

“İHMAL EDİLEN BİR HEMŞİRELİK BAKIM ALANI: YANIK BAKIMI”

“Neglected an Area of Nursing Care: Burncare”

Kenan GÜMÜŞ¹, Zeynep KARAMAN ÖZLÜ²

ÖZET

Giriş: Yanık gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı problemidir. Yanıklar bireyi psikolojik ve fizyolojik olarak etkileyen en büyük travmalardan biridir. Yanık ve oluşturduğu sekeller dünyada yaygın bir şekilde mortalite ve morbiditeden sorumludur ve buna ek olarak mental, emosyonel süreçlerde bozulmaya neden olmaktadır. Yanığın kompleks bir travma olması, uzun dönem takip-yara bakımı gerektirmesi, komplikasyon gelişme oranının yüksek olması ve özel bir dal olması itibarıyla uzmanlık gerektirmesi hemşirelerin bu alana yeterince yönelmesinin önündeki engellerin başlıcalarıdır. Fakat yanık yarasının bakımında primer role sahip olan hemşire, hemşirelik tanıları kapsamında yanık bakım sürecini sistematik olarak yönetmelidir. Hemşire bütüncül bakış açısıyla hasta sorunlarını ele almalı ve buna yönelik hemşirelik bakımı planlamalıdır. **Yöntem:** Veriler “yanık”, “yanıkta hemşirelik tanılaması”, “yanıklı hastada hemşirelik bakımı” ve “hemşirelik tanıları” gibi anahtar sözcüklerle, tam metin elektronik dergileri de kapsayan süreli yayınlar ve konu ile ilgili basılmış olan kitaplar üzerinden literatür taraması yapılarak toplandı.

Sonuç: Hemşire bireyin ne ölçüde yardıma ihtiyacı olduğunu belirlemeli ve elde ettiği veriler doğrultusunda önlemler alınmalıdır. Hemşirelik süreci uygulamasının özellikle tanılama aşamasında bireyin yaşam aktivitelerini dikkate alan hemşire bireyin etkilendiği ve yerine getirilemediği aktiviteleri daha net görerek bakım gereksinimini saptayabilecektir. Yanıklı hastaya bakım veren hemşire bakımını, yanık yarasına bağlı; Deri Bütünlüğünde Bozulma, deri bütünlüğünün kaybına ve azalmış immün cevaba bağlı olarak artan; Enfeksiyon Riski, yetersiz sıvı replasmanı, yanık alanından sıvının buharlaşması, plazma kaybı ve sıvının interstiyuma değişimine bağlı; Sıvı Volüm Eksikliği, yanık yarasına, yara iyileşmesine ve tedavisine bağlı; Ağrı, yanık yarısındaki ödeme, ağrıya ve eklem kontraktürlerine bağlı fiziksel harekette değişiklik; Fiziksel Harekette Bozulma, Yanık yarasına veya cerrahi işleme bağlı; Beden İmajında Bozulma, yanığın korkutucu ve duygusal etkilerine bağlı; Anksiyete, kilo kaybı ve negatif nitrojen dengesiyle kendini gösteren gereksinimlerde artma, beslenme yetersizliği ve kalorik talepte artmaya bağlı; Beslenmede Dengesizlik; Beden Gereksiniminden Az Beslenme, yanıklı hastanın taburculuk sonrası bakım ihtiyacına bağlı; Bilgi eksikliği gibi tanımlar üzerinden planlar. Bununla birlikte hemşireler tarafından verilen sürekli ve etkili yanık bakımı, hastaların hastanede kalış sürelerini azaltabilir ve olası komplikasyonların gelişmesini önleyebilir.

Anahtar Sözcükler: Yanık; Yanıklı hastada hemşirelik bakımı; Hemşirelik tanıları.

ABSTRACT

Introduction: Burns is an important public health problems in developing countries. Burns is one of the largest trauma affects individuals physically and psychologically. Burns and their sequelae continue to be responsible for significant mortality and morbidity worldwide and in addition to disabilities to emotional and mental consequences. Scalds need expertise since they are complex traumas, they necessitate long term follow up-wound care they have high complication incidence rate and it is a specific branch and these characteristics are the primary obstacles keeping nurses to involve in this area. However, the nurse who has a primary role in the care of burn injuries should systematically manage the burning care process within the scope of nursing diagnoses. Nurses must take problems with the holistic approach to the patient with burn and it should plan for nursing care.

Methods: Data “burn”, “nursing diagnoses of burns”, “nursing care of patients with burns”, “nursing diagnosis” with keywords such as full-text electronic journals, including periodicals and relevant printed books literature on performing scan was collected

Conclusion: Nurses should determine to what extent an individual is in need of help and take measures in accordance with the data obtained. Nurse who take life activities of individuals into consideration especially in diagnosis stage of nursing process would see clearly activities by which individuals are affected and which are not realized by them and would determine their care needs. The nurse giving health care to the patient with scalds plans the patient care considering diagnosis like due to scald wound; Impaired skin integrity, increasing due to the loss in skin integrity and decreased immune response, Risk of infection; due to insufficient fluid replacement, evaporation of the fluid from the wounded area; wound healing and treatment; Pain, changes in physical actions due to edema in scald wound, pain and articular contracture; Deterioration in physical actions, due to the scald wound of surgical operations; Deterioration in body image, due to the emotional and frightening effects of scald; Anxiety, due to the increase in demand related to weight loss and negative nitrogen balance, lack of nutrition and caloric demand; Nutrition imbalance, due to patient’s health care needs after being discharged; Lack of knowledge. However, given the continuous and efficient burn care by nurses, reduce length of hospital stay of patients and prevent the development of possible complications

Keywords: Burn; nursing care with burn patients; nursing diagnosis.

¹Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Amasya

²Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum

Kenan GÜMÜŞ, Yrd. Doç. Dr.
Zeynep KARAMAN ÖZLÜ, Yrd.Doç.Dr.

İletişim:

Yrd. Doç. Dr. Kenan GÜMÜŞ,
Amasya Üniversitesi Sağlık
Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü,
Amasya/Türkiye
Tel: 0358 218 1767
e-mail:
kenangumus_010@hotmail.com

Geliş tarihi/Received:31.03.2016
Kabul tarihi/Accepted: 27.06.2016

Bozok Tıp Derg 2017;7(4):72-9
Bozok Med J 2011;7(4):72-9

1. GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

Yanık, ülkemizde ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir toplum sağlığı sorunudur. İnsan vücudunun karşılaştığı, maruz kalan bireyi fiziksel ve psikolojik olarak etkileyen en büyük travmalardan birisi olarak gösterilmektedir (1,2). Bu travma sonucunda yanıklı hastada belirli derecelerde yaralanmalar oluşabilmektedir. Yanık yaralarının sınıflandırılmasında derinlik ve yaygınlık çok önemli iki faktördür (3). Yanık yarasının derinliği patolojik olarak kısmi kalınlıkta yanık (derin, yüzeysel) ve tam kat yanık olarak 2 kısma ayrılır. Klinik olarak ise 4 derecede sınıflandırılmıştır (4).

1.1. Birinci Derece Yanıklar

Sadece derinin epidermis tabakası hasarlanır. Yanık alanı başlangıçta vazodilatasyona bağlı kırmızı görünür. Daha sonra soyulma (deskuamasyon) olur ve 7 gün içinde skar dokusu bırakmadan iyileşir (4-8). Birinci derece yanıklar kurudur, çok az ödem görülebilir, ağrılı olabilir ve genellikle bül yoktur (4,9,10).

1.2. İkinci Derece Yanıklar

Yüzeysel ve derin olmak üzere iki kısma ayrılır.

İkinci Derece Yüzeysel Yanıklar: Derinin tüm epidermisi, dermisin ise yüzeysel kısmı (papiller dermis) hasarlanır. Dermiste canlı sinir uçlarının açığa çıkmasına bağlı olarak çok ağrılıdır ve genellikle bül vardır (1,4,6-8). Bül zemini parlak kırmızıdır (3). Bül içinde toplanan sıvı epidermisen stratum spinosum tabakasında toplanarak, epidermisi iki kısma ayırır. Sıvının içinde bulunan plazma proteinleri ve deri döküntülerinden dolayı ozmotik basıncı yüksektir. Bu nedenle zaman içinde çevre dokulardan daha fazla sıvı çekerek bül büyüyebilir (6). Kıl folikülleri, ter ve sebace bezlerden başlayarak epidermisen yeniden oluşması ile 2-3 haftada iyileşme tamamlanır (4,6). Belirgin olmayan skar dokusu bırakabilir (6).

İkinci Derece Derin Yanıklar: Epidermisen tamamı ve dermisin de büyük kısmı hasarlanır. Fakat dermisin en derin kısımlarında (retiküler dermiste) canlı kalan deri eklerindeki epitelyum hücrelerinden iyileşme olur (4). Yanık sinir uçlarını harap ettiği için ağrı nispeten azdır (7). Yara alanı kirli beyaz bir renktedir (3,4). Benekli görünümündedir. Parmakla basıldığında kapiller dolaşım görülmez. İyileşme epitel hücrelerinin yüzeye göç etmesine bağlı olarak 4-6 hafta sürebilir (4). İyileşme süresi uzun olduğu için enflamatuvar faz uzar ve fazla miktarda kollajen oluşumu ile skar dokusu gelişir (6).

1.3. Üçüncü Derece Yanıklar

Derinin tüm katmanlarını içerecek şekilde epidermis, dermis, subkutanöz doku tamamen hasarlanmıştır (4,6,7). Kahverengi, beyaz veya siyah görünümündedir (4,11). Tromboze olmuş kan damarları görünür haldedir. Tüm deri ile birlikte sinir uçları da yandığı için ağrı yoktur (4,8). Yara kenarlarında sınırlı bir kontraksiyon ve epitelizeasyon dışında kendiliğinden iyileşme olmaz. Granülasyon dokusunda epitelyum hücresi bulunmadığı için cerrahi eksizyon ve deri greftlemesi gerektirir (4,6,7,11,12).

1.4. Dördüncü Derece Yanıklar

Deriye ilave olarak subkutan yağ dokusu, kas, tendon, kemik gibi yapıları kapsayan yanık tipidir (4,6,11). Bu yanıklar genellikle siyah görünümündedir. Yanığın nedeni alttaki doku yıkımının miktarı hakkında ipucu verebilir. Yüksek voltajlı elektrik ve bazı haşlanma yanıkları dördüncü derece olabilir (11). Tedavide geniş debritleme takiben rekonstrüksiyon gerektirebilir. Bazı durumlarda amputasyon kaçınılmazdır (4,6).

Tablo 1.1. Yanıkların Derinliğine Göre Sınıflandırılması ve Özellikleri (12,13)

Derece	1	2	3	4
Derinlik	Yüzeysel	Orta	Derin	Çok derin
Etkilenen doku	Epidermisin bir kısmı	Epidermisin tamamı, dermisin bir kısmı	Epidermis ve dermisin tamamı	Epidermis, dermisin tamamı, kas ve kemik
Klinik görünüm	Kuru deri, eritem	Ödem, vezikül, bül	Kuru deri, eskar	Eskar
Ağrı	Ağrılı	Çok ağrılı	Ağrısız	Ağrısız
Epitelizasyon	Var	Var veya yok	Yok	Yok
Skar	Genelde kalmaz	Sıklıkla kalır	Kalır	Kalır

1.5. Tedavi

Yanık yarısında uygulanan tedavi yara bakımı, medikal ve cerrahi tedaviyi içerir. Tedavide yanığa neden olan etkenden çok yanık yarasının genişliği ve derinliği önemlidir. Bazı hastalar pansuman tedavisi ile iyileşirken bazı hastalara da pansuman tedavisini takiben cerrahi tedavi uygulanmaktadır (4). Tedavi yaranın özelliklerine ve büyüklüğüne bağlıdır. Tüm tedavilerdeki amaç hızlı, komplikasyonsuz ve ağrısız iyileşmeye yöneliktir (14). Yanık tedavisinde genel yaklaşım sıvı resusitasyonu, yara bakımı ve hekim gerekli görürse cerrahi işlemdir. Vücut yüzey alanının %15'inden fazlasını ilgilendiren yanıklarda erken dönemde sıvı resusitasyonlarına başlanmalıdır (6,7,15,16). Sıvı resusitasyonunda primer amaç termal yaralanma sonucu kaybolan sıvının yerine konmasıdır (4,11). Sıvı resusitasyonunda en sık kullanılan ve kullanımı kabul gören sıvı ringer laktattır (11).

Yanık yarasının pansumanında topikal antibakteriyel ajanların kullanıldığı kapalı pansuman yöntemi uygulanmaktadır. Pansuman, yarayı temizleme işleminin yanı sıra ayrılmış eskarın ve ölü doku parçalarının uzaklaşması olanağı sağlamaktadır (12). Genel olarak tedavisi 2 haftadan fazla sürecek olan 2. derece derin ve 3. derece yanık yaralanmaları çok küçük olmadığı sürece cerrahi işlem yapılmadan kapanmayabilir. Bu yaraların durumuna göre greftleme, eksizyon ve eskaratomi gibi cerrahi işlemler gerekmektedir (4,7).

1.6. Hemşire yanık bakımının neresindedir?

Pozitif hasta sonuçları yanık bakım ekibi ve üyeleri

arasında işbirliğine bağlıdır. Bu ekibin merkezindeki kişi tüm hasta bakım faaliyetlerinin koordinatörü olan yanık hemşiresidir. Yanıklı hastanın karmaşıklığı ve multisistem tutulumu nedeniyle yanık hemşiresinin; geniş tabanlı çoklu organ yetmezliği, tanısal çalışmalar, kritik hasta bakım teknikleri, rehabilite edici ve psikososyal beceriye ilişkin yeterli bilgiye sahip olması gerekir (17).

Yanıklı hastanın bakımında, hemşirelerin bakım rolü kadar eğitim rolü ve rehberlik rolü de ön plana çıkmaktadır (18). Hemşireler, verdikleri bakımın yalnızca sağ kalmayı değil, ciddi ve çok yönlü bir yaralanmanın üstesinden gelme ve baş etme çabasındaki hastalara yardım etmede önemli bir fark yarattıkları inancı içindedir. Bu inanç yanık hastaları ve ailelerine bakım verilmesini sağlayıcı önemli bir duygudur (19).

Yanık hastasının yanıktan sonraki erken dönemde yapılan değerlendirmeleri; hemodinamik değişiklikler, yara iyileşmesi, ağrı, psikososyal yanıtlar ile komplikasyonların erken saptanması, yanıklı hastalar ve yakınlarının taburculuk eğitimi üzerine odaklanır (3,20). Hastanın fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesini engellemek amacıyla hemşirenin, eğitici, danışmanlık ve destekleyici rollerini kullanarak hastanın bilgi gereksinimini, özbakım uygulama yetersizliğini, motivasyon eksikliğini gidermeli, hastanın kendi bakımını üstlenmesine ve özgüveninin gelişmesine bütüncül bakım vererek yardımcı olmalıdır (18). En ciddi travmalardan birini oluşturan yanıkta, iyi bir bakım ve erken psikososyal rehabilitasyonla bireyin toplumdaki yerini alabileceği belirtilmektedir (19).

Hemşire ilk olarak yanık merkezine yatan hastaların durumunu değerlendirmeli ve mevcut ya da olası sorunlara ilişkin veri toplamalıdır. Topladığı verilere yönelik hemşirelik tanımlarını belirlemeli ve buna yönelik hemşirelik girişimlerini planlamalıdır. Dolayısıyla profesyonel bakım sunmak olan hemşirelerin asıl işi yanıklı hastayı holistik bakış çerçevesinde değerlendirmek ve optimal hemşirelik bakımı sunmaktır. Bakımın sistemli ve profesyonellerce sunulması hastanın hastaneye yatışından taburculuğa giden zorlu süreci kısaltacağı ifade edilmektedir. Bu anlamda yazıya alınan derlemenin yanık ve yara bakım hemşirelerine hasta bakım sürecinde karşılaşılabilecek olası sorunların çözülmesinde kolaylık sağlayacağı ve literatürdeki bir boşluğu doldurmaya yardımcı olacağı düşünülmektedir.

2. MATERYAL VE METOD

Veriler “yanık”, “yanık’ta hemşirelik bakımı”, “hemşirelik tanımları” ve “yanık bakımında hemşirenin bağımsız fonksiyonları” gibi türkçe anahtar sözcüklerle ve bunların ingilizce karşılıkları ile science direct, scopus, pubmed, ebsco host, ulakbim, google akademik gibi veri tabanlarında taranan özet ve tam metin elektronik dergileri de kapsayan süreli yayınlar ve konu ile ilgili basılmış olan kitaplar üzerinden literatür taraması yapılarak toplandı. 1997-2015 tarihleri arasında yazılan kitap bölümleri, yapılan araştırmalar, derlemeler veri tabanını oluşturdu. Literatürlerden elde edilen bilgiler sistematik bir şekilde hemşirelik bakım süreci ile entegre edildi. Yanık hastasının bütüncül bakım çerçevesinde olası tanınması yapıldı ve tanımlara yönelik hemşirelik uygulamaları belirlendi.

3. Yanık Yaralanması Olan Hastaya İlişkin Başlıca Hemşirelik Tanımları Şunlardır (3,8,19,21,22);

- Yanık yarasına bağlı; **Deri Bütünlüğünde Bozulma**,
- Deri bütünlüğünün kaybına ve azalmış immün cevaba bağlı olarak artan; **Enfeksiyon Riski**,
- Yetersiz sıvı replasmanı, yanık alanından sıvının buharlaşması, plazma kaybı ve sıvının interstiyuma değişimine bağlı; **Sıvı Volüm Eksikliği**,

- Yanık yarasına, yara iyileşmesine ve tedavisine bağlı; **Ağrı**,
- Yanık yarısındaki ödeme, ağrıya ve eklem kontraktürlerine bağlı fiziksel harekette değişiklik; **Fiziksel Harekette Bozulma**,
- Yanık yarısına veya cerrahi işleme bağlı; **Beden İmajında Bozulma**,
- Yanığın korkutucu ve duygusal etkilerine bağlı; **Anksiyete**,
- Kilo kaybı ve negatif nitrojen dengesiyle kendini gösteren gereksinimlerde artma, beslenme yetersizliği ve kalorik talepte artmaya bağlı; **Beslenmede Dengesizlik; Beden Gereksiniminden Az Beslenme**.
- Yanıklı hastanın taburculuk sonrası bakım ihtiyacına bağlı; **Bilgi eksikliği**,

Bakım hedefleri doğrultusunda saptanan hemşirelik tanımları için hemşirenin eğitici ve uygulayıcı fonksiyonları göz önünde bulundurularak girişimler gerçekleştirilmelidir.

3.1. Deri Bütünlüğünde Bozulma

Yanmış deri iyileşme olana kadar enfeksiyona yatkındır. Bu nedenle hastada yanık yarısı etkili bir şekilde tedavi edilmez ve bakımı yapılmazsa enfeksiyon gelişebilir (23).

Hedef: Deri bütünlüğünün sağlanması (3).

Hemşirelik Uygulamaları: Hastanın yaraları, vücudu ve kolları her gün temizlenir. Hekim istemine göre, topikal antibakteriel ilaçlarla yara bakımı yapılır. Order de belirtilen sistemik ilaçlar uygulanır ve kayıt edilir. Varsa greft alanının bakımı yapılır. Deri greftleri basınç, enfeksiyon ve ayrılmadan korunur. Dört saatte bir derinin ve/veya greftin değerlendirilmesi ve hastanın iki saatte bir pozisyonunun değiştirilmesi gerekmektedir. Ödem ve kontraktürleri azaltmak amacıyla her 5-10 dakika da bir range of motion (ROM) egzersizleri yaptırılmalıdır. Hareketsizlikten dolayı meydana gelebilecek yatak yaralarının önlenmesi için havalı yataklar kullanılması faydalı olabilmektedir. Genel vücut hijyeninin önemi anlatılır. Vücudun diğer taraflarındaki bakterilerin, bütünlüğü bozulmuş yaraya bulaşabileceği belirtilmelidir. Özellikle yanık yüzey alanı

fazla olan hastalar hareketsiz olma eğilimindedir. Bu tür hastalara ve ailesine ROM egzersizleri öğretilmelidir (8,22).

3.2. Enfeksiyon Riski

Yanıklı hastanın deri bütünlüğü bozulduğundan dolayı enfeksiyona yatkındır. Yaralanmanın akut safhasında en önemli komplikasyon sepsistir. Hastada yanık yarasının enfeksiyonu dışında pnomoni, tromboflebit, üriner sistem enfeksiyonları da gelişebilmektedir (8).

Hedef: Sistemik veya lokal enfeksiyon belirtilerinin olmaması (3).

Hemşirelik Uygulamaları: Hasta ve hasta yakınlarına yanık bakımının amaç ve yöntemleri açıklanır, doğru el yıkama tekniği uygulamalı olarak gösterilir (19). Hasta bakımının tüm alanlarında asepsiye dikkat edilir (3). Yanık bakımı sırasında steril eldiven, önlük ve maskenin kullanıldığı aseptik teknik uygulanmalıdır. Yıkama, debritleme ve pansuman değişikliği sırasında hastanın vücut ısısı korunmalıdır. Bu işlemler sırasında süre en fazla 30 dakika ile sınırlı tutulmalıdır (22). Enfeksiyon olasılığını azaltmak için önerilen şekilde topikal antibiyotik ve steril pansuman uygulanır (19). Eskar altında yer alan anaerobik ortamda tetanoz etkeninin yerleşmesi ve gelişmesini engellemek amacıyla hekim istemi ile tetanoz profilaksisi uygulanır (21). Yara eskarın çıkarılması, enfeksiyon, pürülan akıntı veya renk değişikliği açısından değerlendirilir (3,8,19,21,22). Aktif enfeksiyonu olmayan ziyaretçilere maske verilir ve el hijyenine dikkat edilmesi gerektiği belirtilir (3,8,22).

3.3. Sıvı Volüm Eksikliği

Yanıklı hastada sıvı kaybı nedeniyle sıvı elektrolit dengesizliği meydana gelebilmektedir. Sıvı kaybı kapiller permeabilitenin artması sonucu damar içinden damar dışına plazmanın geçmesi ve yanık yüzeyinden sıvının buharlaşması ile meydana gelmektedir (8,22).

Hedef: Sıvı volüm eksikliğinin ve sıvı volüm eksikliğinden kaynaklanan komplikasyonların önlenmesi (22).

Hemşirelik Uygulamaları: Steril teknik kullanılarak ekstremitedeki geniş venlerden damar yolu açılır. Hastanın sıvı ihtiyacı belirlenir ve hekim istemine göre sıvı resusitasyonuna başlanır. İlk 24 saat kristaloid

sıvı replasmanı yapılır. Parkland formülüne göre hesaplanan sıvının yarısı ilk 8 saatte kalanı ise 16 saatte verilir (22). Yanıktan sonraki 36 saat için hasta hipovolemi belirtileri (akut kilo kaybı, cilt turgorunda azalma, oligüri, idrar dansitesinde artma, postural hipotansiyon, boyun venlerinde düzleşme, zayıf ve hızlı nabız, santral venöz basınçta azalma, soğuk ve nemli cilt, kas zayıflığı ve kramp gibi) yönünden takip edilir (8,21) Sıvı-elektrolit durumunun belirlemek için laboratuvar testleri izlenir (19,21).

3.4. Ağrı

Yaralı bir birey için, yanık ve tedavisi en önemli ağrı kaynağıdır. Yanıkta epidermis hasara uğradığından dolayı ağrı reseptörleri hava akımına maruz kalarak son derece şiddetli bir ağrı oluşur. Ayrıca yanık alanında oluşan eksuda ve eksudanın içinde bulunan potasyum, prostoglandin gibi maddeler de ağrı reseptörlerini uyararak ağrıya neden olmaktadır (8). Ağrının kontrol altına alınmaması hastada stres yanıtının uzamasına, yara iyileşmesinin gecikmesine ve iyileşme süresinin uzamasına neden olabileceğinden üst düzeyde analjezi sağlanmalıdır (24).

Hedef: Ağrının kontrolü veya azalmasının sağlanması, hastanın ağrısının olmadığını ifade etmesi (3).

Hemşirelik Uygulamaları: Yanık tedavisinin her aşamasında bireyselleştirilmiş ağrı tanınması yapılmalıdır (21). Ağrı skalası kullanılarak ağrı düzeyi değerlendirilir (3). Ağrının fizyolojik (nabız hızında artma, solunum hızında artma) ve psikolojik belirtileri (yüzde ekşime, öfke, acı çekme vb.) izlenir. Özellikle akut dönemde ağrı kontrolü için hekim istemine göre opioidler uygulanır (21). Ağrı yönetiminde analjezi genellikle uygulamalardan 30 dakika önce ve intravenöz şekilde uygulanmalıdır (21,22). Anksiyete ve ajitasyon yönetiminde hekim önerisi ile anksiyolitikler verilir. Rehabilitasyon döneminde ağrının kontrol altına alınmasında ilaçların yanı sıra ilaç dışı yöntemler de kullanılabilir (21). Bireyin ağrı algılamasını birçok faktör etkilediği için diğer disiplinler ile işbirliği ile gevşeme yöntemleri, biyo-feedback, hipnoz, transkütan elektrik sinir stimülasyonu gibi yöntemler kullanılabilir (8). Hastaya yanık iyileşmesi

sırasında olabilecek ağrı şekilleri anlatılır. Ağrı yönetimi açısından kontrol mümkün olduğunca hastaya bırakılır. Ağrı ile baş etmede rahatlama, hayal kurma, uzaklaşma tekniklerinin kullanımı konusunda hastaya bilgi verilir ve yardımcı olunur (3). Hastanın ağrısının belli bir süre sonra kaşıntıyla yer değiştireceği anlatılır. Yeni, kırılğan cildin yaralanmasından kaçınmak ve travmalardan korunmada özenli olunması gerektiği belirtilir (19,21).

3.5. Fiziksel Harekette Bozulma

Yanıklı hastanın hareketinin sağlanması yatmaya bağlı gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Yanıklı hastada özellikle eskar oluşumu kontraktürlere yol açmaktadır. Kontraktür oluşması yara iyileştikten sonra hareket kabiliyetini sınırlamaktadır (8).

Hedef: Optimal fiziksel hareketin sağlanması (3).

Hemşirelik Uygulamaları: Hastaya yanık alanlarına özgü, kontraktürleri önleyici pozisyonlar verilir. Erken dönemde hastanın durumuna göre pasif ROM egzersizlerine başlanır. İlerleyen dönemlerde her 2-4 saatte aktif ROM egzersizleri için hasta cesaretlendirilir. Gerektiğinde egzersiz ve hareket için önerilen araç- gereçler (atel, kapama vs.) kullanılabilir (8,21,22). Hastanın sınırlılıkları dikkate alınarak öz bakımı desteklenmeli ve bu konudaki bilgi eksikliği giderilmelidir.(21,22).

3.6. Beden İmajında Bozulma

Yanıklı hasta yanığın ilk birkaç gününde kendisine ne olduğunun kavrayamayabilir. Fakat bundan sonra uzun bir iyileşme evresi başlar. Hasta durumunun ve muhtemel sonuçların farkına varır ve yanıktan 2-4 hafta sonra stresle baş etmeye çalışır. Ayrıca şekil bozukluğu, ağrı, yetersiz sosyal destek, başkalarına bağımlı olma, uzun ve zorlu süren tedavi ve bakım nedenleriyle psikolojik problemler gelişebilir. Bunlardan birisi beden imajında değişikliktir (8).

Hedef: Hastanın yeni baş etme davranışlarını uygulaması ve görünümünü kabul ettiğini ifade etmesi (21).

Hemşirelik Uygulamaları: Hastanın duygularını ve

acısını ifade etmesi için uygun ortam oluşturulur, özellikle kendisine ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirilir (21). Destek duygusunu güçlendirmek ve izolasyon duygusunu azaltmak aile için etkileşimi planlanır. Yanlış anlamaları azaltmak için tedavi sırasında beklenen görünümle açıklanır (19). Hasta prosedürler ve beklenen sonuçlar ile ilgili bilgilendirilerek bilinmeyen korkusu azaltılır ve iyileşme süresince hastanın kooperasyonu ve katılımı artırılır (22). Yanık bölgesine bakma, dokunma konusunda hasta cesaretlendirilir, erken dönemde fizik tedavi ve rehabilitasyonun başlanması sağlanır. Hastayı ziyaret edecek olan bireylerin hastanın dış görünümü ile ilgili önceden bilgilendirilerek, hastaya olumsuz tepkiler göstermesi önlenmelidir. Düşmanlık, korku, endişe ve bağımlılık gibi duygular ile baş etme yöntemleri öğretilir (21).

3.7. Anksiyete

Yanık hastaları bakım ve tedavi süreci ile ilgili işlemler, ağrı, bilgi eksikliği, yabancı ortam, beden imajında değişiklik, sosyoekonomik gereksinimlerde farklılık ve yaşam biçiminin değişmesi gibi nedenlerle stres yaşamaktadır (21).

Hedef: Hastanın ve ailesinin anksiyetesinin en aza indirilmesi (3).

Hemşirelik Uygulamaları: Hastanın yanık olayı ile ilgili duygularını açıklaması için uygun ortam oluşturulur (20). Hemşire, hastanın ve ailesinin yanık ile ilgili algısını, başa çıkma yeteneklerini ve aile içi dinamiklerini değerlendirir (3). Yapılan bütün işlemler hasta ve ailesine basit ve anlaşılır kelimelerle açıklanır. Hastanın kendisi ile ilgili alınan kararlara katılımı sağlanır (21). Ağrı kontrolü için nonfarmakolojik girişimler uygulanmalıdır. Aşırı anksiyetenin devam etmesi durumunda yeterli ağrı kontrolü sağlamak için ilaç kullanım seçeneği değerlendirilmelidir (3).

3.8. Beslenmede Dengesizlik; Beden Gereksiniminden Az Beslenme

Yanıklı hastaya uygulanan tedavi ve bakımın başarılı olabilmesi için hastanın yeterli ve dengeli beslenmesi son derece önemlidir. Akut dönemde ödemden dolayı

hastanın kilosu artmış gibi görünebilir ancak ödem düzeldikten sonra hızlı bir şekilde kilo kaybeder. Hiperkatabolizma ve hipermetabolizma nedeniyle enerji ve protein gereksinimi artmıştır (8).

Hedef: Anabolik beslenme durumunun sağlanması (3).
Hemşirelik Uygulamaları: Hastanın beslenme durumu tanınır. Artan gereksinimler doğrultusunda günlük alınması gereken kalori miktarı hesaplanır (9). Akut dönemde mide dekompresyonunu ve gastrik distansiyonu önlemek için oral alım yasaklanır, enteral veya parenteral beslenme önerilir (8,19,21,22). Bağırsak alışkanlıkları geri döndüğünde beslenme gereksinimini karşılayacak diyet planlanır (21). Artan beslenme gereksinimlerinin karşılanması için yüksek proteinli ve yüksek karbonhidratlı diyet önerilir. Hasta tercihlerine göre diyetine uygun ev yemekleri tercih edilebilir (19). Hastanın toplam enerji miktarının %20'sinin protein, %50'sinin karbonhidrat ve %30'unun yağdan sağlanmasına özen gösterilir (3,21). Serum elektrolit, glikoz ve protein değerleri takip edilir (8,21). Hastanın yanık öncesi vücut ağırlığı not edilir ve günlük kilo takibi yapılarak karşılaştırılır. Hastanın iştahı ağrı, anksiyete, rahatsızlık, günlük pansuman değişimi veya diğer girişimler nedeniyle azalabilir. Uygulanan tedavi ve bakımın başarılı olabilmesi için yeterli ve dengeli beslenmenin önemi anlatılır. Hastanın oral alımı başladığında az ve sık beslenmesi konusunda bilgilendirilir (8).

3.9. Bilgi Eksikliği

Yanık tedavisi gören hastalar taburculuk sonrası tedaviye ilişkin uyum güçlüğü yaşayabilmekte ve bu durum sonucunda ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle hastaneye tekrarlı yatışlar olabilmektedir (20). Bu tür istenmeyen durumların önlenmesinde hastaya bir eğitim planı çerçevesinde gerekli ve yeterli eğitim verilmelidir. Taburculuk eğitiminin hizmet alan bireyin iyileşme düzeyini artırdığı, hastanede kalış süresini ve hastalığa bağlı komplikasyonları azalttığı, yeniden hastaneye yatışı önlediği ve ailenin fiziksel ve duygusal yükünü azalttığı, maliyet etkinliği sağladığı, morbidite ve mortaliteyi azalttığı, hastanın bireysel bağımsızlığını ve sosyal yaşama uyumunu desteklediği

ve yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır (20,25,26).

Hedef: Yıkanıklı hastaya taburculuk sonrası bakımda ihtiyaç duyacağı konularda gerekli bilgiyi sağlamak (3).
Hemşirelik Uygulamaları: Yıkanıklı hasta için bir eğitim programı oluşturularak; yanıkta yara bakımı, yaranın enfeksiyondan korunması, kullanılacak ilaçlar, beslenme, egzersizler, tuz ve sıvı alımı, ağırla baş etme, psikolojik problemler ve destek faktörlerinin artırılması, günlük yaşam aktiviteleri gibi konularda gereken eğitim verilmelidir (20,27). Yara bakım hemşiresi eğitim verirken hastanın sosyokültürel ve entellektüel durumunun göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Hastaların belirtilen eğitim ihtiyacını karşılamak ve gerekli olduğunda ulaşabilmek üzere görsel ve işitsel eğitim araçlarının (eğitim kitapçığı, broşür, video, kaset vb.) oluşturulması hasta eğitiminin devamlı olmasına imkân sağlayacaktır (20).

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yanık, bir insanın karşı karşıya kalabileceği fiziksel ve psikososyal travma yapabilen durumların başında gelir. Bu nedenle yıkanıklı hastanın bakımı, hemşireliğin bilgi, beceri ve deneyim gerektiren alanlarından biridir (28,29). Bakımın hemşirelik bakım süreci çerçevesinde sürekli ve sistemli sunulması iyileşmeyi hızlandırır ve olası sakatlıkları önler. Bununla birlikte sürekli ve etkili yanık bakımı, hastaların hastanede kalış sürelerini azaltabilir ve olası komplikasyonların gelişmesini önleyebilir.

Bakım sürecinde hemşire, eğitici ve uygulayıcı rolüne dayanarak tespit ettiği bağımlılık durumlarına yönelik hemşirelik tanımlarını belirlemelidir. Tanımların etiyojilerine dayalı hemşirelik girişimlerini belirlemeli ve uygulamalıdır. Son olarak tanımlara ilişkin değerlendirmelerde bulunmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Zor F, Ersöz N, Külahçı Y, Kapı E, Bozkurt M. Birinci basamak yanık tedavisinde altın standartlar. Dicle Medical Journal. 2009; 36(3): 219-25.

2. Özkan Z, Alataş ET. Yanıkta cerrahi tedavi ve klinik deneyimlerimiz. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 2014; 5(1): 76-9.
3. Yavuz M. Yanıklar. İçinde: Karadakovan A, Eti Aslan F (editörler). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. 1. Baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 2010.s. 1067-95.
4. Tokyay R, Akın S, Özbek S. Yanık. İçinde: Gülay H (editör). Temel ve sistemik cerrahi. 1.Baskı. İzmir, İzmir Güven Kitabevi, 2005.s. 271-309.
5. Barret JP. Initial management and resuscitation. In: Barret N, Herndon DN (eds). Principles and practice of burn surgery. 10nd ed. New York, Markel Dekker, 2005. p.1-6.
6. Yorgancı K, Öner Z. Yanıklar. İçinde: Sayek İ (editör). Temel cerrahi. 3. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, 2004.s. 494-508.
7. Yorgancı K, Öner Z. Yanıklar. İçinde: Sayek İ (editör). Temel cerrahi el kitabı. 3. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2009.s. 176-85.
8. Erdil F, Özhan Elbaş N. Cerrahi hastalıkları hemşireliği. 4. Basım. Ankara, Aydoğdu Ofset, 2001.s. 762-75.
9. Morris SE. Cold-induced injury: frostbite. In: Herndon DN, Greenwood G, Nash S. (eds). Total burn care. 3nded. China, Saunders Elsevier, 2008. p. 530-535.
10. Sun RX. Evaluation and classification of burn severity. In: Sun RX, Weeks BS. (eds). Burns regenerative medicine and therapy. 3nded. Switzerland, Karger Publisher, 2004.p. 19-23.
11. Can Z. Yanıklar. İçinde: Cerrahinin ilkeleri, Geçim E (Çeviri editörü). Principles of surgery, Warden GD, Heimbach DM. 17. Baskı. Ankara, Baran Ofset Matbaacılık, 1999.s. 227-68.
12. Yastı Ç. Yanık yarasının yönetimi. İçinde: Amerikan Cerrahi Koleji, Cerrahi İlkeler ve Uygulamalar, Özmen MM, Özmen V (Çeviri editörü). American College of Surgery, Klevin MB, Heimbach DM, Gibran NS. 6. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitabevi, 2012.s. 1425-48.
13. Koyuncuer A. Yanıklı hastalarda hastaneye sevk ya da hastaneye yatırma kriterleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2004; 13(7): 249-51.
14. Demir A. Yanıklar. İçinde: Cerrahi Ders Kitabı, Ulusoy AN (Çeviri editörü). Sabiston Textbook of Surgery, Wolf ES, Herndon DN. 17. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2010.s. 569-95.
15. Çetinkale O. Yanıklar. İçinde: Ertekin C, Taviloğlu K, Güloğlu R, Kurtoğlu M (editörler). Travma. 1.Baskı. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2005.s.563-91.
16. Pruitt BA, Goodwin CW, Pruitt SK. Including cold, chemical and electric injuries. In: Sabiston DC (ed). Textbook of Surgery, The biological basis of modern surgical practice, 15nd ed. Philadelphia, W.B Saunders Company, 1997.s.221-51.
17. Aksoy N. Yanıklı Hastada Hemşirelik Bakımının Yönetimi. *Selçuk Tıp Dergisi*. 2015;31(1): 47-51.
18. 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.
19. Kanan N. Yanıkta hemşirelik bakımı. İçinde: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (editörler). Cerrahi hemşireliği I, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2012. s. 115-52.
20. Saide F, Bayraktar N. Yanıklı hastaların ve yakınlarının taburculuk sonrası bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*. 2011; 13(1): 47-60.
21. Özbaşı A, Kurşun Ş. Yanıkta örnek bakım planı. İçinde: Akyolcu N, Aksoy G, Kanan N (editörler). Cerrahi hemşireliği uygulama rehberi. 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2011. s. 120-42.
22. Cebeci F. Yanıklar. İçinde: Akbayrak N, Erkal İlhan S, Ançel G, Albayrak A (editörler). Hemşirelik bakım planları (Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psiko-Sosyal Boyut), 1. Baskı. Ankara, Alter Yayıncılık, 2007. s. 1103-14.
23. Murphy KD, Lee JO, Herndon DN. Burn wound care and support of the metabolic response to burn injury and surgical supportive therapy. In: Barret N, Herndon DN (eds). Principles and practice of burn surgery. 10nd ed. New York, Markel Dekker, 2005.p. 291-315.
24. Kurşun Ş, Kanan N. Yanık ağrısı ve hemşirelik bakımı. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 2007; 15(60) : 195-99.
25. Watts R, Gardner H, Pierson J. Factors that enhance or impede critical care nurses' discharge planning practices. *Intensive And Critical Care Nursing*. 2005; 21(5), 302-15.
26. Yıldırım M, Bayraktar N. Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin taburculuk planlaması sürecindeki rolleri ve bunu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*. 2010; 2(2): 73-81.
27. Regojo PS. Burn care basics. *Nursing*. 2003; 3: 3(3): 50-3.
28. Eti Aslan F, Oyur Çelik G. Yanık bakımı. İçinde: Eti Aslan F, Olgun N (editörler). Erişkinlerde acil bakım, 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2014.s. 393-413.
29. 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.