

---

# RISCUL REAL DE BOALĂ VERSUS RISC PERCEPUT DE PACIENȚI

ANCUȚA PINTEA<sup>1</sup>, OPREA GEORGETA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dispensar Studentesc nr. 7, Cluj-Napoca

<sup>2</sup>CMF 239, Cluj-Napoca

## Rezumat

*Lucrarea prezintă un studiu efectuat în perioada octombrie 2009-ianuarie 2010 în cadrul cabinetului medical MF nr. 329, Cluj-Napoca, pe un lot de 150 pacienți cu vârste cuprinse între 18-85 ani. Studiul își propune evaluarea riscului de îmbolnăvire la pacienții studiați, precum și analiza părerii personale a acestor pacienți cu privire la riscul de boală, percepția riscului în funcție de condițiile socio-economice și educaționale, precum și gradul de încredere în MF. Este structurată în două părți: o parte cu câteva noțiuni teoretice și o parte practică. Rezultatele arată ca pacienții au informații despre comportamentul alimentar corect, despre contracepție și comportament sexual sanogen, dar incomplete, nu le percep întotdeauna ca riscuri de îmbolnăvire, dar acceptă sfaturile medicului de familie mai curând ca alte surse de informare*

**Cuvinte cheie:** risc de îmbolnăvire, prevenție primară, factori de risc, relație medic de familie-pacient

## REAL RISK OF DISEASE VERSUS PATIENTS RISK PERCEPTION

### Abstract

*The paper is structured in two parts: the first part presents several theoretical concepts and the second part is an applicative one (presenting a study undertaken from October 2009-January 2010 inside the medical cabinet no. 329, from Cluj-Napoca, on a sample of 150 patients aged between 18-85 years. The study aims at evaluating disease risk in patients studied, and also their beliefs regarding disease risk, risk perception depending on socio-economic and educational conditions and the degree of confidence in the family doctor.*

**Keywords:** risk of disease, primary prevention, risk factors, family doctor-patient relationship

---

**Introducere.** *Riscul* se definește ca fiind condiția în care o persoană expusă anumitor factori dezvoltă cu o probabilitate mai mare o condiție morbidă (1, 2).

---

Acceptat în data de: 15.04.2010

Adresa de corespondență: [ancutapintea@yahoo.com](mailto:ancutapintea@yahoo.com)

Riscul motivează examinări ținute prin incidența și prevalența condițiilor morbide (3), grupa de populație la care acționează, prin gravitate, prin raportarea la costurile directe și indirecte ale investigațiilor paraclinice, prin existența metodelor de depistare precoce a riscului de îmbolnăvire. Ca și posibilități de evaluare a riscului se descriu: anamneza, chestionarea

antecedentelor și a factorilor comportamentali, examenul clinic obiectiv, investigațiile bio-umorale, analiza comorbiditatilor. (2, 4, 5)

Riscurile pot fi generale, acestea se aplică la toată populația (vârstă, sex, factori climaterici, poluare etc) (5, 6) și riscuri personale acestea se aplicându-se individual (comportament alimentar, consum de toxice, vaccinare, expuneri profesionale, încărcătură ereditară etc) (1, 7, 8).

*Factorii de risc* reprezintă condiția care face ca persoanele expuse să dezvolte mai frecvent sau precoce o anumită condiție morbidă (2, 5). Factorii de risc se clasifică după proveniența în factori exogeni (noxe industriale, poluare, radiații solare, praf, polen, agenți infecțioși etc) și factori endogeni (ereditatea, sex, vârstă, alimentația, sedentarismul, consumul de toxice, igiena sexuală etc) (8, 9), după măsura în care pot fi controlați în factori de risc neinfluențabili (3,4) (sex, vârstă, rasă, ereditate, radiații solare etc) și factori de risc influențabili (factori patogeni din mediu, factori comportamentali, consumul de toxice etc). După vârsta la care pot apărea sunt factori de risc întâlniți la nou-născut și copilul mic: factori prenatali și natali (evoluția sarcinii, sarcină dorită sau nu, sarcină "prețioasă", nașterea, scorul Apgar, alimentația naturală sau artificială, imunizări, factori infecțioși din mediu, "bolile copilăriei") mediul familial (locuința, numărul membrilor familiei, categorie socială, abuzuri fizico-psihe, comunitate, ereditate, religie, climat familial, poziția în familie). Factorii de risc întâlniți la adolescent sunt: accidente (sporturi extreme, hobby-uri), intoxicații accidentale sau nu cu diferite substanțe, abuzul de toxice (alcool, droguri, fumat), familia (sistemul relațional, interacțiuni sociale, conflicte între generații), pubertatea (începutul vieții sexuale, "revoluția" hormonală și boli cu transmitere sexuală), apartenența etnică, religia, stilul de viață (3, 6, 8,9). Dintre factorii de risc ai adultului amintim: activitatea profesională și consecințele ei, familia (poziția în familie, responsabilități, stare materială, venituri, viața socială (activități extraprofesionale, hobby-uri, educație, cultură, credințe), factori legați de viața sexuală, uzul și abuzul de toxice și medicamente, suprasolicitarea psihică. La persoana vârstnică menționăm: consecințele biologice ale îmbătrânirii (menopauza, andropauza), validarea factorilor de risc acumulați pe parcursul vieții (consecințele noxelor

profesionale, ale obiceiurilor nocive), modificarea comportamentului social (pensionarea), depresii, anxietatea, condițiile materiale mai modeste, dependența fizică, psihică și financiară de alți membri ai familiei, instituționalizare, polimedicatia, automedicația etc. (3, 4).

*Evaluarea riscului de îmbolnăvire* presupune cunoașterea riscului general al populației asistate, cunoașterea unor grupuri de risc crescut pentru anumite îmbolnăviri, evaluarea riscului familial, evaluarea factorilor personali. (1, 2, 4,8, 13)

Dintre riscurile și condițiile patogene importante pentru prevenția primară și secundară în cabinetul de medicină de familie amintim: riscul de infecții, riscul de ateroscleroză (boala coronariană, boala cerebrovasculară, arteriopatii periferice), riscul apariției unor boli respiratorii (astm bronșic, BPCO, TBC), riscul apariției unor neoplasme (cc mamar, cc gastric, cc de col uterin, cc colorectal, cc pulmonar, cc spinocelular), risc pentru boli metabolice (diabet zaharat, dislipidemii, sdr. metabolic, obezitate), risc pentru boli endocrine (gușa endemică, hipotiroidism), risc pentru boli neuropsihice (AVC, demențe, depresii, alcoolism, dependență medicamentoasă, etc). (3, 4)

**Obiectivele studiului** sunt reprezentate de evaluarea factorilor de risc reali, individualizați la persoanele incluse în studiu (11, 13), elaborarea unui plan de examinare ținând seama de riscurile individuale, stabilirea diagnosticului de risc, chestionarea riscului perceput de către pacienți, studiul influenței condițiilor socio-economice asupra percepției factorilor de risc, încrederea pacienților în sfatul medicului de familie cu privire la reducerea riscului pentru îmbolnăviri comparativ cu alte mijloace de informare, utilitatea percepută de către pacienți cu privire la interacțiunea cu medicul de familie, a educației pentru sănătate și a prevenției primare.

**Material și metodă.** Studiul efectuat în perioada octombrie 2009 - ianuarie 2010, în cadrul CMF-239, Cluj-Napoca a avut în vedere un lot de 150 de pacienți cu vârsta între 18 și 85 de ani. Pentru evaluarea riscului de îmbolnăvire am făcut o analiză de conținut utilizând datele obținute din fișele medicale și din examinările de bilanț (examen clinic obiectiv, examinări paraclinice și de laborator ținând seama de), iar pentru stabilirea modului în care acești pacienți se raportează la interacțiunea cu medicul de familie, la

---

modul în care percep riscul de îmbolnăvire și la felul în care influențează condițiile socio-economice și educaționale opinia pacienților despre factorii de risc și despre educația pentru sănătate, în acest caz am utilizat ca metodă chestionarul standardizat aplicat aceluiași eșantion de 150 de pacienți care au solicitat consult medical în această perioadă.

**Rezultate și discuții .** După prelucrarea statistică a datelor obținute din cele două studii se dorește o comparație între existența factorilor de risc reali (obiectivați de anamneză, examenul clinic general, prezenta antecedentelor patologice, examinările paraclinice tintite) și a factorilor de risc percepuți de către pacient.

Am luat în studiu ca factori de risc fumatul, sedentarismul, obezitatea, alimentația nerațională, consumul de alcool, antecedentele heredocolaterale importante, și ca asocieri comorbide care la rândul lor cresc riscul de boală (prevenția secundară) HTA border-line, diabetul zaharat, unele afecțiuni digestive (gastrite, esofagite, colon iritabil etc), câteva afecțiuni pulmonare (hipereactivitatea bronșică, astmul bronșic, BPOC).

Analizând distribuția stărilor premorbide și morbide în lotul celor 150 de pacienți, am observat că dintre pacienții luați în studiu 38,8% nu au asociate comorbidități, restul de 61,2% prezintă diferite afecțiuni. Dintre pacienții care prezintă mai mult de un factor de risc sau au deja un diagnostic de boală cronică, 16,5% prezintă dislipidemii, 14,6% au HTA border-line, 6,8% cu obezitate, 5% diabet zaharat, 2% au diagnostic de afecțiune digestivă (ulcer,gastrită, boala de reflux G-E), 16% dintre ei au alte afecțiuni cronice (HTA, CIC, neoplasme etc). Dislipidemiile și hipertensiunea border-line reprezintă cele mai frecvente afecțiuni întâlnite la pacienții care mai au cel puțin încă un factor de risc prezent (fumat, risc ereditar important, sedentarismul etc).

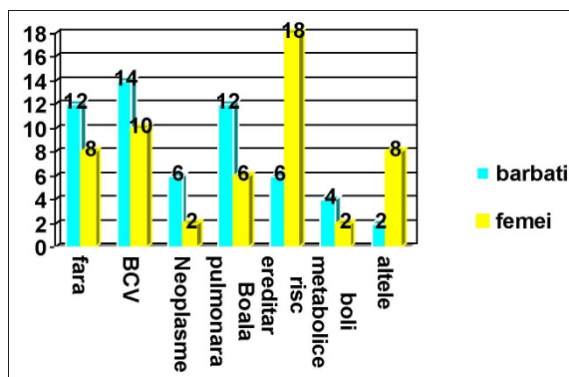
Evaluând factorii de risc gasiti la pacienții lotului nostru am obținut următoarea ierarhie: fumatul este regasit la aproximativ 60% dintre pacienți, urmat de suprapondere și obezitate (aproximativ 15%), apoi riscul ereditar (10%), alimentația nerațională (8,8%) sedentarismul (4,2%), și alți factori (2%) (relații sexuale neprotejate cu persoane necunoscute, expunerea neadecvată la soare, suprasolicitarea psihică și fizică, nerespectarea ritmului somn-veghe etc)

Tratînd individual fumatul ca factor de risc, rezultatele studiului arată că 52,4% dintre pacienți sunt nefumători, 22,2% sunt foști fumători (majoritatea avand deja o afectiune pt care au renuntat la fumat), 25,4% sunt fumători. Fumatul ca factor de risc pentru apariția bolilor cardiovasculare, afecțiunilor respiratorii, afecțiunilor digestive, afecțiunilor bucomaxilofaciale, afecțiunilor ORL, neoplasmelor la 47,6% din cei studiat este semnificativ crescut. Analizînd cîți dintre pacienții fumători sunt bărbați și câte femei s-a constatat că aproximativ 70% sunt bărbați și 30% sunt femei.

Riscul de boală analizat în studiul nostru arată că 14% dintre pacienții evaluați nu au risc de îmbolnăvire (nu prezintă factori de risc importanți), 25,6% au risc pentru boli cardiovasculare, 22,1% au risc ereditar important, 11,6% prezintă boli metabolice (sindrom metabolic, dislipidemii, diabet zaharat etc), 10,5% sunt cu risc pentru boli pulmonare ( astm bronșic, bronsite cronice, BPOC etc), 5,8% au risc pentru neoplasme (fie datorită riscului ereditar, fie existenței comorbidităților), 1,5% prezintă risc pentru alte patologii .

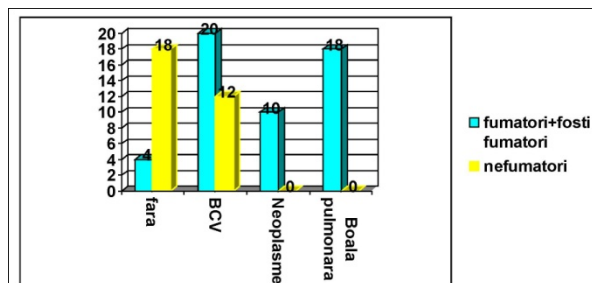
Dintre cei cu risc de îmbolnăvire pe primul loc se situează cei cu afecțiuni cardiovasculare, locul doi deținându-l antecedentele heredocolaterale apoi bolile metabolice și pulmonare. Analizînd corelarea riscului morbid cu variabila sex se observă o predispoziție a bărbaților la imbolnăviri (ceea ce este confirmat și de alte studii clinice existente) pe când femeile au un risc ereditar patologic mai mare decât bărbații (fig. nr.1 ). Urmărind distribuția riscului pentru boli cardiovasculare la femei și bărbați se observă o diferență semnificativ mai mare în ceea ce privește bărbații. (coeficient de contingență=0.335, p=0.028 ). Referitor la patologia pulmonară: riscul de apariție a acesteia este mai mare la bărbați. Bolile metabolice sunt mai frecvent regăsite la bărbați în lotul studiat.

**Figura 1.** Distribuția riscului morbid în funcție de sex



Am urmărit corelarea riscului morbid cu fumatul pentru aceasta luând în studiu fumătorii, foștii fumători și nefumătorii (fig. 2).

**Figura 2.** Distribuția riscului morbid la fumători vs. nefumători



Datele analizelor statistice indică faptul că fumătorii și foștii fumători prezintă boli cardiovasculare într-o măsură mai mare decât nefumătorii (Coef. de contingenta=0.589,  $p=0.000$ ). În privința bolilor pulmonare 60% dintre fumătorii și foștii fumători au diagnostic de boală pulmonară iar nefumătorii din lotul studiat nu prezintă afecțiuni pulmonare. Luând în discuție și în analiză afecțiunile maligne cu diferite localizări, afecțiuni deja diagnosticate la câțiva dintre pacienții lotului, am observat că acestea sunt prezente doar la fumători și foștii fumători și nici un pacient nefumător nu are astfel de patologie.

Partea a doua a studiului evaluează opinia celor 150 de pacienți chestionați cu privire la la riscul de îmbolnăvire, opinia despre prevenția primară (utilitate, încrederea pe care o au în medicul de familie comparativ cu alte surse de informații). Rezultatele arată ca dintre pacienții chestionați 54,2% consideră sedentarismul un factor de risc real, iar 45,8% consideră puțin important acest factor (sau considera

activitatea zilnică ca suficientă). Cu privire la fumat ca risc de îmbolnăvire 67,8% dintre pacienți consideră a fi foarte riscant iar 32,2% dintre ei spun că e periculos dar îl ignoră. Se constată o identificare relativ corectă a fumatului ca factor de risc dar într-un procent nesatisfăcător ca finalizare în efortul de abandonare a fumatului. Referitor la relațiile sexuale neprotejate un procent considerabil (77%) consideră a fi un comportament riscant pentru apariția îmbolnăvirilor. Acest procent impresionant al pacienților care identifică într-un mod corect acest factor de risc comparativ cu folosirea în mica măsură în practică a mijloacelor de protecție este o problemă importantă pentru educație. Consumul de grăsimi animale, dulciuri și paste făinoase sunt recunoscute ca risc pentru îmbolnăvire într-un procent de 10%. Este un procent foarte mic de recunoaștere și astfel reconsiderare a obiceiurilor alimentare nesănatoase, ceea ce corelează cu prezența într-o măsură semnificativă a obezității, dislipidemiilor, diabetului zaharat la pacienții luați în studiu. Consumul de alcoolul în exces este considerat doar de 60% dintre pacienții lotului ca factor de risc pentru îmbolnăviri (în general consumul de alcool este subapreciat ca și cantitate și ca o problemă de corectat în comportamentul sanogen). Recunoașterea corectă a riscului prin acest factor este nesatisfăcătoare din prisma educației pentru sănătate și a prevenției primare.

În concluzie, referitor la percepția corectă sau nu a factorilor de risc pentru îmbolnăvire de către pacienți, din studiu reiese faptul că majoritatea pacienților (76%) identifică riscul de îmbolnăvire și gravitatea lui în ceea ce privește bolile cardiovasculare și digestive și fie ignoră, fie consideră a fi mai puțin gravi factori de risc precum obezitatea, sedentarismul, regimul igienodietetic inadecvat, abuzul de medicamente, consumul excesiv de alcool, fumatul.

Analizând influența condițiilor socio-economice, educaționale și modul cum percep bărbații și femeile riscul de îmbolnăvire după cum reiese din datele tabelului nr. 1 se observă faptul că femeile identifică mai bine și corect factorii de risc chestionați (fumatul, expunerea la radiații UV, consumul de alcool, fumatul etc).

**Tabelul 1.** Influența variabilei sex în percepția factorilor de risc

Factor	Grupe	Nr. sub.	Media	Ab. Std.	t	p
Fumatul	Barbati	5	4.	1.	2.	0.
		2	07	21	45	01
		5	4.	1.		
Paste făinoase	Barbati	5	2.	0.	2.	0.
		4	29	81	04	04
		5	2.	0.		
Carne slabă	Barbati	5	1.	0.	3.	0.
		2	92	92	26	00
		5	1.	0.		
Expunerea la soare	Barbati	5	3.	1.	2.	0.
		4	62	23	21	02
		5	4.	1.		
Alcool	Barbati	5	3.	1.	2.	0.
		2	92	15	20	03
		5	4.	1.		
Rel. sex.	Barbati	5	4.	1.	2.	0.
		0	28	16	43	01
		5	4.	0.		
		2	76	80		

Cu privire la influența educației asupra percepției riscului de îmbolnăvire datele studiului arată că persoanele care au studii medii și superioare sunt mai aproape de percepția corectă a riscului de îmbolnăvire (tabel nr. 2). Aceste date erau de așteptat în condițiile în care o dată cu accesul la educație cresc și șansele informării medicale cât mai corecte.

**Tabelul 2.** Influența educației asupra percepției factorilor de risc

Factor	Grupe	Nr. sub.	Media	Ab. Std.	t	p
Fumatul	submedii	3	1.	1		
		2	.87	.47	.73	.00
		4	1.	0		
Dulciuri	submedii	3	1.	1		
		6	.61	.22	.8	.00
		4	1.	0		
Polimedicatia	submedii	2	.28	.89		
		4	1.	1		
		0	.95	.55	.85	.00
		4	1.	0		
		2	.66	.47		

Luând în analiză faptul cum influențează sau nu vârsta identificarea corectă a factorilor de risc și raportarea la educația pentru sănătate s-a demonstrat o diferență semnificativ mai mare în favoarea tinerilor cu vârste cuprinse între 18 și 30ani (o categorie), între 30 și 55 de ani (altă categorie) comparativ cu cei cu vârsta peste 55 de ani (tabel nr. 3).

**Tabelul 3.** Percepția riscului în funcție de îmbolnăvire

Factor	Grupe	Nr. sub.	Media	Ab. Std.	t	p
Fumatul	< 30 de ani	48	4.70	0.61	4.27	0.0
	>55 de ani	38	3.68	1.50		
Grasimi animale	< 30 de ani	52	3.96	0.81	2.28	0.02
	>55 de ani	36	3.50	1.08		
Dulciuri	< 30 de ani	52	3.19	0.92	3.49	0.00
	>55 de ani	38	2.47	1.00		
Alcool	< 30 de ani	50	4.40	0.94	3.23	0.00
	>55 de ani	36	3.61	1.31		
Relatii sexuale	< 30 de ani	50	4.76	0.59	2.60	0.01
	>55 de ani	32	4.12	1.56		
Polimedicatia	< 30 de ani	52	4.69	0.46	4.86	0.00
	>55 de ani	42	3.57	1.57		

Evaluând încrederea pacienților în medicul de familie în ceea ce privește prevenția primară și informarea medicală, versus alte surse informaționale (radio, TV, reviste, ziare) datele studiului arată că un procent de 91% dintre pacienți au încredere mai mare în MF, 6% preferă informația medicală de la radio, 2% aderă la emisiunile TV restul de 1% preferă ziarul, informații de la rude, prieteni etc.

Concluziile studiului arată că riscurile de îmbolnăvire sunt regăsite mai frecvent ca risc de boli cardiovasculare, încărcătura ereditară, boli metabolice, de asemenea faptul că bărbații sunt predispuși într-o măsură semnificativ mai mare decât femeile de a dezvolta BCV, neoplasme, boli metabolice iar femeile au un risc morbid ereditar mai mare decât bărbații iar fumătorii și foștii fumători sunt predispuși într-o măsură semnificativ mai mare decât nefumătorii de a prezenta BCV, neoplasme, boli metabolice.

Cei mai riscanți factori în percepția pacienților chestionați sunt (în ordinea ierarhiei) relațiile sexuale neprotejate cu persoanele necunoscute, fumatul, polimedicatia, consumul de alcool iar cel mai puțin riscant este consumul de dulciuri, paste făinoase, carne slabă, legume și fructe. În general factorii analizați sunt mai intens percepuți ca riscanți și identificați într-un mod corect de către femei, tineri, persoanele cu studii medii și superioare. Pacienții au mai multă încredere în medicul de familie decât în orice altă sursă analizată (surse mass-media sau grup informal).

---

## BIBLIOGRAFIE

1. Harison, I. Principiile Medicinii Interne , Ed. Teora, Bucuresti, 2003
2. L. Tierney, S. J. McPhee, M. A. Papadakis, Diagnostic și tratament în practica medicală, Ed. Stiințelor Medicale, Buc., 2001
3. A. Restian, Bazele medicinei de familie, vol. 1, Ed. Medicală, Buc., 2001
4. Branea, I. Medicina de familie, Ed. Universitas Company, Bucuresti, 2000
5. Doll & Hill & Petro. (2005) Rabdare fara tutun, Medical UPDATE-publicatei pentru educatia medicala continua, nr. 2 , pag 49-50
6. A. Jompan, Medicina familiei, Ed. Helicon, Timișoara, 1998
7. A. Restian, M. Mateescu, Ghid practic de medicina familiei, , Ed. Universitara C. Davila, București, 1998
8. CMR, Ghiduri de practica medicala, Ed. InfoMedica, Bucuresti, (2002).
9. Esențialul în pediatrie, E. Ciofu, C. Ciofu, Ed. Amaltea, Buc., 2000
10. Doll & Hill & Petro. (2005) Rabdare fara tutun, Medical UPDATE-publicatei pentru educatia medicala continua, nr. 2 , pag 49-52
11. Braun , J., Ghid clinic-Medicina Interna, Ed. Medicala, Bucuresti. (1997).
12. Bocsan, M. Asistenta primara a starii de sanatate, tipografia UMF- Cluj, (1997).
13. Bocsan, M. (2000). Epidemiologie pentru medicii de familie, Ed. Medicala, Bucuresti