

Širdies ir kraujagyslių ligų prevencija. Slaugytojas – komandos narys

Daiva Kriukelytė

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Slaugos ir rūpybos katedra

Visame pasaulyje pagrindinės sveikatos problemos yra širdies ir kraujagyslių sistemos ligos (ŠKL), lemiančios 30 proc. visų mirčių. Manoma, kad 2030 m. neinfekcinės ligos sudarys daugiau kaip tris ketvirtadalius visų mirčių [1].

Remiantis naujausiais statistiniais Higienos instituto Sveikatos informacijos centro duomenimis, pastebima, kad Lietuvos gyventojų mirties priežastys daug metų nesikeičia, t. y. pagrindinės mirties priežastys taip pat yra kraujotakos ligos, nuo kurių 2018 m. mirė daugiau nei pusė visų mirusiųjų (54,4 proc.). Iš visų mirusiųjų 2018 m. 22,3 proc. sudarė 16–64 metų (darbingo) amžiaus asmenys (33,1 proc. vyrų ir 12,2 proc. moterų). Nuo išeminių širdies ligų mirė 17,8 proc. darbingo amžiaus vyrų ir 10,9 proc. darbingo amžiaus moterų [2]. Taigi, ŠKL yra ne vien sveikatos problema, bet ir didelė ekonominė našta ne tik Lietuvoje, bet ir Europos Sąjungoje. Kasmetinė ŠKL priežiūra Europos Sąjungai kainuoja apie 192 milijardus eurų [3].

ŠKL sukelti valdomi (keičiamieji) rizikos veiksniai yra rūkymas, arterinė hipertenzija, fizinis neaktyvumas, netinkama mityba, nutukimas, dislipidemija, cukrinis diabetas, psichosocialiniai veiksniai. Nors šie rizikos veiksniai yra valdomi, tačiau vis dar sunku užkirsti jiems kelią ar juos kontroliuoti.

Straipsnio tikslas – apžvelgti ŠKL sukeliančius valdomus rizikos veiksnius bei slaugytojo vaidmenį ŠKL prevencijai.

Rūkymas

Rūkymas yra viena dažniausių širdies ir kraujagyslių ligų bei jų mirties priežasčių visame pasaulyje. Rūkymas ypač didina ŠKL, periferinių kraujagyslių ligų, aortos aneurizmos, insulto ir kitų ligų riziką. Šių ligų ir mirčių galima išvengti nustojus rūkyti. Deja, visoje Europoje vis dar daugėja rūkančių moterų ir paauglių [4]. Vaikai mokyklose turėtų būti mokomi sveikos gyvensenos įpročių, įskaitant paskaitas apie rūkymo kenksmingumą, skatinant jaunas žmones nepradėti rūkyti ar atsisakyti šio žalingo įpročio [6].

Yra keletas priemonių, kurios padėtų pacientui mesti rūkyti. Tai:

- individualūs patarimai,
- grupinė terapija,
- pakaitinė terapija nikotinu,
- antidepressantai (metimas rūkyti ir nikotino sutrikimas gali išprovokuoti depresiją),
- šeimos, situoktinio palaikymas.

Jeigu žmogus rūko, slaugytojai turėtų nustatyti priklausomybę nikotinui. Tam naudojamas 1991 m. Fagerstrom su bendraautoriais sukurtas testas (1 lentelė). Testą sudaro 6 klausimai, kurių atsakymai vertinami nuo 0 iki 10 balų. Kuo daugiau balų, tuo priklausomybė didesnė. Svarbiausi yra pirmas ir ketvirtas klausimai [4].

1 lentelė. Fagerstrom testas

Klausimas	Atsakymas	Balai
1. Kada pabudęs ryte surūkote pirmąją cigaretę?	Per 5 min.	3
	Po 6–30 min.	2
	Po 31–60 min.	1
	Po 60 min.	0
2. Ar jums sunku nerūkyti draudžiamose vietose?	Taip	1
	Ne	0
3. Kelintos cigaretės jums sunkiausia atsisakyti?	Pirmosios rytą	1
	Bet kurios kitos	0
4. Kiek cigarečių surūkote per dieną?	31	3
	21–30	2
	11–20	1
	10	0
5. Ar pabudęs per pirmąsias valandas rūkote daugiau negu kitu dienos metu?	Taip	1
	Ne	0
6. Ar rūkote, kai sergate ir didesnę dienos dalį praleidžiate lovoje?	Taip	1
	Ne	0

0–2 balai – labai maža priklausomybė

3–4 balai – maža priklausomybė

5 balai – vidutiniška priklausomybė

6–7 balai – didelė priklausomybė

8–10 balų – labai didelė priklausomybė

Įvertinus priklausomybę nikotinui, kitas žingsnis yra paruošti rūkantįjį pokyčiams. Visi rūkantys pacientai turėtų būti skatinami visam laikui mesti rūkyti. Kasdieninėje praktikoje rekomenduojama taikyti 5 A strategiją [4, 7]:

A (angl. *ASK*) – paklausti paciento apie rūkymą. Kiekvieno susitikimo metu paklausti, ar pacientas nerūko, o rūkančio – apie rūkymo įpročius.

A (angl. *ASSESS*) – įvertinti. Paklausti, ar pacientas nori mesti rūkyti. Jei nori mesti rūkyti, tuomet reikia padėti pacientui. Jei nenori mesti rūkyti, tuomet reikia nustatyti, kokios yra nenoro mesti rūkyti priežastys.

A (angl. *ADVISE*) – patarti. Primygtinai raginti pacientą mesti rūkyti. Pasakyti pacientui, kad mesti rūkyti yra labai svarbu, norint išsaugoti savo sveikatą.

A (angl. *ASSIST*) – padėti mesti rūkyti:

- pasakyti šeimai, draugams ir bendradarbiams, kad pacientas meta rūkyti,
- pašalinti tabako gaminius iš aplinkos. Pirmiausia pašalinti tabako gaminius iš ten, kur daugiausia praleidžia laiko (darbe, namuose, automobilyje). Namuose taip pat turi būti nerūkoma,
- mesti rūkyti labai sunku, kai namuose rūko kiti šeimos nariai,
- numatyti pokyčius, atsiradusius pirmomis nerūkymo dienomis. Tai nikotino abstinencijos simptomai,
- prireikus pasitarti su gydytoju dėl pakaitinės nikotino ar kitų vaistų terapijos,
- kadangi alkoholis yra susijęs su rūkymo atkryčiu, pacientui patarti vengti alkoholio vartojimo.

A (angl. *ARRANGE*) – susitarti. Slaugytojas turėtų pasakyti pacientui, kad rašytų dienoraštį ir atsineštų jį į susitikimą.

Metimo rūkyti data turėtų būti nustatyta pirmojo susitikimo metu. Data turėtų būti vertinama kaip svarbus įvykis, vykstantis paciento gyvenime. Pacientas turi pats apsispręsti ir pasiruošti: atsikratyti peleninės, cigarečių pakelių ir kitų su rūkymu susijusių daiktų.

Pavojinga ne tik rūkyti, bet ir būti prirūkytoje patalpoje. Pasyvus rūkymas padidina ŠKL riziką [5]. Nacionalinė tyrimų taryba (angl. *National Research Council*), tirdama šlapime kotininą, susidarantį, kai organizmas

suskaido nikotiną, nustatė, kad buvimas prirūkytoje aplinkoje yra tas pats, kas kiekvieną dieną surūkyti nuo 0,1 iki 1 cigaretės. Pasyvus rūkymas ypač pavojingas vaikams [8].

Arterinė hipertenzija

Arterinė hipertenzija (AH) yra vienas svarbiausių valdomų ŠKL rizikos veiksnių. Daugelyje išsivysčiusių šalių daugiau nei 30 proc. suaugusiųjų kenčia nuo AH. Rizika susirgti ŠKL padvigubėja, padidėjus kraujo spaudimui: diastoliniam 10 mmHg ir sistoliniam 20 mmHg.

Europos kardiologų draugija yra pateikusi kraujo spaudimo ir arterinės hipertenzijos klasifikaciją (2 lentelė) [4].

2 lentelė. Kraujo spaudimo ir arterinės hipertenzijos klasifikacija pagal Europos kardiologų gaires

Kategorija	Sistolinis AKS (mmHg)	Diastolinis AKS (mmHg)
Optimalus	< 120	< 80
Normalus	120–129	80–84
Padidėjęs normalus	130–139	85–89
I° hipertenzija	140–159	90–99
II° hipertenzija	160–179	100–109
III° hipertenzija	≥ 180	≥ 110
Izoliuota sistolinė hipertenzija	≥ 140	< 90

Norint išvengti AH, svarbu nuo vaikystės mažinti su maistu gaunamą druskos kiekį, skatinti fizinį aktyvumą ir užkirsti kelią nutukimui. Kraujo spaudimas gali sumažėti, pakeitus gyvenimo įpročius ir vartojant vaistus nuo padidėjusio arterinio kraujo spaudimo. Gyvenimo įpročius sudaro:

- mažesnis druskos vartojimas (< 5 g/dieną),
- mažesnis alkoholinių gėrimų vartojimas (10–30 g/dieną),
- Viduržemio jūros dieta (daugiau omega 3 riebalų rūgščių),
- didesnis fizinis aktyvumas,
- nerūkymas,
- kūno svorio reguliavimas.

Pirminė profilaktika turėtų prasidėti nuo ankstyvojo amžiaus. Arterinė hipertenzija yra ne tik ŠKL rizikos veiksnys, bet ir mirčių nuo koronarinės ligos ar insulto rizikos veiksnys. Nustatyta KŠL rizikos klasifikacija, atsižvelgiant į arterinį kraujo spaudimą, rizikos veiksnius ir organų pakenkimus (jeigu yra) (3 lentelė) [4].

3 lentelė. KŠL rizikos klasifikacija

Arterinis kraujo spaudimas (mmHg)				
Kiti rizikos veiksniai, besimptomis organo pažeidimas ar liga	Padidėjęs normalus SKS 130–139 ar DKS 85–89	I° hipertenzija SKS 140–159 ar DKS 90-99	II° hipertenzija SKS 160–179 ar DKS 100–109	III° hipertenzija SKS ≥ 180 ar DKS ≥ 110
Nėra kitų rizikos veiksnių		Maža rizika	Vidutinė rizika	Didelė rizika
1–2 rizikos veiksniai	Maža rizika	Vidutinė rizika	Vidutinė, pereinanti į didelę riziką	Didelė rizika
≥ 3 rizikos veiksniai	Maža, pereinanti į vidutinę, rizika	Vidutinė, pereinanti į didelę, rizika	Didelė rizika	Didelė rizika
Organo pažeidimas, lėtinė inkstų liga (3 stadijos) ar cukrinis diabetas	Vidutinė, pereinanti į didelę, rizika	Didelė rizika	Didelė rizika	Didelė, pereinanti į labai didelę, rizika
Simptominė KŠL, lėtinė inkstų liga (≥ 4 stadija) ar cukrinis diabetas su organų pažeidimu ir (arba) rizikos veiksniais	Labai didelė rizika	Labai didelė rizika	Labai didelė rizika	Labai didelė rizika

SKS – sistolinis kraujo spaudimas, DKS – diastolinis kraujo spaudimas

Fizinis aktyvumas

Reguliarus fizinis aktyvumas turi daug privalumų: daro tiesioginį poveikį jau pažeistoms kraujagyslėms ir mažina kitus rizikos veiksnius (mažėja kūno svoris, mažėja lipidų kiekis kraujyje, mažėja arterinis kraujo spaudimas) [4].

Skiriami trys fizinio intensyvumo lygiai (4 lentelė):

Lengvas. Tai fizinis aktyvumas, kurio metu sudeginama mažiau nei 3,5 kcal/min. Sveikas suaugęs žmogus tiek sunaudoja pasivaikščiодamas, lėtai eidamas, atlikdamas vidutinio intensyvumo namų apyvokos darbus ir kt.

Vidutinis. Tai fizinis aktyvumas, kurio metu sudeginama nuo 3,5 iki 7 kcal/min. Sveikas suaugęs žmogus tiek sunaudoja greitai eidamas, šokdamas, plaukdamas, važiuodamas dviračiu, vaikščiодamas savo malonumui, pjudamas žolę ir dirbdamas kitus lauko darbus, žaisdamas tenisą, krepšinį, futbolą.

Energingas (intensyvus). Tai fizinis aktyvumas, kurio metu sudeginama daugiau kaip 6 kcal/min. Sveikas suaugęs žmogus tiek sunaudoja bėgiodamas, dirbdamas sunkius lauko darbus, darydamas intensyvius aerobikos pratimus, važiuodamas dviračiu į kalną.

4 lentelė. Fizinio aktyvumo ir absoliutaus bei santykinio intensyvumo klasifikacija

Absoliutus intensyvumas			Santykinis intensyvumas		
Intensyvumas	MET ¹	Pavyzdžiai	% ŠSD max ²	Borgo skalė ³	Kalbėjimo testas
Lengvas	1,1–2,9	Vaikščiojimas < 4,7 km/h, lengvas darbas namuose.	50–63	10–11	
Vidutinis	3–5,9	Žvalus vaikščiojimas (4,8–6,5 km/h), lėtas važiavimas dviračiu (15 km/h), dažymas ir (arba) dekoravimas, siurbimas, sodininkystė (vejos pjovimas), golfas (vežimėlių vilkimas), tenisas (su pora), šokiai salėje, vandens aerobika.	64–76	12–13	Kvėpavimas yra pagreitėjęs, tačiau suderinamas su kalbėjimu. Gali pasakyti visus sakinius.
Energingas (intensyvus)	> 6	Greitas ėjimas ar bėgimas, dviračių sportas > 15 km/h, sunki sodininkystė (nuolatinis kasimas ar kaupimas), plaukimas ratu, tenisas (vienas).	77–93	14–16	Kvėpuoti labai sunku, nesuderinama su kalbėjimu.

¹ MET (metabolinis ekvivalentas) apskaičiuojamas kaip tam tikros veiklos energijos sąnaudos, padalytos iš poilsio energijos sąnaudų:

1 MET = 3,5 ml O₂ /kg/min. deguonies sunaudojimas (VO₂).

² % ŠSD max – išmatuoto ar apskaičiuoto maksimalaus širdies susitraukimo dažnio (pulso) procentas. Jis apskaičiuojamas iš 220 atėmus amžių (metus).

³ Borgo skalė – dusulio ir krūvio intensyvumo suvokimo vertinimas (6–20 balų).

Taigi reguliari mankšta yra svarbi dėl pirminės ir antrinės ŠKL prevencijos. Prieš pradėdant mankštintis, svarbu nustatyti pratimų intensyvumą (pasitariant su gydytoju, reabilitologu), kad būtų išvengta galimų nepageidaujamų širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimų. Atlikdami mankštą, pacientai turėtų stebėti savo pulso dažnį [4].

Remiantis Europos kardiologų gairėmis, pateikiamos šios rekomendacijos [10]:

- sveiki visų amžiaus grupių suaugusieji nuo 2,5 iki 5 val. turi būti skatinami atlikti per savaitę vidutinio fizinio aktyvumo pratimus arba nuo 1 iki 2,5 val. per savaitę intensyvaus fizinio aktyvumo pratimus,
- sveiki suaugusieji, kurie gyvena sėslų gyvenimo būdą, turi būti skatinami pradėti nuo lengvo intensyvumo pratimų,
- pacientams, sergantiems koronarine širdies liga (esant miokardo infarktui, po aortos vainikinių arterijų šuntavimo ar koronarinės intervencijos su stabilia krūtinės angina, esant stabiliam širdies nepakankamumui), reikia 3 ar daugiau kartų per savaitę 30 minučių atlikti vidutinio ar intensyvaus sunkumo aerobinius pratimus,
- koronarine širdies liga sergantiems pacientams, kurie gyvena sėslų gyvenimo būdą, reikia pradėti nuo lengvos mankštos, įvertinus ŠKL riziką.

Mityba

Yra gerai žinomas ryšys tarp valgymo įpročių ir ŠKL rizikos. Sveika mityba yra ŠKL prevencijos pagrindas. Valgymo įpročiai turi įtakos riebalų ir cukraus kiekiui kraujyje, arteriniam kraujo spaudimui, kūno svoriui. Sveika mityba sumažina riziką susirgti ir kitomis lėtinėmis ligomis.

Bendrieji sveikos mitybos principai pagal ESC rekomendacijas yra [4, 10]:

1. valgomas maistas turi būti įvairus ir tinkamai subalansuotas,
2. siekti, kad suvartojamas energijos kiekis, reguliarius fizinis aktyvumas būtų toks, kad palaikytų tinkamą kūno svorį,
3. skatinti reguliariai valgyti žuvį,
4. skatinti valgyti vaisių, daržovių, rupaus malimo duoną (viso grūdo produktus),

5. skatinti vartoti mažai riebalų turinčius pieno produktus,
6. vengti keptos mėsos,
7. naudoti augalinius aliejus, kuriuose gausu mono- ir polinesočiųjų riebalų rūgščių,
8. mažinti druskos vartojimą. Nevartoti stalo druskos, vartoti šviežius ar šaldytus nesūdytus produktus. Daugelyje perdirbtų ir paruoštų maisto gaminių, įskaitant ir duoną, yra daug druskos.

Nutukimas

Pasaulyje daugėja nutukusių žmonių. Prie šios problemos prisideda sėslus gyvenimo būdas ir blogi mitybos įpročiai. Nutukimas yra susijęs su ŠKL. Padidėjęs kūno masės indeksas (KMI), nutukimas ir ypač padidėjusi pilvo apimtis yra susijusi su mirtingumu. Mažiausias mirtingumas, kai KMI svyruoja nuo 20 iki 25 kg/m² [4].

Nutukimo poveikis:

1. padidėja atsparumas insulinui,
2. padidėja sisteminis uždegimas ir protrombinis poveikis,
3. dislipidemija,
4. albuminurija,
5. širdies ir kraujagyslių sistemos sutrikimai (endotelio disfunkcija, koronarinė širdies liga, širdies nepakankamumas, prieširdžių virpėjimas, insultas, sistolinis ir diastolinis kairiosios širdies nepakankamumas, padidėjęs simpatinis aktyvumas) [4].

Jau vaikystėje turi būti ugdomi sveikos gyvensenos įgūdžiai. Nutukimo gydymo pagrindas yra dieta, fizinis aktyvumas, gyvenimo būdo pokyčiai. Lieknėti nėra lengva. Būtina pasitarti su gydytoju ir pasirinkti saugią metodiką:

- sudaryti individualią programą,
- jeigu yra gretutinių ligų, lieknėti prižiūrint gydytojui,
- nesistengti svorio numesti staiga,
- pasirinkti tinkamą dietą,
- reguliariai mankštintis,
- negalima svorio mesti badaujant ar vartojant įvairias nepatvirtintas svorio mažinimo metodikas.

Slaugytojai, vykdydami KŠL prevenciją, turi pasverti pacientą, pamatuoti ūgį, apskaičiuoti kūno masės indeksą ir įvertinti jo reikšmes (5 lentelė). Kūno masės indeksas yra skaičiuojamas taip: $KMI = \text{svoris (kg)} / \text{ūgis} \times \text{ūgis (m}^2\text{)}$.

5 lentelė. Kūno masės indekso reikšmės

Kūno masės indeksas	Reikšmės
18,5–24,99	normalus svoris
25–29,99	antsvoris
30–34,99	I laipsnio nutukimas
35–39,99	II laipsnio nutukimas
≥ 40	III laipsnio nutukimas

Taip pat slaugytojai turi pamatuoti paciento liemens apimtį. Vyrams turi būti ≥ 94 cm, moterims – ≥ 80 cm. Jeigu vyrams juosmens apimtis ≥ 102 cm ir moterims ≥ 88 cm, svoris turi būti mažinamas [4].

Dislipidemija

Kraujo plazmos lipidai (cholesterolis ir trigliceridai) cirkuliuoja kaip lipoproteinai, susieti su baltymais (apolipoproteinai). Didžioji dalis kraujyje cirkuliuojančio cholesterolio yra mažo tankio cholesterolis (MTL cholesterolis) (aterogeniškas), tiesiogiai susijęs su ŠKL rizika [4].

Pagal Europos kardiologų draugijos kardiovaskulinių ligų prevencijos rekomendacijas, paskelbtas 2003 m. ir atnaujintas 2007 m., nesergančių asmenų lipidų normatyvai skiriasi nuo jau sergančių ŠKL normatyvų (6 lentelė) [14].

6 lentelė. Europos kardiologų draugijos rekomenduojamos lipidų normos

Lipidų normos	
NESERGANTIEMS širdies ir kraujagyslių ligomis ir diabetu	
Bendras cholesterolis	< 5 mmol/l
MTL cholesterolis	< 3 mmol/l
DTL cholesterolis	Vyrams > 1,2 mmol/l Moterims > 1,4 mmol/l
Trigliceridai	< 1,7 mmol/l
Lipidų normos	
NESERGANTIEMS širdies ir kraujagyslių ligomis ir diabetu	
Bendras cholesterolis	< 4,5 mmol/l
MTL cholesterolis	< 2,5 mmol/l
DTL cholesterolis	Vyrams > 1,2 mmol/l Moterims > 1,4 mmol/l
Trigliceridai	< 1,7 mmol/l

Slaugytojui svarbu atkreipti dėmesį į lipidų frakcijos padidėjimo lygius (7 lentelė) [14].

7 lentelė. Lipidų frakcijos padidėjimo lygiai

Padidėjimo lygiai	Lipidų frakcijos reikšmės		
	<i>Bendrojo cholesterolio</i>	<i>MTL cholesterolio</i>	<i>Trigliceridų</i>
Saikingai padidėjęs	5–6,5 mmol/l	3–4,1 mmol/l	1,7–4,5 mmol/l
Labai padidėjęs	6,5–8 mmol/l	4,1–6 mmol/l	4,5–11 mmol/l
Kritiškai padidėjęs	> 8 mmol/l	> 6 mmol/l	> 11 mmol/l

Dislipidemija turi genetinį polinkį (paveldima dislipidemija), gali būti neatsiejama kitų ligų dalis (antrinė dislipidemija), bet atsiranda daugiausia dėl išorinių veiksnių (didesnis sočiųjų riebalų ir angliavandenių kiekis maiste, sumažėjęs fizinis aktyvumas, rūkymas, stresas) [4, 11].

Cukrinis diabetas

Cukrinis diabetas yra vienas pagrindinių ŠKL rizikos veiksnių, dėl kurio padidėja sergamumas ir mirtingumas 2–3 kartus. Intensyvi glikemijos korekcija efektyviai mažina mikrovaskulinių ir makrovaskulinių komplikacijų atsiradimą pacientams, sergantiems CD [4].

Psichosocialiniai veiksniai

Žemas socialinis ir ekonominis statusas, socialinės paramos stoka, stresas, depresija, nerimas ir D tipo asmenybė padidina riziką susirgti ŠKL.

1996 m. pasiūlytas D tipo asmenybės terminas. D tipu apibrėžiama asmenybė, kuriai būdingas polinkis į neigiamas emocijas (nerimą, dirglumą, nusiminimą) ir socialinį varžymąsi (uždarumą, pasitikėjimo savimi stoka). Dėl šių veiksnių sudėtingėja pacientų, sergančių ŠKL, gydymas.

Didelė problema, įvertinant psichosocialinius veiksnius, yra ta, kad juos sunku išmatuoti. Prasti psichosocialiniai veiksniai dažnai būna susiję su rūkymu, netinkamais valgymo įpročiais, sumažėjusiu fiziniu aktyvumu ir didesne ŠKL rizika. Tokiems pacientams sunkiau priimti medicininius patarimus ir gydymą. Užtikrinant tinkamą psichosocialinių veiksnių valdymą Europos kardiologai rekomenduoja [10]:

- skirti laiko pacientų sveikatos mokymui, fizinio aktyvumo ugdymui, jei reikia – skirti psichologo terapiją,
- esant klinikiniam depresijos simptomams, nerimui, taikyti psichoterapiją ir gydymą,
- skirti individualias ir grupines konsultacijas apie psichosocialinius rizikos veiksnius ir ligos valdymą,
- skirti kognityvinę elgesio terapiją, streso valdymo programas, meditaciją, autogenines treniruotes, jogą, kvėpavimo pratimus, raumenų atpalaidavimus. Psichologinės intervencijos mažina stresą, skatina sveikus įpročius ir turi įtakos ŠKL prevencijai bei gydymui.

Slaugytojo vaidmuo, valdant ŠKL

Valdant ŠKL, reikia komandinio kompetentingų sveikatos priežiūros specialistų darbo, įskaitant slaugytojus, dietologus, gydytojus, farmacininkus, psichologus, socialinius darbuotojus ir kitus sveikatos priežiūros specialistus [12].

Clark ir bendraautorai (2005) atliko vykdytų antrinės ŠKL prevencijos programų metaanalizę ir nustatė šių programų naudą. Vykdytą ŠKL prevencijos programas, sumažėjo mirtingumas bei ūminio miokardo infarkto atvejai. Pažymėtina, kad 45 proc. į analizę įtrauktų tyrimų, prevencinių programų buvo vadovaujamos slaugytojų [12]. Tai rodo, kad ŠKL prevencijai reikalingi slaugos lyderiai. Pasaulio sveikatos organizacija sukūrė pagrindines XXI a. sveikatos priežiūros specialistų kompetencijas bei pasiūlė specifines kompetencijas, kurios paskatintų rengti slaugytojus, dalyvaujančius ŠKL prevencijoje. Siūloma investuoti į kultūrinių (angl. *cultural*), sistemos pokyčių (angl. *system change*) ir lyderystės (angl. *leadership*) kompetencijų plėtrą. Mentorstė yra siūloma kaip galinga strategija skatinti slaugytojo vaidmenį ir reikšmingą indėlį į sveikatos sistemos reformą bei bendruomenės dalyvavimą, mažinant ŠKL riziką [13].

Italų mokslininkai nurodo slaugytojo, kaip komandos nario, veiklas ŠKL prevencijoje [11]. Jų tikslas:

- įsisavinti rizikos veiksnius ir elgsenos pokyčių poreikį,
- skatinti pacientus laikytis gydymo plano, akcentuojant pacientą (globėją),
- suteikti globėjui reikalingų priežiūros įgūdžių.

Slaugytojai turi:

- vertinti pragulų bei griuvimų riziką,
- nustatyti mokymo poreikius,

- nustatyti su šeima susijusias ar socialines problemas,
- vertinti savikontrolės stebėsenos galimybes.
Slaugytojų atliekamos intervencijos:
- mokyti pacientą stebėti: kraujo spaudimą, pulsą, kontroliuoti glikemiją, svorį, skysčių vartojimą ir mitybą, atlikti poodines injekcijas,
- vertinti griuvimo riziką: parinkti tinkamą aprangą, vertinti aplinkos saugumą,
- paaiškinti pacientui ir globėjui apie taisyklingą vaistų vartojimą,
- konsultuoti individualiai ar grupę apie rizikos veiksnių valdymą.
Apibendrinant galima teigti, kad ŠKL prevencijai svarbu vertinti pacientų rizikos veiksnius ir mokyti juos valdyti bei koreguoti. Parengti slaugos lyderiai ypač svarbūs ŠKL prevencijai.

Literatūra

1. Deaton C., Sivarajan Froelicher E., Har Wu L., et al. The global burden of cardiovascular disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 10 Suppl 2 (2011):S5-S13 Prieiga: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1016/S1474-5151%2811%2900111-3>
2. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras. Mirties priežastys 2018. Causes of death 2018. Vilnius, 2019.
3. Allender S., Scarborough P., Peto V., Rayner M., et al. European cardiovascular disease statistics. 2008 ed. European Heart Network. 2008.
4. Piepoli M. F., Hoes A. W., 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). *European Heart Journal*. 2016; 37 (29): 2315–2381.
Prieiga: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/29/2315/1748952#109987619>
5. Khoramdad M., Vahedian-Azimi A., Karimi L., et al. Association between passive smoking and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. *International Union of Biochemistry and Molecular Biology*. 2019 Dec 13.
6. Vergyga A., Liutkutė V., Štelemėkas M. Alkoholio ir tabako kontrolės politikos tendencijos. Nacionalinės sveikatos tarybos pranešimas, 2013: 37–40.
7. Kriukelytė D., Trinkūnaitė J. Rūkymas – valdomas koronarinės širdies ligos rizikos veiksnys. Širdies ir kraujagyslių ligų valdymas: patirtis ir lūkesčiai. Birštonas (tezės). 2012:8–11.
8. Miller N. H. Smoking. In: *Cardiac Nursing: A companion to Braunwald's Heart Disease* / ed by Riegel M. Saunders Elsevier; 2008: 402–417.
9. Smeds M. R., Privratsky A., Thrush C. R., et al. Nicotine Dependence and Willingness to Quit Smoking in Vascular Surgery Patients. *Annals of Vascular Surgery*. 2017; 45:144–153.
10. Frančula-Zaninovič S., Nola I. A. Management of Measurable Variable Cardiovascular Disease' Risk factors. *Current Cardiology Reviews*. 2018; (14):153–163.
11. Fattirolli F., Bettinardi O., Angelino E., et al. What constitutes the 'Minimal Care' interventions of the nurse, physiotherapist, dietician and psychologist in Cardiovascular Rehabilitation and secondary prevention: A position paper from the Italian Association for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Epidemiology. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2018; 25(17) 1799–181.
12. Clark A. M., Hartling L., Vandermeer B., McAlister F. A. Meta-analysis: secondary prevention programs for patients with coronary artery disease. *Ann Intern Med* 2005;143(9):659–672.
13. Lanuza D. M., Davidson P. M., Dunbar S. B et al. Preparing nurses for leadership in cardiovascular disease prevention. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2011; 10 Suppl(2):S51–S57.
14. Lietuvos širdies asociacija. Cholesterolis ir lipoproteinai [interaktyvus].
Prieiga:http://www.heart.lt/pagrindinis_meniu/rizikos_veiksniai/cholesterolis_ir_lipoproteinai/118/