

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Τρόπος ζωής των επαγγελματιών υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα Εφαρμόζουν ό,τι συστήνουν;

ΣΚΟΠΟΣ Διερεύνηση του υγιεινού τρόπου ζωής των επαγγελματιών υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα σε σχέση με την εφαρμογή των *life's simple 7* (LS7). **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Το πρώτο εξάμηνο του 2020 διανεμήθηκε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ανώνυμο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε δημογραφικά δεδομένα, στοιχεία του τρόπου ζωής βάσει των LS7 και βαθμό βιβλιογραφικής ενημέρωσης σχετικά με τα οφέλη της ιδανικής καρδιαγγειακής υγείας (ΚΑΥ), σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό απασχολούμενο σε κέντρα υγείας (ΚΥ) των επτά υγειονομικών περιφερειών της χώρας. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Η συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 1–14, με τη μέση τιμή να είναι 8,7 (standard deviation [SD]=2,4). Το 54,8% των συμμετεχόντων είχαν υψηλά επίπεδα βαθμολογίας ΚΑΥ (9–14), το 25,7% μέτρια (7–8) και το 19,5% χαμηλά επίπεδα (0–6). Τα επίπεδα βαθμολογίας ΚΑΥ βρέθηκαν να διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με την ηλικία και την ιδιότητα των συμμετεχόντων. Τα υψηλά επίπεδα μειώνονταν όσο αυξανόταν η ηλικία ($p<0,001$) και ήταν σημαντικά χαμηλότερα στους νοσηλευτές σε σύγκριση με τους ιατρούς ($p=0,014$). **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Αν και η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα δήλωσε βιβλιογραφικά ενήμερη για τα οφέλη της ιδανικής ΚΑΥ, τα επίπεδα της βαθμολογίας ΚΑΥ ήταν υψηλά μόνο στην ελαφρά πλειοψηφία του δείγματος. Από τη σύγκριση των ευρημάτων με παρεμφερή επί μέρους στοιχεία ευρωπαϊκών και βορειοαμερικανικών μελετών φάνηκε ότι το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας έχει λιγότερο υγιεινό τρόπο ζωής κυρίως όσον αφορά στις τροποποιησιμες συμπεριφορές υγείας.

Η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία (American Heart Association, ΑΗΑ) διατύπωσε το 2010 τον όρο «ιδανική καρδιαγγειακή υγεία» (ΚΑΥ)¹ και τον χρησιμοποίησε ως εργαλείο για την επίτευξη του σκοπού της μείωσης της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά αίτια στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ) μέχρι το 2020 κατά 20%. Ο όρος ιδανική ΚΑΥ περιλαμβάνει (α) την απουσία έκδηλων καρδιαγγειακών νοσημάτων (ΚΑΝ) και (β) την ταυτόχρονη παρουσία τεσσάρων τροποποιήσιμων ευνοϊκών συμπεριφορών (μη κάπνισμα, φυσιολογικός δείκτης μάζας σώματος [ΔΜΣ], υγιεινή διατροφή και επαρκής φυσική δραστηριότητα) και τριών τροποποιήσιμων βιολογικών παραγόντων (φυσιολογικές τιμές ολικής χοληστερόλης, γλυκόζης αίματος νηστείας και αρτηριακής πίεσης/χωρίς φάρμακα), γνωστών ως *life's simple 7* (LS7) (πίν. 1).

Ήδη από το 2006 είχε αναφερθεί ότι η απουσία εγκατεστημένων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου στην

ηλικία των 50 ετών σχετίζεται με σημαντική μείωση του διαβίου κινδύνου εμφάνισης ΚΑΝ και αύξηση της επιβίωσης,² ενώ το 2012 δημοσιεύτηκε ότι όσο υψηλότερο το επίπεδο φυσικής κατάστασης στον ενήλικα, τόσο χαμηλότερος ο κίνδυνος εμφάνισης μη μεταδοτικών χρόνιων ασθενειών (ΜΜΧΑ)³ κατά τα επόμενα έτη της ζωής του,⁴ και ότι η εφαρμογή υγιεινών κανόνων διατροφής σχετίζεται αντίστροφα με τον κίνδυνο εμφάνισης ΜΜΧΑ.⁵ Το 2016 και το 2017 συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση διαπίστωσαν ευθεία συσχέτιση της ιδανικής ΚΑΥ με τη μείωση της καρδιαγγειακής και της εξ' όλων των αιτιών θνησιμότητας αλλά και με την ελάττωση της επίπτωσης του καρκίνου, της κατάθλιψης και της γνωσιακής έκπτωσης σε διαφορετικούς πληθυσμούς.^{6,7} Το 2018 δημοσιεύτηκαν τα αποτελέσματα της πρώτης διαμήκους πολυετούς μελέτης, η οποία διαπίστωσε ότι η επίτευξη και η διατήρηση υψηλής βαθμολογίας ΚΑΥ χωρίς στην ενήλικη ζωή είναι μελλοντικά

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2022, 39(5):680–686
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2022, 39(5):680–686

N. Μαραβέγιας

Τμήμα Προληπτικής Ιατρικής, Ιατρικό
Κέντρο Αθηνών, Μαρούσι, Αθήνα

The life style of primary health care
professionals in Greece; do they
apply what they recommend?

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Ιδανική καρδιαγγειακή υγεία
Life's simple 7
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Υποβλήθηκε 29.9.2021

Εγκρίθηκε 30.10.2021

Πίνακας 1. Life's simple 7 (LS7).

Παράμετροι ΚΑΥ	Κακή (τιμή 0 κάθε παράμετρος)	Ενδιάμεση (τιμή 1 κάθε παράμετρος)	Ιδανική (τιμή 2 κάθε παράμετρος)
Κάπνισμα	Ναι	Διακοπή το τελευταίο έτος	Διακοπή πριν από το τελευταίο έτος – Ποτέ
ΔΜΣ (σωματικό βάρος kg/ύψος m ²)	≥30	25–29,9	<25
Διατροφή*	0–1	2–3	4–5
Φυσική δραστηριότητα**	Όχι	1–150 min/εβδομάδα μέτριας έντασης ή 1–75 min/εβδομάδα αυξημένης έντασης ή συνδυασμός	>150 min/εβδομάδα μέτριας έντασης ή >75 min/εβδομάδα αυξημένης έντασης ή συνδυασμός
Ολική χοληστερόλη (mg/dL)	≥240	200–239 ή με φάρμακο <200	<200
Γλυκόζη αίματος νηστείας (mg/dL)	≥126	100–125 ή με φάρμακο <100	<100
Αρτηριακή πίεση (συστολική/ διαστολική) mmHg	≥140 ≥90	120–139 80–89 ή με φάρμακο <120/80	<120 <80

Στοιχεία κατόπιν άδειας ΑΗΑ¹

* Διατροφή (κάθε στοιχείο βαθμολογείται με 1 μονάδα): έως 1.500 mg αλάτι/ημέρα, <1 L σακχαρούχα αναψυκτικά/εβδομάδα, τουλάχιστον 400 g ψάρι/εβδομάδα, τουλάχιστον 1,1 L φρούτων και λαχανικών/ημέρα, τουλάχιστον 85 g δημητριακών ολικής άλεσης/ημέρα

** Φυσική δραστηριότητα: Μέτριας έντασης άσκηση όπου παράγεται ήπια εφίδρωση και ελαφρά κόπωση-λαχάνιασμα (π.χ. jogging, pilates, ήπια κολύμβηση, κηπουρική, χορός)/αυξημένης έντασης άσκηση όπου παράγεται έντονη εφίδρωση και κόπωση-λαχάνιασμα (π.χ. άρση βαρών, τρέξιμο, κολύμβηση)

ΚΑΥ: Καρδιαγγειακή υγεία, ΔΜΣ: Δείκτης μάζας σώματος

καρδιοπροστατευτική και μειώνει την εξ όλων των αιτιών θνησιμότητα,^{8,9} ενώ το 2020 στοιχεία από τη Nurses Health Study ανέφεραν ότι το προσδόκιμο επιβίωσης, μετά την ηλικία των 50 ετών, ελεύθερο ΜΜΧΑ για τα άτομα που είχαν υιοθετήσει υγιεινό τρόπο ζωής, ήταν επί πλέον 10,7 έτη για τις γυναίκες και 7,6 έτη για τους άνδρες, σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν εφαρμόσει υγιεινό τρόπο ζωής.¹⁰

Η διάδοση των σχετικών μηνυμάτων στον πληθυσμό επιτυγχάνεται κυρίως διά μέσου των επαγγελματιών υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, είτε άμεσα είτε έμμεσα μέσω του τρόπου ζωής των ίδιων. Η βιβλιογραφία της τελευταίας δεκαετίας –μετά από τις δημοσιεύσεις περί των ευμενών αποτελεσμάτων της ιδανικής ΚΑΥ– σχετικά με τον υγιεινό ή όχι τρόπο ζωής των επαγγελματιών υγείας γενικά αλλά και ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), δεν είναι πλούσια και η υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν αναφέρει συγκεντρωτικές μελέτες οι οποίες να εμπεριέχουν συνολικά τα στοιχεία του υγιεινού τρόπου ζωής σύμφωνα με τα πρότυπα της ΚΑΥ.

Σκοπός της έρευνας ήταν να εξετάσει εάν οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται στην ΠΦΥ στην Ελλάδα εφαρμόζουν στον τρόπο ζωής τους τις σχετικές γνώσεις.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Υλικό της μελέτης

Στη μελέτη συμμετείχε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

ΠΦΥ το οποίο απασχολείται σε κέντρα υγείας (ΚΥ) των επτά υγειονομικών περιφερειών της χώρας, οι οποίες αντιπροσωπεύουν γεωγραφικά τις αντίστοιχες αποκεντρωμένες διοικήσεις της επικράτειας.^{11–13} Το αρχικό δείγμα (470 άτομα από πληθυσμό 4.115, 11,4%) επιλέχθηκε με δειγματοληψία ευκολίας. Η ανταποκρισιμότητα μέσω συστημένης επιστολής ή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ήταν 51,3%, τελικό δείγμα (n) 5,8% του πληθυσμού (N).

Μέθοδος

Το πρώτο εξάμηνο του 2020 διανεμήθηκε στους συμμετέχοντες στη μελέτη μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ανώνυμο ερωτηματολόγιο (πίν. 2) με συνοδό επεξηγηματικό πίνακα (πίν. 1), το οποίο περιλάμβανε (α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, επάγγελμα), (β) τον βαθμό βιβλιογραφικής ενημέρωσης σχετικά με τα οφέλη της ιδανικής ΚΑΥ και (γ) παραμέτρους του τρόπου ζωής σύμφωνα με τα LS7 (κάπνισμα, ΔΜΣ, φυσική δραστηριότητα, διατροφικές συνήθειες, τιμές ολικής χοληστερόλης, γλυκόζης νηστείας, αρτηριακής πίεσης), όπως έχουν καθοριστεί από την ΑΗΑ.¹⁸ Κάθε μια από τις επτά παραμέτρους ανάλογα με την απάντηση μπορούσε να λάβει τιμή 0–1–2 (αντίστοιχα, κακή–μέτρια–ιδανική).⁹ Η συνολική βαθμολογία προέκυψε από το άθροισμα των επί μέρους επτά, μπορούσε να κυμαίνεται από 0–14 και συσχετίστηκε με κάθε παράμετρο, αλλά και με τα δημογραφικά στοιχεία ξεχωριστά. Κατόπιν χωρίστηκε σε τρία επίπεδα: χαμηλά (0–6), μέτρια (7–8) και υψηλά (9–14)¹⁴ και εξετάστηκε η σχέση των επιπέδων με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Κριτήρια εισαγωγής-αποκλεισμού

Το ερωτηματολόγιο απευθύνθηκε στο νοσηλευτικό προσωπικό και σε όλες τις ιατρικές ειδικότητες των ΚΥ εκτός από τους γενικούς/

Πίνακας 2. Ερωτηματολόγιο.

Κυκλώστε την απάντησή σας (Α, Β, Γ, Δ, Ε)	
1. Φύλο	A: Άνδρας B: Γυναίκα
2. Ηλικία (έτη)	A: 30–40 B: 41–50 Γ: 51–60 Δ: >60
3. Ιδιότητα*	A: I B: N
4. Γνωρίζετε ότι η ιδανική καρδιαγγειακή υγεία οδηγεί σε περισσότερα και υγιέστερα έτη ζωής;	A: Ναι B: Όχι
5. Κάπνισμα	A: Ναι B: Διακοπή το τελευταίο έτος Γ: Διακοπή πριν το τελευταίο έτος Δ: Ποτέ
6. ΔΜΣ (σωματικό βάρος kg/ύψος m ²)	A: ≥30 B: 25–29,9 Γ: <25
7. Διατροφή: επιλέξετε ό,τι καταναλώνετε (πίν. 1)	A: <1.500 mg αλάτι/ημέρα B: <1 L σακχαρούχα αναψυκτικά/εβδομάδα Γ: ≥400 g ψάρι/εβδομάδα Δ: ≥1,1 L φρούτων-λαχανικών/ημέρα E: ≥85 g δημητριακών ολικής άλεσης/ημέρα
8. Φυσική δραστηριότητα (πίν. 1)	A: Καθόλου B: 1–150 min/εβδομάδα μέτριας έντασης ή 1–75 min/εβδομάδα αυξημένης έντασης ή συνδυασμός Γ: >150 min/εβδομάδα μέτριας έντασης ή >75 min/εβδομάδα αυξημένης έντασης ή συνδυασμός
9. Αρτηριακή πίεση συστολική/διαστολική (mmHg)	A: ≥140/90 B: 120–139/80–89 ή με λήψη φαρμάκου <120/80 Γ: <120/80
10. Ολική χοληστερόλη (mg/dL)	A: ≥240 B: 200–239 ή με λήψη φαρμάκου <200 Γ: <200
11. Γλυκόζη αίματος νηστείας (mg/dL)	A: ≥126 B: 100–125 ή με λήψη φαρμάκου <100 Γ: <100

I: Ιατρός, N: Νοσηλεύτρια(τρια), ΔΜΣ: Δείκτης μάζας σώματος

οικογενειακούς ιατρούς, επειδή (α) στο ελληνικό σύστημα ΠΦΥ δεν υπάρχει ο απαιτούμενος αριθμός ιατρών Γενικής-Οικογενειακής Ιατρικής και τη θέση τους στην πρωτοβάθμια περίθαλψη καταλαμβάνουν άλλες ειδικότητες και (β) συχνά αναπτύσσεται στενή σχέση εμπιστοσύνης ασθενούς και θεράποντα ιατρού, ο οποίος υποκαθιστά τον οικογενειακό ιατρό, χωρίς όμως να κατέχει την ειδικότητα της Γενικής-Οικογενειακής Ιατρικής. Δεν συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη (α) λοιπές κατηγορίες επαγγελματιών υγείας των ΚΥ γιατί δεν προβλέπονται ή δεν καλύπτονται αντίστοιχες θέσεις σε όλα τα ΚΥ της επικράτειας και (β) παιδίατροι.

Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (standard deviation, SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες εφαρμόστηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test, όπου ήταν απαραίτητο. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 22.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα αποτέλεσαν 241 επαγγελματίες υγείας: 62,2% γυναίκες, 37,8% άνδρες, 66,7% με ιατρική και 33,3% με νοσηλευτική ιδιότητα και επικρατούσα (35,4%) ηλικιακή ομάδα τα 41–50 έτη. Οι παράμετροι της ΚΑΥ παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 3, ενώ στον πίνακα 4 αναφέρεται η βαθμολογία της ΚΑΥ για κάθε παράμετρο χωριστά. Τα επίπεδα ιδανικής βαθμολογίας ΚΑΥ κυμαίνονταν από 7,1–79,9%. Συγκεκριμένα, τη χειρότερη ιδανική ανά παράμετρο βαθμολογία ΚΑΥ είχε το 7,1% των συμμετεχόντων ως προς τη διατροφή και την αντίστοιχη καλύτερη ιδανική είχε το 79,9% των συμμετεχόντων ως προς τη γλυκόζη αίματος. Η συνολική βαθμολογία ΚΑΥ προέκυψε από την άθροιση της βαθμολογίας των επί μέρους παραγόντων και μπορούσε να λάβει τιμές από 0–14, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν καλύτερη ΚΑΥ και με τη μέση τιμή να είναι 8,7 μονάδες (SD=2,4 μονάδες). Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν είχε μηδενική βαθμολογία, υποδηλώνοντας κακή ΚΑΥ σε όλους τους παράγοντες, ενώ δύο (0,8%) είχαν βαθμολογία 14, υποδηλώνοντας ιδανική ΚΑΥ σε όλους τους παράγοντες. Κατόπιν η βαθμολογία χωρίστηκε σε τρία επίπεδα: χαμηλά (0–6), μέτρια (7–8) και υψηλά (9–14). Διαπιστώθηκε ότι τα επίπεδα βαθμολογίας ΚΑΥ ήταν υψηλά σε 132 συμμετέχοντες (54,8%), μέτρια σε 62 συμμετέχοντες (25,7%) και χαμηλά σε 47 συμμετέχοντες (19,5%). Όσον αφορά στη συσχέτιση της βαθμολογίας ΚΑΥ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων αλλά και με κάθε παράγοντα χωριστά διαπιστώθηκαν τα εξής:

Πίνακας 3. Παράμετροι καρδιαγγειακής υγείας (ΚΑΥ).

Παράμετρος		n	%
Κάπνισμα	Ναι	68	28,6
	Διακοπή το τελευταίο έτος	16	6,7
	Διακοπή πριν από το τελευταίο έτος	59	24,8
	Ποτέ	95	39,9
ΔΜΣ	≥30	55	23,3
	25–29,9	102	43,2
	<25	79	33,5
Διατροφή	<1.500 mg αλάτι/ημέρα	115	48,3
	<1 L σακχαρούχα αναψυκτικά/εβδομάδα	83	34,9
	≥400 g ψάρι/εβδομάδα	65	27,3
	≥1,1 L φρούτων-λαχανικών/ημέρα	128	53,8
	≥85 g δημητριακών ολικής άλεσης/ημέρα	51	21,4
Φυσική δραστηριότητα	Καθόλου	75	31,4
	1–150 min/εβδομάδα μέτριας έντασης ή 1–75 min/εβδομάδα αυξημένης έντασης ή συνδυασμός	116	48,5
	>150 min/εβδομάδα μέτριας έντασης ή >75 min/εβδομάδα αυξημένης έντασης ή συνδυασμός	48	20,1
Αρτηριακή πίεση συστολική/ διαστολική (mmHg)	≥140/90	8	3,4
	120–139/80–89 ή με λήψη φαρμάκου <120/80	91	38,2
	<120/80	139	58,4
Ολική χοληστερόλη (mg/dL)	≥240	13	5,4
	200–239 ή με λήψη φαρμάκου <200	66	27,6
	<200	160	66,9
Γλυκόζη αίματος νηστείας (mg/dL)	≥126	7	3,1
	100–125 ή με λήψη φαρμάκου <100	39	17
	<100	183	79,9

ΔΜΣ: Δείκτης μάζας σώματος

Πίνακας 4. Βαθμολογία καρδιαγγειακής υγείας (ΚΑΥ) ανά παράμετρο.

Παράμετρος	Κακή		Μέτρια		Ιδανική	
	n	%	n	%	n	%
Κάπνισμα	68	28,6	16	6,7	154	64,7
ΔΜΣ	55	23,3	102	43,2	79	33,5
Διατροφή	112	47,1	109	45,8	17	7,1
Φυσική δραστηριότητα	75	31,4	116	48,5	48	20,1
Αρτηριακή πίεση	8	3,4	91	38,2	139	58,4
Ολική χοληστερόλη	13	5,4	66	27,6	160	66,9
Γλυκόζη αίματος νηστείας	7	3,1	39	17,0	183	79,9

ΔΜΣ: Δείκτης μάζας σώματος

Το ποσοστό ιδανικής βαθμολογίας ΚΑΥ (α) ήταν υψηλότερο στους ιατρούς σε σχέση με τους νοσηλευτές ως προς τους παράγοντες «κάπνισμα» ($p=0,009$), «διατροφή» ($p=0,001$) και «αρτηριακή πίεση» ($p=0,009$), (β) ήταν χαμηλότερο στην ηλικιακή ομάδα των 41–50 ετών ως προς τον παράγοντα «φυσική δραστηριότητα» ($p=0,047$) και (γ) μειωνόταν αυξανόμενης της ηλικίας ως προς τους παράγοντες «γλυκόζη νηστείας» ($p<0,001$), «ΔΜΣ» ($p=0,008$), «αρτηριακή πίεση» ($p<0,001$) και «ολική χοληστερόλη» ($p=0,001$). Τα συνολικά επίπεδα της βαθμολογίας ΚΑΥ σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων διέφεραν σημαντικά ανάλογα με την ηλικία ($p<0,001$) και την ιδιότητα ($p=0,014$) των συμμετεχόντων. Τα υψηλά επίπεδα μειώνονταν όσο αυξανόταν η ηλικία και ήταν σημαντικά χαμηλότερα στους νοσηλευτές σε σύγκριση με τους ιατρούς.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην αιτιοπαθογένεια των πλέον συχνών ΜΜΧΑ συμβάλλουν κοινοί παράγοντες (LS7), οι οποίοι είναι τροποποιήσιμα συστατικά στοιχεία του τρόπου ζωής του σύγχρονου ανθρώπου σε όλες τις ανεπτυγμένες αλλά και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Απόκτηση και διατήρηση υψηλών επιπέδων βαθμολογίας ΚΑΥ νωρίς στην ενήλικη ζωή μέσω κατάκτησης υψηλής βαθμολογίας κάθε συστατικού στοιχείου από τα LS7 οδηγεί σε ελαττωμένη πιθανότητα εμφάνισης πρώτου καρδιαγγειακού συμβάματος αλλά και σε μείωση της εξ όλων των αιτιών θνησιμότητας,⁸ με συνεπακόλουθες θετικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία αλλά και στη γενικότερη οικονομία κάθε χώρας. Είναι προφανής και επιτακτική η αναγκαιότητα της μετάδοσης των παραπάνω μηνυμάτων από τους επαγγελματίες υγείας (κυρίως το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό) οι οποίοι εργάζονται στην ΠΦΥ άμεσα και ευθέως προς τους ασθενείς και τους οικείους τους, με έμφαση στη μείωση της εξ όλων των αιτιών θνησιμότητας στα άτομα που διατηρούν υψηλά επίπεδα βαθμολογίας ΚΑΥ. Τα εν λόγω μηνύματα όμως θα πρέπει να μεταδίδονται και έμμεσα μέσω του υγιεινού τρόπου ζωής των επαγγελματιών υγείας, ο οποίος αντανακλάται στον κοινωνικό και στον εργασιακό τους χώρο, διατηρώντας υψηλή βαθμολογία ΚΑΥ. Ο τρόπος ζωής των ιατρών και των λοιπών επαγγελματιών υγείας (κυρίως των απασχολούμενων στην ΠΦΥ) επηρεάζει βέβαια την ατομική τους υγεία αλλά ταυτόχρονα οι σχετικές συμπεριφορές τους, όπως η καπνιστική συνήθεια και το αυξημένο σωματικό βάρος, επηρεάζουν τη φροντίδα των ασθενών τους. Ο ιατρός και ο νοσηλευτής ο οποίος απασχολείται στην ΠΦΥ έχει επαγγελματική ευθύνη να προωθή έναν υγιεινό τρόπο ζωής που έχει δείχθει ότι προάγει την καρδιακή αλλά και τη γενικότερη υγεία, είτε άμεσα συζητώντας τους κανόνες του υγιεινού τρόπου ζωής με τους ασθενείς του και προτρέποντάς τους να δράσουν ανάλογα, είτε έμμεσα εφαρμόζοντας ο ίδιος συγκεκριμένο υγιεινό τρόπο ζωής, οπότε είναι πιθανότερο να τον προτείνει στους ασθενείς και στους οικείους τους. Έχει αναφερθεί ότι η συμπεριφορά του ιατρού όσον αφορά στον υγιεινό ή όχι τρόπο ζωής του είναι ισχυρότατος θετικός παράγοντας για τις αντίστοιχες συστάσεις προς τον ασθενή του.¹⁵⁻¹⁸ Ο μη καπνιστής ιατρός είναι πολύ πιθανότερο να παροτρύνει τον καπνιστή ασθενή του να διακόψει την καπνιστική συνήθεια απ' ό,τι ο αντίστοιχος καπνιστής ιατρός, ενώ ο ιατρός ο οποίος ασκείται σε τακτική βάση και σιτίζεται σύμφωνα με τα πρότυπα της μεσογειακής διατροφής είναι πολύ πιθανότερο να συστήσει ανάλογη συμπεριφορά στον ασθενή του σε σχέση με αυτόν ο οποίος δεν έχει φυσική δραστηριότητα και δεν ακολουθεί υγιεινούς κανόνες διατροφής.¹⁹ Οι επαγγελματίες υγείας στην ΠΦΥ έχουν ιδιαίτερη ευκαιρία να προάγουν και να προωθούν έναν υγιεινό τρόπο ζωής στους ασθενείς τους αλλά και

στις οικογένειές τους, γιατί (α) έρχονται σε επαφή τακτικά και επί μακρό χρονικό διάστημα με μεγάλο και περίπου σταθερό αριθμό ατόμων, αποκτώντας οικειότητα και στενή σχέση γνωριμίας, (β) η πλειονότητα των ασθενών και των συγγενών τους θεωρεί τον ιατρό ως πρότυπο και μοντέλο συμπεριφοράς όσον αφορά στα στοιχεία του υγιεινού ή όχι τρόπου ζωής του, ερωτώντας τον «ιατρό τους» εάν ο ίδιος κάνει εξετάσεις προληπτικές, εάν ασκείται, εάν καπνίζει, εάν εμβολιάζεται, λαμβάνοντας σοβαρά υπ' όψιν όλες τις απαντήσεις και (γ) ο ιατρός και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας θεωρούνται αξιόπιστη και έγκυρη πηγή γνώσεων σε σχέση με τον τρόπο ζωής.

Στη διαθέσιμη βιβλιογραφία της τελευταίας δεκαετίας αναφέρεται σε δημοσιεύσεις από δυτικές χώρες ότι η μεγάλη πλειονότητα των ιατρών έχει επαρκή φυσική δραστηριότητα, δεν καπνίζει και έχει φυσιολογικό ΔΜΣ,^{15,19-22} ενώ σε αντίστοιχες δημοσιεύσεις από χώρες της Μέσης Ανατολής, Νότιας Αφρικής και Νότιας Αμερικής^{16,17,23-26} περιγράφεται ως σημαντικό το ποσοστό των ιατρών και των λοιπών επαγγελματιών υγείας το οποίο δεν ασκείται, δεν διατρέφεται υγιεινά και είναι υπέρβαρο. Στην Ελλάδα, μελέτες από το 2007 αναφέρουν δυστυχώς αυξημένο ποσοστό καπνιστών και υπέρβαρων ιατρών απασχολούμενων σε νοσοκομεία.^{27,28}

Στο δείγμα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού το οποίο μελετήθηκε επικρατούσε το γυναικείο φύλο (62,2%:37,8%), η ιατρική ιδιότητα (66,7%:33,3%) και η ηλικιακή ομάδα μεταξύ 41-50 ετών. Αναφέρθηκε ότι φυσιολογικό ΔΜΣ είχε το 33,5% των συμμετεχόντων, κάπνιζε ή διέκοψε το τελευταίο έτος το 35,3%, δεν είχε φυσική δραστηριότητα το 31,4%, κατανάλωνε >1,5 g αλάτι ημερησίως και >1,1 L φρούτων/λαχανικών το 51,7% και 53,8%, αντίστοιχα, ενώ φυσιολογικές τιμές αρτηριακής πίεσης, ολικής χοληστερόλης, γλυκόζης αίματος νηστείας (χωρίς φάρμακα) είχε, αντίστοιχα, το 58,4%, το 66,9% και το 79,9%. Το ποσοστό της ιδανικής ανά παράμετρο βαθμολογίας ΚΑΥ μειώθηκε στατιστικώς σημαντικά αυξανόμενης της ηλικίας σε σχέση με τον ΔΜΣ ($p=0,008$), την αρτηριακή πίεση ($p=0,001$), την ολική χοληστερόλη ($p=0,001$) και τη γλυκόζη αίματος νηστείας ($p<0,001$), ενώ τα υψηλά επίπεδα συνολικής βαθμολογίας ΚΑΥ μειώνονταν αυξανόμενης της ηλικίας και ήταν χαμηλότερα στο νοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με το ιατρικό προσωπικό. Τη χειρότερη ιδανική βαθμολογία ΚΑΥ των συμμετεχόντων ανά παράμετρο είχε το 7,1% όσον αφορά στη διατροφή, το 20,1% αναφορικά με τη φυσική δραστηριότητα και το 33,5% όσον αφορά στον ΔΜΣ. Σημειώνεται ότι μόνο το 0,8% των συμμετεχόντων είχαν ιδανική συνολική βαθμολογία ΚΑΥ. Τα επίπεδα της συνολικής βαθμολογίας ΚΑΥ ήταν χαμηλά στο 19,5%, μέτρια στο 25,7% και υψηλά στο 54,8% των συμμετεχόντων.

Συγκρινόμενα τα ευρήματά μας με παρεμφερή επί μέρους στοιχεία ευρωπαϊκών και βορειοαμερικανικών μελετών^{15,19-22} αναδεικνύουν ότι το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της ΠΦΥ στη χώρα μας έχει λιγότερο υγιεινό τρόπο ζωής κυρίως όσον αφορά στις τροποποιήσιμες συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, φυσική δραστηριότητα, διατροφή και σωματικό βάρος), προσομοιάζοντας τον τρόπο ζωής επαγγελματιών υγείας γειτονικών ανατολικών λαών.^{16,17,23}

Ενδιαφέρουσα είναι η διαπίστωση ότι αν και η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων (97,9%) δήλωσε βιβλιογραφικά ενήμερη για τα οφέλη της ιδανικής ΚΑΥ, τα επίπεδα βαθμολογίας ΚΑΥ ήταν υψηλά μόνο στην ελαφρά πλειοψηφία του δείγματος. Εφόσον θεωρήσουμε ότι η δήλωση είναι αληθής, προκύπτει μια προφανής δυσαρμονία μεταξύ του τρόπου ζωής μεγάλου τμήματος των συμμετεχόντων και της επιστημονικής γνώσης. Από τα αποτελέσματα της μελέτης έχει προκύψει ότι οι συμμετέχοντες «υστερούν» σε βαθμολογία ΚΑΥ, κυρίως στους παράγοντες «διατροφή», «φυσική δραστηριότητα», «σωματικό βάρος». Ως εκ τούτου, η δυσαρμονία μπορεί να αποδοθεί στον ελλιπή ελεύθερο χρόνο για άσκηση και στη συχνή σίτιση εκτός οικίας λόγω αυξημένου εργασιακού φόρτου και παρατεταμένων ωραρίων-εφημεριών, ενδεχομένως όμως και σε συνδυασμό με μη πραγματική εμπέδωση της επιστημονικής γνώσης.

Συμπερασματικά, η προληπτική παρέμβαση στον υγιεινό ή όχι τρόπο ζωής των πολιτών κάθε χώρας με κύριο

στόχο τη μείωση του επιπολασμού των ΜΜΧΑ και του επακόλουθου οφέλους της ατομικής υγείας αλλά και της γενικότερης οικονομίας της χώρας, ασκείται και μέσω της ΠΦΥ, γνωστοποιώντας τις κατάλληλες συστάσεις από τις αντίστοιχες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης προς τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Το ανθρώπινο δυναμικό, το οποίο έρχεται σε άμεση επαφή με τον κάθε πολίτη και μεταδίδει τις κατάλληλες οδηγίες (κυρίως οι ιατροί και οι νοσηλεύτες οι οποίοι απασχολούνται στην ΠΦΥ), διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επιτυχή έκβαση των μηνυμάτων σχετικά με τα αποδεδειγμένα οφέλη του υγιεινού τρόπου ζωής και ο ρόλος αυτός ενισχύεται ή αποδυναμώνεται από τον τρόπο ζωής των ίδιων. Στη χώρα μας, οι αντίστοιχοι φροντιστές υγείας, ενώ δηλώνουν ενημερωμένοι στη συντριπτική πλειοψηφία τους για τα οφέλη του υγιεινού τρόπου ζωής βάσει των στοιχείων της ιδανικής ΚΑΥ, διατηρούν υψηλά επίπεδα βαθμολογίας ΚΑΥ σε ποσοστό 54,8%, μέτρια σε ποσοστό 25,7% και χαμηλά σε ποσοστό 19,5%, αφήνοντας πολλά περιθώρια για βελτίωση του τρόπου ζωής πολύ μεγαλύτερου ποσοστού ιατρών και νοσηλευτών της ΠΦΥ.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Στην κυρία Χαρά Τζαβάρα, MSc, PhD, βιοστατιστικό-ιατρική ερευνήτρια, για την αναγκαία συνεισφορά της στην εκπόνηση της στατιστικής ανάλυσης.

ABSTRACT

The life style of primary health care professionals in Greece; do they apply what they recommend?

N. MARAVEGIAS

Checkup Department, Athens Medical Center, Marousi, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2022, 39(5):680-686

OBJECTIVE Investigation of the adherence to the healthy lifestyle of health professionals in primary care in Greece, in relation to the application of the "life's simple 7" (LS7) principles. **METHOD** In the first half of 2020, an anonymous questionnaire, including demographic data, lifestyle elements according to LS7 and questions on the knowledge about the benefits of ideal cardiovascular health (CVH), was distributed via e-mail to physicians and nurses working in health centers in the seven Greek health districts. **RESULTS** The scores of the participants ranged between 1-14 (mean=8.7±2.4). High scores (9-14) on the CVH scale were recorded by 54.8% of the participants, intermediate scores (7-8) by 25.7% and low scores (0-6) by 19.5%. The levels of CVH score varied significantly, according to the age and the health profession; the levels decreased with increasing age ($p<0.001$) and a significantly lower proportion of high scores were recorded by nurses than by physicians ($p=0.014$). **CONCLUSIONS** Although the majority of the primary health care professionals participating in the study was aware of the benefits of ideal CVH, high CVH scores were recorded by only a slight majority of the sample. Comparison with the findings of similar European and North American studies shows that Greek primary health care professionals maintain a less healthy lifestyle, mainly concerning modifiable health behaviors.

Key words: Ideal cardiovascular health, Life's simple 7, Primary health care

Βιβλιογραφία

- LLOYD-JONES DM, HONG Y, LABARTHE D, MOZAFFARIAN D, APPEL LJ, VAN HORN L ET AL. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: The American Heart Association's strategic impact goal through 2020 and beyond. *Circulation* 2010, 121:586–613
- LLOYD-JONES DM, LEIP EP, LARSON MG, D'AGOSTINO RB, BEISER A, WILSON PWF ET AL. Prediction of lifetime risk for cardiovascular disease by risk factor burden at 50 years of age. *Circulation* 2006, 113:791–798
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Global non communicable diseases. Division of Global Health Protection, Global Health, CDC, 2019. Available at: www.cdc.org
- WILLIS BL, GAO A, LEONARD D, DEFINA LF, BERRY JD. Midlife fitness and the development of chronic conditions in later life. *Arch Intern Med* 2012, 172:1333–1340
- CHIUVE SE, FUNG TT, RIMM EB, HU FB, McCULLOUGH ML, WANG M ET AL. Alternative dietary indices both strongly predict risk of chronic disease. *J Nutr* 2012, 142:1009–1018
- YOUNUS A, ANENI EC, SPATZ ES, OSONDU CU, ROBERSON L, OGUNMOROTI O ET AL. A systematic review of the prevalence and outcomes of ideal cardiovascular health in US and non-US populations. *Mayo Clin Proc* 2016, 91:649–670
- GUO L, ZHANG S. Association between ideal cardiovascular health metrics and risk of cardiovascular events or mortality: A meta-analysis of prospective studies. *Clin Cardiol* 2017, 40:1339–1346
- SANCHEZ E. Life's Simple 7: Vital but not easy. *J Am Heart Assoc* 2018, 7:e009324
- ENSERRO DM, VASAN RS, XANTHAKIS V. Twenty-year trends in the American Heart Association cardiovascular health score and impact on subclinical and clinical cardiovascular disease: The Framingham Offspring Study. *J Am Heart Assoc* 2018, 7:e008741
- LI Y, SCHOUFOUR J, WANG DD, DHANA K, PAN A, LIU X ET AL. Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: Prospective cohort study. *Br Med J* 2020, 368:l6669
- NΟΜΟΣ 4238/2014. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις. ΦΕΚ/38/Α/17.02.2014 και ΝΟΜΟΣ 4486/2017. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ/115/Α/7.8.2017. Διαθέσιμο στο: <http://84.205.251.13/index.php/nomoi-proedrika-diatagmata>
- ΚΑΚΑΛΕΤΣΗΣ Ν, ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Α, ΣΙΓΑΛΑΣ Ι, ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ Α. Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα – σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις. *Arch Ελλ Ιατρ* 2013, 30:233–240
- ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. Κέντρα υγείας και θεραπευτήρια (κλίνες-προσωπικό-εξοπλισμός). ΕΛΣΤΑΤ, Αθήνα, 2019. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/Στατιστικές/Πληθυσμός και κοινωνικές συνθήκες/Υγεία/Υγειονομικός πληθυσμός/Κέντρα Υγείας>
- THACKER EL, GILLET SR, WADLEY VG, UNVERZAGT FW, JUDD SE, McCLURE LA ET AL. The American Heart Association Life's Simple 7 and incident cognitive impairment: The REasons for Geographic And Racial Differences in Stroke (REGARDS) study. *J Am Heart Assoc* 2014, 3:000635
- SAEYS F, CAMMU H. GPs' attitudes on a healthy lifestyle: A survey of GPs in Flanders. *Br J Gen Pract* 2014, 64:e664–e669
- BORGAN SM, JASSIM GA, MARHOON ZA, IBRAHIM MH. The lifestyle habits and wellbeing of physicians in Bahrain: A cross-sectional study. *BMC Public Health* 2015, 15:655
- MIRON RW, MALATSKEY L, ROSEN LJ. Health-related behaviours and perceptions among physicians: Results from a cross-sectional study in Israel. *BMJ Open* 2019, 9:e031353
- CARLOS S, CAMPÀ AR, FUENTE-ARRILAGA C, ECHAVARRI M, FERNANDEZ-MONTERO A, GEA A ET AL. Do healthy doctors deliver better messages of health promotion to their patients? Data from the SUN cohort study. *Eur J Public Health* 2020, 30:446–472
- FRANK E, SEGURA C. Health practices of Canadian physicians. *Can Fam Physician* 2009, 55:810–811.e7
- FONSECA M, FLEITAS G, TAMBORERO G, BENEJAM M, LEIVA A. Lifestyles of primary care physicians: Perception and implications on cardiovascular prevention. *Semergen* 2013, 39:421–432
- SUIJA K, PECHTER U, MAAROOS J, KALDA R, RÄTSEP A, OONA M ET AL. Physical activity of Estonian family doctors and their counselling for a healthy lifestyle: A cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2010, 11:48
- BAZARGAN M, MAKAR M, BAZARGAN-HEJAZI S, ANI C, WOLF KE. Preventive, lifestyle, and personal health behaviors among physicians. *Acad Psychiatry* 2009, 33:289–295
- AL ATEEQ MA, AL ARAWI SM. Healthy lifestyle among primary health care professionals. *Saudi Med J* 2014, 35:488–494
- KUNENE SH, TAUOKOBONG NP. Dietary habits among health professionals working in a district hospital in KwaZulu-Natal, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2017, 9:e1–e5
- SIMFUKWE P, VAN WYK B, SWART C. Perceptions, attitudes and challenges about obesity and adopting a healthy lifestyle among health workers in Pietermaritzburg, KwaZulu-Natal province. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2017, 9:e1–e9
- HIDALGO KD, MIELKE GI, PARRA DC, LOBELO F, SIMÕES EJ, GOMES GO ET AL. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. *BMC Public Health* 2016, 16:1114
- SOTIROPOULOS A, GIKAS A, SPANOU E, DIMITRELOS D, KARAKOSTAS F, SKLIROS E ET AL. Smoking habits and associated factors among Greek physicians. *Public Health* 2007, 121:333–340
- TOUNTAS Y, MANIOS Y, DIMITRAKAKI C, TZAVARA C. Relationship between basic protective health behaviours and health related quality of life in Greek urban hospital employees. *Int J Public Health* 2007, 52:341–344

Corresponding author:

N. Maravegias, 5–7 Distomou street, 151 25 Marousi, Greece
e-mail: nikosmaravegias@gmail.com