

## YANIKLI ÇOCUKLARDA AĞRI ve HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI\*

Ümran ÇEVİK\*\*

### ÖZET

Yanık, aşırı ısının vücut dokusunda neden olduğu bir travmadır. Yanıklar, travmanın eziyetli bir tipidir. Çocuklarda ağrı hoş olmayan bir durumdur. Yanık ağrısı olan çocuklar için hemşirelere birçok sorumluluk düşmektedir. Yanık ağrısı oluşumu kompleks bir fenomen olduğundan her çocuğun ağrısı ayrı değerlendirilmeli, çocuklar ve ağrıları psikolojik, sosyal boyutları ile ele alınmalıdır. Yanıklı çocukta ağrıya yaklaşım; analjezik tedavi, farmakolojik yaklaşımdan çok hastanın bütüncül olarak bakımıdır. Yanık konusunda iyi eğitim almış hemşirelerin yaklaşım, değerlendirme ve tedavide rolü oldukça önemlidir. Yanık tedavisini üç aşamada inceleyecek olursak; her aşamada titiz ve yakın bir psikolojik destek hiçbir zaman göz ardı edilmemelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Yanık ağrısı, çocuk, hemşirelik.

### ABSTRACT

#### *Pain In Children With Burns and The Approaches Of Nurses*

Burn is a trauma that caused by extremely high temperature on body tissue. Burn cases are the extremely painful types of trauma. The fact of pain in children is undesirable. The nurses have many responsibilities for the children in these cases. The pain of each child must be evaluated separately, they and their pain must be dealt with in psychological and social dimensions, because the formation of burn pain is a complex phenomenon. Approaching to pain in burned children; analgesia cure is not only pharmacologic approach but also a total care. It is too important that the role about approaching, evaluation and treatment of the nurses who has growned well. If we investigate the cure of burn in 3 stage; in every stage the meticulously and friendly support has never been forgotten.

**Key Words:** Burn pain, child, nursing.

### GİRİŞ

Yanık organizmanın termal, kimyasal elektrik yada radyoaktif etkenlerle hasara uğramasıdır (Aslan 1998). Yanıkların yaklaşık %80'i ev kazaları sonucu meydana gelmektedir. Dört yaşın altındaki çocuklarda haşlanmalara bağlı yanıklar, en sık karşılaşılan yanık tipidir (Çavuşoğlu 2000, Krug 2001, Browne 2002). Dört yaşından sonra ateşe bağlı yanmalar, kimyasal yanıklar, elektrik yanıkları ön plana çıkmaktadır. (Çavuşoğlu 2000, Browne 2002).

Yanık vakalarının küçük yaşlarda fazla görülmesi, yetişkin gözetiminin yetersizliği ve çocukların aşırı merakı sonucu meydana gelmektedir (Dramalı ve ark 1992, Kuşoğlu 2001, Demirel ve ark 2002). Bazı yanıklar da çocuk istismarı nedeniyle olabilir (Çavuşoğlu 2000). Yapılan bir araştırmaya göre en az bir çocuğu olan 15-44 yaş grubu annelere yanaktan korunma ve yanıkta ilk yardıma ilişkin bilgileri içeren sorular sorulmuş ve annelerin yanaktan korunma bilgi dü-

\*46.Milli Pediatri Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

\*\*Selçuk Üniv. Sağlık Bil. Enst. (Yüksek Lisans Öğrencisi)

zeylerinin düşük, yanıkta ilk yardım ve bilgi düzeylerinin ise orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Gündüz 1994). Bu araştırma sonucuna göre yanıkların yaklaşık %50'si anne-babaların ve çocuğun eğitilmesi ile önlenabilir (Gündüz 1994, Çavuşoğlu 2000, Kuşuoğlu 2001, Demirel ve ark 2002).

Yanıklı çocuklarda ağrı bir çok nedenden kaynaklanabilir. Yanık hasarının olduğu sırada, yara kapanması aşamasında, tedavilerin uygulanma aşamasında, epitelizasyon aşamasında, skar oluşumu aşamasında farklı ağrı tipleri ortaya çıkmaktadır (Talu 2001, Demirel ve ark 2002). Yanıklar, yüzey alanına ve derinliğine göre sınıflandırılmakta olup, değişik büyüklükte ve derinlikte yanıklar değişik derecelerde ağrılara neden olmaktadır (Talu 2001, Demirel ve ark 2002).

Yanıklar travmanın eziyetli bir tipidir. Özellikle çocuklarda ağrı hoş olmayan bir durumdur (Kohler et al 2001). Çocuklarda yanıktan dolayı meydana gelen ağrıda uygulanan hemşirelik bakımı, hastanın hem iyileşmesine katkısı hem de hidroterapi, debridman yapılması sırasında çocuğun işleme katılımını arttıracığı için çok önem taşır (Çavuşoğlu 2000).

Ciddi yanıklar sırasında veya sonrasında görülebilen şiddetli ağrı, dış görünümde önemli değişiklikler, uzuv kayıpları, deformiteler, bu yaralanma türünün diğer yaralanmalardan farklı değerlendirilmesine neden olmaktadır (Yorgancı 2000). Çocuk hemşireleri yanıklı çocuğun kesintisiz bakımından sorumludur. Çocuğun bakımı yanında, hastaya ve hasta yakınlarına psikolojik destek sağlarlar (Yorgancı 2000).

#### **YANIK AĞRISI AŞAMALARI:**

**A. Acil Aşama:** Hastanın resüsitasyonunun ön planda olduğu aşamadır. Posttravmatik stres ve hasara uğramış dokudaki masif ve nosiseptif

uyarı, ağrının kaynağını oluşturmaktadır (Talu 2001).

Ağrı, bilinmeyen ve olayın şokuna bağlı ortaya çıkan korku, çocuğun düşüncesindeki en önemli özelliklerdir. Bu dönemde ailenin desteği çok önemlidir. Çocuğun yanında ailesinin olmasına olasılık dahilinde izin ve destek verilmelidir (Kuşuoğlu 2001).

Çocukların, değişik ağrı yanıtlarına karşılık hasta kontrollü analjezi en etkin yöntemdir. Opioidlerin intravenöz devamlı ya da hasta kontrollü analjezi (HKA) yöntemi ile infüzyonu etkili olmaktadır (Talu 2001). HKA kullanımında doktorla birlikte çalışmak ve hastaya talimat vermek hemşirelerin sorumlulukları arasındadır (Kocaman 1994, Tucker et al 1996).

Yanık olduğu anda yapılabilecek ilk müdahale, yanık yerine soğuk su uygulamasıdır. Soğuk, gerek ağrının hafifletilmesinde gerekse dokularda biriken ısının azaltılmasında önemli rol oynar. Ancak, yanık yüzeyi geniş hastalarda dikkat edilmesi gereken nokta, prognoza önemli etkisi bulunan hipotermiye oluşturmamasıdır. Bu nedenle, yanık alanının soğutulması ve hastanın sıcak tutulması en uygun yaklaşımdır. Hasta 30-32°C'lik termo nötral ortamda tutulmalıdır (Talu 2001). Ayrıca rahatsızlığı azaltmak için yanığı örtmek de çocuğun daha az acı hissetmesine neden olacaktır. Çünkü hava akımı acıyı artırabilir (Tucker et al 1996).

Hastaneye ilk başvuru anında en önemli nokta ise, sıvı verilmesi ve resüsitasyondur. Ekiplerin deneyimine bağlı olarak 72 saate kadar sürebilen bu dönemde hastanın sıvı dengesinin sağlanması analjezinin önünde gelmektedir (Talu 2001, Demirel ve ark 2002). Ancak, analjezi biran önce sağlanmalıdır. Bu dönemde, strese bağlı anksiyetenin giderilmesi ağrı tedavisinin ilk basamağıdır ve uygulanan intravenöz

opiooidler tedavinin esasını oluşturur. Ağrı dayanılabilir seviyeye gelene kadar artan dozlarda morfin, en çok tercih edilen yöntemdir. İlaç uygulanımı için uygun yol intravenöz yoldur, ilk aşamada lokal vazokonstriksiyon nedeni ile intramüsküler yol tercih edilmez. Opiooidler, solunum sistemi yaralanması olanlarda dahi monitörizasyon altında ve/veya mekanik ventilasyon altında kullanılabilir. Ancak, dozlar yeterli analjezi ve minimal yan etki olacak şekilde uygun dozlar ayarlanmalıdır (Talu 2001).

Yanıklı çocuklarda ağrıya yaklaşımda en önemli rolü üstlenen hemşirelerin ağrı ilaçlarının istenilen dozda vermelerinin yanında verilen ilaçların etkileri ve yan etkilerini izlemeleri değerlendirmeleri gerekir (Aslan 1998, Yürügen 2001). Bunun için yanıklı çocukla ilgilenen hemşirenin konuya hakim, deneyimli bir kişi olması gerekmektedir ve hastada doz aşımı olmaması için dikkatli olunmalıdır (Talu 2001).

Analjezik uygulanması sonrasında çocuğun izlenmesi, acının yeri, tarzı ve şiddetinin belirlenmesi; komplikasyonları gösterebilecek artan şiddeti izlemek için ağrı değerlendirme skalasının uygulanması da hemşirenin sorumlulukları arasında yer alır (Tucker et al 1996, Yürügen 2001).

**B. İyileşme aşaması :** İyileşme fazında ağrının nedeni, daha çok hastaya yapılan invaziv girişimler ve pansuman değişiklikleridir (Talu 2001, Demirel ve ark 2002).

Çocuklarda tam kalınlıktaki (3.derece) yanıklarda debridman ve ölü dokunun çıkarılması sırasında şiddetli kanama ve ağrı olur. Bu işlemler her gün hemşireyi ve çocuğu uğraştırır. Ağrıyı azaltmak için analjezik ilaçlar ve dikkati başka yöne çekme, müzik dinleme ve cilt stimülasyonu gibi gevşeme teknikleri kullanılır. Çocuğun işlem

sırasında elini tutacak ve sözel olarak onu rahatlatacak bir kişiye gereksinimi vardır. Çocuğa ve ailesine sürekli güven verilerek basit açıklamalar yapılır. Uygulamalar zaman zaman tekrarlanarak açıklanır. Bu nedenle ekip üyeleri sabırlı olmalıdır (Kocaman 1994, Çavuşoğlu 2000 Kuğuoğlu 2001).

Yapılan bir hemşirelik araştırmasına göre; ketamin ilacının yarı ömrünün kısa olması ve opiodlara göre respiratuar yan etkilerinin az olması nedeniyle yanıklı çocuklarda daha emin ve etkili bir ilaç olduğu saptanmıştır. Bu araştırmaya göre bir grup çocuğa ketamin uygulanımı sonrasındaki hastada izlenen rahatlık ve hemşire tarafından daha sakin bir hastayla çalışması, ketamin kullanımının klinik ortamlar için ağrı yönetiminde önemli olduğunu ortaya koymuştur (Groeneveld et al 1992).

Nedeni ne olursa olsun dindirilemeyen ağrı çocuk için bir kriz durumu olabilir. Kriz durumunda kişi çeşitli problem çözme yöntemleri kullanarak denge oluşturmaya çalışır. Başetme yetersizlikleri ise dengenin bozulması ile sonuçlanır. Ağrı da çocukta bir dengesizlik durumu yaratır. Çocukların baş etme stratejileri çok sınırlı olduğu için dengesizliğe karşı daha duyarlıdır. O nedenle çocukların baş etme mekanizmalarını ortaya çıkarmada onları desteklemek çok önemlidir (Kocaman 1994, Çavuşoğlu 2000).

Çocuklarda yanık ağrısı tedavisinde kullanılacak farmakolojik olmayan yöntemler şunlardır: Gevşeme teknikleri, hayal etme/resimleme, oyun, derin nefes alma, dikkati başka yöne çekme, müzik dinleme, anne babayla birlikte olma, bebeği kucağa alma, hipnoz, fizik tedavi, sıcak ve soğuk uygulama, pozisyon verme, masaj, akupunktur, egzersiz, terapi, biyolojik geri bildirim. Bu yöntemlerden bazılarının kullanımı

hemşirenin özel eğitimini gerektirir. (Kocaman 1994, Tucker et al 1996, Ok 1999, Çavuşoğlu 2000, Freund and Marvin 1990).

Farmakolojik olmayan yöntemlerden masaj tedavisinin yanıklı çocuklarda tedavileri sırasında yaşadıkları sıkıntıyı azaltmadaki etkisi üzerine yapılan bir araştırmada masajın olumlu yönde etkili olduğu sonucunu vermiştir. Yanık tedavisi olarak bir grup çocuğa standart pansuman bakımı verilmiş diğer grup çocuklara da masaj tedavisi eşliğinde pansuman bakımı verilmiştir. Uygulamalar 2,5 yaşında 24 çocuk üzerinde pansuman değişikliği öncesi yapılması uygun görülmüş. Masaj tedavisinde sağlam vücut alanlarının kullanılmasına dikkat edilmiştir. Sonuç olarak masaj tedavisi eşliğinde pansuman bakımları yapılan çocukların az miktarda sıkıntılı davranışlar sergiledikleri ve gövde hareketlerinde çok fazla içe dönme gözlenmemiş, ama masaj tedavisi almayan grupta yüzünü ekşitme, ağlama, bağırma, ayak hareketleri, elin ulaşabildiği yere vurması, gövde hareketlerinin artması şeklinde tepkilerle karşılaşmıştır (Hernandez-reif et al 2001).

Yanık ağrılarının debridmanı sırasında ağrının kontrolü için hipnozun klinik yararı üzerine bir araştırma yapılmıştır. Hastanede yatmakta olan yanıklı 20 hastanın yanık yaralarının debridmanı sırasında oluşan ağrıyı tanımlamada Visual analog skalası (VAS) uygulanmıştır. İlk gün hastalara hemşireler hipnoz uygulamadan VAS sonuçlarını değerlendirmişlerdir. Sonraki günlerde ise yanık debridmanından önce hastalara hipnoz uygulanmıştır.

Bu çalışmada hemşireler VAS oranlarında karşılaştırma yapmışlardır. Sonuç olarak, hipnoz yanık ağrıları için uygun, güvenilir tedavi yöntemi olduğu, teorik ve pratik bilgi açısından gelecek araştırmalara yön vermesi tartışılmıştır (Patterson 1992).

### C. Rehabilitasyon aşaması :

Yanık hastalarında bu dönem yaraların kapanması ve rehabilitasyonun devamı ile karakterizedir. Hastalar tamamen mobilize ve sıklıkla hastane dışındadır. Bu dönemde, sempatik kökenli ağrılara çok sık rastlanmaktadır. Büyük çocuklara anlayabilecekleri bir şekilde ağrı kesici ilaçlarının etkileri ve yan etkileri anlatılmalıdır. İlaçların zamanında alması önerilmelidir.

Resüsitasyon dönemi sonrası sürekli olan ağrı zamanla azalmakta, aynı zamanda girişime bağlı ağrılar ön plana çıkmaktadır. Sürekli olan bu ağrı psikolojik durumla, enfeksiyonla ya da hasara uğramış sinirlerin rejenerasyonu ile artabilir. Bu nedenle, çocuğun şikayetleri ön planda tutulmalı, sık aralıklarla ağrının şiddeti ve özellikleri sorgulanmalıdır. Ağrının şiddeti ve özellikleri, oluşan sinir ucu harabiyeti, enfeksiyon gelişimi gibi araya giren olaylar ile doğrudan orantılıdır (Talu 2001). Koruyucu elbise, ortopedik alet, özel cilt bakımı uygulamaları, böyle vakalarda enfeksiyon oluşumunu önlemede önemlidir (Kuğuoğlu 2001).

Çocukların genellikle taburcu olduktan sonra analjezi gereksinimleri azalır. Egzersiz ve günlük yaşam aktiviteleri sırasında oluşan ağrılar için sıklıkla asetaminofen yeterli olur (Çetin 1999).

Bu dönemde hemşirelere ağrı yönetimi dışında psikolojik destek gibi sorumluluklar da düşmektedir. Ailelerde ve çocuklarda fonksiyon kaybı, şekil bozukluğu, çirkinliğin getirdiği duygusal bozukluk ve depresyon gelişebilir. Gerçekçi açıklamalarla güven verilmelidir. Sonuçlar iyi olmazsa hayal kırıklığına uğrayabilirler (Kuğuoğlu 2001).

Sonuç olarak; hemşirelerin yanık oluştuktan sonra ağrısı olan bir çocuğa ağrı kesici ilaçlar uygulamak ve takibini yapmak dışında görevleri vardır. Yanık

gibi ağrısı yüksek olan vakalarda çocuklar kriz yaşarlar. Çocuğun anne ve babasının yanında kalmasına izin vermek, çocukları ağrı ile başa çıkma yöntemleri konusunda bilinçlendirmek

gerekir. Kriz yaşamakta olan bir çocuğa yardımcı olmak ve ağrısını en düşük düzeye getirmek anne-baba destekli hemşirelerin görevidir.

#### KAYNAKLAR

**Aslan Eti F (1998).** Yanıklı hastanın değerlendirilmesi ve bakımı. Sendrom Dergisi Kasım syf:113-116.

**Browne GJ et al. (2002).** Çocuk Acil Bakım İlke ve Uygulamaları, Çev. Editörü: Sami Hatipoğlu, Yüce yayım a.ş. İstanbul.

**Çavuşoğlu H (2000).** Çocuk Sağlığı Hemşireliği. 4.Baskı, Bizim büro basımevi Tesisleri, Ankara.

**Çetin A (1999).** Yanık rehabilitasyonu. Hacettepe Tıp Dergisi 30(3): 219-224.

**Demirel Y, Aydın C, Kunt N, Gökgöz Ş (2002).** Yanıkların Epidemiyolojik Değerlendirilmesi. Sendrom Dergisi Kasım 14(11). syf:64-76

**Dramah A ve ark. (1992).** 0-12 yaş çocuklarda meydana gelen yanık türleri ve ailenin ilk uygulaması. I.Ulusal Ana ve çocuk sağlığı Hemşireliği Simpozyumu Kitapçığı. İstanbul.

**Fıçıoğlu C ve ark. (1994).** Çocuklarda yanık tedavisi. Sendrom Aylık Aktüel Tıp Dergisi 3(6): 63-69.

**Freud P and Marvin J(1990).** PostBurn Pain. Edt:Loefer J.D,Chopman C.R,Fardyce W.E. Banica J.J The Management of Pain, Volume I, Philadelphia-London

**Groeneveld A, Inkson T (1992).** Ketamine.A.solution to procedural pain in burned children Can Nurse 88(8): 28-31.

**Gündüz F (1994).** Annelerin yanıktan korunmada ilkyardım bilgi düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 1984-1994 Lisansüstü Tez Özetleri Kitapçığı, Ankara.

**Güzeldemir ME (1997).** Yanıklı hastada reanimasyon ve anestezi uygulaması. Sendrom aylık aktüel tıp dergisi. 12(9):40-46.

**Hernandez-reif M et al. (2001).** Childrens distress during burn treatment is reduced by massage therapy. Journal Burn Care Rehabilitation 22(2): 191-195.

**Krug SE (2001).** Akut hasta yada travma geçirmiş çocuk. Edt:Behrman Khegman. Nelson Essentials of Pediatrics, III.Edisyon, Nobel tıp kitabevleri.

**Kocaman G (1994).** Ağrı: Hemşirelik yaklaşımları. 1.Baskı, Saray medikal yayıncılık, İzmir.

**Kohler H et al. (2001).** Pain management in children: assessment and documentation in burn units. Europe Journal Pediatr Surgery 11(1): 40-3.

**Kuğuoğlu S (2001).** Yanıklı çocuklarda acil bakım. Edt: Deniz Şelimen. Acil Bakım, 4.Baskı Yüce yayım a.ş. İstanbul.

**Ok Ş (1999).** Çocuklarda ağrı. İnönü Üniv. Sağlık Hizmetleri MYO Dergisi 5(5): 1-8.

**Patterson DR et al. (1992).** Hypnosis for the treatment of burn pain. Journal Consult Clin Psychol 60(5): 713-7.

**Talu G (2001).** Yanık ağrısı ve tedavisi. Sendrom aylık aktüel tıp dergisi 7(13): 94-98.

**Tucker SM et al. (1996).** Patient Care Standards Collabrative Practice Planning Guides, Sixth Edition, Mosby year book

**Yorgancı K (2000).** Yanık tedavisinde ekip çalışması: Uygulamalar ve geleceğe yönelik beklentiler. Hacettepe Tıp Dergisi 31(1) 20-26.

**Yürügen B (2001).** Ağrı ve opioid analjeziklerin kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan komplikasyonlarda hemşirelik yaklaşımları. Atatürk Üniv. HYO Dergisi 4 (1): 1-6.