

COMPORTAMENTE DE RISC ȘI PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII LA ADULȚII CU FACTORI DE RISC CARDIOVASCULAR

CRISTINA VLAD¹, FLOAREA MOCEAN²

¹Departamentul Medicină Internă, Disciplina Cardiologie - Recuperare

²Departamentul Medicină Comunitară, Disciplina Sănătate Publică și Management
Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

Rezumat

Introducere. Educația pentru sănătate este cea mai eficientă modalitate de prevenție a îmbolnăvirilor, de îmbunătățire și de menținere a stării de sănătate. Stilul de viață negativ și implicit comportamentul de risc reprezintă factori majori în determinismul bolilor cardiovasculare de natură aterosclerotică.

Obiective. Identificarea comportamentelor de risc cardiovascular și a strategiilor de urmat în intervenția comunitară.

Metodă. Din populația țintă a cartierului «Zorilor» Cluj-Napoca s-a extras un eșantion constând din 106 subiecți cu vârste cuprinse între 26 și 70 ani, cărora li s-a aplicat un chestionar format din 32 de itemi, printr-un interviu tip «față în față» referitor la comportamentele de risc cardiovascular legate de fumat, obiceiuri alimentare, activitate fizică.

Rezultate. Fumatul este prezent la 50,45% din subiecți. Prevalența fumatului rămâne semnificativ mai mare la bărbați ($p=0,05$). Studiind tipul de alimente și frecvența consumului, observăm că alimentația constă dintr-un consum crescut de grăsimi saturate, care este maxim la bărbați între 40-49 ani (41,67%) și la femei între 30-39 ani (33,33%). Activitatea fizică (AF) habituală și recreațională arată că jumătate dintre subiecți desfășoară activități recreative o dată la 4-6 săptămâni (56,6%) și numai 13,21% desfășoară activități recreative regulat.

Concluzii. Comportamentele de risc cardiovascular au o prevalență semnificativă în populația studiată. Sunt necesare strategii de promovare a sănătății prin sensibilizarea față de riscurile pentru sănătate, prin încurajarea schimbării comportamentelor de risc.

Cuvinte cheie: comportamente de risc cardiovascular, scor alimentar, activitate fizică.

BEHAVIORAL RISK AND HEALTH PROMOTION IN ADULTS WITH CARDIOVASCULAR RISK FACTORS

Abstract

Background. Health education is the most effective way of disease prevention, improving and maintaining health. Negative patterns of risk behavior and life style are the major risk factors for atherosclerotic cardiovascular diseases.

Objectives. To identify behavioral risk factors and to provide the arguments for effective prevention strategy.

Method. From the target population of the «Zorilor» district of Cluj-Napoca, 106 subjects were selected, ages ranging from 26 to 70 years. A questionnaire of 32 items was administered, by «face to face» interview in relation to cardiovascular risk behaviors related to smoking, diet, physical activity.

Results. 50.45% of the subjects were smokers. The prevalence of smoking

remains high especially among men ($p=0.05$). Studying the types of food and the frequency of consumption we found that the nutrition of the subjects consisted of large amounts of saturated fats, higher in men between 40-49 years (41.67%) and women aged 30-39 years (33.33%). Leisure physical activity showed that half of the respondents performed recreational activities every 4-6 weeks (56.6%) and only 13.21% performed them regularly.

Conclusions. *The prevalence of cardiovascular risk behaviors has a significant prevalence in the studied population. Any health promotion strategy aims to raise awareness in the population on health risks and to encourage the change or risk behaviors, by sustaining positive behavior change.*

Keywords: cardiovascular risk behaviors, nutritional score, physical activity.

INTRODUCERE

Sănătatea se promovează printr-o serie de comportamente care alcătuiesc stilul de viață sănătos [1]. Formarea și dezvoltarea acestor comportamente reprezintă buni predictorii ai stării de sănătate a populației [2].

Creșterea standardului de viață în țările industrializate s-a făcut în detrimentul stilului de viață caracterizat printr-o alimentație nesănătoasă și sedentarism.

La copii și adolescenți obezitatea tinde să ia un caracter pandemic, astfel încât în viitor se așteaptă extinderea cardiopatiei ischemice la populația tânără [3].

Studiul INTERHEART, unul dintre cele mai mari studii pentru evaluarea factorilor de risc cardiovascular, a constatat că mai mult de 90% din riscul global pentru infarctul miocardic acut (IMA) este prezis de nouă factori de risc tradiționali. Evaluarea a mai mult de 29000 de subiecți, din 52 de țări, a demonstrat că fumatul și un raport anormal apolipoproteină B/apolipoproteină A-1 (ApoB/ApoA-1) au fost cei mai puternici predictorii de risc pentru IMA. Diabetul zaharat, hipertensiunea arterială, obezitatea abdominală, stresul și depresia, sedentarismul, consumul scăzut de fructe și legume, consumul regulat de alcool reprezintă factori de risc suplimentari [4].

Rezultatele studiilor EuroAspire I, II, III au evidențiat o prevalență crescută a stilului de viață nesănătos, a factorilor de risc modificabili. Compararea între rezultatele obținute în cele trei trialuri EuroAspire a evidențiat tendințe nefavorabile ale stilului de viață [5].

În România, rata mortalității cauzată de afecțiuni cardiovasculare este de 61% din numărul total al deceselor, față de 37% în Uniunea Europeană și 53% în statele care au aderat recent la UE. În cazul populației feminine din România, mortalitatea cardiovasculară a atins în 2002 alarmanta cotă de 69,4% din total [6].

Până în anul 2005 nu dispuneam de date naționale privind prevalența hipertensiunii arteriale (HTA), deoarece studiile epidemiologice erau efectuate în populații selecționate și nu puteau oferi date reprezentative pentru

populația întregii țări. Studiul SEPHAR - Studiul de Prevalență a Hipertensiunii Arteriale și evaluare a riscului cardiovascular în România (inițiat în anul 2005) este primul studiu epidemiologic care s-a bazat pe o eșantionare reprezentativă pentru întreaga populație a țării [7]. Este în același timp primul studiu care a evaluat, concomitent cu HTA, distribuția în populație a celorlalți factori de risc cardiovascular: fumatul, dislipidemiile, rezistența la insulină, diabetul zaharat, obezitatea, antecedentele heredo-colaterale și nivelul plasmatic de proteină C reactivă.

Boala cardiovasculară are o etiologie multifactorială și este esențial ca toți factorii de risc și determinanții cardiovasculari să fie tratați atât la nivel de individ, cât și la nivel de societate. Strategiile la nivel național vizează abordarea populațională, multidisciplinaritatea prin integrarea diferitelor sectoare implicate și acțiunea complementară a acestora, elaborarea unor strategii individuale privind dieta și activitatea fizică pentru categorii speciale, informarea și educația continuă [8].

SCOPUL STUDIULUI

Identificarea comportamentelor de risc cardiovascular în rândul populației țintă, cu stabilirea strategiilor intervenționale la nivel individual și comunitar.

MATERIAL ȘI METODĂ

Designul studiului: studiu observațional transversal.

Populația țintă: populația adultă a cartierului «Zorilor» Cluj-Napoca.

Populația studiată: un eșantion format din 106 persoane cu vârste cuprinse între 26 și 70 ani (vârsta medie: $49,64 \pm 5$ ani), din care 45 bărbați (45,05%) și 61 femei (54,95%), care au fost invitați să completeze un chestionar format din 32 de itemi, printr-un interviu tip «față în față» referitor la comportamentele de risc cardiovascular legate de fumat, cu întrebări: de cât timp, cantitate, frecvență. Fumătorul a fost considerat persoana care fumează în momentul începerii studiului, fie zilnic, fie ocazional. Nefumători sunt acele persoane care nu fumează deloc în momentul începerii studiului și cuprind următoarele subgrupuri: ex-fumători (abstinenți), niciodată fumători și

vreodată fumători (persoane care au fumat în viața lor cel puțin 100 țigări) [11].

Pentru evaluarea comportamentului alimentar am utilizat un chestionar cu 10 itemi, referitor la tipul de alimente și frecvența consumului pe o perioadă de 7 zile, o versiune a Food Frequency Questionnaires (FFQ) [9].

Am alcătuit un scor alimentar obținut prin simpla sumare a alimentelor. Un scor mic reflectă o alimentație cu rol de protecție cardiovasculară. Scorul maxim reflectă o alimentație nesănătoasă bogată în grăsimi, cu aport excesiv de calorii (scor de risc cardiovascular).

Am evaluat AF (din afara orelor de serviciu), habituală și recreațională, utilizând chestionarul IPAQ-LTPA (International Physical Activity Questionnaire - Leisure time physical activity). Am clasificat AF habituală și recreațională în ușoară: plimbare recreativă, grădinarit, gimnastică ușoară, pescuit etc.; moderată: baschet, mers pe bicicletă în ritm alert etc.; intensă: înot, jogging, alpinism [10].

Perioada și locul desfășurării: 01.02.2005-30.05.2005, Ambulatorul Spitalului Clinic de Recuperare Cluj-Napoca.

REZULTATE

Fumatul. Am constatat o prevalență crescută a fumatului în lotul studiat, la 50,45% dintre subiecți. Repartiția pe grupe de vârstă relevă în rândul bărbaților o prevalență maximă (60,01%) la grupa de vârstă 30-39 ani, iar în rândul femeilor prevalența maximă (40,98%) s-a înregistrat la aceeași grupă de vârstă. În funcție de nivelul educațional, prevalența fumatului la subiecții cu studii elementare și medii reprezintă ponderea principală - 67,8%. Majoritatea subiecților au început să fumeze la vârste cuprinse între 18 și 24 ani. Vârsta medie a inițierii fumatului a fost de 19,6 ani (vârsta minimă - 11 ani, vârsta maximă - 38 ani). Jumătate dintre bărbați au început să fumeze la vârste cuprinse între 18 și 22 ani, procentul femeilor care fumează la aceste vârste fiind mai mic. Față de femei, bărbații care fumează sunt mai mulți, indiferent de vârstă. Diferențele între bărbați și femei se mențin constant până în jurul vârstei de 19 ani (Fig. 1).

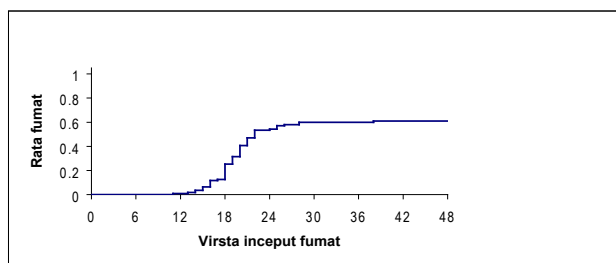


Fig. 1. Vârsta inițiere fumat.

Atitudinea față de fumat a actualilor fumători este următoarea: 67,1% din totalul fumătorilor au declarat că au încercat să renunțe la fumat, în timp ce 33,9% nu au încercat niciodată. Aceste cifre demonstrează că doar ceva mai mult

de jumătate dintre bărbați și femei au dorința expresă de a renunța la fumat. În ceea ce privește numărul de încercări, 38,98% au încercat cel puțin o dată să renunțe la fumat, iar 27,12% au încercat cel puțin de 3 ori. Abstenenții reprezintă 7,21% din populația studiată; dintre aceștia 37,21% sunt femei și 62,79% bărbați. Rata abandonului crește după vârsta de 35 ani (Fig. 2).

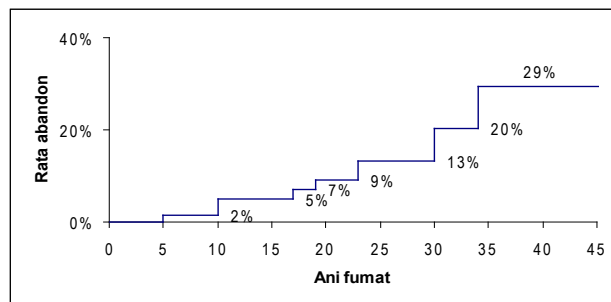


Fig. 2. Rata abandonului la fumători.

Comportamentul alimentar. În ceea ce privește frecvența consumului săptămânal de alimente, am constatat următoarele: consumul de grăsimi saturate este maxim la bărbați între 40-49 ani (41,67%) (carne grasă, grăsimi solide), iar la femei consumul de grăsimi saturate este maxim între 30-39 ani (33,33%). Consumul de sare de bucătărie arată că 58,56% dintre bărbați și 41,44% dintre femei mănâncă „sărat” și „foarte sărat”. În ceea ce privește consumul de dulciuri concentrate (zahăr, ciocolată, bomboane) am constatat un consum frecvent (4-5 ori/săptămână) la 28,3% dintre bărbați și la 30,63% dintre femei. Scorul alimentar al subiecților luați în studiu reflectă o alimentație nesănătoasă, cu risc cardiovascular.

Activitatea fizică. Din lotul studiat, 56,6% din subiecți desfășoară activități recreative o dată la 4 săptămâni, 30,19% din subiecți desfășoară activități recreative de 1-2 ori pe săptămână și numai 13,21% desfășoară activități recreative regulat, minimum 3x30 minute/săptămână. Am constatat o diferență semnificativă între sexe, în ceea ce privește practicarea unei forme de sport la grupa sub 40 ani, în favoarea bărbaților ($p=0.02$) (hi2). Prevalența activităților recreaționale la ambele sexe, scade după vârsta de 40 ani, la 34,04% (persoane care practică orice formă de sport) (Fig. 3).

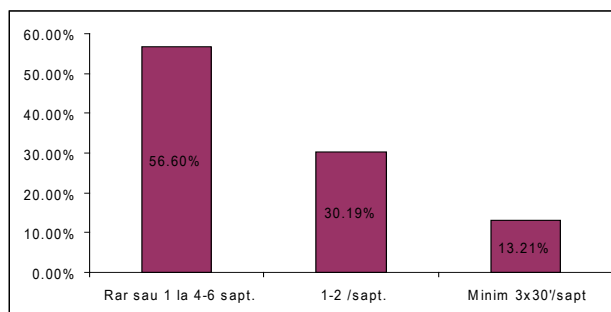


Fig. 3. Prevalența activităților fizice habituale și recreaționale.

DISCUȚII

Fiecare individ își dezvoltă propriul stil de viață. Oamenii încearcă diferite acțiuni și de obicei adoptă acele comportamente care le conferă cea mai mare reușită și satisfacție [12].

Studiile observaționale, ca și trialurile clinice randomizate, arată o puternică legătură între stilul de viață și factorii de risc cardiovascular. Riscul cardiovascular poate fi redus prin modificarea stilului de viață. Promovarea stilului de viață sănătos este cea mai eficientă modalitate de prevenire a îmbolnăvirilor și de menținere a stării de sănătate [13].

Obiceiul de a fuma este unul din comportamentele cele mai periculoase pe termen lung pentru sănătatea oamenilor. Renunțarea la fumat la indivizii care suferă de cardiopatie ischemică, reduce mortalitatea și riscul unor evenimente cardiace subsecvente cu 34% [14].

Datele din 2007, conform PNESS (Programul de evaluare a stării de sănătate a populației), arată că procentul bărbaților care fumează este la nivel național de 29% (maxim în regiunea Sud și Vest - 31% și minim în Nord-Est și Sud-Est - 27%). Procentul femeilor care fumează este la nivel național de 12% (maxim regiunea București - 17% și minim în Nord-Est - 8%). Fumătorii din România reprezintă peste 30% din populația activă. Jumătate dintre români au început să fumeze înainte de 20 de ani și alți 33% au început să fumeze între 20 și 25 de ani. În ultimii 15 ani, prevalența fumatului la bărbați a rămas constantă, în timp ce la femei s-a dublat, crescând alarmant în rândul adolescentelor și al femeilor tinere [15].

Pentru combaterea fumatului, Ministerul Sănătății a decis ca, de la 1 iulie 2008, pachetele de țigări să fie inscripționate cu pictograme de avertisment (mesaj non-verbal). Ținta principală o reprezintă tinerii care nu au început încă să fumeze sau care sunt la începutul fumatului, scopul fiind acela de a atrage atenția asupra efectelor dezastruoase ale acestui viciu.

OMS (Organizația Mondială a Sănătății) - European report on tobacco control policy, publicat în 2002, arată că prevalența fumatului a fost de 30%, fiind mai mare la bărbați decât la femei (23%); prevalența fumatului la tineri era de 27-30%. În urma acțiunilor întreprinse de OMS, prevalența fumatului a scăzut în Danemarca, Estonia, Islanda, Italia, Norvegia și Slovenia. Absența unei politici de promovare a abandonării fumatului a determinat creșterea prevalenței în Albania, Ungaria și Lituania și o prevalență relativ stabilă în Belarus, Belgia, Croația, Finlanda, Franța, Germania, Grecia, Olanda, Polonia, România, Ucraina, Anglia [16].

Accelerarea proceselor vieții moderne, accesibilitatea alimentelor concentrate și gustoase, stresul crescut, deseori „compensat” cu un premiu alimentar consistent, au condus la modificări drastice ale „modelului alimentar” tradițional, atât ca structură, cât și ca ritm.

Modul de alimentație în România se caracterizează prin: excesul de grăsimi, aportul excesiv de calorii, con-

sumul abuziv de glucide simple, excesul de sare, consumul de băuturi alcoolice. În România procentul bărbaților care consumă zilnic carne grasă este, la nivel național, de 34%, cele mai mari valori înregistrându-se în regiunea de sud-vest (38%), iar cele mai mici în București (23%). Femeile consumă mai puțină carne grasă, la nivel național procentul fiind de 23% [15].

Românii sunt și mari consumatori de sare; deși consumul recomandat de OMS este de 4-6 g de sare pe zi, în România se mănâncă 8-10 g în 24 de ore [18]. În timp, folosirea în exces a sării crește riscul apariției hipertensiunii arteriale, bolilor renale, osteoporozei.

Inactivitatea fizică scade calitatea vieții și crește mortalitatea de orice cauză. Nu există o definiție universală a stilului de viață sedentar. În studiile efectuate până acum au fost propuse mai multe modalități de determinare a stilului de viață sedentar.

Un studiu efectuat în 15 țări din Uniunea Europeană (UE) a arătat că prevalența sedentarismului variază între 43,3% în Suedia și 87,8% în Portugalia. Prevalența este mai mare la femei, vârstnici, obezi, subiecți mai puțin educați și fumători. PNESS a oferit informații privind activitatea fizică, astfel: procentul bărbaților care merg pe jos cel puțin 30 de minute de 5 ori pe săptămână este de 68%, cei mai mulți fiind în regiunea de sud-vest (73%) și mai puțini în București (57%). La nivel național, femeile fac activitate fizică în procent de 67%, cele mai multe fiind din regiunea de sud-vest (74%) și cele mai puține în București (56%). Procentul bărbaților care practică sport cu regularitate este la nivel național de 2% (maxim regiunea Vest - 3,9% și minim în Sud-Vest - 1,5%). Procentul femeilor este la nivel național de 1% (maxim regiunea Vest - 1,7% și minim în Sud-Vest și Sud - 0,5%) [15].

The Nurses Health Study a arătat că femeile între 40-65 ani care au practicat exerciții fizice regulate au un risc cu 30-40% mai mic de a dezvolta evenimente coronariene acute, comparativ cu femeile sedentare [20].

Deși efectele benefice ale AF asupra sănătății sunt evidente, nu se cunoaște la ora actuală cât de activă/inactivă este populația generală, cât de active/inactive sunt unele părți ale populației în comparație cu altele, care sunt tendințele actuale, ce factori determină ca unele persoane să fie active tot timpul vieții, ce efect au activitățile promoționale (consiliere, campanii educative) [21].

Proiectul ALPHA “Instruments for Assessing Levels of Physical Activity and related Health Determinants” are ca scop de a dezvolta și a găsi un consens privind metodologia de evaluare a AF în țările UE. Proiectul ALPHA va contribui la apariția unei baze de date comparabile privind nivelul de AF în țările membre ale UE [22].

CONCLUZII

1. Prevalența fumatului este crescută în special la bărbați. Există un număr mic de fumători cu mai multe încercări de a se lăsa de fumat, ceea ce demonstrează lipsa

unei politici de sănătate coerentă, de promovare și susținere a abandonării fumatului.

2. Constatăm că alimentația respondenților aduce un aport crescut de grăsimi saturate și de proteine animale, scorul alimentar reflectând un comportament alimentar „nesănătos”.

3. O proporție semnificativă a respondenților nu desfășoară nici un fel de activitate fizică recreațională de intensitate moderată sau viguroasă, ceea ce justifică adoptarea unei strategii naționale de promovare a formelor de activitate fizică aplicabile la scară largă; de exemplu, transportul cu bicicleta și mersul pe jos.

4. Comportamentele de risc cardiovascular au o prevalență semnificativă în populația studiată. Sunt necesare strategii de promovare a sănătății prin sensibilizarea față de riscurile pentru sănătate, prin susținerea oricărei schimbări pozitive de comportament.

Bibliografie

- Chiriac A. Cum să ne dezvoltăm un stil de viață sănătos. Modalități de integrare a dimensiunii de gen în educația pentru sănătate Cluj-Napoca, [online] CPE- 2004. [cited feb. 2011], URL, <http://www.cpe.ro/romana/images/stories/continuturi>
- Enăchescu D, Marcu GM. Sănătate Publică și Managementul Sanitar. Ed. ALL, București, 1996
- Perk J, Rosengren A, Dallongeville V. Prevention of Cardiovascular Disease Risk Factor Detection and Modification, 2006.
- McQueen MJ, Hawken S, Wang X, et al. For the INTERHEART study investigators. Lipids, lipoproteins, and apolipoproteins as risk markers of myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study). *Lancet* 2008; 372: 224-233.
- Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II, and III surveys in eight European countries. *Lancet*, 2009; 373(9667):929-940.
- Dolea C, Nolte G, McKee M. Changing life expectancy in Romania after the transition. *J. Epilemil. Community Health*, 2002;56:444-449.
- Dorobantu M și colab. Studiul SEPHAR - Studiul de Prevalență a Hipertensiunii Arteriale și Examinare a Riscului Cardiovascular în România. *Progrese in Cardiologie*, volumul I, Media Med Publicis, 2006;77-104.
- Gaiță D. Prevenția cardiovasculară în actualitate. Programe de succes în Europa [serial online] 2011 [cited oct 2011] http://www.info-sanatate.ro/articol,5,1604,preventia_cardiovasculara_in_actualitate_programe_de_succes_in_europa.html

9. Hark L, Deen D. Taking a Nutrition History; A Practical Approach for Family Physicians, AFP-1999.

10. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) - Short Form, Version 2.0. Revised April 2004, [cited ian 2005] http://www.institut-ferran.org/documentos/Scoring_short_ipaq_april04.pdf

11. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General, 1990. Department of Health and Human Services. CDC, Oct. 05, 1990 / 39(RR-12);2-10

12. Psihologia Sănătății [cited oct 2011] <http://www.healthpsychology.ro/images/stories/fisiere/Brosura%20Cardiologie.pdf>

13. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 2000; 50: 1385-1401

14. CDC. Cigarette Smoking among adults United States, 2003, *MMWR*, 2005; 54: 509-513

15. Bilanțul Programului de Evaluare a Stării de Sănătate a Populației, 2007, [cited oct 2011], <http://www.ms.ro/#sclient=psy-1170&bih=537>

16. WHO - European report on tobacco control policy - 2002 EuropMonitoring Centre for Drug and Drugs Addiction, EMCDDA. [cited oct 2011] www.euro.who.int/document/

17. Zatonski WA. Changes in dietary fat and declining coronary heart disease in Poland: population based study. *Cancer Centre and Institute of Oncology, Harvard School of Public Health*, 665 Huntington Avenue, Boston, MA 02115, USA

18. World Bank, World Development Indicators - Last updated March 2, 2011 Consumption of iodized salt (% of households) [cited apr 2012], <http://www.indexmundi.com/facts/indicators/SN.ITK.SALT.ZS/compare?country=ro>

19. Freemantle N, Cleland J, Young P, Mason J, Harrison J. beta Blockade after myocardial infarction: systematic review and meta regression analysis. *BMJ*. 1999; 318:1730-1737

20. Beals KA. "National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)". *faqs.org*. Advameg, Inc.. <http://www.faqs.org/nutrition/Met-Obe/National-Health-and-Nutrition-Examination-Survey-NHANES.html>. Retrieved 2010-03-17

21. Flather MD, Yusuf S, Kober L, et al. Long-term ACE-inhibitor therapy in patients with heart failure or left-ventricular dysfunction: a systematic overview of data from individual patients: ACE-Inhibitor Myocardial Infarction Collaborative Group. *Lancet*. 2000; 355:1575-1581

22. Varo J, Martinez-Gonzales MA. Distribution and determinantsof sedentary lifestylesin the European Union, *Int. J. of Epidemiology*, 2003; 32:138-146