

Edukacija bolesnika s povećanim kardiovaskularnim rizikom

Education of patients with increased cardiovascular risk

Ana Šošo¹, Damir Fabijanić²

SAŽETAK: Koronarna bolest srca (KBS) uzrok koje je ateroskleroza, najčešći je uzrok smrti u razvijenom svijetu. Stoga je prevencija KBS-a temeljni klinički i javno-zdravstveni problem. Klasični čimbenici kardiovaskularnog rizika – pušenje, šećerna bolest, arterijska hipertenzija i hiperkolesterolemija – sudjeluju u procesu ateroskleroze, a međusobnom interakcijom navedeni rizik značajno povećavaju. Stoga, trenutne smjernice za prevenciju KBS-a naglašavaju značenje ukupnog kardiovaskularnog rizika. Smanjenje koronarne smrtnosti koje je postignuto tijekom posljednjih 30 godina, rezultat je napretka u liječenju, ali i prevenciji usmjerenoj na osobe s KBS-om, kao i osobe s potencijalnim rizikom za njezin nastanak. Djelovanje na čimbenike rizika doprinosi smanjenju učestalosti kardiovaskularnih događaja u bolesnika na svim razinama kardiovaskularnog rizika, osobito u bolesnika s visokim ukupnim rizikom. U prevenciji KBS-a naglašava se potreba uključivanja bolesnika u proces odlučivanja o potrebi liječenja i kreiranju individualnog programa smanjivanja ili uklanjanja ukupnog kardiovaskularnog rizika. Ovaj rad prikazuje individualni pristup u procesu edukacije bolesnika s visokim kardiovaskularnim rizikom.

Gljučne riječi: ateroskleroza, koronarna bolest, kardiovaskularni rizik, prevencija, edukacija

ABSTRACT: Coronary heart disease (CHD) caused by atherosclerosis is the most common cause of death in developed world. Therefore, the prevention of CHD is an important clinical and public health issue. Classical cardiovascular risk factors – smoking, diabetes, arterial hypertension and hypercholesterolemia - contribute to the development of atherosclerosis, and their mutual interaction significantly increases this risk. Therefore, current guidelines on CHD prevention highlight the importance of the total cardiovascular risk assessment. Decrease in coronary mortality that has been achieved over the past 30 years is the result of various advancements in the treatment and prevention focused on persons with CHD, as well as persons with a potential risk for its development.

Actions directed against these risk factors contribute in reducing the incidence of cardiovascular events in patients at all levels of cardiovascular risk, particularly in patients with high total risk.

The prevention of coronary heart disease emphasizes the need for patient involvement in decision-making process in creating individual treatment programs to reduce or eliminate the overall cardiovascular risk. This paper presents an individualized approach in the educational process of patients with high cardiovascular risk.

Key words: atherosclerosis, coronary heart disease, cardiovascular risk, prevention, education

Zaprimljeno / Received: 24. 05. 2010.

Odobreno / Accepted: 05. 06. 2010.

UVOD

U Hrvatskoj, kao i u većini razvijenih zemalja Europe, 50% od ukupnog pobola i smrtnosti čine kardiovaskularne bolesti.¹ Pritom polovinu kardiovaskularnog pobola i smrtnosti čine bolesnici s koronarnom bolešću srca (KBS).¹ Sedamdesetih i osamdesetih godina 20. stoljeća Hrvatska se na ljestvici smrtnosti od KBS-a nalazila iza razvijenih zemalja Europe.¹ Početkom 90-ih godina prošlog stoljeća pobol i smrtnost od KBS-a u zemljama razvijene Europe značajno su se smanjili, prvenstveno zahvaljujući uspjehu mjera primarne i sekundarne prevencije. Istodobno su se pobol i smrtnost od KBS-a u Hrvatskoj i nizu tranzicijskih/istočnoeuropskih zemalja povećavali, zbog čega se posljednjih 15-ak godina prema pokazateljima smrtnosti od KBS-a Hrvatska pozicionirala

iza razvijenih zapadno-europskih, a ispred zemalja istočne Europe.¹

Temelj KBS-a čini proces ateroskleroze koji započinje u djetinjstvu, a napreduje starenjem dodatno potenciran čimbenicima kardiovaskularnog rizika.² Istodobno postojanje više čimbenika kardiovaskularnog rizika multiplicira rizik za nastanak KBS-a.^{2,3} Nasuprot tomu, korigiranje navedenih čimbenika u referentne raspone značajno smanjuje ukupni kardiovaskularni rizik, što se u konačnici odražava smanjenjem koronarnog pobola i smrtnosti.^{2,3}

U navedenom slijedu, razvidno je da su kod većine bolesnika s utvrđenom kardiovaskularnom bolešću ili u bolesnika kod kojih se na temelju čimbenika rizika predmnijeva

¹ Ana Šošo, bacc. med. techn., Privatna stomatološka ordinacija Sinj

² Damir Fabijanić, doc. dr. sc., Klinika za unutarnje bolesti KBC Split, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu, damir.fabijanic@st.t-com.hr

visoki kardiovaskularni rizik potrebne promjene u brojnim obrascima individualnog ponašanja. Unatoč tomu, novijim istraživanjima opažen je značajan raskorak između preporuka za promjenu ponašanja i savjeta koje takvi bolesnici u svakodnevnoj kliničkoj praksi dobivaju od liječnika, bilo obiteljske medicine ili pojedinih specijalističkih struka.^{4,5} Pritom je značajno napomenuti da se obrazac štetnog ponašanja, kao što su pušenje, nezdrava prehrana, tjelesna neaktivnost koji se u takvih osoba razvijao tijekom većeg broja godina (u pojedinaca tijekom cijelog života), ne može promijeniti bez upornog, stručno utemeljenog pristupa.⁶ Štoviše, u visoko rizičnih osoba pokušaj brzog mijenjanja navedenih obrazaca ponašanja može rezultirati negativnim emocijama, neprijateljstvom, odbijanjem suradnje s medicinskim osobljem što, dakako, rezultira neuspjehom mjera prevencije kardiovaskularnih bolesti.⁶ Stoga je u provođenju mjera kardiovaskularne prevencije neophodan dobro informiran, educiran i motiviran bolesnik. Najveći dio edukacije i motiviranja bolesnika, kao i kontrolu provođenja preporučenih mjera može vršiti medicinska sestra putem savjetovališta za kardiovaskularni rizik.

Cilj rada

Cilj rada je prikazati postupke medicinske sestre u radu s bolesnikom s povećanim kardiovaskularnim rizikom.

Ispitanik i metode

Prikaz procesa sestrinske skrbi u bolesnika s povećanim kardiovaskularnim rizikom

59-godišnji muškarac je upućen na edukaciju o kardiovaskularnom riziku nakon kardiološkog pregleda na koji je upućen od strane nadležnog liječnika obiteljske medicine, zbog povišenih vrijednosti arterijskog tlaka zabilježenih prilikom rutinske posjete. Bolesnik je oženjen, otac je troje djece (dva sina i kći), a živi sa suprugom i kćerkom u obiteljskoj kući. Navodi da nije imao subjektivnih tegoba, niti je do sadašnje bolesti bio liječen od neke kronične bolesti. Posljednjih desetak godina nije upražnjavao nikakvu tjelesnu aktivnost, već se automobilom koristio i za svladavanje manjih udaljenosti. Dvadesetak godina dnevno puši po 30 cigareta. Hrani se isključivo u obiteljskom domaćinstvu (obroke priprema supruga), a svakodnevno konzumira 3-4 obilna obroka. Alkohol konzumira svakodnevno, uglavnom 2-3 del vina uz obroke. Ima pozitivnu obiteljska anamnezu za kardiovaskularne bolesti; otac mu je umro naglom smrću u 50-oj godini života.

Bolesnik je visok 181 cm, tjelesne težine 106 kg, s indeksom tjelesne mase 32,3 (blaga pretilost 30-34,9) i omjerom struk-bok 136/102 cm=1,33 (normalno za muškarce < 1,0). Izmjeren mu je arterijski tlak od 167/105 mmHg (normalne vrijednosti ≤ 140/90 mmHg, poželjne vrijednosti za bolesnike s visokim kardiovaskularnim rizikom ≤ 130/80 mmHg). Srčana akcija je pravilna, a periferno bilo dobro punjeno, frekvencije 75/min.

Prilikom kardiološkog pregleda na temelju anamnestičkih podataka, elektrokardiograma, RTG torakalnih organa i laboratorijskih parametara isključena je klinički manifestna kardiovaskularna bolest. Istodobno, profil kardiovaskularnog rizika bolesnika ukazivao je na povećan ukupni (apsolutni) kardiovaskularni rizik. Dio čimbenika kardiovaskularnog rizika mogao se korigirati već pravilnom primjenom nefarmakoloških

– higijensko – dijetetskih postupaka, zbog čega je i zatražena edukacija o kardiovaskularnom riziku. Preporuka kardiologa bila je da se primjenom tablica SCORE (engl. *Systematic Coronary Risk Evaluation*) sustava bolesniku objasni način procjene ukupnog kardiovaskularnog rizika te da ga se educira o mogućnostima korekcije pojedinih čimbenika i učincima navedenih postupaka na ukupni kardiovaskularni rizik. Stoga, nakon prvog kardiološkog pregleda bolesniku nije propisano farmakološko liječenje. Sugeriran je početak liječenja nefarmakološkim mjerama. Početak farmakološkog liječenja planiran je nakon prve kontrole u savjetovalištu.

Vrijednost laboratorijskih parametara neophodnih za procjenu ukupnog kardiovaskularnog rizika koje su zabilježene prilikom dolaska bolesnika na edukaciju te njihove ciljane (željene) vrijednosti prikazane su u tablici 1.

parametar	trenutna vrijednost (mmol/l)	ciljna vrijednost (mmol/l)
glukoza u krvi	6,2	<5,9
ukupni kolesterol	6,9	< 4,0
LDL-kolesterol	4,9	< 2,5
HDL-kolesterol	1,0	> 1,0
trigliceridi	2,7	< 1,7

Tablica 1. Trenutne i ciljane vrijednosti laboratorijskih parametara značajnih za procjenu ukupnog kardiovaskularnog rizika

Nakon podataka prikupljenih anamnezom, fizikalnim pregledom i uvidom u medicinsku dokumentaciju u profilu ukupnog kardiovaskularnog rizika istaknuti su sljedeći čimbenici: muški spol, povećan indeks tjelesne mase, povećan omjer struk bok, pušenje, tjelesna neaktivnost, povećane vrijednosti ukupnog i LDL-kolesterola, granična vrijednost HDL-kolesterola, povećana vrijednost triglicerida i granična vrijednost glikemije.

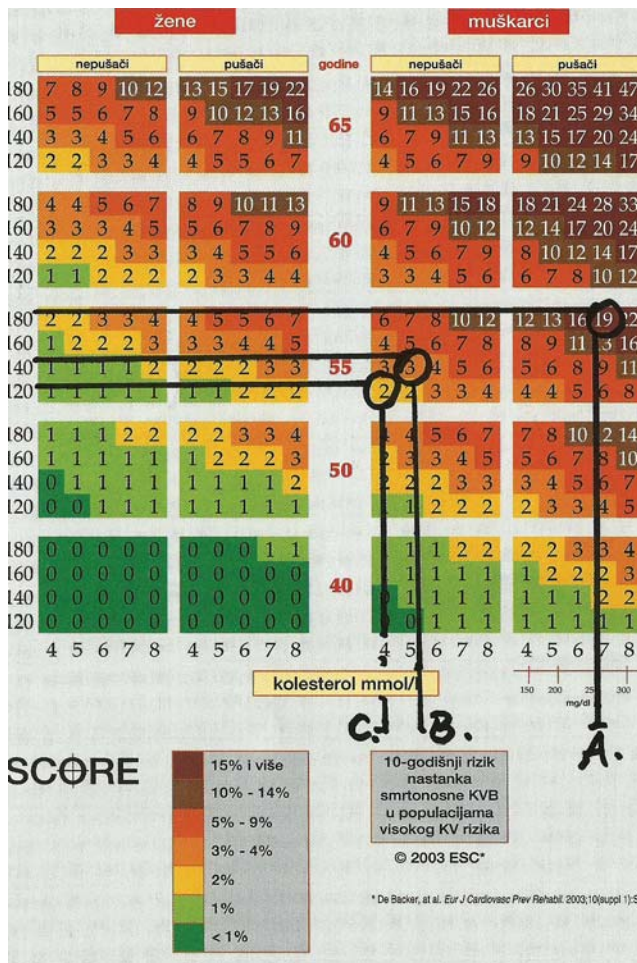
Procjena ukupnog kardiovaskularnog rizika pomoću dijagrama SCORE sustava

Prema dijagramu SCORE sustava na temelju podataka o spolu, dobi, pušenju, vrijednostima arterijskog tlaka i ukupnog kolesterola bolesnik je svrstan u kategoriju visokog kardiovaskularnog rizika, s vjerojatnošću od 19% da u narednih 10 godina doživi smrtonosni kardiovaskularni – prvenstveno koronarni – incident (slika 1).

Bolesnikov kardiovaskularni rizik i vjerojatnost kardiovaskularne smrtnosti dodatno povećava prisutnost nekoliko čimbenika rizika koji prema dijagramu SCORE sustava nisu uključeni u procjenu ukupnog kardiovaskularnog rizika. To su: povećan indeks tjelesne mase, nepovoljan omjer struk-bok, visoka vrijednost LDL-kolesterola i triglicerida, granične vrijednosti glikemije i HDL-kolesterola, pozitivna obiteljska anamneza i tjelesna neaktivnost.

Visoki kardiovaskularni rizik implicira potrebu provođenja intenzivnih mjera nefarmakološkog i farmakološkog liječenja.

Pomoću tablica SCORE sustava bolesniku je prikazan trenutni kardiovaskularni rizik, kao i promjena ukupnog



Slika 1. Ukupni kardiovaskularni rizik na početku edukacije (A.) i promjene istog povezano s promjenama pojedinih čimbenika kardiovaskularnog rizika (B. i C.), prikazane pomoću dijagrama SCORE sustava.

kardiovaskularnog rizika u slučaju pravilnog provođenja preporučenih mu terapijskih mjera (slika 1). Naime, objašnjeno mu je da se već prestankom pušenja, korekcijom vrijednosti sistoličkog tlaka na 140 mmHg i ukupnog kolesterola na 5 mmol/l njegov ukupan kardiovaskularni rizik smanjuje s početnih 19% (vrlo visoki rizik) na 3% (blago povećan rizik), a daljnjim smanjenjem sistoličkog tlaka na vrijednost od 120 mmHg i ukupnog kolesterola na 4 mmol/l ukupni kardiovaskularni rizik doseže 2% (nizak rizik). Jednako tako, bolesniku je objašnjeno da će naredne godine, kad navrší 60 godina života, prijeći u višu kategoriju kardiovaskularnog rizika s 28%-im, vrlo visokim desetogodišnjim rizikom, čak i u slučaju da ostali čimbenici kardiovaskularnog rizika ostanu nepromijenjeni.

Iz prikazanog postupka bolesniku je razvidno da se već promjenom 3 korektivna čimbenika rizika – prestanak pušenja, smanjenje vrijednosti arterijskog krvnog tlaka i ukupnog kolesterola – njegov ukupni kardiovaskularni rizik može smanjiti s visokog na razinu blagog kardiovaskularnog rizika. Pritom mu je jednostavnim rječnikom pojašnjeno praktično značenje navedenih promjena (slika 1):

A.) početni visoki kardiovaskularni rizik (19%) značio bi da će 19 od 100 bolesnika koji imaju iste kliničke karakteristike tijekom narednih 10 godina umrijeti kardiovaskularnom smrću.

B.) smanjenjem rizika na razinu blago povišenog kardiovaskularnog rizika (3%) smrtni ishod je vjerojatan za 3 od navedenih 100 bolesnika.

C.) smanjenjem na razinu niskog rizika (2%) kardiovaskularna smrt zadesit će tek 2 od navedenih 100 bolesnika.

Bolesniku je, također, pojašnjeno da je njegov rizik u slučaju da ne korigira i dodatne čimbenike rizika uvijek veći od prikazanog. Istodobno, kardiovaskularni rizik se značajno dodatno smanjuje ako se korigiraju i preostali čimbenici kardiovaskularnog rizika, prvenstveno smanjenjem tjelesne mase i pojačanom tjelesnom aktivnošću.

Nakon razgovora povratna informacija dobivena od bolesnika potvrdila je da je prihvatio prikazane mu spoznaje te da postoji izrazita motiviranost za provođenje mjera promjene negativnog obrasca ponašanja.

Sestrinske dijagnoze

Analizom prikupljenih podataka utvrđeni su sljedeći problemi iz područja zdravstvene njege i postavljene sljedeće sestrinske dijagnoze:

- pretilost u/s s neadekvatnim prehrambenim navikama, što se očituje indeksom tjelesne mase većim od 25
- visoki rizik za kardiovaskularni incident u/s s nezdravstvenim ponašanjem, što se očituje pušenjem 30 cigareta dnevno
- smanjena tjelesna aktivnost u/s s nepoznavanjem čimbenika rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti, što se očituje izbjegavanjem tjelesne aktivnosti i pretjeranim korištenjem prijevoznog sredstva
- nepridržavanje zdravstvenih preporuka u/s s nedostatkom znanja o rizičnim čimbenicima za nastanak kardiovaskularnih bolesti, što se očituje »rizičnim« životnim stilom.

Postavljanje ciljeva i planiranje intervencija

Pretilost u/s s neadekvatnim prehrambenim navikama, što se očituje indeksom tjelesne mase većim od 25

Cilj: Smanjenje tjelesne mase 2-4 kg mjesečno, do postizanja idealne tjelesne mase.

Intervencije:

Bolesniku je propisana redukcijaska dijeta. Savjetovan mu je smanjen unos soli u prehrani i izbjegavanje hrane bogate zasićenim, životinjskim masnoćama i ugljikohidratima. Obroke mora rasporediti u manje i češće (5-6 obroka dnevno) te izbjegavati gazirana pića. Prikazana mu je piramida zdrave prehrane i date su mu upute kroz primjere jelovnika. U provođenju redukcijske dijeta neophodno je sudjelovanje ostalih članova obitelji – osobito supruge, pa je ona istodobno s bolesnikom uključena u edukaciju. U naredna 2 mjeseca bolesnik treba smanjiti tjelesnu masu za oko 6-8 kg. Zbog toga mu je propisan dnevni kalorijski unos određen na temelju ciljane tjelesne mase od 90 kg i kalorijskog unosa od 18 kcal po kg – kakav je predviđen za redukcijisku dijetu (90 kg x 18 kcal = 1620 kcal).

Visoki rizik za kardiovaskularni incident u/s s nezdravstvenim ponašanjem, što se očituje pušenjem 30 cigareta dnevno

Cilj: Promjena nezdravstvenog ponašanja, tj. štetnih životnih navika.

Intervencije:

Bolesniku je savjetovan hitan prestanak pušenja, a ne smanjenje broja cigareta. Naime, za smanjenje rizika nastalog pušenjem cigareta bit će potrebno najmanje 2-3 godine. Ako mu je potreban sustav potpore, savjetovano mu je da se uključi u strukturirane programe za prestanak pušenja. Treba promijeniti dnevnu rutinu koja je povezana s ugodom pušenja kao što su pijenje kave, socijalni kontakti i druženja, provoditi nadomjesne aktivnosti za pušenje; zahtijevana je potpora članova obitelji.

Smanjena tjelesna aktivnost u/s s nepoznavanjem čimbenika rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti, što se očituje izbjegavanjem tjelesne aktivnosti i pretjeranim korištenjem prijevoznog sredstva

Cilj: Povećanje tjelesne aktivnosti.

Intervencije:

Bolesniku je sugerirano da za početak tjelesne aktivnosti primjeni pješčenje. Umjesto osobnim vozilom na radno mjesto koje je od mjesta stanovanja udaljeno oko 20-ak minuta hoda umjerenom brzinom odlaziti će i vraćati će se pješice. Tako će dnevno provoditi najmanje 40-minutnu aerobnu aktivnost. U dane vikenda savjetovana mu je tjelesna aktivnost u vidu bržeg hoda u trajanju najmanje 2 puta po 20 minuta, primjerice u Park šumi Marjan. Prilikom hoda učinkovitost vježbe testirat će frekvencijom perifernog bila mjereno na karotidnoj arteriji (objašnjen mu je način mjerenja). Poželjna frekvencija pulsa je oko 100-120/min (60-70% od maksimalno predviđene za dob prilikom ergometrijskog testiranja). Dnevno će hodom do radnog mjesta i natrag, u trajanju od oko 2 x 20 minuta, tijekom kojeg će preći oko 2x2 km, potrošiti oko 250 kCal, što će zajedno s redukcijom kalorijskog unosa rezultirati dnevnim kalorijskim deficitom od najmanje 500 kCal.

Nepridržavanje zdravstvenih preporuka u/s s nedostatkom znanja o rizičnim čimbenicima za nastanak kardiovaskularnih bolesti, što se očituje »rizičnim« životnim stilom.

Cilj: Edukacija o čimbenicima kardiovaskularnog rizika. Po završenoj edukaciji bolesnik treba znati nabrojiti čimbenike rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti, njihov negativan učinak na proces poboljšavanja od kardiovaskularnih bolesti te objasniti neophodne promjene životnog stila koje mora učiniti u cilju njihove korekcije i poboljšanja svojeg zdravstvenog stanja.

Intervencije:

Bolesnik je educiran o čimbenicima kardiovaskularnog rizika, kao i patofiziološkim procesima koji sudjeluju u nastanku aterosklerotske bolesti korištenjem slikovnih edukacijskih materijala s prikazima kardiovaskularnog sustava. Razgovor je prilagođen bolesniku, primijenjena je za njega razumljiva terminologija. Pružena mu je pomoć u prepoznavanju vlastitih rizičnih čimbenika (pušenje, arterijska hipertenzija, pretilost, hiperkolesterolemija, genetska predispozicija). Educiran je o mogućnostima modificiranja rizičnih čimbenika (dijeta sa smanjenim unosom zasićenih masti i ugljikohidrata, program aktivnosti, prekid pušenja cigareta, redovita kontrola arterijskog tlaka).

Zbog trenutnog visokog kardiovaskularnog rizika bolesniku je savjetovan ponovni kardiološki pregled radi uvođenja farmakološkog liječenja. O potrebi kardiološkog pregleda kardiolog je informiran neposredno, telefonskim kontaktom, a bolesniku su uručeni obrasci procjene rizika – dijagrami SCORE sustava trenutnog rizika i projekcija smanjenja rizika u slučaju korekcije markiranih, korektibilnih čimbenika. Kontrola u savjetovalištu zakazana mu je za 2 mjeseca.

Kontrola u savjetovalištu za kardiovaskularni rizik

Tijekom 2 mjeseca bolesnik je prestao pušiti, počeo je redovito primjenjivati tjelesnu aktivnost, reducirao je tjelesnu masu primjenom redukcijske dijeta. Kardiolog mu je nakon edukacije u savjetovalištu propisao lijekove za arterijsku hipertenziju (kalcijev antagonist – amlodipin, tbl. od 10 mg) i hiperlipidemiju (statin – atorvastatin, tbl. od 20 mg).

Tijekom 2 mjeseca provođenja preporučenih nefarmakoloških i farmakoloških mjera bolesnik je tjelesnu masu s početnih 106 kg smanjio na 98 kg (smanjenje za 8 kg), indeks tjelesne mase smanjen je s 32,3 na 30, a omjer struk-bok s 1,33 na 1,29. Vrijednost arterijskog tlaka se prema dnevniku samomjerenja kretala u rasponima od 120-140/80-90 mmHg.

U kontrolnim laboratorijskim nalazima zabilježene su vrijednosti: glukoze u krvi od 5,9 mmol/l, ukupnog kolesterola 4,9 mmol/l, LDL-kolesterola 2,7 mmol/L i triglicerida 2,1 mmol/l.

Prema tablicama SCORE sustava provedenim postupcima bolesniku je ukupan kardiovaskularni rizik s početnih 19% smanjen na 2%. Bolesnik je visoko motiviran za daljnje provođenje mjera promjena obrasca štetnog ponašanja. Ponovna posjeta savjetovalištu zakazana mu je za 6 mjeseci.

Tijekom kontrolnog pregleda u savjetovalištu bolesniku je objašnjeno da postignute vrijednosti pojedinih čimbenika kardiovaskularnog rizika nisu »preniske« te da je u daljnjem liječenju poželjno njihovo daljnje smanjenje (osobito tjelesne mase, omjera struk-bok te ukupnog i LDL-kolesterola). Iz razgovora s bolesnikom zaključeno je da je prihvatio navedene stavove te da je motiviran za strogo provođenje mjera za korekciju čimbenika kardiovaskularnog rizika, sa osnovnim krajnjim ciljem – smanjenjem apsolutnog kardiovaskularnog rizika i rizika kardiovaskularne smrtnosti.

Rasprava

KBS temelj koje je ateroskleroza, najčešći je uzrok smrti u razvijenom svijetu.^{1,2} Stoga je prevencija KBS-a temeljni klinički i javno-zdravstveni problem. Klasični čimbenici kardiovaskularnog rizika – pušenje, šećerna bolest, arterijska hipertenzija i hiperkolesterolemija – sudjeluju u napredovanju ateroskleroze, a međusobnom interakcijom navedeni rizik značajno povećavaju.^{2,3} Zbog navedenog, trenutne smjernice za prevenciju KBS-a naglašavaju važnost procjene ukupnog kardiovaskularnog rizika.⁶ Smanjenje koronarne smrtnosti, koje je u razvijenim zemljama Zapada postignuto tijekom posljednjih 30 godina, rezultat je napretka u liječenju, ali i prevenciji usmjerenoj na osobe s potvrđenom KBS-a, kao i osobe s rizikom za njezin nastanak. Korekcija klasičnih čimbenika rizika doprinosi smanjenju učestalosti kardiovaskularnih događaja u bolesnika na svim razinama kardiovaskularnog

rizika, osobito u bolesnika s visokim ukupnim rizikom, u kojih je neophodno provođenje intenzivnih mjera korekcije štetnih obrazaca ponašanja.⁶

U prevenciji KBS-a osobito se naglašava potreba uključivanja bolesnika u proces odlučivanja o potrebi liječenja i kreiranju individualnog programa korekcije ukupnog kardiovaskularnog rizika. Strateški postupci koji se mogu primijeniti u jačanju učinkovitosti savjetovanja o promjenama štetnih životnih navika su:

- stvaranje terapijskog saveza s bolesnikom
- potvrda (povratna informacija) da je bolesnik razumio i prihvatio povezanost između neodgovarajućih životnih navika, zdravlja i bolesti
- pružanje pomoći bolesniku u shvaćanju prepreka koje ga čekaju prilikom provedbe preporučenih promjena štetnih navika (motiviranje bolesnika da ne odustane od provođenja navedenih mjera)
- potvrda da je bolesnik prihvatio obavezu o potrebi promjene svojeg dotadašnjeg ponašanja
- uključivanje bolesnika u razmatranje i odabir čimbenika rizika koji se moraju promijeniti (bolesnik može sugerirati koje štetne čimbenike može najlakše promijeniti, korigirati)
- izrada plana modificiranja načina života
- praćenje napretka putem redovitih susreta.⁶

Prvi korak u radu savjetovališta sastoji se u ocjeni ukupnog kardiovaskularnog rizika i u identifikiranju onih komponenata rizika koje se mogu modificirati.⁶ Ukupni kardiovaskularni rizik lako se može izvesti iz grafičkog SCORE sustava.⁶

Sustav SCORE za predviđanje ukupnog kardiovaskularnog rizika izveden je iz 12 europskih kohortnih studija koje su obuhvatile preko 200 000 ispitanika s preko 7000 smrtonosnih kardiovaskularnih ishoda.^{5,6} U model su uvrštene sve smrti od komplikacija ateroskleroze (ne samo koronarna smrtnost). Primjena tablica omogućuje brzu procjenu vjerojatnosti da će se u određene osobe u definiranom (10-godišnjem) razdoblju razviti smrtonosni kardiovaskularni događaj.⁶

Prilikom procjene ukupnog 10-godišnjeg kardiovaskularnog rizika pomoću ovog sustava, na temelju pacijentovih karakteristika - spol, pušački status, dob, vrijednost sistoličkog arterijskog tlaka i ukupnog kolesterola – na dijagramu se nađe kvadratić s navedenim parametrima i očita brojčana vrijednost pripadajućeg ukupnog kardiovaskularnog rizika iskazana u postocima.⁶ Primjerice muškarac od 60 godina, pušač, s vrijednošću sistoličkog tlaka od 180 mmHg i ukupnog kolesterola od 7 mmol/l ima 28%-tni 10-godišnji kardiovaskularni rizik. Pojednostavljeno može se reći da će od 100 bolesnika s navedenim karakteristikama njih 28 tijekom narednog 10-godišnjeg razdoblja umrijeti od posljedica kardiovaskularne bolesti.

Posljedica utjecaja kombinacije individualnih čimbenika kardiovaskularnog bolesnika može se zorno pratiti na tablici. Naime, bolesniku se može prikazati što se događa ukoliko se navedena kombinacija čimbenika ne promijeni tijekom starenja – tj. prelaskom u narednu dobnu kategoriju. Jednako tako može mu se pokazati što se događa ukoliko se prestankom pušenja, smanjenjem vrijednosti arterijskog tlaka i ukupnog kolesterola prijeđe u nižu kategoriju kardiovaskularnog rizika. Razgovorom s bolesnikom može se razraditi način i brzina kojom će se utjecati na promjenu pojedinih ili svih čimbenika rizika istodobno.

Nakon početnog upoznavanja s kardiovaskularnim rizikom i njegovim značenjem za razvoj kardiovaskularnih bolesti te u konačnosti njegovim utjecajem na ishod kardiovaskularnih bolesti, bolesnika je potrebno motivirati na prihvaćanje znanstvenih spoznaja o potrebama promjene životnih navika. Daljnji je postupak stručni savjet vezan za provođenje navedenih promjena, posebno za svaki od čimbenika kardiovaskularnog rizika. Bolesniku i članovima njegove najuže obitelji potrebno je omogućiti aktivno sudjelovanje u kreiranju plana korekcije kardiovaskularnog rizika, čime se održava motivacija bolesnika, prenosi dio kontrole provođenja plana na članove obitelji te, konačno, prevencija kardiovaskularnih bolesti proširuje na veći dio populacije. Naime, članovi obitelji educiraju se o štetnim obrascima ponašanja, a usvojene spoznaje i znanja primjenjuju promjenom vlastitog obrasca ponašanja.⁶

Prema zaključcima skupina stručnjaka pojedinih specijaliziranih društava – primjerice društava za hipertenziju ili kardioloških društava – većina spoznaja utemeljenih na rezultatima kliničkih istraživanja ne provode se u praktičnom radu.^{4,6} Zbog toga napredak u metodama liječenja ne rezultira proporcionalnim napretkom u smanjenju pobola i smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti.^{4,6} Jedan od osnovnih razloga neprovođenja znanstveno utemeljenih postupaka je nesudradnja bolesnika, koja je u najvećem dijelu posljedica njihove neinformiranosti i nemotiviranosti. Iste je moguće prevladati osmišljenim pristupom. Jedna je mogućnost savjetovališta za kardiovaskularni rizik, princip kojeg je prikazan u ovom radu.

Zaključak

Iz pokazanog primjera razvidno je da primjerena edukacija bolesnika rezultira njegovom visokom motiviranošću za prihvaćanje i provođenje preporučenog liječenja.

Zaključno, medicinska sestra ima značajnu – a u pojedinih segmentima i ključnu – ulogu u provođenju mjera primarne i sekundarne prevencije kardiovaskularnih bolesti. To u konačnici implicira značajnu ulogu medicinske sestre u trendu smanjenja kardiovaskularnog pobola i smrtnosti – najznačajnijeg uzroka pobola i smrtnosti u razvijenim zemljama svijeta.

Literatura

1. Mirić D, Jukić I. Epidemiologija koronarne bolesti. U: Koronarna bolest. Mirić D, Giunio L, Vuković I, i sur. Split: Slobodna Dalmacija; 2006. str. 7-16.
2. Mirić D. Uvodno o aterosklerozi. U: Preventivna kardiologija. Mirić D, i sur. Split: Slobodna Dalmacija; 1997. str. 19-24.
3. Bayturan O, Tuzcu EM, Lavoie A, Hu T, Wolski K, Schoenhagen P, Kapadia S, Nissen SE, Nicholls SJ. The metabolic syndrome, its component risk factors, and progression of coronary atherosclerosis. *Arch Intern Med* 2010;170:478-84.
4. Zachariadou T, Stoffers HE, Christophi CA, Philalithis A, Lionis C. Implementing the European guidelines for cardiovascular disease prevention in the primary care setting in Cyprus: lessons learned from a health care services study. *BMC Health Serv Res* 2008;8:148.
5. Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U; EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet* 2009;373:929-40.
6. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, et al; SCORE project group. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J* 2003;24:987-1003.