

YANIK NEDENİYLE ACİLE GELEN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Nimet OVAYOLU*

Nesrin TÜRK**

Özlem UÇAN***

Kabul Tarihi: 8.11.2005

ÖZET

Isı, elektrik, kimyasal maddeler ile meydana gelen doku harabiyetine yanık denir. Yanık nedeniyle meydana gelen ölüm ve sakatlıklar, dünyanın bir çok ülkesinde en önemli sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. En sık karşılaşılan yanık şekli ise termal yanıklardır. Yanıklı hastalarda yanan bölgenin değerlendirilmesinde; yanık derecesini ve yanığın kapladığı alanı dokuzlar kuralına göre değerlendirmek önemlidir. Yanık, bir insanın karşılaşılabileceği en ağır fiziksel ve psikososyal travmaya yol açan bir durumdur. Özellikle ciddi yanıklı hastalarda hızla ortaya çıkan fizyopatolojik değişiklikler nedeniyle, yakın bilinçli gözlem ve acil yardım gerekmektedir. Bu nedenle yanıklı hastanın bakımı, hemşireliğin en fazla bilgi, beceri ve deneyim gerektiren alanlarından birisidir.

Anahtar kelimeler: Yanık, hemşire, hastaya yaklaşım

ABSTRACT

Evaluation of Patients Suffering from Burns in Emergency Unit and Nursing Approaches

Burn is described as tissue necrosis caused by heat electricity and chemical substances. Death and disabilities due to burns are the most important health problems in many countries. The evaluation of the burned area and level of the burn is being made according to the rules of nine. Burn is one of the diseases which can cause severe physical and psychosocial trauma that one can face. Especially, severe burned patients, close follow up of the vitals and fast emergency aid are necessary because of the sudden fizyopatological changes. Therefore, the care of the burned patients is an issue that requires adequate data, skill and experience in nursing.

Keywords: Burn, nurse, approaching the patient

Yanık nedeniyle meydana gelen ölüm ve sakatlıklar dünyanın bir çok ülkesinde en önemli sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Dramalı ve ark. 2001, Erdil ve Elbaş 2001, Şahin 2004). Her yıl 1 milyondan fazla insan yanık nedeniyle yaralanmakta ve bunların 4.500'ü hayatını kaybetmektedir (Weed 2005). Türkiye'de kapsamlı yanık istatistikleri düzenli olarak yapılmamaktadır. Eldeki güvenilir araştırmalara göre; Türkiye'de her yıl 200 kadar kişinin yanıktan ölmesi beklenmekte ve yine her yıl 70.000 kadar kişi yanık merkezinde ya da hastanede tedavi gerektirecek derecede ve genişlikte yanmaktadır. Devlet İstatistik Enstitüsünün 1996 yılı verilerine göre; 1996 yılında yangınların sebep olduğu

kazalar nedeni ile toplam 204 kişi ölmüştür (Erdil ve Özhan Elbaş 2001).

Organizmanın, bölgesel olarak ateş, buhar, sıcak cisimler ile karşılaşması sonucu gelişen doku harabiyetine yanık denir. Termal yanıklar ise en çok görülen yanık şeklidir. Dokular yandığında hücre ölümü sonucu açığa çıkan lokal doku hormonları, inflamatuvar reaksiyonları başlatır. Yanık bölgesi ve etrafında vazodilatasyon, kapiller permeabilitede artma ve doku hücrelerinin permeabilitesindeki değişiklikler büyük miktarda hücre dışı sıvının, sodyum ve proteinin yanıklı bölgeden geçerek kabarcık ve lokal ödem oluşturmaya ya da açık yaradan sızmasına neden olur

* Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (e- mail: ovayolu@gantep.edu.tr)

(Şahin 2004, Aksoy ve ark. 1992, Dubose et al. 2005). İntravasküler sıvıda azalma, kan vizkozitesinin ve hematokrit değerinin yüksek bulunmasına yol açar. Ayrıca vücuttaki hücre dışı sıvının büyük bir kısmının yanıklı bölgeye geçmesi, kardiyak outputun düşmesine ve hipovolemik şok oluşmasına da neden olabilir (Çavuşoğlu 2002, Erdil ve Elbaş 2001, Lowry and Gill 1992, Isik ve ark. 2005, Demling 2005).

YANIĞA YOL AÇAN NEDENLER

Alev: Kibrit alevi, endüstriyel yangınlar vs. sonucu oluşan yanıklardır. Özellikle kolay tutuşan giysiler varsa, derin yanıklar ve solunum sisteminde tahrişler meydana gelir (Isik ve ark. 2005).

Sıcak Nesnelere: Soba, ütü vb. ile temas sonucu ya da güneş altında uzun süre korunmasız kalmakla oluşur. Bu tip yanıklar derin olmaz çünkü, refleksler bu durumlarda kişilerin korunmasını sağlar ancak bilinç kapalıysa tehlikeli olabilir.

Kızgın Sıvılar: Haşlanmalara neden olur. Özellikle kızgın yağ ve kaynar su ile uzun süre temas derin yanıkları oluşturur.

Ender görülen diğer bir yanık kaynağı da patlamalar sonucu oluşan ani alev yanıklarıdır. Bu tip yanıklarda kişilerde, yanıklardan ziyade patlama sonucu oluşan yaralanmalar görülür. Kişi çok kısa sürede çok yüksek ısıya maruz kalır (Erdil ve Elbaş 2001, Şahin 2004).

İstatistikler, yanıkların %75'inin alev ve patlama nedeniyle, %15'inin sıcak su ve diğer sıvılarla haşlanarak, %3'ünün kimyasal maddelerle, %2'sinin açık ateş ile temas sonucu, %5'inin de diğer nedenlerle ortaya çıktığını göstermektedir. Acil ünitesine yanık nedeniyle başvuran hastaya müdahale etmeden önce yanığın değerlendirilmesi gerekir. Yanığı değerlendirirken de yanık şiddetini etkileyen faktörlerin belirlenmesi oldukça önemlidir (Şahin 2004, Weed 2005).

Termal Yanıkların Şiddetini

Beş Faktör Belirler

1. Derinlik (birinci, ikinci, üçüncü),
2. Dokuzlar Kuralı (yüzey miktarı),
3. Kritik yanıklar ve bölgeler,
4. Hastanın yaşı (çok genç veya çok yaşlı),
5. Hastanın genel sağlık durumu (diğer yaralanmalar veya hastalıklar) (Ege 1995, Aksoy ve ark. 1992).

1-Yanığın Derinliği

Birinci Derece Yanıklar: Sadece epiderminin etkenle temas eden üst kısmı yanmıştır, dermis etkilenmemiştir, ağrılıdır, genellikle 3-7 günde iyileşir. Kalıcı iz bırakmaz (Çavuşoğlu 2002, Erdil ve Elbaş 2001, Weed 2005).

İkinci Derece Yanıklar: Epidermis ile derminin bir kısmı yanmış, cilt altı dokular etkilenmemiştir. En karakteristik görüntüsü içi sıvı dolu bülberdir. İyileşme 15-20 günde gerçekleşir. Yanık bölgesinde ağrı reseptörleri yanmadığı için ağrı şiddeti fazladır.

Üçüncü Derece Yanıklar: Epidermis, dermis ve cilt altı dokular etkilenmiştir, deri elastikiyetini kaybetmiş, beyaz, kahverengi veya siyah renk almıştır. Duyu reseptörlerinin tamamen harap olması nedeniyle ağrı hissi yoktur (Uysal 1992, Ege 1995, Civilo 2002, Weed 2005).

Dördüncü Derece Yanıklar: Kas ve kemik yanıklarını içerir, genellikle amputasyonla sonuçlanır (Weed 2005).

Yanığın şiddetini değerlendirirken derinliğin yanı sıra kapladığı alanın saptanması da çok önemlidir. Bunun için 'Dokuzlar Kuralı' geliştirilmiştir (Smith and Cobb 2002, Isik ve ark. 2005, Wilson 1996). Ancak yanık merkezi ve bu konuda eğitilmiş sağlık ekibi olmadığında, dokuzlar kuralı yerine yanık şiddeti, derinliğine göre değerlendirilmektedir.

2- Dokuzlar Kuralı (Yüzey Miktarı)

Amaç yanık yüzeyinin, yanığın derecesi ile birlikte değerlendirilmesi ve yanığın yaşamsal tehlike oluşturma derecesini saptamaktır. Ayrıca yanığın, vücut

yüzeyinde kapladığı alanın genişliğini saptamak için kullanılır. Vücut yüzeyi %100'e tamamlanacak şekilde %9'luk bölümlere ayrılmıştır (Ege 1995, Aksoy ve ark. 1992, Isik ve ark. 2005, Hilton 2001, Weed 2005).

Vücudu, dokuzun katları şeklinde değer verilmiş bölgelere ayıran bir kart kullanılır. Bu kartla 2. ve 3. derece yanıklı bölgeler tanımlanır ve toplam yanık yüzdesi hesaplanır. Bu metod vücut yüzeyi ve hastanın yaşının eklenmesi ile çocuklarda ve yetişkinlerde daha iyi ve doğru değerlendirmeye olanak verir.

Bebeklerde ve yürümeye başlayan çocuklarda baş vücudun daha büyük bir kısmını oluşturduğu için bacaklar daha küçüktür. Bu yüzden çocuklarda bu kural modifiye edilmiştir (Hilton 2001, Milner 2001).

3- Kritik Yanıklar ve Bölgeler

- a) Yanıkların kırıklarla beraber olması,
- b) Solunum sistemi yaralanmaları,
- c) Yüz, el, ayaklar ve genital bölgelerde oluşan 3. derece yanık,
- d) Üçüncü derece yanık alanı %10'dan fazla olanlar,
- e) İkinci derece yanık alanı %10'dan fazla olanlar,
- f) Yaşlı ve kritik hastalardaki orta derece yanık (Vücudun %2, %4 alanında 3.

derece yanıklar (yüz, el, ayak, genital organlar hariç), vücudun %50'den fazlasını kapsayan 1. derece yanık) (Ege 1995, Aksoy ve ark. 1992, Weed 2005).

4- Hastanın Yaşı

Hastanın yaşı, yanığın ciddiyetini, iyileşme sürecini ve mortalitesini etkiler. Bir yaşından küçük ve 60 yaş üzerindeki daha az dayanıklıdır (Çavuşoğlu 2002, Ege 1995, Aksoy ve ark. 1992, Isik ve ark. 2005, Hilton 2001).

5- Hastanın Genel Sağlık Durumu

Kardiyovasküler, pulmoner, endokrin ve renal sistem hastalıkları, alkolizm ve yanık yaralanması hastanın tedaviye vereceği yanıtı etkiler (Ege 1995, Aksoy ve ark. 1992). Yanık öncesi kardiyopulmoner hastalığı olanların mortalite oranının olmayanlara göre 3- 4 kat fazla olduğu tahmin edilmektedir. Yanıklı alkoliklerde ise mortalite oranı 3 kat fazladır. Ayrıca alkolik hastaların iyileşme dönemi daha uzun süreceği için hastanede kalma zamanları da uzamaktadır (Uysal 1992, Çavuşoğlu 2002, Erdil ve Elbaş 2001).

Yanık yüzey alanı ve derinliği Tablo 1'e göre değerlendirilir ve bu ölçülerde hastaya girişimde bulunulur.

Tablo 1. Yanık Şiddeti

Yanık Sınıflaması	Özellikleri	Tedavi
Minör Yanıklar	1. derece yanık 2. derece yanık Yetişkinlerde T.V.Y. %15'den az Çocuklarda T.V.Y. %5'den az 3. derece yanık T.V.Y. %2'den az	Ayakta tedavi edilir. Hastanede tedavi edilmelidir.
Orta Yanıklar	2. derece yanık Yetişkinlerde T.V.Y. %15-25 Çocuk ve yaşlılarda T.V.Y. %10-20 3. derece yanık T.V.Y. %10'den az	Hastanede tedavi edilebilir.
Major Yanık	2. derece yanık Yetişkinlerde T.V.Y. %25'den az Çocuk-yaşlılarda T.V.Y. %20'den az 3. derece yanık T.V.Y. %10'den az	Özel yanık ünitelerinde tedavi edilmelidir. - Eller, yüz, gözler, ayaklar veya perinede olan yanıklar - İnhalasyon yanıkları - Elektrik yanıkları - Önceden önemli hastalıkların olması

T.V.Y.= Total Vücut Yüzeyi

(Dramalı ve ark. 2001, Weed 2005, Morko et al. 2003)

TEDAVİ VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

1) Yanıklı Hastalarda Hava Yolu ve Solunum (Airway, Breathing)

Bütün acil durumlarda olduğu gibi yanıklı hastalarda da öncelikle hava yolu değerlendirilmelidir, çünkü ısı ve alev etkisiyle vücudu yanan kişinin hava yolunda yanmanın etkisiyle hasar oluşmasına bağlı olarak çok kısa zamanda larenks ödemi gelişebilir. Özellikle bebek ve çocukların hava yolu, tümüyle tıkanmadan hemen entübe edilmelidir. Hava yolunun tehdit altında olup olmadığı mümkün olduğunca erken fark edilip önlem alınmalıdır (McCall and Cahil 2005).

Bu konuya yardımcı olabilecek ipuçları:

Olay yeri ile ilgili öyküde;

Yangın yerinde ilk değerlendirme; sıcak duman veya sıcak gaz solunmuşsa, uzun bir süre kalınmışsa, bilinç kaybı olmuşsa,

İkinci değerlendirmede, hastanın

- * Yüzü, burun kılları hafif de olsa yanmışsa,
- * Ağzının içinde bül veya kızarıklık varsa,
- * Boğulur gibi veya hırıltılı öksürüyorsa,
- * Tükrüğü kurumlu ise,
- * Solunumu hırıltılıysa, hayati tehlike olasılığı var demektir.

Bu ipuçlarından biri olduğunda doktorla iletişime geçilerek veya protokoller doğrultusunda hasta entübe edilmeli ya da nazal airway ile hava yolu açıklığının devamlılığı sağlanmalıdır (Ege 1995, Aksoy ve ark. 1992, Morko et al. 2003). Hastanın bilinci kapalıysa hemen entübe edilebilir. Entübasyon girişimi için travma ölçekleri daima göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca bilinmesi gereken önemli bir konu da ağır yanıklı hastalarda akut gastrik dilatasyonun oluşma riskidir. Bu durum, solunumu zorlayabilir, entübasyon

esnasında mide içeriğinin trakeaya kaçmasına neden olabilir. Bu hastalarda gastrik özefageal tüp kullanmak daha uygundur (Şahin 2004, Milner 2001).

Yangın ortamında kalmış her-kese oksijen verilmelidir. Yangınlarda meydana gelen ölümlerin nedeni genellikle yanık değil, ya pulmoner yaralanmalar ya da solunan zehirli gazlardır. Özellikle doğrudan solunan çok sıcak buhar, alt solunum yollarının, bronşiolerin ve alveollerin zarar görmesi sonucu pulmoner yaralanmalara neden olabilir. Karbon monoksit gibi zehirli gazlar alveollerdeki hava ve hemoglobindeki oksijen ile yer değiştirerek zehirlenme sonucu ölümlere yol açabilir. Bu nedenle, hastaların tümüne gereksinimleri doğrultusunda yüksek veya yükseğe yakın yoğunlukta oksijen verilmelidir (Ege 1995, Milner 2001, Şahin 2004, Aksoy ve ark. 1992).

2)Dolaşım (Circulation)

Hastanın hava yolu ve solunumundan sonra dolaşım değerlendirilmelidir. Üzerinde kalan elbiseleri, kemeri, ayakkabıları ve takıları (yüzük, saat, bilezik gibi) yanık ödemi sonucunda dolaşımı engelleyebileceği için çıkarılmalıdır. Ancak yanık yüzeyine yapışmış kıyafetler yanık debritleme yapılana kadar yerinde bırakılmalıdır (Şahin 2004, Robins 1990). Vücut yüzey alanının %25'inden daha az olan yanık hasarı sınırlanabilirken, %25'inden fazla olan yanıklarda kapiller geçirgenlik bozulmaktadır. Yanıktan sonraki ilk 24-48 saat sıvı kaybının maksimum olduğu zamandır ve müdahale edilmez ise hasta hipovolemik yanık şokuna girebilir. Plazma proteinleri ve elektrolitlerin kaybı sonrasında intravasküler volüm azalır ve ekstravasküler volüm artar. Bu değişikliklerin klinik bulguları ödem ve hipovolemidir. Vücut sodyum ve su tutmasına rağmen, potasyum ekstrasellüler sıvıya geçer, sodyum eksuda sıvı ve yoğun ödem sonucu kaybedilir. Ciddi yanıklarda kanda hemokonsantrasyon ve

kırmızı kürelerde hemoliz olabilir. Vücuttan sıvı kaybı sonucu kardiyak outputta bozulma, sistemik vasküler dirençte artma ve periferik kan akımında azalma gibi kardiyovasküler değişiklikler olur. Periferik kan akımında bozulma sonucunda doku hasarı oluşur ve sonuçta metabolik asidoz gelişir (Aksoy ve ark. 1992, Cerit ve ark. 2002, Demling 2005, Osborn 2003). Yanık şokunu önlemek için, yanmış ve inhalasyon zedelenmesi olan tüm hastalara geniş lümenli bir kateter takılmalıdır. En uygun damar yolu açılacak alan, yanmamış üst ekstremiteler olsa da gerekiyorsa yanıklı yerlerden de damar yolu açılabilir. Rutin olarak tam kan sayımı, glukoz, elektrolitler, üre ve kreatinin bakılmalıdır (Çavuşoğlu 2002, Erdil ve Elbaş 2001). Sıvı resüsitasyonunun yapılması doku hasarının ve şokun gelişmesini önler. İntravasküler volümün yerine konulması ile doku perfüzyonunun ve yaşamsal önemi olan organların fonksiyonunun sağlanması oldukça önemlidir. Ancak bu sırada yetersiz sıvı tedavisinden ya da aşırı sıvı yüklenmesinden kaçınmak gerekir. Vücut yüzey alanının %15 ya da daha fazlası yanan hastalar için sıvı resüsitasyonu yapılmalıdır (Şahin 2004). Hastanın sıvı gereksinimini hesaplamak için birçok formül olsa da Amerikan Yanık Birliği Konsensus formülünün kullanımı önerilmektedir.

Bu formül, 2-4 ml (x) kilo olarak vücut ağırlığı (x) % yanık oranı şeklindedir.

Hesaplanan sıvının yarısı ilk 8 saatte, diğer yarısı sonraki 16 saatte verilir. Sıvı resüsitasyonu için kristaloid, kolloid, hipotonik ve hipertonic sıvılar, izotonik sıvı olarakda Laktatlı Ringer solüsyonu tercih edilir. Erken dönemde kolloid sıvıların kullanımından kaçınılmalıdır. Çünkü proteinler kapiller membrandan geçip kolloid basıncı yükselterek ödeme neden olurlar. Kolloid sıvılar sadece 24 saatlik sıvı

resüsitasyonundan sonra önerilmektedir (Uysal 1992, Çavuşoğlu 2002, Erdil ve Elbaş 2001, Hagstrom et al. 2003).

Sıvı resüsitasyonu başlangıç tedavi planı içindir, hastanın idrar çıkışına göre ayarlama yapılması gerekir. Erişkin bir hasta için saatte 30-40 ml idrar çıkarması yeterlidir. Diüretikler dehidratasyonu arttırabileceğinden kaçınılmalıdır. Hastanın sıvı resüsitasyonuna cevap verdiğinin diğer göstergeleri şuur değişikliği, idrar dansitesi ve yaşamsal bulgulardaki değişikliklerdir (Dramalı ve ark. 2001, Osborn 2003). Ekstremitelerdeki tam ya da derin kısmi yanıklar dolaşımı engelleyebilir. Yanık skarı içindeki biyolojik materyaller ödeme neden olarak turnike görevi yapabilir. Bu etki distaldeki yanıklı bölgenin kan dolaşımını engelleyerek doku nekrozuna neden olur. Bu nedenlerden dolayı özellikle distal nabızlar palpasyonla ya da doppler ultrasonla kontrol edilmelidir. Nabız alınamıyorsa hastaya sedasyon uygulanarak elektrokoter yardımıyla eskarotomi açılmalıdır. Cilt altındaki dokular açığa çıkarılmalı, ancak dokular parçalanmamalıdır. Eskarotomi tamamlandıktan sonra etkilenen alan yükseltmeli ve saat başı nabız kontrolü yapılmalıdır. Ancak birçok yanık merkezi, eğer hasta yanık merkezine kısa sürede ulaşacaksa acil serviste eskarotomi açılmasını önermemektedir (Cerit ve ark. 2002).

3) Yanığa Eşlik Eden Yaralanmalar (Disability)

Yanık esnasında oluşabilecek diğer yaralanmaları ve yanma olayı ile bağlantısı olmayan ek yaralanmaları gösterir. Yanan bir binadan kurtulmak için yüksekten atlama sonucu oluşan travma bu duruma bir örnektir. Hasta tam olarak değerlendirilene kadar daha fazla zarar görmemesi için önlem alınmalıdır. Örneğin entübasyon gibi bir girişimde bulunurken servikal bölgenin hasar görmemesi için boyunlukla

korunmalıdır (Şahin 2004, Ege 1995, Aksoy ve ark. 1992).

4) Maruziyet (Exposure)

Çevresel bazı faktörler ya da ıslak elbiseler hipotermiye neden olabilir. Hastanın üzerindeki ıslak giysiler ve diğer materyaller uzaklaştırılarak battaniye, ısı lambası ya da ılık intravenöz (IV) sıvılarla vücut sıcaklığı 38-39°C arasında tutulmalıdır. Hasta uygun bir analjezikle rahatlatılmalıdır. Bu amaçla genellikle IV morfin kullanılır, subkutan ya da intramüsküler uygulama önerilmemektedir. Çünkü sıvı değişikliği ilacın absorpsiyonunu azaltmaktadır (Burd et al. 2002).

Amerikan Cerrahi Derneğinin önerdiği kriterler doğrultusunda, hasta durumuna göre yönlendirilmeli ve bir yanık merkezine transfer edilmelidir.

Yanık Merkezine

Yönlendirilmesi Gereken Hastalar

- 1- Toplam vücut yüzeyi alanının, %10'dan daha geniş olduğu yanık yaralanmaları,
- 2- Yüz, eller, ayak, genital bölge, ya da majör eklemleri içeren yanıklar,
- 3- Her yaş grubu için 3. derece yanıklar,
- 4- Yıldırım çarpmasına bağlı yanıklar,
- 5- Kimyasal yanıklar,
- 6- İnhalasyon yaralanmaları,
- 7- Tedaviyi komplike hale getirecek daha önceden var olan uzamış iyileşme veya mortaliteyi etkileyebilecek herhangi bir durum,
- 8- Mortalite ve morbidite için büyük risk teşkil eden eş zamanlı genel vücut travması olan hastalar,
- 9- Özel, sosyal, duygusal ve uzun dönem rehabilitasyon gerektiren yanıklı hastalar,
- 10- Personel ya da ekipmanın çocuk bakımı konusunda yetersiz olduğu durumlarda çocuk hastalar yanık merkezine gönderilmelidir. Ekip çalışması yanık merkezine transportu kolaylaştırır (Bayley 1990, Ho et al. 2001, Şahin 2004, Nisaci ve ark. 2005, Olgun ve ark. 1998, Morko et al. 2003).

Yanığın görevlilere raporunda, yanığın hikayesi bilinen ya da hatırlanan olayın zamanı, mekanizması (alev yanığı vs.) hakkında bilgi verilmelidir. Ayrıca muayene ve sistemlerin değerlendirildiği bir rapor hazırlanmalıdır. Bu raporda yanığın derinliği, yaygınlığı, laboratuvar bulguları ve uygulanan tedavi yer almalıdır (Şahin 2004). Transportta kara ya da hava yolu kullanımına, hastanın durumunun ciddiyetine ve mesafeye göre karar verilmelidir. Ayrıca hasta transporttan önce stabilize edilmelidir. Transporta hazırlık sırasında şu faktörler gözden geçirilmelidir:

- Hava yolunun açıklığı, entübe ise entübasyon tüpünün güvenliği,
- Yeterli oksijen kaynakları,
- IV yolun sağlanması ve Ringer Laktat ile yeterli sıvının verilmesi,
- Eğer spinal yaralanma şüphesi varsa boyun bölgesinin servikal korse ile stabilizasyonu,
- Toplam vücut yüzeyinin %20'sinden fazla yandığı durumlarda

KAYNAKLAR

- Aksoy G, Karan, N Akyolcu N** (1992). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Açık-öğretim Yayınları ETAM AŞ. 126-138.
- Bayley EW, Carrougher GJ, Marvin JA et al.** (1992). Research priorities for burn nursing: rehabilitation, discharge planning, and follow-up care. *Journal of Burn Care & Rehabilitation* 13(4): 471-476.
- Bayley EW** (1990). Wound healing in the patient with burns. *Nursing Clinical of North America* 25(1): 205-222.
- Burd A, Cheung KV, Ho WS et al.** (2002). Before the paradigm shift: concepts and communication between doctors and nurses in a burns team. *Burns* 28(7): 691-695.
- Cerit, Y Arslan Ü, Ertürk S ve ark.** (2002). Yanıklı hastanın enzimatik debritleme ile tedavisi. *Hemşirelik Forumu* 5(2): 52-54.
- Civilo B** (2002). Yanık. *Gaziantep Sağlık Dergisi* 3: 25.
- Çavuşoğlu H** (2002). Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt 2, Genişletilmiş 6. Baskı, Ankara, 246-256.
- Dramalı A, Kaymakçı Ş, Özbayır T ve ark.** (2001). Temel İlk Yardım Uygula-

mlar, 2. Baskı, Saray Medikal Yayıncılık: 278-306.

idrardır sondası ve nazogastrik sondanın takılması,
-Özellikle yaşlı ve çocuklarda hipotermiye yol açabileceği için ıslak giysilerin çıkarılması, yara bölgesinin kuru, temiz bir çarşaf ile örtülmesi gerekir (Isik ve ark. 2005, Olgun ve ark. 1998).

Yanık, bir insanın karşılaşabileceği en ağır fiziksel ve psikososyal travmaya yol açan durumların başında gelir (Şahin 2004, Hilton 2001). Yanıklı hastanın bakımı, hemşirelik uygulamaları arasında önemli yeri olan ve en fazla ihtiyaç duyulan alanlardan biridir (Erdil ve Özhan Elbaş 2001). Özellikle ciddi yanıklı hastalarda hızla ortaya çıkan fizyopatolojik değişiklikler nedeniyle yakın gözlem ve acil yardım gerekmektedir. Bu nedenle yanıklı hastanın takibinde deneyimli ve eğitilmiş bir sağlık ekibinin bulunması oldukça önemlidir (Bayley et al. 1992, Milner 2001, Montgornery 2004, Word 2001, Worden 2004, Worden 2003).

lamaları, 2. Baskı, Saray Medikal Yayıncılık: 278-306.

Demling RH (2005). The burn edema process: Current concepts. *Journal of Burn Care & Rehabilitation* 26(3): 207- 227.

DuBose CM, Groher MG, Mann GC et al. (2005). Pattern of dysphagia recovery after thermal burn injury. *Journal of Burn Care & Rehabilitation* 26 (3): 233-237.

Ege R (1995). Kaza, Hastalık ve Yaralanmalarda İlk ve Acil Yardım, 2. Baskı, 433-440.

Erdil F, Özhan Elbaş N (2001). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Genişletilmiş 4. Baskı, Ankara, 756-775.

Hagstrom M Wirth GA Evans GR et al. (2003). A review of emergency department fluid resuscitation of burn patients transferred to a regional Verified Burn Center. *Annals of Plastic Surgery* 51 (2): 173-176.

Hilton G (2001). Thermal burns. *American Journal of Nursing* 101(11): 32-34.

Ho WS, Chan HH, Ying SY et al. (2001). Skin care in burn patients: a team approach. *Burns* 27(5): 485-491.

- Isik S, Er E, Uygur F ve ark.** (2002). Repair of thumb abduction contracture by microsurgical transfer of partial toe. *Burns* 28(5): 486-489.
- Lowry M, Gill A** (1992). Taking the heat out of burns. *Nursing management of burns. Professional Nurse* 8(1): 28-30.
- McCall JE, Cahil TJ** (2005). Respiratory care of the burn patient. *Journal of Burn Care & Rehabilitation* 26(3): 200-206.
- Milner M** (2001). The burn Wheel. *American Journal of Nursing* 101(11): 35-37.
- Montgomery RK** (2004). Pain management in burn injury. *Critical Care Nurse Clinical North America* 16(1): 39-49.
- Morko P, Layon AJ, Caruso L et al.** (2003). Burn injuries. *Anesthesiology* 16(2): 183-191.
- Nisaci M, Er E, Isik S et al.** (2002). Treatment modalities for post burn axillary contractures and the versatility of the. *Burns* 28(2): 177-180.
- Olgun N, Aslan FE, Kuşuoğlu S** (1998). Acil Bakım, Yüce Yayın: 344-360.
- Osborn K** (2003). Nursing burn injuries. *Nursing Management* 34(5): 49-56.
- Robins EV** (1990). Burn shock. *Critical Care Nurse Clinical North America* 2(2): 299-307.
- Smith CR, Cobb JP** (2002). Yanık. Editör: Musa Dirlik, Washington Cerrahi El Kitabı, İkinci Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, 441-450.
- Şahin G** (2004). Acil serviste yanıklı hastaya acil yaklaşım, 7. Türkiye Acil Sempozyumu & 3. Acil Hemşireliği ve Paramedik Sempozyum Kitabı, Gaziantep: 139-143.
- Uysal A** (1992). Yanıklar, Editör: A. Haydar Şahinoğlu, Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri, 1. Baskı, 771-787.
- Wilson RE** (1996). Care of the burn patient. *Ostomy Wound Manage* 42(8): 16-18.
- Word E, Uricrte MB, Conroy B** (2001). Duration of dysphagic symptoms and swallowing outcomes after thermal burn injury. *Journal of Burn Care & Rehabilitation* 22 (6): 441-453.
- Weed RO, Berens DE (2005)**. Basic of burn injury: Implications for case management and life care planning. *Lippincott's Case Management* 10(1): 22-29.
- Worden GD, Heimbach DM** (2004). Guidelines for burn fellowships. *Journal of Burn Care & Rehabilitation* 25(6): 469-471.
- Worden GD, Heimbach D (2003)**. Regionalization of burn care a concept where times has come. *Journal of Burn Care & Rehabilitation* 24(3): 173-174.