1.AMAÇ

Bu prosedürün amacı yanık hastasının bakım ve sevk kurallarının tanımlanması, yanık odası işleyiş kurallarının oluşturulmasıdır. Bununla birlikte sürekli ve etkili yanık bakımı ile, hastaların hastanede kalış sürelerini azaltmak ve olası komplikasyonların gelişmesini önlemektir.

2.KAPSAM

Bu prosedür yanık hastasının bakımına yönelik tüm faaliyetleri kapsar.

3.SORUMLULAR

Bu prosedürün uygulanmasından cerrahi servisi hemşireleri, cerrahi hekimi, anestezi teknikeri, cerrahi servisi sekreteri, acil servis hasta nakil ekibi sorumludur.

4.TANIMLAR

1. **Birinci Derece Yanık:** Güneş ışığına maruz kalma ya da sıcak sıvı/materyal, alev ile kısa süreli temas sonucu epidermiste meydana gelen ağrılı yanıklardır.
2. **İkinci Derece Yanık:** Parsiyel kalınlıkta yanıklardır. Derin ve yüzeyel olarak ikiye ayrılır.
3. **Yüzeyel 2. Derece Yanık:** Epidermisin tamamını, dermisin yüzeyel kısmını içine alan yanıklardır.
4. **Derin 2. Derece Yanık:** Epidermis ve dermisin tamamı yanıktır, eskar dokusu oluşur.
5. **Üçüncü Derece Yanık:** Derinin tüm katlarını içeren yanıklardır. Yara sınırındaki epitelizasyonun dışında kendiliğinden iyileşme olmaz, cerrahi müdahale gerektirir.
6. **Dördüncü Derece Yanık:** Kas ve tendonu içeren kemiğe kadar uzanan derin ağrısız yanıklardır.
7. **Epitelizasyon:** Yara iyileşmesinin en son safhası, yarada epitel çoğalması.
8. **Eskar:** Yaralı bölgenin üzerinde oluşan elastik olmayan nekrotik doku.
9. **Eskaratomi:** Eskar dokusuna uygulanan cerrahi kesilerdir (sekonder iskemi nekrozunu önlemek, dolaşımı/solunumu rahatlatmak vb. amaçlarla).
10. **Fasyatomi:**Kas ya da fasia dokusuna uygulanan cerrahi kesilerdir (basıncı azaltmak ve sekonder iskemi nekrozunu önlemek için).
11. **Granülasyon:** Kırmızı renkte, ağrılı, epitelizasyonu zor, damarlanması fazla, kolayca kanayabilen yara.
12. **Bül:** 2. derece yanıklarda oluşan içi plazma dolu kabartılar.
13. **Yanık odası:** Yanık merkezi veya yanık ünitesi bulunmayan sağlık tesislerinde, genel cerrahi, çocuk cerrahisi veya plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi kliniklerinden birinin bünyesinde en az iki hastaya aynı anda yanık tedavi hizmeti verebilecek nitelikte fizikî, donanım ve personel şartlarını haiz yanık tedavi birimini,

5.FAALİYET AKIŞI

Yanığın şiddetine göre tedavi edilebileceği sağlık birimleri, ülkemizde yanık tedavi yapılanması göz önüne alınarak poliklinik, yanık odası, yanık ünitesi veya yanık tedavi merkezi olarak belirlenmiştir.

5.1.Hastanemiz yanık hizmetinin yapılandırılması:

Hastanemizde Yanık Tedavi Birimleri Hakkında Yönetmelik gereğince yönetmelikte tanımlanan yanık odası kurulması sağlanmış ve standartları oluşturulmuştur.

- Cerrahi Birimler servisinde 2 yataklı yanık odası yönetmelikteki kriterlere göre tanımlanmıştır.
- Ad Soyad sorumluluğunda ve cerrahi hemşireleri ve sekreteri ile 24 saat çalışma esaslı olarak yanık bakım hizmeti verilmektedir.
- Yanık pansumanı esnasında ameliyathane ve anestezi şartları gerektiğinde hastane ameliyathanesi ve anestezi biriminden destek alınır.
- Konsültasyon ihtiyacı halinde ilgili branş hekimlerinden konsültasyon ile destek alınmaktadır.
- Hastanın tedavi bakım İhtiyaçlarının gerektirdiği hallerde ameliyathane şartlarında da yararlanılmakta olup, yanıklı hastaya psikolojik, sosyal, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve nutrisyon desteği de verilmektedir.

5.2. YANIK ODASI HASTA KABUL KRİTERLERİ

Yanık Tedavi Birimleri Hakkında Yönetmelik gereğince, Hafif yanıklar, eşlik eden durumların riski artırmadığı, yaşamı tehdit eden çoklu travma veya inhalasyonun olmadığı durumlarda;

a. Erişkinlerde %15 veya daha az ikinci derece yanıklar
b. 2 yaş ve üstü çocuklarda %5 veya daha az ikinci derece yanıklar
c. Yüz, el, ayak, perine ve genital bölgenin ikinci derece yanıkları(yanık merkezine sevk edilebilir)

5.3.TANILAMA

1.Yanık yüzdesi

Erişkin Hastada Vücut Yüzey Alanının Yüzdeler olarak şematizasyonu:

Erişkinlerde kullanılan Dokuzlar Kuralı:

- % 9 tüm baş ve boyun
- % 18 gövdenin ön yüzü
- % 18 gövdenin arka yüzü
- % 9 sağ kol
- % 9 sol kol
- % 18 Sağ bacak
- % 18 sol bacak,
- % 1 perine

2. 15 yaşından küçük hastalarda yanık yüzdesi üç grupta hesaplanır.

0-1 YAŞ	**1-5 YAŞ**	**5-15 YAŞ**
%18 tüm baş ve boyun	%14 tüm baş ve boyun	%10 tüm baş ve boyun
%18 gövdenin arka yüzü	%18 gövdenin arka yüzü	%18 gövdenin arka yüzü
%18 gövdenin ön yüzü	%18 gövdenin ön yüzü	% 18 gövdenin ön yüzü
%9 sol kol	% 9 sol kol	% 9 sol kol
%9 sağ kol	% 9 sağ kol	% 9 sağ kol
%14 sol bacak	%16 sol bacak	%18 sol bacak
%14 sağ bacak	%16 sağ bacak	% 18 sağ bacak

5.4. ETKENİNE GÖRE VE YANIK BÖLGESİNE GÖRE YANIK ÇEŞİTLERİ

Etkenine göre	**Yanık bölgesine göre**
• Termal yanıklar • Elektrik yanıkları • Kimyasal yanıklar • Aerosollü kimyasalların solunması	1. • Yüz ve boyun yanıkları 2. • Perine yanıkları • Ekstremite yanıkları 3.

5.5.YANIĞIN DERİNLİĞİ:

Yanıklar, pratik uygulamada yüzeysel ve derin dermal yanıklar olarak ayrılır.
Yüzeysel yanıklarda dermis kaybı yoktur veya çok azdır. Birinci derece ve yüzeysel ikinci derece olan bu yanıklar sıklıkla 3 hafta içinde sekelsiz olarak iyileşirler.
Derin dermal yanıklarda dermis kısmen veya tamamen etkilenmiştir. Dermis hasarı ve derin dokuların tutulumuna göre derin ikinci derece, üçüncü

ve dördüncü derece yanıklar olarak sınıflanır. Bunlar sıklıkla 3 haftadan uzun sürede iyileşecek yanıklardır ve yine sıklıkla cerrahi girişim gerektirirler.

5.6.YANIKLARIN DERECELENDİRİLMESİ

Birinci derece:	epidermis sağlamdır, eritem vardır, örn. güneş yanıkları
İkinci derece yanıklar	i s e *yüzeyel* ikinci de epidermis bütünlüğü bozulmuş, dermisin üst tabakalarına sınırlı ise *yüzeyel* ikinci derece, dermisin alt (retiküler) tabakaları tutulmuş ise *derin* ikinci derece yanık oluşmuştur. Yüzeyel çok ağrılı iken derin ikinci derecede daha az ağrı ve künt bası hissi hakimdir
Üçüncü derece yanıklar	dermisin tüm katları tutulur. Deri sert, basık, soluk, ağrısızdır, tromboze damarlar izlenir, klasik yanık eskarı vardır.
Dördüncü derece yanıklar	cildin tüm katları, cilt altı yağ ve derin yapılar (kas, tendon, vb) tutulur, kömürleşmiş görünüm vardır.

5.7.YANIKTA LOKAL YARA BAKIMI

1. Öncelikle hastanın yatarak veya ayaktan takip gerekliliği belirlenmelidir
2. *poliklinik bazında takip edilecek veya yanık odalarına yatırılarak takip edilecek* hastalar içindir.

Poliklinik bazında hasta yönetimi için dikkat edilmesi gereken ayaktan takip kriterleri:

intravenöz sıvı resüsitasyon ihtiyacı ortadan kalkmalı,

devam eden bir komplikasyon bulunmamalı,

sepsis olmadığı teyit edilmeli,

yeterli enteral beslenme sağlanabilmeli,

oral ağrı kesiciler ile ağrı kontrolü yeterince sağlanabilmeli.

5.8.PANSUMAN-YARA TEMİZLİĞİ

3. Yara temizlenmesi ve kalan kiri uzaklaştırmak için yaralar oda sıcaklığında ılık çeşme suyu veya salin ile yıkanır, nötral pH'lı sıvı sabun dışı *antiseptik solüsyonlar ve fırça kullanılmamalıdır*.

4. Küçük yanıklarda topikal antimikrobiyal madde içeren krem veya pomadların kullanılmasına gerek yoktur. *Parafin* veya yağlı merhemler (örn. %0.2 Nitrofurazon pomad) emdirilmiş gazlı bezlerle pansuman uygundur. Pansuman malzemeleri her hasta için ayrı ve tek kullanımlık hazırlanmalıdır.

5. Enfeksiyon veya eskar varlığında ve geniş yanıklarda %1 gümüş sülfadiyazin kullanılır. Yara iyileşmesini geciktirmesi nedeniyle, epitelizasyonun izlendiği andan itibaren gümüşlü preparatların kullanımı sonlandırılmalıdır.

6. Birinci derece yanıklarda:

- Herhangi bir kapamaya veya yüzeysel antibakteryel ajana ihtiyaç yoktur.
- Nemlendirici kremler veya merhemler yeterlidir. Bu ajanlar derinin kuruması ve gerilmesi nedeniyle olan yangıyı ve ağrı hissini azaltacaktır. Hastaya analjezik verilebilir.
- Geniş birinci derece yanıklarda, ağrı ve hidrasyon yönetimi için hasta gereğinde yatırılarak tedavi edilebilir.

7. İkinci derece yanıklarda:Yüzeysel yanıklarda:

- Parafin emdirilmiş dokumalar yaraya yapışmayarak pansuman değişiminde ağrıyı azaltacaktır.
- Kozmetik olarak görünür alanlarda poliüretan film tabakalar da kullanılabilir.
- Bunların temin edilmemesi halinde, parafin veya yağlı merhemler (örn. %0.2 Nitrofurazon pomad) emdirilmiş gazlı bezlerle pansuman uygundur.

8. Su keseciklerinin (Bül) tedavisi:

- Küçük çaplı ve kontrolsüz patlamayacağı düşünülen su kesecikleri yerinde bırakılabilir.
- Büyük su keseciklerinin boşaltılması veya uzaklaştırılarak pansuman takibine alınması gereklidir.

9.Derin yanıklarda:

- Antibiyotikli kremler doğrudan (örn. gümüş sülfadiyazin, mupirosin, nitrofurazon) veya parafin emdirilmiş tüllerin altına uygulanabilir.

5.9.YANIKLI HASTANIN BAKIM VE TEDAVİSİ:

1. Hastanın yanık yüzdesi, derinliği, bölgesi ve yanık etken maddesi belirlenmelidir.
2. Yanık alan yüzdesi değerlendirilirken her hastanın kendi avuç ayası (parmaklar dâhil) % olarak kabul edilmelidir.
3. Eğer boyun bölgesinde derin 2. derece yanık, ağız – burun mukozasında yanık, inhalasyon hasarı ve elektrik yanığı olan hastalar ilk 24 saat ritim takibi yapılmalı ve defibrilatör hazır bulundurulmalıdır.
4. İnhalasyon hasarı, %30 dan büyük yanık ve elektrik yanığı var ise monitörize edilir.
5. Elektrik yanıklarında idrar çıkışı ve CVP değeri temel alınarak hekim orderi doğrultusunda bol hidrasyon sağlanmalıdır.

5.10.YANIKLI HASTALARDA ÖDEM

1. Yanıklı hastalarda ödem görülebilir. Kan plazması damar dışına çıkar, hematokrit yüksektir. Kan viskozitesi artar, kapiller sahada dolaşım güçlüğü olur, gaz alışverişi azalır.
2. Yanıklı hastada mayi kaybına bağlı olarak hipovolemik şok gelişebilir.Dehidratasyon belirtileri (İleri derece susuzluk hissi, şuur bulanıklığı, huzursuzluk, kusma, taşikardi, hipotansiyon, idrar miktarında azalma olur.) görülür.Günlük idrar miktarının saatte 30 ml altında ya da günlük 500 ml'nin altına düşmesi böbrek fonksiyonlarının bozulması demektir. Anüri, hastanın dönüşü olmayan şoka girmesine sebep olur.
3. 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 .
4. 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.
5. En ciddi travmalardan birini oluşturan yanıkta, iyi bir bakım ve erken psikososyal rehabilitasyonla bireyin toplumdaki yerini alabileceği belirtilmektedir.

5.11.YANIK YARALANMASI OLAN HASTAYA İLİŞKİN BAŞLICA HEMŞİRELİK TANILARI

Yatışı yapılan yanıklı hastaya standart yatış prosedürü ve yatan hasta bakım prosedürü uygulanır. Ayrıca yanık durumuna özel bakım hedefleri doğrultusunda saptanan hemşirelik tanıları için hemşirenin eğitici ve uygulayıcı fonksiyonları göz önünde bulundurularak girişimler gerçekleştirilmelidir.

1.Deri Bütünlüğünde Bozulma:

Yanmış deri iyileşme olana kadar enfeksiyona yatkındır. Bu nedenle hastada yanık yarası etkili bir şekilde tedavi edilmez ve bakımı yapılmazsa enfeksiyon gelişebilir. Hemşirelik bakımındaki hedef deri bütünlüğünün sağlanmasıdır.

Bakımı: Hastanın yaraları, vücudu ve kılları 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

2.Enfeksiyon Riski

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

3.Sıvı Volüm Eksikliği

6. Yanıklı hastada sıvı kaybı nedeniyle sıvı elektrolit dengesizliği meydana gelebilmektedir. Sıvı kaybı kapiller permiabilitenin artması sonucu damar içinden damar dışına plazmanın geçmesi ve yanık yüzeyinden sıvının buharlaşması ile meydana gelmektedir
7. Hedef: Sıvı volüm eksikliğinin ve sıvı volüm eksikliğinden kaynaklanan komplikasyonların önlenmesi
8. Hemşirelik Uygulamaları:
9. Steril teknik kullanılarak ekstremitedeki geniş venlerden damar yolu açılır. Hastanın sıvı ihtiyacı belirlenir ve hekim istemi sıvı replasmanı yapılır. Parkland formülüne göre hesaplanan sıvının yarısı ilk 8 saatte kalanı ise 16 saatte verilir
10. 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
11. Sıvı-elektrolit durumunun belirlemek için laboratuvar testleri izlenir

4.Ağrı

1. 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 Ağrının kontrol altına alınamaması hastada stres yanıtının uzamasına, yara iyileşmesinin gecikmesine ve iyileşme süresinin uzamasına neden olabileceğinden üst düzeyde analjezi sağlanmalıdır
2. Hedef ağrının kontrolü veya azalmasının sağlanması, hastanın ağrısının olmadığını ifade etmesidir.
3. Yanık tedavisinin her aşamasında bireyselleştirilmiş ağrı tanılaması yapılmalıdır
4. Ağrı skalası kullanılarak ağrı düzeyi değerlendirilir
5. 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
6. Ağrı yönetiminde analjezi genellikle uygulamalardan 30 dakika önce ve intravenöz şekilde uygulanmalıdır
7. Anksiyete ve ajitasyon yönetiminde hekim önerisi ile anksiyolitikler verilir. Rehabilitasyon döneminde ağrının kontrol altına alınmasında ilaçların yanı sıra ilaç dışı yöntemler de kullanılabilmektedir
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 .Hastanın ağrısının belli bir süre sonra kaşıntıyla yer değiştireceği anlatılır. Yeni, kırılgan cildin yaralanmasından kaçınmak ve travmalardan korunmada özenli olunması gerektiği belirtilir

5.Fiziksel Harekette Bozulma

1. 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
2. Hedef: Optimal fiziksel hareketin sağlanması
3. Hemşirelik Uygulamaları: Hastaya yanık alanlarına özgü, kontraktürleri önleyici pozisyonlar verilir. Erken dönemde hastanın durumuna göre pasif ROM egzersizlerine(kişinin eklemlerinin maksimum seviyede kullanılması ile gerçekleştirilen aktif ya da pasif hareketler) başlanır.
4. Hastanın sınırlılıkları dikkate alınarak öz bakımı desteklenmeli ve bu konudaki bilgi eksikliği giderilmelidir.

6.Beden İmajında Bozulma

1. 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
2. Hedef: Hastanın yeni baş etme davranışlarını uygulaması ve görünümünü kabul ettiğini ifade etmesi Hemşirelik Uygulamaları:
3. Hastanın duygularını ve ne göre sıvı resusitasyonuna başlanır. Hastanın acısını ifade etmesi için uygun ortam oluşturulur, özellikle kendisine ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirilir
4. Yanlış anlamaları azaltmak için tedavi sırasında beklenen görünümler açıklanır
5. Hasta prosedürler ve beklenen sonuçlar ile ilgili bilgilendirilerek bilinmeyen korkusu azaltılır ve iyileşme süresince hastanın kooperasyonu ve katılımı arttırılır .Yanık bölgesine bakma, dokunma konusunda hasta cesaretlendirilir, erken dönemde fizik tedavi ve rehabilitasyonun başlanması sağlanır.
6. 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.

7.Anksiyete

1. 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
2. Hedef: Hastanın ve ailesinin anksiyetesinin en aza indirilmesi
3. Hemşirelik Uygulamaları:
4. Hastanın yanık olayı ile ilgili duygularını açıklaması için uygun ortam oluşturulur .Hemşire, hastanın ve ailesinin yanık ile ilgili algısını, başa çıkma yeteneklerini ve aile içi dinamiklerini değerlendirir
5. Yapılan bütün işlemler hasta ve ailesine basit ve anlaşılır kelimelerle açıklanır. Hastanın kendisi ile ilgili alınan kararlara katılımı sağlanır
6. Ağrı kontrolü için nonfarmakolojik girişimler uygulanmalıdır. Aşırı anksiyetenin devam etmesi durumunda yeterli ağrı kontrolü sağlamak için ilaç kullanım seçeneği değerlendirilmelidir

8.Beslenmede Dengesizlik

1. Beden Gereksiniminden Az Beslenme Yanıklı hastaya uygulanan tedavi ve bakımın başarılı olabilmesi için hastanın kilosu artmış gibi görünebilir ancak ödem düzeldikten sonra hızlı bir şekilde kilo kaybeder. Hiperkatabolizma ve hipermetabolizma nedeniyle enerji ve protein gereksinimi artmıştır
2. Hedef Anabolik beslenme durumunun sağlanmasıdır.
3. Hastanın beslenme durumu NRS 2002 formu ile değerlendirilir.Sonuç 3 ve üzeri se hastanın hekimi bilgilendirilir ve NRS ekibi ile işbirliği yapılır.
4. 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

9.Bilgi Eksikliği

1. Yanık tedavisi gören hastalar taburculuk sonrası tedaviye ilişkin uyum güçlüğü yaşayabilmekte ve bu durum sonucunda ortaya çıkan komplikasyonlar nedeniyle hastaneye tekrarlı yatışlar olabilmektedir
2. Bu tür istenmeyen durumların önlenmesinde hastaya bir eğitim planı çerçevesinde gerekli ve yeterli eğitim verilmelidir.
3. 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 hastanın yeterli ve dengeli beslenmesi son derece önemlidir.
4. Akut dönemde ödemden dolayı ve yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır
5. Yanıklı hasta için bir eğitim programı oluşturularak; yanıkta yara bakımı, yaranın enfeksiyondan korunması, kullanılacak ilaçlar, beslenme, egzersizler, tuz ve sıvı alımı, ağrıyla baş etme, psikolojik problemler ve destek faktörlerinin artırılması, günlük yaşam aktiviteleri gibi konularda gereken eğitim verilmelidir

5.12.HASTA NAKİL KRİTERLERİ

1. Yanık şiddetinin belirlenmesini takiben tedavi edilebileceği sağlık birimi hakkında karara varılabilir Minör yanıklar poliklinikte ayaktan hasta olarak veya yanık odalarında yatırılarak tedavi edilebilirler.

2. Orta şiddetteki yanıklarda, yandaş hastalık veya yaralanmaların durumu kötüleştirmediği durumlarda yanık ünitelerinde hasta tedavi edilebilmektedir.

3. Majör yanıklar, ilk müdahalelerinin ilgili sağlık biriminde yapılmasını takiben yanık tedavi merkezlerine yönlendirilirler.
4. Bununla birlikte yanık oda/ünitelerinde hastanın tedavisini zorlaştıran yandaş hastalık veya yanık tedavisi esnasında komplikasyonların gelişmesi hallerinde hasta, tedavisinin yapılması için bir üst basamak yanık birimine yönlendirilmelidir.

5. Her ne koşulda olursa olsun, yanık hastasının ilk müdahaleleri yapılmadan, kontrolsüz nakli yapılmamalıdır.

6. Hasta naklinde iki altın kural sıkı iletişim ve etkin bir ekip çalışmasıdır.

7. **Nakil sırasında**:

- Yanık hastası nakil edilmeden önce yeterli düzeyde stabilize olduğundan emin olunmalıdır.
- Nakil edilecek birimin hastadan mutlaka haberdar olması gerekir
- Hastayı alan ve gönderen sağlık birimindeki yetkilendirilmiş hekimler arası doğrudan iletişim sağlanmış olmalıdır.
- Alıcı birim hastayı kabul edeceğini beyan etmiş olmalıdır.

8.Gönderen sağlık biriminin hekimi alıcı birimin hekimine aşağıda verilen hastaya ait bilgileri iletmesi gerekir:

- Yaş ve cinsiyet
- Yaralanma yeri, zamanı ve şekli
- Yanık genişliği, yanıklı vücut bölgeleri ve yanık derinliği
- Hastanın boy ve kilosu
- Temel yaşamsal bulguları
- Nörolojik durum
- Elde edilen laboratuvar verileri
- Hastanın kısa tıbbi özgeçmişi
- Yaralanma sonrası uygulanmış bulunan tıbbi tedaviler

Sözlü olarak beyan edilen bu bilgiler daha sonra daha detaylı ve yazılı olarak hasta ile birlikte gönderilmelidir.

9.Hasta nakli sırasında aşağıdaki girişimler yapılmış/sağlanmış olmalıdır.

1. Tercihan üst ekstremitede ve dikişlerle sabitlenmiş, mümkünse iki adet geniş damar yolu (gereğinde yanık alan kullanılabilir) açılır.
2. Spontan solunumdaki hastaya nazal oksijen desteği yapılmalı, havayolu obstrükiyonu açısından

şüphede kalındığında ise mutlaka entübe edilmeli ve gerekli ventilatör ayarları sağlanmalıdır.

3. İdrar sondası takılarak idrar debisi takip edilmelidir (erişkinde 30 mL/saat, çocukta 1 mL/kg/saat idrar çıktısı sağlanmalı, elektrik yanıklarında bunun 2 katı sağlanmalıdır).
4. Ağızdan gıda/su alımı kesilmeli, N/G tüp takılmalıdır.
5. Tüm narkotikler kesilmelidir.
6. Yanığı takiben ilk 24 saat içerisinde nakil edilen hastalara sadece laktatlı Ringer solüsyonu verilmeli (2 yaş altı çocuklarda Dekstrozlu Laktatlı Ringer solüsyonu), verilecek sıvı miktari nakil öncesi ekip tarafından toplam vücut yanık yüzeyine göre belirlenmelidir.
7. Nakil sırasında sürekli EKG ve solunum monitörizasyonu (% 30'un üzerindeki yanıklarda ve elektrik yanıklarında) yapılmalıdır.
8. Nakil sırasında ıslak pansumanlar tercih edilmemelidir.
9. Hasta mümkün olduğunca ısıtılmalıdır.

10.Nakil şekilleri

a. Hasta nakilleri, mutlaka 112 Koordinasyon ile temasa geçilerek yapılmalıdır.
b. Karayolu ile nakil: 100 km'ye kadar olan mesafelerde tercih edilmesi gerekir. Ancak hastanın durumuna göre bazen daha kısa mesafelerde dahi helikopterle nakil gerekli olabilir.
c. Havayolu ile nakil: Gidilecek yere olan mesafe ve hastanın durumu yanında havayolu ile naklin kendine özgü riskleri de tercihi belirler.

- Nazogastrik tüp kalkış öncesi takılmalıdır.
- Pnömotoraks araştırılır, varsa göğüs tüpü takılmalıdır.

d. Helikopterler ancak 220 km mesafeye kadar kullanılır, daha uzak mesafelerde uçak tercih edilmelidir. Ancak havaalanı gereksinimi, helikopter pist varlığı gibi önemli parametreler göz önünde bulundurulmalıdır.