



**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YANIKLI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE ALGILANAN STRES VE
UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: ÇOCUĞUN PSİKOSOSYAL
DURUMUNUN ARACI ETKİSİ**

GÜLER TEKEŞ

HEMŞİRELİK

**Şanlıurfa
2025**



**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YANIKLI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE ALGILANAN STRES VE
UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: ÇOCUĞUN PSİKOSOSYAL
DURUMUNUN ARACI ETKİSİ**

GÜLER TEKEŞ

**HEMŞİRELİK
Tez Danışmanı: Prof. Dr. HÜLYA KARATAŞ**

**Şanlıurfa
2025**

TEŞEKKÜR

Bu çalışma süresince desteğini esirgemeyen saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Hülya Karataş ve beni destekleyen ailem, arkadaşım Ezgi Demirci ve Medeni Akbalık'a teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	iii
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	iv
SİMGELER.....	v
KISALTMALAR.....	vi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR	4
2.1. Yanık ve Yanık Tedavisi	4
2.1.1. Yanığın Tanımı.....	4
2.1.2. Yanık Derinliği ve Sınıflandırılması.....	4
2.1.3. Çocuklarda Yanık Epidemiyolojisi.....	7
2.1.4. Çocuklarda Yanık Fizyopatolojisi.....	8
2.1.5. Çocuklarda Yanık Tedavisi	10
2.2. Stres ve Algılanan Stres.....	15
2.2.1. Stresin Tanımı	15
2.2.2. Stresin Belirtileri.....	17
2.2.2.1. Stresin Fizyolojik Belirtileri	17
2.2.2.2. Stresin Psikolojik Belirtileri.....	18
2.2.2.3. Stresin Davranışsal Belirtileri	19
2.2.3. Stresle Başa Çıkma Yolları.....	19
2.2.4. Stresin Sonuçları	20
2.2.4.1. Stresin Fizyolojik Sonuçları.....	21
2.2.4.2. Stresin Psikolojik Sonuçları.....	22
2.2.4.3. Stresin Zihinsel Sonuçları.....	22
2.2.5. Algılanan Stres	23
2.3. Uyku ve Uyku Kalitesi	24
2.3.1. Uyku	25
2.3.1.1. Uykunun Fizyolojisi	25
2.3.1.2. Uykunun Evreleri.....	26
2.3.1.3. Uyku Bozuklukları.....	27
2.3.2. Uyku Kalitesi.....	28
2.3.3. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler	28
2.4. Psikososyal Durum.....	30
2.5. İlgili Araştırmalar	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	35
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	37
3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	37
3.5.1. Tanımlayıcı Özellikler Formu	37
3.5.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ).....	37
3.5.3. Algılanan Stres Ölçeği	37
3.5.4. Güçler ve Güçlükler Anketi.....	38
3.6. Verilerin Toplanması	38
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	38
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu.....	39
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	40
4. BULGULAR	41
5. TARTIŞMA.....	68

6. SONUÇLAR.....	78
7. ÖNERİLER	80
KAYNAKLAR.....	81
ÖZGEÇMİŞ.....	94
EKLER.....	95

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YANIKLI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNDE ALGILANAN STRES VE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ: ÇOCUĞUN PSİKOSOSYAL DURUMUNUN ARACI ETKİSİ

GÜLER TEKEŞ

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK

Tez Danışman: Prof. Dr. HÜLYA KARATAŞ
Yıl: 2025, Sayfa : 105

Araştırmada yanıklı çocukların ebeveynlerinde algılanan stres ve uyku kalitesi arasındaki ilişkide çocuğun psikososyal durumunun aracı etkisi incelenmiştir. Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma özelliği taşımaktadır. Çalışma, Diyarbakır ilinde Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yanık Merkezinde tedavi gören, ilk kez yanık yaralanması olan 3-16 yaş arasındaki çocukların ebeveynleri ile gerçekleştirilmiştir. Örneklem alınacak ebeveyn sayısı G Power ile yapılan güç analizine göre belirlenmiş olup 100 ebeveyn üzerinden veri toplanmıştır. Araştırmanın verileri “Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Güçler ve Güçlükler Anketi” ölçme araçlarıyla yüz yüze toplanmıştır. Veriler, IBM SPSS V23 ve AMOS V24 ile analiz edilmiştir.

Yapılan analiz sonucunda, yanıklı çocukların ebeveynlerinde stres düzeyi, çocuğun psikososyal durumu ve uyku kalitesi gibi değişkenlerin genel olarak yönetilebilir sınırlar içinde seyrettiği görülmüştür. Fark testleriyle ilgili bulgular incelendiğinde ebeveynin yaşı, ebeveyne göre (anne-baba), halen yaşanan sosyal çevre, anne eğitim durumu, aylık gelir durumu, çalışma durumu, hastadaki yanık derecesi özelliklerinin ölçek değerleri üzerinde anlamlı bir etki oluşturmadığı belirlenmektedir. Çocuk sayısının artmasıyla birlikte ebeveynlerin algıladığı stres düzeyinin yükseldiği ancak bu durumun uyku kalitesi veya psikososyal güçlük düzeyine anlamlı şekilde yansımadağı görülmüştür. Benzer durum hastadaki yanık yüzdesi özelliğinde de tespit edilmiştir. Hastadaki yanık türü özelliğine göre ebeveynlerin algıladıkları stres ve uyku kalitesi puanlarında farklılaşma olmazken toplam güçlük puanlarında istatistiksel yönden anlamlı farklılık tespit edilmiş olup temas yanığı olan çocukların ebeveynlerinin daha fazla güçlük yaşadığı belirlenmiştir.

Hastanede yatış süresi, hastanın cinsiyeti klinik faktörler ölçüm değerlerinde belirleyici bir rol oynamazken; çocuğun yanığının oluştuğu yaşın, özellikle 3–5 yaş grubu için ebeveyn tarafından bildirilen güçlük puanlarında anlamlı fark yarattığı saptanmıştır. Hastanın yatarak tedavi görmesi, ameliyat geçirmesi ve yanık durumu ebeveyn stres düzeyini artıran faktörler arasında yer almakta ancak bu faktörler, uyku kalitesi ve güçlük puanları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etki göstermemektedir.

Değişkenler arası ilişkilere bakıldığında; ebeveynin algıladığı stres ile çocuğun psikososyal durumu ve uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Bulgulara göre yanıklı çocukların ebeveynlerinde algılanan stres düzeyi ile uyku kalitesi arasında doğrudan veya çocuğun psikososyal durumu aracılığıyla dolaylı bir ilişki bulunmadığı sonucuna ulaşılmaktadır.

ANAHTAR KELİMELE: Algılanan stres, Çocuk, Psikososyal durum, Uyku kalitesi, Yanık

ABSTRACT

MASTER THESIS

RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED STRESS AND SLEEP QUALITY IN PARENTS OF BURNT-INFECTED CHILDREN: MEDIATING EFFECT OF THE CHILD'S PSYCHOSOCIAL STATUS

GÜLER TEKEŞ

**HARRAN UNIVERSITY
INSTITUTE OF GRADUATE EDUCATION
NURSING**

Thesis Supervisor: Prof. Dr. HÜLYA KARATAŞ

Year: 2025, Page : 105

This study examined the mediating effect of the child's psychosocial status on the relationship between perceived stress and sleep quality in parents of burnt children. This study is a descriptive, cross-sectional study. It was conducted with parents of children aged 3-16 who had their first burn injury and were treated at the Gazi Yaşargil Training and Research Hospital Burn Center in Diyarbakır. The sample size was determined using a power analysis using G Power, and data were collected from 100 parents. Data were collected face-to-face using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Perceived Stress Scale (PSS), and Strengths and Difficulties Questionnaire. Data were analyzed using IBM SPSS V23 and AMOS V24.

The analysis revealed that variables such as stress levels, the child's psychosocial status, and sleep quality in parents of burnt children were generally within manageable limits. When examining the findings related to the difference tests, it was determined that the parent's age, current social environment, maternal education level, monthly income, employment status, and the patient's burn severity did not have a significant effect on the scale values. It was observed that the level of perceived stress of parents increased with the number of children, but this was not significantly reflected in the level of sleep quality or psychosocial difficulties. A similar pattern was observed with the patient's burn percentage. While there was no difference in the parent's perceived stress and sleep quality scores based on the patient's burn type, a statistically significant difference was found in the total difficulty scores, and it was determined that parents of children with contact burns experienced more difficulties.

Duration of hospital stay and patient gender did not play a determining role in the clinical factor measurement values; however, the age at which the child's burn occurred was found to create a significant difference in parent-reported difficulty scores, especially for the 3-5 age group. Inpatient treatment, surgery, and the burn condition are among the factors that increase parental stress levels, but these factors do not have a statistically significant effect on sleep quality and difficulty scores.

When examining the relationships between variables, no statistically significant relationship was found between parental perceived stress and the child's psychosocial status or sleep quality. The findings suggest that there is no direct relationship between perceived stress levels and sleep quality in parents of children with burns, or an indirect relationship through the child's psychosocial status.

KEYWORDS: Perceived stress, Child, Psychosocial situation, Sleep quality, Burn

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Güç Analizi Girdi ve Sonuçları	36
---	----

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1. Yetişkin ve çocuklarda yanığın yeri, derinliği ve yüzdesine göre sınıflandırması.....	6
Çizelge 2.2. Ciddi Şekilde Yanmış Bir Çocuğa İlk 24 Saat İçinde Uygulanması Gereken	
Temel Klinik Müdahale Basamakları	12
Çizelge 3.1. Ölçek ve Alt Boyutlarının Çarpıklık ve Basıklık Değerleri.....	39
Çizelge 4.1. Çocuk ve Ebeveynlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	41
Çizelge 4.2. Ölçeklerin ve Alt Boyutların Tanımlayıcı İstatistikleri ve Güvenilirlik Sonuçları.....	44
Çizelge 4.3. Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri	45
Çizelge 4.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri.....	46
Çizelge 4.5. Ölçek Değerlerinin Ebeveyn Yaş Grubuna Göre Farklılaşma Durumları	47
Çizelge 4.6. Ölçek Değerlerinin Ebeveyne Göre Farklılaşma Durumları.....	48
Çizelge 4.7. Ölçek Değerlerinin Halen Yaşanılan Sosyal Çevreye Göre Farklılaşma Durumları	48
Çizelge 4.8. Ölçek Değerlerinin Baba Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma Durumları	49
Çizelge 4.9. Ölçek Değerlerinin Anne Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma Durumları	51
Çizelge 4.10. Ölçek Değerlerinin Gelir Durumuna Göre Farklılaşma Durumları	52
Çizelge 4.11. Ölçek Değerlerinin Çocuk Sayısına Göre Farklılaşma Durumları	53
Çizelge 4.12. Ölçek Değerlerinin Çalışma Durumuna Göre Farklılaşma Durumları	54
Çizelge 4.13. Ölçek Değerlerinin Hastadaki Yanık Yüzdesine Göre Farklılaşma Durumları.....	55
Çizelge 4.14. Ölçek Değerlerinin Hastadaki Yanık Derecesine Göre Farklılaşma Durumları.....	56
Çizelge 4.15. Ölçek Değerlerinin Hastadaki Yanık Türüne Göre Farklılaşma Durumları	57
Çizelge 4.16. Ölçek Değerlerinin Hastanın Cinsiyetine Göre Farklılaşma Durumları.....	58
Çizelge 4.17. Ölçek Değerlerinin Hastada Yanığın Oluştugu Yaşa Göre Farklılaşma Durumları.....	59
Çizelge 4.18. Ölçek Değerlerinin Hastanın Yatarak Tedavi Görme Durumuna Göre Farklılaşma Durumları.....	60
Çizelge 4.19. Ölçek Değerlerinin Hastanın Hastanede Yatış Süresine Göre Farklılaşma Durumları	61
Çizelge 4.20. Ölçek Değerlerinin Hastanın Yanık Nedeniyle Ameliyat Olma Durumuna Göre Farklılaşma Durumları.....	62
Çizelge 4.21. Ölçek Değerlerinin Hastanın Yanık Durumuna Göre Farklılaşma Durumları	63
Çizelge 4.22. Yanıklı Çocukların Ebeveynlerinde Algılanan Stres, Çocuğun Psikososyal Durumu ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki	64
Çizelge 4.23. Yanıklı Çocukların Ebeveynlerinde Çocuğun Psikososyal Durumunun ve Uyku Kalitesinin Algılanan Stres Düzeyine Etkisi.....	65
Çizelge 4.24. Yanıklı Çocukların Ebeveynlerinde Algılanan Stres Düzeyinin ve Çocuğun Psikososyal Durumunun Uyku Kalitesine Etkisi.....	66
Çizelge 4.25. Yanıklı Çocukların Ebeveynlerinde Uyku Kalitesinin Algılanan Stres Düzeyine ve Çocuğun Psikososyal Durumuna Etkisi.....	67

SİMGELER

DSM-5

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)

KISALTMALAR

İCSD-3	International Classification of Sleep Disorders, 3rd Edition (Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması)
NREM	Non-Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Uyku Evresi)
PUKİ	Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (uyku kalitesini değerlendiren anket)
REM	Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketleri, rüya uykusu evresi)
TDK	Türk Dil Kurumu
TVYA	Toplam vücut yüzey alanı

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Yanık yaralanmaları, çocukluk çağında sık görülen ve ciddi fizyolojik sonuçlara yol açabilen önemli bir sağlık sorunudur (Aktaş, 2024). Yanık bir çocuğun sağlığını ve beden bütünlüğünü tehdit eden yaşayabileceği en ciddi yaralanmalardan birisidir (Onat ve Akçay, 2024). Isı, elektrik, kimyasal maddeler ve radyoaktif ışınlar ile meydana gelen doku harabiyetine yanık adı verilir. Yanık, çocuklarda ölümle sonuçlanan travma nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır (ABA, 2024). Yanık yaralanması, çocuğu fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan yıkıcı bir etkiye sahip olup çocuklarda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (Bostancı ve Azılı, 2024, Başaran ve Özlü, 2022; Strobel ve Fey, 2018; Çınar vd., 2021, Karahan ve Tunçbilek, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 13 Ekim 2023 yılı raporuna göre; yanıklar her yıl yaklaşık 180.000 ölüme neden olan küresel bir sağlık sorunudur. Dünya genelinde yaklaşık 265.000 çocuk ve genç, yanık kaynaklı yaralanmalara maruz kalmaktadır (WHO, 2024). Düşük-orta gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelere göre yanık yedi kat daha fazla görülmektedir. Yanık vakalarının %73'ünden fazlası ev ortamında gerçekleşmektedir (ABA, 2024). Ülkemizde yanık nedeniyle yaklaşık 70 bin kişi hospitalize edilirken, bu hastaların yaklaşık yarısını çocuklar oluşturmaktadır (Bostancı ve Azılı, 2024). Haşlanma yanıkları (sıcak su, yağ, sıcak yiyecekler vb.) küçük çocuklar arasında en yaygın olanıdır. İki yaşın altındaki çocuklarda görülen yanıkların mortalitesinin büyük yaştaki çocuklara göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Mortalitenin yüksek olması, aile bireylerinde yüksek düzeyde stres ve psikolojik zorlanma yaratmaktadır (Tuna ve Çetin, 2010; Karabağ, 2011). Yanık yaralanmasına maruz kalan çocukların tedavi süreci, yoğun tıbbi müdahaleler, uzun süreli hastane yatışları ve rehabilitasyon gereksinimi nedeniyle ebeveynler açısından sadece tıbbi değil aynı zamanda duygusal bir yük oluşturmaktadır (Gümüş ve Özlü, 2017; Suluhan ve Şahin, 2024). Ebeveynler, çocuklarının yaşadığı acıyı izlerken aynı zamanda kendilerini çaresiz, yetersiz ve suçlu hissedebilmektedir. Bu duygusal durum, stres düzeyini artırmakta, bireylerin fizyolojik ve psikolojik dayanıklılığını zayıflatabilmektedir. Özellikle çocuklarının bakımından birincil derecede sorumlu ebeveynler, travmatik olayların etkilerini daha yoğun biçimde yaşayabilmektedir (Özkaya vd., 2014).

Algılanan stres, yalnızca mevcut durumun değil aynı zamanda geleceğe dair belirsizliklerin de tetiklediği öznel bir değerlendirme biçimi olarak tanımlanmaktadır

(Savcı ve Aysan, 2014). Bireylerin stres karşısındaki deneyimleri; yaş, cinsiyet, sosyal destek düzeyi, kişilik yapısı ve yaşam olaylarına verdiği tepkiler gibi birçok değişkene bağlı olarak farklılaşmaktadır. Dolayısıyla yanıklı çocukların ebeveynlerinde gözlenen stres düzeyleri yalnızca çocuğun yanık derecesi ya da tedavi süresiyle değil ebeveynin bu süreci nasıl algıladığıyla da yakından ilişkilidir. Ebeveynlerin stresi algılama düzeyi, olası olumsuzlukların da düzeyini etkilemektedir. Yüksek düzeyde algılanan stres, bireylerde uyku düzeni bozukluklarına neden olmaktadır (Buysse, 2014).

Uyku, insan sağlığının fiziksel ve zihinsel düzeyde korunması açısından temel bir fizyolojik ihtiyaç olup stres durumlarında ilk etkilenen sistemlerden biri olarak öne çıkmaktadır (Kryger vd., 2017; Walker, 2017). Uyku kalitesindeki düşüş, bireyin bağışıklık sistemini zayıflatmakta, zihinsel performansını azaltmakta ve duygu durum bozukluklarının ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Yapılan araştırmalar, yüksek stres düzeyine sahip bireylerde uykunun süresinin ve kalitesinin azaldığını, buna bağlı olarak gün içerisindeki işlevselliğin ve yaşam doyumunun ciddi ölçüde etkilendiğini ortaya koymuştur (Buysse, 2014). Bu bağlamda yanıklı çocukların ebeveynlerinde yaşanan stresin uyku kalitesi üzerindeki etkisinin araştırılması, bireysel sağlık kadar bakım veren rollerin sürdürülebilirliği açısından da büyük önem taşımaktadır.

Yanık yaralanması hem fiziksel hem de ruhsal sorunları beraberinde getirmektedir. Yanık yaralanması küçük bile olsa dahi hastanın ömür boyunca süren işlevsel ve estetik etkilere neden olduğu bildirilmiştir (Zwierello vd., 2023). Yanık çocukları ve aileyi etkileyen önemli bir travmadır. Çocukların yanık yaralanması öncesi fiziksel ve ruhsal durumları yanık sonrasındaki süreci etkilemektedir. Belirli sorunların, yanık yaralanması olan çocuklarda ve ebeveynlerinde yüksek oranda görüldüğü belirtilmiştir (Onat ve Akçay, 2024). Bu durum yaşanan yanık yaralanması sonrasında ebeveynlik becerilerinde olumsuz değişikliklere neden olmaktadır. Yanık yaralanması sonrasında ebeveynlerle yapılan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda ebeveynlerin birçok yönden etkilendiği (uyku sorunları, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete, kaygı, yaşam kalitesinde azalma gibi sorunlar) ve yeni çalışmalara gereksinim olduğu bildirilmiştir (Huo vd., 2024). Çocuklarda meydana gelen minör yanık yaralanması sonrasında ebeveynlerin dayanıklılığının incelendiği çalışmada; yaşanan stresle ilişkili olarak ebeveynlerin dayanıklılıklarında değişim olduğu bildirilmiştir (Tully vd., 2022).

Bu çalışmanın amacı, yanıklı çocukların ebeveynlerinde algılanan stres düzeyi ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek ve bu ilişki üzerinde çocuğun psikososyal durumunun aracılık rolünü değerlendirmektir. Literatürde bu üç değişkenin her biri farklı bağlamlarda ele alınmış olsa da yanıklı çocukların ebeveynlerini merkezine alan ve bu değişkenler arasındaki ilişkisel örüntüyü bütüncül olarak açıklayan çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu çalışmada yanık yaralanması sonrasında çocukların psikososyal durumu belirlenecek ve ebeveynlerin yaşadıkları stres ve uyku sorunlarına etkisi incelenecektir.

Araştırma Soruları:

-Yanıklı çocukların ebeveynlerinde algılanan stres ve uyku kalitesi arasındaki ilişkide çocuğun psikososyal durumunun aracı etkisi var mıdır?

-Yanıklı çocuklar ve ebeveynlerinin bazı özelliklerine göre algılanan stres, uyku kalitesi ve çocuğun psikososyal durumu ölçekleri puan ortalamaları açısından fark var mıdır?

2. ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

2.1. Yanık ve Yanık Tedavisi

2.1.1. Yanığın Tanımı

Yanık, yalnızca deride yüzeysel bir hasarla sınırlı kalmayıp, sistemik etkilere yol açabilen karmaşık bir yaralanma türü olarak tanımlanmaktadır. Türk Dil Kurumu, yanığı ısı kaynaklı doku bozulması olarak ifade etse de (TDK, 2025) tıbbi literatürde yanık; yüksek veya düşük ısı, elektrik, kimyasal maddeler veya radyasyon gibi etkenlerin deri ve alt dokularda oluşturduğu hasar şeklinde ele alınmaktadır (Karabağ, 2011). Yanığın şiddeti, etkenin türü, temas süresi ve etkilenen alanın genişliğine bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Sarıtaş vd., 2011).

Fizyopatolojik açıdan yanık, epidermisten başlayarak deri altı dokulara, kaslara ve hatta kemiklere kadar uzanan yıkımlara neden olabilmektedir. Bu hasar, lokal etkilerin ötesinde homeostatik dengenin bozulması, sıvı kaybı, enfeksiyon riski ve çoklu organ yetmezliği gibi sistemik komplikasyonları tetiklemektedir (Özkaya vd., 2014; Aksoy, 2015). Yanık türleri arasında haşlanma, alev, kimyasal, elektriksel, temas ve radyasyon yanıkları yer almakta; her biri fizyolojik, fonksiyonel ve estetik sorunlarla birlikte psikososyal travmalara yol açmaktadır (Conk vd., 2018).

Epidemiyolojik olarak yanıklar, her yaş grubunda görülmekle birlikte özellikle bebekler ve küçük çocuklar arasında daha sık ortaya çıkmaktadır (Tuna ve Çetin, 2010). Çocukluk çağında yanıklar, kazalara bağlı ölümlerin önde gelen nedenlerinden biri olup fiziksel hasarın yanı sıra ruhsal gelişimi de olumsuz etkileyebilecek ciddi bir sağlık sorunu olarak öne çıkmaktadır (Battle vd., 2016).

2.1.2. Yanık Derinliği ve Sınıflandırılması

Yanık yaralanmaları, derinlikleri, etiyolojileri ve etkilenen vücut yüzey alanı yüzdesi dahil olmak üzere bir dizi faktöre göre sınıflandırılabilir (Zwierello vd., 2023). Yanıklar, hasarın dokuya nüfuz etme düzeyine göre çeşitli kategorilere ayrılmaktadır. Klinik uygulamalarda yaygın olarak dört derece üzerinden sınıflandırma yapılmaktadır. Bununla birlikte bu sınıflandırma; yüzeysel kısmi kalınlık, derin kısmi kalınlık ve tam kalınlık yanıklar şeklinde daha ayrıntılı alt başlıklarla da tanımlanmaktadır (Young vd., 2018). Hasar epidermis ve dermisin dış kısmıyla sınırlıysa (yüzeysel kısmi kalınlıkta yanık) ve uzantı yapıların çoğu sağlam kalmışsa, iyileşme hızlı (10-14 gün) ve yara izi riski düşük olacaktır. Öte yandan yanık dermisin daha derin katmanlarına yayılırsa ve daha fazla uzantı hasarı varsa,

epitelin yenilenmesi daha uzun sürecektir (3-6 hafta) ve hipertrofik yara izi olasılığı yüksek olacaktır. Tam kalınlıkta yanıklar, cildin tüm katmanlarının tahrip olmasını içerir ve genellikle uygun yara iyileşmesini sağlamak için cerrahi müdahale gerektirir (Zwierello vd., 2023).

Yanık derinliği temel olarak dört grupta ele alınmaktadır (Young vd., 2018):

Birinci Derece Yanıklar: Bu grup, yüzeysel nitelik taşıyan yanıklar olarak tanımlanmaktadır. Genellikle güneş ışığına uzun süreli maruziyet neticesinde ortaya çıkan epidermal düzeyde hasar ile karakterize edilmektedir. Lezyonlarda kızarıklık gözlemlenmekte, ağrı hissi oluşmakta ve birkaç gün içerisinde epidermisin yüzeysel soyulması ile iyileşme süreci başlamaktadır. Bu tür yanıklarda doku bütünlüğü korunmakta ve cerrahi müdahale gereksinimi doğmamaktadır (Hermans, 2019).

İkinci Derece Yanıklar: İkinci derece yanıklar, etkiledikleri doku katmanlarının derinliğine göre yüzeysel dermal yanıklar ve derin dermal yanıklar olmak üzere iki alt başlıkta incelenmektedir. Yüzeysel dermal yanıklar, epidermisin tamamı ile birlikte dermisin üst katmanlarının etkilenmesiyle ortaya çıkmaktadır. Bu tür yanıklarda genellikle bül formasyonları gözlenmekte ve sinir uçlarının hasar görmesi nedeniyle belirgin ağrı hissi oluşmaktadır. Ancak epidermal yapıların yeniden epitelizasyonu mümkün olmakta ve bu durum iyileşme sürecini olumlu yönde etkilemektedir. Derin dermal yanıklarda ise dermisin daha derin katmanlarına uzanan hasarlar söz konusudur (Karabağlı, 2024).

Üçüncü Derece Yanıklar: Tam kalınlıkta doku hasarı ile tanımlanan bu yanık türü, epidermisin ve dermisin tamamının hasara uğramış olduğu klinik bir tabloyu yansıtmaktadır. Cilt yüzeyinde ilk etapta balmumu benzeri beyaz bir görünüm ortaya çıkmakta, yanık yağ dokusuna ilerledikçe yüzeyde kahverengi ya da morumsu renk değişimleri gözlemlenmektedir. Bu tür yanıklar, sıcak sıvılar ya da alev teması gibi etkenlerle meydana gelmekte ve spontan iyileşme süreci mümkün olmamaktadır. Dolayısıyla cerrahi tedavi kaçınılmaz hâle gelmektedir (Desanti, 2005).

Dördüncü Derece Yanıklar: Kas, tendon ve kemik gibi daha derin dokulara uzanan, geniş alanları etkileyen yanıklardır. Ciddi fonksiyonel kayıpların yanı sıra amputasyon gereksinimi ve uzun süreli rehabilitasyon süreci doğurabilmektedir. Bu düzeydeki yanıklarda yüksek mortalite oranları bildirilmiş olup yoğun cerrahi müdahalelere ek olarak multidisipliner yaklaşım zorunluluk arz etmektedir (Parrett vd., 2006).

Yanık yaralanmalarının ciddiyetini değerlendirmede kullanılan temel ölçütlerden biri, toplam vücut yüzey alanının (TVYA) yüzde kaçının etkilendiğidir. Bu değerlendirme, yanıkların prognozunu ve tedavi planını belirlemede kritik bir rol oynar. TVYA hesaplaması için genellikle "Dokuzlar Kuralı" (Rule of Nines) veya Lund-Browder Şeması kullanılmaktadır (Jeschke vd., 2020). Dokuzlar Kuralı, yetişkinlerde vücudun farklı bölgelerinin yüzey alanını yaklaşık olarak %9'luk dilimlere bölerken, Lund-Browder Şeması, yaşa bağlı anatomik farklılıkları dikkate alarak daha hassas bir hesaplama sağlamaktadır. Çocuklarda baş ve boyun bölgesi tüm vücuda oranla daha büyük olduğu için 14 yaş altı çocuklarda dokuzlar kuralı uygulanması uygun değildir. Çocuklarda sıklıkla Lund ve Browder metodu kullanılmaktadır (Ordin ve Sütsünbüloğlu, 2017). Yetişkin ve çocuklarda yanığın yeri, derinliği ve yüzdesine göre sınıflandırılması Çizelge 2.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 2.1. Yetişkin ve çocuklarda yanığın yeri, derinliği ve yüzdesine göre sınıflandırması

Yanık Derecesi	Erişkin ve Çocukta Kriterler
Küçük Yanıklar	Erişkinlerde %5 veya daha az 2. derece yanıklar,
	Çocukta %0 veya daha az 2. derece yanıklar,
	Erişkin veya çocukta %2 veya daha az 3. derece yanıklar.
Orta Yanıklar	Erişkinlerde %5–25 arası 2. derece yanıklar,
	Çocukta %0–20 arası 2. derece yanıklar,
	Erişkin veya çocukta %2–10 arası 3. derece yanıklar.
Büyük Yanıklar	Erişkinlerde %25'den fazla 2. derece yanıklar,
	Çocukta %20'den fazla 2. derece yanıklar,
	Erişkin veya çocukta %0'dan fazla 3. derece yanıklar,

Kaynak: Kurt vd., (2014)

Bu farklılıklar, çocukların daha büyük bir kafa-vücut oranına sahip olması ve bacaklarının yetişkinlere kıyasla daha küçük bir yüzey alanını kaplamasından kaynaklanmaktadır (Jeschke vd., 2020). Lund-Browder Şeması, yaşa özgü bu oranları dikkate alarak daha doğru bir TVYA tahmini sağlar ve özellikle pediatrik hastalarda tedavi planlamasında kritik öneme sahiptir (Harma, 2023). Çocuklarda yanık yüzey alanının doğru hesaplanması, sıvı resüsitasyonu, beslenme desteği ve cerrahi müdahale gereksinimlerinin belirlenmesinde hayati bir rol oynamaktadır.

2.1.3. Çocuklarda Yanık Epidemiyolojisi

Yanıklar, çocukluk döneminde hem akut fiziksel hasar hem de uzun vadeli psikososyal etkilerle seyreden önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir. Deri, dış etmenlere karşı fiziksel bariyer işlevi görmektedir; bu bariyerin yanık yoluyla hasar görmesi, enfeksiyon, sıvı kaybı, termoregülasyon bozuklukları gibi fizyolojik etkilerin yanı sıra çocuk ve ailesi üzerinde psikolojik yük de oluşturmaktadır (Kanan, 2012). Dünyada son 50 yılda yanık tedavisi ve bakımında sağlanan gelişmeler sayesinde hem mortalitede hem de morbiditede ciddi düşüş sağlanmıştır (Şenel, 2024). Gelişmiş ülkelerde yanıklara bağlı mortalite oranları azalmış olsa da özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde hâlâ ciddi bir halk sağlığı yükü oluşturmaktadır (WHO, 2024).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünya genelinde her yıl yaklaşık 180.000 kişi yanık nedeniyle yaşamını yitirmektedir ve bu ölümlerin çoğu gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Çocuklar, bu yaralanmalarda en yüksek risk altındaki grubu oluşturmakta ve 100.000 kişi başına yaklaşık %3,9'luk bir ölüm oranı ile karşılaşmaktadır (Bostancı ve Azılı, 2024). Her yıl yaklaşık 265.000 çocuk ve gencin ciddi yanıklara maruz kaldığı, bu grubun ölümcül olmayan yaralanmalarda beşinci, ölüm nedenlerinde ise on birinci sırada yer aldığı bildirilmiştir (Peden, 2009).

Türkiye'de ise yılda yaklaşık 70.000 kişi yanık nedeniyle hastaneye yatırılmakta, bu grubun yaklaşık yarısını çocuklar oluşturmaktadır (Özlü ve Başaran, 2022). Çocukluk döneminde en sık görülen yanık türü haşlanma yanıkları olup bu tip yanıklar sıklıkla çay, kaynar su veya sıcak sıvılarla temas sonucu meydana gelmektedir. 1-5 yaş arası çocuklarda haşlanma yanıkları %80'e varan oranlarda görülmektedir (Arslan vd., 2013). Beş yaş üstü çocuklarda ise alev yanıkları daha sık rastlanmakta, bu da yanık derinliğinde ve ciddiyetinde artışa neden olmaktadır (Saeman vd., 2016).

Yanığın meydana geldiği çevresel koşullar da risk düzeyini belirleyen bir diğer etkidir. Vakaların önemli bir kısmı ev ortamında gerçekleşmektedir. Amerika Yanık Derneği (ABA, 2024) verilerine göre çocuk yanıklarının %73'ü evde meydana gelmektedir. Türkiye'de de benzer şekilde ev kazalarına bağlı haşlanma vakalarının yaygın olduğu, bu kazaların büyük kısmının çocukların ulaşabileceği yüksekliklerde açıkta bırakılan sıcak sıvılardan kaynaklandığı saptanmıştır. Yanıkların anatomik yerleşimi yaşla birlikte değişkenlik göstermektedir.

Küçük yaş grubunda eller, yüz ve boyun daha sık etkilenmekte; yaş ilerledikçe gövde ve ekstremitelerde yanık oranı artmaktadır. En sık etkilenen bölge eller olup bu durumun çocuğun merak duygusu ve çevreyle temas hâlinde olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Bostancı ve Azılı, 2024).

Yanıkların şiddeti ve yüzey alanı, tedavi süreci ve sonuçları üzerinde belirleyici olmaktadır. Ayaktan tedavi edilen çocuklarda yanık yüzeyi genellikle %4–5 arasında sınırlı kalmakta, ancak hastaneye yatırılanlarda bu oran %12–20'ye kadar ulaşabilmektedir (Elsous vd., 2016). Ergenlik dönemindeki çocuklarda alev yanıklarının artması, üçüncü derece yanık sıklığını da yükseltmektedir. Elektrik ve alev yanıkları, haşlanmalara göre daha derin doku hasarına yol açtığından cerrahi girişim oranları bu grupta daha yüksektir. Büyük serilerde cerrahi müdahale gerektiren olguların oranı yaklaşık %40 olarak bildirilmiştir (Wang vd., 2016).

Mortalite oranları, yanık türü ve derinliğine göre değişmekte; inhalasyon yanığı, sistemik inflamatuvar yanıt ve sepsis en sık ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (Hashemi vd., 2017). Özellikle alev yanıklarının, hem mortalite hem de kalıcı iz bırakma açısından en riskli yanık türü olduğu belirtilmiştir (Kut vd., 2006).

Epidemiyolojik veriler, çocukluk çağı yanıklarının yaş, cinsiyet, yanığın oluş yeri ve etiyolojisi gibi çok boyutlu değişkenler temelinde ele alınması gerektiğini göstermektedir. Bu bağlamda koruyucu önlemlerin yaygınlaştırılması, ailelerin bilinçlendirilmesi ve risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik uygulamaların önemi giderek artmaktadır.

2.1.4. Çocuklarda Yanık Fizyopatolojisi

Yanık yaralanmaları, çocuklarda cildin ince yapısı ve yüksek vücut yüzey alanı/vücut ağırlığı oranı nedeniyle ciddi komplikasyonlara yol açabilen karmaşık bir fizyopatolojik süreci başlatmaktadır (Abeş, 2024). Cilt, insan vücudunun en büyük organı olup epidermis, dermis ve kıl folikülleri, ter bezleri, yağ bezleri gibi ek yapıları içermektedir; bu yapılar yara iyileşmesinde önemli bir rol oynamaktadır (Zwierello vd., 2023). Yanıklar, lokal doku hasarının ötesinde sistemik yanıtlar ve metabolik değişiklikler oluşturarak çoklu organ sistemlerini etkilemekte ve yanık şiddetini belirlemektedir. Çocuklarda bu süreç, büyüme ve gelişme süreçlerini olumsuz etkileyerek uzun vadeli sağlık sorunlarına yol açmaktadır (Çalışır ve Çalışkan, 2020). Yanıklar, 45°C üzerindeki sıcaklıklarda protein denatürasyonu ve

koagülasyon nekrozu ile ciltte hasar oluşturmaktadır (Jeschke, 2015). Jackson'ın yanık yara modeli, lokal hasarı koagülasyon, staz ve hiperemi bölgeleri olarak tanımlamaktadır (Nielson vd., 2017). Koagülasyon bölgesi, geri dönüşümsüz doku kaybı ve maksimum nekrozla karakterize edilmiştir. Staz bölgesinde vazokonstriksiyon nedeniyle doku perfüzyonu azalmaktadır; ancak uygun resüsitasyonla bu doku kurtarılabilir (Abeş, 2024). Yetersiz tedavi, enfeksiyon, hipotansiyon veya ödem gibi faktörler staz bölgesinde geri dönüşümsüz hasara yol açarak yanık yarasının genişlemesine neden olmaktadır. Hiperemi bölgesinde ise doku perfüzyonu artmış olup ciddi komplikasyonlar olmadıkça iyileşme beklenmektedir (Hene ve Vet, 2014). Çocuklarda deri inceliği, aynı ısı ve maruziyet süresinde daha derin yanıklara yol açmaktadır. Örneğin yağ yanıkları, su yanıklarına göre daha yüksek spesifik ısı nedeniyle daha derin hasar oluşturmaktadır (Abeş, 2024).

Yanıklar, cildin koruyucu bariyerini bozarak mikrobiyal istilaya ve enfeksiyona yol açmaktadır (Aktaş, 2024). Hasarlı dokudan salınan sitokinler, prostaglandinler ve oksijen radikalleri gibi vazoaktif mediyatörler, yaygın inflamasyonu tetiklemektedir (Shank vd., 2019). Vücut yüzey alanının %30'undan fazlasında yanık olan hastalarda sistemik inflamatuvar yanıt sendromu (SIRS) riski üç kat artmaktadır (George vd., 2021). SIRS, makrofajlar tarafından üretilen TNF- α ve IL-6 gibi proinflamatuvar mediyatörlerle karakterize edilmiştir (Evers vd., 2010). İkinci faz olan anti-inflamatuvar yanıt, IL-4, IL-10 ve TGF gibi mediyatörlerle baskılanmakta ve karşı anti-inflamatuvar sendrom olarak bilinmektedir (Nielson vd., 2017). Şiddetli yanık yaralanmaları (ŞYY), resüsitasyon (ilk 24-72 saat) ve hiperdinamik hipermetabolik fazlar (3-5 gün sonrası, 24 aya kadar sürebilir) olarak iki aşamada sistemik etkiler oluşturmaktadır (Shank vd., 2019; Zwierello vd., 2023). Çocuklarda yüksek yüzey alanı/ağırlık oranı, termoregülasyonu bozmakta ve resüsitasyon sıvı ihtiyacını artırmaktadır (Abeş, 2024).

Yanık sonrası vücutta ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, lokal ve sistemik düzeyde çoklu organ sistemlerini etkilemektedir. Bu değişiklikler şu şekilde sıralanabilir (Kington, 2015; Ordin ve Sütsünbüloğlu, 2017; Zwierello vd., 2023; Eti Aslan, 2024):

Cilt: Deri bütünlüğünde bozulma, ödem oluşumu, yanık bölgesinde enfeksiyon riskinin artması ve yara iyileşme sürecinin uzaması. Ödem oluşumu süreci iki fazlıdır. Yanık yaralanmasından sonraki ilk saatte başlayan birincil faz, hasarlı dokuların su içeriğindeki hızlı artıştan kaynaklanır. Yanık yaralanmasından

12-24 saat sonra meydana gelen ikinci faz, hem yanmış hem de sağlam ciltte ve yumuşak dokularda sıvı akışında daha yavaş ve kademeli bir artışı içerir (Zwierello vd., 2023)

Solunum Sistemi: Hiperventilasyon veya hipoventilasyon gibi solunum bozuklukları.

Metabolik Sistem: Metabolik asidoz, negatif nitrojen dengesi, hiperglisemi, insülin direnci, kas proteolizi ve kilo kaybı.

Sindirim Sistemi: Peristaltizmde azalma, paralitik ileus, ince bağırsakta mukozal atrofi, bağırsak geçirgenliğinde artış ve mide hareketliliğinde azalma.

Kardiyovasküler Sistem: Sistemik vasküler dirençte artış, hipoksemi hematokrit yükselmesi, tromboz riski, kan hacminde azalma ve dehidratasyon.

Üriner Sistem: İdrar hacminde ve glomerüler filtrasyon hızında azalma, akut tübüler nekroz riski.

Bağışıklık Sistemi: Hücresel ve humoral immün yanıtların baskılanması, nötrofil, makrofaj, T ve B lenfosit aktivitelerinin azalması, sepsis ve çoklu organ yetmezliği riskinin artması.

Hipermetabolizma ve artmış enerji ihtiyacı: yanığın büyüklüğüne ve etkilenen toplam vücut yüzey alanına bağlı olarak ortaya çıkar.

Çocuklarda yanık fizyopatolojisi, lokal ve sistemik etkilerin karmaşık bir etkileşimini kapsamaktadır. İnce deri yapısı ve yüksek yüzey alanı/ağırlık oranı, çocukları ciddi komplikasyonlara yatkın hale getirmektedir (Jeschke vd., 2020). Bu sistemik değişiklikler, özellikle çocuklarda büyüme ve gelişme süreçlerini olumsuz etkileyerek uzun vadeli sağlık sorunlarına yol açabilmektedir (Çalışır ve Çalışkan, 2020).

2.1.5. Çocuklarda Yanık Tedavisi

Yanık olgularının büyük bir bölümü hafif düzeyde seyretmekte ve ayaktan tedavi ile yönetilebilmektedir; ancak yaklaşık %5'i orta veya ileri düzeyde yanıklar olarak sınıflandırılmakta ve hastaneye yatırılarak izlem gerektirmektedir (Romanowski ve Palmieri, 2017). Toplam Yanık Yüzey Alanı (TYYA) %20'nin üzerinde olan ikinci derece yanıklar, inhalasyon hasarının eşlik ettiği durumlar,

yüksek gerilim elektrik yaralanmaları ile birlikte olan olgular ve eşzamanlı travmatik bulguların mevcut olduğu çocuk hastalar, ciddi yanık kapsamına alınmaktadır. Bu hasta grubu, ileri yanık tedavisine olan gereksinim nedeniyle yanık merkezlerinde multidisipliner bir yaklaşımla izlenmelidir (Demir, 2024).

Ciddi yanıklarda uzun dönem prognoz, ilk değerlendirme ve erken müdahalelerin niteliğiyle doğrudan ilişkilidir. Uygun ve zamanında gerçekleştirilen ilk müdahaleler, komplikasyon riskini azaltmakta, skar oluşumu ve ileri düzey rekonstrüktif cerrahi ihtiyacını sınırlayabilmektedir. Buna karşın erken dönemde yapılan hatalı uygulamalar geri dönüşü olmayan fonksiyon kayıplarına veya mortal seyre neden olabilmektedir (Demir, 2024). Bu bağlamda çocuk yanık olgularında ilk değerlendirme ve müdahaleleri gerçekleştiren sağlık profesyonellerinin yaşa özgü fizyolojik farklılıkları ve klinik ihtiyaçları göz önünde bulundurarak bilgi ve beceri düzeylerinin yeterli olması büyük önem arz etmektedir (Palmieri, 2016). Özellikle ciddi yanık geçiren çocuklarda akut dönemde hava yolunun güvence altına alınması, TYYA'nın doğru şekilde hesaplanması, hemodinamik stabilitenin sağlanması, olası ek travmaların ve toksik maruziyetlerin değerlendirilmesi ve uygun koşullarda sevk planlanması, mortalite ve morbiditeyi belirleyen temel unsurlar arasında yer almaktadır (Demir, 2024). Ciddi şekilde yanmış bir çocuğa ilk 24 saat içinde uygulanması gereken temel klinik müdahale basamakları Çizelge 2.2'de özetlenmiştir.

Çizelge 2.2. Ciddi Şekilde Yanmış Bir Çocuğa İlk 24 Saat İçinde Uygulanması Gereken Temel Klinik Müdahale Basamakları

Müdahale Alanı	Yapılması Gereken İşlem
1.Olay Yeri İlk Müdahale	Hastayı yanık kaynağından uzaklaştırma Yanık giysilerin ve takıların çıkarılması İlk bakının olay yerinde başlatılması
2. İlk Bakı	Havayolu kontrolü Solunum ve ventilasyon kontrolü Dolaşım ve kanama kontrolü Nörolojik değerlendirme (AVPU/Glasgow) Maruziyet/çevresel kontrol
33. Havayolu Güvencesi	Boğuk ses, stridor, mental bozukluk, ağız salyası, %40'tan fazla yanık gibi durumlarda erken entübasyon Gerekirse nazogastrik tüp yerleştirilmesi
4. Solunum Yönetimi	%100 nazal oksijen verilmesi Pulse oksimetre takibi Karboksihemoglobin düzeyinin değerlendirilmesi Gerekirse eskarotomi
5. Dolaşım Yönetimi	İki geniş damar yolu açılması %15 TYYA üzeri yanıklarda IV sıvı başlanması Saatlik idrar takibi için foley sonda takılması
6. Sıvı Resüsitasyonu	Sıvı hesaplanması İlk 8 saatte sıvının yarısı, sonraki 16 saatte kalanı Dinamik sıvı takibi (idrar çıkışına göre ayarlama)
7.İkinci Bakı	Öykü ve yanık mekanizmasının sorgulanması TYYA'nın Lund-Browder şeması ile hesaplanması Tam muayene ve laboratuvar tetkikleri
8. Yara Bakımı	Yaranın steril serum fizyolojik ile yıkanması Parafinli tül veya gümüş sülfadiazin gibi antimikrobiyal pomatlarla kapatılması Geniş alan soğutmadan kaçınılması
9. Analjezi ve Sedasyon	Paracetamol, ibuprofen gibi NSAİİ'ler; gerekirse opioidler Aşırı ajitasyon durumunda sedatif kullanımı
10.Antibiyotik Kullanımı	Rutin profilaksi önerilmemektedir
11. Beslenme	Hipermetabolik yanıt nedeniyle ilk 12-24 saatte enteral beslenme başlanması Gerekirse nazogastrik tüp ile formül mama verilmesi
12. Hipotermiinin Önlenmesi	Islak pansumandan kaçınılmalı, Hasta pasif/aktif ısıtılmalı Transfer sırasında battaniye ile sarılmalı, ambulans sıcaklığı kontrol edilmeli
13.Transfer Hazırlığı	Hava yolu güvenliği (entübasyon) Foley ve nazogastrik sonda takılması IV sıvı ve idrar takibi Uygun merkeze stabil şekilde yönlendirme

Yanık tedavisinde uygulanan tedavi yaklaşımlarının hiçbirisi yanıkların neden olduğu karmaşık reaksiyonları tamamen tersine çevirememiş olsa da yanıkla ilişkili metabolizmayı düzenleme amaçlı uygulanan tedavide farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler uygulanabilmektedir (Zwierello vd., 2023). Yanık yaralanması sonrasında ilk müdahale olarak yanmış alanın soğutulması önemlidir. Yapılan çalışmalar yanık durumunda hemen yanık nedeninin ortadan kaldırılması ve yaralı bölgenin soğutulmasının yararlı olduğunu göstermiştir. Yanık dokusunun sıcaklığının düşürülmesi ile fizyolojik yanıtın iyileştirilmesi ve palyatif rahatlama amaçlanmıştır. Yanık bölgesinin soğutulmasında uygun sıcaklık önemlidir. Buz uygulama gibi aşırı soğuk yaklaşımlar bölgeye kan akımını azaltarak daha fazla hasara neden olabilmektedir. Ayrıca uzun bir süre geniş cilt alanının soğutulması hipotermiye neden olmaktadır. Literatürde yanık bölgesini soğutmak için optimum sıcaklık 10-20 0C olarak bildirilmiştir (Abraham vd., 2018; Zwierello vd., 2023).

Çocuklarda yanık tedavisi, yaralanmanın sistemik ve lokal etkilerini en aza indirmeyi, cildin işlevselliğini yeniden kazandırmayı ve estetik sorunları çözümlemeyi hedeflemektedir. Bu süreç, yanıkların genişliği, derinliği ve nedenine bağlı olarak farklı tedavi yaklaşımlarını gerektirmektedir (Kington, 2015; Törüner ve Büyükgönenç, 2017). Tedavi, sıvı replasmanı, yara bakımı ve cerrahi müdahaleleri kapsayan multidisipliner bir yaklaşımı içermektedir. Çoğu yanık vakası ayakta tedavi edilebilse de ciddi yanıklar hastanede yatış ve özel yanık ünitelerinde karmaşık bakım süreçleri gerektirmektedir (Yorgancı, 2011). Çocuklarda yanık tedavisinin temel bileşenleri sıvı resüsitasyonu, yara bakımı ve cerrahi tedavidir.

Sıvı Resüsitasyonu: Sıvı resüsitasyonu, yanık tedavisinin temel taşlarından birini oluşturmakta ve hipovolemik dönemde hayati organ fonksiyonlarının korunmasını amaçlamaktadır (Işık Andsoy, 2018). Yanık travması, kılcal geçirgenliğin artmasına ve plazma sıvısının damar dışına sızmasına yol açarak ciddi

sıvı kayıplarına neden olmaktadır. Uygun ve zamanında uygulanan sıvı tedavisi, özellikle ilk 48 saatte mortaliteyi azaltmaktadır (Conk vd., 2018). Sıvı ve elektrolit tedavisi, sepsis, böbrek yetmezliği ve hipovolemik şok gibi komplikasyonları önlemede kritik bir rol oynamaktadır. Ciddi yanık yaralanmaları olan çocuklarda merkezi veya periferik sıvı ve elektrolit desteği sağlanmaktadır. İlk 24 saatte kristalloid sıvılar tercih edilmekte, kolloidal sıvılar ise damar geçirgenliğinin artması nedeniyle ödeme yol açabileceği için genellikle 48 saat sonra diürez sağlandığında kullanılmaktadır (Zor vd., 2009). Pediatrik hastalarda 24 saatlik toplam sıvı ihtiyacı, formüllerle hesaplanmakta; sıvının yarısı ilk 8 saatte, kalan yarısı ise sonraki 16 saatte uygulanmaktadır. İdrar çıkışı, saatte 1 ml/kg olacak şekilde izlenmektedir (Conk vd., 2018).

Yara Bakımı: Yanık yarasının bakımı, enfeksiyon riskini azaltmayı, iyileşmeyi hızlandırmayı ve yara izi ile kontraktür oluşumunu en aza indirmeyi hedeflemektedir. Yara bakımı, pansuman ve gerektiğinde cerrahi müdahaleleri içermektedir (Tokyay vd., 2005). Yara bakımının temel amaçları (Kington, 2015): çevresel izolasyon sağlayarak enfeksiyondan koruma, yaranın derinleşmesini önleme, ölü dokuların uzaklaştırılmasıyla sağlıklı granülasyon dokusu oluşturma, otogreftleme işlemini kolaylaştırma, yara izi ve kontraktürleri sınırlama, ilaç emilimi yoluyla iyileşmeyi hızlandırma olarak bildirilmiştir.

Pansumanlar, yaranın temizlenmesini, eskar ve ölü dokuların uzaklaştırılmasını sağlamakta ve iyileşmeyi desteklemektedir. Topikal antibakteriyel ajanlarla yapılan kapalı pansuman teknikleri yaygın olarak kullanılmaktadır (Yasa vd., 2021). Pansuman değişimi sırasında çapraz enfeksiyonu önlemek için aseptik tekniklere sıkı sıkıya uyulmaktadır. Pansumanlar, hastanın hareket kabiliyetini kısıtlamayacak ve kanamayı önleyecek şekilde uygulanmakta, cilde zarar vermemek için yapışkan bant yerine yapışkan olmayan tutucu bantlar tercih edilmektedir (Altan ve Oğurtan, 2016). İlk pansuman değişimi genellikle 48 saat sonra yapılmakta, yaranın iyileşme durumuna bağlı olarak 2-3 gün aralıklarla tekrarlanmaktadır. Pansumanın ağrıya, kokuya veya ıslanmaya neden olması durumunda hemen değiştirilmesi gerekmektedir (Yorgancı, 2011). Oklüzif pansumanlar, buharlaşma yoluyla ısı kaybını azaltarak ağrılı yaralarda rahatlık sağlamakta, aynı zamanda bakteri ve mantar kolonizasyonunu en aza indirmekte ve splintin uygun pozisyonda kalmasını desteklemektedir (Yasa vd., 2021).

Cerrahi Tedavi: Yanıkların cerrahi tedavisi, yanığın derinliğine ve şiddetine bağlı olarak belirlenmektedir. Üçüncü ve dördüncü derece yanıklar ile bazı derin

ikinci derece yanıklar cerrahi müdahale gerektirmektedir. Erken dönemde (ilk 24-48 saat içinde) yapılan eksizyonel cerrahi, kan kaybını en aza indirmekte, enfeksiyon gelişimini önlemekte ve hastanede kalış süresini kısaltmaktadır (Vural ve Özlü, 2020). Özellikle üçüncü derece yanıklarda gelişen ciddi ödem, kompartman sendromuna yol açabilmekte; bu durumda dolaşımı sürdürmek ve uzuv kaybını önlemek için eskarotomi veya fasiyotomi uygulanmaktadır (Yıldız vd., 2006). Greftleme, eskarın cerrahi olarak çıkarılmasının ardından yaranın deri greftiyle kapatılmasını içermekte; erken greftleme, ölüm riskini azaltmakta ve iyileşme süresini kısaltmaktadır (Şahin, 2011).

Çocuklarda yanık tedavisi, yanığın sistemik ve lokal etkilerini ortadan kaldırmayı, cilt fonksiyonlarını restore etmeyi ve estetik sonuçları iyileştirmeyi amaçlayan kapsamlı bir süreçtir. Sıvı resüsitasyonu, yara bakımı ve cerrahi tedaviler, bu sürecin temel bileşenlerini oluşturmakta ve her biri yanığın özelliklerine göre uyarlanmaktadır. Erken ve uygun müdahaleler, komplikasyonları önleyerek iyileşme sürecini hızlandırmakta ve uzun vadeli sekellerin azaltılmasında kritik bir rol oynamaktadır (Işık Andsoy, 2018; Vural ve Özlü, 2020; Yasa ve Karaca Sivrikaya, 2021).

2.2. Stres ve Algılanan Stres

Stres, bireyin içsel kaynakları ile çevresel talepler arasındaki dengesizlikten doğan bir gerilim durumu olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel, duygusal ve bilişsel düzeyde çeşitli tepkilere yol açabilen stres, bireyin yaşam kalitesini etkileyebilecek önemli bir olgudur (Eryılmaz, 2009). Modern yaşamın yoğun temposu, bireylerin stres kaynaklarına daha sık maruz kalmasına neden olmakta, bu durum hem bireysel hem de toplumsal düzeyde birçok olumsuz sonuca yol açabilmektedir (Gökler, 2012).

Stresin etkileri bireyden bireye farklılık göstermekte olup bu farklılık büyük ölçüde bireyin stresli durumları nasıl algıladığı ve değerlendirdiği ile ilişkilidir. Algılanan stres, bireyin stres kaynaklarını tehdit edici, baş edilebilir veya kontrol edilebilir olarak değerlendirmesine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bu nedenle stresin etkilerini anlamak ve yönetmek için algılanan stres kavramı kritik bir öneme sahiptir (Savcı ve Aysan, 2014).

2.2.1. Stresin Tanımı

Stres, insanlık tarihi kadar eski bir kavram olarak yaşamımızın önemli bir unsuru haline gelmiştir. Ancak araştırmacılar, bu uzun geçmişine rağmen stres

olgusunu net bir şekilde tanımlamakta zorlanmıştır. Bu nedenle stres kavramı, farklı bakış açıları çerçevesinde değerlendirilmiştir (Kurt, 2010). Stres, bireyin çevresiyle olan ilişkisine dayanan çok boyutlu bir etkileşim olarak tanımlanmaktadır. Bu etkileşim hem olumlu hem de olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Ancak bireylerin başarı göstermesi genellikle stresli ortamlarda mümkün olmuştur. Buna karşın stresin aşırı düzeylere ulaştığı durumlarda fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklar, irritabilite, sık hastalanma, yorgunluk, hafıza problemleri ve uyku düzeninde bozulmalar ortaya çıkabilmektedir (Patterson vd., 2012).

Stres kelimesinin kökeni Latince "Estrictio" ve Fransızca "Estrece" kelimelerinin birleşiminden gelmektedir. Fransız fizyolog Bernard, stresi bedensel ve zihinsel dengeyi bozan bir uyaran olarak tanımlamıştır. Ruh sağlığı açısından ise stres, vücudun üstesinden gelmek zorunda olduğu durumlara verdiği bir tepki olarak ifade edilmektedir (Eryılmaz, 2009). Genel anlamıyla stres, bireyin fizyolojisi ve psikolojisi üzerinde rahatsızlık ve sıkıntıya yol açan her türlü "etken" olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanıma göre stres, stresörlere karşı bireylerin verdiği tepkiyi ifade etmektedir (Eroğlu, 2013). Kavramsal açıdan stres, bireylerin herhangi bir psikolojik, fiziksel ya da çevresel uyaran karşısında uyum sağlamak amacıyla organizmanın harekete geçerek gösterdiği tepki olarak açıklanmaktadır (Özkaya vd., 2008).

Stresin değerlendirilme süreci, bireysel ve durumsal faktörlerden etkilenmektedir. Bireysel faktörler arasında stresle başa çıkma becerileri ve deneyimler önemli bir yer tutmaktadır. Durumsal faktörler arasında ise algılanan sosyal destek düzeyi, stresin ortaya çıkıp çıkmamasında belirleyici olmaktadır (Butcher vd., 2013). Literatürde stres genellikle olumsuz yönleri ve sonuçlarıyla ele alınmış olsa da bireyin yaşamında olumlu ve motive edici etkileri de bulunmaktadır. Bu bağlamda stres, "olumlu" ve "olumsuz" stres olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (Senemoğlu, 2017). Olumsuz stres, bireylerin kaçınmak istedikleri durumlarla ilişkilidir ve stresörlerin yoğun olduğu ortamlarda ortaya çıkmaktadır. Buna karşın olumlu stres, bireylerin ulaşmak istedikleri hedeflerle bağlantılıdır ve yeterli düzeyde gerilim hissedildiğinde motive edici bir etki yaratmaktadır. Olumlu stres, bireylerin en verimli şekilde çalışmasını sağlamaktadır (Aydın, 2008).

Stres kaynaklarının ortak noktası, organizmanın yaşamını sürdürmek için ihtiyaç duyduğu bir unsurun yokluğu ya da yok olma tehdidini temsil etmesidir. Örneğin gıda temininin yokluğu büyük bir stres kaynağı olarak görülmektedir. Benzer şekilde sevginin yokluğu da insanlar için önemli bir stres kaynağıdır. Hans

Selye, bu konuda "Hiç tereddütsüz denebilir ki, insanoğlu için en önemli stres kaynakları duygusal olanlardır" ifadelerini kullanmıştır (Mate, 2012).

2.2.2. Stresin Belirtileri

Stresin bireyler üzerindeki etkileri, fizyolojik ve psikolojik düzeyde çeşitli belirtilerle kendini göstermektedir. Bu belirtiler kişiden kişiye değişiklik göstermekle birlikte genel olarak organizmada stresin varlığını işaret eden erken uyarı sinyalleri niteliğindedir. Stres altındaki bireylerde sıklıkla baş, boyun ve kas ağrıları gözlemlenmiştir. Ayrıca ruh hali değişimleri ve ani duygu durum dalgalanmaları da yaygın belirtiler arasında yer almaktadır. Fiziksel yorgunluk hissi ve sürekli uyuma ihtiyacı, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir. Bu durum, dinlenme çabalarına rağmen geçmeyen bir tükenmişlik hissi ile kendini göstermektedir. Stresin erken dönemde bu tür belirtilerle fark edilmesi, bireyin stresle başa çıkma stratejilerini uygulaması açısından kritik öneme sahiptir (Sarp, 2000).

2.2.2.1. Stresin Fizyolojik Belirtileri

Beden, algıladığı tehditlere karşı otonom sinir sistemi üzerinden istem dışı tepkiler geliştirmektedir. Bu sistemin sempatik bölümü, tehdit algılandığında “savaş” ya da “kaç” tepkilerini aktive etmekte, buna bağlı olarak bedensel değişimler meydana gelmektedir. Nefes alma hızlanmakta, kalp atışı artmakta, kan basıncı yükselmekte ve sindirim yavaşlamaktadır. Hormon üretimi artarken, parasempatik sistemin gevşeme işlevi azalmaktadır (Tarhan, 2002). Stresin yol açtığı fizyolojik değişimler, bireyde pek çok sağlık sorununa zemin hazırlamaktadır. Bugün stres, yüksek tansiyon, solunum güçlüğü ve sindirim sorunları gibi pek çok hastalığın temel nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Batıgün ve Şahin, 2006; Yamak, 2015).

Eren (2000) stresin neden olduğu fizyolojik sorunları şu şekilde sıralamıştır:

- Yüksek tansiyon ve nefes alma zorluğu,
- Mide bulantısı,
- Aşırı yemek yeme veya iştahsızlık,
- Sinirsel ağrılar,
- Uyku bozuklukları,
- Kas spazmları ve kramplar,

- Sürekli yorgunluk ve halsizlik,
- Baş ağrıları,
- Aşırı kilo kaybı veya kilo alımı,
- Cinsel isteksizlik,
- İshal veya kabızlık,
- Vitamin ve ağrı kesici ilaçlara karşı bağımlılık eğilimi.

2.2.2.2. Stresin Psikolojik Belirtileri

Bilimsel araştırmalar, stresin bireylerde olumsuz bir ruh hali oluşturduğunu, karamsarlık, endişe ve duygusal dengesizlik gibi psikolojik sorunlara yol açtığını göstermektedir. Bu belirtiler, genellikle fizyolojik belirtilerden daha geç ortaya çıkmakta ancak daha kalıcı ve yıkıcı etkiler bırakmaktadır. Uyku bozuklukları, depresyon ve zihinsel performansta azalma, stresin ilk aşamada gözlenen başlıca psikolojik etkileridir (Erdoğan vd., 2009; Aytaç, 2017).

Stresin uzun süre devam etmesi, bireylerin davranışsal değişimlerini de etkilemektedir. Örneğin kaygı ve sinirlilik artışı, konsantrasyon güçlüğü, iş performansında düşüş ve sosyal ilişkilerden kaçınma gibi durumlar yaygın olarak gözlemlenmektedir. Ayrıca zararlı alışkanlıkların (sigara ve alkol tüketimi gibi) artışı da stresin sık görülen sonuçları arasında yer almaktadır (Kuday ve Akpınar, 2020).

Stresin psikolojik etkileri arasında şu belirtiler yer almaktadır (Şahin vd., 2011):

- Hafıza sorunları: Önemli bilgileri unutma ve geçici hafıza kayıpları,
- Konsantrasyon güçlüğü: Zihinsel odaklanmada zorlanma ve dağınıklık,
- Karamsarlık: Sürekli olumsuz düşünceler ve geleceğe yönelik umutsuzluk hissi,
- İlgi kaybı: Daha önce keyif alınan aktivitelerden uzaklaşma,
- Korkular ve fobiler: Stres sonrası oluşan yeni korkular ve kaygılar,
- Olumsuz beklentiler: Her duruma kötü sonuç odaklı yaklaşma.

2.2.2.3. Stresin Davranışsal Belirtileri

Stres, bireyin günlük yaşamında gözle görülür davranışsal değişimlere neden olabilmektedir. Uyku düzeninde bozulmalar, bağımlılık yapıcı maddelere yönelme ve yeme alışkanlıklarının değişmesi bu belirtiler arasında yer almaktadır (Erdoğan vd., 2009). Tiklerin ortaya çıkması, mesleki tükenmişlik, sürekli endişe hali, yüksek sesle ya da kısık sesle konuşma, yorgunluk hissi ve sosyal aktivitelere ayrılan zamanda azalma gibi durumlar da stresin davranışsal etkileri arasında sayılmaktadır (Kuru, 2000). Aynı şekilde bireyin kendi bakımını ihmal etmesi, telaşlanması ve eleştirel bir tutum sergilemesi de stresin birey üzerindeki davranışsal yansımalarını göstermektedir (Kuru, 2000).

Toydemir (2005) stresin davranışsal belirtilerini şu şekilde sıralamıştır:

- Tartışma eğilimi: Bireyin sıklıkla çatışma ortamı yaratması,
- Savunma mekanizmaları: Sürekli kendini savunma ihtiyacı hissetme,
- Hassasiyet ve kırılganlık: Sosyal ortamlarda aşırı duyarlılık ve kolay kırılma,
- Dikkatsizlik: İş veya ev ortamında dikkatsizlikten kaynaklanan kazaların artışı,
- Sosyal etkinliklerden uzaklaşma: Aktivitelere geç kalma veya katılmama,
- Eleştirel tutum: Diğer bireylerin hatalarını sürekli arama.

2.2.3. Stresle Başa Çıkma Yolları

Stres, yaşamın kaçınılmaz bir parçası olarak bireylerin günlük yaşamını etkileyebilmektedir. Stresin olumsuz etkilerini azaltmak veya kontrol altına almak amacıyla uygulanan sürece stres yönetimi denilmektedir. Bireylerin stresle başa çıkma yöntemleri, yaşadıkları stres faktörlerini nasıl algıladıklarına ve yorumladıklarına bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Tutar, 2016).

Folkman ve Lazarus'un geliştirdiği stresle başa çıkma modeline göre bireyler problem odaklı ve duygu odaklı olmak üzere iki temel başa çıkma mekanizması kullanmaktadır. Problem odaklı başa çıkma, stresi doğrudan çözmeye yönelik bilgi ve mantığı kullanmayı içermektedir. Bu, aktif bir yöntem olarak kabul edilmektedir.

Duygu odaklı başa çıkma ise bireyin stresin doğurduğu duygusal rahatsızlıkları azaltmaya yönelik inkâr ve kaçınma gibi pasif yöntemleri içermektedir. Her iki yaklaşım da bireyin stresle başa çıkmasında farklı roller üstlenmektedir (Lazarus, 1993).

Lazarus ve Folkman (1984), stresle başa çıkmada sekiz farklı strateji tanımlamıştır (Aslan, 2007):

- Stresle doğrudan yüzleşme,
- Problem çözmeye yönelik planlama,
- Sosyal destek arama,
- Sorumluluk kabul etme,
- Kendini kontrol etme,
- Sorunu geride bırakma,
- Olumlu yeniden değerlendirme,
- Kaçma veya kaçınma.

Bunlara ek olarak, bireyler gevşeme teknikleri, fiziksel egzersiz, mizahi yaklaşım ve sosyal destek gibi yöntemler geliştirmektedir. Problem çözme yeteneği ve kişiler arası ilişkilerdeki etkinlik, stresle başa çıkmada kritik bir öneme sahiptir. Problemleri çözme becerisi düşük bireylerin stresle başa çıkma sürecinde daha kaygılı ve güvensiz oldukları gözlemlenmiştir (Aslan, 2010).

Stres yönetiminin amacı, stresi tamamen yok etmek değil, bireyin stres düzeyini kontrol edilebilir bir seviyede tutarak yaşam kalitesini artırmaktır. Bu bağlamda etkili bir stres yönetimi bireyin zihinsel ve fiziksel dengesini korumasını, problem çözme becerisini güçlendirmesini ve iş tatmini ile verimliliğini artırmasını sağlamaktadır (Gökler ve Işıtan, 2012).

2.2.4. Stresin Sonuçları

Belirli bir düzeyde stres aslında istenilen bir durumdur. Bireyi motive edici, hız verici ve performansını artırıcı etkisi vardır. Olumlu stres kişinin aktivitelerinin artmasına, değişmesine ve performansının yükselmesine neden olur. Kişinin strese yol açan kaynaklara maruz kalması, ruhsal ve fiziksel sistemlerde bozulmalara, vücudun kendini onarma mekanizmalarının yetersiz kalmasına ve hastalıklara yakalanma riskinin artmasına sebep olmaktadır (Yavuz, 2005).

Vücuda baskı yapan herhangi bir ihtiyaca vücudun spesifik olmayan tepkisi olan stresin önüne geçilemez. Rahat bir durumda uykuda bile vücut belirli bir miktarda

stres yaşar. Bu stresli durum kişiden kişiye değişmekle birlikte stresin etkileri de kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Stresin etkileri her zaman olumsuz olarak değerlendirilmemelidir. Vücudun işlev görmesi ve kendini savunması için stres gereklidir (Selye, 2013). Stresin etkileri üç kategoriye ayrılabilir: fizyolojik, psikolojik ve davranışsal.

2.2.4.1. Stresin Fizyolojik Sonuçları

Uzun süreli stres, hormonal dengenin bozulmasına ve bu dengenin bağışıklık ve sinir sistemi üzerinde olumsuz etkiler yaratmasına yol açmaktadır. Bu durum, organizmanın iç ve dış ortamdaki değişikliklere uyum sağlamasını zorlaştırarak hastalıklara karşı savunmasız hale gelmesine neden olur (Işıkhani, 2001). Stresin sürekli yüksek seviyelerde seyretmesi, boğaz ağrısı, sırt ve boyun gerginliği, solunum güçlüğü, kalp çarpıntısı, terleme, gergin bacak kasları gibi fizyolojik etkiler doğurmaktadır. Stresin ayrıca yeme bozuklukları, vertigo, migren, nöropatik ağrı, hipertansiyon, gastrit, diyare gibi fiziksel sorunlara da yol açtığı gözlemlenmiştir (Eren, 2010).

Stresin fizyolojik etkilerinden en çok bilinenlerden biri, kan basıncının yükselmesi ve bunun sonucunda kalp hastalıklarının gelişmesidir. Stres altında vücutta salgılanan aşırı stres hormonları, kalp atış hızını artırarak kalbi daha fazla zorlar. Bu durum, kalp damarlarında daralma varsa, kalp krizine kadar gidebilecek ciddi sorunlara yol açabilmektedir. Yüksek kan basıncı, beyin ve kalp gibi hayati organlara zarar verebilir, felç riskini artırabilir (Örücü vd., 2011).

Stresin, kansere neden olabilmesi de mümkündür. Bu durum, vücudun hormonal dengesinin bozulması ve bağışıklık sisteminin zayıflaması sonucu kanser hücrelerinin büyümesine olanak sağlar (Rechenberg vd., 2017). Diyabet, stres altında kan şekeri düzeyinin yükselmesi sonucu artan pankreas yüküyle ilişkili bir hastalık olup stresin bu hastalık üzerindeki etkileri birçok araştırma ile kanıtlanmıştır (Hackett ve Steptoe, 2017). Ayrıca stres, mide ve bağırsak sorunlarına da yol açmakta; özellikle mide ülserleri ve sindirim sistemi hastalıkları yaygınlaşmaktadır. Baş ağrıları, dış gıcırdatma ve çene sıkma da strese bağlı fizyolojik sonuçlar arasındadır (Rowshan, 2014).

2.2.4.2. Stresin Psikolojik Sonuçları

Stres, uzun süre devam ettiğinde ve başa çıkılamadığında psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Bu rahatsızlıklar arasında konsantrasyon bozuklukları, hafıza problemleri, depresyon, kaygı bozuklukları, uyku düzeni sorunları, cinsel isteksizlik ve zararlı alışkanlıkların artışı sayılabilir. Stresin etkisiyle kişiler bazen sigara içme gibi alışkanlıklar edinmekte veya mevcut alışkanlıklarını arttırmaktadır. Bunun yanı sıra stresin kişilerde umutsuzluk ve moral bozukluğuna da yol açtığı gözlemlenmektedir (Telman ve Ünsal, 2004). Bu olumsuz psikolojik etkiler, anksiyete, depresif bozukluklar, majör depresyon ve tükenmişlik sendromuna dönüşebilir. Ancak bazı durumlarda stres başarıya ulaşmak için bir motivasyon kaynağı da olabilir. Bu nedenle stresin insan psikolojisi üzerindeki etkileri hem olumlu hem de olumsuz yönde gözlemlenebilmektedir (Hausen vd., 2019).

Stresin bir başka önemli psikolojik sonucu tükenmişliktir. İşle ilgili stres faktörlerine uzun süre maruz kalmak, kişinin duygusal, zihinsel ve fiziksel olarak tükenmesine yol açabilmektedir. Yoğun ve sürekli stres altında olan, özellikle işkolik kişilerde tükenmişlik daha sık görülmektedir. Bu kişiler, aşırı çalışma, sınırlarını bilmeden sürekli daha fazlasını yapma çabası içerisinde nihayetinde dayanılmaz bir tükenmişlik hissi yaşarlar (Eren, 2010). Tükenmişlik hem bireysel hem de örgütsel düzeyde önemli sonuçlar doğurabilmektedir.

Stresin başlıca belirtilerinden biri de uyku bozukluklarıdır. Uykusuzluk, modern yaşamın yaygın sorunlarından biridir ve stresle doğrudan ilişkilidir. Uykusuzluk sorunları, kişi dinlense bile geçmeyen yorgunluk hissine yol açar. Uykuya geçişi engelleyen başlıca etkenlerden biri kas gerginliğidir. Beyindeki uyku mekanizması, kaslardaki gerginliği azaltan sinyallerle harekete geçer. Ancak stres altında kas gerilmesi devam ederse, uyku başlatılamaz. Çevresel uyaranlar, gürültü, ışık gibi faktörler de bu durumu kötüleştirebilir. Ayrıca bireylerin stresle başa çıkma şekli, uykusuzluk sorunlarını daha da derinleştirebilir (Stranks, 2005).

Aşırı stres, psikolojik yorgunluğa yol açar ve bu da zihinsel yorgunluğun artmasına neden olur. Psikolojik yorgunluk, özellikle zihinsel ve entelektüel çalışmalarla ilişkili olup işle ilgili faktörler, çevresel koşullar, monotonluk, psikolojik problemler ve çatışmalar bu durumu pekiştirebilir. Bu yorgunluk, uyku problemlerini daha da zorlaştırabilir ve bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilir.

2.2.4.3. Stresin Zihinsel Sonuçları

Stres, özellikle uzun süre devam ettiğinde ve başa çıkılamadığında psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu rahatsızlıklar arasında konsantrasyon güçlükleri, fevri tepkiler, hafıza problemleri, depresyon, kaygı bozuklukları, uyku düzenindeki bozukluklar, cinsel isteksizlik, ilgi kaybı ve zararlı alışkanlıklar yer almaktadır. Bu durumlar sigara içmeye başlama ya da mevcut tüketim miktarının artması gibi davranış değişikliklerini de tetikleyebilmektedir (Telman ve Ünsal, 2004). Bu psikolojik sonuçlar anksiyete, depresif bozukluklar, majör depresyon ve tükenmişlik sendromu gibi daha ciddi zihinsel sağlık problemlerine yol açabilmektedir. Ancak daha önce de belirtildiği gibi stresin bazı durumlarda motive edici ve başarıya ulaşma konusunda yardımcı olabilecek olumlu etkileri de gözlemlenebilmektedir (Tutar vd. 2008).

Strese karşı verilen zihinsel tepkiler, büyük ölçüde olayların zihinsel değerlendirilmesine bağlıdır. Stres anında zihin duygu ve bedenle bağlantılı olarak kaygı ve panik duyguları yaratabilmektedir. Bu duygular, gerçekçi olmayan düşüncelerin ortaya çıkmasına sebep olur. Bu düşünceler, kişiyi beceriksiz ya da uygunsuz davranışlar geliştirmeye yönlendirebilir. Sonuç olarak mantıklı düşünme kapasitesi azalır ve kişi daha umutsuz bir hale gelmektedir. Bu düşünceler, kaygıyı ve ümitsizliği arttırarak, davranışları olumsuz yönde etkilemektedir. Bütün bunlar, kişiyi daha yetersiz ve etkisiz hissetmesine yol açar. Sonuç olarak düşünceler, duygular ve davranışlar arasında bir kısır döngü oluşur ve bu döngü sürekli olarak aynı noktaya geri dönmektedir (Telman ve Ünsal, 2004).

Stresin zihinsel etkileri, karmaşık ve mantıksız düşünce tarzları, rasyonel düşünememe, olayları öncelik sırasına koyamama, unutkanlık, konsantrasyon eksiklikleri, hafıza zayıflığı, aşırı hayal kurma ve tek bir düşünceye takılma gibi belirtilerle kendini göstermektedir.

2.2.5. Algılanan Stres

Algılanan stres, bireylerin çevresel talepleri, kendi başa çıkma kapasiteleri ile değerlendirme süreçleri sonucunda ortaya çıkan öznel bir stres algısını ifade etmektedir. Bu kavram, stresin bireysel farklılıklarla şekillenen psikolojik bir boyutunu yansıtmaktadır. Algılanan stres, bireyin karşılaştığı stres etkenlerini tehdit edici veya başa çıkılamaz olarak değerlendirmesiyle doğrudan ilişkilidir. Algılanan stres, bireylerin belirli bir dönemde ne kadar stresli hissettiklerine dair duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır. Bu kavram, stres türlerini veya yoğunluğunu ölçmekten çok bireyin genel stres algısını ve başa çıkma biçimlerini

anlamayı amaçlamaktadır. Bireyler, karakter özellikleri ve stres yönetim becerileri gibi faktörlere bağlı olarak aynı olumsuz durumu farklı algılayabilmektedir. Bu nedenle algılanan stres, bireyin çevresiyle etkileşimini ve bu durumun bireyin genel iyilik halini nasıl etkilediğini yansıtmaktadır (Ayvalı, 2024).

Bir diğer yaklaşıma göre stres yalnızca olumsuz koşullarda değil, bazen olumlu durumlarda da ortaya çıkabilmektedir. Örneğin başarılı bir işin ardından tebrik edilmek ya da terfi almak gibi olumlu deneyimler de stres yaratabilmektedir. Stres, her zaman zararlı olmayıp, motivasyonu artırarak daha iyi hissetmemize de yardımcı olabilmektedir (Aydın, 2004).

Lazarus ve Folkman'ın (1984) bilişsel değerlendirme modeli, algılanan stresin anlaşılmasında önemli bir çerçeve sunmaktadır. Bu modele göre bireyler karşılaştıkları durumları tehdit, kayıp ya da fırsat olarak anlamlandırır ve ardından başa çıkma stratejilerini değerlendirir. Algılanan stres, bu iki aşamalı değerlendirme sürecinin bir sonucu olarak şekillenmektedir.

Algılanan stres, bireylerin psikolojik ve fiziksel sağlıkları üzerinde önemli etkiler yaratmaktadır. Yüksek düzeyde algılanan stres, depresyon, anksiyete ve tükenmişlik gibi psikolojik sorunlarla birlikte kardiyovasküler hastalıklar gibi fiziksel sağlık problemleriyle de ilişkilidir. Algılanan stresi etkileyen faktörler arasında öz yeterlik, başa çıkma becerileri ve sosyal destek gibi unsurlar öne çıkmaktadır. Cohen vd. (1983) tarafından geliştirilen Algılanan Stres Ölçeği (PSS), bireylerin stres algısını değerlendiren yaygın bir araçtır. Bu ölçek, bireylerin stres deneyimlerini anlamada ve stresle ilişkili müdahaleler geliştirmede etkili bir araç olarak kabul edilmektedir.

2.3. Uyku ve Uyku Kalitesi

Uyku, insan yaşamının temel ihtiyaçlarından biri olarak fiziksel ve zihinsel sağlığın korunmasında kritik bir rol oynamaktadır. Yaşamın yaklaşık üçte biri uykuda geçmekte olup bu süreçte bedenin fizyolojik işlevleri düzenlenmekte ve zihinsel işlevler yenilenmektedir (Walker, 2017). Uyku sırasında beyin hem dinlenmekte hem de öğrenme, hafıza konsolidasyonu ve duygusal düzenleme gibi bilişsel süreçleri desteklemektedir (Kryger vd., 2017). Uyku kalitesi ise yalnızca uyku süresinin yeterliliği değil, aynı zamanda uykunun dinlendirici ve yenileyici özelliklerini de ifade etmektedir. Kaliteli bir uyku, bireyin gün içerisindeki performansı, duygu durumu ve genel sağlık durumu üzerinde olumlu etkiler yaratmaktadır (Buysse, 2014). Ancak modern yaşam koşulları, stres, teknolojik

cihazların kullanımı ve uyku bozuklukları gibi faktörler, bireylerin uyku düzenini ve kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Bu bölümde uykunun fizyolojisi, evreleri, bozuklukları ve uyku kalitesini etkileyen faktörler ele alınarak, uyku ve uyku kalitesinin bireysel sağlık ve yaşam kalitesine olan etkileri değerlendirilecektir.

2.3.1. Uyku

Uyku, karmaşık bir süreç olup iç ve dış faktörlerden etkilenir. Beynin uyanıklık kadar aktif olduğu ve geri dönüşümlü bilinçsizlik ile seçici yanıtsızlık özellikleri gösterdiği bir durumdur. Uyku, tüm vücudu ilgilendiren etkilerinin yanı sıra esasen beyinde gerçekleşen bir işlemdir ve beyin sapı, hipotalamus, talamus gibi merkezlerden kaynaklanmaktadır (Öztürk, 2014). İnsan sağlığı için dengeli bir şekilde karşılanması gereken temel ihtiyaçlardan biridir.

Uyku, öğrenme, büyüme, gelişme gibi işlevlerin yanı sıra vücudun dinlenmesini sağlar ve ertesi gün için yenilenmesini temin eder. Ayrıca uyku hem ruhsal hem de fiziksel sağlığı korumak için gereklidir (Kaya vd., 2007). Sirkadiyen ritme uygun şekilde düzenli olarak gerçekleşen uyku, vücut ısısı, kalp hızı, kan basıncı ve hormon salınımı gibi bedensel ve ruhsal sağlığı etkileyen sistemlerle ilişkilidir. Işık, melatonin hormonunun salgılanmasını engelleyerek homeostazisi bozar (Lieberman, 2003). Bu ritmin bozulması, sadece fizyolojik sağlığı değil, psikososyal sorunlara da yol açabilir ve hemşirelik gibi mesleklerde kişisel ve hasta güvenliğini olumsuz etkileyebilir.

2.3.1.1. Uykunun Fizyolojisi

Uyku-uyanıklık döngüsü, biyolojik ritimlere dayanarak şekillenir ve bu ritim, 24 saatlik döngülerin düzenli bir biçimde tekrarından oluşan sirkadiyen ritimle yönetilmektedir. Bu süreç, hipotalamusun anterior kısmındaki suprakiazmatik nükleus tarafından düzenlenir ve bu ritmi en fazla etkileyen faktör güneş ışığıdır. Işık, retinal fotoreseptörler aracılığıyla suprakiazmatik nükleusu uyarak melatonin üretimini tetikler. Melatonin, özellikle karanlıkta en yüksek seviyeye ulaşarak bu nükleusun ritmik aktivitesini dengeler ve uykuya geçişi destekler (Şahin ve Aşçıoğlu, 2013).

Uyku, birçok beyin bölgesinin eş zamanlı etkinliği ile başlar ve sürdürülür. Özellikle, ön hipotalamustaki girdiler ve endojen kimyasallar, hipotalamustaki ventrolateral preoptik çekirdeği (VLPO) uyarak uykuyu başlatır (Siegel, 2008).

Beyin sapında serebral kortekste ve spinalkordda yer alan Bulbar Senkronize Edici Sistem (BSR) ve Retiküler Aktivasyon Sistemi (RAS), uyku-uyanıklık durumlarını düzenler. RAS, ağrı, görme, işitme ve dokunma uyaranlarını alarak uyanıklık durumunu sürdürür. Uykunun başlangıcında BSR aktivitesi artar, RAS uyarıları azalır ve kişi uykuya geçer. Uyandığında ise RAS tekrar aktif hale gelir (Karakoç, 2009 Şahin, Aşcıoğlu ve Taşkın, 2013).

2.3.1.2. Uykunun Evreleri

Uyku, biyolojik ve psikolojik süreçlerin düzenlendiği karmaşık bir süreçtir ve bu süreç çeşitli evrelere ayrılmaktadır (Aygün ve Rezaki, 2004). Uyku döngüsü temel olarak REM (Rapid Eye Movement- Hızlı göz hareketleri) ve NREM (Non-Rapid Eye Movement- hızlı göz hareketlerinin olmadığı) uyku olmak üzere iki ana bölümden oluşmaktadır. Her bir uyku döngüsü, yaklaşık 90-110 dakika sürmekte ve gece boyunca birkaç kez tekrarlanmaktadır (Carskadon ve Dement, 2005).

NREM Uykusu: NREM uykusu, derinliği giderek artan üç aşamadan oluşmaktadır (Ohayon vd., 2024; Saygın ve Özgüner, 2020):

N1 Evresi (Geçiş Uykusu): Uyanıklık ile uyku arasındaki geçiş dönemini ifade etmektedir. Kas aktivitesi azalmakta, kalp atış hızı yavaşlamakta ve bilinç düzeyi azalmaktadır. Bu evrede kişi kolayca uyanabilmektedir.

N2 Evresi (Hafif Uyku): Toplam uyku süresinin büyük kısmını oluşturan bu evrede beyin dalgalarında belirgin bir yavaşlama ve kas tonusunda azalma gözlemlenmektedir. Uyku içcikleri ve K-kompleksleri adı verilen özgün beyin dalgaları bu evrede ortaya çıkmaktadır.

N3 Evresi (Derin Uyku): Yavaş dalga uykusu (slow-wave sleep) olarak da bilinen bu evrede vücudun yenilenme süreci başlamaktadır. Hormon salınımı artmakta ve bağışıklık sistemi güçlenmektedir. Kişi bu evrede uyandırılmakta zorlanmaktadır.

REM Uykusu: REM uykusu, uykunun rüya evresi olarak bilinmektedir. Bu evrede beyin aktivitesi uyanıklık düzeyine yakın bir seviyeye ulaşmakta, gözlerde hızlı hareketler görülmekte ve kas tonusu neredeyse tamamen kaybolmaktadır. REM uykusu, öğrenme, hafıza konsolidasyonu ve duygusal düzenleme süreçlerinde kritik bir rol oynamaktadır (Keskin ve Tamam, 2018).

NREM ve REM evreleri arasındaki denge, sağlıklı bir uyku için büyük önem

taşımaktadır. Bu evrelerin herhangi birindeki bozukluk, uyku kalitesini olumsuz etkileyebilmekte ve bireylerde yorgunluk, konsantrasyon bozukluğu ve sağlık sorunlarına yol açabilmektedir.

2.3.1.3. Uyku Bozuklukları

Uyku bozuklukları hem bir hastalık belirtisi hem de başlı başına bir hastalık olarak kabul edilebilir. Bu bozukluklar, bireyde mortalite ve morbidite oranlarını artırabilir ve komorbid hastalıklarla birlikte bu oranları daha da yükseltebilir (Yılmaz, 2002). 1979 yılında kategorize edilmeye başlanan uyku bozuklukları, üç ana sınıflandırma sistemine göre ele alınmaktadır: DSM-5, ICD-10 ve ICSD-3. ICSD-3, uyku bozukluklarını yedi ana başlıkta toplamaktadır (Karamustalıoğlu, 2018).

ICSD-3 uyku bozuklukları şunlardır:

İnsomniler: Uykuyu başlatmada ve sürdürmede zorluklar, gece uykusu bölünmeleri ve sabah erken uyanmalarla karakterizedir. İnsomnia, başka hastalıklar, ilaçlar veya psikiyatrik bozukluklar ile ilişkili olabilir ve günlük işlevselliği olumsuz etkileyebilir (Emirza vd., 2012).

Uyku İlişkili Solunum Bozuklukları: Horlama, hipopne ve apne gibi solunum bozukluklarıyla görülen bu bozukluklar, yaşamı tehdit edici olup tedavi edilmediği takdirde ciddi morbidite ve mortalite riskine yol açabilir (Keskin ve Tamam, 2018).

Hipersomni: Geceleri yeterli uyku almasına rağmen gün içinde aşırı uyuma, uyanık kalma zorluğu ve uyku atakları görülebilir, bu durum sosyal ve profesyonel yaşamı olumsuz etkileyebilir (Emirza vd., 2012).

Sirkadiyen Ritm Uyku-Uyanıklık Bozuklukları: Uykuyu planlanmayan zamanlarda alabilen, ancak istedikleri zaman uyuyamayan kişilerde uykusuzluk veya aşırı uyuma görülür. Çalışan personel veya uzun uçuşlar sonrasında sıklıkla ortaya çıkar ve vücut ritminin bozulmasına bağlıdır (Thorpy, 2012).

Parasomniler: Uykuya geçiş, uyku ve uyanma sırasında istenmeyen fiziksel olaylar meydana gelir. Bu durumlar genellikle korku, uyurgezerlik veya uyku sırasında şiddetli hareketler gibi davranışlarla kendini gösterir (Tuncel ve Orhan, 2009).

Uyku ile İlişkili Hareket Bozuklukları: Bacaklarda karıncalanma, sıçramalar veya bedende hareketler gibi uyku sırasında meydana gelen bozukluklardır. Bu durum, uyku kalitesini olumsuz etkileyebilir ve huzursuz bacak sendromu gibi rahatsızlıklarla ilişkilidir (Keskin ve Tamam, 2018).

Diğer Uyku Bozuklukları: Medikal veya nörolojik hastalıklar ve madde kullanımı nedeniyle oluşan uyku bozukluklarıdır. Bu bozukluklar, genellikle altta yatan hastalıkların bir belirtisi olarak ortaya çıkar ve tedavi sürecini karmaşıktırabilir (Keskin ve Tamam, 2018).

2.3.2. Uyku Kalitesi

Uyku kalitesi, bireylerin uyandıktan sonra dinç ve sağlıklı hissetme durumunu ifade etmektedir. Bu kalite, bireyin yaşam tarzı, fiziksel ve psikolojik durumu, iş ve sosyal hayatı, ekonomik koşulları ve sağlık durumu gibi birçok faktörden etkilenmektedir (Şenol vd., 2012; Karakaş vd., 2017).

Uyku kalitesinin objektif ölçülmesi zordur, çünkü bu yalnızca uykunun süresiyle değil, aynı zamanda dinlendiriciliği ve bilişsel verimliliğiyle de ilgilidir. Uykudaki sık uyanmalar veya gün içindeki toplam uyku süresi gibi nicel verilerin yanı sıra uyku deneyiminin niteliği de göz önünde bulundurulmalıdır. Araştırmalar, toplumun yaklaşık yüzde yirmi ile kırk arasında bir kısmının uyku kalitesiyle ilgili sorunlar yaşadığını ortaya koymuştur (Okutan ve Ortabağ, 2018).

Uyku kalitesini belirleyen başlıca faktörler arasında uykuya dalma süresi, uykuda uyanma sıklığı ve toplam uyku süresi yer almaktadır. Uyku kalitesinin düşük olması, bireylerin verimlilik ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilir. Uyku bozuklukları, iş kazaları, mesleki performans düşüşleri ve sosyal uyumsuzluk gibi sorunlara yol açabileceğinden, uyku düzeninin dikkatle incelenmesi ve gerekli önlemlerin alınması önemlidir (Algın vd., 2016; Alcan, 2019).

2.3.3. Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Yaş: Uyku süresi, yaşa bağlı olarak değişmektedir. Bebeklerde 16-18 saat civarındayken, çocukluk döneminde 10-11 saate düşer. Adolesanlarda uyku süresi daha uzun olup yetişkinlerde 7,5-8 saat civarındadır. Yaşlılarda ise uyku süresi kısaltmakta, uyku döngüsü iki aşamalı hale gelmektedir. Ayrıca yaşlılar, gençlere kıyasla daha erken uyumakta ve uyandıkları gözlemlenmektedir (Dahl ve Lewin, 2002; Bülbül vd., 2010).

Cinsiyet: Kadınlar, erkeklere oranla daha fazla uyku bozukluğu yaşamakta ve bu sorunlarını daha fazla dile getirmektedir. Kadınlarda uyku döngüsü; hamilelik, menstrüel dönem ve menopoz gibi faktörlerden etkilenmektedir. Kadınlarda uyku bozukluğu semptomları erkeklere göre 1.4 kat daha fazladır (Ohayon, 2002).

Hastalık: Uyku bozuklukları, birçok hastalıkla ilişkili olabilmektedir. Örneğin kanser hastalarında uyku bozuklukları daha yaygın olup prevalansı %30-50 civarındadır. Ayrıca diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar da uyku bozuklukları ile ilişkilidir. Bu hastalıklar, uyku süresini olumsuz yönde etkilemektedir (Ogilvie ve Patel, 2018).

Çevresel Faktörler: Uyku kalitesi, çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Gürültü, oda sıcaklığı ve aydınlatma, uyku üzerinde önemli etkiler yapmaktadır. Gürültü seviyesinin artması uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir. Odanın sıcaklığı çok yüksek veya düşük olduğunda uykuya geçiş güçleşmekte ve uyku kalitesi bozulmaktadır (Yılmaz vd., 2014; Güneş, 2018).

Diyet: Diyet, uyku kalitesini doğrudan etkilemektedir. Protein içerikli yiyeceklerin, triptofan sayesinde uykuya geçişi kolaylaştırdığı bilinmektedir. Karbonhidrat bakımından zengin besinler uykuya eğilimi artırırken, ağır yemekler uykuya engel teşkil etmektedir. Ayrıca gıda alımının zamanlaması da uyku üzerinde etkili olabilmektedir (Lieberman, 2003).

Fiziksel Aktivite: Düzenli egzersiz, uyku kalitesini iyileştirmekte ve uyku bozukluklarını azaltmaktadır. Sabah erken veya akşam geç saatte yapılan egzersizler, uykuya olumlu etkiler yapmaktadır. Japonya'da yapılan çalışmalarda fiziksel aktivitenin yaşlı bireylerin uyku düzenini geliştirdiği gözlemlenmiştir (Vardar, 2005).

İlaçlar: İlaçlar, uyku üzerinde çeşitli etkiler yapabilmektedir. Benzodiazepinler ve non-benzodiazepin reseptör agonistleri, uykuya geçişi kolaylaştırmakta ve uyku süresini artırmaktadır. Ancak bazı antidepresanlar uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmekte, uyku sırasında uyanmaları artırabilmektedir (Göktaş ve Özkan, 2006).

Kafein ve Nikotin: Kafein, uykuya geçişi zorlaştıran bir madde olup uykuyu bölebilmektedir. Sigara ve nikotin de uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir. Nikotin, REM uykusunu baskılamakta ve uyku süresini kısaltmaktadır. Alkol de benzer şekilde uykuya dalmayı hızlandırırken, sonrasında uyku bölünmeleri görülmektedir (Roehrs ve Roth, 2008; Peuhkuri vd., 2012).

Alkol, Sigara ve Uyarıcı Maddeler: Alkol, başlangıçta uykuya geçişi hızlandırırsa da, kronik kullanımda uyku kalitesini düşürmektedir. Sigara kullanımı, uyku bozukluklarının gelişiminde önemli bir risk faktörü olup uyku süresini kısaltmaktadır. Ayrıca alkol ve nikotin uyku düzenini bozarak, gün içinde uykululuğa yol açmaktadır (Kaynak ve Ardiç, 2001; Okutan ve Ortabağ, 2018).

2.4. Psikososyal Durum

Psikososyal durum, bireyin zihinsel, duygusal ve sosyal yönlerden iyi oluş hâlini kapsayan çok boyutlu bir kavramı ifade etmektedir. Bireyin kendilik algısı, çevresiyle kurduğu ilişkiler ve yaşamsal olaylara karşı geliştirdiği tutumlar bu durumu biçimlendirmektedir (Taylor, 2018). Psikososyal iyi oluş, yalnızca bireysel yeterliklerle değil; aynı zamanda sosyal çevre, yaşam deneyimleri ve destek sistemleriyle birlikte şekillenmektedir. Özellikle stres, travmatik yaşantılar ve sosyal destek eksikliği gibi etmenler; benlik saygısı, sosyal görünüş kaygısı ve beden imajı gibi alanlarda belirgin kırılmalara yol açabilmektedir (Koçak ve Amuk, 2023).

Çocukluk dönemi, bireyin hem psikososyal hem de nöro gelişimsel düzeyde şekillendiği kritik bir dönem olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle travmatik bir yaşantı olarak değerlendirilen yanık yaralanmaları, çocuklar üzerinde uzun vadeli etkiler bırakabilmektedir. Literatürde pediatrik yanık geçirmiş çocukların yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal işlevselliklerinde de ciddi gerilemelerin izlenebildiği belirtilmektedir (Gedik, 2024). Uzun süreli hastanede kalış süreleri, vücutta kalıcı izler, işlevsel kısıtlılıklar ve ağrılı tedavi uygulamaları, çocukların duygu düzenleme kapasiteleri üzerinde baskı oluşturmakta; depresif belirtiler, sosyal çekilme, anksiyete ve travma sonrası stres tepkileri ile sonuçlanabilmektedir (Burns-Nader vd., 2017).

Gedik (2024), pediatrik yanık hastalarında rehabilitasyonun yalnızca fiziksel iyileşmeye yönelik değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal gereksinimlere de duyarlı olması gerektiğini vurgulamaktadır. Bu kapsamda rehabilitasyon sürecinde oyun terapisi, dikkat dağıtma teknikleri, sanal gerçeklik uygulamaları ve ebeveyn destek programları gibi yöntemlere başvurulmaktadır. Söz konusu müdahaleler, çocuğun hem ağrıyı algılayışını değiştirmekte hem de duygusal iyileşmesini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca rehabilitasyon sürecine ebeveynlerin aktif katılımı, tedaviye uyumun artmasını ve çocuğun sosyal yaşama yeniden katılımını kolaylaştırmaktadır (Andrews vd., 2018).

Yanık geçirmiş çocuklarda beden algısı bozulmaları ve sosyal kaygı gelişimi, özellikle ergenlik dönemine ilerledikçe daha belirgin hâle gelmektedir. Bu süreçte oluşan psikososyal sorunlar, çocuğun okul başarısı, arkadaşlık ilişkileri ve özgüveni üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Hornsby vd., 2020). Psikososyal uyumun artırılması amacıyla yapılan müdahalelerin çocukların yaşam kalitesini, duygusal esnekliklerini ve benlik bütünlüklerini desteklediği gözlemlenmiştir (Ohgi ve Gu, 2013).

Yanık sonrası rehabilitasyon yalnızca fiziksel işlevselliği değil, çocuğun psikososyal iyilik hâlini de hedeflemelidir. Bu bağlamda etkili bir yanık tedavisi, multidisipliner ekiplerin iş birliğini temel almakta ve çocuk ile ailesini birlikte kapsayan bütüncül bir yaklaşımı zorunlu kılmaktadır (Farzan vd., 2023; Gedik, 2024).

2.5. İlgili Araştırmalar

Landolt vd. (2002), araştırmasında baş yanıklarından sonra çocukların psikolojik uyumunu belirlemeyi amaçlamışlardır. Örneklem İsviçre’de pediatrik yanık merkezinde yatan, toplam vücut yüzey alanının %10 veya daha fazla yanık yaralanması olan, 5-17 yaşları arasındaki 104 çocuk ve ergen, yanıktan bir ila 13 yıl sonra Çocuk Davranış Kontrol Listesi ile değerlendirilmiştir. Ortalama toplam vücut yüzey alanı yanığı %18 olarak belirlenmiştir. Yanık lokalizasyonuna göre hastalar baş yanığı olan hastalar ve diğer bölgelerde yanık olan hastalar olarak iki gruba ayrılmıştır. Çalışmada, baş yanığı olan çocukların ve diğer bölgelerde yanığı olan çocukların psikolojik uyumlarının benzer olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada gruplar arasında agresif davranışlar gösterme açısından anlamlı farklılık elde edilmiştir. Baş yanığı olanların %19,2’si, diğer bölgelerde yanığı olan çocukların %8,2’si agresif davranışlar göstermiştir (Landolt vd., 2002).

Blakeney vd. (1998) tarafından yapılan çalışmada; TVYA’nın %80’ini veya daha fazlasını etkileyen yanıkları olan çocukların uzun dönemde psikososyal uyumu ve ebeveynler üzerindeki etkileri incelenmiştir. Çalışmada çocukların psikososyal uyumu Çocuk Davranış Kontrol Listesi ile ebeveynlerin stresi Ebeveyn Stres İndeksi ile değerlendirilmiştir. Sonuç olarak hem çocukların hem de ebeveynlerin ölçek puanlarının normal sınırlar içinde olduğu, uzun dönemde büyük yanıklar sonrası psikososyal uyum sağladıkları bildirilmiştir.

Huo vd. (2024) tarafından yapılan çalışmada; yanıklı çocuğu olan ebeveynlerde stres, anksiyete, depresyon, uyku kalitesi arasındaki ilişkide sosyal desteğin etkisi incelenmiştir. Çin’de yanık merkezinde yapılan çalışmada 112 yanık yaralanması olan çocuğun ebeveynleriyle çalışılmıştır. Ebeveynlerin anksiyete (%46,43), depresyon (%52,67) ve kötü uyku kalitesi (%43,75) yaygınlığı, duygusal ve uyku bozuklukları yaşadıklarını belirtmiştir; algılanan stres, uyku kalitesi, anksiyete ve depresyonla pozitif korelasyona sahip olduğu, algılanan sosyal destekle ise negatif korelasyona sahip olduğu belirlenmiştir. Yanmış çocukların ebeveynlerinde stresin arttığı, belirgin anksiyete ve depresyon semptomları görüldüğü ve düşük uyku kalitesine sahip oldukları belirlenmiştir.

Hall vd. (2006), yanıklı çocukların ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) semptomları için risk faktörleri modeli geliştirmeyi amaçlamıştır. Yanıktan hemen sonra ve üç ay sonra ebeveynler, çocuklarının ve kendilerinin psikolojik işlevleri ve travmatik stres tepkileri hakkında bildirimde bulunmuşlardır. Araştırmanın sonucuna göre ebeveynlerin yaklaşık %47’si yanıktan üç ay sonra önemli travma sonrası stres semptomları yaşadıklarını bildirmiştir.

McGarry vd. (2014) çalışmasının amacı, yanık nedeniyle hastaneye yatırılan çocukların ebeveynlerinin yaşadıkları deneyimleri kapsamlı biçimde tanımlamaktır. Araştırma kapsamında hastaneye yatışı gerektiren yanık travması geçiren çocukların 21 ebeveynleriyle (14 anne, 7 baba) derinlemesine yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler, yanık olayından altı ay sonra, kırsal, uzak ve metropol bölgelerde yapılmıştır. Görüşme kılavuzu, ebeveynlerin genel deneyimlerini, algılarını, düşüncelerini ve duygularını derinlemesine anlamaya yönelik açık uçlu sorular içermektedir. Analiz sonucunda ebeveynlerin deneyimleri üç temel aşama çerçevesinde tanımlanmıştır: kazanın yaşanması, yatarak tedavi süreci ve topluma yeniden uyum. Her bir aşama içerisinde çeşitli temalar belirlenmiş; bu temalar, stres etmenleri, davranışsal ve duygusal tepkiler ile başa çıkma stratejileri olmak üzere üç ana temada toplanmıştır. Çalışmada ebeveynler için kapsamlı bilgi içerecek, aynı zamanda sosyal desteğin temelini oluşturacak protokollere ihtiyaç olduğu bildirilmiştir.

Özer ve Vural (2018) araştırmasında çocukluk yaş dönemi özelliklerinin yanık üzerine etkisini inceleyerek yanıklı çocuklara yönelik bakım önerileri sunmuşlardır. Araştırmacılar, çocukluk döneminde yaşanan yanıkların çocuğun yaşı ne olursa olsun ciddi bir travma oluşturduğunu ve uzun süreli, multidisipliner bir bakım gerektirdiğini ileri sürmüşlerdir. Hemşirelerin bu süreçte yara bakımı, ağrı yönetimi, beslenme, duygusal destek gibi alanlarda temel rol üstlendiğine değinmişlerdir. Araştırmanın

sonucunda ailelere yönelik eğitim materyalleri hazırlanması, interaktif eğitimlerin ve destek gruplarının oluşturulması yönünde önerilerde bulunulmuştur. Hemşireler ayrıca çocuğun yaşına uygun şekilde özgüven gelişimi, beden imajı, uyku düzeni ve okula dönüş gibi konularda ailelerin bilgilendirilmesine dikkat çekmişlerdir. Yanığın iyileşme sürecinde bakımın çocuğun gelişim dönemine göre planlanmasının büyük önem taşıdığını belirten araştırmacılar, bu nedenle yaş dönemlerine özel nitel araştırmalar yapılması, elde edilen veriler doğrultusunda eğitim ve destek programları geliştirilerek bakım sürecine entegre edilmesi gerektiğini vurgulamışlardır.

Çalışır ve Çalışkan (2020) tarafından yapılan çalışma, çocuklarda yanık durumunda annelerin yaptığı geleneksel uygulamaları belirlemeyi amaçlamaktadır. Kesitsel-tanımlayıcı nitelikteki araştırma, 2019 yılında bir eğitim-araştırma hastanesinde geçmişinde yanık öyküsü bulunan 162 çocuk ve anneleriyle yürütülmüştür. Yanıklar en çok 0–3 yaş grubunda ve erkek çocuklarda görülmüş; çoğunlukla (%90.1) ev ortamında haşlanma şeklinde (%80.9) meydana gelmiştir. İlk müdahale çoğunlukla anneler tarafından ve hemen yapılmış; akan su (%42.4) en sık kullanılan yöntem olurken, buz, yoğurt, diş macunu gibi yanlış uygulamalar da tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi yüksek anneler bile yanık müdahalesi konusunda bilgi eksikliği yaşadıklarını belirtmişlerdir. Araştırmacılar, çocuk yanıklarının çoğunlukla evde meydana geldiğini, anneler arasında yanlış ilk yardım uygulamalarının yaygın olduğunu ve buna bağlı olarak eğitim ihtiyacının karşılanması gerektiği belirtmişlerdir.

Krasnoff vd. (2021) tarafından yapılan çalışmada yanıklı çocukla travma yaşayan çocukların hastanede kalış süreleri karşılaştırılmıştır. Çocuklardan 93 yanık hastası, 186 travma hastası ile eşleştirilmiştir. Yanıklı çocuklarda hastanede kalış süresi anlamlı olarak travmalı hastalara göre iki kat daha yüksek bulunmuştur.

Atapattu vd. (2024) tarafından yapılan çalışmada pediatrik yanık sonrasında ebeveyn stresi ve çocuk yaşam kalitesi incelenmiştir. 48 ebeveynin incelendiği çalışmada yanık sonrası travma sonrası stres semptomlarının yüksek oranda görüldüğü, ebeveynin stres semptomları arttıkça çocuğun psikososyal yaşam kalitesinin azaldığı belirlenmiştir. Bu çalışmada ebeveyn stresinin çocuklarının durumunu algılamayı etkilediği bildirilmiştir.

Santos vd. (2024) tarafından yapılan çalışmada, yanık yaralanması olan çocukların ebeveynlerinin hastanede kalış süresince algıları ve deneyimleri incelenmiştir. Portekiz’de yaş ortalaması 2,28 olan 46 çocuğun ebeveynleriyle yapılan nitel çalışmada beş tema belirlenmiştir. Bu temalar, çocuklarda yanık yaralanması

krizini yaşamak, çocuğun iyi bakım aldığından emin olmak, gelecekte olabilecekler konusunda farkındalık, ebeveynlere destekleyici bakım ve çevre sunmak, ebeveynlere rehberlik edecek yollar bulmaktır. Çalışma sonucunda bu ailelere yönelik entegre bakıma ihtiyaç olduğu belirtilmiştir.

Tollow vd. (2022) tarafından yapılan çalışmada; yanıklı çocukların ebeveynlerinin tutumu incelenmiştir. Yanık olan çocuğun 16 ebeveyni ile yapılan çalışmada dört tema belirlenmiştir: travmayı kabul etmek, araştırmayı deneyimle uyumlu hale getirmek, karşılıklı bir ilişki olması ve değişime katkıda bulunmaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

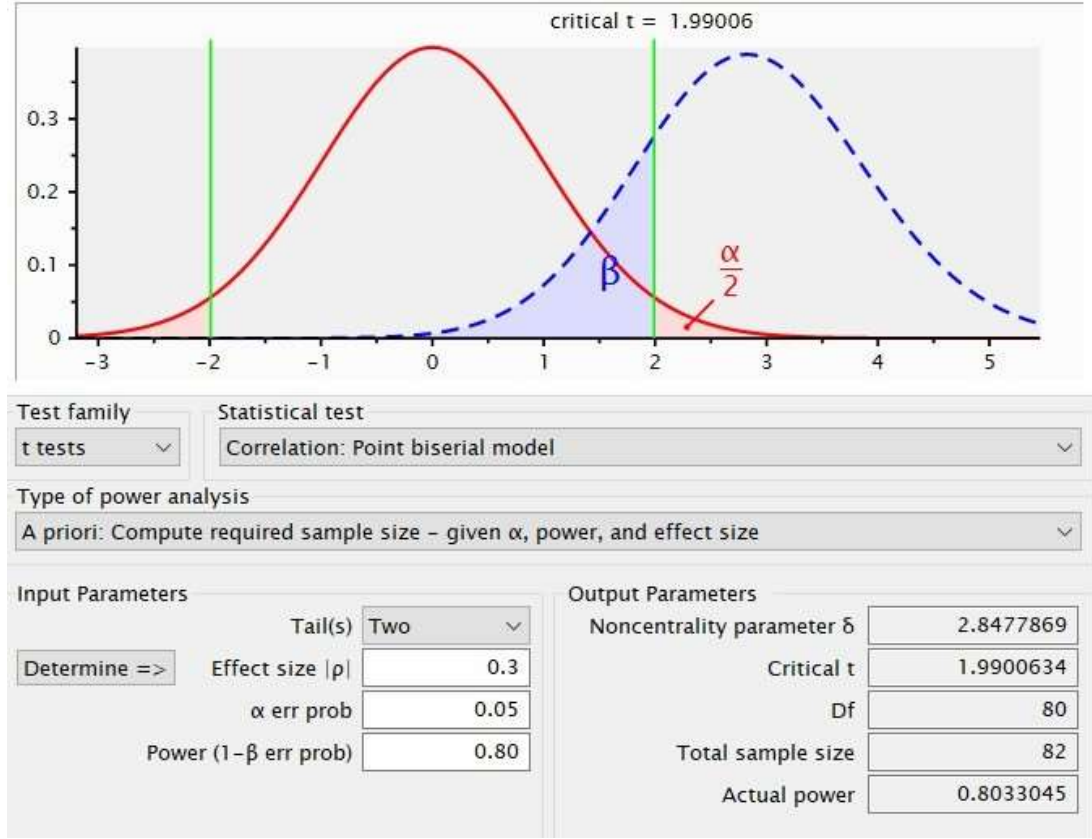
Bu çalışma yanık yaralanması olan çocukların ebeveynlerinde algılanan stres ve uyku arasındaki ilişkide çocuğun psikososyal durumunun aracı etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma, tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma olarak tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma Diyarbakır ilinde Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi yanık merkezinde tedavi gören, ilk kez yanık yaralanması olan 3-16 yaş arasındaki çocukların ebeveynleri ile yapılmıştır. Merkez, bölge halkına yanık tedavisi alanında hizmet sunmakta olup toplam 17 yatak kapasitesine sahiptir. Bu yataklar; 12 klinik yatağı, 4 yetişkin yoğun bakım yatağı ve 1 izolasyon odasından oluşmaktadır. Ayrıca merkezin bünyesinde yanık hastalarına özel olarak tahsis edilmiş 1 adet ameliyathane bulunmaktadır. Yanık polikliniğine günlük ortalama 30 ila 40 hasta başvurmaktadır. Merkeze başvuran hastaların büyük bir kısmını çocuk hastalar oluşturmaktadır. Yanık merkezine ait ameliyathanede, hastalara debridman işlemleri uygulanmakta; ayrıca gerektiğinde anestezi altında pansuman ve deri grefti işlemleri gerçekleştirilmektedir. Ancak merkezde pediatrik yanık yoğun bakım ünitesinin bulunmaması, özellikle ağır yanıklı çocuk hastaların kabulünü kısıtlamakta ve hasta profilini doğrudan etkilemektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yanık Merkezi'nde tedavi gören, ilk kez yanık yaralanması yaşayan 3-16 yaş arasındaki çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır. Evren, bu kriterlere uyan tüm ebeveynlerden oluşmaktadır. Örneklem, evren içerisinden araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerden seçilmiştir. Örneklem alınacak ebeveyn sayısı, G*Power programında referans makale (Huo vd., 2024) göz önüne alınarak yapılacak güç analizi ile belirlenmiştir. G Power ile yapılan güç analizine göre en az 82 ebeveynin katılım sağlaması yeterlidir (Şekil 3.1). Kayıplar olabileceği düşünülerek 100 ebeveynle çalışma tamamlanmıştır.



Şekil 3.1. Güç Analizi Girdi ve Sonuçları

Örnekleme dahil edilme kriterleri şunlardır:

- Ebeveynin en az 19 yaş ve üzerinde olması
- 3-16 yaş arasında yanık yaralanması olan çocuğu olması
- Çocuğunun ilk kez yanık yaralanması geçirmiş olması
- Yanık yaralanması sonrası en az bir hafta zaman geçmiş olması
- İletişim engeli bulunmaması
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi

Örneklemden dışlama kriterleri şunlardır:

- Çocuğun engelli olması
- Çocuğun bakımından doğrudan sorumlu olmaması
- Ebeveynin sığınmacı olması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmaması

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bu çalışmada iki araştırma sorusu belirlenmiştir. Birinci araştırma sorusunda algılanan stres ve uyku kalitesi bağımsız değişkenler, çocuğun psikososyal durumu aracı değişken olarak tanımlanmıştır. İkinci araştırma sorusunda ölçek puanlarını etkileyen faktörler incelenmiştir. Bağımsız değişkenler demografik ve yanığa özgü değişkenler olup ölçek puan ortalamaları ise bağımlı değişkendir.

3.5. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.5.1. Tanımlayıcı Özellikler Formu

Tanımlayıcı Özellikler Formu, araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerini ve yanıkla ilgili durumlarını belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Bu formda ebeveyn cinsiyeti, ebeveyn yaşı, ebeveynin ekonomik durumu, ebeveynin eğitim durumu, çocuğun cinsiyeti, çocuğun yaşı, yanık bölgesi, yanık yüzdesi, tedavi durumu vs. gibi değişkenler kullanılmıştır.

3.5.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), bireylerin uyku kalitesini değerlendiren ve yedi bileşenden oluşan bir öz-bildirim ölçeğidir. Bu yedi bileşen; öznel uyku kalitesi, uyku latansı (uykuya dalma süresi), uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğudur. Ölçek, her bir madde için 0-3 arasında puanlamalar yapılarak değerlendirilir ve toplam puan 0 ile 21 arasında değişir. Toplam puanın yüksek olması, uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir. Ölçekten 5 ve üzeri puanlar, kötü uyku kalitesine işaret eder. Anket sonucu, katılımcıların uyku düzeyini "uykusu iyi olanlar" ve "uykusu kötü olanlar" olarak sınıflandırır. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Türkçeye uyarlanması 1996 yılında Ağargün vd. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Algılanan Stres Ölçeği

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Cohen vd. (1983) tarafından geliştirilmiş olup bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları durumları ne derece stresli algıladıklarını ölçmek amacıyla tasarlanmıştır. Ölçek, toplamda 14 maddeden oluşur ve katılımcılar her maddeyi 5'li Likert tipi bir ölçek üzerinde değerlendirir. Bu ölçek, "Hiçbir zaman (0)" ile "Çok sık (4)" arasında değişen puanlarla yanıtlanır. Ölçekteki 7 olumlu ifade tersten puanlanarak değerlendirilir. ASÖ-14'ün toplam puanı 0 ile 56 arasında değişmektedir. Yüksek puan, bireyin stres algısının yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması 2013 yılında Eskin vd. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach

3.5.4. Güçler ve Güçlükler Anketi

Bu ölçek, 4-16 yaş aralığındaki çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarını değerlendirmek amacıyla anne ve babalar tarafından doldurulan bir tarama aracıdır. Türkçeye uyarlaması, Güvenir vd. (2008) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek, toplamda 25 maddeden oluşmakta olup beş ana alt boyuttan oluşmaktadır: Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik, Davranış Sorunları, Duygusal Sorunlar, Akran Sorunları ve Sosyal Davranışlar. Her bir alt boyut, bağımsız olarak değerlendirilip puanlanabilir ve ilk dört alt boyutun toplam puanları, "Toplam Güçlük Puanı"nı oluşturmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,84 olarak bulunmuştur. Güçler ve Güçlükler Anketi'nin puanlaması sonucunda, her bir alt boyut (Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik, Davranış Sorunları, Duygusal Sorunlar, Akran Sorunları ve Sosyal Davranışlar) için ayrı ayrı puanlar elde edilir. İlk dört alt boyutun toplamı "Toplam Güçlük Puanı"nı oluşturur ve bu puan, çocuğun genel psikososyal güçlük düzeyini yansıtır.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler anket yöntemiyle ve yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırmanın örneklem kriterlerine uyan Diyarbakır ilinde bulunan Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yanık Merkezi'nde tedavi gören, ilk kez yanık yaralanması geçirmiş olan 3-16 yaş arasındaki çocukların ebeveynlerinden oluşmaktadır. Ebeveynlerle görüşmeler yanık merkezinde görüşme odasında yapılmış anketlerin doldurulma süresi yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir. İlk aşamada normallik analizi yapılmış ve verilerin normal dağılım sergilemediği görülmüştür. Bu kapsamda fark testleri için ikili karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, ikiden fazla karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Korelasyon analizinde ise Spearman'ın korelasyonu kullanılmıştır. Çizelge 3.1'de çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde, -1 ile +1 arasında olmadığı görülmektedir. Bu yüzden verilerin normal dağılmadığı varsayılmış ve parametrik olmayan testlerle devam edilmiştir.

Çizelge 3.1. Ölçek ve Alt Boyutlarının Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

Bakılan parametre	Çarpıklık	Basıklık
Algılanan Stres Düzeyi	-0,435	2,322
Olumlu Özellikler	0,238	2,450
Olumsuz Özellikler	-0,250	0,551
Toplam Güçlük Puanı	0,017	-1,149
Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik	-0,618	-0,535
Davranış Sorunları	1,430	4,170
Duygusal Sorunlar	0,189	-1,515
Akran Sorunları	-0,105	-0,954
Sosyal Davranışlar	0,158	-0,437
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	0,389	-0,545
Öznel Uyku Kalitesi	0,185	0,000
Uyku Latansı	-0,106	-1,608
Uyku Süresi	2,356	5,980
Alışılmış Uyku Etkinliği	3,422	9,909
Uyku Bozukluğu	-0,246	0,028
Uyku İlacı Kullanımı	6,962	47,418
Gündüz İşlev Bozukluğu	1,009	-0,134

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için SBÜ Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan (27.12.2024 ve 297 sayılı yazı; EK1), çalışmanın yapıldığı kurumdan (27.12.2024), ölçekler için araştırmacılardan yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılacak ebeveynlerden sözel izin alınarak çalışma gerçekleştirilmiştir. Ebeveynlere çalışmanın amacı açıklanarak gönüllülük esasının olduğu ve çalışmada verilerin bilimsel amaçlı kullanılacağına ilişkin bilgi verilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada sınırlılıklar;

-Çalışmada yanık yaralanması sonrası en az bir ay geçmiş ebeveynlerin çalışmaya alınması planlanmış, ancak ebeveynlere ulaşım güçlüğü nedeniyle en az bir hafta olarak belirlenmiştir.

-Çocukların yanık yüzdesi örnekleme dahil edilme kriterlerine göre alınmamıştır. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde yanık yaralanması olan ve örneklem kriterlerine uyan tüm ebeveynler çalışmaya alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde analize ait tanımlayıcı istatistik detaylarına yer verilmiştir.

Çizelge 4.1. Çocuk ve Ebeveynlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Parametre	Frekans	Yüzde
Yaş Grubu		
25-29	9	9,0
30-34	28	28,0
35-39	41	41,0
40-44	13	13,0
45 yaş ve üzeri	9	9,0
Ebeveyn		
Anne	58	58,0
Baba	42	42,0
Halen Yaşanılan Sosyal Çevre		
İl	57	57,0
İlçe	11	11,0
Köy	32	32,0
Babanın Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	5	5,0
Okur-yazar	3	3,0
İlkokul	33	33,0
Ortaokul	18	18,0
Lise	24	24,0
Üniversite	17	17,0
Annenin Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	23	23,0
Okur-yazar	6	6,0
İlkokul	40	40,0

Ortaokul	13	13,0
Lise	8	8,0
Üniversite	10	10,0
Gelir Durumu		
Düşük gelir	39	39,0
Orta gelir	61	61,0
Çocuk Sayısı		
1-2	18	18,0
3	32	32,0
4 ve üstü	50	50,0
Çalışma Durumu		
Evet	42	42,0
Hayır	58	58,0
Yanık Genişliği		
< % 6	69	69,0
% 6-10	23	23,0
> % 10	8	8,0
Yanık Derecesi		
2. derece	87	87,0
3. derece	13	13,0
Yanık Türü		
Alev yanıkları	5	5,0
Haşlanma yanıkları	80	80,0
Temas yanığı	10	10,0
Diğer	5	5,0
Hastanın Cinsiyeti		
Erkek	59	59,0
Kadın	41	41,0
Yanığın Oluştığı Yaş		
3-5 yaş	35	35,0

6-11 yaş	41	41,0
12 yaş ve üzeri	24	24,0
Tekli Bölge – Çoklu Bölge Yanığı		
Tekli bölge	43	43,0
Çoklu bölge	57	57,0
Yatarak Tedavi Durumu		
Evet	34	34,0
Hayır	66	66,0
Hastanede Yatış Süresi		
10 gün altı	11	32,4
20 gün üstü	23	67,6
Yanık Nedeniyle Ameliyat		
Evet	13	13,0
Hayır	87	87,0

Çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, yaş dağılımı açısından katılımcıların %9'unun 25–29 yaş, %28'inin 30–34 yaş, %41'inin 35–39 yaş, %13'ünün 40–44 yaş ve %9'unun ise 45 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması 35,98'dir. Katılımcıların ebeveynlik durumuna bakıldığında, %58'inin anne, %42'sinin ise baba olduğu belirlenmiştir.

İkamet edilen yerleşim yeri incelendiğinde, katılımcıların %57'sinin il merkezinde, %11'inin ilçe merkezinde, %32'sinin ise köyde yaşadığı tespit edilmiştir. Babanın eğitim düzeyine bakıldığında, %5'inin okur-yazar olmadığı, %3'ünün okur-yazar olduğu, %33'ünün ilkököl, %18'inin ortaokul, %24'ünün lise ve %17'sinin ise üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Anne eğitim düzeyinde ise %23'ü okur-yazar değil, %6'sı okur-yazar, %40'ı ilkököl, %13'ü ortaokul, %8'i lise ve %10'u üniversite mezunudur.

Gelir düzeyi bakımından katılımcıların %39'u düşük gelir, %61'i ise orta gelir grubunda yer almaktadır. Çocuk sayısına ilişkin veriler değerlendirildiğinde, %18'inin 1–2, %32'sinin 3, %50'sinin ise 4 ve üzeri çocuğa sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışma durumu incelendiğinde, %42'si çalıştığını, %58'i ise çalışmadığını ifade etmiştir.

Klinik özellikler açısından değerlendirildiğinde, çocuklarda yanık yüzdesi dağılımında %6'sının %6'dan küçük, %23'ünün %6–10 arası, %8'inin ise %10'dan büyük yanık yüzey alanına sahip olduğu saptanmıştır. Yanık derecesi açısından %87 oranında ikinci derece, %13 oranında ise üçüncü derece yanık görülmüştür.

Yanığın türüne bakıldığında, %80'inin haşlanma yanığı, %10'unun temas yanığı, %5'inin alev yanığı ve %5'inin ise diğer yanık türleri olduğu belirlenmiştir. Hastaların cinsiyet dağılımı incelendiğinde, %59'unun erkek, %41'inin ise kız olduğu görülmektedir.

Yanığın oluştuğu yaş grubu değerlendirildiğinde, %35'inin 3–5 yaş, %41'inin 6–11 yaş ve %24'ünün ise 12 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır. Yanığın oluştuğu bölge açısından %43'ünün tekli, %57'sinin ise çoklu bölgede yanık olduğu belirlenmiştir.

Tedavi yöntemi değerlendirildiğinde, %34'ünün yatarak, %66'sının ise ayakta tedavi gördüğü belirlenmiştir. Hastanede yatış süresi incelendiğinde, %32,4'ünün 10 günden az, %67,6'sının ise 20 günden fazla hastanede kaldığı tespit edilmiştir. Son olarak, yanık nedeniyle ameliyat geçirme oranı %29,5 olarak saptanmıştır.

Aşağıdaki tabloda ölçek ve alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve güvenilirlik analizi sonuçları verilmiştir.

Çizelge 4.2. Ölçeklerin ve Alt Boyutların Tanımlayıcı İstatistikleri ve Güvenilirlik Sonuçları

Ölçek	Ortalama $\pm$ S.Sapma	Ortanca (Min-Mak)	Cronbach' s Alpha	Madde sayısı
Algılanan Stres Düzeyi	31,17 $\pm$ 3,89	31 (15-41)	0,795	14
Olumlu Özellikler	14,87 $\pm$ 2,24	14 (7-22)		7
Olumsuz Özellikler	16,3 $\pm$ 2,37	16 (8-21)		7
Toplam Güçlük Puanı	11,88 $\pm$ 5,47	12,5 (3-25)	0,851	25
Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik	4,89 $\pm$ 2,05	5 (0-9)		5
Davranış Sorunları	1,56 $\pm$ 1,53	1 (0-9)		5
Duygusal Sorunlar	2,32 $\pm$ 1,99	2 (0-6)		5
Akran Sorunları	3,11 $\pm$ 1,36	3 (0-6)		5
Sosyal Davranışlar	6,44 $\pm$ 2,04	6 (1-10)		5

Ölçek	Ortalama $\pm$ S.Sapma	Ortanca (Min-Mak)	Cronbach's Alpha	Madde sayısı
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	4,44 $\pm$ 3,13	4 (0-12)	0,742	7
Öznel Uyku Kalitesi	1,03 $\pm$ 0,66	1 (0-3)		
Uyku Latansı	1,51 $\pm$ 1,23	2 (0-3)		
Uyku Süresi	0,34 $\pm$ 0,67	0 (0-3)		
Alışılmış Uyku Etkinliği	0,07 $\pm$ 0,26	0 (0-1)		
Uyku Bozukluğu	0,79 $\pm$ 0,52	1 (0-2)		
Uyku İlacı Kullanımı	0,04 $\pm$ 0,28	0 (0-2)		
Gündüz İşlev Bozukluğu	0,66 $\pm$ 0,87	0 (0-3)		

Katılımcıların algılanan stres düzeyi ortalaması 31,17 $\pm$ 3,89 olup, ortanca değeri ise 31 (min: 15, maks: 41) olarak bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach's Alpha katsayısı 0,795 olarak bulunmuş ve ölçek toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Olumlu Özellikler alt boyutunda ortalama puan 14,87 $\pm$ 2,24, ortanca 14 (7-22) olarak saptanırken; Olumsuz Özellikler alt boyutunda ise ortalama 16,3 $\pm$ 2,37, ortanca 16 (8-21) olarak belirlenmiştir.

Çizelge 4.3. Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri

	Frekans	Yüzde
Stresle başa çıkabilir	86	86,0
Stresle başa çıkamaz	14	14,0

Katılımcıların stresle başa çıkma durumlarına ilişkin yapılan değerlendirmede, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%86,0; n = 86) stresle başa çıkabildiği, buna karşılık daha küçük bir grubun (%14,0; n = 14) stresle başa çıkamadığı belirlenmiştir.

Toplam Güçlük Puanı ortalaması 11,88 $\pm$ 5,47 olup, ortanca değer 12,5 (3-25) olarak tespit edilmiştir. Bu ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,851 ile yüksek bir iç tutarlılığa işaret etmektedir ve toplam 25 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar incelendiğinde, Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik puan ortalaması 4,89 $\pm$ 2,05 (ortanca 5), Davranış Sorunları 1,56 $\pm$ 1,53 (ortanca 1), Duygusal Sorunlar 2,32 $\pm$ 1,99 (ortanca 2), Akran Sorunları 3,11 $\pm$ 1,36 (ortanca 3) ve Sosyal Davranışlar 6,44 $\pm$ 2,04 (ortanca 6) olarak bulunmuştur.

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puan ortalaması $4,44 \pm 3,13$ olup, ortanca değer 4 (0-12) olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,742'dir ve 7 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlara bakıldığında, Öznel Uyku Kalitesi ortalaması $1,03 \pm 0,66$ (ortanca 1), Uyku Latansı $1,51 \pm 1,23$ (ortanca 2), Uyku Süresi $0,34 \pm 0,67$ (ortanca 0), Alışılmış Uyku Etkinliği $0,07 \pm 0,26$ (ortanca 0), Uyku Bozukluğu $0,79 \pm 0,52$ (ortanca 1), Uyku İlacı Kullanımı $0,04 \pm 0,28$ (ortanca 0) ve Gündüz İşlev Bozukluğu $0,66 \pm 0,87$ (ortanca 0) olarak saptanmıştır. Bu bulgular, katılımcıların genel olarak orta düzeyde stres algısına ve günlük puanına sahip olduklarını, uyku kalitelerinin ise düşük-orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Ayrıca, ölçeklerin iç tutarlılık katsayılarının yeterli düzeyde olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikleri

	n	%
Kötü uyku kalitesi	8	8,0
Orta düzeyde uyku sorunları	41	41,0
İyi uyku kalitesi	51	51,0

Verilere göre, katılımcıların %8'i kötü uyku kalitesine sahipken, %41'i orta düzeyde uyku sorunları yaşamaktadır. Diğer taraftan, %51'lik bir oran ise iyi uyku kalitesine sahip olduğunu belirtmiştir.

Çizelge 4.5'te ölçek değerlerinin ebeveyn yaş grubuna göre farklılaşma durumları incelenmiştir. Ebeveyn yaş gruplarına göre ölçek puanlarının dağılımı incelendiğinde, Algılanan Stres Düzeyi açısından yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,237$). Tüm yaş gruplarında medyan stres düzeyi benzer olup, 20–25, 26–30 ve 31–35 yaş gruplarında medyan değer 31, 36–40 yaş grubunda 29, 41 yaş ve üzerinde ise 32 olarak saptanmıştır.

Çizelge 4.5. Ölçek Değerlerinin Ebeveyn Yaş Grubuna Göre Farklılaşma Durumları

	Yaş	N	M	Chi-Square	p	Durum
Algılanan Stres Düzeyi	20-25	9	31	5,527	0,237	-
	26-30	28	31			
	31-35	41	31			
	36-40	13	29			
	41+	9	32			
Toplam Güçlük Puanı	20-25	9	16	6,411	0,17	-
	26-30	28	13,5			
	31-35	41	11			
	41-45	13	9			
	41+	9	14			
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	20-25	9	8	10,291	0,036	20-25 > 26-30
	26-30	28	3,5			
	36-40	41	4			
	41-45	13	4			
	41+	9	4			

Toplam Güçlük Puanı açısından da yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,170$). Medyan güçlük puanı 20–25 yaş grubunda 16 ile en yüksek düzeydedir, 41–45 yaş grubunda ise 9 ile en düşük düzeydedir. Diğer yaş gruplarında ise medyan değerler 13,5 (26–30 yaş), 11 (31–35 yaş) ve 14 (41 yaş ve üzeri) olarak belirlenmiştir. Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p=0,036$). 20-25 yaş grubunun uyku kalitesi puanı, 26-30 yaş grubundan anlamlı olarak yüksek olarak tespit edilmiştir.

Çizelge 4.6. Ölçek Değerlerinin Ebeveyne Göre Farklılaşma Durumları

	Ebeve yn	N	M	U İstatistiği	p	Durum
Algılanan Stres Düzeyi	Anne	58	31	1201,5	0,908	-
	Baba	42	31			
Toplam Güçlük Puanı	Anne	58	11	1043	0,221	-
	Baba	42	14			
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	Anne	58	5	1055	0,252	-
	Baba	42	4			

Ebeveyn cinsiyetine göre ölçek puanlarının dağılımı incelendiğinde, Algılanan Stres Düzeyi ($p=0,908$), Toplam Güçlük Puanı ($p=0,221$) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı ($p=0,252$) açısından anne ve babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Her üç ölçekte de medyan değerler anneler ve babalar arasında benzer düzeydedir.

Çizelge 4.7. Ölçek Değerlerinin Halen Yaşanılan Sosyal Çevreye Göre Farklılaşma Durumları

	Yer	N	M	Chi- Square	p	Durum
Algılanan Stres Düzeyi	İl	57	30	5,186	0,075	-
	İlçe	11	34			
	Köy	32	31			
Toplam Güçlük Puanı	İl	57	11	2,271	0,321	-
	İlçe	11	13			
	Köy	32	15			
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	İl	57	5	2,004	0,367	-
	İlçe	11	3			
	Köy	32	5			

Algılanan stres düzeyi açısından incelendiğinde, ilde yaşayan bireylerde medyan stres düzeyi 30, ilçede yaşayanlarda 34 ve köyde yaşayanlarda 31 olarak bulunmuştur. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,075$).

Toplam güçlük puanı açısından değerlendirildiğinde, ilde yaşayan bireylerde medyan puan 11 iken, ilçede yaşayanlarda 13 ve köyde yaşayanlarda 15 olarak belirlenmiştir. Yaşanılan sosyal çevre türüne göre gözlenen bu farklılıklar da istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=0,321$).

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı incelendiğinde, ilçede yaşayan bireylerin medyan uyku kalitesi puanı 3 ile en düşük düzeyde iken, ilde ve köyde yaşayanlarda bu değer 5 olarak bulunmuştur. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,367$).

Çizelge 4.8. Ölçek Değerlerinin Baba Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma Durumları

	Baba Eğitim Durumu	N	M	Chi-Square	p	Durum
Algılanan Stres Düzeyi	Okur Yazar Değil	5	29	6,257	0,282	-
	Okur Yazar	3	35			
	İlkokul	33	32			
	Ortaokul	18	29,5			
	Lise	24	31			
	Üniversite	17	30			
Toplam Güçlük Puanı	Okur Yazar Değil	5	10	17,606	0,003	Lise > Üniversite
	Okur Yazar	3	5			
	İlkokul	33	15			
	Ortaokul	18	12			
	Lise	24	15,5			

	Üniversite	17	7			
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	Okur Yazar Değil	5	1	6,826	0,234	-
	Okur Yazar	3	7			
	İlkokul	33	5			
	Ortaokul	18	3,5			
	Lise	24	4,5			
	Üniversite	17	5			

Babanın eğitim durumu açısından ölçek puanları incelendiğinde, algılanan stres düzeyi bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,282$). Medyan stres düzeyi, okur-yazar olmayanlarda 29, okur-yazar olanlarda 35, ilkokul mezunlarında 32, ortaokul mezunlarında 29,5, lise mezunlarında 31 ve üniversite mezunlarında ise 30 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Toplam güçlük puanı açısından değerlendirildiğinde ise, babanın eğitim durumu grupları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0,003$). Medyan güçlük puanı lise mezunlarında 15,5 ve ilkokul mezunlarında 15 ile en yüksek düzeyde iken, üniversite mezunlarında 7 ile en düşük düzeydedir. Okur-yazar olmayanlarda bu değer 10, okur-yazar olanlarda 5, ortaokul mezunlarında ise 12 olarak saptanmıştır. Yapılan ikili karşılaştırmalarda, lise mezunu babaya sahip olanların toplam güçlük puanının, üniversite mezunu babaya sahip olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı açısından ise babanın eğitim durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,234$). Medyan uyku kalitesi puanı okur-yazar olmayanlarda 1, okur-yazar olanlarda 7, ilkokul mezunlarında 5, ortaokul mezunlarında 3,5, lise mezunlarında 4,5 ve üniversite mezunlarında 5 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu bulgular, babanın eğitim düzeyinin yalnızca toplam güçlük puanı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu, diğer ölçeklerde ise anlamlı bir farklılık oluşturmadığını göstermektedir. Aşağıdaki Çizelgede ölçek değerlerinin anne eğitim durumuna göre farklılaşma durumları incelenmiştir.

Çizelge 4.9. Ölçek Değerlerinin Anne Eğitim Durumuna Göre Farklılaşma Durumları

	Anne Eğitim Durumu	N	M	Chi-Square	p	Durum
Algılanan Stres Düzeyi	Okur Yazar Değil	23	31	2,462	0,782	-
	Okur Yazar	6	32			
	İlkokul	40	31			
	Ortaokul	13	30			
	Lise	8	30			
	Üniversite	10	30			
Toplam Güçlük Puanı	Okur Yazar Değil	23	10	6,406	0,269	-
	Okur Yazar	6	11			
	İlkokul	40	13,5			
	Ortaokul	13	15			
	Lise	8	10			
	Üniversite	10	8			
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	Okur Yazar Değil	23	3	9,439	0,093	-
	Okur Yazar	6	6			
	İlkokul	40	4			
	Ortaokul	13	7			
	Lise	8	3,5			
	Üniversite	10	5			

Anne eğitim durumu açısından ölçek puanları incelendiğinde, algılanan stres düzeyi bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,782$). Medyan stres düzeyi okur-yazar olmayanlarda 31, okur-yazar olanlarda 32, ilkokul mezunlarında 31, ortaokul mezunlarında 30, lise mezunlarında 30 ve üniversite mezunlarında ise 30 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Toplam güçlük puanı açısından değerlendirildiğinde de anne eğitim durumu grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,269$). Medyan güçlük puanı okur-yazar olmayanlarda 10, okur-yazar olanlarda 11, ilkokul mezunlarında 13,5, ortaokul mezunlarında 15, lise mezunlarında 10 ve üniversite mezunlarında ise 8 olarak saptanmıştır. Farklı eğitim düzeylerine sahip anneler arasında toplam güçlük puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı açısından da anne eğitim durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,093$). Medyan uyku kalitesi puanı okur-yazar olmayanlarda 3, okur-yazar olanlarda 6, ilkokul mezunlarında 4, ortaokul mezunlarında 7, lise mezunlarında 3,5 ve üniversite mezunlarında ise 5 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu bulgular, anne eğitim düzeyinin algılanan stres düzeyi, toplam güçlük puanı ve uyku kalitesi üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığını göstermektedir. Aşağıdaki Çizelgede ölçek değerlerinin gelir durumuna göre farklılaşma durumları incelenmiştir.

Çizelge 4.10. Ölçek Değerlerinin Gelir Durumuna Göre Farklılaşma Durumları

Gelir Durumu		N	M	U	p	Durum
Algılanan Stres Düzeyi	Düşük	39	31	1145,5	0,754	-
	Orta	61	31			
Toplam Güçlük Puanı	Düşük	39	13	1161,5	0,843	-
	Orta	61	11			
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	Düşük	39	4	1107	0,558	-
	Orta	61	4			

Gelir durumu açısından ölçek puanları incelendiğinde, algılanan stres düzeyi bakımından düşük gelir grubunda medyan değer 31, orta gelir grubunda ise yine 31 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında gözlenen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,754$). Toplam güçlük puanı açısından değerlendirildiğinde, düşük gelir grubunda medyan puan 13, orta gelir grubunda ise 11 olarak belirlenmiştir. Gelir düzeyine göre toplam güçlük puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,843$).

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı incelendiğinde ise, düşük gelir grubunda medyan uyku kalitesi puanı 4, orta gelir grubunda da 4 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında bu açıdan da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0,558$).

Bu bulgular, gelir düzeyinin algılanan stres düzeyi, toplam güçlük puanı ve uyku kalitesi üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığını göstermektedir.

Çizelge 4.11. Ölçek Değerlerinin Çocuk Sayısına Göre Farklılaşma Durumları

	Çocuk Sayısı	N	M	Chi-Square	p	Durum
Algılanan Stres Düzeyi	2	18	30,5	8,062	0,018	4 ve üstü > 3
	3	32	29			
	4 ve üstü	50	31			
Toplam Güçlük Puanı	2	18	9,5	3,234	0,199	-
	3	32	13,5			
	4 ve üstü	50	13,5			
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	2	18	4,5	0,098	0,952	-
	3	32	4			
	4 ve üstü	50	4,5			

Çocuk sayısına göre ölçek puanları incelendiğinde, algılanan stres düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0,018$). Medyan stres düzeyi 2 çocuğu olanlarda 30,5, 3 çocuğu olanlarda 29 ve 4 ve üzeri çocuğu olanlarda ise 31 olarak belirlenmiştir. Yapılan ikili karşılaştırmalarda, 4 ve üzeri çocuğu olanların algılanan stres düzeyinin, 3 çocuğu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Toplam güçlük puanı açısından değerlendirildiğinde, çocuk sayısı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,199$). Medyan güçlük puanı 2 çocuğu olanlarda 9,5, 3 ve 4 ve üzeri çocuğu olanlarda ise 13,5 olarak belirlenmiştir.

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı açısından da çocuk sayısı grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,952$). Medyan uyku kalitesi puanı 2 çocuğu olanlarda 4,5, 3 çocuğu olanlarda 4 ve 4 ve üzeri çocuğu olanlarda ise 4,5 olarak bulunmuştur.

Bu bulgular, çocuk sayısının yalnızca algılanan stres düzeyi üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturduğunu, toplam güçlük puanı ve uyku kalitesi açısından ise anlamlı bir farklılık yaratmadığını göstermektedir.

Çizelge 4.12. Ölçek Değerlerinin Çalışma Durumuna Göre Farklılaşma Durumları

	Çalışma Durumu	N	M	U İstatistiği	p	Durum
Algılanan Stres Düzeyi	Evet	42	31	1204,5	0,924	-
	Hayır	58	31			
Toplam Güçlük Puanı	Evet	42	14,5	994,5	0,118	-
	Hayır	58	11			
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	Evet	42	3,5	991	0,111	-
	Hayır	58	5			

Çalışma durumu açısından ölçek puanları incelendiğinde, algılanan stres düzeyi bakımından çalışanlarda ve çalışmayanlarda medyan değer 31 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında gözlenen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,924$).

Toplam güçlük puanı açısından değerlendirildiğinde, çalışanlarda medyan puan 14,5, çalışmayanlarda ise 11 olarak belirlenmiştir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,118$).

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı incelendiğinde ise, çalışanlarda medyan uyku kalitesi puanı 3,5, çalışmayanlarda ise 5 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında bu açıdan da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0,111$).

Bu bulgular, çalışma durumunun algılanan stres düzeyi, toplam güçlük puanı ve uyku kalitesi üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığını göstermektedir. Aşağıdaki Çizelgede ölçek değerlerinin hastadaki yanık yüzdesine göre farklılaşma durumları incelenmiştir.

Çizelge 4.13. Ölçek Değerlerinin Hastadaki Yanık Yüzdesine Göre Farklılaşma Durumları

Parametre	Yanık Yüzdesi	N	M	Chi-Square	p	Durum
Algılanan Stres Düzeyi	< %6 (1)	69	30	19,730	0,000	1,2 < 3
	%6-10 (2)	23	33			
	> %10 (3)	8	35,5			
Toplam Güçlük Puanı	< %6 (1)	69	12	0,951	0,62	-
	%6-10 (2)	23	14			
	> %10 (3)	8	10,5			
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	< %6 (1)	69	4	0,105	0,94	-
	%6-10 (2)	23	5			
	> %10 (3)	8	4,5			

Yanık yüzdesi farklı olan çocukların ebeveynlerinin ölçek puanları incelendiğinde, algılanan stres düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0,000$). Medyan stres düzeyi, yanık yüzdesi %6'dan küçük olan çocukların ebeveynlerinde 30, %6–10 arasında olanlarda 33 ve %10'dan büyük olanlarda ise 35,5 olarak belirlenmiştir. Yapılan ikili karşılaştırmalarda, yanık yüzdesi %6'dan küçük ve %6–10 arasında olan çocukların

ebeveynlerinin algılanan stres düzeylerinin, yanık yüzdesi %10'dan büyük olan çocukların ebeveynlerine göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır.

Toplam güçlük puanı açısından değerlendirildiğinde, çocuklarında farklı yanık yüzdesi olan ebeveynler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,622$). Medyan güçlük puanı, yanık yüzdesi %6'dan küçük olan çocukların ebeveynlerinde 12, %6–10 arasında olanlarda 14 ve %10'dan büyük olanlarda ise 10,5 olarak belirlenmiştir.

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı açısından da çocuklarında farklı yanık yüzdesi olan ebeveynler arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,949$). Medyan uyku kalitesi puanı, yanık yüzdesi %6'dan küçük olan çocukların ebeveynlerinde 4, %6–10 arasında olanlarda 5 ve %10'dan büyük olanlarda ise 4,5 olarak bulunmuştur. Bu bulgular, çocuklarında farklı yanık yüzdesi olan ebeveynlerin yalnızca algılanan stres düzeyi açısından anlamlı bir farklılık gösterdiğini, toplam güçlük puanı ve uyku kalitesi açısından ise anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Çizelge 4.14. Ölçek Değerlerinin Hastadaki Yanık Derecesine Göre Farklılaşma Durumları

Yanık Derecesi		N	M	U İstatistiği	p	Durum
Algılanan Stres Düzeyi	2. derece	87	31	431,5	0,166	-
	3. derece	13	29			
Toplam Güçlük Puanı	2. derece	87	13	513	0,59	-
	3. derece	13	9			
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	2. derece	87	4	428	0,156	-
	3. derece	13	5			

Hastadaki yanık derecesine göre çocukların ebeveynlerinin ölçek puanları incelendiğinde, algılanan stres düzeyi bakımından 2. derece yanığı olan çocukların ebeveynlerinde medyan değer 31, 3. derece yanığı olan çocukların ebeveynlerinde ise 29 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında gözlenen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,166$). Toplam güçlük puanı açısından değerlendirildiğinde, 2. derece yanığı olan çocukların ebeveynlerinde medyan puan 13, 3. derece yanığı olan çocukların ebeveynlerinde ise 9 olarak belirlenmiştir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,590$).

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı incelendiğinde ise, 2. derece yanığı olan çocukların ebeveynlerinde medyan uyku kalitesi puanı 4, 3. derece yanığı olan çocukların ebeveynlerinde ise 5 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında bu açıdan da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0,156$). Bu bulgular, hastadaki yanık derecesinin ebeveynlerin algılanan stres düzeyi, toplam güçlük puanı ve uyku kalitesi üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığını göstermektedir.

Çizelge 4.15. Ölçek Değerlerinin Hastadaki Yanık Türüne Göre Farklılaşma Durumları

	Yanık Türü	N	M	Chi-Square	p	Durum
Algılanan Stres Düzeyi	Alev Yanıkları	5	37	3,4	0,334	-
	Temas Yanığı	10	30			
	Haşlanma yanıkları	80	31			
	Diğer	5	29			
Toplam Güçlük Puanı	Alev Yanıkları	5	15	8,837	0,032	Temas Yanığı > Diğer
	Temas Yanığı	10	14			
	Haşlanma yanıkları	80	11,5			
	Diğer	5	5			
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	Alev Yanıkları	5	6	3,931	0,269	-
	Temas Yanığı	10	2,5			
	Haşlanma yanıkları	80	4			
	Diğer	5	6			

Hastadaki yanık türüne göre çocukların ebeveynlerinin ölçek puanları incelendiğinde, algılanan stres düzeyi bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,334$). Medyan stres düzeyi alev yanıkları olanlarda 37, temas yanığı olanlarda 30, haşlanma yanıkları olanlarda 31 ve diğer yanık türlerinde ise 29 olarak belirlenmiştir.

Toplam güçlük puanı açısından değerlendirildiğinde ise, yanık türü grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0,032$). Medyan güçlük puanı alev yanıkları olanlarda 15, temas yanığı olanlarda 14, haşlanma yanıkları olanlarda 11,5 ve diğer yanık türlerinde ise 5 olarak bulunmuştur. Yapılan ikili karşılaştırmalarda, temas yanığı olan çocukların ebeveynlerinin toplam güçlük puanının, diğer yanık türüne sahip çocukların ebeveynlerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,269$). Medyan uyku kalitesi puanı alev yanıkları olanlarda 6, temas yanığı olanlarda 2,5, haşlanma yanıkları olanlarda 4 ve diğer yanık türlerinde ise 6 olarak belirlenmiştir.

Bu bulgular, hastadaki yanık türünün ebeveynlerin yalnızca toplam güçlük puanı üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturduğunu, algılanan stres düzeyi ve uyku kalitesi açısından ise anlamlı bir farklılık yaratmadığını göstermektedir.

Çizelge 4.16. Ölçek Değerlerinin Hastanın Cinsiyetine Göre Farklılaşma Durumları

Hastanın Cinsiyeti		N	M	U İstatistiği	p	Durum
Algılanan Stres Düzeyi	Erkek	59	31	1060	0,291	-
	Kız	41	30			
Toplam Güçlük Puanı	Erkek	59	11	1034	0,218	-
	Kız	41	13			
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	Erkek	59	5	1194	0,913	-
	Kız	41	4			

Hastanın cinsiyetine göre ebeveynlerin ölçek puanları incelendiğinde, algılanan stres düzeyi bakımından erkek çocukların ebeveynlerinde medyan değer 31, kız çocukların ebeveynlerinde ise 30 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında gözlenen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,291$).

Toplam güçlük puanı açısından değerlendirildiğinde, erkek çocukların ebeveynlerinde medyan puan 11, kız çocukların ebeveynlerinde ise 13 olarak belirlenmiştir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,218$).

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı incelendiğinde ise, erkek çocukların ebeveynlerinde medyan uyku kalitesi puanı 5, kız çocukların ebeveynlerinde ise 4 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında bu açıdan da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0,913$). Bu bulgular, hastanın cinsiyetinin ebeveynlerin algılanan stres düzeyi, toplam güçlük puanı ve uyku kalitesi üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığını göstermektedir.

Çizelge 4.17. Ölçek Değerlerinin Hastada Yanığın Oluştığı Yaşa Göre Farklılaşma Durumları

Yanığın Oluştığı Yaş		N	M	Chi-Square	p	Durum
Algılanan Stres Düzeyi	3-5 yaş	35	31	0,029	0,986	-
	6-11 yaş	41	31			
	12 yaş ve üzeri	24	31			
Toplam Güçlük Puanı	3-5 yaş	35	16	14,465	0,001	3-5 yaş > 6-11 yaş, 12 yaş ve üzeri
	6-11 yaş	41	9			
	12 yaş ve üzeri	24	6			
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	3-5 yaş	35	5	1,323	0,516	-
	6-11 yaş	41	5			
	12 yaş ve üzeri	24	4			

Yanığın oluştuğu yaşa göre çocukların ebeveynlerinin ölçek puanları incelendiğinde, algılanan stres düzeyi bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,986$). Medyan stres düzeyi 3-5 yaş, 6-11 yaş ve 12 yaş ve üzeri gruplarında 31 olarak belirlenmiştir.

Toplam güçlük puanı açısından değerlendirildiğinde ise, yanığın oluştuğu yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). Medyan güçlük puanı 3-5 yaş grubunda 16 ile en yüksek düzeyde iken, 6-11 yaş grubunda 9 ve 12 yaş ve üzeri grupta ise 6 olarak bulunmuştur. Yapılan ikili karşılaştırmalarda, 3-5 yaş grubunda yanık oluşan çocukların ebeveynlerinin toplam güçlük puanının, diğer yaş gruplarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı açısından ise gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,516$). Medyan uyku kalitesi puanı 3-5 yaş ve 6-11 yaş gruplarında 5, 12 yaş ve üzeri grupta ise 4 olarak bulunmuştur. Bu bulgular, yanığın oluştuğu yaşın ebeveynlerin yalnızca toplam güçlük puanı üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturduğunu, algılanan stres düzeyi ve uyku kalitesi açısından ise anlamlı bir farklılık yaratmadığını göstermektedir.

Çizelge 4.18. Ölçek Değerlerinin Hastanın Yatarak Tedavi Görme Durumuna Göre Farklılaşma Durumları

Yatarak Tedavi Görme Durumu	N		M	U İstatistiği	p	Durum
Algılanan Stres Düzeyi	Evet	34	31,5	766	0,009	+
	Hayır	66	30,5			
Toplam Güçlük Puanı	Evet	34	14	1110,5	0,933	-
	Hayır	66	11			
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	Evet	34	4,5	1076	0,736	-
	Hayır	66	4			

Yatarak tedavi görme durumuna göre çocukların ebeveynlerinin ölçek puanları incelendiğinde, algılanan stres düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0,009$). Yatarak tedavi gören çocukların ebeveynlerinde medyan stres düzeyi 31,5 iken, ayaktan tedavi görenlerin

ebeveynlerinde bu değer 30,5 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, yatarak tedavi gören çocukların ebeveynlerinde algılanan stres düzeyinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Toplam güçlük puanı açısından değerlendirildiğinde, yatarak tedavi gören çocukların ebeveynlerinde medyan puan 14, ayakta tedavi görenlerin ebeveynlerinde ise 11 olarak bulunmuştur. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,933$).

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı açısından da yatarak ve ayakta tedavi gören çocukların ebeveynleri arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,736$). Medyan uyku kalitesi puanı yatarak tedavi görenlerin ebeveynlerinde 4,5, ayakta tedavi görenlerin ebeveynlerinde ise 4 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, yatarak tedavi gören çocukların ebeveynlerinde algılanan stres düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu, toplam güçlük puanı ve uyku kalitesi açısından ise anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Çizelge 4.19. Ölçek Değerlerinin Hastanın Hastanede Yatış Süresine Göre Farklılaşma Durumları

Hastanede Yatış Süresi		N	M	Chi-Square	p	Durum
Algılanan Stres Düzeyi	10 günden az	11	31	86	0,143	-
	10 gün -20 gün	23	34			
Toplam Güçlük Puanı	10 günden az	11	13	118	0,722	-
	10 gün -20 gün	23	15			
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	10 günden az	11	3	88	0,164	-
	10 gün -20 gün	23	5			

Hastanede yatış süresine göre çocukların ebeveynlerinin ölçek puanları incelendiğinde, algılanan stres düzeyi açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,143$). Medyan stres düzeyi 10 günden az hastanede kalan çocukların ebeveynlerinde 31, 10-20 gün arası hastanede kalanların ebeveynlerinde ise 34 olarak belirlenmiştir.

Toplam güçlük puanı açısından değerlendirildiğinde de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,722$). Medyan güçlük puanı 10 günden az hastanede kalanların ebeveynlerinde 13, 10-20 gün arası hastanede kalanların ebeveynlerinde ise 15 olarak bulunmuştur.

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı açısından da hastanede yatış süresi grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,164$). Medyan uyku kalitesi puanı 10 günden az hastanede kalanların ebeveynlerinde 3, 10-20 gün arası hastanede kalanların ebeveynlerinde ise 5 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, hastanede yatış süresinin ebeveynlerin algılanan stres düzeyi, toplam güçlük puanı ve uyku kalitesi üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığını göstermektedir.

Çizelge 4.20. Ölçek Değerlerinin Hastanın Yanık Nedeniyle Ameliyat Olma Durumuna Göre Farklılaşma Durumları

Yanık Nedeniyle Ameliyat Olma Durumu		N	M	U İstatistiği	p	Durum
Algılanan Stres Düzeyi	Evet	13	35	242	0,001	+
	Hayır	87	31			
Toplam Güçlük Puanı	Evet	13	13	540	0,793	-
	Hayır	87	11			
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	Evet	13	6	522	0,654	-
	Hayır	87	4			

Yanık nedeniyle ameliyat olma durumuna göre çocukların ebeveynlerinin ölçek puanları incelendiğinde, algılanan stres düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0,001$). Ameliyat olan çocukların ebeveynlerinde medyan stres düzeyi 35 iken, ameliyat olmayanların ebeveynlerinde bu değer 31 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, yanık nedeniyle ameliyat olan çocukların ebeveynlerinde algılanan stres düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Toplam güçlük puanı açısından değerlendirildiğinde, ameliyat olan çocukların ebeveynlerinde medyan puan 13, ameliyat olmayanların ebeveynlerinde ise 11 olarak

bulunmuştur. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,793$).

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı açısından da ameliyat olma durumuna göre gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,654$). Medyan uyku kalitesi puanı ameliyat olanların ebeveynlerinde 6, ameliyat olmayanların ebeveynlerinde ise 4 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, yanık nedeniyle ameliyat olan çocukların ebeveynlerinde algılanan stres düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu, toplam güçlük puanı ve uyku kalitesi açısından ise anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Çizelge 4.21. Ölçek Değerlerinin Hastanın Yanık Durumuna Göre Farklılaşma Durumları

Yanık Durumu		N	M	U İstatistiği	p	Durum
Algılanan Stres Düzeyi	Tekli bölge	43	30	890,5	0,019	+
	Çoklu bölge	57	31			
Toplam Güçlük Puanı	Tekli bölge	43	12	1214,5	0,939	-
	Çoklu bölge	57	13			
Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği Toplam	Tekli bölge	43	5	1118,5	0,454	-
	Çoklu bölge	57	4			

Yanık durumu (tekli veya çoklu bölge) açısından çocukların ebeveynlerinin ölçek puanları incelendiğinde, algılanan stres düzeyi bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p=0,019$). Tekli bölge yanığı olan çocukların ebeveynlerinde medyan stres düzeyi 30 iken, çoklu bölge yanığı olan çocukların ebeveynlerinde bu değer 31 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, çoklu bölge yanığı olan çocukların ebeveynlerinde algılanan stres düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Toplam güçlük puanı açısından değerlendirildiğinde, tekli bölge yanığı olan çocukların ebeveynlerinde medyan puan 12, çoklu bölge yanığı olan çocukların

ebeveynlerinde ise 13 olarak bulunmuştur. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,939$).

Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği toplam puanı açısından da yanık durumu grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p=0,454$). Medyan uyku kalitesi puanı tekli bölge yanığı olanların ebeveynlerinde 5, çoklu bölge yanığı olanların ebeveynlerinde ise 4 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular, çoklu bölge yanığı olan çocukların ebeveynlerinde algılanan stres düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu, toplam güçlük puanı ve uyku kalitesi açısından ise anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir.

Çizelge 4.22. Yanıklı Çocukların Ebeveynlerinde Algılanan Stres, Çocuğun Psikososyal Durumu ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki

		Algılanan Stres Düzeyi	Çocuğun Psikososyal Durumu
Algılanan Stres Düzeyi	r		
	p		
Çocuğun Psikososyal Durumu	r	0,122	
	p	0,227	
Uyku Kalitesi	r	0,065	-0,070
	p	0,521	0,490

**Spearman's korelasyonu*

Verilen korelasyon analizi sonuçlarına göre ebeveynlerin algıladığı stres düzeyi ile çocuğun psikososyal durumu arasında pozitif yönde ($r = 0,122$) ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan ($p = 0,227$) bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç, ebeveynin stres düzeyi arttıkça çocuğun psikososyal durumunda belirgin bir değişim gözlemlenmediğini göstermektedir.

Ayrıca algılanan stres düzeyi ile uyku kalitesi arasında korelasyon katsayısı ($r = 0,065$) oldukça düşük bulunmuş ve ilişki anlamlı çıkmamıştır ($p = 0,521$). Bu durum, ebeveynin algıladığı stres düzeyinin uyku kalitesi ile neredeyse hiçbir ilişki göstermediğini ifade etmektedir.

Benzer şekilde, çocuğun psikososyal durumu ile uyku kalitesi arasındaki ilişki de düşük düzeyde ($r = -0,070$) ve istatistiksel olarak anlamsızdır ($p = 0,490$). Diğer bir ifadeyle, çocuğun psikososyal durumu ile ebeveynin uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çizelge 4.23. Yanıklı Çocukların Ebeveynlerinde Çocuğun Psikososyal Durumunun ve Uyku Kalitesinin Algılanan Stres Düzeyine Etkisi

Değişken	β	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	29,923	1,109		26,970	0,000
Çocuğun Psikososyal Durumu	0,075	0,072	0,105	1,044	0,299
Uyku Kalitesi	0,080	0,125	0,065	0,641	0,523

Bağımlı değişken Algılanan Stres Düzeyi $R = 0,121$, $R^2 = 0,015$, $F(2-97) = 0,722$, $p = 0,488$

Yanıklı çocukların ebeveynlerinde çocuğun psikososyal durumu ve uyku kalitesinin, ebeveynlerin algıladıkları stres düzeyine etkisi çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir. Modelde bağımlı değişken olarak algılanan stres düzeyi, bağımsız değişkenler olarak ise çocuğun psikososyal durumu ve uyku kalitesi kullanılmıştır.

Regresyon analizi sonucunda, modelin anlamlı olmadığı görülmüştür ($F(2,97)=0,722$; $p=0,488$). Modelin açıklayıcılık düzeyi oldukça düşüktür ($R=0,121$; $R^2=0,015$). Diğer bir ifadeyle, çocuğun psikososyal durumu ve uyku kalitesi birlikte ele alındığında, ebeveynlerin algıladıkları stres düzeyinin yalnızca %1,5'ini açıklamaktadır.

Bağımsız değişkenlere bakıldığında, çocuğun psikososyal durumu ile algılanan stres düzeyi arasında pozitif yönde, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur ($\beta=0,075$; $p=0,299$). Benzer şekilde, uyku kalitesi ile algılanan stres düzeyi arasında da pozitif yönde, fakat istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($\beta=0,080$; $p=0,523$).

Bu bulgular, yanıklı çocukların ebeveynlerinde çocuğun psikososyal durumu ve uyku kalitesinin, ebeveynlerin algıladıkları stres düzeyi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Çizelge 4.24. Yanıklı Çocukların Ebeveynlerinde Algılanan Stres Düzeyinin ve Çocuğun Psikososyal Durumunun Uyku Kalitesine Etkisi

Değişken	β	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	3,148	2,596		1,213	0,228
Algılanan Stres Düzeyi	-0,029	0,058	-0,051	-0,498	0,619
Çocuğun Psikososyal Durumu	0,053	0,082	0,065	0,641	0,523

Yanıklı çocukların ebeveynlerinde algılanan stres düzeyi ve çocuğun psikososyal durumunun, ebeveynlerin uyku kalitesi üzerindeki etkisi çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir. Modelde bağımlı değişken olarak uyku kalitesi, bağımsız değişkenler olarak ise algılanan stres düzeyi ve çocuğun psikososyal durumu kullanılmıştır.

Regresyon analizi sonucunda, modelin anlamlı olmadığı görülmüştür ($F(2,97)=0,300$; $p=0,741$). Modelin açıklayıcılık düzeyi oldukça düşüktür ($R=0,078$; $R^2=0,006$). Diğer bir ifadeyle, algılanan stres düzeyi ve çocuğun psikososyal durumu birlikte ele alındığında, ebeveynlerin uyku kalitesinin yalnızca %0,6'sını açıklamaktadır.

Bağımsız değişkenlere bakıldığında, algılanan stres düzeyi ile uyku kalitesi arasında negatif yönde, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur ($\beta=-0,029$; $p=0,619$). Benzer şekilde, çocuğun psikososyal durumu ile uyku kalitesi arasında da pozitif yönde, fakat istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($\beta=0,053$; $p=0,523$).

Bu bulgular, yanıklı çocukların ebeveynlerinde algılanan stres düzeyi ve çocuğun psikososyal durumunun, ebeveynlerin uyku kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

Çizelge 4.25. Yanıklı Çocukların Ebeveynlerinde Uyku Kalitesinin Algılanan Stres Düzeyine ve Çocuğun Psikososyal Durumuna Etkisi

Değişken	β	Standart Hata	Beta	t	p
Sabit	7,649	4,482		1,706	0,091
Algılanan Stres Düzeyi	0,148	0,142	0,106	1,044	0,299
Uyku Kalitesi	-0,088	0,176	-0,050	-0,498	0,619

Yanıklı çocukların ebeveynlerinde uyku kalitesinin, algılanan stres düzeyi ve çocuğun psikososyal durumu üzerindeki etkisi çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelenmiştir. Modelde bağımlı değişken olarak çocuğun psikososyal durumu, bağımsız değişkenler olarak ise algılanan stres düzeyi ve uyku kalitesi kullanılmıştır.

Regresyon analizi sonucunda, modelin anlamlı olmadığı görülmüştür ($F(2,97)=0,640$; $p=0,529$). Modelin açıklayıcılık düzeyi oldukça düşüktür ($R=0,144$; $R^2=0,013$). Yani, algılanan stres düzeyi ve uyku kalitesi birlikte ele alındığında, çocuğun psikososyal durumunun yalnızca %1,3'ünü açıklamaktadır.

Bağımsız değişkenlere bakıldığında, algılanan stres düzeyi ile çocuğun psikososyal durumu arasında pozitif yönde, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur ($\beta=0,148$; $p=0,299$). Uyku kalitesi ile çocuğun psikososyal durumu arasında ise negatif yönde, fakat istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($\beta=-0,088$; $p=0,619$).

Bu bulgular, yanıklı çocukların ebeveynlerinde algılanan stres düzeyi ve uyku kalitesinin, çocuğun psikososyal durumu üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir.

5. TARTIŞMA

Yanık travması, yalnızca çocuğun fiziksel sağlığını değil aynı zamanda psikolojik, sosyal ve duygusal gelişimini de derinlemesine etkileyen çok boyutlu bir kriz durumu olarak bilinmektedir. Bu tür travmatik deneyimler, çocuğun bakım yükünü büyük ölçüde üstlenen ebeveynler üzerinde de uzun vadeli psikososyal etkiler yaratmaktadır (De Young vd., 2014; Egberts, 2018). Ebeveynler hem hastane sürecinde hem de taburculuk sonrasında çocuğun tedavi, bakım ve rehabilitasyon sürecinde aktif rol almaktadırlar. Bu yoğun bakım sorumluluğu, ebeveynlerin stres düzeylerinde artışa ve biyopsikososyal dengeyi tehdit eden çeşitli zorluklara neden olabilmektedir (Santos, 2024). Bu bağlamda yanıklı çocukların ebeveynlerinde gözlemlenen stres düzeyi ve uyku kalitesi gibi psikolojik göstergelerin değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Özellikle çocuğun psikososyal durumunun bu ilişki üzerindeki olası aracı etkisinin ortaya konması hem klinik uygulamalar hem de psikososyal destek müdahaleleri açısından önemli bir boşluğu doldurmayı amaçlamaktadır. Bu araştırma, yanıklı çocukların ebeveynlerinde algılanan stres ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiye ve bu ilişkide çocuğun psikososyal durumunun aracı etkisine odaklanmıştır. Bu doğrultuda yürütülen araştırmada elde edilen veriler analiz edilerek bulgular belirlenmiştir. Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın bulguları belirtilerek literatüre dayalı olarak açıklanıp alandaki araştırmalarla kıyaslanmıştır.

Mevcut araştırma bulguları, yanıklı çocukların ebeveynlerinde algılanan stres düzeyinin genel olarak yönetilebilir bir seviyede olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%86) stresle başa çıkabilir özellikte olması, ebeveynlerin zorlu yaşam olaylarına karşı belirli baş etme becerilerine sahip olduklarını göstermektedir. Bununla birlikte %14'lük bir kesimin stresle başa çıkmakta güçlük yaşadığı belirlenmiştir. Araştırma bulguları, yanıklı çocukların ebeveynlerinde algılanan stres düzeyinin genel olarak yönetilebilir düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır. Katılımcıların %8'sinin stresle başa çıkabilir olarak değerlendirilmesi, bu bireylerin travmatik bir yaşam olayı olarak kabul edilen çocuklarının yanık travması karşısında belirli düzeyde etkili baş etme stratejilerine sahip olduklarını göstermektedir.

Atapattu (2024) tarafından yürütülen çalışmada da mevcut araştırma bulgularına benzer şekilde ebeveynlerin algıladığı stres düzeyinin beklenenden düşük olduğu saptanmıştır. Araştırmacı, bu durumu ebeveynin yanık olayından 6 ila 12 ay sonra çocuğunun yarasına yönelik sosyal ortamlarda kendini daha iyi hissetmesi, durumu kabullenmesi ve etkili baş etme stratejileri geliştirmesi ile açıklamaktadır. Özellikle yara izine ilişkin kaygıların azalması, stres düzeyini düşüren önemli bir

etken olarak değerlendirilmektedir. Bu bağlamda mevcut çalışmada da literatürde sıkça karşılaşılan yüksek stres düzeylerinin aksine algılanan stresin görece düşük çıkması; ebeveynlerin stresle başa çıkma stratejilerine sahip olmaları ve/veya yaşanılan durumu kabullenmiş olmaları ile açıklanabilir. Ayrıca örneklem grubunun demografik özellikleri dikkate alındığında çocukların yaş aralığının 1-9 arasında olması, travmanın ebeveyn üzerindeki psikolojik etkisini azaltmış olabilir. Küçük yaş grubundaki çocuklarda toplumsal görünürlük baskısının daha az olması, ebeveynin geleceğe yönelik kaygılarını da sınırlayabilir. Buna ek olarak örneklemde yer alan çocukların çoğunun birinci derece yanık dışı, ancak ağır da olmayan yanık türlerine sahip olmaları, fiziksel komplikasyonların ve uzun vadeli izlerin sınırlı olmasına bağlı olarak ebeveynin stres düzeyini düşüren bir başka faktör olabilir. Dolayısıyla algılanan stres düzeyinin düşük olması hem klinik hem de bireysel değişkenlerin etkileşimiyle şekillenmiş olabilir.

Mevcut bulgulara stresle başa çıkma stratejilerini kullanabilenlerin aksine örneklem %14'lük bir kesiminin stresle başa çıkmakta zorlandığı belirlenmiştir. Bu oran, özellikle uzun süreli tedavi süreci, yoğun bakım deneyimi, fiziksel deformasyon riski ve çocuğun geleceğine dair belirsizlik gibi faktörlerin ebeveynler üzerinde önemli düzeyde psikolojik yük oluşturabileceğine işaret etmektedir. Nitekim Santos (2024) yanık travması yaşayan çocukların ebeveynlerinde yüksek düzeyde kaygı, stres ve depresyon belirtilerinin görülebildiğini belirtmektedir. Benzer şekilde De Young vd. (2014) yanıklı çocukların bakım verenlerinde posttravmatik stres belirtilerinin uzun vadede devam edebileceğini ve bu durumun günlük yaşam işlevselliğini olumsuz etkileyebileceğini vurgulamaktadır. Huo vd. (2024) araştırma sonucunda dayanıklı çocuğa sahip ebeveyn, yüksek düzeyde stres algılamaktadır. Benzer sonuçlar Hall vd. (2006) araştırmasında da tekrar etmiş ve yanıklı çocukların ebeveyninin travma sonrası stres semptomlarından muzdarip olduğu rapor edilmiştir.

Bu doğrultuda araştırma sonuçları, ebeveynlerin stres düzeylerinin heterojen bir dağılım sergileyebileceğini ve her bireyin psikososyal kaynaklarının farklılık gösterebileceğini göstermektedir. Bazı ebeveynlerin etkili sosyal destek ağları, psikoeğitim düzeyleri ve baş etme becerileriyle süreci görece daha sağlıklı bir şekilde yönetebildikleri; buna karşın bazı ebeveynlerin ise tükenmişlik, umutsuzluk ve yetersizlik gibi duygulara daha açık oldukları söylenebilir. Bu durum spesifik gruplar için yürütülen birçok araştırma sonucunda da görülmektedir.

Mevcut araştırmada elde edilen bulgular, ebeveynler tarafından bildirilen toplam güçlük puanının ortalamasının 11,88 düzeyinde olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, yanık geçirmiş çocukların ebeveynlerinin psikososyal uyum sürecinde belirli düzeyde zorluklar yaşadığını, ancak bu zorlukların klinik olarak ileri düzeyde olmadığını düşündürmektedir. Güçler ve Güçlükler Anketi açısından bu değer, çocukların davranışsal ve duygusal uyum süreçlerinde belirgin ancak yönetilebilir düzeyde güçlükler yaşadıklarını göstermektedir.

Örneklem grubunun tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde yanıkların çoğunlukla bacak, kol, el, gövde ve ayaklar gibi vücudun daha az görünür bölgelerinde meydana geldiği belirlenmiştir. Bu durum, çocukların sosyal etkileşimlerinde görünüşe ilişkin kaygıların ve buna bağlı sosyal çekinmelerin daha sınırlı düzeyde yaşanmış olabileceğini göstermektedir. Literatürde yanıkların özellikle yüz, boyun ve eller gibi görünür vücut bölgelerinde yer almasının, çocukların beden algısı ve akran ilişkileri üzerinde daha belirgin olumsuz etkiler yarattığı vurgulanmaktadır (Burns ve Farina, 1992; Landolt vd., 2000; Egberts, 2018). Bu çalışmada yanıkların görünürlüğünün düşük olması, çocukların sosyal ortamlarda daha rahat hissetmelerine ve psikososyal işlevselliğin daha az etkilenmesine katkı sağlamış olabilir. Dolayısıyla yanık bölgesinin konumu ve görünürlüğü, çocukların psikososyal durumlarını etkileyen önemli bir değişken olarak değerlendirilmeli; bu değişken, elde edilen orta düzey güçlük puanlarının görece olarak daha düşük olmasının muhtemel açıklayıcı faktörlerinden biri olarak ele alınmalıdır.

Alt boyutlara dair bulgular ise özellikle dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, sosyal davranışlar, akran ilişkileri, duygusal ve davranışsal sorunlar gibi temel gelişimsel alanlarda farklı düzeylerde zorlukların gözlemlendiğini göstermektedir. Bu durum, yanık travmasının sadece fiziksel değil aynı zamanda psikososyal gelişim üzerinde de kalıcı etkiler yaratabildiğini desteklemektedir. Nitekim literatürde çocukluk çağı yanıklarının sosyal etkileşimlerde çekinme, özgüven eksikliği, dikkat sorunları ve duygusal regülasyon güçlükleri gibi sonuçlara yol açabileceği sıklıkla vurgulanmaktadır (Landolt vd., 2002; Bakker vd., 2013a).

Psikososyal sorunların çeşitliliği ve yoğunluğu, yanığın şiddeti, çocuğun yaşı, yanığın vücut üzerindeki görünürlüğü ve ebeveynin bu süreci nasıl yönettiği gibi faktörlerle ilişkili olabilmektedir. Özellikle dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik gibi bulgular, travmaya bağlı içsel huzursuzluk ve stresin çocuk davranışlarına yansımaları olarak değerlendirilebilir. Akran ilişkilerinde gözlemlenen sorunlar ise çocuğun sosyal çevreye uyum sağlamada güçlük yaşadığını ve kendini dışlanmış ya da farklı hissetme ihtimalini ortaya koymaktadır.

Araştırma bulgularına göre ebeveynlerin büyük çoğunluğunun (%51) iyi düzeyde uyku kalitesine sahip olması, genel olarak uyku düzenlerinin korunabildiğini ve çocuğun yaşadığı travmatik deneyime rağmen ebeveynlerin uyku hijyenini sürdürebildiklerini göstermektedir. Ancak örneklemin yaklaşık üçte birinin (%41) orta düzeyde uyku sorunları yaşadığı ve %8'inin ise kötü uyku kalitesine sahip olduğu dikkate alındığında önemli bir kesimin uyku kalitesinin olumsuz etkilendiği anlaşılmaktadır. Bu durum, yanık travmasının yalnızca çocuğu değil bakım veren ebeveynlerin de psikofizyolojik işleyişini etkileyebileceğini göstermektedir. Özellikle akut dönemde çocuk bakımı ile ilgili artan sorumluluklar, belirsizlik, duygusal yük ve travmatik anıların zihinsel tekrarları gibi faktörler, ebeveynlerde uykusuzluk, sık uyanma, uykuya dalamama ya da kalitesiz uyku gibi sorunlara yol açabilmektedir (İşçi, 2022). Mevcut sonuçlarda tespit edilen kötü uyku kalitesi, artan sorumluluklardan, belirsizlik ve duygusal yükten kaynaklanabilir.

Mevcut araştırma kapsamında elde edilen Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) puan ortalamasının 4,44 olarak bulunması, katılımcı ebeveynlerin genel olarak iyi düzeyde bir uyku kalitesine sahip olduklarını göstermektedir. Ancak bu sonuç, literatürde benzer stres faktörlerine maruz kalan ebeveyn gruplarıyla karşılaştırıldığında görece daha düşük puanlarla, dolayısıyla daha iyi bir uyku kalitesiyle örtüşmektedir. Atılgan (2019) tarafından çocukları hastanede yatan ebeveynlerle yapılan çalışmada PUKI puan ortalaması 5,35; Gök (2020) tarafından kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinde 6,09; Doğaner (2024) ise benzer grupta 8,37 olarak rapor etmiştir. Bu bulgular, stresin ve çocuğun sağlık durumunun ebeveynin uyku kalitesi üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir. Bu farklılıklar, birkaç değişkenle açıklanabilir. İlk olarak mevcut çalışmada yer alan örneklem grubunun çocuklarının çoğunluğunun 2. ve 3. derece yanıklara sahip olması ve yanıkların vücudun görünmeyen bölgelerinde yoğunlaşmış olması hem çocuğun iyilik hali hem de ebeveynin kaygı düzeyi açısından daha olumlu bir psikososyal tabloyu beraberinde getirmiş olabilir. İkinci olarak araştırmaya katılan ebeveynlerin stresle başa çıkma düzeylerinin büyük oranda yeterli bulunması (%86) da uyku kalitesini koruyucu bir unsur olarak değerlendirilebilir. Ayrıca önceki çalışmaların örneklem gruplarındaki çocukların hastanede uzun süreli yatış ya da yaşamı tehdit eden kronik hastalıklarla mücadele ediyor olmaları, ebeveynin gece boyunca zihinsel ve duygusal yükünü artırmakta ve bu durum uyku kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu bağlamda mevcut çalışmadaki düşük PUKI puanı, daha kısa süreli bakım yükü, daha düşük düzeyde

fiziksel travma ve daha etkili başa çıkma becerilerinin bir yansıması olabilir.

Ebeveyn yaş, halen yaşanan sosyal çevre, anne eğitim durumu, aylık gelir durumu, çalışma durumu ve hastadaki yanık derecesi özelliklerine göre bulgular incelendiğinde üç ölçeğe ilişkin katılımcı algılarında istatistiksel yönden anlamlı bir değişiklik belirlenmediği görülmektedir. Bu bulgu, yanık travmasının ebeveynler üzerindeki psikolojik etkilerinin, bireylerin sosyo-demografik özelliklerinden bağımsız olarak benzer şekilde deneyimlenebileceğini göstermektedir. Atapattu (2024) tarafından yapılan araştırma da bu durumu desteklemektedir. Araştırmacı, baş yanığı olan çocukların ebeveynlerinin stres düzeylerinin daha çok olay anında yaşadıkları çaresizlik, suçluluk ve kontrol kaybı duyguları ile bağlantılı olduğunu ve bu tür duyguların sosyoekonomik durumdan daha belirleyici olabileceğini ifade etmiştir. Bu durum, travmatik olayların bazı durumlarda demografik farklılıkları “eşitleyici” bir etkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle çocukların sağlık durumuna yönelik tehdit oluşturan olaylar, ebeveynlerde ortak bir duygusal yük yaratabilir. Bu bağlamda psikososyal destek uygulamalarının belirli gruplar yerine, tüm ebeveynleri kapsayacak şekilde planlanması önemlidir.

Mevcut bulgular incelendiğinde ölçek değerlerinin çocuk sayısı özelliğine göre Pittsburgh Uyku Kalitesi toplam puanı ve toplam güçlük puanında anlamlı bir farklılaşma olmadığı belirlenmekle birlikte, 4 ve üzeri çocuk sahibi bireylerin algıladıkları stres düzeylerinin 3 çocuk sahibi bireylere kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Araştırma sonucunda çocuk sayısının Pittsburgh Uyku Kalitesi toplam puanı ve çocuğun psikososyal güçlüklerine ilişkin değerlendirmelerde anlamlı bir farklılık yaratmaması, bu değişkenlerin daha çok bireysel veya çevresel faktörlerle şekillendiğini düşündürülebilir. Ancak 4 ve üzeri çocuğa sahip ebeveynlerin stres düzeylerinin belirgin biçimde daha yüksek çıkması, dikkat çekici ve anlamlı bir bulgudur.

Çok çocuklu ailelerde ebeveynin üzerindeki bakım verme yükü, zaman yönetimi zorlukları, ekonomik kaygılar ve duygusal tükenmişlik gibi unsurların birikerek stres düzeyini artırdığı belirtilmektedir (Nomaguchi ve Milkie, 2003). Bu durum, özellikle bir çocuğun sağlık sorunu (bu durumda yanık travması ya da özel gereksinime ihtiyaç duyma) söz konusu olduğunda daha da karmaşık bir hâl alabilir. Çünkü ebeveynin tüm çocuklara eşit ilgi göstermesi gerekirken diğer çocuklarla ilgilenememe hissini ve ebeveynlik rollerine dair yetersizlik duygusunu tetikleyebilir. Ayrıca çok çocuklu ebeveynlerin stres düzeyinin artmasına rağmen uyku kalitesi ya da çocuğun psikososyal durumu değerlendirmelerinde anlamlı bir fark oluşmaması,

bu bireylerin streslerini içselleştirme ya da uyku gibi alanlara doğrudan yansıtmama eğilimini de gösterebilir. Bu durum, başa çıkma stratejilerinin veya uyum mekanizmalarının devreye girmesiyle açıklanabilir.

Mevcut araştırmanın bulguları incelendiğinde, ölçek değerlerinin hastadaki yanık yüzdesi özelliğine göre algılanan stres düzeyi puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. %10'dan fazla yanık yüzdesine sahip hastaların yakınları daha yüksek bir stres düzeyi algılamaktadır. Buna karşın, yanık yüzdesinin hastanın yakınları için yaşanan güçlüklerin şiddeti üzerinde ve uyku kalitesinde belirgin bir fark oluşturmadığı görülmektedir. Bu bulgu, yanık yüzdesinin özellikle ebeveynin algıladığı stres düzeyi üzerinde etkili olduğunu ancak genel psikososyal durum ve uyku kalitesi üzerinde aynı ölçüde belirleyici olmadığını ortaya koymaktadır. Bu durum çeşitli yönlerden değerlendirilebilir. Ebeveynler, yanık yüzdesinin artmasını çocuğun yaşamsal riskinin, tedavi sürecinin karmaşıklığının ve bakım gereksiniminin artması olarak algılamış olabilir. Özellikle

%9 ve üzeri yanıklarda hastanede kalış süresi uzamakta, tedavi süreci daha yoğun ve müdahaleci hale gelmektedir (Krasnoff, 2021). Ebeveynler, birincil bir stres faktörü (yanık olayı) ve ardından ikincil bir stres faktörü (hastane deneyimiyle başa çıkma) tarafından tetiklenen son derece olumsuz bir durumla karşı karşıyadır. Ayrıca yaşları/gelişim aşamaları ve (kritik) tıbbi durumları nedeniyle kendilerine daha da bağımlı olan bir çocuktan sorumludurlar. Bu nedenlerle ebeveynler psikolojik uyumlarına yönelik çeşitli tehditlerle işaretlenen bir krize sürüklenmektedir. Santos vd. (2024) çalışmasında bu tür etkenlerin ebeveynlerin algıladığı stresi artırdığı yönünde sonuç bildirilmiştir. McGarry vd. (2015) yanık olayına tanık olmanın potansiyel olarak travmatik bir deneyim olduğunu, ancak ilk şok nedeniyle ebeveynlerin duygularını bastırma eğiliminde olduğunu öne sürmektedir. Ravindran vd. (2013) tarafından yapılan nitel bir çalışma benzer sonuçlar bulmuş ve hastanede kalış süresinin tüm katılımcılar tarafından travmatik olarak tanımlandığını ve ebeveynlerin duygusal ve fiziksel sıkıntısının doğrudan çocuklarının acı çekmesini izleme deneyimiyle ilişkili olduğunu vurgulamıştır.

Çocuktaki yanık yüzdesinin ebeveynin toplam güçlük puanı ve uyku kalitesi üzerinde anlamlı fark yaratmaması, bu alanlarda stresin tek belirleyici unsur olmadığını ve daha karmaşık psikososyal dinamiklerin etkili olabileceğini düşündürmektedir. Çocuğun yaşı, yanığın vücutta bulunduğu bölge (örneğin görünürlük durumu), ailenin sosyal destek düzeyi, ebeveynin kişisel başa çıkma becerileri, uyku ve psikososyal etkiyi daha fazla etkileyebilir. Aynı zamanda ebeveynler ciddi yanık durumlarında uyum sağlayıcı savunma mekanizmaları

geliştirmiş olabilirler. Bu da travmanın bazı etkilerinin bastırılmasına veya ertelenmesine yol açabilir (McGarry vd., 2015).

Mevcut bulgular incelendiğinde hastadaki yanık türü özelliğine göre algılanan stres ve uyku kalitesi puanlarının anlamlı biçimde değişmediği görülürken ebeveynlerin toplam güçlük puanlarında anlamlı farklılık olduğu belirlenmektedir. Yapılan ikili karşılaştırmalarda, temas yanığı olan çocukların ebeveynlerinin toplam güçlük puanının, diğer yanık türüne sahip çocukların ebeveynlerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, yanığın fiziksel şiddeti ya da tıbbi sürecinden ziyade ebeveynlerin yaşadığı duygusal ve davranışsal yüklerin, yanığın meydana geliş biçimi ve bağlamıyla daha ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Yanıklı çocukların ebeveynleri, kazaya ve acı verici tıbbi prosedürlere tanık olmak, hastaneden erken taburcu olmak ve evde yanığa bakım vermede zorluk çekmek, sosyal sonuçlarla başa çıkmak, etkilenen aile ilişkileri ve günlük yaşamdaki değişiklikler gibi bir dizi zor durumla karşı karşıya kalırlar (Bayuo ve Wong, 2021). Bu duygular, stres ya da uyku kalitesi gibi genel sağlık durumlarını doğrudan değiştirmese de günlük yaşam işlevselliğini ve ebeveynlik yükünü artırarak toplam güçlük puanlarını yükseltebilir. Literatürde yanık yaralı çocuğun ebeveyninin psikolojik olarak güçlük yaşadığı (Brown vd., 2019), endişeli oldukları ve suçluluk hissettikleri (Griffiths, 2017; Heath vd., 2018) yönünde kanıtlara rastlanmaktadır. Bu bağlamda ebeveynin yaşadığı suçluluk, kaygı ve yetersizlik duyguları doğrudan “toplam güçlük” puanlarını belirleyen faktörler arasında yer almasa da bu duyguların ebeveynlik işlevlerini ve günlük yaşam uyumunu olumsuz etkileyerek dolaylı biçimde güçlük algısını artırabileceği düşünülmektedir. Örneğin kendini suçlayan bir ebeveyn, çocuğuna bakım verirken karar almada zorlanabilir, sosyal destek sistemlerinden uzaklaşabilir veya kendini yetersiz hissederek daha fazla psikososyal baskı altında kalabilir. Tüm bu faktörler, ebeveynin stresle başa çıkma kapasitesini azaltarak değerlendirme ölçeklerinde “toplam güçlük” başlığı altında toplanan belirtilerin artmasına katkı sağlayabilir. Bu nedenle çalışmada temas yanığı gibi ev ortamında gelişen travmaların ardından ebeveynlerde daha yüksek güçlük puanları görülmesi, yalnızca fiziksel bakım yükünden değil aynı zamanda yaşanan karmaşık duygusal tepkilerden de kaynaklanıyor olabilir.

Mevcut araştırmanın bulgularına göre hastanın cinsiyeti, ebeveynlerin algıladığı stres düzeyi, çocuklarının psikososyal durumuna ilişkin güçlük puanları ve uyku kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır.

Ancak çocukta yanığın olduğu yaşa göre toplam güçlük puanlarında anlamlı bir farklılaşma saptanmıştır. Ebeveynler, 3 ve 5 yaşındaki çocuklarına ilişkin daha yüksek güçlük puanları bildirirken; diğer yaş grubundaki çocuklarda bu puanlar daha düşüktür. Bu bulgu, küçük yaş gruplarının gelişimsel olarak duygularını ifade etme ve stresle başa çıkma becerilerinin sınırlı olması nedeniyle ebeveynler tarafından daha zorlayıcı olarak algılandığını göstermektedir. Buna karşın stres düzeyi ve uyku kalitesi açısından çocuğun yaşı anlamlı bir değişken olarak ortaya çıkmamıştır. Bu durum, ebeveyn stresinin çocuğun yaşından ziyade yanığın ağırlığı, bakım sorumluluğu ya da uzun vadeli etkiler gibi daha karmaşık ve bağımsız faktörlerle ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Mevcut araştırma bulgularına göre çocuğun yatarak tedavi alması, ameliyat geçirmesi ve yanık durumu, ebeveynlerin algıladıkları stres düzeyinde anlamlı farklılık yaratırken; toplam güçlük puanı ve uyku kalitesi üzerinde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür. Bu durum, yoğun tıbbi süreçlerin (örneğin hastanede yatış, cerrahi müdahale) ebeveynler üzerinde kısa vadede duygusal yük oluşturduğunu; ancak uyku kalitesi ve toplam güçlük gibi daha genel ve uzun vadeli işlevselliği yansıtan değişkenlerin, sadece bu süreçlerle değil daha karmaşık psikososyal ve bilişsel faktörlerle şekillendiğini düşündürmektedir. Nitekim Atapattu vd. (2024), ebeveynlerin travma sonrası stres belirtileri ile çocuklarının yaşadığı sıkıntı arasında karşılıklı bir etkileşim olduğunu ve bu etkileşimin ebeveynlerin duygusal durumunu önemli ölçüde etkileyebileceğini belirtmektedir. Benzer şekilde Duke vd. (2018), akut yanık bakım sürecini – yanığın şiddetinden bağımsız olarak – özellikle birden fazla hastaneye yatış, pansuman değişiklikleri ve ameliyat gibi işlemler nedeniyle ebeveynler açısından travmatik bir deneyim olarak tanımlamaktadır. Ayrıca literatürde bu tür tıbbi süreçlerin ebeveynlerde sosyal işlevsellikte bozulma, artmış anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gelişme riskini artırabileceği gösterilmiştir (Bakker vd., 2013b; De Young, 2014). Özellikle annelerin bu süreçlerde daha yüksek psikolojik risk altında olduğu da vurgulanmaktadır (Hawkins vd., 2019). Bu bağlamda mevcut çalışmanın bulguları genel olarak literatürle örtüşmektedir; tıbbi müdahale süreçlerinin ebeveyn stresini artırdığı saptanmıştır. Ancak çocuğun hastanede kalış süresinin ebeveynin toplam güçlük puanı, stres düzeyi ve uyku kalitesi üzerinde anlamlı bir farklılık yaratmamış olması, literatürde bildirilen sonuçlardan ayrılmakta ve beklenmeyen bir bulgu olarak öne çıkmaktadır. Bu durum, ebeveynlerin psikolojik tepkilerinin yalnızca hastanede kalış süresi gibi objektif faktörlerle değil; olayın algılanış biçimi, sosyal destek düzeyi, bireysel baş etme becerileri ve önceki yaşam deneyimleri gibi daha öznel ve bağlamsal etkenlerle şekillenebileceğini düşündürmektedir.

Mevcut araştırmanın bulguları incelendiğinde yanıklı çocukların ebeveynlerinde algılanan stres, çocuğun psikososyal durumu arasında pozitif yönlü ilişki bulunmuş olsa da anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmektedir. Buna göre ebeveynin algıladığı stres artsa da çocuğun psikososyal durumunda belirgin bir değişim olmamaktadır. Ayrıca ebeveynin algıladığı stresin düzeyi uyku kalitesini etkilememektedir. Benzer şekilde yanıklı çocuğun psikososyal durumu ile uyku kalitesi arasındaki ilişki de anlamlı değildir. Bu bulgular genel olarak değerlendirildiğinde algılanan stres düzeyi, çocuğun psikososyal durumu ve uyku kalitesi değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir. Analiz bulguları doğrultusunda değişkenler birbirinden bağımsız hareket etmektedir denilebilir. Bu bulgular, yanıklı çocukların ebeveynleri açısından oldukça dikkat çekici bir tablo sunmaktadır.

Araştırmada ebeveynlerin algıladığı stres düzeyleri ile hem çocuklarının psikososyal durumları hem de kendi uyku kaliteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaması, bu değişkenlerin birbirinden bağımsız hareket ettiğine işaret etmektedir. Bu durum, teorik olarak birbirini etkilemesi beklenen psikososyal faktörler arasında beklenen doğrusal ilişkilerin her zaman gözlemlenmeyebileceğini göstermektedir. Özellikle ebeveyn stresinin çocukların psikososyal durumu üzerinde doğrudan ve anlamlı bir etkisinin görülmemesi, bu ilişkide araya giren başka değişkenlerin (örneğin sosyal destek düzeyi, baş etme becerileri, bireysel psikolojik dayanıklılık, aile içi dinamikler) rol oynayabileceğini düşündürmektedir.

Mevcut araştırmanın bulgularına göre yanıklı çocukların ebeveynlerinde çocuğun psikososyal durumu ve uyku kalitesinin ebeveynlerin algıladıkları stres düzeyi üzerinde anlamlı bir etkileme gücüne sahip olmadığı görülmektedir. Bulgular, yanıklı çocukların ebeveynlerinde algılanan stres düzeyinin ve çocuğun psikososyal durumunun ebeveynlerin uyku kalitesini anlamlı şekilde etkilemediğini göstermektedir. Bulgular, yanıklı çocukların ebeveynlerinde uyku kalitesi ve algılanan stres düzeyinin, çocuğun psikososyal durumunu anlamlı şekilde etkilemediğini göstermektedir. Bu bulgular, yanıklı çocukların ebeveynlerinde stres, uyku kalitesi ve çocuğun psikososyal durumu gibi önemli psikososyal değişkenler arasında anlamlı bir etkileşim olmadığını ortaya koymaktadır. Teorik olarak birbirini etkilemesi beklenen bu üç boyutun bağımsız hareket etmesi, aile içi dinamiklerin ve bireysel baş etme mekanizmalarının çok katmanlı yapısını işaret etmektedir.

Çocuğun psikososyal durumu ve uyku kalitesinin ebeveynin stres düzeyini anlamlı biçimde etkilememesi, ebeveynlerin stres algısının yalnızca çocuğun mevcut durumu ile değil kendi içsel dayanıklılıkları, sosyal destek sistemleri ve önceki yaşam deneyimleriyle şekillenebileceğini düşündürmektedir. Bu durum, özellikle kronikleşmeyen ve yönetilebilir şiddetteki yanıklarda stresin daha sınırlı hissedilmesiyle de ilişkilendirilebilir. Ebeveyn stres düzeyi ve çocuğun psikososyal durumunun uyku kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmaması, stresin uykuya doğrudan yansımadığını ya da ebeveynlerin bu gibi travmatik durumlarda uykuya dair uyum stratejileri geliştirmiş olabileceğini göstermektedir. Uyku kalitesini etkileyen faktörlerin çok yönlü olması (fiziksel çevre, sağlık durumu, yaşam alışkanlıkları gibi) bu sonucu açıklayabilir.

Uyku kalitesi ve stres düzeyinin çocuğun psikososyal durumunu etkilememesi, çocuğun psikososyal sağlığının daha çok bireysel faktörlere (yaş, gelişim dönemi, kişilik yapısı) ve çevresel desteğe (okul, sağlık çalışanları, psikososyal destek) bağlı olduğunu göstermektedir. Bu sonuç, ebeveynin yaşadığı psikolojik durumun çocuğa doğrudan yansımayaabileceğini, özellikle de çocuğun yaşının küçük olması gibi aracı faktörlerin bu ilişkiyi zayıflatabileceğini düşündürmektedir.

Bulgular, yanıklı çocukların ebeveynlerinde algılanan stres düzeyi ile uyku kalitesi arasında doğrudan veya çocuğun psikososyal durumu aracılığıyla dolaylı bir ilişki bulunmamaktadır. Tüm regresyon analizlerinde değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Bu nedenle çocuğun psikososyal durumunun, algılanan stres ile uyku kalitesi arasındaki ilişkide aracı bir rol üstlendiği söylenemez. Bulgular, bu değişkenler arasında anlamlı bir yol veya aracı etki olmadığını göstermektedir.

6. SONUÇLAR

Araştırma bulgularından hareketle şu sonuçlara ulaşılmaktadır:

- Bulgulara göre yanıklı çocukların ebeveynlerinde algılanan stres düzeyinin genel olarak yönetilebilir bir seviyede olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Bunun yanı sıra araştırmada bazı ebeveynlerin algıladıkları stres yüksek bulunmuştur. Bu durum, bazı ebeveynlerin stresi yönetmekte zorlandıklarını, çocuğuyla ilgili bu durumu psikolojik yük olarak değerlendirdiklerini, ihtiyaç duyduğu destek mekanizmalarını kullanamadığını ortaya koymaktadır.
- Bulgular doğrultusunda yanık geçirmiş çocukların ebeveynlerinin psikososyal uyum sürecinde belirli düzeyde zorluklar yaşadığını, ancak bu zorlukların klinik olarak ileri düzeyde olmadığı sonucu ulaşılmaktadır.
- Bulgulara göre ebeveynlerin önemli bir bölümünün iyi düzeyde uykuya sahip oldukları sonucu belirlenmektedir. Kötü uyku kalitesine sahip ebeveyn oranı düşüktür.
- Fark testleriyle ilgili bulgulara göre ebeveynin yaşı, ebeveyne göre (anne-baba), halen yaşanılan sosyal çevre, anne eğitim durumu, aylık gelir durumu, çalışma durumu, hastadaki yanık derecesi özellikleri ölçek değerleri üzerinde anlamlı bir etki oluşturmadığı belirlenmektedir.
- Bulgulara göre ölçek değerleri, çocuk sayısı özelliğine göre uyku kalitesi toplam puanı ve toplam güçlük puanında anlamlı bir farklılaşma oluşturmazken, çocuk sayısı fazla olan ebeveynlerin algıladıkları stresi anlamlı etkilemiştir.
- Bulgulara göre ölçek değerlerinin hastadaki yanık yüzdesi özelliğine göre algılanan stres düzeyi puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmekle birlikte, uyku kalitesi ve toplam güçlük puanlarında anlamlılık oluşturmadığı tespit edilmektedir.
- Araştırma bulgularına göre hastadaki yanık türüne göre ebeveynlerin algıladıkları stres ve uyku kalitesi puanlarında farklılaşma olmazken toplam güçlük puanlarında istatistiksel yönden anlamlı farklılık tespit edilmiş olup temas yanığı olan çocukların ebeveynlerinin daha fazla güçlük yaşadığı belirlenmiştir.

- Bulgularına göre hastanın cinsiyeti ve hastanede yatış süresi gibi değişkenler, ebeveynlerin algıladığı stres düzeyi, çocuklarının psikososyal durumuna ilişkin günlük puanları ve uyku kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır. Ancak çocuğun yanığın olduğu yaşa göre toplam günlük puanlarında anlamlı bir farklılaşma saptanmıştır.
- Bulgular, yanıklı çocuğun yatarak tedavi görmesi ve yanık nedeniyle ameliyat geçirmesi ve yanık durumuna göre ebeveynlerde algılanan stres düzeyinde anlamlı farklılık yarattığını; ancak bu durumların toplam günlük puanı ve uyku kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkide bulunmadığını göstermektedir.

Bulgulara göre yanıklı çocukların ebeveynlerinde algılanan stres ile çocuğun psikososyal durumu arasında pozitif yönlü ilişki belirlenmiş olsa da istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki değildir.

- Bulgulara göre yanıklı çocukların ebeveynlerinde algılanan stres düzeyi ile uyku kalitesi arasında doğrudan veya çocuğun psikososyal durumu aracılığıyla dolaylı bir ilişki bulunmadığı sonucuna ulaşılmaktadır.

7. ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına göre uygulayıcılar için şu öneriler sunulmaktadır:

- Özellikle yüksek stres düzeyi tespit edilen ebeveynlere yönelik bireysel danışmanlık, psikolojik destek ve stres yönetimi eğitimleri verilmelidir.
- Hastanede yatış ve ameliyat gibi stres artırıcı durumlarda ebeveynlerin sürece daha bilinçli ve hazırlıklı katılımını sağlamak adına hemşirelik hizmetleri güçlendirilmelidir.
- Özellikle 3–4 yaş grubu çocuklara sahip ebeveynlerin daha fazla güçlük yaşadığı göz önünde bulundurularak bu gruba yönelik özel bilgilendirme ve destek programları geliştirilmeli, bakım yükünü azaltacak çözümler sunulmalıdır.
- Birden fazla çocuğa sahip olan ebeveynlerde stres düzeyi daha yüksek olduğundan, bu ailelere gerektiğinde geçici bakım desteği veya danışmanlık sunulmalıdır.
- Ebeveynlerin uyku kalitesinin genel olarak iyi düzeyde olduğu saptanmış olsa da, düşük uyku kalitesine sahip gruplar için rutin uyku takibi ve müdahale önerilmektedir. Uyku kalitesinin iyileştirilmesi, genel psikososyal uyumu da destekleyebilir.

Araştırma sonuçlarına göre araştırmacılara yönelik şu öneriler sunulmaktadır:

- Bu çalışmada stres, uyku ve psikososyal durum değişkenlerinin birbiriyle istatistiksel olarak ilişkili olmadığı görülmüştür. Ancak bu bağımsızlığı açıklamak için aile içi dinamikleri ve bireysel baş etme mekanizmalarını keşfeden derinlemesine nitel araştırmalara ihtiyaç vardır.
- Bulguların genellenebilirliğini artırmak için farklı sosyo-kültürel bağlamlarda benzer araştırmalar yapılmalı, farklı hastane türleri ve coğrafi bölgeler arasında karşılaştırmalar planlanmalıdır.
- Yanık travmasının ebeveynler üzerindeki uzun vadeli etkilerini gözlemlemek için stres, uyku ve psikososyal uyum değişkenlerini zaman içinde izleyen çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- Abeş, M. (2024). Yanıkta Fizyopatoloji. *Türkiye Klinikleri Pediatric Surgery-Special Topics*, 14(1), 17-20.
- Abraham, J. P., Plourde, B. D., Vallez, L. J., Nelson-Cheeseman, B. B., Stark, J. R., Sparrow, E. M., & Gorman, J. M. (2018). Skin burns. *Theory and applications of heat transfer in humans*, 2, 723-739.
- Aslan, Ş. (2007). Örgütsel ortamda bireysel stresle başa çıkma tutumlarının araştırılması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18, 67-84.
- Atapattu, D., Shoesmith, V. M., Wood, F. M., & Martin, L. J. (2024). Parental stress and child quality of life after pediatric burn. *European Burn Journal*, 5(2), 77-89.
- Atılğan ED, (2019). *Fiziksel engelli çocuğu olan annelerde stabilizasyon ve solunum egzersizlerinin yorgunluk, kaygı düzeyi, depresyon ve uyku kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Aydın, H. (2008). *Ergenlerin kişilik özelliklerinin stresle başa çıkma ve bazı özlük niteliklerine göre karşılaştırmalı olarak incelenmesi* (Yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Aydın Ş. Örgütsel stres yönetimi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
- Aydın, Ş. (2004). Örgütsel stres yönetimi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 49-74.
- Aygün, E., & Rezaki, M. (2004). Uykunun nörobiyolojisi ve bellek üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 300-308.
- Aytaç, S. (2017). Stres kaynakları ve stresin psikolojik semptomlarının öfke kontrolü ile ilişkisi: Polis memurları üzerine bir araştırma. *Journal of Social Policy Conferences*, 69, 1-27.
- Ayvalı, H. (2024). *Özel gereksinimli çocuğu olan ebeveynlerde algılanan stres ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkide aile yılmazlığı ve öz-şefkatin çoklu aracılık rolü* (Doktora tezi). Anadolu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Eskişehir.
- Żwieretło, W., Piorun, K., Skórka-Majewicz, M., Maruszewska, A., Antoniewski, J., & Gutowska, I. (2023). Burns: Classification, pathophysiology, and treatment: A review. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(4), Article 3749. <https://doi.org/10.3390/ijms24043749>
- Aksoy, N. (2015). Yanıklı hastada hemşirelik bakımının yönetimi [Management of nursing care in burn patients]. *Selçuk Tıp Dergisi*, 31(1), 47-51.
- Aktaş, G. (2024). *Çocuk yanıklarında ilk yardım müdahaleleri ile ilgili verilen eğitimin ebeveynlerin bilgi düzeyine etkisi* (Yüksek lisans tezi). Sanko Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Gaziantep.

- Alcan, E., & Tosun, Z. (2016). *Vardiyalı çalışma sisteminin ve sirkadyen özelliklerin uyku kalitesine etkisi* (Yüksek lisans tezi). Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ.
- Algın, D. İ., Akdağ, G., & Erdiñç, O. O. (2016). Kaliteli uyku ve uyku bozuklukları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(1), 29-34. <https://doi.org/10.20515/otd.40263>
- Altan, S., & Oğurtan, Z. (2016). Termal yanıklarda pansuman uygulamaları [Dressing applications in thermal burns]. *Dicle Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, 2(1), 118–126.
- American Burn Association (2024, September 5). *Burn first aid*. <https://ameriburn.org/resources/burn-first-aid/>
- Andrews, N., Jones, L. L., Moiemmen, N., Calvert, M., Kinghorn, P., Litchfield, I., & PEGASUS Study Group. (2018). Below the surface: Parents' views on the factors that influence treatment adherence in paediatric burn scar management – A qualitative study. *Burns*, 44(3), 626–635. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2017.09.003>
- Arslan, C. (2010). Öfke ve öfkeyi ifade etme biçimlerinin, stresle başa çıkma ve kişiler arası problem çözme açısından incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 10(1), 7–43.
- Arslan, H., Kul, B., Derebaşınlioğlu, H., & Çetinkale, O. (2013). Epidemiology of pediatric burn injuries in Istanbul, Turkey. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*, 19(2), 123–126. <https://doi.org/10.5505/tjtes.2013.02997>
- Bakker, A., Maertens, K. J. P., Van Son, M. J., & Van Loey, NE. (2013a). Psychological consequences of pediatric burns from a child and family perspective: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 361–371. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.12.006>
- Bakker, A. Van der Heijden, PG; Van Son, MJ; Van Loey, NE. (2013b). Course of traumatic stress reactions in couples after a burn incident involving their young child. *Health Psychology*, 32, 1076–1083.
- Başaran, A., & Özlü, Ö. (2022). Pediatric burns and the leading factors of burn injury. *Genel Tıp Dergisi*, 32(2), 215–219. <https://doi.org/10.54005/geneltip.1020949>
- Batıgün, A. D., & Şahin, N. H. (2006). İş stresi ve sağlık psikolojisi araştırmaları için iki ölçek: A-tipi kişilik ve iş doyumunu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 32-45.
- Battle, C. E., Evans, V., James, K., vd. (2016). Epidemiology of burns and scalds in children presenting to the emergency department of a regional burns unit: A 7-year retrospective study. *Burns & Trauma*, 4(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s41038-016-0036-x>
- Bayuo, J., & Wong, F. K. Y. (2021). Issues and concerns of family members of burn patients: a scoping review. *Burns*, 47(3), 503-524.
- Blakeney, P., Meyer, W., Robert, R., Desai, M., Wolf, S., & Herndon, D. (1998).

- Long-term psychosocial adaptation of children who survive burns involving 80% or greater total body surface area. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 44(4), 625–634.
<https://doi.org/10.1097/00005373-199804000-00009>
- Bostancı, S. A., & Azılı, M. N. (2024). Çocuk yanıkları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Pediatric Surgery - Special Topics*, 14(1), 14–16.
- Brown, E. A., De Young, A., Kimble, R., & Kenardy, J. (2019). The Impact of Parental Acute Psychological Distress on Pain-Related Behaviors in Young Children through Differences in Parental Behaviors During Pediatric Burn Wound Care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(4), 516–529.
- Burns, G. L., & Farina, A. (1992). The role of physical attractiveness in adjustment. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 118(2), 157–194.
- Burns-Nader, S., Joe, L., & Pinion, K. (2017). Computer tablet distraction reduces pain and anxiety in pediatric burn patients undergoing hydrotherapy: A randomized trial. *Burns*, 43(6), 1203–1211.
<https://doi.org/10.1016/j.burns.2017.02.015>
- Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2013). *Anormal psikoloji*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Buysse, D. J. (2014). Sleep health: Can we define it? Does it matter? *Sleep*, 37(1), 9–17.
- Bülbül, S., Kurt, G., Ünlü, E., & Kırılı, E. (2010). Adolesanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 53(3), 204–210.
- Carskadon, M. A., & Dement, W. C. (2005). Normal human sleep: An overview. M.H. Kryger (Ed.) In *Principles and practice of sleep medicine* (pp. 13–23), Elsevier Saunders.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- Conk, Z., Başbakkal, Z., Bal Yılmaz, H., vd. (2018). *Pediatric hemşireliği* [Pediatric nursing]. Akademisyen Kitabevi.
- Çalışır, Ö., & Çalışkan, Z. (2020). Çocuklarda yanık durumunda annelerin yaptıkları geleneksel uygulamalar. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 29(2), 99–105.
<https://doi.org/10.34108/eujhs.641897>
- Çalışır, Ö., & Çalışkan, Z. (2020). Çocuklarda yanık durumunda annelerin yaptıkları geleneksel uygulamalar. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 29(2), 99–105.
- Çınar, N., Yalnızoğlu Çaka, S., & Topal, S. (2021). Yanık. In S. Kuşuoğlu & D. Sönmez Düzkaya (Eds.), *Çocuk acil hemşireliği* (1st ed., pp. 515–530). Nobel Tıp Kitapevleri.
- Dahl, R. E., & Lewin, D. S. (2002). Pathways to adolescent health: Sleep regulation and behavior. *Journal of Adolescent Health*, 31(6), 175–184.

- De Young, A. C., Hendrikz, J., Kenardy, J. A., Cobham, V. E., & Kimble, R. M. (2014). Prospective evaluation of parent distress following pediatric burns and identification of risk factors for young child and parent posttraumatic stress disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 24(1), 9-17.
- Demir, S. (2024). Ciddi şekilde yanmış çocuklarda akut yanık tedavisi. In M. Abeş (Ed.), *Çocuklarda yanıklara yaklaşım ve tedavi* (1st ed., pp. 25–32). Türkiye Klinikleri.
- Desanti, L. (2005). Pathophysiology and current management of burn injury. *Advances in Skin & Wound Care*, 18(6), 323–332. <https://doi.org/10.1097/00129334-200507000-00012>
- Doğaner, F. (2024). *Kronik hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin belirsizliğe tahammülsüzlük, uyku kalitesi ve sosyal desteğin bakım yükü üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Duke, J. M., Randall, S. M., Vetrichevvel, T. P., McGarry, S., Boyd, J. H., Rea, S., & Wood, F. M. (2018). Long-term mental health outcomes after unintentional burns sustained during childhood: A retrospective cohort study. *Burns & trauma*, 6.
- Egberts, M. R., van de Schoot, R., Geenen, R., & Van Loey, N. E. (2018). Mother, father and child traumatic stress reactions after paediatric burn: Within-family co-occurrence and parent-child discrepancies in appraisals of child stress. *Burns*, 44(4), 861-869.
- Elsous, A., Ouda, M., Mohsen, S., Al-Shaikh, M., Mokayad, S., Abo-Shaban, N., & vd. (2016). Epidemiology and outcomes of hospitalized burn patients in Gaza Strip: A descriptive study. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 26(1), 9–16. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v26i1.4>
- Emirza, M. A. A., Bican, A., Bora, İ., & Özkaya, G. (2012). Uyku laboratuvarında kimler uyuyor? Bir retrospektif çalışma. *Türk Nöroloji Dergisi*, 18(1), 21-25.
- Erdoğan, T., Ünsar, A. S., & Süt, N. (2009). Stresin çalışanlar üzerindeki etkileri: Bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2), 447–461.
- Eren, E. (2010). *Örgütsel davranış ve yönetim psikolojisi*. Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Eroğlu, F. (2013). *Davranış bilimleri*. Beta Yayınları.
- Eryılmaz, A. (2009). Ergenlik döneminde stres ve başa çıkma. *Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(2), 20–37.
- Eryılmaz, D. (2009). Ergenlik döneminde stres ve başa çıkma. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(2), 20-37.
- Eti Aslan, F. (2024). *Cerrahi bakım vaka analizleri ile birlikte* [Surgical care with case analyses] (pp. 145–178). Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Evers, L. H., Bhavsar, D., & Mailänder, P. (2010). The biology of burn injury.

Experimental Dermatology, 19(9), 777–783.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0625.2010.01105.x>

- Farzan, R., Parvizi, A., Haddadi, S., Sadeh Tabarian, M., Jamshidbeigi, A., Samidoust, P., & vd. (2023). Effects of non-pharmacological interventions on pain intensity of children with burns: A systematic review and meta-analysis. *International Wound Journal*, 20(7), 2898–2913.
<https://doi.org/10.1111/iwj.14147>
- Gedik, D. E. (2024). Akut Yanıkta Çocuk Hastanın Rehabilitasyonu. *Türkiye Klinikleri Pediatric Surgery-Special Topics*, 14(1), 64-69.
- George, B., Such confrontationsithra, T. V., & Bhatia, N. (2021). Burn injury induces elevated inflammatory traffic: The role of NF-κB. *Inflammation Research*, 70(1), 51–65. <https://doi.org/10.1007/s00011-020-01407-9>
- Gök İ, (2020). *Çocuğunda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı olan ebeveynlerin kronotip ve uyku özelliklerinin araştırılması*. Uzmanlık Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Gökler, R. (2012). Modern çağın hastalığı; Stres ve etkileri. *Journal of History Culture and Art Research*, 1(3), 154–168.
- Gökler, R., & Işıtan, İ. (2012). Modern çağın hastalığı: Stres ve etkileri. *Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi*, 1(3), 154-168.
- Göktaş, K., & Özkan, İ. (2006). Yaşlılarda uyku bozuklukları. *Türk Geriatri Dergisi*, 9(4), 226-233.
- Griffiths, C. (2017). How are parents affected when their child has an injury that causes a change in appearance? *Journal of Aesthetic Nursing*, 5(2), 79–81.
- Gümüş, K., & Özlü, Z. K. (2017). İhmal edilen bir hemşirelik bakım alanı: Yanık bakımı. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(4), 72–79.
- Güneş, Z. (2018). Uyku sağlığının korunmasında uyku hijyeninin rolü ve stratejileri. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(2), 188-198.
- Hackett, R. A., & Steptoe, A. (2017). Type 2 diabetes mellitus and psychological stress—A modifiable risk factor. *Nature Reviews Endocrinology*, 13(9), 547-560.
- Hall, E., Saxe, G., Stoddard, F., Kaplow, J., Koenen, K., Chawla, N., ... & King, D. (2006). Posttraumatic stress symptoms in parents of children with acute burns. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 403-412.
- Harma, B. (2023). *Çocuk yanıkları*. Özgür Yayınları.
- Hashemi, S. S., Sharhani, A., Lotfi, B., Ahmadi-Juibari, T., Shaahmadi, Z., & Aghaei, A. (2017). A systematic review on the epidemiology of pediatric burn in Iran. *Journal of Burn Care & Research*, 38(6), e944–e951.
<https://doi.org/10.1097/BCR.0000000000000502>
- Hawkins, L., Centifanti, L. C., Holman, N., & Taylor, P. (2019). Parental adjustment following pediatric burn injury: The role of guilt, shame, and self-compassion.

Journal of pediatric psychology, 44(2), 229-237.

- Heath, J., Williamson, H., Williams, L., & Harcourt, D. (2018). Parent-perceived isolation and barriers to psychosocial support: A qualitative study to investigate how peer support might help parents of burn-injured children. *Scars, burns & healing*, 4, 2059513118763801. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/2059513118763801>.
- Hene, I. Z., & Vet, J. E. H. M. (2014). Burns. In A. D. Bersten & N. Soni (Eds.), *Oh's intensive care manual* (7th ed., pp. 970–971). Elsevier.
- Hermans, M. H. (2019). Yanık bakımına giriş [Introduction to burn care]. *Cilt ve Yara Bakımında Gelişmeler*, 32(1), 9–18.
- Hornsby, N., Blom, L., & Sengoelge, M. (2020). Psychosocial interventions targeting recovery in child and adolescent burns: A systematic review. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(1), 15–33. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsz087>
- Housen, T., Lenglet, A., Shah, S., Sha, H., Ara, S., Pintaldi, G., & Richardson, A. (2019). Trauma in the Kashmir Valley and the mediating effect of stressors of daily life on symptoms of posttraumatic stress disorder, depression, and anxiety. *Conflict and Health*, 13(1), 58-67.
- Hsu, K. C. (2023). The impact of long-term outcomes on caregivers of burn victims. *Burns*, 49(2), 317-328.
- Huo, T., Zou, R., Liu, Y., Li, Q., Tang, W., Ruan, J., ... & Liu, S. (2024). The association of stress perception on anxiety, depression and sleep quality in parents of children with burns: The moderating effect of social support. *Burns*, 50(6), 1652-1661.
- İşçi M. N, (2022). *Özel gereksinimli çocuğa sahip ebeveynlerde belirsizliğe tahammülsüzlük ve psikolojik sağlık düzeylerinin yaşamın anlamını yordamadaki rolü*. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Işık Andsoy, I. (2018). Yanıklar ve hasta bakımı [Burns and patient care]. In S. Çelik (Ed.), *Güncel yöntemlerle cerrahi hastalıklarında bakım* (Vol. 1, pp. 157–182). Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Işıkhani, V. (2001). Çalışma hayatında stres olgusu ve başa çıkma yolları. *Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu Dergisi*, 39, 27-30.
- Jeschke, M. G. (2015). Yanık hasarının fizyopatolojisi [Pathophysiology of burn injury]. (A. Erkiş, M. S. Yıldırım, & H. Analay, Trans.). In M. G. Jeschke, L. P. Kamolz, & S. Shahrighi (Eds.), *Yanık bakımı ve tedavisi pratik klavuz* [Practical guide to burn care and treatment] (pp. 13–26). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Jeschke, M. G., van Baar, M. E., Choudhry, M. A., Chung, K. K., Gibran, N. S., & Logsetty, S. (2020). Burn injury. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), Article 11. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0145-5>

- Kanan, N. (2012). Yanıkta hemşirelik bakımı [Nursing care in burns]. In G. Aksoy, N. Kanan, & N. Akyolcu (Eds.), *Cerrahi hemşireliği* [Surgical nursing] (pp. 115–152). Nobel Kitapevi.
- Karabağ, G. (2011). *Termal yanıklı hastaların medikolegal değerlendirmesi* (Uzmanlık tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Karabağlı, A. (2024). *Vaka senaryosu üzerinden yanık hemşirelerinin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Karahan, S., & Tunçbilek, Z. (2019). Yanık. In S. Şenol Çelik & A. Karadağ (Eds.), *Hemşirelik bakım planları: Tanılar, girişimler ve sonuçlar* (1st ed., pp. 752–766). Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Karakaş, S., Gönültaş, N., & Okanlı, A. (2017). Vardiyalı çalışan hemşirelerde uyku kalitesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 17-26.
- Karakoç, B. (2009). *Uyku kalitesi üzerine bir çalışma: Özel dal hastanesi sağlık çalışanları* (Yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Karamustalıoğlu, O. (Ed.). (2018). *Temel ve klinik psikiyatri kitabı*. Güneş Tıp Kitabevi.
- Kaya, M., Üner, S., Karanfil, E., Uluyol, R., Yüksel, F., & Yüksel, M. (2007). Birinci basamak sağlık çalışanlarının tükenmişlik durumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5), 357-363.
- Kaynak, H., & Ardiç, S. (2001). *Uyku fizyolojisi ve hastalıkları*. Nobel Tıp Kitabevi.
- Keskin, N., & Tamam, L. (2018). Uyku bozuklukları: Sınıflama ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 27(2), 241-260.
- Kington, J. (2015). Yanıklı hastalarda hemşirelik bakımı [Nursing care in burn patients]. (A. Erkılıç, M. S. Yıldırım, & H. Analay, Trans.). In M. G. Jeschke, L. P. Kamolz, & S. Shahrighi (Eds.), *Yanık bakımı ve tedavisi pratik klavuz* [Practical guide to burn care and treatment] (pp. 111–147). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Koçak, F. B., & Amuk, N. G. (2023). Mandibular retrognatizi olan adölesanlarda Herbst ve Twin-Blok aparey tedavilerinin; psikososyal durum ve subjektif uyku kalitesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 32(1), 124-129.
- Korzeniowski, T., Mertowska, P., Mertowski, S., Podgajna, M., Grywalska, E., Strużyna, J., & Torres, K. (2022). The role of the immune system in pediatric burns: A systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 11(8), Article 2262. <https://doi.org/10.3390/jcm11082262>
- Krasnoff, C. C.; Grigorian, A.; Chin, T.; Joe, V.; Kong, A.; Barrios, C.; Kuza, C. M.; Nahmias, J. (2021). Pediatric burn trauma patients have longer hospital stays compared with trauma-only patients: A propensity-matched analysis. *Burns*,

47, 78–83.

- Kryger, M., Roth, T., & Dement, W. (2017). *Principles and practice of sleep medicine* (6th ed.). Elsevier.
- Kuday, N., & Akpınar, B. (2020). Okul yöneticilerinin teknoloji kaynaklı strese ilişkin görüşlerinin çeşitli değişkenlere göre değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Eğitim Dergisi*, 3(1), 29–45.
- Kurt, İ. (2010). Rol stres kaynakları ve iş tatmini arasındaki ilişkide amirin algılanan sosyal desteğinin etkisi. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2(1), 79–87.
- Kurt Özkaya, N., Alğan, S., & Akkaya, H. (2014). Yanıklı hastanın değerlendirilmesi ve tedavi yaklaşımının belirlenmesi. *Ankara Medical Journal*, 14(4), 153–160. <https://doi.org/10.17098/amj.10837>
- Kuru, E. (2000). *Sporda psikoloji*. Gazi Üniversitesi İletişim Fakültesi Basımevi, Ankara.
- Kut, A., Basaran, O., Noyan, T., Arda, I. S., Akgün, H. S., & Haberal, M. (2006). Epidemiologic analysis of patients with burns presenting to the burn units of a university hospital network in Turkey. *Journal of Burn Care & Research*, 27(2), 161–169. <https://doi.org/10.1097/01.BCR.0000203470.32514.47>
- Landolt, M. A., Grubenmann, S., & Meuli, M. (2002). Psychological long-term adjustment in children with burns. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(8), 705–712. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/27.8.705>
- Landolt, M. A., Grubenmann, S., & Meuli, M. (2000). Psychological long-term adjustment in children with head burns. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 49(6), 1040-1044.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 1–22.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing.
- Levent, Ö. (2014). Yanıtını arayan eski bir soru: Niçin uyuruz? *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 70(4), 114–115.
- Lieberman, H. R. (2003). Nutrition, brain function and cognitive performance. *Appetite*, 40(3), 245–254.
- Lieberman, H. R. (2003). Nutrition, brain function and cognitive performance. *Appetite*, 40, 245-254.
- Mate, G. (2012). *Vücudunuz hayır diyorsa* (D. Orhun, Çev.). İletişim Yayıncılık.
- McGarry, S.; Elliott, C.; McDonald, A.; Valentine, J.; Wood, F.; Girdler, S. (2014). “It's not just a little accident”: A qualitative understanding of pediatric burns from the parents' perspective. *Disability and rehabilitation*, 37(1), 41-50.
- Moore, R. A. (2018). Rule of Nines. *Southern Illinois University School of Medicine*.

- Nielson, C. B., Duethman, N. C., Howard, J. M., Moncure, M., & Wood, J. G. (2017). Burns: Pathophysiology of systemic complications and current management. *Journal of Burn Care & Research*, 38(1), e469–e481. <https://doi.org/10.1097/BCR.0000000000000355>
- Nomaguchi, K. M., & Milkie, M. A. (2003). Costs and rewards of children: The effects of becoming a parent on adults' lives. *Journal of marriage and family*, 65(2), 356-374.
- Ogilvie, R. P., & Patel, S. R. (2018). The epidemiology of sleep and diabetes. *Current Diabetes Reports*, 18(10), 82-93.
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6(2), 97–111.
- Ohgi, S., & Gu, S. (2013). Pediatric burn rehabilitation: Philosophy and strategies. *Burns & Trauma*, 1(2), 73–79. <https://doi.org/10.4103/2321-3868.118930>
- Okutan, A. (2018). *Sağlık çalışanlarında uyku kalitesi ve yorgunluğun değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Onat, M., & Akçay, E. (2024). Çocuk yanık hastalarında görülen psikiyatrik sorunlar. In M. Abeş (Ed.), *Çocuklarda yanıklara yaklaşım ve tedavi* (1st ed., pp. 70–75). Türkiye Klinikleri.
- Ordin, Y. S., & Sütsünbuloğlu, E. (2017). Yanık yaraları ve hemşirelik bakımı [Burn wounds and nursing care]. *Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Nursing Special Topics*, 3(1), 216–223.
- Örücü, E., Kılıç, R., & Ergül, A. (2011). Çalışma yaşamında stresin bireysel performans üzerindeki etkileri: Eğitim ve sağlık çalışanlarına yönelik bir araştırma. *Akademik Bakış Dergisi*, 26, 1-21.
- Özer, N. G. ve Vural, F. (2018). Çocukluk yaş dönemi özelliklerinin yanık üzerine etkisi ve yanıklı çocuklara yönelik bakım önerileri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(3), 257-260
- Özkaya, M. O., Yakın, V., & Ekinci, T. (2008). Stres düzeylerinin çalışanların iş doyumuna üzerine etkisi: Celal Bayar Üniversitesi çalışanları üzerine ampirik bir araştırma. *Celal Bayar Üniversitesi İİBF Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 15(1), 163-179.
- Özkaya, N. K., Alğan, S., & Akkaya, H. (2014). Yanıklı hastanın değerlendirilmesi ve tedavi yaklaşımının belirlenmesi [Evaluation of burn patients and determination of treatment approach]. *Ankara Medical Journal*, 14(4), 170–175.
- Özlü, Ö., & Başaran, A. (2022). Epidemiology and outcome of 1442 pediatric burn patients: A single-center experience. *Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Dergisi*, 28(1), 57–61. <https://doi.org/10.14744/tjtes.2021.81751>
- Palmieri, T. L. (2016). Pediatric burn resuscitation. *Critical Care Clinics*, 32(4),

- Parrett, B. M., vd. (2006). Fourth-degree burns to the lower extremity with exposed tendon and bone: A ten-year experience. *Journal of Burn Care & Research*, 27(1), 34–39. <https://doi.org/10.1097/01.bcr.0000192265.17806.06>
- Patterson, G. T., Chung, I. W., & Swan, P. G. (2012). The effects of stress management interventions among police officers and recruits. *Campbell Systematic Reviews*, 7(1), 1-53.
- Peden, M. (2009). World report on child injury prevention calls for evidence-based interventions. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, 16(1), 57–58. <https://doi.org/10.1080/17457300802647697>
- Peuhkuri, K., Sihvola, N., & Korpela, R. (2012). Diet promotes sleep duration and quality. *Nutrition Research*, 32(5), 309-319.
- Ravindran, V., Rempel, G. R., Ogilvie, L. (2013). Embracing survival: A grounded theory study of parenting of burn-stricken children. *Burns*, 39, 589–598.
- Rechenberg, K., Whittemore, R., Holland, M., & Grey, M. (2017). General and diabetes-specific stress in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 130, 1-8.
- Roehrs, T., & Roth, T. (2008). Caffeine: Sleep and daytime sleepiness. *Sleep Medicine Reviews*, 12(2), 153-162.
- Romanowski, K. S., & Palmieri, T. L. (2017). Pediatric burn resuscitation: Past, present, and future. *Burns & Trauma*, 5, Article 26. <https://doi.org/10.1186/s41038-017-0091-7>
- Saeman, M. R., Hodgman, E. I., Burris, A., Wolf, S. E., Arnoldo, B. D., Kowalske, K. J., & Phelan, H. A. (2016). Epidemiology and outcomes of pediatric burns over 35 years at Parkland Hospital. *Burns*, 42(1), 202–208. <https://doi.org/10.1016/j.burns.2015.10.011>
- Santos, M., Ferraz, A., Garcia, M., Pereira, M.G. (2024). Perceptions and experiences of parents of burn-injured children during hospital stay: A Need for integrated care. *Healthcare*, 12, 614. <https://doi.org/10.3390/healthcare12060614>.
- Sarıtaş, A., Çıkman, M., Çandar, M., Kandiş, H., & Baltacı, D. (2011). Kliniğimize başvuran adli nitelikteki yanık vakaların geriye dönük analizi: 4 yıllık tecrübe [Retrospective analysis of forensic burn cases admitted to our clinic: A 4-year experience]. *Düzce Tıp Dergisi*, 13(3), 29–33.
- Sarp, N. (2000). Hekim ve stres yönetimi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 53(2), 133–137.
- Savcı, M., & Aysan, F. (2014). Üniversite öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ile stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2014(3), 44–56.
- Saygın, M., & Özgüner, M. (2020). Uykunun mikro yapısı ve mimarisi. *Uyku*

- Selye, H. (2013). The evolution of the stress concept: The originator of the concept traces its development from the discovery in 1936 of the alarm reaction to modern therapeutic applications of syntoxic and catatoxic hormones. *American Scientist*, 61, 692-699.
- Senemoğlu, P. (2017). *Sağlık kuruluşlarında örgütsel stres: İlaç mümessilleri üzerine bir araştırma* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Shank, E. S., Cote, C. J., & Martyn, J. (2019). Burn injuries. In C. J. Cote, J. Lerman, & B. J. Anderson (Eds.), *Cote and Lerman's a practice of anesthesia for infants and children* (6th ed., pp. 820–839). Elsevier.
- Siegel, J. M. (2008). Do all animals sleep? *Neuroscience*, 31(3), 208–213.
- Stranks, J. (2005). *Stress at work: Management and prevention*. Elsevier Book Aid International.
- Strobel, A. M., & Fey, R. (2018). Emergency care of pediatric burns. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 36(2), 441–458. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2017.12.010>
- Suluhan, D., & Şahin, S. (2024). Çocuk yanık hastasında hemşirelik bakımı. *Türkiye Klinikleri Pediatric Surgery - Special Topics*, 14(1), 36–42.
- Şahin, A. (2011). *Karaman il merkezindeki beden eğitimi öğretmenlerinin ve sınıf öğretmenlerinin ilk yardım konusundaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması* [city center] (Yüksek lisans tezi). Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Karaman.
- Şahin, L., & Aşçıoğlu, M. (2013). Uyku ve uykunun düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 93–98.
- Şahin, N. H., & Basım, H. N. (2011). A tipi kişilik ve stres ilişkisinde üç önemli bileşen: Öfke, etkisiz başa çıkma ve iş saplantısı. *Türk Psikoloji Dergisi*, 26(68), 31–44.
- Şenel, E. (2024). Türkiye’de çocuk yanıklarının tarihçesi. In M. Abeş (Ed.), *Çocuklarda yanıklara yaklaşım ve tedavi* (1st ed., pp. 1–7). Türkiye Klinikleri.
- Şenol, V., Soyuer, F., Pekşen Akça, R., & Argün, M. (2012). Adölesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 14, 93-102.
- Tarhan, N. (2002). *Stresi mutluluğa dönüştürmek*. Timaş Yayınları.
- Taylor, S. E. (2018). *Health psychology* (10th ed.). McGraw-Hill Education.
- Telman, N., & Ünsal, P. (2004). *Çalışan memnuniyeti*. Epsilon Yayıncılık.
- Thorpy, M. J. (2012). Classification of sleep disorders. *Neurotherapeutics*, 9(4), 687–701.
- Tokay, R., Akın, S., & Özbek, S. (2005). *Temel ve sistematik cerrahi* [Basic and

systematic surgery]. Güven Kitabevi.

- Tollow, P., Stock, N. M., & Harcourt, D. (2022). Exploring parents' attitudes towards a multicentre cohort study of children with burns injuries: A qualitative interview study. *Scars, Burns & Healing*, 8, 20595131221098526. <https://doi.org/10.1177/20595131221098526>
- Toydemir, A. E. (2005). *Eğitim yaşantısında stres yaratan faktörler: KHO, HHO, DHO ve sivil üniversite öğrencileri karşılaştırması* (Yüksek lisans tezi). Kara Harp Okulu Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Törüner, E., & Büyükgönenç, L. (2017). Çocuklarda deri hastalıkları ve problemleri [Skin diseases and problems in children]. In *Çocuk sağlığı: Temel hemşirelik yaklaşımları* [Child health: Basic nursing approaches]. Nobel Tıp Kitabevi.
- Tully, C. B., Amatya, K., Batra, N., Inverso, H., & Burd, R. S. (2022). Parent resilience after young child minor burn injury. *Families, Systems, & Health*, 40(3), 322–331. <https://doi.org/10.1037/fsh0000714>
- Tuna, Z., & Çetin, C. (2010). Yanıklı hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler [Quality of life in burn patients and factors affecting it]. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17(2), 1–12.
- Tuncel, D., & Orhan, F. Ö. (2009). Parasomniler: Tanı, sınıflama ve klinik özellikleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(3), 280-297.
- Tutar, H. (2016). *Kriz ve stres yönetimi* (4. baskı). Seçkin Yayıncılık.
- Tutar, H., Yılmaz, M. K., & Erdönmez, C. (2008). *İşletme becerileri grup çalışması*. Nobel Yayınevi.
- Türk Dil Kurumu. (2025). www.sozluk.gov.tr.
- Vardar, S. A. (2005). Egzersiz ve uyku ilişkisi tam olarak biliniyor mu? *Genel Tıp Dergisi*, 15(4), 173-177.
- Vural, F., & Özlü, N. G. Ö. (2020). Yanıklı hasta bakımında güncel rehberlerin önerileri [Recommendations of current guidelines in burn patient care]. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(2), 187–193.
- Walker, M. (2017). *Why we sleep: Unlocking the power of sleep and dreams*. Scribner.
- Wang, S., Li, D., Shen, C., Chai, J., Zhu, H., Lin, Y., & vd. (2016). Epidemiology of burns in pediatric patients of Beijing City. *BMC Pediatrics*, 16(1), Article 166. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0696-1>
- World Health Organization. (2023, October 13). *Burns*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns>, Erişim tarihi: 10.01.2025.
- Yamak, B. (2015). *Adölesanların fiziksel uygunluk seviyelerinin vücut imajı, benlik tasarımı ve stres düzeyine etkisi* (Doktora tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Samsun.
- Yasa, M. K., & Karaca Sivrikaya, S. (2021). Yoğun bakımda yanıklı hastalarda

- enfeksiyon kontrolü ve bakım yönetimi [Infection control and care management in burn patients in intensive care]. *Aktüel Tıp Dergisi*, 30(2), 68–75.
- Yavuz, R. (2005). *Stres ve kişilik*. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi.
- Yılmaz, H., Tuncel, D., Aksu, M., Akyıldız, U. O., Alp, R., Arslan, K., ... & diğerleri (2014). Uyku bozukluklarında tedavi rehberi. *Smyrna Tıp Dergisi*, 97, 15-39.
- Yılmazer, T. T. (2002). Uyku bozuklukları ve birinci basamak sağlık hizmetleri açısından önemi. *Smyrna Tıp Dergisi*, 94-97.
- Yildiz, M., Sener, M., & Aydın, H. (2006). Electrical burns of the upper extremity. *Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 32(1), 81–84.
- Yorgancı, K. (2011). Erken yönetim (ilk müdahale) ve sıvı resüsitasyonu [Early management (first aid) and fluid resuscitation]. *Journal of the Turkish Society of Intensive Care*, 9(Suppl.), 7–10.
- Young, A. W., Dewey, W. S., & King, B. T. (2019). Rehabilitation of burn injuries: An update. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 30(1), 111–132. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2018.08.004>
- Zor, F., Ersöz, N., Külahçı, Y., vd. (2009). Birinci basamak yanık tedavisinde altın standartlar [Gold standards in primary burn treatment]. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3), 219–225.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

İsim Soyisim : GÜLER TEKEŞ
Doğum Tarihi : 1981-09-02
Doğum Yeri : KULP
Telefon : 05054995358
E-Posta : gulertekes21@gmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Okul	Bölüm	Baş. Yılı	Bit. Yılı
Harran Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü hemşirelik	2023	2025

Danışman: Prof. Dr. Hülya KARATAŞ

EKLER

EK 1

T.C
DİYARBAKIR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı: 297 Tarih: 27/12/2024

Konu: Onay yazısı

Sayın: Sorumlu Araştırmacı : Prof.Dr.Hülya KARATAŞ
Yrd.Araştırmacı : Hem.Güler TEKEŞ

"Yanık Çocukların Ebeveynlerinde Algılanan Stres Ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki; Çocuğun Psikososyal Durumunun Araç Etkisi " çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Cengiz DEMİR
Etik Kurul Başkanı

EK-1: ETİK KURUL İZİNİ

EK 2

Algılanan Stres Ölçeği	HİÇ	NEREDEYSE HİÇ	BAZEN	SIKÇA	ÇOK SIK
Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkta üzüldünüz?	0	1	2	3	4
Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?	0	1	2	3	4
Son bir ay içinde kendinizi ne sıklıkta, gergin ve stresli hissettiniz?	0	1	2	3	4
Son bir ay içinde, yaşamınızdaki can sıkıcı durumlarla ne sıklıkta başarılı bir biçimde baş ettiniz?	0	1	2	3	4
Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızda meydana gelen önemli değişikliklerle etkili bir biçimde başa çıktığınızı hissettiniz?	0	1	2	3	4
Son bir ay içinde ne sıklıkta, kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?	0	1	2	3	4
Son bir ay içinde ne sıklıkta, işlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?	0	1	2	3	4
Son bir ay içinde ne sıklıkta, yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?	0	1	2	3	4
Son bir ay içinde yaşamınızdaki rahatsız edici olayları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?	0	1	2	3	4
Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki olaylara hakim olduğunuzu hissettiniz?	0	1	2	3	4
Son bir ay içinde, kontrolünüz dışında gerçekleşen şeylerden dolayı ne sıklıkta öfkeleniniz?	0	1	2	3	4
Son bir ay içinde ne sıklıkta, üstesinden gelmek zorunda olduğunuz şeyler üzerinde düşündünüz?	0	1	2	3	4
Zamanınızı nasıl geçirdiğinizi son bir ay içinde ne sıklıkta kontrol edebildiniz?	0	1	2	3	4
Son bir ay içinde ne sıklıkta, güçlüklerin, üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?	0	1	2	3	4

Algılanan stres ölçeği beşli likert tipi dereceleme ölçeği olarak geliştirilen ölçekte 14 madde bulunmaktadır. Ölçek, "hiç(0), neredeyse hiç "(1), "bazen" (2), "sıkça" (3)"çok sık" (4) seçeneklerinden oluşmaktadır.

EK-3: ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ

Güçler- Güçlükler Anketi

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

AB 417.

Her otuz beş kişi, Özgür Doğan, Kanan Özgür, Ferman Özgür katillerinin isimleri geçmektedir. Karşılıklı tüm alimlerin ya da size anlatan kişiler de cinayetler gerçekleşen bu cinayetleri postmortem her yedinci dakikta, bütün postmortem konuşmaları son 6 ay içindeki derinleşen gittikçe daha da derinleşmektedir.

Coğrafya Adı: _____

Kant / Aristotle

Duygun Yazici: _____

[illegible][illegible]

Lütfen sayfayı çeviriniz - arka sayfada birkaç soru daha var

EK 4

Genel olarak, çocuğunuzun aşağıdaki aktiviteleri birinde ya da daha fazlasında güçlüğü yaşadığını düşünüyor musunuz? Duygular, dikkat toplama, davranışlar, beklentiler ile başa çıkma?

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Ortalama	Evet-Çok
☐	☐	☐	☐

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlükler ile ilgili soruları yanıtlayınız.

• Bir önceki soruda belirttiğiniz bu güçlükler ne zamanlar var?

1 aydan az	1 - 3 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
☐	☐	☐	☐

• Bu güçlükler çocuğunuzun okuması sokuyor ya da okumayı bırakıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Ortalama	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

• Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Ortalama	Çok Fazla
Ev yaşamı	☐	☐	☐	☐
Arkadaş ilişkileri	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenimi	☐	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri	☐	☐	☐	☐

• Bu güçlükler size ya da ailenize zararlı yapıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Ortalama	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

İmza: _____

Tarih: _____

Anne / Baba / Diğer (Üstün belirtiniz): _____

EK-4: GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ

EK 5

PİTTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ (PUKI)

1. Geçen hafta geceleri genellikle ne zaman yattınız?
a.genel yatış saati
 2. Geçen hafta geceleri uykuya daldığınız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?
a.dakika
 3. Geçen hafta sabahları genellikle ne zaman kalktınız?
a.genel kalkış saati
 4. Geçen hafta geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)
.....saat (bir gecedeki uyku süresi)
- Aşağıdaki soruların her biri için uygun cevabı seçiniz.**
5. Geçen hafta aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?
- (a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız
- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den c) Haftada 1 veya 2 kez
d) Haftada 3 veya 4
- (b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız
- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den c) Haftada 1 veya 2 kez
d) Haftada 3 veya 4
- (c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız
- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den c) Haftada 1 veya 2 kez
d) Haftada 3 veya 4
- (d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz
- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den c) Haftada 1 veya 2 kez
d) Haftada 3 veya 4
- (e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız
- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den c) Haftada 1 veya 2 kez
d) Haftada 3 veya 4
- (f) Aşırı derecede üşüdünüz
- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den c) Haftada 1 veya 2 kez
d) Haftada 3 veya 4

EK-5: PİTTSBURG UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ

EK 6

- (g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz
- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den 4 c) Haftada 1 veya 2 kez
d) Haftada 3 veya 4
- (h) Kötü rüyalar gördünüz
- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den 4 c) Haftada 1 veya 2 kez
d) Haftada 3 veya 4
- (i) Ağrı duydunuz
- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den 4 c) Haftada 1 veya 2 kez
d) Haftada 3 veya 4
- (j) Diğer nedenler lütfen belirtiniz
- Geçen hafta diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız
- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den 4 c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya 4
6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.
- a) Çok iyi b) Oldukça iyi c) Oldukça kötü d) Çok kötü
7. Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?
- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den 4 c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya 4
8. Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?
- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den 4 c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya 4
9. Geçen hafta bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızı ne derecede problem oluşturdu?
- a) Hiç problem oluşturmadı b) Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
c) Bir dereceye kadar problem oluşturdu d) Çok büyük bir problem oluşturdu
10. Bir yatak partneriniz var mı?
- a) Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok
b) Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var
c) Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil
d) Partner aynı yatakta

EK-5: PİTTSBURG UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ

EK 7

11. Eğer bir oda arkadaşı veya yatakl partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkta yaşadığınızı sorun
- (a) Gürültülü horlama
- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den 1 c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya 4
- (b) Uyku sırasında nefes alıp verme arasında uzun aralıklar
- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den 1 c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya 4
- (c) Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama
- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den 1 c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya 4
- (d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık
- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den 1 c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya 4
- (e) Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz.....
- a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den 1 c) Haftada 1 veya 2 kez d) Haftada 3 veya 4

EK-5: PİTTSBURG UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ

EK 8



EK-6: ÖLÇEK İZİNLERİ

EK 9

tezi kapsamında taratınızdan geçerlik guvenirligi
yapılmış olan "Algılanan Stres Ölçeği"ni uygun
görmeniz halinde çalışmamızda kullanmak
istiyorum. İzin konusunda yardımcı olabilir
misiniz? İyi çalışmalar diliyorum.
Saygılarımla

Prof.Dr.Hülya Karataş
Harran Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Çocuk Sağ ve Hast Hemş AD



MEHMET ESKİN 11:21

alıcı: ben v



İngilizce diline çevir

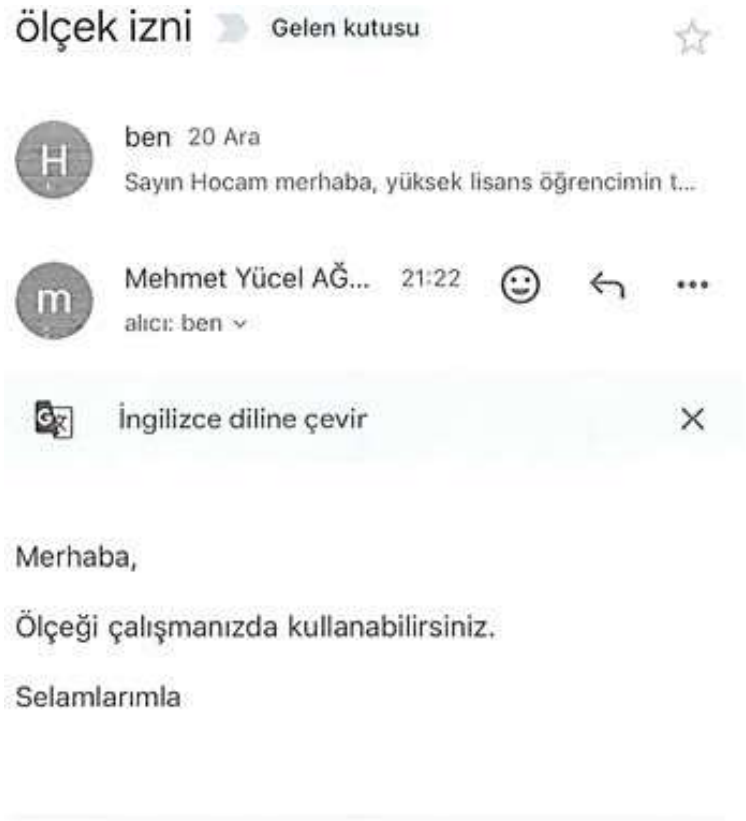


Kullanabilirsiniz başarılar

20 Ara 2024 Cum 15:07 tarihinde Hülya Karataş
<hulya.karatas@harran.edu.tr> şunu yazdı:

EK-6: ÖLÇEK İZİNLERİ

EK 10



EK-6: ÖLÇEK İZİNLERİ

EK 12**EK-2. TANITICI BİLGİ FORMU**

1. Yaşınız (Belirtiniz):
2. Ebeveyn: () Anne () Baba.....
3. Halen yaşadığınız sosyal çevre: () İl () İlçe () Kasaba () Köy
4. Babanın Eğitim Durumu: () Okuryazar değil () Okuryazar () ilkokul
() Ortaokul () Lise () Lisans () Lisansüstü
5. Annenin Eğitim Durumu: () Okuryazar değil () Okuryazar () ilkokul
() Ortaokul () Lise () Lisans () Lisansüstü
6. Gelir durumunuz nedir?: () Düşük gelir () Orta gelir () Yüksek gelir
7. Çocuk sayısı: () 1 () 2 () 3 () 4 ve üstü
8. Çalışıyor musunuz? : () Evet () Hayır
9. Hastanın tanısı nedir?
10. Hastanın cinsiyeti nedir? () Kadın () Erkek
11. Hastanın yaşını belirtiniz:
12. Hastada gelişen yanık alanının derecesi nedir?
() 1° () 2° () 3°
13. Hastada gelişen yanık alanının genişliği nedir?
() < %10 () %10 - %20 () > %20
14. Yanık nedeni? () Haşlanma yanıkları () Temas yanıkları () Alev yanıkları
() Kimyasal yanıklar () Elektrik yanıkları
15. Hastanın hangi vücut bölgelerinde yanıklar oluştu?
() Baş () Boyun () Yüz () Gövde () Kollar
() Eller () Bacaklar () Ayaklar () Genital bölge
16. Hasta yatarak tedavi gördü mü? () Evet () Hayır
17. Evet ise yatış süresi;
() < 10 gün () 10 – 20 gün () >20 gün
18. Hasta yanık nedeniyle ameliyat oldu mu? () Evet () Hayır
19. Hastada yanık tedavisi sonrası enfeksiyon gelişti mi? () Evet () Hayır

EK-2: TANITICI BİLGİ FORMU