

İlk klinisyenlerden olan Dupuytren yanıklarının sınıflandırılması ve yanık derinliğinin incelenmesinde temel oluşturan kişiler arasında yer almaktadır. Yaygın olarak kullanılan 4 tane yanık sınıflandırma derecesi bulunmaktadır. Yanıkların geneli birden fazla yanık derecesine sahiptir (Johnson ve Richard, 2003; Butcher ve Swales: 2012).

2.7.1 Birinci Derece Yanıklar

Birinci derece yanıklar yüzeysel yanıklar olarak tanımlanmaktadır. Bu yanıklarda yalnızca epidermis etkilenmektedir. Ciltte kızarmaya yol açan bu yanıklar deride hafif bir ödeme ve hassasiyete yol açmaktadır. Ancak birinci derece yanıklar cilt bariyerini etkilememektedir. 1. derece yanıklar genellikle güneş yanıklarından oluşmaktadır. Bu yanıklarda epidermis 5-10 gün aralığında skar doku oluşmadan kendiliğinden iyileşmektedir (Williams, 2009; Johnson ve Richard, 2003; Butcher ve Swales: 2012).

2.7.2 İkinci Derece Yanıklar

Bu yanık derecesinde epidermis ve dermis etkilenmektedir. İkinci derece yanıklar ikiye ayrılmaktadır. Bunlardan ilki yüzeysel yanıklardır. Bu yanık grubu nemli, pembe görünmekte ve çok ağrılı geçmektedir. Yüzeysel yanıklarda bül

görünmekte ve cilde bası uygulandığında doku beyazlamaktadır. İkinci derece yüzeysel yanıklar 10-20 gün içerisinde enfeksiyon oluşmazsa ya hiç skor doku bırakmadan ya da çok az skar doku ile iyileşmektedir. Dermisin büyük bir bölümü ikinci derece derin yanıklardan etkilenmektedir. İkinci derece derin yanıklar ile üçüncü derece yanıkların ayırt edilmesi zordur. Yanığın bulunduğu bölgede ve çevre dokularında fazlasıyla ödem olmakta ve büller genel olarak yırtılmaktadır. Yanığın bulunduğu alanda hissizlik olduğu için ağrı hissedilmemektedir. Doğru pansuman yapıldığı takdirde epitelizasyon 3-4 hafta içinde iyileşebilmektedir. Fakat enfeksiyon oluşması halinde ikinci derece derin yanıklar üçüncü derece yanığa dönüşmektedir (Williams, 2009; Johnson ve Richard, 2003; Butcher ve Swales: 2012).

2.7.3 Üçüncü Derece Yanıklar

Üçüncü derece yanıklarda epidermis ve dermisin nekroze olmasından dolayı tam kalınlıkta hasarın meydana geldiği görülmektedir. Bu yanıklar sert ve kuru görünmektedir. Yanığın bulunduğu bölgede sinir uçları hasar aldığı için ağrı ve dokunma duygusu hissedilmemektedir. Yaranın oratsında koagülasyon nekrozu, ve ölü deri dokusu ile beraber büyük ya da küçük skar dokusu bulunmaktadır. Üçüncü derece yanıklarda uygun tedavi yöntemi skar eksizyonunu gretleme ile yara yerini onarmaktır (Johnson ve Richard, 2003; Butcher ve Swales: 2012).

2.7.4 Dördüncü Derece Yanıklar

Dördüncü derece yanıklar derinin bütün tabakaları ile beraber kas, yağ, tendon, fascia, eklem ve kemik gibi dokuları kapsamaktadır. Bu yanık derecesinin tedavisinde ileri cerrahi teknikler kullanılmaktadır (Johnson ve Richard, 2003).

2.8 Yanıklı Hastanın Tedavi ve Bakımı

Bu tip hastaların bakımı yanığın genişliğine, derinliğine ve hastanın özelliklerine göre değişkenlik göstermektedir. Büyük ve orta yanıklar merkezde tedavi edilmektedir. Fakat küçük yanıklar ayaktan ya da yanık odasında tedavi edilmektedir (Yorgancı ve Geyik, 2007, Roberts, 2003).

Acil dönem, akut dönem ve rehabilitasyon dönemi olmak üzere yanık hasatlarının tedavi ve bakımı üçe ayrılmaktadır.

2.8.1 Acil Dönemde Yanık Tedavisi ve Bakımı

Acil dönem yanık yaralanmayla başlayan ve resüsitasyonu tamamlanıp hastaya transfer yapılan dönem olarak ifade edilmektedir. Bu evrede yer alan yanıklara özgü sıvı resüsitasyonu, yanık bölgeye bakım ve tetanoz profilaksisini kapsamaktadır (Zor ve ark., 2009; Mackie ve Jacqueline, 2009). Acil dönemde yanık bakımı aşağıda verilen amaçlara göre sürdürülmektedir.

1. Hava Yolu Açıklığının Sağlanması:

Acil durumların hepsinde olduğu gibi yanan kişilerde de önem taşımaktadır. Yanık travması duman ve ısıdan dolayı hava yollarına zarar verebilmektedir. Büyük yangınlardan ya da kapalı alanlardan kurtarılan kişilerin yangın dumanını ve zehirli gazları solumasından dolayı ciddi hava yolu hasarı görebilecekleri bilinmektedir. Göğüs, yüz ve boyun gibi bölgelerin yanması larenks ödemeine neden olmaktadır. Bu durum da solunum kaslarının kullanımını engelleyebilmektedir. Bu bölgelerde görülen yanıklarda hava yolu açıklığı sağlanmalı ve gerekiyorsa entübasyon yapılmalıdır (Bayram ve ark., 2012; Öztürk ve Kalyoncu, 2016).

2. Solunumun etkili biçimde devam ettirilmesi:

Kapalı alanlarda çıkan yangınlarda karbonmonoksitin solunmasından ötürü alveollerden geçen zehirli gazlar kana karışarak hemoglobine bağlanmış oksijenle yer değiştirmektedir. Bu da bireyin zehirlenmesine sebep olmaktadır. Yanıklı kişi solunum ile ilgili sıkıntı yaşamasa da etkili solunumun devamı için %100 oksijen verilmesi gerekmektedir (Mackie ve Jacqueline, 2009; Latenser, 2009).

Hastayı getiren kişiden ya da hasta yakınından hemşireler hastada solunum ya da kalp gibi hastalıkların olup olmadığını öğrenmektedir. Hemşire hastanın yaşam değerlerini kontrol etmekte ve kaydetmektedir. Aynı zamanda solunumunu takip etmekte, elektrik yaralanması varsa ve gerek olduğunu düşünüyorsa hastayı montörize etmektedir (Aksoy, 2015; Altunseven, 2008).

Yanık hastasında solunum değişiklikleri ve dispne bozulan solunumu ifade etmektedir ve dikkat edilmelidir. Kan gazı ölçümleri incelenmekte ve doktor tarafından istem edilen tedavi yöntemi uygulanmaktadır (Cynthia, 2011).

3. Dolaşımın devamlılığının sağlanması ve sıvı replasmanı:

Yanık alanı büyük olan hastalarda deri yolu ve damarlardan hücreler arasında sıvı geçisi sebebiyle sıvı kaybı daha fazla yaşanmaktadır (Bayram ve ark., 2012; Latenser, 2009).

Kan basıncını kontrol etmek yanık hastalarında zor olabilmektedir. Yanık sebebiyle ödemin artması kan basıncının duyulmasını zorlaştırmaktadır. Bu durumda ise elektronik doppler aracından faydalanılmaktadır. Yanan ekstremelerde dolaşım kontrolünü sağlamak için karotis, apikal ve femoral nabızlar incelenmektedir. Sıklıkla ekstremitelere uç nabızlar kontrol edilmekte ve yanık bölgesindeki ödemi azaltmak için yaralanan ekstremitelere elevasyon yapılmaktadır (Öztürk ve Akyolcu, 2016; Diane ve Lynne, 2007).

Büyük yanıklarda olaydan sonraki ilk 2 saat içerisinde vücut %15, ilk 8 saat içerisinde ise %80 oranında su kaybı yaşanmaktadır. Büyük yanıklarda ödem ve sıvı kaybı, hipovolemiye yol açacağından çocuklarda %10, yetişkinlerde ise %15 ve üzeri yanıklarda sıvı tedavisine başlanmaktadır (Smeltzer ve Bare, 2004; Cynthia, 2011).

Sıvı tedavisinin amacı ekstraselüler alana geçen sıvıyı tekrar yerini koymaktır. Bu konuda en çok Ringer Laktat solüsyonu kullanılmaktadır. %0.9'luk NaCl2 çözeltileri de Ringer Laktat solüsyonu yerine kullanılabilir. Hasta için gerekli sıvı miktarını tespit etmek için en yaygın şekilde Parkland formülü kullanılmaktadır (24 Saatlik Toplam Sıvı İhtiyacı= 4 ml x Vücut yüzey alanı x Kg). Hastaya verilmesi için hesaplanan sıvının yarısı ilk sekiz saatte, kalan sıvının yarısı ikinci sekiz saatlik dilimde ve son kalan sıvılar ise üçüncü sekiz saat içerisinde verilmektedir (Mackie ve Jacqueline, 2009; Yavuz, 2013).

Sıvı replasmanı yanık hastalarında acil fazda hayat kurtarmaktadır. Yanık tedavisi gören kişiye idrar kontrolü için üreter katater ve sıvı verilmesi için lümenli intravenöz katater takılmaktadır. Yanık hastasının renal perfüzyonu açısından idrar çıkışları takip edilmekte ve saatlik olarak kaydedilmektedir. Sıvı resüsitasyonunun yeterliliğini, %0,5 ml/saat/kg saatlik idrar çıkışının olması göstermektedir. Öte yandan

yanık hastalarının idrar renklerine de dikkat edilmektedir. Yanıktan sonra hastanın idrarı kırmızı renkte ise bu durum kişide kas hasarının olduğu belirtileri arasında yer almaktadır. Hastaya verilmesi gereken sıvıyı hemşire bilmeli ve tedavi sürecinde bir aksaklık yaşanmamalıdır.

4. Yanık ünite/merkezine nakil:

Yanık hastaları acil dönem yanık bakımının son aşamasında yanık merkezine ya da ünitesine sevk edilmektedir (Yorgancı ve Geyik, 2007).

Bu süreçte hemşire hastanın bilgilerini incelemektedir. Yanık hastasının alerjilerini, yanık bölgesini, mevcut hastalıklarını, kullanmakta olduğu ilaçları ve tetanos aşısını incelemekte ve bu veriler ışığında bakım ve tedaviyi devam ettirmektedir. Hemşirenin yanığın nasıl oluştuğunu öğrenmesi hasta bakımını planlama konusunda fayda sağlayabilmektedir (Zor ve ark., 2009). ABA (Amerikan Yanık Derneği) kişiyi yanık merkezine ya da ünitesine kabul etmek için şu kriterlere dikkat etmektedir (Hartford, 2012);

1. Yanık ile beraber yaşanan bir travmanın olup olmadığı
2. Bütün yaş aralıklarında üçüncü derece yanıklar
3. Yeterli donanımı olmayan hastanelerde yatan yanık hastalar
4. Elektrik, kimyasal ve inhalasyon yanıkları
5. Yanıkların iyileşmesini zorlaştıracak ve mortaliteye etki edecek hastalığa sahip olanlar
6. %10 oranından daha fazla büyük kısmı kalınlıkta yanığı olan hastalar
7. Özel psikolojik, sosyal ve rehabilitasyon gerektiren yanık yaralanmaları
8. Genital bölge, perine, ayak, el, büyük eklemler ve yüz gibi bölgeleri kapsayan yanık yaralanmaları.

2.8.2 Akut Dönemde Yanık Tedavisi ve Bakımı

Akut dönemi acil evrenin bitmesi ile başlamaktadır. Yanık yarası kapanan kadar da devam etmektedir. Akut evresinde dolaşım ve solunum takibi de yapılmaya devam edilmektedir. Ayrıca bu evrede sıvı-elektrolit dengesi ve beslenme işlevi de yerine getirilmektedir. Akut dönemi haftalarca ya da aylarca sürebilmektedir (Cynthia, 2011; Diane ve Lynne, 2007).

Bu evrede sıvı intertsiyel bölgeden intravasküler kompartmanlara kaymaktadır. Yanık hastası pulmoner ödem ve ventriküler yetmezlik riski taşımaktadır. Sıvı resusitasyonunun ve sistemik perfüzyonun normale dönmesiyle beraber hücrenin sodyum-potasyum pompası işlevini geri kazanmakta ve sodyum hücre dışına pompalanmaktadır. Sodyumun dışarı pompalanmasıyla beraber sıvı da hücreyi terk etmektedir. Bu durum da hücre içi ödemi azaltmakta ve üriner output artmaktadır. Akut evresi bu nedenlerden dolayı diüretik faz olarak da ifade edilmektedir (Mackie ve Jacqueline, 2009).

Hastaya sıvı tedavisi uygulayan hemşire, sıvı yüklemesinden dolayı ortaya çıkabilecek komplikasyonlar bakımından hastasını gözlemlemektedir. Akut yanık döneminde hastanın ödemleri çözülmeye başlar ve sıvılar vücutta yer değiştirir. Bu durumda hastanın değişikliklerini ve ödemi hemşire kayıt altında tutmaktadır. Hastanın kilo değişimleri ve aldığı çıkardığı takibi hemşire tarafından yapılmaktadır. Kalp hızındaki ve kan basıncındaki değişimler doktora bildirilmektedir (Çelik, 2009; Aksoy, 2015).

Hastaların büyük yanık travması nedeniyle vücut ısıları uzun bir süre normal ısının üstünde görülebilmektedir. Vücut ısısının artması oksijen kullanımını ve metabolik stresi arttırmaktadır. Bu nedenle hastalara ateş düşürücü verilmekte ve hipotermi örtüleri kullanılarak hastanın vücut ısısı normal seviyede tutulmaya çalışılmaktadır (Mackie ve Jacqueline, 2009).

Akut evresinde yanık yaralarının bakımı, ağrı yönetimi, enfeksiyonun kontrol edilmesi ve beslenmenin desteklenmesi yer almaktadır (Cynthia, 2011).

Yara bakımı: Yanık tedavisi gören kişi için akut dönemindeki bakım büyük önem taşımaktadır. Yaranın bakımında enfeksiyonun önlenmesi, sağlıklı dokuları etkilemek, ağrıyı azaltmak ve ölü dokuyu uzaklaştırmak amaçlanmaktadır. Yara bakımında günlük olarak yaranın temizlenmesi, eskarın debridmanı ve yaranın

koruyucu örtüler kullanılarak kapatılması yer almaktadır (Zor ve ark., 2009; Mackie ve Jacqueline, 2009).

Yanık yarasının temizliği genel olarak günde bir defa yapılmaktadır. Fakat canlı dokudan eskar ayrılmaya başladığında yaranın daha fazla temizlenmesi gerekebilmektedir. Yanık yaralarını temizleme konusunda bireysel duş, hidroterapi ve yatak banyosu gibi pek çok yöntem kullanılmaktadır. Hidroterapi yöntemi yara bölgesindeki topikalleri, yara döküntülerini ve kalkan eskarların engellenmesini kolaylaştırarak eksudayı temizlemektedir. Hidroterapide oda sıcaklığının 26.6 ile 29.4 derece arasında olması gerekmekte ve temizleme esnasında kullanılan suyun 37.8 derece olması gerekmektedir. Enfeksiyon olan hastalarda küvet formda hidroterapi, çapraz enfeksiyon riskinden dolayı uygulanmamaktadır. Enfeksiyon ve hareket kısıtlılığı bulunan hastalarda sprey ile uygulanan hidroterapi yöntemi kullanılmaktadır. Klorheksidin glukonat sabununun deri florasında yer alan mikroorganizmalara karşı antimikrobiyal etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle temizleme işleminde bu sabun kullanılabilir (Çelik, 2009; David, 2009).

Debridman hem yara temizliğinde hem de yaranın iyileşmesi sürecinde önemli bir yer almaktadır. Hastalarda debridman eskarın ve ölü derinin dokudan uzaklaştırılması için yapılmaktadır. Debridman mekanik, cerrahi ya da enzimatik olarak yapılabilir. Eskarın makas, gazlı bez ve cımbız gibi aletler yardımıyla uzaklaştırılması mekanik debridman olarak ifade edilmektedir. Cerrahi debridman da ameliyathane ortamında hastaya anestezi verilerek ölü derilerin kesilmesini kapsamaktadır. Son olarak enzimatik debridman ise eskarın uzaklaştırılmasını sağlayan proteolitik enzimlerin kullanımı ile gerçekleştirilmektedir (Yorgancı ve Geyik, 2007).

Geniş ve derin yanıklarda reepitelizasyon yapılamadığında greftleme uygulanmaktadır. Tam kalınlıklı yanık yaralarında hastanın kendi derisinden yaranın kapanması sağlanana kadar yanık yarasının greftlerle kapatılması gerekmektedir. Yaranın kapatılmasının nedeni ise enfeksiyonu önlemek, sıvı, protein ve elektrolit kaybını azaltmaktır. Ayrıca buharlaşma ile ısı kaybını da önlemeyi amaçlamaktadır. Biyolojik pansumanlarda hayvanlardan (heterogreft), insanlardan (homogreft) ve insan placentasının amniyon membranından ortaya çıkan deriyle yapılmaktadır. Biyolojik greftlerin sterilitesi, maliyeti ve ulaşabilirliği ile ilgili sorunlardan dolayı biyosentetik pansumanlar hakkında yapılan araştırmalar artmaktadır. Geçici olarak

yarayı kapatmada biyosentetik pansumanlar kullanılmaktadır. Naylon biobrane en çok kullanılan biyosentetik pansumanlar arasında yer almaktadır (Zor ve ark., 2009; Mackie ve Jacqueline, 2009).

Topikal Ajanların Uygulanması: Antimikrobiyal tedavi formlarının, ciddi yanıklarda kullanılan en iyi metot olduğu kabul edilmektedir. Tropikal antibakteriyel tedavi yöntemi hem yarayı sterilize etmekte hem de bakterileri azaltarak vücudun savunma mekanizmasını kontrol edebileceği bir seviyeye getirmektedir. Bu tedavi yöntemi kirli, açık yanık yarasının temiz ve kapalı bir hale gelmesini sağlamaktadır. Tropikal tedavi uygulanmadan önce alan tamamen temizlenmektedir (Lloyd ve ark., 2012; Greenhalgh, 2009).

Tropikal ajan özellikleri:

- Stafilokokus, Psödomanas, fungal, aeruginosaya, aureuse ve gram negatif organizmalra karşı etkili olmalıdır.
- Toksik olamamalı ve eskar dokuyu geçebilmelidir.
- Hasta tarafından kabul edilebilir, ulaşılabilir ve maliyeti uygun olmalıdır.
- Klinik olarak etkili olmalıdır.
- Farklı enfeksiyonların oluşmasına izin vermemelidir.
- Kolay kullanımı olmalı ve hemşirelik bakım süresini azaltmalıdır.

Mafinit aserat (sulfamylon), gümüş silfadiazin (silvadene) ve gümüş nitrat en fazla kullanılan tropikal ajanlar arasında yer almaktadır. Tropikal ajanlar yanık üzerinde her zaman tek başına etkili olmamaktadır. Bu nedenle tedavide farklı ajanlar kullanılabilir (Greenhalgh, 2009).

Enfeksiyonun önlenmesi: Enfeksiyon açısından yanık hastası büyük risk taşımaktadır. Özellikle büyük yanıklarda (%25 TYVA yüzdesi bulunan) yaşanan ölümlerin çoğu enfeksiyondan kaynaklanmaktadır (Mackie ve Jacqueline, 2009). Enfeksiyonun önüne geçmek adına alınan önlemler hastanın hastaneye kabul edilmesiyle başlamakta ve yanık hastası iyileşene kadar sürmektedir. İç ya da dış

kaynaklardan ötürü enfeksiyon görülebilmektedir. Bezlerde bulunan bakteriler ve kız folikülleri iç bakteriye neden olabilmektedir. Öte yandan bağırsak traktusunda bulunan bakteriler de lenfatik sistem yoluyla dolaşıma katılabilmektedir (David, 2009).

Acinetobacter, Enterokoklar, Psödomanas aeruginosa ve Stafilokokus aureus gibi organizmalar yanık yarasında enfeksiyona yol açmaktadır. Bağırsaklar ve deride bulunan bu organizmalar yanık sonrasında enfeksiyon kaynağına dönüşmektedir. Enterokoklar ve S.aureus gibi antimikrobiyal organizmalar yanık bölgesinde artmaktadır. Yanık hastalarında geniş spektrumlu antibiyotk kullanılmasından dolayı fungal enfeksiyonlar artış göstermektedir. Normal şartlar altında gastrointestinal traktusta yer alan Candida Albicans fungal enfeksiyonların başlıca sebepleri arasında yer almaktadır (Çizmeci ve Kuvat, 2011).

Dış enfeksiyonlardan yanık yarasını korumak için standart önlemler alınmaktadır. Yara temizliği esnasında oluşan yara döküntüleri bakteri kolonizasyonuna ortam yaratacağı için iyi bir şekilde temizlenmelidir. Hastanın yanık merkezine veya ünitesine yerleştirilmesi enfeksiyon riskini azaltmaktadır. Eğer yanık hastası genel bir serviste tedavi ediliyorsa, özel bir odaya yerleştirilmeli ve gerekli olan bütün ekipmanlar odada bulundurulmalıdır. Üst solunum yolu enfeksiyonu olan sağlık çalışanlarının ya da ziyaretçilerin hastaya yaklaşmaması gerekmektedir. Ayrıca haftalık olarak yaradan kültür örnekleri alınmalı, antibiyotiklere duyarlılık ve bakteri varlığı incelenmelidir (Zor ve ark., 2009; Mazzeo ve ark., 2014).

Hemşirenin akut evresinde en önemli görevi enfeksiyonu önlemek ve enfeksiyon belirtilerini takip etmektir. Yaranın bakımı ve diğer girişimler sırasında hemşire aseptik teknik kullanmalıdır. Hemşire hasta ile daha fazla zaman geçirdiği için yarada olan değişiklikleri daha kolay fark etmektedir. İyileşme sürecine, enfeksiyon belirtilerine ve yaradaki değişimlere hemşire hâkim olmalı ve gözlemlemelidir. Hasta yarası açık ise yaraya dokunarak, kapalı ise pansuman bölgesine temas ederek farklı bir yanık alanına mikroorganizma taşıyabilmektedir. Bu nedenle hemşire hem hastaya hem de ziyarete gelen ailesine el hijyeni ve enfeksiyon hakkında eğitim vermektedir (Çizmeci ve Kuvat, 2011; Mazzeo ve ark., 2014).

Beslenme desteği: Enfeksiyon riskini arttıran ve yaranın iyileşmesini geciktiren hipermetabolizma morbiditeyi ve mortaliteyi etkileyebilmektedir. Bu nedenle anabolik metabolizmayı arttırarak stresi kontrol etmek için yeterli beslenmeyi

sağlamak, ısı kaybını önlemek ve sıcak ortam yaratmak gerekmektedir (Greenhalgh, 2009; Diane ve Lynne, 2007).

Hastanın beslenme durumu yanmış TVYA ve yanık öncesinde hastanın hangi durumda olduğuna bakılarak düzenlenmektedir. Curreiri formülü yanık hastalarının günlük kalori ihtiyaçlarını ve metabolik harcamalarını hesaplamak için kullanılmaktadır. Curreiri formülüne göre hastanın günlük kilogram başına 1,5-4 gram hesaplanacak şekilde protein alması gerekmektedir. Yeterli beslenme ve protein alımı sayesinde kaybedilen protein oranı %50 azaltılabilmektedir. Yağlar yaranın iyileşmesi, vitaminlerin emilimi ve hücre yapısında yer alamsından ötürü her hastanın diyetinde bulunmaktadır. Günlük enerji ihtiyacının 5000 kalori kadarını karşılayacak şekilde karbonat alımı da diyet listesinde yer almaktadır (Mackie ve Jacqueline, 2009; Cynthia, 2011).

İyileşme döneminde metabolizma fazlasıyla enerji harcamaktadır. Hastanın bağırsaklarından gelen sesler duyulduğu zaman ağızdan sıvı verilmeye başlanmaktadır. Bağırsak bariyer formuna geçtiği için aminoasitler ve yağların emiliminin gerçekleştirilmesi bakımından enteral beslenme tercih edilmektedir. Beslenme tüpünün kullanıldığı durumlarda aspirasyonu önleyerek, cerrahi müdahaleye engel olmadığından duodenuma yerleştirilmesi tercih edilmektedir. Yanık hastalığı geçiren kişilerin hastalığa ve enfeksiyona olan direnci düştüğü için hasta birey zayıf ve iştahsız olsa bile beslenmesine dikkat edilmektedir (Yorgancı ve Geyik, 2007; Yavuz, 2013; Hated ve Hollier, 2009).

Yanık ekibi içerisinde hasta ile en fazla zamanı hemşire geçirmektedir. Bu nedenle hemşire hasta ve ailesi ile iletişim halinde olarak hastanın sevdiği besinleri tüketmesini sağlayabilmektedir. Ayrıca hastayı yemek konusunda da cesaretlendirmektedir. Beslenme konusunda teşvik edilmesi için hastanın ailesiyle birlikte yemek yiyebileceği bir ortam yaratılabilmektedir (Altunseven, 2008).

Normal vücut ağırlığının %10'unundan fazlasını kaybeden hastaların, yara iyileşme süresi uzadıysa, klinik durumundan ötürü yeterli beslenemiyorsa ve yaralanmadan önce zayıflığı ya da malnutrisyonu varsa parenteral beslenmeye geçilmektedir (Smeltzer ve Bare, 2004; Yavuz, 2013).

Ağrı yönetimi: Yaranın iyileşme sürecinde ağrı yönetimi büyük önem taşımaktadır. Yanık yaraları şiddetli ve uzun süreli ağrıya yol açmaktadır. Kısmi kalınlıkta olan yanıklarda sinir uçları açıkta kalmakta ve havayla temas etmektedir. bu durum da şiddetli ağrılara neden olmaktadır. Tam kalınlıklı yanıklarda ise sinir uçları hasar görse de yaranın kenarları ağrıya duyarlılık göstermektedir. Tam kalınlıklı yanıklar iyileşirken yeni oluşmakta olan sinir uçları skar dokusu tarafında sıkıştırılmaktadır. Bu sıkıştırılma durumu da hasta için ağrı yaratmaktadır (Hatef ve Hollier, 2009; Yavuz, 2013).

Yanık yaralarında hasta üç tip ağrı deneyimlemektedir. Bunlardan ilk dinlenme ağrısıdır. Dinlenme ağrıları sürekli olarak 24 saat boyunca devam etmektedir. Tedavi ağrıları ise yapılan egzersizlerden ya da yara bakımından kaynaklanan ağrılar şeklinde ifade edilmektedir. Son olarak ani ağrılar ise analjezik miktarının kanda ağrıyı kontrol edemeyecek kadar az olduğu durumlarda hissedilen ağrı olarak tanımlanmaktadır (Aikawa, 2006).

Akut evresinde morfin sülfat yanık ağrısının tedavisinde en fazla kullanılan analjezikler arasında yer almaktadır. Hastanın ağrı skalası belirlenerek uygun dozda kullanılmaya devam edilmektedir. Güçlü, hızlı başlayan ve kısa süre etkisinden dolayı tedavi girişimlerine bağlı görülen ağrılarda fentanil kullanılmaktadır. Kontrollü analjezi ve sürekli ağrı kesici infüzyonu sayesinde hastanın ağrıları kontrol altında tutulmaktadır (Zor ve ark., 2009; Hartford, 2012).

Anksiyete ve ağrı olguları yanık hastalarında birbirine paralel seyretmektedir. Yanık hastalarının hepsi anksiyete yaşamakta ve bu da ağrıyı arttırmaktadır. Bu nedenle doğru ağrı yönetiminde anksiyete tedavisi de bulunmaktadır. Anksiyete ve ağrı tedavisinin içerisinde sedatif anksiyolitikler de yer almaktadır (Aydemir ve Taşkınatan, 2011).

Ağrı yöntemleri hemşirenin kişiselleşmiş ve tutarlı olan en önemli işlevleri arasında yer almaktadır. Hastalara uygulanan girişimlerin birçoğu ağrıya yol açmaktadır. Yeterli seviyede analjezi verildiğinde hasta rahat bir tedavi dönemi geçirmektedir. Ağrının psikolojik ve fizyolojik altyapısını tespit ederek hemşire, hastaya gerekli müdahalede bulunmaktadır (Mackie ve Jacqueline, 2009).

Fiziksel aktivitenin sürdürülmesi: Yanık hastalarının iyileşme sürecinde ROM (range-of-motion) egzersizlerini ağrıyı kontrol altında tutmak için düzenli olarak yapmaları gerekmektedir. Hastanın bireysel olarak bu egzersizleri yapması için hemşirenin bu konuda destekleyici bir tutumu olması gerekmektedir. Hastaya ve ailesine hemşire egzersizlerin iyileşme sürecindeki önemini anlatmaktadır. Öte yandan pnömoniyi ve atelaktaziyi önlemede, basınç yaralarını azaltmada hemşire pozisyon değiştirme, nefes alma ve dönme gibi egzersizler kullanarak hasta bakım sürecini devam ettirmektedir (Daine ve Lynne, 2007; Aksoy, 2015).

Psikolojik destek: Hastanın yara bakımı karmaşık süreçler içermektedir. Yanık bakımındaki uygulamalar ve yara bölgesinde görülen değişimler yanık hastana korkutucu görünebilmektedir. Hemşire bu durumda hastaya kullanılan malzemeleri, yara bakımını, yaranın bulunduğu bölgede beklenen ve beklenmeyen durumları anlatmakta ve hastayı tedavi süreci için cesaretlendirmektedir (Hartford, 2012; Çelik, 2009).

Yanık travmaları beklenmeyen ve ani gelişen bir durumdur. Yanık tedavisi sürecinde yaralar ve tedaviye bağlı olarak anksiyete, korku gibi duygular kişide hakimiyet kurmaktadır. Hasta yanığın ciddiyetini anladıktan sonra bu durum ailesi ve kendisi üzerinde pek çok probleme yol açabilmektedir. Hastanın bilişsel sağlığını korumada hemşireler önemli rol almaktadır (Kalav, 2011).

Yanık travması yaşayan insanlarda genel olarak manuplatif davranışlar, geri çekilme ve depresyon gibi tepkiler görülmektedir. Bu dönemde hemşire hasta ile baş etme yöntemleri geliştirmektedir. Hasta akut dönemi boyunca sağlık bakımı ekibine bağımlı olarak yaşamaktadır. Hemşire ise yanık hastasının kendi bakımına dahil olmasını ve karar aşamasına katılımını desteklemektedir (Daine ve Lynne, 2007; Smeltzer ve Bare, 2004).

Akut dönemde hemşirenin üstlendiği sorumluluklardan bir diğeri ise hasta ile birlikte aileyi de desteklemektir. Hemşire aileye endişelerini azaltmak için gerekli olan bilgileri vermekte ve hasta yararına iletişim kurmaktadır (Yorgancı ve Geyik, 2007). Yapılan araştırmalara göre yanık hastalarının bilgilendirme, taburculuk, iletişim ve bakım eğitimi ile ilgili beklentilerin yüksek olduğu görülmektedir (Şahin ve ark., 2014).

2.8.3 Rehabilitasyon Döneminde Yanık Tedavisi ve Bakımı

Rehabilitasyon evresi hastanın iyileşmesi ve öz bakımını kendisi yapabilir konuma gelmesiyle başlamaktadır. Bu süreç yanıktan sonra kısa sürebildiği gibi aynı şekilde çok daha uzun da sürebilmektedir. Yapılan bazı çalışmalara göre rehabilitasyon dönemi yanık ile başlamakta ve seneler boyu sürebilmektedir. Bu evrenin asıl amacı hastanın sosyal hayatına geri dönebilmesine katkı sağlamaktır (Mackie ve Jacqueline, 2009; Aydemir ve Taşkınatan, 2011).

Yanıktan sonraki ilk 1,5-2 yıl yanık yarası dinamik durumda kalmaktadır (Çizmeci ve Kuvat, 2011). Bu süreçte alınan uygun önlemler ile skar dokusu kırmızı ve yumuşak halini kaybetmektedir. Yaranın iyileşme bölgesi hipertrofik skara eğilimi göstermektedir. Bu nedenle hasta yanık bölgeye özel kıyafetler tercih etmektedir. Bu özel kıyafetin elastik yapısı kolajen oluşumunu desteklemektedir. Aynı zamanda dermal nodüllerin kaybolduğu görülmektedir. Fakat bu süreç içerisinde hastanın sıvı elektrolit dengesi ve beslenmesine dikkat etmeye devam edilmektedir (Aksoy, 2015; Cynthia, 2011).

Rehabilitasyon sürecinde hemşire hastanın kliniğe girişinden itibaren elde ettiği verileri kullanarak yanık hastasına bütüncül bir bakım sağlamaktadır. Bu dönemde hastanın yaşayabileceği komplikasyonlar değerlendirilmeli, hasta ve ailesi üzerindeki etkileri gözlemlenmelidir. Öte yandan yanık hastasının taburcu olup olamayacağı değerlendirilmektedir (Altunseven, 2008; Daine ve Lynne, 2007).

Hemşirenin rehabilitasyon evresinde arasında hastaya pozisyon vermek, özel giysileri giydirmek, ailenin hastanın rutin bakımlarını yerine getirip getirmediğini değerlendirmek ve egzersizleri yaptırmak gibi sorumlulukları yer almaktadır. Bu evrede mobilizasyon ve doğru pozisyon verme devam ettirilmelidir. Ayrıca kontraktür gelişimi ve egzersizlerde büyük önem taşımaktadır. Rehabilitasyon evresinde hastanın psikolojik ve fiziksel toleransı değerlendirilmektedir (Altunseven, 2008; Daine ve Lynne, 2007).

Hemşirelik planlaması içerisinde rehabilitasyon döneminde hastanın aktivite toleransı yer almaktadır. Hemşirelik girişimleri, yanık ağrısı ve tedavi süreci hastayı zorlayan etkenler arasında yer almaktadır. Hemşire yanık hastasının ağrı tedavilerinin yapıldığından ve yeteri kadar dinlendiğinden emin olmak zorundadır. Hastayı

cesaretlendirmek ve fiziksel aktiviteler için ortam oluşturmak hastanın egzersiz yapmasına fayda sağlamaktadır. Ayrıca hemşire hastanın uyku düzenini de takip etmektedir (Serghiou ve ark., 2012; Yorgancı ve Geyik, 2007).

Yanık travmaları büyük ya da küçük fark etmeksizin kişinin kendini anlama şeklinde değişikliklere yol açmaktadır. Hasta bu süreçte yeni görüntüsünü kabullenmeye çalışmaktadır. Hemşire ise hastasına korkularını ve endişelerini konuşacak fırsat sağlamaktadır. Hastaların bazıları yakınları ile bu konuları konuşmakta zorlanmaktadır. Bu nedenle hemşire hastasını dinlemekte ve yeni görünümü ile ilgili konuşmasına olanak sağlamaktadır (Serghiou ve ark., 2012; Faydalı ve Bayraktar, 2011).

Hastaneden taburcu olmak üzere olan hastalar evde bakımla ilgili kaygılar taşımaktadır. Hastanın evde bakım gereksinimlerini hemşire belirlemektedir. Bu doğrultuda da hastaya ve ailesine evde bakım ve taburculuk eğitimi hazırlamaktadır. Bu eğitimin içerisine beslenme, hijyen, ağrı yönetimi gibi konular da dahil edilmektedir. Ayrıca hasta pansuman, özel kıyafet ya da alçı ile hastaneden ayrılacaksa bunların kullanımı hakkında da eğitim verilmesi gerekmektedir (Mazzeo ve ark., 2014).

Bu dönemde en az hemşire kadar evdeki bakımı sağlayacak kişiye de sorumluluk düşmektedir. Yanığın kişinin üstündeki olumsuz etkileri taburcu olduktan sonra da devam etmektedir. Taburcu olduktan birkaç ay sonra bile hastalarda iyileşmede gecikme, hipertrofik skar ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Evde bakımı üstlenen kişi hem bu komplikasyonlara dikkat etmekte hem de hastanın psikolojik durumuna destek olmaktadır (Aydemir ve Taşkınatan, 2011; Hartford, 2012).

2.9 Yara Örtüleri

Yara örtüleri yaraları iyileştirmemektedir. Yaranın yapısını ve tipini değerlendirilerek seçilen yara örtüleri iyileşmeyi teşvik etmektedir. Aynı zamanda da yaranın daha fazla zarar görmesini engellemektedir (Ather ve ark., 2009).

Geçmişte de türlü emicilik derecesi olan sentetik bandajlar, hifrofil, gazlı bez ve pamuk gibi yara örtüleri tedavide kullanılmaktadır. Bu yara örtülerinin işlevi, yara eksüdasının buharlaşmasını sağlamakta ve yarayı kurutarak zararlı bakterilerden

yarayı korumaktadır. Fakat günümüzde yaranın sıcak ve nemli tutulması daha hızlı iyileşmesini sağladığı anlaşılmaktadır. Dengeli nem oranına sahip yaralarda, hücre dışı matriste kolajen üretimini arttırmakta ve hücrel büyümei kolaylaştırmaktadır. Bu nedenle daha etkin bir yara tedavisi için epitel hücrelerin hareketleri kısıtlamayan, oksijen dolaşımını sağlayan ve bakteriyel kontaminasyona izin vermeyen örtüler incelenmektedir (Kurtoğlu, 2009).

Yara örtüleri yaranın korunması, enfeksiyon riskinin riskinin azaltılması ve yaranın iyileşmesi için önemli bir role sahiptir. İyi bir yara örtüsünü aşağıdakilere sahip olmalıdır (Boateng ve ark., 2008).

Enfeksiyona karşı koruma: Yara örtüsü, yarayı koruma riskinden koruyucu bir koruma oluşturmaktadır. Bakterilere, mikroorganizmalara ve diğer dış etkenlere karşı koruma sağlamalıdır.

Sıvı emme etkisi: Yara örtüsü, yaradan sızan kan ve diğer sıvıları emerek yaranın kuru ve temiz kalmasını sağlamalıdır. Bu, yara ortamı nem geçişinin korunmasına yardımcı olur.

Yara iyileşmesine destek: Yara örtüsü, yaranın iyileşmesini hızlandırmak için uygun bir ortam oluşturmaktadır. Bu, yaraları nemin elde etmek ve granülasyondan elde edilen faydaların korunmasını teşvik etmek gelir.

Uygulama kolaylığı: Yara örtüsü, kolayca uygulanabilen ve yara çevresinde uyum sağlayabilen bir yapıya sahip olmalıdır. Aynı zamanda yara çıkartılırken yarayı birbirine bağlamamalı ve acıya neden uzatma.

Dokulara zarar vermemeli: Yara örtüsü, yaraların sağlığı dokulara zarar vermemeli ve cilt tahrişine yol açmamalıdır. Yara iyileşmesini olumsuz etkilemeden yaraya uyum sağlamalıdır.

Yara örtülerinin bu özellikleri, yaranın etkili bir şekilde korunmasını ve kurtarılmasını sağlamak için önemlidir. Uygun bir yara örtüsü seçimi, yara bakımının başarılması için kritik bir adımdır.

Geçmişten günümüze kadar hayvansal yağlar, bitkiler ve balların kullanıldığı uygulamalardan, doku mühendisliğine kadar pek çok yara örtüsü geliştirilmiştir.

Birçok bitki antibakteriyel etki gösterdiği iddiası ile yaraların tedavisinde kullanılmıştır. Ancak bitkiler mikroorganizma içerdiği için çoğu bitkinin ham halinin yaralara sürülmesi, yarayı enfeksiyona açık hale getirmektedir (Boateng, 2008).

Çok çeşitli sınıflandırmalara dahil edilen yaralar olsa da her yara kendi içerisinde incelenmelidir. Bu durum ise çevre koşullarına ve hastaya bağlı olarak yaralar birçok sistematik ve lokal faktörden etkilenmesinden kaynaklanmaktadır. Her yara kaynaktan bağımsız olarak kendine özgü özellikler taşımaktadır. Çağdaş yara tedavisinin temelinde yaranın analiz edilmesi ve ihtiyaçların belirlenmesi yer almaktadır. Yaranın durumuna ve ihtiyacına göre bir yara örtüsü belirlenmektedir. Çağdaş yara örtüsü hastaya rahatsızlık vermeden ve kısa süre içerisinde yaranın iyileşmesine katkı sağlamaktadır (Kurtoğlu, 2009). Alanyazında yara örtüleri pek çok şekilde gruplandırılmaktadır. Bunlar yara örtüsünde kullanılan malzemelere (hidrojel, hidrokolloid, kolajen, aljinat), yaradaki etkiye (emici, debridman, tıkaçıcı, yapıştırıcı, oklüzif), etkin maddenin içeriklerine (ilaç, mineraller, antibakteriyel, vitamin) ve fiziksel durumuna (tekstil, köpük ve film) göre yapılabilmektedir (Ather ve ark., 2009).

Öte yandan birincil, ikincil ve üçüncül diye ayrılan yara örtüleri, temas durumuna bakılarak değerlendirilmektedir. Birincil yara örtüleri yara ile temas eden örtüler şeklinde tanımlanmaktadır. İkincil yara örtüleri ise birincil yara örtüsünü kapatan örtüler olarak ifade edilmektedir. Son olarak ada yara örtüleri ise yapışkan bir yapıya ve emici merkezi bölgeye sahip örtülerdir. Gruplandırma yara örtüleri açısından önem taşısa bile pek çok yara örtüsü birkaç farklı ölçütü aynı anda sağlayabilmektedir (Boateng ve ark., 2008).

Tablo 2.1 İdeal çağdaş yara örtüsünden beklenen özellikler

İstenen Özellikler	Yara İyileşmesi İçin Klinik Önemi
Debridman (Yaranın temizlenmesi)	Yara yatağına lökositlerin migrasyonunu artırır ve enzimlerin birikmesi destekler. Nekrotik doku, yabancı cisim ve partiküller, inflamasyon fazını uzatır ve bakteriyel büyümeye için ortam yaratır.

Yara ortamının nemli tutulması	Kuruma ve hücre ölümünü engeller. Epidermal migrasyonu artırır. Anjiyogenez ve bağ dokusu sentezini teşvik eder. Kurumuş dokunun yeniden nemlendirilmesini sağlayarak otolizi destekler.
Emicilik (Fazla eksüda ve kanın uzaklaştırılması)	Kronik yaralarda eksüda fazlası vardır. Eksüda içerisinde, hücrelerin, hücre dışı matrisin ve büyüme faktörlerinin etkinliğini ve proliferasyonu engelleyendoku parçalayıcıvenzimler bulunmaktadır. Bu nedenle yara iyileşmesini geciktirirler.Aşırı eksüda ayrıca yara çevresindeki deriyi yumuşatıp zayıflatabilir.

Tablo 2.1 (Devam)

Gaz alışverişi sağlanması (Su buharı ve hava)	Su buharı geçirgenliği eksüda yönetimini denetler. Düşük doku oksijen düzeyi anjiyogenez uyarır. Yüksek doku oksijen düzeyi epitelizasyonu ve fibroblastları uyarır.
Enfeksiyonun önlenmesi (Yaranın bakteri işgalinden korunması)	Enfeksiyon inflamasyon fazını uzatır ve kollajen sentezini geciktirir. Epidermal migrasyonu engeller ve ek doku hasarına neden olur. Enfeksiyonlu yaralar hoş olmayan kokular yayabilir.
Isı yalıtımı sağlanması	• Normal doku sıcaklığı yara yatağına kan akışını iyileştirir ve epidermal migrasyonu artırır.
Düşük yapışma özelliği (Yaranın travmadan korunması)	• Yapışkan yara örtüleri çıkarmak zor ve acı verici olabilir. Çıkarma sırasında daha fazla doku hasarına sebep olabilir.
Düşük maliyet, Düşük yara örtüsü değiştirme sıklığı	Yara örtüleri ile ilgili maliyet karşılaştırmaları, birim fiyattan ziyade tedavi giderleri üzerinden yapılmalıdır (fayda maliyet oranı). Birçok yara örtüsünün geleneksel malzemelerden daha pahalı olmasına rağmen, tedaviye daha hızlı yanıt vermeleri sayesinde toplam maliyette önemli ölçüde tasarruf edilebilir.

Öte yandan yara örtüleri aktif veya pasif olarak da ayrılmaktadır. Aktif yara örtülerinin yarada fizyoloji değiştirebilme özelliği olduğu, pasif yara örtüsünün ise yalnızca yaranın üstüne kapama görevi yaptığı düşünülmektedir. Köpükler,

hidrokolloidler, hidrojel ve aljinatlar aktif yara örtüsünün altında incelenmektedir (Ather ve ark., 2009).

Geleneksel ve çağdaş yara örtüleri alt dallarda incelenmektedir. Bunlar aşağıda açıklanmıştır.

2.9.1 Geleneksel Yara Örtüleri

Geleneksel yara örtüleri eski zamanlarda sıkça kullanılan, fakat günümüzde kullanımını azalan ürünlerdir. Bazı klinik ortamlarda yara tedavisi için kullanılmaktadır. Geleneksel yara bakımında, bu örtülerin yarı-katı ve tropikal formülasyonları ya da ürünlerin kendisi kullanılmaktadır (Tenenhaus ve Rennekampff, 2020). Bu tür örtülere doğal ya da sentetik bandajlar, gazlı bez gibi yara ortamına nem kazandırmayan ürünler örnek verilmektedir (Boateng ve ark., 2008).

Öte yandan geleneksel örtüler kompozit örtü ya da birincil, ikincil yara örtüsü olarak kullanıldığında çağdaş yara bakımı yerine geçebilmektedir (Boateng ve ark., 2008).

Geleneksel yara örtüleri yaraya gerekli nemi sağlayamamakta ve yaralı alana yapışmaktadır. Bu yüzden yaralı alanda sıvı azalmakta ve yara örtüsü çıkarılırken acıya yol açmaktadır. Geleneksel örtüler fazla eksüdanın emilmesi ve yaranın korunması gereken ikincil yara örtülerinde veya kuru ve temiz yaralarda kullanılabilir (Boateng ve ark., 2008).

2.9.2 Çağdaş Yara Örtüleri

Yara onarmada kullanılan geleneksel ürünlerden esinlenilerek çağdaş yara örtüleri üretilmiştir. Çağdaş örtüler yaranın iyileşmesini hızlandırmak ve yarayı korumak için yaranın etrafında nemli bir ortam oluşturmaktadır. Yaranın iyileşme dönemi, hücre dışı matrisin, büyüme faktörlerinin ve sitokinlerin etkin olarak rol aldığı bir süreçtir. Bundan ötürü çağdaş yara örtülerinin geliştirilmesi gerektiği, geleneksel örtülerin yetersiz, kaldığı kimyasal ve fiziksel durumlara daha hızlı yanıt verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Son yıllarda çağdaş yara örtüleri ve tedavisi hakkında yapılan araştırmaların arttığı görülmektedir (Boateng ve ark., 2008; Kurtoğlu, 2009). Çağdaş yara örtülerinin kullanım alanları, özellikleri ve dikkat edilmesi gerekenler Tablo 2.2’de verilmektedir.

2.9.2.1 Aljinat Örtüler

Aljinatlar, guluronik ve mannuronik asitleri içeren polisakkaritlerdir. Aljinik asit deniz yosunundan elde edilmektedir. Aynı zamanda sodyum ve kalsiyum tuzlarından üretilmektedir. Aljinat örtüler esnek lif ya da köpük (gözenekli tabakalar) şeklinde bulunmaktadır. Sıvı emme özellikleri iyi olan bu maddeler sayesinde yara eksüdasıyla bir araya geldiğinde jel oluşturur. Ayrıca bu bakteriyel kontaminasyonu azaltmakta ve eksüda üretimini sınırlandırmaktadır. Aljinat örtülerinin iyi emiciliği kanayan yaralarda, yoğun ya da orta eksüdalı yaralarda avantajlı hale getirmektedir. Bu örtülerin üstünlüklerinden biri de biyo-bozulur özelliğe ve düşük toksisiteye sahip olmaları şeklinde ifade edilmektedir. Aljinat örtüler yaradan kolaylıkla çıkarılmakta ve parçalanmaktadır. Fakat örtü sıvı alamayacak duruma geldiğinde bekletilmeden değiştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Değiştirilmemesi halinde yaranın yakındaki sağlıklı dokuları yumuşatarak, travmalara dayanıksız konuma getirmektedir (Ather ve ark., 2009; Boateng ve ark., 2008; Kurtoğlu, 2009).

Aljinat yaraya uygulandığında içerisinde yer alan iyonlar kanda ve eksüda bulunanlar ile yer değiştirmekte ve koruyucu tabaka oluşturmaktadır. Dokunun yenilenmesi için gereken sıcaklığın ve nemin korunmasına da fayda sağlamaktadır. Bu örtülerin jelleşme özelliği ise kalsiyum iyonlarından kaynaklanmaktadır. Öte yandan aljinat örtülerinin içerisinde yer alan kalsiyum iyonları da yara onarımının ilk evresinde fizyolojik olarak kanın pıhtılaşmasına fayda sağlamaktadır (Boateng ve ark., 2008).

Nem aljinat örtülerin görevlerini yapabilmesi için gerekmektedir. Bu durum da nekrotik doku, kuru bölge ya da kapalı yaralarda aljinat örtülerinin kullanılmasını engellemektedir. Bu örtüler yarayı kurutma eğilimi gösterdikleri için kuru yaraların iyileşmesini olumsuz etkilemektedir (Boateng ve ark., 2008).

Tablo 2.2 Çağdaş yara örtülerinin özellikleri

Etki	Kullanım/ Endikasyon	Önlemler/ Kontrendikasyon
------	----------------------	------------------------------

Aljinat Örtüler	<ul style="list-style-type: none"> Sıvıyı emer Otolitik debridmanı teşvik eder Nem kontrolü sağlar Yara yatağına uyum sağlar 	<ul style="list-style-type: none"> Orta ila yüksek eksüdalı yaralar Halat veya şerit şeklinde özel boşluklara özel yerleşim Antimikrobiyal ve biyoaktivite için etkin madde ile kombinasyon 	<ul style="list-style-type: none"> Kuru / nekrotik yaralarda kullanılmamalı Gevrek doku üzerinde dikkatli kullanılmalı (kanamaya neden olabilir) Boşluk yaralarını sıkı sarılmamak
Hidrojel Örtüler	<ul style="list-style-type: none"> Yara yatağına Yeniden nemlendirir Nem kontrolü sağlar Otolitik debridmanı teşvik eder Soğutma özelliği 	<ul style="list-style-type: none"> Kuru / düşük ila orta derecede eksüdalı yaralar Antimikrobiyal ve biyoaktivite için etkin madde ile kombinasyon 	<ul style="list-style-type: none"> Yüksek eksüdalı ya da anaerobik enfeksiyondan şüphelenilen yaralarda kullanılmamalı Maserasyon a neden olabilir
Hidrokoloid Örtüler	<ul style="list-style-type: none"> Sıvıyı emer Otolitik debridmanı teşvik eder 	<ul style="list-style-type: none"> Temiz, düşük ila orta derecede eksüdalı yaralar Antimikrobiyal ve biyoaktivite için etkin madde ile kombinasyon 	<ul style="list-style-type: none"> Kuru / nekrotik yaralarda veya yüksek eksüdalı yaralarda kullanılmamalı Aşırı granülasyonu teşvik edebilir Maserasyon a neden olabilir
Yarı Geçirgen Filmler	<ul style="list-style-type: none"> Nem kontrolü sağlar Nefes alan bakteri bariyeri olarak kullanılır Şeffaf (yaranın görüntülenmesine izin verir). 	<ul style="list-style-type: none"> Yüzeysel düşük eksüdalı yaralar üzerinde birincil örtü Yara yatağına rehidrasyonu için aljinat veya hidrojel üzerinde ikincil örtü 	<ul style="list-style-type: none"> Hassas yara çevresine sahip hastalarda kullanılmamalı Orta ila yüksek eksüdalı yaralarda kullanılmamalı
Köpük Örtüler	<ul style="list-style-type: none"> Sıvıyı emer Nem kontrolü sağlar Yara yatağına uyum sağlar 	<ul style="list-style-type: none"> Orta ila yüksek eksüdalı yaralar Halat veya şerit şeklinde özel boşluklara özel yerleşim Hassas cilde sahip hastalar için düşük yapışkan tipler Antimikrobiyal ve 	<ul style="list-style-type: none"> Kuru / nekrotik yaralarda veya minimal eksüdalı olanlarda kullanılmamalı

biyoaktivite için etkin
madde ile kombinasyon

2.9.2.2 Hidrojel Örtüler

Yüksek su oranına sahip olan hidrojel hidrofilik polimerlerin üç boyutlu ağı şeklinde açıklanmaktadır. Bu örtüler hidrofilik polimer ile çapraz bağlanmış sentetik ya da doğal polimerlerden oluşan şişebilir ve çözünmeyen hidrofilik malzemelerdir. Elastik, katı ya da şekilsiz bir jel halinde üretilmektedir. Hidrojel örtüler yapılarında fazlasıyla su bulundurduğu için iltihap olan yaralarda pek fazla eksüda absorbe edememektedir. Hidrojel örtüler orta ya da hafif eksüdalı yaralar için uygulanabilmektedir. Yaraya yapışmamaktadırlar. Yapıları nemli olduğu için sıcaklığı dengelemektedirler. Sıcaklığı dengeledikleri için de serinletici ve ağrı kesici özellikler sergilemektedirler. Basınca karşı dayanıklılığı olmayan bacak ülseri hastalarının tedavi sırasındaki ağrılarını büyük ölçüde azaltabilmektedir (Ather ve ark., 2009; Boateng ve ark., 2008; Kurtoğlu, 2009).

Bu yara örtüleri yara örtüsünden beklenen çoğu özelliği taşımaktadır. Ölü dokuları nemlendirdiği ve otolitik debridmanı arttırdığı için nekrotik, kabuklu ve kuru yaraların temizlenmesinde görev almaktadır.

Bu örtülerin tahriş edici özelliği yoktur, biyolojik dokularla tepkime geçirmezler ve metabolileri geçirme özelliğine sahiptirler. Öte yandan hidrojel kalıntı bırakmamakta, yaraya uygun şekilde kesilebilmekte ve rahatlıkla biçimlendirilebilmektedir. Hidrojel örtülerle jelin çapraz bağlanma derecesi kontrol edilerek ilacın yara alanına kontrollü difüzyonu sağlanabilmekte ve lokal olarak farmasötik etkin madde uygulanabilmektedir (Boateng, 2008; Kurtoğlu, 2009).

Hidrojel örtülere Intrasite ve Aquaform örnek verilmektedir. Purilon ve Nu-gel gibi bazı örtüler hidrojel/aljinat birleşiminden ortaya çıkmaktadır (Ather ve ark., 2009; Boateng ve ark., 2008).

2.9.2.3 Hidrokolloid Örtüler

Bu örtüler yaygın olarak kullanılan örtüler arasında yer almaktadır. Bu hidrokolloid kavramı kolloidal malzemelerin adhesifler ve elastomerler gibi malzemelerle birleştirilmesi sonucunda ortaya çıkan yara bakım ürünleri olarak tanımlanmaktadır. Bu örtüler travmatik yaralanmalar, küçük yanıklar gibi orta ya da hafif eksüdalı yaralarda ve kompresyon tedavisine cevap vermeyen bacak ülseri gibi yaralarda kullanılmaktadır. Ancak enfeksiyonlu yaralarda kullanılmaması gerekmektedir. Belli aralıklar içerisinde bu örtüler değiştirilmektedir. Bunun nedeni ise değiştirilmeyen hidrokolloid örtüler yaranın etrafındaki dokuyu zayıflatmaktadır (Boateng, 2008; Kurtoğlu, 2009).

Hidrokolloid örtüler su buharını geçirmemektedir. Fakat yara eksüdasıyla temas ettikten sonra fiziksel durumlarında değişim görülmektedir. Yapısında bulunan hidroaktif parçacıklardan dolayı hidrokolloid matriks yara sıvısını emmekte ve zaman içerisinde şişerek yarayı çevreleyen bir jel oluşturmaktadır. Oluşan jel sayesinde hava ve su buharını geçiren bir yapıya bürünmektedir. Ayrıca kronik ve akut pediatrik tedavilerde yaradan ayrılması sırasında ağrıya yol açmadığı için özellikle tercih edilmektedir. Hidrokolloid yara örtüleri, kolajen üretimini ve epitelizasyon hızını da arttırmaktadır.

Yapılan araştırmalara göre CMC hidrokolloid örtüler, aljinat örtülere göre zararlı bakterileri absorbe etme konusunda çok daha yeteneklidir (Boateng, 2008; Kurtoğlu, 2009).

2.9.2.4 Yarı Geçirgen Filmler

Yarı geçirgen filmler veya şeffaf filmler, nemli yaraların tedavisinde kullanılan bir yara örtüsüdür. Bu filmler, polietilen çerçeve ile desteklenmiş poliamid türevlerinden üretilmektedir. Fakat bu ürünlerin yara eksüdasını emme özelliği kısıtlı olduğundan dolayı fazla eksüdayı yara örtüsünün altında birikmektedir. Bu durum da derinin zayıflamasına ve enfeksiyon riskinin artmasına yol açmaktadır. Öte yandan bu tür malzemelerin yara örtüsü olarak kullanılması durumunda, yara örtüsünün düzenli olarak değiştirilmesi ve yaranın tuzlu suyla yıkanması gerekmektedir (Boateng, 2008).

Opsite, yarı geçirgen bir yara örtüsüdür. Bu örtüler genel olarak poliüretan ile kaplanmış hipoalerjenik akrilik türevlerinden yapılmaktadır. Yapısından ötürü bu

örtüler gazları ve su buharını geçirmekte iken eksüdüden sıvı geçişine izin vermemektedir. Bu filmler esnek yapılarından dolayı kuyruk sokumu, diz ve dirsek gibi sürekli hareket halinde olan bölgelere ek bandaja ihtiyaç olmadan uyum sağlamaktadır. Hastanın konforunu bozmamakta ve fonksiyonlarını kısıtlamamaktadır. Şeffaf biçimde üretilebilmesi alttaki yaranın incelenmesinde de kolaylık sağlamaktadır. Yarı geçirgen filmler, yarayı sarmadıkları için boşluklu ve derin yaralarda kullanılmamalıdır. Bakterilere karşı koruyucu özellikleri gayet iyidir. Yapışan bir yapıya sahip olduğu için kayma yapmayan yarı geçirgen filmler greft için açılan yaralarda da kullanılmaktadır (Ather ve ark., 2009; Boateng ve ark., 2008).

Piyasada yer alan yarı geçirgen filmlere Bioocclusive, 3M Tegaderm ve Cutifilm, örnek verilebilmektedir. Bu markalar rahatlık, buhar geçirgenliği, esneklik ve yapışma bakımından birbirlerinden farklılık göstermektedir (Boateng ve ark., 2008).

2.9.2.5 Köpük Örtüler

Bu tür yara örtüleri, yapışkan kenarlarda bulunabilen poliüretan köpük filmlerden oluşmaktadır. Tielle gibi köpük örtülerinde, kuru yaralarda yapışmayı engellemek, bakteri bulaşmasını ve aşırı sıvı kaybını önlemek için ek temas tabakası, tıkayıcı (oklüzif) polimerik ve destek tabakası yer almaktadır. Yaranın etrafındaki sıcaklığı ve nemli ortamı köpük yara örtüleri saplayabilmektedir. Bu örtüler oldukça emici bir yapıya sahiptir. Kalınlık, doku, gözenek boyutu ve emicilik gücüne göre köpüğün ana özellikleri değerlendirilebilmektedir. Ayrıca açık gözenekli örtüler oldukları için buharı da geçirmektedirler (Boateng ve ark., 2008).

Köpük örtüler gözenekli yapılarından dolayı yoğun eksüdalı yaralarda, orta akıntılı ya da düşük akıntılı yaralarda kullanılabilir. Bu örtüler yaralara tampon ile konfor ve destek sağlamaktadır. Yapılan klinik çalışmalarda köpük örtülerinin, hasta memnuniyeti, yara bakım süresi ve ağrıları hafifletmesi açısından geleneksel gazlı beze göre daha fazla tercih edildiği sonucuna ulaşılmaktadır (Boateng, 2008).

Örtüler, granüle edilmiş dokuların tedavisinde tercih edilmektedir. Ayrıca emicilik ve yalıtım özellikleri taşıdığı için köpük örtüler birincil yara örtüsü olarak kullanılmaktadır. Yüksek emicilik kapasitesi ve iyi su buharı geçirmesi sayesinde genel olarak dayanıklı bir yara örtüsüne ihtiyaç duyulmamaktadır. Bu tip örtüler

polimer filmlerin aksine, iyileşme ortamını yaratmak için eksüdaya gerek duymaktadır. O yüzden de köpük örtülerin kuru yaralar ve kuru yara izlerinde kullanılmaması gerekmektedir. Lyofoam, ve Allevyn köpük tipi yara örtülerine örnek gösterilebilmektedir (Ather ve ark., 2009; Kurtoğlu, 2009).

2.9.2.6 Biyolojik Örtüler

Biyolojik örtüleri, pasif, güncel ve biyoaktif olarak üç ayrı sınıfa ayrılmaktadır.

Pasif Yara Örtüleri: Gazlı bez ve tül örtüler gibi geleneksel örtüler, pasif yara örtüleri olarak yayılır. Bu örtüler, yaranın üzerini kapatarak koruma sağlar ve dış etkenlere karşı bir koruma oluşturur. Pasif yara örtüleri genellikle eksüdalı yaralarda kullanılır (Paul ve Sharma, 2004).

İnteraktif Yara Örtüleri: İnteraktif ürünler, genellikle şeffaf, su buharı ve oksijen geçirgen, ancak bakterilere karşı geçirilenimsiz polimerik filmlerden oluşur. Bu filmler, düşük eksüdalı yaralar için tavsiye edilir. İnteraktif yara örtüleri, yaranın iyileşmesini bitirirken aynı zamanda nem yolculuğunu korumayı ve yara bölgesindeki mikroorganizmaların gelişimini engellemeyi hedefler (Ather ve ark., 2009).

Biyoaktif Yara Örtüleri: Biyoaktif yara örtüleri, yaradan kurtulmayı gözetleyen aktif gözlemi içeren örtülerdir. Bu örtülerde, yara örtüsünün içine yerleştirilmiş ve yara ortamına salınan biyoaktif cihazlarda bulunabilir. Ayrıca, doğal veya sentetik biyomateryaller kullanılarak üretilen biyolojik malzemeler de bu sınıfa girer. Biyoaktif yara örtüleri, yara kurtarmada etkin rol oynayarak granülasyonu hızlandırabilir, hücre migrasyonunu teşvik edebilir ve zararlı riskini içerebilir. Bu örtüler genellikle daha karmaşık ve tedavi gereksinimi yaralar için kullanılır (Boateng, 2008).

Kullanılan biyomalzemeler arasında kolajen, hyaluronik asit, aljinat, kitosan ve diğer biyotekstiller bulunmaktadır. Bu malzemeler, doğal doku düzeltmesini taklit etme yetenekleri ve biyolojik uyumluluklarıyla dikkat çekiyor. Bazı biyoaktif yara örtüleri, büyüme yerleşik ve antimikrobiyal maddeler gibi etkili bir şekilde gözlemin salımını da gerçekleştirebilir. Çalışmalar, biyoaktif yara örtülerinin geleneksel örtülere ve sentetik örtülere göre daha üstün olduğunu göstermektedir. Bu örtüler, yara iyileşmesini destekleyen ve yara ortamını optimize eden özelliklere sahiptir. Bu nedenle, biyoaktif yara örtüleri, modern yara bakımında önemli bir rol oynamaktadır (Paul ve ark., 2004).

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Amaç, Bağımlı ve Bağımsız Değişken

Bu çalışmada yanık sonrası hastaların algıladığı distres ile anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelenmesi amaçlandı. Çalışmanın bağımsız değişkeni yanık yaralanması nedeniyle mustarip olmuş yetişkin bireylerin bireysel ve demografik özellikleridir. Bağımlı değişkenler incelendiğinde yanık hastalarının algıladıkları distres, anksiyete ve depresyon düzeyleridir.

3.2 Araştırma Soruları

Çalışmada yer alan araştırma soruları aşağıda yer almaktadır:

- Yanık yaralanması sonrası hastaların algıladığı distres düzeyleri nedir?
- Yanık yaralanması sonrası hastaların anksiyete düzeyi nedir?
- Yanık yaralanması sonrası hastaların depresyon düzeyi nedir?
- Yanık yaralanması sonrası hastaların algıladığı distres ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki nedir?

3.3 Araştırmanın Tipi, Veri Toplama Zamanı ve Veri Toplama Yöntemi

Bu çalışmanın tasarımı tanımlayıcı ve kesitseldir. Veri toplama 20 Aralık 2022-15 Nisan 2023 tarih aralığında yapıldı. Türkiye’de bulunan Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde bir eğitim ve araştırma hastanesinin yanık ünitesinde veriler toplandı. Veri toplama araştırmacılar tarafından, prospektif yolla ve yüz yüze görüşme yöntemi ile yapıldı.

3.4 Araştırma Tasarımı ve Katılımcılar

Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında yazılım programı olarak G*Power-3.1.9.2 software kullanıldı. Araştırmacıların yaptığı güç analizi sonucunda 0.05 hata payı, %95 güven aralığı dikkate alındı ve en az n=81 yanık hastasının dahil edilmesi gerekiyordu. Örneklem kapsamına n=102 yanık hastası dahil edildi.

3.5 Örnekleme Dahil Edilme ve Örneklemden Dışlama Kriterleri

3.5.1 Örnekleme dahil etme kriterleri;

- Yanık yaralanması geçirmiş olmak, en az 18 yaşında olmak, psikiyatrik ve dil-konuşma engeli olmaması
- Yanık yaralanması dışında, düşme, çarpma gibi diğer bir travmanın olmaması
- Yanık yaralanması geçirmeden önce sağlıklı olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olunması ve çalışmanın yapıldığı hastanede tedavi ediliyor olması, olarak sıralanabilir.

3.5.2 Örneklemden dışlama kriterleri;

- Yanık yaralanması geçirmiş dışında bir yaralanma olması, 18 yaş altı olmak, psikiyatrik ve dil-konuşma engeli olması
- Yanık yaralanmasına ek olarak düşme, çarpma gibi diğer bir travmanın olması
- Yanık yaralanması geçirmeden önce hayati risk taşıyan sağlık sorunlarının olması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olunmaması ve çalışmanın yapıldığı hastaneden başka bir merkezde tedavi ediliyor olunması, olarak sıralanabilir.

Yanık ünitesinde tedavi edilen hastaların bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra anketler takdim edildi ve 30 dakika içinde anketleri doldurmaları istendi.

3.6 Veri Toplama Araçları

Araştırmacılar veri toplamada uzman görüşü alınarak ve literatür destekli olarak oluşturulmuş tanıtıcı bilgi formu, Distres Termometresi, Beck Anksiyete

Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği kullandı. Veri toplama araçları ile ilgili bilgiler aşağıda sunuldu.

3.7 Tanıtıcı Bilgi Formu

Yanık hastalarının yaş, cinsiyet, medeni durum, yanık etyolojisi, yanık yüzdesi, yanık tipi, yanık bölgesi, uygulanan cerrahi girişime ilişkin bilgilerin ve diğer tanıtıcı özelliklerin sorgulandığı bir veri kayıt formudur.

3.7.1 Distres Termometresi

Kanser hastalarında psikososyal distresi ölçmek için Roth ve diğerleri tarafından 1998 yılında geliştirilen bir ölçektir. Hızlı bir psikolojik tarama aracıdır. Hastanın son bir hafta içinde hissettiği sıkıntıyı termometre üzerinde puanlaması ve sıkıntı zorlanma kaynaklarını (psikolojik, ailesel, sosyal, ruhsal, pratik, fiziksel) problem listesinden göstermesi istenilir. Bu sayede psikososyal problemleri olanların belirlenmesi ve uygun müdahalelerin gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir. Problem listesi Stres (Distres) Yönetimi Kılavuz Paneli tarafından geliştirilmiştir. Kanser hastalarında sıkça deneyimlenen 5 kategori altında gruplanmış 34 problemi içerir. Kişilerin kendi kendisine uygulayabileceği, sadece bir sorudan oluşan görsel analog bir skaladır. Ölçek üzerinde 0'dan 10'a kadar rakamlar olan bir termometre bulunmaktadır. Uygulayıcı yaşadığı stresi bu termometre üzerinde işaretler. 0 puan kişinin hiç stres yaşamadığını, 10 puan ise en üst düzeyde sıkıntı yaşadığını göstermektedir. DT'nin ülkemizdeki geçerlilik güvenilirlik çalışması, Özalp ve diğerleri tarafından 2006 yılında yapılmış; ülkemizdeki kesme noktası 4 olarak saptanmıştır (Özalp, 2007).

3.7.2 Beck Anksiyete Ölçeği

BAÖ, anksiyeteyi depresyondan ayırabilmek için Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Beck ve ark., 1988). Öznel anksiyete düzeyini ve bedensel belirtileri inceleyen bir ölçektir. Toplamda 21 maddeden oluşmaktadır. Her cevabı 0-3 arası puanlanmakta olup likert tipi bir ölçektir. Bireyin kendisinin doldurduğu bir öz bildirim ölçeğidir. 0 hiç, 1 hafif derecede, 2 orta derecede, 3 ciddi derecede şeklinde ifade bulmaktadır (Ulusoy ve diğerleri, 1998).

3.7.3 Beck Depresyon Ölçeği

BDÖ' nin iki formu bulunmakta olup bunlardan ilki 1961 senesinde geliştirilmiştir ve hastanın o anki ruh halinin klinisyen ve hasta tarafından değerlendirildiği formdur. Bu form 21 maddeden oluşmakta olup orijinal halidir. İkinci form ise 1978 senesinde geliştirilmiştir ve kendini değerlendirme ve de grup uygulaması yapılabilecek şekilde olup 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 1978 senesindeki formu ile iç tutarlılık çalışması her iki ölçeğin güvenirlik açısından eş değerde olduğunu göstermiştir. Beck ve arkadaşları BDÖ' nin uygulanması sırasında cinsiyet ve eğitim durumu gibi değişkenlere dikkat edilmesi gerektiğini önermişlerdir. Yaş düzeyleri ile ilgili bir ilişki bulunamamıştır. Ölçeğin standart kesme noktalarının yaşlılar için de değiştirilmeden kullanılabilmesi belirtilmiştir. BDÖ, Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir.

Ülkemizdeki geçerlilik güvenirlik çalışması ise 1989 yılında Hisli tarafından yapılmıştır. Cronbach alfa değeri olarak 0,80 bulunmuştur. BDÖ' nin her bir maddesi, son bir hafta içindeki depresyona dair davranışsal örüntüyü belirlemekte olup 0-3 arasında azdan çoğa doğru giden, dört seçeneği bulunan, 21 maddeli kendini değerlendirme cümlelerini içermektedir. Toplam 28 puan 0-63 arasında değişmektedir. Kesme puanı ise 17 olarak kabul edilmiştir. 17 ve üzerinde puan alanlar için depresyon belirtisi var olarak kabul edilmektedir (Hisli, 1989).

3.8 Etik Hususlar

Çalışmaya başlamadan önce Dicle Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahisi Akademik Kurul (Institutional Review Board-IRB) onayı alındı. Daha sonra İstanbul Arel Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığı'ndan (16/12/2022 Tarih ve 2022/25 No'lu Kurul Kararı) gerekli etik ve yasal izinler alındı. Araştırmanın tüm aşamalarında Helsinki bildirgesi ilkeleri dikkate alındı. Her hastanın tek tek yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onamı alındı.

3.9 İstatistiksel Analizler

Bu çalışmanın istatistiksel analizleri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25.0 IBM (Armonk, NY) paket programı ile yapıldı. Veri değerlendirmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden yüzde, standart sapma, ortalama, minimum ve maksimum değerler kullanıldı. Kolmogorov-Smirnov testi ile normal dağılım

varsayımları hesaplandı. Gruplara ait ortalamalar arasındaki farkların istatistiksel anlamlılığını tespit etmek amacıyla Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Değişkenler arasındaki farkın nedenini bulmak amacıyla PostHoc testi yapıldı. Ölçek puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi kullanılarak belirlendi. Çalışmanın sonuçlarını %95'lik güven aralığı ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyini dikkate alarak değerlendirdik.



4 BULGULAR

Yanık hastalarının tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1.'de yer almaktadır. Tablo 4.1'e göre yanık hastalarının yaş ortalamasının $35,12 \pm 13,88$ olduğu, %58,8'sinin 18 ile 35 yaş aralığında, %30,4'ünün 36 ile 50 yaş aralığında olduğu belirlendi. Yanık hastalarının %32,4'inin kadın, %67,6'sının erkek olduğu belirlendi. İlköğretim mezunu yanık hastalarının oranının %56,9, lise mezunlarının oranının %38,2 olduğu belirlendi. Yanık hastalarının %54,9'unun ekonomik durumu düşük seviyede, %76,5'inin evli olduğu tespit edildi.

Tablo 4.1 Yanık Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri

Yaş ortalaması (Ortalama±Standart Sapma) (Min.; maks.)	35,12±13,88 (18, 83)	
Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Yaş		
18 ile 35 arasında	60	58,8
36 ile 50 arasında	31	30,4
51 ile 64 arasında	5	4,9
65 yaş ve üstü	6	5,9
Cinsiyet		
Kadın	33	32,4
Erkek	69	67,6
Eğitim Durumu		
İlköğretim	58	56,9
Lise	39	38,2
Yükseköğretim	5	4,9
Ekonomik Durum		
Düşük	56	54,9
Orta	34	33,3
Yüksek	12	11,8
Medeni Durum		
Bekar	24	23,5
Evli	78	76,5

Tablo 4.2'de yanık hastalarının sağlık durumları ile ilişkili özellikleri yer almaktadır.

Tablo 4.2 Yanık Hastalarının Sağlık Durumları ile ilişkili Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler		
Yanık Derinliği	n	%
Birinci derece (yüzeysel)	2	2,0
İkinci derece (kısmi kalınlık)	69	67,6
Üçüncü derece (tam kalınlık)	31	30,4
Yanık Bölgesi*		
Baş-boyun	37	36,3
Gövde arka bölüm	17	16,7
Gövde ön bölüm	24	23,5
Sol üst ekstremité	54	52,9
Sol alt ekstremité	46	45,1
Sağ üst ekstremité	49	48,0
Sağ alt ekstremité	43	42,2
Yanık Yüzdesi		
10 ile 20	79	77,5
21 ile 40	17	16,7
41 ile 50	2	2,0
51 ve üstü	4	3,9
Uygulanan Girişim		
Cerrahi	53	52,0
Konservatif	49	48,0
Yanık Etyolojisi		
Termal yanık	79	77,5
Kimyasal yanık	17	16,7
Elektrik yanığı	6	5,9
*Birden fazla seçenek seçilebilir		

Tablo 4.2.'ye göre yanık vakalarının %67,6'sı ikinci derece, %30,4'ü üçüncü derece idi. Yanık hastalarının %52,9'unda sol üst ekstremité, %36,3'ünde baş-boyun, %23,5'inde gövdenin ön bölümü, %45.1'inde sol alt ekstremité, %42,2'sinde sağ alt ekstremité yanığı saptandı. Yanık hastalarının %77,5'inin yanık yüzdesi 10 ile 20 aralığındaydı ve %52'sine cerrahi, %48'ine konservatif tedavi uygulanmıştı. Yanık etyolojisi incelendiğinde %77,5'inde termal yanık, %16,7'sinde kimyasal yanık varlığı saptandı.

Tablo 4.3'te Yanık Hastalarının Distres Termometresi puan ortalaması yer almaktadır. Buna göre ölçeğin puan ortalamasının $7,71 \pm 1,58$ olduğu saptandı. Hastalar distres termometresinden en az 4, en çok 10 puan aldıkları saptandı.

Tablo 4.3 Yanık Hastalarının Distres Termometresi Puan Ortalaması

Toplam puan	Soru Sayısı	Maddeler	Puan Aralığı	Min.-Maks.	Xx±SS
Distres Termometresi	1	1	0-10	4-10	7,71±1,58

Tablo 4.4'te yanık hastalarının Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması yer almaktadır.

Tablo 4.4 Yanık Hastalarının Beck Anksiyete Ölçeği Puan Ortalaması

Toplam ve alt boyut puanları	Soru Sayısı	Maddeler	Puan Aralığı	Min.-Maks.	Xx±SS
Beck Depresyon Ölçeği	21	(1-21 madde)	0-63	35-47	38,94±3,16

Tablo 4.4'te Yanık Hastalarının Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalaması yer almaktadır. Yanık hastalarının Beck Anksiyete Ölçeği toplam puanının 40,09±3,16 olduğu belirlendi.

Tablo 4.5 Yanık Hastalarının Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalaması

Toplam ve alt boyut puanları	Soru Sayısı	Maddeler	Puan Aralığı	Min.-Maks.	Xx±SS
Beck Depresyon Ölçeği	21	(1-21 madde)	0-63	35-47	38,94±3,16

Tablo 4.5'te Yanık Hastalarının Beck Depresyon Ölçeği puan ortalaması yer almaktadır. Yanık hastalarının Beck Depresyon Ölçeği toplam puanının 38,94±3,16 olduğu belirlendi.

Tablo 4.6'da yanık hastalarının sosyodemografik özelliklerine göre Distres Termometresi, Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçekleri puan ortalamalarının karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 4.6 Yanık Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerine göre Distres Termometresi, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Tanımlayıcı Özellikler	Distres Termometresi	Beck Anksiyete Ölçeği	Beck Depresyon Ölçeği
Yaş	Xx±SS	Xx±SS	Xx±SS
18 ile 35 arasında (1)	7,91±1,49	40,16±3,18	38,75±2,97
36 ile 50 arasında (2)	7,35±1,66	39,64±2,37	39,38±3,49
51 ile 64 arasında (3)	7,4±2,07	41,6±4,21	39,4±3,5
65 yaş ve üstü (4)	7,83±1,6	40,5±5,54	38,16±3,37
Kruskal Wallis ve p değerleri	KW:2,630; p:0,452	KW:1,283; p:0,733	KW:1,318; p:0,725
Cinsiyet			
Kadın	7,78±1,65	40,6±3,22	38,21±2,85
Erkek	7,68±1,55	39,85±3,13	39,28±3,25
Mann Whitney U ve p değerleri	U:1,080; p:0,669	U:0,939; p:0,152	U:0,919; p:0,113
Eğitim Durumu			
İlköğretim	7,65±1,62	40,2±3,56	39,27±3,55
Lise	7,66±1,56	39,79±2,57	38,48±2,51
Yükseköğretim	8,8±0,83	41,2±2,58	38,6±2,88
Kruskal Wallis ve p değerleri	KW:2,320; p:0,314	KW:1,005; p:0,605	KW:0,178; p:0,915
Ekonomik Durum			
Düşük	7,89±1,43	39,94±3,02	38,67±2,86
Orta	7,67±1,53	40,05±3,24	39,85±3,75
Yüksek	7±2,21	40,91±3,72	37,58±1,88
Kruskal Wallis ve p değerleri	KW:1,992; p:0,369	KW:0,710; p:0,701	KW:3,221; p:0,200
Medeni Durum			
Bekar	8,08±1,58	40,66±3,59	40,54±3,58
Evli	7,60±1,57	39,92±3,02	38,44±2,86
Mann Whitney U ve p değerleri	U:2,053; p:0,152	U:0,898; p:0,342	U:6,746; p:0,009**

Tablo 4.6'ya göre yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve ekonomik durum distres, anksiyete ve depresyon puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip değildi. Bekar ve evli yanık hastaları arasında depresyon bakımından istatistiksel olarak fark bulundu. Bekarların depresyon puanı evlilere göre daha yüksekti (p=0,009).

Tablo 4.7'de yanık hastalarının sağlık durumları ile ilişkili özelliklerine göre Distres Termometresi, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması yer almaktadır. Yanığın yüzdesi, uygulanan tedavi ve yanık etyolojisi değişkenlerinin Distres, Anksiyete ve Depresyon üzerinde istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılığa neden olmadığı saptandı. Üçüncü derece yanıklı hastaların distresinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptandı (p=0,048).

Tablo 4.7 Yanık Hastalarının Sağlık Durumları ile ilişkili Özelliklerine göre Distres Termometresi, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Sağlık İlişkili Özellikler	Distres Termometresi	Beck Anksiyete Ölçeği	Beck Depresyon Ölçeği
Yanık Derinliği			
Birinci derece (yüzeysel) (1)	7,9±1,46	40±0,00	38±0,00
İkinci derece (kısmi kalınlık) (2)	7,56±1,60	40,05±3,26	39±3,17
Üçüncü derece (tam kalınlık) (3)	10±0,00	40,19±3,10	38,87±3,28
Kruskal Wallis ve p değerleri	KW:6,058; p:0,048*	KW:0,004; p=0,098	KW:0,069; p:0,966
Post Hoc	3>1,2		
Yanık Yüzdesi			
10 ile 20	7,63±1,61	39,97±3,10	38,75±3,05
21 ile 40	8,05±1,24	40,41±3,85	38,82±3,02
41 ile 50	7,5±2,12	39,5±2,12	40±0,00
51 ve üstü	8±2,30	41,5±1,73	42,5±5,19
Kruskal Wallis ve p değerleri	KW:0,666; p:0,717	KW:0,038; p:0,991	KW:1,373; p:0,503
Uygulanan Tedavi			
Cerrahi	7,84±1,44	39,66±2,98	38,9±2,87
Konservatif	7,57±1,71	40,57±3,31	38,97±3,47
Mann Whitney U ve p değerleri	U:1,197; p:0,489	U:1,066; p:0,118	U:1,249; p:0,737
Yanık Etiyolojisi			
Termal yanık	7,63±1,63	39,97±3,10	38,75±3,05
Kimyasal yanık	8,05±1,21	40,41±3,85	38,82±3,02
Elektrik yanığı	7,83±2,04	40,83±1,94	41,66±4,22
Kruskal Wallis ve p değerleri	KW:0,734; p:0,693	KW:0,522; p:0,770	KW:4,237; p:0,120

Tablo 4.8’de Distres Termometresi, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği arasında korelasyon analizi yer almaktadır. Distres ve anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Buna göre Distres ve anksiyete arasında aynı yönde, güçlü düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (r=-0,122, p=0.021). Distres ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Tablo 4.8 Distres Termometresi, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği arasında Korelasyon Analizi

		Correlations		
		Distres Termometre si	Beck Anksiyete Ölçeği	Beck Depresyon Ölçeği
Distres Termometre esi	Pearson Correlation	1	,122	-,025
	Sig. (2-tailed)		,021*	,802
	N	102	102	102
Beck Anksiyete Ölçeği	Pearson Correlation	,122	1	,008
	Sig. (2-tailed)	,021		,940
	N	102	102	102
Beck Depresyon Ölçeği	Pearson Correlation	-,025	,008	1
	Sig. (2-tailed)	,802	,940	
	N	102	102	102

*p<0.05

5 TARTIŞMA

Anksiyete, ruhsal ve fiziki travma geçirmiş yanık hastalarında en sık görülen psikolojik durum olan kaygı, yaygın, rahatsız edici, belirsiz bir tehlike duygusu olarak ortaya çıkan ve sıklıkla otonomik semptomların eşlik ettiği, yakalanması zor bir kaygı duygusudur (Çelik ve Acar, 2007).

Tıbbi terminolojide "depresyon" olarak adlandırılan depresyon, üzgün ruh halindeki hareket, konuşma ve düşüncelerde durgunluk ve yavaşlama, küçüklük, değersizlik, güçsüzlük, gönülsüzlük, karamsarlık, duygu ve düşünce ve fizyolojik işlevlerin yavaşlaması olarak tanımlanmaktadır (Ünalacak ve ark., 2008). Distres kavramı yüksek seviyede uyaran ve davranımlarda bozulmaları içerir. Distres kişilerde fizyolojik ve psikolojik hallerini etkilemekle birlikte günlük yaşantısında uyumsuzluklara neden olur (Husain ve ark., 2007).

Yanığın tanımı cilt altı ya da cilt dokularının aşırı sıcaklık, elektrik akımı, kimyasal ve radyoaktif gibi etkenlerle temasıyla meydana gelen, deformitelere veya ölüme neden olan önüne geçilebilir ve akut kabul edilen yaralanmalar şeklinde açıklanabilir. Yanık sık görülen, beden imajı değişikliği oluşturan, yoğun ve uzun süreli bir tedavi gerektiren, ciddiyetine göre özel, hastaları psikolojik ve fiziksel açıdan etkileyen ağırlı bir durum olarak açıklanmaktadır (Biçer, 2009).

Hastalar tarafından deneyimledikleri en kötü ağrı olarak tanımlanan yanık ağrısının yoğunluğunun, tedavi ve bakıma yönelik işlemler, yanığın genişliği, derinliği, kişinin cinsiyet, yaş, sosyo-ekonomik durum, geçmiş ağrı deneyimleri, depresyon, anksiyete gibi etkenlere bağlı olarak değiştiğinden bahsedilmektedir (Eti Aslan, 2006; Husain ve ark., 2007; Gürdal ve Yücel 2007; Kurşun, 2007; Loncar ve ark., 2006; Thombs ve ark., 2006; Talu 2007; Ünlügenç, 2008; Van Loey ve Van Son 2003).

Hastanın hastalığına karşı endişesini azaltmak için hemşirelerin yapması gereken öncelikle kaygı seviyesini tespit etmektir. Hildegard Peplau'ya göre korku, kişiler arasındaki bir etkileşimdir, bulaşıcıdır ve kişinin anksiyetesini önlemek için bakım veren kişinin öncelikle kendi duygularının farkında olması ve korkularını kontrol edebilmesi gerekir.

Hemşireler, hastaların kendi durumları ile ilgili durumlarının farkında olup tanımlayabilmesine ve bu durumunu kendi kendine yönetmesine, kısa ve açık ifadelerle durumları hakkında bilgi vermesine ve bu sayede hasta odaklı bir bakım verilmesine yardımcı olabilir. Hastaya uygun ortam sağlandıktan sonra bulunduğu durumla alakalı korkularının farkına varması ve hislerini açıkça ifade etmesi için cesaretlendirilmelidir. İlaç tedavisine geçildiğinde tedavide beklenen muhtemel etkilerinin ve ortaya çıkabilecek yan etkilerinin bilinmesi gerekmektedir (Kocaman, 2008).

Yapılan araştırmalara göre yanık hastalarında kaygılarıyla ağrı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır. Ağrı ve korkunun bir döngü oluşturarak birbirini etkilediği, ağrı olacak beklentisi ve ağrı deneyiminin terapötik uygulamalarda ağrı hissini arttırması nedeniyle ilişkilendirilmiştir (Ünlüenç 2008).

Literatürde, kişiye psikolojik problemleriyle mücadele edebilmesi için duygusal kaynaklarını harekete geçirmede yardımcı olan, ona gerekli materyal ya da parayı temin ederek veya bilgi, beceri ve nasihat vererek, yaşadığı kaygı oluşturan durumlarla mücadele etmesine yardımcı olan çevresinden aldığı destek olarak tanımlanan sosyal desteğin yanık hastaları için büyük önem arz ettiği vurgulanmaktadır. Stres oluşturan hallerle karşılaşan kişilerin gerekli sosyal desteği aldıkları zaman, savunma mekanizmalarını daha aktif kullandığı ve yaşananlara daha olumlu bakabildiği görülmüştür (Aksüllü ve Doğan, 2004).

Ayrıca sosyal destek kalitesinin, yanık hastalarının hayat kalitesini etkilediği, bununla beraber mortalite ve morbidite üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (Steenkamp ve Albertyn 2008).

Bu bilgiler doğrultusunda yanık hastalarının sağlık durumları ve sosyodemografik özellikleriyle bağlantılı özelliklerinin anksiyete ve depresyon üzerine etkisi incelenmiştir. Literatürde yanığın olduğu bölgenin, cinsiyet ve yaşa göre farklılık gösterdiği, yanıkların tüm yaş gruplarının yaklaşık %80'inde ev kazaları sonucu meydana geldiği belirtilmektedir. Ayrıca erkek grubunda çoğunlukla iş kazası sonucu, elektrik veya alev sebebiyle, kadınlar da ise genellikle ev kazası sonucu, haşlanma sebebiyle yanıkların olduğu bildirilmektedir (Çöl ve ark., 1994; Gözalan, 2007; Hettiaratchy ve Dziewulski 2004; İnce ve ark., 2008; Kocatürk ve ark., 2005).

Literatürde eğitim durumu ve sosyoekonomik düzey, yanığa maruz kalınma sıklığını etkileyen faktörler arasında gösterilmiştir (Attia ve ark., 1997). 2003 yılındaki UNICEF'in raporuna göre, ülkemizdeki okur-yazar oranı erkeklerde ise %93 iken kadınlarda %77 olarak saptanmıştır (Yumuşak 2003). Çalışma kapsamındaki kişilerin eğitim durumlarına bakıldığında, kişilerin büyük kısmının (%90) en az ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Bu sonuç ise UNICEF'in ülkemizin genel eğitim durumuyla ilgili raporuyla paralellik göstermektedir.

Yapılan araştırmalar depresyonun başlangıcının 20 yaş ile 50 yaş arasında olduğunu ve yaşlı grupta görülme oranının çok düşük olduğunu belirtmiştir (Savrun, 1999). Genç, yetişkin ve orta yaşlı kişilerde aile ilişkileri, gelecek kaygısı, medeni durum gibi duygusal problemlerin ortaya çıkmasında önemli rol oynadığı düşünülmektedir (Ye, 1998). Bahar ve ark.,'nın (2006) araştırmasında, yaşın ilerlemesiyle depresyon ortalama puanlarının artışı, anksiyete ve yaş arasında istatistiksel anlamlılıkta bir ilişki saptanmaması bildirilmesine rağmen yapılan diğer araştırmalarda, yaşın ilerlemesiyle depresyon ve anksiyete oranlarındaki artış dikkat çekmektedir (Bahar ve ark., 2006; Bahar ve Taşdemir 2008; Park ve ark., 2008; Yazıcı ve ark., 2003).

Literatürde yanık hastalarının cerrahi girişim geçirme durumu oranlarıyla ilgili farklı sonuçlar bulunmuştur. Al ve ark.,'nın (2005) çalışmasında cerrahi girişim geçirme oranının %7,5 olduğu görülmektedir. Çalışmamızda ise hastaların %52'sine cerrahi girişimde bulunulduğu saptanmıştır.

Yanıklı hastalarda cimsiyetle depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda farklı görüşler saptanmıştır. Travado ve ark. nın (2001) araştırmasında kadınların, depresyon ve anksiyete oranının erkeklere göre daha yüksek seviyede olduğu, Park ve ark. (2008) ile Thombs ve ark.nın (2007) araştırmalarında ise erkeklerde psikolojik problemlerin daha sık görüldüğü dikkat çekmektedir.

Çalışmamızda cerrahi girişim geçirme oranlarının Al ve ark. nın (2005) araştırmasından daha yüksek olduğu dikkat çekmiştir. Bu durum çalışmamızda bulunan ve çoğunlukla cerrahi girişim uygulanan ikinci ve üçüncü derece yanıkları bir arada bulunan hastaların oranının fazla olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Al ve ark. nın (2005) araştırmasında alt ekstremitte yanıkları fazla görülürken, bu yanıkları üst ekstremitte yanıkları, gövde ve yüz-boyun yanıkları sırasıyla takip etmektedir. Çöl ve

ark.,'nın (1994) çalışmasında ise çoğunlukla üst ve alt ekstremitelerde yanık olduğu belirtilmiştir.

Ülkemizde de kadınlarda erkeklere oranla ruhsal sorunların görülme oranının yüksek olduğu yapılan çalışmalarda saptanmıştır (Bahar ve ark., 2006; Çelik ve Acar 2007). Kadınların hayatları boyunca şiddet gibi olumsuz olaylarla ya da hormonal değişimler, doğum, aşırı iş yükü gibi zorlayıcı faktörler sebebiyle stresle daha fazla karşılaşmaları, duygusal sorunların kadınlarda daha ciddi seviyelerde görülmesine sebep olmaktadır (Gökalp, 2000; Öztürk 2002).

Depresyon ve anksiyete semptomlarının görülmesiyle eğitim durumu arasındaki ilişki, eğitim düzeyi düşük olan kişilerin, hastane ortamında yapılan uygulama ve girişimleri anlamada zorluk çektikleri, lise ve üstü mezunlarının ise özgüvenlerinin daha fazla olduğu, olaylara daha iyimser baktığı, kendi özdenetimlerini sağlayabildikleri, iş bulma imkanlarının daha fazla olduğu ve geleceğe yönelik umutlarını gerçekleştirmede eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha şanslı oldukları ile açıklanmaktadır (Çelik ve Acar 2007).

Yanıklı bireylerin depresyon oranlarını ve eğitim durumlarını inceleyen bir çalışmada, lise mezunu seviyesindeki kişilerde diğer eğitim durumlarına göre daha yüksek oranda (%37,7-43) depresyon görüldüğü dikkat çekmektedir (Thombs ve ark., 2007).

Araştırmacılar, kişilerin sosyo-ekonomik düzeyleri ile evli olup olmamaları, bir partnerle ya da aileleriyle birlikte yaşayıp yaşamamaları gibi etkenlerin, hastalıkla başa çıkma seviyelerini ve psikolojik savunma mekanizmalarını etkilediğini, bunların yanı sıra özellikle yalnız yaşayan kişilerde depresyonun kendisini daha kolay gösterdiği söylenmektedir (Altındağ ve ark., 2006; Çam Çelikel ve Saatçioğlu 2003; Hacıoğlu 2006; Öztürk ve ark., 2005).

Son yıllardaki yapılan çalışmalarda yanıklı hastalarda yanık ağrısının depresyon, anksiyete, intihar düşüncesi ve travma sonrası stres bozukluğu gibi olumsuz psikolojik etkilere neden olduğu söylenmektedir (Wiechman ve Patterson 2008).

Araştırmalarda depresyon ve anksiyeteyele ağrı şiddeti ilişkisini inceleyen çalışmalar bulunmakla birlikte bu çalışmalarda, yanık ağrısının algısı ve ifade

edilmesinde psikolojik etkenlerin olduğu, ağrı Őiddetinin anksiyeteyele bağlantılı olduğu saptanmıştır (Edwards ve ark., 2007; Husain ve ark., 2007; Lemone ve Burke 1996; Loncar ve ark., 2006; Robert ve ark., 2000; Thombs ve ark., 2006; VanDalfsen ve Syrjala 1990; Van Loey ve Van Son 2003; Zhonghua ve ark 1993).



6 SONUÇ

Çalışmamızda ise yanık hastalarının tanıtıcı özellikleri incelendiğinde katılımcıların çoğunluğunun yaş ortalamasının 18 ile 35 yaş aralığında olduğu, erkek olduğu, ilköğretim mezunu olduğu, evli ve ekonomik durumunun düşük seviyede olduğu söylenebilmektedir.

Çalışmamızda yaşın artmasıyla birlikte anksiyete ve depresyon puan ortalamalarının azalması, yaşlılarda depresyon görülme sıklığının azaldığını bildiren literatür bilgilerini destekler niteliktedir. Bu bağlamda yanık vakalarının çoğunda, derinliğinin ikinci derece yanık olduğu, yanık bölgesinin sol üst ekstremitede olduğu, yanık yüzdesinin 10 ile 20 aralığında olduğu, yanık etiyolojisinin termal yanık olduğu ve uygulanan çoğu girişimin cerrahi olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızdaki yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve ekonomik durum distres, anksiyete ve depresyon puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı ve bekarların depresyon puanının evlilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca yanık hastalarının sağlık durumları ile ilişkili özelliklerine göre yanığın yüzdesi, uygulanan tedavi ve yanık etyolojisi değişkenlerinin distres, depresyon ve anksiyete üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa neden olmadığı ve üçüncü derece yanıklı hastaların distresinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda ise Distres Termometresi, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği arasında korelasyon analizi görmekteyiz. Distres ve anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ve buna göre distres ve anksiyete arasında aynı yönde, güçlü seviyede, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ancak distres ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sonuç olarak, yanık hastalarında distresin depresyon ve anksiyete ilişkisini incelemek, depresyon ve anksiyete seviyesini etkileyen faktörleri belirlemek için tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırma verilerine göre, çalışmaya dahil edilen hastaların çoğunluğunda anksiyete ve distres arasında anlamlı bir ilişki saptanırken; distres ve depresyon arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

7 KAYNAKLAR

Aapro, M., & Cull, A. (1999). Depression in breast cancer patients: the need for treatment. *Annals of Oncology*, 10(6), 627-636.

Aikawa N. (2006). Etiology Of Burn Injuries; Epidemiology And Impact On The Mortality. June 15 – 17. http://www.dty.org.tr/dty_files/TR/2006-17-0201/PDF/00160006.pdf

Akkoç, M. F., & Özdemir, M. (2022). Dicle Üniversitesi Yanık Merkezinde 2011-2020 Yılları Arasında Tedavi Edilen Yanık Hastalarının Epidemiyolojik Olarak İncelenmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 49(1), 229-235.

Aksoy, N. (2015). Yanıklı hastada hemşirelik bakımının yönetimi. *Selçuk Tıp Dergisi*, 31(1), 47-51.

Aksüllü, N., & Doğan, S. (2004). Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ili ki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 76-84.

Al, B., Güllü, M. N., Okur, H., Öztürk, H., Kara, İ. H., & Aldemir, M. (2005). Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde haşlanma ve alev yanıklarının epidemiyolojik özellikleri. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 14-21.

Alkın, T., & Onur, E. (2007). Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. Eds: Köroğlu E, güleç C, Şenol S.), *Psikiyatri Temel Kitabı*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, 296-303.

Al-Mousawi, A. M., Williams, F. N., Mlcak, R. P., Jeschke, M. G., Herndon, D. N., & Suman, O. E. (2010). Effects of exercise training on resting energy expenditure and lean mass during pediatric burn rehabilitation. *Journal of burn care & research*, 31(3), 400-408.

Altındağ, Ö., Altındağ, A., & Soran, N. (2006). Kronik ağrılı hastalarda depresyon düzeyinin ağrı şiddeti ve süresi ile ilişkisinin araştırılması. In *New/Yeni Symposium Journal Vol. 44, No. 4*, 178-81.

Altunseven, D.C. (2008). Yanık yarısında hemşirelik bakımı. *İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyum Dizisi*, 67, 119-127. http://www.steteskop.net/Tibbi_Makale-file-print-sid-1679.html(Erişim: 06.03.2023)

Ather, S., Harding, K. G., & Tate, S. J. (2009). *Advanced Textiles for Wound Care*. Woodhead Publishing, Duxford, UK, doi: <http://dx.doi.org/10.1533/9781845696306.1>, 3, 3-19.

Attia, A. F., Sherif, A. A., Mandil, A. M., Massoud, M. N., Abou Nazel, M. W., & Arafa, M. A. (1997). Epidemiological and sociocultural study of burn patients in Alexandria, Egypt. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 3 (3), 452-461.

Aydemir, K., Taşkaynatan MA. (2011). Yanık Rehabilitasyonu. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 9. Özel Sayı, 70-77.

Bacak, T. (2022). Yanık Ünitesinde Tedavi Edilen Hastaların Yanığa Özel Ağrı-Anksiyete Düzeyinin İncelenmesi (Doctoral dissertation, Bursa Uludağ University (Turkey)).

Bahar, A., & Taşdemir, H. S. (2008). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(2), 9-17.

Bahar, A., Sertbaş, G., & Sönmez, A. (2006). Diyabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7(1), 18-26.

Bayram, Y., Yıldırım, A. O., & Eyi, E. (2012). Yanıkta Acil, Acilde Yanık. TAF Preventive Medicine Bulletin, 11(3).

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of consulting and clinical psychology, 56(6), 893.

Beck, A. T., John Rush, A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1987). Cognitive Therapy of Depression, the Guilford Clinical Psychology and Psychopathology Series by Aaron. New York, NY: Booktopia

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

Bilodeau, B. A., & Degner, L. F. (1996, May). Information needs, sources of information, and decisional roles in women with breast cancer. In Oncology nursing forum, Vol. 23, No. 4, 691-696.

Blumenfield, M., & Tiamson, M. L. (2003). Consultation-liaison Psychiatry: A Practical Guide (Vol. 3). Lippincott Williams & Wilkins.

Boateng, J. S., Matthews, K. H., Stevens, H. N., & Eccleston, G. M. (2008). Wound healing dressings and drug delivery systems: a review. Journal of pharmaceutical sciences, 97(8), 2892-2923.

Böncü, M., Özacar, R., Halilçolar, H., & Aydemir, Ö. (2001). Akciğer kanserli olgularda anksiyete ve depresyon şiddeti. Akciğer Arşivi, 3, 112-115.

Brick, J., & Erickson, C. K. (1998). Drugs, the brain, and behavior: The pharmacology of abuse and dependence. Haworth Press.

Bunevicius A, Peceliuniene J, Mickuviene N, Valius L, Bunevicius R. 2007. Screening for depression and anxiety disorders in primary care patients. *Depress Anxiety*, 24(7), 455-60.

Butcher, M., & Swales, B. (2012). Reducing trauma associated with burns care using Safetac technology. *Nursing Standard (through 2013)*, 27(2), 57.

Cassem, E. H. (1995). Depressive disorders in the medically ill: an overview. *Psychosomatics*, 36(2), 2-10.

Cynthia, J. K. (2011). Nursing Management Burns. In L. L. Sharon, R. D. Shannon, M. H. Margaret, & B. Linda (Eds.), *Medical-Surgical Nursing* (8 ed., 515-539). Canada.

Çam Çelikel, F. (2003). Kronik ağrı, depresyon, anksiyete ve somatoform bozukluklar. Erişim 06.03.2023
http://lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/derindex/d_p/4/7.htm

Çam Çelikel, F., & Saatçioğlu, Ö. (2003). Kronik ağrı hastalarında depresif yakınmalar ve siddeti/Depressive symptoms in chronic pain patients. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(1), 20.

Çelik, H. C., & Acar T. (2007). Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 12(1), 23-27.

Çelik, SŞ. (2009). Yanık ve Hemşirelik Bakımı. F. Erdil ve N. Özhan-Elbaş. *Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği*, 756-775, Ankara.

Çınal, H., & Barın, E. Z. (2020). Bir Yanık Ünitesinin 5 Yıllık Deneyimi: 667 Yanık Olgusunun İncelenmesi. *Van Tıp Dergisi*, 27(1), 56-62.

Çizmeçi, O., Kuvat SV. (2011). Yanık Hastalarında Yara Bakımı. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 9 Özel, 51-54.
http://www.yogunbakimderg.com/makale_2605/Yanik-Hastalarinda-Yara-Bakimi

Çöl, M., Afşar, O.Z., Çöl, C., Çalışkan, D., Akdur, R. (1994). Ankara Numune Hastanesine başvuran yanık olgularının analizi. *Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi* Erişim 06.03.2023. http://www.turktel.net/cgi-bin/medshow.pl?makale_no=61696

David P Mackie and Jacqueline EHM Vet., (2009). Burns. In Andrew D. Bersten, Neil Soni (Eds). *Oh's Intensive Care Manual* (6 edition pp 821-828) Elsevier Health Sciences,

Diane, E. F., & Lynne, C. Y. (2007). Burns. In F. Monahan, J. Sands, M. Neighbors, J. Marek, & C. Green (Eds.), *Phipps: Medical-Surgical Nursing Health and İllness Perspective* (8 ed., pp. 1984-2020): Mosby.

Duran, A. (1999). Depresyon tedavisinde hastaya yaklaşım, farmakoterapi prensipleri, trisiklik ve tetrasiklik antidepressanlar, ssrı'lar ve snrı'ler. *Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu*, 93-106.

Durmuş, M., Muhsiroğlu, Ö., Yapıcı, A. K., Bayram, Y., & Eski, M. (2016). Yanıkta Tıbbi Beslenme Tedavisi. *Turkish Journal of Plastic Surgery*, 24(4).

Edwards, R. R., Smith, M. T., Klick, B., Magyar-Russell, G., Haythornthwaite, J. A., Holavanahalli, R., ... & Fauerbach, J. A. (2007). Symptoms of depression

and anxiety as unique predictors of pain-related outcomes following burn injury. *Annals of Behavioral Medicine*, 34(3), 313-322.

Eren, I., Erdi, Ö., & Şahin, M. (2008). The effect of depression on quality of life of patients with type II diabetes mellitus. *Depression and anxiety*, 25(2), 98-106.

Ersoy, M. A., & Elbi, H. (2000). Kanser hastalarında depresyonla ilişkili faktörler. *Türk Hematoloji Onkoloji Dergisi*, 10, 165-74.

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

Evans, Joel R., Berman, Barry, 1997, *Marketing, Seventh Edition*, Prentice Hall International

Faydali, S., & Bayraktar, N. (2011). Yanıklı Hastaların ve Yakınlarının Taburculuk Sonrası Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 13(1), 47-60.

Ferguson, S. L., & Voll, K. V. (2004). Burn pain and anxiety: the use of music relaxation during rehabilitation. *The Journal of burn care & rehabilitation*, 25(1), 8-14.

Gedük, E. A. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 253-258.

Gökcalp, P.G. (2000). Yaygın anksiyete bozukluğu. *İçinde Anksiyete Bozuklukları*. Ankara, Çizgi yayınevi, 137-155.

Gözalan, A. (2007) Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Hastanesi Yanık Kliniğinde Yatan Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri ve Sonucu Etkileyen Faktörler: Retrospektif Kohort Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

Greenhalgh, D. G. (2009). Topical antimicrobial agents for burn wounds. *Clinics in plastic surgery*, 36(4), 597-606.

Grisbrook, T. L., Reid, S. L., Edgar, D. W., Wallman, K. E., Wood, F. M., & Elliott, C. M. (2012). Exercise training to improve health related quality of life in long term survivors of major burn injury: a matched controlled study. *Burns*, 38(8), 1165-1173.

Gurvits, T. V., Shenton, M. E., Hokama, H., Ohta, H., Lasko, N. B., Gilbertson, M. W., ... & Pitman, R. K. (1996). Magnetic resonance imaging study of hippocampal volume in chronic, combat-related posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, 40(11), 1091-1099.

Güngör, S., & Andı, S. (2022). Yanık ve Donmada Acil Hemşirelik Bakımı. *Sağlık & Bilim 2022: Acil Cerrahi Hemşireliği*, 55.

Gürdal, S. Ö. & Yücel T. (2007). Yanık giriş. *epidemiyoloji ve etiyolojisi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 3(1), 1-3.

Hacıoğlu, M. (2006). Ağrının psikiyatrik yönü. İçinde Ağrı Doğası ve Kontrolü. Eti Aslan, F. (Ed.). İstanbul. Bilim Yayınları, 335-345.

Hartford, C. E. (2012). Care of outpatient burns. Total burn care. 4th ed. Philadelphia, PA: Saunders, 81-92.

Hatef, D. A., & Hollier Jr, L. H. (2009). Pathophysiologic Response to Severe Burn Injury. Journal of Craniofacial Surgery, 20(4), 1300-1301.

Hettiaratchy, S., & Dziwulski, P. (2004). Pathophysiology and types of burns. Bmj, 328(7453), 1427-1429.

Hisli, N. (1989). "Beck Depresyon Envanterinin Üniversite Öğrencileri İçin Geçerliliği Güvenirliği", Psikoloji Dergisi, 23, 3-13.

Husain, M. M., Rush, A. J., Trivedi, M. H., McClintock, S. M., Wisniewski, S. R., Davis, L., ... & Fava, M. (2007). Pain in depression: STAR* D study findings. Journal of psychosomatic research, 63(2), 113-122.

Işık, E. (1996). Nevrozlar Anksiyete Bozuklukları, Somatoform Bozukluklar, Dissosiatif Bozukluklar, Yapay Bozukluklar. Ankara, Kent Matbaası.

İnce, H., Eyüp Kandemir, E., Korur, Ş., Korur Fincancı, Ş., Özalp, B., Aksu, K., Güloğlu, R. (2008). Yanık travmalarında hayati tehlike kararına yeni yaklaşım. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi. 71, 1-4.

Jeschke, M. G., Gauglitz, G. G., Kulp, G. A., Finnerty, C. C., Williams, F. N., Kraft, R., ... & Herndon, D. N. (2011). Long-term persistence of the pathophysiologic response to severe burn injury. PloS one, 6(7), e21245.

Johnson, R. M., & Richard, R. (2003). Partial-thickness burns: identification and management. Advances in skin & wound care, 16(4), 178-187.

Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. Humanistic Perspective, 3(1), 186-194.

Kalav, S. (2011). İnme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Karateke, Y., & Ağrı, Y. H. (2010). Anksiyete ve Depresyon İlişkisinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul.

Kaya M, Karaman Özlü Z. (2020) Sanal Gerçekliğin Çocuklarda Yanık Pansumanı Sırasındaki Ağrı, Kaygı ve Korku Düzeyine Etkisi. (Doktora Tezi). Erzurum, Atatürk Üniversitesi.

Kayahan, M., & Sertba, G. (2007). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlar arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8, 113-120.

Kazanasmaz, Ö., & Nadire, D. İ. N. Ç. (2019). Yanık Ünitesinde Takip Edilen Pediatrik Yaş Grubu Olguların Klinik Değerlendirmesi. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 16(3), 535-539.

Kelleci, M. (1998). Bedensel hastalıkla birlikte depresyonu olan hastalara hemşirelerin yaklaşımlarının incelenmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

Kelsey, J. E. (2002). Treatment strategies in achieving remission in major depressive disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, 106, 18-23.

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

Kocaman, N. (2008). Tıbbi Hastalığa Psikososyal Tepkiler. Journal of Istanbul Faculty of Medicine, 71(2), 52-58.

Kocatürk, B., Teyin, M., Balci, Y., & Eşiyok, B. (2005). Evaluation of burn cases presenting in the Osmangazi University Hospital emergency room Osmangazi Üniversitesi Hastanesi acil servisi'ne başvuru yapmış yanık olgularının değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 25(3).

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

Kroenke, C. H., Kubzansky, L. D., Schernhammer, E. S., Holmes, M. D., & Kawachi, I. (2006). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. Journal of clinical oncology, 24(7), 1105-1111.

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

Kurşun, Ş. (2007). Yanık ağrısı ve hemşirelik bakımı. Florence Nightingale Journal of Nursing, 15(60), 195-199.

Kurtoğlu, A. H., & Karataş, A. (2009). Current approaches to wound therapy: modern wound dressings. Journal of Faculty of Pharmacy of Ankara University, 38(3), 211-232.

Latenser, B. A. (2009). Critical care of the burn patient: the first 48 hours. Critical care medicine, 37(10), 2819-2826.

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

Lloyd, E. C., Rodgers, B. C., Michener, M., & Williams, M. S. (2012). Outpatient burns: prevention and care. American family physician, 85(1), 25-32.

Loncar, Z., Bras, M. ve Mickovic, V. (2006). The relationships between burn pain, anxiety and depression. Collegium Antropologicum. 30(2), 319-325.

Erişim

06.03.2023.http://scholar.google.com.tr/scholar?hl=tr&q=The+relationships+between+burn+pain%2C+anxiety+and+depression%2C+Collegium+Antropo+logicum&btnG=Ara&lr=&as_ylo=&as_vis=0.

Mackie and Jacqueline EHM Vet., (2009). Burns. İn Andrew D. Bersten, Neil Soni (Eds). Oh's Intensive Care Manual, 6 edition, 821-828, Elsevier Health Sciences.

Matthews, G., & Wells, A. (2000). Attention, automaticity, and affective disorder. Behavior modification, 24(1), 69-93. <https://doi.Org/10.1177/0145445500241004>

Mazzeo, A. S., Price, L. A., & Gerold, K. B. (2014). Burn care procedures. Roberts and Hedges' Clinical Procedures in Emergency Medicine. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders.

McDaniel, R., Ebert-Khosla, S., Hopwood, D. A., & Khosla, C. (1995). Rational design of aromatic polyketide natural products by recombinant assembly of enzymatic subunits. Nature, 375(6532), 549-554.

Niti, M., Ng, T. P., Kua, E. H., Ho, R. C. M., & Tan, C. H. (2007). Depression and chronic medical illnesses in Asian older adults: the role of subjective health and functional status. International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences, 22(11), 1087-1094.

Oğuzhanoğlu, N.K. (2001). Tıbbi durumlar ve depresyon. Duygudurum Dizisi.3, 116-125.

Okut, A. U. U. D. G. Transplantasyon Hastasında Yanık. İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, 31.

Özalp, E., Cankurtaran, E. S., Soygür, H., Özdemir Geyik, P., & Jacobsen, P. B. (2007). Screening for psychological distress in Turkish cancer patients. Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 16(4), 304-311.

Özkan, S. (1993). Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kitabı İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi. Psikiyatri Anabilim Dalı, 201-209.

Özkan, S. (1999). Konsültasyon Liyazon Psikiyatrisi Kongre Kitabı. Novartis AŞ İstanbul, 36, 49.

Özmen, D. M. (1999). Depresyonun psikoterapisi. İçinde: Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller. Ed: Eker E, İstanbul Üniversitesi. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitimi Komisyonu Yayını, İstanbul, 17, 121-131.

Öztürk, A. S., Yirmibeşoğlu, E., Erkal, H. ř., & Egehan, İ. (2005). Kanser hastalarında tanı ve tedavi sürecini etkileyen değişkenler. Journal of Turgut Ozal Medical Center, 12(2), 83-87.

Öztürk, D., & Akyolcu, N. (2016). Ciddi Yanıklı Hastanın Acil Dönemdeki Bakımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(1), 49-58.

Öztürk, M.O. (2002). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 9. Basım, Ankara: Feryal Matbaası

Park, S. Y., Choi, K. A., Jang, Y. C., & Oh, S. J. (2008). The risk factors of psychosocial problems for burn patients. *Burns*, 34(1), 24-31.

Parlar Köprülü, R. E., Mutlu, G., İpekçi, E., & Okur, M. E. (2022). Yara fizyolojisi ve deneysel yara modelleri: Geleneksel derleme. *Literatür Eczacılık Bilimleri Dergisi*.

Paul, W., & Sharma, C. P. (2004). Chitosan and alginate wound dressings: a short review. *Trends Biomater Artif Organs*, 18(1), 18-23.

Porter, C., Hardee, J., Herndon, D. N., & Suman, O. E. (2015). The role of exercise in the rehabilitation of patients with severe burns. *Exercise and sport sciences reviews*, 43(1), 34.

Przedziecki, A., Sherman, K. A., Baillie, A., Taylor, A., Foley, E., & Stalgis-Bilinski, K. (2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psycho-oncology*, 22(8), 1872-1879.

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

Roberts JR. (2003). Minor burns: initial therapy. *Emerg Med News*;25(3), 28-31.

Ryan, R. M., Sheldon, K. M., Kasser, T., & Deci, E. L. (1996). All goals are not created equal: An organismic perspective on the nature of goals and their regulation.

Saatçioğlu, Ö. (2001). Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 11(1), 60-77.

Savrun, B. M. (1999). Depresyonun tanımı ve epidemiyolojisi. Depresyon, somatizasyon ve psikiyatrik aciller sempozyumunda sunuldu, İstanbul, 11-17.

Schildkraut, J. J. (1965). The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *American journal of Psychiatry*, 122(5), 509-522.

Serghiou, M. A., Ott, S., Whitehead, C., Cowan, A., McEntire, S., & Suman, O. E. (2012). Comprehensive rehabilitation of the burn patient. In *Total Burn Care: Fourth Edition*, 517-549, Elsevier Inc.

Shah, P. J., Ebmeier, K. P., Glabus, M. F., & Goodwin, G. M. (1998). Cortical grey matter reductions associated with treatment-resistant chronic unipolar depression: controlled magnetic resonance imaging study. *The British journal of psychiatry*, 172(6), 527-532.

Sheline, Y. I., Wang, P. W., Gado, M. H., Csernansky, J. G., & Vannier, M. W. (1996). Hippocampal atrophy in recurrent major depression. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 93(9), 3908-3913.

Slattery, D. A., Hudson, A. L., & Nutt, D. J. (2004). Invited review: the evolution of antidepressant mechanisms. *Fundamental & clinical pharmacology*, 18(1), 1-21.

Smeltzer SC., Bare B: Brunner &Saddarth's medical-surgical nursing, 10th edition, Lippincolt Williams &wilkins, Philedelphia 2004, 1074-1740.

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

Steenkamp, W. C., & Albertyn, R. (2008). Psychosocial factors that influence the outcome of burn treatment. *CME: Your SA Journal of CPD*, 26(9), 424-426.

şahin, A. H. Yanık Yarası Tedavisinde Biyolojik Pansuman Olarak Kullanılmak Üzere Hazırlanan Amniyotik Membranın Gliserol ile Prezervasyonu. *Balıkesir Medical Journal*, 5(2), 84-90.

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

Taylan, S., Sultan, A. L. A. N., & Kadioğlu, S. (2012). Hemşirelik Roller ve Özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(3), 66-74.

Tenehaus, M., & Hans-Oliver, R. (2018). Topical agents and dressings for local burn wound care. *UpToDate*, Waltham, MA. [pristupljeno 7. travnja 2020.].

Thombs, B. D. (2007). Use of the Beck Depression Inventory for assessing depression in patients hospitalized with severe burn Disentangling symptoms of depression from injury and treatment factors. *Burns*, 33(5), 547-553.

Thombs, B. D., Bresnick, M. G., & Magyar-Russell, G. (2006). Depression in survivors of burn injury: a systematic review. *General hospital psychiatry*, 28(6), 494-502.

Tintinalli, J. E., Stapczynski, J. S., Ma, O. J., Yealy, D. M., Meckler, G. D., & Cline, D. M. (2016). *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide*, 8e. McGraw Hill Education.

Tosun A, Irak M (2008) Üstbiliş Ölçeği-30'un Türkçe uyarlaması, geçerliği, güvenilirliği, kaygı ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilişkisi. *Turk Psikiyatri Derg*, 19, 67-80.

Travado, L., Ventura, C., Martins, C., & Veloso, I. (2001). Psychological assessment of the burn in-patient. *Annals of Burns and Fire Disasters*, 14(3), 138-142.

Tunç, A. Y., & Yapıcı, G. (2019). Bir tıp fakültesindeki öğrencilerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health*, 17(2), 153-168.

Tunçer, Ö. (1999). Depresyon ve somatizasyon. Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller, 47-52.

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

Uğur, K., Kartal, F., Mete, B., Tamam, L., & Demirkol, M. E. (2021). The Relationship Between Peritraumatic Dissociation and Anxiety Level, Perceived Stress, Anxiety Sensitivity and Coping with Earthquake Stress in Post-Earthquake Acute Stress Disorder Patients. Turk Psikiyatri Dergisi, 32(4), 253.

Ulusoy, M., Sahin, N. H., & Erkmen, H. (1998). Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. Journal of cognitive psychotherapy, 12(2), 163.

Uzday, T. (2004). Anksiyete ve depresyonun nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 4(3), 1-11.

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

Ünlügenç, H. (2008). Yanık ve Ağrı, Galenos Aylık Tıp Dergisi, 33, 90-97

Van Loey, N. E., & Van Son, M. J. (2003). Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. American journal of clinical dermatology, 4, 245-272.

VanDalfsen, P. J., & Syrjala, K. L. (1990). Psychological strategies in acute pain management. Critical care clinics, 6(2), 421-431.

Wells, K. B., Rogers, W., Burnam, M. A., & Camp, P. (1993). Course of depression in patients with hypertension, myocardial infarction, or insulin-dependent diabetes. American Journal of Psychiatry, 150, 632-632.

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

Williams, C. (2009). Successful assessment and management of burn injuries. Nursing Standard, 23(32), 53-59.

Willis, C. E., Grisbrook, T. L., Elliott, C. M., Wood, F. M., Wallman, K. E., & Reid, S. L. (2011). Pulmonary function, exercise capacity and physical activity participation in adults following burn. Burns, 37(8), 1326-1333.

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

Yavuz, M. (2013). Yanıklar. A. Karadakovan ve F. Eti Aslan (Ed.). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. (s.1019-1047). Adana: Nobel kitapevi.

Yazıcı, K., Tot, Ş., Yazıcı, A., Erdem, P., Buturak, V., Okyay, Y., & Şimşek, Y. (2003). Bedensel Hastalığı Olan Kişiler Arasında Psikiyatrik Yardıma İhtiyacı Olanlar Tanınabiliyor mu? Klinik Psikiyatri Dergisi, 6(1), 27-31.

Ye, E. M. (1998). Psychological morbidity in patients with facial and neck burns. Burns, 24(7), 646-648.

Yoon, H. J., Seo, E. H., Kim, J. J., & Choo, I. H. (2019). Neural correlates of self-referential processing and their clinical implications in social anxiety disorder. Clinical Psychopharmacology and Neuroscience, 17(1), 12.

Yorgancı, K., & SG, G. (2007). Ciddi yanık hastasının izlem ve tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi, 38(3), 135-140.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. Acta psychiatrica scandinavica, 67(6), 361-370.

Zor, F., Ersöz, N., Külahçı, Y., Emin, K. A. P. I., & Bozkurt, M. (2009). Birinci basamak yanık tedavisinde altın standartlar. Dicle Tıp Dergisi, 36(3), 219-225.

8 EKLER

EK A Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmacının/Hekimin Açıklaması

Çalışma kapsamında bilinmesi gereken durumlar ve araştırmacılar ile gönüllülerin uyması gereken kurallar

Araştırmaya katılmanız durumunda;

1. Sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.
2. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.
3. Hekim ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı gösterilecektir.
4. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz çok büyük bir hassasiyetle korunacaktır.
5. Çalışma sırasında meydana gelebilecek sağlığınız ile ilgili ve diğer olumsuzlukların sorumluluğu araştırmacılara aittir.
6. Gönüllü olarak katıldığınız çalışmanın herhangi bir aşamasında araştırmadan ayrılabilirsiniz. Ancak ayrılmadan önce araştırmacılara bu durumu bildirmeniz önemlidir.
7. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda tedavinizde ve klinik izlemlerinizde hiçbir değişiklik olmayacak, her zaman olduğu gibi aynı özen ve ihtimam ile hastalığınızın tedavisi sürdürülecektir.

Katılımcının (Gönüllü) / Hastanın Beyanı

İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yarı Zamanlı Dr. Öğretim Üyesi Semra BÜLBÜLOĞLU ve Yüksek Lisans Öğrencisi Büşra ŞEN tarafından yapılmaktadır. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam, araştırmacı ile aramda kalması gereken, bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı gösterileceği, araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı kesin ve net bir şekilde belirtilmiştir.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Benden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve bana da herhangi bir ödeme yapılmayacağı net ve kesin bir şekilde ifade edilmiştir.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğum bildirilmiştir. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını da bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun, araştırma sürecinde araştırma ile ilgili ortaya çıkabilecek sağlık durumuyla ilgili olumsuzluklarda sorumluluk araştırmacılara ait olup parasal bir yük altına girmeyeceğim.

Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; günün herhangi bir saatinde Dr Semra Bülbüloğlu'na, 05324968115 numaralı telefonlardan ulaşarak danışabileceğimi biliyorum.

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

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (gönüllü) olarak yer alma kararını tamamen hür iradem ile almış bulunuyorum. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllük içerisinde kabul ediyorum.

Tarih

Katılımcı (Gönüllü)

Adı, Soyadı:

Adres :

Telefon :

İmza :

Görüşme Tanığı

Adı, Soyadı:

Adres:

Telefon:

İmza:

Katılımcı (Gönüllü) ile Görüşen Araştırmacı

Adı, Soyadı, Unvanı:

Adres:

Telefon:

İmza:

(Tüm sayfaları imzalı bu formun bir kopyası katılımcıya verilecektir)

EK B Hasta tanıtım formu

HASTA TANITIM FORMU

1) Yaş:

2) Cinsiyet

a) Kadın

b) Erkek

3) Medeni durum

a) Evli

b) Bekar

4) Eğitim durumu

a) Okur yazar

b) İlk öğretim

c) Orta öğretim

d) Üniversite ve üstü

5) Geçirdiği ameliyat:.....

6) Yanık sonrası kaçınıcı günü:.....

7) Yanık Yüzdesi.....

8) Yanık Bölgesi.....

EK C Beck depresyon envanteri

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

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

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

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

2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0.** Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0.** Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- 0.** Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi	Toplam
• Minimal depresyon	0-9
• Hafif depresyon	10-16
• Orta depresyon	17-29
• Şiddetli depresyon	30-63

EK D Beck anksiyete ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

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

Toplam BECK-A skoru:.....

EK E Kurum izni

AKADEMİK KURUL KARARLARI

18.11.2021

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği Yanık Merkezinde yatan hastalarla ilgili aşağıda adı belirtilen çalışmaların yapılmasına izin verilmesi uygun görülmüştür.

- Yanık hastalarında algılanan stresin beden imajına etkisi
- Yanık yaralanmasının günlük yaşam aktiviteleri ve konfora etkisi
- Yanık hastalarının sosyal destek algısının psikolojik sağlamlığa etkisi
- Yanık hastalarında distresin anksiyete ve depresyona etkisi
- Yanık yaralanmalarında COVID-19 korkusunun algılanan stres ve ölüm korkusuna etkisi

EK F Etik kurul kararı



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sayı : E-69396709-050.06.04-246802
Konu : Etik Kurul Kararı (Büşra ŞEN)

21.12.2022

Sayın Büşra ŞEN

Üniversitemiz Etik Kurulu'nun 16.12.2022 tarih ve 2022/25 sayılı toplantısında alınan karar ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A. Ercan GEGEZ
Rektör

Ek:ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ 11 (1 Sayfa)



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul 16/12/2022 tarih ve 2022/25 No'lu
Kurul Karar Örneği

KARAR NO-11: Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Bölümü yüksek lisans programı öğrencisi **Büşra Şen'e** ait "**Yanık Hastalarında Distresin Anksiyete ve Depresyona Etkisi**" isimli çalışması görüşüldü. **Yapılan görüşmeler sonucunda;** öğrenci Büşra Şen'in çalışmasının, raportörün görüşü doğrultusunda etik ilkelere uygun olduğuna katılanların oy birliği ile karar verildi.

Prof. Dr. Ali AKDEMİR
Kurul Başkanı
ASLI GİBİDİR
19/12/2022

9 ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Büşra ŞEN
Doğum Yeri ve Tarihi : -
Elektronik posta : -
İletişim Adresi : -
ORCID Numarası : 0000-0002-9552-4127

Öğrenim Durumu

2014 – 2017 Lisans: Afyon Kocatepe Üniversitesi– Hemşirelik
2021 – 2023 Yüksek Lisans: İstanbul Arel Üniversitesi – Hemşirelik

Yayın Listesi:

Şen B., Yılmaz R., Bülbüloğlu S., 'Kalsiyum Glukonat Yanığı, Olgu Sunumu' Medikal ve Cerrahi Tedavi Uygulamaları ve Bakım Yönetimi. (1.Ed) Çukurova Tıp Kitabevi, Antalya, Türkiye (ISBN:978-605-2369-49-4). 2022; 783-784.

Ulusal/Uluslararası Bildiri Listesi:

Şen B., Bülbüloğlu S., 'İyileşemeyen Cerrahi Yara: Problemlili Yara İzlemi ve Bakımı' 4. Uluslararası, 12. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresi, Antalya, Türkiye, 13-16 Ocak 2022.