







**TABEL 1. Tabelul de contingență**

	Boala sau deces		Total	
Factor de risc		+	-	
	+	a	b	a+b
	-	c	d	c+d
Total		a+c	b+d	n

a – persoanele care fac boala sau decedează, dintre cei expuși riscului  
 b – persoanele care nu fac boala, dintre cei expuși riscului  
 c – persoanele care fac boala sau decedează, dintre cei neexpuși riscului  
 d – persoanele care nu fac boala, dintre cei neexpuși riscului  
 a+b = lotul expușilor  
 c+d = lotul neexpușilor  
 a+c = totalul bolnavilor și decedaților  
 b+d = totalul nonbolnavilor  
 n = nr. total al subiecților studiați  
 R1 = riscul de boală sau deces la cei expuși,  $R1 = a/(a+b)$   
 RO = riscul de boală sau deces la cei neexpuși,  $RO = c/(c+d)$

**TABEL 2. Interpretarea rezultatelor**

Risc relativ	Risc atribuibil	Interpretare
RR > 1	RA > 0	Factor de risc
RR = 1	RA = 0	Factor indiferent
RR < 1	RA < 0	Factor de protecție

## CONCLUZII

Programele de combatere a riscului de îmbolnăvire necesită a fi programe individuale pentru fiecare pacient expus unor factori de risc, dar benefice dacă ele s-ar efectua într-un program național de prevenție primară.

Conștientizarea individului sau a unui grup populațional în a-și modifica stilul de viață, felul de a se alimenta în absența oricărei suferințe reprezintă o încercare „temerară”. A schimba modul de viață, statutul socioeconomic, nivelul cultural, gradul de informare și coeziunea familiei, atitudinea prietenilor, rudelor și colegilor de muncă poate fi o alegere favorabilă sau contrară.

Abilitatea medicului de familie reprezintă însă factorul determinant în adeziunea pacientului la un program. Medicul de familie trebuie să aibă diploma sa necesară în procesul de negociere și să-l facă pe pacient partenerul său în lupta pentru apărarea propriei sănătăți. Programul de combatere a unui cumul de factori de risc nu trebuie început cu „toți deodată”, ci în trepte, printr-o negociere permanentă cu pacientul. Trebuie ca, la fiecare treaptă, pacientul să aibă certitudinea scăderii riscului și a preocupării sale pentru o nouă etapă, în care ei eficiența crede. Orice tentativă a pacientului de întrerupere sau renunțare la program este necesară să fie combătută, „în lipsa simptomelor”, cu exemple concrete de evoluție nefavorabilă, chiar catastrofală, și o informare a posibilităților la zi de combatere a riscului.

Familia poate fi de un real folos atât în ajutorul dat celui în cauză, cât și în confirmarea aderenței la program (renunțarea la fumat și alcool, mișcarea, dieta).

*Conflict of interest:* none declared  
*Financial support:* none declared

## BIBLIOGRAFIE

- Jompan A. Medicina familiei, ediția a X-a. Editura Eurostampa, Timișoara, 2016.
- Restian A. Bazele medicinei de familie. Editura Medicală, București, 2003.
- Matei D. Esențialul în medicina de familie, ediția a III-a. Editura Amaltea, București, 2016.
- Taylor BR. Fundamentals of Family Medicine. Editura Springer, New York, 1996.
- Jompan A. Manager, lider și indicatori ai stării de sănătate. Editura Eurostampa, Timișoara, 2010.
- Jompan A. Asistența medicală primară a sănătății. Editura Eurostampa, Timișoara, 2016.
- Harrison. Principii de medicină internă. Editura Orizonturi, București, 2012.
- Ghiduri ESC – Medicină cardiovasculară. Compendiu de ghiduri. Editura Infomedica, București, 2015.
- Karila L. Book des ECN. Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2011.
- American Diabetes Association. Standard of medical care in diabetes. *Diabetes Care* 2005; 3(Suppl 1).
- Schneider F, Jompan A. Prevenirea și combaterea bolilor cardiovasculare obiectiv prioritar pentru sănătatea și prosperitatea națiunii. *Actualitatea Medicală* 1995;34.
- Jompan A. The study of the cardiovascular risk factors in an urban Industrial community. Conferința de Medicină de Familie, Praga, 2006.
- Jompan A et al. Traditional nutrition – A risk for cardiovascular diseases in the Banat Region. Szeged, 2011.