

Situația consumului de alcool printre persoanele de gen masculin este și mai agravată. În fiecare zi consumă alcool conform raportării 3,8 la sută dintre bărbați, față de 0,7 la sută dintre respondenți femei. Bărbații consumă alcool 1-2 ori pe săptămână mai frecvent decât femeile. Deci, consumul de băuturi alcoolice este mult mai frecvent printre contingentele de bărbați și respectiv afectați de maladiile narcologice [11].

Cercetarea medicala a stabilit ca la bărbați un consum mediu de 60 de grame de alcool pur pe zi, extins pe o perioada de ani de zile, produce cu siguranța leziuni hepatice. In cazul femeilor 20 de grame de alcool pur pe zi înseamnă un risc crescut de a dezvolta o afecțiune hepatică serioasă.

Chiar și doza zilnică de 40 de grame constituie deja un risc, mai ales pentru creier.

Concluzii

Dezmembrarea familiilor, pierderea locurilor de muncă, intrarea în sărăcie și alte forme de „șeșec personal” sunt în mare măsură cauzate, condiționate sau accelerate de abuzul de alcool. Evident, se manifestă și legătura inversă, stresul social intensificând și mai mult exasperarea, iar odată cu ea, ducând și la sporirea consumului de alcool. Potrivit Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, consumul abuziv de alcool constituie primul factor de risc pentru populația din Republica Moldova. În prezent sunt înregistrate aproximativ 48000 persoane afectate de alcoolism cronic, dintre care circa 7200 sunt femei. Însă conform experților medicali, numărul înregistrat de persoane bolnave de alcoolism cronic este departe de numărul real al celor care suferă de alcoolism.

Bibliografie

1. Oprea V. N. Particularitățile structurale și dinamice a psihozelor alcoolice (Aspecte clinico-catamnestic). În: Autoreferatul tezei de dr. în științe medicale, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, 1994.
2. Vasiliev T. Problemele alcoolului și a altor droguri în Republica Moldova, Chișinău, 1995
3. <http://www.ms.gov.md/public/info/Ghid/instruire/factirii/Alcoolul/>
4. http://www.alcoholism.org/index_ro.html
5. <http://www.dependenta.ro/alcoholism.htm>
6. <http://www.util21.ro/naturiste/remedii-naturiste-pentru-alcoholism.htm>
7. <http://www.medicultau.com/tulburari-psihiatrice/alcoholismul-si-dependenta-de-droguri/alcoholismul-abuzul-de-alcool-sau-dependenta.php>
8. <http://drugrehabexpert.org/alcool-de-reabilitare/2583/statistica-de-abuzul-de-alcool-si-fapte>
9. <http://www.atentie.info/meniu/articol.php?idart=2296&idcat=7&head=8&general=3>
10. <https://statistici.insse.ro/shop/index.jsp?page=tempo3&lang=ro&ind=CLV104A>
11. <http://www.medicultau.com/sanatatea-familiei/enciclopedie-a-sanatatii/sanatatea-intregului-organism/tutun-alcool-droguri.php>
12. <http://www.scribd.com/doc/4034359>

COMUNICAREA ȘI SCHIMBAREA COMPORTAMENTULUI ALIMENTAR DE RISC - UNUL DIN FACTORII DETERMINANȚI AI OBEZITĂȚII

Galina Tomaș

Catedra Economie, management și psihopedagogie în medicină, USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Communication and changes in the risky feeding behavior as one of the important factors of obesity

In this article is described the essence and necessity of knowledge about efficient communication for changes in the risky feeding behavior. This scientific research demonstrates

that feeding traditions are more and more significant in the cases of overeating and obesity, but there are other causes responsible for obesity. The illness caused by bad nutrition may be diminished by using strategies in behavioral change.

Rezumat

În acest articol este redată esența și necesitatea cunoașterii unei comunicări eficiente pentru schimbarea comportamentului alimentar cu risc. Studiul realizat pentru această lucrare încearcă să arate, că obiceiurile alimentare au o importanță crescută în apariția excesului ponderal și al obezității, chiar dacă acestea nu sunt singurele responsabile de constituirea obezității.

Maladiile ce apar ca rezultat al comportamentului alimentar cu risc pot fi micșorate prin aplicarea strategiilor pentru schimbarea comportamentului.

Actualitatea

Obezitatea a devenit o problemă serioasă de sănătate publică în majoritatea țărilor puternic industrializate, afectând un segment de populație în continuă creștere. Înainte de orice, obezitatea trebuie considerată mai puțin o problemă de estetică și mai mult o problemă de sănătate, ce atrage după sine complicații medicale, dizabilități temporare sau permanente, scăderea duratei de viață și, nu în ultimul rând, un cost mare pentru întreaga societate. O persoană obeză este predispusă la o serie întreagă de complicații medicale: generale, cardio-vasculare, pulmonare, endocrino-metabolice, osteo-articulare, etc.

Prevalența obezității este mare și este în creștere. În ultimul deceniu, prevalența a crescut de la 25 % până la 33 %, o creștere de 1/3. Prevalența variază semnificativ în funcție de sex, vârstă, stare socio-economică și rasă.

Conform studiilor recente, în Republica Moldova rata obezității este de 25%, iar 50% dintre cetățenii autohtoni sunt supraponderali.

Material si metode

În cadrul studiului au fost evaluate 180 femei cu supraponderabilitate de gradul I și II, care frecventau antrenamentele de shaping, clubul "Unica" pe parcursul anului 2011 (septembrie – martie) cu vârsta cuprinsă între 40 și 65 ani.

Doar 80 dintre acestea sufereau de obezitate. Pentru caracterizarea stării de nutriție a grupului s-au folosit următorii indicatori: greutatea ideală (GI) și abaterea de la greutatea ideală. Pentru fiecare persoană în parte s-a calculat greutatea ideală cu ajutorul formulei:

$GI = 50 + 0.75(I - 150) + (V - 20)/4$ - formula Asigurărilor Metropolitane din New-York.

Unde GI = greutatea ideală.

I = înălțime în centimetri.

V = vârsta în ani.

Formula este preferată întrucât ia în calcul vârsta și sexul [3].

Pentru a măsura supraponderalitatea și obezitatea s-a folosit un indicator IMC (Indexul Masei Corporale) sau BMI (Body Mass Index) care se calculează astfel:

$$BMI(kg/m^2) = \frac{\text{masa corporala (kg)}}{\text{inaltime}^2 (m^2)}$$

Valorile acceptate internațional ale indicatorului BMI sunt:

sub-ponderal	< 18.5
normal	18.5 - 24.9
supra-ponderal	25 - 29.9
obezitate	30 - 39.9
obezitate extrema	> 40

Pentru estimări la nivel individual a fost evaluată dieta pe 24 de ore, istoricul dietetic, chestionarele de frecvență alimentară și metoda prin cântărire. Pentru a exprima țesutul adipos a fost utilizată Metoda pliului cutanat. De asemenea au fost folosite metoda istorică, metoda analizei și sintezei, metoda comparației, metoda matematică.

Rezultate și discuții

Scopul cercetării de a arăta corelația dintre comportamentul alimentar cu risc, care duce la obezitate și ca urmare la toate celelalte maladii, care apar ca rezultat al obezității

Există mai multe tipuri de obezitate. Din punct de vedere al modului de distribuție a stratului adipos excedentar se cunosc mai multe tipuri de obezitate:

Tipul I - distribuția excesului ponderal este "armonioasă";

Tipul II - numit și obezitate ginoidă, la care grăsimea este repartizată mai mult pe zona inferioară a corpului (coapse, pelvis). Acest tip de obezitate este cel mai inestetic însă asociat cu cele mai mici riscuri medicale;

Tipul III - numit obezitate viscerală, la care grăsimea se acumulează cel mai mult în organele interne, cum ar fi viscerele abdominale. Acest tip de obezitate este cel mai puțin vizibil, însă riscurile pe care le implică asupra sănătății sunt cele mai mari.

Tipul IV - cunoscut și sub numele de obezitate androide, la care grăsimea se depune pe partea superioară a corpului.(4)

Obezitatea poate fi clasificată în trei tipuri în funcție de surplusul în greutate:

1. Obezitate ușoară +10-15%
2. Obezitate moderată +10-20%
3. Obezitate gravă +20% și mai mult.

Obezitatea este în general cauzată de doi factori:

- Exogenă - alimentație în exces.
- Endogenă - dereglări de metabolism

După cum sa menționat mai sus, obezitatea prezintă mai multe grade. În timp ce obezitatea ușoară nu este însoțită de riscuri mari, obezitatea morbidă crește de 12 ori riscul de a dezvolta anumite condiții patologice [5].

Conform studiului avem următoarele tipuri de creștere în greutate.

Tabel 1. Tipuri de creștere în greutate în lotul de lucru

Tipuri de creștere în greutate	Supraponderali grad I	Supraponderali grad II	Obezitate
Numărul femeilor	34	66	80
Procentaj	19%	36%	44%

Analizând consecințele obezității conform literaturii de specialitate [5] putem evidenția, că riscul dezvoltării altor probleme medicale este agravat de obezitate. În următorul tabel (tab. 2) indicăm riscul asociat cu obezitatea.

Tab. 2. Tabelul riscului asociat cu obezitatea

Risc mare (>> 3)	Moderat risc (2-3)	Mic (1-2)
Diabet Hipertensiunea Tulburări respiratorii Tulburări ale somnului	Boli Coronariene Osteoartrita	Cancer Anomalii hormonale Ovar Polichistic
(Organizația Mondială a Sănătății 1997)		

Deci obezitatea expune(9) la:

- boli cardiovasculare (hipert. arterială, infarct miocardic, hemoragie cerebrală, etc.),
- cancer,
- diabet zaharat,
- boli digestive (litiiza biliara, constipație),
- boli articulare,
- varice,
- tulburări menstruale
- reducerea la apetitul si potenta sexuala,
- tulburări respiratorii,
- guta,
- creșterea colesterolului si a altor grăsimi în sânge.
- obezitatea scade capacitatea de efort fizic
- obezitatea scade in general calitatea vieții.

Statistic, mortalitatea este mult mai mare în rândul persoanelor care suferă de obezitate decât la populația cu greutate corporala normala.

Se consideră, că principala cauza a obezității este ingestia calorica. Aceasta se refera nu numai la consumul de mâncare in cantități prea mari, ci si la consumul de alimente neadecvate.

Un alt factor este consumul de alcool si aici sunt doua aspecte, căci un gram de alcool are 8 kcal. Și in același timp, el stimulează pofta de mâncare. Alți doi factori sunt sedentarismul si istoria familiala.(10)

În lucrare au fost studiați următorii factori determinanți ai obezității:

1. Determinanții genetici

Gradul influențelor genetice asupra obezității la om a fost stabilit pe baza studiului gemenilor, al copiilor adoptați si al familiilor. Rezultatul studiilor adopțiilor si al studiilor familiare au dus totuși la un procent de transmisibilitate ereditara de 33%. Influențele genetice pot fi mai importante in determinarea distribuției regionale a țesutului adipos, mai ales in depozitele critice viscerele.

2. Determinanți de mediu

Starea socio-economica,proveniența dintr-o familie cu status socio-economic scăzut are o influenta importanta asupra obezității, in special la femei.

Viata sedentara, se consideră a fi un factor de mediu care favorizează obezitatea. Deși aportul alimentar creste odată cu creșterea consumului de energie, aportul alimentar nu scade proporțional cu reducerea activității fizice sub un anumit nivel; restrângerea activității fizice poate creste consumul alimentar la unele persoane.

3. Determinanți de reglare

Sarcina este un determinant major al obezității la unele femei. Deși cele mai multe femei au o greutate puțin mai mare la un an de la naștere, aproximativ 15% au o greutate cu 9-11 kg mai mare decât înainte de sarcina.

Medicamentele contribuie la creșterea in greutate . De ex. obezitatea poate fi determinată in principal de hormonii steroizi si de patru clase de medicamente psihoafective majore - antidepressivele clasice, benzodiazepinele, litiul și medicația antipsihotică.

Factorii endocrini care pot contribui la instalarea obezității pot fi reprezentați de: hiperinsulinismul din neoplasmale pancreatice, hipercorticismul din sindromul Cushing, disfuncția ovariană din sindromul ovarului polichistic si hipotiroidismul.

Factorii psihologici sunt reprezentați de modificări ale comportamentului alimentar:

■ *Tulburare de tip bulimic acut* caracterizata prin consumul unei cantități mari de alimente într-un timp scurt cu o senzație subiectiva a unei complete pierderi a controlului in timpul acestei perioade si senzația de extenuare postcritica.

■ *Sindromul alimentarii nocturne* consta in anorexie matinala, hiperfagie seara și insomnia [7].

În lotul nostru de cercetare au fost depistați trei factori principali care contribuie la mărirea greutateii: factorul genetic, stresul și căsătoria. Cel din urmă fiind cu o mai mare influență.

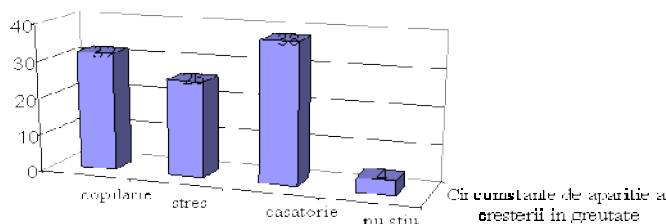


Fig. 1.

Tabel 3. Circumstanțe de apariție a creșterii în greutate.

Circumstanțe	Copilarie	Stres	Căsătorii	Nu știu
Procent	32%	26%	38%	4%



Fig. 2. Familii de obezi in grupul de lucru

Tabel 3. Familii de obezi in grupul de lucru

Tipul de familie	Obeza	Normala
Procent	57%	43%

După cum am menționat, prognosticul obezității este nefavorabil. Dacă nu se expune tratamentului, obezitatea progresează. Cu cele mai multe tipuri de tratament se poate obține scăderea în greutate, dar cele mai multe persoane revin la greutatea de dinaintea tratamentului în 5 ani [6].

În ultimii ani, scopurile și metodele de tratament ale obezității s-au schimbat radical datorită a două descoperiri. Prima este aceea că o scădere modestă a greutateii corporale, 10% sau poate chiar 5% din greutatea inițială este suficientă pentru a controla sau cel puțin pentru a îmbunătăți cele mai multe complicații ale tratamentului. În cele mai multe cazuri, greutatea ideală este greu de atins și, chiar și atunci când este atinsă este foarte rar menținută. Soluția „10%” a devenit un scop al celor mai multe programe de tratament.

A doua descoperire, derivată din slaba menținere a greutateii corporale în timpul tratamentului, este mutarea de la un scop de scădere ponderală la unul de control al greutateii, ducând la greutatea optimă posibil de atins în contextul general al sănătății.

Avantajele scăderii ponderale.

Avantajele ale scăderii ponderale (10 % față de greutatea inițială).

Mortalitatea

- 20 – 25% scădere în mortalitate.
- 30 – 40% scădere a cazurilor de deces provocat de diabet
- 40 – 50% scădere a cazurilor de deces în urma cancerului (obezitatea fiind un factor de risc).

Presiunea Arterială.

- scădere cu 10mm Hg a presiunii sistolice
- scădere cu 20mm Hg a presiunii diastolice

Angina

- simptome reduse cu 90%
- 33% creștere a toleranței la efort

Diabetul

- reducerea riscului de diabet cu mai mult de 50%
- scădere cu 30 – 50% a glicemiei a'jeun
- scădere cu 15% a HBAI.

În literatura de specialitate există diferite programe de control al greutății, care utilizează patru elemente: sfatul de dietă și nutrițional; terapia comportamentală; medicamentele; chirurgia [4].

Analizând metodele de tratament al obezității, conform studiului propunem următoarea strategie de micșorare a greutateii și de menținere a ei pe tot parcursul vieții. Primul pas constă în evaluarea istoriei medicale a fiecărei persoane, tratamente deja încercate, obiceiuri alimentare, profiluri psihologice și de comportament, influențe profesionale și familiale.

Următorul pas constă în stabilirea unui program alimentar combinat cu exerciții fizice [9].

Regula principală, care trebuie înțeleasă de fiecare persoană care vrea să slăbească, este să înțeleagă că strategia propusă de micșorare a greutateii trebuie aplicată pe o perioadă cât mai lungă de timp. Acest lucru este în general greu de acceptat de pacienții obezi, care sunt disperși să găsească un tratament miraculos. Eficacitatea tratamentului de lungă durată este de fapt singura garanție a succesului.

Dietoterapia este prima componentă a tratamentului persoanei obeze. Indicațiile precise și la obiect în legătură cu regulile de alegere a alimentelor și cantitățile optime, vor fi determinate de particularitățile fiecărui individ. Odată stabilite, tipul și cantitatea alimentelor, este necesară schimbarea obiceiurilor alimentare avute anterior.

Regimul alimentar va fi hipocaloric, adaptat la necesarul caloric în funcție de activitatea care este desfășurată (1200 - 1300 cal/zi în condiții de efort normal sau mai mic în condiții de repaus) cu un aport echilibrat de proteine (1,2 - 1,5 g/kg/zi) importante pentru lor plastic, pentru stimularea ritmului metabolic și în menținerea imunității, de lipide (40 - 50 g/zi) cu asigurarea acizilor grași esențiali (grăsimi vegetale) și de glucide, în cantitate mică (120 - 150 g/zi) provenite în special din fructe și legume. Mesele trebuie să fie 5-6 pe zi, în cantități echilibrate, evitându-se mesele copioase, dar și perioadele de "infometare". Se consideră că nici un regim în tratamentul obezității, nu poate fi eficient dacă nu se înlătură cu desăvârșire zaharul și dulciurile concentrate și dacă nu se limitează cu strictețe făinoasele și pâinea.

Aportul de lichide trebuie să fie de 1 - 1,5 l/zi (mai crescut în zilele de vară), cu un consum limitat de sare, eliminându-se alcoolul din alimentație (alcoolul îngrasă!) și respectând întocmai cantitățile de alimente recomandate de medicul specialist [7].

Dieta va fi personalizată, adaptată la posibilitățile pacientului și apropiată de obiceiurile sale alimentare. Este important ca orice cură de slăbire să fie coordonată de un medic specialist, orice tentativă radicală prin post absolut sau cu un aport extrem de mic de calorii, fiind extrem de riscant, dacă nu se face sub supravegherea medicului. Se recomandă o slăbire treptată: 2 - 4 kg/luna. Studiile clinice arată că și o scădere cu doar 5% a greutateii, poate micșora semnificativ riscul de îmbolnăvire sau severitatea unor boli ca diabetul, cele de inimă sau hipertensiunea.

În timp, dieta trebuie să devină un regim echilibrat, interes și acceptat de bolnav, care să poată fi menținut timp îndelungat.

Terapia comportamentală se bazează pe analiza comportamentului care consideră că acesta, antecedentele și consecințele lui trebuie schimbate. Primul comportament, ce trebuie schimbat este modul de a mânca, accentul punându-se pe încetinirea ritmului în care se mănâncă [3]. Apoi urmează efortul de a modifica antecedentele, prin evitarea efectuării cumpărăturilor în perioadele în care persoana respectivă este înfometată sau prin îndepărtarea alimentelor foarte bogate în calorii aflate la îndemână în casă. Educația nutrițională, terapia cognitivă (în special pentru a preveni recăderile) și măsurile de creștere a activității fizice au importanță majoră în aceste programe.

În afara scăderii aportului de calorii, un rol important în tratamentul obezității îl are creșterea consumului de calorii. Efortul fizic dozat contribuie la diminuarea țesutului adipos prin creșterea capacității sistemului muscular de a utiliza grăsimea în scopuri energetice. Activitatea fizică moderată, zilnică, duce la menținerea unui tonus muscular bun și a unui consum energetic sporit. În plus, respirația, circulația generală și în special cea venoasă și limfatică sunt ameliorate. La toate acestea se adaugă și efectul psihologic pozitiv.

Strategia slăbirii în greutate se bazează pe succesiunea ciclurilor "slăbire - menținere", care cuprind:

a) perioade de slăbire propriu-zise (de 1 - 3 luni) în care greutatea scade cu 3 - 8 kg prin dieta hipocalorică, exercițiu fizic, terapie comportamentală și eventual medicație.

b) menținerea efectului 2 - 6 luni prin exercițiu fizic, terapie comportamentală, dietă [1].

Deci, pentru eliminarea obezității există o strategie de tratament bine stabilită, care se aplică în funcție de particularitățile fiecărui caz.

Concluzii

Având în vedere că obezitatea a devenit o pandemie și că riscul complicațiilor a crescut simțitor, ar trebui insistat pe cauzele care au dus la constituirea excesului ponderal, pe instituirea unei alimentații sănătoase încă din copilărie și a unui program de exerciții fizice regulat, cât și pe determinarea cauzelor care duc la eșecul dietelor și revenirea pacienților obezi la obiceiurile anterioare. Dieta ar trebui implementată, ca făcând parte din viața de zi cu zi și nu văzută ca un regim de slăbit pe termen limitat, iar rolul psihologului în echipa medic-pacient ar trebui să fie bine definit. Ar trebui încercat, să se identifice și să se elimine factorii predispozanți care au dus la excesele alimentare.

Studiul realizat pentru această lucrare, încearcă să arate că obiceiurile alimentare au o importanță crescută în apariția excesului ponderal și a obezității, chiar dacă acestea nu sunt singurele responsabile de constituirea obezității. Factorii principali rămân însă cei socio-economiци, psihologici, culturali și religioși. Dintre factorii alimentari predispozanți: creșterea semnificativă a consumului de grăsimi și zahăr față de nivelurile normale, creșterea consumului de produse rafinate cu o înaltă densitate calorică, creșterea consumului de alimente cu grad ridicat de prelucrare tehnologică, ceea ce provoacă pierderi în nutrienți esențiali, reducerea consumului de glucide complexe și a cerealelor integrale, globalizarea culturii fast-food.

Bibliografie

1. Barnea Elena. Sedentarismul în viața femeii. Ediția Sport-Turism, București 1982.
2. Hâncu Nicolae. Obezitatea și dislipidele". Editura INFO Medica, București 1998, 250 p.
3. Magos V. Alimentația și bolile de nutriție. 1999, 180 p.
4. Prohonțev I., Pșendin A., Sergheeva E. Shaping pitanie. Song-Petersburg, 2002.
5. Rudenco N. Раздельная фигура, 1999.
6. Sdrobici D., Pavel I., Dumitrescu C. Obezitatea. Editura medicală, București 1967.
7. Secaciov V. Идеальная фигура. 2004.
8. Tablete de stil de viață,. Editura Viața și Sănătatea București, 2003.
9. Tintiuc D., Ețco C., Grosu I., ș.a. Sănătate Publică și Management, Chișinău, 2002.
10. Tulchinsky Theodor H. Noua Sănătate Publică. Ulysse, Chișinău 2003, p. 352 – 366.