

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YANIKLI ÇOCUKLARIN AİLELERİNDE
TABURCULUK SONRASI YAŞADIKLARI
SORUNLARIN VE NEDENLERİN
BELİRLENMESİ

NAZİFE GAMZE ÖZER

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR- 2015

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2013970047

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YANIKLI ÇOCUKLARIN AİLELERİNDE
TABURCULUK SONRASI YAŞADIKLARI
SORUNLARIN VE NEDENLERİN
BELİRLENMESİ

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

NAZİFE GAMZE ÖZER

Danışman Öğretim Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Fatma VURAL

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-201397004

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Nazife Gamze ÖZER “**YANIKLI ÇOCUKLARIN AİLELERİNDE TABURCULUK SONRASI YAŞADIKLARI SORUNLARIN VE NEDENLERİN BELİRLENMESİ**” konulu Yüksek Lisans tezini 16.09.2015 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.


Yrd. Doç Dr. Fatma VURAL

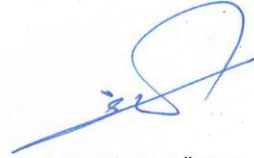
BAŞKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı


Prof. Dr. Özgül KARAYURT

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD


Prof. Dr. Geylani ÖZOK

ÜYE

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Çocuk Cerrahisi AD

Doç. Dr. Murat BEKTAŞ

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği AD

Yrd. Doç Dr. Özlem BİLİK

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i-iii
Tablo Dizini.....	iv
Şekil Dizini.....	v
Kısaltmalar	vi
Özet.....	1-2
Abstract.....	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	4-7
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	4-6
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırma Soruları	7
2. GENEL BİLGİLER	8-38
2.1. Yanığın Tanımı ve Epidemiyolojisi	8-9
2.2. Yanık Fizyopatolojisi	9
2.2.1. Lokal Yanıtlar.....	9-11
2.2.2. Sistemik Yanıtlar.....	11-16
2.2.2.1. Yanık Ödemi	11
2.2.2.2. Kardiyovasküler Değişiklikler.....	12
2.2.2.3. Elektrolit Değişiklikleri	12-13
2.2.2.4. Solunum Sistemi Değişiklikleri	13
2.2.2.5. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri	13-14
2.2.2.6. Metabolik Değişiklikler.....	14
2.2.2.7. İmmunolojik Değişiklikler	14-15
2.3. Çocukta Yanığın Değerlendirilmesi	17-21
2.3.1. Çocukta Yanık Genişliğinin Hesaplanması.....	17

2.3.2. Çocukta Yanık Derinliği.....	18-20
2.3.3. Çocukta Yanığın Şiddeti.....	21
2.4. Yanıklı Çocuğun Yönetimi.....	22
2.4.1. Acil Resüsitasyon Dönemi	22-23
2.4.2. Akut Bakım Dönemi.....	23-28
2.4.2.1. Enfeksiyondan Korunma	23-24
2.4.2.2. Yara Temizliği.....	24
2.4.2.3. Topikal Antibakteriyel Tedavi.....	25
2.4.2.4. Yanık Yarası Pansumanı	25-26
2.4.2.5. Eskaratomı	26-27
2.4.2.6. Yara Debritlemesi	27
2.4.2.7. Cerrahi Yönetimi	27-28
2.4.3. Rehabilitasyon Dönemindeki Yanık Bakımı.....	28-35
2.4.3.1. İlaç Kullanmaya Yönelik Bakım	30-31
2.4.3.2. Pansuman Yapmaya Yönelik Bakım.....	31
2.4.3.3. Banyo ve Giyinmeye Yönelik Bakım.....	32
2.4.3.4. Egzersiz Yapmaya Yönelik Bakım.....	33
2.4.3.5. Beslenmeye Yönelik Bakım	33-34
2.4.3.6. Sosyal İletişime Yönelik Bakım	34-35
2.4.4. Yanık Komplikasyonları.....	35-37
2.4.5. Yanığın Rehabilitasyon Dönemindeki Hemşirenin Rolü.....	37-38
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39-44
3.1. Araştırmanın Tipi	39
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	39-40
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	40

3.5. Veri Toplama Araçları.....	41-42
3.6. Veri Toplama Şekli.....	42
3.7. Araştırmanın Planı.....	43
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	43-44
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	44
3.10. Tezin Bütçesi.....	44
3.11. Etik Kurul Onayı	44
4. BULGULAR	45-59
4.1. Tanıtıcı Özellikler.....	45-48
4.2. Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumu.....	49-51
4.3. Tanıtıcı Özellikler ve Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumu.....	51-57
4.4. Ailelerin Anksiyete Düzeyleri ve Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumu.....	57-58
5. TARTIŞMA.....	59-70
5.1. Tanıtıcı Özellikler.....	59-61
5.2. Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumu.....	61-64
5.3. Tanıtıcı Özellikler ve Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumu.....	64-69
5.4. Ailelerin Anksiyete Düzeyleri ve Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumu.....	69-70
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71-72
7. KAYNAKLAR.....	73-78
8. EK / EKLER	79-91

TABLÖLER DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. 1: Yanık Derinliği.....	19
Tablo 1. 2: Yanık Derinliği.....	20
Tablo 2: Yanığın Şiddeti.....	21
Tablo 3: Yanık Bakım Fazları	22
Tablo 4: Lokal ve Sistemik Enfeksiyon Belirtileri	24
Tablo 5. 1: Çocuk ve Aile Tanıtıcı Özellikleri	45
Tablo 5. 2: Çocuk ve Aile Sosyo-demografik Özelliklerinin Ortalaması	46
Tablo 6: Yanık İle İlgili Özellikler	47
Tablo 7: Ailelerin Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumu	49
Tablo 8: Taburculuk Sonrası Yaşanan Sorunların Nedenleri	50-51
Tablo 9: Ailelerin Yanık Bakımı İle İlgili Hemşirelerden Beklentisi ve Önerisi.....	51
Tablo 10: Sosyo-demografik Özellikler İle Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumunun Karşılaştırılması.....	52-53
Tablo 11: Yanık Özellikleri İle Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumunun Karşılaştırılması.....	56
Tablo 12: Taburculuk Sonrası Durumluk Anksiyete Puan Ortalamaları.....	57
Tablo 13: Taburculuk Sonrası Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.	58

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1: Yanık Bölgeleri.....	10
Şekil 2: Yanık Sonrası Fizyolojik Değişiklikler	16
Şekil 4: Lund Browder Metodu	17
Şekil 5: Eskaratomi Bölgeleri	27

KISALTMALAR

ASPEN.....	American Society Parenteral Enteral Nutrition (Amerikan Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği)
ABA (AYD)...	American Burn Association (Amerikan Yanık Derneği)
Cu.....	Bakır
D.E.Ü.....	Dokuz Eylül Üniversitesi
EKG.....	Elektrokardiyografi
E.Ü.T.F.H.....	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
ESPEN.....	European Society Parenteral Enteral Nutrition (Avrupa Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği)
H ₂	Hidrojen
IL.....	İnterlökin
T ₃	Triiyodotironin
TNF.....	Tümör Nekroz Faktör
TVYA.....	Toplam Vücut Yüzey Alanı
Zn.....	Çinko

TEŞEKKÜR

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak hazırlanan bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde bana danışmanlık yaparak yardım ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Fatma VURAL' a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca destek ve yardımlarını esirgemeyen sevgili hocalarım Prof. Dr. Özgül KARAYURT ve Yrd. Doç. Dr. Özlem BİLİK'e,

Tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım ve yardımlarını esirgemeyen Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Geylani ÖZOK' a,

Çalışmamın veri toplama formundaki katkıları ve manevi desteği için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Yanık Ünitesi Sorumlu Hemşiresi Ümit ARSLAN'a,

Her konuda sabırla yardımcı olan aileme desteklerinden dolayı sonsuz teşekkür ederim.

Nazife Gamze ÖZER

Eylül, 2015

ÖZET

YANIKLI ÇOCUKLARIN AİLELERİNDE TABURCULUK SONRASI YAŞADIKLARI SORUNLARIN VE NEDENLERİN BELİRLENMESİ

Nazife Gamze ÖZER

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

n_g_ozar@hotmail.com

Amaç: Çalışmanın amacı, yanıklı çocukların ailelerinde taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların ve nedenlerin belirlenmesidir.

Yöntem: Çalışma tanımlayıcı kesitsel olarak yapıldı. Çalışmanın örneklemini 15.01-15.05.2015’de Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği’ne gelen 162 yanıklı çocuğun ailesi oluşturdu. Veriler, literatür doğrultusunda geliştirilen çocuk ve aile tanıtıcı bilgi formu, taburculuk sonrası ailelerin yaşadıkları sorunlara yönelik bilgi formu ve durumluk anksiyete ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde SPSS 16.0 paket programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde sosyo-demografik ve yanık özellikleri, yaşanan sorunlar için sayı, yüzde ve ortalama kullanıldı. Sosyo-demografik ve yanık ile ilgili özellikler ile yaşanan sorunlar arasındaki ilişkiyi göstermek için çok gözlü ki-kare testi uygulandı. Yanıklı çocukların ailelerinde yaşanan sorunlar ile durumluk anksiyete puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi uygulandı.

Bulgular: Çalışmada çocukların % 54.3’ünün erkek, % 70.4’ünün sıcak su ile yandığı saptandı. Çocukların %72.8’inin %1-10 arasında yanık yüzey alanına sahip, % 46.3’ünün II.derece yüzeysel yanığı olduğu belirlendi. Ailelerin taburculuk sonrası durumluk anksiyete puanı 47.03 ± 7.48 ’dir. Ailelerin %81.5’inin banyo, %77.8’sinin sosyal iletişim, %63.0’nün giyinme, %61,7’sinin ilaç kullanma, %54.3’nün egzersiz yapma, %40.7’sinin beslenme, %34.6’sının pansuman yapma konularında sorun yaşadığı belirlendi.

Sonuç: Annenin yaşı, öğrenim durumu ve mesleği ile taburculuk sonrası pansuman yapma; babanın mesleği ile egzersiz yapma, öğrenim durumu ile ilaç kullanma ve pansuman yapma; yaşanan şehir ile ilaç kullanma, toplam vücut yüzey alanı ve eğitim-danışmanlık alma ile ilaç kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$). Ailelerin taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların belirlenmesi ve girişimlerin uygulanması için hemşirelerin

düzenli aralıklarla ev ziyareti yapması ya da yanık hemşirelerin telefonla danışmanlık yapması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Çocuk, Yanık, Hemşirelik, Aile, Evde Bakım

ABSTRACT

DETERMINATION OF THE PROBLEMS AND THEIR CAUSES EXPERIENCED IN FAMILIES OF CHILDREN WITH BURNS AFTER DISCHARGE

Objective: This study aims to determine post-discharge problems of burned children's families and their causes.

Method: A descriptive cross sectional study was performed. Study sample included families of 162 burned children admitted to Ege University Pediatric Surgery Clinic between 15.01-15.05.2015. Data were collected using child/family information form developed according to literature, information form for families' post-discharge problems and State Anxiety Inventory. Data were analyzed with SPSS 16.0 software. Numerical, percentage and average values were used in data evaluation for socio-demographic, burn characteristics and for problems and causes. Socio-demographic, burn characteristics and problems were shown with chi-square test. Test of significance for differences between two means was applied to show families' problems and state anxiety level.

Results: In the study, 54.3% of children were male and 70.4% of them had hot water burns. It was determined that 72.8% of them had 1-10% burnt body surface area, and 46.3% had second-degree superficial burns. Families' post-discharge state anxiety score was 47.03 ± 7.48 . After discharge, families had problems with bathing, social communication, wearing, using medicines, doing exercises, nutrition and dressing respectively by 81.5%, 77.8%, 63.0%, 61.7%, 54.3%, 40.7% and 34.6%.

Conclusion: Statistically meaningful conclusion was found between age, educational level and profession of mothers and post-discharge dressing; fathers' profession and doing exercises; educational level and using medicines and dressing; cities of residence and using medicines; total body surface area and receiving education-consultancy. Regarding post-discharge problems, families are recommended to have periodical home care visits by nurses or to do phone counseling from nurses.

Keywords: Children, burn, nursing, family, home care, family with burned children

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1. 1. Problemin Tanımı ve Önemi

Deri ve/ veya deri altı dokularında; ısı, soğuk, elektrik, kimyasal maddeler ve radyoaktif ışınlarla maruz kalarak oluşan akut hasarlanmalar yanık olarak tanımlanmaktadır (Tuna, Çetin 2010; Diler, Dalgıç, Karadağ, Dokucu 2012). Amerikan Yanık Derneği'nin (AYD) (American Burn Association), 2013 genel yanık verilerine göre tıbbi tedavi gören yanıkların 450 000, yanık nedeniyle hayatını kaybedenlerin 3 400, yıllık yanık merkezlerine yatan kişilerin 30 000-40 000 olduğu bildirilmektedir. Amerikan Yanık Derneği ve Ulusal Yanık Veri Merkezi tarafından 2013 yılında yayınlanan veri raporunda 151 685 yanıklı hastanın 563'ü hayatını kaybetmiştir. Türkiye'de güncel yanık verilerine ulaşılamamakla birlikte Faydalı ve Bayraktar'ın (2011) makalesinde belirttiğine göre yılda ortalama 1 milyon kişinin yandığı, yanık nedeniyle 12 000-13 000 kişinin hastaneye yattığı, bu yatanların ise 2 000'nin öldüğü, 40 000'nin ise sakat kaldığı tahmin edilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada anestezi reanimasyon klinikleri ile yanık ünitelerine yatan kişilerin yatış nedenleri incelendiğinde % 50'sinin alev yanığı, % 22'sinin elektrik yanığı, % 17'sinin ise sıcak suyla haşlanmaya bağlı yanıklarının olduğu saptanmıştır (Ercan, Özay, Bombacı, Çevik ve ark 2012). Başka bir çalışmada ise kişilerin %77.2' sinin termal yanık (alev, haşlanma, temas yanığı), % 22.8'sinin ise diğer yanıklar (elektrik, donuk, kimyasal yanık) şeklinde yandığı bulunmuştur.

Çocuklarda yanıklar hastaneye yatış gerektiren ve yıllarca devam eden rehabilitasyon sürecini içeren ciddi bir durumdur (Öster, Hensing, Löjdström, Sjöberg ve ark 2014). Amerikan Yanık Derneği'nin 2013 verilerine göre 0-18 yaş arası 54 823 çocuk yanmış olup bunlardan 483'ü hayatını kaybetmiştir. Yanık tiplerinin 0-5 yaş arasında % 60.8'i haşlanma, %15.2'si temas, % 27.6'si alev, % 1.9'u ise elektrik yanığı olduğu görülmektedir. Türkiye'de çocuklarda yanıkla ilgili verilere de ulaşılamamakla birlikte 2013 yılında yapılan bir çalışmada yanıklı çocukların yaş ortalaması 4.07 yıl, yanık nedenlerinin % 85.6'sının haşlanma, % 9.6'sının alev, % 2.6'sının elektrik, % 1.8'inin temas yanığı olduğu belirlenmiştir (Arslan, Kul, Derebaşnoğlu ve Çetinkale 2013).

Çocuklarda yanık oluşumu normal yaşam sürecini ani bir şekilde bozmaktadır (Bakker, Maertens, Van Son ve Van Loey 2013). Çocuklar için yanıklar fiziksel ve psikolojik değişiklikler nedeniyle ve dış görünümünün değişimine bağlı olarak zor bir dönemdir (Öster, Hensing, Löjdström, Sjöberg ve ark 2014). Bu nedenle çocukların yanık sonrası yaşamlarına tekrar uyum

sağlamaları uzun sürebilmektedir. Bu dönem çocuk ve ailelerin normal aktivitelerine dönmesini, davranış değişikliklerini, kalıcı skar ile baş etmelerini, aileye ve sosyal çevreye yeniden uyumu içeren bir dönemdir (McGarry, Elliott, McDonald, Valentine ve ark 2014; Öster, Hensing, Löjdström, Sjöberg ve ark 2014a). Bu uyum döneminde çocukların anksiyete ve travmatik stres bozukluğu, depresyon ve duygu durum bozuklukları, içine kapanma, uyku sorunları, cinsel sorunlar, okul ile ilgili sorunlar, beden imajı ve özsaygıya ilişkin sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (Bakker, Maertens, Van Son ve Van Loey 2013). Yanık sonrası yaşam kalitesi ile ilgili yapılan bir çalışmada, çocukların %9'unun okula dönüş, % 6'sının mobilizasyon, % 9'unun öz bakım, % 11'inin ise olağan günlük aktiviteleri gerçekleştirme konusunda sorun yaşadıkları bulunmuştur. Aynı çalışmada annelerin % 12-18 oranında çocuklarında kaşıntı ve görünüm ile ilgili sorunlar yaşadığı bildirilmektedir (Van Baar, Polinder, Essink- Bot, Van Loey ve ark 2011).

Çocuklarda yanıkların akut dönemdeki tedavisinde tüm aile bireyleri etkilenmekte, hem çocuklar hem aileler stresli durumlar yaşamaktadır (Öster, Hensing, Löjdström, Sjöberg ve ark 2014). Yanık bakımı taburcu olduktan sonra evde de devam etmektedir ve aile üyeleri yanık bakımının temel uygulayıcısı olmaktadır. Bu süreçte ailelerin pansuman yapma, yanık için özel yapılmış basınçlı kıyafetleri giydirmeye gibi fiziksel sorunlardan dolayı zorluk ve anksiyete yaşadıkları bildirilmektedir. Aynı zamanda yanmış çocuğun bakımına odaklanıp diğer aile bireylerinin ihmal edilmesi, bakım için ev koşullarının sınırlı olması gibi nedenlerle günlük yaşamları da etkilenmektedir. Ayrıca yaşanan korkular nedeniyle aile ilişkileri de olumsuz etkilenebilmektedir. Aileler çocuğun bakımı konusunda kendilerini yalnız hissedebilmekte ve bu konuda profesyonel destek gereksinimi duyabilmektedir (Öster, Hensing, Löjdström, Sjöberg ve ark 2014). Bu yaşanan sorunlar aile üyelerinin anksiyete ve stres düzeyini artırabilmekte, bunun yanı sıra depresyona neden olabilmektedir (Bakker, Maertens, Van Son ve Van Loey 2013). Bu konuda 75 makalenin incelendiği sistematik bir çalışmada yanıklı çocukların ve ailelerinin yanık sonrasında emosyonel, davranışsal ve sosyal durumları incelenmiştir. Ailelerin % 47'sinin post-travmatik stres bozukluğu, % 19-44'ünün depresyon belirtileri, % 27-81'inin suçluluk duygusu yaşadıkları belirlenmiştir (Bakker, Maertens, Van Son ve Van Loey 2013). Yapılan bir fenomenolojik çalışmada ise yanıklı çocuklara sahip ailelerin yaşadıkları deneyimlere yönelik üç tema belirlenmiştir. Bu üç tema yanığın oluşması anında, hastanede ve taburculuk sonrasında yaşanan deneyimler olarak oluşturulmuştur. Ailelerin taburculuk sonrası evde bakımın sürdürülmesi, yanık sonrası yaşama uyum, yanık

skarı ile baş etme, rehabilitasyon gibi konularda sıkıntı yaşadıkları belirlenmiştir (McGarry, Elliott, McDonald, Valentine ve ark 2014b).

Çocuklarda yanık durumunda hem çocuğun hem ailesinin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve olumsuz sonuçların en aza indirilmesi için fiziksel ve psikolojik destek sağlanmasında hemşireye kolay ulaşılması ve gereksinimlerinin hemşireler tarafından zamanında karşılanması önemlidir (McGarry, Elliott, McDonald, Valentine ve ark 2014; Şahin, Dal ve Vural 2014). Ayrıca çocuklara ve ailelerine taburculuk sonrası günlük yaşam aktivitelerine ilişkin beklentileri ve evde karşılaşılabilecek sorunlara yönelik bilgi verilmeli ve bu güçlüklerin önlenmesinde destek sağlanmalıdır (Şahin, Dal ve Vural 2014). Bu desteğin sağlanmasında çocuk cerrahisi ve çocuk yanık ünitelerinde çalışan hemşirelerin sorumlulukları önemlidir. Yanıklı çocuklara ve ailelerine sağlanacak desteğin nasıl olması gerektiğini belirlemek için öncelikle ailelerin taburculuk sonrası evde yaşadıkları sorunların neler olduğu belirlenmelidir.

Yanıklı çocukların ve ailelerin yanık travmasını aşabilmesinin ortalama yedi yıl sürdüğü bildirilmektedir. Yanık travmasının ilk iki yılını çocuklar ve aileler şiddetli olarak yaşarken, 10 yıl içinde çocukların ve ailelerin yaşadıkları sıkıntılar ve sorunlar giderek azaldığı ifade edilmektedir. Hemşireler çocukların ve ailelerin taburculuk sonrası evde yaşadıkları sorunları bilirse çocukların ve ailelerin özelliklerine göre bakım planlayıp, aileleri evde bakım konusunda bilgilendirebilirler. Bu nedenle hemşireler, çocukların ve ailelerin taburcu olurken yaşayabilecekleri sorunları göz önünde bulundurarak çocuğun ve ailenin özelliklerine uygun taburculuk eğitimi vermelidir. Evde bakım hizmetlerinde ise hemşireler ev ziyaretlerinde bulunurken bu süreçleri göz önünde bulundurmalıdır.

Ülkemizde yanıklı çocuklar ve ailelerinin taburculuk sonrası evde yaşadıkları sorunları belirlemeye yönelik yapılan çalışmalara ulaşılamamıştır. Bu nedenle yanıklı çocukların ailelerinin taburculuk sonrası evde bakım sürecinde yaşadıkları sorunların ve nedenlerinin belirlenmesi amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

1. 2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, yanıklı çocukların ailelerinde taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların ve nedenlerinin belirlenmesidir.

1. 3. Araştırma Soruları?

- Çocuğun yaşı taburculuk sonrası sorun yaşamayı etkiliyor mu?
- Çocuğun cinsiyeti taburculuk sonrası sorun yaşamayı etkiliyor mu?
- Ailedeki çocuk sayısı taburculuk sonrası sorun yaşamayı etkiliyor mu?
- Annenin ve babanın yaşı taburculuk sonrası sorun yaşamayı etkiliyor mu?
- Annenin ve babanın öğrenim durumu taburculuk sonrası sorun yaşamayı etkiliyor mu?
- Annenin ve babanın mesleği taburculuk sonrası sorun yaşamayı etkiliyor mu?
- Ailenin yanık bakımı nedeniyle çalışma durumu etkileniyor mu?
- Ailenin sosyal güvencesi taburculuk sonrası sorun yaşamayı etkiliyor mu?
- Ailenin sosyoekonomik gelir durumu taburculuk sonrası sorun yaşamayı etkiliyor mu?
- Yanığın tipi taburculuk sonrası sorun yaşamayı etkiliyor mu?
- Yanık toplam vücut yüzey alanı taburculuk sonrası sorun yaşamayı etkiliyor mu?
- Yanık bölgesi taburculuk sonrası sorun yaşamayı etkiliyor mu?
- Yanığın derecesi taburculuk sonrası sorun yaşamayı etkiliyor mu?
- Yanık sonrası psikolog veya psikiyatri desteği alma durumu sorun yaşamayı etkiliyor mu?
- Klinikten taburcu olurken yanık bakımı ile ilgili eğitim ve danışmanlık alma durumu sorun yaşamayı etkiliyor mu?
- Ailelerin taburculuk sonrası sorun yaşama durumu anksiyete düzey puanını etkiliyor mu?

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Yanığın Tanımı ve Epidemiyolojisi

Deri ve/ veya farklı deri altı dokularında; termal, kimyasal, mekanik veya elektriksel ajanlara maruz kalarak travmatik lezyonlara neden olan akut hasarlanma yanık olarak tanımlanmaktadır (Tuna, Çetin 2010; Te'ot 2010; Diler, Dalgıç, Karadağ, Dokucu 2012). Sakatlanmaya neden olan tüm travmalar arasında en yaygın ve yıkıcı olarak belirtilen yanıklar vücut sistemlerinin tümünü etkilemektedir (Rafla ve Tredget 2011; Coffee 2013; Fakhar, Rafii ve Orak 2013). Yanık hastasının komplikasyonlarını azaltmak ve en iyi fonksiyonel duruma dönmesini sağlamak için haftalarca veya aylarca kapsamlı bakıma gereksinimi vardır ve bu bakım multidisipliner ekip yaklaşımı gerektirmektedir (Butler 2013; Coffee 2013). Bu ekibin her yaştan, ırktan, dinden yanık hastasının tıbbi, sosyal ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılayabilecek donanıma sahip olması gerekmektedir (Butler 2013). Bu ekibe dahil olan hemşireler yanık hasta bakımında birçok profesyonelin faaliyetlerini koordine ederek, yara yönetimi ve pansuman değişimi, ağrı kontrolü, yeterli beslenme ve duygusal destek sağlayarak hastanın bakımını sürdürmektedirler (Butler 2013; Coffee 2013).

Amerikan Yanık Derneği (AYD), 2013 genel yanık verilerine göre tıbbi tedavi gören yanıkların 450 000, yanık nedeniyle hayatını kaybedenlerin 3 400, yıllık yanık merkezlerine yatanların 30 000-40 000 kişi olduğu bildirilmektedir. Amerikan Yanık Derneği ve Ulusal Yanık Veri Merkezi tarafından 2013 yılında yayınlanan veri raporunda 151 685 yanıktan 5 163'ü hayatını kaybetmiştir. Amerikan Yanık Derneği 2003-2012 verilerine göre yanık sağ kalım oranının % 96.6; % 69'unun erkek; % 31'inin bayan olduğu, % 43'ünün alev yanığı; % 34'ünün sıcak su; %9'unun temas; % 4'ünün elektrik; % 3'ünün kimyasal maddeler; % 7'sinin diğer nedenlerle yandığı bildirilmektedir. Türkiye'de güncel yanık verilerine ulaşamamakla birlikte Faydalı ve Bayraktar'ın (2011) makalesinde belirttiğine göre ortalama yılda 1 milyon kişinin yandığı, yanık nedeniyle 12.000- 13.000 kişinin hastaneye yattığı, bu yatanların ise 2 000'nin öldüğü, 40 000'inin ise sakat kaldığı tahmin edilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada anestezi reanimasyon klinikleri ve yanık ünitelerine yatan kişilerin yatış nedenleri incelenmiştir. Bu çalışmaya göre yanıkların % 50'sinin alev, % 22'sinin elektrik, % 17'sinin ise sıcak suyla haşlanmaya bağlı yanıklar olduğu saptanmıştır (Ercan, Özay, Bombacı, Çevik ve ark 2012). Başka bir çalışmada da yanıkların % 77.2'sinin termal yanık (alev, haşlanma, temas yanığı), % 22.8'sinin ise diğer yanıklar (elektrik, donuk, kimyasal yanık)

olduğu bulunmuştur. Ayrıca yanan bölge dağılımına bakıldığında ise % 53.5'inin üst ve alt ekstremiteler yanığı olduğu görülmüştür (Şahin, Dal ve Vural 2014). Ülkemizde çocuklarda yanık ile ilgili bir veri bulunmamakla beraber yapılan bir çalışmada çocukların % 77'sinin haşlanma, % 14'ünün alev, % 3.7'sinin elektrik ile yandığı; yaş ortalamasının da 3.9 yıl olduğu bulunmuştur (Aliustaoğlu, İnce, Yazıcı, Berber ve ark 2010). Yapılan başka bir çalışmada ise yatarak tedavi edilen çocuk yanıklarının %50'den fazlasının çay ve çay hazırlama esnasında olduğu belirlenmiştir (Reis, Yastı, Kerimoğlu, Dolapçı ve ark 2009). Çocuklarda haşlanma yanıkları, erişkinlerde ise alev yanıklarının birinci sırada yer aldığı bildirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2011).

2. 2. Yanık Fizyopatolojisi

Yanığın neden olduğu doku yıkımı, sıvı ve protein kaybını, sepsis ve metabolik değişiklikleri (endokrin, solunum, kardiyak, hematolojik, immünolojik) kapsayan birçok lokal ve sistemik soruna neden olabilmektedir. Bu sorunlar yanan kişinin yaşı, genel durumu, yanığın derecesi ve derinliği, toplam yanık yüzey alanı ile yakından ilişkilidir. Yanık iyileştikten sonra bile kontraktür ve skar gibi birçok geç komplikasyona neden olabilmektedir (Coffee 2013).

2. 2. 1. Lokal Yanıtlar

Lokal yanıt, vücut yüzeyinin % 25'ini geçmeyen yanıklarda öncelikle meydana gelen yanıt tipidir (LaBorde 2007). Lokal inflamatuvar yanıt sonucu vazodilatasyon ve vasküler geçirgenlikte artış meydana gelir ve yanık yüzey alanı genişledikçe sistemik inflamatuvar yanıtı neden olur.

Bir yanık yarasının değişik alanları farklı hasar derinliklerine sahiptir. Yanık temel olarak nekroz (koagülasyon) bölgesi, inflamasyon (hiperemi) bölgesi ve iskemi (staz) bölgesi olmak üzere üç boyutlu ele alınan iskemik bir yaradır (Şekil 1). Bu üç bölgeyi en iyi açıklayan kişi Jackson olduğu için buna Jackson modeli denilmektedir. Bu bölgeler; şekil 1'de görülmektedir.

Koagülasyon bölgesi

Staz bölgesi

Hiperemi bölgesi



Şekil 1. Yanık Bölgeleri

Kaynak: Molnar J.A “Application of VAC therapy in burn injury ” In: Hyakusoku H, Orgill D.P, Te'ot L, Priboz J.J, Ogawa R, editors. Color Atlas of Burn Reconstructive Surgery. 2010th ed. Berlin: Springer; 2010, p: 16. http://static-content.springer.com/lookinside/chp%3A10.1007_%2F978-3-642-05070-1_4/000.png erişim tarihi:04.04.2015'den alınmıştır.

Nekroz (Koagülasyon) Bölgesi

Yanık alanının merkezini oluşturur (Şekil 1). Yaranın en derin bölgesi olup cansız olan dokusudur. Geri dönüşümsüz doku kaybı vardır (Molnar 2010).

İnflamasyon (Hiperemi) Bölgesi

Yanık alanının dış merkezini oluşturur (Şekil 1). Birinci derece gibi yüzeysel yanıklarda sorunsuz iyileşen bölgedir (Molnar 2010). Bu alandaki dokular ciddi sepsis veya uzamış hipoperfüzyon gibi durumlar gelişmediği sürece mutlaka iyileşir (Koltka 2011).

İskemi (Staz) Bölgesi

Bu alan diğer iki alan arasında bulunan bölgedir (Şekil 1). Zayıf kan akımı nedeniyle doku metabolizması bozulduğu için orta derecede etkilenmiş olan bu bölge yaranın durumuna göre canlı kalabilir ya da koagülasyon nekrozuna gidebilir. Dolaşım bozukluğu nedeniyle mikrotrombüsler oluşur, serbest radikaller damar duvarında birikir (Molnar 2010). Kan akımında bozukluk, ciddi yanık alanlarında iki ile üç saat içerisinde ortaya çıkabilir. Ciddi olmayan yanıklarda bu süre 16-24 saate kadar gecikebilir. Bu gecikme süreci 48 saate kadar uzayabilir.

Bu alan yanıklı alanın hasar derinliğinin belirlenmesinde oldukça önemlidir. Yanık tedavisinde aşırı sıvı replasmanı nedeniyle ödemin artması da yanığın derinliğini artırabildiğinden, nekroz (koagülasyon) bölgesine benzer şekilde cilt hasarının gelişmesinin yanında akciğer ödemi de gelişebilmektedir. Bunları önlemek için sıvı kısıtlamasına gitmek gerekebilir. Bu arada, hasarı azaltmak ve ilerlemeyi durdurmak için antioksidanlar,

prostaglandin inhibitörleri kullanımı ve negatif basınç uygulaması iskeminin (staz) azaltılması ve derinliğin artışı önlemekte etkili olabilmektedir. Lokal endotelial etkenler ve nötrofillerle bağlantılı bazı inflamatuvar yanıtlar iskemi (staz) bölgesi ile ilgilidir. Lokal inflamasyonun kontrolüne yönelik tedavi iskemi (staz) bölgesini de koruyabilir (Jeschke 2015).

İskemi (staz) bölgesinde hücrelerin canlılığını yitirmemesi için hastanın destekleyici tedavisinde geç kalınmamalıdır. Uygun koşullar sağlandığı takdirde, iskemi (staz) bölgesinde hücreler bir hafta içerisinde yeniden canlılığını kazanır. Ancak iyileşme gerçekleşse dahi bu bölgede epitelial hücre kaybı yüksektir (Harma 2011).

2. 2. 2. Sistemik Yanıtlar

Yanık bölgesinden salınan sitokinler ve diğer inflamatuvar mediyatörler sistemik yanıtı oluşturmaktadır. Sistemik olarak ortaya çıkan değişiklikler aşağıda tanımlanmaktadır.

2. 2. 2. 1. Yanık Ödemi

Yanıkta oluşan ödem, hasar gören damardan plazma proteinlerinin hücreler arası boşluğa ekstrasvazasyonu sonucu oluşur. Kanın osmotik basınç dengesinin bozulması nedeniyle sağlam dokulardan da sıvı kaybı başlar. Bu şekilde oluşan sıvı kayıpları ise hipovolemiye neden olur (Kramer 2012).

Hemodinamik değişiklikler; periferik kan akımının azalmasına bağlı sistemik vasküler rezistansta artma, plazma volümü, kardiyak out-put ve idrar atımında azalmayı içeren kanama sonrası değişikliklere benzerdir. Bununla birlikte transkapiller geri dolum nedeniyle hemorajik hipovolemide hematokritin düşmesine karşın, yanıkta yeterli sıvı resüsitasyonuna rağmen plazma kaybı nedeniyle hemoglobin ve hematokrit değerlerinin yüksek kaldığı dikkati çekmektedir (Kramer 2012; Jeschke 2015).

Sağlam dokulardaki ödem genellikle ilk 4-6 saatten sonra ortaya çıkar ve resüsitasyonda plazma eksikliğinin giderilmesini etkiler. Yaralanma yanıktan 24-48 saat sonraya kadar dinamik bir şekilde devam eder. Ödem nedeniyle oksijen difüzyonu azaldığı ve iskemik süreç arttığı için enfeksiyon riski artmaktadır. Tedavideki temel amaç tüm şok tiplerinde olduğu gibi yanıkta da doku ve organların perfüzyonunu sağlamaktır (Kramer 2012; Jeschke 2015). Gereksiz miktarda aşırı sıvı replasmanının ödemi arttıracığı unutulmamalıdır (LaBorde 2007).

Çevresel yanıklarda ödem özellikle ekstremitelerdeki kan damarlarına ve sinirlere basınç yapıp iskemik bir durum gelişmesine de neden olabilmektedir. Ortaya çıkan bu tablo kompartman sendromu olarak adlandırılır (LaBorde 2007).

2. 2. 2. 2. Kardiyovasküler Değişiklikler

Yanık sonucunda kardiyovasküler olarak ilk anda verilen yanıt kalp debisinde azalma ve sistemik vasküler dirençte artmadır. Sıvı kaybı sürekli olduğunda ve vasküler volüm azaldığında kardiyak out- put ve kan basıncı düşer. Kardiyak out-put yanık sonrası 18-36 saat düşük seyreder. Bunun sonunda sempatik sinir sisteminden katekolaminler salınır (LaBorde 2007). Buna bağlı olarak periferik direnç ve kalp hızı artar. İnflamatuvar sitokin nekroz salınımı ile myokard kontraktilitesi baskılanabilir. Bu süreçte sıvı replasmanı ile hipovolemi düzeltilirse kardiyak performans da düzelecektir. Yeterli sıvı tedavisine rağmen, kardiyak dolum basınçları (santral venöz basınç, pulmoner arter basıncı ve pulmoner arter oklüzyon basıncı) yanık şoku döneminde düşük kalabilir. İkinci 24 saatlik dönemde hacim kaybı yerine konulmuş olur ve mikrovasküler geçirgenlikte meydana gelen değişiklikler azalır. Böylece kalp debisi 3. günden sonra normalin üstünde seyreder. Yanıktan sonraki 10. günde kalp debisi normalin 2.5 katı artmaktadır (Koltka 2011; Coffee 2013). Kalp debisinde meydana gelen bu artışın amacı yanık bölgesine kan akımını arttırmaktır. Bu nedenle kalp debisinde hipovolemi veya farmakolojik girişimlere (dobutamin, beta blokerler) bağlı meydana gelen azalma yanık alanına oksijen ve beslenme desteğini bozarak yanık iyileşmesini olumsuz etkilemektedir (Koltka 2011).

2. 2. 2. 3. Elektrolit Değişiklikleri

Yanık şoku sırasında genellikle serum sodyum düzeyi değişiklik göstermektedir. Hiponatremi yanık sonrası akut fazın ilk haftasında vücut sıvısının intertisyel alandan vasküler alana geçişi sırasında görülmektedir. Endokrin sistemdeki stres nedeniyle aldesteron hormonu salınımı artar, böbreklerde sodyum geri emiliminin artmasına yol açar. Bunun sonucunda vücutta sodyum miktarı arttığı için vasküler dehidratasyon meydana gelir. Kan viskozitesinin artmasıyla küçük damarlara giden akım azalır ve dokuda hipoksi artar (Coffee 2013).

Hücre yıkımına bağlı olarak hiperkalemi gelişir, vücut sıvısının yer değişikliği ve idrar ile atılımı nedeniyle daha sonraki haftalarda ise hipokalemi gelişir. Hipokalemi gelişirse potasyum desteğinin sağlanması gerekebilir (LaBorde 2007).

Elektrolit değişiklikleri nedeniyle periferik dolaşım bozulduğunda, özellikle büyük yanıklarda metabolik asidoz gelişmesi açısından dikkatli olunmalıdır (Kramer 2012).

2. 2. 2. 4. Solunum Sistemi Değişikleri

Yanıklarda solunum sistemi ile ilgili direk yaralanmalar, alev ile temas sonucunda olmaktadır. Solunumsal yetmezlik ise sıvı resüsitasyonu sonucu oluşan havayolu ödemi, pulmoner kapiller geçirgenliğin artması, göğüs hareketlenmesini engelleyen göğüs yanıkları ve karbonmonoksit zehirlenmeleri sonucunda oluşabilmektedir. Pulmoner vasküler direnç hemen artar ve bu artış sistemik vasküler direnç artışından daha uzun sürelidir. Bu artışta pulmoner kapiller hidrostatik basıncı düşürerek sıvı resüsitasyonu sırasında akciğer ödeminden koruyucu bir etki yaratır. Histamin, serotonin, ve tromboksan salgılayan bronşlar güçlü bir vazokonstrüktör olup, solunumu kısıtlayabilir. Hatta akciğer hasarı olmadan, hipoksi meydana gelebilir. Yanık sonrası erken dönemde, yanık stresine bağlı katekolamin salgılanması ve böylece çevre dokuya giden oksijenin azalması periferik kan akışını değiştirip hipermetabolizmaya ve hipoksiye neden olabilir. Böylece yetersiz oksijene bağlı olarak akut respiratuvar distres sendromu gelişebilir (LaBorde 2007; Koltka 2011; Coffee 2013).

2. 2. 2. 5. Gastrointestinal Sistem Değişiklikleri

Yanık sonrası kardiyak out- putun azalmasına bağlı gastrointestinal sistem kanlanması da azalmaktadır. Bunun sonucunda gastrik mukozal bütünlük ve motilite bozulur. Sempatik sinir sisteminin uyarılması sonucu epinefrin, norepinefrin salınımı artar, gastrointestinal sistem peristaltizimi azalır. Buna bağlı olarak paralitik ileus gelişebilir. Aynı zamanda yanık sonrası ilk 24 saatte gastrointestinal sistem hasarlarından dolayı stres ülseri de gelişebilmektedir (Coffee 2013). Stres ülserinden korunmada en önemli faktörler yanıktan sonra 8-12 saat içinde ağızdan beslenmenin sağlanmasıdır. Glutamin ve diğer antioksidanların kullanımı stres ülserini azaltmaktadır. Ayrıca antiasit ve H₂ reseptör blokajların kullanımı da stres ülserini önlemektedir (Jeschke 2015).

Yanık yüzeyinin büyüklüğüne göre erken dönemde karaciğer fonksiyon bozukluğu oluşabilmektedir. Buna bağlı olarak karaciğer enzimlerinde de artış görölmektedir. Kardiyak debide meydana gelen azalma, kan vizkositesindeki artmaya ve splenik vazokonstrüksiyon da bağlı olabilir. Yanığın geç döneminde meydana gelen karaciğer enzimlerinin artması ise sepsisi

gösterebilir. Karaciğer fonksiyonlarının düzeltilmesi ciddi yanıklarda morbitide ve mortalite oranlarında iyileşme sağlayabilir (Koltka 2011).

2. 2. 2. 6. Metabolik Değişiklikler

Yanık sonrası erken dönemde metabolizma hızı azalır; sıvı replamanına bağlı oksijen ve kalori ihtiyacı nedeniyle hipermetabolik durum gelişebilir. Hipermetabolik durum vücut sıcaklığını yükseltir. Katekolamin, glukagon ve kortizol değerleri artarken insülin ve triiyodotironin (T3) değerleri azalır. Glukozun hızla kullanılmasına bağlı olarak insüline direnç gelişir ve nitrojen dengesi negatifleşir. İnsüline periferik direnç vardır ve nitrojen dengesi negatiftir. Yanık yarası iyileşirken veya greftleme ile kapatıldığı zaman katabolik hormon cevabı ortadan kalkıp anabolik evre başlar. Yanığın üzerine septik komplikasyonların eklendiği durumlarda ise ilk baştaki hipermetabolik cevap artarken sepsis tablosunun devamında hipometabolizma hali gelişebilir (Koltka 2012). Hipermetabolizmanın en önemli sebebi stres hormonlarının açığa çıkmasıdır (Aydoğan, Ekici 2012). Yanık sonrası 4-12 gün arasında kalori ihtiyacı normalin iki üç katına çıkar (Coffee 2013). Yanık hastanın metabolizması yara iyileşme sürecinde yavaşlar fakat büyüme çağındaki çocuklarda enfeksiyon hallerinde ve hastalık durumlarında hipermetabolizma devam eder (Aydoğan, Ekici 2012). Erken beslenmenin sağlanması çok önemli olup, metabolizma hızının ve kan şekerinin düzenlenmesi, karaciğer fonksiyonlarının da düzenlenmesini sağlar, iyileşme sürecini hızlandırır (Aydoğan, Ekici 2012; Sakallıoğlu Abalı 2011).

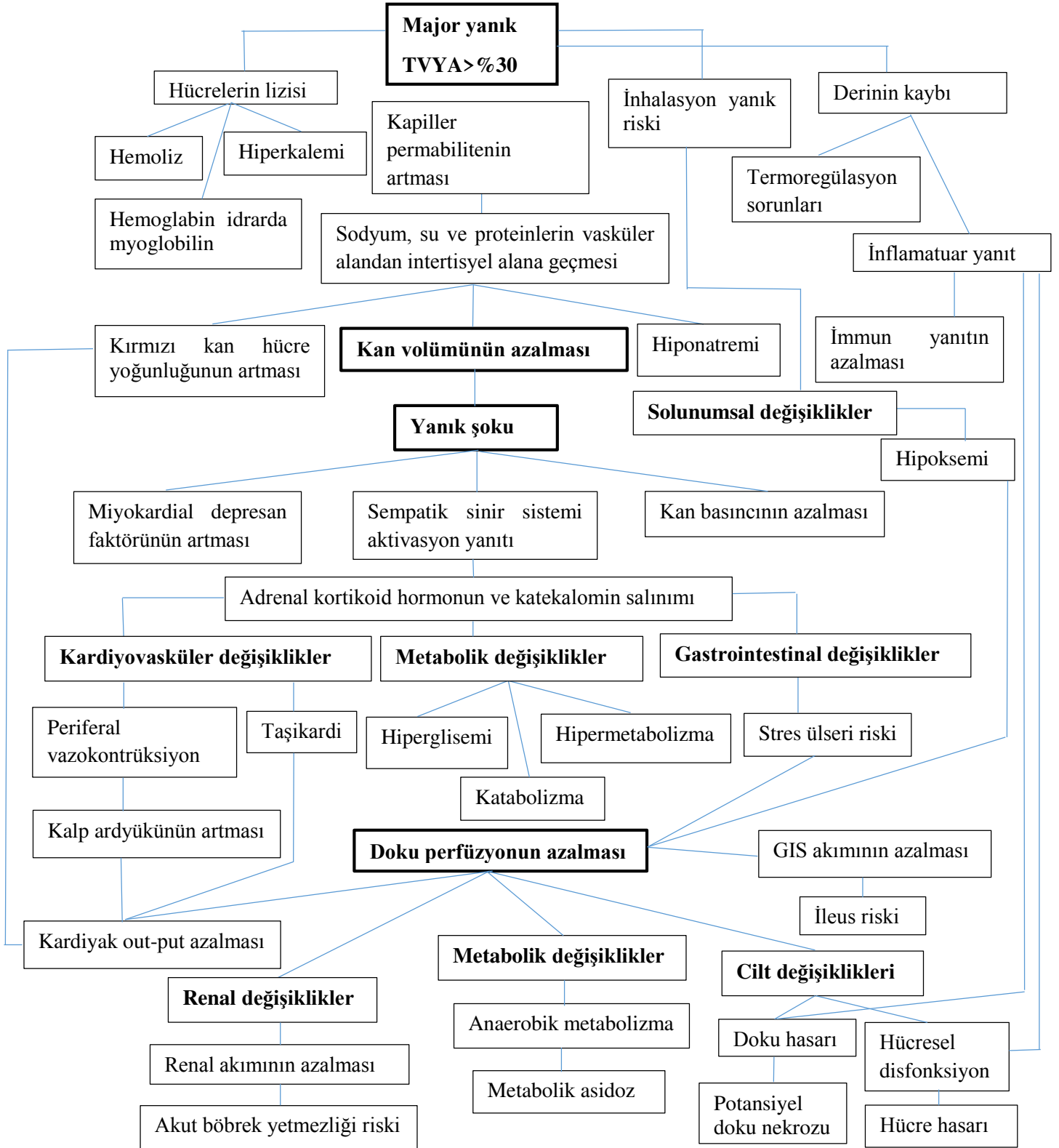
2. 2. 2. 7. İmmunolojik Değişiklikler

Yanık sonrası ilk haftada sistemik inflamatuvar yanıt gelişir. Lökosit sayısı yüksek seyrederken lenfosit sayısı düşüktür. Anti-enflamatuvar tepki olarak ortaya çıkan lenfositler apoptoz ile kaybedilirler. Bu olay glukokortikoidler tarafından düzenlenmekte olup glukokortikoid reseptör antagonistlerince bloke edilebilir. Bu süreçte tümör nekroz faktör (TNF α)'nın rolü yoktur. İnterlökin (IL-2) düzeyleri azalır. Topikal ve sistemik antibiyotiklerin gereksiz kullanımı, genel anestezi, kan transfüzyonu ve cerrahi işlemlerde immün fonksiyon azaltıp, enfeksiyon gelişimine yol açabilmektedir (Coffee 2013). Eğer septik komplikasyonlar gelişirse IL-2 yapımı daha da azalır. İlk 5 gün IL-1, IL-6 ve IL-8 düzeyleri ciddi miktarlarda artar.

Granülosit kemotaksisi, degranülasyon, adherans, serbest oksijen radikal üretimi ve kompleman reseptör ekspresyonunda değişiklikler meydana gelir. Kompleman sistemi doğuştan ve edinsel immun sistem ile beraber mikrobiyal lizis tarafından aktive edilir. Kompleman sistemin tamamlayıcı temel işlevleri opsonizasyon, lökosit kemotaksisi ve enfeksiyonların öldürülmesidir (Murphey, Sherwood, Toliver-Kinskyn 2012).

Yanığın genişliğine bağlı sitotoksik T lenfosit fonksiyonu bozulur, yanık yarasının erken eksizyonu sitotoksik T lenfosit fonksiyonunu düzeltir (Jeschke 2015).

Yanıkta yeterli sıvı replasmanı, vazoaktif ilaçların uygun kullanımı, yanığın eksizyonu, enfeksiyonlara karşı antibiyotik kullanımı immün sisteme destek sağlayıp iyileşme sürecini hızlandırır (Sherwood, Traber 2012).



Şekil 2. Yanık Sonrası Fizyolojik Değişiklikler

Kaynak: LaBorde PL “Management of Patients With Burn Injury ” In: Smeltzer SC, Bare B, Hinkle JK, Cheever KH, editors, Medical Surgical Nursing. 11th ed. America: Wolters Kluwer Health, 2007, p: 1708

Cheek DJ, Martin LL, Morris SE “Shock, Multiple Organ Dysfunction Syndrome and Burns in Adult” In: McCance KL, Huether SE, Brashers VL, Rote NS editors, Pathophysiology The Biologic Basis for Disease in Adults and Children. 6th ed. Mosby: Elsevier, 2010, p: 1696-1751’den alınmıştır.

2. 3. Çocukta Yanığın Değerlendirilmesi

Yanığın değerlendirilmesinde kullanılan parametreler yanığın “genişliği”, “derinliği” ve “şiddeti” dir.

2. 3. 1. Çocukta Yanık Genişliğinin Hesaplanması

Yanık yüzeyinin doğru olarak hesaplanması yanığın ciddiyetini belirleyen parametrelerden biridir. Verilecek olan sıvı replasman tedavisinin miktarının ve ihtiyaç olan kalori miktarının belirlenmesinde ve hayati tehlike olup olmadığının değerlendirilmesinde önemlidir. Yanık alanlarının genişliği belirlenirken her bir yanık alanının genişliği değil tüm vücut yüzey alanının % kaçının yandığı şeklinde hesaplama yapılır (Coffee 2013). Yanık yüzdesi hesaplandıktan sonra çocuğun ayaktan mı yoksa hastanede yatarak mı tedavi edileceğine karar verilir (Zor, Ersöz, Külahçı, Kapı, Bozkurt 2009).

Erişkinlerde vücut kısımları toplam vücut yüzeyine sabit olduğu için “dokuzlar kuralı” kullanılmaktadır. Çocuklarda vücut kısımlarının toplam vücut yüzeyine oranı sabit kalmamaktadır. Çocuklarda kafa/ ekstremiteler oranları erişkinlerden daha büyük olup, alt ekstremitelerin vücutta oranı ise daha küçüktür. Bu nedenle çocuklarda yanık genişliğinin hesaplanmasında genellikle “Lund Browder Metodu” kullanılmaktadır. Bu metod çocuklarda yanan vücut yüzey alanını güvenilir olarak verdiği için uygun bir seçimdir (LaBorde 2007; Sakallıoğlu Abalı 2011).

Bölge	0-1 Yaş	1-4 Yaş	5-9 Yaş	10-14 Yaş	15 Yaş	Yetişkin	1°	2°	3°	Toplam
Baş	19	17	13	11	9	7				
Boyun	2	2	2	2	2	2				
Ön Göğüs	13	13	13	13	13	13				
Arka Göğüs	13	13	13	13	13	13				
Sağ Koltuk	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5				
Sol Koltuk	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5				
Genital	1	1	1	1	1	1				
Sağ Üst Kol	4	4	4	4	4	4				
Sol Üst Kol	4	4	4	4	4	4				
Sağ Alt Kol	3	3	3	3	3	3				
Sol Alt Kol	3	3	3	3	3	3				
Sağ El	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5				
Sol El	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5				
Sağ Bacak	5,5	6,5	8	8,5	9	9,5				
Sol Bacak	5,5	6,5	8	8,5	9	9,5				
Sağ Ayak	5	5	5,5	6	6,5	7				
Sol Ayak	5	5	5,5	6	6,5	7				
Sağ Ayak	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5				
Sol Ayak	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5				
TOPLAM	100	100	100	100	100	100				

Yanık Nedeni:
Yanık Gün ve Saat:
Yaş:
Cins:
Not: Kırmızı 3° Mavi 2°

Yanık Diyagramı

Şekil 4. Lund Browder Metodu

Kaynak: Sakallıoğlu Abalı A.E. Pediatrik yanık hastalarının yoğun bakım yönetimi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2011;9 Özel Sayı: 62-9 sayfa:64’den alınmıştır.

2. 3. 2. Çocukta Yanık Derinliği

Yanık derinliği klinik gözlem açısından üç derecede incelenmekte olup, bazı literatürde dört dereceye bazılarında ise altı dereceye kadar tanımlanmaktadır (Téot 2010; Coffee 2013; http://simple.wikipedia.org/wiki/Burn_%28injury%29 erişim tarihi:02.06.2015).

Değerlendirme derinin tümüyle kaybedilip, kaybedilmemesine göre yapılır. Yanığın derinliği yaralanmanın nasıl meydana geldiği, ısının kaynağı, cildin ısı kaynağı ile temas süresi, yanan maddenin sıcaklığı ve cildin kalınlığı gibi değişkenlere göre değişmektedir. Yanık bakımının planlanmasında, fonksiyonel ve kozmetik sonuçların belirlenmesinde temel öneme sahiptir. (Coffee 2013).

Yanığın dinamik bir olay olması nedeniyle doğru olarak tanımlanması ilk 72 saatten önce oldukça zordur. Sıcak su ile haşlanma ile gelen çocuklarda yanığın derinliğini tanımlamak zordur. Tedavinin nasıl sürdürüleceğine dair karar vermek için 48-72 saate sonra yeniden değerlendirme yapmak daha doğru olur (LaBorde 2007; Coffee 2013; Shahrokhi 2015).

Tablo 1. 1. Yanık Derinliği

Özellik	Yüzeysel yanık	Yüzeysel kısmi kalınlıkta yanık	Derin kısmi kalınlıkta yanık	Tam kalınlıkta yanık	Derin tam kalınlıkta yanık
	I. Derece Yanık	II. Derece yanık		III. Derece yanık	IV. Derece yanık
		Yüzeysel yanık	Derin yanık		
Renk	Pembe kırmızı	Pembe kırmızı	Kırmızı beyaz	Siyah, kahverengi, sarı, beyaz, kırmızı	Siyah
Ödem	Hafif	Hafif, orta	Orta	Ciddi	Yok
Ağrı	Var	Var	Var	Var ya da yok	Yok
Bül	Yok	Var	Nadir	Yok	Yok
Eskar	Yok	Yok	Var, yumuşak ve ıslak	Var, sert ve esnek olmayan	Var, sert ve esnek olmayan
İyileşme zamanı	3-6 gün	Yaklaşık 2 hafta	2-6 hafta	Haftalarca aylarca	Haftalarca aylarca
Greft ihtiyacı	Yok	Yok	İyileşmeyen yanık için	Var	Var
Örnek	Güneş yanığı, parlama yanığı	Haşlanma, alev, temas yanığı	Haşlanma, alev, uzun süreli temas yanığı, yağ, kimyasal	Haşlanma, alev, uzun süreli temas yanığı, yağ, kimyasal, katran, elektrik	Haşlanma, elektrik, yağ, katran, kimyasal

Kaynak: Coffee T “Care of Patients with Burns” In: Ignatavicius D.D, Workman M.L, editors. Medical Surgical Nursing. 7th ed. United States of America: Elsevier, 2013, p: 513

Te'ot L “Primary Wound Management: Assessment of Acute Burns ” In: Hyakusoku H, Orgill D.P, Te'ot L, Priboz JJ, Ogawa R, editors. Color Atlas of Burn Reconstructive Surgery. 2010th ed. Berlin: Springer; 2010, p: 3-5’den alınmıştır.

Tablo 1. 2. Yanık Derinliği*

Yüzeysel yanık	Yüzeysel kısmi kalınlıkta yanık	Derin kısmi kalınlıkta yanık	Tam kalınlıkta yanık	Derin tam kalınlıkta yanık
<i>I. Derece Yanık</i>	<i>II. Derece yanık</i> Yüzeysel yanık	Derin yanık	<i>III. Derece yanık</i>	<i>IV. Derece yanık</i>
				

*Fotoğraflar Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yanık Ünitesi arşivinden alınmıştır.

2. 3. 3. Çocukta Yanığın Şiddeti

Yanığın şiddetinin hesaplanması çocuğun tedavisinin planlanması açısından önemlidir. Çocuklar için % 10'dan daha küçük yanıklar ve fonksiyonel bozulmaya neden olmayan kozmetik bölgelerin %2'sinden daha az olan yanıklar küçük yanık olarak kabul edilip ayaktan tedavi edilir. Çocuklar için %10'dan küçük olup derinliği fazla olan yanıkların ve fonksiyonel risk oluşturmeyen kozmetik bölgelerin %10'nundan daha az olan yanıkların orta şiddetli yanık olarak değerlendirilip tedavi edilmesi gerekir. Ayrıca % 20'den fazla olan yanıkların ve fonksiyonel bozulmaya neden olan kozmetik bölgelerinin yanıklarının ise büyük şiddetli yanık olarak kabul edilerek hastaneye yatırılarak tedavi edilmeleri gerekir. Ayaktan tedavi edilecek olan yanıklı çocukların sıvı replasmanı gereksinimi ve devam eden komplikasyonu olmamalı; aynı zamanda yeterli besleniyor ve ağrı kontrollerinin sağlanması gerekmektedir (Hartford 2012).

Tablo 2. Yanığın Şiddeti

Toplam Vücut Yüzey Alanı	Küçük Yanıklar
≤10	Çocuklar için
≤2	Çocuklar için kozmetik olmayan tam kalınlıkta yanık Gözler, kulak, yüz, eller, ayaklar ve perine fonksiyonel risk
Toplam Vücut Yüzey Alanı	Orta Yanıklar
≤10	Tam kalınlıkta yanıklar
≤10-20	10 yaş altı çocuklar için tam kalınlıkta yanıklar
≤10	Çocuklar için kozmetik olmayan tam kalınlıkta yanık Gözler, kulak, yüz, eller, ayaklar ve perine fonksiyonel risk
Toplam Vücut Yüzey Alanı	Ciddi Yanıklar
≥20	10 yaş altı çocuklar için tam kalınlıkta yanıklar
≥10	Tam kalınlıkta yanık
	Tüm yüksek voltajlı elektrik yanıkları
	Büyük travma ile komplike tüm yanık yaralanmaları
	Tüm riskli hastalar
	Fonksiyonel bozulmaya neden olan ve kozmetik olarak gözleri, kulakları, yüzü, elleri, ayakları, ya da perine bölgesini içeren tüm yanıklar

Kaynak:Hartford C.E “Care of Outpatient Burns ” In: Herndon D.N, editors, Total Burn Care. 4th ed.

Edinburgh: Elsevier, 2012, p:92'den alınmıştır.

2. 4. Yanıklı Çocuğun Yönetimi

Yanık bakımı temelde üç ana bölümden oluşmaktadır. İlk olarak acil evrede resüsitasyonu, sonrasında akut bakım dönemini ve rehabilitasyon dönemini kapsamaktadır (LaBorde 2007). Bu dönemlere göre bakım özellikleri Tablo 3’te görülmektedir.

Tablo 3. Yanık Bakım Fazları

DÖNEM	SÜRE	ÖNCELİKLER
Acil resüsitasyon dönemi	Yaralanmanın başlangıcından itibaren sıvı replasmanı tamamlanıncaya kadar geçen yaklaşık ilk 48 saatlik süre	• İlk yardım ve solunumun sürdürülmesi • Şokun önlenmesi • Bilincin değerlendirilmesi • Eşlik eden yaralanmaların tedavisi • Yara değerlendirmesi ve ilk bakım
Akut bakım dönemi	Sıvı replasmanı tamamlanıp diürezin başlamasından yara kapanana kadar geçen yaklaşık 21 günlük süre	• Yara bakımı ve kapatma • Enfeksiyonun önlenmesi ve komplikasyonların önlenmesi • Beslenme desteğinin sağlanması
Rehabilitasyon dönemi	Büyük yaraların kapanması ile başlayıp bireyin taburculuk sonrası fiziksel ve psikososyal iyilik haline gelinceye kadar geçen süre	• Skar ve kontraktürlerin önlenmesi • Fiziksel ve mesleki rehabilitasyon • Fonksiyonel ve kozmetik rekonstrüksiyon • Psikososyal danışmanlık

Kaynak: LaBorde P.L “Management of Patients With Burn Injury ” In: Smeltzer S.C, Bare B, Hinkle JK, Cheever KH, editors, Medical Surgical Nursing. 11th ed. America: Wolters Kluwer Health, 2007, p:1710’dan alınmıştır.

2. 4. 1. Acil Resüsitasyon Dönemi

Acil resüsitasyon dönemi genel yanık yönetimi ve spesifik yanık yönetimi olmak üzere iki bölümde yönetilmektedir. Genel yanık yönetiminde çocuk baştan ayağa değerlendirilir. Çocuğun yaşamsal bulguları göz önünde bulundurularak müdahale edilir. Spesifik yanık yönetiminde yanığın türüne (alev yanığı, kimyasal yanık, elektrik yanığı, radyasyon yanığı vb.) göre girişimler farklılık göstermektedir (Coffee 2013).

Acil resüsütasyon döneminde çocuklarda güvenli bir damar yolu açılarak en az 0.5- 1 ml/h/kg'lık idrar çıkışı sağlamak için Ringer Laktatlı sıvılar uygulanır. Acil serviste yeterli sıvı replasmanı sağlandıktan sonra çocuğun uygun bir yanık merkezine transfer edilmesi gerekir (LaBorde 2007; Knott, Ostlie, Juang 2014).

2. 4. 2. Akut Bakım Dönemi

Akut yanık bakımı acil sıvı replasmanı döneminin ardından 48-72 saat sonra başlamaktadır. Bu aşamada solunum ve dolaşım durumunun değerlendirmesine, sıvı ve elektrolit dengesinin korunmasına ve gastrointestinal fonksiyonun değerlendirmesine yönelik girişimler uygulanır. Enfeksiyonu önlemeye, yanık yarasının bakımına (yara temizleme, topikal antibakteriyel tedavi, pansuman değişiklikleri, yara debridmanı ve yara grefti), ağrı yönetimine ve beslenme desteğine yönelik girişimler bu dönemde planlanmalıdır. Bu dönemde hasta multidisipliner bakıma ihtiyaç duyar (LaBorde 2007; Cofee 2013).

2. 4. 2. 1. Enfeksiyonun Önlenmesi

Çocuk ve yetişkin tüm yanık hastalarında açık yaranın olması ve immun sistem fonksiyonlarının bozulmasından dolayı enfeksiyon riski yüksektir. Yanıklı hastalarda yara enfeksiyonu önemli komplikasyondur. Yanığa bağlı mortalitenin % 75'i enfeksiyonlara bağlı olarak gelişmektedir (Rafla, Tredget 2011; Coffee 2013). Yanık yarası yüzeyi proteinden zengin eksuda içerdiğinden ve avasküler ve nekrotik olmasından dolayı kolayca enfekte olabilmektedir. Nekrotik doku, kültür ortamı içermektedir. Aynı zamanda bağışıklık hücreleri de dolaşımın bozulması nedeniyle bu alana yeterli göç edememektedir. Bu nedenle doğal ve adaptif bağışıklık yanıtları bastırılmıştır (Özkurt, Altıparlak, İba Yılmaz, Erol ve ark, 2012). Yapılan bir çalışmada yanık yarası üzerinde gelişen suşlar bakıldığında % 15.6 *Acinetobacter baumannii*, % 13.8 *Pseudomonas aeruginosa*, % 11 *Staphylococcus aureus* 'un baskın olduğu bulunmuştur (Essayagh, Zohoun, Tourabi, Ennouh ve ark 2012). Ayrıca yanıklarda enfeksiyon durumunda vücut ısısında yükselme, takipne ve taşikardi görülmektedir. Bu konu ile ilgili olarak yanık enfeksiyonlarında ateş görülme sıklığı incelendiğinde % 30.6'sında ateş periyodları görülmüştür (Vyles, Sinha, Rosenberg, Foster ve ark 2013). Bu nedenle yara görünümündeki lokal değişimler ile birlikte hastanın sistemik değerlendirmesi de yapılmalıdır (Coffee 2013). Yanıkta lokal ve sistemik enfeksiyon belirtileri Tablo 4'te görülmektedir.

Enfeksiyonu önlemek için bakım verirken aseptik tekniğe uyulmalı; bone, önlük, maske, steril eldiven giyilmesi gerekmektedir. Gerekirse düzenli aralıklarla doku kültürü alınmalıdır. Kültür sonuçlarına göre uygun antibiyotik tedavisi başlanmalıdır (LaBorde, 2007).

Tablo 4. Yanıkta Lokal ve Sistemik Enfeksiyon Belirtileri

Lokal Belirtiler	Sistemik Belirtiler
• Kısmi kalınlıktaki yanığın tam kalınlıktaki yanığa dönüşmesi • Yara üzerinde ülserasyon, eritem • Deride veziküler lezyonlar • Yanık yarası etrafında ödem ve drenaj • Granülasyon dokusu • Greftin bozulması • Yara etrafında koku	• Bilinç düzeyinde değişiklik • Vital bulgularda değişiklikler (taşikardi, takipne, ateş, hipotansiyon) • Sıvı gereksinimin artması • Hemodinaminin bozulması • Oligüri • Gastrointestinal sistem bozuklukları (diyare, kusma, abdominal distansiyon, parolitik ileus) • Hiperglisemi • Trombositopeni • Metabolik asidoz ve hipoksemi

Kaynak: Coffee T “Care of Patients with Burns” In: Ignatavicius D.D, Workman M.L, editors. Medical Surgical Nursing, 7th ed. United States of America: Elsevier, 2013, p: 530’den alınmıştır.

2. 4. 2. 2. Yara Temizliği

Yanık yarasının temizliğinde temel olarak steril su veya serum fizyolojik kullanılmaktadır. Çeşitli antibakteriyel ilaçlar da beraber kullanılabilir. Topikal ilaçlar uygulanmadan önce yaranın nazikçe durulanması gerekir. Günlük yara bakımında herhangi bir sorun yoksa hasta için hidroterapi önemlidir. Banyo ya da duşta yanan bölgedeki ölü dokuların uzaklaştırılması sağlanır. Eğer hidroterapi için hasta kaldırılamıyorsa yatağında yara temizliği yapılmalıdır. Çocuklarda yara bakımında özellikle banyo yapma strese neden olabilmektedir. Bu nedenle çocuklara banyodan 30 dk önce analjezik verilmesi ve gevşeme teknikleri ile rahatlatılması önemlidir (LaBorde 2007; Yavuz 2010).

2. 4. 2. 3. Topikal Antibakteriyel Tedavi

Topikal yanık bakımı ve pansumanın amacı, ağrıyı en aza indirmek, enfeksiyon riskini azaltmak, yara iyileşmesini hızlandırmak, kozmetik deformiteyi en aza indirmek ve yanan bölgenin fonksiyonunu korumaktır. Antimikrobiyal ajanlar bakteri ve mantar kolonizasyonunun en aza indirmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu amaçla genellikle gümüş sülfadiyazin (silverdin®), kollajenaz (novuxol®), nitrofurazon (furacin®), %10 povidon-iyot (isosol®), hidrokolloid (duoderm®), biobrane, silikon (mepitel®), aquacel Ag ürünler kullanılmaktadır (Warner, Coffee, Yowler 2014).

2. 4. 2. 4. Yanık Yarası Pansumanı

Yanık yaraları temizlenip debride edildikten sonra topikal antibiyotikler ile enfeksiyonun önlenmesi amaçlı pansuman yapılmaktadır. Pansumanlar analjezik uygulamasının ardından yapılmalıdır. Yanığın özelliğine göre standart yara pansumanı, biyolojik yara pansumanı, biyosentetik yara pansumanı ve sentetik yara pansumanı kullanılmaktadır (Coffee 2013).

a) Standart Yara Pansumanı

Yanık yarasının üzerine topikal ajanların uygulanıp standart gazlı bez ile kapatılması olarak tanımlanmaktadır. Pansumanın değişim sıklığını; yanığın derinliği, beklenen drenaj miktarı, yanık bölgesinin alanı ve hareket etme durumu belirlemektedir. Genelde her 8 saatte bir yara alanı temizlenip pansuman değiştirilir (LaBorde 2007, Coffee 2013).

b) Biyolojik Pansuman

Biyolojik pansumanlar genellikle geçici yara kapamasında, geniş ve derin yanık alanlarında kullanılmaktadır. Biyolojik pansumanlar homograft (allograftların) ve heterograftten (ksenogrefleri) oluşur (Coffee 2013).

Homograftler canlı ya da yeni ölmüş insanların derisinden oluşur. Heterograftler genellikle hayvandan alınan deri pansumanlarıdır. Bu amaçla en sık kullanılan hayvan domuzdur. II. derece ve III. derece derin yanıklarda eskar eksizyonundan sonra yanığı geçici olarak kaplamak için kullanılır (Coffee 2013).

Amniyotik zarda insan plasentasından elde edilen diğer bir biyolojik pansumandır. II. derece yüzeysel yanıklarda kullanılır. Yaklaşık olarak 48 saat içinde kullanılmalıdır.

Günümüzde saklanmasıındaki zorluklar ve enfeksiyon taşıma riski yüksek olduğundan tercih edilmemektedir (Coffee 2013).

Çoğu biyolojik pansuman vücudun bağışıklık sisteminde yabancı madde olarak algılanıp reaksiyon geliştiği için doku rejeksiyonuna uğrar ve geçici kaplama olarak kullanılır (LaBorde 2007;Coffee 2013)

c) Biyosentetik Pansuman

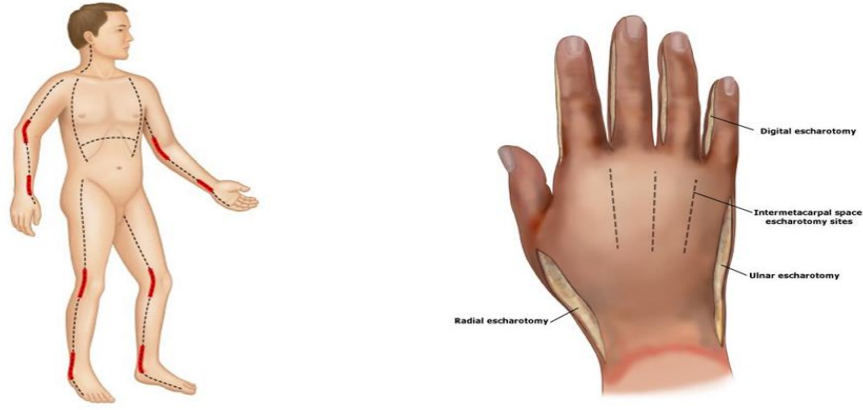
Günümüzde en yaygın kullanılan biyosentetik pansuman malzemesi biobrane'dir. Biobrane naylon-kollajen malzemeye bağlanıp yara fibrinine yapışmaktadır. Hücreler naylon örgü içine 5 gün içinde göç ederler. Yara üzerinde 3-4 hafta sabit kalırlar (LaBorde 2007;Coffee 2013). İyileşme sürecini hızlandırma, ağrıyı azaltma, mobilizasyonu arttırma, dıştan ıslanmayı tolere etme gibi avantajları vardır. Fakat antimikrobiyal etkisinin olmaması ve sadece yaralanma anında kullanılması dezavantajlarındadır (Coffee 2013; Warner 2014).

d) Sentetik Pansuman

Günümüzde en yaygın kullanılan sentetik pansuman silikondur. Direkt yara üzerinde uygulanıp kaldırılmadıkça yerinde kalır ve düşmez. Genellikle donör alanları için kullanılmaktadır. Yara iyileşmesini hızlandırmada, enfeksiyonu önlemede ve ağrıyı azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir (LaBorde 2007, Coffee 2013). Antimikrobiyal etkisinin olmaması ve pahalı olması dezavantajlarındadır (Coffee 2013; Warner 2014).

2. 4. 2. 5. Eskaratomi

Çevresel yanık eskarlarını serbest bırakmak ve ekstremitelerde dolaşımını arttırmak için yapılan bir işlemdir. Eskar altındaki dokuda ödeme bağlı dolaşım engellenmektedir. Eskaratomi insizyonu ödemli olan dokularda dışa doğru yapılır. Ekstremitte kan dolaşımını rahatlatır (Coffee 2013). Eskaratomi bölgeleri Şekil 5' te görülmektedir.



Şekil 5. Eskarotomi Bölgeleri

Kaynak: <http://cursoenarm.net/UPTODATE/contents/mobipreview.htm?2/43/2741-7/48/7938> erişim tarihi: 04.09.2015'den alınmıştır.

2. 4. 2. 6. Yara Debritmanı

Debris oluşumu yara yüzeyinde birikip keratinosit göçünü geciktirdiği için yara iyileşmesini geciktirmektedir. Bu nedenle, yabancı cisim ve bakteriler tarafından kontamine olan dokuyu kaldırarak hastayı bakterilerden korumak ve canlılığı bozulan eskarlı alanı kaldırarak alttan gelen sağlıklı dokunun beslenmesini sağlayarak yanığın iyileşmesini hızlandırmaktadır. Debritman doğal, mekanik, cerrahi ve enzimatik debritman olarak sınıflandırılır (LaBorde 2007; Yavuz 2010).

Antibakteriyel ajanların kullanılması ile beraber ölü dokunun sağlıklı dokudan kendiliğinden ayrılmasına doğal debritman adı verilir (LaBorde 2007; Yavuz 2010). Cerrahi makas ve forseps kullanılarak ölü dokunun sağlıklı dokudan ayrılması mekanik debritmandır. (LaBorde 2007; Yavuz 2010). Cildin tüm tabakalarının primer eksizyonu şeklinde ya da sağlıklı dokunun kanamasına yol açan dermisin ince katmanının kaldırılmasına ise cerrahi debritman denilmektedir (LaBorde 2007; Yavuz 2010). Bazı enzim preparatları kullanılarak eskarın lizise uğratılmasına da enzimatik debritman adı verilir (Özok 2000).

2. 4. 2. 7. Cerrahi Yönetim

Yanık yaralarının cerrahi tedavisi yanığın eksizyonu ve yanık greftlemesini içerir. Cerrahi eksizyon yanık yaraları için akut fazda yapılmaktadır. Erken greftleme hastalar için enfeksiyon ve sepsis riskini azaltmaktadır (Coffee 2013).

Cerrahi Eksizyon

Eksizyon tam kalınlıkta ve derin parsiyel yanıkta sık kullanılan tedavi yöntemidir. Yanığı izleyen ilk 5 gün içinde, hastanın stabilizasyonu sağlandığında hemen yapılmalıdır. Yanık tedavisinde temel olarak kullanılır. Teğetsel ya da fasiyal eksizyon şeklinde yapılır. Teğetsel eksizyon II. derece ve III. derece yanıklarda, fasiyal eksizyon ise derinin tamamen yandığı durumlarda uygulanır. Her iki eksizyonda da yaradaki nektrotik alan temizlenmesi, iyileşme sürecini hızlandırmaktır. Ayrıca otogreftleme için uygun yanık yüzeyi sağlamaktadır. Teğetsel eksizyon kanamalı bir işlem olup, fasiyal eksizyon da kanama minimal düzeydedir ve olup greftin başarısını yükseltmektedir (LaBorde 2007; Coffee 2013).

Greftleme

Büyük ve tam kalınlıkta yanıklar için iyileşmeyi sağlamak amacıyla kalıcı deri örtüsü kullanılarak otogreft uygulaması yapılır. Greft hastanın yanmamış olan bölgesinden ince bir parça deri alınarak yapılır. Eğer yanık küçükse ve hem fonksiyonel hem de kozmetik olarak önemli bir bölgede ise (el sırtı gibi) tek parça otogreft kullanılmalıdır. Alınan deri greftlerinin delinerek ağ şekline (mesh) getirilmesi veya genişletilmesi alınacak alanların durumuna bağlıdır. Büyük mesh edilmiş greftlerde iyileşmede skar ve şekil bozuklukları meydana gelebilir (LaBorde 2007; Coffee 2013).

Otogreft uygulanmış hastada greft uygulanan bölgenin basınç altında kalmamasına dikkat edilmelidir. Herhangi bir ekstremiteye greft uygulanmışsa uygulanan ekstremité elevasyona alınmalıdır. Greft uygulandıktan ortalama bir hafta sonra egzersiz yapılması sağlanmalıdır (LaBorde 2007).

Donör alanı temiz ve kuru tutulmalıdır. Donör alanının kendiliğinden 7-14 gün içinde epitelize olması beklenir. Donör alınan bölgede ağrının olması nedeniyle ağrı yönetimi doğru olarak sağlanmalıdır (LaBorde 2007).

2. 4. 3. Rehabilitasyon Döneminde Yanık Bakımı

Yanık olduktan hemen sonra başlayan rehabilitasyon, teknik olarak yara kapanma döneminden sonra başlamakta olup hastanın fonksiyonel ve emosyonel işleyişinin en yüksek seviyeye ulaşmasına kadar devam etmektedir (Coffee 2013).

Çocuklarda oluşan yanıklar; çocuk cerrahisi, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, çocuk enfeksiyon hastalıkları gibi birden fazla uzmanlık alanını içeren multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirmektedir (Diler, Dalgıç, Karadağ ve Dokucu 2012).

Öster, Hensing, Löjdström, Sjöberg ve arkadaşlarının (2014) çocuklarda yanık sonrası deneyimleri incelediği, yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanarak 10 aile ile yaptığı kalitatif çalışmada dört tema belirlenmiştir. Bu temalar yanık sonrası çocukların pansumanlar ve basınçlı kıyafetlere bağlı fiziksel sorunlar nedeniyle anksiyete yaşaması, yanık bakımı ile ilgili evde yapılacakların sınırlı olmasına bağlı günlük yaşamdaki değişiklikler, aile içindeki anksiyete nedeniyle aile ilişkilerinin etkilenmesi, aile desteğinin olmaması nedeniyle anne ve babaların yanık bakımında kendilerini yalnız hissetmesidir. Bu çalışmanın sonucunda çocukların ve ailelerin iki yıldan yedi yıla kadar taburculuk sonrası fiziksel, sosyal ve emosyonel alanlarda sorun yaşadıkları belirlenmiştir.

McGarry, Elliott, McDonald, Valentine ve arkadaşlarının (2014a) fenomenolojik tipte 12 çocuk ile yüz yüze görüşerek taburculuk sonrası çocukların yaşadıkları deneyimleri inceledikleri çalışmalarında, yanık travmasının etkilerine alışma, davranış değişikliklerinin yaşanması, yanık sonrası normal aktivelerine dönme, aile fonksiyonların sürdürülmesi, kalıcı skar ile baş etme ve uyumun sağlanması olarak altı tema belirlenmiştir. Çalışmanın sonunda çocukların bu sorunlar ile baş etmesi için taburculuk sonrası danışmanlık yapılması gerektiği vurgulanmıştır.

McGarry, Elliott, McDonald, Valentine ve arkadaşlarının (2014b) 21 aile ile fenomenolojik tipte yaptığı çalışmalarında ise yanık ile ilgili yaşanan sorunlar üç dönemde incelenmiştir. Her dönem kendi için temalara ayrılmıştır. Bu temalardan da alt temalar oluşturulmuştur. Bu çalışmada ilk tema yanığın meydana geldiği ilk anda yaşanan deneyimler olup kazaya şahitlik etme ve tıbbi yardımın ulaşması temalarına ayrılmıştır. Kaza ile ilgili yaşanan deneyimlerin alt temalarını ise stres ve stresle baş etme oluşturmuştur. İkinci tema ise hastanede yaşanan deneyimler olup çocuğun güvenilir ellerde olduğuna dair inanışları, yanığın anlaşılması, medikal prosedürlere dahil olma, bilgi araştırma, sosyal destek arama, utanç hissetme, çocuk için zor durumda kalma ve etkili olmayan baş etme stratejileri alt temalarına ayrılmıştır. Hastanede yaşanan deneyimlerin alt temaları ise baş etme stratejileri, stres, davranışsal ve emosyonel yanıt olarak belirlenmiştir. Üçüncü tema ise topluma geri dönme ile ilgili deneyimler olup evde bakımın sürdürülmesi, çocuktaki değişiklikler, ailedeki

değişiklikler, yanık skarı ile baş etme, uzun dönem iyileşme temalarına ayrılmıştır. Topluma geri dönme ile ilgili alt temaları ise stres, davranışsal ve emosyonel yanıt, baş etme stratejileri olarak belirlenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda sağlık profesyonellerinin yaşanan tüm bu sorunlara yönelik ailelere danışmanlık yapılması gerektiği vurgulanmıştır (McGarry, Elliott, McDonald, Valentine ve ark 2014b).

Bu bağlamda çocukların yanık sonrası rehabilitasyon döneminde evde bakım gereksinimleri temel olarak altı alanda sınıflandırılabilir. Bu alanlar; ilaç kullanma, pansuman yapma, banyo yapma, giyinme, egzersiz yapma, beslenme ve sosyal iletişimidir.

2. 4. 3. 1. İlaç Kullanmaya Yönelik Bakım

Yanıklı çocuklarda analjezik, antibiyotik, epitelizasyonun hızlanması için kullanılan antioksidanların taburculuk sonrası evde de kullanılması gerekmektedir (Faydalı, Bayraktar 2011). Yanık sonrası vitaminlerin kullanımına yönelik çalışmaların sayısı az olmakla birlikte yanık sonrası hastalarda retinol (A vitamini), α -tokoferol (E vitamini) ve askorbik asitin (C vitamini) plazma düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur. Yanık sonrası serum albümin, Çinko (Zn), Bakır (Cu) ve bunları bağlayan proteinlerin konsantrasyonları da düşük bulunmuştur. Antioksidan takviyesinin (vitamin ve eser element kullanımı) bağışıklık sistemine, morbidite ve mortalite üzerine olumlu etkileri olduğu saptanmıştır (Klein, Rodriguez, Branski, Herndon 2012).

Faydalı ve Bayraktar'ın (2011) çalışmasında taburculuk sonrası ailelerin % 83.5'nin ise ilaç kullanımı sırasında dikkat edilmesi gerekenleri, % 9.3'ünün kullanılan ilaçların adını bilmediği belirlenmiştir. Ayrıca taburculuk sonrası çocukların ağızdan ilaç kullanmasının büyük bir sorun olduğu bildirilmektedir. Bu konuda yapılan bir çalışmada hemşirelerin % 75.8'inin bebek/çocukların tadı kötü olan ilaçları almak istememe ile ilgili sorun yaşadığı belirlenmiştir (Boztepe, Özdemir, Karababa ve Yıldız 2014). Bir diğer çalışmada annelerin % 36.4'ü bazen, %28.6'sı her zaman çocuğa ilaç içirmede güçlük yaşadığını belirtmiştir. Mevcut ilaçların tatlarının kötü olması ve çocuğun bu tatları sevmemesi sebebiyle annelerin % 31.4'ünün çocuğuna oyuncak verdiği, % 16.4'ünün burnunu sıktığı, % 10.0'unun ağzını zorla açtığı ve % 7.1'inin sevdiği yiyeceklerle ilaçları verdiği saptanmıştır (Yıldız, Arıkan, Baklacı, Bilmez ve ark 2013).

Yanıklı çocuklarda taburculuk sonrası da ilaç kullanımının devam edecek olmasının ve çocuklarda ilaç kullanımının zorluklarının bilinmesi önemlidir. Bu nedenle taburculuk sonrası ailelerin ve çocukların ilaç kullanma ile ilgili yaşadıkları sorunlara yönelik hemşirelerin kullanılması gereken ilaçların özellikleri ve kullanım şekilleri, ilaçlar verildikten sonra çocuğun dinlendirilmesi, analjeziklerin ağrılı işlemlerden önce verilmesi, ilaçlar verilirken çocukların dikkatinin başka yöne çekilmesi konularında ailelere bilgilendirme yapması gerekmektedir (LaBorde 2007).

2. 4. 3. 2. Pansuman Yapmaya Yönelik Bakım

Hastaneden eve gelindiğinde anneler, çocuklarının günlük pansumanların değişimi ve basınçlı kıyafetlerin giydirilmesi sırasında bazı zorluklar yaşayabilmektedir. Çocukların günlük pansumanlarını yaptırmak istememesi ve basınçlı kıyafetten utanç duyması ve giymek istememeleri anneler için stres kaynağı oluşturmaktadır (Öster, Hensing, Löjdström, Sjöberg, Willebrand 2014). Özellikle kız çocuklar için skar dokusu ve pansumanlar ile baş etmek daha zor olup beden imajını daha kötü etkilemektedir (Bakker, Maertens, Van Son, Van Loey 2013). Ancak standart pansumanların günlük yapılması yanığın iyileşmesini hızlandırmakta, basınçlı kıyafetlerin giyilmesi ise yanık sonrası oluşabilecek komplikasyonları azaltmaktadır. Pansuman yapımı ile ilgili yapılan bir çalışmada ailelerin % 53.6'sının pansuman yapmayı, % 49.6'sının pansuman için kullanılan malzemeleri bilmediği belirlenmiştir. Ayrıca % 41.4'ünün pansuman tekniğine ilişkin topikal ilaç kullanımını, % 36.1'inin pansumanın açık ya da kapalı bırakılmasını, % 27.9'unun yara temizliğini, % 10'unun el yıkama/ eldiven kullanma ilgili işlemleri bilmediği belirlenmiştir (Faydalı, Bayraktar 2011). Yapılan çalışmalarda ailelerin % 27'si pansuman yapmadaki prosedürlerin net açıklanmamasından yakınmaktadır (McGarry, Elliott, McDonald, Valentine ve ark 2014b). Fenomenolojik bir çalışmada ise pansuman yapılmadan önce pansumanların ağrılı geçmesinden dolayı çocukların korku, sinir ve endişe duygularını yaşadığını belirtilmiştir (McGarry, Elliott, McDonald, Valentine ve ark 2014a).

Taburculuk sonrası ailelerin ve çocukların pansuman yapma ile ilgili sorunlara yönelik hemşireler, yanığı dış travmalardan korumak için pansumanların yapılması gerekliliğini, önerilen topikal ilaçların kullanımını, yanık sonrası oluşabilecek komplikasyonları önlemek için verilen basınçlı kıyafetin günde 23 saatte kadar giyilmesi gerektiği konularında gerekli açıklamaları yapması önemlidir (LaBorde 2007).

2. 4. 3. 3. Banyo ve Giyinmeye Yönelik Bakım

Taburculuk sonrası evde yanıklı çocuklar her gün günde en az bir kez banyo yaptırılabilir. Suyun sıcaklığı yanmamış olan deri ile test edilmelidir. Çünkü yeni oluşmuş deri sıcağa ve soğuğa karşı hassasiyeti vardır (<https://www.uihealthcare.org/caring-for-your-burn-after-hospitalization/> erişim tarihi: 24.04.2015). Banyo sırasında basınçlı kıyafetler ve sargılar çıkarılıp pul pul olmuş deri için yumuşak sabun ve yumuşak bez kullanılmalıdır. Fakat greft yapılmış alan ile greftin alındığı alana dikkat edilmelidir (<http://www.capitalhealth.org/> erişim tarihi: 24.04.2015). Ailelerin taburculuk sonrası yanık ile ilgili bilgi düzeylerinin incelendiği bir çalışmada % 44.1'i yanık sonrası banyo yaptırmanın sakıncalı olduğunu, %16.9'u ise banyo sırasında dikkat edilmesi gereken konularda bilgilerinin olmadığını belirtmişlerdir (Faydalı, Bayraktar 2011).

Yanık iyileşmesi süresince yanık alanlarını sıkan giysiler giyilmemelidir. Giysilerdeki boyaların cildi tahriş etmemesi için beyaz ağırlıklı ve rahat giysiler giyilmelidir (LaBorde 2007). Yanık alanının en az altı ay güneş ışığından korunması gerektiği için açık renkli pamuklu giysiler ile tüm yanmış alanlar kapatılacak şekilde giyinme sağlanmalıdır. Yüz yanıklarında büyük kenarlıklı şapka takılıp güneş gözlüğü kullanılmalıdır (<http://www.hamiltonhealthsciences.ca/documents/Patient%20Education/Burns-trh.pdf> erişim tarihi: 24.04.2015). Ailelerin taburculuk sonrası yanık ile ilgili bilgi düzeylerinin incelendiği çalışmada ailelerin %40.4'nün yanık sonrası giyinmenin nasıl olması gerektiğini bilmediği belirlenmiştir (Faydalı, Bayraktar 2011).

Yanıklı hastaların hemşirelerden beklentileri ile ilgili yapılan bir çalışmada ailelerin % 33.7'si giyinme, % 22.8'i temel ihtiyaçların giderilmesinde hemşirelerden destek beklediklerini ifade etmişlerdir. Taburculuk sonrası ise % 96'sı cilt bakımını nasıl yapacağı konusunda bilgilendirilmek istemiştir (Şahin, Dal, Vural 2014).

Taburculuk sonrası yanıklı çocuklara ve ailelere banyo ve giyinme ile ilgili konularda bilgilendirme yapılması iyileşmeyi destekleyecektir. Hava koşullarına uygun kıyafetlerin seçimi, sıkı giysilerin tercih edilmemesi, yanıklı cildin travmalardan koruyacak kıyafetlerin seçilmesi, banyo sırasında parfüm içermeyen yumuşak sabunların kullanılması konusunda ailelere bilgi vermelidir (LaBorde 2007).

2. 4. 3. 4. Egzersiz Yapmaya Yönelik Bakım

Dengeli bir fizik tedavi programı metabolik değişikliklerin düzeltilmesi ve yanık sonrası kontraktürlerin azaltılmasında önemlidir. Progresif direnç egzersizleri, yanıklı hastada, rehabilitasyon dahilinde vücut kitlesini koruyarak geliştirmekte, amino asitlerin kas proteinlerine bağlanmasını artırarak kas gücünü ve yürüme mesafesini yaklaşık % 50 arttırmaktadır (Gauglitz 2015). Yanıklı çocuklar önceden yaptıkları hareketleri egzersiz olarak öğrenmek istemeyebilir. Bu nedenle egzersizleri yapmaları uzun süre alabilir (<http://www.hamiltonhealthsciences.ca/documents/Patient%20Education/Burns-trh.pdf> erişim tarihi: 24.04.2015). Egzersizlere günlük iki- üç kez yapılarak başlanmalı ve sıklığı her gün arttırılmalıdır. Günlük ROM (Range Of Motion Egzersizleri) egzersizleri yaptırılmalıdır (<http://www.capitalhealth.org/> erişim tarihi: 24.04.2015).

Yanık sonrası çocuklarda yaşam kalitesinin incelendiği çalışmada, çocukların, % 11'inin olağan günlük aktivitelerini gerçekleştirme, % 9'unun okula dönüş, % 9'unun öz bakım gerçekleştirme, % 6' sının mobilizasyon konularında sorun yaşadıkları bulunmuştur (Van Baar, Polinder, Essink- Bot, Van Loey ve ark 2011). Taburculuk sonrası egzersiz programı ile ilgili yapılmış diğer çalışmada taburculuk sonrası egzersiz yaptırılan çocuklarda egzersiz programının fiziksel, sosyal ve mental fonksiyonlar açısından olumlu sonuçlara yol açtığı belirlenmiştir (Rosenberg, Celis, Meyer, Tropez-Arceneaux ve ark 2013).

Taburculuk sonrası ailelerin ve çocukların egzersiz yapma ile ilgili sorunlar yaşayabilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır. Egzersizlerin düzenli yapılabilmesi için günlük egzersiz programı hazırlanmalı ve nasıl uygulanacağı aileye ve çocuğa anlatılmalıdır. Egzersizleri mümkünse çocuğun kendisinin yapması sağlanmalıdır (LaBorde 2007).

2. 4. 3. 5. Beslenmeye Yönelik Bakım

Çocuklarda yanığın iyileşmesi ve rehabilitasyonu için yeterli beslenmenin sağlanması önemlidir. Akut bakım döneminden itibaren sağlanan yeterli ve dengeli beslenme rehabilitasyon dönemi boyunca sürdürülmelidir. Çocuklarda yanığın iyileşmesi için optimal beslenme desteğinin sağlanmasında endokrin, inflamatuvar, metabolik değişiklikler bilinerek gerekirse özel beslenme girişimleri uygulanmalıdır (Rousseau, Losser, Ichai, Berger 2013; Thompson, Leu, Drummond, Popalisky ve ark 2014).

Beslenmenin yanık iyileşmesi üzerine etkisi konusunda ASPEN'nin (Amerikan Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği) yapmış olduğu altı makale incelemesinde hastaların % 33'un de çinko eksikliği, % 48'sinde ise C vitamini eksikliği bulunmuştur. Sonuç olarak yanıklı hastaların C vitamini, çinko, protein eksiklikleri konusunda hastaların desteklenmesi gerektiği bildirilmektedir (Thompson, Leu, Drummond, Popalisky ve ark 2014).

Taburculuk sonrası evde bazı çocukların yemek konusunda isteksizlikleri olmakta iştahları azalabilmekte ve buna bağlı olarak ilk birkaç hafta içinde biraz kilo kaybedebilmektedirler. Bu sorunların kısa sürede çözülmesi için annelerin çocukların protein ve enerjiden yüksek yiyeceklerle beslenmesini sağlamalıdır (<http://www.aboutkidshealth.ca/En/HealthAZ/ConditionsandDiseases/Injuries/Pages/burn-care-after-hospital.aspx> erişim tarihi:24.04.2015). Bunun için annelere ve çocuklara taburculuk öncesinde yanık iyileşmesinde beslenmenin önemi anlatılmalı, bu konuda yeterli bilgi verilmelidir.

2. 4. 3. 6. Sosyal İletişime Yönelik Bakım

Hastaneden taburcu olduktan sonra yanıklı çocuk ve ailesi evde hem olumlu hem olumsuz olarak algılanan durumlar yaşayabilmektedir. Tekrar eve dönmek hoş duygular yaşatsa da aile üyeleri aynı zamanda güvensizlik hissedebilmektedirler. Bu konu ile ilgili kalitatif tipte yapılmış olan çalışmada aileler eve geldiklerinde çocuklarında bir sürü bandaj olduğunu, pansumanların hastanede çok sık değiştirilirken evde iki kere yapıldığını, bu nedenle zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Öster, Hensing, Löjdström, Sjöberg ve ark 2014). Diğer bir çalışmada yanık şiddetine bağlı olarak okul çağı çocuklarında uzun süreli davranış sorunlarının ortaya çıktığı buna bağlı ailelerde güvensizlik geliştiği, hatta anksiyete düzeyinin arttığı bildirilmektedir. Ailelerin % 47'sinin post-travmatik stres bozukluğu, % 19- 44'ünün depresyon belirtileri, % 27-81'inin suçluluk duygusu yaşadığı görülmüştür (Bakker, Maertens, Van Son ve Van Loey 2013). Ayrıca yanıklı çocuklarda, yanıktan bir ay sonra anne ve babalarda stresin incelendiği bir başka çalışmada annelerin % 50'sinin, babaların % 27'sinin stresli olduğu belirlenmiştir (Bakker, Van Loey, Van der Heijden, Van Son 2012). Yanıklı çocuklarla yapılan fenomenolojik bir çalışmada ise çocuklardan bir tanesi okula gitmek istemediğini söylemiştir. Bunun nedeninin ise arkadaşlarının sürekli yanma olayını sorması ve bu olayı anlatmak istememesi olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca bir çocuk da uyum konusunda kendini yanıktan sonra daha güçlü hissettiğini söylemiştir. Bunun nedenini yaşamında bu

konuda birçok deneyim kazanmasına bağlamıştır (McGarry, Elliott, McDonald, Valentine ve ark 2014a).

Yanık sonrası hem çocuklarda hem ailelerde sosyal yaşama geri dönmenin zaman alacağı, beden imajındaki değişiklik nedeniyle endişelerin yaşanmasının normal olduğu, sosyal iletişime yönelik yaşanan sorunların yanığa uyum sağlamaya başladıkça azalacağı konusunda taburculuktan önce ailelere bilgi verilmeli; mümkünse hemşireler ailelere danışmanlık yapmalıdır (LaBorde 2007).

2. 4. 4. Yanık Komplikasyonları

Yanık iyileşmesinde hipertrofik skar, keloidler, kontraktürler vb. komplikasyonlar gelişebilmektedir (Brewin, Lister 2014). Yanık sonrası hipertrofik skarlar %32- 72, keloidler %6- 16, kontraktür gelişimi ise %28 oranında görülmektedir (Schneider, Holavanahalli, Helm, Goldstein ve ark 2006; Gauglitz, Korting, Pavicic, Ruzicka ve ark 2011; Lawrence, Mason, Schomer, Klein 2011; Brewin, Lister 2014). Çocuklarda derin yanıklardan sonra özellikle kız ve adölesan dönemi çocuklarında dış görünüm nedeniyle önemli sıkıntılar yaşanabilmektedir. Yanık iyileşmesinde görülen bu komplikasyonlar ve buna bağlı sorunlar uzun süre devam edebilmektedir. Bu nedenle yanık iyileşmesi çocuğa ve ailesine özel bakım gerektiren bir süreçtir (Bakker, Van Loey, Van der Heijden, Van Son 2012). Bu süreçte komplikasyonların önlenmesi için girişimlerin uygulanması gerekmektedir.

Hipertrofik Skar

Hipertrofik skar yanık sonrası iyileşme süreci ile yakın ilişkili olup yanık iyileşmesi uzadıkça 3 ile 6 ay sonra ortaya çıkmaktadır. Yara üzerindeki hipervasküler, kırmızı ve sert doku oluşumudur (Ogawa, Akaishi ve Kinoshita 2010).

Hipertrofik skarlar koyu tenli kişilerde ve çocuklarda daha sık görülmektedir. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte aşırı matris oluşumuna bağlı kolajen sentezinin artmasıyla ortaya çıktığı bildirilmektedir. Kollajen dokudaki çok sayıdaki fibroblast yavaş yavaş çoğalır, kollajen lifleri dalgalı olma eğilimine girer. Kollajen demetleri süperkolloid görünümü alır ve kollajen nodüller gelişir (LaBorde 2007).

Hipertrofik skarlar yanık sonrası %32- 72 oranında görülmektedir (Lawrence, Mason, Schomer, Klein 2011). Derin dermal yanıklardan sonra yanık skarları kozmetik olarak önemli bir sorun halini almaktadır (Gauglitz 2015). Hafif skar kontraktürleri cerrahi rezeksiyon ile

tedavi edilebilmekte ya da cerrahi olmayan tedaviler tercih edilebilmektedir (Ogawa, Akaishi ve Kinoshita 2010). Günümüzde hipertrofik skarları önlemek ve tedavi etmek için silikon membran örtüleri ve basınçlı kıyafetler kullanılmaktadır (Gaugliz 2015).

Silikon membran örtülerin yanık iyileşmesinden iki hafta sonrasında itibaren günde 12 saat veya daha fazla süre ile en az 2 ay boyunca kullanılması önerilmektedir. Silikon membran örtüler hareketli olan bölgeler için avantajlıdır. Basınçlı kıyafetlerin ise 15- 40 mmHg'lık basınç etkisiyle günde 23 saat, skar aktif olacak şekilde en az 6 ay kullanılması gerekmektedir. Basınçlı kıyafetlerin yanık alanına uygunluğu sağlamak ve çocuğun rahat giyebilmesi açısından kullanımı zordur (Gaugliz 2015).

Yanıklı çocuklara ve ailelerine hipertrofik skarın önlenmesi için silikon membran örtülerinin ve basınçlı kıyafetlerin kullanılmasının önemi anlatılmalıdır (LaBorde 2007; Coffee 2013).

Keloidler

Koyu pigmentli deriye sahip insanların daha yatkın olduğu keloidler, hipertrofik skar dokusunun yanık alanı dışına doğru büyümesi olarak tanımlanmaktadır (LaBorde 2007). Yanık sonrası koyu tenlilerde %6- 16 oranında görülmektedir (Gauglitz, Korting, Pavicic, Ruzicka ve ark 2006).

Keloidlerin cerrahi eksizyon ile çıkartılabilmesi mümkündür. Ancak sonraki dönemlerde tekrarlanma olasılığı olduğu bildirilmektedir (LaBorde 2007). Günümüzde cerrahi olmayan tedavi olarak hipertrofik skar tedavisi ile aynı şekilde silikon membran örtüler ve basınçlı kıyafetlerin kullanılmaktadır (Gaugliz 2015).

Kontraktürler

Fleksiyon kontraktür deformiteleri, yanık sonrası omuz, dirsek, kalça ve diz eklemlerinde sık görülen komplikasyonlardır (Huang, Yang 2010).

Yanık sonrası kontraktürler %28 oranında görülmektedir. Yanıklarda kontraktürlerin incelendiği bir çalışmada (n:985) yanık hastalarının %39'unda (n:381) kontraktür geliştiği saptanmıştır. Omuzda, dirsekte, kalçada ve dizde % 60 hafif, %32 orta şiddette, %8 ise şiddetli fleksiyon kontraktürlerinin geliştiği görülmüştür (Schneider, Holavanahalli, Helm, Goldstein ve ark 2006).

Kontraktürlerin önlenmesinde ve tedavisinde atel ve basınçlı pansuman kullanılmaktadır (Huang, Yang 2010). Kontraktürleri önlemede en önemli girişim ise egzersizlere yanığın ilk günlerinden itibaren başlanmasıdır. Bu egzersizlerin alanında uzman terapistler tarafından günlük olarak uygulanması gerekmektedir. Hemşireler ise günlük olarak terapistler ile iş birliğine girerek yanıklı çocuğun egzersizlerinin yaptırılmasında yardımcı olmalıdır (LaBorde 2007; Coffee 20013).

2. 4. 5. Yanığın Rehabilitasyon Döneminde Hemşirenin Rolü

Hemşireler, yanığın tüm iyileşme dönemlerinde aktif olarak rol almaktadır. Çünkü yanığın tüm iyileşme dönemleri hem çocuklar için hem de aileler için zor bir süreçtir (Benjamin, Jaco, Kock 2012). Taburculuk sonrası rehabilitasyon döneminde amaç çocuğun günlük yaşama uyum sağlaması ve yanık sonrası oluşabilecek komplikasyonların önlenmesidir. Bu dönemde çocuğun evde bakımı konusunda ailelerin bilgilendirilmesi ve desteklenmesi önemlidir. Aile bireylerinin hobileri, kültürel geçmişi, dini inançları ve aile içi iletişim özellikleri göz önünde bulundurularak aileye eğitim programı oluşturulması gerekmektedir (LaBorde 2007; Coffee 2013).

Hemşirelerin rehabilitasyon döneminde yanığın fizyopatolojik sürecine göre hemşirelik tanımlarını belirleyip bakımı planlaması gerekmektedir. Bu dönemde çocuğun yara bakımı, egzersizleri, beslenmesi, ağrı yönetimi, ısı kontrolü, giyinmesi, yanık skarı ile baş etme konusunda desteklenmesi gerekmektedir. Ailenin sosyal özelliklerine göre çocuğun öz güven gelişimi, beden imajının bozulması, büyüme ve gelişme dönemi özellikleri, uyku problemleri, okula dönüş süreci konularında da bilgilendirilmesi önemlidir (Bakker, Maertens, Van Son, Van Loey 2013). Aynı zamanda sağlıklı cildin korunması, yanıklı alanın bakımı ve çocuğun giyimi konusunda da açıklamalar yapılmalıdır. Çocuğun günlük yaşamında yapması gereken egzersizler ve ağrısını en aza indirilmesi için çocuk ve ailenin bilgiye gereksinimi vardır. Çocuğun gelişim dönemine uygun yara iyileşmesini hızlandırmaya yönelik beslenme programı hazırlamalıdır. Bu dönemde çocuğun giyimi ve yanık skarı için verilen basınçlı kıyafetin giyilmesi konusunda hemşire, aileye yardım etmelidir. Bu nedenle rehabilitasyon döneminde çocuğun ve ailenin uyumunun sağlanmasında hemşirelerin sorumlulukları önemlidir. Ayrıca bu konularda yaşanabilecek sorunlar ve bu sorunlara yönelik önleyici ve tedavi edici girişimler ailenin yanı sıra çocuğa da anlatılmalıdır.

Yanık sonrası çocuk ve ailelerinin ilk haftalarda daha çok fiziksel sorunlar yaşarken daha sonraki haftalarda psikososyal sorunlar yaşadıkları bildirilmektedir. Çocuğun ve ailenin sosyal yaşama tamamen uyum sağlaması için evde bakım hemşiresi ile iletişime geçilip aralıklı olarak evlere ziyaret yapılması önerilmektedir (LaBorde 2007; Coffee 2013). Hemşireler bu ziyaretlerde çocuğa ve aileye psikososyal gereksinimlerine yönelik destek sağlamalıdır. Ayrıca anksiyete ve travmatik stres, depresyon ve duygu durum değişiklikleri ile başetmeye yönelik girişimler uygulanmalıdır.

Çocuğun ve ailenin yanık travmasını aşabilmesinin ortalama olarak yedi yıl sürdüğü bildirilmektedir. Yanık travmasının ilk iki yılını çocuk ve ailesinin çok şiddetli olarak yaşadığı, 10 yıl içinde yaşadıkları travma ve sıkıntıların giderek azaldığı ifade edilmektedir. Bu sebeple hemşireler ev ziyaretlerinde bulunurken bu süreçleri göz önünde bulundurmalıdır (Öster, Hensing, Löjdström, Sjöberg ve ark 2014).

3. GEREÇ- YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma yanıklı çocukların ailelerinde taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların ve nedenlerinin belirlemesi amacıyla tanımlayıcı kesitsel araştırma tipine uygun yapıldı.

3. 2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (E.Ü.T.F.H.) Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı yanık polikliniğinde Ocak- Mayıs 2015 tarihleri arasında yürütüldü. Yanık polikliniği hafta içi beş gün 09.00 – 16.00 saatleri arasında hizmet vermekte olup; pazartesi-salı-perşembe ve cuma günleri yanık pansuman yapılmakta, çarşamba günleri ise genel yanık kontrolü yapılmaktadır.

Yanık polikliniğine gelen çocuk ve ailelerin pansumanı poliklinikte çalışan bir hemşire tarafından yapılmaktadır.

Çocuklara ve ailelerine taburculuk sonrası eğitim yanık hemşiresi, eğitim hemşiresi veya hekimler tarafından verilmektedir. Yanık sonrası genel kontrol zamanları taburculuk sonrası birinci hafta, birinci ay ve üçüncü ay olup daha sonra üç ayda bir devam etmektedir. Yanıklı çocuklar ve aileleri bu zamanlarda kontrole gelmektedir. Birinci haftada kontrole gelen yanıklı çocukların yanık yarasının durumu değerlendirilmektedir. Diğer kontrol zamanlarında ise yanıklı çocukların yanık yarasının iyileşme durumuna ve gelişen sorunlara yönelik değerlendirme ve girişimler yapılmaktadır.

3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini E.Ü.T.F.H. Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı yanık polikliniğine başvuran yanıklı çocuklar ve aileleri oluşturdu. Polikliniğe 2013 yılında ortalama 480 yanıklı çocuk ve ailesi başvurmuştur. Çalışmada örneklem büyüklüğü; evrendeki kişi sayısının bilindiği durumlarda örneklem büyüklüğünü saptamak amacıyla kullanılan $n = N \cdot t^2pq / d^2 (N-1) + t^2pq$ formülle 160 olarak hesaplandı.

Formülde;

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı (gerçekleşmeme olasılığı)

t: Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değeri

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen + / - sapma, örnekleme hatasıdır (Karataş 2012).

Gpower istatistik programında Tip I hata 0.05 Tip II hata 0.2 (% 80 güç) düşük etki büyüklüğünde (0.2) gerekli olan örneklem 156 olarak hesaplandı.

Ocak- Mayıs 2015 tarihleri arasında örneklem kabul ölçütlerine uygun 162 yanıklı çocuk ve ailesi çalışma örneklemine alındı.

Çalışma için örnekleme alınma ölçütleri;

- Polikliniğe başvuran 0-18 yaş arası yanıklı çocuk ve aileleri
- Taburculuk sonrası yaklaşık birinci ayında kontrole ya da pansumana gelen yanıklı çocuk ve aileleri
- Hastanede ilk kez yanık tedavisi alan çocuk ve aileleri
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden yanıklı çocuklar ve aileleri

3. 4. Araştırmanın Değişkenleri

Çalışmanın bağımlı değişkeni; yanıklı çocukların ailelerinde taburculuk sonrası sorun yaşama durumudur. Sorun yaşama durumları ilaç kullanma, pansuman yapma, banyo yapma, giyinme, egzersiz yapma, beslenme, sosyal iletişim alanları olarak gruplandırılmıştır.

Çalışmanın bağımsız değişkenlerini ise; çocuk ve ailesinin sosyo-demografik özellikleri (çocuğun yaşı, çocuğun cinsiyeti, çocuğun boyu- kilosu, ailedeki çocuk sayısı, çocuğun aile tipi, annenin- babanın yaşı, annenin-babanın öğrenim durumu, annenin-babanın mesleği, yanık sonrası ailenin çalışma durumu, ailenin sosyal güvencesi, ailenin gelir durumu, yaşanan yer), yanık ile ilgili özellikler (yanık tipi, yangın toplam yüzey alanı, yangın derecesi, psikolog-psikiyatri desteği alma durumu, taburculuk sonrası danışmanlık alma durumu) ve durumluk anksiyete düzeyi puan ortalamaları oluşturdu.

3. 5. Veri Toplama Araçları

Veri toplamada araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen çocuk ve aile tanıtıcı bilgi formu (Ek 2), taburculuk sonrası ailelerin yaşadıkları sorunlara yönelik bilgi formu (Ek 3) ve durumluk ve sürekli anksiyete ölçeği (Ek 4) kullanıldı.

Çocuk ve Aile Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 2): Bu form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyo-demografik özellikler (çocuğun yaşı, çocuğun cinsiyeti, çocuğun boyu-kilosu, ailedeki çocuk sayısı, çocuğun aile tipi, annenin- babanın yaşı, annenin-babanın öğrenim durumu, annenin-babanın mesleği, yanık sonrası ailenin çalışma durumu, ailenin sosyal güvencesi, ailenin gelir durumu, yaşanılan yer) yer almaktadır. Formun ikinci bölümünde ise yanık ile ilgili özelliklere ait bilgiler (yanık tipi, yanığın toplam yüzey alanı, yanığın derecesi, psikolog- psikiyatri desteği alma durumu, taburculuk sonrası danışmanlık alma durumu) ve ailelerin durumluk anksiyete puanları yer aldı.

Taburculuk Sonrası Ailelerin Yaşadıkları Sorunlara Yönelik Bilgi Formu (Ek 3): Literatür doğrultusunda hazırlanan bu form yanıklı çocukların ailelerinde taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların belirlenmesine yönelik sorulardan oluşmaktadır. Form da ilaç kullanma, pansuman yapma, banyo yapma, giyinme, egzersiz yapma, beslenme ve sosyal iletişimden oluşan altı bölüm yer almıştır. Bu bölümler yanıklı çocukların ailelerinde evde bakım sürecinde yaşadıkları sorunları saptamak amacıyla konu ile ilgili literatürden yararlanarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Her bir bölümde sorun yaşıyıp yaşamama durumu “Evet / Hayır” şeklinde yer almaktadır. Yaşanan sorunların nedenlerini belirlemek için ise her alanda altı maddeden oluşan ifadeler yer verildi. Veri toplamaya başlamadan önce yanık alanında iki uzman hekim, iki klinisyen hemşire, iki akademisyen hemşireden uzman görüşü alındı. Uzman görüşler doğrultusunda forma son hali verilerek 10 çocuk ve aile üzerinde pilot çalışma yapıp formun işlerliği değerlendirildi. Formlara son hali verildikten sonra veriler toplanmaya başlandı.

Durumluk Anksiyete Ölçeği (Ek 4): Bu form yanıklı çocukların ailelerinde taburculuk sonrası yaşanan sorunlara bağlı oluşan anksiyete düzeyinin belirlenmesi amacıyla kullanıldı. Spielberg ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilen Öner ve Le Compte tarafından 1985 yılında Türk toplumuna uyarlanan bu form, durumluk ve sürekli anksiyete düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçen likert tipi bir ölçektir. Yüksek puanlar yüksek anksiyete seviyelerini, düşük

puanlar düşük anksiyete seviyelerini gösterir. Ölçeğin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenirliliği Öner tarafından 1975-1977 yılında yapılmıştır (Le Compte ve Öner 1975).

Durumluk anksiyete ölçeği “Hiç” ile “Tamamıyla” arasında değişen dört derecelik bir ölçek olup iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk anksiyete ölçeğinde tersine dönmüş ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. maddelerdir. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk anksiyete ölçeği için değişmeyen bu değer 50’dir. En son elde edilen değer bireyin anksiyete puanıdır. Durumluk anksiyete ölçeği, ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir ölçektir. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasında değerlendirilmektedir (Öner ve Le Compte 1983).

3. 6. Veri Toplama Şekli

Veriler araştırmacı tarafından yanık polikliniğine pazartesi ve çarşamba günleri gelen ve çalışmaya katılmayı kabul eden yanıklı çocukların ailelerine, çocuk ve aile tanıtıcı bilgi formu (Ek 2), taburculuk sonrası ailelerin yaşadıkları sorunlara yönelik bilgi formu (Ek3), durumluk anksiyete ölçeği formu (Ek 4) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplandı.

Veri toplamaya başlanmadan önce yanıklı çocukların ailelerine çalışmanın amacı ve içeriği konusunda bilgi verilerek yazılı bilgilendirilmiş onamları alındı (Ek 1).

3. 7. Araştırma Planı

Çalışma 15 Ocak - 15 Haziran 2015 tarihleri arasında yapıldı.

	2014		2015					
	Haziran- Kasım	Kasım- Aralık	Ocak- Şubat	Şubat- Mart	Mart- Nisan	Nisan- Mayıs	Mayıs- Temmuz	Temmuz- Ağustos
Araştırma için literatür taranması	x							
Tez önerisinin yazılması ve sunulması		1 Aralık						
Kurum izninin alınması		22 Aralık						
Etik kurul onayının alınması		26 Aralık	22 Ocak					
Pilot çalışmanın yapılması			x					
Verilerin toplanması			x	x	x	x		
Veri değerlendirilmesi						x		
Verilerin yorumlanması						x		
Tezin yazılması						x	x	
Tezin enstitüye teslim edilmesi								x

3. 8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS (Statistic Package for the Social Sciences) 16.0 hazır istatistik programı kullanıldı (Bahar 2014).

Verilerin değerlendirilmesinde sosyo-demografik özellikler ve yanık ile ilgili veriler için sayı, yüzde ve ortalama kullanıldı (Bahar 2014, Aksakoğlu 2006).

Sosyo-demografik ve yanık ile ilgili veriler ile ailelerin taburculuk sonrası sorun yaşama durumu arasındaki ilişkiyi göstermek için çok gözlü ki kare testi kullanıldı. Yaşanan sorunların nedenlerini göstermek amacıyla sayı ve yüzde kullanıldı (Bahar 2014, Aksakoğlu 2006).

Yanıklı çocukların ailelerinde taburculuk sonrası sorun yaşama durumu ile anksiyete düzeyi puan ortalamalarının karşılaştırmak için iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi uygulandı (Bahar 2014, Aksakoğlu 2006). Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edildi.

3. 9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Yapılan bu çalışmanın herhangi bir sınırlılığı bulunmamaktadır.

3. 10. Tezin Bütçesi

Çalışmayı yapan araştırmacı tarafından tezin bütçesi karşılandı.

3. 11. Etik Kurul Onayı

Çalışmanın yapılabilmesi için E.Ü.T.F.H' den yazılı izin (onay tarihi: 22.12.2014 onay numarası: 69631334-2138-27315) ve D.E.Ü. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan etik kurul izini (onay tarihi: 22.01.2015 onay numarası: 2015/02-29) alındı (Ek 5, Ek6).

Çalışmaya dahil edilen çocuk ve ailelere çalışmanın amacı ve nasıl yapılacağı açıklanarak çalışmayı gönüllü olarak kabul edenlerden imzalı bilgilendirilmiş onam alındı (Ek 1).

4. BULGULAR

Araştırmanın bulgularında; çocuk ve ailelerin tanıtıcı özellikleri, yanık ile ilgili özellikler, taburculuk sonrası sorun yaşama durumu, tanıtıcı özellikler ve ailelerin taburculuk sonrası sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması, anksiyete düzeyleri ve ailelerin sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

4. 1. Tanıtıcı Özellikler

Bu bölümde çocukların ve ailelerin tanıtıcı özellikleri, çocuk ve ailelerin sosyo-demografik özelliklerinin ortalamaları ile çocukların yanıklarının özellikleri yer almaktadır.

Tablo 5. 1. Çocuk ve Aile Tanıtıcı Özellikleri (N:162)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	%	Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	%
Çocuğun Yaşı			Babanın Öğrenim Durumu		
0-3 yaş	101	62.3	Okuryazar değil	1	0.6
4-6 yaş	32	19.8	İlköğretim	98	60.5
7-12 yaş	22	13.6	Ortaöğretim	46	28.4
13-18 yaş	7	4.3	Yükseköğretim	17	10.5
Çocuğun Cinsiyeti			Annenin Mesleği		
Kız	74	45.7	İşçi	5	3.1
Erkek	88	54.3	Emekli	1	0.6
			Ev hanımı	138	85.2
			Diğer (güzellik uzmanı vb.)	18	11.1
Ailedeki Çocuk Sayısı			Babanın Mesleği		
1-2 çocuk	112	69.1	Memur	6	3.7
3-5 çocuk	50	30.9	İşçi	83	51.2
			Emekli	2	1.2
			Diğer (hastane çalışanı vb.)	71	43.8
Çocuğun Yaşadığı Kişiler			Yanık Sonrası Çalışma Durumunun Etkilenmesi		
Anne	5	3.1	Evet	71	43.8
Baba	1	0.6	Hayır	91	56.2
Anne-baba ile beraber	156	96.3			
Annenin Yaşı			Ailenin Sosyal Güvencesi		
20-29 yaş	59	36.4	Yok	11	6.8
30-39 yaş	86	53.1	Var	143	88.3
40-59 yaş	17	10.5			
Babanın Yaşı			Ailenin Sosyoekonomik Gelir Durumu		
20-29 yaş	25	15.4	Gelir gidere eşit	120	74.1
30-39 yaş	96	59.3	Gelir giderden fazla	4	2.5
40-49 yaş	35	21.6	Gelir giderden az	38	23.5
50-59 yaş	6	3.7			
Annenin Öğrenim Durumu			Yaşanılan Şehir		
Okuryazar değil	7	4.3	İl merkezi	116	71.6
İlköğretim	102	63.0	İlçe	37	22.8
Ortaöğretim	31	19.1	Köy	9	5.6
Yükseköğretim	22	13.6			
TOPLAM	162	100	TOPLAM	162	100

Tablo 5. 2. Çocuk ve Aile Sosyo-demografik Özelliklerin Ortalamaları (N:162)

	X ± SS	Min	Max
Çocuğun Yaşı	3.40 ± 3.38	0.09	17.00
Annenin Yaşı	31.53 ± 5.88	19.00	48.00
Babanın Yaşı	35.68 ± 6.33	25.00	59.00
Ailedeki Çocuk Sayısı	2.12 ± 0.91	1.00	5.00
Çocuğun Kilosu	15.90 ± 11.23	6.00	79.00
Çocuğun Boyu	94.07 ± 23.98	52.00	180.00

Araştırmaya katılan çocukların ve ailelerinin sosyo-demografik özellikleri Tablo 5.1 ve Tablo 5.2’de görülmektedir. Araştırmaya katılan 162 yanıklı çocuğun yaş dağılımına bakıldığında % 62.3’ünün 0-3 yaş arası olduğu, yaş ortalamalarının 3.4 ± 3.38 yıl olduğu belirlendi. Çocukların cinsiyet dağılımında % 54.3’ü erkek % 45.7’si kızdır.

Ailedeki çocuk sayısı incelendiğinde % 69.1’nin bir veya iki çocuğa sahip olduğu belirlendi. Yanan çocukların % 96.3’ü anne ve babası ile beraber yaşamaktadır. Çocukların anne ve babasının yaş dağılımı incelendiğinde annelerin % 53.1’i babaların % 59.3’ü 30-40 yaş arasındadır. Annelerin yaş ortalaması 31.53 ± 5.88 , babaların yaş ortalaması 35.68 ± 6.33 ’dür. Yanan çocukların anne ve babasının öğrenim durumlarına bakıldığında annelerin % 63’ünün, babaların ise % 60.5’inin ilköğretim mezunu olduğu görüldü. Çocukların annelerinin % 85.2’si ev hanımı, babalarının % 51.2’si işçidir. Yanık bakımı nedeniyle anne ve babaların % 56.2’sinin çalışma durumunun etkilenmediği saptandı. Ailelerin % 88.3’ü sigortalı olup % 11.7’sinin hiçbir sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Ailelerin % 74.1’nin sosyoekonomik durumu gelir gidere eşit olarak değerlendirildi. Yaşadıkları şehir incelendiğinde ise % 71.6’ sının il merkezinde yaşadığı bulundu.

Tablo 6. Yanık İle İlgili Özellikler (N:162)

Yanık Özellikleri	Sayı (n)	%
Yanık Tipi		
Sıcak su ile haşlanma	114	70.4
Sıcak süt ve kahve vb. ile haşlanma	25	15.4
Temas yanığı (soba, ütü)	17	10.5
Alev yanığı	4	2.5
Elektrik yanığı	2	1.2
Yanık Toplam Vücut Yüzey Alanı		
% 1-10	118	72.8
% 11-20	23	14.2
% 21-30	10	6.2
% 31-40	5	3.1
% 41 ve üstü	6	3.7
Yanık Alanı		
Baş- yüz yanığı	31	19.1
Üst ekstremitte yanığı	71	43.8
Alt ekstremitte yanığı	50	30.9
Gövde yanığı	8	4.9
Perine yanığı	2	1.2
Yanığın Derecesi		
I. derece yanık (epidermal yanık)	12	7.4
II. derece yüzeysel yanık (yüzeysel dermal yanık)	75	46.3
II. derece derin yanık (derin dermal yanık)	69	42.6
III. derece yanık (tam kalınlıkta yanık)	6	3.7
Yanık Sonrası Psikolog Veya Psikiyatri Desteği Alma Durumu		
Hayır	91	56.2
Evet	71	43.8
TOPLAM	162	100
Yanık Sonrası Desteği Kimden Aldı(n:71)*		
Psikolog	64	91.5
Psikolog ve psikiyatri	7	8.5
Toplam	71	100
Taburculuk Sonrası Eğitim Ve Danışmanlık Alma Durumu		
Hayır	100	61.7
Evet	62	38.3
TOPLAM	162	100
Taburculuk Sonrası Eğitim ve Danışmanlığı Kimden Aldı(n:62)*		
Hemşire	49	80.3
Hekim	8	13.0
Hemşire-hekim	5	6.7
Toplam	62	100
TOPLAM	162	100

* %'ler destek aldığını belirten ailelerin n sayısı üzerinden hesaplanmıştır.

Araştırmaya katılanların yanık ile ilgili özellikleri Tablo 6’da görülmektedir. Çocukların yanık tipi incelendiğinde % 70.4’ünün sıcak su ve türevleri ile yandığı belirlendi. Yanan çocukların toplam yanık vücut yüzey alanı incelendiğinde % 72.8’sinin % 1-10 arası yanık yüzey alanına sahip olduğu görüldü. Yanık alanına bakıldığında % 43.8’nin üst ekstremitte yanığı olduğu bulundu. Yanığın derecesi incelendiğinde ise çocukların % 46.3’ünün II. derecede yüzeysel dermal yanığa, % 42.6’sının II. derecede derin dermal yanığa sahip olduğu belirlendi. Ailelerin yanık sonrası psikolog veya psikiyatri desteği alma oranı % 43.8 olarak belirlendi. Destek alanların % 91.5’i psikolog desteği, % 8.5’i hem psikolog hem psikiyatri desteği almıştır. Ailelerin % 38.2’sinin taburculuk sonrası eğitim ve danışmanlık aldığı, eğitim-danışmanlık alanların % 80.3’ünün eğitim ve danışmanlığı hemşireden aldığı görüldü.

4. 2. Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumu

Bu bölümde ailelerin taburculuk sonrası sorun yaşama durumu, taburculuk sonrası yaşanan sorunların nedenleri ve yanık bakımı ile ilgili hemşirelerden beklentileri yer almaktadır.

Tablo 7. Ailelerin Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumu

Sorun Yaşama Durumu	Sayı (n)	%
İlaç kullanma		
Sorun var	100	61.7
Sorun yok	62	38.3
Pansuman yapma		
Sorun var	56	34.6
Sorun yok	106	65.4
Banyo yapma		
Sorun var	132	81.5
Sorun yok	30	18.5
Giyinme		
Sorun var	102	63.0
Sorun yok	60	37.0
Egzersiz yapma		
Sorun var	88	54.3
Sorun yok	74	45.7
Beslenme		
Sorun var	66	40.7
Sorun yok	96	59.3
Sosyal İletişim		
Sorun var	126	77.8
Sorun yok	36	22.2
TOPLAM	162	100

Araştırmaya katılanların taburculuk sonrası sorun yaşama durumu Tablo 7’de görülmektedir. Sorun yaşayan çocukların ve ailelerin % 81.5’ ünün banyo yapma, % 77.8’sinin sosyal iletişim, % 63.0’nün giyinme, % 61,7’sinin ilaç kullanma, % 54.3’nün egzersiz yapma, % 40.7’sinin beslenme, % 34.6’sının pansuman yapma konusunda sorun yaşadıkları saptandı.

Tablo 8. Taburculuk Sonrası Yaşanan Sorunların Nedenleri

Yaşanan Sorunların Kaynakları	Sayı (n)	%
İlaç Kullanımına Yönelik Sorunlar (n:318)		
Kullanılan ilaçların yanık yarasını iyileştirmedeki önemini bilmeme	109	67.3
Taburculuk sonrası ilaçların kullanılmasını bilmeme	151	93.2
Çocuğun ilaçlara karşı çocuğun alerjisi olması	4	2.5
Çocuğun ilaçları kullanmak istememesi	32	19.8
Çocuğa ilaçları zorla verildiğinde kusması	15	9.3
Diğer (ailenin unutmış olması vb.)	7	4.3
TOPLAM	318	100
Pansuman Yapımına Yönelik Sorunlar (n:58)		
Taburculuk sonrası pansumanlarının önemini bilinmeme	6	3.7
Pansuman sırasında çocuğun ağrısının olması	19	11.7
Evin yakınında sağlık kuruluşunun bulunmaması	21	13.0
Yaşanılan travmaya bağlı çocuğun beden imajının bozulması	4	2.5
Yanık yarasının iyileştiği düşünülerek pansumanın yaptırılmaması	5	3.1
Diğer (greft yapılmış alanının pansumanının bilinmemesi vb.)	3	1.9
TOPLAM	58	100
Banyo Yapımına Yönelik Sorunlar (n:190)		
Taburculuk sonrası banyonun önemini bilmeme	7	4.3
Çocuğun banyodan korkması	61	37.7
Yanık yarasına zarar vermektan korkma	67	41.4
Yanık bölgesinde enfeksiyon gelişmesinden korkma	32	19.8
Banyonun yanığın iyileşmesini geciktireceğini düşünme	19	11.7
Diğer (sargılı olan yerlerin nasıl banyo yaptırılmasının bilinmemesi vb.)	4	2.5
TOPLAM	190	100
Giyinmeye Yönelik Sorunlar (n: 140)		
Taburculuk sonrası çocuğun kıyafetlerinin önemini bilmeme	2	1.2
Kıyafetin yanık yarasına zarar vermesinden korkma	43	26.5
Yanık yarasına uygun kıyafetlerin alınmasında maddi yetersizlik	16	9.9
Yanık yarasını güneş ışığından koruyacak uygun kıyafetin bulunmaması	14	8.6
Çocuğun giyim sırasında ağrısının olması	59	36.4
Diğer (ayak yanığında büyük ayakkabı tercih edilmesi vb.)	6	3.7
TOPLAM	140	100
Egzersiz Yapımına Yönelik Sorunlar (n:115)		
Taburculuk sonrası egzersizin önemini bilmeme	30	18.5
Çocuğun egzersiz sırasında ağrısının artması	28	17.3
Yanık yarasına zarar vermektan korkma	19	14.7
Yaptırılması gereken egzersizlerin öğretilmemesi	27	16.7
Egzersizler için uygun fizik tedavi ortamının bulunmaması	8	4.9
Diğer (annenin gergin olması vb.)	3	1.9
TOPLAM	115	100
Beslenmeye Yönelik Sorunlar (n:73)		
Yanık yarasının iyileşmesinde beslenmenin önemini bilmeme	1	0.6
Yanık yarasının iyileşmesi için besin gruplarını bilmeme	1	0.6
Çocuğun yemek yemek istememesi	48	29.6
Çocuğun beslenmesine yeterince önem verilmemesi	8	4.9
Yemek konusunda ısrarcı olunduğunda çocuğun kusması	14	8.6
Diğer (çocukta iştahsızlık başlaması vb.)	1	0.6
TOPLAM	73	100

Sosyal İletişime Yönelik Sorunlar (n:204)		
Aşırı ilgiden dolayı çocuğun sinirli ve gergin olması	83	51.2
Çocuğun beden imajındaki değişiklik nedeniyle yalnız kalmak istemesi	39	24.1
Arkadaşları fiziksel görünüşünden endişelendiği için çocuğun iletişim kurmaması	16	9.9
Yanık yarası iyileşmediği için çocuğun sosyal ortama çıkarılmaması	44	27.2
Çocuğun arkadaşlarına yaşadığı kötü deneyimlerin anlatmaktan kaçınması	15	9.3
Diğer (çocuğun yanık yerlerini saklaması vb.)	7	4.3
TOPLAM	204	100

*Katılımcılar birden fazla cevap vermişlerdir.

Araştırmaya katılan ailelerin taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların nedenleri Tablo 8’de görülmektedir. Ailelerin % 93.2’ si taburculuk sonrası ilaçların kullanılması gerektiğini bilmediğini, % 51.2’si taburculuk sonrası çocuklarına çok ilgi gösterdikleri için çocuğun sinirli ve gergin olduğunu, % 41.4’ü yanık yarasına zarar vermekten korktuğu için çocuklarına banyo yaptıramadığını, % 36.4’ü çocukların kıyafet giyerken çok ağrısı olduğu için sorun yaşadığını, % 29.6’sı taburculuk sonrası çocukların yemek yemek istememesi nedeniyle sorun yaşadığını, % 18.5’i taburculuk sonrası egzersiz gereken ekstremiteler için egzersizin önemini bilmediğini, % 13.0’ı taburculuk sonrası evin yakınında sağlık kuruluşu olmadığı için pansumanları düzenli yaptıramadığını ifade etmişlerdir.

Tablo 9. Ailelerin Yanık Bakımı İle İlgili Hemşirelerden Beklentileri ve Önerileri

Ailelerin Hemşirelerden Beklentisi ve Önerisi	N	%
Hemşirelerden genel olarak memnun kalınması	118	72.8
Hemşirelerin ailelere taburculuk sonrası iyi bilgilendirme yapması	33	20.4
Hemşirelerin taburcu olurken ve pansuman yaparken hoşgörülü olması	11	6.8
TOPLAM	162	100

Araştırmaya katılan ailelerin yanık bakımı ile ilgili hemşirelerden beklentileri ve önerileri Tablo 9’da görülmektedir. Araştırmaya katılan ailelere taburculuk sonrası sorun yaşanmaması için hemşirelerden beklenti ve önerileri sorulduğunda % 72.8’ i genel olarak hemşirelerden memnun kaldığını, % 20.4’ü taburculuk eğitiminin iyi verilmesinin, % 6.8’sinin ise hemşirelerin daha hoşgörülü olmasının gerektiğini ifade etmişlerdir.

4. 3. Tanıtıcı Özellikler ve Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumunun Karşılaştırılması

Bu bölümde çocuk ve ailenin sosyo-demografik özellikleri ve yanıkla ilgili özellikler ile ailelerin taburculuk sonrası sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 10. Sosyo-Demografik Özellikler ile Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumunun Karşılaştırılması

Sorunlar Sosyo- demografik özellikler	İlaç kullanma				p	X ²	Pansuman yapma				P	X ²	Banyo yapma				p	X ²	Giyinme				p	X ²	Egzersiz				p	X ²	Beslenme				p	X ²	İletişim				p	X ²																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	Var		Yok				Var		Yok				Var		Yok				Var		Yok				Var		Yok				Var		Yok				Var		Yok				Var		Yok																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%	n	%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																

*p<0.05

Tablo 10. Sosyo-Demografik Özellikler ile Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumunun Karşılaştırılması

Sorunlar Sosyo- demografik özellikler	İlaç kullanma				p	X ²	Pansuman yapma				P	X ²	Banyo yapma				p	X ²	Giyinme				p	X ²	Egzersiz				p	X ²	Beslenme				p	X ²	İletişim				p	X ²								
	Var		Yok				Var		Yok				Var		Yok				Var		Yok				Var		Yok				Var		Yok				Var		Yok				Var		Yok					
	n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%	n	%	n	%
Annenin mesleği																																																		
İşçi	3	60.0	2	40.0	0.570	2.011	2	40.0	3	60.0	0.042	8.191	3	60.0	2	40.0	0.238	4.230	3	60.0	2	40.0	0.609	1.825	1	20.0	4	80.0	0.296	3.695	2	40.0	3	60.0	0.755	1.193	4	80.0	1	20.0	0.874	0.696								
Emekli	0	0	1	100.0			0	0	1	100.0			1	100.0	0	0			0	0	1	100.0			0	0	1	100.0			0	0	1	100.0			1	100.0	0	0										
Ev hanımı	87	63.0	51	37.0			53	38.4	85	61.6			118	85.5	20	14.5			87	63.0	51	37.0			77	55.8	61	44.2			58	42.0	80	58.0			106	76.8	32	23.2										
Diğer	10	55.6	8	44.4			1	5.6	17	34.4			13	72.2	5	27.8			12	66.7	6	33.3			10	55.6	8	44.4			6	33.3	12	66.7			15	83.3	3	16.7										
Babanın mesleği																																																		
Memur	3	50.0	3	50.0	0.297	3.687	2	33.3	4	66.7	0.782	1.079	4	66.7	2	33.3	0.643	1.673	3	50.0	3	50.0	0.206	4.571	1	16.7	5	83.3	0.021	9.753	1	16.7	5	83.3	0.194	4.713	4	66.7	2	33.3	0.230	4.307								
İşçi	52	62.7	31	37.3			29	34.9	54	65.1			69	83.1	14	16.9			51	61.4	32	38.6			41	49.4	42	50.6			31	37.3	52	62.7			60	72.3	23	27.7										
Emekli	0	0	2	100.0			0	0	2	100.0			2	100.0	0	0			0	0	2	100.0			0	0	2	100.0			0	0	2	100.0			2	100.0	0	0										
Diğer	45	63.4	26	36.6			25	35.2	46	64.8			60	84.5	11	15.5			48	67.6	23	32.4			46	64.8	25	35.1			34	47.9	37	52.1			60	84.5	11	15.5										
Yanık bakımı nedeniyle çalışma durumunun etkilenmesi																																																		
Evet	42	59.2	29	40.8	0.552	0.354	27	38.0	44	62.0	0.413	0.669	57	80.3	14	19.7	0.357	0.847	39	54.9	32	45.1	0.061	3.498	39	54.9	32	45.1	0.891	0.019	23	32.4	48	67.6	0.056		53	74.6	18	25.4	0.397	0.716								
Hayır	58	63.7	33	36.3			29	31.9	62	68.1			78	85.7	13	14.3			63	69.2	28	30.8			49	53.8	42	46.2			43	47.3	48	52.7	3.647		73	80.2	18	19.8										
Ailenin sosyal güvencesi																																																		
Var	87	60.8	56	39.2	0.523	0.408	49	34.3	94	65.7	0.824	0.049	120	83.9	23	16.1	0.585	0.298	87	60.8	56	39.2	0.125	2.358	77	53.8	66	46.2	0.739	0.111	58	40.6	85	59.4	0.897	0.017	111	77.6	32	22.4	0.896	0.017								
Yok	13	68.4	6	31.6			7	36.8	12	63.2			15	78.9	4	21.1			15	78.9	4	21.1			11	57.9	8	42.1			8	42.1	11	57.9			15	78.9	4	21.1										
Ailenin gelir durumu																																																		
Gelir gidere eşit	75	62.5	45	37.5	0.309	2.347	44	36.7	76	63.3	0.287	2.497	100	83.3	20	16.7	0.895	0.221	75	62.5	45	37.5	0.292	2.461	62	51.7	58	48.3	0.457	1.567	52	43.3	68	56.7	0.407	1.797	94	78.3	26	21.7	0.399	1.837								
Gelir giderden fazla	1	25.0	3	75.0			0	0	4	100.0			3	75.0	1	25.0			4	100.0	0	0			2	50.0	2	50.0			2	50.0	2	50.0			2	50.0	2	50.0										
Gelir giderden az	24	63.2	14	36.8			12	31.6	26	68.4			32	84.2	6	15.8			23	60.5	15	39.5			24	63.2	14	36.8			12	31.6	26	68.4			30	78.9	8	21.1										
Yaşanılan şehir																																																		
İl merkezi	72	62.1	44	37.9	0.029	7.094	38	32.8	78	67.2	0.376	2.006	96	82.8	20	17.2	0.375	1.963	73	62.9	43	37.1	0.874	0.269	61	52.6	55	47.4	0.676	0.782	48	41.4	68	58.0	0.498	1.394	90	77.6	26	22.4	0.644	0.879								
İlçe	26	70.3	11	29.7			16	43.2	21	56.8			30	81.1	7	18.9			24	64.9	13	35.1			21	56.8	16	43.2			16	43.2	21	56.8			30	80.1	7	18.9										
Köy	2	22.2	7	77.8			2	22.2	7	77.8			9	100.0	0	0			5	55.6	4	44.4			6	66.7	3	33.3			2	22.2	7	77.8			6	66.7	3	33.3										
Toplam	100	61.7	62	38.3			56	34.6	106	65.4			135	83.3	27	16.7			102	63.0	60	37.0			88	54.3	74	45.7			66	40.7	96	59.3			126	77.8	36	22.2										

*p<0.05

Araştırmaya katılan çocukların ve ailelerinin sosyo-demografik özellikleri ile ailelerin taburculuk sonrası sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması Tablo 10’da görülmektedir.

Annenin yaşı, annenin öğrenim durumu, annenin mesleği, babanın öğrenim durumu, babanın mesleği, yaşanan şehir ile taburculuk sonrası sorun yaşama durumlarının karşılaştırılmasında değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$).

Annenin yaşı ile taburculuk sonrası pansuman yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (X^2 : 6.861 $p<0.05$). Farklılığın hangi yaş grubundan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey HSD testi) farkın 20- 29 yaş arası annelerden kaynaklandığı belirlendi ($p<0.05$).

Annenin öğrenim durumu ile taburculuk sonrası pansuman yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (X^2 : 9.330 $p<0.05$). Farklılığın hangi yaş grubundan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey HSD testi) okuryazar olmayan annelerden kaynaklandığı belirlendi ($p<0.05$).

Annenin mesleği ile taburculuk sonrası pansuman yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (X^2 : 8.191 $p<0.05$). Farklılığın hangi meslek grubundan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey HSD testi) ev hanımı olan annelerden kaynaklandığı saptandı ($p<0.05$).

Babanın öğrenim durumu ile taburculuk sonrası ilaç kullanma (X^2 : 0.007 $p<0.05$) ve pansuman yapma arasında (X^2 :12.234 $p<0.05$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey HSD testi) ilköğretim mezunu babaların bu anlamlılığı oluşturduğu belirlendi ($p<0.05$).

Babanın mesleği ile taburculuk sonrası egzersiz yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (X^2 : 9.753 $p<0.05$). Farklılığın hangi meslek grubundan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey HSD testi) diğer meslek grubuna (mühendis, hastane çalışanı, güvenlik uzmanı vb) dahil olan babaların bu anlamlılığı oluşturduğu saptandı ($p<0.05$).

Yaşanılan şehir ile taburculuk sonrası ilaç kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (X^2 : 7.094 $p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey HSD testi) farklılığın ilçe ve köyde yaşayanlardan kaynaklandığı belirlendi ($p<0.05$).

Diğer değişkenler açısından yapılan karşılaştırmada, çocuğun yaşı, çocuğun cinsiyeti, ailedeki çocuk sayısı, babanın yaşı, yanık bakımı nedeniyle ailenin çalışma durumunun etkilenmesi, ailenin gelir durumu ve ailenin sosyo- ekonomik düzeyi ile ailelerin taburculuk sonrası sorun yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tablo 11. Yanık Özellikleri ile Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumunun Karşılaştırılması

Sorunlar Özellikleri	İlaç kullanma				p	X ²	Pansuman yapma				P	X ²	Banyo yapma				p	X ²	Giyinme				p	X ²	Egzersiz				p	X ²	Beslenme				p	X ²	İletişim				p	X ²																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	Var		Yok				Var		Yok				Var		Yok				Var		Yok				Var		Yok				Var		Yok				Var		Yok				Var		Yok																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
	n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%			n	%	n	%	n	%																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									

Araştırmaya katılan çocukların yanık özellikleri ile ailelerin taburculuk sonrası sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması Tablo 11’de görülmektedir.

Yanık toplam vücut yüzey alanı ile taburculuk sonrası ilaç kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (X^2 :19.020 $p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde (Tukey HSD) bu farkın % 10-20 ve % 20-30 arasındaki yanık yüzeyi gruplarından kaynaklandığı saptandı ($p<0.05$).

Taburculuk sonrası eğitim ve danışmanlık alma durumu ile taburculuk sonrası ilaç kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (X^2 : 4.350 $p<0.05$).

Diğer değişkenlerle ailelerin sorun yaşama durumları karşılaştırıldığında yanık tipi, yanık alanı, yanığın derecesi, yanık sonrası psikolog veya psikiyatri desteği alma durumu ile taburculuk sonrası sorun yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

4. 4. Ailelerin Anksiyete Düzeyleri ve Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması

Bu bölümde ailelerin taburculuk sonrası durumluk-sürekli anksiyete puan ortalamaları, yaşanan sorunlara göre durumluk- sürekli anksiyete puan ortalamalarının karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 12. Taburculuk Sonrası Durumluk Anksiyete Puan Ortalamaları

	N	%	X ± SS	Min	Max
Durumluk Anksiyete Puanı	162	100	47.03 ± 7.48	31.00	62.00

Araştırmaya katılan ailelerin taburculuk sonrası durumluk-sürekli anksiyete puan ortalamaları Tablo 12’de görülmektedir. Taburculuk sonrası ailelerdeki genel durumluk anksiyete puanı ortalaması 47.03 ± 7.48’dir.

Tablo 13. Taburculuk Sonrası Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumu	Durumluk Anksiyete Puanı X ± SS	t	P
İlaç Kullanma			
Sorun var (n:100)	47.44 ± 7.69	0.869	0.386
Sorun yok (n:62)	46.38 ± 7.16		
Pansuman Yapma			
Sorun var (n: 56)	48.08 ± 7.35	1.303	0.195
Sorun yok (n:106)	46.48 ± 7.53		
Banyo Yapma			
Sorun var (n:132)	47.50 ± 7.57	-1.687	0.185
Sorun yok (n: 30)	44.96 ± 6.85		
Giyinme			
Sorun var (n:102)	48.21 ± 7.50	-2.661	0.009*
Sorun yok (n: 60)	45.03 ± 7.07		
Egzersiz yapma			
Sorun var (n:88)	46.53 ± 7.57	-0.932	0.353
Sorun yok (n:74)	47.63 ± 7.39		
Beslenme			
Sorun var (n:66)	47.95 ± 6.94	1.296	0.197
Sorun yok (n:96)	46.40 ± 7.92		
Sosyal iletişim			
Sorun var (n:126)	47.46 ± 7.57	-1.375	0.171
Sorun yok (n: 36)	45.52 ± 7.57		

*p<0.05

Araştırmaya katılanların taburculuk sonrası yaşanan sorunlara göre durumluk anksiyete puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 13’de görülmektedir. Taburculuk sonrası sorun yaşayan ailelerin durumluk anksiyete puan ortalamaları sırasıyla; giyinme 48.21 ± 7.50, pansuman yapma 48.08 ± 7.35, beslenme 47.95 ± 6.94, sosyal iletişim 47.46 ± 7.57, ilaç kullanma 47.44 ± 7.69, banyo yapma 47.50 ± 7.57, egzersiz yapma 46.53 ± 7.57, beslenme 46.40 ± 7.92 olarak bulunmuştur.

Taburculuk sonrası sorun yaşayan ve yaşamayan ailelerde durumluk anksiyete puan ortalamaları karşılaştırıldığında giyinme (t:-2.661 p<0.05) dışında diğer alanlarda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05).

5. TARTIŞMA

5. 1. Tanıtıcı Özellikler

Yanıklı çocukların ailelerinde taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların ve nedenlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada örnekleme alınan 162 yanıklı çocuğun yaş ortalamasının 3.40 ± 3.38 olduğu belirlendi. Yanıklı çocuklarla ilgili Türkiye’de genel bir veri tabanı bulunmamakla birlikte yapılan bazı çalışmalarda yaş ortalamaları yer almaktadır. Aliustaoğlu, İnce, İnce, Yazıcı ve arkadaşlarının (2010) yanık ünitesinde tedavi edilen çocuklarda yaşamsal tehlike tanımının ve ihmalin adli tıp açısından irdelenmesi konusunda yaptığı çalışmada çocukların yaş ortalaması 3.9 ± 4.1 olup; Arslan, Kul, Derebaşinoğlu ve Çetinkale (2013)’nin İstanbul’daki pediatrik yanık yaralanmaların epidemiyolojisi ile ilgili yaptığı çalışmada ise 4.07 ± 3.79 bulunmuştur. Literatürdeki yanıklı çocukların yaş ortalaması ile bu araştırmadaki yaş ortalaması benzerlik göstermektedir. Bu yaştaki çocukların oyun çağına olmalarının yanıkların ortaya çıkmasını arttırdığı söylenebilir. Bu dönemde otonomi, kimlik duygusunun gelişmesi ve motor becerilerinin artması sonucunda çocuklarda tehlikeli davranışlar oluşabilmekte ve buna bağlı olarak ev kazalarının sıklığı artabilmektedir. Ev kazalarında ilk on yaralanma türünden biri olan yanıklar aynı zamanda bu yaş grubundaki ölüm nedenleri içinde ilk üç içerisinde yer almaktadır (Törüner; Büyükgönenç 2012). Bu nedenle ailelerin yanıkların önlenmesi konusunda dikkatli olması gerekmektedir.

Yanan çocukların cinsiyetlerine bakıldığında % 54.3’ünün erkek olduğu görüldü. McGarry, Elliott, McDonald, Valentine ve ark (2014b) yaptığı çalışmada yanan çocukları % 59’nun, Tuna ve Çetin’in (2010) yaptığı çalışmada ise yananların % 65.9’ nun erkek olduğu saptanmıştır. Yanan çocukların cinsiyetleri literatür ile benzerlik göstermektedir. Erkek çocukların doğası gereği kız çocuklarından daha hareketli olması nedeniyle daha fazla yanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada annelerin % 85.2’sinin ev hanımı, %63.0’ünün ilköğretim mezunu; babaların % 51.2’sinin işçi, %60.5’nin ilköğretim mezunu, gelir durumlarının ise %74.1’nin gelir gidere eşit olduğu belirlendi. Moi ve Gjengedal’ın (2014) yanık sonrası aile ilişkilerinde yaşanan deneyimleri incelediği çalışmada işsiz olan ailelerin çocuklarının % 50’sinin daha fazla yandığı belirlenmiştir. Bunun nedeni ise işsiz olan ailelerin ekonomik nedenlere bağlı yaşadıkları anksiyete nedeniyle çocuklarıyla yeterli ilgilenememeleri olduğu bildirilmiştir. Bu araştırmada babaların yarısından fazlasının çalıştığı, annelerin ise ev hanımı olduğu

görülmektedir. Literatürde olduğu gibi bu çalışmada da ailelerin sosyoekonomik düzeylerinin aile ilişkilerini ve çocuğun bakımını doğrudan etkilediği; buna bağlı olarak sosyoekonomik nedenlerden dolayı bu ailelerin çocuklarında yanıkların daha fazla olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada yanan çocukların % 71.6' sının il merkezinde, % 22.2'sinin ilçede yaşadığı belirlendi. McGarry, Elliott, McDonald, Valentine ve arkadaşlarının (2014b) yaptığı çalışmada yanan çocukların ve ailelerinin %72'sinin büyükşehirlerde yaşadığı görülmüştür. Bu araştırma ile McGarry, Elliott, McDonald, Valentine ve arkadaşlarını (2014b) yaptığı çalışma sonuçları ile benzerdir. İl merkezinde yaşayanlarda bu oranın daha yüksek olması ilçede yaşayanlara göre günlük yaşamın daha yoğun olması ve ailelerin sorumluluklarının daha fazla olmasına bağlanabilir.

Çocukların % 70.4' ünün sıcak su ile haşlanma, % 10.5'nun ise temas yanığı (sobaya veya ütüye dokunma vb.) şeklinde yandığı belirlendi. Amerikan Yanık Derneği'nin verilerinde yanık tipine bakıldığında 0-5 yaş arası çocukların % 60.8'inin haşlanma, % 27.6'sinin alev yanığı, % 15.2'sinin temas, % 1.9'unun ise elektrik yanığı şeklinde yandığı bildirilmektedir. Türkiye'de 2013 yılında yapılan bir çalışmada çocukların % 85.6'sının haşlanma, % 9.6'sının alev, % 2.6'sının elektrik, % 1.8'inin temasla yandıkları saptanmıştır (Arslan, Kul, Derebaşnoğlu ve Çetinkale 2013). Araştırma sonuçları yanık tipleri konusunda literatür ile paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda yanan çocukların TVYA' ları incelendiğinde % 72.8' inin %1-10 arasında yanık yüzdesine sahip olduğu ve TVYA ortalamasının % 9 ± 0.10 olduğu belirlendi. Yapılan çalışmalarda da çocuklardaki yanık yüzdesi genel olarak % 17.5 olarak bildirilmektedir (Aliustaoğlu, İnce, İnce, Yazıcı, Berber, Güloğlu 2010; Arslan, Kul, Derebaşnoğlu ve Çetinkale 2013). Yanan çocukların TVYA' nın diğer yapılmış çalışmalardan daha düşük bulunmasının nedeninin bu çalışmada temas yanığının diğer yanık tiplerinden daha fazla oranda olmasına bağlanabilir.

Yanık alanları incelendiğinde çocukların % 43.8'nün üst ekstremité; % 30.9 alt ekstremité yanığı olduğu saptandı. Şahin, Dal ve Vural (2014)'ın yaptığı çalışmada da çocuklarda en çok etkilenen yanık alanının üst ve alt ekstremité olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışmada çocuklarda en çok yanan bölgelerin kollar, bacaklar, ellerin olduğu saptanmıştır (Faydalı, Bayraktar 2011). Bu çalışmada da diğer çalışmalardakine benzer olarak çocuklarda

en çok ekstremitte yanıklarının olduğu görülmektedir. Ekstremitte yanıkları bu yaş grubu çocuklarda kolay meydana gelebilmektedir.

Yanık derecelerine bakıldığında ise çocukların % 46.3'nün II. derece yüzeysel ve % 42.6'sının II. derece derin yanıklarının olduğu belirlendi. Yapılan çalışmalarda çocuklarda yanık derecesinin genel olarak % 47'sini II. derece yanıklar oluşturmaktadır (Aliustaoğlu, İnce, İnce, Yazıcı, Berber, Güloğlu 2010; McGarry, Elliott, McDonald, Valentine ve ark. 2014b). Bu çalışma sonuçları literatür ile benzerlik göstermektedir. Sonuç olarak çocukların deri yapısının yetişkinlerden ince olması, yanığın verdiği hasarın yetişkinlere göre daha fazla olmasına neden olmaktadır. Bu nedenle çocuklarda daha derin yanıklar oluşmaktadır.

5. 2. Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumu

Bu çalışmada taburculuk sonrası sorun yaşayan ailelerin % 81.5'ünün banyo, % 77.8'sinin sosyal iletişim, % 63.0'ünün giyinme, % 61.7'sinin ilaç kullanma, % 54.3'ünün egzersiz yapma, % 40.7'sinin beslenme, % 34.6'sının pansuman yapma konularında sorun yaşadığı belirlendi. Faydalı ve Bayraktar'ın (2011) yanıklı çocuk, yetişkin ve ailelerin (n:280) taburculuk sonrası bilgi düzeylerini incelediği çalışmasında ailelerin kullanılan ilaçlar, yara pansumanı, yaranın enfeksiyondan korunması, egzersiz ve pozisyonlar, beslenme ve hijyenik gereksinimlerin karşılanması ile ilgili konularda bilgi gereksinimleri yaşadıkları belirlenmiştir. Öster, Hensing, Löjdström, Sjöberg ve arkadaşlarının (2014) yaptığı kalitatif çalışmada (n:10) ise çocukların ve ailelerinin giyinme, pansuman yapma, beden imajı, tekrardan eski yaşamlarına geri dönme, okula geri dönme ile ilgili konularda sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Bu çalışma sonuçları literatür ile benzer sonuçlar göstermekte olup yanıklı çocukların ailelerinin taburculuk sonrası birçok konuda sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Bu bağlamda hastaneden taburcu olmadan önce ailelere bu konularda taburculuk sonrası yaşayabilecekleri sorunlar ve çözümlerine yönelik eğitim verilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Taburculuk sonrası yaşanan sorunların nedenleri incelendiğinde ilaç kullanımına yönelik ailelerin % 92.2'si ilaçların kullanılmasının gerekliliğini bilmediğini, % 67.3'ü ilaçların kullanılması gerektiğini bildiği halde yanığın iyileşmesi üzerindeki etkisini bilmediğini, % 19.8'i ise çocuğu ilaç kullanmak istemediği için ilaçları kullanmadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan bir çalışmada taburculuk sonrası ailelerin % 83.5'inin ilaç kullanımı sırasında dikkat edilmesi gerekenleri, %9.3'ünün kullanılan ilaçların adını bilmediği belirlenmiştir (Faydalı, Bayraktar 2011). Literatürle benzer olarak ailelerin taburculuk sonrası ilaç kullanma ile ilgili

sorunlar yaşadığı görülmektedir. Bu sonuç taburculuk sonrası ilaçların yanık üzerine etkisinin nasıl olduğunu ve ilaçların yanık iyileşmesi tamamlanıncaya kadar kullanılması gerektiğinin ailelere yeterince anlatılmadığını akla getirmektedir. Aynı zamanda ailelerin taburculuk stresi nedeniyle ilaçların kullanımını tam olarak anlamadığı düşünülmektedir. Taburculuk eğitiminin yazılı veya görsel materyal kullanılarak ilaçların kullanımı hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Çocukların ağızdan ilaç kullanması ile ilgili hem anneler hem de hemşireler ile yapılmış iki ayrı çalışmada hemşirelerin ağızdan ilaç kullanımına yönelik % 75.8'sinin sorun yaşadığı görülmektedir (Boztepe, Özdemir, Karababa ve Yıldız 2014). Diğer bir çalışmada annelerin % 36.4'ü bazen, % 28.6'sı sıklıkla çocuklarda ağızdan ilaç kullanırken sorun yaşadığını ifade etmişlerdir. Mevcut ilaçların tatlarının kötü olması ve çocuğun bu tatları sevmemesi nedeniyle annelerin % 31.4'ü çocuğuna oyuncak verdiğini, % 16.4'ü burnunu sıktığını, % 10.0'unun ağzını zorla açtığını ve % 7.1'i sevdiği yiyeceklerle ilaç verdiğini belirtmiştir (Yılmaz, Arıkan, Baklacı, Bilmez ve ark 2013). Ayrıca bir başka çalışmada çocukların ailelerinin % 98'i taburculuk sonrası ilaç kullanımı hakkında yeterli düzeyde bilgi almak istediklerini söylemişlerdir (Şahin, Dal, Vural 2014). Sonuç olarak taburculuk sonrası ailelerin ilaç kullanım ile ilgili önemli düzeyde bilgi eksikliği yaşadıkları görülmektedir.

Ailelerin taburculuk sonrası % 13'ünün evinin yakınında sağlık kuruluşu olmadığı için düzenli aralıklarla pansuman yaptıramadığı, % 11.7'sinin ise çocuğun pansuman sırasında ağrısının fazla olması nedeniyle pansumanı düzenli yaptıramadığı belirlenmiştir. McGarry, ve arkadaşlarının çalışmasında ailelerin % 27'si pansuman yapmadaki prosedürlerin net açıklanmamasından yakınmaktadır (McGarry, Elliott, McDonald, Valentine ve ark 2014b). Bir diğer fenomenolojik çalışmada ise pansuman yapılmadan önce pansumanların ağrılı geçmesinden dolayı aileler çocuklarının korktuğunu ve endişelendiğini belirtmiştir (McGarry, Elliott, McDonald, Valentine ve ark 2014a). Evin sağlık kuruluşuna uzak olmasından kaynaklı olarak pansuman yapmada yaşanan sorunlara yönelik literatürde herhangi bir bilgi bulanamamıştır. Literatür ile paralel olarak bu çalışmada da taburculuk sonrası pansuman yapma konusunda sorunlar yaşanması benzerlik göstermektedir. Bu durum da ailelerin pansuman yapma ile ilgili bilgi eksikliğinin ve sosyoekonomik gelir durumlarının düşük olmasına bağlı pansumanları düzenli olarak yaptıramadığı söylenebilir.

Taburculuk sonrası ailelerin % 41.4'ünün banyo sırasında yanık yarasına zarar vermekten korktuğu için, % 37.7'si ise çocuğun banyodan korkması nedeniyle banyo yaptıramadıklarını belirtmişlerdir. Ailelerin giyinme ile ilgili sorunlarına bakıldığında % 26.5'inin kıyafetin yanık yarasına zarar vereceği düşüncesinden dolayı yanık alanlara kıyafet giydirmedeği belirlenmiştir. Bunun dışında ise % 36.4'ü çocuklarının giyim sırasında ağrısı olduğu için kıyafet giydirmedeğini ifade etmişlerdir. Yanıklı hastaların hemşirelerden beklentileri ile ilgili yapılan bir çalışmada % 33.7'sinin giyinme, % 22.8'inin temel ihtiyaçların giderilmesi konusunda hemşirelerden destek bekledikleri belirlenmiştir. Aynı zamanda taburculuk sonrasında % 96'sında cilt bakımını nasıl yapılacağı konusunda bilgilendirilmek istendiğini belirtmişlerdir (Şahin, Dal, Vural 2014). Bu çalışmada da ailelerin banyo konusundaki bilgi gereksinimleri olduğu görülmekte olup çocukların yanık ünitesinde yatarken hidroterapi aldıkları için banyodan korkmasının normal karşılanması gerektiği konusunda ailelere destek verilmesi gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca ailelerin çocuklarına yumuşak, pamuklu, bol ve açık renk kıyafetlerin giydirmesi ile ilgili bilgilendirilme yapılması gerekli olduğu düşünülmektedir. Çünkü araştırmada kıyafetin yanık yarasına zarar vereceği düşüncesi ailelerde yanık ile ilgili yetersiz bilgilendirme yapılmış olabileceğini akla getirmektedir. Bu nedenle kıyafet seçimi, giydirme ve banyo yaptırma konusunda ailelerin daha net bilgilendirmeye gereksinim duydukları söylenebilir.

Taburculuk sonrası egzersiz ile ilgili ailelerin yaşadıkları sorunların nedenleri incelendiğinde, % 18.5'i yanığın olduğu ekstremiteler için egzersizin önemini bilmediğini, % 17.3'ü ise egzersiz sırasında çocukların ağrısının fazla olduğu için egzersiz yaptıramadıklarını ya da egzersizi kestiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca % 16.7'si taburculuk sonrası yapılması gereken egzersizleri yeterli öğrenemedikleri için egzersizleri yaptıramadıklarını belirtmişlerdir. Çocuklarda yanık sonrası yaşam kalitesi ile ilgili yapılan bir çalışmada (n:138), çocukların % 6'sının mobilizasyon, %11'inin ise olağan günlük aktiviteleri gerçekleştirme konusunda sorun yaşadıkları bulunmuştur (Van Baar, Polinder, Essink- Bot, Van Loey ve ark 2011). Bu çalışma sonuçları Van Baar ve arkadaşlarının çalışmasının sonuçlarına benzer olarak çocukların ve ailelerin taburculuk sonrası egzersiz ile ilgili sorun yaşadığını göstermektedir. Literatürde taburculuk sonrası yapılan egzersiz programının çocukların fiziksel, sosyal ve mental fonksiyonları açısından olumlu gelişmeler sağladığı vurgulanmaktadır (Rosenberg, Celis, Meyer, Tropez-Arceneaux ve ark 2013). Çocukların fiziksel, sosyal ve mental işlevliği için egzersiz yapması önemli olup aynı zamanda yanık

komplasyonlarından olan kontraktürlerin oluşumunu önlemektedir. Bu nedenle taburculuk sonrası çocuğa ve ailesine egzersizlerin öğretilmesi konusunda ekip işbirliği yapılarak ailelere gerekli egzersizlerin öğretilmesi önemlidir.

Taburculuk sonrası beslenme konusunda ailelerin % 29.6'sı çocuklarının yemek yemek istemediğinden yakınmaktadırlar. Bu durum çocukların iştahının çok fazla olmayıp yemek yemek istememelerine bağlanabilir. Ancak yapılmış olan çalışmalarda taburculuk sonrası çocukların kısa süreli olarak iştahında azalma olabileceği vurgulanmaktadır. Ayrıca araştırmamızda çocukların yemek yemek istememesine rağmen kilo ortalamaları 15.90 ± 11.23 , boy ortalamaları 94.07 ± 23.98 olup büyüme gelişme açısından % 75 persentil ve üzerinde değerlendirilmiştir. Beslenmenin yanık iyileşmesi üzerine ASPEN'nin (Amerikan Parenteral ve Enteral Beslenme Derneği) yapmış olduğu altı makalede beş klinisyen önerisi ile C vitamini, çinko ve protein eksikliğinin önemi vurgulanmaktadır. Çalışmanın sonucunda yanıklı çocuk ve yetişkinlerin % 33'ün de çinko eksikliği, % 48'sinde C vitamini eksikliği bulunmuştur (Thompson, Leu, Drummond, Popalisky ve ark 2014). Bu nedenle ailelerin beslenme konusunda çocuklar açısından sabırlı olması gerekıp vitaminli mineralli ve proteinli beslenmesine özen göstermeleri konusunda bilgilendirilmelerinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

Taburculuk sonrası sosyal iletişim alanında ise ailelerin % 51.2'si yanık nedeniyle fazla ilgi gösterdiklerinden dolayı çocuklarının sinirli ve gergin olduğunu, % 27.2'si ise çocuklarının tekrar yanmasından korktuklarını ve diğer çocukların davranışlarından dolayı endişelendikleri için sosyal ortama çıkaramadıklarını belirtmişlerdir. Kesitsel olarak yapılmış çalışmalarda yanığın şiddetine bağlı olarak okul çağı çocuklarında uzun süreli davranış sorunlarının ortaya çıktığı ve buna bağlı olarak da anksiyete düzeyinin arttığı bildirilmektedir (Bakker, Maertens, Van Son, Van Loey 2013). Çocuklara yapılan fenomenolojik bir çalışmada (n:10) ise çocuklardan birinin okula gitmek istemediğini ifade etmesinin nedeninin arkadaşlarının sürekli olarak yanma olayını sorması ve çocuğun bu olayı anlatmak istememesi olduğu belirtilmiştir (McGarry, Elliott, McDonald, Valentine ve ark 2014a). Bu araştırmada ve diğer çalışmalarda çocukların ve ailelerinin yanık sonrası sosyal yaşama yeniden uyum sağlamada korkular ve sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Bu nedenle sosyal yaşam konusunda da ailelerin desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir.

5. 3. Tanıtıcı Özellikler ve Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumunun Karşılaştırılması

Çocukların sosyodemografik özelliklerine göre ailelerin sorun yaşama durumu karşılaştırıldığında; yaş gruplarına göre ailelerin 0-3 yaş grupta % 44.6'sı beslenme, 3-6 yaş grupta % 37.5'i pansuman yapma, 6-12 yaş grupta % 68.2'si giyinme, 12-18 yaş grupta % 85.7'si banyo yapma ve tüm gruplarda % 100'ünün iletişim ile ilgili sorun yaşadığı bulundu. Ancak çocuğun yaş grubu ile yaşanan sorunlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı. Bununla birlikte yaşanan sorunların çocuğun büyüme ve gelişme evrelerine göre uyumlu olduğu düşünülmektedir. Çocukların 0-3 yaş arası beslenme alışkanlıklarının kazanıldığı ve düzene girdiği dönem olduğu için yanık gibi stresli ve gerginlik yaratan bir durumla baş etmede bu konuda sorun yaşamaları beklenebilir. Çocuğun benlik duygusunun gelişmeye başladığı 3-6 yaş döneminde ise vücut bütünlüğünün bozulacağı düşüncesi ile ilgili sorun yaşaması beklenebilir. Okul dönemindeki çocuklarda (6-12 yaş) giyim ve davranışlar ile ilgili sorunlar beklenirken, 12-18 yaş ergenlik dönemi olduğu için sosyal çevreyle ve kendi bedeni ile ilgili sorun yaşaması beklenebilir. Bu nedenle istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte ailelerin çocukları ile ilgili yaşadıkları sorunların yaş dönemi özellikleriyle uyumlu olduğu söylenebilir. Bu farklılıklar konusunda ailelerin bilgi sahibi olmaları önemlidir.

Araştırmada kız çocukların ailelerinin % 83.8'i banyo yapma, % 78.4'ü iletişim, % 63.5'i ilaç kullanma, % 63.5'i giyinme, % 51.4'ü egzersiz yapma, % 43.2'si beslenme, % 32.4'ü pansuman yapma konusunda sorun yaşamışlardır. Erkek çocukların ailelerinin ise % 83.0'ı banyo yapma, % 77.3'ü iletişim, % 60.2'si ilaç kullanma, % 62.5'i giyinme, % 56.8'si egzersiz yapma, % 36.4'ü pansuman yapmaya yönelik sorun yaşadığı belirlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte kız çocuklarının ailelerinde yaşanan sorunların daha fazla olduğu görülmektedir. Kız ve erkek çocukların yanık sonrası sosyal yaşama uyum sağlamalarına yönelik yapılan Bakker ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında (n:83) beden imajının bozulmasının kız çocuklarını daha fazla etkilediği, bu nedenle kızların sosyal yaşama uyum sağlamada daha fazla sorun yaşadığı saptanmıştır. Bu çalışmada da hem kızlar hem erkekler çok fazla sorun yaşamakla birlikte kızların beden imajının bozulmasından daha fazla etkilendiği için daha fazla alanda ve yüksek oranda sorun yaşadıkları düşünülmektedir.

Ailede bir veya iki çocuğu olanların % 79.5'nin iletişim, % 66.1'inin giyinme, % 64.3'ünün ilaç kullanma, % 55.4'ünün egzersiz yapma, % 41.1'inin beslenme, % 34.8'inin pansuman yapmaya yönelik sorun yaşadığı belirlenmiştir. Ailede üç veya beş çocuğu olanların ise % 84.0'ının banyo yapmada sorun yaşadığı belirlendi. İstatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte çocuk sayısının daha az olduğu ailelerde daha fazla sorun yaşandığı görülmektedir. Öster ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında aileler evdeki diğer çocuklarının yanan çocuk ile ilk karşılaştıklarında korktuklarını ifade etmişlerdir. Bu yüzden evdeki çocuk sayısına bağlı sorun yaşama durumları değişebilmektedir. Çalışmamızda çok çocuklu ailelerin baş etme mekanizmaları daha iyi geliştiği için taburculuk sonrası daha az sorun yaşadıkları düşünülmektedir. Çok çocuklu ailelerin özellikle banyo yapma konusunda daha fazla sorun yaşamış olması banyonun mutlaka yardım gerektirmesi ve bu nedenle ailelerin diğer çocukların bakımı ile birlikte banyo yaptırmada zorluk yaşamış olabileceklerini akla getirmektedir.

Annenin yaşı ve taburculuk sonrası yaşanan sorunlar karşılaştırıldığında 20-29 yaş arası annelerin % 86.4'ü banyo yapma, % 66.1'i ilaç kullanma, % 47.5'i pansuman yapma, %23.7'si iletişim ile ilgili sorun yaşarken, 30-39 yaş arası annelerin ise %58.1'inin egzersiz yapma, % 42.4'ünün beslenme ile ilgili sorun yaşadığı görüldü. Annelerin yaş grupları ve taburculuk sonrası pansuman yapma ile ilgili yaşanan sorunlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (X^2 : 6.861 $p<0.05$). Bu anlamlılığın 20- 29 yaş arası annelerden kaynaklandığı belirlendi. Bu yaş grubu anneler aynı zamanda 1-2 çocuk sahibi olan genç annelerdir. Bir veya iki çocuk sahibi olan annelerin genel olarak tüm alanlarda daha fazla sorun yaşadığı görülmektedir. Ayrıca yine daha fazla çocuğa sahip annelerin stresle baş etme mekanizmalarının daha fazla gelişmiş olmasına bağlı olarak 30-39 yaş grubu anneler pansuman yapma konusunda daha az sorun yaşamış olabilirler. Bu nedenle genç annelerin baş etme mekanizmalarının yetersiz olabileceği buna bağlı olarak da evde bakımda diğer alanlara göre daha stresli olabilen pansuman yapma konusunda daha fazla sorun yaşamış olabilecekleri düşünülmektedir.

Annenin öğrenim durumu ve taburculuk sonrası yaşanan sorunlar karşılaştırıldığında okuryazar olmayan annelerin %100'ü banyo yapma, % 85.7'si ilaç kullanma ve iletişim ile ilgili sorunlar yaşarken, ilköğretim mezunu annelerin % 66.7'sinin giyinme, % 57.8'inin egzersiz yapma, % 46.1'inin beslenme ile ilgili sorun yaşadığı görüldü. Annenin öğrenim durumuyla taburculuk sonrası pansuman yapma ile ilgili yaşanan sorunlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (X^2 :9.330 $p<0.05$). Bu anlamlı farkın okuryazar olmayan annelerden kaynaklandığı belirlendi. Babanın öğrenim durumuyla taburculuk sonrası ilaç kullanma

(X^2 :12.234 $p<0.05$) ve pansuman yapma (X^2 :11.881 $p<0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Annelerin eğitim düzeylerinin babalara göre daha düşük olmasından dolayı çocuğun kullanacağı ilaçlar ve miktarlarının ayarlanması babaların sorumluluğu altında olabileceği için babaların ilaç kullanma ile ilgili daha fazla sorun yaşadığı düşünülmektedir. Annelerin ise % 85.2'sinin ev hanımı olmasına bağlı pansuman yapmada temel rol oynamaları nedeniyle annelerin babalara göre pansuman yapma ile ilgili daha fazla sorun yaşamış olabileceklerini akla getirmektedir. Ailelerin öğrenim düzeylerinin taburculuk sonrası yaşanan sorunları etkilediği görülmektedir. Bu nedenle taburculuk eğitimi verilirken anne ve babanın eğitim düzeyi göz önünde bulundurulmalıdır.

Annenin mesleğiyle ailelerin taburculuk sonrası sorun yaşama durumları karşılaştırıldığında emekli annelerin tümünde banyo yapma ve iletişim, ev hanımı annelerin % 63.0'ının ilaç kullanma, %85.5'inin banyo yapma, % 55.8'inin egzersiz yapma, % 42.0'ının beslenme, diğer meslek grubunda olan annelerin ise % 66.7'sinin giyinme ile ilgili sorun yaşadığı görüldü. Annenin mesleğiyle taburculuk sonrası pansuman yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (X^2 : 8.191 $p<0.05$). Bu anlamlı farkın ev hanımı annelerden kaynaklandığı belirlendi. Çalışan annelerin algılama ve öğrenmelerinin daha yüksek olmasına bağlı ev hanımı annelere göre pansuman yapmada daha az sorun yaşamış olabilecekleri düşünülmektedir. Aynı zamanda ev hanımı anneler evde pansuman yapma stresiyle tek başına başetmek durumunda kalmış olabilirler.

Babanın mesleğiyle ailelerin taburculuk sonrası sorun yaşama durumları karşılaştırıldığında emekli babaların tümünde banyo yapma ve iletişim, diğer meslek grubuna dahil olan babaların ise % 67.6'sında giyinme, % 64.8'inde egzersiz, % 63.4'ünde ilaç kullanma, % 47.9'unda beslenme, % 35.2'sinde pansuman yapma ile ilgili sorun yaşadığı görüldü. Babanın mesleğiyle taburculuk sonrası egzersiz yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (X^2 :9.753 $p<0.05$). Bu anlamlılığın diğer meslek grubu babalardan kaynaklandığı belirlendi. Diğer meslek grubuna dahil olan babalar (mühendis, hastane çalışanı, güvenlik uzmanı gibi) çocukların taburculuk sonrası egzersizlerini öğrenmede ve yaptırmada memur babalara göre daha fazla sorun yaşamışlardır. Bunun nedeninin diğer meslek grubuna dahil olan babaların çalışma saatlerinin düzenli olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca babaların egzersiz yapma ile ilgili sorun yaşaması, anneler egzersiz yaptırmada; duygusal yaklaşarak çocuğun ağrısı veya acısı var diye çocuklara egzersiz yaptıramayabileceği akla getirmektedir.

Yaşanılan şehir ile ailelerin taburculuk sonrası sorun yaşama durumları arasında yapılan karşılaştırmada, ilçede yaşayanların % 80.1'inin iletişim, % 70.3'ünün ilaç kullanma, % 64.9'unun giyinme, % 43.2'sinin pansuman yapma, % 43.2'sinin beslenme konusunda sorun yaşadığı belirlendi. Köyde yaşayanların ise % 100'ü banyo yapma ve % 66.7'si egzersiz konusunda sorun yaşadığı belirlendi. İlçede yaşayanların taburculuk sonrası ilaç kullanma konusunda sorun yaşaması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($X^2: 7.094$ $p < 0.05$). McGarry ve arkadaşlarının (2014b) çalışmasında yanan çocukların ve ailelerinin % 72'sinin büyükşehirde yaşadığı bulunmuştur. Bu araştırmada da benzer olarak çocuk ve ailelerinin % 71.6' sının il merkezinde yaşadığı görülmektedir. Bununla birlikte ilçede yaşayanların taburculuk sonrası ilaç kullanma ile ilgili daha fazla sorun yaşaması ilçe sağlık hizmetlerinin il merkezindeki sağlık hizmetlerine göre daha sınırlı olabileceğini akla getirmektedir.

Yanık özelliklerine göre ailelerin taburculuk sonrası sorun yaşama durumları karşılaştırıldığında, yanık toplam vücut yüzey alanı ile taburculuk sonrası ilaç kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($X^2: 19.020$ $p < 0.05$). Bu farkın % 10-20 ve % 20-30 arasında yanık yüzeyine sahip çocukların ailelerinden kaynaklandığı belirlendi ($p < 0.05$). Yapılan çalışmalarda yanık yüzey alanı ve derecesi arttıkça yanık sonrası uyumun sağlanmasında daha fazla zorluk yaşandığı, yaşam kalitesinin daha fazla düştüğü ve ailelerin daha fazla sorun yaşadıkları belirlenmiştir (Tuna, Çetin 2010; Van Baar, Polinder, Essink- Bot, Van Loey ve ark 2011). Bu araştırmada da literatürle benzer olarak geniş yanık yüzey alanına sahip çocukların ailelerinin taburculuk sonrası birçok alanda sorun yaşadıkları görülmüştür. Ayrıca yanık yüzeyi geniş olduğunda yanık iyileşme süresi de uzamaktadır. Buna bağlı olarak ilaç desteğine daha fazla gereksinim duyulabilmektedir. Bu nedenle yanık yüzeyi geniş çocukların ailelerinde ilaç kullanma konusunda daha fazla sorun yaşanmış olabileceği düşünülmektedir. Diğer yandan yanık tipi ve yanık alanı ile yaşanan sorunlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına karşın ailelerin yanığın özelliğine bakılmaksızın taburculuk sonrası birçok alanda sorun yaşadıkları görülmektedir.

Yanık sonrası psikolog veya psikiyatri desteği almayan ailelerin % 68.1'inin ilaç kullanma, % 41.8'inin beslenme ile ilgili sorun yaşadıkları belirlendi. Psikolog veya psikiyatri desteği alanların ise % 85.9'unda banyo yapma, % 81.7'sinde iletişim, % 64.8'inde giyinme, % 59.2'sinde egzersiz, % 36.5'inde pansuman yapma ile ilgili sorun yaşadığı belirlendi. Psikolog veya psikiyatri desteği alma ve ailelerin taburculuk sonrası sorun yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi. Yapılan çalışmalarda ailelerin

akrabalarından ve aile içi bireylerden yanık bakımı konusunda desteğe gereksinim duydukları bildirilmektedir (Moi, Gjengedal 2013; McGarry, Elliott, McDonald, Valentine ve ark 2014; Öster, Hensing, Löjdström, Sjöberg ve ark 2014) . Bu nedenle ailelerin psikolojik destek almasının bakım yükünü azaltacağı beklenmektedir. Fakat bu araştırmada anlamlı fark olmamakla birlikte psikolog veya psikiyatri desteği alanların taburculuk sonrası daha fazla alanda sorun yaşadıkları görülmüştür. Bunun nedeninin verilerin taburculuk sonrası birinci ayda toplanmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Destek aldığını ifade eden ailelerin bir aylık sürede destek alma süreçleri henüz tamamlanmamış olduğundan daha fazla alanda sorun yaşamış olabilecekleri düşünülmektedir.

Eğitim ve danışmanlık alma durumuyla ailelerin taburculuk sonrası sorun yaşama durumları karşılaştırıldığında, taburculuk sonrası eğitim ve danışmanlık alanların % 85.5' inde banyo yapma, % 64.5' inde giyinme, % 54.8' inde egzersiz, % 43.5' inde beslenme, % 35.5' inde pansuman yapma ile ilgili sorun yaşanırken, taburculuk sonrası eğitim ve danışmanlık almayanların % 79.0' ının iletişim, % 68.0' ının ilaç kullanma ile ilgili sorun yaşadığı belirlendi. Eğitim ve danışmanlık alanlar ve almayanlar arasında taburculuk sonrası ilaç kullanma konusunda sorun istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (X^2 : 4.350 $p<0.05$). Eğitim ve danışmanlık alan ailelerde ilaç kullanımına yönelik daha az oranda sorun yaşanırken, almayan ailelerde ise daha fazla sorun yaşadığı görüldü. Eğitim ve danışmanlık almanın diğer alanlarda da yaşanan sorunları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaltması beklenmekle birlikte sorun yaşama oranlarının eğitim-danışmanlık alan grupta daha düşük olduğu görülmektedir. Elde edilen sonuçlar yanık sonrası taburculuk eğitiminin ve danışmanlığının öneminin vurgulanması açısından önemlidir.

5. 4. Ailelerin Anksiyete Düzeyleri ve Taburculuk Sonrası Sorun Yaşama Durumunun Karşılaştırılması

Ailelerin taburculuk sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları 47.03 ± 7.48 bulundu. Ailelerin taburculuk sonrası durumluk anksiyete puan ortalamaları yüksek olarak değerlendirildi. Yanık sonrası evde bakım ailelerin profesyonel destek almalarını gerektiren zorlu ve uzun süreçtir. Çocuklarda oluşan yanıklar hem ailenin hem çocukların yaşamını olumsuz olarak etkilemektedir. Ailelerin çocuklarının stresiyle başetmede güçlük yaşamaları beklenen bir süreçtir. Aileler hem çocuklarına yardımcı olma hem de evde yanık bakımında kendilerine öğretilen girişimleri uygulama için çaba sarf etmektedirler. Durumluk anksiyete

düzeyi ailelerin yanıkla ilgili kendini nasıl hissettiğini göstermektedir. Bu durumda taburculuk sonrası ailenin yanıklı çocuğun bakımını sürdürmede durumluk anksiyete düzeyinin etkilenmesi beklenebilir. Bu nedenle ailelerin yanık sonrası evde bakım süreçlerinde çok fazla konuda sorun yaşamalarının durumluk anksiyetelerinin yüksek düzeyde olmasına neden olduğu düşünülmektedir. Ailelerin durumluk anksiyete puanları yanıktan hemen sonra ölçülseydi daha yüksek olabilirdi. Fakat ailelerin durumluk anksiyete puanlarının yanık ünitesinden taburcu olduktan yaklaşık bir ay sonra ölçüldüğü için biraz düşmüş olduğu görülmektedir. Bu durum ise evde bakım sürecinde yanık ile ilgili yaşanan sorunlar nedeniyle anksiyetelerinin sürekli anksiyete haline dönüşmeye başlamış olduğunu düşündürmektedir.

Ailelerin durumluk anksiyete puan ortalamaları ile taburculuk sonrası sorun yaşama durumları karşılaştırıldığında sadece giyinme konusunda sorun yaşayan ve yaşamayan aileler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($t: -2.661$ $p<0.05$). Bu sonuç çocuklara kıyafet giydirmenin hem zaman alıcı hem de yanık sonrası stresli bir aktivite olmasına bağlanabilir. Diğer alanlarda sorun yaşayan ve yaşamayan ailelerin anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamakla birlikte genel olarak sorun yaşayan ailelerin anksiyete puan ortalamaları daha yüksektir.

Bu çalışmada yanık sonrası ailelerde taburculuk sonrası yaşanan sorunlara bağlı olarak anksiyete düzeylerinin yüksek düzeyde çıkması literatürde bu konu ile ilgili yapılmış olan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda yanık sonrası ailelerin % 47'sinin post-travmatik stres bozukluğu, % 19- 44'ünün depresyon belirtileri, % 27-81'inin suçluluk duygusu yaşadıkları belirlenmiştir (Bakker, Maertens, Van Son ve Van Loey 2013). Ayrıca yanıklı çocuklarda yanık sonrası birinci ayda annelerdeki ve babalardaki akut stresi inceleyen bir diğer çalışmada annelerin % 50'sinin, babaların ise % 27'sinin stresli olduğu belirlenmiştir (Bakker, Van Loey, Van der Heijden, Van Son 2012). Bu bağlamda ailelerin anksiyete düzeylerinin yanık sonrası evde bakım sürecinde yüksek olacağı göz önünde bulundurularak taburculuk planının yapılması önemlidir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı Yanık Polikliniğinde, yanıklı çocukların ailelerinin taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların ve nedenlerin belirlenmesi amacıyla 162 yanıklı çocuğun ailesinin değerlendirildiği bu araştırmada elde edilen sonuçlar şunlardır:

Ailelerin taburculuk sonrası % 81.5'inin banyo yapma, %77.8'inin sosyal iletişim, % 63.0'nın giyinme, % 61.7'sinin ilaç kullanma, % 54.3'ünün egzersiz yapma, % 40.7'sinin beslenme, % 34.6'sının ilaç kullanma ile ilgili sorun yaşadıkları belirlendi (Tablo 7).

Annenin yaşıyla taburculuk sonrası pansuman yapma ($X^2:6.861$ $p<0.05$), annenin öğrenim durumuyla taburculuk sonrası pansuman yapma ($X^2:9.330$ $p<0.05$), annenin mesleğiyle taburculuk sonrası pansuman yapma ($X^2:8.191$ $p<0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 10).

Babanın öğrenim durumuyla taburculuk sonrası ilaç kullanma ($X^2:12.234$ $p<0.05$) ve pansuman yapma ($X^2:11.881$ $p<0.05$), babanın mesleği ile taburculuk sonrası egzersiz yapma ($X^2:9.753$ $p<0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 10).

Ailelerin yaşadıkları şehir ile taburculuk sonrası ilaç kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($X^2:7.094$ $p<0.05$)

Yanıkla ilgili özelliklerden toplam vücut yüzey alanı ile taburculuk sonrası ilaç kullanma ($X^2:19.020$ $p<0.05$), taburculuk sonrası eğitim-danışmanlık alma durumuyla ilaç kullanma ($X^2:4.350$ $p<0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 11).

Ailelerin genel durumluk anksiyete puan ortalaması 47.03 ± 7.48 olarak bulundu (Tablo 12). Ailelerin durumluk anksiyete puanı ile giyinmeye yönelik sorun yaşama arasında ($t:-2.661$ $p<0.05$) (Tablo 13) istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler şöyle sıralanabilir;

Hemşirelere yönelik,

- Ailelere yanık ünitesinden taburcu olmadan önce taburculuk sonrası yaşanabilecek sorunlara yönelik görsel materyaller kullanılarak, ailenin ve çocuğun özelliklerine uygun birebir interaktif eğitim verilmesi
- Ailelerin taburculuk sonrası yaşayabilecekleri sorunlara yönelik görsel eğitim materyallerinin (eğitim kitapçığı, broşür vb) oluşturulması ve ailelere verilmesi
- Ailelerin yanık bakımı ve süreci ile ilgili yaşadıkları deneyimleri paylaşacakları destek grupların oluşturulması
- Ailelere taburculuk sonrası yaşanan sorunlara yardım edilmesi amacıyla evde bakım hizmetleri kapsamında düzenli aralıklarla ev ziyareti yapılması
- Ailelere taburculuk sonrası yaşanan sorunlara yardım edilmesi amacıyla yanık ünitesi hemşirelerinin düzenli aralıklarla telefonla danışmanlık yapması,

Araştırmacılara yönelik,

- Yanıklı çocuğu olan ailelerin taburculuk sonrası yaşanan sorunların ve nedenlerinin daha büyük örneklem gruplarında ve farklı kurumlarda yapılması
- Yanıklı çocuğu olan ailelerin taburculuk sonrası deneyimlerini ve yaşadıkları sorunları derinlemesine incelemek amacıyla kalitatif çalışmaların yapılması
- Sorunların azaltılmasına yönelik girişimsel çalışmaların (interaktif eğitim cd'si, eğitim kitapçığı, destek grupları vb.) yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- 1) Aliustaoğlu S, İnce H, İnce N, Yazıcı Y, Berber B, Güloğlu R. Acil cerrahi yanık ünitesinde tedavi edilen çocuklarda yaşamsal tehlike tanımının ve ihmalin adli tıp açısından irdelenmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, 2010; 16(2): 170-173
- 2) American Burn Association (ABA), <http://www.ameriburn.org/resources factsheet.php> erişim tarihi: 17.02.2014
- 3) American Burn Association, National Burn Repository. National burn repository report of data from 2003-2012. 2013; 1-125
- 4) Arslan H, Kul B, Derebaşınlioğlu H, Çetinkale O. Epidemiology of pediatric burn injuries in Istanbul, Turkey. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, 2013; 19(2): 123-126
- 5) Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma ve çözümleme. İkinci Yazım. İzmir, D.E.Ü. Rektörlük Basımevi, 2006, 143-152, 198-205
- 6) Aydemir K, Taşkaynatan MA. Yanık rehabilitasyonu. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 2011; 9, Özel sayı:70-77
- 7) Aydoğan C, Ekici Y. Yanık hastalarında beslenme. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi, 2012; 10: 74-83
- 8) Bahar Z. Verilerin çözümlenmesinde istatistiksel yöntemler, In: Erefe İ, editors. Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemler. Dördüncü Baskı. Odak Ofset Matbaacılık, 2012, 189- 246
- 9) Bakker A, Maertens KJP, Van Son MJM, Van Loey NEE. Psychological consequences of pediatric burns from a child and family perspective: a review of the empirical literature. Clinical Psychology Review, 2013; 33: 361- 371
- 10) Bakker A, Van Loey N, Van der Heijden P, Van Son M. Acute stress reactions in couple after a burn event to their young child. Journal of Pediatric Psychology Advance Access Published, 2012; 1-9
- 11) Benjamin DA, Jaco M, Kock E. Burn nursing. In: Herndon DN, editors, Total Burn Care. 4th ed. Edinburgh: Elsevier, 2012, p: 397-403
- 12) Boztepe H, Özdemir H, Karababa Ç, Yıldız Ö. Ağızdan ilaç hazırlama ve uygulama sırasında yaşanan güçlükler. Türk Ped Arş, 2014; 49: 231-7
- 13) Brewin MP, Lister TS. Prevention or treatment of hypertrophic burn scarring: a review of when and how to treat with the Pulsed Dye Laser. Burns, 2014; 797-804

- 14) Butler DP. The 21st century burn care team. *Burns* 39, 2013; 375-379
- 15) Cheek DJ, Martin LL, Morris SE. Shock, multiple organ dysfunction syndrome and burns in adult. In: McCance KL, Huether SE, Brashers VL, Rote NS editors, *Pathophysiology the Biologic Basis For Disease In Adults and Children*. 6th ed. Mosby: Elsevier, 2010, p: 1696-1751
- 16) Coffee T. Care of Patients with Burns. In: Ignatavicius DD, Workman ML, editors. *Medical Surgical Nursing*. 7th ed. United States of America: Elsevier, 2013, p: 511-540
- 17) Diler B, Dalgıç N, Karadağ Ç.A, Dokucu A. İ. Bir pediatrik yanık ünitesinde epidemiyoloji ve enfeksiyonlar: üç yıllık deneyimiz. *J Pediatr Inf*, 2012; 6: 40-5
- 18) Ercan ÇG, Özay H, Bombacı E, Çevik B, Çolakoğlu S. Yanık ve yara tedavi merkezi yoğun bakım ünitesinde iki yıllık süreçte takip edilen hastaların prognozu. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2012; 10: 110-116
- 19) Essayagh T, Zohoun A, Tourabi K, Ennouhi MA, Boumaarouf A, Ihray H, Elhamzaoui S. Burn unit: colonization of burn wounds and local environment. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*, 2012;18 (4): 296-300
- 20) Fakhar FM, Rafii F, Orak RJ. The effect of jaw relaxation on pain anxiety during burn dressings: randomised clinical trial. *Burns*, 2013; 39, 61-67
- 21) Faydalı S, Bayraktar N, Yanıklı hastaların ve yakınlarının taburculuk sonrası bilgi düzeylerinin belirlenmesi, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2011; 1: 47-60
- 22) Gaugliz G. Yanığın uzun süreli fizyopatolojisi ve sonuçlar; skar oluşumu, HTS, keloidler ve skar tedavisi, rehabilitasyon, egzersizler” In: Jeechke MG, Kamolz LP, Shahrokni S, editors. *Yanık Bakımı ve Tedavisi*. 1st ed. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2015, p:157-165
- 23) Gaugliz G, Kortling HC, Pavicic T, Ruzicka T, Jeschke MG. Hypertrophic scarring and keloids: pathomechanisms and current and emerging treatment strategies. *Mol Med*, 2011; 17(1-2) 113-125
- 24) Harna B. Çocuklarda ikinci derece yanık tedavisinde beş farklı yara örtüsünün etkinliklerinin histopatolojik olarak değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi*, editors. Malatya, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi, 2011, p: 11-30
- 25) Hartford CE. Care of outpatient burns. In: Herndon DN, editors, *Total Burn Care*. 4th ed. Edinburgh: Elsevier, 2012, p: 80-94

- 26) <http://www.aboutkidshealth.ca/En/HealthAZ/ConditionsandDiseases/Injuries/Pages/burn-care-after-hospital.aspx> erişim tarihi:24.04.2015
- 27) <http://www.barnabashealth.org/Saint-Barnabas-Medical-Center/Our-Services/The-Burn-Center/Community-Outreach/First-Aid-and-Emergency-Care/Rule-of-9s.aspx> erişim tarihi:23.03.2015
- 28) <http://www.capitalhealth.org/> erişim tarihi: 24.04.2015
- 29) <http://cursoenarm.net/UPTODATE/contents/mobipreview.htm?2/43/2741 - 7/48/7938> erişim tarihi: 04.09.2015
- 30) <http://www.hamiltonhealthsciences.ca/documents/Patient%20Education/Burns-trh.pdf> erişim tarihi: 24.04.2015
- 31) <https://www.uihealthcare.org/caring-for-your-burn-after-hospitalization/> erişim tarihi: 24.04.2015
- 32) http://static-content.springer.com/lookinside/chp%3A10.1007%2F978-3-642-05070-1_4/000.png erişim tarihi:04.04.2015
- 33) http://simple.wikipedia.org/wiki/Burn_%28injury%29 erişim tarihi:02.06.2015
- 34) Jeschke MG. Yanık hasarının fizyopatolojisi. In: Jeechke MG, Kamolz LP, Shahrokni S, editors. Yanık Bakımı ve Tedavisi. 1st ed. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2015, p:13-29
- 35) Klein GL, Rodriguez NA, Branski LK, Hemdon DN. Vitamin and trace element homeostasis following severe burn injury. In: Herndon DN, editors, Total Burn Care. 4th ed. Edinburngh: Elsevier, 2012, p: 322-325
- 36) Knott EM, Ostile DJ, Juang D. Burns. In: Holcomb III GW, Murphy PJ, Ostile DJ, editors. Ashcraft's Pediatric Surgery. 6st ed. United States of America: Elsevier, 2014, p:166-175
- 37) Kramer GC. Pathophysiology of burn shock and burn edema ” In: Herndon DN, editors, Total Burn Care. 4th ed. Edinburngh: Elsevier, 2012, p:103-114
- 38) Koltka K. Yanık yaralanmaları: yanık derinliği, fizyopatolojisi ve yanık çeşitleri. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2011; 9 Özel Sayı:1-6
- 39) LaBorde PL. Management of Patients With Burn Injury. In: Smeltzer SC, Bare B, Hinkle JK, Cheever KH, editors, Medical Surgical Nursing. 11th ed. America: Wolters Kluwer Health, 2007, p: 1703-1742

- 40) Lawrence JW, Mason ST, Schamer K, Klein MB. Epidemiology and impact of scarring after burn injury: a systematic review of the literature, 2011; vol:33,136-146
- 41) Lecompte A, Öner N. Durumluk-sürekli kaygı envanterinin Türkçe'ye adaptasyon ve standardizasyonu ile ilgili bir çalışma. IX. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Çalışmaları, 1975, 457-462.
- 42) McGarry S, Elliott C, McDonald, Valentine J, Wood F, Gridler S. Pediatric burns: from the voice of the child. Burns, 2014a; 40, 606-615
- 43) McGarry S, Elliott C, McDonald, Valentine J, Wood F, Gridler S. This is not just a little accident: a qualitative understanding of paediatric burns from the perspective of parents. Disability and Rehabilitation an International Multidisciplinary Journal, 2014b; 1-10
- 44) Molnar JA. Application of VAC therapy in burn injury. In: Hyakusoku H, Orgill DP, Te'ot L, Priboz JJ, Ogawa R, editors. Color Atlas of Burn Reconstructive Surgery. 2010th ed. Berlin: Springer; 2010, p: 16-20.
- 45) Moi AL, Gjengedal E. The lived experience of relationships after major burn injury. Journal of Clinical Nursing, 2014; 23, p: 2323-2331
- 46) Murphey ED, Sherwood ER, Kinsky-Toliver T. The Immunological response and Strategies for Intervention. In: Herndon D.N, editors, Total Burn Care. 4th ed. Edinburgh: Elsevier, 2012, p:265-276
- 47) Ogawa R, Akaishi S, Kinoshita K. Treatments for post burn hypertrophic scars. In: Hyakusoku H, Orgill DP, Te'ot L, Priboz JJ, Ogawa R, editors. Color Atlas of Burn Reconstructive Surgery. 2010th ed. Berlin: Springer; 2010, p: 76-81.
- 48) Öster RN C, Hensing RN I, Löjdström RN T, Sjöberg MD F, Willebrand PhD M. Parents perceptions of adaptation and family life after burn injuries in children. Journal of Pediatric Nursing, 2014; 1-7
- 49) Özkurt Z, Altıparlak Ü, İba Yılmaz S, Erol S, Özden K, Akçay MN. Reducing hospital infection rates in the burn unit by adherence to infection control measures: a six-year experience. Turk J Med Sci 2012; 42 (1): 17-24
- 50) Özok G, Özcan C, Çördük N. Çocuklarda derin kısmi kalınlıkta yanık yarasının kollajenaz ile enzimatik debridmanı. Pediatrik Cerrahi Dergisi, 2000; 84-88
- 51) Rafla K, Tredget EE. Infection control in the burn unit. Burns, 2011; 37, 5-15
- 52) Reis E, Yasti AC, Kerimoglu RS. The effects of habitual negligence among families with respect to pediatric burns. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, 2009; 15(6): 607-610

- 53) Rosenberg M, Celis MM, Meyer W 3rd, Tropez-Arceneaux L, McEntire SJ, Fuchs H, Richardson L, Holzer C 3rd, Herndon DN, Suman OE. Effects of a hospital based wellness and exercise program on quality of life of children with severe burns. *Burns*. 2013 Jun; 39(4): 599-609
- 54) Rousseau AF, Losser MR, Ichai C, Berger MM. ESPEN endorsed recommendations: nutritional therapy in major burns. *Clin Nutr*. 2013, Aug; 32(4): 497-502.
- 55) Sakallıoğlu Abalı AE. Pediatrik yanık hastalarının yoğun bakım yönetimi. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2011; 9 Özel Sayı: 62-9
- 56) Schneider JC, Holavanahalli R, Helm P, Goldstein R, Kowalske K. Contractures in burn injury: defining the problem. *Journal of Burn Care and Research*. 2006, vol:27, p: 508-514
- 57) Shahrokhi S. İlk değerlendirme, resüsitasyon, yaranın değerlendirilmesi ve erken bakım. In: Jeechke MG, Kamolz LP, Shahrokhi S, editors. *Yanık Bakımı ve Tedavisi*. 1st ed. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2015, p:1-12
- 58) Sherwood E, Traber D. The systemic inflammatory response syndrome. In: Herndon D.N, editors, *Total Burn Care*. 4th ed. Edinburgh: Elsevier, 2012, p:249-263
- 59) Şahin YS, Dal Ü, Vural G. Yanıklı hastaların hemşirelerden beklentileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2014; 13(1)
- 60) Tuna Z, Çetin C. Yanıklı hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2010; 1-1
- 61) T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye’de özellikle planlama gerektiren sağlık hizmetleri 2011-2023. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011: 243-251
- 62) Te’ot L. Primary wound management: assessment of acute burns. In: Hyakusoku H, Orgill D.P, Te’ot L, Priboz JJ, Ogawa R, editors. *Color Atlas of Burn Reconstructive Surgery*. 2010th ed. Berlin: Springer; 2010, p: 2-5.
- 63) Thompson KL, Leu MG, Drummond KL, Popalisky J, Spencer SM, Lenssen PM. Nutrition Interventions to Optimize Pediatric Wound Healing: An Evidence-Based Clinical Pathway. *Nutr Clin Pract*. 2014 May 28;29(4):473-482
- 64) Törüner EK, Büyükgönenç L. Çocukluk çağında sık görülen kazalar ve zehirlenmeler. In: Törüner EK, Büyükgönenç L, Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. 1st ed. Ankara: Göktaş Yayıncılık, 2012, p: 242-247

- 65) Van Baar ME, Polinder S, Essink-Bot ML, Van Loey NEE, Oen IMM, Dokter J, Boxma H, Van Beeck EF. Quality of life after burns in childhood (5- 15 years): Children experience substantial problems. *Burns*, 2011; 37: 930-938
- 66) Warden GD. Fluid resuscitation and early management. In: Herndon DN, editors, *Total Burn Care*. 4th ed. Edinburgh: Elsevier, 2012, p:115-125
- 67) Warner PM, Coffee TL, Yowler CJ. Outpatient burn management. *Surg Clin N Am* 2014; 879-892
- 68) Yavuz M. Yanıklar. In: Karadakovan A, Aslan FE, editors, *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. 1st ed. Adana: Adana Nobel Kitapevi, 2010, p: 1067-1095
- 69) Yılmaz F, Arıkan D, Baklacı Ö, Bilmez A, Bülbül D. 0-2 yaş dönem çocuğu olan annelerin oral ilaç kullanım davranışlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013;16: 2
- 70) Zor F, Ersöz N, Külahçı Y, Kapı E, Bozkurt M. Birinci basamak yanık tedavisinde altın standartlar. *Dicle Tıp Dergisi*, 2009; vol 36-3, 219-225

Ek 1: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Merhaba benim adım Nazife Gamze Özer, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. **“Yanıklı çocukların ailelerinde taburculuk sonrası yaşadıkları sorunların ve nedenlerin belirlemesi”** isimli yüksek lisans tez çalışması yapıyorum. Araştırma sonunda elde edilen bilgiler sizin taburculuk sonrası yanık nedeniyle yaşadığınızı sorunlardan nasıl etkilendiğinizi anlamamıza yardımcı olacaktır. Ayrıca, ülkemizde bundan sonra bu konuda yapılacak araştırmalara katkı sağlayacağını, hemşirelerin hastalara ve ailelerine verdikleri eğitim ve danışmanlık içeriğinin zenginleşeceğini ümit ediyorum.

Sizlere çocuk ve aile bilgilendirme formu, taburculuk sonrası yaşanan sorunlara yönelik bilgi formu ve durumluk-sürekli anksiyete ölçeği formu verilecektir. Bu formları doldurmanız sizin 30 ile 40 dk'nızı alacağını tahmin ediyorum. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmada toplanan tüm veriler gizlidir. Ayrıca, araştırma sonuçlarını yazarken katılımcıların isimleri rapora yansımayacaktır.

Bu çalışmada sizlere herhangi bir maddi ödeme yapılmayacak, sizden de maddi ödeme beklenmeyecektir.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Benbu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı- Soyadı:

Tanıklık Eden Kişinin Adı-Soyadı:

İmzası:

İmzası:

Telefon No:

Araştırmacının Adı-Soyadı: Nazife Gamze Özer

İmzası:

Tarih:

Ek 2: ÇOCUK VE AİLE TANITICI BİLGİ FORMU

A. SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER

1. Tarih:.....

2. Çocuğun yaşı:.....

3. Çocuğun cinsiyeti:

1. Kız

2. Erkek

4. Çocuğun boyu:

Çocuğun kilosu:

5. Ailedeki çocuk sayısı:.....

6. Çocuk kim ile birlikte yaşıyor:

1. Anne

3. Anne- baba ile beraber

2. Baba

4. Diğer:

7. Annenin yaşı:.....

8. Babanın yaşı:.....

9. Annenin öğrenim durumu:

1. Okuryazar değil

4. Ortaokul

2. Okuryazar

5. Lise

3. İlkokul

6. Yüksekokul

10. Babanın öğrenim durumu:

1. Okuryazar değil

4. Ortaokul

2. Okuryazar

5. Lise

3. İlkokul

6. Yüksekokul

11. Annenin mesleği:

1. Memur

4. Ev hanımı

2. İşçi

5. Diğer:

3. Emekli

12. Babanın mesleği:

1. Memur

3. Emekli

2. İşçi

4. Diğer:

13. Çocuğunuzun yanık bakımı nedeniyle çalışma durumunuz etkilendi mi?

1. Hayır

2. Evet

14. Ailenin sosyal güvencesi:

1. Emekli Sandığı

4. Özel Sigorta

2. Bağkur

5. Yok

3. Sigorta

15. Sosyoekonomik gelir durumu:

1. Gelir gidere eşit
2. Gelir giderden fazla
3. Gelir giderden az

16. Yaşanılan yer:

- | | |
|---------------|---------|
| 1. Büyükşehir | 3. İlçe |
| 2. Şehir | 4. Köy |

B. YANIK İLE İLGİLİ VERİLER

17. Yanık tipi:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. Sıcak su ve türevleri ile haşlanma | 5. Elektrik yanığı |
| 2. Sıcak süt ile haşlanma | 6. Kimyasal yanık(fabrika maddeleri vb.) |
| 3. Temas yanığı (soba vb.) | 7. Diğer: |
| 4. Alev yanığı | |

18. Yanık toplam vücut yüzey alanı:.....

19. Yanık alanı:

- | | |
|---------------------------|------------------|
| 1. Baş- yüz yanığı | 4. Gövde yanığı |
| 2. Üst ekstremitte yanığı | 5. Perine yanığı |
| 3. Alt ekstremitte yanığı | |

20. Yanığın derecesi:

1. I. derece yanık (Epidermal yanık)
2. II. derece yüzeysel yanık (Yüzeysel dermal yanık)
3. II. derece derin yanık (Derin dermal yanık)
4. III. derece yanık (Tam kalınlıktaki yanık)

21. Yanık travması sonrası psikolog veya psikiyatri desteği aldınız mı?

1. Hayır
2. Evet (.....)

22. Klinikten taburcu olurken yanık bakımı ile ilgili eğitim- danışmanlık aldınız mı?

1. Hayır
2. Evet (ise kimden?.....)

23. Durumluk anksiyete puan ortalaması:.....

Ek 3: TABURCULUK SONRASI AİLELERİN YAŞADIKLARI SORUNLARA YÖNELİK BİLGİ FORMU

İlaç Kullanımına Yönelik

- 1) Klinikten taburcu olduktan sonra yanık yarasının iyileşmesi için çocuğunuza önerilen multivitamin, demir ve çinko ilacını düzenli kullanabildiniz mi?
 1. Hayır
 2. Evet
- 2) Yanıtınız “Hayır” ise multivitamini, demiri ve çinko ilacını kullanmama sebebiniz nedir?
 1. Kullanılan ilaçların yanık yarasını iyileştirmesindeki öneminin farkında değildim.
 2. Taburculuk sonrası ilaçların kullanılması gerektiğini bilmiyordum.
 3. Çocuğumun alerjisi olduğu için ilaçları kullanmadım.
 4. Çocuğum ilaçlarını kullanmak istemedi.
 5. İlaçları zorla verdiğim zaman çocuğum kusuyordu.
 6. Diğer:

Pansuman Yapımına Yönelik

- 3) Klinikten taburcu olduktan sonra çocuğunuzun pansumanlarını düzenli olarak yaptırabildiniz mi? (Günlük pansuman, haftalık ve aylık kontrolleri)
 1. Hayır
 2. Evet
- 4) Yanıtınız “Hayır” ise pansumanlarınızı yaptırmama sebebiniz nedir?
 1. Taburculuk sonrası pansumanların öneminin farkında değildim.
 2. Pansuman sırasında çocuğumun çok ağrısı olduğu için yaptırmadım.
 3. Oturduğum evin yakınında sağlık kuruluşu olmadığı için yaptırmadım.
 4. Yaşanılan travmaya bağlı olarak çocuğumun beden imajı bozulduğu için pansumanı yaptırmadım.
 5. Çocuğumun yanık yarasının iyileştiğini düşündüğüm pansuman için yaptırmadım.
 6. Diğer:

Banyo ve Giyinmeye Yönelik

- 5) Klinikten taburcu olduktan sonra çocuğunuzun banyo yapmasında herhangi bir zorluk yaşadınız mı?
1. Hayır
 2. Evet
- 6) Yanıtınız “Evet” ise banyo ile ilgili yaşadığı sorun nedir?
1. Taburculuk sonrası banyonun öneminin farkında değildim.
 2. Çocuğum banyo yapmaktan korktuğu için banyo yaptırmadım.
 3. Çocuğumun yanık yarasına zarar vermekten korktuğum için banyo yaptırmadım.
 4. Çocuğumun yarasında enfeksiyon gelişmesinden(mikrop kapmasından) korktuğum için banyo yaptırmadım.
 5. Banyo yaptırmanın yanık iyileşmesini geciktireceğini düşündüğüm için banyo yaptırmadım.
 6. Diğer:.....
- 7) Klinikten taburcu olduktan sonra çocuğunuzun giyinmesi konusunda herhangi bir sorun yaşadınız mı?
1. Hayır
 2. Evet
- 8) Yanıtınız “Evet” ise giyinme ile ilgili yaşadığı sorun nedir?
1. Taburculuk sonrası çocuğumun kıyafetlerinin öneminin farkında değildim.
 2. Taburculuk sonrası kıyafetin yanık yarasına zarar vereceğinden korktuğum için giydirmedim.
 3. Çocuğumun yanık yarasının iyileşmesine uygun kıyafetler almak için maddi durumum yetersizdi.
 4. Yanık yarasının güneş ışığından korunması için uygun olan kıyafeti çocuğuma bulamadım.
 5. Çocuğumun giyim sırasında ağrısı olduğu için giydirmedim.
 6. Diğer:.....

Egzersiz Yapımına Yönelik

- 9) Klinikten taburcu olduktan sonra hastanede öğretilen egzersizleri düzenli olarak yaptırdınız mı?
1. Hayır
 2. Evet
- 10) Yanıtınız “Hayır” ise egzersiz yaptırmama sebebiniz nedir?
1. Taburculuk sonrası egzersiz yaptırmanın öneminin farkında değildim.
 2. Çocuğumun egzersiz sırasında ağrısı arttığı için egzersizlerini yaptırmadım.
 3. Egzersizi yaptırırken çocuğuma zarar vermekten korktuğum için egzersizleri yaptırmadım.
 4. Çocuğuma yaptırmam gereken egzersiz hareketleri öğretilmedi.
 5. Çocuğumun egzersizleri için uygun fizik tedavi ortamı bulamadım.
 6. Diğer:

Beslenmesine Yönelik

- 11) Klinikten taburcu olduktan sonra çocuğunuzu yanık yarası iyileşmesi konusunda yeterli-dengeli beslendiğini/ beslediğinizi düşünüyor musunuz?
1. Hayır
 2. Evet
- 12) Yanıtınız “Hayır” ise beslenme konusunda yaşadığınız sorun nedir?
1. Yanık yarasının iyileşmesi konusunda beslenmenin öneminin farkında değildim.
 2. Yanık yarasının iyileşmesi için alımı artırılması gereken besin gruplarını bilmiyordum.
 3. Stres ve kaygı düzeyi çocuğumda fazla olduğu için beslenmek/ yemek yemek istemedi.
 4. Stres ve kaygı düzeyim fazla olduğu için çocuğumun beslenmesine yeterince önem veremedim.
 5. Beslenme/ yemek yedirme konusunda ısrarcı olduğum için çocuğum beslendikten sonra kustu.
 6. Diğer:.....
 - 7.

Sosyal İletişime Yönelik

13) Klinikten taburcu olduktan çocuğunuzun sosyal iletişimi ile ilgili sorun yaşadınız mı?

1. Hayır
2. Evet

14) Yanıtınız “Evet” ise iletişim ile ilgili nasıl sorun yaşadınız?

1. Taburculuk sonrası çocuğuma çok ilgi gösterildiği için çocuğum sinirli-gergindi.
2. Çocuğum, beden imajındaki değişiklik nedeniyle yalnız kalmak istedi.
3. Arkadaşları çocuğumun fiziksel görünüşünden endişelendiği için iletişime geçmedi.
4. Yanık yarası tam olarak iyileşmediği için çocuğumu sosyal ortama çıkarmak istemedim.
5. Çocuğum okul arkadaşları ile iletişime geçtiğinde yaşadığı kötü deneyimleri anlatmaktan kaçındığı için okula gitmek istemedi.
6. Diğer:....

15) Yanıklı çocuklara sahip diğer ailelerin de sıkıntı ya da sorun yaşamaması için hemşirelerden beklentileriniz/önerileriniz nelerdir?

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

Ek 4: DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

		Hiç	Biraz	Çok	Tamamıyla
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 5: KURUM İZNİ BELGESİ



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi

SAYI : 69631334 - 2138 - 27315
KONU: Tez Çalışması Hk.

22/12/2014

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İLGİ: 3006 sayılı ve 09.12.2014 tarihli yazınız.

Enstitünüz Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Nazife Gamze ÖZER'in "Yanıklı Çocukların Ailelerinde Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunların ve Nedenlerin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Aralık 2014 – Mayıs 2015 tarihleri arasında Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr.Mehmet ÖZKAHYA
Başhekim

Ek 6: ETİK KURUL ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2015/02-29	Tarih: 22.01.2015				
	Yard.Doç.Dr.Fatma VURAL'ın sorumlusu olduğu "Yanıklı Çocukların Ailelerinde Taburculuk Sonrası Yaşadıkları Sorunların ve Nedenlerin Belirlenmesi" isimli klinik araştırmaya ait sorumlu araştırmacı tarafından gönderilen 15.01.2015 tarihli dilekçeye ilişkin olarak; -Ege Üniversitesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi'nin 22.12.2014 tarih ve 27315 sayılı kurum izin belgesi incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ahmet Turan IŞIK	Geriatri	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.İşıl TEKME	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

EK 7: ÖZGEÇMİŞ**Nazife Gamze ÖZER**

TC Kimlik No:	29819439498
Doğum Yılı:	27.01.1991
Yazışma Adresi :	28/ 2 Sokak No:24 D:4 Adatepe Buca/ İzmir
Telefon :	0535 677 14 14
e-posta :	n_g_ozar@hotmail.com

Eğitim Bilgileri

Ülke	Üniversite	Fakülte/ Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Mezuniyet Yılı
TR	Ege Üniversitesi	İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu	Hemşirelik	Lisans	24.06.2013

Akademik /Meslekte Deneyim

Kurum /Kuruluş	Ülke	Şehir	Bölüm /Birim	Görev Türü	Görev Dönemi
EMOT El Mikrocerrahi Hastanesi	TR	İzmir	Mikrocerrahi- Ortopedi- Travmatoloji Servisi	Hemşire	17.07.2013
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı	TR	İzmir	Servis, Yenidoğan Yoğun Bakım, Yoğun Bakım ve Yanık ünitesi	Hemşire	23.10.2013

Akademik Faaliyetler

Kongre Ve Sempozyumlar

03-04 Mayıs 2012: Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu

18 Mayıs 2012: 1. Engelliği Anlamak Sempozyumu

23-27 Mayıs 2012: 13. Cerrahi Hemşireliği Kongresi

23 Mayıs 2012: Anestezi Sonrası Bakım Kursu

10-12 Eylül 2012: 1. Cerrahi Hemşireliği Kanıta Dayalı Uygulamalar Kongresi: Yara ve Stoma Bakımı

15 Aralık 2012: Ümmehan Elginkan Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezi NLP Semineri

23 Ocak 2013: Ege Üniversitesi Hemşireler İçin Kan ve Kan Ürünleri Uygulama Kursu- II

05 Nisan 2013: ATUDER EKG Eğitimi

06 Nisan 2013: ATUDER Acil Tıp Hemşireliği Okulu 2

13-14 Nisan 2013: I. Öhder Bireysel Gelişim Günleri

19-21 Nisan 2013: 12. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi

28 Mart 2015: Yenidoğan'da Kanıt Temelli Cilt Bakımı

3-4 Nisan 2015: Ege Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği Günleri 2015 (Herkes İçin Güvenlik)

17- 18 Nisan 2015: III. Göğüs Hastalıkları Hemşireliği Sempozyumu

2 Mayıs 2015: I. Ulusal Omurga Cerrahisi Hemşireliği Sempozyumu

Faaliyetler

8 Mayıs 2012: Olgularla Çocuk İhmal ve İstismarı Sempozyumu

13 Kasım 2012: Türk-Amerikan Derneği İleri Bölüm İngilizce Kurs Bitirme Sertifikası

13 Kasım 2012:M.E.B. Özel Kurslar Yönetmeliği 3.Seviye İngilizce Kurs Bitirme Belgesi

Yapılan Projeler

31 Aralık 2010: Topluma Hizmet Uygulamaları Dersi Ellerimdeki Yük Projesi Suphi Koyuncuoğlu Lisesi Madde Bağımlılığı ile İlgili Eğitim-Anket-Broşür Çalışması

26 Haziran-02 Eylül 2012: SEYYAH-Ulu Çınarın İzinde Hareketlilik Projesi

12 Aralık 2012: Engelli Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması ve Eğitim Müdahalesi ile Ölçeğin İlk Uygulanması Projesi

Üyelikler

Türk Hemşireler Derneği

Çocuk Cerrahisi Hemşireler Derneği

Yayınlar

Diğer dergilerde yayınlanan makaleler

Bilge A, Buruntekin F, Demirel O, Özer NG , Keleş B, Yalçın E, Tavukçu G, Kıray A, Siviloğlu T, Bol S Engelli Yakınlarına Verilen “Stresle Baş Etme ve Yaşam Doyumunu Arttırma” Eğitiminin Etkinliğinin Belirlenmesi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014;3(1):610-621

Hakemli konferans/sempozyumların bildiri kitaplarında yer alan yayınlar

12. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi “Gücün Bedeli Sorumluluk: Hemşirelik Öğrenci Görüşleri” Sözel Sunum Bildirisi
12. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi “Gücün Bedeli Sorumluluk Mudur?” Sözel Sunum Bildirisi
12. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi “Engelli Yakınlarına Verilen ‘Stresle Başa Etme ve Yaşam Doyumunu Arttırma Yöntemleri’ Eğitiminin Etkinliğinin Belirlenmesi” Sözel Sunum Bildirisi