

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YANIK HASTALARININ TABURCULUK SONRASI PSİKOLOJİK
SIKINTI DÜZEYLERİNİN VE SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGI
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

HAZIRLAYAN

ELİF ÜNLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA - 2023

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**YANIK HASTALARININ TABURCULUK SONRASI
PSİKOLOJİK SIKINTI DÜZEYLERİNİN VE SOSYAL
GÖRÜNÜŞ KAYGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

HAZIRLAYAN

ELİF ÜNLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. EBRU AKGÜN ÇITAK

ANKARA - 2023

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Tezli Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Elif Ünlü. tarafından hazırlanan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 4/01/2023

Tez Adı: Yanık Hastalarının Taburculuk Sonrası Psikolojik Sıkıntı Düzeylerinin Ve Sosyal Görünüş Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi

Tez Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı - Soyadı, Kurumu)

İmza

Prof.Dr. Ebru Akgün Çıtak Başkent Üniversitesi

Prof.Dr. Satı Demir Gazi Üniversitesi

Doç.Dr. Duygu Hiçdurmaz Hacettepe Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Şeyda Ökdem Başkent Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Elif Ok Başkent Üniversitesi

ONAY

Prot. Dr. F. Belgin ATAÇ

Enstitü Müdürü

Tarih: 04/ 01 / 2023

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 27 / 01 / 2023

Öğrencinin Adı, Soyadı:Elif Ünlü..

Öğrencinin Numarası:22020287

Anabilim Dalı:Hemşirelik.

Programı:Hemşirelik.

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı:Prof.Dr. Ebru Akgün Çıtak

Tez Başlığı: YANIK HASTALARININ TABURCULUK SONRASI PSİKOLOJİK SIKINTI DÜZEYLERİNİN VE SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGI DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ.

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam ..70.... sayfalık kısmına ilişkin, 22 / 01 / 2023 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafındanTurnitin..... adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % ...18.....'dır. Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

"Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını" inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.. ..

ONAY

Tarih: 27 / 01 / 2023..

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad, İmza:

Prof.Dr. Ebru Akgün Çıtak

*Bu tezi, her zaman yanımda olan canım anneme ve
beni bir yerlerden izlediğine inandığım canım babama
ithaf ediyorum.*



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve tecrübesi ile bana her zaman her konuda yardımcı olan, bu çalışmanın yapılmasında yönlendirmelerini eksik etmeyen tez danışmanım sayın Prof. Dr. Ebru Akgün Çıtak’a,

Hayatımın her aşamasında yanımda olup, yoluma ışık olan, sevgilerini, sabırlarını ve desteklerini üzerimden çekmeyen hiçbir zaman haklarını ödeyemeyeceğim canım aileme,

Yüksek lisans eğitimim ve bu çalışmanın sürdürülme aşamasında her zaman destekte bulunan, bana her konuda kolaylık sağlayan, yardımlarını eksik etmeyen, mesai arkadaşlarım, Başkent Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Müdürlüğü ve Sayın Doç. Dr. Ziyafet Uğurlu’ya, Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi Yara ve Yanık Tedavi Merkezi ve Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı ekiplerine,

Çalışmayı uygulayabilmem için izin veren Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğine ve bölüm doktorlarım Doç. Dr. Cem Aydoğan ve Prof. Dr. Ayşe Ebru Abalı’ya,

Bitmek bilmeyen soru ve sorunlarıma sabır ile yaklaşıp anında çözüm bulan, bilgi ve tecrübesi ile desteğini daima yanımda hissettiren, mesleki ve akademik konuda gelişmemi sağlayan, samimiyetini hiç eksik etmeyen sayın Uzm. Hem. Aylin Günay’a

Lisans döneminde tanıdığım bugüne kadar benimle olan, bütün sevgisi ve desteği ile her zaman yanımda olacağını bildiğim, benimle mutlu olup benimle üzülen en iyi arkadaşım Esma Nurhal Yazıcı’ya,

Araştırmaya katılmayı kabul eden, desteklerini eksik etmeyen değerli zamanlarını bana ayıran sayın katılımcılara çok teşekkür ederim.

Elif ÜNLÜ

ÖZET

Ünlü, Elif. Yanık Hastalarının Taburculuk Sonrası Psikolojik Sıkıntı Düzeylerinin ve Sosyal Görünüş Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı, 2023.

Bu çalışma yanık hastalarının taburculuk sonrası psikolojik sıkıntı ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir araştırmadır.

Araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Hastanesi Yanık ve Tedavi Merkezi'nde 2021-2022 yılında yatarak tedavi görmüş yanık hastaları oluşturmaktadır. Başkent Üniversitesi Hastanesi Yanık ve Yara Tedavi Merkezi'nde 1 yıl içinde tedavi gören toplam hasta sayısının 39 kişi olarak bilindiği durumda örneklem büyüklüğü en az 36 kişi olarak belirlenmiştir. Bu çalışma 37 hasta ile tamamlanmıştır.

Verilerin toplanmasında Sosyodemografik ve Yanıkla İlgili Bilgi Formu, Psikolojik Sıkıntı Ölçeği, Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortanca, medyan (M) ve minimum (min), maksimum (max) değerleri olarak verilmiştir. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı Shapiro Wilk normallik testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılmadığı sonucu bulunmuştur. İki kategorili değişkenler için ölçek puanlarının karşılaştırmaları Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategorili değişkenler için ölçek puanlarının karşılaştırmaları Kruskal-Wallis H testi ile yapılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenin (Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği) bağımlı değişken (Psikolojik Sıkıntı Ölçeği) üzerine etkisi doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın sonuçlarına göre hastaların psikolojik sıkıntı toplam skor ortalaması $23,46\pm7,77$ puan bulunmuştur. Hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve yaş değişkenlerine göre psikolojik sıkıntı ölçeğinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı; yanık yüzdesi ve yanık türüne göre ise psikolojik sıkıntı ölçeğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Hastaların sosyal görünüş kaygısı toplam skor ortalaması $50,70\pm13,66$ puan bulunmuştur. Hastaların cinsiyet ve gelir düzeyi değişkenlerine göre sosyal görünüş kaygısı ölçeğinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı; medeni durum, eğitim düzeyi, yaş, yanık yüzdesi ve

yanık türüne göre sosyal görünüş kaygısı ölçeğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Psikolojik sıkıntı ölçeği ile Sosyal Görünüş Kaygısı ölçeği arasında pozitif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sosyal Görünüş Kaygısı ölçek puanlarının Psikolojik Sıkıntı puanlarına etkisi doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Modele göre sosyal görünüş kaygısı puanları arttıkça psikolojik sıkıntı puanlarının 0,563 puan arttığı belirlenmiştir. Psikolojik sıkıntı ve sosyal görünüş kaygısı düzeylerini etkileyen medeni durum, eğitim düzeyi, yanık yüzdesi, yaş, yanık türü değişkenleri göz önüne alınarak yanık hastalarına uygulanacak psikolojik destek çalışmalarında yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yanık, Psikolojik sıkıntı, Sosyal görünüş kaygısı, Hemşirelik, Psikiyatri Hemşireliği.

Bu çalışma için Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu'ndan (Onay: 03.08.2022 Proje No: KA22/323) onay alınmıştır.

ABSTRACT

Unlu, Elif. Investigation of Psychological Distress Levels and Social Appearance Anxiety Levels of Burn Patients After Discharge. Baskent University Institute of Health Sciences, Nursing Department, Nursing Master's Program, 2023.

This study is a descriptive and relationship-seeking study conducted to examine the psychological distress and social appearance anxiety levels of burn patients after discharge.

The population of the study consists of burn patients who were hospitalized in Baskent University Hospital Burn and Treatment Center in 2021-2022. When the total number of patients treated in Baskent University Hospital Burn and Wound Treatment Center within 1 year is known as 39 people, the sample size was determined as at least 36 people. This study was completed with 37 patients.

Sociodemographic and Burn Information Form, Psychological Distress Scale, and Social Appearance Anxiety Scale were used to collect data. Descriptive statistics are given as number of units (n), percent (%), median, median (M), and minimum (min), maximum (max) values. The normal distribution of the data of numerical variables was evaluated with the Shapiro Wilk test of normality. It was found that the data were not normally distributed. Comparisons of scale scores for variables with two categories were made with the Mann-Whitney U test, and comparisons of scale scores for variables with more than two categories were made with the Kruskal-Wallis H test. Relationships between numerical variables were evaluated with the Spearman correlation coefficient. The effect of the independent variable (Social Appearance Anxiety Scale) on the dependent variable (Psychological Distress Scale) was evaluated by linear regression analysis. A p value of <0.05 was considered statistically significant.

According to the results of the study, the mean total score of psychological distress of the patients was 23.46 ± 7.77 points. The psychological distress scale was not statistically significant according to the gender, marital status, education level, income level and age variables of the patients; According to burn percentage and burn type, psychological distress scale was found to be statistically significant.

The mean total score of the patients' social appearance anxiety was 50.70 ± 13.66 points. According to the gender and income level variables of the patients, the social appearance anxiety scale was not statistically significant; It was determined that the social appearance

anxiety scale was statistically significant according to marital status, education level, age, burn percentage and burn type.

A statistically significant correlation was found between the psychological distress scale and the Social Appearance Anxiety scale at a moderately positive level. The effect of Social Appearance Anxiety scale scores on Psychological Distress scores was evaluated by linear regression analysis. According to the model, it was determined that as social appearance anxiety scores increased, psychological distress scores increased by 0.563 points. Considering the marital status, education level, burn percentage, age, burn type variables that affect psychological distress and social appearance anxiety levels, it is thought that it will help in the psychological support studies to be applied to burn patients.

Keywords: Burn, Psychological distress, Social appearance anxiety, Nursing, Psychiatric Nursing.

This study was approved by Baskent University Medical and Health Sciences Research Board and Baskent University Ethics Committee (Approval: 03.08.2022 Project No: KA22/323).

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Yanık.....	5
2.1.1. Yanık yaralarının etiolojisi.....	6
2.1.1.1. Termal yanıklar.....	6
2.1.1.2. Elektriksel yanıklar.....	8
2.1.1.3. Kimyasal Yanıklar	9
2.1.2. Yanık yaralarının sınıflandırılması.....	10
2.1.2.1. Yanık yaralanmalarının genişliği.....	11
2.1.2.2. Yanık yaralarının derinliği.....	13
2.1.3. Yanık yaralanmalarının fizyopatolojisi.....	16
2.1.3.1. Lokal tepki.....	17
2.1.3.2. Sistemik tepki.....	19
2.1.4. Yanık yaralanmalarında tedavi yöntemleri.....	23
2.2. Psikolojik Sıkıntı.....	27
2.3. Sosyal Görünüş Kaygısı.....	29
2.4. Yanık Yaralanması Olan Hasta ve Hemşirelik Bakımı.....	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü.....	34

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	34
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	34
3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri.....	35
3.5. Araştırmanın Etiği.....	35
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	35
3.7. Veri Toplama Araçları.....	35
3.7.1. Sosyodemografik ve Yanıkla İlgili Bilgi Formu.....	36
3.7.2. Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (K-10 PSÖ).....	36
3.7.3. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ).....	37
3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	37
3.9. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi.....	37
4. BULGULAR.....	39
4.1. Katılımcıların Sosyo Demografik ve Yanıkla İlgili Tanıtıcı Özellikleri... ..	40
4.1.1. Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Ait Bulgular.....	40
4.1.2. Katılımcıların Yanığa İlişkin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular... ..	41
4.2. Katılımcıların Psikolojik Sıkıntı Ölçeği Puanları	43
4.3. Katılımcıların Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Puanları	43
4.4. Katılımcıların sosyo demografik ve yanıkla ilgili tanıtıcı özelliklerine göre psikolojik sıkıntı ve sosyal görünüş kaygısı düzeylerinin incelenmesi.	44
4.5. “Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” arasındaki ilişki.....	47
4.6. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçek puanlarının Psikolojik Sıkıntı Ölçek puanlarına etkisinin incelenmesi.....	47
5. TARTIŞMA.....	48
5.1. Yanık hastalarının Psikolojik Sıkıntı Ölçeğine ilişkin bulgularının tartışılması.....	48
5.2. Yanık hastalarının Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeğine ilişkin bulgularının tartışılması.....	50
5.3. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçek puanlarının Psikolojik Sıkıntı Ölçek puanlarına etkisinin tartışılması.....	52

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
6.1. Sonuçlar.....	53
6.2. Öneriler.....	54
KAYNAKLAR.....	55

EKLER

EK 1: Sosyodemografik ve Yanıkla İlgili Bilgi Formu

EK 2: Psikolojik Sıkıntı Ölçeği

EK 3: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

EK 4: Bilimsel Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK 5: Psikolojik Sıkıntı Ölçeği Kullanım İçin İzin Yazısı

EK 6: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Kullanım İçin İzin Yazısı

EK 7: Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu Onayı

EK 8: Başkent Üniversitesi İstatistik Danışmanlık ve Araştırma Merkezi

Biyoistatistik Ön Değerlendirme

EK 9: Başkent Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Anket Uygulama İzni

EK 10: Orijinallik Raporu

TABLÖLAR LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 3.7.2.1. Psikolojik Sıkıntı Ölçeği'ne Verilen Yanıtlara Göre Psikolojik Sıkıntı Düzeylerinin Yorumlanması.....	36
Tablo 4.1.1. Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı(N=37)	40
Tablo 4.1.2. Katılımcıların Yanığa İlişkin Tanıtıcı İstatistikleri.....	41
Tablo 4.2. Psikolojik Sıkıntı Ölçeği Puanları.....	43
Tablo 4.3. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Puanları.....	43
Tablo 4.4.1. Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim Düzeyi, Gelir Düzeyi ve Yanık Türüne Göre Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Puanlarının Dağılımı.....	44
Tablo 4.4.2. Yanık Yüzdesi ve Yaş ile Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeğinin Arasındaki İlişkiler	46
Tablo 4.5. Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ile Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeğinin Arasındaki İlişkiler	47
Tablo 4.6. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçek Puanlarının Psikolojik Sıkıntı Puanlarının Etkisine İlişkin Doğrusal Regresyon Modeli	47

ŞEKİLLER LİSTESİ

	Sayfa
Şekil 1. El ayası metoduna göre yanık yüzey alanı oranları.....	11
Şekil 2. Wallace'ın 9'lar kuralına göre, erişkin ve pediatrik yaş grubundaki yanık yüzey alanı oranları.....	12
Şekil 3. Lund-Browder metoduna göre, erişkin (I) ve pediatrik (II) yaş grubundaki yanık yüzey alanı oranları.....	12
Şekil 4. Yanık yarası derinliği.....	15
Şekil 5. Yanık yarasında lokal tepki.....	18

SİMGELER VE KISALTMALAR LİSTESİ

APA	American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Derneği)
ABA	American Burn Association (Amerikan Yanık Derneği)
ADH	antidiüretik hormon
CO	karbonmonoksit
CVP	central venous pressure (santral venöz basınç)
HCN	hidrojen siyanid
PSÖ	Psikolojik Sıkıntı Ölçeği
kg	kilogram
M	medyan
max	maksimum
mcL	mikrolitre
min	minimum
n	birim sayısı
rho	Pearson korelasyon katsayısı
SGKÖ	Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği
TSSB	travma sonrası stres bozukluğu
TVYA	total vücut yanık alanı
%	yüzde

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Travma, doku veya organın yapısını, şeklini bozan ve dışarıdan mekanik bir tepki sonucu oluşan lokal yaradır (1). Yanık, neden olduğu deri ve derialtı dokularda meydana gelen hasarın derinliği, yüzey alanı, neden olan ajan ve tedavi takip sürecinde gelişebilecek enfeksiyon, metabolik durumlar gibi nedenlerle tüm organizmayı etkileyen kişinin ömrü boyunca yaşayabileceği en önemli ve kapsamlı fiziksel ve psikolojik travmalardan biridir (2, 3). Yüksek morbidite ve mortalite oranına sahip olan yanık; Dünya Sağlık Örgütü tarafından “ısı, radyasyon, radyoaktivite, elektrik, sürtünme ya da kimyasallarla temastan kaynaklanan cilt veya diğer organik dokuların yaralanması” şeklinde tanımlanmıştır (3, 4).

Yanığa yol açan nedenler, termal yanıklar, elektrik yanıkları, kimyasal yanıklar, radyasyon yanıkları şeklinde gruplandırılabilir. Termal yaralanmalar kendi içerisinde, çocuklardaki yanıkların yaklaşık %70'ini kapsayan ayrıca sıklıkla yaşlılarda görülen haşlanma yanıkları; yetişkin yanıkların yarısını oluşturan alev yanıkları, yanığa neden olacak cisme dokunulması ile oluşan çoğunlukla diyabetli hastalarda, epilepsili kişilerde, alkolü ve uyuşturucuyu kötüye kullanan kişilerde görülen temas yanığı olmak üzere üçe ayrılır (5, 6, 7, 8). Elektrik yanığı akımın veya elektronların doku içerisinden geçmesiyle cilt hasarı, sıklıkla kas, tendon, sinir ve kemik gibi derin dokuları da etkilemesinden dolayı yüksek morbidite ve mortalite oranına sahiptir (9, 10). Kimyasal yanıklar da asit, alkali, organik ve inorganik bileşikler gibi kimyasalların maruziyeti sonucu oluşan yanıklardır (11, 12, 13). Radyasyon yanığı, radyo frekansı enerjisine veya iyonlaştırıcı radyasyona maruz kalmanın neden olduğu deride veya diğer biyolojik dokularda meydana gelen hasardır. En yaygın radyasyon yanığı türü, ultraviyole radyasyonun neden olduğu güneş yanığıdır (14, 15).

Yanıklar derinliğine göre üçe ayrılır. Derinin sadece epidermis tabakasının hasar görmesiyle skar bırakmadan iyileşen yanık yaraları birinci derece yanık olarak kabul görür ve buna güneş yanıkları örnek verilebilir. İkinci derece yanıklar yüzeysel ve derin parsiyel yanıklar olarak ikiye ayrılır. İkinci derece yüzeysel parsiyel yanıklar epidermin tamamı ve papiller derminin hasarlandığı yanıklardır, deride pigment değişiklikleri görülebilmektedir. Epidermin

tamamı ve dermisin %50'den fazlasını içeren yanıklar ikinci derece derin parsiyel yanıklardır; bu yanıklarda skar oluşumuna sık rastlanmaktadır. Üçüncü derece tam kat kalınlıkta yanıklar, subkutan dokuya kadar uzanmaktadır; kas ve kemikleri de tutabilmektedir. Cerrahi tedavi ile greft veya flep uygulanarak defektler kapatılmaya çalışılır ve bazı durumlar amputasyonla sonuçlanmaktadır (2, 16, 17). Yanık ve tedavisi bireylerde kalıcı fiziksel değişimlere yol açan, bireyin yaşantısını fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak tüm boyutlarıyla etkileyen uzun ve zorlu bir süreçtir. Yanık; yaralanması sırasında ya da sonrasında meydana gelen şiddetli ağrı, iştahta farklılık, görünümdeki değişiklikler, fiziksel aktivitelerin kısıtlanması, tedavi sürecinin ani ve uzun vadeli olması gibi nedenlerden dolayı hastanın psikolojik durumunda geçici veya kalıcı bozulmalara neden olabilmektedir. Hastanın fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik yapısı ile günlük yaşam aktiviteleri olumsuz etkilenir. Buna bağlı olarak yaşam kalitesinin düşmesi, fazla psikolojik acı çekmesi ve birçok psikolojik sağlık bozukluğu belirtisi gösterme olasılığı fazladır (18, 19, 20).

Psikolojik sıkıntı, yanık yaralanması sonrası ağırlı pansumanlar, fizik tedavi prosedürleri, vücut imajında ve yapısında değişiklikler, sosyal rahatsızlık, dışarıdan gelen damgalayıcı (stigma) hareketler ve rahatsız edici tepkiler nedeniyle en sık görülen ve güçten düşüren komplikasyonlar arasındadır (21, 22). Amerikan Psikoloji Derneği (APA)'nin psikoloji sözlüğünde psikolojik sıkıntı, çoğu insanda normal ruh hali dalgalanmalarıyla ilişkili bir dizi acı verici zihinsel ve fiziksel semptom şeklinde tanımlanmıştır (23). Ridner'a göre (2004) psikolojik sıkıntı bireyin belirli bir stres etkenine veya talebe yanıt olarak yaşadığı, kişiye geçici veya kalıcı olarak zarar veren benzersiz, rahatsız edici, duygusal bir durumdur (24). Görünümünde farklılığa sahip bireyler, kaygı, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), depresyon ve düşük benlik saygısı gibi zorluklarla diğer insanlara kıyasla daha yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı yaşamaktadırlar (25). Değişmiş bir görünüme uyum sağlamadaki zorluklar, kaygı, utanma, sosyal kaçınma ve izolasyona neden olabilmekte ve yaşam kalitesini de etkilemektedir (25, 26). Wallis ve arkadaşlarının (2006) Yanık yaralanması olan 55 hasta ile yaptığı çalışma sonucunda genel popülasyon ile karşılaştırıldığında yanık hastalarının daha yüksek duygusal sıkıntı gösterdiği sonucuna varılmıştır. Bu hastalarda yaygın olarak kaygı, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu ile semptomlarıyla karşılaşmıştır (27). Jain ve arkadaşlarının (2017) yaptığı araştırmaya göre yüzdeki yanıklar ve depresyonun şiddeti arasındaki ilişki yüksek çıkmıştır, bu da yüzdeki şekil bozukluğunun yanık sonrası depresyon

için risk faktörleri arasında yer almasına neden olmuştur. Aynı çalışmada derin yanığa sahip hastaların anksiyete, depresyon ve düşük benlik saygısına sahip olmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (28).

Kişinin dış görünüşü için olumsuz olarak değerlendirilme korkusu aynı zamanda yüksek sosyal kaygı ve/veya sosyal bozulma ile ilişkilidir (26). Sosyal kaygının bir türü olarak tanımlanan sosyal görünüş kaygısı, bireylerin fiziksel görünümünün başkaları tarafından değerlendirilmesiyle ilgili olarak yaşadıkları kaygı ve gerilim olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle, insanların fiziksel görünümünün yanı sıra bireyin ten rengi, yüz şekli (burun, göz arası mesafe, gülümseme) ve kas yapısı gibi beden algısı ve beden imajına dair özelliklerin diğer insanlar tarafından değerlendirilmesine karşı gösterdikleri duygusal tepkidir (29, 30, 31, 32, 33). Ayhan ve arkadaşlarının (2022) yanık merkezi polikliniğinde 10 hastanın katılımı ile yaptıkları çalışmada hastaların sosyal görünüş kaygısı puanları orta düzeyde (39.38 ± 17.71) olduğu sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada bekar olmanın, yüksek bir eğitim düzeyine sahip olmanın, yüz, baş veya boyunda yanıkların olmasının, yanığa bağlı amputasyon geçirmiş olmanın ve yaralanma sonrası bir haftayı geçmenin sosyal görünüş kaygısını anlamlı olarak artırdığı gözle çarpmıştır (29).

Yanık, hastanın hastaneye yatışından taburcu olana kadar hatta taburculuk sonrasına kadar karmaşık, zaman gerektiren, önceden tahmin edilemeyen sonuçlara, zorlayıcı bakım ve tedaviye sahiptir. Bakım ve tedavinin her yönüyle verilebilmesi için hemşirenin de içinde yer aldığı kapsamlı bir ekip iş birliği ve uyum içinde çalışması gereklidir (34, 35). Yanık hastalarını fizyolojik izlemede, sıvı desteğinde, ağrı ve kaşıntı yönetiminde, enfeksiyonun önlenmesinde, fonksiyonel yeteneğin geliştirilmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında, uyku bozukluklarının giderilmesinde, psikolojik iyi oluşu (anksiyete, depresyon, çaresizlik duygusu, öfke, suçluluk, düşük benlik saygısı ve özgüven, sosyal izolasyon gibi duyguların yaşanmaması için) artırmada, işe veya okula dönüş zamanının öne çekilmesinin kolaylaştırmasında, hasta ve ailesinin desteklenmesinde hemşireler yanık bakım ve tedavinin merkezinde yer almaktadır (19, 34, 35, 36, 37, 38). Literatürde yanık hastalarının psikolojik sıkıntı ve sosyal görünüşleriyle ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır ve hastalardaki bu durumlar göz ardı edilmektedir. Bununla beraber yanık hastalarına verilen bakım ve tedavi de çoğunlukla hastaların yanık yaralarını iyileştirmeye yönelik planlanmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma yanık hastalarının taburculuk sonrası psikolojik sıkıntı düzeylerinin ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda yanık hastalarının psikolojik sıkıntı düzeyleri ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin belirlenmesiyle bu hastalara planlanacak tedavilere, taburculuk eğitimlerine, hemşirelik girişimlerine yön vermesi planlanmaktadır.

Bu doğrultuda aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmıştır.

1. Yanık hastalarının taburculuk sonrası psikolojik sıkıntı düzeyleri nasıldır?
2. Yanık hastalarının taburculuk sonrası psikolojik sıkıntı düzeylerini etkileyen sosyodemografik ve yanıkla ilgili değişkenler nelerdir?
3. Yanık hastalarının taburculuk sonrası sosyal görünüş kaygı düzeyleri nasıldır?
4. Yanık hastalarının taburculuk sonrası sosyal görünüş kaygı düzeylerini etkileyen sosyodemografik ve yanıkla ilgili değişkenler nelerdir?
5. Yanık hastalarının taburculuk sonrası psikolojik sıkıntı düzeyleri ve sosyal kaygı düzeyleri arasındaki ilişki nasıldır?
6. Taburcu olmuş yanık hastalarında sosyal görünüş kaygısı psikolojik sıkıntıyı nasıl etkiler?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Yanık

Travma ya da yaralanma vücudun baş edebileceği bir enerji düzeyinden fazlasıyla karşılaştığında oluşan hücre hasarı ve iskemi reperfüzyon hasarına bağlı hücre ölümü olarak tanımlanabilir (41). Diğer bir açıklama ile travma, doku veya organın yapısını, şeklini bozan ve dışarıdan mekanik bir tepki sonucu oluşan lokal yaradır (1). Yanmış hastalarda travma hastası olarak kabul edilmektedir (42). Sıklıkla yaşı küçük olan çocukları ve yaşlıları etkileyen, yüksek morbidite ve mortalite oranına sahip olan yanık; Dünya Sağlık Örgütü tarafından “ısı, radyasyon, radyoaktivite, elektrik, sürtünme ya da kimyasallarla temastan kaynaklanan cilt veya diğer organik dokuların yaralanması” şeklinde tanımlanmıştır (3, 4).

Yanık yaralanması; ağrı, sakatlık, ciddi somatik ve psikolojik komplikasyonların yanı sıra ekonomik ve sosyal sorunlara yol açmaktadır. Yanık tüm yaralanmalar arasında en yıkıcı yaralanmalara arasında yer almaktadır. Ayrıca yangın, düşük ve orta gelirli ülkelerde büyük bir küresel halk sağlığı krizi olduğu; trafik kazaları, düşmeler ve kişilerarası şiddetten sonra dünya çapında en yaygın dördüncü travma türü olduğu belirtilmektedir (43, 44). Yanık, neden olduğu deri ve derialtı dokularda meydana gelen hasarın derinliği, yüzey alanı, neden olan ajan ve tedavi takip sürecinde gelişebilecek enfeksiyon, metabolik durumlar gibi nedenlerle tüm organizmayı etkileyen kişinin ömrü boyunca yaşayabileceği en önemli ve kapsamlı fiziksel ve psikolojik travmalar arasında yer almaktadır (2, 3).

Yanık için risk faktörleri ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye; yerel insanın eğitim ve kültür düzeyi, sosyoekonomik durumu, alışkanlıkları, yaşam şartları ve çevre koşullarına bağlı olarak değişiklik göstermektedir (45). Ateşin bulunması ve ısı enerjisinin kullanılmaya başlamasıyla ilk yanık travma öyküleri meydana gelmiştir. Elektriğin günlük hayata girmesi, kimyasal maddelerin kullanılması, elektrikli cihazların aktif olarak sosyal hayatta kullanılmaya başlaması yanık travmalarının artmasına neden olmuştur. Yanık travmaları genellikle dikkatsizlik, ev kazaları ve az önlem alınması nedeniyle meydana gelmektedir (42). Yanık yaralanması tarihsel olarak kötü bir prognoza sahiptir (41).

Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık 486.000 yanık yaralanması tıbbi tedavi gerektirmekte ve bu yaralanmalar herhangi birinin, her yerde ve her yaşta başına gelebilmektedir. 600'ü hastaneye yatırılan yılda yaklaşık 1.000 hasta tedavi edilmektedir (46).

2.1.1. Yanık yaralarının etiyolojisi

Yanıklar genellikle termal, elektriksel veya kimyasal yanıklar olarak sınıflandırılır ve termal yanıklar alev, temas veya sıcak sıvı(haşlanma) yanıklarından oluşur (41, 47).

2.1.1.1. Termal yanıklar

Termal yanıklar en yaygın yanık yaralanması türüdür ve yanık merkezine kabul gerektiren yanık hastalarının yaklaşık %86'sını (%43 yangın/alev, %34 haşlanma, %9 sıcak nesnelerden) oluşturur (6). Tüm termal yanıkların %5'inden azı için hastaneye yatış gerekmektedir. Dünya çapındaki tahminlere göre tüm termal yanık yaralanmalarından dolayı her yıl yaklaşık 2 milyon kişinin zarar gördüğü, 80000'e kadar kişinin de hastanede yatarak tedavi gördüğü ve 6500'ünün ise yanıktan dolayı öldüğü görülmüştür (48).

Termal yanıklar için risk faktörleri arasında; küçük yaşlarda sıcak sıvılara temas, erkek cinsiyetlerde özellikle mesleğe bağlı yaralanmalar görülmektedir. Bazı kişilerin yakıcı ürünleri eğlence amaçlı veya çiftçilik gibi nedenlerle kullanması yine yaygın risk faktörlerindendir. Diğer bir neden ise evlerde duman dedektör eksikliğidir (6, 12).

Termal yaralanmalar, çocuklardaki yanıkların yaklaşık %70'ini kapsayan ayrıca sıklıkla yaşlılarda görülen haşlanma yanıkları; yetişkin yanıkların yarısını oluşturan alev yanıklara ve yanığa neden olacak cisme dokunulması ile oluşan çoğunlukla diyabetli hastalarda, epilepsili kişilerde, alkolü ve uyuşturucuyu kötüye kullanan kişilerde görülen temas yanığı olmak üzere üçe ayrılır (5).

Haşlanma yanıkları, sıcak sıvılara veya buhara maruz kalınması nedeniyle meydana gelmektedir. Genellikle iki şekilde oluşur. Bunlar dökülme ve daldırma yanıklarıdır. Dökülme mekanizması çoğu zaman, sıcak su, çay, kahve, süt, yağ, çorba gibi sıcak sıvıların dökülmesi sonucu oluşur. Çocuklarda en yaygın mekanizma sıcak cismin aşağı çekilmesi sonucu oluşan dökülme yaralanmasıdır. Daldırma yanıkları ise, yetişkin veya çoğunlukla çocukların küvet,

sıcak kazan gibi sıcak sıvı içeren bir kaba düşmeler veya ellerini, ayaklarını koymaları meydana gelmektedir (7, 8).

Elektrik ve doğal gaz tüm dünyada ısınmak ve yemek pişirmek için yaygın olarak kullanılmasına rağmen, bazı kırsal alanlarda yemek hazırlamak için ana ısı kaynağı olarak ateş hala kullanılmaktadır ve bu durum alev yanığına davetiye çıkarmaktadır (50). Alev yanıkları yol açtığı klinik komplikasyonlar nedeniyle hastanede kalış süresi ve mortaliteyi etkilemektedir (49). Alev yanıklarında havayolu hasarlanmasının ve duman solunması riskinin çok önemli ve dikkat edilesi gereken bir yeri vardır (47, 51). Bu durumlar hastada inhalasyon hasarına neden olabilmektedir.

Tüm yanıkların %3-5'e, major yanıkların %20-30'una inhalasyon hasarı eşlik eder. Alev yanıklarından ölümlerin önemli bir kısmı, yanık nedeniyle değil, yanan toksik maddelerin inhalasyonu sonucudur. Bu bileşiklerin birçoğu birlikte hareket ederek mortaliteyi artırır. Özellikle karbon monoksit (CO) ile hidrojen siyanid (HCN)'in, doku hipoksisini ve asidozisi artıran ve aynı zamanda serebral oksijen kullanımı ve metabolizmasını azaltan aynı etkiye sahip oldukları bulunmuştur (12, 52). İnhalasyon yanıklarının belirtileri arasında yüz ve burun kılıklarında tütsülenme, yardımcı kasların solunuma katılması, sekresyonlu öksürük, solunum güçlüğü, ses kısıklığı, laringoskopik değerlendirmede larinks ödemi bulunmaktadır (12, 53).

Temas yanıkları soba, sıcak ütü, ısıtıcı veya sıcak metal gibi sıcak cisimlerle temas ve güneş altında uzun süre korunmasız kalma sonucu gelişmektedir (12). Yaşları gereği meraklı, emekleyen ya da yürümeye yeni başlayan çocuklar bulundukları ortamdaki eşyaları tanımak için her yere elleriyle dokunur ve ağızlarına almaya eğilimleri yüksek olur. Bu nedenle sıcak nesnelere dokunmaları ile sıklıkla ellerinde temas yanığı oluşur (54, 55).

Soğuk uygulamalar için kullanılan buz torbaları, keseleri deriye direkt uygulandığında dokuda soğuk yanıklarına ve donmaya neden olabilir (56). Donma veya diğer bir deyişle soğuk yanığı, donmaya bağlı olarak deri veya derin dokularda lokalize hasarın olduğu ve tıbbi tedavi gerektiren bir durumdur. Hava sıcaklığının 0°C'nin altında olduğu durumlarda hareketsiz kalan kişilerde oluşabilmektedir. Sıvı oksijen ve azotla çalışan işyerlerinde de dikkatsizlik ve önlem yetersizliği sonucu oluşabilmektedir (12, 56). Özellikle soğuk su ve buz uygulamaları diyabete bağlı periferik nöropatisi olan ayak yanmalarına iyi gelmektedir. Öte yandan buz uygulaması

doğru uygulanmadığı zaman kişilerde buz yanığı ihtimalini ortaya çıkarmaktadır ve yeterli periferik beslenmesi bulunmayan ekstremitelerde dokunun bozulması sonucu yara açılması ve iyileşmeme sorunları yaşanmasına neden olabilmektedir (57, 58).

2.1.1.2. Elektriksel yanıklar

Elektriksel yaralanmalar, insan vücudundan geçen elektrik nedeniyle, insan vücudu bir elektrik arkıyla temas ettiğinde meydana gelir (59). Elektrik yaralanmaları nadirdir ancak potansiyel olarak yıkıcıdır ve gelişmiş ülkelerde yanık ünitelerine başvuruların yaklaşık %0.04 ila %5'ini ve gelişmekte olan ülkelerde %27'ye kadarını oluşturur (60). Elektrik yanıkları diğer yanık türlerine göre karşılaştırılması daha seyrek olmasına rağmen yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sahiptir. Özellikle yüksek voltajlı elektrik akımı aritmilere ya da solunum kası paralizisine yol açarak ani ölüme neden olabileceği gibi, ağır yanıklar ve çoklu sistem etkilenmesi sonucu morbidite ve uzun dönem işlev bozuklukları ve doku hasarına sebep olur. Bunlar; periferik nöropati ve kataraktır (58, 61).

Elektrik yanıkları düşük voltaj gerilimli (1000 volttan küçük) ve yüksek voltaj gerilimli (1000 volttan büyük) olarak sınıflandırılır. Türkiye’de şehir elektriği 220 voltur. Priz, ütü, kurutma makinesi kordonu gibi nesneler ile temasla gelişen elektrik yanıkları düşük voltajlı olduğu için yaşamı tehdit eden büyüklükte yanık yaraları genellikle oluşmaz (47).

Büyük elektrik sonucunda oluşan yanık yaralanmalarında; akımın şekli, doku rezistansı, akımın gücü, elektrik potansiyeli, akım süresi, kontak alanı, akımın izlediği yol, havadaki nem oranı ve elektrotların büyüklüğüne bağlı olarak ağır sorunlar ortaya çıkabilir. Beraberinde elektriğin giriş yerinde oluşturduğu dış hasara bağlı meydana gelen ark (gazların kıvılcım zamanında ortaya çıkması ile meydana gelen elektrik) yanıkları olduğundan, giriş çıkış bölgelerini bulmak zor olabilir (47, 58, 62).

Elektrik enerjisinin insan vücudundan geçişi, vücudun doku ve organlarında çok karmaşık bazı reaksiyonları tetikler. Bu reaksiyonlar bir yandan organizmanın anatomik, histolojik ve biyokimyasal yapısını etkilerken diğer yandan bir dizi elektrotravmaya yol açar (59). Elektrik yanıklarının dış bulguları yanıltıcı şekilde hafif olabilir. Genellikle altta yatan geniş yumuşak doku hasarı mevcuttur. Sinirler, damarlar ve kaslar, elektrotermal yanıklara kemik ve deriye göre daha hassastır. Şiddetli miyonekroz miyoglobinemi ve böbrek yetersizliği oluşturabilir.

Doku yıkımı, elektrik akımının neden olduğu vasküler yaralanma ve uzun süreli tromboksan üretimi nedeniyle genellikle şiddetli ve ilerleyicidir. Karın duvarının tutulumu, duvarın kendisinin ve hatta iç organların ciddi şekilde tahrip olmasına neden olabilir. Safra kesesi, karaciğer, pankreas, bağırsak ve kolonun tümü tutulabilir. Elektrik çarpmalarında akım kapalı devre oluşturarak ıslak zeminde, elektrik çarpması süresinin uzunluğu ile ilişkili olarak iç organ hasarı oluşturabilmektedir. Ekstremitte kompartman sendromu sık görülür ve bu durumda erken dekompresif fasyotomi göz önüne alınır. (47, 58, 62, 63).

2.1.1.3. Kimyasal Yanıklar

Tüm yanık türlerinin %10,7'sini, yanık merkezine hasta kabullerinin de %2-6'sını oluşturmaktadır. Ancak kimyasal yanıklar elektrik yanıkları gibi kötü sonuçlara neden olmaktadır. Bu yanıklar genellikle asit, alkali ve diğer kimyasal maddeler doğrudan temas sonucu dokuların tahriş ve tahrip olmasıyla oluşmaktadır. Kimyasal yanıkların epidemiyolojisi sadece bir ülkeden diğerine değil, aynı zamanda coğrafi konuma, çevredeki endüstriye ve sosyal çevreye (savaş veya barış zamanı) bağlı olarak farklılık gösterir. Günlük hayatta kullanılan binlerce farklı kimyasal madde mevcuttur. İlaç endüstrisi, tarım uygulamaları, boya endüstrisi ve temizlik solüsyonu imalatı gibi çeşitli alanlarda sıklıkla kullanılmaktadırlar. Evde, işte, okulda, kaza veya saldırı sonucu oluşabilirler. Bu da her an kimyasal yanıkla karşılaşabileceğimiz anlamına gelebilmektedir (12, 64, 65, 66).

Kişilerin kimyasallara maruz kalması üç şekilde olabilir: emilim, soluma veya yutma. Emilim, bir kimyasalın deri veya mukoza ile doğrudan teması ile gerçekleşir. Zararlı ajanlar ayrıca vücuda gaz halindeki kimyasal gazların veya aerosol haline getirilmiş parçacıkların solunması yoluyla ve yutulduğunda (yutulduğunda) gastrointestinal sistemle etkileşim yoluyla girebilir (47, 67).

Kimyasallar lokal etkileriyle birlikte deri ve solunum yoluyla alındığında sistemik etkilerde oluşturmaktadır. Genel olarak kimyasal yanıkların ciddiyeti, ajanın konsantrasyonu, miktarı, maruz kalma süresi, penetrasyon (içine girme) derinliği ve etki mekanizmalarına bağlıdır. Kimyasallara göre dokuya verdikleri hasarların mekanizması şöyle sıralanabilir; aside bağlı yanıklar hidrojen iyonlarının salınmasına neden olur ve bu da koagülasyon nekrozuna neden olur. Ayrıca su emici özellikleri sayesinde kuru nekroza neden olurlar; alkaliler

likefaksiyon nekrozu (lokal bakteri ve mantar enfeksiyonları sonucu görülen enzimatik sindirimin gerçekleştiği nekroz türü), derin penetrasyon ve daha ciddi yanıklar; organik solüsyonlar, lipid membranlarda erimeye; inorganik solüsyonlar, direkt bağlanma ve tuz formasyonuna neden olmaktadır (12, 64, 65).

Kimyasal yanıktan sonra yanığın derecesini net olarak anlamak zordur. Birkaç gün deri sağlam gözükebileceğinden, yanığın derecesi belli olana kadar tam kat yanık olarak değerlendirilmektedir. Termal yanıklarla karşılaştırıldığında yara iyileşme süreci belirgin derecede daha yavaş olup sıklıkla hastanede uzamış yatış süresiyle ilişkilidir. Oluşturdukları hasar nedeniyle morbidite ve düşük yaşam kalitesine neden olmaktadır (12, 65).

Radyasyon yanıkları; güneş, hidrojen veya atom bombası, tıpta veya endüstride kullanılan radyasyon kaynakları gibi nükleer reaksiyon sonucu oluşan yüksek ısı ve ortama salınan iyonize radyasyon sonucu oluşmaktadır. İyonizan radyasyonun ortaya çıkardığı zararlı etkiler, geçmişte sadece tanı ve tedavi amacı ile kullanılan yüksek enerjili X- ışınları ile radyum ve diğer doğal radyasyon kaynakları tarafından meydana getirilmiştir. Oysa bugün bu zararlı etkilerin nükleer reaktörlerden, siklotronlardan, lineer akseleratörlerden, kanser tedavilerinde kullanılan kobalt ve sezyum kaynakları ile tıp ve endüstride kullanılan sayısız yapay radyoaktif maddelerden oluşabileceği bilinmektedir (12, 68). İlk belirti deride görülen eritemdir ve bu eritemin erken oluşması radyasyon alan kişinin yüksek doz ışına maruz kaldığını göstermektedir. Radyasyona en duyarlı dokular lenf hücreleri, hematopoetik hücreler, intestinal epitel, üreme organları, mesana epiteli ve yemek borusu epitelidir. Yüksek radyasyon dozlarının neden olduğu radyasyon yanıklarında, ışının miktarı, alınma süresi, şiddeti ve alınma hızına göre hasarın boyutu değişmektedir. Radyasyonun neden olduğu hasar tedavi edilebileceği gibi ölümcül olabilmektedir (47, 64).

Flaş (parlama) yanıkları, doğal gazların, propan ve diğer yanıcı sıvıların patlaması ile meydana gelmektedir. Bu yanıklar, geniş vücut alanlarını kapsar ve beraberinde üst hava yollarında önemli termal hasar meydana getirebilir (47).

2.1.2. Yanık yaralarının sınıflandırılması

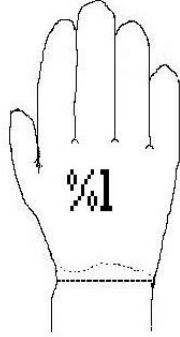
Bir yanığı doğru bir şekilde sınıflandırmak, sonucu belirlemeye yardımcı olabileceği gibi ilk tedaviye rehberlik edebileceği için hayati önem taşır (69). Yanık yaralarının

sınıflandırılmasında iki faktör belirleyici olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan birincisi yangının genişliği, ikicisi ve diğeri ise yanık derinliğidir.

2.1.2.1.Yanık yaralanmalarının genişliği

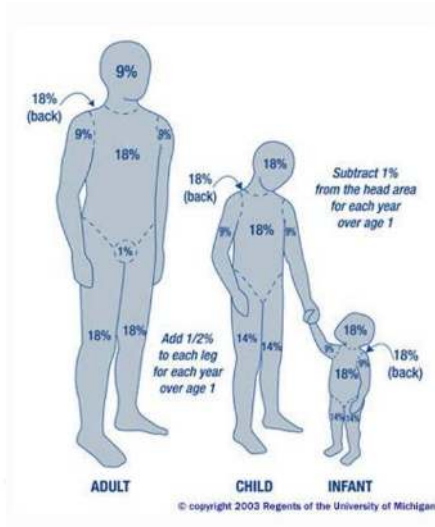
Yanık alanı genişliği yangının ciddiyetinin belirlenmesinde, hastaneye yatış endikasyonunun belirlenmesi ve uygun sıvı tedavisinin planlanmasında önemlidir. Total vücut yanık alanı (TVYA)’nın belirlenmesinde sıklıkla kullanılan yöntemler şunlardır:

- a. *El ayası ile ölçmek.* Avuç içi (parmaklar dahil) vücut alanının yaklaşık %0,8’ine denk gelmektedir. Dağınık dağılımlı yanıklarda bu yöntemin kullanılarak yangın yüzdesinin değerlendirilmesi son derece önemlidir. Vücut alanının %15’inden az veya %85’inden fazla olan yanıklarda yanık alanının kabaca hesaplanmasında yardımcı olabilir. Vücut alanının %15-85 arasında tutmuş orta (moderate) yanıklarda hatalı sonuç verebileceğinden kullanılması önerilmez (55).



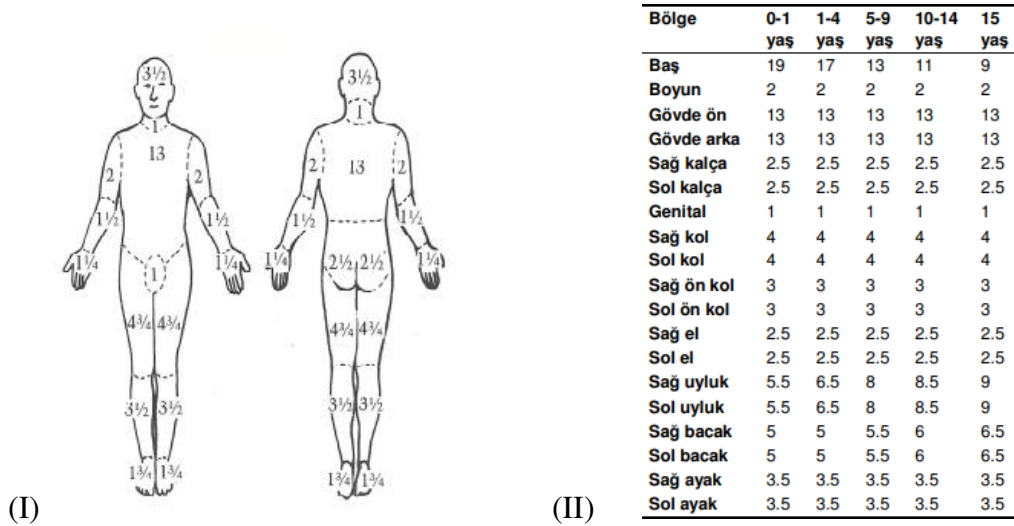
Şekil 1. El ayası metoduna göre yanık yüzey alanı oranları (70).

- b. *Wallace’ın 9’lar kuralı.* Özellikle vücut kitle indeksi yüksek kişilerde fazla tahminler bildirilse de pratikte tüm dünyada kullanılan bu yöntem oldukça doğruya yakın sonuçlar vermekte ve yaygın olarak kullanılmaktadır. Erişkinlerde ön ve arka gövdenin her biri %18, her bir alt ekstremité %18, her bir üst ekstremité %9, baş %9 ve genital bölge %1 olarak hesaplanır. 3 yaşın altındaki çocuklarda başın nispeten daha geniş bir yüzey alanı tutacağı gözden kaçırılmamalıdır (55, 64, 71).



Şekil 2. Wallace'ın 9'lar kuralına göre, erişkin ve pediatrik yaş grubundaki yanık yüzey alanı oranları (72).

c. *Lund ve Browder kartı/çizelgesi*. Bu üç yöntemden en doğru olanı olarak kabul edilir, yine de hatalara açıktır. Özellikle acil durumlarda Lund ve Browder çizelgesini kullanmak kolay değildir. Sonuçlar gözlemciler arasında önemli ölçüde farklılık gösterebilir ve bu değişkenlik doğrulukla ters orantılı olabilir. Lund Browder çizelgesine kıyasla modifiye Lund Browder çizelgesini kullanarak yanma yüzdesini hesapladığında sonuçların önemli ölçüde daha tutarlı olduğunu görülmüştür (55, 71).



Şekil 3. Lund-Browder metoduna göre, erişkin (I) ve pediatrik (II) yaş grubundaki yanık yüzey alanı oranları (73).

2.1.2.2. Yanık yaralarının derinliği

Yanığın boyutu ve hastanın yaşı ile yanık derinliği, yanık yaralanmasına takiben mortalitenin birincil prognostik göstergesidir. Yanık derinliği aynı zamanda hastanın uzun vadeli görünümünün ve fonksiyonunun birincil belirleyicisidir (64). Yanığın derinliği ve şiddeti temas süresine ve uygulanan tedaviye göre değişmektedir.

Dupuytren tarafından 1832’de yapılan orijinal yanık derinliği sınıflandırılmasına dayanarak, yanık yaraları genellikle yüzeysel (birinci derece, kısmi kalınlık (ikinci derece), tam kat (üçüncü derece) ve altta yatan yumuşak dokuyu da etkileyen dördüncü derece yanıklar olarak sınıflandırılır. Beşinci derece yanıklar (kas boyunca kemiğe kadar) ve altıncı derece yanıklar (kömürleşmiş kemik) de tanımlanmış olsa da daha nadir görülür. Kısmi kalınlıkta yanıklar ise etkilenen dermis derinliğine göre yüzeysel veya derin kısmi kalınlıkta yanıklar olarak sınıflandırılır (41).

Yanık dereceleri literatürde bazı kaynaklarda 3. dereceye kadar ayrılırken bazı kaynaklarda 4. dereceye kadar ayrılmaktadır. Yanık derinliğinin mevcut tanımlamalarına göre yüzeysel, yüzeysel kısmi kalınlık, derin kısmi kalınlık ve tam kalınlık şeklinde görülürken 4. derece yanıklar daha şiddetli yanıkları (derinin daha da ilerisinde deri altı yumuşak dokuya uzanan ve altta yatan damarları, sinirleri, kasları, kemiğu ve/veya eklemleri tutabilen yanıklar) tariflemektedir (51, 75).

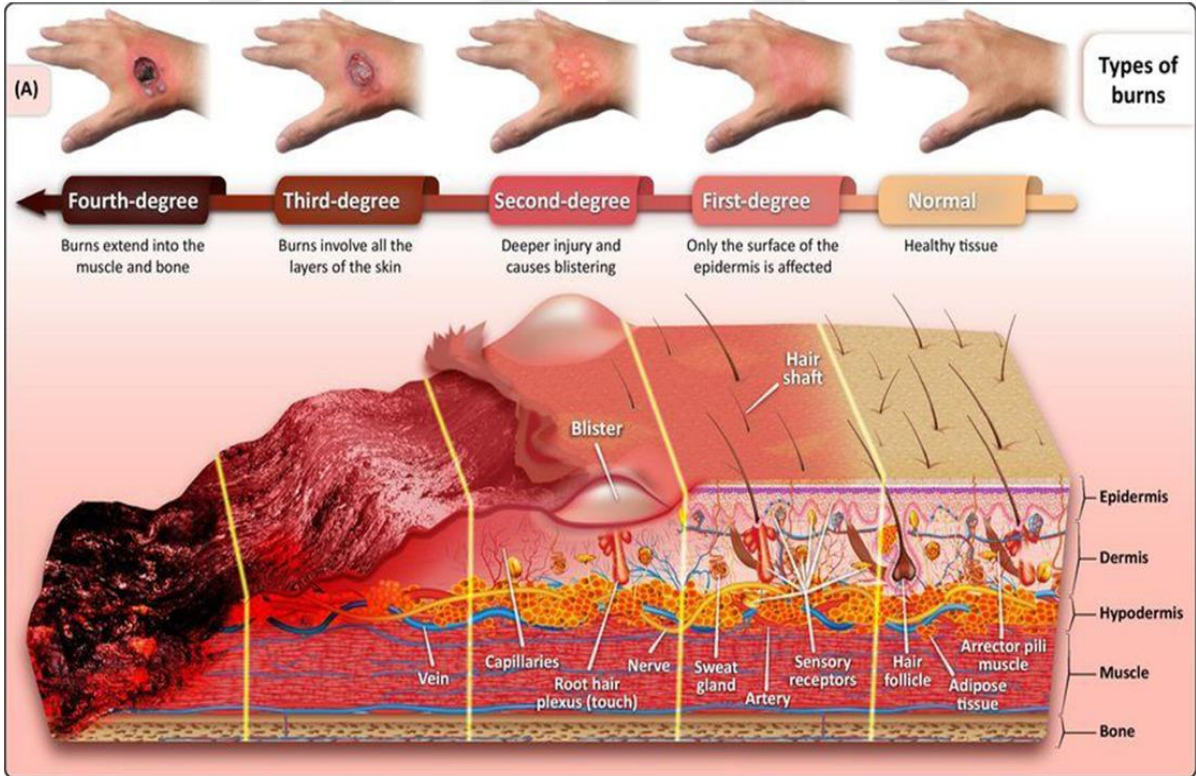
- 1) *Birinci Derece Yanıklar:* Yalnızca epidermisi içeren yanıklardır. Bu yanık türünde derinin görünümü kurudur, basmakla solar. Vazodilatasyona bağlı eritem mevcuttur. Çok az ödem görülebilir. Deri sıcaktır. Dolaşım genellikle normaldir. Dokunmakla ağrı olabilir. Yaşanan ağrının süresi sınırlıdır. Bül görülmez. Genellikle 2-7 günde iz bırakmadan iyileşme gözlemlenir yani skar doku yoktur. Bu yanık derecesinin tipik örneği güneş yanıklarıdır. Birinci derece yanıklar yanık alan hesaplamasına dahil edilmez (12, 55, 76, 77).
- 2) *İkinci Derece Yanıklar:* Bu yanıklar derinin epidermisi boyunca uzanırlar ve dermise kadar ulaşırlar. Dermise olan derinlik değişiklik gösterebilir. Genellikle dokunulduğunda çok acı verici, kırmızı, nemli, yumuşak ve bül oluşan yanıklardır. Sıcak yüzeyle ve sıvılarla temas, alev yanıkları bu yanık derecelerine sebep olan yanık türleri olarak örnek verilebilir.

Derinliğine bağlı olarak yüzeysel dermal yanıklar ve derin dermal yanıklar olarak iki tipe ayrılır (12, 75).

- a. *İkinci derece yüzeysel dermal yanıklar:* Başlangıçta derinliği sadece epidermal gibi görünen yanıkların kısmi kalınlıkta olduğu 12-24 saat sonra belirlenebilir. Yani epidermisin tamamında ve dermisin üst tabakası yanıktan etkilenmiştir. Çok ağrılıdır, basınçla sararır ve hassastır. Hızlı kapiller dolum vardır. Yanık deri görünümü pembedir. Bül vardır. Bu yanıklar da 7-14 günde iyileşme görülür. Skar oluşumu olağandışıdır, ancak pigment değişiklikleri meydana gelebilir. Yanık yüzeyinde bir fibröz eksüda ve nekrotik kalıntı tabakası oluşabilir, bu da yanık yarasında ağır bakteri kolonizasyonuna ve iyileşmede geciktirmeye neden olabilir. Bu yanıklar tipik olarak fonksiyonel bozulma veya hipertrofik skar bırakmadan iyileşir (12, 75, 76).
 - b. *İkinci derece derin dermal yanıklar:* Epidermisin tamamı ve dermisin alt tabakası yanıktan etkilenmiş ve zarar görmüştür. Büllerin tabanındaki dermis beyaz renkte olup künt basınç hissi vardır. Deri görünümü kırmızı ve daha kurudur, basınçla sararmaz. Yanık derinin rengi soluk pembe ve benekli kırmızıdır. Ağrı ikinci yüzeysel dermal yanığa göre daha azalmıştır. Ağır kapiller dolum mevcuttur. Enfeksiyon önlenirse ve yaraların aşılardan kendiliğinden iyileşmesine izin verilirse, iki ila dokuz hafta içinde iyileşirler. Bu yanıklar her zaman hipertrofik skarlaşmaya sebep olur. Bir eklem içeriyorlarsa, agresif fizik tedavi ile bile eklem disfonksiyonu beklenir. İki hafta içinde iyileşmeyen derin kısmi kalınlıkta bir yanık, tam kalınlıkta bir yanığa işlevsel ve kozmetik olarak eşdeğerdir. Tam kat yanıklardan ayırt etmek genellikle zordur (12, 76, 77).
- 3) *Üçüncü Derece Yanıklar:* Epidermis, dermiş ve subkutanöz doku yandığı için patolojik olarak tam kalınlıkta yanık olarak kabul edilir. Derinin tam kat yanıkları üçüncü derece yanıklar olarak derecelendirilir. Cilt görünümü mumsu beyazdan kösele griye, kömürleşmiş ve siyaha kadar değişebilir. Cilt kuru ve esnek değildir ve basınçla sararma yapmaz. Kan damarlarının siyah tromboze olduğu görülür. Kıllar, kıl köklerinden kolaylıkla alınabilir. Veziküller ve kabarcıklar gelişmez. Tüm deri yandığından ağrı genellikle yoktur. Kapiller dolum görülmez. Bül bulunmaz. Eskar sonunda alttaki dokudan ayrılır ve iyileşmemiş bir granülasyon dokusu yatağı ortaya çıkarır. Ameliyat olmadan bu yaralar,

yara kenarlarında epitelizasyon ile yara kontraktürü ile iyileşir. Skar, kontraktürlerle şiddetlidir; tamamen spontan iyileşme mümkün değildir. Nekrotik dokuların debridmanı sonrasında granülasyon dokusu gelişir. Granülasyon dokusunun üzerine ise sağlam deriden greftleme yapılır (12, 55, 75).

- 4) *Dördüncü Derece Yanıklar:* Bazı kaynaklarda kullanılmamasına rağmen diğer bağ dokularının etkilendiği özel durumlar için kullanılan terimdir. Deriye ilaveten kas, tendon, kemik gibi diğer bağ dokularının da yandığı durumlar için kullanılmaktadır. Dördüncü derece yanıklar derin ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden yanıklardır. Kömürleşmiş bir görünüm bulunur. Tam kat yanıktan dolayı ağrı olmaz. Kapiller dolum yoktur. Bül mevcut değildir. Genellikle alev yanıkları, yüksek gerilim hattında veya yıldırım düşmesi sonucu görülen yanıklardır. Spontan iyileşme olmaz birçok cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulur buna ek olarak çoğu kez bir ya da birden çok uzvun amputasyonu gerekebilir (12, 55, 75).



Şekil 4. Yanık yarası derinliği (78).

Amerikan Yanık Derneği (ABA) yanıkların önemi ve şiddetini yanık alan yüzey genişliği, derinliği, kişide yanan bölgeye ve yanık sebebine göre küçük yanıklar, orta yanıklar ve büyük yanıklar olacak şekilde 3 grupta sınıflandırmıştır.

- a. *Büyük yanıklar sınıfında:* Yanık alanı %25 ve daha fazlası olan ikinci derece yetişkin yanık hastası; yanık alanı %20 ve daha fazla olan ikinci derece çocuk yanık hastalar; yanık alanı %10 ve daha fazla olan üçüncü derece yanıkların hepsi; yanık yüzdesi ne olursa olsun göz, yüz, kulaklar, ayaklar ve genital bölgeyi etkileyen bütün yanıklar; inhalasyon yanıkları; elektrik yanıkları; yangıya eşlik eden kompleks yaralanmaların beraber olduğu yanıklar; önceden diyabet, konjestif kalp yetmezliği ya da kronik böbrek yetmezliği olan hastalar yer almaktadırlar.
- b. *Orta yanıklar sınıfında:* Yetişkinler için yanık alanı %15-25 ikinci derece olan hastalar; çocuk hastalar için yanık alanı %10-20 ikinci derece olan hastalar; gözler, kulaklar, yüz, genital bölge dışında kalan ve yanık alanı %2-20 ve daha az olan üçüncü derece yanıklar; yanık travmasıyla beraber yaralanmaların olamadığı yanık durumları bu grupta yer almaktadır.
- c. *Küçük yanıklar sınıfında:* Yanık alanı %15 veya daha az olan ikinci derece yetişkin yanıklar; yanık alanı %10 ve daha az olan ikinci derece çocuk yanıklar; gözler, kulaklar, yüz ve genital bölge dışında kalan ve yanık alanı %2 ve daha az olan üçüncü derece yanıklar bu grupta kabul edilmektedir (55, 77, 79).

2.1.3. Yanık yaralanmalarının fizyopatolojisi

Deri, kişi vücut ağırlığının yaklaşık %16'sını oluşturan en büyük organdır. İç organlar ile dış çevre arasında bir bariyer gibi işlev görür. Dış ortamda bulunan birçok mikroorganizma ve toksinle sürekli ilişki durumundadır. Derinin temel görevleri toksik, termik ve mekanik etkileri önleme (koruma), ayrıca gaz değişimine katılma, ısı ve su durumunu ayarlama (ter bezleri ile) (vücut ısısını düzenleme, sıvı kaybının önlenmesi), başka amaçlarla salgılar salgılama (yağ ve süt bezleri ile), duyuları alma şeklinde sıralanabilir. Ultraviyole etkisi ile D3 vitamini de burada sentezlenir. Deri epidermis, dermis ve subkutan (hipodermis) (cilt altı yağ dokusu) dokusunu içinde bulundurur. Epidermis ince dış tabakadır, sürekli olgunlaşarak yenilenir. Dermis epidermise göre daha kalın alt tabakadan oluşmakta, saç follikülleri, yağ bezleri, ter bezleri,

kılcal damarlar ve sinir uçlarını içermektedir. Cilt altı yağ dokusu ise; dışarıdan gelen darbelere karşı tampon görevi dışında enerji deposu olarak da rol oynar (12, 80, 81).

Patofizyolojinin daha iyi anlaşılması ve son 50 yılda yanık yönetiminde kaydedilen ilerlemeler, büyük yanık yaralanmalarından sağkalımdaki çarpıcı artışa ve morbiditenin azalmasına büyük ölçüde katkıda bulunmuştur (82).

Yanık sonrası gelişen hasar deri ve derialtı dokularda olmasına rağmen yanığın derinliği, yüzey alanı, yanığa neden olan ajan ve tedavi sürecinde oluşabilecek enfeksiyon, metabolik durumlar gibi nedenlerle tüm organizmayı etkileyen oluşturduğu fizyopatoloji ile prognozu belirleyen çok önemli, dikkat edilmesi gereken ve kapsamlı bir travmadır (2). Yanık yarasında, cilt bariyerinin ortadan kalkmasıyla ısı ve sıvı kaybına neden olan fizyopatolojik değişimler gelişir (83). Yanıklarda vücudun tepkisi lokal etkiler ve yanığın şiddetine göre ortaya çıkan sistemik etkiler şeklinde görülür.

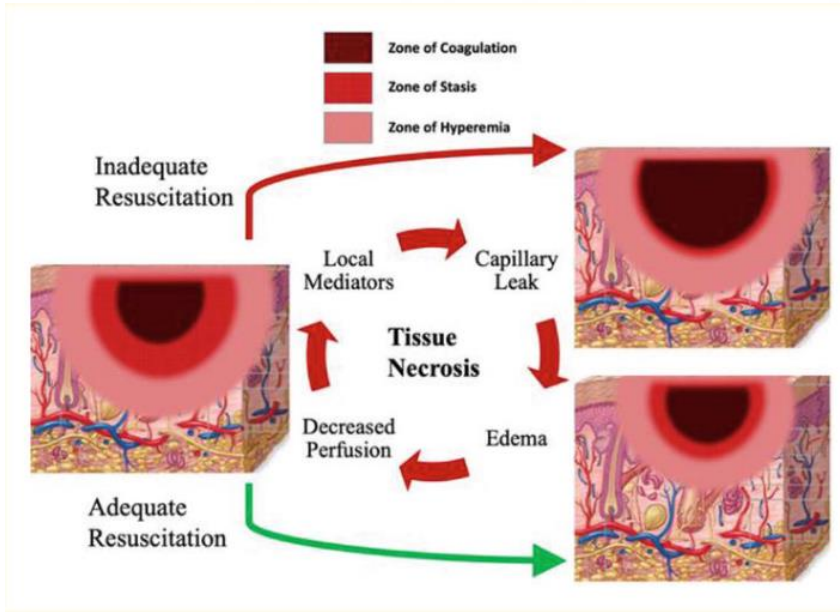
2.1.3.1. Lokal tepki

Yanıkta, deride doku yıkımının ciddiyetine ve kan akışındaki değişikliklere göre farklı hasar türleri oluşmaktadır. Bu zonlar yanık sonrasında nekroz, skar dokusu ya da fonksiyonel dokunun gelişme sürecini belirler. Bu zonlar tedaviye yanıtın en iyi değerlendirdiği zonlar olarak kabul edilir. Bunlar nekroz/koagülasyon zonu, staz/iskemi zonu ve bir diğeri ise hiperemi/inflamasyon zonudur (84). Deri yaklaşık 40-44 derece ısıya maruz kaldığında enzimlerde fonksiyon bozukluğu ve protein denatürasyonu başlamakta, ısı 44 derece ve üzerine çıktığında ise hücre onarımı mümkün olmayan nekroz gelişmektedir (12, 38, 85).

- a. *Nekroz/ Koagülasyon Zonu:* Yanık alanındaki hücrelerin harap olduğu nekrotik kısım koagülasyon zonu olarak adlandırılır. Yanık alanının ortası ve ısı kaynağına en yakın bölgedir, en çok hasar bu noktada bulunmaktadır. Yapısal proteinlerin koagüle olması nedeniyle geri dönüşü olmayan hücre kayıpları görülmektedir. Bu bölgeden çevreye doğru yanık hasarı azalmaktadır. Enfeksiyon ve düşük perfüzyon seviyeleri ile bir durağanlık bölgesi ile çevrilidir (12, 64, 77, 85, 86).
- b. *Staz/ İskemi Zonu:* Staz sonunda azalmış veya bozulmuş doku perfüzyonu görülmektedir. Orta derecede hasar vardır. İyi koşulların sağlandığı durumda kısmen kurtarılabilmektedir. Doğru müdahale edilmez ise 24-38 saat içinde nekroze olurlar. Bu

zonda temel amaç doku perfüzyonunu artırmak ve geri dönüşü olamayan hasar oluşumunu önlemektir. Staz zonu, vasküler hasarla ve damar dışına kaçışla ilgilidir. Bu alan yanıklı deri bölümünün hasar derinliğinin tespitinde büyük öneme sahiptir. Aşırı resüsitasyon ile artan ödem formasyonu yanığın derinliğini artırabildiğinden koagülasyon zonuna benzer belirleyici cilt hasarının gelişmesi yanında akciğer ödemi ve abdominal kompartman sendromu da gelişebilir. İskemik orta bölge, hipoperfüzyon, ödem veya enfeksiyon gibi nedenlerle nekroze olarak koagülasyon zonundaki dokulara dönüşebilmektedir (12, 16, 64, 77, 85, 86).

- c. *Hiperemi/ İnflamasyon Zonu*: Staz zonunun periferik kısmı olup yaralanmanın en az olduğu mikrovasküler perfüzyonun bozulmadığı bölgedir. Yanık yarasının en dışını çevreleyen inflamasyondan dolayı vazodilatasyon ile karakterize bölgedir. Bu bölge canlıdır, iyileşme işleminin başladığı dokuyu içerir ve genel olarak daha fazla nekroz riski yoktur. Başka bir hasara maruz kalmadıkları sürece yani enfeksiyon, travma ve hipoperfüzyonun sebep olduğu komplikasyonlar gelişmediği sürece buradaki hücreler 7-10 gün içerisinde iyileşirler (12,16, 64, 86).



Şekil 5. Yanık yarasında lokal tepki (87).

2.1.3.2. Sistemik tepki

Yanıklı vücut yüzey alanı %30 üzeri yanığa sahip kişilerde sitokinlerin ve permeabilite artışına etki yapan kimyasal maddelerin salınması ve dolaşıma katılması ile sistemik inflamatuvar yanıt ortaya çıkar. Yanıtın büyüklüğü, yanığın yaygınlığı ile orantılıdır. Deri kaybına ek olarak, yanık yarasına sahip kişilerin travmalar ve hastalıklarla da karşı karşıyadır. Deri dokusu bir kez yaralandığında, yanığın şiddetine bağlı olarak organların bazı temel fonksiyonları etkilenir veya hatta tamamen kaybolur. Tedavi yöntemleri, hızlı resüsitasyonu sağlamayı ve fizyolojik fonksiyonların uzun dönemde korunmasını amaçlamaktadır (16, 78).

Yanık yaralanmasında farklı kimyasal mediyatörler, immün faktörler ve polimorfonükleer lökositler rol oynar. Kişi vücudunda gelişen yanık ile bu bölgedeki yaralanmaya ilk cevap niteliğinde gelişen vazodilatasyonla inflamatuvar reaksiyon başlar (88).

Büyük yanık yaralanmasından sonra, ilk 48 saate kadar veya daha uzun bir süre boyunca yanık dokuya devam eden plazma kaybı meydana gelebilir. Yanığa neden olan madde hemen alandan kaldırılmazsa hücre proteinleri koagüle olarak hücre ölümüne sebep olurlar. Plazma ile ödem alanına gelen proteinler bölgedeki onkotik basıncı artırarak ödem miktarının fazlaşmasına ve lokal lenfatikleri tıkayarak ödemin emilim hızının azalmasına neden olurlar. %25'den büyük yanıklarda ödem, yanık dokulara artı olarak sağlam deri ve organlarda da oluşur. Çünkü yanık dokusunda artmış olan histamin, serotonin, kinin, serbest oksijen radikalleri ve prostaglandinler organizmada yaygın kapiller geçirgenliğinin artışına yol açar. Böylece damar içi sıvı kaybı yanıktan itibaren küçük boyutlu yanıklarda maksimum ödem 8–12 saatte gelişirken, büyük yanıklarda maksimum ödem 12–24 saatte gelişir. Kapiller sızıntı erken dönemde meydana gelen ödemin çoğundan sorumlu olmasına rağmen hipoproteinemi ilk sekiz saatten sonra meydana gelen ödemin büyük kısmından sorumludur (16, 78, 88, 89).

Büyük yanıkların ilk iki saatinde total vücut suyunun %15'i, ilk sekiz saatinden %80'i kaybedilebilir. Böylelikle yanık bölgelerinde intravasküler sıvı kaybı ve ödem oluşumu hızla bozulmuş doku ve organ perfüzyonuna, hipovolemik şoka (yanık şoku) ve buna bağlı hemodinamik değişiklikler ortaya çıkar (78, 88).

Hipovolemik şok (yanık şoku): Belirti ve bulguları hipovolemik şokun şiddetine bağlıdır, ayrıca düşük periferik kan akımı ve aşırı sempatik uyarı ile de yakından ilişkilidir. Semptomlar

arasında, susama, kalp hızında artma (taşikardi), soğuk ve nemli cilt, ödem, arteriyel kan basıncında düşme, idrar çıkışında azalma (oligüri) ve mental durumda değişiklikler bulunmaktadır. Hipovolemik şokun en erken belirtileri taşikardi, periferik vazokonstriksiyon ve kan basıncında hafif artma ya da azalmadır (atım hacmindeki azalmaya rağmen vücut kardiyak debiyi devam ettirmeye çalıştığı için). Ciddi şekilde etkilenen hastaların çoğu çoklu sistem organ yetmezliği yaşayabilir. Hipovolemik şokun tedavisi altta yatan nedeni düzeltmeye ya da kontrol etmeye, bu sayede de doku perfüzyonunu artırmaya dayanmaktadır (yerine koyma veya sıvının hareket yönünü değiştirerek). Dokulara giden oksijeni artırmak için oksijen desteği sağlanmalıdır. Verilecek olan ilaçlar intravenöz olarak uygulanmalıdır. Dolaşımı değerlendirmek ve tedaviye olan yanıtı gözlemek amacıyla kalp hızı, ritmi, kan basıncı ve idrar çıkışı sık aralıklarla ölçülmelidir. Vasküler volümün korunması, intravenöz olarak uygulanan sıvı, kan ve kan ürünlerinin takviyesiyle sağlanabilir. Kristaloitler (izotonik çözeltiler, ringer laktat gibi) anında ulaşılabilirler ve kısa süreli de olsa etkilidirler. Kolloitler ya da plazma hacmini genişleticiler (kolloidal albümin gibi) yüksek molekül ağırlığına sahip olduklarından dekstroz ve tuzlu çözeltilere göre damar içinde daha uzun süre kalırlar. Sıvı ve kan replasmanı yapılırken bakılacak en önemli değerler ise dolaşımdaki hacmin göstergeleri olan santral venöz basınç (CVP) ve idrar çıkışıdır (16, 55, 64, 87, 90).

Hipermetabolik yanıt: Yanık sonrası oluşan stres, metabolik ve nutrisyonel gereksinimleri arttırmaktadır. Homeostazın kontrolünü sağlamak amacıyla glukagon, dopamin, glukokortikoid, katekolamin ve kortizol gibi stres aracılı hormonların düzeyi artmaktadır. Yanık bölgesindeki ısı kaybını dengelemek amacı ile ısı üretiminde artış görülmektedir. Hipermetabolizma, artmış oksijen tüketimi, artmış glukoz kullanımı ve protein ile yağların fazla harcanması ile karakterize olup; yanık, enfeksiyon ve travma durumunda gözlenen karakteristik bir yanıt durumudur. Geniş yanıklı bireylerin metabolik hızları normalin iki katına çıkar. Hipermetabolik durum, yaklaşık olarak yanık sonrasındaki 7-17. günlerde zirve yapar. Yanık yaralanmasından sonraki hipermetabolik durum, ilk yaralanmadan sonra 36 aya kadar devam eder. Yara iyileşirken doku yıkımı da azalma gösterir. Beslenme desteği, yanıklarda iyileşmeyi sağlamada zorunludur. Hastanın glikoz gereksinimini karşılamak için aminoasitler kullanılır. C vitamini yara iyileşmesinde önemli yeri vardır ve yanıklı bir bireyde C vitamini miktarı çok hızlı bir şekilde azalır ve yerine koymak çok önemlidir. Enteral ve parenteral hiperalimentasyon, yanık sonrası doku yıkımından korumak ve kilo kaybını azaltmak için kullanılabilir. Tercihen

enteral yolla yüksek karbonhidratlı, yüksek proteinli bir diyetle sürekli beslenmesi sağlanmalıdır (16, 77, 88, 91, 92).

Yanık sonrası, kas proteinlerinin yıkımı yapımından daha hızlıdır. Net protein kaybı, yağsız vücut kitlesi azalması ve ciddi kas yıkımının sonucu olarak kasılma gücü ve tam rehabilitasyonun başarısızlığına sebep olur. Yağsız vücut kitlesinde önemli ölçüde azalmalar kronik hipermetabolizmanın sonucudur. Kompleks olmayan majör yanıklı hastalar akut yanık hasarından sonra total vücut kitlesinin %25'i kadarını kaybedebilir (64).

Böbrek sistemi üzerindeki etkileri: Yanıklardan sonra böbrek fonksiyonlarında meydana gelen değişiklikler çok kısa bir süre içinde ortaya çıkmaktadır. Yanıktan hemen sonraki 3-5 dakika içinde böbrek kan akımı azalır, böbrek kan akımında meydana gelen azalma glomerüler filtrasyonun da azalmasına neden olur (68). İdrar miktarı hipotansiyon, azalmış renal akım, antidiüretik hormon (ADH) ve aldosteron salımı sebebiyle azalır. Eğer sıvı tedavisi yeterince uygulanmazsa bu durum böbrek yetmezliğine neden olabilir. Ayrıca ısının hasar verici etkisiyle eritrositlerden hemoglobin ve kas dokusundan miyogloblin açığa çıkar. Serbest hemoglobin ve miyogloblin renal tübüleri tıkayarak akut tübüler nekroza ve böbrek yetmezliğine yol açar (90, 88).

Solunum sistemi bozukluğu: Yanık sonrasında sık görülen bir diğer hasar ise duman inhalasyonu sonrası görülen akciğer hasarıdır. Duman soluma yaralanması, ev yangınları, patlamalar ve yangın ve duman içeren diğer afetlerin kurbanları için ciddi bir sağlık tehdididir. Maruz kalan kişiler sıklıkla yanan yapının içerisinde sıkışıp kalır ve önemli miktarda karbonmonoksit gazı ve toksik dumanları solumak zorunda kalırlar. Plastik ve kauçuk gibi maddelerin yanması sonucunda oluşan dumanda bulunan amonyum, sülfür dioksit ve klorin gibi suda çözünebilir gazlar, mukoz membranla reaksiyon vererek güçlü asit ve alkali formlar oluştururlar. Bunun sonucunda mukoz membranlarda ülserasyonu, bronkospazmı ve ödemi tetikleyebilirler. Nitroz oksit ve hidrojen klorid gibi yağda çözünen gazlar ise alt hava yollarına ilerleyerek, akciğer dokusunda hasar yaratabilmektedir. Bu süreçte solunum yollarına termal bir hasar da söz konusu olabilir. İnhalasyon hasarının bulguları, ses kısıklığı, salya akışı, sekresyonlarla başa çıkmada yetersizlik, kuru öksürük, yorucu ve yüzeysel solunum şeklinde görülebilir. Azalmış pulmoner fonksiyon, pnömoni ve atelektaziye neden olabilir. Yanık alanı

geniş olduğunda, inhalasyon hasarının varlığından bağımsız olarak şiddetli inflamatuvar reaksiyonlar nedeniyle pulmoner disfonksiyon meydana gelebilir (16, 93, 94, 95).

Gastrointestinal sistem üzerine etkisi: Majör yanıklarda gastrointestinal sistemdeki damarlarda gelişen vazokonstriksiyon nedeniyle bölgeye olan kan akımının geçişini sınırlar. Peristaltizm durur ve paralitik ileus gelişir. Yoğun stres sebebiyle de gastrik veya duodenal erezyon (curling's ülser = stres ülseri) ortaya çıkabilir. Sıvı resüsitasyonu sonucu normal gastrointestinal aktivite genellikle yanık sonrası 3-5. günde geri dönmektedir. Karaciğer fonksiyon bozukluğu görülmez ya da çok hafif seyreder. Bu da bütün organlarda olduğu gibi azalan perfüzyonla ilgilidir. İleri devredeki hepatik sorunlar genellikle sepsise bağlıdır (12, 88).

Kardiyovasküler sistem değişiklikleri: Kalp debisinde azalma ve sistemik vasküler dirençte artma görülmektedir. Adrenalin, noradrenalin, vazopressin ve anjiyotensin salınımına bağlı olarak sistemik ve pulmoner vasküler direnç artmaktadır. Kalp debisinde meydana gelen azalma yanık alanı ile doğru orantılı olarak kapiller permeabilitenin artmasıyla intravasküler protein ve sıvı kayıplarıyla ilişkilidir. Sempatoadrenal sistemin aşırı aktive olması periferik ve splanknik vazokonstriksiyon ile taşikardiye sebep olmaktadır. Oluşan bu değişiklikler yanık yarasındaki sıvı kaybı ile birleştiğinde sistemik hipotansiyon ve organların hipoperfüzyonu ile sonuçlanmakta ve yaraya oksijen ve gıda gelişi bozularak yara iyileşmesi olumsuz yönde etkilemektedir. Yanık travmalarının da inflamasyon, serbest oksijen radikalleri, yoğun sıvı replasmanı, onkotik basınç azalmasıyla gelişen miyokard ödemi ve perikardiyal efüzyon kalp yetmezliğine neden olmaktadır. Elektrik yanıklarında en yaygın olarak aritmiler, spesifik olmayan ST-T değişiklikleri ve atriyal fibrilasyon görülür. Miyokardiyal hasar ve aritmiler yaralanmadan hemen sonra görülebilmektedir (12, 77, 96).

Enfeksiyon: Yanık hastalarında önemli bir sorundur. Yanık yarasının florası da enfeksiyon riskini ve meydana gelen enfeksiyonların invaziv potansiyelini etkiler (97). Yanık sonrasında yanığın büyüklüğü ile orantılı olarak bağışıklık sistemi önemli derecede baskılanmakta, nötrofil fonksiyonları bozulmakta, kompleman komponentlerinde, fibronektin ve diğer serum proteinlerinde yetersizlik oluşmaktadır (12). Bununla birlikte yanık yarası, normal cilt bariyerinin fiziksel olarak bozulması ve buna eşlik eden hücre aracılı bağışıklığın azalması nedeniyle bakteriyel kolonizasyon ve enfeksiyona özellikle duyarlıdır (94). Yanık yaralanması olan hastalarda bozulan cilt bariyerine karşı oluşan konak savunması, enfeksiyona (ağırlıklı

olarak bakteriyel, fakat aynı zamanda maya, mantar da olabilir) duyarlılığın artmasına, spesifik patojenik organizmaların virölansının artmasına ve ardından organ yetmezliğinin gelişmesine yol açabilir (77).

Sepsis: Yanık yarası sepsisinin insidansı, yanığın boyutuyla orantılıdır ve hem yanığın derinliğinden hem de hastanın yaşından etkilenir (97). Yanıklı hastada sepsis erken tanı ve özellikli tedavi gerektirir. Sepsis tanısı konabilmesi için birçok yardımcı skorlama yöntemi bulunmaktadır (98). Yanık yarası, pnömoni, idrar yolu enfeksiyonları, vücudun herhangi bir yerindeki enfeksiyon veya invaziv işlemler ya da monitörizasyon uygulamaları sonucunda sepsis görülebilmektedir. Yanık alanı, mikroorganizmaların büyümesi için ideal bir bölgedir. Serum ve debris, beslenme materyalleri içerir ve yanık hasarı kan akımını olumsuz etkilemektedir (16). Amerika Yanık Derneği'ne göre sepsis tanısı konabilmek için vücut sıcaklığının $>39^{\circ}\text{C}$ veya $<36,5^{\circ}\text{C}$, progresif taşikardi (>110 atım/dakika), progresif taşipne (>20 solunum/dakika), trombositopeni, hiperglisemi, lökositoz (>12.000 mcL), 24 saat enteral beslenmeye devam edememe durumlarından en az üçünün mevcut olması durumunda konabilir (77, 99).

2.1.4. Yanık yaralanmalarında tedavi yöntemleri

Yanık yaralanmasına sahip hastaların tedavisi, cilt üzerindeki termal etkilerden zarar görmüş organların ve sistemlerin çoğunun çok bileşenli, çok yönlü yoğun tedavisini içeren ve ardından yara kusurlarının plastik olarak kapatılmasıyla cansız dokuları çıkarmayı amaçlayan ve tekrarlanan cerrahi müdahaleleri içeren karmaşık bir süreçtir (100). Genel olarak yanık hastaları için sağkalım oranları son yıllarda önemli ölçüde iyi duruma gelmiştir. Yanık yaraları için topikal antibiyotik tedavisinin geliştirilmesi, erken eksizyon ve greft uygulamalarının; kurumların ve yoğun bakımların yönetimindeki büyük ilerlemelerin tümü bu başarıya katkıda bulunmuştur (101).

Yanık yara tedavisi için mevcut bakım standardı, doktorlar ve/veya yanık ekibinin diğer üyeleri tarafından iyileşmeyen tüm yaraların günlük olarak değerlendirilmesini ve yönetilmesini içerir. Yanık yaralanmaları için günlük yara bakımı karmaşık ve zaman alıcıdır (102). Yanık hastalarında uygulanan tedavilerdeki çeşitli klinik zorluklar ve bu tedavilerdeki temel amaç, yeterli resüsitasyon, erken eksizyon, enfeksiyonun önlenmesi veya kontrolü, tüm canlı

dokuların korunması, form ve fonksiyonun korunması, tüm yaraların zamanında kapatılması, yanık sonrası hipermetabolik yanıtın desteklenmesi, rehabilitasyon tedavisine erken dönüş, kişinin hastanede kalış süresini (ve buna bağlı tedavi maliyetini) ve fonksiyonel iyileşmeye kadar olan toplam süreyi azaltmak için yara iyileşmesini etkileyen birçok faktörün dengelenmesini içerir (85, 103, 104, 105).

Hastalara uygulanabilecek girişim ve tedaviler planırken aşağıda yer alan bilgiler göz önüne alınabilir:

Tetanoz İmmünizasyonu; Anaerobik yara enfeksiyonları gelişimi olasılığı nedeniyle tüm yanık hastalarına rutin olarak tetanoz toksidi verilmesi, yaralanma öncesi 10 yıl içinde aktif immünizasyonu olmayan yanıklı hastalarda tetanoz immünoglobulin uygulanması gerekir (51).

Sıvı Resüsitasyonu; yanıklı hastalarda hemodinamik dengenin korunması, organ ve doku perfüzyonunun sağlanması önemlidir. Bu nedenle kaybedilen sıvının, elektrolitlerin ve proteinlerin yerine konulması gerekir. Sıvı replasmanı için yaygın olarak kullanılan Brooke ve Parkland (Baxter) denklemleri hastanın beden ağırlığı ve yanık yüzdesine temellendirilerek hesaplanmalı ve uygulanmalıdır. Parkland (Baxter) denklemi, hesaplanması ve hastanın kilosunun izlenmesi kolay, sıvı replasmanı için güvenilir bir yöntem sağladığı için sık olarak kullanılır. The Parkland (Baxter) formülüne göre gerekli sıvı resüsitasyonu hesaplaması, "4ml laktatlı ringer solüsyonu $\times$ beden ağırlığı (kg) $\times$ total beden yüzeyinin yanık yüzdesi = yanık sonrası ilk 24 saat için total sıvı gereksinimi" şeklindedir. Hesaplanan sıvının yanıklı hastaya, total sıvının yarısı ilk 8 saatte, kalan sıvının yarısı (1/4) ikinci 8 saatte ve diğer yarısı (1/4) üçüncü 8 saatte verilecek şekilde uygulanması beklenilir (51, 53, 88, 106).

Hastaya gerekli sıvı ve elektrolit takviyesi yapıp stabil duruma getirildikten sonra debritleme ve yanık bölgenin sargılanıp kapatılması işlemi yapılır (53).

Yanık Yaralarının Debritleme; Debritleme, yara üzerindeki gevşek, cansız, nekrotik ve/veya kontamine dokuların, yabancı cisimlerin ve diğer kalıntıların mekanik veya keskin teknikler (kürtlleme, kazıma veya kesme gibi) kullanılarak çıkarılmasıdır. Debritleme 3 şekilde uygulanabilir. Bunlardan birincisi enzimatik debritlemedir. Enzimatik debritleme; yanık alanındaki nekrotik dokunun proteolitik bir madde ile uzaklaştırılmasıdır. İkinci debritleme yöntemi ise mekanik debritlemedir. Mekanik debritleme; yanık alanındaki nekrotik dokunun

steril pens ile tutulup makasla kesilmesi işlemidir. Üçüncü ve sonuncu olan debritleme yöntemi ise cerrahi debritleme'dir. Cerrahi debritleme; tanjansiyel eksizyon olarak önerilir. Bu yöntem eskar dokusu, el dermatomları ile tabakalar halinde canlı, kanayan dokulara gelene kadar kaldırılması işlemidir. Debritlemenin amacı yara iyileşmesi, yara yüzeyleri minimum mikrobiyal kolonizasyon ve nekrotik kalıntı ile temiz olduğunda optimize edilir. Debritleme yarayı temizler ve enfeksiyon riskini azaltarak daha hızlı iyileşmesini sağlar. Genelde cilt grefti gerektirmeden iyileşmesi beklenen sıg yanıklarda debritleme yapılır. Yanık yarası eksizyonunun aksine, debride edilmiş bir yaranın yüzeyi, kalıcı bir yara örtüsünün hemen yerleştirilmesini desteklemeye hazır değildir (88, 102, 107).

Yanık Yaralarında Eskarotomi; eskarın kesilmesi anlamına gelmektedir. İkinci derece derin ve 3. derece yüzeysel yanıklar ekstremitelerde oluştuysa ve çepeçevre sardıysa periferik dolaşımı bozabilir, göğüste ise toraks kafesinin genişlemesini engelleyerek solunumu kısıtlar. İnterstisyel basınç arttıkça, başlangıçta venöz çıkışta bozulma ve ardından arteriyel girişte azalma olur. Genellikle "kompartman sendromu" olarak adlandırılan bu durum, saatler içinde, kişinin vücut yapısında işlev bozukluğu, iskemi veya nekroza neden olur. Bası altında ezilen ekstremitelerde bu basıyı kaldırmak ve bozulan kan dolaşımını yeniden düzeltmek için ekstremitenin medial veya lateralinden dolaşım yerine gelene kadar kesiler atılarak eskarotomi uygulanır. Karın ve göğüs için, solunum hareketinin restorasyonuna izin vermek adına genellikle enine insizyonlar gerekir. Eskarotomi de deri veya deri altı dokusuna kadar insizyon işlemi uygulanır (102, 103, 108, 109).

Yanık Yaralarında Fasiyotomi; daha çok yüksek akımlı elektrik yanığı olan hastalara uygulanır. Elektrik yanıklarında derin dokulardan seyreden akım nedeniyle ciltte yara olmada kaslarda ödem oluşur. Kasları çevreleyen kılıfları (fasiya) çok az esnekliğe sahiptir. Oluşan basınç artışı, kasın, fasiyası içinde sıkışması ve dolaşımının bozulmasıyla iskemi ve nekroz yapar. Kas fasiyası açılarak kasın kılıftan dışarıya genişletilmesiyle dolaşımının rahatlatılmasına fasiyotomi denilir (107, 110).

Yanık Yarasının Greftlenmesi; Tam kalınlıktaki yanık yaraları kendiliğinden iyileşemediği için, hızlı ve kalıcı olarak kapatılması ve iyileşme hızının artırılması için standart, aynı hastada yaralanmamış bir donör bölgesinden alınan bölünmüş kalınlıkta deri greftidir (otogreft). Otogreftler hızlı iyileştiği gibi kontraktür gelişimini de önler (85, 103). Deri

greftlemesinin değişik yöntemleri vardır. Yaranın durumuna bağlı olarak, granölasyon yüzeyine greftleme ve eskar eksizyonu yapılan yüzeye greftleme şeklinde ikiye ayrılabilir. Greftlerin boyutuna ve şekline göre greftler geniş ya da küçük yarı kalınlıkta greftler ya da mesh greftler şeklinde sınıflandırılabilir. Yaralanmanın boyutu arttıkça, otogreftleme için orantılı olarak daha az donör alanı vardır bu aşamada mesh greftlere başvurulur. Ayrık kalınlıkta deri greftleri, kapsama alanını arttırmak için değişken genişleme oranları ile ağlanabilir. Yaygın aę oranları 1:1, 1.5:1, 2:1, 3:1 ve 4:1'dir. Oran ne kadar büyük olursa, herhangi bir donör cilt parçası tarafından eksize edilen yanık yarası o kadar fazla kaplanabilir. Meshleme, kan ve vücut sıvılarının deri greftlerinin altından akmasını sağlayarak greft kaybını önler. Bununla birlikte, oran ne kadar büyük olursa, yara o kadar az örtülür ve epitel hücre göçünün yavaş süreci sırasında daha fazla hipertrofik skar oluşur (103, 106). Daha geniş yanıkları olan ve otogreftin yetersiz kaldığı durumlarda farklı greftler kullanılmaktadır. Bu greftler yeniden epitelizasyonu teşvik ederek yara yatağını otogreft için hazırlar, geleneksel pansumanlarla karşılaştırıldığında iyileşme oranını artırır. Bu greftlere ise allogreft; canlı veya ölmüş bir insan donörden alınan greftler, ksenogreft; insan haricinde farklı bir türden alınan greftler şeklinde örnek verilebilir. Yanık yaraları ve greftler akut olarak iyileştikten sonra, yanık hastaları hipertrofik skar riski taşır. Yanık hastalarında hipertrofik skar oluşumunu önlemek veya düzeltmek için kişiye özel basınçlı giysiler kullanılır (85, 103, 107).

Yanık Yarasının Topikal Tedavisi; Pansumanlar için çok sayıda seçenek mevcuttur. Uygun bir pansuman seçimi, yanık derinliği, yara yatağının durumu, yara yeri, istenen nem tutma ve drenaj, gerekli pansuman değiştirme sıklığı ve maliyet gibi çeşitli faktörlere bağlıdır. Pansuman seçiminde birçok faktörün göz önünde bulundurulması gerekirken, en uygun örtünün seçilmesindeki hedefler kontaminasyondan (bakteriyel veya başka türlü) ve fiziksel hasardan koruma sağlamayı, gaz değişimine ve nem tutulmasına izin vermeyi ve fonksiyonel iyileşmeyi artırmak için rahatlık sağlamayı içermelidir (85, 111).

Uygun yara örtüsü seçimi, yara örtüsü özelliklerinin anlaşılması ve bir yaranın drenaj seviyesi ve derinliği ile eşleşme yeteneği tarafından yönlendirilir. Yaralar, ideal bir pansuman seçmeden önce ele alınması gereken nekroz ve enfeksiyon açısından değerlendirilmelidir. Nem tutucu pansumanlar arasında filmler, hidrojel, hidrokolloidler, köpükler, alginatlar ve hidrolifler bulunur ve çeşitli klinik ortamlarda faydalıdır. Yara pansumanlarında doğru seçim,

yara iyileşme fizyolojisi ve çeşitli pansuman özelliklerinin anlaşılmasıyla kolaylaştırılır (111, 112).

Fizyoterapi; Ciddi yanıkları olan hastalarda artan sağkalım oranları, bu hastaların yüzleşmesi gereken rehabilitasyon zorluklarına ve iyileşmeye odaklanmaktadır. Fizyoterapi rehabilitasyonu, hareket açıklığını korumak, kontraktür gelişimini önlemek, işlevi en üst düzeye çıkarmak ve psikolojik esenliği ve sosyal entegrasyonu teşvik etmek için yanık bakımının ayrılmaz bir bileşenidir (103, 106).

Psikososyal Bakım; Yanık bakımı ve tedavisinin uzun ve karmaşık olması ve sonuçlarının önceden tahmin edilememesi, bakım süresince hasta ve ailesinin desteklenmesini ön plana çıkarır. Sağlık ekibi sosyal destek ve danışmanlık rolüne sahiptir (51). Yanık yarasının gelişme nedeni olan travmanın ani oluşumu ve ciddiyeti, hasta ve ailesinin, fiziksel ve emosyonel bir kriz yaşamalarına neden olarak gösterilmektedir. Bu nedenle bakım aşamasında bunları da değerlendirerek verileri toplamak ve uygun girişimleri başlatabilmek için hazırlıklı olunmalıdır. Hastanın ayrıca yanık yarasının oluşumuna ilişkin kendisini suçlu hissetme, tekrar tekrar olayı yaşama, ölüm korkusu, gelecekteki tedavi ve beraberindeki ağrı konusunda endişe gibi ürkütücü ve rahatsız edici duygular yaşayabileceği göz ardı edilmemelidir (51, 106). Kişinin psikososyal bakımı için yapılabilecek girişimler arasında ağrısının uygun girişimlerle ağrısının giderilmesi, deliryumun önüne geçilmesi, uyku problemlerinin çözüme ulaştırılması bulunmaktadır. Psikoterapi ve rehabilitasyon sürecinin devamlılığı sağlanılmaya çalışmalıdır. Yanık yaralanması olan bireylerin duygu ve düşüncelerini, kaygı ve endişelerini, aile hayatları, cinsel hayatları ile ilgili fikir ve düşüncelerini dile getirmesi sağlanmalıdır (38). En ciddi travmalardan biri olan yanıkta, iyi bir bakım ve erken psikososyal rehabilitasyonla bireyin toplumdaki yerini yeniden alabileceği unutulmamalıdır (51).

2.2. Psikolojik Sıkıntı

Psikolojik sıkıntının kökeni literatürde tam olarak ifade edilmemiştir. Psikolojik sıkıntı, gerginlik, stres ve sıkıntı kelimeleri içine saklanmıştır (24). Amerikan Psikoloji Derneği (APA)'nin psikoloji sözlüğünde psikolojik sıkıntı, çoğu insanda normal ruh hali dalgalanmalarıyla ilişkili bir dizi acı verici zihinsel ve fiziksel semptom şeklinde tanımlanmıştır

(23). Psikolojik sıkıntı, günlük yaşamda başa çıkılması zor olan stresörler ve taleplerle ilişkili duygusal bir ıstırap halidir (113).

Şiddetli yanıklar yalnızca belirgin fiziksel sonuçlara neden olmakla kalmaz, aynı zamanda uzun süreli psikolojik etkilere de yatkınlık oluşturabilir. Ruhsal rahatsızlıklar yanıklara zemin hazırlayabildiği gibi, yanıklar da ruhsal rahatsızlıklara zemin hazırlayabilir (114). Ciddi bir yanık yaralanması yaşamak travmatik bir deneyim olarak kabul edilir. Yanık tedavisindeki önemli gelişmeler nedeniyle, yanıklardan kurtulanların sayısı artış göstermiştir. Ciddi yanıklardan kurtulan bireyler tipik olarak fiziksel sağlık, işlevsellik ve görünümde bozulmalar yaşayabilmektedirler. Bu ve başka sebepler dolayısıyla önemli sayıda hasta travma sonrası stres semptomları, depresyon ve sınırlı fiziksel işlevsellik gibi fiziksel ve/veya psikolojik sonuçlarla karşı karşıya kaldığından psikolojik sıkıntı yaşamaları daha yüksek olasılığa sahiptir (114, 115, 116, 117).

Yanık yaralanması sırasında ya da sonrasında ortaya çıkan şiddetli ağrı, anksiyete, iştahta farklılık, görünümündeki değişiklikler, fiziksel aktivitelerin kısıtlanması, tedavi sürecinin ani ve uzun vadeli olması gibi nedenlerden dolayı hastanın psikolojik durumunda geçici veya kalıcı bozulmalara neden olabilmektedir. Yanık hastanın taburcu olup normal yaşamına döndükten sonra da fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik yapısı ile günlük yaşam aktiviteleri olumsuz etkileyen travmatik bir stres durumudur. Buna bağlı olarak yaşam kalitesinin düşmesi, psikolojik acı çekmesi ve birçok psikolojik sağlık bozukluğu belirtisi gösterme olasılığı fazladır (18, 19, 20, 36).

Yanık yaralanmaları, kişinin kendi vücudundan memnuniyetsizliğe ve öznel yaşam kalitesinde düşüşe neden olabilir (27, 118). Yanık hastalarının yaşam kalitesini etkileyen birçok faktör arasında; fonksiyonel durum (öz bakım, hareketlilik, fiziksel aktivite); rol ile ilgili faaliyetler (iş, ev yönetimi); sosyal işlevsellik (kişisel etkileşimler, yakınlık, topluluk etkileşimleri); duygusal durum (kaygı, stres, depresyon, kontrol odağı, ruhsal esenlik); biliş, uyku ve dinlenme; enerji ve canlılık, sağlık algıları ve genel yaşam doyumu değerlendirilebilir (118). Yanığa yol açan bir yaralanma sonucunda güç ve bütünlük duygusu sarsılır, kimlik ve benzersizlik duygusu birbirine karışır (36).

Birçok yanık hastasında depresyon, çaresizlik duygusu, öfke, suçluluk, düşük benlik saygısı ve özgüven, uyku bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, aile çatışması ve sosyal geri çekilme gibi psikolojik ve psikososyal zorluklar ortaya çıkmaktadır (36, 118). Bunlardan depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) en yaygın psikolojik sıkıntılar arasında yer almaktadır (114, 119, 120, 121).

Depresyon; Yanık hastalarında depresyon çeşitli nedenlerle tetiklenebilir. Keder ve yas bu popülasyonda yaygın olarak bulunur (120). Hastaların yaklaşık %15'i hem akut bakım sırasında hem de yaralanmadan altı ay sonra bu kriteri karşılamaktadır (110). Travmatik olarak yaralanmış ve tıbbi olarak hasta hastalarda depresyon oranları, genel popülasyondaki tahmini %5'ten önemli ölçüde daha yüksektir (117). Depresyonla ilgili risk faktörleri, yanık öncesi depresyon ve kadın cinsiyeti ile yüzdeki şekil bozukluğudur (120). Bunlara ek olarak yanık hastasının yaşadığı diğer psikolojik sorunlar hastanın sosyal geri çekilmeye ve izolasyonuna neden olur bunlarda yine depresyon için risk faktörleri arasındadır (27).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu; TSSB ile yaşam veya fiziksel bütünlüğe tehdit oluşturan travmatik bir olaya önceden maruz kalınmış olması ve o anda yoğun korku, dehşet veya çaresizliğin ortaya çıkmaktadır (120, 123, 124). Yanık travması hastalarının, diğer kaza türlerine maruz kalmış hastalara göre daha yüksek oranda kronik travma sonrası stres bozukluğuna maruz kaldıkları görülmüştür (120, 125). TSSB ile ilgili risk faktörleri, yanık öncesi depresyon, başlangıçtaki semptomların tipi ve şiddeti, ağrı ile ilgili kaygı ve yanık yaralanmasının görünürlüğüdür (120). Nevrotiklik (güvensizlik, kaygı, huzursuzluk, nefret, odaklanamamak, plansızlık gibi belirtilerle ortaya çıkan bir duygu durum bozukluğu), dışa dönüklük, açıklık, uyumluluk ve vicdanlılık gibi bazı kişilik özellikleri travma sonrası stres bozukluğunu etkilemektedir (126). Yaralanma sonrası TSSB daha sonraki genel sağlık sonuçlarını etkiler (123). TSSB semptomlar arasında travmatik olayın düşüncelerde ve rüyalarda yeniden yaşanması, olayın hatırlatıcılarından kaçınma veya bunları bastırma, duygusal uyuşma ve ayırışma aşırı uyarılma ve kaygı gibi durumlar yer alabilir (127).

2.3. Sosyal Görünüş Kaygısı

Büyük bir yanık yaralanması, cilt bütünlüğüne önemli ölçüde zarar verebilir ve sıklıkla hipertrofik skarlaşmaya neden olabilir. Derin yanıklar sıklıkla fonksiyon bozukluğu ile

sonuçlanır ve fonksiyonel ve kozmetik olarak önemli vücut kısımlarının zarar görmesine veya kaybolmasına neden olabilir (117).

Görünümünde farklılığa sahip bireyler, kaygı- endişe, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve düşük benlik saygısı gibi zorluklarla diğer insanlara kıyasla daha yüksek düzeyde psikolojik sıkıntı yaşamaktadırlar. Değişmiş bir görünüme uyum sağlamadaki zorluklar, kaygı, utanma, sosyal kaçınma ve izolasyona neden olabilmekte ve yaşam kalitesini de etkilemektedir (25, 26). Kişinin dış görünüşü için olumsuz olarak değerlendirilme korkusu sadece beden imajı bozukluğu ile ilişkili değil aynı zamanda yüksek sosyal kaygı ve/veya sosyal bozulma ile ilişkilidir (26). Ayrıca değişmiş bir görünüme uyum sağlamadaki zorluklar, kaygı, utanç, öz-değerde azalma, sosyal kaçınma ve izolasyona yol açabilir ve bu da sosyal, mesleki ve ilişkisel işlevselliğe önemli ölçüde müdahale edebilir ve bazı kişilerde yaşam kalitesini düşürür (25).

Sosyal kaygının bir türü şeklinde tanımlanan sosyal görünüş kaygısı, bireylerin fiziksel görünümünün başkaları tarafından olumsuz olarak değerlendirilmesiyle ilgili yaşadıkları kaygı ve gerilim olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle, insanların fiziksel görünümünün ötesinde bireyin ten rengi, kas yapısı ve yüz şekli (burun, göz arası mesafe, gülümseme) gibi beden algısı ve beden imajına dair özelliklerin diğer insanlar tarafından değerlendirilmesine karşı gösterdikleri duygusal tepkidir (29, 30, 31, 128, 149).

Sosyal görünüş kaygısı, özellikle kişisel sorunlar ve sosyal karşılaştırma kaygılarının birleşiminden ortaya çıkan, bireylerin çekiciliğiyle ilgili endişelere atıfta bulunur. Ayrıca, sosyal görünüş kaygısı özellikle diğer bireyler üzerinde olumlu bir izlenim yaratma ihtiyacıyla ilişkili görünmektedir ve muhtemelen kişinin bu amaca ulaşmak için kendi yetersizliklerinin algılanmasıyla güçlenmektedir (32).

Bireyler, bir yanık yaralanması geçirdikten sonra görünümeleri değişebileceği için sosyal görünüş kaygısı yaşarlar. Ciddi bir yanık yaralanmasından kaynaklanabilecek yara izi, şekil bozukluğu, deformite ve fonksiyon kaybı, önemli algısal ve öznel beden imajı değişikliklerine yol açabilir. Geniş yara izi, hastaların günlük görevlerini ve aktivitelerini gerçekleştirme yeteneklerini sınırlayarak sadece fonksiyonel bozulmaya neden olmakla kalmaz, aynı zamanda önemli psikolojik ve sosyal sıkıntıya da neden olabilir. Yanıklar gibi kazanılmış görünür farklılıklar ile bireyler, değişen görünümelerini mevcut benlik kavramlarına entegre etmekte

zorlanabilirler. Görünüşün önemli olması ve şekil bozukluğunun ya da görünür farklılığın birçok toplumda damgılanması, sosyal rahatsızlık olarak görülmesi, görünümle ilgili kaygılara yol açabilir (22, 29, 33, 129, 130). Yüzün sosyal etkileşimlerde, kişisel kimlikte ve temel fizyolojik işlevlerde oynadığı roller göz önüne alındığında, geniş yüz yanıkları olan hastaların belirli ve daha fazla zarar veren bir dizi zorlukla karşı karşıya kalınmaktadır (129).

Ayhan ve arkadaşlarının (2022) yanık merkezi polikliniğinde 10 hastanın katılımı ile yaptıkları çalışmada hastaların sosyal görünüş kaygısı puanları orta düzeyde (39.38 ± 17.71) olduğu sonucuna varılmıştır. Aynı çalışmada bekar olmanın, yüksek bir eğitim düzeyine sahip olmanın, yüz, baş veya boyunda yanıkların olmasının, yanığa bağlı amputasyon geçirmiş hastaların ve yaralanma sonrası bir haftayı geçmenin sosyal görünüş kaygısını anlamlı olarak artırdığı göze çarpmıştır (29).

2.4. Yanık Yaralanması Olan Hasta ve Hemşirelik Bakımı

Bir yanık yaralanması her zaman sadece fiziksel değil, aynı zamanda zihinsel bir yaralanmayı da ifade eder; bu nedenle psikososyal refah ve rehabilitasyon kavramlarının daha da geliştirilmesi ve iyileştirilmesi gerekmektedir. İşlevsellik ve fiziksel görünümde genellikle geri dönüşü olmayan değişikliklere uyum sağlamak bu hastalar için büyük bir zorluk teşkil eder (27).

Yanık durumunda ağrı ve anksiyete yönetimi kritiktir ve ön veriler ağrı yönetiminin sonraki TSSB ve diğer psikiyatrik semptomları azaltabileceğini düşündürmektedir (131). Bu nedenle de yanık yani cilt yaralanması durumunda, alternatif oluşturmak için hem beden hem de ruh sağlığı profesyonellerinden oluşan multidisiplinler arası bir ekip bütüncül olarak çalışmalıdır (24). İdeal olarak, insan davranışında uzmanlaşmış klinisyenler (psikiyatristler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, psikiyatri hemşireleri veya benzer uzmanlığa sahip diğerleri), mümkün olan en kısa sürede tedaviye başlamalıdır. Rehabilitasyon boyunca tüm yanık hastaları için iyileşme sürecinde tedavi programlarına dahil edilen rutin bir bileşen olmalıdır (119, 132).

Karşılanmayan rehabilitasyon ihtiyaçları hastanede kalış süresini uzatabileceği, taburculuğu geciktirebileceği, rehabilitasyon hedeflerini olumsuz yönde etkileyebileceği, yaşam kalitesini düşürebileceği ve diğer önemli kişilere bağımlılığı artırabileceği için, sağlık sektörleri

ve ortamlarında etkili bir yanık bakımı modelinin sürdürülmesi önemli bir zorluk olmaya devam etmektedir. Rehabilitasyona devam edildikçe, yanık hastası, mümkün olduğunca yakın bir şekilde yaralanma öncesi yetenekler kazanabilir ve iyileşme ilerledikçe kendileri için arzu edilen şeyleri yapabilir (35, 133).

Hemşireler, bakımda ve öz bakım sağlık bilgisinin arttırılmasında, rehabilitasyonunda ve hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde önemli bir role sahip sağlık üyesi olarak yer alır. Hemşireler olası müdahaleler sayesinde hastalarının yaşamlarını dengeye yönlendirme ve yaşam kalitelerini etkileme becerisine sahiptir (134).

Yanık yaralanması olan hastalar genellikle hastanede uzun bir süre geçirirler ve tedavilerinin doğası gereği, hemşirelik ve yardımcı sağlık personeli gibi sağlık uzmanlarıyla da önemli zaman harcarlar. Yanık hastaları, endişe verici konularda tavsiye almak için sıklıkla bu sağlık uzmanlarına başvururlar (135, 136). Yanık bakımı, hemşireler içinde diğer birçok hasta popülasyonu ile harcadığı zamanı aşan önemli klinik zamanı içermektedir (34).

Yanık, hastanın hastaneye yatışından taburcu olana kadar hastanın ve ailenin de içerisinde olduğu, hatta taburculuk sonrasına kadar karmaşık, zaman gerektiren, önceden tahmin edilemeyen sonuçlara, zorlayıcı bakım ve tedaviye sahiptir. Bakım ve tedavinin her yönüyle verilebilmesi için hemşirenin de için de yer aldığı kapsamlı bir ekibin iş birliği ve uyum içinde çalışması tam iyileşme ve rehabilitasyon sağlaması için önemlidir. Yanık hastalarını fizyolojik izlemede, sıvı desteğinde, ağrı ve kaşıntı yönetiminde, enfeksiyonun önlenmesinde, fonksiyonel yeteneğin geliştirilmesinde, yaşam kalitesinin artırılmasında, uyku bozukluklarının giderilmesinde, psikolojik iyi oluşu (anksiyete, depresyon, çaresizlik duygusu, öfke, suçluluk, düşük benlik saygısı ve özgüven, sosyal izolasyon gibi duyguların yaşanmaması için) artırmada, işe veya okula dönüş zamanının öne çekilmesinin kolaylaştırılmasında, hasta ve ailesinin desteklenmesinde hemşireler yanık bakım ve tedavisinin merkezinde yer almaktadır (19, 34, 35, 36, 37, 38, 137). Bunlara ek olarak, yanığın hastada oluşturduğu deri bütünlüğündeki bozukluğunun nesnel özelliklerinin yanında, beden imajı ve benlik saygısı gibi sübjektif ölçüler, bedensel değişim ve psikososyal problemler arasında bir arabulucu olarak hareket ediyor gibi görüldüğü için hemşirelerin hastaları bu konu da geliştirmeleri hastaların sorunların üzerinden gelmelerine yardımcı olur (120). Klinik ortamlarda, uygun bir iletişime sahip olmak, sağlık hizmeti alan kişinin daha iyi psikolojik konumunu ve hastalığı tedavi

etmede, ağrıyı kontrol etmede, hastalık geçmişini hatırlamada ve hastaların memnuniyetini artırmaya yardımcı olur (139, 140). Ayrıca yanık ekibi hastayı ve ailesini taburculuğa hazırlamanın yanı sıra hastanın geri döneceği 'topluluğu' da hazırlayabilir. 'Topluluk' geniş aileyi, komşuları, sosyal kulüpleri, hastanın işyerini veya okul çağındaki bir çocuk hasta olması durumunda okulu içerebilir. Yanıklara aşına olmayanlara, hayatta kalanın yeniden girişini kolaylaştırmak için ne söylenmesi veya yapılması gerektiği konusunda talimat vermek, yeniden bütünleşmeyi kolaylaştırabilir (132).

Yanık hastalarının tedavisinde yardımcı olabilecek bir diğer sağlık çalışanı ise psikiyatri hemşiresidir. Psikiyatri hemşireliğinin yanında, psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlık alanı olan konsültasyon liyezon psikiyatrisi de yanık hastalarının tedavi ve bakımın da klinik hemşirelerine yardımcı olabilirler. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi biyopsikososyal anlayışın yaşama geçirilmesi ve fiziksel ve duygusal bakım ve tedavi yoluyla psikososyal bakımı bütünlemeye dönüktür. Klinikte; fiziksel bakım ve tedavinin yanı sıra psikiyatri hizmetlerinin de sunulması, hastayı anlamadan yanık yarasının tam anlamıyla tedavi edilemeyeceğini öngören anlayış doğrultusunda, insanın; bedensel, ruhsal, toplumsal bütünlüğü içinde ele alınmasına yardımcı olur (150, 151, 152).

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi kapsamında hemşirelik yönetmeliğinde hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra maddelenilen maddeler kapsamında; hemşire-hasta arasındaki ilişkileri sağlamlaştırmada, hastaların duygu durumuna karşı hemşirelerin duyarlılığını arttırmada, hastaların yanık konusunda yaşadıkları endişe, korku, öfke etkilerini tanımlamada, hastanın rehabilitasyon sürecine katılmasında, fiziksel yakınması ya da hastalığı olan bireyin fiziksel durumu ile ruhsal durumu arasındaki etkileşimi gözlemlenme de, bakımın tıbbi ve psikiyatrik boyutunu entegre ederek, bakımın etkinliğini değerlendirmede, olumsuz algılarını değiştirmede (yanık izleriyle yaşayamayacağı, arkadaşlarının ve aile üyelerinin ondan uzaklaşacağı, iş/okul hayatına devam edemeyeceği gibi), deneyimlerinden öğrenmeleri için desteklemede, hastaların gösterdiği tepkileri tanıyabilmelerinde ve yanık hemşirelerinin hastaları için uygun psikolojik müdahaleleri planlamaları aşamalarında yer alabilirler (39, 40, 138, 150).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışma yanık hastalarının taburculuk sonrası psikolojik sıkıntı düzeylerinin ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Ankara ilinde bulunan Başkent Üniversitesi Hastanesi “Yanık ve Yara Tedavi Merkezi” ve “Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı” polikliniğinde takip edilen yanık tedavisi almış taburculuk sonrası kontrole gelen hastalar ile 22 Ağustos 2022- 14 Kasım 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Yanık ve Yara Tedavi Merkezi 1 poliklinik odası, 9 yataklı servis, 4 yataklı yoğun bakım ünitesi, 1 ameliyathane, 1 pansuman odası, 1 fizik tedavi odası, 1 ilk yardım ve tedavi odasından oluşmaktadır. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi’nde yer alan poliklinikler binasının giriş katında bulunmaktadır. Burada 3 pansuman odası, 3 doktor odası, 1 asistan odası bulunmaktadır. Hastalar taburcu olduktan sonra kontrol ve pansumanlara haftada iki gün gelirken yaraların iyileşmesiyle hafta bir gün, ayda iki gün şeklinde gelmeye devam etmektedirler. İki ay sonra ayda bir gün gelerek kontrol günlerinin aralarındaki zaman süreci uzamaktadır. Hastaların klinikte yatışları sırasında psikiyatri konsültasyonu istenmektedir fakat poliklinikte kontrole gelen hastalara psikolojik sıkıntı ve sosyal görünüş kaygıları ile ilgili bir değerlendirme ve müdahale yapılmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Yanık ve Tedavi Merkezi’nde 2021- 2022 yılında yatarak tedavi görmüş yanık hastaları oluşturmuştur.

Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi Yanık ve Yara Tedavi Merkezi’nde 2021 yılı içinde tedavi gören toplam hasta sayısının 39 kişi olarak bilindiği durumda çalışmanın örneklem büyüklüğü %95 güven düzeyinde, yanık hastalarının tedavi sonrasında psikolojik sorunların

görölme sıklığı $p=0.5$ olasılık ve $d=0.05$ sapma ile gerekli olan örneklem büyüklüğü en az 36 kişi olarak belirlenmiştir (EK- 8). Bu doğrultuda 22 Ağustos- 14 Kasım tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden 37 hasta bu çalışmanın örneklemi oluşturmuştur.

3.4. Araştırma Kapsamına Alınma Kriterleri

Taburculuğu üzerinden en az 1 ay ve en fazla 12 ay (1 yıl) geçmiş, 18 yaşını doldurmuş, anket doldurmayı engelleyecek düzeyde bilişsel yetersizliği olmayan, okuma yazma bilen, çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden yanık hastaları araştırma kapsamına alınmıştır. Türkçe bilmeyen (yabancı hastalar) çalışma kapsamına alınmamıştır.

3.5. Araştırmanın Etiği

Bu çalışma için “Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu” tarafından (Onay: 03.08.2022 Proje No: KA22/323) izin alındıktan sonra (EK- 7), araştırmanın yürütüldüğü “Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi Başhekimliği’nden” izin alınmıştır (EK-9). Veriler toplanmadan önce örneklemini oluşturan tüm hastalara araştırmanın konusu, amacı, nasıl yürütüleceği, araştırmanın önemi; verilerin araştırma dışında kullanılmayacağı ve isimlerinin saklı tutulacağı açıklanmış, araştırmaya katılmayı kabul ettiğini dile getiren hastalar “Bilimsel Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” doldurmuşlardır (EK-4). Araştırmada kullanılacak olan ölçeklerin, Türkçe güvenirlik ve geçerliliğini yapan yazarlardan ölçekleri kullanmak üzere izinleri alınmıştır (EK-5, EK-6).

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Veri toplama aracı olarak öz bildirime dayalı ölçüm araçları kullanılması, bazı hastalar taburcu olurken reçetelerinde psikiyatrik ilaçlar ile taburcu olmuşlardır bu durumlar sınırlılıklar arasındadır.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında “Sosyodemografik ve Yanıkla ilgili Bilgi Formu” (EK- 1), “Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (K-10 PSÖ)” (EK- 2), “Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ)” (EK-3) kullanılmıştır.

3.7.1. Sosyodemografik ve Yanıkla İlgili Bilgi Formu

Hastaların tanıtıcı özelliklerini içeren sosyodemografik bilgi formu araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda geliştirilmiştir (29, 141, 142). Araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi toplama formunda araştırmaya katılan örneklem grubuna; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni hali, çalışma durumu, gelir durumu, kaç gün önce yandığı, taburculuk zamanı, yanık sebebi, yanık yüzdesi, yanık derinliği, vücutta hangi bölgenin/bölgelerin yandığı, yanık nedeniyle uygulanan tedaviler/cerrahi girişimlerin hangileri olduğu, kaç gün tedavi görüldüğü, yanık nedeniyle yeti kaybı olup olmadığı içeren sorular sorularak, örneklemin sosyodemografik ve yanıkla ilgili özellikleri belirlenmeye çalışılmıştır (EK-1).

3.7.2. Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (PSÖ)

Harvard Tıp Fakültesi'nden Kessler ve arkadaşları tarafından, ABD Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi'nin desteğiyle geliştirilmiştir (153). Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Altun ve arkadaşları (2019) tarafından yapılmıştır. Özgül olmayan psikolojik sıkıntı hakkında 10 sorudan oluşmaktadır (EK-2). Yanıt seçenekleri, sürekli olarak (5), çoğu zaman (4), arada sırada (3), seyrek olarak (2), hiç olmadı (1) şeklinde değişen beşli Likert tipi ölçek üzerine kurulmuştur. Ölçeğin alt boyutu ve ters kodlanan madde bulunmamaktadır. En düşük 10, en yüksek 50 puan alınmaktadır. Yüksek puanlar daha fazla ruhsal sıkıntıya işaret etmektedir. Ölçekten alınan puanlara göre değerlendirmesi Tablo 3.7.2.1'de belirtilmiştir. PSÖ'nün Altun ve arkadaşlarının yaptığı Türkçe güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur (143). Bu çalışma için ölçeğin cronbach alfa kat sayısı 0,88 olarak belirlenmiştir.

Tablo 3.7.2.1. Psikolojik Sıkıntı Ölçeği'ne Verilen Yanıtlara Göre Psikolojik Sıkıntı Düzeylerinin Yorumlanması

K-10 PSÖ Toplam Skor	Psikolojik Sıkıntı Düzeyi
10-19	Muhtemel İyi
20-24	Muhtemel Hafif Ruhsal Rahatsızlık
25-29	Muhtemel Orta Ruhsal Rahatsızlık
30-50	Muhtemel Ağır Ruhsal Rahatsızlık

3.7.3. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ)

Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği, Hart ve arkadaşları (2008) tarafından bireyin görünüşüyle ilgili olarak yaşadığı duygusal, bilişsel ve davranışsal kaygıları ölçmek amacıyla geliştirilmiş öz-bildirim tarzı bir ölçektir (154). Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği Doğan tarafından 2010 yılında yapılmıştır (144). SGKÖ, 5' li Likert tipinde (1) Hiç Uygun Değil, (5) Tamamen Uygun şeklinde bir cevaplama anahtarına sahip toplamda 16 maddeden oluşmaktadır (EK-3). Ölçeğin 1. Maddesi tersten kodlanmaktadır. Tek boyutlu olarak sosyal görünüş kaygısını ölçen SGKÖ' den alınan puanların artışı görünüş kaygısının artışına işaret etmektedir. SGKÖ' nün Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur (144). Bu çalışma için ölçeğin Cronbach alfa kat sayısı 0,96 olarak belirlenmiştir.

3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri toplanmaya başlamadan önce araştırma ile ilgili etik kurul ve kurum izni alındıktan sonra sosyodemografik ve yanıkla ilgili özellikler formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek için beş kişiye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda soru formu anlaşılır olduğu için değişiklik yapılmamış, ön uygulama yapılan beş kişi örnek grubuna dâhil edilmiştir.

Hastalar kontrole gelmeden önces poliklinik sekreterlerinden kontrol için randevu alıyorlar, bu nedenle her hafta cumartesi günü hangi hastanın hangi gün saat kaçta geleceğini öğrenip gelmeden bir gün önce arayarak gelip gelmeyeceklerinin kontrolü yapılmıştır. Kontrole gelen hastalara poliklinikte tedavileri bittikten sonra klinikte bulunan boş bir odada bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmaya kabul ettiklerini belirten hastalar Bilimsel Araştırmalar için Gönüllü Olur Formu'nu imzalamışlardır. Hastaların anketleri cevaplamaları 15-20 dakika arasında sürmüştür. Bütün hastalar formları eksiksiz olarak doldurmuştur. Araştırma verileri çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan yüzyüze toplanmıştır. Çalışmadan çekilen hasta olmamıştır. Veriler 22 Ağustos – 14 Kasım 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.9.Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama $\pm$ standart sapma (mean $\pm$ sd), medyan (M) ve minimum

(min), maksimum (max) değerleri olarak verilmiştir. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımını Shapiro Wilk normallik testi ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılmadığı için iki kategorili değişkenler için ölçek puanlarının karşılaştırmaları Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategorili değişkenler için ölçek puanlarının karşılaştırmaları Kruskal-Wallis H testi ile yapılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. Bağımsız değişkenin (Sosyal Görünüş Kaygısı leği) bağımlı değişken (Psikolojik Sıkıntı leği) zerine etkisi doğrusal regresyon analizi ile değerlendirildi. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan yanık hastaların psikolojik sıkıntı ve sosyal görünüş kaygıları ile ilgili bulgular yer almaktadır. Araştırma kapsamında elde edilen bulgular aşağıda belirtilen 6 başlık altında özetlenmiştir.

1. Katılımcıların sosyo demografik ve yanıkla ilgili tanıtıcı özellikleri,
2. Katılımcıların psikolojik sıkıntı ölçeği puanları ve psikolojik sıkıntı düzeyleri,
3. Katılımcıların sosyal görünüş kaygısı ölçeği puanları,
4. Katılımcıların sosyo demografik ve yanıkla ilgili tanıtıcı özelliklerine göre psikolojik sıkıntı ve sosyal görünüş kaygısı düzeyleri,
5. “Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” arasındaki ilişki,
6. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği puanlarının Psikolojik Sıkıntı puanlarına etkisi

4.1. Katılımcıların Sosyo Demografik ve Yanıkla İlgili Tanıtıcı Özellikleri

4.1.1. Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Ait Bulgular

Örneklemdaki bireyler yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, meslek, kimler ile yaşadıkları, ev dışı sosyal aktiviteleri bilgileri açısından incelenmiştir. Bulgular Tablo 4.1.1’de yer almaktadır.

Tablo 4.1.1. Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=37)

Sosyo Demografik Özellikler	Medyan(min-max)
Yaş, (yıl)	35 (23-55)
	Sayı (n), Yüzde (%)
Cinsiyet	
Kadın	8 (21,6)
Erkek	29 (78,4)
Medeni durum	
Bekar	11 (29,7)
Evli	26 (70,3)
Eğitim düzeyi	
İlkokul veya Ortaokul	11 (29,7)
Lise	20 (54,1)
Üniversite	6 (16,2)
Çalışma durumu	
Evet	20 (54,1)
Hayır	17 (45,9)
Gelir düzeyi	
Düşük	3 (8,1)
Orta	31 (83,8)
Yüksek	3 (8,1)
Meslek	
Öğrenci	5 (13,5)
İşçi	14 (37,9)
Memur	2 (5,4)
Emekli	7 (18,9)
Mühendis	3 (8,1)
Elektrik Teknisyeni	3 (8,1)
Ev Hanımı	3 (8,1)
Kimlerle yaşıyor	
Aile	34 (91,9)
Tek başına	3 (8,1)
Ev dışı sosyal aktivite	
Hayır	6 (16,2)

Evet	31 (83,8)
Ev dışı yapılan aktiviteler (Evet cevabı verenler)	
Piknik yapma	9 (29,0)
Aile ile vakit geçirme	12 (22,6)
Arkadaşlarla ile buluşma	7 (38,7)
Spor Yapma	3 (9,7)

Özet istatistikler sayısal veriler için *Medyan (Minimum, Maksimum)*, kategorik veriler için *Sayı (Yüzdelik)* değer olarak verilmiştir.

Tablo 4.1.1'e göre çalışmada toplam 37 katılımcı yer almıştır. Erkek hasta sayısı 29 (%78,4), kadın hasta sayısı 8 (%21,6) olarak belirtilmiştir. Medyan yaş 35 olup, en genç katılımcı 23 yaşında, en yaşlı katılımcı 55 yaşındadır. Medeni durumlarına bakıldığında 26 (70,3) kişinin evli olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi incelendiğinde, 11 (%29,7) kişi ilkokul veya ortaokul, 20 (%54,1) kişi Lise, 6 (%16,2) kişi üniversite mezunudur. Gelir düzeylerini 31 (%83,8) kişi orta düzey şeklinde sınıflandırmıştır. Hastalardan 34 (%91,9) kişi ailesi ile yaşamaktadır. Ev dışı sosyal aktivitelere bakıldığında 31 (%83,8) hasta ev dışı aktivitelerinin olduğunu belirtmiştir.

4.1.2. Katılımcıların Yanığa İlişkin Tanıtıcı Özelliklerine Ait Bulgular

Örneklemdaki bireylerin yanığın ne kadar süre önce gerçekleştiği (ay), klinikte kalış süresi (gün), taburculuk süresi (ay), yanık türü, yanık yüzdesi, yanığın derinliğinin derecesi, yanık bölgesi, uygulanan yanık tedavisi, organ/uzuv kaybı, yeti/fonksiyon kaybı, yanık sonrası işe başlama durumu, yanık sonrası ne kadar süre sonra işe başladığı açısından incelenmiştir. Bulgular Tablo 4.1.2'de yer almaktadır.

Tablo 4.1.2. Katılımcıların Yanığa İlişkin Tanıtıcı İstatistikler

Yanığa İlişkin Tanıtıcı Özellikler	M (min-max)
Yanık ne kadar süre önce gerçekleşti (Ay)	11 (2-13)
Klinikte kalış süresi (Gün)	30 (10-130)
Taburculuk süresi (Ay)	9 (1-12)
	Sayı(n), Yüzde(%)
Yanık türü	
Alev yanığı	15 (40,5)
Elektrik yanığı	8 (21,6)
Haşlanma yanığı	9 (24,3)
Diğer	5 (13,5)
Yanık yüzdesi	
%10 ve altı	13 (35,1)
%10-%40	21 (56,8)

%40 ve üzeri	3 (8,1)
Yanığın derinliğinin derecesi	
İkinci derece yüzeysel yanık	4 (10,8)
İkinci derece derin yanık	28 (75,7)
Üçüncü derece yanık	5 (13,5)
Yanık bölgesi *	
Yüz	15 (16,3)
Boyun	2 (2,2)
Ön gövde	19 (20,7)
Arka gövde	4 (4,3)
Kollar eller	28 (30,4)
Bacaklar ayaklar	19 (20,7)
Perine	5 (5,4)
Yanık tedavi *	
Debridman	37 (46,3)
Eskaratomy	3 (3,8)
Fasyatomy	1 (1,3)
Greft	28 (35,0)
Flep	7 (8,8)
Ampütasyon	4 (5,0)
Organ uzuv kaybı	
Hayır	32 (86,5)
Evet (Kol, Ayak parmakları, El parmakları)	5 (13,5)
Yeti fonksiyon kaybı	
Hayır	31 (83,8)
Evet (Kolunu kullanama, Tek başına yürüyememe)	6 (16,2)
Yanık sonrası iş hayatına başlama durumu,	
Evet	15 (40,5)
Hayır	22 (59,5)
	M (min-max)
Yanıktan sonra işe başlama süresi, (Ay)	3 (1-5)

Özet istatistikler sayısal veriler için *Medyan (Minimum, Maksimum)*, kategorik veriler için *Sayı (Yüzdelik)* değer olarak verilmiştir. (* Birden fazla işaretleme yapılmıştır.)

Tablo 4.1.2'ye göre yanık türü incelendiğinde, 15 (%40,5) kişi alev yanığı, 8 (%21,6) kişi elektrik yanığı, 9 (%24,3) kişi haşlanma yanığı ve 5 (%13,5) kişinin diğer yanık türlerine sahip olduğu görülmektedir. Yanık yüzdesi 13 (%35,1) kişi %10 ve altı, 21 (%56,8) kişi %10-%40 ve 3 (%8,1) kişide %40 ve üzerine sahiptir. Yanığın derinliğinin derecesi incelendiğinde, 4 (%10,8) kişinin ikinci derece yüzeysel yanık, 28 (%75,7) kişinin ikinci derece derin yanık ve 5 (%13,5) kişinin üçüncü derece yanık derecesi olduğu görülmektedir. Katılımcıların yanık yaralanması üzerinden en erken 2 ay geçerken en geç 13 ay geçmiştir. Klinikten en az 10 gün en çok 130 gün sonra taburcu olmuşlar ve taburculuk üzerinden en az 1 ay en çok 12 ay geçmiştir. Yanık sonrası 15 (%40,5) kişi iş hayatına başlarken 22 (%59,5) kişi işe başlamamıştır. Katılımcılar yanıktan en erken 1 ay en geç 5 ay sonra işe başlamışlardır.

4.2. Katılımcıların Psikolojik Sıkıntı Ölçeği Puanları

Örneklemdaki bireylerin Psikolojik Sıkıntı Ölçeği puanları incelenmiştir. Bulgular Tablo 4.2’de yer almaktadır.

Tablo 4.2. Psikolojik Sıkıntı Ölçeği Puanları

	M (min-max)
Psikolojik Sıkıntı Ölçeği	21 (10-39)
Psikolojik Sıkıntı Düzeyleri	Sayı (n), Yüzdelere (%)
Muhtemel İyi	16 (43,2)
Muhtemel Hafif Ruhsal Rahatsızlık	8 (21,6)
Muhtemel Orta Ruhsal Rahatsızlık	4 (10,8)
Muhtemel Ağır Ruhsal Rahatsızlık	9 (24,3)

Psikolojik sıkıntı ölçeği özet istatistikleri Medyan (minimum, maksimum) değeri olarak verilmiştir. Psikolojik sıkıntı düzeyleri özet istatistikleri Sayı (Yüzdelik) değeri olarak verilmiştir.

Tablo 4.2 incelendiğinde psikolojik sıkıntı ölçeğinde bulunan 10 sorudan elde edilen bulgular sorulara verilen en düşük puan 10 iken en yüksek puan 39’dur. Tabloda yer alan psikolojik sıkıntı düzeyleri incelendiğinde, hastaların Psikolojik Sıkıntı Ölçeğine verdikleri cevaplara göre 16 (%43,2) kişi “muhtemel iyi” düzeyinde olduğu, 8 (%21,6) kişi “muhtemel hafif ruhsal rahatsız”, 4 (%10,8) kişi “muhtemel orta ruhsal rahatsız” ve 9 (%24,3) kişi ise “muhtemel ağır ruhsal rahatsızlık” düzeyinde olduğu görülmüştür.

4.3. Katılımcıların Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Puanları

Örneklemdaki bireylerin Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği puan ortalaması incelenmiştir. Bulgular Tablo 4.3’te yer almaktadır.

Tablo 4.3. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Puanları

Ölçek	M (min-max)
Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	49 (30-79)

Özet istatistikleri ortalama $\pm$ standart ve Medyan (minimum, maksimum) değeri olarak verilmiştir.

Tablo 4.3 incelendiğinde Sosyal Görünüş Kaygısı ölçeğinde bulunan 16 sorudan elde edilen bulgular sorulara verilen en düşük puan 30 iken en yüksek puan 79’dur.

4.4. Katılımcıların sosyo demografik ve yanıkla ilgili tanıtıcı özelliklerine göre psikolojik sıkıntı ve sosyal görünüş kaygısı düzeylerinin incelenmesi

Örneklemdaki bireylerin psikolojik sıkıntı ve sosyal görünüş kaygısı ölçeklerinin cinsiyete, medeni duruma, eğitim düzeyine, gelir düzeyine, yaşa, yanık yüzdesine ve yanık türüne göre düzeyleri incelenmiştir.

Tablo 4.4.1. Cinsiyet, Medeni Durum, Eğitim Düzeyi, Gelir Düzeyi ve Yanık Türüne Göre Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Puanlarının Dağılımı

	Psikolojik Sıkıntı Ölçeği			Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği		
	M(min-max)	z	p	M(min-max)	z	p
Cinsiyet						
Erkek (n=29)	21 (10-39)	-0,425	0,671	49 (30-79)	-0,018	0,985
Kadın (n=8)	22 (15-30)			47 (30-79)		
Medeni Durum						
Bekar (n=11)	24 (16-38)	-1,199	0,23	58 (32-79)	-2,013	0,043
Evli (n=26)	20 (10-39)			47 (30-79)		
Eğitim Düzeyi	M(min-max)	H	p	M(min-max)	H	p
İlkokul ve ortaokul (n=11)	18 (15-38)	2,873	0,238	41 (30-77)	7,092	0,029
Lise (n=20)	23 (10-38)			52 (30-79)		
Üniversite (n=6)	21 (19-39)			52 (31-65)		
Gelir Düzeyi						
Düşük (n=3)	27 (19-38)	1,165	0,558	48 (41-77)	0,096	0,953
Orta (n=31)	21 (10-38)			49 (30-79)		
Yüksek (n=3)	19 (17-39)			56 (30-65)		
Yanık Türü						
Alev Yanığı (n=15)	24 (15-39)	13,998	0,003	49 (30-77)	11,322	0,01
Elektrik Yanığı (n=8)	32 (19-38)			58 (41-79)		
Haşlanma Yanığı (n=9)	18 (10-23)			42 (30-52)		
Diğer Yanıklar (n=5)	18 (15-23)			44 (31-51)		

Mann Whitney U Test (z); Özet istatistikler *Medyan (minimum, maksimum)* değer olarak verilmiştir. Kruskal Willis H Test (H); Özet istatistikler *Medyan (minimum, maksimum)* değer olarak verilmiştir. Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Tablo 4.4.1 incelendiğinde Psikolojik sıkıntı ölçeğinde kadınların anket puan medyan değeri 22 (15-30) şeklindedir. Erkeklerin psikolojik sıkıntı ölçek puan medyan değeri 21 (10-39) puandır. Sosyal görünüş kaygısı ölçeğinde kadınların verdikleri cevaplara göre medyan değeri 47 (30-79) puandır. Erkeklerin ise medyanı 49 (30-79) puandır. Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeğinin anket puan ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Medeni duruma göre Psikolojik sıkıntı ölçeği dağılımı incelendiğinde bekâr olanların ankete verdikleri cevaba göre medyanı 24 (16-38) puan; evli olanların ise 20 (10-39) puandır. Psikolojik sıkıntı ölçeğinde medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Sosyal Görünüş Kaygısı ölçeğine verilen cevaplar incelendiğinde bekâr olanların puan medyanı 58 (32-79); evliler de ise 47 (30-79) puandır. Sosyal Görünüş Kaygısı ölçeğinde medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemektedir. Bekâr olanların puan ortalaması evli olanların ortalamasından daha yüksektir.

Eğitim düzeyine göre Psikolojik Sıkıntı Ölçeği puan dağılımları incelendiğinde ilkökul ve ortaokul eğitim düzeyine sahip olanların ankete verdikleri cevaba göre medyan puanı 18 (15-38); lise düzeyinde olanların 23 (10-38); üniversite düzeyinde olanların medyan puanı ise 21 (19-39) puandır. Psikolojik sıkıntı ölçeğinde eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Sosyal Görünüş Kaygısı ölçeğine verilen cevaplar incelendiğinde ilkökul ve ortaokul eğitim düzeyine sahip olanların ankete verdikleri cevaplara göre medyan puanı 41 (30-77); lise düzeyinde olanların 52 (30-79); üniversite düzeyinde olanların medyan puanı ise 52 (31-65) puandır. Sosyal Görünüş Kaygısı ölçeğinde eğitim düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. İlkokul ve ortaokul eğitim düzeyine sahip olanlar ile lise eğitim düzeyine sahip olanlar arasında farklılık bulunmaktadır. İlkokul ve ortaokul eğitim düzeyine sahip olanların ortalama puanları daha düşüktür.

Gelir düzeyine göre Psikolojik Sıkıntı Ölçeği puan dağılımları incelendiğinde düşük gelir düzeyine sahip olanların anketlere verdikleri cevaplar doğrultusunda medyan puanı 27 (19-38); orta gelir düzeyine sahip olanların 21 (10-38); yüksek gelir düzeyine sahip olanların medyan puanı ise 19 (17-39) puandır. Psikolojik sıkıntı ölçeğinde gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Sosyal Görünüş Kaygısı ölçeğine verilen cevaplar incelendiğinde düşük gelir düzeyine sahip olanların ankete verdikleri cevaplara göre medyan puanı 48 (41-77); orta düzeye sahip olanların 49 (30-79); yüksek gelir düzeyine sahip olanların medyan puanı ise 56 (30-65) puandır. Sosyal Görünüş Kaygısı ölçeğinde gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

Yanık türüne göre Psikolojik Sıkıntı Ölçeği puan dağılımları incelendiğinde alev yanığı olanların ankete verdikleri cevaba göre medyan puanı 24 (15-39); elektrik yanığı olanların 32 (19-38); haşlanma yanığı olanların 18 (10-23); diğer yanıkların medyan puanı ise 18 (15-23)

puandır. Psikolojik sıkıntı ölçeği yanık türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Alev ve elektrik yanığı olanlar ile haşlanma ve diğer tür yanığı olanlar arasında farklılık vardır. Alev ve elektrik yanığı olanlar haşlanma ve diğer tür yanığı olanlara göre psikolojik sıkıntı ortalama puanları daha yüksektir. Sosyal Görünüş Kaygısı ölçeğine verilen cevaplar incelendiğinde alev yanığı olanların ankete verdikleri cevaplara göre medyan puanı 49 (30-77); elektrik yanığı olanların 58 (41-79); haşlanma yanığı olanların 42 (30-52); diğer yanığı olanların medyan puanı ise 44 (31-51) puandır. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği yanık türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Alev ve elektrik yanığı olanlar ile haşlanma ve diğer tür yanığı olanlar arasında farklılık vardır. Alev ve elektrik yanığı olanlar haşlanma ve diğer tür yanığı olanlara göre sosyal görünüş kaygısı ortalama puanları daha yüksektir.

Tablo 4.4.2. Yanık Yüzdesi ve Yaş ile Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeğinin Arasındaki İlişkiler

	Yaş		Yanık Yüzdesi	
	rho	p değeri	rho	p değeri
Psikolojik Sıkıntı Ölçeği	-0,265	0,113	0,498	0,002
Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	-0,416	0,011	0,454	0,005

rho: Pearson korelasyon katsayısı, Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Tablo 4.4.2 incelendiğinde yaş ile Psikolojik Sıkıntı Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmazken ($r = -0,265$; $p = 0,113$) Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği arasında negatif yönlü orta düzey istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -0,416$; $p = 0,011$). Yani yaş arttıkça sosyal görünüş kaygısı düşmektedir.

Yanık yüzdesi ile Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ($r = 0,498$; $p = 0,002$) ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği ($r = 0,454$; $p = 0,005$) arasında pozitif yönlü orta düzey istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yani yanık yüzdesi arttıkça psikolojik sıkıntı ve sosyal görünüş kaygısı artmaktadır.

4.5. “Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği” arasındaki ilişki

Örnekleimde bireylerden veri toplamada kullanılan Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ve Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği arasındaki ilişki incelenmiştir. Bulgular Tablo 4.5’te yer almaktadır.

Tablo 4.5. Psikolojik Sıkıntı Ölçeği ile Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeğinin Arasındaki İlişkiler

	Psikolojik Sıkıntı Ölçeği	
	rho	p değeri
Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	0,620	0,001

rho: Pearson korelasyon katsayısı, Koyu olarak belirlenen bölümler istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Tablo 4.5 incelendiğinde Psikolojik sıkıntı ölçeği ile Sosyal Görünüş Kaygısı ölçeği arasında pozitif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

4.6. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçek puanlarının Psikolojik Sıkıntı Ölçek puanlarına etkisinin incelenmesi

Örneklemdaki bireylerin kullandığı Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçek puanlarının Psikolojik Sıkıntı Ölçek puanlarına etkisi incelenmiştir. Bulgular Tablo 4.6’da yer almaktadır.

Tablo 4.6. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçek puanlarının Psikolojik Sıkıntı puanlarının etkisine ilişkin doğrusal regresyon modeli

	Regresyon Katsayıları *						
	β	se	$z\beta$	t	p	β için %95 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Model: Psikolojik Sıkıntı Ölçeği							
Sabit	7,236	4,169		1,736	0,091	-1,228	15,700
Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği	0,320	0,079	0,563	4,026	<0,001	0,159	0,481
F=16,212; p<0,001; R ² =0,317							

β : Regresyon katsayısı, se: Standart hata, $z\beta$: Standardize edilmiş regresyon katsayısı, R²: Belirleyicilik Katsayısı

Tablo 4.6 incelendiğinde Sosyal Görünüş Kaygısı ölçek puanlarının Psikolojik Sıkıntı puanlarına etkisinin doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Modele göre sosyal görünüş kaygısı puanları arttıkça psikolojik sıkıntı puanları 0,563 puan artmaktadır. Kurulan modele göre Sosyal Görünüş Kaygısı değişkeni Psikolojik Sıkıntı değişkeni %31,7 düzeyinde açıklamaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmaya dahil olan yanık hastalarından elde edilen bulgular literatür çerçevesinde iki başlıkta tartışılmıştır.

1. Yanık hastalarının Psikolojik Sıkıntı Ölçeğine ilişkin bulguların tartışılması
2. Yanık hastalarının Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeğine ilişkin bulguların tartışılması
3. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçek puanlarının Psikolojik Sıkıntı Ölçek puanlarına etkisinin tartışılması

5.1. Yanık hastalarının Psikolojik Sıkıntı Ölçeğine ilişkin bulguların tartışılması

Bu çalışmaya göre Psikolojik Sıkıntı Ölçeği'ne verilen cevaplara göre en düşük puan 10 iken en yüksek puan 39'dur. Psikolojik sıkıntı düzeyleri incelendiğinde, hastaların Psikolojik Sıkıntı Ölçeğine verdikleri cevaplara göre 16 (%43,2) kişi “muhtemel iyi” düzeyinde olduğu, 8 (%21,6) kişi “muhtemel hafif ruhsal rahatsız”, 4 (%10,8) kişi “muhtemel orta ruhsal rahatsız” ve 9 (%24,3) kişi ise “muhtemel ağır ruhsal rahatsızlık” düzeyinde olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar doğrultusunda muhtemel iyi kişi sayısı ne kadar fazla görünse de muhtemel ağır ruhsal rahatsızlık ve muhtemel orta rahatsız düzeylerine beraber baktığımızda psikolojik sıkıntı konusu göz önüne alınması gerektiği görülmektedir.

Bu çalışmaya göre Psikolojik Sıkıntı Ölçeği puanları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Literatürde yer alan çalışma sonuçları farklılıklar göstermektedir. Zaman ve arkadaşlarının (2022) 160 yanık hastası ile yaptığı çalışma bu çalışma ile benzer biçimde cinsiyetlere göre psikolojik sıkıntı puanları arası anlamlı fark olmadığını göstermektedir (145). Öte yandan, Fauerbach ve arkadaşlarının (2007) taburcu olan 1232 yanık hastası ile yaptığı çalışmada kadınlar erkeklere göre daha fazla psikolojik sıkıntı puanları almıştır (21). O'brien (2020) 846 yanık hastası ile yaptığı çalışmada da yanık sonrası kadınların erkeklere göre daha çok psikolojik sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir (146). Sadeghi-Bazargani ve arkadaşlarının (2011) 85 yanık hastası ile yaptığı çalışmada ise farklı sonuçlar görülmüş erkek hastaların daha çok psikolojik sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir (147).

Bu çalışmaya göre Psikolojik Sıkıntı Ölçeği puanları medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Bu sonuç Fauerbach ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışma ile aynı sonuçların olmadığını göstermektedir. Fauerbach ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmaya göre bekar olanlar evlilere göre daha çok psikolojik sıkıntı yaşamaktadır (21).

Bu çalışmaya göre Psikolojik Sıkıntı Ölçeği puanları gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Bu durumda kişilerin algıladıkları gelir düzeyi ile psikolojik sıkıntı arasında bir fark olmadığı yani düşük gelirli de yüksek gelirlide yanıktan dolayı psikolojik sıkıntı yaşamaktadır.

Bu çalışmaya göre Psikolojik Sıkıntı Ölçeği puanları yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Bu çalışma ile benzer biçimde Masood ve arkadaşlarının (2016) 50 yanık hastası ile yaptığı çalışmaya göre psikolojik sıkıntı düzeyi ve yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (148). Literatürde farklı sonuçlar da bulunmaktadır. Bunlardan Sadeghi-Bazargani ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışma ve Zaman ve arkadaşlarının (2022) yaptıkları çalışmada genç yaşa sahip olan bireylerin yanık sonrası psikolojik sıkıntı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (145, 147).

Bu çalışmada yanık yüzdesi ile Psikolojik Sıkıntı Ölçeği arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yani yanık yüzdesi arttıkça Psikolojik sıkıntı artmaktadır. Literatürde bu çalışmaya benzer çalışmalar bulunmaktadır. Palmu ve arkadaşlarının (2011) 107 yanık hastası ile yaptıkları çalışma ile araştırılan hastalarda yanık yarananmasının toplam vücut yüzey alanı arttıkça ruhsal bozuklukların prevalansı da arttırdığı sonucuna varmışlardır (114). Yine benzer şekilde Sadeghi-Bazargani ve arkadaşları (2011) yanık yüzdesi arttıkça psikolojik sıkıntı görülme olasılığının arttığını belirtmişlerdir (147). Artan yanık yüzdesi daha fazla skar doku daha fazla kontraktür anlamına gelmektedir. Bu da başka birine olacak bağımlılığın artması olasılığını artırır. Böylelikle kişi de psikolojik sıkıntının artmasına neden olabilir.

Bu çalışmaya göre Psikolojik Sıkıntı Ölçeği puanları yanık türüne göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Alev ve elektrik yanığı olanlar haşlanma ve diğer tür yanığı olanlara göre psikolojik sıkıntı puanları daha yüksektir. Zaman ve arkadaşları (2022) bu çalışmayla benzer sonuca vararak alev yanıklarının diğer yanıklara göre daha yüksek psikolojik

sıkıntı yaşadıkları sonucuna varmışlardır (145). Alev yanığı ve elektrik yanığının bıraktığı hasar kişide daha fazladır. Kişinin alevlere maruz kalması ve bunu yaşarken her şeyiyle hissetmesi psikolojik sıkıntının artmasına neden olabilir.

5.2. Yanık hastalarının Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeğine ilişkin bulguların tartışılması

Bu çalışmaya göre katılımcıların Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'ne verilen cevapların en düşük puanı 30 iken en yüksek puanı 79'dur. Literatürde yanık hastaları ile yapılan çalışmalar incelediğinde, Ayhan ve arkadaşlarının (2022) aynı ölçeği kullanarak 106 yanık hastası ile yaptıkları çalışmanın skoru 39.38 ± 17.71 puan bulunarak, katılımcıların görünüş kaygılarının orta düzeyde olduğu görülmüştür (29). Oaie ve arkadaşlarının (2018) 461 yanık hastası ile yaptığı çalışmada yine katılımcıların görünüm ile ilgili endişeleri orta derecede bulunmuştur (28). Bu çalışmada sosyal görünüş kaygısı puanlarının literatürde yer alan çalışmalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılığın araştırmalara katılan hasta profillerindeki özellikleriyle ilişkili (yanık türü, yanık derecesi, yanık yüzdesi, yanık bölgesi) olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmaya göre Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği puanları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Bu çalışma ile benzer biçimde Shepherd (2015) travma semptomları ile yanık sonrası görünüm endişeleri arasındaki ilişkiyi araştırdığı 78 yanık hastası ile yaptığı çalışmada görünüm kaygısı ile cinsiyet arasında anlamlı bir farkın olmadığı sonucuna varmıştır (33). Benzer şekilde Ayhan ve arkadaşları da (2022) yaptıkları çalışmada da cinsiyet ve görünüm kaygısı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (29). Bu sonuçlar doğrultusunda, cinsiyetin sosyal görünüş kaygısı puanları için bir belirleyici olmadığı cinsiyet farkı olmadan bireylerin görünümüne önem gösterdiği ve bu konuda kaygılandığı düşünülmektedir.

Sosyal görünüş kaygısının medeni duruma göre karşılaştırılmasının yapıldığı durumda bekâr olanların anket puanlarının evli olanların puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu çalışmayla benzer olarak Ayhan ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada da ölçek puanları bekarların evlilere göre daha yüksek bulunmuştur (29). Bu sonuçlar bekar bireylerin görünümüne daha dikkat ettiklerini ve dışarıdan aldıkları geri dönüşlerin onlar için daha

önemli olduğunu düşündürmektedir. Bunun sebebinin de henüz karşısına çıkacak hayat arkadaşlarını bulmamış ya da var olan kişiyi resmileştirmediklerinden kaynaklanabilir. Ayrıca yanlarında sosyal desteğin olmadığını düşünmeleri de bu durumu etkileyebildiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Yani bu sonuç kişinin gelir düzeyinin ne olduğunun önemli olmadığı görünüm ile ilgili kaygıyı herkesin yaşabileceğini göstermektedir. Görünümdeki ani ve beklenilmeyen değişiklik herkes için uyum sağlanması zor bir durumdur. Bu nedenden dolayı dışarıdan gelecek görüşlerden dolayı kişi kaygılanabilir.

Bu çalışmaya göre Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği puanlarının eğitim düzeylerine göre ilkökul ve ortaokul eğitim düzeyine sahip olanlar ile lise eğitim düzeyine sahip olanlar arasında farklılık vardır. İlkokul ve ortaokul eğitim düzeyine sahip olanların ortalama puanları daha düşüktür. Ayhan ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmaya göre eğitim düzeyi arttıkça Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği puanları artmaktadır (29). Her ne kadar farklılık gösteriyor olsa da eğitim düzeyine göre bulunan sosyal ortam değişiklik göstermektedir. Bununla beraber eğitim arttıkça kişilerin bulundukları iş hayatı ve sosyal hayatları görünümleriyle ilgili endişelerinin artmasını da beraberinde getirdiği düşünülmektedir.

Bu çalışmaya göre yaş ile Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği arasında negatif yönlü orta düzey istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yani yaş arttıkça sosyal görünüş kaygısı düşmektedir, bu da genç olan bireylerin daha çok görünüm kaygısı yaşadıklarını göstermektedir. Bu çalışmayla benzer olarak Oaie ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada yaş arttıkça görünüm kaygısı puanlarının düştüğünü bulmuştur (28). Shepherd (2015) çalışmasında daha genç yaşın artan görünüm kaygısıyla ilişkilendirmiştir (33). Daha genç bireylerin günlük hayatlarında sık sık zaman geçirdikleri okul, arkadaş, iş ortamları kişinin görünümü için belirleyici faktörleri beraberinde getirmektedir. Bununla beraber genç bireylerin beden imajlarına verdikleri önem kişinin bu konuda endişelerinin artmasına neden olabilir.

Bu çalışmaya göre yanık yüzdesi ile Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Yani yanık yüzdesi arttıkça Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği puanları artmaktadır. Araştırmamızla benzer olarak Oaie ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmaya göre yanığın kapladığı toplam vücut yüzey alanının artmasıyla kişinin

görünümdeki değişiklikler hakkında daha yüksek bir endişe düzeyi gösterdiği sonucuna varılmıştır (28). Yanık yüzdesinin artması vücutta daha fazla yanık alanın olması anlamına gelmektedir. Bununla beraber daha fazla hastanede kalış süresi, daha fazla deri bütünlüğünde bozulma, daha fazla kontraktür anlamına gelmektedir. Bu durumlar kişinin dışarıdan gelecek olumsuz yorumlar konusunda endişelenmesine neden olabilir.

5.3. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği puanlarının Psikolojik Sıkıntı Ölçeği puanlarına etkisinin tartışılması

Bu çalışmaya göre sosyal görünüş kaygısı puanları arttıkça psikolojik sıkıntı puanları 0,563 puan arttığı sonucu bulunmuştur. Bu sonuca göre kişinin görünümü ile ilgili yaşadığı kaygı psikolojik sıkıntı düzeyini artırmaktadır. Görünümdeki değişiklikler kişinin sürekli olarak bunun düşünmesini, kendini, ailesini, sosyal çevresini bu duruma hazırlamaya çalışması ve bu durumdan dolayı huzursuz, çökkün, tedirgin, değersiz hissetmesine neden olabilmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Yanık hastalarının taburculuk sonrası psikolojik sıkıntı ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- Cinsiyetin yanık sonrası yaşanan psikolojik sıkıntı ve sosyal görünüş kaygısını etkilemediği belirlenmiştir.
- Medeni durum yanık sonrası psikolojik sıkıntı için bir belirleyici değilken; bekar olanların sosyal görünüş kaygısı ölçek puanının evli olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- İlkokul ve ortaokul eğitim durumuna sahip olanların sosyal görünüş kaygısı puanlarının diğer eğitim düzeylerine göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyinin psikolojik sıkıntı ölçek puanlamasını etkilemediği belirlenmiştir.
- Gelir düzeyinin yanık sonrası yaşanan psikolojik sıkıntı ve sosyal görünüş kaygısını etkilemediği saptanmıştır.
- Yaş ile psikolojik sıkıntı arasında bir ilişki bulunmazken, yaş arttıkça sosyal görünüş kaygısı puanının düştüğü belirlenmiştir.
- Yanık yüzdesi ne kadar büyükse bireyin psikolojik sıkıntı ve sosyal görünüş kaygı puanının o kadar yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Alev ve elektrik yanığı olanların haşlanma ve diğer tür yanığı olanlara göre psikolojik sıkıntı ve sosyal görünüş kaygısı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Psikolojik Sıkıntı ve Sosyal Görünüş Kaygısı ölçeği arasında pozitif yönde orta düzey bir ilişki olduğu saptanmıştır.
- Sosyal görünüş kaygısı puanları arttıkça psikolojik sıkıntı puanlarının arttığı belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Yanık hastalarının taburculuk sonrası psikolojik sıkıntı ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmayla elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- Sosyal görünüş kaygısı psikolojik sıkıntıyı anlamlı biçimde yordadığı için yanık hastalarında psikolojik sıkıntıyı azaltmaya yönelik programlar geliştirilerek içeriğinde sosyal görünüş kaygısına yer verilebilir.
- Sosyal görünüş kaygısının genç yaşlarda daha fazla olduğu durumların derinlemesine değerlendirmesini sağlayacak daha çok araştırmanın yapılması yararlı olabilir.
- Bekar olan bireylerin daha fazla sosyal görünüş kaygısı yaşaması sonucu göz önüne alınarak bu kişilerin bu konuda psikolojik destek alması sağlanabilir.
- Genç bireylerin birbirlerine destek olabilmeleri ve yeni görünüşlerine uyum sağlayabilmeleri için onları bir araya getirerek sosyal etkinlikler düzenebilir ve toplu terapiler yapılabilir.
- Sosyal görünüş kaygısının psikolojik sıkıntıyı etkilediği göz önüne alınarak kişilerin kaygılarını dile getirmesi, sosyal çevresinin kişinin görünüşü ile ilgili düşüncelerini belirtmeleri sağlanarak psikolojik sıkıntı düzeyinde düşme sağlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu, [Erişim Tarihi: 08.04.22]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/>.
2. Özkaya, Neşe Kurt; Alğan, Said; Akkaya, Hüseyin. Yanıklı hastanın değerlendirilmesi ve tedavi yaklaşımının belirlenmesi. *Ankara Medical Journal*, 2014, 14.4.
3. Yabanoğlu, Hakan, et al. Early period psychiatric disorders following burn trauma and the importance of surgical factors in the etiology. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*, 2012, 18.5: 436-40.
4. WHO, 2018. Burns. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns> Erişim Tarihi: 08.04.22.
5. Shehan, Hettiaratchy; Peter, Dziewulski. ABC of burns Pathophysiology and types of burns. *British Medical Journal*, 2004, 1427-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7453.1427>
6. Schaefer, T. J., & Tannan, S. C. Thermal burns. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. 2021.
7. Cowley, L. E., Bennett, C. V., Brown, I., Emond, A., & Kemp, A. M. Mixed-methods process evaluation of SafeTea: a multimedia campaign to prevent hot drink scalds in young children and promote burn first aid. *Injury prevention: journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, 2021, 27.5: 419–427. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2020-043909>
8. Nakarmi, K. K., Pathak, B. D., Shrestha, D., Budhathoki, P., & Rai, S. M. Comparison of accidental pediatric scald burns in a tertiary care center: hot cauldron burns versus accidental spill burns. *F1000Research*, 2021, 10. <https://doi.org/10.12688/f1000research.73840.2>
9. Kerimov, R. İ. Skulpten Girişli Yüksek Gerilim Elektrik Yanığı Nedeniyle Oluşan Defektlerin Fleplerle Rekonstrüksiyon Teknikleri–Klinik Deneyimlerimiz. *ИТМАЛЛАП-ОБЗОПЫ*, 71.

10. Şakrak, T., Mangır, S., Körmutlu, A., & Cemboluk, Ö. (2011). Elektrik Yaralanmalı Olgularımızın Retrospektif Analizi. *Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi*, 2011, 19.1: 1-4.
11. Saraçoğlu, A., Yılmaz, M., & Saraçoğlu, K. T. Kimyasal Yanıklar. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 2018, 7.1: 54-58.
12. Andsoy, I. Yanıklar ve Hasta Bakımı. Çelik, S. Taşdemir, N. (Der.). Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 157-181. Antalya, Çukurova Nobel Tıp Kitapevi, 2018.
13. Kearns, R. D. Chemical burn care: A review of best practices. *EMSWorld*. 2014.
14. Waghmare C. M. Radiation burn--from mechanism to management. *Burns: journal of the International Society for Burn Injuries*, 2013, 39.2: 212–219. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2012.09.012>
15. Arıncı, A. Yanıklar ve Tedavileri. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2000, 51-69.
16. Tanrıöver MD, Sarı A (Çeviri Editörleri) Patofizyolojinin Temelleri (Essentials of Pathophysiology Concepts of Altered Health States-Edt: Carol Mattson Porth). Palme Yayıncılık 2018
17. Ovayolu, N., Türk, N., & Oçan, Ö. Yanık Nedeniyle Acile Gelen Hastaların Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 9.4: 91-98.
18. Meyer, W. J., Blakeney, P., Thomas, C. R., Russell, W., Robert, R. S., & Holzer, C. E. Prevalence of major psychiatric illness in young adults who were burned as children. *Psychosomatic medicine*, 2007, 69.4: 377-382.
19. Akarsu, S., Durmuş, M., Yapıcı, AK, Öznur, T., & Öztürk, S. Yanık Hastalarının Psikiyatrik Yönden Değerlendirilmesi ve Rehabilitasyonu. *Türk Plastik Cerrahi Dergisi*, 2017, 25.1.
20. Chaudhary, F. A., Ahmad, B., & Sinor, M. Z. The severity of facial burns, dental caries, periodontal disease, and oral hygiene impact oral health-related quality of life of burns

- victims in Pakistan: a cross-sectional study. *BMC oral health*, 2021, 21.1: 570. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01923-3>.
21. Fauerbach, J. A., McKibben, J., Bienvenu, O. J., Magyar-Russell, G., Smith, M. T., Holavanahalli, R., Patterson, D. R., Wiechman, S. A., Blakeney, P., & Lezotte, D. Psychological distress after major burn injury. *Psychosomatic medicine*, 2007, 69.5: 473–482. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e31806bf393>
22. Caltran, M. P., Freitas, N. O., Dantas, R. A., Farina Jr, J. A., & Rossi, L. A. Satisfaction With Appearance Scale—SWAP: Adaptation and validation for Brazilian burn victims. *Burns*, 2016, 42.6: 1331-1339.
23. APA, Psychological Distress. [Erişim Tarihi: 18.04.22]. Erişim adresi: <https://dictionary.apa.org/psychological-distress>
24. Ridner, S. H. Psychological distress: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 2004, 45.5: 536-545.
25. Shepherd, L., Reynolds, D. P., Turner, A., O’Boyle, C. P., & Thompson, A. R. The role of psychological flexibility in appearance anxiety in people who have experienced a visible burn injury. *Burns*, 2019, 45.4: 942-949.
26. Hart, T. A., Flora, D. B., Palyo, S. A., Fresco, D. M., Holle, C., & Heimberg, R. G. Development and Examination of the Social Appearance Anxiety Scale. *Assessment*, 2008, 15.1: 48–59. <https://doi.org/10.1177/1073191107306673>
27. Wallis, H., Renneberg, B., Ripper, S., Germann, G., Wind, G., & Jester, A. Emotional distress and psychosocial resources in patients recovering from severe burn injury. *Journal of Burn Care & Research*, 2006, 27.5: 734-741.
28. Oaie E, Piepenstock E, Williams L. Risk factors for peri-traumatic distress and appearance concerns in burn-injured inpatients identified by a screening tool. *Scars, Burns & Healing*. 2018;4. doi:10.1177/2059513118765294
29. Ayhan, H., Savsar, A., Sahin, S. Y., & Iyigun, E. Investigation of the relationship between social appearance anxiety and perceived social support in patients with burns. *Burns*. 2022.

30. Kara, A. Sosyal görünüş kaygısı ile utangaçlık arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 2016, 6.1: 95-106.
31. Özcan, H., Subaşı, B., Budak, B., Çelik, M., Gürel, Ş. C., & Yıldız, M. Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemindeki kadınlarda benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı, depresyon ve anksiyete ilişkisi. *Journal of Mood Disorders*, 2013, 3.3: 107-13.
32. Boursier, V., Gioia, F., & Griffiths, M. D. Do selfie-expectancies and social appearance anxiety predict adolescents' problematic social media use?. *Computers in Human Behavior*, 2020, 110, 106395.
33. Shepherd, L. A pilot study exploring the relationship between trauma symptoms and appearance concerns following burns. *Burns*, 2015, 41.2: 345-351.
34. Bettencourt, A. P., McHugh, M. D., Sloane, D. M., & Aiken, L. H. Nurse Staffing, the Clinical Work Environment, and Burn Patient Mortality. *Journal of burn care & research: official publication of the American Burn Association*, 2020, 41.4: 796-802. <https://doi.org/10.1093/jbcr/iraa061>
35. Bayuo, J., Wong, F., & Chung, L. Effects of a nurse-led transitional burns rehabilitation programme (4Cs-TBuRP) for adult burn survivors: protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 2021, 22.1: 698. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05679-7>
36. Gilboa D. Long-term psychosocial adjustment after burn injury. *Burns*, 2001, 27.4: 335-41.
37. Bayuo, J., & Wong, F. K. Y. Issues and concerns of family members of burn patients: a scoping review. *Burns*, 2021, 47.3: 503-524.
38. Ordin, Y. S., & Sütsünbüloğlu, E. Yanık yaraları ve hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Journal Of Surgical Nursing Spicial Topics*, 2017, 3.3: 216-223.
39. Ekıncı, Mine; Okanlı, Ayşe. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010, 4.2.
40. Kocaman, Nazmiye. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir?. *Anadolu hemşirelik ve sağlık bilimleri dergisi*, 2005, 8.3: 107-118.

41. Schwartz Cerrahinin İlkeleri, Özmen M. Mahir, Editör, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, ss.183-263, 11. Baskı, 2021.
42. Demirel, Y., Çöl, C., & Özen, M. Ankara Numune Eğitim ve araştırma Hastanesi Yanık Servisinde Bir Yılda İzlenen Hastaların Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fak. Dergisi*, 2001, 23.1.
43. Aghakhani, N., Sharif Nia, H., Soleimani, M. A., Bahrami, N., Rahbar, N., Fattahi, Y., & Beheshti, Z. Prevalence burn injuries and risk factors in persons older the 15 years in Urmia burn center in Iran. *Caspian journal of internal medicine*, 2011, 2.2: 240–244.
44. Esen, O., Güven, M., Yıldırım, A., Turgut, H. T., Tiryaki, Ç., Yazıcıoğlu, M. B., ... & Esen, H. K. Epidemiology of burn injuries in the Burn Center. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*, 2021, 32.4.
45. Güzel, A., Soyoral, L., Öncü, M. R., & Çakır, C. Yanık ünitemize başvuran ve cerrahi müdahale yapılan olguların incelenmesi. *Van Tıp Dergisi*, 2012, 19.1: 1-7.
46. When to Seek Treatment at a Burn Center. [Erişim tarihi: 21.09.22]. Erişim adresi: <https://ameriburn.org/when-to-seek-treatment-at-a-burn-center/>
47. Çelik, A. Özok, G. Çocuklarda Yanık ve Korunma Yolları. Ege Üniversitesi Yayınevi. İzmir. 2012, 1, 8-11.
48. Wasiak, J., & Cleland, H. Burns (minor thermal). *BMJ clinical evidence*, 2009, 2009.
49. Demir Yiğit, Yasemin; Yiğit, Ebrar. Flame burns. *Dermatologic therapy*, 2021, 34.6: e15133
50. Cinal, H., & Barın, E. Z. Comparison of tandir burns and other flame burns. Tandır yanıkları ve diğer alev yanıklarının karşılaştırılması. *Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi = Turkish journal of trauma & emergency surgery: TJTES*, 2020, 26.2: 314–319. <https://doi.org/10.14744/tjtes.2020.25160>
51. Aksoy, G., Kanan, N., Akyolcu, N. Cerrahi Hemşireliği I. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2012.

52. Erdman, A. R. Is hydroxocobalamin safe and effective for smoke inhalation? Searching for guidance in the haze. *Annals of emergency medicine*, 2007, 49.6: 814-816.
53. Engin, A. Genel Cerrahi Tanı ve Tedavi İlkeleri. Atlas Kitapçılık. 1. Baskı. Ankara, 2000.
54. Demir, S., Bostancı, S. A., Erten, E. E., Çayhan, V. S., Öztörün, C., Altınok, M. K., ... & Şenel, E. Çocuklarda Temas Yanıkları; Bir Çocuk Yanık Merkezinin 10 Yıllık Deneyimi. *Ahi Evran Medical Journal*, 5.2: 146-151.
55. Dilek, ON. Genel Cerrahi Ders Kitabı. İzmir. Kâtip Çelebi Üniversitesi Yayınları. 2017, 289-296.
56. Kazan, E. Soğuk uygulamalar ve hemşirelik bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2011, 18.1: 73-82.
57. Bagrıaçık, E., & Aydın, N. Diyabete Bağlı Periferik Nöropatide Geleneksel Uygulamalar. *İzmir Democracy University Health Sciences Journal*, 3.3: 170-176.
58. Demetriades, D. Travma Hastasına Yaklaşım Kırmızı Kitap. Özmen, MM. (Çev. Edi.). İstanbul, Kare Yayıncılık, 2015, 89-93.
59. Buja, Z., Arifi, H., & Hoxha, E. Electrical burn injuries. An eight-year review. *Annals of burns and fire disasters*, 2010, 23.1: 4.
60. Shih, J. G., Shahrokhi, S., & Jeschke, M. G. Review of adult electrical burn injury outcomes worldwide: an analysis of low-voltage vs high-voltage electrical injury. *Journal of Burn Care & Research*, 2017, 38.1: e293-e298.
61. Aliosmanoğlu, Ç., Aliosmanoğlu, İ., Kapan, M., Büyük, A., & Önder, A. Yanık yoğun bakımda elektrik çarpması nedeniyle izlenen çocukların takip ve tedavi sonuçları. *Dicle Tıp Dergisi*, 2011, 38.2: 170-173.
62. Yaşar, Mehmet Akif, et al. Yüksek voltaj elektrik çarpmasına bağlı akciğer ve karaciğer parankim yanığı. *Fırat Tıp Dergisi*, 2006, 11.2: 142-143
63. Gajbhiye, A. S., Meshram, M. M., Gajjaralwar, R. S., & Kathod, A. P. The management of electrical burn. *Indian Journal of Surgery*, 2013, 75.4: 278-283.

64. Shahrokhi, S. Jeschke, MG. Kamolz, LP. Yanık Bakımı ve Tedavisi Pratik Kılavuz. Erkıılıç, A. Yıldırım, MS. Analay, H. (Çev.). İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2015, 149-155.
65. Saraçoğlu, A., Yılmaz, M., & Saraçoğlu, K. T. Chemical burn injuries. *Kocaeli Medical Journal*, 2018, 7.1: 54-58.
66. Olaitan, P. B., & Jiburm, B. C. Chemical injuries from assaults: An increasing trend in a developing country. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 2008, 41.01: 20-23.
67. Ege, Güzin Yeşim Özgenel; Kahveci, Selçuk Akın. Kimyasal Madde Yanıkları. Türk Plast RekonstrEst CerDerg, 2003, 11.3:177-179.
68. Arıncı, A. Yanıklar ve Tedavileri. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2000, 51-69.
69. Warby, R., & Maani, C. V. Burn Classification. In *StatPearls*. StatPearls Publishing, 2021.
70. Yanık. [Erişim tarihi: 19.10.2022]. Erişim adresi: <https://www.plastikcerrahi.org.tr/menu/23/yanik>.
71. Murari, A., & Singh, K. N. Lund and Browder chart-modified versus original: a comparative study. *Acute and critical care*, 2019, 34.4: 276-281. <https://doi.org/10.4266/acc.2019.00647>
72. ChronicGVHD. [Erişim Tarihi: 19.10.2022]. Erişim adresi: <https://www.cibmtr.org/Meetings/Materials/CRPDMC/Documents/2021/10%20Chronic%20GVHD.pdf>
73. Zor, F., Ersöz, N., Külahçı, Y., Kapı, E., & Bozkurt, M. Birinci basamak yanık tedavisinde altın standartlar. *Dicle Tıp Dergisi*, 2009, 36.3: 219-225.
74. Monstrey, S., Hoeksema, H., Verbelen, J., Pirayesh, A., & Blondeel, P. Assessment of burn depth and burn wound healing potential. *burns*, 2008, 34.6: 761-769.
75. Rice, P. L., & Orgill, D. Assessment and classification of burn injury. *UpToDate*, 2021.[<https://www.uptodate.com/contents/assessment-and-classification-of-burn-injury>].
76. Akkoç, M. G., & Aksoy, N. Yanıklı Hastada Ağrı Yönetimi ve Hemşirelik Bakımı Management Of Pain In Burn Patient And Nursing Care. *International Refereed Journal Of Nursing Researches*, 284.

77. Jeschke, M. G., van Baar, M. E., Choudhry, M. A., Chung, K. K., Gibran, N. S., & Logsetty, S. Burn injury. *Nature reviews. Disease primers*, 2020, 6.1: 11. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0145-5>
78. He, J. J., McCarthy, C., & Camci-Unal, G. Development of Hydrogel-Based Sprayable Wound Dressings for Second-and Third-Degree Burns. *Advanced NanoBiomed Research*, 2021, 1.6: 2100004.
79. [Erişim Tarihi: 04.10.2022]. Erişim adresi: https://www.upstate.edu/surgery/pdf/healthcare/trauma/burns_guidelines_final_2017.pdf
80. Özkök, S., & Yardımcı, H. Derinin Bağışıklık Sistemindeki Rolü. *Etlik Veteriner Mikrobiyoloji Dergisi*, 10.1: 31-45.
81. Altuntaş, M. Deri ve Yumuşak Doku Enfeksiyonları. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 11.1.
82. Shrivastava, P., & Goel, A. Pre-hospital care in burn injury. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 2010, 43.S 01: S15-S22.
83. Sayılan, A. A., Ak, E. S., & Kanan, N. Yanıklarda Akut Dönem ve Hemşirelik Bakımı. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5.3: 485-493.
84. Öncül, O. İ. Ü. Cerrahpařa Tıp Fakóltesi, and Tıp Eęitimi Etkinlikleri. Yanık Hastalarına Yaklaşım ve Yara Bakımı. *Yara Bakımı ve Tedavisi*, 129.
85. Rowan, M. P., Cancio, L. C., Elster, E. A., Burmeister, D. M., Rose, L. F., Natesan, S., Chan, R. K., Christy, R. J., & Chung, K. K. Burn wound healing and treatment: review and advancements. *Critical care (London, England)*, 2015, 19, 243. <https://doi.org/10.1186/s13054-015-0961-2>
86. Nielson, C. B., Duethman, N. C., Howard, J. M., Moncure, M., & Wood, J. G. Burns: Pathophysiology of Systemic Complications and Current Management. *Journal of burn care & research: official publication of the American Burn Association*, 2017, 38.1: e469–e481. <https://doi.org/10.1097/BCR.0000000000000355>

87. Sojka, J., Krakowski, A. C., & Stawicki, S. P. Burn Shock and Resuscitation: Many Priorities, One Goal. In *Clinical Management of Shock-The Science and Art of Physiological Restoration*. IntechOpen. 2019.
88. Erdil, F., Elbaş, Ö. N. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği. Aydoğdu Ofset Matbaacılık, V. Baskı, Ankara, 2008, 759-761.
89. Bittner, E. A., Shank, E., Woodson, L., & Martyn, J. A. Acute and perioperative care of the burn-injured patient. *Anesthesiology*, 2015, 122.2: 448–464. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000559>
90. Snell, J. A., Loh, N. H., Mahambrey, T., & Shokrollahi, K. Clinical review: the critical care management of the burn patient. *Critical care (London, England)*, 2013, 17.5: 241. <https://doi.org/10.1186/cc12706>
91. Jeschke, M. G., Gauglitz, G. G., Kulp, G. A., Finnerty, C. C., Williams, F. N., Kraft, R., Suman, O. E., Mlcak, R. P., & Herndon, D. N. Long-term persistence of the pathophysiologic response to severe burn injury. *PloS one*, 2011, 6.7: e21245. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0021245>
92. Herndon, D. N., & Tompkins, R. G. Support of the metabolic response to burn injury. *The Lancet*, 2004, 363.9424: 1895-1902.
93. Cox, R. A., Mlcak, R. P., Chinkes, D. L., Jacob, S., Enkhbaatar, P., Jaso, J., ... & Hawkins, H. K. Upper airway mucus deposition in lung tissue of burn trauma victims. *Shock*, 2008, 29.3: 356-361.
94. Chen, M. C., Chen, M. H., Wen, B. S., Lee, M. H., & Ma, H. The impact of inhalation injury in patients with small and moderate burns. *Burns*, 2014, 40.8: 1481-1486.
95. Murakami, K., & Traber, D. L. Pathophysiological basis of smoke inhalation injury. *Physiology*, 2003, 18.3: 125-129.
96. Friedstat, J., Brown, D. A., & Levi, B. Chemical, Electrical, and Radiation Injuries. *Clinics in plastic surgery*, 2017, 44.3: 657–669. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2017.02.021>

97. Vivó, C., Galeiras, R., & del Caz, M. D. Initial evaluation and management of the critical burn patient. *Medicina Intensiva (English Edition)*, 2016, 40.1: 49-59.
98. Bozkurt, M., Öztürk, S., Külahçı, Y., Deveci, M., & Serdar, M. Yanık Sepsisli Olgularda Prokalsitonin Seviyelerinin Sepsisin Erken Tanı ve Takibindeki Rolü. *Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi*, 2005, 13.2: 123-129.
99. Analay, H., Gümüş, N., Erkılıç, A., & Yıldırım, M. S. Sistemik inflamatuvar yanıt ile yanık sepsisi ayırımında kan prokalsitonin düzeyinin etkinliği. *Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi*, 2014, 22.2: 54-58.
100. Leontyev, A. E., Pavlenko, I. V., Kovalishena, O. V., Saperkin, N. V., Tulupov, A. A., & Beschastnov, V. V. Application of Phagotherapy in the Treatment of Burn Patients (Review). *Sovremennye tekhnologii v meditsine*, 2021, 12.3: 95–103. <https://doi.org/10.17691/stm2020.12.3.12>
101. Mann, R., & Heimbach, D. Prognosis and treatment of burns. *The Western journal of medicine*, 1996, 165.4: 215–220.
102. Kagan, R. J., Peck, M. D., Ahrenholz, D. H., Hickerson, W. L., Holmes, J., 4th, Korentager, R., Kraatz, J., Pollock, K., & Kotoski, G. Surgical management of the burn wound and use of skin substitutes: an expert panel white paper. *Journal of burn care & research : official publication of the American Burn Association*, 2013, 34.2: e60–e79. <https://doi.org/10.1097/BCR.0b013e31827039a6>
103. Gacto-Sanchez P. Surgical treatment and management of the severely burn patient: Review and update. *Medicina intensiva*, 2017, 41.6: 356–364. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2017.02.008>
104. Puri, V., Khare, N. A., Chandramouli, M. V., Shende, N., & Bharadwaj, S. Comparative Analysis of Early Excision and Grafting vs Delayed Grafting in Burn Patients in a Developing Country. *Journal of burn care & research : official publication of the American Burn Association*, 2016, 37.5: 278–282. <https://doi.org/10.1097/BCR.0b013e31827e4ed6>
105. Kowalske K. J. Burn wound care. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, 2021, 22.2: 213–v. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2011.03.004>

106. Selmanpakoğlu, N. Yanıklar ve Tedavileri. GATA. Ankara, 1998.
107. Thermal, Chemical, And Electrical Injuries, [Erişim Tarihi: 01.11.2022]. Erişim adresi: <https://doctorlib.info/surgery/plastic/15.html>
108. Sürekli, İ. Ü. C. T. F., & Etkinlikleri, T. E. Yanık Hastalarına Yaklaşım ve Yara Bakımı. *Yara Bakımı ve Tedavisi*, 129.
109. Özkan, Z., & Alataş, E. T. Yanıkta cerrahi tedavi ve klinik deneyimlerimiz. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 2014, 5.1: 76-79.
110. Değerli, Ü. Erbil, Y. Genel Cerrahi. Nobel Tıp Kitabevleri. 9. Baskı. İstanbul, 2013.
111. Wasiak, Jason, et al. Dressings for superficial and partial thickness burns. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002106.pub4>
112. Broussard, K. C., & Powers, J. G. Wound dressings: selecting the most appropriate type. *American journal of clinical dermatology*, 2013, 14.6: 449-459. <https://doi.org/10.1007/s40257-013-0046-4>
113. Arvidsdotter, T., Marklund, B., Kylén, S., Taft, C., & Ekman, I. Understanding persons with psychological distress in primary health care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 2016, 30.4: 687-694.
114. Palmu, R., Suominen, K., Vuola, J., & Isometsä, E. Mental disorders after burn injury: a prospective study. *Burns*, 2011, 37.4: 601-609.
115. Spronk, I., Legemate, C., Oen, I., van Loey, N., Polinder, S., & van Baar, M. Health related quality of life in adults after burn injuries: A systematic review. *PloS one*, 2018, 13.5: e0197507. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197507>
116. Andrews, R. M., Browne, A. L., Drummond, P. D., & Wood, F. M. The impact of personality and coping on the development of depressive symptoms in adult burns survivors. *Burns*, 2010, 36.1: 29-37.
117. Thombs, B. D., Bresnick, M. G., & Magyar-Russell, G. Depression in survivors of burn injury: a systematic review. *General hospital psychiatry*, 2006, 28.6: 494-502.

118. Park, S. Y., Choi, K. A., Jang, Y. C., & Oh, S. J. The risk factors of psychosocial problems for burn patients. *Burns*, 2008, 34.1: 24-31.
119. Gauglitz, Gerd G.; Williams, F. N. Overview of the management of the severely burned patient. *UpToDate, Waltham, MA.*(Accessed on March 29, 2016.), 2017.
120. Van Loey, N. E., & Van Son, M. J. Psychopathology and psychological problems in patients with burn scars: epidemiology and management. *American journal of clinical dermatology*, 2003, 4.4: 245–272. <https://doi.org/10.2165/00128071-200304040-00004>
121. Su, Y. J., & Chow, C. C. PTSD, depression and posttraumatic growth in young adult burn survivors: Three-year follow-up of the 2015 Formosa fun coast water park explosion in Taiwan. *Journal of affective disorders*, 2020, 274, 239–246. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.025>
122. Giannoni-Pastor, A., Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Kinori, S. F., Tasqué-Cebrián, R., Arguello, J. M., & Casas, M. Personality as a predictor of depression symptoms in burn patients: A follow-up study. *Burns*, 2015, 41.1: 25-32.
123. Lu, M. K., Lin, Y. S., Chou, P., & Tung, T. H. Post-traumatic stress disorder after severe burn in southern Taiwan. *Burns*, 2007, 33.5: 649-652
124. Yaalaoui, S., Chihabeddine, K., Boukind, E., & Moussaoui, D. Post-traumatic stress disorder in burned patients. *Burns*, 2002, 28.7: 647-650.
125. Palmu, R., Suominen, K., Vuola, J., & Isometsä, E. Mental disorders among acute burn patients. *Burns*, 2010, 36.7: 1072-1079.
126. Hobbs, K. Which factors influence the development of post-traumatic stress disorder in patients with burn injuries? A systematic review of the literature. *Burns*, 2015, 41.3: 421-430.
127. Lawrence, J. W., & Fauerbach, J. A. Personality, coping, chronic stress, social support and PTSD symptoms among adult burn survivors: a path analysis. *The Journal of burn care & rehabilitation*, 2003, 24.1: 63-72.

128. Ayar, D., Gerçeker, G. Ö., Özdemir, E. Z., & Bektas, M. The effect of problematic internet use, social appearance anxiety, and social media use on nursing students' nomophobia levels. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 2018, 36.12: 589-595.
129. Sinha, I., Nabi, M., Simko, L. C., Wolfe, A. W., Wiechman, S., Giatsidis, G., ... & Schneider, J. C. Head and neck burns are associated with long-term patient-reported dissatisfaction with appearance: A Burn Model System National Database study. *Burns*, 2019, 45.2: 293-302.
130. Lawrence, J. W., Fauerbach, J. A., Heinberg, L., & Doctor, M. The 2003 clinical research award: visible vs hidden scars and their relation to body esteem. *The Journal of burn care & rehabilitation*, 2004, 25.1: 25-32.
131. McKibben, J. B., Bresnick, M. G., Wiechman Askay, S. A., & Fauerbach, J. A. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective study of prevalence, course, and predictors in a sample with major burn injuries. *Journal of burn care & research*, 2008, 29.1: 22-35.
132. Blakeney, P. E., Rosenberg, L., Rosenberg, M., & Faber, A. W. Psychosocial care of persons with severe burns. *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries*, 2008, 34.4: 433–440. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2007.08.008>
133. Kornhaber, R., Rickard, G., McLean, L., Wiechula, R., Lopez, V., & Cleary, M. Burn care and rehabilitation in Australia: health professionals' perspectives. *Disability and rehabilitation*, 2019, 41.6: 714-719.
134. Mohaddes Ardebili, F., Najafi Ghezeljeh, T., Bozorgnejad, M., Zarei, M., Ghorbani, H., & Manafi, F. Effect of Multimedia Self-Care Education on Quality of Life in Burn Patients. *World journal of plastic surgery*, 2017, 6.3: 292–297.
135. Reeve, J., James, F., & McNeill, R. Providing psychosocial and physical rehabilitation advice for patients with burns. *Journal of advanced nursing*, 2009, 65.5: 1039-1043.
136. Shivanpour, M., Firouzkouhi, M., Abdollahi Mohammad, A., Naderifar, M., & Mohammadi, M. Nurses Experiences in the Burn Unit: A Qualitative Research. *Iranian*

- journal of nursing and midwifery research, 2020, 25.3: 232–236.
https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_162_19
137. Echevarría-Guanilo, M. E., Gonçalves, N., Farina, J. A., & Rossi, L. A. Assessment of health-related quality of life in the first year after burn. *Escola Anna Nery*, 2016, 20, 155-166
138. Hemşirelik Yönetmeliği, [Erişim Tarihi: 17.12.2022]. Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/yonetmelik/7.5.13830-ek-2%20ve%203.htm>
139. Kim, K. J., Kim, J., & Jeong, G. S. The Effects of Providing Lavender Inhalation Therapy on Anxiety and Alleviation of Pain before Burn Dressings. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 2020, 27.1: 29-39.
140. Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., & Khajehgoodari, M. Assessment of nurse-patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing open*, 2019, 6.3: 1189–1196. <https://doi.org/10.1002/nop2.316>
141. Başkent Üniversitesi Hastanesi Yanık ve yara tedavi merkezi yanık bilgi formu. Erişim Tarihi: 20.06.2022
142. GÜldoğan, Cem Emir, et al. Analysis of factors associated with mortality in major burn patients. *Turkish journal of surgery*, 2019, 35.3: 155.
143. Altun, Y., Özen, M., & Kuloğlu, M. M. Psikolojik Sıkıntı Ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2019, 20
144. Doğan, T. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin (SGKÖ) Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2010, 39.39: 151-159.
145. Zaman, Noshi Iram, et al. Resilience and Psychological Distress among Burn Survivors. *Burns*, 2022.

146. O'brien, Kyle H. Dimensions of burn survivor distress and its impact on hospital length of stay: A national institute on disability, independent living, and rehabilitation research burn model system study. *Burns*, 2020, 46.2: 286-292.
147. Sadeghi-Bazargani, Homayoun, et al. Stress disorder and PTSD after burn injuries: a prospective study of predictors of PTSD at Sina Burn Center, Iran. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2011, 7: 425.
148. Masood, Afsheen; Masud, Yusra; Mazahir, Shama. Gender differences in resilience and psychological distress of patients with burns. *Burns*, 2016, 42.2: 300-306.
149. Levinson, C. A., Rodebaugh, T. L., White, E. K., Menatti, A. R., Weeks, J. W., Iacovino, J. M., & Warren, C. S. Social appearance anxiety, perfectionism, and fear of negative evaluation. Distinct or shared risk factors for social anxiety and eating disorders?. *Appetite*, 2013, 67, 125-133.
150. Gaul CE, Farkas C. Perspectives on Psychiatric Consultation Liaison Nursing Public Health and Mental Health: A Model for Success. *Perspectives in Psychiatric Care*(Electronic Journal),2007,43(4):227-230.
151. Kornfeld DS. Consultation-Liaison Psychiatry: Contributions to Medical Practice. *Am J Psychiatry*(Electronic Journal), 2002, 159: 1964-1972.
152. Yıldırım, S., Şimşek, E., Geridönmez, K., Basma, Ş., & Vurak, Ü. (2019). Hemşirelerin konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği hakkındaki bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(2), 96-102.
153. Wooden M. Use Of The Kessler Psychological Distress Scale İn The Hilda Survey. Hilda Project Discussion Paper Series No. 2/09. Melbourne İnstitute Of Applied Economic And Social Research; February 2009.
154. Hart, Trevor A., et al. Development and examination of the social appearance anxiety scale. *Assessment*, 2008, 15.1: 48-59.

EK 1: Sosyodemografik ve Yanıkla İlgili Bilgi Formu

Sayın katılımcı,

Bu çalışma, Yanık Hastalarının Taburculuk Sonrası Psikolojik Sıkıntı Düzeylerinin ve Sosyal Görünüş Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi amacıyla yapılması planlanan bir çalışmadır. Tüm kişisel ve tıbbi bilgileriniz gizli kalarak elde edilen veriler sadece bu çalışma için kullanılacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz ve verdiğiniz katkılardan dolayı teşekkür ederim.

**Yüksek Lisans Öğrencisi
Elif ÜNLÜ**

SOSYODEMOGRAFİK VE YANIKLA İLGİLİ BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz

- a. Kadın b. Erkek

2. Yaşınız.....

3. Eğitim Düzeyiniz

- a. Okur- yazar
b. İlkokul
c. Ortaokul
d. Lise
e. Lisans
f. Lisansüstü

4. Medeni Durumunuz

- a. Bekar
b. Evli

5. Çalışma Durumunuz

- a. Evet
- b. Hayır

6. Mesleğiniz

7. İş hayatına başladınız mı? Yanıktan ne kadar zaman sonra başladınız?

.....

8. Gelir Durumunuz

- a. Düşük
- b. Orta
- c. Yüksek

9. Yanık ne kadar süre önce gerçekleşti? (Ay/yıl):.....

10. Yanık türünüz nedir?

- a. Alev Yanığı
- b. Elektrik Yanığı
- c. Haşlanma Yanığı
- d. Kimyasal Yanık
- e. Temas Yanığı
- f. Radyasyon Yanığı

11. Yanık Yüzdeniz nedir?.....

12. Yanığın derinliğinin derecesi nedir?

- a. İkinci derece yüzeysel yanık
- b. İkinci derece derin yanık
- c. Üçüncü derece yanık

13. Yanık vücudunuzun hangi bölümlerini kapsamaktadır? (Yüz, boyun, ön gövde..)

- a. Yüz
- b. Boyun
- c. Ön gövde
- d. Arka gövde (sırt)
- e. Kollar/eller
- f. Bacaklar/ayaklar
- g. Perine

14. Yanık nedeniyle uygulanan tedaviler/ cerrahi girişimler nelerdir?

- a. Debritleme (sayısı.....)
- b. Eskarotomi
- c. Fasyotomi
- d. Greft (sayısı.....)
- e. Flep
- f. Diğer.....

15. Tedavi sürecinde klinikte kaç gün kaldınız?.....

16. Taburculuk ne kadar süre önce gerçekleşti (ay/yıl).....

17. Yanık nedeniyle organ/uzuv kaybınız var mı?

- a. Hayır
- b. Evet (Lütfen açıklayınız

18. Yanık nedeniyle herhangi bir yeti ve fonksiyon kaybı oldu mu?

- a. Hayır
- b. Evet (Lütfen açıklayınız

19. Ne kadar süre önce taburcu oldunuz? (ay/yıl).....

20. Kimlerle beraber yaşıyorsunuz?

.....
.....

21. Ev dışında sosyal yaşantınıza devam ediyor musunuz?

- **Evet ise lütfen yaptığınız aktivitelere örnek veriniz.**

.....
.....
.....
.....
.....

- **Hayır ise lütfen sebebini açıklayınız.**

.....
.....
.....
.....

EK 2: Psikolojik Sıkıntı Ölçeği

PSİKOLOJİK SIKINTI ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı,

Psikolojik sıkıntı ölçeği bireyin sinirlilik, umutsuzluk, hüznün, değersizlik ve yorgunluk gibi belirtileri görme sıklığını ölçer. Ölçekte yer alan maddeleri okuyup (5) Sürekli olarak, (4) Çoğu zaman, (3) Arada sırada, (2) Seyrek olarak, (1) Hiç olmadı seçeneklerinden sizin için en doğru olanı işaretleyiniz lütfen.

Yüksek Lisans Öğrencisi

Elif ÜNLÜ

Aşağıdaki sorular **son 30 gün içinde** kendinizi nasıl hissettiğiniz hakkındadır. Lütfen her soruda söz konusu duyguyu hangi sıklıkta hissettiğinizi en iyi açıklayan sayıyı yuvarlak içine alınız.

Bu ay içerisinde kendiniz ile ilgili olarak aşağıdakileri ne sıklıkla hissettiniz?	Hiç olmadı	Seyrek olarak	Arada sırada	Çoğu zaman	Sürekli olarak
a. ... herhangi bir sebep olmadan aşırı yorgunluk	1	2	3	4	5
b. ... sinirli	1	2	3	4	5
c. ... hiçbir şekilde sakinleşemeyecek kadar sinirli	1	2	3	4	5
d. ... umutsuz	1	2	3	4	5
e. ... huzursuz veya tedirgin	1	2	3	4	5
f. ... yerinde duramayacak kadar huzursuz	1	2	3	4	5
g. ... çökkün	1	2	3	4	5
h. ... hiçbir şekilde neşelenemeyecek kadar çökkün	1	2	3	4	5
i. ... her şeyin çok zor gelmesi	1	2	3	4	5
j. ... değersiz	1	2	3	4	5

EK 3: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGISI ÖLÇEĞİ

Sayın katılımcı,

Sosyal görünüş kaygısı ölçeği bireyin görünüşüyle ilgili olarak yaşadığı duygusal, bilişsel ve davranışsal kaygıları ölçmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Ölçekte yer alan maddeleri okuyup (1) Hiç uygun değil, (2) Uygun değil, (3) Biraz uygun, (4) Uygun, (5) Tamamen uygun seçeneklerinden sizin için en doğru olanı işaretleyiniz lütfen.

Yüksek Lisans Öğrencisi
Elif ÜNLÜ

		Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
1	Dış görünüşümle ilgili kendimi rahat hissedirim.	1	2	3	4	5
2	Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissedirim.	1	2	3	4	5
3	İnsanlar doğrudan bana baktıklarında gerilirim.	1	2	3	4	5
4	İnsanların görünüşümden dolayı benden hoşlanmayacakları konusunda endişelenirim.	1	2	3	4	5
5	Yanlarında olmadığım zamanlarda insanların, görünüşümle ilgili kusurlarımı konuşacaklarından endişelenirim.	1	2	3	4	5
6	Görünüşümden dolayı insanların benimle beraber vakit geçirmek istemeyeceklerinden endişelenirim.	1	2	3	4	5
7	İnsanların beni çekici bulmamalarından korkarım.	1	2	3	4	5
8	Görünüşümün yaşamımı zorlaştıracığından endişe duyarım.	1	2	3	4	5
9	Karşıma çıkan fırsatları görünüşümden dolayı kaybetmekten kaygılanırım.	1	2	3	4	5
10	İnsanlarla konuşurken görünüşümden dolayı gerginlik yaşarım.	1	2	3	4	5
11	Diğer insanlar görünüşümle ilgili bir şey söylediklerinde kaygılanırım.	1	2	3	4	5
12	Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamamaktan endişeleniyorum.	1	2	3	4	5
13	İnsanların görünüşümü olumsuz olarak değerlendirecekleri konusunda endişelenirim.	1	2	3	4	5
14	Diğer insanların görünüşümdeki bir kusurun farkına vardıklarını düşündüğümde kendimi rahatsız hissedirim.	1	2	3	4	5
15	Sevdiğim kişinin görünüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum.	1	2	3	4	5
16	İnsanların görünüşümün iyi olmadığını düşünmelerinden endişeleniyorum.	1	2	3	4	5

Araştırmacıya önemli not: 1. Madde tersten kodlanmaktadır.

EK 4: Bilimsel Araştırmalar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bilimsel araştırma amaçlı klinik bir çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini tam olarak anlamanız ve kararınızı, araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu bilgilendirme formu söz konusu araştırmayı ayrıntılı olarak tanıtmak amacıyla size özel olarak hazırlanmıştır. Lütfen bu formu dikkatlice okuyunuz. Araştırma ile ilgili olarak bu formda belirtildiği halde anlayamadığınız ya da belirtilemediğini fark ettiğiniz noktalar olursa hekiminize sorunuz ve sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma hakkında tam olarak bilgilendirildikten sonra, kararınızı özgürce verebilmeniz ve düşünmeniz için formu imzalamadan önce hekiminiz size zaman tanıyacaktır. Kararınız ne olursa olsun, hekimleriniz sizin tam sağlık halinizin sağlanmasına ve korunmasına yönelik görevlerini bundan sonra da eksiksiz yapacaklardır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz taktirde formu imzalayınız.

1. ARAŞTIRMANIN ADI

Yanık Hastalarının Taburculuk Sonrası Psikolojik Sıkıntı Düzeylerinin ve Sosyal Görünüş Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi

2. GÖNÜLLÜ SAYISI

Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam gönüllü sayısı 36'tır.

3. ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 20 dakikadır.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırmanın amacı, yanık hastalarının taburculuk sonrası psikolojik sıkıntı düzeylerinin ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin incelenmesidir.

İMZALAR: Gönüllü

(varsa) Vasi

Araştırmacı

Tamık

1

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dâhil edilebilmeniz için gereken koşullar şunlardır:

1. Taburculuğunuzun üzerinden en az 1 ay geçmiş olmalı
2. 18 yaşını doldurmuş olmalısınız
3. Anket doldurmayı engelleyecek düzeyde bilişsel yetersizliğiniz olmamalı
4. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmelisiniz.

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Çalışmanın verileri, araştırmacılar tarafından geliştirilen ‘Sosyodemografik Bilgi Formu, Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği ve Psikolojik Sıkıntı Ölçeği’ kullanılarak araştırmayı kabul eden hastalarla yüz yüze görüşerek toplanacaktır.

7. GÖNÜLLÜNÜN SORUMLULUKLARI

Araştırmaya doğru veri sağlamaktır.

8. ARAŞTIRMADAN BEKLENEN OLASI YARARLAR

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda yanık hastalarının psikolojik sıkıntı düzeyleri ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin belirlenmesiyle bu hastalara planlanacak tedavilere, taburculuk eğitimlerine, hemşirelik girişimlerine yön vermesi planlanmaktadır.

9. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Çalışmadan kaynaklanabilecek bir risk bulunmamaktadır.

10. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu olursa, tedavi için gereken masraflar Başkent Üniversitesi tarafından karşılanacaktır.

11. ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK KİŞİ

Araştırmadan kaynaklanabilecek herhangi bir sorun için aşağıda iletişim bilgileri bulunan kişi ile temasa geçebilirsiniz.

İstediginizde Günü 24 Saati Ulaşılabilecek Adres ve Telefonları:

Elif Ünlü

Adres:

Cep:

İMZALAR: Gönüllü

(varsa) Vasi

Araştırmacı

Tanık

2

12. GİDERLERİN KARŞILANMASI VE ÖDEMELER

Bu araştırmaya katılmanız için veya araştırmadan kaynaklanabilecek giderler için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

13. ARAŞTIRMAYI DESTEKLEYEN KURUM

Araştırmayı destekleyen kurum Başkent Üniversitesi' dir.

14. GÖNÜLLÜYE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILIP YAPILMAYACAĞI

Bu araştırmaya katılmanızla, araştırma ile ilgili çıkabilecek zorunlu masraflar tarafımızdan karşılanacaktır. Bunun dışında size veya yasal temsilcilerinize herhangi bir maddi katkı sağlanmayacaktır.

15. BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ

Araştırma süresince elde edilen sizinle ilgili tıbbi bilgiler size özel bir kod numarası ile kaydedilecektir. Size ait her türlü tıbbi bilgi gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonuçları yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak, gerektiğinde araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar tıbbi bilgilerinize ulaşabilecektir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabileceksiniz.

16. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA KOŞULLARI

Çalışmada, araştırma programını aksatmanız, doğru veri sağlamadığınız veya çalışmaya katılmayı kabul etmediğiniz takdirde araştırma kapsamı dışında bırakılacaksınız. Ancak araştırma dışı bırakılmanız durumunda da sizinle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

17. ARAŞTIRMADA UYGULANACAK TEDAVİ DIŞINDAKİ DİĞER TEDAVİLER

Araştırmada size hekim tarafından bir tedavi önerilmeyecektir

18. ARAŞTIRMAYA KATILMAYI REDDETME VEYA AYRILMA DURUMU

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; araştırmada yer almayı reddetmeniz veya katıldıktan sonra vazgeçmeniz halinde de kararımız size uygulanan tedavide herhangi bir değişikliğe neden olmayacaktır.

Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda da sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılabilir.

19. YENİ BİLGİLERİN PAYLAŞILMASI VE ARAŞTIRMANIN DURDURULMASI

Araştırma sürerken, araştırmayla ilgili olumlu veya olumsuz yeni tıbbi bilgi ve sonuçlar en kısa sürede size veya yasal temsilcinize iletilecektir. Bu sonuçlar sizin araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilir. Bu durumda karar verene kadar araştırmanın durdurulmasını isteyebilirsiniz.

(Katılımcının/Hastanın/Anne-Baba/Yasal Temsilcinin Beyanı)

Sayın Elif Ünlü ve Prof. Dr. Ebru Akgün Çıtak tarafından Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında ve Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi Yanık ve Yara Tedavi Merkezinde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (gönüllü) olarak davet edildim.

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

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

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

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğimi anlatıldı.

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

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Araştırmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi

GÖNÜLLÜ		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

VASİ (Varsa)		İMZASI
İSİM SOYİSİM		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ	Elif Ünlü	
ADRES		
TELEFON		
TARİH	01.07.2022	

İMZALAR: Gönüllü

(varsa) Vasi

Araştırmacı

Tanık

5

ONAM ALMA İŞİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİ		İMZASI
İSİM SOYİSİM ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

EK 5: Psikolojik Sıkıntı Ölçeği Kullanım İçin İzin Yazısı



Mehmet ÖZEN

Kime: Elif ÜNLÜ Bilgi: ı

19 Nis 2022, 0:47

[Ayrıntılar](#)

Re: Psikolojik Sıkıntı Ölçeği

Sayın Elif ÜNLÜ,
Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi
ANKARA

Sayın ÜNLÜ,
Harvard Üniversitesi'nden Prof. Kessler tarafından geliştirilen, bizim Türkiye'ye uyarladığımız Psikolojik Sıkıntı Ölçeği'ni (K10-PSÖ) tez çalışmanızda kullanmak istemenizden çok memnun oldum. Tabii ki ölçeği kullanabilirsiniz. Ekte ölçeğin uygulamasında kullanabileceğiniz iki sayfalık formunu ve uyarılama çalışmamızın makalesini gönderiyorum.
Ölçek uygulanırken genellikle S1 başlığı altında yer alan (a'dan j'ye kadar) ilk 10 soru dikkate alınmaktadır (K10 olarak kısaltılması da bu nedenledir). Orjinal ankette bulunan S2'den S6'ya kadar olan sorular klinisyenin daha geniş anamnez alabilmesine katkı sağlamasına karşın ölçeğin değerlendirilmesinde etkisi yoktur. Bu konu ölçeği geliştiren Prof. Kessler'e de tarafımızdan sorulmuş olup "sadece S1'deki 10 maddenin kodlandığını, çoğu kişinin ölçeği uygularken S2-S6 sorularını sormadığını ama sitelerinde Türkçe sürümünü yayınlayabilmeleri için tüm sayfaların çevirisinin yapılması gerektiğini" belirtmiştir. Bu nedenle çeviri bir bütün olarak yapılmış ve yayınlanmıştır.
K10 ölçeğinde değerlendirme ilk sayfa da bulunan S1 bölümündeki beşer seçeneğdeki 10 soruya verilen yanıtlara göre yapılmaktadır. Ölçeğin orijinalinde seçenekler "All of the time=1" ... "None of the time=5" olarak derecelendirildiğinden, buna uygun olarak Türkçe formunda "Sürekli olarak=1" ... "Hiç olmadı=5" şeklinde çevirdik. Fakat puanlama yaparken ise tam tersi olmaktadır.

Yani:
Sürekli olarak= 5 puan,
Çoğu zaman= 4 puan,
Arada sırada= 3 puan,
Seyrek olarak= 2 puan,
Hiç olmadı=1 puan olarak hesaplanmalıdır.
Buna göre yapılacak hesaplama sonucunda en düşük 10 puan, en yüksek 50 puan alınabilmektedir.
K10'a verilen yanıtlara göre psikolojik sıkıntı düzeyi aşağıdaki gibi yorumlanır:

K10 Toplam Skoru	Psikolojik Sıkıntı Düzeyi
10 - 19	Muhtemel iyi
20 - 24	Muhtemel hafif ruhsal rahatsızlık
25 - 29	Muhtemel orta ruhsal rahatsızlık
30 - 50	Muhtemel ağır ruhsal rahatsızlık

Sormak istediğiniz başka bir konu olursa bana ya da tez çalışmamızı birlikte yaptığımız Dr. Öğr. Üyesi Yasin ALTUN'a (ı) yapacağınız tez/yayında makalemize atıfta bulunursanız seviniriz.
Verimli ve başarılı bir çalışma olmasını dilerim.

ulaşabilirsiniz. Çalışmanızın sonuçlarını bizimle de paylaşursanız ve

EK 6: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği Kullanım İçin İzin Yazısı

TD

Tayfun Dogan
Kime: Elif Ünlü

16 Nis 2022, 12:27
[Ayrıntılar](#)

Re: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği

Merhaba,
Ölçeği web sitemden indirerek kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar dilerim.

15.04.2022, 15:32, "Elif Ünlü" <...>:

Merhaba Tayfun Bey,
Ben Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans programı öğrencisi Elif Ünlü. Tez çalışmam için Ebru Akgün hocam danışmanlığında "YANIK HASTALARININ TABURCULUK SONRASI PSİKOLOJİK SIKINTI DÜZEYLERİNİN VE SOSYAL GÖRÜNÜŞ KAYGI DÜZEYLERİNİN İNCENLENMESİ" başlığı altında tez çalışmamı gerçekleştireceğim. Bu çalışmam için Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeğini kullanabilmek adına izninizi istiyoruz.
Saygılarımla...
İyi Günler...

Prof. Dr. Tayfun Doğan
Biruni Üniversitesi
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık A.B.D

EK 7: Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 11.08.2022-150402



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu

Sayı :E-94603339-604.01.02-150402
Konu :Proje Onayı

11.08.2022

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Anabilim Dalı / Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Elif Ünlü tarafından yürütülecek KA22/323 nolu "Yanık hastalarının taburculuk sonrası psikolojik sıkıntı düzeylerinin ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin incelenmesi" başlıklı araştırma projesi Kurulumuz ve Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 03/082022 tarih ve 22/146 sayılı kararı ile uygun görülmüştür. Projenin başlama tarihi ile çalışmanın sunulduğu kongre ve yayımlandığı dergi konusunda Kurulumuza bilgi verilmesini rica ederim.

Not: Çalışma bildirisi ve/veya makale haline geldiğinde "Gereç ve Yöntem" bölümüne aşağıdaki ifadelerden uygun olanının eklenmesi gerekmektedir.

— Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:...) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

— This study was approved by Baskent University Institutional Review Board and Ethics Committee (Project no:...) and supported by Baskent University Research Fund.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ
Kurul Başkanı



1993

BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI

PROJE NO	KARAR SAYISI	KARAR TARİHİ
KA22/323	22/146	03/08/2022

Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Anabilim Dalı / Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Elif Ünlü tarafından yürütülecek olan KA22/323 nolu "Yanık hastalarının taburculuk sonrası psikolojik sıkıntı düzeylerinin ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin incelenmesi" başlıklı araştırma projesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelendi ve etik açıdan uygun olduğuna karar verildi.

Prof. Dr. Hakan ÖZKARDEŞ

Prof. Dr. Ayşe Elif Küpeli

Prof. Dr. Mentepe AKÇIL OK

Prof. Dr. Neslihan ARHUN

Prof. Dr. H. Seyra ERBEK

Prof. Dr. Taner SEZER

Dr. Öğr. Üyesi Y. YILDIRIM

EK 8: Başkent Üniversitesi İstatistik Danışmanlık ve Araştırma Merkezi Biyoistatistik Ön Değerlendirme



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
İstatistik Danışmanlık ve Araştırma Merkezi

30.06.2022

CALISMA BİLGİLERİ

Çalışmanın Adı: Yanık Hastalarının Taburculuk Sonrası Psikolojik Sıkıntı Düzeylerinin ve Sosyal Görünüş Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi
Araştırmacının Adı-Soyadı: Elif Ünlü
Bölümü/Anabilim Dalı: Hemşirelik ABD

BIYOİSTATİSTİK ÖN DEĞERLENDİRME

"Yanık Hastalarının Taburculuk Sonrası Psikolojik Sıkıntı Düzeylerinin ve Sosyal Görünüş Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi" isimli çalışmanın proje özeti ve araştırma hipotezleri detaylı olarak incelenmiştir. Bu çalışmanın amacı, seçilmiş örnekleme yatarak tedavi gören yanık hastalarının taburculuk sonrası sosyal görünüş kaygı düzeylerinin ve psikolojik sıkıntı düzeylerinin belirlenmesini sağlayacaktır.

Çalışma tanımlayıcı araştırma türünde olup, yanık hastaları uzun süre yatarak tedavi görmeleri ve görünümündeki değişikliklere bağlı taburcu olduktan sonra psikolojik sıkıntı yaşamaları; beden imajı değişen hastalar sosyal görünüm kaygısı yaşamaları; yatarak tedavi gören yanık hastaları taburcu olduktan sonra dış görünümünü olumsuz değerlendirilme korkusu nedeniyle sosyal görünüm kaygısı yaşamaları değerlendirilecektir.

Bu doğrultuda, Ankara Başkent Üniversitesi Hastanesi Yanık ve Yara Tedavi Merkezi'nde 1 yıl içinde tedavi gören toplam hasta sayısının 39 kişi olarak bilindiği durumda çalışmanın örneklem büyüklüğü %95 güven düzeyinde, yanık hastalarının tedavi sonrasında psikolojik sorunların görülme sıklığı $p=0.5$ olasılık ve $d=0.05$ sapma ile gerekli olan örneklem büyüklüğü en az 36 kişi olarak belirlenmiştir.



BAŞKENT
ÜNİVERSİTESİ



EK 9: Başkent Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği Anket Uygulama İzni

Evrak Tarihi ve Sayısı: 16.08.2022-151821



1993

BAşKENT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-85878037-100-151821

Konu : Anket Uygulama İzni Hk.

16.08.2022

ANKARA HASTANESİ BAşHEKİMLİğİNE

Enstitümüz Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı 22020287 numaralı öğrencisi Elif Ünlü'nün tez çalışması olarak planlanan, danışmanlığı Prof. Dr. Ebru Akgün Çitak tarafından yapılacak olan ve proje onayı alınan KA22/323 nolu "Yanık hastalarının taburculuk sonrası psikolojik sıkıntı düzeylerinin ve sosyal görünüş kaygı düzeylerinin incelenmesi" başlıklı tez çalışması ile ilgili ekte yer alan çalışma anketini 01 Eylül 2022 - 1 Şubat 2023 tarihleri arasında Hastanenizin Yanık ve Yara Tedavi Merkezi / Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı polikliniğine gelen hastalara uygulayabilmesi konusunda gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Fatma Belgün ATAÇ
Enstitü Müdürü

Ek: Anabilim Dalı Yazısı

NOTLAR (Anket Uygulama İzni Hk.)



Adnan TORGAY (16.08.2022 14:51)
Birimlere Toplu Sevk Et ()
Uygundur



EK 10: Orijinallik Raporu

anık Hastalarının Taburculuk Sonrası Psikolojik Sıkıntı
Düzeylerinin ve Sosyal Görünüş Kaygı Düzeylerinin
İncelenmesi

ORIJİNALLİK RAPORU

%**18**

BENZERLİK ENDEKSİ

%**16**

İNTERNET KAYNAKLARI

%**3**

YAYINLAR

%**6**

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

