

Yanık Rehabilitasyonu

Sare ŞAHİN¹

GİRİŞ

Günümüzde yoğun bakım hizmetlerindeki gelişmeler ve modern tıbbi tedavilerle yanık sonrası hayatta kalım oranları artmıştır. Bununla birlikte yanık sonrası sekelleri asgari düzeye indirmek ve yaşam kalitesini daha ileriye götürmek için rehabilitasyon tedavilerinin önemi giderek artmaktadır. Yanık rehabilitasyonu hastanın hastaneye başvurusuyla başlamakta ve yıllarca sürebilmektedir¹. Bu uzun ve zahmetli süreçte rehabilitasyon ekibindeki hekim ve yardımcı sağlık personelinin hasta ve yakınlarıyla iyi bir iletişim içinde olması önemlidir. Rehabilitasyon tedavisinde hasta ve hasta yakınlarının aktif katılımı çok önemlidir. Tedavinin başarı oranını artırmak için hasta ve yakınlarının yüksek moral ve motivasyonu gereklidir. Ekip çalışanlarının bu konuda azami gayret sarf etmesi gerekmektedir.

Yanık rehabilitasyon ekibinde; plastik cerrahi uzmanı, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, yanık hemşiresi, fizyoterapist, iş-üçraşı terapisti, ortez-protez uzmanı, psikolog ve psikiyatrist olmalı ve multidisipliner bir tedavi protokolü izlenmelidir¹.

Yanık rehabilitasyonu amaçları şunlar olmalıdır:

1. Eklem hareket kısıtlılığını engellemek ve oluştuğunda tedavi etmek,
2. Fonksiyonel ve estetik sekelleri en aza indirmek,
3. Kas atrofi gelişimine engel olmak,
4. Hastayı en kısa sürede normal günlük yaşamına döndürmek².

¹ Uzm. Dr. Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniği, drsaresahin@gmail.com

Sonuç

Yanık toplumda önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Yanık rehabilitasyonuna erken dönemde başlanıp, rehabilitasyon aşamaları dikkatle takip edilerek, multidisipliner tedavi yapıldığında fonksiyonel açıdan daha iyi sonuçlar elde edilebilecektir. Bu ise yanık ekibinin birbiriyle uyumlu çalışması ile mümkün olacaktır. Hasta ve hasta yakınlarıyla iyi iletişim kurmak, onları tedavi süresince motive etmek ve iyi bir eğitim vermek yanık rehabilitasyonunun vazgeçilmez parçasıdır. Sonuçta yanık hastası topluma tekrar kazandırılacak sosyal hayatına ve iş hayatına aktif bir şekilde tekrar dönme şansı yakalayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Yapıcı AK, Durmuş M, Ata E, Durusu M, Tekin L. Burn Rehabilitation. Turk J Plast Surg. 2016;24(4):173–8.
2. Aydemir K TMA. Yanık Rehabilitasyonu. J Turk Soc Intens Care. 2011;9:70–7.
3. Procter F. Rehabilitation of the burn patient. Indian J Plast Surg Off Publ Assoc Plast Surg India. 2010;43(Suppl):S101.
4. DeLisa, Joel A., and Bruce M. Gans. Çeviren: Hatice U. AS. Yanık Rehabilitasyonu. In: Joel . Delisa ÇETA, editor. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon: ilkeler ve uygulamalar. 4th ed. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007. p. 1867–89.
5. Beyazova, Mehmet, and Yeşim Gökçe Kutsal E. Yanık rehabilitasyonu. In: Mehmet B. YGK, editor. Fiziksel tıp ve rehabilitasyon. 2nd ed. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2011. p. 1583–91.
6. Helm PA, Pandian G, Heck E. Neuromuscular problems in the burn patient: cause and prevention. Arch Phys Med Rehabil. 1985;66(7):451–3.
7. Esselman PC MM. Yanık rehabilitasyonunda konular. In: Braddom RL (ed) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2010. p. 1399–413.
8. Serghiou M, Cowan A, Whitehead C. Rehabilitation after a burn injury. Clin Plast Surg. 2009;36(4):675–86.
9. Sprouse RA, McLaughlin AM, Harris GD. Braces and splints for common musculoskeletal conditions. Am Fam Physician. 2018;98(10):570–6.
10. Hundeshagen G, Suman OE, Branski LK. Rehabilitation in the acute versus outpatient setting. Clin Plast Surg. 2017;44(4):729–35.
11. Spires MC, Kelly BM, Pangilinan Jr PH. Rehabilitation methods for the burn injured individual. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2007;18(4):925–48.
12. Dewey WS, Richard RL, Parry IS. Positioning, splinting, and contracture management. Phys Med Rehabil Clin. 2011;22(2):229–47.
13. Richard R, Baryza MJ, Carr JA, Dewey WS, Dougherty ME, Forbes-Duchart L, et al. Burn rehabilitation and research: proceedings of a consensus summit. J Burn Care Res. 2009;30(4):543–73.
14. Richard R, Ward RS. Splinting strategies and controversies. J Burn Care Rehabil. 2005;26(5):392–6.

15. Schneider JC, Qu HD. Neurologic and musculoskeletal complications of burn injuries. *Phys Med Rehabil Clin*. 2011;22(2):261–75.
16. Wright PC. Fundamentals of acute burn care and physical therapy management. *Phys Ther*. 1984;64(8):1217–31.
17. Smith TO. When should patients begin ambulating following lower limb split skin graft surgery? A systematic review. *Physiotherapy*. 2006;92(3):135–45.
18. Serghiou MA, Ott S, Whitehead C, Cowan A, McEntire S, Suman OE. Comprehensive rehabilitation of the burn patient. In: *Total Burn Care: Fourth Edition*. Elsevier Inc.; 2012. p. 517–49.
19. Tilley W, McMahon S, Shukalak B. Rehabilitation of the burned upper extremity. *Hand Clin*. 2000;16(2):303–18.
20. Hettrick H, O'Brien K, Laznick H, Sanchez J, Gorga D, Nagler W, et al. Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation for the management of burn pruritus: a pilot study. *J Burn Care Rehabil*. 2004;25(3):236–40.
21. Elledge ES, Smith AA, McMANUS WF, Pruitt Jr BA. Heterotopic bone formation in burned patients. *J Trauma*. 1988;28(5):684–7.
22. Levine NS, Atkins A, McKEEL Jr DW, Peck SD, PRUITT Jr BA. Spinal cord injury following electrical accidents. *J Trauma Acute Care Surg*. 1975;15(5):459–63.
23. Crawford CM, Varghese G, Mani MM, Neff JR. Heterotopic ossification: are range of motion exercises contraindicated? *J Burn Care Rehabil*. 1986;7(4):323–7.