

Yanıklı Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler

Quality of Life and Affecting Factors of Quality of Life of Burn Patients

(Araştırma)

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2010) 1–12

Ar. Gör. Zahide TUNA*, Prof. Dr. Cengiz ÇETİN**

*Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye

**Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahisi Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

ÖZET

Bu çalışma, geçirilmiş yanık travmasının, hastaların yaşam kaliteleri üzerine etkilerinin araştırılması amacı ile tanımlayıcı-ilişkisel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, beş ayrı merkeze yanık travması ile başvuran 88 hasta oluşturmaktadır. Veri toplama araçları olarak, “Anket Formu” ve yazarlar tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan “Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği” kullanılmıştır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda; cinsiyet ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki anlamlı bulunmazken ($p>0.05$), yanık derinliği ve yanık yüzdesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda; yanık travması ne denli iyi tedavi edilirse edilsin kişilerin yaşam kalitelerinde düşüslere neden olmaktadır. Bu yüzden yanıkla uğraşan sağlık ve sanayi alanındaki tüm branşların yanık kazalarından korunma konusunda enerjik davranması gerekmektedir. Ülkemiz şartlarına uyarlanan “Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği” yanıklı hastaların yaşam kalitelerini ölçmek için geçerli ve güvenilirlerdir.

Anahtar Kelimeler: Yanıklar, yaşam kalitesi, yanığa spesifik sağlık ölçeği

ABSTRACT

This study has been performed descriptively and correlational to investigate the effects of the experienced burn trauma to patients' quality of life (QOL). Study sample was composed of 88 patients admitted to five different institutions with burn trauma. As data collecting tools, 'survey form', and “burn specific health scale” of which validation and reliability study was performed by researchers were used. According to statistical analysis; differences between the sex and QOL was not significant ($p>0.05$), whereas the relationship between burn depth, burned surface area and QOL was significant ($p<0.05$). According to the results derived from the study, burn trauma, no matter how much well treated, causes reductions in QOL individually. Thus fields which deal with burns as health and industry should behave dynamically to protect individuals from burns. “Burn specific health scale”, adopted for our country conditions, is reliable and valid to quantify the QOL of burn patients.

Key Words: Burns, quality of life (QOL), burn specific health scale (BSHS)

Giriş

Isı, elektrik, kimyasal maddeler ve radyoaktif ışınlar ile meydana gelen doku harabiyetine yanık denir. Yanık, dokuda fizyolojik değişiklikler meydana getirerek hipovolemiye, enfeksiyona, şekil bozukluklarına, organ kayıplarına ve hatta ölümlere neden olmaktadır. Meydana gelen fizyolojik değişiklikler, kronik depresyon ve uyku bozuklukları nedeniyle yanık, bireyi, fiziksel, psikososyal ve ekonomik yönden etkileyen bir travma olmaktadır. Bu da gerek bireyin kendisi, gerek toplum için büyük bir problem teşkil etmektedir¹⁻³.

Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yaklaşık iki milyon insan yüksek ısı nedeniyle yaralanmakta, bunlardan 10-12 bin arası birey yaşamını yitirmektedir^{1,3}. Ülkemizde ise yılda ortalama bir milyon kişi yanıktan etkilenmekte, bunların 12-13 bini hastaneye yatmakta, iki bini ölmekte ve 40 bini sakat kalmaktadır^{3,4}.

Bireyin kendi dikkatsizliği, eğitim yetersizliği, çocukların aşırı merakı, ev ve endüstri kazaları sonucu meydana gelen yanıkların büyük bir kısmı için disiplinler arası işbirliği gerektiren çok yönlü tedavi ve bakım gerekmektedir^{1,3,5}. Yanık travmasına maruz kalan bireyin tedavi süresince aileden ayrı olması, kendisi için farklı bir ortam olan hastanede kalması, sağlığını kaybetme endişesinin ve ölüm korkusunun olması, etkilenen ekstremitenin ampute edilmesi, beden imajının bozulması, cerrahi girişimler ve yapılan tedaviler sonucunda ağrıdan rahatsız olması, iştahta değişim yaşaması, bakımında ve günlük yaşam aktivitelerinde başkasından yardım alması bireyin kendisini tehdit altında hissetmesine neden olmaktadır. Bütün bunlar ise, hastanın fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik yapısı ile günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir⁶⁻⁸. Bu durumda yanıklarla mücadele eden sağlık ekibinin içinde yer alan hemşireye yanıklı hastanın yaşam kalitesini yükseltmek için kabul aşamasında, uygulamada, monitörizasyonda ve son olarak da rehabilitasyonda büyük ve önemli görevler düşmektedir³.

Yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda yanık deneyiminin yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür^{6,7,9-16}. Costa⁸ ve arkadaşları ile Rossi¹⁷ ve arkadaşlarının Brezilya'da yürüttükleri kalitatif bir çalışmada, yanıklı hastalar ve yakınları, yanıklar sonucunda hastaların fiziksel ve psikososyal kısıtlılık yaşadıklarını, otonomilerinin, sosyal yaşamlarının ve çalışma yeteneklerinin etkilendiğini ifade etmişlerdir. Moi ve arkadaşlarının Norveç'te yürüttükleri bir kalitatif çalışmada; sakat kalmak, tekrar eski yeteneğini kazanamamak ve bedeninin eski görüntüsüne kavuşamamak yanığın en korkunç sonucu olarak bulunmuştur¹⁸. Moi ve Gjengedal, yanıklı hastaların yaşam kalitelerini inceledikleri başka bir kalitatif çalışmada hastaların tekrar bağımsızlıklarını kazanmasının yaşam kalitelerini arttırdığı sonucuna varılmıştır¹⁹.

Yaşam kalitesiyle ilgili yapılan çalışmalar, hastalara yardım etme, rehberlik etme, destek olma ve travmanın etkilerine göre eğitim vermeyi içeren hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanmasına ışık tutmakta ve hastaların yaşamlarını kolaylaştırmaktadır²⁰. Yapılan literatür taramasında ülkemizde bu konu ile ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle yanık travmasının hastanın yaşam kalitesini nasıl ve hangi alanlarda etkilendiğinin belirlenmesi için yapılan bu çalışma ile yanıklı hastaların sorunlarıyla baş etmelerine yardımcı olunması ve hastaların daha nitelikli bir yaşam sürmeleri için yapılacak hemşirelik girişimlerine ışık tutması beklenmektedir.

Araştırmanın amacı

Bu çalışma ile yanık deneyimi geçiren bireylerin yaşam kalitelerini ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın şekli

Bu çalışma, yanık deneyimi geçiren bireylerin yaşam kalitelerini ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı-ilişkisel olarak yapılmıştır. Çalışma iki aşamadan oluşmaktadır. Çalışmanın birinci aşamasında; Baltimore Bölgesel Yanık Merkezi'nce geliştirilen "Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği"nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Çalışmanın ikinci aşamasında; yanıklı hastaların yaşam kaliteleri ve yaşam kalitelerini etkileyen faktörler incelenmiştir.

Araştırmanın yapıldığı yer

Araştırma, yanık tedavisi ile ilgilenen ve bünyesinde yanık ünitesi/merkezi bulunan üç üniversite, bir askeri ve bir devlet hastanesinde yürütülmüştür. Çalışmanın yürütülebilmesi için bu merkezlerden gerekli izinler alınmıştır.

Araştırmanın evreni ve örneklemi

Araştırmanın birinci aşamasında gerçekleştirilen "Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği"nin geçerlik-güvenirlik çalışmasının evrenini, 01.12.2003-15.02.2004 tarihleri arasında Ankara'da bir devlet hastanesinin Yanık Polikliniği'ne yanık travması ile başvuran hastalar oluşturmuştur. Araştırmanın ikinci aşamasının evrenini, İç Anadolu Bölgesi'nde (Ankara, Eskişehir) ve Akdeniz Bölgesi'nde (Adana) bulunan beş ayrı merkeze 01.01.2002 – 30.09.2004 tarihleri arasında yanık travması ile başvuran hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın birinci aşamasının örnekleme yaşları 18 – 65 arasında değişen, ayakta tedavi edilen, yanık yüzdesi %1-10 arasında olan, 1. derece, 2. derece ve / veya 3. derece yanığı olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 50 hasta alınmıştır. Araştırmanın ikinci aşamasının örneklemini yaşları 18 – 65 arasında değişen, ayakta ya da yatarak tedavi edilen, yanık yüzdesi %1-84 arasında olan, 1. derece, 2. derece ve / veya 3. derece yanığı olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturmuştur. Bu aşamada retrospektif olarak incelenen dosya kayıtlarından ve çalışma esnasında yanık travmasına maruz kalan hastalardan örneklem kapsamına uyan 88 hastaya ulaşılmıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları

Çalışmanın sadece beş ayrı merkezde yürütülmüş olması nedeniyle bulgular tüm Türk toplumuna genellenemez. Çalışma sonunda elde edilen sonuçlar sadece bu beş merkeze genellenebilir.

Veri toplama araçları

Çalışmada veri toplama araçları olarak, “Yanık Deneyimi Yaşayan Bireye Yönelik Anket Formu” ve yanık deneyimi yaşayan bireyin yaşam kalitesini ölçmeye yönelik olan “Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği” kullanılmıştır.

Anket formunda; hasta birey, yanık deneyimi, tedavi programı ve tedaviye uyum ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği 80 sorudan oluşmaktadır. Ölçek fiziksel, emosyonel, sosyal ve genel sağlık olmak üzere dört ana başlık içermektedir. Fiziksel sağlık ana başlığı hareket ve kendine bakım, elin fonksiyonu ve rol aktiviteleri alt başlıklarını; emosyonel sağlık ana başlığı beden imajı ve etkileme alt başlıklarını; sosyal sağlık ana başlığı ise aile ve arkadaşlar ile seksüel hayat alt başlıklarını içermektedir. Genel sağlık ana başlığı hiç bir alt başlık içermemektedir. Ölçek, Likert tipi ölçek olup her bir cevap için 0 (aşırı) ile 4 (hiç) arasında değerler verilmiştir. Ölçek, saptanan skorun total skora bölümü şeklinde değerlendirilmiştir^{6,21}.

Veri toplama araçlarının uygulanması

Çalışmanın birinci aşamasında, ikinci aşamada kullanılan Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği'nin geçerlik-güvenirlik çalışması yapılmıştır. Öncelikle ölçeğin dil eşdeğerliği çalışması yapılmıştır. Bu çalışma kapsamında İngilizce-Türkçe ve Türkçe-İngilizce çeviriler karşılaştırılarak Türkçe ölçek oluşturulmuştur. Oluşturulan Türkçe ölçek içerik geçerliliği açısından yanık tedavisi ve bakımı alanında uzman sekiz öğretim üyesine danışılmıştır. Her madde uzmanların eleştirileri göz önüne alınarak sayı, anlam ve içerik açısından incelenmiş ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Son şekli verilen ölçeğin, birinci aşamanın örnekleme uygulandıktan sonra güvenilirlik analizi yapılmıştır.

Çalışmanın ikinci aşamasında, yanık deneyimi yaşayan bireyin yaşam kalitesini ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerini belirlemek amacıyla dosya kayıtları sonucu ulaşılan örnekleme “Yanık Deneyimi Yaşayan Bireye Yönelik Anket Formu” ve geçerlik-güvenirlik çalışması yapılan “Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği” uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması ortalama 20 dakika sürmüştür.

Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 11.0 for Windows paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Yanıklı hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılan “Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği”nin güvenilirliği “Cronbach's Alpha Çözümlemesi”nden yararlanılarak hesaplanmıştır. Sosyodemografik ve yanıkla ilgili değişkenler için sayı ve yüzdelik dağılımlar kullanılmıştır. Sosyodemografik ve yanıkla ilgili değişkenlerin yaşam kalitesi ile ilişkisi t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular ve Tartışma

Araştırmada kullanılan Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği'nin güvenilirlik analizleri sonucunda yaşam kalitesi alanlarının alfa değerleri; fiziksel, emosyonel, sosyal durum,

genel sağlık anlayışı için sırasıyla 0.95, 0.95, 0.87, 0.89 ve global yaşam kalitesi için 0.97 olarak belirlenmiştir. Asıl BSHS-A (Abbreviated Burn-Specific Health Scale) ölçeğinin alt gruplarının “Alfa” değerleri, 0.83-0.92 arasında değişiklik göstermektedir²¹. İspanyolların²², Norveçlilerin²³ ve İsveçlilerin²⁴ kullandıkları ölçeklerin “Alfa” değerleri bizim ölçekle paralellik göstermekte ve sırasıyla “Alfa” değerleri 0.96, 0.97 ve 0.96’dır. Ülkemizde bu çalışmadan sonra Adam ve arkadaşlarının 53 hasta üzerinde yaptıkları BSHS-T (Burn Specific Health Scale-Turkish version) ölçeğinin geçerlik-güvenirlilik çalışması sonucunda ölçeğin alt boyutlarının alfa değerlerinin 0.83-0.95 arasında değiştiği ve global yaşam kalitesi için alfa değerinin 0.93 olduğu saptanmıştır²⁵. Her bir maddenin varyansıyla, toplam puan varyansı arasındaki ilişkiyi ve ölçekteki her bir maddenin eşit ağırlıkta olup olmadığını saptamak için yapılan “Madde Toplam Puan Korelasyon” çözümlenmesinde ölçeğin madde toplam puan korelasyon katsayılarının 0.39-0.97 arasında değiştiği saptanmıştır. Ayrıca ölçeğe yapı geçerlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin yapı-geçerlik çalışması için öncelikle puan ortalamaları büyükten küçüğe doğru sıralanmıştır. Sıralamada üstte kalan %27 ile altta kalan %27’lik kısım alınıp iki grup oluşturulmuştur. Yapılan istatistiksel inceleme sonucunda seksüel hayat dışında diğer boyutlar yönünden alt ve üst gruplar arasında fark anlamlı çıkmıştır (p<0.05). Çalışmaya katılan hastalar cinsel hayatları ile ilgili bilgileri paylaşmak istemedikleri için cinsel hayat boyutundaki değerlerin bu nedenle yapı geçerliliğine uymadığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %65.9’unu erkekler (n=58), % 34.1’ini kadınlar (n=30) oluşturmaktadır. Örneklemin yaş ortalaması 36.17 yıldır. Örnekleme alınan hastaların çoğunluğu (%63.6) evlidir ve ilkökul mezunudur (%28.4). Hastaların % 28.4’ü devlet memuru (n=25), %19.3’ü ev hanımıdır (n=17). Ülkemizde ve yurt dışında yanıklı hastalar ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunda erkeklerin yanığa daha çok maruz kaldıkları saptanmış ve bu bulgu çalışmamızla paralellik göstermektedir^{5-7,9-13,15,23,25-30}. Türkiye’de otomobil kullananların çoğu erkek olduğu için trafik kazaları sonucu meydana gelen yanıklara da çoğunluk olarak erkekler maruz kalmaktadır⁵. Çocuklar ve toplumun üretken kesimini oluşturan kişiler travmalara daha sık maruz kalmaktadır³. Literatürde de yanıkların 40 yaş altındaki kişilerde daha sık görüldüğü belirtilmekte ve bu bulgu çalışmamızdaki bulguyu desteklemektedir^{4-6,9,10,12-15,25,27,28,30}. Yağmurdur⁵ ve arkadaşlarının yürüttüğü bir çalışmada, %31.2 oranıyla en fazla lise mezunlarının; Salvador-Sanz¹⁵ ve arkadaşlarının çalışmasında ise %33 oranıyla en fazla ilkökul mezunlarının yanık travmasına uğradıkları saptanmıştır. Bu konu hakkında yapılan çalışma sonuçlarına göre ise; eğitim düzeyi arttıkça, kişilerin yanığı önleme ve yanığa ilk yardım konularında daha bilgili oldukları görülmektedir^{5,14}. Yapılan başka çalışmalarda, yanık travmasına maruz kalan çoğunluğu evliler oluşturmuştur^{13,14,28,30}. Araştırmanın uygulandığı Uygulama ve Araştırma Hastaneleri’nde tedavi giderlerinin SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) tarafından karşılanması sebebiyle, bu merkezlere başvuranların çoğunluğunun devlet memuru olduğunu söyleyebiliriz. Willebrand ve Kildal’ın çalışmasında da yanığa maruz kalan hastaların büyük çoğunluğunu herhangi bir işte çalışanlar oluşturmuştur³⁰.

Tablo 1’deki verilere göre çalışma kapsamına alınan kadınların büyük çoğunluğunun (%70), erkeklerin yarısının (n=29) ayaktan tedavi edildiği ve ayaktan tedavi edilen hastaların, yatarak tedavi edilen hastalara göre yaşam kalitesinde düşüş olduğu belirlenmiş ve yatarak tedavi edilen kadınlar arasında fiziksel, genel sağlık ve global

yaşam kalitesi alanlarında; erkeklerde ise yaşam kalitesi alanlarından sosyal alandaki ortalama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 1). Çalışmaya katılan erkek hastaların, kadın hastalara göre, sosyal durum ve fiziksel durum (elin fonksiyonu) dışında, yaşam kalitesi puanlarının daha yüksek olduğu ve cinsiyetin yaşam kalitesini etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$). Kadınların yaşam kalitesi puanlarının erkeklerinden daha düşük olmasının, bir olasılıkla toplumumuzda kadınların ev içi sorumluluklarının fazla olması, hasta olsalar bile sorumluluklarının devam ediyor olması ve bu nedenle hastalığın getirdiği güçsüzlüğün daha fazla yaşanıyor olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir. Ayrıca kadınlar fiziksel görünüşe erkeklere oranla daha önem verdikleri için yanık travmasından sonra bedenlerinde gelişen değişiklikler sebebiyle erkeklere oranla daha fazla acı çekmektedirler¹⁸. Salvador-Sanz ve arkadaşlarının çalışmasında, kadınlar emosyonel alanda düşük, erkekler fiziksel alanda yüksek yaşam kalitesi puanları almışlardır¹⁵. Aynı çalışmada emosyonel alan ile global yaşam kalitesi alanında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur¹⁵. Diğer çalışmalarda, bizim çalışma sonuçları gibi, cinsiyet ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır^{7,11,12}.

Çalışmamızda yapılan istatistiksel analizlere göre yaş, meslek, medeni durum ve eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Kimmo⁹ ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, yaşam kalitesinin emosyonel alanında ve sosyal alanında yaşın etkisinin olmadığı saptanmıştır. Altier¹² ve arkadaşları ile Salvador-Sanz ve arkadaşlarının¹⁵ çalışmasında fonksiyonların bozulması ve yaşam kalitesinin düşmesinde yaşın etkisinin olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların büyük bir çoğunluğunun (%36.4) kaynar sıvı ile haşlanmaya maruz kalarak yaralandıkları; çoğunluğu %28.4 oranıyla alevle yaralananların izlediği belirlenmiştir (Tablo 2). Çalışma süresince yanık travmasına maruz kalan hastalarda en çok eller ($n=42$), kollar ($n=37$), bacaklar ($n=35$), ayaklar ($n=26$) ve yüzün ($n=26$) zarar gördüğü saptanmıştır. Bu çalışmada hastaların ortalama yanık yüzdesi 13.48 olarak bulunmuş ve hastalarda en çok (%55.6) 2.derece yanık meydana geldiği belirlenmiştir.

Tablo 1. Hastaların Cinsiyete ve Tedavi Programına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

Cinsiyet	Tedavi Programı	n	%	Yaşam Kalitesi Alanları				
				Fiziksel Durum — $\bar{X} \pm sd$	Emosyonel Durum — $\bar{X} \pm sd$	Sosyal Durum — $\bar{X} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı — $\bar{X} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi — $\bar{X} \pm sd$
Kadın	Ayaktan	21	70	0.72±0.27	0.78±0.19	0.91±0.14	0.74±0.19	0.78±0.16
	Yatarak	9	30	0.99±0.02	0.92±0.09	0.97±0.05	0.95±0.04	0.95±0.05
	p*			0.03	0.08	0.32	0.01	0.01
Erkek	Ayaktan	29	50	0.78±0.24	0.89±0.14	0.97±0.04	0.86±0.15	0.87±0.13
	Yatarak	29	50	0.91±0.21	0.91±0.12	0.92±0.09	0.89±0.15	0.91±0.13
	p*			0.06	0.50	0.01	0.49	0.31

*t testi kullanılmıştır.

Diğer çalışmalarda ortalama yanık yüzdesi 15.24 – 19.93 olarak bulunmuştur^{5,7,13,15,25,26,28}. Literatürde yer alan bu bulgu^{5,7,13,15,25,26,28} çalışma bulgumuzu desteklememektedir. Yanık kazalarının çoğu evde ve iş yerinde meydana gelmektedir ve bu kazalara genelde sebep, güvensiz ev ve iş çevresi ile evde ve iş yerlerinde bulunan eşyaların kötü tasarımıdır^{4,5,14}. Literatürde, yanık sebebi olarak ilk sırada kaynar sıvı ile haşlanma ve ikinci sırada alev yer almakta ve bu bulgu çalışmamızdaki bulguları desteklemektedir^{1,3,4,7,14,23,26,27}. Kimmo ve arkadaşları⁹ ile Salvador-Sanz ve arkadaşlarının¹⁵ çalışmasında alev yanığının ilk sırada, haşlanma yanığının ise ikinci sırada yer aldığı saptanmıştır. Gelişmiş ülkelerde haşlanma yanığına sebep genelde çaydanlıklar iken, az gelişmiş ülkelerde açık ateş üzerinde pişen yemekler neden olmaktadır. Türkiye’de de en çok çift katlı çaydanlıkta çay içme geleneği haşlanma yanığına sebep olmaktadır. Alevle yanmaya sebep genelde kültürel farklılıklara dayansa da az gelişmiş ülkelerde bunun nedeni, ısınma ve aydınlatma için kolay yanabilen ajanların kullanılmasıdır. Gelişmiş ülkelerde, alevle yanmaya sebep iş kazaları arasında yer alan gaz patlamalarıdır^{4,27}. Literatürde geçen diğer çalışmalara katılan hastalarda yanık, en fazla ellerde, ayaklarda ve yüzde oluşmuştur^{5,15,25,27}. Bu bulgular^{5,15,25,27} çalışma bulgumuzla paralellik göstermektedir. Anzarut ve arkadaşlarının¹⁰ çalışmasında, greft yapılmasını gerektiren el yanıklarının fiziksel yaşam kalitesini düşürdüğü bulunmuştur. Anlatıcı ve arkadaşlarının²⁹ çalışmasına katılan hastaların çoğunda 2. derece yanık saptanmış olup bu bulgu çalışma bulgumuzu desteklemiştir. Anlatıcı ve arkadaşlarının çalışmasında ayrıca yanıkların büyük çoğunluğunun alev sebebiyle meydana geldiği belirlenmiştir²⁹.

Araştırma kapsamında yatarak tedavi (%43.2) edilen hastaların ortalama hastanede kalış süreleri 24.63 gündür ve hastanede kaldıkları sürece ortalama 1.65 kez ameliyat olmuşlardır. Adam²⁵ ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastalar ortalama 23.79 gün hastanede yatmışlar ve ortalama 1.42 kez ameliyat geçirmişlerdir. Çalışmamızın bulguları Adam ve ark.nın²⁵ çalışma bulgularına paralellik göstermektedir. Çalışmaya katılan hastalar, yanık konusunda en çok bilgiyi yanık pansumanı ve beslenme hakkında, hemşireden (%21.6) aldıklarını bildirmiştir. Hasta ile profesyonel anlamda teması sağlayan hemşiredir. Yanıklı hastanın bakımında, hemşirelerin bakım rolü kadar eğitim rolü ve rehberlik rolü de ön plana çıkmaktadır³.

Tablo 2’de görüldüğü gibi elektrik çarpması sonucu travmaya uğrayan hastalar, tüm yaşam kalitesi alanlarından en düşük ortalama puanları almışlardır. Elektrik yanıklarında dış görünüşte az hasar, derin dokularda büyük hasarlar meydana getirmektedir. Oluşan hasarlar sebebiyle organ kayıpları dahi olabilmektedir. Bu yüzden hastaların yatarak takip edilmesi gerekmektedir^{1,3}. Bu çalışmada da görüldüğü gibi uzun süre hastanede kalma hastaların yaşam kalitesini, biyopsikososyal açıdan olumsuz yönde etkilemektedir. Gruplar arasındaki istatistiksel farka bakıldığında sosyal durum alanında fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Anzarut¹⁰ ve arkadaşları çalışmalarında sosyal yönden destek alan hastalarda mental yaşam kalitesinin arttığını bulmuştur. Bu nedenle çalışmada yanıklı hastaların sosyal destek düzeylerinin arttırılması için hem hastanede hem de taburcu olduktan sonra yanık travması geçiren bireylerle tanıştırılması önerilmiştir¹⁰.

Tablo 3’e göre örnekleme alınan hastaların yanık yüzdeleri arttıkça cinsel hayat ve global yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlarda düşüş; rol aktiviteleri alanlarında yükseliş gözlenmiştir. Gruplar arasındaki istatistiksel fark sosyal alanda anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Landolt⁷ ve arkadaşlarının yanıklı çocuklar üzerinde

Tablo 2. Hastaların Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Yanık Sebebine Göre Dağılımı

Yanık Sebebi	n	%	Yaşam Kalitesi Alanları				
			Fiziksel Durum — $\bar{X} \pm sd$	Emosyonel Durum — $\bar{X} \pm sd$	Sosyal Durum — $\bar{X} \pm sd$	Genel Sağlık Anlayışı — $\bar{X} \pm sd$	Global Yaşam Kalitesi — $\bar{X} \pm sd$
Alev	25	28.4	0.84±0.21	0.80±0.19	0.89±0.13	0.77±0.22	0.82±0.16
Kaynar sızı	32	36.4	0.79±0.25	0.82±0.19	0.92±0.12	0.81±0.20	0.83±0.16
Kim.madde	14	15.9	0.77±0.24	0.87±0.15	0.91±0.10	0.80±0.16	0.84±0.14
Elektrik	10	11.4	0.65±0.36	0.78±0.26	0.79±0.16	0.75±0.25	0.74±0.21
Diğer*	7	7.9	0.82±0.12	0.91±0.09	0.97±0.04	0.84±0.12	0.88±0.08
p**			0.38	0.55	0.03	0.81	0.45

*kızgın yağ, kızgın demir, buhar, güneş, inhalasyon

**ANOVA kullanılmıştır.

yürüttükleri çalışmada yanık büyüklüğünün ve lokalizasyonun yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını saptamışlardır. Yanık büyüklüğü arttıkça fiziksel fonksiyonlarda düşüş gözlenmekte ve bu durum da yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir^{11,14,16}. Yanık büyüklüğünün bireyi ayrıca sosyal ve emosyonel açıdan etkilediği görülmektedir¹⁶. Bu çalışmada yanık yüzdesi %25'ten az ve çok olanlarla beden imajı alanındaki fark anlamlı bulunmuştur^{23,31}. Bedeninde değişiklik algılayanların, yeni beden imajları ile baş etmeye çalıştıkları için kendilerini genel anlamda kötü hissettiklerini ve sorumluluklarını yerine getirmede güçlük çektikleri için rol kaybı yaşadıklarını düşündürmektedir.

Tablo 4'e göre 3. derece yanığı olan hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların, fiziksel alan dışında düştüğü gözlenmiştir. Gruplar arasındaki istatistiksel fark fiziksel alanda elin fonksiyonu ve diğer alanlarda anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Moi ve arkadaşları²³ ile Blades ve arkadaşlarının³¹ çalışmasında 3.derece yanığı olanlar düşük total skor yapmışlardır. Kimmo ve arkadaşlarının⁹ çalışmasında % 30'dan yüksek yanık yüzdesine sahip hastalarda hareket ve kendine bakım, etkileme, aile/arkadaş ve genel sağlık anlayışı alanında anlamlı düşüş görülmüş. Aynı çalışmada, 3. derece yanığı olanların, beden imajı ve cinsel hayat alanında en düşük puanları aldıkları saptanmıştır. Fakat yanık büyüklüğü ile bu alanlar arasında istatistiksel fark anlamsız bulunmuştur⁹.

Çalışmada hastanede 29 günden fazla kalan hastaların ($n=14$) 29 günden az kalan hastalara ($n=19$) göre, sosyal durum dışında, diğer tüm yaşam kalitesi alanlarında yüksek ortalama puan aldıkları belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$). Bu çalışmada hastanede yatarak tedavi olan hastalardan ameliyat olmayanların ($n=18$), olanlara ($n=15$) göre emosyonel durum dışında, diğer tüm yaşam kalitesi alanlarından en yüksek ortalama puanları aldıkları saptanmıştır. Ameliyat sayısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki istatistiksel olarak

Tablo 3. Hastaların Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Yanık Yüzdesine Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Grupları		Yaşam Kalitesi Alt Grupları									
		Fiziksel Durum			Emosyonel Durum			Sosyal Durum			Genel Sağlık Anlayışı — X̄ ±sd
Yanık Yüzdesi	n	Hareket ve Kendine Bakım — X̄ ±sd	Elin Fonksiyonu — X̄ ±sd	Rol Aktiviteleri — X̄ ±sd	Beden İmajı — X̄ ±sd	Etkileme — X̄ ±sd	Aile/ arkadaş ilişkisi — X̄ ±sd	Cinsel Hayat — X̄ ±sd	Genel Sağlık Anlayışı — X̄ ±sd	Global Yaşam Kalitesi — X̄ ±sd	
1-10	50	0.73±0.29	0.82±0.31	0.71±0.26	0.82±0.21	0.84±0.16	0.93±0.10	0.97±0.11	0.80±0.17	0.83±0.14	
11-20	23	0.84±0.26	0.85±0.24	0.80±0.28	0.77±0.28	0.81±0.22	0.87±0.13	0.91±0.17	0.79±0.22	0.82±0.18	
21-30	7	0.82±0.32	0.85±0.37	0.80±0.36	0.86±0.25	0.86±0.13	0.83±0.13	0.76±0.30	0.73±0.32	0.82±0.20	
31 +	8	0.90±0.15	0.81±0.31	0.87±0.14	0.74±0.30	0.80±0.24	0.84±0.14	0.71±0.31	0.79±0.22	0.81±0.18	
p*		0.26	0.97	0.32	0.71	0.86	0.02	0.001	0.88	0.99	

Tablo 4. Hastaların Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Yanık Derinliğine Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi Alt Grupları		Yaşam Kalitesi Alt Grupları									
		Fiziksel Durum			Emosyonel Durum			Sosyal Durum			Genel Sağlık Anlayışı — X̄ ±sd
Yanık Derinliği	n	Hareket ve Kendine Bakım — X̄ ±sd	Elin Fonksiyonu — X̄ ±sd	Rol Aktiviteleri — X̄ ±sd	Beden İmajı — X̄ ±sd	Etkileme — X̄ ±sd	Aile/ arkadaş ilişkisi — X̄ ±sd	Cinsel Hayat — X̄ ±sd	Genel Sağlık Anlayışı — X̄ ±sd	Global Yaşam Kalitesi — X̄ ±sd	
1. der	7	0.91±0.15	0.89±0.26	0.87±0.13	0.91±0.14	0.96±0.05	0.97±0.04	1.00±0.00	0.92±0.05	0.94±0.06	
2. der	49	0.80±0.27	0.90±0.23	0.78±0.23	0.85±0.19	0.85±0.16	0.93±0.10	0.97±0.11	0.82±0.17	0.85±0.14	
3. der	8	0.75±0.26	0.83±0.31	0.87±0.15	0.46±0.32	0.66±0.27	0.79±0.14	0.59±0.38	0.56±0.32	0.67±0.20	
1-2. der	3	0.85±0.25	0.93±0.11	0.78±0.20	0.98±0.02	0.97±0.05	0.98±0.02	1.00±0.00	0.86±0.13	0.92±0.07	
2-3. der	21	0.71±0.34	0.64±0.38	0.61±0.37	0.75±0.25	0.80±0.19	0.83±0.14	0.86±0.19	0.76±0.18	0.76±0.17	
p*		0.51	0.01	0.06	0.000	0.009	0.000	0.000	0.003	0.002	

* ANOVA kullanılmıştır.

anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Sheridan ve arkadaşlarının¹⁶ çalışmasında hastanede geçen süre ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanamamış ve hastanede kaldığı sürece aynı problemi yaşayan insanlarla tanışmak ve problemleri paylaşmanın, hastaların sosyal destek sistemlerini geliştirdiği belirlenmiştir¹⁶. Kimmo ve arkadaşlarının⁹ çalışmasında, bir aydan fazla hastanede yatan hastalarda hareket ve kendine bakım, aile/arkadaş ve genel sağlık anlayışı alanında anlamlı düşüş görülmüş. Fakat hastanede geçen süre ile bu alanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır⁹. Moi ve arkadaşları²³ ile Blades ve arkadaşlarının³¹ çalışmasında on günden fazla hastanede kalanlar ve hastanede kaldıkları sürece ikiden fazla ameliyat geçirenlerin total skoru düşüktür. Salvador-Sanz ve arkadaşları¹⁵ çalışmalarında, uzun hastane yatışının ve artmış ameliyat sayısının yaşam kalitesinin düşüşüne neden olduğunu bulmuştur. Çalışma bulgumuz diğer çalışma bulgularını^{9,16} desteklemektedir.

Sonuçlar ve Öneriler

Çalışmada kullanılan ve ülkemizin şartlarına uyarlanan “Yanığa Spesifik Sağlık Ölçeği”, yanıklı hastaların yaşam kalitelerini ölçmek için geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Bu araştırmada yanık travmasına maruz kalan hastaların, yanık merkezlerinde ya da ayaktan tedavi edilmesinin, yaşam kalitelerinde düşüşe neden olduğu saptanmıştır. Bu nedenle öncelikle bu konuda toplumu bilinçlendirerek yanık travmasından korumak önemlidir. Bunun için hemşireler, bu tür çalışmalar ile yanık riski altında olan grupları belirlemeli; işyerlerine, okullara ve evlere görsel ve işitsel araçlarla yanıktan korunma ve yanıkta ilk yardım konusunda planlı eğitimler vermelidir. Hastanın fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesini engellemek amacıyla hemşire, eğitici, danışmanlık ve destekleyici rollerini kullanarak hastanın bilgi gereksinimini, özbakım uygulama yetersizliğini, motivasyon eksikliğini gidermeli ve hastanın kendi bakımını üstlenmesine, özgüveninin gelişmesine bütüncül bakım vererek yardımcı olmalıdır. Hastalara interdisipliner ekip (doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve psikiyatrist) dahilinde sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Evde bakım hizmetleri ile hastanın, yanık sonrası gelişen komplikasyonlarla baş etme yolları gibi konularda bilgi ve destek gereksinimi karşılanmalıdır. Ayrıca tekstil, otomotiv ve ev tasarımı sanayisi, yanık kazalarını koruyucu çalışmalarını arttırması için teşvik edilmelidir. Yangına karşı alınacak önlemler için çeşitli yönetmelikler düzenlenmeli ve yasal denetimler arttırılmalıdır.

Teşekkür

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, GATA Haydarpaşa Hastanesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlarına ve Prof. Dr. Sayın Naki Selmanpakoğlu'na “Yanığa Spesifik Yaşam Ölçeği”nin içerik geçerlik çalışmasındaki katkılarından dolayı teşekkür ederiz. Ayrıca, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Çukurova Üniversitesi Balcalı Tıp Fakültesi Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Numune Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Başkanlıklarına araştırmanın yürütülmesi için gerekli ortamı sağladıkları için teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Arıncı A. Yanıklar ve tedavileri. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2000.
2. Aslan FE. Yanıklarda acil bakım. In: Şelimen D, editor. Acil bakım. İstanbul: Yüce A.Ş.; 2001. s. 344-60.
3. Selmanpakoğlu N. Yanıklar ve tedavileri. Ankara: GATA Basımevi; 1998.
4. Haberal M, Moray G, Karakayalı H. Burn care in Turkey. Diyaliz Transplantasyon ve Yanık 2003 Ocak;14(1):15-8.
5. Yağmurdur MC, Karakayalı H, Moray G. Factors that contribute to the burn injuries seen at an outpatient burn clinic in Turkey: An epidemiological analysis. Diyaliz Transplantasyon ve Yanık 2003 Ocak;14(1):28-34.
6. Cromes GH, Holavanahalli R, Kowalske K, Helm P. Predictors of quality of life as measured by the burn specific health scale in persons with major burn injury. J Burn Care Rehabilitation 2002 May/June;23(3):229-34.
7. Landolt MA, Grubenmann S, Meuli M. Family impact greatest: Predictors of quality of life and psychological adjustment in pediatric burn survivors. The Journal of Trauma 2002 December;53(6):1146-51.
8. Costa MCS, Rossi LA, Lopes LM, Cioffi CL. The meanings of quality of life: interpretative analysis based on experiences of people in burns rehabilitation. Rev Latino-am Enfermagem 2008;16(2):252-9.
9. Kimmo T, Jyrki V, Sirpa AS. Health status after recovery from burn injury. Burns 1998;24:293-8.
10. Anzarut A, Chen M, Shankowsky H, Tredget EE. Quality-of-life and outcome predictors following massive burn injury. Plast Reconstr Surg 2005;116(3):791-7.
11. Druery M, Brown H, Muller M. Long term functional outcomes and quality of life following severe burn injury. Burns 2005;31:692-5.
12. Altier N, Malenfant A, Forget R, Choiniere M. Long-term adjustment in burn victims: A matched-control study. Psychological Medicine 2002;32:677-85.
13. Kildal M, Andersson G, Gerdin B. Health status in Swedish burn patients assessment utilising three variants of the burn specific health scale. Burns 2002;28:639-45.
14. Pallua N, Künsebeck H, Noah EM. Psychosocial adjustments 5 years after burn injury. Burns 2003;29:143-52.
15. Salvador-Sanz JF, Sanchez-Paya J, Rodriguez-Marin J. Quality of life of the Spanish burn patient. Burns 1999;25:593-8.
16. Sheridan RL, Hinson M, Liang MH, Nackel AF, Schoenfeld DA, Ryan CM et al. Long - term outcome of children surviving massive burns. JAMA 2000 January;283(1):69-73.
17. Rossi LA, Costa MCS, Dantas RS, Ciofi-Silva CL, Lopes LM. Cultural meaning of quality of life: Perspectives of Brazilian burn patients. Disability and Rehabilitation 2009;31(9):712-9.
18. Moi AL, Vindenes HA, Gjengedal E. The experience of life after burn injury: A new bodily awareness. Journal of Advanced Nursing 2008;64(3):278-86.
19. Moi AL, Gjengedal E. Life after burn injury: Striving for regained freedom. Qualitative Health Research 2008;18(12):1621-30.
20. Balcı G. Özbakım gücü ve yaşam kalitesinin etkilendiği bazı durumlar ve hemşirenin rolü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003;10(2):69-76.
21. Munster AM, Horowitz GL, Tudahl LA. The abbreviated burn-specific health scale. J Trauma 1987;27(4):425-8.
22. Salvador-Sanz JF, Sanches-Paya J, Marin JR. Spanish version of the burn-specific health scale. The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care 1998 September;45(3):581-7.

23. Moi AL, Wentzel-Larsen T, Salemark L, Hanestad B. Validation of a Norwegian version of the burn specific health scale. *Burns* 2003;29:563-70.
24. Kildal M, Andersson G, Fugl-Meyer AR, Lannerstam K, Gerdin B. Development of a brief version of the burn specific health scale (BSHS-B). *J Trauma* 2001;51:740-6.
25. Adam M, Leblebeci B, Tarim MA, Yildirim S, Bagis S, Akman MN, Haberal M. Validation of a Turkish version of the burn-specific health scale. *J Burn Care Res* 2009;30:288-91.
26. Cerit Y, Arslan Ü, Ertürk S, Eroğlu B, Çördük N, Öztürk N. Yanıklı hastanın bakımında enzimatik debridman ile tedavi. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2002;2(2):52-4.
27. Nursal TZ, Yıldırım S, Tarım A, Çalışkan K, Ezer A, Noyan T. Burns in southern Turkey: Electrical burns remain a major problem. *J Burn Care Rehabil* 2003 Sep-Oct;24(5):309-14.
28. Ferreira E, Dantas RAS, Rossi LA, Ciol MA. The cultural adaptation and validation of the "Burn Specific Health Scale-Revised" (BSHS-R): Version for Brazilian burn victims. *Burns* 2008;38:94-101.
29. Anlatıcı R, Özerdem ÖR, Dalay C, Kesiktaş E, Acartürk S, Seydao G. A retrospective analysis of 1083 Turkish patients with serious burns. *Burns* 2002;28(3):231-7.
30. Willebrand M, Kildal M. A simplified domain structure of the burn-specific health scale-brief (BSHS-B): A tool to improve its value in routine clinical work. *J Trauma* 2008;64:1581-6.
31. Blades B, Mellis N, Munster AM. A burn specific health scale. *J Trauma* 1982;22(10):872-5.