



T.C.

TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ACİL TIP ANABİLİM DALI

ACİL TIP HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ACİL SERVİS SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YANIKLI HASTA
YÖNETİMİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Reyhan ATALAY

Danışman: Doç. Dr. Mehmet ESEN

TOKAT- 2025

ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Doç. Dr. Mehmet ESEN danışmanlığında hazırlamış olduğum “Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Yanıklı Hasta Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeyleri” adlı Yüksek Lisans tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

.../.../...

Reyhan ATALAY

JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI

Reyhan ATALAY tarafından hazırlanan “**Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Yanıklı Hasta Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeyleri**” adlı tez çalışmasının savunma sınavı 29.08.2025 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen Jüri tarafından Oy Birliği ile Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri(Ünvanı, Adı Soyadı)**İmzası**

Üye (Başkan): Doç. Dr. Mehmet Esen

.....

Üye: Doç. Dr. Yusuf Kenan Tekin

.....

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Osman Demir

.....

ONAY

...../...../.....

Lisansüstü Eğitim Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmamın her aşamasında acil tıbbın ilkelerini öğrendiğim, anlayışlı ve sabırlı yaklaşımıyla, tecrübe ve bilgisini benimle paylaşan, öğrencisi olmaktan onur duyduğum, desteğini esirgemeyen kıymetli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Mehmet Esen'e,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana yol göstererek deneyimlerini paylaşan Gaziosmanpaşa Üniversitesi Acil Tıp Hemşireliği Yüksek Lisans Programındaki değerli hocalarıma,

Verilerin istatistik analizinde bilgi ve deneyimlerini paylaşan Dr. Öğr. Üyesi Osman Demir'e,

Sağlık ekibinin vazgeçilmez üyeleri olan ve yoğun çalışma şartları arasında değerli vakitlerini ayırıp, çalışmaya katılmayı kabul eden değerli hekim, hemşire paramedik ve atlere,

Şimdiye kadar ki yaşamım boyunca sevgi ve desteklerini hissettirerek her zaman yanımda olan haklarını asla ödeyemeyeceğim canım annem Züleyha Gül ve canım babam Ahmet Gül'e, ablam Leyla Tekgül ve eniştem Mehmet Tekgül'e, kıymetli abilerime, canım kardeşlerime, beni sabırla Şırnak'ta bekleyen, her türlü cefamı çeken sevgili eşim Sinan Atalay'a sonsuz teşekkürlerimle...

Reyhan ATALAY

Ağustos

2025

ÖZET

ACİL SERVİS SAĞLIK ÇALIŞANLARININ YANIKLI HASTA YÖNETİMİNE İLİŞKİN BİLGİ DÜZEYLERİ

Atalay, Reyhan

Yüksek Lisans, Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Mehmet Esen

Ağustos 2025, xii + 52 sayfa

Yanık travmaları morbidite ve mortalitesi oldukça yüksek, acil müdahale gerektiren durumlardır. Yanık travmalı hastalara ilk 24 saat içindeki yapılan müdahaleler hastaların prognozunu önemli oranda etkiler. Bu çalışma acil servis sağlık çalışanlarının yanık travmalı hasta yönetimine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte olan bu çalışma Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi Acil servisine 31 Mart 2024 – 31 Ağustos 2024 tarihleri arasında gönüllü olarak çalışmaya katılan 117 sağlık çalışanı dahil edildi. Veriler sosyodemografik veri formu kullanılarak toplandı. Veriler IBM SPSS 22 İstatistik (IBM SPSS, Türkiye) yazılımı kullanılarak analiz edildi. Veriler tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, ortanca, frekans) kullanılarak analiz edildi. Bağımsız örneklerin değerlendirilmesi için Student's t testi kullanıldı. $P<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir. Araştırmaya toplam 117 sağlık çalışanı 57 erkek (%48,7) ve 60 kadın (%55,6) olmak üzere, doktor 55 (%47,0), hemşire 43 (%36,8), paramedik 19 (%16,2) dahil edilmiştir. Araştırmaya katılanlarda alınan puan ortalamasının 66,75 olduğu en düşük puanın 30 olduğu en yüksek puanın 85 olduğu saptandı. Yanıklı hastada ilk müdahale hususunda kendini yeterli hissedenden 61 (%52,1) kişi, hissetmeyen 56 (%47,9) kişi olduğu tespit edilmiştir. Meslekte çalışma yılı 6 ay-1yıl ($70,44\pm15,29$) olanlarla 2-5 yıl ($71,43\pm11,62$) olanların 6 yıl ve üzeri ($62,58\pm18,52$) çalışma yılı olanlara göre daha başarılı olduğu saptandı ($p<0,05$). Doktorların ($75,18\pm10,71$) puan ortlamasının diğer hemşire ($58,49\pm15,91$) ve paramediklere ($61,05\pm11,85$) göre daha yüksek olduğu saptandı($p<0,05$). Acil serviste görev yapan sağlık çalışanlarının yanık vakalarına ilişkin bilgi düzeyinin düşük olduğu saptandı. Acil servis gibi özellikli bir alanda çalışan sağlık çalışanlarının, yanıkta hasta yönetimine ilişkin bilgilerini güncel tutmalarının gerekli olduğu, kendilerini geliştirmeye yönelik yanıkla ilgili faaliyetlere katılmaları ve çalıştığı

kurumlarda da yanıklı hasta yönetimine ilişkin eğitimleri düzenli aralıklarla tekrarlamaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yanık, Acil Servis, Bilgi Düzeyi, Tedavi Yaklaşımı



ABSTRACT**EMERGENCY SERVICE HEALTH CARE WORKERS' KNOWLEDGE LEVELS ON
BURN PATIENT MANAGEMENT**

Atalay, Reyhan

Master's Degree, Department of Emergency Medical Nursing

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Dr. Mehmet Esen

August 2025, xii+ 52 Pages

Burn traumas are conditions with high morbidity and mortality, requiring urgent intervention. Interventions performed on burn trauma patients within the first 24 hours significantly affect their prognosis. This study was conducted to assess the knowledge level of emergency room healthcare professionals regarding the management of burn trauma patients. This descriptive study included 117 healthcare professionals who volunteered at the emergency department of Tokat Gaziosmanpaşa University Hospital between March 31, 2024, and August 31, 2024. Data were collected using a sociodemographic data form. Data were analyzed using IBM SPSS 22 Statistics software (IBM SPSS, Turkey). Data were analyzed using descriptive statistical methods (minimum, maximum, mean, standard deviation, median, frequency). Student's t-test was used to evaluate independent samples. $P < 0.05$ was considered significant. A total of 117 healthcare professionals, 57 male (48.7%) and 60 female (55.6%), including 55 doctors (47.0%), 43 nurses (36.8%), and 19 paramedics (16.2%), were included in the study. A total of 117 healthcare workers, 57 male (48.7%) and 60 female (55.6%), were included in the study; 55 (47.0%) doctors, 43 (36.8%) nurses, and 19 (16.2%) paramedics. It was found that the average score of the participants in the study was 66.75, the lowest score was 30, and the highest score was 85. It was determined that 61 (52.1%) people felt competent in first aid for burn patients, and 56 (47.9%) did not. It was found that those with 6 months-1 year of work (70.44 ± 15.29) and 2-5 years (71.43 ± 11.62) were more successful than those with 6 years or more (62.58 ± 18.52) ($p < 0.05$). The mean score for physicians (75.18 ± 10.71) was found to be higher than that of other nurses (58.49 ± 15.91) and paramedics (61.05 ± 11.85) ($p < 0.05$). It was determined that the knowledge level of emergency room healthcare professionals regarding burn cases was low. It is recommended that healthcare professionals working in specialized areas such as

emergency rooms keep their knowledge of burn patient management current, participate in burn-related activities for personal development, and regularly attend burn patient management training in their respective institutions.

Keywords: Burn, Emergency Department, Knowledge Level, Treatment Approach



İÇİNDEKİLER

Sayfa

ETİK SÖZLEŞME.....	i
JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Yanığın Tanımı	3
2.2. Yanığın Sınıflandırılması	3
2.2.1. Derinliğine Göre Yanıklar	3
2.2.2. Türlerine Göre Yanık	5
2.2.3. Şiddetine Göre Yanıklar	6
2.3. Yanık Alanının Değerlendirilmesi	7
2.3.1. Yanık genişliği.....	7
2.4. Yanık Yaralanmalarının Fizyopatolojisi	10
2.4.1. Vücuttaki Lokal Etkiler	10
2.4.2. Vücudun Sistemik Tepkisi	11
2.5. Yanık Hastasının Tedavisi	12
2.5.1. Hastane Öncesi Tedavi	12
2.5.2. Acil Serviste Yanık Tedavisi.....	12
2.6. Yanık Ünite/Merkezine Nakil	14
2.7. Yanık Yarasının Tedavisi.....	14
2.8. Yanık Hastasında Ağrı Yönetimi	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	16
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	16
3.4. Verilerin Toplanması	16
3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	17
3.5. Araştırmanın Etik Yönü	17
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	17
3.6.1. İstatistiksel Analiz	17
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	17
4. BULGULAR.....	18
5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	41
7. KAYNAKLAR	43
8.EKLER.....	47

Ek 1. Veri Toplama Formu	47
Ek 2. Etik Kurul Kararı	52
9. ÖZGEÇMİŞ	53



TABLOLAR

	Sayfa
Tablo 2.1. Yanık Şiddetinin Sınıflandırılması	6
Tablo 2.2. Wallace’in 9’lar Kuralı	8
Tablo 2.3. Lund- Browder Şeması	9
Tablo 4.1. Sosyodemografik Değişkenlerin Sayı Ve Yüzde Dağılımı	18
Tablo 4.2. Nicel Değişkenler Dağılımı	20
Tablo 4.3 Yaşın Nitel Değişkenlere Göre Dağılımı	20
Tablo 4.4. Puanın Nitel Değişkenlere Göre Dağılımı	21
Tablo 4.5. Cinsiyete Göre Nitel Değişkenler Dağılımı	23
Tablo 4.6. Medeni Duruma Göre Nitel Değişkenler Dağılımı	24
Tablo 4.7. Meslekte Çalışma Yılına Göre Nitel Değişkenler Dağılımı	25
Tablo 4.8. Mesleğe Göre Nitel Değişkenler Dağılımı	26
Tablo 4.9. Yanıklı Hastayla Karşılaşmaya Göre Nitel Değişkenler Dağılımı	27
Tablo 4.10. Yanıklı Hastaya İlk Müdahale Yapma Sıklığının Nitel Değişkenler Göre Dağılımı	29
Tablo 4.11. Yanıklı Hastanın Resüsitasyonuna (Entübasyon-Cpr) Katılıp Katılmamaya Göre Nitel Değişkenler Dağılımı	30
Tablo 4.12. Yanık Öyküsüne Göre Nitel Değişkenler Dağılımı	31
Tablo 4.13. Yanık Nedeniyle Hastanede Yatarak Tedavi Almaya Göre Nitel Değişkenler Dağılımı	32
Tablo 4.14. Yanık Nedeniyle Vücutta Skar Oluşup Oluşmamasına Göre Nitel Değişkenler Dağılımı	33
Tablo 4.15. Yanıklı Hastaya Müdahale Yapma Konusunda Yeterliliğe Göre Nitel Değişkenler Dağılımı	35

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 2.1. Dokuzlar Kuralı	8
Şekil 2.2. Pratik Hesaplama	8
Şekil 2.3. Yetişkin Hastalarda Vücut Yüzey Alanının Yüzde Olarak Şematize Edilmesi	9
Şekil 4.1. Sosyodemografik Verilerin Şematik Görünümü	18



SİMGELER VE KISALTMALAR

ADH: Antidiüretik Hormon

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

NSAİ: Non Steroid Antienflamatuar İlaçlar

YYAY: Yanık Yüzey Alanı



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Deri, vücudun en dış yüzeyinde bulunarak tüm yüzeyini saran ve vücudu her türlü enfeksiyonlardan, ultraviyole ışıklardan ve vücudu aşırı sıvı kaybından koruyan hayati organımızdır. Epidermis ve dermis olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Epidermis en dıştaki üst katmandır ve ektodermden köken alması nedeniyle kısa sürede kendini yenileme yeteneğine sahiptir. Dermisin ise daha çok destek işlevi vardır ve deriye elastikliğini veren lifli, damarlar ile sinirleri içeren bir dokudur. Derinin sadece epidermis tabakasını ilgilendiren yaralanmalarda yanık alanı bir müdahale gerekmezken kendiliğinden iyileşebilmektedir(Friedstat ve ark., 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yanıkları “öncelikle ısı veya radyasyon, radyoaktivite, elektrik, sürtünme veya kimyasallar nedeniyle ciltte veya diğer organik dokularda meydana gelen yaralanma” olarak tanımlamaktadır (World Health Organization (WHO), 2023).

Dünyada her yıl tahminen 11 milyon insanın yanıktan etkilendiği, yanıklardan kaynaklanan 180.000 bin ölüm olduğu ve bunların da sıklıkla düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği bilinmektedir (WHO, 2023). Amerika Birleşik Devletleri’nde her yıl tahminen 2 milyon insanın yanıktan yaralandığı bunların 100.000 kadarının hastane yatışı gerektirdiği ve 5 bininin yanıktan dolayı öldüğü bildirilmiştir(Fadeyibi ve ark., 2015).

Türkiye’de her yıl yaklaşık olarak bir milyon kişinin yanıktan etkilendiği, etkilenen yaklaşık 13 bin kişinin hastane yatışı gerektirdiği, 2000 kadar kişinin de öldüğü bilinmektedir(Atabey, t.y.). Birinci basamaktan acil servise yönlendirilen hastalar içerisinde yanıklar Polat ve ark. çalışmasında %5,2, Çivi ve ark. çalışmasında %1,8 olarak bulunmuştur(Polat ve ark., 2002).

Yanıklar, trafik kazalarını, düşmeleri ve kişilerarası şiddeti takip eden dünyadaki en yaygın dördüncü travma türüdür. Küresel halk sağlığı sorunu olan yanıkların yaklaşık yüzde 90’ı düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir (Peck, 2011; WHO, 2023).

Tüm dünyada ve ülkemizde sıklıkla rastlanan yanık yaralanmaları, birey ve ailenin fiziksel ve psikolojik sağlığında sapmalar meydana getirerek, sosyoekonomik yüklerle neden olarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (Öztürk ve Akyolcu, 2016; Smolle ve ark., 2017).

Yanık tedavisi ve bakımının amacı ağrıyı ve enfeksiyonu en aza indirmek, kozmetik deformasyonları azaltmak, zamanında iyileşmeyi sağlamak, fiziksel ve psikolojik rehabilitasyonu sağlamak, hastanın fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesini engellemektir. Tüm bu hedeflere ulaşmak için hastayla en çok vakit geçiren yanık bakım hemşireleri eğitici, danışmanlık ve destekleyici rollerini kullanarak hastanın bilgi gereksinimini, özbakım uygulama yetersizliğini, motivasyon eksikliğini gidermeli, hastanın kendi bakımını üstlenmesine ve özgüveninin gelişmesine bütüncül bakım vererek yardımcı olmalıdır (Gümüş & Özlü, 2017; Karahan ve ark., 2022).

Araştırma acil serviste yanıklı hastalarda bulunan eksik ve hatalı uygulamaları tespit etmek, yanık travmalı hastaların bakımının yönetimi konusunda acil servis sağlık çalışanlarının bilgi ve farkındalık düzeylerini arttırmak için önemlidir. Yanık travmaları morbidite ve mortalitesi oldukça yüksek, acil müdahale gerektiren durumlardır.

Yanık travmalı hastalara ilk 24 saat içindeki yapılan müdahaleler hastaların prognozunu önemli oranda etkiler. Amacımız acil serviste çalışan hekim, paramedik, sağlık memuru, acil tıp teknikeri ve hemşirelerin yanık travmalı hasta yönetimi ve bilgi düzeyini değerlendirmektir. Bu sayede hem bu problemlere ışık tutmak hem de literatüre katkı yapmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yanığın Tanımı

Yanık, tüm organizmayı etkileyen vücudun çeşitli etkenlere maruziyeti sonucu oluşan ağır fiziksel ve psikososyal deri bütünlüğünün bozulduğu akut yaralanma türüdür (WHO), 2018).

Dünyada ve ülkemizde sık rastlanan aslında basit tedbirlerle önlenebilecek durumlardan kaynaklanan, toplum için her facia sonrası ders veren ciddi bir travmadır (Kayıhan ve ark., 1995). Hastanelerde yanık hastalarına en üst düzey kalitede bakım verilmesine bağlı olarak iyileşme süreçlerinin kısa sürmesi ve hayatta kalma sürelerinin uzaması, bu hastalara alacakları rehabilitasyon ve psikososyal tedavi /bakım girişimlerine olan gereksinimi arttırmaktadır (Çakır & Kulaksızoğlu, 2007).

2.2. Yanığın Sınıflandırılması

Yanık bölgesinin derinliğine göre yanık dereceleri şeklinde sınıflandırılmasıdır.

2.2.1. Derinliğine Göre Yanıklar

2.2.1.1 Birinci Derece (Yüzeyel) Yanıklar

En hafif yanıklardır, derinin sadece epidermis tabakasının hasar gördüğü ve yanık bölgesindeki kan damarlarında genişleme sebebiyle bölgenin kırmızı görünme durumudur. Bu yanıklar bölgesel olarak kuru, ödemi çok az, kabarma olmayan ve genellikle ağrıya neden olabilen yanıklardır (Gümüş & Özlü, 2017). Birinci derece yanıklar ortalama bir hafta içinde iyileşir ve birinci derece yanıklara termal yanıklar, güneş yanıkları ve soğuk katı cisim yanıkları örnek olarak verilebilir (Sanyang ve ark., 2017; Morgan ve ark., 2018).

2.2.1.2 İkinci Derece (Parsiyel) Yanıklar

İkinci derece yüzeysel ve ikinci derin olmak üzere ikiye ayrılır.

2.2.1.2.1. İkinci Derece Yüzeysel Yanıklar

Yüzeysel yanıklarda dermisten ayrılan epidermis tabakası tamamen hasar görmüştür. Kabarcık, büller belirgin ve parlak kırmızıdır. Yanık bölgesinde iz bırakmadan iyileşen bu yanıklarda kıl köklerine zarar verilmez ancak hastalar şiddetli ağrı hissederler (Karadakovan & Eti Aslan, 2022 ; Williams ve ark., 2020). Yara bölgesinde enfeksiyon olmadığı durumlarda, hasar görmüş derinin altındaki sağlam tabakadaki kıl follikülleri ve ter bezi epidermal hücreleri ile ilişkili bazal hücrelerin hızla bölünmesiyle yaklaşık iki hafta içerisinde iz bırakmadan iyileşirler, yara bölgesi 10-15 gün içinde eski görünümüne dönmektedir. Epidermis ve dermisin üst tabakaları nekroz geçirir (Young, 2006 ; Naki, 1998).

2.2.1.2.2. İkinci Derece Derin Yanıklar

Epidermis de dâhil olmak üzere dermisin büyük bir kısmı nekroz geçirir. Ağrının pek hissedilmemesi dermisteki sinir uçlarının çoğu hasar görmesinden kaynaklıdır. Yara bölgesi kuru, kırmızı ve benekli bir görünüme sahiptir (Törüner ve Büyükgöncü, 2012). Sinir uçlarından bir kısmı etkilendiği için ağrı, yüzeysel ikinci derece yanıklardan daha hafiftir. Yara bölgesinin görünümü kirli ve sarı renkte görünmektedir. Kalın bir örtü olan eskar oluşur ve kabarcık/bül oluşumu görülmez. İyileşme üç haftadan daha uzun sürer ve genellikle iz bırakarak iyileşir. Genellikle greftleme gerekebilir (Morgan ve ark., 2018; Karadakovan ve Eti Aslan, 2022).

2.2.1.3. Üçüncü Derece (Tam Kat) Yanıklar

Epidermis ve dermisin tüm katları boyunca ortaya çıkan beyazımsı kahverengi görünen nekrotik bir durumdur. Bu gibi durumlarda ciltteki kan dolaşımı tehlikeye girer ve deride nekroz meydana gelmektedir (Morgan ve ark., 2018). Yara bölgesindeki sinir uçları derinin tüm katmanlarıyla birlikte yandığı için ağrı oluşmaz.

Yanık dokusu sabun beyazı rengine veya kömür siyahı şeklinde görünebilir. Ağrılı değildir. Tedavisinde cerrahi onarım gereklidir (Nakazawa ve ark., 2017).

2.2.1.4. Dördüncü Derece Yanıklar

Deri altı yanıkları olarak da bilinen yanıkların en ağır hasar bırakmış olduğu bu grupta bütün deri tabakasının yanı sıra kas ve kemik dokusunda etkilendiği yanık çeşididir. Bu gruptaki yanıklarda derinin rengi zifiri siyah bir renk olarak görüntülenmektedir. Tedavide sıklıkla yara bölgesinin kesilmesi gerekebilir (Karadakovan & Eti Aslan, 2022; Plancq ve ark., 2016).

2.2.2. Türlerine Göre Yanık

2.2.2.1. Güneş Yanıkları

Kısa sürede ve yoğun güneş ışığına maruz kalan çıplak ciltte ortaya çıkan akut inflamasyon durumudur. Güneş yanığının nedeni derinin korunmasız olarak aşırı miktarda ve uzun süre ultraviyole ışınlarına maruz kalmasıdır. Güneş yanığında hafif yanıklarda sadece kızarıklık görülür ve I. derece yanıklara neden olurken, görülen şiddetli yanıklar, II. derece yanıklara neden olur ve büller görülür. İyileşme skarla olabilir(Svobodova ve ark., 2006).

2.2.2.2. Termal Yanıklar

Yanık türleri arasında en çok rastlanan yanık türüdür. Vücudun ateş, sıcak su gibi sıcak cisimlere maruz kalması sonucu her yaş grubunda görülen yanıklardır (Kanan, 2012;Yorgancı, 2007; Eti Aslan, 2004; Liao & Rossignol, 2000).

2.2.2.3. Elektrik Yanıkları

Elektrik travmasına maruz kalan kişilerde elektrik akımının voltajı, etkilenme süresi gibi nedenlerin etkili olduğu elektrik enerjisinin çıkardığı yüksek miktardaki ısıya bağlı olarak ortaya çıkan yanık türüdür (Kanan, 2012; Hettiaratchy & Dziewulski, 2004; Aghakhani ve ark., 2016). Elektrik yanığında ciltte oluşan hasar dokusunun elektrik akımına gösterdiği direnç ile bağlantılı olmasına rağmen, kas ve kemik dokuda görülen yanığın zararı daha fazla olabilir (Kanan, 2012; Sakallıoğlu ve ark., 2007; Yağmur, 2015; Ruan ve ark., 2015). Ek olarak elektrik travması alanında elektrik şokunun etkisi ile ve vücutta ikincil yaralanmalar görülebilmektedir (Kanan, 2012 ; Solotkin ve ark., 2000 ; Yorgancı ve ark., 2009).

2.2.2.4. Kimyasal Yanıklar

Termal yanıklara göre daha az görülen ve asit veya alkali türünde bir etkene maruz kalınması sonucu derin yanıklar olarak görülebilen yanık türüdür. (Kanan, 2012; Solotkin ve ark., 2000; Eti Aslan, 2004; Yorgancı ve ark., 2009; Yarrow ve ark., 2009; Lawton & Dheansa, 2008). Yanığa neden olan etkenin cinsi, maruz kalma süresi ve etkenin yoğunluğu yanığın ciddiyeti belirlenir (Sanford, 2007).

2.2.2.5. Radyasyon Yanıkları

Radyasyon yanıkları, nükleer patlamalarla birlikte tanı amaçlı vücudun X ışınlarına maruz kalması sonucu oluşan yanık türleridir (Waghmare, 2013; Cherry ve ark., 2013).

2.2.2.6. İnhalasyon Yanığı

İnhalasyon yanıkları yangınlarda görülen bir travma şeklidir, yanma sonucu oluşan zehirli gazların veya sıcak havanın inhale edilmesiyle ortaya çıkar ve inhalasyon yanıklarında ölüm oranı fazladır (Kanan, 2012; Hettiaratchy & Dziwulski, 2004; Peck, 2012; Keck ve ark., 2009).

2.2.3. Şiddetine Göre Yanıklar

Yanık yaralanmasının şiddeti tedavi yönetimini belirleyen önemli etkenlerden biridir. Yanığın şiddetinin belirlenmesinde hastanın genel durumu, hastanın yaşı, yanığın yeri, yanık yüzeyinin genişliği, yanık derinliği ve inhalasyon hasarının varlığı gibi faktörler değerlendirilmektedir (Nural ve ark., 2019). Amerikan Yanık Derneği, yanıkları genişlik ve derinliklerine göre küçük, orta ve büyük yanıklar olarak sınıflamıştır (Singer ve Dagum, 2008)(Tablo 2.1).

Tablo 2.1. Yanık Şiddetinin Sınıflandırılması

Küçük Yanıklar	•Erişkinlerde %10 veya daha az 2. derece yanıklar •Çocukta %5 veya daha az 2. derece yanıklar •Erişkin veya çocukta %2 veya daha az 3. derece yanıklar
-----------------------	--

Tablo 2.1. (Devam) Yanık Şiddetinin Sınıflandırılması

Orta Yanıklar	•Erişkinlerde %10–20 arası 2. derece yanıklar •Çocukta %5–10 arası 2. derece yanıklar •Erişkin veya çocukta %2–5 arası 3. derece yanıklar •Düşük voltajlı elektrik yanıkları •Şüpheli inhalasyon hasarı •Çevresel yanık •Enfeksiyona yatkınlığı artıran yandaş hastalıklar (DM, Orak hücre hastalığı)
Büyük Yanıklar	•Erişkinlerde %20’den fazla 2. derece yanıklar •Çocukta %10’dan fazla 2. derece yanıklar •Erişkinde veya çocukta %5’ten fazla 3. derece yanıklar •İnhalasyon yanıkları •Yüksek voltajlı elektrik yanıkları •Başka bir travmanın eşlik ettiği yanıklar (kafa travması, karın içi yaralanma, kırıklar, vs.) •Kimyasal yanıklar •Göz, kulak, yüz, el, ayak, büyük eklem ve genital bölge yanıkları

(Singer ve Dagum, 2008)

2.3. Yanık Alanının Değerlendirilmesi

2.3.1. Yanık Genişliği

Yanık genişliğinin hesaplanması yanığın derecesini belirleyerek, mortalite hakkında fikir sağlar ve sıvı resüsitasyonunun miktarında yol gösterir. Yanık genişliği toplam vücut alanının %30 unu fazla yanıklar ölümcül seyredebilir, yanık genişliği toplam vücut alanının % 50 sini kaplayan bir yanık ise direkt ölümle sonuçlanabilir. Özellikle olan çocuk ve yaşlılar da ise bu sınır hastanın genel durumuna göre %10-15 e kadar düşebilir. Yanık genişliği %10 dolayında olan küçük çocuklarda bile hayati tehlike oluşur. Vücuttaki yanık yüzeyinin genişliğini belirlemede başlıca 2 yöntem kullanılır.

Bunlardan ilki ve yaygın olarak pratikte en çok kullanılan tablo 2.2.’te verilen “dokuzlar kuralı”dır. Vücut yüzeyine oranla erişkinlerde her bir üst ekstremité %9, her

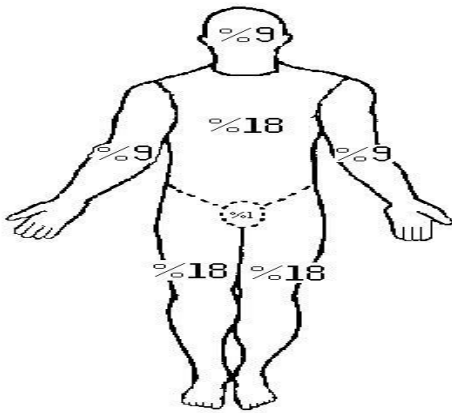
bir alt eksteremite %18, baş ve boyun birlikte %9, gövde önyüzü %18, sırt %18 ve perine %1 olarak belirlenir(Townsend ve ark, 2012;Sterns & Thermal,1989). Bu yöntem erişkin hastalar için kısmen doğru bir hesaplama olsa bile değişik yaş gruplarında bu oranlar farklı olabilir.

Çocuklarda ise baş ve boyun bölgesi tüm vücut yüzeyinin genellikle daha büyük bölümünü kaplar. Daha küçük yanık alanlarını hesaplamak için ise yanıklı hastanın avuç içini %1 olarak kabul edip, bu hesap yaraya uygulanır. Yanık alanı hesaplamak için kullanılan bir diğer yöntem ise tablo 2.3’de verilen Lund – Browder çizelgesidir. Vücut alanındaki bu farklılıklar için Lund ve Browder kartı kullanılır. Bu kartlardan yararlanarak değişik yaş gruplarındaki farklılıklar dikkate alınıp yanık yüzeyi daha doğru hesaplanır. (Townsend ve ark., 2012; Kalaycı ve ark, 2002).

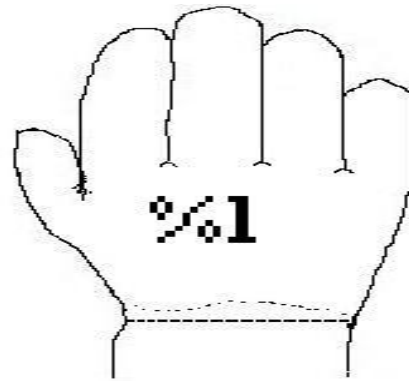
Tablo 2.2. Wallace’in 9’lar Kuralı

Bölge	Erişkin	Çocuk
Baş-Boyun	9	18
Kol	9	9
Gövde Ön Yüz	18	18
Gövde Arka Yüz	18	18
Bacak	18	18

(Başaslan, 2021)

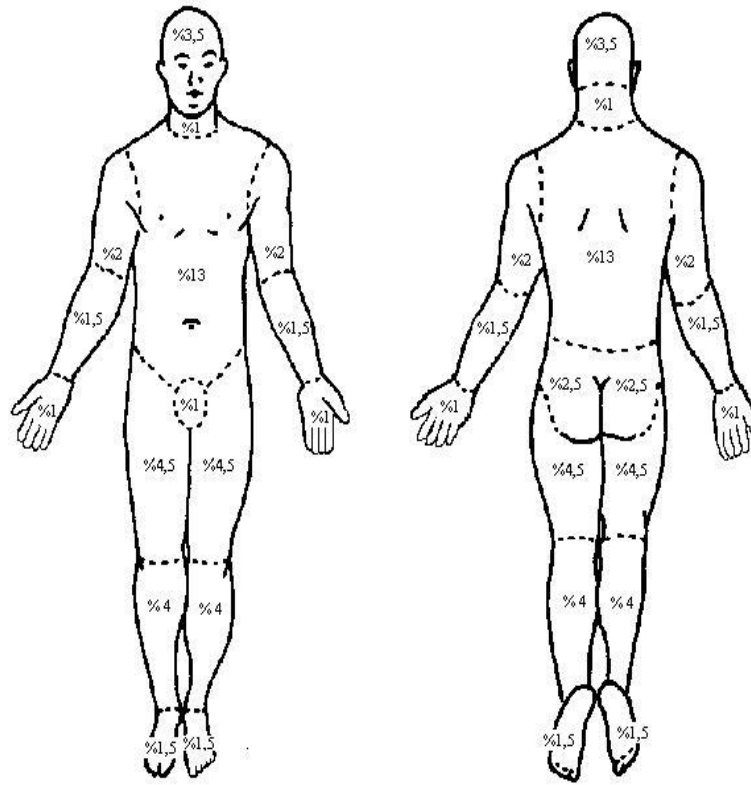


Şekil 2.1. Dokuzlar Kuralı



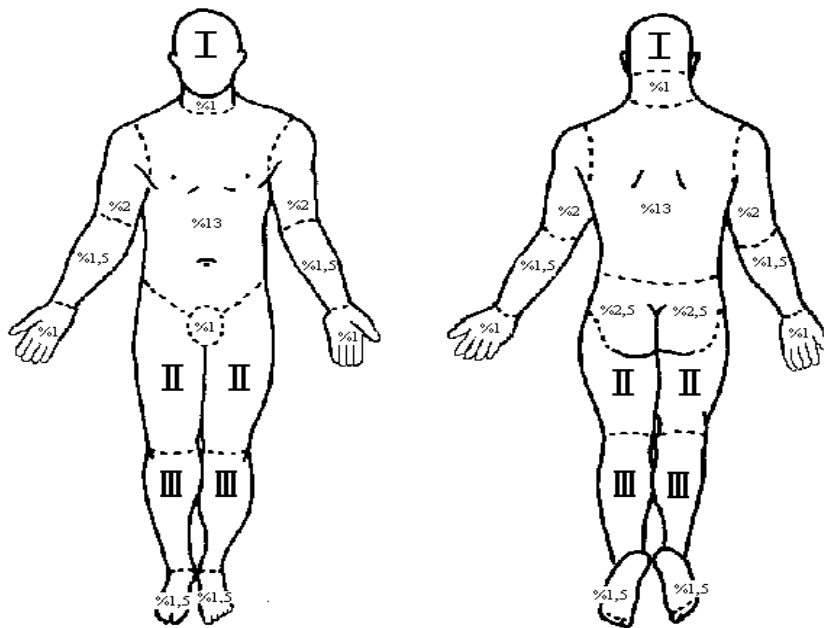
Şekil 2.2. Pratik Hesaplama

(T.C. Sağlık Bakanlığı Yanık Tedavi Algoritması, 2012)



Şekil 2.3. Yetişkin Hastalarda Vücut Yüzey Alanının Yüzde Olarak Şematize Edilmesi
(T.C. Sağlık Bakanlığı Yanık Tedavi Algoritması, 2012)

Tablo 2.3. Lund- Browder Şeması



YAŞ		0	1	5	10	15	Erişkin
Ön veya Arka Yarı		(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
I	(Baş)	9½	8½	6½	5½	4½	3½
II	(Uyluk)	2¾	3¼	4	4¼	4½	4¾
III	(Bacak)	2½	2½	2¾	3	3¼	3½

(T.C. Sağlık Bakanlığı Yanık Tedavi Algoritması, 2012)

2.4. Yanık Yaralanmalarının Fiziopatolojisi

Yanık fiziopatolojisi, yanık travmasıyla başlayan iyileşme sürecinin lokal ve sistemik etkilerini kapsar. Bu etki yanık bölgesinin çevresindeki sağlıklı dokuları etkilediği gibi yanık bölgesine uzak organları da etkilemektedir. Yanık travması sonrası görülecek bu çeşitli etkiler yanığın travmasının şiddeti ile doğrudan ilişkilidir (Friedlander ve ark., 2004)

Yanık travması sonrası hasar deri ve altındaki derialtı dokularda oluşur. Yanığın şiddeti, yüzey alanı, yanığa neden olan ajan ve yanıklı hastanın tedavi sürecinde oluşabilecek enfeksiyon, metabolik problemler hastanın prognozu için önemlidir. Yanık vücuttaki birden çok sistemi etkileyen oluşturduğu fiziopatoloji ile prognozu belirleyen çok önemli, çok dikkatli takip ve tedavi gerektiren kapsamlı bir travmadır (Özkaya ve ark., 2014). Yanık travması sonrasında cilt bariyerinin ortadan kalması ile vücutta ısı ve sıvı kaybına neden olan fiziopatolojik değişimler gelişir. Yanıklarda vücudun gösterdiği tepkiler lokal etkiler ve sistemik etkiler olarak iki şekilde görülür (Öncül, 2006).

2.4.1. Vücuttaki Lokal Etkiler

Termal hasar sonrası dokuda, Jackson tarafından tanımlanan üç farklı hasar bölgesi oluşur (Burke ve ark., 2008). En içte koagülasyon bölgesi, ortada staz bölgesi en dışta hiperemi bölgesi bulunur.

Koagülasyon (nekroz) bölgesi

Termal hasarın en çok görüldüğü ısı kaynağına en yakın bölgedir. Koagülasyon nekrozu ile karakterizedir. Geri dönüşümsüz doku hasarı olan bölgedir.

Staz bölgesi

Koagülasyon bölgesinin hemen dışındaki bölgedir. Bu bölgede doku perfüzyonunun azalmıştır. Uygun tedaviyle bu bölgenin canlı kalma ihtimali vardır. Kısmen hasar geri döndürülebilir. Doğru ve zamanında müdahale edilmezse 24-38 saat içinde bölge nekroze olabilir (Mussell ve ark., 2008).

Hiperemi bölgesi

En dışta staz bölgesinin çevresindeki alandır. Enflamutuar yanıt sonrası bu alan vazodilatasyon ile karakterizedir ve bölgesel olarak doku perfüzyonu artmıştır. Başka bir hasara maruz kalmadıkları sürece buradaki hücreler 7 - 10 gün içerisinde iyileşirler.

2.4.2. Vücudun Sistemik Tepkisi

Küçük bir bölgeyle sınırlı yanık travması sonrasında dahi salınan sitokinler ve diğer inflamutuar mediyatörler vücut yüzey alanının %30 ve üzerinde yanması sonrasında kuvvetli sistemik etki göstermektedir. Bunlar kardiyovasküler, respiratuar, metabolik ve immünolojik etkiler olarak sınıflandırılmaktadır (Hettiaratchy ve ark., 2004).

Kardiyovasküler etkisinde; kapiller geçirgenliğin artması, intrakapiller hidrostatik basıncın artması, intersitisyel hidrostatik basıncın azalması, intersitisyel onkotik basıncın artması sonucu intravasküler protein ve sıvıların intersitisyel alana göçü ve tüm bunların sonucunda ödem gelişmesi rol oynamaktadır. Bunlara bağlı olarak periferik ve splanknik vazokonstriksiyon oluşur. Tümör nekroz faktör- alfa salınımına bağlı olarak miyokard kasılmasında azalma görülür. Bu değişiklikler yanık dokusundan sıvı kaybı ile birlikte hipotansiyon ve sonunda son organ fonksiyon bozukluğuna yol açar. Respiratuar etkilerini inflamutuar mediatörlerin artması sonucu gelişen bronkospazm ile göstermektedir. Şiddetli yanık olgularında akut respiratuar distres sendromuna yol açabilmektedir. Bazal metabolizma hızı yanığın şiddetiyle beraber üç katına çıkabilmektedir. Bu durum splanknik alanda perfüzyonun azalması ile birleşince oluşan

hasar daha da artmaktadır. Yanık travmasının metabolik etkisinin temelinde bu iki faktör rol oynamaktadır. Bu yüzden katabolizmayı azaltmak ve barsak hasarını engellemek için erken ve agresif beslenme gerekmektedir (Hettiaratchy ve ark., 2004).

2.5. Yanık Hastasının Tedavisi

2.5.1. Hastane Öncesi Tedavi

Yanık hastasının yanık etkeninden uzaklaştırılması, hava yolu açıklığının ve hastanın stabilizasyonun sağlanması ardından solunum ve dolaşımın değerlendirilmesi yanık ile birlikte ortaya çıkabilecek diğer travmalara karşı önlem alınmasında etkilidir. Büyük yanıklarda hastaya sıvı resusitasyonuna erken başlanmalı ve ihtiyaç halinde ağrı kesici tedavi hastaya hastane öncesi dönemde yapılabilir. Hastaların oksijen ihtiyaçları ve ilerleyen dönemde hava yolunun kapanmasına bağlı olarak tehlikeye girebileceği düşünülen durumlarda hastaya erken entübasyon düşünülmelidir. (Tintinalli ve ark., 2020;Cander, 2016).

2.5.2. Acil Serviste Yanık Tedavisi

Hastanın detaylı anamnezi alınmalı, yanık travmasının olduğu bölgenin, yanığa sebep olan etkenin ve hastada ek bir travma bulgusunun var olup olmadığının sorgulanması yapılmalıdır (Tintinalli, 2020).

İlk etapta yanığa sebep olan etkenden uzaklaştırılmalı, çıkarılmamış ise kıyafetleri çıkartılmalıdır. Oda ısısındaki su ile yara yeri soğutularak yıkanmalıdır (Altıntaş ve ark., 2014). Yanık travması daha öncelikli olmakla birlikte yanık travmasının yaklaşımının temel prensipleri diğer travmalara yaklaşımla benzerlik gösterir. İlk olarak hastaya hayati tehdit oluşturabilecek ve hastada uzuv kaybına sebep olabilecek yara bölgeleri değerlendirilir. Hastanın havayolu açıklığı, solunumu ve dolaşımı sırasına göre değerlendirilmeye başlanmalıdır(American College of Surgeons, 2018). Yanık hastasının hava yolu, yanık travmasının hasar bırakmasından dolayı tıkanabileceği gibi görülebilecek masif ödemden dolayı da tıkanabilir.

Yanık hastasında, hava yolu tıkanıklığının belirtileri arasında olan stridor, ses kısıklığı, yardımcı solunum kaslarının solunuma katılmaması gibi bulguların gözlenmesi durumunda hasta için erken entübasyon akla gelmelidir. Vücut yanık yüzey alanı %40'dan fazla olan yanıklar, baş ve boyun bölgesinde görülen yanıklar, yutkunma

güçlüğü görülen yanık hastalarının her birisi için entübasyon biran önce düşünülmelidir. İnhalasyon hasarı olan hastaların transferlerinden önce entübasyon büyük önem taşımaktadır, transfer esnasında tecrübeli personel yok ise transfer gerçekleşmeden önce hastalar entübe edilerek hava yolu açıklığı sağlanmalıdır(American College of Surgeons,2018).

Yanık dokusunda cilt bütünlüğünün bozulması, kapiller geçirgenliğin artması ve plazma proteinlerinin intersitisyel alana geçiş yapması ile birlikte vücutta onkotik basıncın artması sonucu dokularda ödem meydana gelir (Shupp ve ark., 2010). Dokularda sıvı geçişinin gözlenmesi sonucu olarak hastalarda hipovolemi ve sıvı açığı gözlenir. Hipovolemiyi önlemek için yanık travmalı hastalara ve kliniği itibariyle sıvı ihtiyacı olduğu düşünülen hastalara uygun sıvı replasmanına vakit kaybetmeden başlanması gerekmektedir.

Erişkin hastalarda YYAY %20 ve üstü, çocuk hastalarda ise % 10 ve üstü olan hastalara İV yol ile sıvı tedavisi başlanılır(Pham ve ark., 2008). Sıvı tedavisi için yaralanmadan sonra mümkün olan en kısa sürede başlanılmalıdır(Chrysopoulou ve ark., 1999). Hastaya damaryolu yanık dokusunun olmadığı yerden açılmalı eğer yanık alanı genişliği sebebiyle uygun doku yoksa, yanık bölgesinden de açılabilir. Eğer hastanın durumuna bağlı olarak damar yolu hiç açılmaz ise santral venöz kateter veya intraoseoz yollar denenebilir(Cander, 2016; American College of Surgeons,2018).

Sıvı tedavisinde kristaloidler tercih edilir sıklıkla da ringer laktat tercih edilir. Yanık tedavisinde sıvı ihtiyacını belirlemede çeşitli formüller mevcuttur. Bu formüllerin arasında en sık Parkland formülü kullanılmaktadır. Parkland formülünde sıvı ihtiyacı hesaplaması şu şekildedir. Erişkinlerde $4 \text{ ml} \times \text{Yanık Yüzdesi} \times \text{Kg}$ elde edilen sonuç yirmi dört saatlik sıvı açığıdır. İlk sekiz saat bu dozun yarısı verilir, ikinci sekiz saatte ise geri kalan yarısı verilir. Pediatrik yaş gurubundaki hesaplama $3 \text{ ml} \times \text{Yanık Yüzdesi} \times \text{Kg}$ şeklindedir.

Parkland Formülü

Erişkinler İçin: $4 \text{ ml} \times \text{Yanık Yüzdesi} \times \text{Kg}$

İlk 8 saat yarısı, sonraki 16 saat verilir.

Çocuklar İçin: $3 \text{ ml} \times \text{Yanık Yüzdesi} \times \text{Kg}$

İlk 8 saat yarısı sonraki 16 saat diğer yarısı verilir.

2.6. Yanık Ünite/Merkezine Nakil

Yanık hastaları acil dönem yanık bakımının son aşamasında yanık merkezine ya da yanık ünitesine sevk edilmektedir (Yorgancı ve Geyik, 2007). Hemşire bu süreçte hastanın bilgilerini incelemektedir; yanık hastasının alerjilerini, yanık bölgesini, mevcut hastalıklarını, kullanmakta olduğu ilaçları ve tetanos profilaksisini incelemekte ve bu veriler ışığında bakım ve tedaviyi devam ettirmektedir. Hemşirenin yanığın nasıl oluştuğunu öğrenmesi, hastanın öyküsünü bilmesi 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.

2.7. Yanık Yarasının Tedavisi

Acil servise getirilen hastanın yanık bölgesi kuru ve temiz bir bezle sarılmalıdır. Bu şekilde hastanın yara bölgesi hava ile temas etmeyerek oluşan ağrısı da hafiflemiş olur. Yatış ya da hastanın transferine karar verilmiş ve hasta bekleme süresini acil serviste geçirecekse steril su ile ıslatılmış nemli bir pansuman bezi kullanılabilir. Yanık hastaları için en sık tercih edilen topikal antibakteriyel ajan gümüş sulfadiazindir. Sulfadiazinler özellikli bölge olan yüz bölgesindeki yanıklarda, hamile ve emziren yanık travmalı kullanılmamalıdır (Bittner ve ark., 2015).

2.8. Yanık Hastasında Ağrı Yönetimi

Yanık travmalı hastalar acil servise getirildiklerinde ağrı yönetimi değerlendirmeleri yapılmalıdır. Hastaların prognozlarının iyiye gitmesi için hızlı bir şekilde gerekirse iki damaryolu açılmalı ve ağrı takibi yapılmalıdır. Hastanın ağrısının takip edilmesi ve kontrol altına alınması hem hastanın daha rahat etmesi hem de tedavinin daha sağlıklı ilerleyebilmesi açısından önemlidir. Yanık hastalarında tercihen intravenöz opioidler ağrı kontrolü sağlamada etkilidir. Hastaların tedavisinde anksiyete kontrolü sağlamada ise benzodiazepin türevleri kullanılabilir. Hafif dereceli yanıklarda non steroid antienflamatuar ilaçlar(NSAİ) ve asetaminofenlerin kullanımı tercih edilir(Bittner ve ark., 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu çalışma acil servis sağlık çalışanlarının yanık travmalı hasta yönetimine ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapıldı. Araştırma tanımlayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışmaya Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi Acil servisine 31 Mart 2024 – 31 Ağustos 2024 tarihleri arasında gönüllü olarak çalışmaya katılan doktor, paramedik, acil tıp teknikeri ve hemşireler üzerinde gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Tokat Gaziosmanpaşa Üniversite Hastanesi Acil Servis’inde çalışan tüm doktor, hemşire, paramedik, sağlık memuru ve ATT’ler oluşturdu.

Çalışmanın yapılacağı dönemde kurumda aktif olarak görev yapan 101 doktor, 116 hemşire, 25 paramedik + ATT olmak üzere toplamda 242 kişilik evrende gönüllü olanlar içerisinde 117 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırmanın yapıldığı tarihlerde kendisine ulaşılabilen, 55 (%47,0) doktor, 43(%36,8) hemşire, 19 (%16,2) paramedik +ATT olmak üzere toplamda 117 kişi araştırmanın örneklemi oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri

Çalışmaya gönüllü olan doktor, hemşire, paramedik, sağlık memuru ve ATT’ler Hemşire, paramedik, ATT’lerde acil serviste en az 6 ay çalışma şartı aranmıştır.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

Acil serviste 6 aydan az çalışan hemşire, paramedik, sağlık memuru ve ATT’ler, Çalışmaya katılmak istemeyenler.

3.4.Verilerin Toplanması

Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Yanıklı Hasta Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeyleri Sosyodemografik Veri Formu kullanılarak toplandı.

Veri Toplama Araçları

Çoktan seçmeli anket soruları (EK-1).

3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Sağlık Bakanlığı Bilimsel Komitesi Yanık Tedavi Algoritması ve Amerikan Yanık Birliği (ABA) kriterleri ve güncel literatüre dayalı olarak Google Forms web aracı kullanılarak hazırlandı, gönüllü katılımcılara fiziksel anket formu elden verildi.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

TOGÜ Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 24-KAEK-076 kayıt numaralı etik kurul onayı alınmıştır (EK-2).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

3.6.1. İstatistiksel Analiz

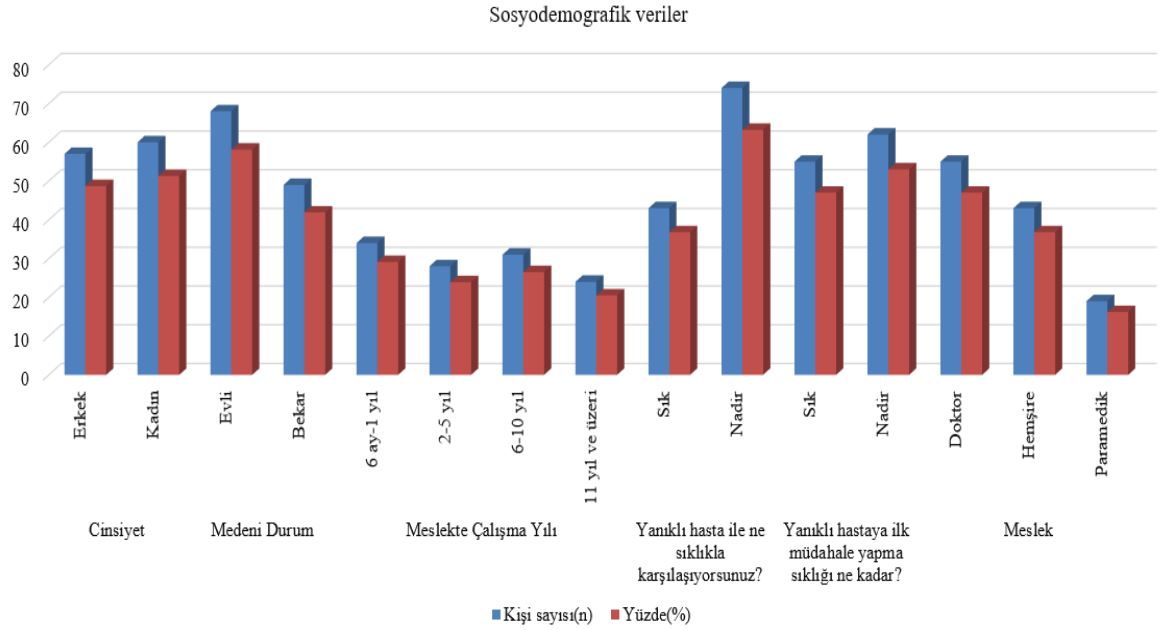
Çalışma gruplarının genel özellikleri hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama $\pm$ standart sapma şeklinde; kategorik değişkenlere ilişkin veriler ise n (%) şeklinde verilmektedir. Nicel değişkenlerin gruplar arasındaki ortalamalarını karşılaştırırken İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik testi ve Tek Yönlü Varyans Analizinden yararlanılmaktadır. Anlamlı tek yönlü varyans analizi sonrası çoklu karşılaştırma için Tukey HSD testinden yararlanılmaktadır. Nitel değişkenler arasındaki ilişki olup olmadığını değerlendirmek için çapraz tablolardan ve pearson ki-kare testinden yararlanılmaktadır. p değerleri 0.05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Hesaplamalarda hazır istatistik yazılımı kullanılmıştır (SPSS 22.0 Chicago, IL, USA).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın evrenini oluşturan hekim, hemşire, paramedik ve ATT'lerin iş yoğunluğunun fazla olması ya da çalışmaya katılmayı reddetmeleri veri toplama aşamasının uzamasına neden oldu. Gönüllü olmak istemeyenler çalışmaya dahil edilmedi.

4. BULGULAR

Çalışmaya 57 erkek (%48,7) ve 60 kadın (%55,6) olmak üzere toplam 117 sağlık çalışanı dahil edilmiştir. Araştırmada yer alan 117 sağlık çalışanının sosyodemografik özellikleri Şekil 4.1.'de sunulmuştur.



Şekil 4.1. Sosyodemografik verilerin şematik görünümü

Araştırmada yer alan 117 sağlık çalışanının sosyodemografik özellikleri ve yanık hakkında tecrübeleriyle ilgili veriler Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Sosyodemografik Değişkenler İçin Sayı ve Yüzde Dağılımının İncelenmesi

	Değişkenler	Kişi sayısı(n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Erkek	57	48,7
	Kadın	60	51,3
Medeni Durum	Evli	68	58,1
	Bekar	49	41,9
Meslekte Çalışma Yılı	6 ay-1 yıl	34	29,1
	2-5 yıl	28	23,9
	6-10 yıl	31	26,5
	11 yıl ve üzeri	24	20,5
Yanıklı hasta ile ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?	Sık	43	36,8
	Nadir	74	63,2
Yanıklı hastaya ilk müdahale yapma sıklığı ne kadar?	Sık	55	47,0
	Nadir	62	53,0
Meslek	Doktor	55	47,0
	Hemşire	43	36,8

Tablo 4.1. (Devam) Sosyodemografik Değişkenler İçin Sayı ve Yüzde Dağılımının İncelenmesi

	Paramedik	19	16,2
Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) hiç katıldınız mı?	Evet	17	14,5
	Hayır	100	85,5
Hayatınızda hiç yandınız mı?	Evet	63	53,8
	Hayır	54	46,2
Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi aldınız mı?	Evet	4	3,4
	Hayır	113	96,6
Yanık nedeniyle vücudunuzda hiç kalıcı skar kaldı mı?	Evet	33	28,2
	Hayır	84	71,8
Yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan yakınınız oldu mu?	Evet	3	2,6
	Hayır	114	97,4
Yanıklı hastada ilk müdahale hususunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?	Evet	61	52,1
	Hayır	56	47,9

Araştırmaya katılan 117 sağlık çalışanının 68 (%58,1) evli, 49 (%41,9) bekar olduğu tespit edildi. Meslekte çalışma yılı 6 ay-1 yıl olan 34 (%29,1) kişi, 2-5 yıl olan 28 (%23,9) kişi, 6-10 yıl olan 31 (%26,5) kişi, 11 yıl ve üzeri olan 24 (%20,5) kişi olduğu tespit edildi. Yanıklı hasta ile sık karşılaşan 43 (%36,8), nadir karşılaşan 74 (%63,2) kişi olduğu tespit edildi. Yanıklı hastaya ilk müdahale sık yapan 55 (%47,0), nadir yapan 62 (%53,0) kişi olduğu tespit edildi.

Araştırmaya katılan 117 katılımcıdan doktor 55 (%47,0), hemşire 43 (%36,8), paramedik 19 (%16,2) olduğu tespit edildi. Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) katılan 17 (%14,5) kişi, katılmayan 100 (%85,5) kişi olduğu tespit edildi. Hayatında yanık deneyimi yaşayan 63 (%53,8) kişi, hiç yanmayan 54 (%46,2) kişi olduğu tespit edildi. Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi alan 4 (%3,4) kişi, yatarak tedavi almayan 113 (%96,6) kişi olduğu tespit edildi. Yanık nedeniyle vücudunda kalıcı skar kalan 33 (%28,2) kişi, kalmayan 84 (%71,8) kişi olduğu tespit edildi. Yanık nedeniyle yakınına resüsitasyon yapılan 3 (%2,6) kişi, yapılmayan 114 (%97,4) kişi

olduğu tespit edildi. Yanıklı hastada ilk müdahale hususunda kendini yeterli hissedenden 61 (%52,1) kişi, hissetmeyen 56 (%47,9) kişi olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan gönüllülerin yaş ortalaması ve yapılan testten aldığı ortalama puan Tablo 4.2. de verilmiştir.

Tablo 4.2. Nicel Değişkenler Dağılımı

Değişkenler	Mean	Standard Deviation	Minimum	Maximum
Yaş	29,33	4,39	23,00	47,00
Puan	66,75	15,20	30,00	85,00

Araştırmaya katılan gönüllülerin yaş ortalamasının 29,33 olduğu, minimum 23 yaşında maksimum 47 yaşında gönüllüler olduğu, araştırmaya katılanlarda alınan puan ortalamasının 66,75 olduğu en düşük puanın 30 olduğu en yüksek puanın 85 olduğu saptandı.

Çalışmaya katılan gönüllülerde yaşın nitel değişkenlere göre dağılımı aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3 Yaşın Nitel Değişkenlere Göre Dağılımı

		Yaş		t veya F	p
		n	Ort±SS		
Cinsiyet	Erkek	57	29,07±4,87	0,397	0,53
	Kadın	60	29,58±3,92		
Medeni Durum	Evli	68	27,68±3,47	28,568	<0,001
	Bekar	49	31,63±4,53		
Meslekte Çalışma Yılı	6 ay-1 yıl	34	25,56±1,62 (a)	57,874	<0,001
	2-5 yıl	28	27,96±1,97 (b)		
	6-10 yıl	31	30,26±2,77 (c)		
	11 yıl ve üzeri	24	35,08±4,48 (d)		
Meslek	Doktor	55	27,24±3,14 (a)	19,095	<0,001
	Hemşire	43	30,33±4,32 (b)		
	Paramedik	19	33,16±4,49 (c)		
Yanıklı hasta ile ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?	Sık	43	28,91±4,85	0,638	0,426
	Nadir	74	29,58±4,12		
Yanıklı hastaya ilk müdahale yapma sıklığı ne kadar?	Sık	55	29,07±4,66	0,363	0,543
	Nadir	62	29,56±4,17		

Tablo 4.3. (Devam) Yaşın Nitel Değişkenlere Göre Dağılımı

Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) hiç katıldınız mı?	Evet	17	30,65±3	1,79	0,184
	Hayır	100	29,11±4,56		
Hayatınızda hiç yandınız mı?	Evet	63	30,19±4,6	5,39	0,022
	Hayır	54	28,33±3,95		
Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi aldınız mı?	Evet	4	34±2	4,825	0,03
	Hayır	113	29,17±4,37		
Yanık nedeniyle vücudunuzda hiç kalıcı skar kaldı mı?	Evet	33	30,21±4,21	1,852	0,176
	Hayır	84	28,99±4,44		
Yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan yakınınız oldu mu?	Evet	3	27,67±3,79	0,441	0,508
	Hayır	114	29,38±4,42		
Yanıklı hastada ilk müdahale hususunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?	Evet	61	29,31±4,28	0,003	0,956
	Hayır	56	29,36±4,55		

İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik testi yada Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. (abcd): Kolon olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Çalışmaya katılanlarda bekar olanların yaş ortalaması evli olanlara göre daha yüksek saptandı ($p<0,05$). Meslekte çalışma yılı ile yaş kıyaslandığında tüm gruplar arasında istatistiksel anlamlılık tespit edildi. En düşük yaş 6 ay – 1 yıl arasında meslekte çalışanlarda saptanırken, en yüksek yaş 11 yıl ve üzeri çalışanlarda saptandı ($p<0,05$).

Meslek gruplarına göre yaş kıyaslandığında en düşük yaşın doktorlarda (27,24±3,14) en yüksek yaşın paramediklerde (33,16±4,49) olduğu saptandı ($p<0,05$). Yanık tecrübesi olanların olmayanlara göre daha yüksek oranda olduğu saptandı ($p<0,05$). Yanık nedeniyle hastaneye yatırılan vaka sayısı çok az olmasına rağmen yaş ortalamasının yatmayanlara oranla daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Yanıklı ilgili yapılan kısa testte alınan puanlara göre nitel değişkenlerin dağılımı incelendi (Tablo 4.4.).

Tablo 4.4. Puanın Nitel Değişkenlere Göre Dağılımı

		Puan		t veya F	p
		n	Ort±SS		
Cinsiyet	Erkek	57	64,39±14,05	2,732	0,101
	Kadın	60	69±16,02		
Medeni Durum	Evli	68	69,93±14,49	7,472	0,007
	Bekar	49	62,35±15,21		
Meslekte Çalışma Yılı	6 ay-1 yıl	34	70,44±15,29 (a)	3,512	0,018
	2-5 yıl	28	71,43±11,62 (a)		
	6-10 yıl	31	62,58±18,52 (b)		

Tablo 4.4. (Devam) Puanın Nitel Değişkenlere Göre Dağılımı

	11 yıl ve üzeri	24	61,46±11,18 (b)		
	Doktor	55	75,18±10,71 (a)		
Meslek	Hemşire	43	58,49±15,91 (b)	21,977	<0,001
	Paramedik	19	61,05±11,85 (b)		
Yanıklı hasta ile ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?	Sık	43	59,88±14,98		
	Nadir	74	70,74±13,94	15,623	<0,001
Yanıklı hastaya ilk müdahale yapma sıklığı ne kadar?	Sık	55	63,45±15,72		
	Nadir	62	69,68±14,23	5,053	0,026
Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) hiç katıldınız mı?	Evet	17	61,18±13,52		
	Hayır	100	67,7±15,33	2,714	0,102
Hayatınızda hiç yandınız mı?	Evet	63	69,05±13,76		
	Hayır	54	64,07±16,46	3,17	0,078
Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi aldınız mı?	Evet	4	46,25±12,5		
	Hayır	113	67,48±14,82	7,984	0,006
Yanık nedeniyle vücudunuzda hiç kalıcı skar kaldı mı?	Evet	33	73,79±9,52		
	Hayır	84	63,99±16,15	10,662	0,001
Yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan yakınınız oldu mu?	Evet	3	60±5		
	Hayır	114	66,93±15,35	0,605	0,438
Yanıklı hastada ilk müdahale hususunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?	Evet	61	67,62±16,14		
	Hayır	56	65,8±14,2	0,416	0,520

İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik testi yada Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. (abcd): Kolon olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Medeni durum ile alınan puan karşılaştırıldığında evli olanların (69,93±14,49) bekarlara (62,35±15,21) göre daha yüksek puana sahip olduğu saptandı ($p<0,05$). Meslekte çalışma yılı 6 ay–1 yıl (70,44±15,29) olanlarla 2-5 yıl (71,43±11,62) olanların 6 yıl ve üzeri (62,58±18,52) çalışma yılı olanlara göre daha başarılı olduğu saptandı ($p<0,05$). Doktorların (75,18±10,71) puan ortalamasının diğer hemşire (58,49±15,91) ve paramediklere (61,05±11,85) göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan gönüllülerde cinsiyetin nitel değişkenlere göre dağılımı aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Cinsiyete Göre Nitel Değişkenler Dağılımı

Değişkenler		Toplam	Cinsiyet		χ^2	p
			Erkek	Kadın		
			n	n(%)		
Medeni Durum	Evli	68	30(52,6)	38(63,3)	1,375	0,241
	Bekar	49	27(47,4)	22(36,7)		
Meslekte Çalışma Yılı	6 ay-1 yıl	34	20(35,1)	14(23,3)	4,836	0,184
	2-5 yıl	28	12(21,1)	16(26,7)		
	6-10 yıl	31	11(19,3)	20(33,3)		
	11 yıl ve üzeri	24	14(24,6)	10(16,7)		
Meslek	Doktor	55	23(40,4)	32(53,3)	7,91	0,019
	Hemşire	43	28(49,1)a	15(25)b		
	Paramedik	19	6(10,5)	13(21,7)		
Yanıklı hasta ile ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?	Sık	43	23(40,4)	20(33,3)	0,619	0,431
	Nadir	74	34(59,6)	40(66,7)		
Yanıklı hastaya ilk müdahale yapma sıklığı ne kadar?	Sık	55	27(47,4)	28(46,7)	0,006	0,939
	Nadir	62	30(52,6)	32(53,3)		
Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) hiç katıldınız mı?	Evet	17	1(1,8)a	16(26,7)b	14,608	<0,001
	Hayır	100	56(98,2)a	44(73,3)b		
Hayatınızda hiç yandınız mı?	Evet	63	30(52,6)	33(55)	0,066	0,797
	Hayır	54	27(47,4)	27(45)		
Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi aldınız mı?	Evet	4	0(0)a	4(6,7)b	3,935	0,047
	Hayır	113	57(100)a	56(93,3)b		
Yanık nedeniyle vücudunuzda hiç kalıcı skar kaldı mı?	Evet	33	16(28,1)	17(28,3)	0,001	0,975
	Hayır	84	41(71,9)	43(71,7)		
Yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan yakınınız oldu mu?	Evet	3	2(3,5)	1(1,7)	0,397	0,529
	Hayır	114	55(96,5)	59(98,3)		
Yanıklı hastada ilk müdahale hususunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?	Evet	61	20(35,1)a	41(68,3)b	12,947	<0,001
	Hayır	56	37(64,9)a	19(31,7)b		

Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab): Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Çalışmamıza katılım sağlayanlar arasında kadın doktorların ve paramediklerin erkeklere oranla daha fazla olduğu saptandı ($p<0,05$). Hemşirelerde ise erkek katılımcıların sayısı daha fazla idi ($p<0,05$). Yanık resüsitasyonuna katılanların çoğunluğu kadın gönüllüler oluşturdu ($p<0,05$).

Kendisi yanık nedeni ile interne edilen katılımcıların hepsi kadındı ($p<0,05$). Yanığa müdahalede yeterli olduğunu düşünen katılımcıların çoğunluğu 41(%68,3) kadındı ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan gönüllülerde medeni durumun nitel değişkenlere göre dağılımı aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Medeni Duruma Göre Nitel Değişkenler Dağılımı

Değişkenler		Toplam n	Medeni Durum		χ^2	p
			Evli n(%)	Bekar n(%)		
Cinsiyet	Erkek	57	30(44,1)	27(55,1)	1,375	0,241
	Kadın	60	38(55,9)	22(44,9)		
Meslekte Çalışma Yılı	6 ay-1 yıl	34	32(47,1)a	2(4,1)b	29,713	<0,001
	2-5 yıl	28	16(23,5)	12(24,5)		
	6-10 yıl	31	13(19,1)a	18(36,7)b		
	11 yıl ve üzeri	24	7(10,3)a	17(34,7)b		
Meslek	Doktor	55	44(64,7)a	11(22,4)b	22,596	<0,001
	Hemşire	43	14(20,6)a	29(59,2)b		
	Paramedik	19	10(14,7)	9(18,4)		
Yanıklı hasta ile ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?	Sık	43	26(38,2)	17(34,7)	0,154	0,695
	Nadir	74	42(61,8)	32(65,3)		
Yanıklı hastaya ilk müdahale yapma sıklığı ne kadar?	Sık	55	30(44,1)	25(51)	0,545	0,460
	Nadir	62	38(55,9)	24(49)		
Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) hiç katıldınız mı?	Evet	17	10(14,7)	7(14,3)	0,004	0,949
	Hayır	100	58(85,3)	42(85,7)		
Hayatınızda hiç yandınız mı?	Evet	63	35(51,5)	28(57,1)	0,369	0,544
	Hayır	54	33(48,5)	21(42,9)		
Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi aldınız mı?	Evet	4	0(0)a	4(8,2)b	5,748	0,017
	Hayır	113	68(100)a	45(91,8)b		
Yanık nedeniyle vücudunuzda hiç kalıcı skar kaldı mı?	Evet	33	16(23,5)	17(34,7)	1,753	0,186
	Hayır	84	52(76,5)	32(65,3)		
Yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan yakınız oldu mu?	Evet	3	2(2,9)	1(2)	0,092	0,761
	Hayır	114	66(97,1)	48(98)		
Yanıklı hastada ilk müdahale hususunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?	Evet	61	38(55,9)	23(46,9)	0,913	0,339
	Hayır	56	30(44,1)	26(53,1)		

Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab): Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Meslekte 6 ay -1 yıl arasında çalışanlarda bekarlara (2(%4,1)) göre, evli olanların (32(%47,1)) oranının daha fazla olduğu saptandı ($p<0,05$). Meslekte 6 – 10 yıl arasında çalışanlarda bekarların (18(%36,7)) oranının, evli olanlardan oranından (13(%19,1)) daha fazla olduğu saptandı ($p<0,05$). Meslekte 11 yıl ve üzeri çalışanlarda bekarların (17(%34,7)) oranı, evlilerin oranından (7(%10,3)) daha fazla olduğu saptandı ($p<0,05$). Meslek gruplarına bakıldığında doktorlarda evli olanlar fazla iken, hemşirelerde bekar olanlar daha fazla idi ($p<0,05$). Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi olanların hepsi bekar idi ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan gönüllülerin meslekte çalışma yılının nitel değişkenlere göre dağılımı aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 4.7.).

Tablo 4.7. Meslekte Çalışma Yılına Göre Nitel Değişkenler Dağılımı

Değişkenler		Toplam	Meslekte çalışma Yılı				χ^2	p
			6 ay-1 yıl	2-5 yıl	6-10 yıl	11 yıl ve üzeri		
		n	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Cinsiyet	Erkek	57	20(58,8)	12(42,9)	11(35,5)	14(58,3)	4,836	0,184
	Kadın	60	14(41,2)	16(57,1)	20(64,5)	10(41,7)		
Medeni Durum	Evli	68	32(94,1)a	16(57,1)b	13(41,9)b	7(29,2)b	29,713	<0,001
	Bekar	49	2(5,9)a	12(42,9)b	18(58,1)b	17(70,8)b		
Meslek	Doktor	55	27(79,4)a	16(57,1)ab	11(35,5)b	1(4,2)c	44,291	<0,001
	Hemşire	43	7(20,6)	11(39,3)	13(41,9)	12(50)		
	Paramedik	19	0(0)a	1(3,6)a	7(22,6)ab	11(45,8)b		
Yanıklı hasta ile ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?	Sık	43	13(38,2)	14(50)	7(22,6)	9(37,5)	4,83	0,185
	Nadir	74	21(61,8)	14(50)	24(77,4)	15(62,5)		
Yanıklı hastaya ilk müdahale yapma sıklığı ne kadar?	Sık	55	16(47,1)	16(57,1)	11(35,5)	12(50)	2,894	0,408
	Nadir	62	18(52,9)	12(42,9)	20(64,5)	12(50)		
Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) hiç katıldınız mı?	Evet	17	1(2,9)a	3(10,7)ab	10(32,3)b	3(12,5)ab	11,93	0,008
	Hayır	100	33(97,1)a	25(89,3)ab	21(67,7)b	21(87,5)ab		
Hayatınızda hiç yandınız mı?	Evet	63	10(29,4)a	15(53,6)ab	21(67,7)b	17(70,8)b	13,364	0,004
	Hayır	54	24(70,6)a	13(46,4)ab	10(32,3)b	7(29,2)b		
Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi aldınız mı?	Evet	4	0(0)	1(3,6)	3(9,7)	0(0)	5,733	0,125
	Hayır	113	34(100)	27(96,4)	28(90,3)	24(100)		
Yanık nedeniyle vücudunuzda hiç kalıcı skar kaldı mı?	Evet	33	1(2,9)a	11(39,3)b	13(41,9)b	8(33,3)b	15,612	0,001
	Hayır	84	33(97,1)a	17(60,7)b	18(58,1)b	16(66,7)b		

Tablo 4.7. (Devam) Meslekte Çalışma Yılına Göre Nitel Değişkenler Dağılımı

Yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan yakınınız oldu mu?	Evet	3	0(0)	2(7,1)	0(0)	1(4,2)	4,307	0,230
	Hayır	114	34(100)	26(92,9)	31(100)	23(95,8)		
Yanıklı hastada ilk müdahale hususunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?	Evet	61	14(41,2)	19(67,9)	16(51,6)	12(50)	4,457	0,216
	Hayır	56	20(58,8)	9(32,1)	15(48,4)	12(50)		

Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab):Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Yanık resüsitasyonu yapanlarda 6 ay-1 yıl arasında çalışanlarla 6-10 yıl arasında çalışanlar arasında, 6-10 yıl arası çalışanlar lehine istatistiksel anlamlılık saptandı ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan gönüllülerde mesleğin nitel değişkenlere göre dağılımı aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Mesleğe Göre Nitel Değişkenler Dağılımı

Değişkenler		Toplam n	Meslek			χ^2	p
			Doktor n(%)	Hemşire n(%)	Paramedik n(%)		
Cinsiyet	Erkek	57	23(41,8)ab	28(65,1)b	6(31,6)a	7,91	0,019
	Kadın	60	32(58,2)ab	15(34,9)b	13(68,4)a		
Medeni Durum	Evli	68	44(80)a	14(32,6)b	10(52,6)ab	22,596	<0,001
	Bekar	49	11(20)a	29(67,4)b	9(47,4)ab		
Meslekte Çalışma Yılı	6 ay-1 yıl	34	27(49,1)a	7(16,3)b	0(0)c	44,291	<0,001
	2-5 yıl	28	16(29,1)	11(25,6)	1(5,3)		
	6-10 yıl	31	11(20)	13(30,2)	7(36,8)		
	11 yıl ve üzeri	24	1(1,8)a	12(27,9)b	11(57,9)b		
Yanıklı hasta ile ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?	Sık	43	25(45,5)	14(32,6)	4(21,1)	4,132	0,127
	Nadir	74	30(54,5)	29(67,4)	15(78,9)		
Yanıklı hastaya ilk müdahale yapma sıklığı ne kadar?	Sık	55	31(56,4)	17(39,5)	7(36,8)	3,685	0,158
	Nadir	62	24(43,6)	26(60,5)	12(63,2)		
Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) hiç katıldınız mı?	Evet	17	2(3,6)a	5(11,6)a	10(52,6)b	27,758	<0,001
	Hayır	100	53(96,4)a	38(88,4)a	9(47,4)b		
Hayatınızda hiç yandınız mı?	Evet	63	33(60)a	15(34,9)b	15(78,9)a	11,877	0,003
	Hayır	54	22(40)a	28(65,1)b	4(21,1)b		

Tablo 4.8. (Devam) Mesleğe Göre Nitel Değişkenler Dağılımı

Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi aldınız mı?	Evet	4	0(0)a	4(9,3)b	0(0)a	7,127	0,028
	Hayır	113	55(100)a	39(90,7)b	19(100)a		
Yanık nedeniyle vücudunuzda hiç kalıcı skar kaldı mı?	Evet	33	18(32,7)	7(16,3)	8(42,1)	5,389	0,068
	Hayır	84	37(67,3)	36(83,7)	11(57,9)		
Yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan yakınınız oldu mu?	Evet	3	0(0)	3(7)	0(0)	5,299	0,071
	Hayır	114	55(100)	40(93)	19(100)		
Yanıklı hastada ilk müdahale hususunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?	Evet	61	35(63,6)	18(41,9)	8(42,1)	5,5	0,064
	Hayır	56	20(36,4)	25(58,1)	11(57,9)		

Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab):Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Çalışmaya katılan gönüllülerin evli olanlarının çoğunluğunu doktorlardan oluştuğu 44(%80), bekar olanların çoğunluğunu hemşirelerden 29(%67,4) oluştuğu saptandı($p<0,05$). Meslekte çalışma yılı 6 ay-1 yıl arasında olan gönüllülerin sayısı ($n=34$) diğer çalışma yıllarını göre daha fazla olduğu ve bunların çoğunluğunu doktorların(27(%49,1)) oluşturduğu saptandı($p<0,05$). Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) katılmayanlarda doktorlar çoğunlukta olup (53(%96,4)), katılanlarda paramedikler (10(%52,6)) çoğunlukta idi ($p<0,05$). Yanık öyküsü olan doktorların sayısının (33(%60)) diğer meslek gruplarından fazla olduğu, yanık öyküsü olmayan hemşirelerin sayısının (28(%65,1)) diğer meslek gruplarından fazla olduğu saptandı($p<0,05$). Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi alan sadece hemşireler (4(%9,3)) varken, yatarak tedavi almayanlar arasında en çoğunlukta olan meslek grubu doktorlardır (55(%100)) ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan gönüllülerde yanıklı hasta ile karşılaşma sıklığının nitel değişkenlere göre dağılımı aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Yanıklı Hastayla Karşılaşmaya Göre Nitel Değişkenler Dağılımı

Değişkenler		Toplam	Yanıklı Hasta ile Karşılaşma Sıklığı		χ^2	p
			Sık	Nadir		
		n	n(%)	n(%)		
Cinsiyet	Erkek	57	23(53,5)	34(45,9)	0,619	0,431
	Kadın	60	20(46,5)	40(54,1)		
Medeni Durum	Evli	68	26(60,5)	42(56,8)	0,154	0,695
	Bekar	49	17(39,5)	32(43,2)		

Tablo 4.9. (Devam) Yanıklı Hastayla Karşılaşmaya Göre Nitel Değişkenler Dağılımı

Meslekte Çalışma Yılı	6 ay-1 yıl	34	13(30,2)	21(28,4)	4,83	0,185
	2-5 yıl	28	14(32,6)	14(18,9)		
	6-10 yıl	31	7(16,3)	24(32,4)		
	11 yıl ve üzeri	24	9(20,9)	15(20,3)		
Meslek	Doktor	55	25(58,1)	30(40,5)	4,132	0,127
	Hemşire	43	14(32,6)	29(39,2)		
	Paramedik	19	4(9,3)	15(20,3)		
Yanıklı hasta ile ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?	Sık	55	42(97,7)a	13(17,6)b	70,06	<0,001
	Nadir	62	1(2,3)a	61(82,4)b		
Yanıklı hastaya ilk müdahale yapma sıklığı ne kadar?	Evet	17	7(16,3)	10(13,5)	0,167	0,682
	Hayır	100	36(83,7)	64(86,5)		
Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) hiç katıldınız mı?	Evet	63	22(51,2)	41(55,4)	0,197	0,657
	Hayır	54	21(48,8)	33(44,6)		
Hayatınızda hiç yandınız mı?	Evet	4	3(7)	1(1,4)	2,606	0,106
	Hayır	113	40(93)	73(98,6)		
Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi aldınız mı?	Evet	33	11(25,6)	22(29,7)	0,231	0,631
	Hayır	84	32(74,4)	52(70,3)		
Yanık nedeniyle vücudunuzda hiç kalıcı skar kaldı mı?	Evet	3	0(0)	3(4,1)	1,789	0,181
	Hayır	114	43(100)	71(95,9)		
Yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan yakınınız oldu mu?	Evet	61	30(69,8)a	31(41,9)b	8,469	0,004
	Hayır	56	13(30,2)a	43(58,1)b		

Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab):Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Yanıklı hasta ile sık karşılaşanların (42(%97,7)) yanıklı hastaya sık müdahale yaptığı, nadir karşılaşanların (61(%82,4)) ise nadir müdahale yaptığı saptandı($p<0,05$). Yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan yakını olanlardan yanıklı hasta ile nadir karşılaşanlar (31(%41,9)), yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan yakını olmayanların (43(%58,1)) nadir karşılaşmakta olduğu saptandı($p<0,05$).

Çalışmaya katılan gönüllülerde hastaya ilk müdahale yapma sıklığının nitel değişkenlere göre dağılımı aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Yanıklı Hastaya İlk Müdahale Yapma Sıklığının Nitel Değişkenler Göre Dağılımı

Değişkenler		Toplam	Yanıkta İlk Müdahale Yapma Sıklığı		χ^2	p
			Sık	Nadir		
			N	n(%)		
Cinsiyet	Erkek	57	27(49,1)	30(48,4)	0,006	0,939
	Kadın	60	28(50,9)	32(51,6)		
Medeni Durum	Evli	68	30(54,5)	38(61,3)	0,545	0,460
	Bekar	49	25(45,5)	24(38,7)		
Meslekte Çalışma Yılı	6 ay-1 yıl	34	16(29,1)	18(29)	2,894	0,408
	2-5 yıl	28	16(29,1)	12(19,4)		
	6-10 yıl	31	11(20)	20(32,3)		
	11 yıl ve üzeri	24	12(21,8)	12(19,4)		
Meslek	Doktor	55	31(56,4)	24(38,7)	3,685	0,158
	Hemşire	43	17(30,9)	26(41,9)		
	Paramedik	19	7(12,7)	12(19,4)		
Yanıklı hasta ile ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?	Sık	43	42(76,4)a	1(1,6)b	70,06	<0,001
	Nadir	74	13(23,6)a	61(98,4)b		
Yanıklı hastaya ilk müdahale yapma sıklığı ne kadar?	Evet	17	11(20)	6(9,7)	2,501	0,114
	Hayır	100	44(80)	56(90,3)		
Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) hiç katıldınız mı?	Evet	63	30(54,5)	33(53,2)	0,02	0,886
	Hayır	54	25(45,5)	29(46,8)		
Hayatınızda hiç yandınız mı?	Evet	4	3(5,5)	1(1,6)	1,303	0,254
	Hayır	113	52(94,5)	61(98,4)		
Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi aldınız mı?	Evet	33	14(25,5)	19(30,6)	0,388	0,533
	Hayır	84	41(74,5)	43(69,4)		
Yanık nedeniyle vücudunuzda hiç kalıcı skar kaldı mı?	Evet	3	0(0)	3(4,8)	2,731	0,098
	Hayır	114	55(100)	59(95,2)		
Yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan yakınınız oldu mu?	Evet	61	41(74,5)a	20(32,3)b	20,885	<0,001
	Hayır	56	14(25,5)a	42(67,7)b		

Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab):Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Yanıklı hasta ile nadir karşılaşıp nadir ilk müdahale yapanların(61(%98,4)), yanıklı hasta ile sık karşılaşıp sıklıkla ilk müdahaleyi yapanlardan(42(%76,4)) daha fazla olduğu saptandı(p<0,05). Yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan yakını olan sıklıkla yanıklı hastaya ilk müdahale yapanlar (41(%74,5)), yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan

yakını olmayan ve nadir ilk müdahaleyi yapanlardan (42(%67,7)) daha az olduğu saptandı($p<0,05$).

Çalışmaya katılan gönüllüler arasında Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) katılıp katılmamaya göre nitel değişkenler dağılımı Tablo 4.11' de verilmiştir.

Tablo 4.11. Yanıklı Hastanın Resüsitasyonuna (Entübasyon-CPR) Katılıp Katılmamaya Göre Nitel Değişkenler Dağılımı

Değişkenler	Toplam	Yanıklı Hastanın Resüsitasyonuna hiç katıldınız mı?		χ^2	p
		Evet	Hayır		
	N	n(%)	n(%)		
Cinsiyet	Erkek	57	1(5,9)a	14,608	<0,001
	Kadın	60	16(94,1)a		
Medeni Durum	Evli	68	10(58,8)	0,004	0,949
	Bekar	49	7(41,2)		
Meslekte Çalışma Yılı	6 ay-1 yıl	34	1(5,9)a	11,93	0,008
	2-5 yıl	28	3(17,6)		
	6-10 yıl	31	10(58,8)a		
	11 yıl ve üzeri	24	3(17,6)		
Meslek	Doktor	55	2(11,8)a	27,758	<0,001
	Hemşire	43	5(29,4)		
	Paramedik	19	10(58,8)a		
Yanıklı hasta ile ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?	Sık	43	7(41,2)	0,167	0,682
	Nadir	74	10(58,8)		
Yanıklı hastaya ilk müdahale yapma sıklığı ne kadar?	Sık	55	11(64,7)	2,501	0,114
	Nadir	62	6(35,3)		
Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) hiç katıldınız mı?	Evet	63	10(58,8)	0,198	0,656
	Hayır	54	7(41,2)		
Hayatınızda hiç yandınız mı?	Evet	4	3(17,6)a	12,195	<0,001
	Hayır	113	14(82,4)a		
Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi aldınız mı?	Evet	33	4(23,5)	0,215	0,643
	Hayır	84	13(76,5)		
Yanık nedeniyle vücudunuzda hiç kalıcı skar kaldı mı?	Evet	3	1(5,9)	0,877	0,349
	Hayır	114	16(94,1)		
Yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan yakınınız oldu mu?	Evet	61	10(58,8)	0,356	0,551
	Hayır	56	7(41,2)		

Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab):Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Yanıklı hastanın resüsitasyonuna katılmayan erkek katılımcıların (56(%56)), kadın katılımcılardan (16(%94,1)) daha fazla olduğu saptandı($p<0,05$).

Meslekte çalışma yılı 6-10 yıl olanların yanıklı hastaya en fazla müdahale yapanlar(10(%58,8)) olduğu saptandı($p<0,05$). Yanıklı hastanın resüsitasyonuna en az katılanlar 6 ay-1 yıl çalışma yılına ait olanlar (1(%5,9)) olduğu saptandı($p<0,05$). Yanık öyküsü olan ve yanıklı hastanın resüsitasyonuna katılanlara (3(%17,6)) göre yanık öyküsü olmayan ve yanıklı hastanın resüsitasyonuna katılmayanların (99(%99)) oranı daha yüksek saptandı ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan gönüllülerin yanık öyküsüne göre nitel değişkenlerin dağılımı Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12. Yanık Öyküsüne Göre Nitel Değişkenler Dağılımı

Değişkenler		Toplam	Yanık		χ^2	p
			Evet	Hayır		
		n	n(%)	n(%)		
Cinsiyet	Erkek	57	30(47,6)	27(50)	0,066	0,797
	Kadın	60	33(52,4)	27(50)		
Medeni Durum	Evli	68	35(55,6)	33(61,1)	0,369	0,544
	Bekar	49	28(44,4)	21(38,9)		
Meslekte Çalışma Yılı	6 ay-1 yıl	34	10(15,9)a	24(44,4)b	13,364	0,004
	2-5 yıl	28	15(23,8)	13(24,1)		
	6-10 yıl	31	21(33,3)	10(18,5)		
	11 yıl ve üzeri	24	17(27)	7(13)		
Meslek	Doktor	55	33(52,4)	22(40,7)	11,877	0,003
	Hemşire	43	15(23,8)a	28(51,9)b		
	Paramedik	19	15(23,8)a	4(7,4)b		
Yanıklı hasta ile ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?	Sık	43	22(34,9)	21(38,9)	0,197	0,657
	Nadir	74	41(65,1)	33(61,1)		
Yanıklı hastaya ilk müdahale yapma sıklığı ne kadar?	Sık	55	30(47,6)	25(46,3)	0,02	0,886
	Nadir	62	33(52,4)	29(53,7)		
Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) hiç katıldınız mı?	Evet	17	10(15,9)	7(13)	0,198	0,656
	Hayır	100	53(84,1)	47(87)		
Hayatınızda hiç yandınız mı?	Evet	4	4(6,3)	0(0)	3,55	0,060
	Hayır	113	59(93,7)	54(100)		

Tablo 4.12. (Devam) Yanık Öyküsüne Göre Nitel Değişkenler Dağılımı

Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi aldınız mı?	Evet	33	33(52,4)a	0(0)b	39,398	<0,001
	Hayır	84	30(47,6)a	54(100)b		
Yanık nedeniyle vücudunuzda hiç kalıcı skar kaldı mı?	Evet	3	1(1,6)	2(3,7)	0,521	0,470
	Hayır	114	62(98,4)	52(96,3)		
Yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan yakınınız oldu mu?	Evet	61	36(57,1)	25(46,3)	1,371	0,242
	Hayır	56	27(42,9)	29(53,7)		

Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab):Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Meslekte çalışma yılı 6 ay-1 yıl olanlardan yanık öyküsü olmayanlar (24(%44,4)), meslekte çalışma yılı 6-10 yıl olanlardan yanık öyküsü olanlardan (21(%33,3)) daha çoğunlukta olduğu saptandı($p<0,05$). Meslek gruplarından doktorların en yüksek yanık öyküsüne sahip olduğu (33(%52,4)), yanık öyküsü olmayan en düşük meslek grubunun ise paramedikler(4(%7,4)) olduğu saptandı($p<0,05$). Yanık öyküsü olanlardan yanık nedeniyle yatarak hastanede tedavi alanlar (33(%52,4)) şeklinde saptandı($p<0,05$).

Çalışmaya katılan gönüllülerin yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi almaya göre nitel değişkenlerin dağılımı Tablo 4.13'te verilmiştir.

Tablo 4.13. Yanık Nedeniyle Hastanede Yatarak Tedavi Almaya Göre Nitel Değişkenler Dağılımı

Değişkenler		Toplam	Yanık Nedeniyle Hastanede Yatarak Tedavi Alma		χ^2	p
			Evet	Hayır		
			n(%)	n(%)		
Cinsiyet	Erkek	57	0(0)	57(50,4)	3,935	0,047
	Kadın	60	4(100)	56(49,6)		
Medeni Durum	Evli	68	0(0)a	68(60,2)b	5,748	0,017
	Bekar	49	4(100)a	45(39,8)b		
Meslekte Çalışma Yılı	6 ay-1 yıl	34	0(0)	34(30,1)	5,733	0,125
	2-5 yıl	28	1(25)	27(23,9)		
	6-10 yıl	31	3(75)	28(24,8)		
	11 yıl ve üzeri	24	0(0)	24(21,2)		
Meslek	Doktor	55	0(0)a	55(48,7)b	7,127	0,028
	Hemşire	43	4(100)a	39(34,5)b		
	Paramedik	19	0(0)a	19(16,8)b		
Yanıklı hasta ile ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?	Sık	43	3(75)	40(35,4)	2,606	0,106
	Nadir	74	1(25)	73(64,6)		

Tablo 4.13. (Devam) Yanık Nedeniyle Hastanede Yatarak Tedavi Almaya Göre Nitel Değişkenler Dağılımı

Yanıklı hastaya ilk müdahale yapma sıklığı ne kadar?	Sık	55	3(75)	52(46)	1,303	0,254
	Nadir	62	1(25)	61(54)		
Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) hiç katıldınız mı?	Evet	17	3(75)a	14(12,4)b	12,195	<0,001
	Hayır	100	1(25)a	99(87,6)b		
Hayatınızda hiç yandınız mı?	Evet	63	4(100)	59(52,2)	3,55	0,060
	Hayır	54	0(0)	54(47,8)		
Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi aldınız mı?	Evet	33	1(25)	32(28,3)	0,021	0,885
	Hayır	84	3(75)	81(71,7)		
Yanık nedeniyle vücudunuzda hiç kalıcı skar kaldı mı?	Evet	3	0(0)	3(2,7)	0,109	0,741
	Hayır	114	4(100)	110(97,3)		
Yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan yakınınız oldu mu?	Evet	61	4(100)	57(50,4)	3,802	0,051
	Hayır	56	0(0)	56(49,6)		

Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab):Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi alan erkek katılımcı olmadığı, yatarak tedavi alan sadece kadın katılımcıların (4(%100)) olduğu saptandı($p<0,05$). Evli olanlardan yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi alan katılımcı olmadığı, bekar olan katılımcılardan hastanede yatarak tedavi alanların (4(%100)) olduğu saptandı($p<0,05$). Meslek grubu doktor ve paramedik olan katılımcıların yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi almadığı, yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi alan katılımcıların hemşire meslek grubundan olduğu (4(%100)) saptandı($p<0,05$). Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) hiç katılmayan ve yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi almayan katılımcıların (99(%87,6)) çoğunlukta olduğu saptandı ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan gönüllülerin yanık nedeniyle vücutta skar oluşup oluşmamasına göre nitel değişkenler dağılımı Tablo 4.14.' te verilmiştir.

Tablo 4.14 . Yanık Nedeniyle Vücutta Skar Oluşup Oluşmamasına Göre Nitel Değişkenler Dağılımı

Değişkenler		Toplam	Yanık Nedeniyle Skar Var Mı?		χ^2	p
			Evet	Hayır		
			n	n(%)		
Cinsiyet	Erkek	57	16(48,5)	41(48,8)	0,001	0,975
	Kadın	60	17(51,5)	43(51,2)		
Medeni Durum	Evli	68	16(48,5)	52(61,9)	1,753	0,186

Tablo 4.14 . (Devam) Yanık Nedeniyle Vücutta Skar Oluşup Oluşmamasına Göre Nitel Değişkenler Dağılımı

	Bekar	49	17(51,5)	32(38,1)		
Meslekte Çalışma Yılı	6 ay-1 yıl	34	1(3)a	33(39,3)b	15,612	0,001
	2-5 yıl	28	11(33,3)	17(20,2)		
	6-10 yıl	31	13(39,4)a	18(21,4)b		
	11 yıl ve üzeri	24	8(24,2)	16(19)		
Meslek	Doktor	55	18(54,5)	37(44)	5,389	0,068
	Hemşire	43	7(21,2)	36(42,9)		
	Paramedik	19	8(24,2)	11(13,1)		
Yanıklı hasta ile ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?	Sık	43	11(33,3)	32(38,1)	0,231	0,631
	Nadir	74	22(66,7)	52(61,9)		
Yanıklı hastaya ilk müdahale yapma sıklığı ne kadar?	Sık	55	14(42,4)	41(48,8)	0,388	0,533
	Nadir	62	19(57,6)	43(51,2)		
Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) hiç katıldınız mı?	Evet	17	4(12,1)	13(15,5)	0,215	0,643
	Hayır	100	29(87,9)	71(84,5)		
Hayatınızda hiç yandınız mı?	Evet	63	33(100)a	30(35,7)b	39,398	<0,001
	Hayır	54	0(0)a	54(64,3)b		
Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi aldınız mı?	Evet	4	1(3)	3(3,6)	0,021	0,885
	Hayır	113	32(97)	81(96,4)		
Yanık nedeniyle vücudunuzda hiç kalıcı skar kaldı mı?	Evet	3	1(3)	2(2,4)	0,04	0,842
	Hayır	114	32(97)	82(97,6)		
Yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan yakınınız oldu mu?	Evet	61	18(54,5)	43(51,2)	0,107	0,744
	Hayır	56	15(45,5)	41(48,8)		

Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab):Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Yanık nedeniyle vücudunda skar olanların meslekte çalışma yılı 6-10 yıl olanlarda en fazla olduğu(13(%39,4)) saptandı($p<0,05$). Yanık nedeniyle vücudunda skar olmayanların en çok meslekte çalışma yılı 6 ay-1 yıl arasında olanlarda (33(%39,3)) olduğu saptandı($p<0,05$). Yanık öyküsü olan katılımcılarda skar kalanların kalmayanlara göre daha çoğunlukta olduğu (33(%100)) saptandı ($p<0,05$).

Çalışmaya katılan gönüllüler arasında Yanıklı hastaya müdahale yapma konusunda yeterliliğe göre nitel değişkenler dağılımı Tablo 4.15.'da verilmiştir.

Tablo 4.15. Yanıklı Hastaya Müdahale Yapma Konusunda Yeterliliğe Göre Nitel Değişkenler Dağılımı

Değişkenler		Toplam	Yanıklı Hastaya Müdahale Yapmada Yeterli Misiniz?		χ^2	p
			Evete	Hayır		
		n	n(%)	n(%)		
Cinsiyet	Erkek	57	20(32,8)a	37(66,1)b	12,947	<0,001
	Kadın	60	41(67,2)a	19(33,9)b		
Medeni Durum	Evli	68	38(62,3)	30(53,6)	0,913	0,339
	Bekar	49	23(37,7)	26(46,4)		
Meslekte Çalışma Yılı	6 ay-1 yıl	34	14(23)	20(35,7)	4,457	0,216
	2-5 yıl	28	19(31,1)	9(16,1)		
	6-10 yıl	31	16(26,2)	15(26,8)		
	11 yıl ve üzeri	24	12(19,7)	12(21,4)		
Meslek	Doktor	55	35(57,4)	20(35,7)	5,5	0,064
	Hemşire	43	18(29,5)	25(44,6)		
	Paramedik	19	8(13,1)	11(19,6)		
Yanıklı hasta ile ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?	Sık	43	30(49,2)a	13(23,2)b	8,469	0,004
	Nadir	74	31(50,8)a	43(76,8)b		
Yanıklı hastaya ilk müdahale yapma sıklığı ne kadar?	Sık	55	41(67,2)a	14(25)b	20,885	<0,001
	Nadir	62	20(32,8)a	42(75)b		
Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) hiç katıldınız mı?	Evet	17	10(16,4)	7(12,5)	0,356	0,551
	Hayır	100	51(83,6)	49(87,5)		
Hayatınızda hiç yandınız mı?	Evet	63	36(59)	27(48,2)	1,371	0,242
	Hayır	54	25(41)	29(51,8)		
Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi aldınız mı?	Evet	4	4(6,6)	0(0)	3,802	0,041
	Hayır	113	57(93,4)	56(100)		
Yanık nedeniyle vücudunuzda hiç kalıcı skar kaldı mı?	Evet	33	18(29,5)	15(26,8)	0,107	0,744
	Hayır	84	43(70,5)	41(73,2)		
Yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan yakınınız oldu mu?	Evet	3	1(1,6)	2(3,6)	0,436	0,509
	Hayır	114	60(98,4)	54(96,4)		

Pearson ki-kare testi kullanıldı. (ab):Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Yanıklı hastaya ilk müdahale yapma konusunda kendini yeterli hisseden kadın katılımcıların daha çoğunlukta (41(%67,2)) olduğu saptandı(p<0,05). Yanıklı hasta ile sık karşılaşan katılımcılar (30(%49,2)) kendini yanıklı hastaya müdahale etme konusunda daha yeterli hisseden katılımcılar olduğu saptandı(p<0,05).

Yanıklı hastaya ilk müdahaleyi sık yapan katılımcıların (41(%67,2)) yanıklı hastaya müdahale konusunda kendini daha yeterli hissettiği saptandı($p<0,05$). Yanık nedeniyle yatarak tedavi almayan katılımcıların (57(%93,4)) yanıklı hastaya müdahale konusunda kendini daha yeterli hissettiği saptandı ($p<0,05$).



5. TARTIŞMA

İnsan vücudunda birden çok sistemin, birden çok fonksiyonunu aynı zamanda etkileyebilecek ve bu etkilenme sonucunda çok ciddi sonuçlar oluşturabilecek, vücutta kalıcı hasar bırakabilecek patolojik bir durumdur (Enshaei ve Khalaji, 2017). Yanık travması vücutta travma bölgesinde etkilediği alanın büyüklüğü, derinliği ve vücuttaki konumuna bağlı olarak önemli birçok sistemik bozukluklara, sakatlıklara ve hatta ölüme neden olabilen ciddi bir sağlık sorunudur (Jeschke, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tahmini verilerine göre, bir yılda 11 milyon yanık travmasının meydana geldiği ve bu yanık vakalarından 180.000'inin hayatının son bulduğu bildirilmiştir (WHO, 2021). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2016 yılında yanık yaralanması nedeniyle hastanede tıbbi tedavi gören 486.000 yanıklı hastanın olduğu, çeşitli yanık türlerinden olan yangın veya inhalasyon yanığı nedeniyle de 3.275 kişinin yaşamını yitirdiği bildirilmiştir (Amerikan Burn Association, 2017). Bizim ülkemizde de yanığa bağlı yaralanma nedeni ile 2023 yılı verilerinde, hastanenin yanık servislerinde yatarak tedavi olan ortalama 12.420 yetişkin hasta olduğu belirtilmektedir (Durgut, 2024).

Acil serviste çalışan tüm sağlık çalışanları yanıklı hastanın tedavi süreci ve yanıkta vaka türleri (alev, haşlanma, elektrik, kimyasal ve inhalasyon) hakkında güncel bilgilere sahip olmalı ve yanık hastasına tanı koyup (Aydın, 2018) bu tanılara yönelik güncel rehberler eşliğinde gerekli girişimleri yapabilmelidir (Vural & Özlü, 2020). Araştırmamıza katılan 117 katılımcıdan doktor 55 (%47,0), hemşire 43 (%36,8), paramedik 19 (%16,2) olduğu saptandı ($p<0,05$).

Araştırmaya katılanlarda alınan puan ortalamasının 66,75 olduğu en düşük puanın 30 olduğu en yüksek puanın 85 olduğu saptandı ($p<0,05$). Karabağlı'nın (2024) yaptığı çalışmada katılımcı sayısının çokluğu ve yanık birimlerinde görev yapan hemşirelerin büyük çoğunluğunun (175 kişi) lisans düzeyinde eğitim alan hemşireler olduğu göz önünde bulundurulduğunda, yanık vakalarının tanı, tedavi ve bakım konularında aldıkları bilgi puan ortalamasının 100 üzerinden 32,83($\pm 23,03$) puan olduğu saptandı ($p<0,05$) (Karabağlı, 2024). Arpacık ve Kaymakçı'nın (2023) yaptığı çalışmada ise acil serviste çalışan hekimlerin yanık yaralanmalı çocuk hastalarının yönetilmesi konusunda bilgi düzeylerinin orta seviyede olduklarını ve 100 puan üzerinden toplam 57,65 $\pm$ 10,13 puan aldıklarını ortaya koymuştur (Arpacık & Kaymakçı, 2023).

Lam ve arkadaşlarının (2018) 353 hemşire üzerinde gerçekleştirdiği anket çalışmasında hemşirelerin yanık travmaları ve yanık travmalı hastaya ilk müdahale konusunda %39.7'si anket sorularına doğru cevaplamıştır(Lam ve ark., 2018). Hotan ve arkadaşlarının (2020) gerçekleştirmiş olduğu çalışmada ise çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin yanık hastalarının bakım ve tedavisi konusunda düşük olduğu, sağlık çalışanlarının uygulamış olduğu tedavilerin eksik olduğu bildirilmiştir (Hotan ve ark., 2020). Bizim araştırmamızda da hemşirelerin ($58,49 \pm 15,91$) doktorlara ($75,18 \pm 10,71$) göre puan ortalamasının daha düşük olduğu saptandı($p < 0,05$).

Tüm sağlık çalışanlarında olduğu gibi hemşirelerinde yanık tanı, tedavi ve bakım ile ilişkili bilgi düzeyinde almış oldukları eğitimin yanı sıra meslekte çalışma yılı ve çalışmış oldukları çalışma bölümlerinin de etkisi bulunmaktadır (Hasen & Hashim, 2021). Hemşirelerin çalışma yılının yanında geçirmiş oldukları klinik hasta deneyimleri ve takibini yapmış oldukları hasta deneyimleri, tüm sağlık çalışanlarının olduğu gibi hemşirelerin de hemşirelik uygulamaları kapsamındaki bilgi düzeyini olumlu yönde etkilemektedir(Nibbelink, 2018).

Karabağlı'nın (2024) yapmış olduğu çalışmasında yanık birimlerinde 10 yıldan daha uzun süre çalışıp eğitimlerini 11 yıl ve daha önce alan hemşirelerin, 1-6 ay önce eğitimlerini alan hemşirelerden daha başarılı bilgi puanları almış oldukları saptandı (Karabağlı, 2024). Li ve arkadaşlarının (2023) yanık yoğun bakımda görev yapan hemşirelerin yanıklı hasta yönetimi bilgi düzeylerini ölçtüğü çalışmada da benzer şekilde çalışma yılı hemşirelerin almış oldukları başarı puanıyla orantılı olarak bilgi düzeyinin yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (Li ve ark., 2023). Yapmış olduğumuz bu çalışmada ise meslekte çalışma yılı 6 ay-1yıl ($70,44 \pm 15,29$) olanlarla 2-5 yıl ($71,43 \pm 11,62$) olanların 6 yıl ve 10 üzeri ($62,58 \pm 18,52$) çalışma yılı olanlara göre daha başarılı olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Acil ve dramatik bir hasta grubu olan çocuk yanıkları, hekimler üzerinde olumsuz duygusal etkilere neden olmaktadır (Koçak ve ark., 2017). Bu nedenle yanıklara yeterince önem verilmemektedir. Son yıllarda ülkemizde ve dünyada yanık yaralanmaları için donanımlı tedavi ünitelerinin (yanık ünitesi/merkezleri) sayısında önemli bir artış olmuş, bu da yanık hastalarının yönetiminde üçüncü aşamayı oluşturmaktadır. Bu merkezlerde çalışan ekiplerin (doktor, hemşire ve hasta bakım sağlayıcıları) bilgi ve deneyimleri, erken cerrahi uygulamalar, kullanılan yara pansumanları ve mükemmel hasta bakımı,

yanık hastalarının mortalite ve morbiditesinde önemli bir azalmaya katkıda bulunmuştur (Partain ve ark., 2020;Demircan ve ark., 2015).

Yanık travmasının altın saati olarak da bilinen ilk 24 saatte erken ve doğru müdahale yapılarak yanık mortalite ve morbiditesini azaltmak, hastanede kalış sürelerini kısaltmak ve tedavi maliyetlerini düşürmek mümkündür. Öte yandan, acil servislerde çalışan yanık dışı hekimlerin, özellikle pediatrik yanıklar söz konusu olduğunda, yanık yaralanmaları konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları Demir ve ark. (2022) yapmış olduğu çalışmada gösterilmiştir (Lam ve ark. 2018;Demir ve ark., 2022).

Gelişmekte olan ülkelerde acil yanık yönetimi hakkında yaygın olarak yetersiz bilgi olduğu bildirilmiştir. 2005 yılında Kut ve meslektaşlarının Türkiye'de 510 işyeri hekimi arasında yaptığı bir anket, toplam katılımcıların yalnızca %21,8'inin uygun yanık sınıflandırmasını bildiğini ve yalnızca %4'ünün yanık ilk yardımı ve ilk yönetimi hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu göstermiştir (Kut ve ark., 2005) Çalışmamızda da yanıklı hastaya ilk müdahale yapma konusunda kendini yeterli hissedenden kadın katılımcıların daha çoğunlukta (41(%67,2)) olduğu saptandı($p<0,05$). Lam ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada, doktorların yalnızca %39,8'i %50'den fazla doğru cevap verdi ve hiçbir katılımcı tüm soruları doğru cevaplamadı; bu da beklenenden düşük bir sonuçtur. Ayrıca çalışmanın sonuçları, çalışma deneyiminin katılımcılar arasındaki bilgi düzeyini etkileyen bir faktör olmadığını ortaya koymuştur. Bu durum, kıdemli doktorların yanıkların akut tedavisi ve kitlesel yanık yaralanmalarının yönetimi konusunda yönlendirildikleri gibi kendilerini güncellemediklerini göstermektedir (Lam ve ark., 2018). Meslekte çalışma yılı 6 ay–1yıl ($70,44\pm15,29$) olanlarla 2-5 yıl ($71,43\pm11,62$) olanların 6 yıl ve üzeri ($62,58\pm18,52$) çalışma yılı olanlara göre daha başarılı olduğu saptandı ($p<0,05$). Doktorların ($75,18\pm10,71$) puan ortalamasının diğer hemşire ($58,49\pm15,91$) ve paramediklere($61,05\pm11,85$) göre daha yüksek olduğu saptandı($p<0,05$). Gelişmiş ülkelerde durum daha iyi olmakla birlikte hala kısıtlamalar bulunmaktadır. Örneğin, İngiltere'de Allison ve arkadaşları ambulans servisinde çalışan sağlık personelinin bilgisini araştırmış ve ambulans ekibi üyelerinin %55'inin yanık yönetimi için standart protokolü bilmediğini; %97'sinin ağrı kesici kullandığını, %87'sinin soğuk ve temiz su uyguladığını, %74'ünün oksijen verdiğini ve %90'ının sıvı verilmesine bakılmaksızın kanüle ettiğini tespit etmiştir(Allison, 2002). Rea ve arkadaşları, Batı Avustralya'da sağlık çalışanlarının yalnızca %18,8'inin yanık

senaryosuyla ilgili sorulara doğru yanıt verdiğini göstermiştir (Rea, 2005). İngiltere'de, 2013 yılında Tay ve arkadaşları sağlık çalışanları arasında yanık ilk yardım bilgisini değerlendirmek için bir anket düzenlemiştir. Bu, katılımcıların %59'unun ilk yardım kursuna katıldığını göstermiştir. Ancak, katılımcıların yalnızca %16'sı tüm sorulara doğru yanıt vermiştir (Tay, 2013). Çalışmamızda soruların tümüne doğru yanıt veren katılımcı yoktur, katılımcıların aldıkları puan ortalaması 66,75 olduğu saptandı. Erkek katılımcıların puan ortalaması 64,39±14,05, kadın katılımcıların puan ortalaması 69±16,02 olduğu saptandı($p<0,05$).

Acil serviste çalışan sağlık çalışanlarının tüm vaka türlerinde olduğu gibi yanık vaka türlerinde de hastanın tanı, tedavi ve bakımı konusunda bilgi ve tecrübeleri çok önemli bir yere sahip olmasına rağmen, acil servis sağlık çalışanlarının deneyimsizlikle birlikte teorik bilgi yetersizliği ve yapılan literatür çalışmalarının bu alanda sınırlı olması sebebiyle çeşitli zorluklar yaşayabilmektedirler. Bu sebeple acil servis sağlık çalışanlarının yanıklı hastanın tanı, tedavi ve bakımı konularına yönelik eğitimlerinin düzenli ve daha kapsamlı olarak verilmesi ve bu alanda çalışmaların çoğaltılması, sağlık çalışanlarının çalışırken yaşayabilecekleri sorunların önüne geçmekte ve bu sorunları çözüme kavuşturmak için gereklidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Bu çalışmaya 57 erkek (%48,7) ve 60 kadın (%55,6) olmak üzere toplam 117 sağlık çalışanı dahil edilmiştir. Araştırmaya katılanlarda alınan puan ortalamasının 66,75 olduğu en düşük puanın 30 olduğu en yüksek puanın 85 olduğu saptandı.
- Araştırmaya katılan 117 katılımcıdan doktor 55 (%47,0), hemşire 43 (%36,8), paramedik 19 (%16,2) olduğu tespit edildi.
- Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) katılan 17 (%14,5) kişi, katılamayan 100 (%85,5) kişi olduğu tespit edildi.
- Yanıklı hastada ilk müdahale hususunda kendini yeterli hisseden katılımcıların 61 (%52,1) kişi, hissetmeyen katılımcıların 56 (%47,9) kişi olduğu tespit edilmiştir.
- Meslekte çalışma yılı 6 ay-1yıl ($70,44 \pm 15,29$) olanlarla 2-5 yıl ($71,43 \pm 11,62$) olanların 6 yıl ve üzeri ($62,58 \pm 18,52$) çalışma yılı olanlara göre daha başarılı olduğu saptandı ($p < 0,05$).
- Doktorların ($75,18 \pm 10,71$) puan ortalamasının diğer hemşire ($58,49 \pm 15,91$) ve paramediklere ($61,05 \pm 11,85$) göre daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$).
- Yanığa müdahalede yeterli olduğunu düşünen katılımcıların çoğunluğu 41(%68,3) kadındı ($p < 0,05$). Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) katılmayanlarda doktorlar çoğunlukta olup (53(%96,4)), katılanlarda paramedikler (10(%52,6)) çoğunlukta idi ($p < 0,05$).
- Yanık resüsitasyonu yapanlarda 6 ay-1 yıl arasında çalışanlarla, 6-10 yıl arasında çalışanlarda, 6-10 yıl arası çalışanlar lehine istatistiksel anlamlılık saptandı ($p < 0,05$).
- Meslekte çalışma yılı 6-10 yıl olanların yanıklı hastaya en fazla müdahale yapanlar(10(%58,8)) olduğu saptandı($p < 0,05$). Yanıklı hastanın resüsitasyonuna en az katılanlar 6 ay-1 yıl çalışma yılına ait olanlar (1(%5,9)) olduğu saptandı ($p < 0,05$).
- Meslek gruplarından doktorların en yüksek yanık öyküsüne sahip olduğu (33(%52,4)), yanık öyküsü olmayan en düşük meslek grubunun ise paramedikler(4(%7,4)) olduğu saptandı($p < 0,05$).
- Yanık öyküsü olanlarda skar kalanların kalmayanlara göre daha fazla olduğu (33(%100)) saptandı ($p < 0,05$). Yanıklı hastaya ilk müdahale yapma konusunda kendini yeterli hisseden kadın katılımcıların daha çoğunlukta (41(%67,2)) olduğu saptandı($p < 0,05$).

- Yanıklı hasta ile sık karşılaşanlar (30(%49,2)) kendini yanıklı hastaya müdahale etme konusunda daha yeterli hissedenler olduğu saptandı($p<0,05$). Yanık nedeniyle yatarak tedavi almayanların (57(%93,4)) yanıklı hastaya müdahale konusunda kendini daha yeterli hissettiği saptandı ($p<0,05$).
- Bu çalışmanın sonucunda; sağlık çalışanlarına yönelik yapılan hizmet içi eğitimlerde yanık eğitimlerinin düzenli aralıklarla, güncel rehberler eşliğinde tekrarlanması ve acil serviste çalışan sağlık çalışanlarının yanıklı hasta yönetimi konusunda kendilerini geliştirmek ve daha çok bilgi sahibi olmak için düzenlenen etkinliklere katılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

- Aghakhani, K., Heidari, M., Tabatabaee, S. M. ve Abdolkarimi, L., 2015. Effect of current pathway on mortality and morbidity in electrical burn patients. *Burns*, 41(1), 172–176.
- Altintas, B., Altintas, A. A., Kraemer, R., Sorg, H., Vogt, P. M. ve Altintas, M. A., 2014. Acute effects of local cold therapy in superficial burns on pain, in vivo microcirculation, edema formation, and histomorphology. *Burns*, 40(5), 915–921.
- Bittner, E. A., Shank, E., Woodson, L. ve Martyn, J. A., 2015. Acute and perioperative care of the burn-injured patient. *Anesthesiology*, 122(2), 448–464.
- Burke, B. A., Lewis, R. W. ve Latenser, B. A., 2008. Methamphetamine-related burns in the cornbelt. *Journal of Burn Care & Research*, 29(4), 574–579.
- Bozkurt, M. ve Bülbüloğlu, S., 2002. Medikal ve cerrahi tedavi uygulamaları ve bakım yönetimi. *Yanık*, Editör: Akkoç, M. F. Nobel Kitabevi, Antalya, 151–169.
- Cander, B., 2016. Termal ve inhalasyon yanıkları. *Acil Tıp Temel Başvuru Kitabı*, Editör: Serinken, M., İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2169–2177.
- Cherry, J. D., Williams, J. P., O'Banion, M. K. ve Olschowka, J. A., 2013. Thermal injury lowers the threshold for radiation-induced neuroinflammation and cognitive dysfunction. *Radiation Research*, 180(4), 398–406.
- Chrysopoulou, M. T., Jeschke, M. G., Dziewulski, P., Barrow, R. E. ve Herndon, D. N., 1999. Acute renal dysfunction in severely burned adults. *Journal of Trauma*, 46(1), 141–144.
- Demir, S., Öztörün, C. I., Ertürk, A., Güney, D., Ertoyl, A. ve Doruk, H., 2022. Acil servis hekimlerinin pediatrik yanıklara yaklaşımları: Bir anket değerlendirmesi. *Journal of Burn Care & Research*, 43(2), 115–120.
- Demircan, M., Cicek, T. ve Yetis, I., 2015. Çocuklarda tam kalınlıkta yüz yanıklarının kollajen-elastin matris kullanılarak tek adımda kapatılması işleminde ön sonuçlar ve pediatrik yüz yanıklarının incelenmesi. *Burns*, 41(6), 1268–1274.
- Durgut, H., 2024. Yanıkta Türkiye örgütlenmesi ve mevzuat. 23. Ulusal Cerrahi Kongresi, 24–28 Nisan, 2024, Antalya Susesi Otel.
- Enshaei, A. ve Khalaji, N., 2017. Assessment of surgery complications to repair post burn scar contracture of neck with cervicodeltoid flap. *Pharmacophore*, 8(6), 12–17.
- Eti Aslan, F., 2004. Acil bakım. *Acil Bakım*, Editör: Şelimen, D., Yüce Yayın, İstanbul, 350–369.
- Fadeyibi, I. O., Ibrahim, N. A., Mustafa, I. A., Ugboro, A. O., Adejumo, A. O., ve Buari, A., 2015. Practice of first aid in burn related injuries in a developing country. *Burns*, 41(6), 1322–1328.
- Friedlander, A. H., Friedlander, I. K., ve Marder, S., 2004. Posttraumatic stress disorder: Psychopathology, medical management, and dental implications. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 97(1), 5–11.
- Friedstat, J., Brown, D. A., ve Levi, B., 2017. Chemical, electrical, and radiation injuries. *Clinics in Plastic Surgery*, 44(3), 657–669.
- Gümüş, K. ve Özlü, Z. K., 2017. İhmal edilen bir hemşirelik bakım alanı: Yanık bakımı. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(4), 72–79.
- Hartford, C. E., 2012. Care of outpatient burns. *Total Burn Care*, Ed: Herndon, D. N., Elsevier, Edinburgh, 80–94.
- Hasen, G. ve Hashim, R., 2021. Current awareness of health professionals on the safety of herbal medicine and associated factors in the South West of Ethiopia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 27(14), 2001–2008.

- Hettiaratchy, S. ve Dziewulski, P., 2004. ABC of burns: Pathophysiology and types of burns. *BMJ*, 328(7453), 1427–1429.
- Hettiaratchy, S. ve Dziewulski, P., 2004. Introduction: What are the causes of burns? Who gets burnt? *British Medical Journal*, 328(7452), 1366–1368.
- Jameel, A., Anne, S., Sandrine, K., Mark, K., Safraz, M., Anand, P., 2013. Telemedicine as a potential medium for teaching the advanced trauma life support (atls) course. *Journal of surgical education*, 70(2), 258-264.
- Kalaycı, G., Güloğlu, R., Acar, K., Demirkol, K., Ertekin, C., 2002. Genel cerrahi, Editörler: Mercan, S., Özmen, V. ve Sökücü, N. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 95-283.
- Kanan, N., 2012. Yanıkta hemşirelik bakımı. *Cerrahi Hemşireliği I*. Editörler: Aksoy, G., ve Akyolcu, N. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 115–151.
- Karabağlı, A., 2024. Vaka senaryosu üzerinden yanık hemşirelerinin bilgi düzeylerinin Değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi), Yıldırım Beyazıt Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Karahan, S., Erbaş, A. ve Tunçbilek, Z., 2022. Experiences, difficulties, and coping methods of burn nurses: An exploratory-descriptive qualitative study. *Journal of Burn Care & Research*, 43(6), 1277–1285.
- Karadakovan, A., ve Eti Aslan, F., 2022. Yanıklar. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 1015-1045.
- Kayihan, G., Korhan, T., Ergun, E. ve Cemalettin, E., 1995. A study of epidemiology and mortality in burn patients. *Turkish Journal Of Trauma & Emergency Surgery*, 1(2), 205–208.
- Kaymakçı, A. ve Arpacık, M., 2023. Acil serviste çalışan hekimlerin pediatrik yanık hastalarının yönetimine ilişkin bilgi düzeyi. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 29(1), 73–80.
- Keck, M., Lumenta, D. B., Andel, H., Kamolz, L. P. ve Frey, M., 2009. Burn treatment in the elderly. *Burns*, 35(8), 1071–1079.
- Koçak, A. O., Koçak, M. B., Çakır, Z., Akbaş, İ. ve Katipoğlu, B., 2017. Acil tıp stajının tıp fakültesi altıncı sınıf öğrencilerinde mesleki kaygı ve depresyona etkisinin araştırılması. *European Journal of Emergency Medicine*, 16(4), 153–156.
- Kut, A., Tokalak, İ., Başaran, O., Moray, G. ve Haberal, M. A., 2005. İşyeri hekimlerinin yanık vakalarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışları: Türkiye’de kesitsel bir araştırma. *Burns*, 31(2), 850–854.
- Lam, N. N., Huong, H. T. X. Ve Tuan, C. A., 2018. Nurse knowledge of emergency management for burn and mass burn injuries. *National Institute of Burns Journal*, 31(3), 246–250.
- Lawton, G. ve Dheansa, B., 2008. The management of major burns: A surgical perspective. *Current Anaesthesia & Critical Care*, 19(2), 275–281.
- Li, M. J., Chen, H. L., Ju, Y. Y., Zeng, L. Ve Li, N., 2023. A cross-sectional survey and influencing factors analysis of knowledge, attitude, and behavior of enteral nutrition implemented by nurses in burn intensive care units. *Zhonghua Shao Shang Yu Chuang Mian Xiu Fu Za Zhi*, 39(9), 874-881.
- Partain, K. P., Fabia, R. ve Thakkar, R. K., 2020. Pediatrik yanık bakımı: Yeni teknikler ve sonuçlar. *Current Opinion in Pediatrics*, 32, 405–410.
- Peck, M.D., 2011. Epidemiology of burns throughout the world. Part I: Distribution and risk factors. *Burns*, 37(7), 1087–1100.

- Peck, M. D., 2012. Epidemiology of burns throughout the world. Part II: Intentional burns in adults. *Burns*, 38(5), 630–637.
- Polat, S. A., Çelik, G. T., Pirinçci, E., Güllüdağ, E. ve Yıldız, M., 2002. Kaza nedeniyle acil servise başvuran hastaların retrospektif olarak değerlendirilmesi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Aralık, 2002, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ.
- Pham, T. N., Cancio, L. C. ve Gibran, N. S., 2008. American Burn Association practice guidelines: Burn shock resuscitation. *Journal of Burn Care & Research*, 29(1), 257–266.
- Plancq, M. C., Goffinet, L., ve Duquennoy-Martinot, V., 2016. Burn child specificity. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*, 61(5), 568–577.
- Ratnapalan, S., Mason, K. P. ve Mace, S. E., 2010. Pediatric pain management and sedation. *International Journal of Pediatrics*, 454731.
- Rea, S., Kuthubutheen, J., Fowler, B., ve Wood, F., 2005. Batı Avustralya’da yanık ilk yardımı: Sağlık çalışanlarının bilgisi var mı? *Burns*, 31(2), 1029–1034.
- Ruan, Q., Zhao, C., Ye, Z., Ruan, J., Xie, Q. ve Xie, W., 2015. Effect and possible mechanism of monocyte-derived VEGF on monocyte-endothelial cellular adhesion after electrical burns. *Burns*, 41(4), 825–832.
- Sanford, A. P., 2007. Chemical burns. *Total Burn Care*, Ed: Herndon, D. N. Saunders Elsevier, Philadelphia, 536–541.
- Sakallıoğlu, A. E., Başaran, Ö., Tarım, A., Türk, E., Kut, A. ve Haberal, M., 2007. Burns in Turkish children and adolescents: Nine years of experience. *Burns*, 33(1), 46–51.
- Sanyang, E., Peek-Asa, C. ve Young, T., 2017. Child supervision and burn outcome among admitted patients at major trauma hospitals in the Gambia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(8), 856.
- Sayılan, A., Seyhan, A., Ak, E., ve Kanan, N., 2018. Yanıklarda akut dönem ve hemşirelik bakımı. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 485–494.
- Shupp, J. W., Nasabzadeh, T. J., Rosenthal, D. S., Jordan, M. H., Fidler, P. Ve Jeng, J. C., 2010. A review of the local pathophysiologic bases of burn wound progression. *Journal of Burn Care & Research*, 31(6), 849–873.
- Singer, A. J., ve Dagum, A. B., 2008. Current management of acute cutaneous wounds. *The New England Journal of Medicine*, 359(10), 1037–1046.
- Smolle, C., Cambiaso-Daniel, J., Forbes, A. A., Wurzer, P., Hundeshagen, G., Branski, L. K., Huss, F., & Kamolz, L. P., 2017. Dünya çapında yanık epidemiyolojisindeki son eğilimler: Sistematik bir inceleme. *Burns*, 43(2), 249–257.
- Sterns, E. E., 1989. Thermal injuries. In *Clinical Thinking in Surgery*, 1st ed., pp. 549–555.
- Solotkin, K. C. ve Knipe, C. J., 2000. Medical-surgical nursing. Ed: Lewis, S. M., Heitkemper, M. M. ve Dirksen, S. Harcourt Health Science, St. Louis, MO: Mosby, 523–550.
- Svobodova, A., Walterova, D. ve Vostalova, J., 2006. Ultraviolet light-induced alterations to the skin. *Biomedical Papers*, 150(1), 25–38.
- Tay, P. H., Pinder, R., Coulson, S. ve Rawlins, J., 2013. İlk izlenimler kalıcıdır: Hastane çalışanları arasında yanık kaynaklı yaralanmalarda ilk yardım bilgisinin incelenmesi. *Burns*, 39(2), 291–299.

- Tintinalli, J. E. ve DeKoning, E. P., 2020. Tintinalli's Emergency Medicine. Eds: John, M., Donald, M. Y., Garth, D. M., Stephan, S. J., Cline, D. M., Thomas, S. H. NY: McGraw-Hill, New York, 1384–1391.
- Townsend, C. M., 2012. Burns. In Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice. Eds: Daniel, R. ve Beauchamp, K. L. Philadelphia, PA: W.B. Saunders, 521–547.
- Törüner, E.K. ve Büyükgönenç, L., 2012. Çocukluk çağında sık görülen kazalar ve zehirlenmeler. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, Editörler: Törüner, E.K., Büyükgönenç, L. Göktuğ Yayıncılık, Ankara, 1. Bölüm 242-247.
- Waghmare, C. M., 2013. Radiation burn: From mechanism to management. Burns, 39(2), 212–219.
- Williams, H. M., Hunter, K. ve Clapham, K., 2020. Efficacy and cultural appropriateness of psychosocial interventions for paediatric burn patients and caregivers: A systematic review. BMC Public Health, 20(1), 284.
- World Health Organization (WHO), 2023. Burns. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns> (Erişim tarihi: 12.08.2023)
- Vural, F. ve Özlü, Ö., 2022. Yanık Medikal ve Cerrahi Tedavi Uygulamaları ve Bakım Yönetimi. Editörler: Bozkurt, M., Bülbüloğlu, S., Akkoç, M. F. Nobel Yayınevi, Antalya, 151-169.
- Yagmur, C., 2015. Electrical burns: Highlights from a 5-year retrospective analysis. Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery, 22(3), 6–10.
- Yanıklar, A. A. (t.y.). Ders notları. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi. Erişim adresi: <http://atabey.ipras.net/yanik>
- Yarrow, J., Moiemmen, N. ve Gulhane, S., 2009. Early management of burns in children. Pediatrics and Child Health, 19(11), 509–516.
- Yorgancı, K. ve Öner, Z., 2004. Yanıklar. Temel cerrahi, Editör: Sayek, İ. Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 494–508.
- Yorgancı, K. ve Geyik, G. S., 2007. Ciddi yanık hastasının izlem ve tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi, 38(4), 135–140.
- Yorgancı, K. ve Öner, Z., 2009. Yanıklar. Temel cerrahi el kitabı, Ed: Sayek, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 176–185.
- Young, D. M., 2006. Burn and electrical injury. Plastic Surgery, Ed: Mathes, P. A. Saunders Elsevier, M. Philadelphia. 811–833.
- Zor, F., Ersöz, N., Külahçı, Y., Kapi, E. ve Bozkurt, M. 2009. Birinci basamak yanık tedavisinde altın standartlar. Dicle Tıp Dergisi, 36(3), 219–225.

8.EKLER

Ek 1. Veri Toplama Formu

Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Yanıklı Hasta Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeyleri Sosyodemografik Veri Formu

Ad –Soyad:

Cinsiyetiniz: ☐ Erkek ☐ Kadın

Yaşınız :

Mesleğiniz : Doktor ☐ Hemşire ☐ Paramedik ☐ ATT ☐ Sağlık Memuru

Medeni durumunuz: ☐ Bekar ☐ Evli

Meslekte çalışma yılınız: ☐ 6ay - 1 yıl ☐ 2-5 yıl ☐ 6-10 yıl ☐ 11 yıl ve üzeri

Yanıklı hasta ile ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?

☐ Çok sık ☐ Sıklıkla ☐ Orta sıklıkla ☐ Nadiren ☐ Çok az

Yanıklı hastaya ilk müdahale yapma sıklığı ne kadar?

☐ Çok sık ☐ Sıklıkla ☐ Orta sıklıkla ☐ Nadiren ☐ Çok az

Yanıklı hastanın resüsitasyonuna (entübasyon-CPR) hiç katıldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Hayatınızda hiç yandınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Yanık nedeniyle hastanede yatarak tedavi aldınız mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Yanık nedeniyle vücudunuzda hiç kalıcı skar kaldı mı?

☐ Evet ☐ Hayır

Yanık nedeniyle resüsitasyon yapılan yakınınız oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

Yanıklı hastada ilk müdahale hususunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

1) Yanıkla ilgili verilen ifadelerden hangisi veya hangileri doğru değildir?

a) Çocuklarda en yaygın görülen yanık türü haşlanma kaynaklı iken, yetişkinlerde en yaygın yanık türü alev kaynaklıdır

b) Donmaya bağlı buz kristalleri hücreleri patlattığında veya hipertonic bir ortamda deride ve alttaki dokularda hasar meydana gelir. İkşnci derece donmada deride büller oluşur

- c) Elektrik yanıklarında hasarın büyüklüğü, akımın yoluna, dokuların içinden geçen akıma direncine ve akımın süresine bağlıdır
- d) Dünyada yanık görülme oranı yaklaşık %1'dir ve bunların % 25'i önlenebilir.
- 2) Sıcak su ile oluşan yanıklarda / haşlanmalarda ilk yapılması gereken müdahale hangisidir?
- a) Ağrı kesici vermek.
- b) En az 20 dakika çeşme suyunun altında tutmak.
- c) Yoğurt sürmek.
- d) Oluşan su dolu kesecikleri patlatmak.
- 3) Aşağıdaki seçeneklerden hangisi yanığın şiddetine göre hafif yanıklar sınıfında yer almaz?
- a) Erişkinlerde %10 veya daha az 2. derece yanıklar.
- b) Çocukta %10 veya daha az 2. derece yanıklar.
- c) Erişkin veya çocuklarda %2'den daha az 3. derece yanıklar
- d) Erişkinlerde %10 veya daha az 2. derece yanıklar.
- 4) Aşağıdaki seçeneklerden hangisi yanığın şiddetine göre orta yanıklar sınıfında yer almaz?
- a) Erişkinlerde %10-20 arası 2. derece yanıklar.
- b) Erişkin veya çocuklarda %2-5 arası 3. derece yanıklar
- c) Yüksek voltajlı elektrik yanıkları
- d) Şüpheli inhalasyon yanıkları
- 5) Aşağıdaki seçeneklerden hangisi yanığın şiddetine göre büyük yanıklar sınıfında yer almaz?
- a) Başka travmanın (kafa, batin, toraks, kırıklar vb.) eşlik ettiği yanıklar
- b) Erişkin veya çocuklarda %5'ten fazla 3. derece yanıklar
- c) Kimyasal yanıklar
- d) Enfeksiyon yatkınlığını arttıran yandaş hastalıklar (DM, orak hücre hastalığı vb.)
- 6) Yanıklı hastada acil tedavi algoritmasında aşağıdaki ifadelerden hangisi doğru değildir?
- a) Genel travma algoritması kapsamında hava yolunun kontrol edilmesi ve solunumun değerlendirilmesini takiben kardiyovasküler sistemin değerlendirilmesi en önceliklidir.
- b) Myoglobüri ve hemoglobüri gelişebilir, akut böbrek yetmezliğini engellemek için sıvı replasmanı ve idrar takibi gereklidir.

c) İdrarın rengi siyah veya kırmızı ise intravenöz sıvı hızla arttırılmalıdır. İdrar çıkışını arttırmak için diüretik tedavi başlanmalıdır.

d) Ekstremitelerde dolaşım bozukluğu ve ağır kas hasarı olabilir. Ödem kasın kendi fasiyası içinde sıkışmasına ve nekroza yol açabilir (kompartman sendromu) ve fasyatomi gerekebilir.

7) Yanık hastasına olay yerinde müdahale ile ilgili yapılması gerekenlerden hangisi yanlıştır?

a) Sıcak sıvı yanıkları; ıslanan tüm kıyafetler çıkarılır.

b) Kimyasal yanıklar; kuru kimyasallar önce fırçalanarak, diğerleri doğrudan suyla yıkanır.

c) Parlama yanığı elektrik arkına bağlı oluşur ve vücudu boydan boya geçen akım mevcuttur

d) Alev yanıkları; karbon monoksit veya duman zehirlenmesini kontrol edilir.

8) Yanıkta lokal yara bakımı ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

a) Küçük yanıklarda topikal antimikrobiyal madde içeren krem veya pomadların kullanılmasına gerek yoktur.

b) Epitelizasyon izlensede gümüşlü preparatların kullanımı sonlandırılmamalıdır.

c) Parafin veya yağlı merhemler emdirilmiş gazlı bezlerle pansuman uygundur.

d) Enfeksiyon veya eskar varlığında ve geniş yanıklarda %1 gümüş sülfadiyazın kullanılır.

9) Ciddi yanıklarda hastanede ilk 24 saatte erken dönemde dolaşımın

değerlendirilmesinde en güvenilir parametrelerden biri de idrar çıkımıdır. İdrarın rengi siyah veya kırmızı ise intravenöz sıvı hızla arttırılmalıdır. Hedef erişkinlerde ... ml/

saat, çocuklarda ... ml/kg/saat idrar çıkışını sağlamaktır. Boşluklara gelmesi gereken en uygun seçenek hangisidir?

a) 25 ml/saat -1-3 ml/kg/saat

b) 50 ml/saat -2-4 ml/kg/saat

c) 75 ml/saat - 4-5 ml/kg/saat

d) 100 ml/saat -3-4 ml/kg/saat

10) Toplam yanık genişliği (TYG); Çocuklarda >..... TYG, Erişkinde >..... TYG, ise intravenöz sıvı verilmelidir. Boşluklara gelmesi gereken en uygun seçenek hangisidir?

a) % 10-20

b) % 20-30

c) % 30-40

d) % 40-50

11) Ciddi yanıklarda idrarı alkalileştirmek için erişkinlerde ... mEq, 10 kg üzerindeki çocuklarda ... mEq, 10 kg altındaki çocuklarda ... ml/kg NaHCO_3 IV puşe edilmelidir. Boşluğa gelebilecek en uygun ifade hangisidir?

- a) 20 mEq / 10 mEq / 1 ml/kg
- b) 10 mEq / 5 mEq / 1 ml/kg
- c) 30 mEq / 5 mEq / 1 ml/kg
- d) 30 mEq / 10 mEq / 1 ml/kg

12) Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğru değildir?

- a) Yanık hastalarının hepsi adli yönden değerlendirilmelidir. Hayati tehlikesi olan tüm hastalar ve kaza dışı nedenle olduğu aşikar veya şüpheli olan yaralanmaların adli rapor düzenlenerek bildirim zorunluluğu vardır.
- b) Aile yanıklı (kaza veya istismar) hastasını tedavi ettirmek istemezse bu hastaya bilinci açık olduğu müddetçe asla müdahale edilemez
- c) Aile veya vasisinin imza karşılığında çocuğunu başka bir sağlık kurumuna götürme hakkı yoktur. Yardım talep ederse ambulans vs. yardım etme zorunluluğuda yoktur.
- d) Hayatı tehdit edici yaralanma varsa ya da başka bir merkez olmadığını bildiğimiz halde aile çocuğunu alıp götürmek isterse savcılıklara bildirim yapmak gerekir. Çünkü bu istismardır.

13) Elektrik yanıklarında ve inhalasyon yanıklarında önerilenin kaç kadar idrar çıkışı sağlayacak şekilde sıvı verilmesi gereklidir?

- a) Beş katına kadar idrar çıkışı sağlayacak şekilde sıvı verilmesi gereklidir
- b) Dört katına kadar idrar çıkışı sağlayacak şekilde sıvı verilmesi gereklidir
- c) Üç katına kadar idrar çıkışı sağlayacak şekilde sıvı verilmesi gereklidir
- d) İki katına kadar idrar çıkışı sağlayacak şekilde sıvı verilmesi gereklidir

14) Vücut yüzeyinin % kaçından fazlası yanan hastalarda nazogastrik sonda takılır?

- a) %10
- b) %20
- c) %30
- d) %40

15. "Dermisin tüm katları tutulur. Deri sert, basık, soluk, ağrısızdır, tromboze damarlar izlenir, klasik yanık eskarı vardır." Kaçınıcı derece yanıkta görülür?

- a) 1. derece
- b) 2. derece
- c) 3. derece
- d) 4. derece

16) Aşağıdakilerden hangisi sıcak çarpmalarında ilk yardım uygulamalarından değildir?

- a) Üzeri örtülür
- b) Bulantısı yoksa ve bilinci açıksa sıvı verilebilir.
- c) Sırt üstü yatırılarak, şok pozisyonu verilir.

d) Hasta serin ve havadar bir yere alınır

17) Aşağıdakilerden hangisi yanık nedeni olabilir?

I.Soğuk maruziyeti II.Kimyasallar III.Elektrik IV.Radyasyon V.İnhalasyon

a) I, II, III b) II, IV c) I, III, V d) I, II, III, IV, V

18. Elektrik çarpması durumunda ilk yapılması gereken aşağıdakilerden hangisidir?

a) Psikolojik destek sağlamak

b) Hemen temel yaşam desteğine başlamak

c) Sigortayı kapatarak elektrik temasını kesmek

d) Ambulans çağırmak

19) Aşağıdakilerden hangisi üçüncü derece yanığın özelliğidir?

a) Derinin tüm tabakaları etkilenmiştir

b) Çok ağrılıdır

c) İçi su dolu kabarcıklar vardır

d) Kendiliğinden iyileşir

20) Yanıkla ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi doğru değildir?

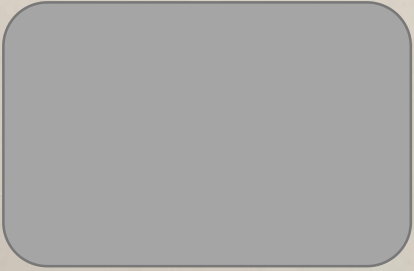
a) Radyasyon yanıklarında 10 Gy'de nekroz meydana gelir

b) Asitler, bazlar, organik bileşikler (fenoller...) veya inorganik bileşikler (Na, P, Li...) gibi kimyasallar yanığa sebep olabilirler

c) Yüksek gerilim (>1000 volt) : Akım vücudu boydan boya geçer. Ciltte küçük bir yara ve ciddi organ hasarı ile karşımıza çıkar (buzdağı).

d) Göğüs ön yüz ve sırtın tamamı yandığında %36 genişliğinde yanık alanı oluşur

Ek 2. Etik Kurul Kararı

	T.C. TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
Sayı : 83116987 - 152 Konu : Etik Kurul Kararı Toplantı Tarihi : 29.02.2024 Toplantı No : 2024/03 Proje No : 24-KAEK-076	14.03.2024	
Sayın, Doç.Dr. Mehmet ESEN		
Etik Kurulumuzun 29.02.2024 tarihli toplantısında görüşülen 24-KAEK-076 kayıt numaralı “Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Yanıklı Hasta Yönetimine İlişkin Bilgi Düzeylerinin Araştırılması” başlıklı çalışmanız gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.		
İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmeliğin 14-4. maddesi ve yönergemizin 18-3. maddesine göre çalışmanız tamamlandıktan sonra sonuç raporunun tarafımıza en geç 90 gün içerisinde bildirilmesi gerekmektedir.		
Bilgilerinizi rica ederim.		
		
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Tel:(0356)212 52 98-212 95 00/7515		

9. ÖZGEÇMİŞ

