

Συμπεριφορικοί Παράγοντες Κινδύνου για την Υγεία. Προκλήσεις και Προτάσεις για τους Νοσηλευτές

Γεώργιος Κριτωτάκης

Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Κρήτης

Το παρόν άρθρο σύνταξης διαπραγματεύεται το πάντα επίκαιρο θέμα των συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία των ατόμων και των πληθυσμών, καθώς και τη δυνατότητα σχεδιασμού και εφαρμογής προληπτικών παρεμβάσεων και στρατηγικών.

Ας ξεκινήσουμε να προσεγγίζουμε το θέμα, θέτοντας το εξής ερώτημα: Ποιος θεωρείται ότι έχει περισσότερες πιθανότητες να πάθει έμφραγμα; Ο κος Νίκος, ο οποίος καπνίζει, δεν ασκείται και δεν τρώει σχεδόν καθόλου φρούτα/λαχανικά, ή ο κ. Μανόλης, ο οποίος δεν καπνίζει, ασκείται συστηματικά και τα φρούτα και τα λαχανικά βρίσκονται καθημερινά στο διαιτολόγιό του; Η απάντηση φαίνεται να είναι εύκολη, υπέρ των πιθανοτήτων που έχει ο κ. Νίκος.

Ας αναλογιστούμε στη συνέχεια, τι κάνουμε εμείς ως Νοσηλευτές και ως Σύστημα Υγείας πριν και μετά την εκδήλωση του εμφράγματος. Θα μπορούσαμε εύκολα να εντοπίσουμε τη ροή των γεγονότων και όλες τις παρεμβάσεις μας που θα κάναμε μετά και αφορούν στη νοσηλεία του κ. Νίκου και στην παρακολούθησή του. Ωστόσο, με δυσκολία θα εντοπίζαμε συστηματικές μη-φαρμακευτικές παρεμβάσεις για τροποποίηση συμπεριφορών που εάν γινόταν πριν θα μείωναν πραγματικά και τεκμηριωμένα τις πιθανότητες για την εκδήλωση του εμφράγματος. Ακόμη και για τους γνωστούς αιτιολογικούς παράγοντες κινδύνου (risk factors) που ανταποκρίνονται σε φαρμακευτική θεραπεία (π.χ. αρτηριακή υπέρταση), ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού δεν έχει διάγνωση, ενώ και η συμμόρφωση -προσκόλληση στη θεραπεία (compliance, adherence) αυτών που έχουν διάγνωση, δεν είναι μακροπρόθεσμα σταθερή και μειώνεται σταδιακά, καθιστώντας τον έλεγχο της πάθησης αναποτελεσματικό (Efstratoroulos et al 2006, Barkas et al 2013).

Γενικότερα, η ανεπάρκεια στην προληπτική διαχείριση των νοσημάτων αποτυπώνεται στις κύριες αιτίες πρόωρων θανάτων, νοσηρότητας, αναπηρίας και επιδείνωσης της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα, αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο (καρδιαγγειακά νοσήματα, νεοπλασίες κ.ά.), ενώ φαίνεται να σχετίζεται με την ανεπαρκή διαχείριση των γνωστών αιτιολογικών παραγόντων κινδύνου. Οι παράγοντες κινδύνου μπορούν να χωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τους μη τροποποιήσιμους και τους τροποποιήσιμους συμπεριφορικούς και μεταβολικούς παράγοντες κινδύνου. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν κυρίως παράγοντες όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, το οικογενειακό ιστορικό και το γονιδιακό προφίλ, υπό τον περιορισμό ότι τα τελευταία χρόνια αυξάνονται οι ενδείξεις που θέτουν σε διάλογο την ένταξη του γονιδιακού προφίλ στην μη τροποποιήσιμη κατηγορία. Τα γονίδια δεν λειτουργούν εν κενώ, αλλά μέσα στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον που καθημερινά διαβιεί ο άνθρωπος και το οποίο σε συνδυασμό με τις περιβαλλοντικές επιδράσεις, τις συμπεριφορές και τα συναισθήματά μας, μπορεί να ενεργοποιήσει ή να καταστείλει την έκφρασή τους (Fredrickson et al 2013).

Η δεύτερη κατηγορία, η οποία και παρέχει μεγάλη δυνατότητα προληπτικών παρεμβάσεων, περιλαμβάνει μεταξύ άλλων, το ενεργητικό/παθητικό κάπνισμα, τις λανθασμένες ή ανεπαρκείς διατροφικές συνήθειες, την έλλειψη άσκησης και τον καθιστικό τρόπο ζωής, το υψηλό άγχος, τους δείκτες χοληστερόλης και την αρτηριακή υπέρταση (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008, WHO 2002, CDC 2015, Lim et al 2012). Επίσης, ειδικά για τις ηλικίες 15-25 ετών, η πρώτη αιτία θανάτων και αναπηρίας είναι τα τροχαία συμβάντα που επιπλέον των συστημικών

παραγόντων, όπως είναι το ανεπαρκές οδικό δίκτυο, σχετίζονται και με λανθασμένες -αλλά τροποποιήσιμες- οδηγικές συμπεριφορές, όπως είναι η οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, η μη χρήση κράνους και ζώνης ασφαλείας κατά την οδήγηση κ.ά. (Bogstrand et al 2015).

Με δεδομένα όλα τα παραπάνω λοιπόν, δεν προκαλεί εντύπωση ότι οι κύριες προτεραιότητες και στρατηγικές για την υγεία για τα επόμενα χρόνια, όπως διαμορφώνονται από εθνικούς και διεθνείς οργανισμούς, αφορούν στην πρόληψη για τη μείωση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008, WHO 2002, CDC 2015).

Στην Ελλάδα, είναι συνεχείς οι ερευνητικές αναφορές ότι ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού καπνίζει, δεν ασκείται συστηματικά και εμφανίζει από τα πιο υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας στην Ευρώπη, καθώς απομακρύνεται από το ισορροπημένο πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο τη μελλοντική του υγεία (Panagiotakos et al 2009, Vardavas & Kafatos 2007). Ένα πρόσφατο ενδεικτικό παράδειγμα προέρχεται από τη Μελέτη ΛΑΤΩ του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης, που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα περίπου 1150 πρωτοετών φοιτητών/τριών. Στη μελέτη αυτή, καταγράφηκαν και αναλύθηκαν 14 συμπεριφορικοί και μεταβολικοί παράγοντες κινδύνου για την υγεία, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση και κατάχρηση αλκοόλ, η έλλειψη άσκησης - φυσικής δραστηριότητας, οι ώρες που κάθονται μπροστά σε οθόνη (screen time, sedentary behaviours), οι δείκτες διατροφικών συνήθειών και η παχυσαρκία, η χρήση νόμιμων και παράνομων ναρκωτικών ουσιών, η στοματική υγιεινή, τα εγκαύματα από τον ήλιο κ.ά. Με βάση τις παραπάνω συμπεριφορές, δημιουργήθηκε ένας δείκτης κινδύνου με εύρος 0-100. Τα αποτελέσματα έδειξαν πολύ υψηλή συχνότητα στο σύνολο σχεδόν των συμπεριφορών διακινδύνευσης. Το σημαντικότερο εύρημα ωστόσο, ήταν ότι υπολογίζοντας την ταυτόχρονη συνύπαρξη των παραγόντων κινδύνου, 1 στους 5 φοιτητές (21.3%) εμφάνιζε πάνω από 10 συμπεριφορές διακινδύνευσης και μόνο το 0.3% των φοιτητών είχε μόνο μία, με μέσο όρο παρουσίας παραγόντων κινδύνου περίπου τους 8. Επιπλέον, ο δείκτης κινδύνου ήταν υψηλότερος για τους άντρες σε σχέση με τις γυναίκες (Kritsotakis et al 2015).

Η ελαχιστοποίηση του συνόλου των συμπεριφορικών παραγόντων κινδύνου καθίσταται πιο σημαντική υπό το βάρος των αναφορών ότι όταν συνυπάρχουν πολλαπλοί παράγοντες κινδύνου σε ένα άτομο, αυτοί δρουν συνεργειακά και αυξάνουν τον κίνδυνο για εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων (καρδιαγγειακές παθήσεις, νεοπλασμάτα κ.λπ) περισσότερο από ότι τον αυξάνει το άθροισμα των επιμέρους επιπτώσεών τους (Smpokos et al 2014).

Το ερώτημα λοιπόν που προκύπτει είναι γιατί δεν μεταφράζεται το στέρεο σώμα γνώσης και οι κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου, σε καθολικά και συστηματικά προγράμματα μη φαρμακευτικών προληπτικών παρεμβάσεων και καλύτερη παρακολούθηση από ό,τι γίνεται τώρα σε σχέση με την προσκόλληση στη θεραπεία στις φαρμακευτικές παρεμβάσεις; Οι Κοτσώνη και συν (2008) διερεύνησαν τις οδηγίες που δέχτηκαν κατά την επαφή με υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κρήτη, άτομα με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) που κάπνιζαν. Διαπιστώθηκε ότι ούτε ένας από τους ασθενείς δεν είχε δεχτεί οδηγία σχετικά με τη διακοπή καπνίσματος από το Νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ περίπου 7 στους 10 ήταν αποδέκτες μόνο προφορικών συμβουλών από ιατρούς. Παρ' ότι αποτελεί κοινή γνώση ότι η αναφορά μόνο των «σωστών» συμπεριφορών δεν είναι επαρκής για την τροποποίησή τους, ως επαγγελματίες υγείας οφείλουμε να αναγνωρίσουμε ότι η εκπαίδευση και η εργασιακή κουλτούρα μας χρειάζεται να διευρυνθεί και να ακολουθεί τις πραγματικές ανάγκες των ατόμων, με τελικό στόχο να προάγει τη χρήση καινοτόμων, αποδοτικών και αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την τροποποίηση των συμπεριφορών στο σύνολο των υγιών και των ασθενών ατόμων, ως καθημερινή κλινική ρουτίνα, σε όλο το φάσμα της φροντίδας υγείας.

Το ερώτημα ωστόσο συνεχίζει να παραμένει: γιατί δεν ασχολούμαστε συστηματικά με την πρόληψη των παραγόντων κινδύνου και τι μπορούμε να κάνουμε για αυτό; Η απάντηση δεν είναι εύκολη και σίγουρα δεν είναι μονοδιάστατη. Μία παράμετρος σχετίζεται με το κατά πόσο επενδύουν οι εμπλεκόμενοι φορείς, κρατικοί και μη, στην πρόληψη, από τη στιγμή που δεν υπάρχει ακόμη συστηματική κατ' οίκον φροντίδα ή δεν υπάρχουν μόνιμοι σχολικοί Νοσηλευτές που να αναπτύξουν υπηρεσίες, επιπλέον των εμβολιασμών, ή των ελέγχων για την σκολίωση και την οπτική οξύτητα στους μαθητές. Μία άλλη παράμετρος της σχετίζεται με το εάν και κατά πόσο επενδύουμε ουσιαστικά εμείς οι Νοσηλευτές στη μέτρηση, στην ανίχνευση, αλλά και στη μείωση και ελαχιστοποίηση των παραγόντων κινδύνου μέσω καινοτόμων και συστηματικών πρακτικών.

Οι σύγχρονες αποτελεσματικές πρακτικές δεν αφορούν μόνο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αλλά όλα τα επίπεδα φροντίδας, με αναγκαία και χρήσιμη τη μεταξύ τους διασύνδεση, όπως επίσης και τη διασύνδεση με φορείς της κοινότητας. Έρευνες έχουν δείξει ότι σύντομες συμβουλευτικές παρεμβάσεις από Νοσηλεύτες σε ασθενείς κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, είναι αποτελεσματικές στη μείωση των παραγόντων κινδύνου (π.χ. κάπνισμα) και επίσης ότι η συνεργασία μεταξύ εργαζομένων στα νοσοκομεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα σε δείκτες υγείας στον πληθυσμό (ενδεικτικά: The Joanna Briggs Institute 2009, Rice et al 2013, Kolsgaard et al 2011).

Συμπερασματικά, η τροποποίηση των συμπεριφορών υγείας του πληθυσμού, παρουσιάζει πολλές προκλήσεις, ενώ χρειάζεται να τεκμηριώσει την μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητά της. Οι Νοσηλεύτες, αλλά και το σύνολο των επαγγελματιών υγείας, οφείλουν να διεκδικήσουν κεντρικό ρόλο όχι μόνο στη διαχείριση των ασθενειών, αλλά και στην πρόληψή τους, με στόχο τη βελτίωση των δεικτών υγείας και της ποιότητας ζωής στο σύνολο του πληθυσμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Barkas F., Liberopoulos Ev., Elisaf M. (2013). Impact of compliance with antihypertensive and lipid-lowering treatment on cardiovascular risk Benefits of fixed-dose combinations. *Hellenic Journal of Atherosclerosis* 1(1): 18-25.
- Bogstrand S.T., Larsson M., Holtan A., Staff T., Vindenes V., Gjerde H. (2015). Associations between driving under the influence of alcohol or drugs, speeding and seatbelt use among fatally injured car drivers in Norway. *Accident Analysis & Prevention* 78: 14-9.
- CDC, Centre of Disease Control & Prevention. (2015). Heart Disease Risk Factors http://www.cdc.gov/heartdisease/risk_factors.htm (ηροσπελάστηκε τον Σεπτέμβριο 2015).
- Efstratopoulos A.D., Voyaki S.M., Baltas A.A., Vratsistas F.A., Kirtas D.E., Kontoyannis J.T., Sakellariou J.G., Triantaphyllou G.B., Alokrios G.A., Lianas D.N., Vasilakis E.A., Fotiadis K.N., Kastritsea E.E. (2006). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Hellas, Greece: the Hypertension Study in General Practice in Hellas (HYPERTENSHELL) national study. *American Journal of Hypertension* 19(1): 53-60.
- Fredrickson B.L., Grewen K.M., Coffey K.A., (...), Ma J., Cole S.W. (2013). A functional genomic perspective on human well-being. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 110 (33): 13684-13689.
- Kolsgaard M.L., Joner G., Brunborg C., Anderssen S.A., Tonstad S., Andersen L.F. (2011). Reduction in BMI z-score and improvement in cardiometabolic risk factors in obese children and adolescents. The Oslo Adiposity Intervention Study - a hospital/public health nurse combined treatment. *BMC Pediatrics* 27: 11:47.
- Kotsoni C., Antonakis N., Markaki A., Lionis C. (2008). Do patients with chronic obstructive pulmonary disease receive smoking cessation advice and interventions in rural Crete? Report from a medical audit study. *Australian Journal of Rural Health* 16(6): 385-6.
- Kritsotakis G., Konstantinidis T., Kleisiaris C., Zografakis M., Pitsouni V., Androulaki Z. (2015). Differences in the prevalence of health risk behaviours between male and female young adults: the LATO Study in Greece. *International Conference and CNR, 19-23/6/2015, COEX, Seoul*.
- Lim SS, et al. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 15; 380(9859):2224-60.
- Panagiotakos D.B., Pitsavos C., Chrysohoou C., Skoumas I., Stefanadis C. (2009). Prevalence and five-year incidence (2001-2006) of cardiovascular disease risk factors in a greek sample: The ATTICA study. *Hellenic Journal of Cardiology* 50(5): p. 388-395.
- Rice V.H., Hartmann-Boyce J., Stead L.F. (2013). Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art. No.: CD001188.
- Smpokos E., Linardakis M., Papadaki A., Sarri K., Kafatos A. (2014). Clustering of chronic disease behavioral risk factors among adolescents in Crete (Greece): associations with biological factors and cardiorespiratory fitness levels. *Journal of Public Health* 22: 433-442.
- The Joanna Briggs Institute. (2009). Nurse-led interventions to reduce cardiac risk factors in adults. *Best Practice: evidence based information sheets for health professionals* 13(5): 1-4.
- Vardavas C.I., Kafatos A.G. (2007). Smoking policy and prevalence in Greece: an overview. *European Journal of Public Health* 17(2): 211-3.
- WHO (2002). *The world health report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva, Switzerland.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. (2008). Υπουργείο Υγείας, Ελλάδα.