

Literatura za spremanje testa

Dom zdravlja Aleksinac
Akreditacioni broj: D-1-1154/14

Autor: Aleksandra Stoilković

[**Značaj prevencije kardiovaskularnih bolesti kod starih osoba na nivou primarne zdravstvene zaštite**]

[Interna edukacija Doma zdravlja Aleksinac
Akreditovano za medicinske sestre i zdravstvene tehničare]

Reč autora:

Poštovani polaznici kursa,

U toku izlaganja trudili smo se da predstavimo sve novine i tehnike vezane za „Značaj prevencije kardiovaskularnih bolesti kod starih osoba na nivou primarne zdravstvene zaštite“

Test se sastoji od 50 pitanja koja se zasnivaju na prezentovanom materijalu.

ŽELIMO VAM PUNO USPEHA U REŠAVANJU TESTA!

UVOD

Značajan socijalno ekonomski razvoj poslednjih decenija, bolji životni standard, prestižna dostignuća u medicini i psihologiji, ali i bolja zdravstvena zaštita usloveli su produženje životnog veka ljudi i porast starih u svetu.

Od antičkog doba do danas morbiditet i mortalitet stanovništva se uglavnom smanjivao, a prosečno trajanje života se produžavalo. Prosečno trajanje života u antičkom dobu je bilo oko osamnaest godina, krajem XVIII veka trideset, u XIX veku četrdeset, početkom XX veka četrdeset i šest, a danas u razvijenom svetu preko sedamdeset godina.



Prema kalendaru zdravlja 1. oktobar je dan posvećen starim osobama (*Međunarodni dan starih*). Stručnjaci Ujedinjenih nacija predviđaju da će do 2050. godine prvi put u istoriji čovečanstva, broj starih u svetu premašiti broj mladih, dok je u Srbiji broj stanovnika mlađih od petnaest godina gotovo izjednačen s brojem lica starijih od 65 godina.

Produženje trajanja prosečnog života je pomerilo starosne granice. Većina autora smatra da doba starosti počinje tek posle 65. godine, a starosno doba dele na: mlađe strosno doba od 65 do 75 godina i starije straosno doba preko 75 godina.

Promene u starosnoj strukturi stanovništva su dovele do bržeg razvoja *GERONTOLOGIJE* (nauke koja se bavi proučavanjem svih starosnih pojava) i *GERIJATRIJE* kao medicinske discipline (koja proučava kliničko patološke aspekte završne faze života).

Proces starenja zavisi od mnogobrojnih faktora, pre svega od zdravstvenog stanja osobe, sociojalno - ekonomskih i drugih uslova života, subjektivnog doživljavanja starosti i dr. Starenje je individualni proces, te otuda mnogi autori smatraju: „*da je čovek star onoliko koliko se oseća starim*“.

Kardiovaskularne bolesti su najčešće bolesti starih osoba. Obzirom na visoku procentualnu zastupljenost ovih bolesti veliki je značaj njihove prevencije i odlaganje njihovog nastanka, ali i rano prepoznavanje i adekvatno lečenje u cilju sprečavanja komplikacija koje u ovoj vurnelabilnoj populaciji mogu biti i životno ugrožavajuće.

PATOFIZIOLOŠKI MEHANIZMI PROCESA STARENJA

Starenje je prirodan, vremenski zavisian proces koje karakteriše progresivna pojava ireverzibilnih promena u ćelijama, tkivima i organima. Ćelijsko starenje podrazumeva morfološko-funkcionalne promene u celularnom kontrolnom sistemu koje za posledicu imaju smanjenje proliferativnog kapaciteta ćelije. Te se može reći da starenje počinje od početka života i rezultat je degenerativnih promena u organizmu.

Sam proces starenja toliko je složen da je najverovatnije posledica ne samo genetičkih nego i stečenih interakcija i procesa, što otežava njegovo definisanje. Starenje se može posmatrati kao *biološko starenje* (smanjenje funkcionalnosti organizma tokom vremena), *psihološko* (promene u psihičkim funkcijama i karakternim crtama ličnosti) i *socijalno starenje* (promene odnosa pojedinca koji stari prema društvu u kome živi).

U literaturi se nalazi na tumačenje starenje sa različitih aspekta. Većina stručnjaka smatra da se ta shvatanja mogu grupisati u dve osnovne teorije. To su: biološka i socijalna teorija starenja.

Po **biološkoj teoriji** u organizmu čoveka javljaju se postepene biološke promene u ćelijama. Glavni krivac starenja je oštećenje na nivou DNK kiseline (dezoksiribonukleinske kiseline), zbog čega dolazi do gubitka fiziološke adaptivnosti na spoljnu sredinu. Starost ćelija pre svega dovodi do promena u endokrinim i nervnom stemu. Neki biolozi smatraju da je najtačnija teorija „progresivnog starenja“. Osnovi ove teorije su složeni biološki procesi koji se odvijaju u ćelijama i genima. Po ovoj teoriji

životni vek određuje naša nasledna komponenta, te biologija i medicina treba da produže period korisnog i produktivnog života.

Socijalna teorija starenja razmatra niz faktora koji utiču na starenje. Za starenje, pored involutivnih procesa odgovorni su: hereditet, predispozicija, konstitucija, ranije bolesti, egzogeni faktori, životni put čoveka. Po ovim shvatanjima postoje socijalno-ekonomski preduslovi dugovečnosti (standard, rad u normalnim uslovima, normalni sistem penzionisanja, način korišćenja slobodnog vremena, društvena briga, zdrava okolina, prevencija akutnih i hroničnih bolesti, higijena, zdravstveno vaspitanje i dr.).

Savremena gerontologija smatra da se na proces starenja može uticati i da se starenje može usmeriti prema željenom pravcu. Razvoj nauke obećava i stručnjaci



predviđaju da se životni vek može produžiti na 120-130 i više godina. Uz to treba težiti ka sto boljem kvalitetu života starih, omogućiti im sto bolje psiho-fizicko blagostanje.

Pored bioloških karakteristika starenja danas se u svetu posebna pažnja pridaje psihološkom i socijalnom procesu starenja. Poslednjih decenija istraživanja psihosocijalnih aspekata starenja danas u svetu naročito u zapadnim zemljama, su usmerena na promene koje nastaju u kognitivnoj strukturi ličnosti, na subjektivno doživljavanje i shvatanje starosti i starenja na fenomen usamljenosti i izolovanosti, na način okončanja života i dr. Sva ta istraživanja su doprinela razvoju psihogerijatrije koja, pored ostalog, ima za cilj da utiče na preduzimanje psihosocijalnih mera koje treba da omogućе bolje uslove života i lakše podnošenje starosti.

PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA-POJAM, PODELA I ZNAČAJ

Primarna zdravstvena zaštita je zaštita kojom se zadovoljavaju potrebe svake zajednice, kroz obezbeđivanje usluga što je moguće bliže mestu življenja i rada, po cenu koja je prihvatljiva za sve.

Medicinska sestra Florens Najtingel jedan od prvih ideologa primarne zdravstvene zaštite:

- bila je vizionar primarne zdravstvene zaštite
- okrenuta ka zdravlju i prevenciji smatrala je da u budućnosti neće postojati sestre za bolesne, već samo za zdrave.

Pojam primarne zdravstvene zaštite se često svodi na primarnu prevenciju ili primarnu zdravstvenu zaštitu. Međutim, primarna zdravstvena zaštita je mnogo širi pojam od primarne prevencije, odnosno primarne medicinske zaštite.

Primarnu zdravstvenu zaštitu sprovodi zdravstveni sektor, a za primarnu prevenciju su zaduženi svi sektori društva, svi ljudi, humanitarne i druge organizacije. Primarna prevencija je samo jedan segment zadataka u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

- **Primarna prevencija** - podrazumeva preduzimanje niza mera u cilju očuvanja i unapređenja zdravlja, odnosno sprečavanju bolesti.
- **Sekundarna prevencija** – podrazumeva rano otkrivanje, rana dijagnostika i blagovremeno lečenje
- **Tercijalna prevencija** – rana rehabilitacija i sprečavanje invaliditeta

U sprovođenju sve tri vrste prevencije učestvuju, pored zdravstvenog sektora i drugi sektori društva, odnosno građani. Zajedničkom akcijom zdravstvenog sektora sa drugim društvenim sektorima (međusektorska saradnja) moguće je postići optimalni nivo zdravlja u zajednici.

Neki sektori neposredno utiču na zdravlje ljudi:

- *poljoprivredni sektor* je odgovoran za obezbeđivanje zdrave hrane
- *komunalni sektor* treba da obezbedi zdravu pijaću vodu, higijensko otklanjanje otpadnih materija

- *socijalni sektor* vrši uvid u socijalno stanje građana
- *finansijski sektor* treba da obezbedi finansiranje zdravstvene zaštite.

Primarna zdravstvena nega u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je po definiciji SZO (1978):

„Zdravstvena nega u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je esencijalna nega osnovana na praktičnom i naučnom temelju i socijalno prihvaćenim metodama i tehnologijama, koncipirana da bude opšte dostupna pojedincima i porodicama u zajednici, po ceni koju su zajednica i zemlja u stanju da izdržavaju na svim etpama njihovig razvoja”

Ciljevi i mere zdravstvene politike do 2010. godine, u čijoj realizaciji učestvuju i medicinske setre, odnose se na:

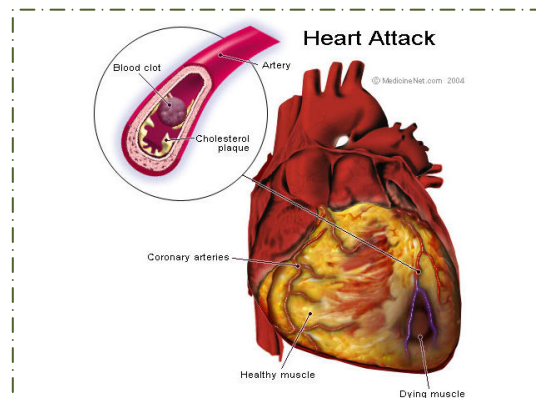
- zdravlje i kvalitet života
- zaštita zdravlja dece, žena, školske dece i omladine, odraslih
- prevenciju malignih oboljenja
- prevenciju hroničnih obolenja, povrede, trovanja,
- zaštitu mentalnog zdravlja
- zaštitu i prevenciju infektivnih bolesti
- porodičnu zaštitu
- ***zaštitu zdravlja starih***
- ciljevi koji se odnose na navike i ponašanje.

NAJČEŠĆI ZDRAVSTVENI PROBLEMI STARIH LICA

Istraživanja zdravstvenog stanja starih osoba pokazuju da oko 75 % starih ima po tri i više obolenja.

Oni najčešće obolevaju od hroničnih bolesti i to :

1. **kardiovaskularnih (arteroskleroza)**
2. poremećaj lokomotornog aparata
3. obolenja kože
4. gastrointestinalnih bolesti
5. urogenitalnih bolesti
6. neoplazmi pluća i dojke



Nelečeni problemi u zreloom dobu uglavnom dovode do patološke starosti - prevremene, do fizičke dekompenzacije i onesposobljenosti.

Prevenција patološke starosti i onesposobljenosti treba da počne od samog rođenja procesima vaspitanja kojima se razvijaju zdravi stilovi života.

Zdravstvena zaštita kod starih osoba pruža se u pet nivoa:

1. Nespecifične mere prevencije:

- unapređenje zdravlja,
- mere za podizanje otpornosti organizma
- odgovarajuća nega i ishrana
- zdrav život bez pušenja i alkohola
- kontrola zdravlja
- šetnje i odmor
- adekvatan rad.

2. Specifična prevencija

- određena aktivnost u rešavanju jednog problema (npr. vakcinacija)
- borba protiv pušenja i faktora rizika koronarne bolesti

- lečenje povišenog pritiska

3. Rana dijagnostika

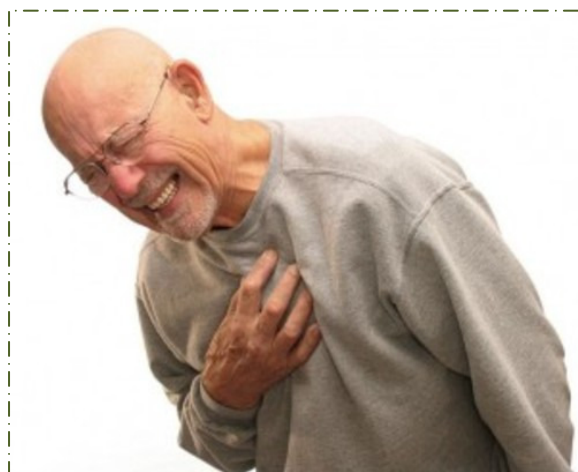
- okrivanje faktora rizika za pojavu određenih bolesti i postavljanje dijagnoze u ranom stadijumu bolesti

4. Adekvatna terapija

5. Rehabilitacija

FAKTORI RIZIKA ZA NASTANAK KARDIOVASKULARNIH BOLESTI

Kardiovaskularne bolesti (KVB) predstavljaju značajan kako zdravstveni tako i socijalno-ekonomski problem savremenog društva. Kardiovaskularne bolesti su vodeći uzrok smrti sa preko 50% učešća, najviše pogoršavaju kvalitet života, uzrokuju invalidnost, ekonomski slabe naciju i skraćuju očekivanu dužinu života.



Srbija se po učestalosti oboljevanja u svetu nalazi u gornjoj polovini poretka, tj ima visoku stopu oboljevanja od KVB. Svaki četvrti stanovnik u razvijenim zemljama boluje od ishemijske bolesti srca i životni vek mu je skraćen za u proseku sedam godina.

Kardiovaskularne bolesti su najčešće aterosklerozne bolesti srca i krvnih sudova i obuhvataju:

1. Ishemijsku bolest srca

- stabilna angina pectoris
- akutni koronarni sindrom
- iznenadna srčana smrt
- srčana insuficijencija

2. Akutni moždani udar (akutna insuficijencija CNS):

- ishemijski moždani udar
- hemoragijski moždani udar

Moždani udar je uzrok 10% ukupnog svetskog godišnjeg mortaliteta, a polovina preživelih su invalidi.

3. Periferna arterijska okluzivna bolest (ateroskleroza ekstremiteta) sledećih stepena:

- diabetes melitus
- claudicatio intermitens
- bol u miru, posebno noću
- ulceracije i gangrene.

Podela faktora rizika za nastanak krdivaskularnih obolenja starih lica:

Nepromenljivi faktori rizika: uzrast, pol, nasleđe;

Promenljivi faktori rizika:

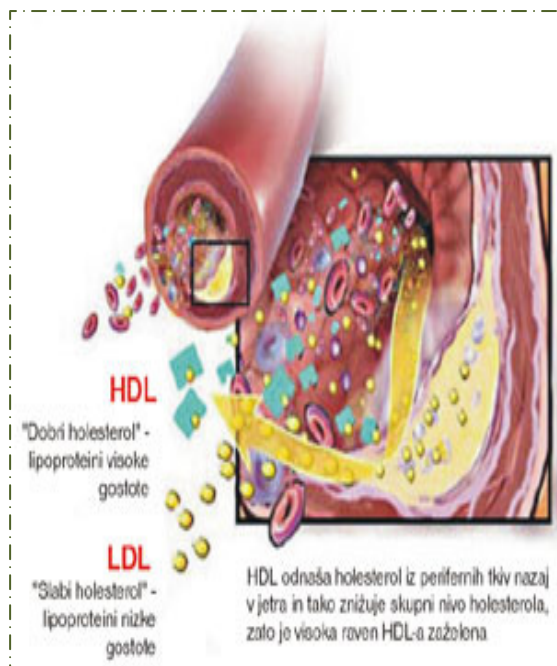
1. visok LDL holesterol
2. pušenje
3. hipertenzija
4. nizak HDL holesterol
5. diabetes melitus
6. gojaznost, neadekvatna ishrana
7. gojaznost, neadekvatna ishrana

PROMENLJIVI FAKTORI RIZIKA:**1. Visok LDL**

Poremećaj lipidnog statusa (često na račun povećanja ukupnog holesterola i LDL holesterola, zajedno sa povećanim trigliceridima i smanjenim HDL holesterolom) povećava rizik za oboljevanje od kardiovaskularnih bolesti. Neophodno je jednom godišnje uraditi skrining lipoproteinskog statusa u cilju otkrivanja osoba sa povećanim rizikom. Sa ozbiljnim preventivnim aktivnostima treba početi rano (najpre promena

životnog stila i primena higijensko-dijetetskog režima) već pri sledećim vrednostima lipida:

- LDL-holesterola **većim od 3 mmol/l** (najčešći uzroci za njegovo povećanje su - pušenje, starost, dijabetes, hipertenzija ili nasleđe),
- HDL- holesterola **manje od 1,03 mmol/l** za muškarce i **manje od 1,29 mmol/l** za žene (najčešći uzroci za njegovo povećanje su- gojaznost, pušenje, fizička neaktivnost, glikozna intolerancija),
- Triglicerida **veće od 1,7mmol/l** (najčešći uzroci su- centralna gojaznost, dijabetes, nasleđe).



2. Pušenje

Pušenje duvana je važan faktor rizika za KVB (dovodi do ateroskleroze i vazospazma), a prestankom pušenja smanjuje se rizik za 50% u toku prve godine. U poređenju sa nepušačima, pušači imaju 70% veći rizik od fatalnog koronarnog događaja.

Pušenje je bolest zavisnosti i ima tendenciju stalnog povećanja doze. Prema

skorašnjim podacima oko 40% odraslog stanovništva Srbije puši. Nažalost i pasivno pušenje duvana povećava rizik za nastanak kardiovaskularnih bolesti.

Pri svakom susretu sa zdravstvenim radnikom pacijent treba da dobije savet o potrebi apstinencije od pušenja, mogu mu se predložiti i opcije rada u maloj grupi za odvikavanje i/ili terapija zamene nikotina. Statistički, pušači najčešće iz 3 pokušaja prekinu pušenje.



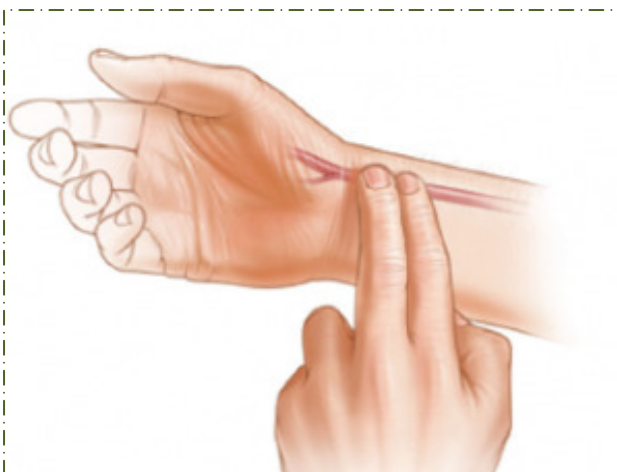
Neželjeni efekti pušenja povezani sa dejstvom na KVS:

- vazokonstrikcija krvnih sudova,
- tahikardija,
- porast krvnog pritiska,
- povećanje perifernog vaskularnog otpora,
- povećanje nivoa kateholamina,
- oštećenje endotela i ateroskleroza,
- aktivacija SY nervnog sistema,
- povećanje viskoznosti krvi,
- smanjenje HDL, a povećanje oksidacije LDL-holesterola.

3. Hipertenzija

Arterijska hipertenzija je povišeni krvni pritisak veći ili jednak vrednostima od 140/90 mmHg ili niži a pod terapijom. Kod bolesnika koji imaju visok rizik za KVO ili diabetes mellitus ciljna vrednost je 130/80 mm Hg, sa ovim granicama neophodna je promena životnih navika uz ponovljeni merenje krvnog pritiska:

- modifikacija telesne mase,
- odgovarajuća ishrana,
- smanjenje unosa soli,
- fizička aktivnost
- smanjenje konzunžmacije alkohola:

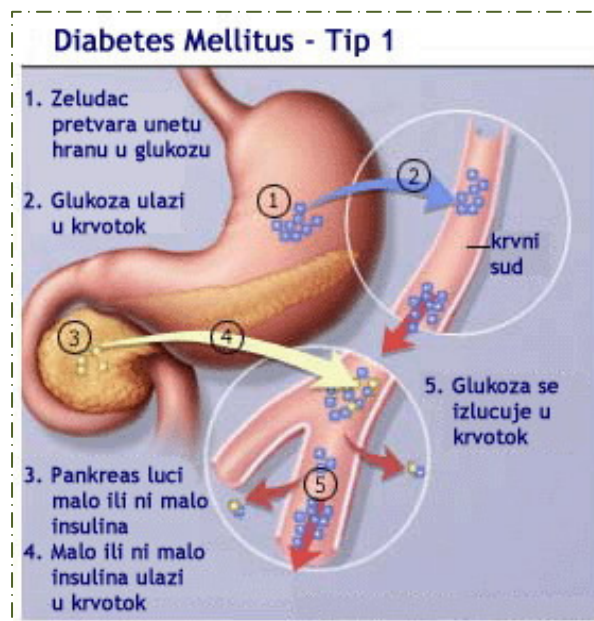


Arterijska hipertenzija se javlja u oko 20% svetske populacije, u 95% slučajeva je primarna, a u 75% slučajeva je neadekvatno regulisana. Skrining za arterijsku hipertenziju se sprovodi jednom u dve godine kod osoba sa normalnom tenzijom. Cilj lečenja je redukcija vrednosti krvnog pritiska ispod 140/90 mmHg, a time i redukcija KV morbiditeta i mortaliteta.

Terapija hipertenzije treba da je sveobuhvatna, tj podrazumeva i korekciju pridruženih faktora rizika uz farmakološko lečenje.

4. Diabetes mellitus

Diabetes mellitus tip 1 i 2, je nezavistan faktor rizika za nastanak kardiovaskularnih oboljenja. Dijabetes je hronična progresivna bolest, a bolesnici u preko 90% slučajeva umiru prerano od kardiovaskularnih komplikacija. Kod bolesnika sa dijabetes melitusom dobra metabolička kontrola prevenira kako mikrovaskularne tako i makrovaskularne događaje.



5. Gojaznost

Gojaznost je prekomerno nagomilavanje masnog tkiva u telu i posledica je prevelikog energetskog unosa i/ili nedovoljne energetske potrošnje, uz prisustvo različitih genetskih faktora (u 40% slučajeva), faktora načina života.

BMI (kg/m²)	SZO klasifikacija	popularni naziv
< 18,5	potrhnanjenost	mršavost
18,5 – 24,9	normalna uhranjenost	normalna težina
25,0 – 29,9	gojaznost I stepena	prekomerna težina
30,0 – 39,9	gojaznost II stepena	gojaznost
> 40,0	gojaznost III stepena	patološka gojaznost

Pokazatelj prisustva i stepena gojaznosti je Index Telesne Mase (ITM ili BMI). Ciljni BMI na nivou populacije je 23kg/m², a u populaciji odraslog stanovništva Srbije je 26kg/m², te je u Srbiji 54% odraslih sa prekomernom telesnom težinom.

Jedan od sindroma koji u poslednjih decenija pokazuje stalnu tendenciju rasta i veliku udruženost sa kardiovaskularnim bolestima i dijabetesom je tzv. Metabolički sindrom.

Metabolički sindrom (MS) se dijagnostikuje kod gojaznih osoba po International Diabetes Konsenzusu (bar 3 od 5 kriterijuma):

- obim struka preko 94cm za muškarce i preko 80cm za žene i,
- KP veći ili jednak 130/85mmHg,
- trigliceridi u krvi veći ili jednaki 1,7mmol/l,
- glikemija našte veća ili jednaka 5,6mmol/l,
- HDL-holesterol manji od 1,29mmol/l za žene i manji od 1,03 za muškarce

Gojaznost je prekomerno nagomilavanje masnog tkiva u telu. Oko 33% svetskog stanovništva ima metabolički sindrom. Ženski pol kod gojaznih pacijentkinja (sa MS) nema zaštitnu ulogu od oboljevanja od KVB. Kod gojaznih osoba treba aktivno tražiti one sa metaboličkim



sindromom i preduzimati interventne mere za modifikovanje faktora rizika i smanjenje rizika za oboljevanje od dijabetesa i kardiovaskularnih bolesti.

U cilju prevencije gojaznosti neophodno je pored promene životnog stila i veće fizičke aktivnosti i iskorigovati ishranu, koja je obično srž problema gojaznih pacijentata. Nepravilna ishrana je ishrana koja ima veću energetska vrednost od preporučene za određenu energetska potrošnju, ishrana bogata zasićenim masnim kiselinama, holesterolom, prostim ugljenim hidratima, solju, bez dovoljno polinezasićenih i mononezasićenih masnih kiselina, dijetnih vlakana, složenih ugljenih hidrata i nekih minerala i vitamina.

Pravilnom ishranom sprečava se gojaznost:

- povrća i voća 5 porcija dnevno,
- integralne žitarice,
- nemasna mesa,
- dosta ribe,
- do 4 jaja nedeljno,
- maslinovo i palmino ulje...

sve to pravilno pripremljeno i u 3 glavna obroka i 2 užine smešteno.

Treba savetovati hipoenergetsku ishranu, povećanu fizičku aktivnost, promene stilova života. Svaka individualna dijeta radi se pacijentu kod specijaliste dijetetike.

6. Fizička aktivnost

Fizička neaktivnost je faktor rizika i za razvoj KVB, pa ipak 60% svetske populacije je fizički nedovoljno aktivno. Fizički neaktivne osobe imaju 2 puta veći rizik za oboljevanje od KVB. Ni jedna studija nije dokazala visok rizik od KVB kod fizički aktivnih osoba.



Direktni benefit od fizičke aktivnosti po zdravlje je:

- prevencija gojaznosti,
- smanjenje nivoa šećera u krvi,
- smanjenje srčane frekvence,
- povećanje dejstva insulina,
- smanjenje nivoa LDL-holesterola i triglicerida,
- povećanje HDL-holesterola,
- sniženje krvnog pritiska,
- povećanje elastičnosti krvnih sudova,
- stimulacija venske cirkulacije,
- prevencija osteoporoze,
- povećanje sposobnosti odupiranja stresu.

Pri preporuci fizičke aktivnosti konkretnom pacijentu, treba sagledati:

- godine starosti,
- stanje lokomotornog aparata,
- trenutnu fizičku kondiciju,
- telesnu masu-BMI,
- komorbiditete,
- mikroklimatske uslove okoline,
- podlogu za rekreaciju i obuču.

Redovno vežbanje smanjuje incidencu svih kardiovaskularnih bolesti i dijabetes melitusa. Svim osobama savetovati umerenu fizičku aktivnost kao meru primarne i sekundarne prevencije, trajanje vežbi dnevno 15-30 minuta, maksimalno 40 minuta, učestalost 2-3 puta nedeljno. Neophodno je edukovati stara lica da prepoznaju subjektivne siptome za trenutni ili trajni prekid vežbe (bolovi u grudima, osećaj umora i malaksalosti, vrtoglavica i glavobolja, diskordinacija pokreta, pojava cijanoze, hladan znoj i dezorijentacija).

Kontraidikacije za bavljenjem sportom starijih osoba su:

- svež infarkt miokarda,
- jaka koronarna insuficijencija,
- teža srčana insuficijencija,
- teški poremećaj srčanog ritma,
- endokarditis,
- velika srčana aneurizma,
- zapaljenje pluća.

KONTAKT SA PACIJENTOM

Metodama zdravstveno vaspitnog rada grupnim i individualnim (u kući na terenu, mesnim zajednicama, klubovima penzionera, kabinetima za zdravstveno vaspitni rad unutar zdravstvenih ustanova) neophodno je pridržavati se sledećih aktivnosti:

- sestrinska anamneza (evidencioni list)
- identifikacija glavnih faktora rizika (pušenje, hipertenzija, hereditet za ranu KVO, holesterol-LDL)
- posebni faktori rizika (drugo obolenje – diabetes mellitus)
- prisutnost faktora rizika zbog životnih navika (gojaznost, nepravilna ishrana, nedovoljna fizička aktivnost..)



ZAKLJUČAK

Starenje je prirodan, vremenski zavisan proces koji karakteriše progresivna pojava ireverzibilnih promena u ćelijama, tkivima i organima. Starenje karakteriše permanentni gubitak proliferativnog kapaciteta, redukcija tkiva i fizioloških funkcija i povećana podložnost bolestima.

Kardiovaskularne bolesti sa svojom velikom zastupljenošću predstavljaju značajan zdravstveni problem starih osoba smanjujući im kvalitet života često udružen sa depresijom. S toga je prevencija KVO značajna kako sa zdravstvenog tako i sa društvenog aspekta.

LITERATURA

1. Vrndić O, Kostić I, Jeftić I, Stanojević M, Živančević-Simonović S. Patofiziološki mehanizmi procesa starenja. Medicinski časopis 2010; 44(3):30-36.
2. Ilić S. et al. Interna medicina. Prosveta, Niš, 2004.
3. Gojaznost. Nacionalni vodič za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Beograd, Novembar 2004.
4. Arterijaska hipertenzija. Nacionalni vodič za lekare u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Beograd, Novembar 2005.