

Barbara Ślusarska, Monika Połetek

Wczesne wykrywanie czynników ryzyka chorób układu krążenia : rola pielęgniarki

Acta Scientifica Academiae Ostroviensis nr 28, 11-17

2007

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Barbara Ślusarska, Monika Poletek

Wyższa Szkoła Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim

WCZESNE WYKRYWANIE CZYNNIKÓW RYZYKA CHORÓB UKŁADU KRĄŻENIA – ROLA PIEŁĘGNIARKI

Wstęp

Badania epidemiologiczne przeprowadzane w Polsce i wielu innych krajach na świecie, wykazują znaczne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu krążenia (ch.u.k.), zwłaszcza zaburzeń lipidowych, nadwagi i otyłości, oraz związanej z tym małej aktywności fizycznej, nadciśnienia tętniczego oraz palenia papierosów [1, 2]. Identyfikacja głównych czynników ryzyka ch.u.k. badanych populacji jest podstawą do opracowywania programów zdrowotnych w ramach profilaktyki pierwotnej. Prewencja pierwotna stwarza największe możliwości zmniejszania zachorowalności na ch.u.k.[3]. Przegląd polskiej bazy badań nad zachowaniami zdrowotnymi w odniesieniu do prewencji chorób układu krążenia w dziedzinie nauk medycznych, wskazuje na istniejący bogaty materiał dotyczący oceny stanu zdrowia Polaków w aspekcie występowania czynników ryzyka, wiedzy na temat czynników ryzyka, znajomości czynników ryzyka w badanej populacji. Dwa najnowsze i największe programy badawcze NATPOL PLUS (2004), oraz WOBASZ (2005) szczegółowo podają wyniki dotyczące rozpowszechnienia głównych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych w populacji dorosłych Polaków [4, 5]. Wyniki programu WOBASZ określają ponadto częstość występowania niskiego poziomu wsparcia społecznego oraz objawów depresji, a także świadomość zasad zapobiegania ch.u.k. w badanej populacji.

Duże rozpowszechnienie występowania chorób układu krążenia w społeczeństwie polskim, jest podstawą przewidywania znacznego nasilenia czynników ryzyka tych chorób, wśród lokalnej społeczności niezależnie od uwarunkowań środowiskowych czy społecznych [6, 7, 8,

9]. Analiza problemu w kontekście szacowania zapotrzebowania na działania prewencyjne w wybranym lokalnym środowisku, może zobrazować fragment realnej rzeczywistości.

Celem pracy jest przedstawienie roli pielęgniarstwa w wczesnym wykrywaniu czynników ryzyka chorób układu krążenia w oparciu o analizę występowania ilości i jakości czynników ryzyka w wybranej grupie badanej.

Material i metody badań

Badania przeprowadzono w grupie 82 osób z nierozpoznaną chorobą układu krążenia. Pacjenci zgłaszali się do Przychodni Internistyczno-Pediatrycznej w Ostrowcu Świętokrzyskim, gdzie realizowany był Program Profilaktyczny Wczesnego Wykrywania Chorób Układu Krążenia. W badaniach zastosowano metodę wywiadu z użyciem kwestionariusza wywiadu oraz pomiary następujących parametrów: wzrost, masa ciała, ciśnienie tętnicze krwi, obwód pasa i bioder, a także wykonanie następujących badań laboratoryjnych: cholesterol całkowity we krwi i jego frakcje HDL i LDL, trójglicerydy, i glukoza we krwi.

Wyniki badań

W programie wzięło udział 82 osoby - 56 kobiet (68%) oraz 26 mężczyzn (32%). Rozpiętość wiekowa badanych kształtowała się w granicach 35-55 lat, z czego w grupie wiekowej 35-39 lat było 15 osób (18%), 40-44 lat było 14 osób (17%), 45-49 lat było 19 badanych (23%) oraz 50-55 lat - najliczniejsza grupa osób - 34 (42%). Wśród badanych były 22 osoby (27%) z wykształceniem wyższym, 38 osób (46%) ze średnim wykształceniem, 19 osób (23%) posiadało wykształcenie zawodowe oraz 3 osoby (4%) podstawowe.

W oparciu o przeprowadzone pomiary obliczono wskaźnik BMI, którego wartości w grupie badanych były następujące:

- BMI \geq 30 występowało u 26 osób (32%),
- BMI 25 -29 występowało u 30 osób (36%),
- BMI $<$ 25 występowało u 26 badanych (32%).

Pomiar ciśnienia tętniczego aparatem rtęciowym metodą Korotkowa pozwolił określić wartości ciśnienia tętniczego u osób badanych. Podwyższone ciśnienie tętnicze krwi ($>$ 139/89mmHG) stwierdzono u 18

osób (22%). Wyniki wartości pomiarów ciśnienia tętniczego w grupie badanych klasyfikowane według kryteriów Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego z 2003 przedstawiały się następująco:

- ciśnienie tętnicze optymalne (RR skurczowe < 120 mmHg, rozkurczowe < 80 mmHg) rejestrowano u 26 osób (32%);
- ciśnienie tętnicze prawidłowe (RR skurczowe 120 - 129 mmHg, rozkurczowe 80-84 mmHg) występowało u 28 osób (34%);
- ciśnienie tętnicze wysokie prawidłowe (RR skurczowe 130-139 mmHg, rozkurczowe 85-89 mmHg) rejestrowano u 12 osób (14%);
- nadciśnienie tętnicze I stopnia - łagodne (RR skurczowe 140-150 mmHg, rozkurczowe 90-99 mmHg) stwierdzono u 14 osób (17%);
- nadciśnienie tętnicze II stopnia - umiarkowane (RR skurczowe 160-179 mmHg, rozkurczowe 100-109 mmHg) stwierdzono u 3 osób (4,5%);
- nadciśnienie izolowane skurczowe (RR skurczowe \geq 140 mmHg, rozkurczowe < 90 mmHg) stwierdzono u 1 osoby (1,5%).

Spośród badanych 24 osoby (29%) paliło papierosy, pozostałych 58 badanych (71%) - to osoby niepalące. Wśród osób palących, ilość wypalanych papierosów w ciągu doby wahała się od 2 do 40 sztuk. Największa grupa badanych - 15 osób wypalała przeciętnie od 10 do 20 papierosów dziennie, powyżej 20 sztuk dziennie - 3 osoby oraz pozostałe 6 osób - paliło poniżej 10 papierosów na dobę.

W grupie badanych osób podwyższone wartości cholesterolu całkowitego miało 54 osoby (65,8%). Poziom cholesterolu w granicach normy był u 28 osób (34,2%). W grupie osób z podwyższonym poziomem cholesterolu całkowitego jego rozpiętości kształtowały się następująco:

- 200-250 mg% - u 40 badanych,
- powyżej 250 do 300 mg% - u 9 osób,
- powyżej 300 mg% - u 5 osób.

Podwyższony poziom frakcji LDL cholesterolu we krwi występował w grupie 43 badanych (52,4%) i wahał się w granicach 140-231 mg%. Poziom LDL cholesterolu w granicach normy (\leq 135 ,mg%) występował u 39 badanych (47,6%).

Obniżony poziom frakcji HDL cholesterolu we krwi (\leq 39 mg%) miało 11 osób (13,4%), u pozostałych badanych - 71 (86,6%) wartości te znajdowały się w normie.

Analiza wyników trójglicerydów we krwi w grupie badanej wskazywała, że podwyższone wartości ($TG \geq 200$ mg%) występowały u 12 osób (14,6%).

U 10 osób (8,2%) z podwyższonymi wartościami trójglicerydów, stwierdzono również podwyższony poziom cholesterolu całkowitego, a 7 osób w tej grupie miało również podwyższony poziom LDL cholesterolu.

U 13 osób (16,5%) stwierdzono także podwyższone stężenie glukozy we krwi na czczo (powyżej 110 mg/dl).

W badaniu aktywności fizycznej, za kryterium regularnej aktywności fizycznej przyjęto uprawianie ćwiczeń (typu: aerobik, szybki spacer, jazda na rowerze, pływanie itp.) co najmniej 2-3 razy w tygodniu po 30 minut. Taką aktywność realizowało 18 osób badanych (22%). Pozostałe osoby nie wskazały żadnej formy aktywności fizycznej uprawianej regularnie.

W grupie badanych 61 osób (74,3%) potwierdziło występowanie chorób układu krążenia w najbliższej rodzinie (ojciec, matka, rodzeństwo). Pozostali badani nie wskazali na istnienie genetycznych predyspozycji do rozwoju chorób układu krążenia.

Przeprowadzone badania i ich szczegółowa analiza pozwoliły określić, iż w wybranej grupie osób (82 badanych - 100%) aż u 64 badanych (78%) istnieje potrzeba przeprowadzenia programu edukacji zdrowotnej i weryfikacji niekorzystnych zachowań zdrowotnych. Bowiern najczęściej występujące czynniki ryzyka w grupie 82 badanych to:

- mała aktywność fizyczna - 78%,
- obciążający wywiad rodzinny - 74,3%,
- podwyższony poziom cholesterolu całkowitego we krwi - 65,8%,
- otyłość - 32%,
- palenie papierosów - 29%,
- nadciśnienie tętnicze - 22%,
- podwyższony poziom glukozy we krwi - 16,5%,
- podwyższony poziom trójglicerydów we krwi - 14,6%,
- obniżony poziom HDL cholesterolu - 13,4%.

W powyższej grupie osób obciążonych czynnikami ryzyka, u 10 pacjentów (12,9%) występowały równocześnie 4 czynniki ryzyka. Ta grupa pacjentów oprócz edukacji zdrowotnej wymagała skierowania na pogłębione badania w poradni kardiologicznej. Pozostałe osoby

ze względu na swoistość obciążeń czynnikami ryzyka ch.u.k. może być zakwalifikowana do jednej z trzech grup, określonych pod kątem priorytetów edukacji zdrowotnej, tj.:

- osoby z niską aktywnością fizyczną i nieprawidłową masą ciała,
- osoby palące papierosy,
- osoby z wysokim poziomem cholesterolu we krwi w zakresie modyfikacji diety.

Omówienie

Przedstawiona w pracy próba rozkładu występowania obciążenia czynnikami ryzyka ch.u.k. na przykładzie wybranej grupy osób ze społeczności lokalnej pokazuje niemały rozmiar problemów związanych ze wczesnym wykrywaniem czynników ryzyka oraz jednocześnie wskazuje na zakres zadań dla pielęgniarki na poziomie opieki podstawowej. Diagnostyka stosowana w celu określenia czynników ryzyka w dużej mierze opiera się na zadaniach wykonywanych przez pielęgniarkę, takich jak: pobieranie materiałów do badań, wykonywanie pomiarów i prowadzenie ukierunkowanych wywiadów. Jest to wstępny etap działań, do których pielęgniarka ma przygotowanie i uprawnienia. Drugi etap pracy wymaga także swobodnego przygotowania oraz jest znacznie bardziej czasochłonny. Jest to zaplanowanie, przeprowadzenie edukacji zdrowotnej i ocena osiągniętych wyników. Opisany w pracy przykład obrazuje obszar tematyczny edukacji zdrowotnej adresowanej do zdiagnozowanych grup osób, do realizacji których pielęgniarka pod względem merytorycznym i metodycznym jest kompetentna. W realiach istniejących zasad funkcjonowania opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania badanych brakuje szczegółowych wytycznych regulujących sposoby i zakresy realizacji edukacji zdrowotnej wobec zdiagnozowanych grup ryzyka rozwoju chorób krążenia, gdzie zarówno lekarz jak i pielęgniarka stanowią filar ich prewencji. Wypracowanie rozwiązań organizacyjnych i formalnych w zakresie wpisania tego zakresu działań w wykazie świadczeń kontraktowanych płatnika usług medycznych staje się podstawowym wymogiem dla wprowadzenia jej do praktyki podstawowej opieki zdrowotnej.

Wnioski

Przedstawiona analiza sytuacji w zakresie ilości i jakości czynników ryzyka chorób układu krążenia, na przykładzie wybranej grupy badanych pozwala stwierdzić, że:

- istnieje potrzeba prowadzenia powszechnych badań profilaktycznych w środowiskach lokalnych objętych działaniem podstawowej opieki zdrowotnej,
- diagnoza stanu występowania czynników ryzyka ch.u.k. jest postawą do prowadzenia systematycznej edukacji zdrowotnej w odniesieniu do osób obciążonych ich obecnością,
- edukacja zdrowotna połączona z elementami behawioralnymi daje szansę na zmniejszenie ryzyka rozwoju chorób układu krążenia w odniesieniu do osób narażonych,
- zakres zadań pielęgniarki w zakresie wczesnego wykrywania i eliminowania czynników ryzyka ch.u.k. jest zgodny z jej kompetencjami i uprawnieniami.

Literatura:

1. *Profilaktyka ChNS. Rekomendacje KP PTK*, „Kardiologia Polska” 2000, 53, suplement 1, I-5 - I-45.
2. *Prewencja chorób układu krążenia. Wytyczne ECS*, „Kardiologia Polska” 2004, T 61, suplement 1, I-3 - I-90.
3. Tobiasz-Adamczyk B., *Zachowania w zdrowiu i chorobie* (w:) Tobiasz -Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wyd. UJ, Kraków 2000.
4. Rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego w Polsce. Wyniki badania NATPOL PLUS, „Kardiologia Polska” 2004, T 61, suplement IV, 5-22.
5. Ogólnopolskie i regionalne rozpowszechnienie głównych czynników ryzyka układu sercowo-naczyniowego. Wyniki wielośrodowego badania stanu zdrowia ludności program WOBASZ, „Kardiologia Polska” 2005, T 63, suplement IV, 601-655.
6. Włodarska M., Gawor Z., Piotrowski G., Gawor R., Piotrowski W., Szymański P., *Ocena czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca u studentów Politechniki Częstochowskiej z otyłością i nadwagą*, „Czynniki Ryzyka” 2004, 1-2, 23-31.

7. Kozieł D., Naszydłowska E., Trawczyńska M., Czerwiak G., *Zachowania zdrowotne młodzieży - kierunek działania dla edukacji zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne” 2003, 113, 3-4, 280-284.
8. Kwaśniewska M., Kaczmarczyk-Chałas K., Drygas W., *Zachowania zdrowotne związane z paleniem tytoniu i odżywianiem w reprezentatywnej próbie mieszkańców Łodzi. Projekt "Bridging the East-West Health Gap"*, “Czynniki Ryzyka” 2001, 1-2, 68-72.
9. Misuna M., Szcześniewska D., *Zachowania zdrowotne mieszkańców Warszawy*, „Zdrowie Publiczne” 2003, 113(1/2), 28-36.