

Üçüncül Korunma Yöntemleri

Çeviri: İskender GÜN

BÖLÜM İÇERİĞİ

1. Hastalık, engellilik, kötü hissetme ve hastalık algıları
2. Üçüncül korunma için fırsatlar
3. Sakatlık sınırlaması
 - 3.1. Kalp damar hastalıkları
 - 3.1.a. Değerlendirme
 - 3.1.b. Tedavi ve semptomatik evrede önleme
 - 3.2. Hipertansiyon
 - 3.2.a. Değerlendirme
 - 3.2.b. Tedavi ve semptomatik evrede önleme
 - 3.3. Diabetes mellitus
 - 3.3.a. Değerlendirme
 - 3.3.b. Tedavi ve semptomatik evrede önleme
 - 3.4. Kas iskelet sistemi hastalıkları
 - 3.4.a. Değerlendirme
 - 3.4.b. Tedavi ve semptomatik evrede önleme
 - 3.5. Organ nakli

4. Rehabilitasyon

4. 1. Genel yaklaşım
4. 2. Koroner kalp hastalığı
 4. 2. a. Kan basıncının izlenmesi
 4. 2. b. Sigaranın bırakılması
 4. 2. c. Psikososyal konular
4. 3. Diğer hastalıkların rehabilitasyonu
 4. 3. a. Pulmoner rehabilitasyon
 4. 3. b. Kansere rehabilitasyonu
 4. 3. c. Kronik sırt ağrısı rehabilitasyonu
4. 4. Engellilik kategorileri

5. Özet

Değerlendirme Soruları, Cevaplar ve Açıklamalar

“Tedavi ettiğimiz sadece bir vaka değil; yaşayan, çarpıntılı, ne yazık ki, çok sık acı çeken bir canlıdır”

John Brown

GİRİŞ VAKASI

Bay M. yaşamı boyunca çok sıkı çalışmıştı. Bir yıl lisede okuduktan sonra ayrılarak fabrikada çalışmaya başlamış, nadiren tatil yapmıştı. 53 yaşında iken yaşadığı ciddi kalp krizi onu yarı yolda bırakmıştı. Doktorlarının zamanında yaptıkları perkütan koroner müdahale ve stente rağmen kalbinde ancak “%55 kapasitede pompalama” sağlanabilmişti. Bay M. artık çalışmıyor ve fiziksel aktiviteden kaçınmak zorunda kalıyordu. Göğsündeki en ufak bir sızlama onu çok endişelendiriyor ve tekrar işe başlamayı defalarca denemesine rağmen, çok yakında tekrar kalp krizi geçirme korkusuyla baş edemiyordu. Çoğunlukla evde kalıyor, kızının hekimine söylediğine göre de yeniden sigara içmeye başlamıştı.

Uygulamada, üçüncül korunma, yerleşik hastalığın tedavisine benzer. Fark bakış açısıdır. Tedavi açıkça “yanlış olanı düzeltmek” ile ilgiliyken, üçüncül korunma, hastalığın olası ilerlemesini ve komplikasyonlarını önceden görür ve bunları önlemeyi amaçlar. Bu bölümde, birkaç önemli hastalık için üçüncül önleme ilkelerini gösteriyoruz: kardiyovasküler hastalık

ve majör metabolik hastalıkların yanı sıra kas-iskelet sistemi sorunları. Biz, engellilik sınırlaması ve rehabilitasyonuna ilişkin spesifik klinik örnekler sunuyoruz. Diğer majör kronik hastalıkların üçüncül korunması Bölüm 19’da ele alınmaktadır.

Üçüncül korunma yöntemleri, hastalık veya yaralanma meydana geldikten veya semptomatik hale geldikten sonra fiziksel ve sosyal sonuçlarını sınırlamak için tasarlanmıştır. Üçüncül korunmanın iki temel kategorisi vardır. İlk kategori, **engelin sınırlandırılması**, hastalık veya yaralanmanın neden olduğu hasar veya hastalığın ilerlememesinin durdurulmasıdır. Üçüncül korunmanın bu kategorisi “engelin ilerlemesinin önlenmesi” olarak tarif edilebilir. İkinci kategori, **rehabilitasyon**, belirli bir bozulma düzeyi tarafından üretilen işlevsel engelliliği azaltmaya odaklanır. Hastanın yeteneklerini güçlendirmeyi ve hastanın alternatif şekillerde aktivite göstermeyi öğrenmesine yardımcı olmayı amaçlar. Özürlülük sınırlaması ve rehabilitasyon genellikle aynı anda başlatılmalıdır (örneğin yaralanmanın oluşması veya hastalığın yakalanmasıyla birlikte), ancak birinin veya diğerinin öne çıkarılması, hastalığın türü ve evresi, yaralanma türü ve mevcut tedavi yöntemleri gibi faktörlere bağlıdır.

Engellilik sınırlama yöntemleri, mevcut bir hastalıktan kaynaklanan tehdidi veya hasarı geri almayı veya azaltmayı amaçlayan terapiyi ve hastalığın ilerlemesini durdurmaya veya sınırlamaya çalışan semptomatik evre önlemeyi içerir. Semptomatik evre önleme stratejileri, birincil önleme (diyet, davranış ve çevrenin değiştirilmesi) ve ikincil önlemeden (komplikasyonlar için sık tarama, komplikasyonlar için tedavi) oluşur. Koroner arter hastalığı, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıkların etkin yönetimi, tedavi ve semptomatik evre önleme kombinasyonunu gerektirir. Bu yaklaşım, diğerlerinin yanı sıra akciğer hastalığı, bel ağrısı ve kanserler dahil olmak üzere birçok başka hastalığın tedavisinde de kullanılabilir.

Rehabilitasyon, tedavinin erken evrelerinde başlamalıdır. Hastanın ihtiyaçlarına bağlı olarak rehabilitasyon ekibinde bir rehabilitasyon danışmanı fizyoterapist; konuşma terapisti; mesleki terapist; ve psikiyatrik, duygusal veya ruhsal danışman bulunmalıdır. İşçilerin tazminatını düzenleyen daha fazla eyalet yasasında, işle ilgili çeşitli hastalık veya yaralanma kategorileri tanınır: kalıcı tam sakatlık, kalıcı kısmi sakatlık, geçici tam sakatlık, geçici kısmi sakatlık ve ölüm. İşçiler için rehabilitasyonun amacı, ister geçici ister kalıcı olsun, sosyal ve mesleki kayıpları veya bozulmayı en aza indirmektir.

Bir hastalık ortaya çıktığında veya bir yaralanma meydana geldiğinde önleme fırsatı kaybolmuş gibi görüne de, çoğu zaman durum böyle değildir. Semptomların ortaya çıkması veya ciddi komplikasyon tehdidi, hastaların sağlık durumlarıyla aktif olarak ilgilenmelerine, ihtiyaç duydukları sağlık bakımını aramalarına ve çevrelerinde, diyetlerinde ve yaşam tarzlarında olumlu değişiklikler yapmalarına neden olabilir.

KAYNAKLAR

- Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20:163-167.
- Giri P, Poole J, Nightingale P, Robertson A. Perceptions of illness and their impact on sickness absence. *Occup Med (Lond)*. 2009;59:550-555.
- van der Have M, Fidler HH, Leenders M, et al. Self-reported disability in patients with inflammatory bowel disease largely determined by disease activity and illness perceptions. *Inflamm Bowel Dis*. 2015;21(2):369-377.
- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: the Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Atherosclerosis*. 2016;252:207-274.
- Hajar R. Diabetes as "coronary artery disease risk equivalent": a historical perspective. *Heart Views*. 18(1):34-37, 2017. Available at: http://doi.org/10.4103/HEARTVIEWS.HEARTVIEWS_37_17.
- Cifu AS, Davis AM. Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *JAMA*. 2017;318(21): 2132-2134. doi: 10.1001/jama.2017.18706.
- James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC8). *AMA*. 2014;311(5):507-520. doi:10.1001/jama.2013.284427.
- de Rezende LF, Rodrigues Lopes M, Rey-López JP, Matsudo VK, Luiz Odo C. Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. *PLoS One*. 2014;9(8):e105620. doi: 10.1371/journal.pone.0105620.
- Montani JP, Schutz Y, Dulloo AG. Dieting and weight cycling as risk factors for cardiometabolic diseases: who is really at risk? *Obes Rev*. 2015;16(suppl 1):S7-S18.
- Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults. *Am Coll Cardiol*. 2014;63(25 Pt B):2889-2934. doi:10.1016/j.jacc.2013.11.002.
- Krumholz HM. The new cholesterol and blood pressure guidelines: perspective on the path forward. *JAMA*. 2014;311(14):1403-1405.
- Centers for Disease Control and Prevention. *High Blood Pressure Facts*. Available at: <https://www.cdc.gov/bloodpressure/facts.htm>. Accessed May 5, 2019.
- Svetkey LP, Sacks FM, Obarzanek E, et al. The DASH diet, sodium intake and blood pressure trial (DASH-sodium): rationale and design. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *J Am Diet Assoc*. 1999;99(8):S96-S104.
- Centers for Disease Control and Prevention. *National Diabetes Statistics Report 2017*. Available at: <https://www.cdc.gov/diabetes/pdfs/data/statistics/national-diabetes-statistics-report.pdf>. Accessed May 5, 2019.
- The Diabetes Control and Complications Trial. DCCT Research Group. *NEngl J Med*. 1993;329:683-689.
- Santiago JV. Lessons from the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes*. 1993;42:1549-1554.
- Stratton IM, Adler AI, Neil HA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*. 2000;321:405-412.
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2017. *Diabetes Care*. 2017;40(suppl 1). Available at: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/suppl/2016/12/15/40.Supplement_1.DCI/DC_40_S1_final.pdf. Accessed May 5, 2019.
- Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane Systematic Review and Meta-analysis. *BMJ*. 2015;350:h444.
- Karran EL, McAuley JH, Traeger AC, et al. Can screening instruments accurately determine poor outcome risk in adults with recent onset low back pain? A systematic review and metaanalysis. *BMC Med*. 2017;15(1):13.
- Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA. Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2017;166:514-530. doi:10.7326/M16-2367.

22. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. *CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2016. In: JAMA. 2016 Apr 19;315(15):1624-1645. doi: 10.1001/jama.2016.1464.
23. Steffens D, Mäher CG, Pereira LS, et al. Prevention of low back pain: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2016;176(2):199-208.
24. U.S. Department of Health and Human Services. *Organ Donation Statistics*. Available at: <https://www.organdonor.gov/statistics-stories/statistics/data.html>. Accessed May 5, 2019.
25. Starr SP. Immunology update: long-term care of solid organ transplant recipients. *FP Essent*. 2016;450:22-27.
26. Centers for Disease Control and Prevention. *Transplant Safety: Frequently Asked Questions*. Available at: <https://www.cdc.gov/transplantsafety/overview/faq.html>. Accessed May 5, 2019.
27. Piepoli MF, Corrà U, Benzer W, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010;17:1-17.
28. Grace SL, Turk-Adawi KI, Contractor A et al. Cardiac rehabilitation delivery model for low-resource settings: an International Council of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation consensus statement. *Prog Cardiovasc Dis*. 2016 Nov-Dec;59(3):303-322. doi: 10.1016/j.pcad.2016.08.004. Epub 2016 Aug 17.
29. Mead H, Andres E, Ramos C, Siegel B, Regenstein M. Barriers to effective self-management in cardiac patients: the patient's experience. *Patient Educ Couns*. 2010;79:69-76.
30. Fishman A, Martinez F, Naunheim K, et al. A randomized trial comparing lung-volume-reduction surgery with medical therapy for severe emphysema. *N Engl J Med*. 2003;348:2059-2073.
31. Puhan MA, Gimeno-Santos E, Scharplatz M, Troosters T, Walters EH, Steurer J. Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(10):CD005305.
32. Rochester CL, Vogiatzis I, Holland AE, et al. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society policy statement: enhancing implementation, use, and delivery of pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015;192(11):1373-1386.
33. Salakari MR, Surakka T, Nurminen R, Pytkkanen L. Effects of rehabilitation among patients with advanced cancer: a systematic review. *Acta Oncol*. 2015;54(5):618-628.
34. Spence RR, Heesch KC, Brown WJ. Exercise and cancer rehabilitation: a systematic review. *Cancer Treat Rev*. 2010;36:185-194.
35. LaDou J. *Occupational and Environmental Medicine*. 3rd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange; 2004.

OKUMA ÖNERİLERİ

- The Diabetes Control and Complications Trial. DCCT Research Group. *N Engl J Med*. 1993; 329:683-689.
- Franklin DJ. Cancer rehabilitation: challenges, approaches, and new directions. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2007; 18:899-924.
- Petrie LJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20:163-167.

WEB SİTELERİ

- Joint National Committee Guideline on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 8): <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1791497>
- National Cholesterol Education Program: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/management-blood-cholesterol-in-adults>

DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Hangisi üçüncül korunma için bir örnektir?
 - B. Yaşlı bakımı (yaşam sonu palyatif bakım)
 - C. İnme sonrası mesleki tedavi
 - D. Kuduz için maruziyet sonrası profilaksi
 - E. Essansiyel hipertansiyon tedavisi
 - F. Rebound tıkanıklığını önlemek için topikal dekonjestanlarla birlikte nazal steroidler kullanmak
2. Hangi koşullar altında, bir hastanın tedavisi yoluyla farklı bireylerde aynı anda tıbbi hastalığın birincil ve üçüncül önlenmesi en açık şekilde sağlanabilir?
 - C. Asla, çünkü birincil ve üçüncül korunma birbirine zıt kavramlardır
 - D. Kalça kırığı nedeniyle tedavi edilen hasta
 - E. Aktif TB nedeniyle tedavi edilen hasta
 - F. Sistit (komplike olmayan üriner sistem enfeksiyonu) nedeniyle tedavi edilen hasta
 - G. Kalp krizi nedeniyle tedavi edilen hasta
3. Sigara içenlerde yaşa bağlı miyokard enfarktüsü (kalp krizi) riski, içmeyenlere göre ne kadar yüksektir?
 - D. Yüksek değildir
 - E. 1,33 kat yüksektir
 - F. İki kat yüksektir
 - G. On kat yüksektir
 - H. Yüz kat yüksektir
4. Sadece total kolesterol seviyesini kullanarak kalp damar hastalığı risk tahmini yapmanın bir dezavantajı:
 - E. HDL ölçüme dahil edilmiştir
 - F. LDL/VLDL oranları bilinmemektedir
 - G. TC seviyeleri ölçülmek yerine tahmin edilir
 - H. TC seviyeleri aşırı dalgalanmaktadır
 - I. Trigliserit düzeylerinin aksine, TC düzeyleri yemeklere göre değişir.
5. Yüksek Tansiyonun Önlenmesi, Tespiti, Değerlendirilmesi ve Tedavisi (JNC 8) Ortak Ulusal Komitesi'nin Sekizinci raporuna göre, hipertansiyon