

Yanıklı Çocukların Bakımı

Burn Care in Children

Naile KESGİN BODUÇ^a

^aDeri ve Zührevi Hastalıklar AD,
İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 08.03.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 06.08.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:
Naile KESGİN BODUÇ
İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,
Deri ve Zührevi Hastalıklar AD, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
naile_kesgin@hotmail.com

ÖZET Yanık, çocuklarda ölümlü sonuçlanan travma nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Yanık; çocuğu fiziksel, emosyonel ve sosyal açıdan etkiler. Hemşireler multidisipliner yanık ekibinin en büyük bileşenini oluşturmaktadır. Ağır yanıklı hastalar ve ailelerine akut ve sürekli bakımın her aşamasından itibaren bütüncül bir bakım sağlayarak hastaların iyileşmesine önemli katkılarda bulunurlar.

Anahtar Kelimeler: Yanık, çocuk, yoğun bakım, hemşirelik bakımı

ABSTRACT Burns in children are the third most common cause of trauma resulting in the death. Burn influences a child physically, emotionally and socially. Nurses are the largest members of the multidisciplinary burn team. They significantly contribute to the patients for there covery providing a holistic care for the severely burned patients and their families in every phase of acute and continuing care.

Key Words: Burn, children, intensive care, nursing care

Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2013;17(2):89-95

Isı, elektrik, kimyasal maddeler ve radyoaktif ışınlar ile meydana gelen doku harabiyetine yanık denir. Yanık, dokuda fizyolojik değişiklikler meydana getirerek hipovolemiye, enfeksiyona, şekil bozukluklarına, organ kayıplarına ve hatta ölümlere neden olabilir.¹ Bakımdaki önemli gelişmelere rağmen ölümlü sonuçlanan travma nedenleri arasında üçüncü sırada yer alan yanıktan, çocukların %3,9'unun öldüğü tahmin edilmektedir. Yanık, çocuğu fiziksel, emosyonel ve sosyal açıdan etkilemektedir.²⁻⁴

YANIK YARASININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Yanık yarasının değerlendirilmesinde; yanığın derinliği, yanık yüzeyinin genişliği, yanığın lokalizasyonu, yanık hastasının yaşı, yanıkla yaralanma mekanizması gibi faktörler göz önünde bulundurulur.

Yanığın Derinliği: Yanık yarası zarar gören deri katmanlarına göre birinci derece, ikinci derece, üçüncü derece ve dördüncü derece olarak sınıflandırılır.^{3,5-8}

Birinci derece yanık; Deri hafif ödemli, hipe-remik, kuru ve ağrılıdır. Epidermis hasarı vardır. Kapiller dolum ve bazal membran sağlam, bül yoktur (Resim 1).⁹ Güneş veya kısa süreli alev ve temas yanıklarında görülür. İyileşme 7-10 günde tamamlanır ve hiç skar gelişmez. Yara yerini kuruma ve çatlaklardan korumak için topikal pomadlar kullanılmalıdır.^{4-6,8,10-12}

İkinci derece yanık: İkinci derece yanıklar, yüzeysel ve derin yanıklar olarak kendi içinde ikiye ayrılırlar.^{8,11}

2.derece yüzeysel yanıklar; Tüm epidermis ve dermisen süperfisyel tabakası hasar görmüş olup dermisten ayrılmıştır. En karakteristik görüntü, içi plazma ve A vitamininden zengin sıvı ile dolu bül-lerdir (Resim 2).¹³ Sinir uçlarının koruyucu bariyerini kaybetmesi ve hava ile ilişkisi nedeniyle çok ağrılıdır. Kıl kökleri sağlam, genellikle iz bırakmaz ve yaklaşık 14 günde iyileşir.^{5,6,8,11,12}



RESİM 1: Birinci derece yanık.



RESİM 2: İkinci derece yüzeysel yanık.



RESİM 3: İkinci derece derin yanık.

2. derece derin yanıklar: Yanık hasarı dermisen daha derin tabakasına ulaşmıştır. Büyük miktarda nekrotik doku bulunması nedeniyle enfeksiyon gelişebilir. Büller oluşmuş, kapiller dolum, kıl kökleri ve ter bezleri etkilenmiştir (Resim 3).¹⁰ Sinir uçları tahrip olduğu için fazla ağrı olmaz bası duyusu vardır. İyileşmede yanığın derinliği kadar enfeksiyon olup olmadığı da önemlidir. Genellikle üç hafta içinde iz bırakarak iyileşir. Eskar eksizyonu ve greft gerekebilir. Kontrol edilemeyecek kadar enfekte olursa üçüncü derece yanığa dönüşür.^{5,6,8,10-12}

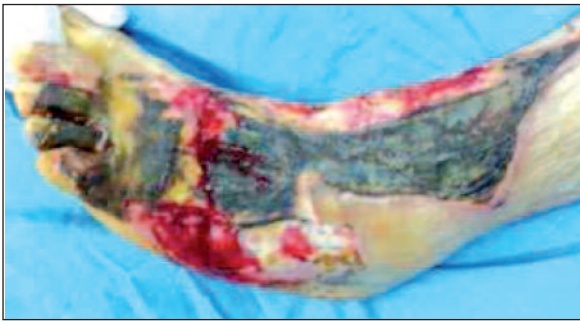
Üçüncü derece yanık; Epidermis ve dermisen tüm kat yanmış, dokular tahrip olmuştur (Resim 4).¹⁰ Ağrısızdır, kapiller dolaşım yoktur. İyileşme kendiliğinden olmaz. İyileşme için eskar eksizyonu ve greft gerekebilir ve iyileşme aylarca sürebilir.^{4-6,8,12}

Dördüncü derece yanık; Tüm deri katları, cilt altı yağ dokusu, kas, kemikler ve tendonlar zarar görmüştür. Kömürleşmiş bir görünüm vardır (Resim 5).¹⁰ Ekstremitte amputasyonu gerekebilir.^{5,6,10,12,14}

Yanık Yüzeyinin Genişliği: Yanık genişliği yanık alanının toplam vücut alanına yüzde olarak oranı ile tanımlanır. Çocuklarda baş ve boyun bölgesi erişkinlere göre daha fazla vücut yüzey alanını oluşturduğundan, yanık yüzeyinin genişliği ölçümü en doğru 'Lund ve Browder Kartları' kullanılarak yapılır (Tablo 1).² Toplam vücut yüzey



RESİM 4: Üçüncü derece yanık.



RESİM 5: Dördüncü derece yanık.

TABLO 1: Lund ve Browder kartları.

Bölge	0-1 yaş	1-4 yaş	5-9 yaş	10-14 yaş	15 yaş
Baş	19	17	13	11	9
Boyun	2	2	2	2	2
Ön gövde	13	13	13	13	13
Arka gövde	13	13	13	13	13
Sağ kalça	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Sol kalça	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Genital bölge	1	1	1	1	1
Sağ üst kol	4	4	4	4	4
Sol üst kol	4	4	4	4	4
Sağ ön kol	3	3	3	3	3
Sol ön kol	3	3	3	3	3
Sağ el	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Sol el	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
Sağ baldır	5.5	6.5	8	8.5	9
Sol baldır	5.5	6.5	8	8.5	9
Sağ bacak	5	5	5.5	6	6.5
Sol bacak	5	5	5.5	6	6.5
Sağ ayak	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
Sol ayak	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5
Toplam	100	100	100	100	100

alanını belirlemede kullanılan diğer yöntemler ise 'Dokuzlar Kuralı' ve 'Palmar Yöntem'dir.^{2-4,11} Yetişkinlerde kullanılan dokuzlar kuralı adolesanlarda kullanılabilir.² Bu kurala göre baş ve boyun %9 (boynun ön kısmı %1, arka kısmı %1), omuzlardan parmak uçlarına üst ekstremitelerden her biri %9, anterior ve posterior gövde ile her bir alt ekstremiteye ayak uçlarına kadar %18, kasık %1 olarak değerlendirilir. Palmar yöntemde tüm yüzey alanında, parmaklar bitişik olacak şekilde çocuğun avuç içi %1'e eşit kabul edilerek ölçülür.^{2,3,8,10} Bu yöntemin minör yanıkları değerlendirmede kullanılması önerilmektedir.³ Çok büyük yanıklarda yanmamış alan bu yöntemle hesaplanarak yanık yüzey alanı dolaylı olarak hesaplanabilir. Bu ölçümlere yüzeysel yanık alanlar dahil edilmemelidir.^{2,4}

Yanığın Lokalizasyonu: Göz, kulak, yüz, el, ayak ve genital bölge yanıkları "özellikli bölge yanıkları" olup deneyimli bir yanık ünite/merkezinde tedavi edilmelidir.^{10,11}

Yanık Hastanın Yaşı: Hastanın yaşı yanığın ciddiyetini, iyileşme sürecini ve mortaliteyi etkiler. Mortalite 4 yaşından küçüklerde özellikle de 0-1 yaş grubunda yüksektir.²

Yanıkla Yaralanma Mekanizması: Yanık türü, neden olan faktör ve temas süresi yanığın şiddetini belirler. Yanık beş kategoriye ayrılır; radyasyon, termal, elektrik, kimyasal ve inhalasyon yanıkları.^{3,5,6,8,11,12}

YANIK YARASININ SINIFLANDIRILMASI

Minör Yanıklar; Çocuklarda %10'dan az 2. derece, %2'den az 3. derece olan yanıklardır.^{2,10,11}

Orta Derecede Yanıklar; Çocuklarda %10-20 2. derece, %10'dan az 3. derece yanıklardır.¹⁰

Major Yanıklar; Çocuklarda %20'den fazla 2. derece, %10'dan fazla 3. derece yanıklardır.^{10,11} Ancak, yanık yüzdesi ne olursa olsun, yüz, göz, kulak, eller, ayaklar ve perine yanıkları, inhalasyon yanıkları ya da büyük travmalarla birlikte olan yanıklar ile önceden diyabet, konjestif kalp yetmezliği ya da kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda oluşan yanıklar da major yanık olarak kabul edilir.¹⁰

YANIK ÇOCUĞUN YANIK ÜNİTESİNE SEVK KRİTERLERİ

- On yaşından küçük çocuklarda % 10 ve daha geniş ikinci derece yanıklar.^{2,3,12}
- Tüm üçüncü derece yanıklar.²
- Yüz, el, ayak, genital bölge, perine veya majör eklem yanıkları.^{3,12}
- Elektrik ve yıldırım çarpmaları.^{3,12}
- Kimyasal yanıklar.^{3,12}
- İnhalasyon yanıkları.^{3,12}
- Çocuk istismarından şüphelenilen olgular.^{2,12}
- Eşlik eden travma ya da hastalığın olması.^{3,12}
- Hastanın sosyal ve emosyonel durumunun rehabilitasyonu gerektirmesi.^{3,12}

ÇOCUĞUN YANIK ÜNİTESİNE KABULÜ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Üniteye kabul edilen hastanın kayıt işlemleri yapılır. Hasta öncelikle pansuman odasına alınarak;

- Hava yolu açık tutulur ve solunumu desteklenir.^{4,12,15}
- Yanık olmayan bölgeden(yanıksız bölge bulunmadığında yanıklı bölgeden) intravenöz kateterizasyon sağlanır.^{4,15}
- Üriner kateterizasyon, nazogastrik kateterizasyon sağlanır (Gastrik İleus riski nedeniyle uygulanır.48 saat sonra ileus çözüldünce hasta oral beslenebiliyorsa çıkarılır).^{4,12}
- Anamnez alınır (yaralanmanın ne şekilde, nerede olduğu, hastanın bilinç durumu, yaranın yeri, kapalı-açık alanda yanma vb.).^{4,10,15}
- Hastanın yanık yüzeyi ve derinliği değerlendirilir.^{4,10,15}
- Pansumanı yapılır.
- Yanık olan ekstremiteler elevasyona alınır.

Havayolu Açıklığı ve Solunum: Hasta huzursuzluk, dispne, yutma güçlüğü, hızlı ve yüzeysel solunum açısından izlenir. Oksijen konsantrasyonu, arteriel kan gazları ve karboksihemoglobin düzeyleri değerlendirilir.⁸ Yüz ve boyun bölgesinde ciddi yanığı olan hastalarda, yanık nedeniyle gelişen ödem hava yolunu tıkayabileceğinden önceden en-

dotrokeal entübasyon uygulanmalıdır. Hastada karbonmonoksit zehirlenmesi varsa %100 oksijen başlanır.^{8,16} Hemşire öncelikle hastanın solunum hızını, akciğer seslerini, yüzündeki yanıkları, solunum sesi, göğüs hareketleri, trakeal sekresyonun rengi ile miktarı ve bilinç durumunu değerlendirmelidir. Hastanın iki saatte bir pozisyonu değiştirilir. Solunum ve öksürük egzersizleri yaptırılır ve bronkospazmı varsa bronkodilatatör ilaçlar başlanır.^{8,16}

Sıvı-Elektrolit, Kolloid Resüsitasyonu ve Komplikasyonları: Yanık, hücre zarına zarar verir ve hücre bütünlüğünde bozulma ile membranın geçirgenliğinde azalmaya neden olur. Sıvı ve elektrolitler (özellikle sodyum ve protein)zarar görmüş membrandan vücudun interstisyel alanına serbestçe geçer. İntravasküler sıvı volümünde düşüş ve interstisyel alanda artış sıvı- elektrolit anormalliklerine neden olur. Bu durum yanıktan sonra ilk 12 saatte çok ciddidir.³ Sıvı ve elektrolit dengesini kontrol etmede hücresel yanıtın yetersizliği, intravasküler sıvı kaybından dolayı yanık şokuna neden olur.^{3,17} Yanık yüzdesi ve derinliğine göre hastada ciddi sıvı kaybı oluşacağından hemodinaminin sağlanması için erken dönemde yoğun sıvı resüsitasyonuna gereksinim vardır.¹⁸ Sıvı replasmanı RingerLaktat gibi solüsyonlar ile başlatılır.^{2,12,18}

Hipermetabolizma ve Beslenme: Yanık gelişen çocukta diğer hastalıklarla karşılaştırıldığında metabolik hız ve yanık genişliği ile doğru orantılı olarak katabolizma artar.^{2,3,16,18} Çocuklarda metabolizmalarının hızlı, besin depolarının az olması ve metabolik stresin etkisi ile enerji depolarının kısa sürede boşalması nedeniyle erişkine göre daha kolay ve hızlı malnütrisyon gelişir.¹⁹ Yanıklı hastaya uygulanan tedavinin ve bakımın başarılı olabilmesi için hastanın yeterli ve dengeli beslenmesi son derece önemlidir.^{8,16,19} Çocuğun beslenmesine yönelik amaç, hastaların enerji gereksinimlerinin doğru bir şekilde belirlenmesi ve uygun beslenme desteğinin uygun yoldan verilmesidir.¹⁹ Erken dönemde beslenme desteği; katabolizmayı, hipoproteinemiyi, immünsüpresyonu, organ yetmezliği ve sepsisi önleyerek mortalite ve morbiditeyi azaltır. Yanıktan sonra genellikle ilk 24 saat içinde veya doğal beslenmenin sağlanamadığı yüz ve solunum

yolu yanıklarında, hastalarda enteral veya parenteral beslenme başlanmalıdır.^{3,8,16,18}

Enfeksiyon: Yanık sonucu derinin morfolojik ve fizyolojik bütünlüğü bozulmaktadır. Hücresel immün fonksiyonlarda yaygın bir azalma, nötro-peni, T-hücre transkripsiyonunda değişiklikler olur. İmmünmaturasyonu henüz tamamlanmamış olan çocuk organizması yanıktaki immün baskılanma ve bozuk yanıtla başa çıkmakta zorlanır. Dolayısıyla pediatrik yanık olgularında enfeksiyon eğilimi yüksektir.^{2,20} Yanık hastalarında en sık görülen enfeksiyonlar; yara yeri enfeksiyonu, sepsis, hastane kökenli pnömoni ve idrar yolu enfeksiyonlarıdır.²⁰ Yanık ile hastaneye yatırılan hastalarda mortalite ve morbiditenin en önemli nedeni sepsistir.^{2,20,21}

Yanık enfeksiyonlarında en sık karşılaşılan etkenlerin flora bakterileri olmaları nedeni ile ilk günlerde stafilokokve streptokok; 3-7 günlerde ise hastane kaynaklı etkenler olan *Escherichiacoli*, *Klebsiellapneumoniae* ve *P. Aeruginosa* enfeksiyonları sık görülür. En sık etkenin *S. Aureus* ve *P. Aeruginosa* olduğu farklı çalışmalar da vardır.^{18,20,21} Yanık hastaları; doku bütünlüğünün bozulması sonucu yaşanan damar yolu problemleri, idrar çıkış takibi için mesane kateterizasyonu gereksinimi, transfüzyon ve entübasyon ihtiyacı nedeni ile invaziv girişime gereksinimi olan hastalardır. Yanık alanı arttıkça invaziv girişim gereksinimi artar. İn-vaziv girişimler enfeksiyon açısından risk faktörüdür.^{8,18,20,21} Hasta odasına giriş sırasında maske, bone kullanılması, hastaya dokunmadan önce ve sonra ellerinin yıkanması, hastaya uygulanan her işlem sırasında steriliteye dikkat edilmesi, hasta ile ilgilenen kişi sayısının sınırlandırılması gerekir. Mikroorganizmaların üremesine neden olacağından hasta odalarında canlı çiçek veya bitki tutulmaz. Yanık hastalarında immün yetersizlik geliştiği için hastayı patojenlerden korumak için ziyaretçi kısıtlaması yapılmalıdır.⁸ Enfeksiyonların erken tanınması hayati önem taşımaktadır. Bunun için hastalardan düzenli yara kültür örnekleri alınmalı, yara kolonizasyonları belirlenmeli ve hastalar enfeksiyonun klinik bulguları açısından yakından izlenmelidir.²⁰

Yanık Yarası Bakımı: Yanık yara bakımında yapılacak ilk şey yaranın temizlenmesidir. Yara başlangıçta serum fizyolojikle yıkanır ve temizlenir. Eğer yara kirli ise hafif bir sabunla da yıkama yapılabilir. Yara temizlendikten sonra yanık derinliği tespit edilir. Yaraya her hangi bir girişim yapılmadan önce ağrı kesici verilmesi hastayı rahatlatır.²² Yanık bölge kirli, kontamine ve enfekte değil ise bülleler patlamamışsa genellikle sadece içinde toplanan mayi bir enjektör yardımı ile boşaltılır ve bül zarının alttaki zemin üzerine yapışması sağlanır. Böylece yanık yarası biyolojik örtü ile kapatılmış olur.^{10,15,22} Yanık bölge kirli, kontamine, enfekte ise nakil veya hastayı soyma sırasında bülleler patlamış ve sıyrılmışsa bül artıkları debride edilir.^{3,7,22}

Açık Tedavi; Yara alanı temizlendikten sonra topikal antimikrobiyal ajanlar uygulanarak o bölge açık bırakılmaktadır.^{7,10,15} Bu yöntem genellikle yüz, boyun ve perine yanıklarında kullanılmaktadır. Bu yöntemin avantajları; pansuman değiştirmeye gerek olmaması, daha az malzeme kullanılması ve enfeksiyonların erken saptanmasıdır. Dezavantajları ise; yaranın yatağa yapışmasından dolayı ağrı olması, vücut sıcaklığı ve ortamın sterilliğinin sürdürülmesinin zor olmasıdır. Epitalizasyon doğal sargı (yara kabuğu) altında hızla ilerler, bu doğal kabuk epiteli-zasyon tamamlanana kadar korunmalıdır. Birinci derece yanıklar veya yüzeysel ikinci derece küçük yüzeysel alanı olan yanıklar açık bırakılabilir.^{7,22}

Kapalı Tedavi; Antibiyotikli ya da yağlı kremler uygulandıktan sonra yara gazlı bez veya petlemlerle sarılarak kapatılır.²² İdeal bir yanık pansumanı kontaminasyonu önlemeli, patojenlerin gelişmesini engellemeli, yara iyileşmesini desteklemeli, uygulaması kolay ve ekonomik olmalıdır.⁴ Pansumanların primer amacı yarayı korumak, ağrıyı, ısı ve sıvı kaybını azaltmak, mikrobiyolojik kontrolü ve canlı dokuların daha hızlı gelişmesini sağlamaktır.¹⁵ Bu amaçla yaranın kapatılması için birçok yöntem kullanılmaktadır.

KONVANSİYONEL MATERYALLER

Yağlı veya antibakteriyel pomad, krem ve merhemler; Yara tedavisinde en çok kullanılan topikal antibiyotikler olabilir.^{4,7,10,22}

Emdirilmiş tül veya gazlı bezler; Eğer yarada enfeksiyon ya da kontaminasyon yoksa antibakteriyel özelliği olmayan yağlı materyallerle yara örtülebilir. Bu materyallere genel olarak “tulle gres” veya tül gre” adı verilir. Yağlı olmasının özelliği, ertesi gün pansumanı değiştirilirken yağlı tabakanın üzerine konan gazlı bez ve pet gibi materyallerin yara yüzeyine yapışmasını engelleyerek kolayca yaraya zarar vermeden kalkmasını sağlamaktır. Vazelin ve parafin emdirilmiş materyaller bu amaçla en çok tercih edilen materyallerdir.^{7,15,22} Eğer enfeksiyon veya kontaminasyon varsa antibiyotikli ya da antibakteriyel ajanların emdirildiği materyaller kullanılır.²²

BİYOSENTETİK MATERYALLER

Son yıllarda kısmen derin yanıklarda genellikle biyosentetik materyaller kullanılmaktadır. Antibiyotikli kremler yerine tek başına ince film şeklinde (Biobrane, Op-site, Tegaderm, Epi-Lock, Omidermcildin) örtüler ikinci derece yanık tedavisinde sıkça kullanılan materyallerdir.^{7,15,22}

BİYOLOJİK MATERYALLER

Yanık yarasının kapatılmasında biyolojik materyaller de kullanılabilir. Allogreft (Homogreft), Amnion zarı, Ksenogreft biyolojik materyallerdir.²²

YANIKTA CERRAHİ TEDAVİ

Debridman; Yanık yaralarında debridman, ölü dokunun temizlenmesidir. Debridmanın iki önemli amacı vardır. Birincisi, yabancı cisim ve bakteriler tarafından kontamine olan dokunun çıkarılması ile hastayı invaziv bakterilerden korumadır. Diğeri canlılığı bozulan dokunun veya yanık eskarının çıkarılmasıdır. Debridman doğal, mekanik, cerrahi veya enzimatik yapılabilir.⁷

Deri Greftlemesi: Derin yanığı olan hastalarda cerrahi girişim yapılarak eskar eksizyonu yapılır ve hemen sonrasında yara deri greftleri ile kapatılır. Eskarın çıkarılarak atılması ve erken dönemde yaranın kapatılması yanıklı hastalarda ölüm riskini azaltır. Yaranın erken kapatılması ile hastanın hastanede kalış süresi kısalmıştır.²²

Preoperatif Bakım: Ameliyattan önce hastanın tüm laboratuvar bulguları kontrol edilmeli, sıvı-elektrolit bozuklukları düzeltilmeli ve pulmoner

enfeksiyon kontrol altına alınmış olmalıdır. Hemşire hastanın vital bulgularını, aldığı çıkardığı takibini, kan ürünleri ve ameliyat malzemelerinin temin edilip edilmediğini, rutin kan tetkiklerinin yapıp yapılmadığını kontrol etmelidir.

Postoperatif Bakım: Ameliyattan sonra hasta yatağına alınır, donör alan ve greftlenen alan eleve edilir. Hastanın vital bulguları stabil oluncaya kadar 15 dakikada bir alınır. Oral alımı üç ya da dört saat sonra başlanır. Hastanın sıvı ve ilaç tedavisi yapılır, ağrısı için doktor istemi ile analjezik uygulanır, aldığı-çıkardığı ve kanama takibi yapılır. Rutin kan tetkikleri özellikle kontrol hemogram gönderilir, Htc değeri düşük ise kan veya kan ürünleri transfüzyonu yapılır. Greft yapılan bölgenin immobilizasyonu sağlanır, ameliyattan üç gün sonra pansumanı yapılır. Postoperatif yedinci günden itibaren erken mobilizasyon sağlanmalıdır.

Donör Alan Bakımı: Ameliyattan sonra hastanın donör alanı elevasyona alınır, 4-5 gün açılmaz daha sonra pansumanı açılarak değerlendirilir. Çocuklarda donör alanı epitelizasyonu 7-14 gün içinde olmaktadır. Donör alana uygulanacak pansuman malzemesi postoperatif ağrısı en aza indirmeli, optimal hızda ve kalitede yara iyileşmesini sağlamalı, uygulaması kolay ve ağrısız olmalı, toksik ve antijenik olmamalı ve ucuz olmalıdır.^{4,23}

Ağrı Tedavisi: Özellikle birinci derece ve ikinci derece yüzeysel yanıklarda sinir uçlarının uyarımı sonucu ağrı şiddetlidir. İkinci derece derin yanıklarda sinir uçları da kısmen yandığı için ağrı şiddeti az ya da değişkendir. Üçüncü derece yanıkta ise genellikle ağrı yoktur yada çevre dokudaki ödem nedeniyle sıkıcı, basınç hissi tarzında ağrı hissedilir.¹⁴ Yanık dışında hastaya uygulanan girişimlerin de ağrıyı arttırdığı bir gerçektir.² Yara bakımı, pansuman değişimi, yatak basıncı ve pozisyon, fizyoterapi, debridman, cerrahi girişimler fiziksel ve duygusal ağrıyı uyarır.^{8,18} Genellikle çocuklarda devamlı ve düşük doz narkotik analjezikler IV uygulanır.³ Hemşire hastanın ağrısı olup olmadığını izlemeli, ağrısını azaltmak için pansuman değiştirirken veya bakım yaparken hızlı çalışmalı ve yapılan bütün uygulamaları hastaya açıklamalıdır. Hastaya ağrılı girişimler yapılmadan önce analjezik verilmeli ve yan etkileri takip edilmelidir.²³

Ağrının giderilmesi veya azaltılması için non-farmakolojik yöntemler de kullanılmalıdır.¹⁶

SONUÇ

Yanık yol açtığı mortalite ve morbidite nedeni ile toplum için büyük bir problem teşkil etmektedir. Enfeksiyon kontrolü, yaranın erken kapatılması, hipermetabolik yanıtın düzeltilmesi, yanık şok tedavisindeki gelişmeler mortalite ve morbidite oranını azaltmaktadır.

Yanık hastalarının optimal bakımı multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirir. Hemşireler bu multidisipliner yanık ekibinin en büyük bileşeni oluşturmakta olup yanık hastasının genel yönetiminde çok önemli bir rol oynamaktadırlar.⁸ Hasta güvenliği ve refahı için 24 saat sorumluluk üstlenip ağır yanıklı hastalar ve ailelerine, akut ve sürekli bakımın her aşamasında bütüncül ve aile merkezli bir bakım sağlayarak hastaların iyileşmesine katkıda bulunmaktadır.⁶

KAYNAKLAR

1. Tuna Z, Çetin C. Yanıklı hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010;17(2):1-12.
2. Sakalioğlu Abalı AE. Pediatrik yanık hastalarının yoğun bakım yönetimi. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2011;9(1):62-9.
3. Pediatric Burns Self-Learning Packet (2008). 17.06.2014, <http://www.Orlandohealth.com>.
4. Kim LK, Martin HC, Holland AJ. Medical management of paediatric burn injuries: best practice. J Paediatr Child Health 2012;48(4):290-5.
5. Başak E. Yanıklar ve yanmış hastanın tedavisi. 2013. 24.06. 2014, <http://www.medikalakademi.com.tr/yaniklar/>.
6. Jewett S. Burn stages and burn unit nursing. 2014. 17.06.2014, <http://nursingcomments.com/burn-stages-and-burn-unit-nursing/>.
7. Kavanagh S1, de Jong A; Nursing Committee of the International Society for Burn Injuries. Care of burn patients in the hospital. Burns 2004;30(8):A2-6.
8. Aksoy N. Yanıklı hastada hemşirelik bakımının yönetimi. Selçuk Tıp Dergisi 2015;31(1):47-51.
9. Güneş yanığı nasıl tedavi edilir? 13.09.2014, <http://www.habervaktim.com/haber/335879/gunes-yanigi-nasil-tedavi-edilir.html>.
10. Kurt Özkaya N, Alğan S, Akkaya H. Yanıklı hastanın değerlendirilmesi ve tedavi yaklaşımının belirlenmesi. Ankara Med J 2014;14(4):170-5.
11. Tiwari VK. Burn wound: how it differs from other wounds? Indian J Plast Surg 2012;45(2):364-73.
12. Şenel E. Çocuk yanıklarına güncel yaklaşım ve gelecekteki tedavi alternatifleri. 28.06. 2014, <http://www.samiulus.gov.tr>.
13. Yanıklar. 13.09.2014, <http://www.saglikbilgisi.gen.tr/yaniklar.html>.
14. Ovayolu N, Türk N, Uçan Ö. Yanık nedeniyle acile gelen hastaların değerlendirilmesi ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(4):91-8.
15. Zor F, Ersöz N, Külahçı Y, Kapı E, Bozkurt M. Birinci basamak yanık tedavisinde altın standartlar. Dicle Tıp Dergisi 2009;36(3):219-225.
16. Yorgancı K, Gelecek Geyik S. Ciddi yanık hastasının izlem ve tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi 2007;38(3):135-40.
17. Haberal M, Sakalioğlu Abalı AE, Karakayalı H. Fluid management in major burn injuries. Indian J Plast Surg 2010;43(Suppl):S29-S36.
18. Kabalak AA. Yanık yoğun bakıma özel sorunlar ve yönetimi. Yoğun Bakım Dergisi 2012;10(4):171-9.
19. Bozkurt G. Yoğun bakımdaki çocuğun beslenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2012;14(2):72-8.
20. Diler B, Dalgıç N, Karadağ ÇA, Dokucu AI. Bir pediatrik yanık ünitesinde epidemiyoloji ve enfeksiyonlar: üç yıllık deneyimimiz. J Pediatr Inf 2012;6(2):40-5.
21. Çobanoğlu Ercan G, Özey H, Bombacı E, Çevik B, Çolakoğlu S. Yanık ve yara tedavi merkezi yoğun bakım ünitesinde iki yıllık süreçte takip edilen hastaların prognozu. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2012;8(3):110-6.
22. Çetinkale O. Yanık yarası tedavisi. 28.06.2014, <http://www.oguzcetinkale.com>.
23. McBride CA, Kimble RM, Stockton K. Three donor site dressings in pediatric split-thickness skin grafts: study protocol for a randomised controlled trial. Trials 2015;16:43.