

АКТИВНОСТИ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА КОД ОБОЛЕЛИХ ОД ХИПЕРТЕНЗИЈЕ У ГЕРИЈАТРИЈСКОЈ ПОПУЛАЦИЈИ

Љиљана Кулић¹, Анђелка Лазаревић², Страхиња Кулић³, Лазар Јанић⁴, Миљан Кулић⁵, Јована Костић⁶, Срђан Станковић⁷

ACTIVITIES OF HEALTH WORKERS IN PATIENTS OF HYPERTENSION IN THE GERIATRIC POPULATION

Ljiljana Kulić, Anđelka Lazarević, Strahinja Kulić, Lazar Janić, Miljan Kulić, Jovana Kostić, Srđan Stanković

Сажетак

Увод. Обољења срца и крвних судова су најчешћа обољења код старих особа, а уједно су и најчешћи узрок морталитета код њих. Поједине старе особе су имале од раније хипертензију, која је током времена прогредирала, па се уобичајеним факторима ризика додају и инволутивне промене настале током старења организма или су хипертензију први пут добили у старости.

Циљ рада је да укаже на велики број различитих активности здравствених радника када су у питању старе особе које су оболеле од хипертензије.

Метод рада. Анализирани су подаци и литература у области интерне медицине, геријатрије, јавног здравља, квалитета живота, социјалне медицине и здравствене статистике у делу који се односи на здравствену заштиту старих особа које су оболеле од хипертензије.

Резултати рада и дискусија. Хипертензија је главни фактор ризика за мождани удар, коронарну болест, хроничну срчану инсуфицијенцију, хроничну бубрежну инсуфицијенцију и изненадну смрт. Хипертензија представља најчешћи фактор ризика за цереброваскуларна и кардиоваскуларна обољења. Испитивања су показала да је код болесника изнад 65 година живота са хипертензијом

Summary

Introduction. Diseases of the heart and blood vessels are the most common diseases in the elderly, and are also the most common cause of mortality in them. Some of the elderly had hypertension previously, which has progressed over time, so involutive changes occurred during the aging process are added to the usual risk factors.

Objective of the work is to point out a number of different activities of health workers when it comes to elderly people who are suffering from hypertension.

Method. The data and literature in the field of internal medicine, geriatrics, public health, quality of life, social medicine and health statistics, in part related to the health care of the elderly who are suffering from hypertension, were analyzed.

Results and discussion. Hypertension is a major risk factor for stroke, coronary heart disease, chronic heart failure, chronic renal failure and sudden death. Hypertension is the most common risk factor for cardiovascular and cerebrovascular diseases. Tests have shown that in patients over 65 years of age with hypertension, the incidence of myocardial infarction and cerebrovascular stroke is doubled. In the therapeutic treatment of the elderly, leading role in the health team consisting

¹ Доц. др Љиљана Кулић, Универзитет у Приштини, Медицински факултет, Косовска Митровица.

² Проф. др Анђелка Лазаревић, Висока здравствена школа струковних студија Земун, Београд.

³ Мг Страхиња Кулић, дипл. есс., на специјализацији менаџмента у здравству, Вода Врњци, Београд.

⁴ Мг Лазар Јанић, дипл. есс., на специјализацији менаџмента у здравству, Висока здравствена школа струковних студија Земун, Београд.

⁵ Миљан Кулић, дипл. есс.

⁶ Мр Јована Костић, дипл. инж. менаџмента и организације, Београд.

⁷ Мр Срђан Станковић, дипл. правник, Београд.

двоструко већа учесталост инфаркта миокарда и цереброваскуларних инzulта. У терапијском третману старих особа посебно је значајна улога водећих људи у здравственом тиму: доктора и медицинске сестре. Међусобна сарадња здравствених радника са геријатријским болесником је посебно значајна због чињенице да они сами тешко могу да се изборе са болешћу, вишегодишњим, често штетним навикама, компликованим лечењем због узимања више лекова у честим случајевима мултиморбидитета, проблема са памћењем и др. Лечење артеријске хипертензије старих особа се заснива на нефармаколошким мерама и медикаментозном лечењу. Постоји основна препорука у медикаментном лечењу старих особа, а то је да се лечи малим дозама и постепено, уз редовне контроле. Нефармаколошке мере су престанак пушења, смањење телесне масе, ограничење уноса алкохола и натријума, повећање уноса калијума храном, избегавање стреса и редовна аеробна физичка активност. Едукација болесника о болести и утицај на промену животног стила, од стране лекара и медицинских сестара почиње од момента постављања дијагнозе и активно се спроводи на свим нивоима здравствене заштите: примарном, секундарном и терцијарном.

Закључак. За лечење хипертензије код старих особа најбољи је индивидуални приступ, односно да се примењује терапија одговарајућим лековима, при чему избор лекова треба да зависи од његовог укупног здравственог стања, а неопходне су и одговарајуће нефармаколошке мере и нега. Међусобна сарадња здравствених радника са геријатријским болесником је посебно значајна због чињенице да они сами тешко могу да се изборе са болешћу, вишегодишњим, често штетним навикама, компликованим лечењем због узимања више лекова у честим случајевима мултиморбидитета, проблема са памћењем и др.

Кључне речи: хипертензија, старе особе, геријатријска популација, едукација.

of doctors and nurses is particularly important. Treatment of arterial hypertension of the elderly is based on non-pharmacological measures and hormonal treatment. The basic recommendation in the pharmacological treatment of the elderly is that it should be treated with low doses and gradually, with regular controls. Non-pharmacological measures are quitting smoking, losing weight, alcohol and sodium intake limitation, increased intake of potassium through food, avoiding stress and regular aerobic physical activity. Education of patients and the impact on lifestyle changes, given by doctors and nurses, begins from the moment of diagnosis and is actively implemented at all levels of health care: primary, secondary and tertiary.

Conclusion. Individual approach is best for treatment of hypertension in the elderly. Appropriate drug therapy should be applied, with drug choice depending on overall health status of the patient, where appropriate nonpharmacological treatment and care are necessary. Mutual cooperation between health workers treating geriatric patient is particularly important due to the fact that they find it difficult to cope with the long disease, harmful habits, difficult treatment due to taking multiple medications at frequent cases of multimorbidity, memory-loss problems, etc, on their own.

Keywords: hypertension, elderly, geriatric population, education.

УВОД

Обољења срца и крвних судова су најчешћа обољења код старих особа, а уједно су и најчешћи узрок смрти код њих. У току старења долази до промена на срцу и крвним судовима. За крвне судове је карактеристично смањење еластичности и повећање колагена, што доводи до губитка еластичности крвних судова. Поред тога, долази до атеросклерозе крвних судова, а све ово заједно има утицаја на хемодинамику.⁽¹⁾

Промене које настају у крвним судовима у току процеса старења јављају се на свим крвним судовима у организму у свим ткивима и органима, у свим деловима људског организма. До промена на крвним судовима долази свуда у организму, али су последице тога различите и, наравно, зависе од функције тог ткива и органа и интензитета његових активности, као и од постојања могућности функционалне резерве. Промене на крвним судовима могу су израженије од промена на рукама. Поред захваћености највећих крвних судова у организму, преко мањих крвних судова и њихових грана, до промена долази и на капиларима. На капиларима се јавља фиброзна и хијалина дегенерација, што за последицу има облитерацију капилара или смањење протока крви. На крвним судовима старих особа услед артериосклерозе може доћи до појаве анеуризми (абдоминална аорта и илијакалне артерије).^(2, 3)

Промене захватају и крвне судове срца, односно коронарне артерије и њихове гране, што се може манифестовати као коронарна болест срца. Као последица старења долази до промена које захватају срце са свим његовим структурама, тако да постоје промене на перикарду (тракасте промене услед склерозирања), ендокарду (задебљања и промене у виду беличастих плоча услед склерозирања) и миокарду (депоновање амилоида, промене у структури колагена, промене на миоцитима, промене на спроводним

влакнима).⁽⁴⁾ Уколико су старе особе имале од раније неко од срчаних обољења, оно ће током времена прогредирати, а биће му придодате промене на срцу које настају услед старења. Уколико до обољења први пут дође у старости, оно ће бити делимично модификовано инволутивним променама на срцу.⁽⁵⁾

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је да укаже на велики број активности здравствених радника када су у питању старе особе које су оболеле од хипертензије.

МЕТОД РАДА

Анализирани су подаци и литература у области интерне медицине, геријатрије, јавног здравља, квалитета живота, социјалне медицине и здравствене статистике у делу који се односи на здравствену заштиту старих особа које су оболеле од хипертензије.

РЕЗУЛТАТИ РАДА И ДИСКУСИЈА

Хипертензија је дефинисана повећањем крвног притиска и то када је систолни крвни притисак 140mmHg и више и/или дијастолни крвни притисак 90mmHg и више. Кардиоваскуларна болест је основни узрок морталитета старијих особа, и сматра се да би се њеним отклањањем код особа старијих од 65 година продужио очекивани животни век за 16 година.

Током процеса старења долази до постепеног смањења еластичности великих крвних судова и осетљивости барорецептора. Крвни притисак се повишава тако да су вредности систолног обично у корелацији с годинама живота, док дијастолни достиже плато око 60. до 65. године, а потом се вредности одржавају или снижавају. Резултати неких истраживања показују да трећина болесника изнад 65. године има изоловану систолну хипер-

тензију која представља значајан фактор ризика за апоплексију.

У односу на етиологију и почетак, хипертензија се код старих особа може разврстати у три групе:

- Есенцијална систолно-дијастолна хипертензија је облик хипертензије који је настао пре геријатријске фазе живота, тј. у раним средњим годинама, па код старих особа има иста обележја као и код особа у средњим годинама.
- Систолно-дијастолна хипертензија с доминацијом систолног притиска, представља релативно чест облик код старих особа и код овог облика хипертензије систолни притисак достиже различите вредности, а дијастолни ретко прелази 105mmHg.
- Изолована систолна хипертензија (класични модел код старих особа) представља облик хипертензије код старих када је систолни притисак изнад 140mmHg, а дијастолни не прелази вредности 90mmHg.⁽⁶⁾

Псеудохипертензија се може јавити код старијих особа због веома сужених артерија и веома је важно разликовати је од праве хипертензије. Приликом старења долази до појаве структурних промена у свим артеријама у организму, па самим тим и у артерији брахијалис. Приликом мерења притиска код старијих особа манометром се може измерити повишена вредност притиска и тада се често превидом поставља дијагноза хипертензије. Прва грешка повлачи за собом другу јер се хипертензија агресивно лечи, што лако доводи до нежељених реакција код старих људи.

У развијеним земљама света геријатријска популација је у порасту и достиже више од 20% опште популације и кардиоваскуларне болести представљају једно од најчешћих обољења, као и узрока смртности у овој популацији. Хипертензија је главни фактор ризика за мождани удар, коронарну болест, хроничну

срчану инсуфицијенцију, хроничну бубрежну инсуфицијенцију и изненадну смрт. Хипертензија представља најчешћи фактор ризика за цереброваскуларна и кардиоваскуларна обољења. Испитивања су показала да је код болесника изнад 65 година са хипертензијом двоструко већа учесталост инфаркта миокарда и цереброваскуларних догађања.⁽⁷⁾

КОНКРЕТНЕ АКТИВНОСТИ ЗДРАВСТВЕНИХ РАДНИКА У ТРЕТМАНУ СТАРИХ ХИПЕРТЕНЗИВНИХ БОЛЕСНИКА

У терапијском третману старих особа посебно је значајна улога доктора и медицинске сестре. Међусобна сарадња здравствених радника са геријатријским болесником је посебно значајна због чињенице да они сами тешко могу да се изборе са болешћу, вишегодишњим, често штетним навикама, компликованим лечењем због узимања више лекова у честим случајевима мултиморбидитета и проблема са памћењем. Лечење артеријске хипертензије старих особа се, како код старијих, тако и код млађих болесника, заснива на два аспекта: нефармаколошке мере и медикаментозно лечење. Нефармаколошке мере су:

- смањити унос соли,
- повећати унос калијума,
- смањити унос алкохола,
- редукција телесне тежине,
- прекинути пушење,
- физичко вежбање,
- смањити ниво стреса,
- смањити унос животињских масти.

Медикаментозно лечење код старих особа има своје специфичности због инволутивних промена које при процесу старења захватају срце и крвне судове и остале органе. Постоји основна препорука у медикаментном лечењу старих особа, а

то је да се лечи малим дозама и постепено. Моно антихипертензивна терапија је избор за већину старих болесника и хипертензију треба третирати у почетку са једним леком у мањој дози. Као моно терапија могу бити лекови из свих пет група: бета блокатори, калцијум антагонисти, алфа блокатори, диуретици, АЦЕ инхибитори. Комбинована антихипертензивна терапија је у неким случајевима много ефикаснија. Многи лекови доводе до нежељених ефеката повећањем дозе, а коришћењем два антихипертензивна лека у мањим дозама могу се избећи дозно зависни нежељени ефекти. Комбиновањем малих доза лекова из различитих група може се побољшати њихов појединачни учинак. Постоје и фиксне комбинације антихипертензива, што је посебно подесно за употребу код старе популације.

За лечење хипертензије код старих особа најбољи је индивидуални приступ, односно да се примењује терапија одговарајућим лековима, при чему избор лекова треба да зависи од његовог укупног здравственог стања, а неопходне су и одговарајуће нефармаколошке мере и нега. Испитивања су показала да код старих особа са благом хипертензијом промене у стилу живота, у смислу примене нефармаколошких мера, могу довести до снижења крвног притиска. Промене у стилу живота некада реше проблем до краја или битно помажу у лечењу хипертензије. Нефармаколошке мере су престанак пушења, смањење телесне масе, ограничење уноса алкохола и натријума, повећање уноса калијума храном и редовна аеробна физичка активност. Пушење је значајан фактор ризика за кардиоваскуларну болест, посебно код болесника са хипертензијом. Смањење телесне масе доводи до снижења крвног притиска и њоме се појачава ефекат антихипертензивних лекова и значајно смањује кардиоваскуларни фактор ризика. Прекомерни унос алкохола доводи до повишења крвног притиска и резистентности на антихипертензивну терапију.

Аеробна физичка активност доводи до смањења телесне тежине и побољшања опште физичке способности и може значајно да утиче на снижење повишеног крвног притиска. Испитивања су показала да постоји добра корелација између количине унетог натријума и висине крвног притиска, па се препоручује да дневни унос натријума буде мањи од 6g, односно смањен унос соли у организам. Недостатак калијума доводи до повећања крвног притиска и појаве екстрасистола срчаних комора, па се препоручује његов унос путем хране. Стрес може довести до наглог повишења крвног притиска и његовог дуготрајнијег одржавања, па је веома важно утицати на заштиту и смањење утицаја стресогених фактора у старој популацији.⁽⁸⁾

Лекари после постављања дијагнозе доносе одлуку о терапији за сваког старог болесника појединачно поштујући индивидуалне карактеристике сваког пацијента. Сестринске активности су:

- едукација болесника у смислу предузимања мера у превенцији компликација дуготрајног лежања (кретање, вежбе у кревету и соби); едукација болесника о патофизиолошким процесима код хипертензије (користећи моделе или цртеже); едукација болесника о могућим ризицима који су у вези са хипертензијом (инфаркт миокарда, шлог, оштећење вида, оштећење бубрега и др.);
- старој особи треба помоћи да идентификује властите факторе ризика (пушење, стресни животни стил, гојазност, физичке активности, начин исхране итд.) и едуковати је о могућностима модификовања фактора ризика; научити болесника све о прописаним лековима – именима, сврси, дози, деловању, временском периоду, мерама опреза, нежељеним дејствима лекова које користи;
- комуницирати са болесником и спроводити здравствену негу професионално,

са поштовањем и са емпатијом, умањујући болесникову забринутост и страх;

- присутност уз болесника, спретно и савесно пружати физичку помоћ, комуницирати, давати кратка и јасна објашњења, рад око болесника без журбе и панике;
- обавестити болесника о протоколу понашања у болници (коришћење тоалета, дневног боравка, време посета, изласци и др.); предвидети, правовремено учавати и задовољавати болесникове потребе.⁽⁹⁾

Едукација болесника о току болести и утицају на животни стил почиње у болници и наставља се од стране сестара из кућне неге и патронажних сестара.⁽¹⁰⁾

- едуковати болесника о патофизиолошким процесима користећи модел или цртеж;
- информисати болесника о разлогу настанка хипертензије, до чега може довести болест уколико се не лечи и не измене неке навике и штетна понашања;
- помоћи болеснику да идентификује властите факторе ризика (пушење, стресни животни стил, гојазност, алкохол, кухињска со, физичка активност итд.);
- едуковати болесника о могућностима модификовања фактора ризика (престанак пушења, смањење телесне масе, ограничење уноса алкохола и натријума, повећање уноса калијума храном и редовна аеробна физичка активност и др.);
- организовати едукације за болесника, чланове његове породице и ширу заједницу са горе наведеним темама у здравственим установама, у њиховој кући, на другим местима у оквиру могућности друштвене заједнице (радне просторије, сале, клубови и др.) и у медијима (ТВ, радио, интернет и др.);
- научити болесника све о прописаним лековима – именима, сврси, дози, деловању, временском периоду, мерама опреза;

- пратити диурезу старе особе;
- пратити дефекацију старе особе (опстипација, инконтиненција фецеса, дијареја);
- обавити све наведене активности по ПЗН и документовати их.

ЗАКЉУЧАК

За лечење хипертензије код старих особа најбољи је индивидуални приступ, односно да се примењује терапија одговарајућим лековима, и избор лекова треба да зависи од његовог укупног здравственог стања, при чему су неопходне одговарајуће нефармаколошке мере и нега. Међусобна сарадња здравствених радника са геријатријским болесником је посебно значајна због чињенице да они сами тешко могу да се изборе са болешћу, вишегодишњим, често штетним навикама, компликованим лечењем због узимања више лекова у честим случајевима мултиморбидитета и проблема са памћењем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давидовић М.: Геријатрија, Медицински факултет у Београду, Београд, 1998.
2. Кулић Љ.: Хипертензија код рудара рудника Леце, Мегистарска теза, 1992.
3. Кулић Љ.: Компаративна патоморфолошка и патохистолошка квалитативна и квантитативна анализа коронарних артерија и миокарда код атеросклеротичне коронарне болести срца, Докторска дисертација, 2001.
4. Dahlof В. i sar.: Morbidity and mortality in the Swedish Trial in Oldenagement of elderly patients with patients with Hypertension. *Lancet*, 1991; 338: 1281–1282.
5. Кулић Љ.: Здравствена нега у геријатрији, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд, 2012.
6. Beard К. i sar.: Menagement of elderly patients with sustained hypertension. *BMJ*, 1992; 304: 412–416.
7. Folkov В.: Physiological aspects of primary hypertension. *Physiolo Rev.* 2006; 60: 347–504.
8. Pasternak RC. i sar.: Acute myocardial infarction in Heart Disease, A Textbook of Cardiovascular Medicine. 1988; 1223–1295.
9. Кулић Љ.: Здравствена нега 1, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд, 2011.
10. Кулић Љ.: Здравствена нега 2, Висока медицинска школа струковних студија „Милутин Миланковић“, Београд, 2011.

Контакт: Доц. др Љиљана Кулић, Универзитет у Приштини, Медицински факултет, Косовска Митровица.