

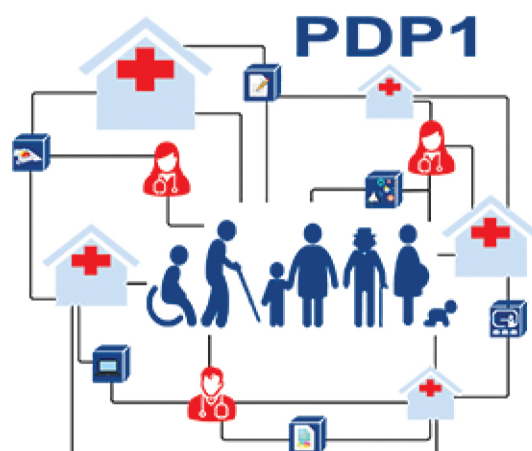


“Ancheta europeană de evaluare a stării de sănătate prin examinare”

RAPORT FINAL ROMÂNIA

realizată în cadrul proiectului:

“Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru
îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți
(inclusiv populație vulnerabilă)”



Pentru mai multe detalii: <https://www.eeagrants.ro>, <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/>

Lucrăm împreună pentru o Europă **sănătoasă!**

Programul “Provocări în sănătatea publică la nivel european” finanțat prin Mecanismul Financiar
al Spațiului Economic European (SEE) 2014-2021

Operator de Program - Ministerul Sănătății, Promotorul Proiectului - Institutul Național de Sănătate Publică

**“Ancheta europeană de
evaluare a stării de sănătate prin examinare”**

**RAPORT FINAL
ROMÂNIA**

Alexandra CUCU
Irina ECLEMEA

Lacrămioara BRÎNDUȘE
Radu NICOLAE

**“Ancheta europeană de
evaluare a stării de sănătate prin examinare”**

**RAPORT FINAL
ROMÂNIA**

BUCUREȘTI
2024

CUPRINS

Lista abrevieri _____	6
Lista grafice _____	7
Lista tabele _____	9
INTRODUCERE _____	11
Context internațional _____	12
Context național _____	15
Ancheta europeană de examinare a stării de sănătate (EHES) 2022 în România _____	16
METODOLOGIA EHES ÎN ROMÂNIA _____	18
Planificarea și managementul anchetei naționale EHES _____	18
Populația țintă a anchetei _____	19
Dimensiunea eșantionului _____	20
Procedurile de eșantionare _____	22
Ponderări de eșantionare _____	27
Promovarea anchetei naționale EHES _____	29
Instructajul operatorilor de interviu și a medicilor de familie _____	29
Distribuirea de echipamente medicale necesare anchetei EHES _____	30
Designul și aplicarea chestionarului național EHES _____	30
Consultațiile medicale _____	32
Recoltarea probelor de sânge _____	35
Controlul calității _____	35
Protecția datelor cu caracter personal _____	36
REZULTATELE EHES 2022 ÎN ROMÂNIA _____	37
1. Variabile socio-demografice _____	37
1.1 Starea civilă _____	37
1.2 Nivelul de educație _____	37
1.3 Ocupația _____	39
1.4 Venitul _____	40
1.5 Structura pe grupe de vârste _____	41

2. Stare de sănătate	43
2.1 Percepția asupra propriei stări de sănătate	44
2.2 Probleme de sănătate cronice (autodeclarate)	45
2.3 Probleme de sănătate care limitează activitățile obișnuite (în ultimele 6 luni)	46
2.4 Probleme de sănătate în evidență (autodeclarate)	47
2.4.1. Infarct miocardic	47
2.4.2. Boală coronariană/angină pectoral	49
2.4.3. Hipertensiune arterială	50
2.4.4. Hipercolesterolemie	52
2.4.5. Accident vascular cerebral	53
2.4.6. Diabet zaharat	55
3. Îngrijirea sănătății	57
3.1. Medicamente prescrise de medic (autodeclarate)	57
3.1.1. Medicamente pentru hipertensiunea arterială (autodeclarat)	59
3.1.2. Medicamente pentru hipercolesterolemie (autodeclarat)	60
3.1.3. Medicamente pentru diabet zaharat (autodeclarat)	62
3.1.4. Medicamente pentru alte afecțiuni (autodeclarat)	63
3.2. Măsurarea tensiunii arteriale (autodeclarat)	65
3.3. Colesterolemie (autodeclarat)	66
4. Determinanți ai sănătății	67
4.1 <i>Indice de masa corporală (declarat)</i>	67
4.2 <i>Fumat</i>	68
4.3 <i>Consum de alcool</i>	70
4.4 <i>Activitate fizică</i>	73
5. Afecțiuni aflate în evidența medicului de familie	78
5.1. Hipertensiunea arterială	78
5.2. Hipercolesterolemia	80
5.3. Diabetul zaharat	82
6. Tensiune arterială măsurată	84

7. Măsurători antropometrice	86
7.1. Statusul ponderal	86
7.2. Circumferința abdominală și raportul talie-șold	87
7.3. Raportul talie/înălțime	88
8. Test scaun simplu/cronometrat	89
9. Analize de sânge	92
9.1 Profil lipidic	92
9.1.1. Colesterol total	93
9.1.2. HDL	93
9.1.3. LDL	94
9.2 Profil glucidic	96
9.2.1. Glicemia a jeun	97
9.3 Ionogramă	99
9.3.1. Calciu	99
9.3.2. Potasiu	100
9.3.3. Sodiu	101
9.4 Vitamina D	101
9.5 Hemoglobină	103
9.6 Enzime hepatice	104
9.6.1. Alanin-amino-transferaza	105
9.6.2. Gama glutamil-transferaza	106
9.7 Biochimie urinară	106
9.7.1. Creatina serică	107
9.7.2. Uree	107
9.8 Feritina	108
9.9 Profil hormonal tiroidian	109
9.9.1. T4	110
9.9.2. TSH	111
CONCLUZII	112
RECOMANDĂRI	115

ANEXE	117
Anexa nr.1 Chestionar si formular consult	117
Anexa nr. 2 Măsurători antropometrice, analize de sânge sau de laborator suplimentare în cele 12 anchete pilot EHES	137
Anexa nr. 3 Modul de administrare a chestionarului și module suplimentare introduse în chestionar	138
Anexa nr. 4 Eșantionarea în șapte anchete naționale de examinare a sănătății	139
Anexa nr. 5 Detaliere structură eșantion în funcție de grupă de vârstă, nivel de educație, gen și mediu de rezidență	143
Anexa nr. 6 Detaliere structură eșantion în funcție de regiunea de dezvoltare, nivel de educație, gen și mediu de rezidență	144
Anexa nr. 7 Detaliere structură eșantion în funcție de grupă de vârstă, stare de sănătate, gen și mediu de rezidență	145
Anexa nr. 8 Detaliere structură eșantion în funcție de regiunea de dezvoltare, starea de sănătate, gen și mediu de rezidență	147
Anexa nr. 9 Detaliere structură eșantion în funcție de grupă de vârstă, măsurarea colesterolemiei, gen și mediu de rezidență	149
Anexa nr. 10 Detaliere structură eșantion în funcție de regiunea de dezvoltare, măsurarea colesterolemiei, gen și mediu de rezidență	150
Anexa nr. 11 Detaliere structură eșantion în funcție de grupă de vârstă, status ponderal, gen și mediu de rezidență	152
Anexa nr. 12 Detaliere structură eșantion în funcție de regiunea de dezvoltare, statusul ponderal, gen și mediu de rezidență	154
Anexa nr. 13 Detaliere structură eșantion în funcție de grupă de vârstă, măsurarea TA, gen și mediu de rezidență	156
Anexa nr. 14 Detaliere structură eșantion în funcție de regiunea de dezvoltare, măsurare TA, gen și mediu de rezidență	157
Anexa nr. 15 Detaliere structură eșantion în funcție de grupă de vârstă, măsurarea glicemiei, gen și mediu de rezidență	159
Anexa nr. 16 Detaliere structură eșantion în funcție de regiunea de dezvoltare, măsurarea glicemiei, gen și mediu de rezidență	160

<i>Anexa nr. 17 Detaliere structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, raportul talie/înălțime, gen și mediu de rezidență _____</i>	162
<i>Anexa nr. 18 Detaliere structură eşantion în funcție de regiunea de dezvoltare, raport talie/înălțime, gen și mediu de rezidență _____</i>	163
<i>Anexa nr. 19 Detaliere structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, fumat, gen și mediu de rezidență _____</i>	164
<i>Anexa nr. 20 Detaliere structură eşantion în funcție de regiunea de dezvoltare, fumat, gen și mediu de rezidență _____</i>	165
<i>Anexa nr. 21 Detaliere structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, frecvența consumului de alcool, gen și mediu de rezidență _____</i>	166
<i>Anexa nr. 22 Detaliere structură eşantion în funcție de regiunea de dezvoltare, frecvența consumului de alcool, gen și mediu de rezidență _____</i>	168
<i>Anexa nr. 23 Detaliere structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, colesterol total, gen și mediu de rezidență _____</i>	170
<i>Anexa nr. 24 Detaliere structură eşantion în funcție de regiunea de dezvoltare, frecvența consumului de alcool, gen și mediu de rezidență _____</i>	171
<i>Anexa nr. 25 Detaliere structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, nivel HDL, gen și mediu de rezidență _____</i>	172
<i>Anexa nr. 26 Detaliere structură eşantion în funcție de regiunea de dezvoltare, nivelul HDL, gen și mediu de rezidență _____</i>	173
<i>Anexa nr. 27 Detaliere structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, nivelul de hemoglobină glicozilată, gen și mediu de rezidență _____</i>	174
<i>Anexa nr. 28 Detaliere structură eşantion în funcție de regiunea de dezvoltare, nivelul hemoglobinei glicozilate, gen și mediu de rezidență _____</i>	175
<i>Anexa nr. 29 Detaliere structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, nivelul de vitamin D, gen și mediu de rezidență _____</i>	176
<i>Anexa nr. 30 Detaliere structură eşantion în funcție de regiunea de dezvoltare, nivelul de vitamină D, gen și mediu de rezidență _____</i>	177

Lista abrevieri

CA – Circumferință abdominală

CAPI - Computer Assisted Personal Interviewing metodă de colectare a datelor ce folosește mijloace electronice

CNAS – Casă Națională de Asigurări de Sănătate

EFTA – European Free Trade Association (Asociația Europeană a Liberului Schimb)

EHES – European Health Examination Survey (Studiu european de examinare a stării de sănătate)

EU-SILC - EU Statistics on Income and Living Conditions

FEHES - Feasibility of the European Health Examination Survey (Fezabilitatea studiului European de examinare a stării de sănătate)

HDL – High Density Lipoprotein

HES – health examination survey (ancheta de examinare a stării de sănătate)

HIS – health interview study (anchetă de sănătate bazată pe interviu)

ICD – International Classification of Diseases (Clasificarea internațională a Maladiilor)

LDL - Low Density Lipoprotein

PPS – Probability proportional to size - selecție probabilistă proporțională cu mărimea unității

UE – Uniunea Europeană

SEE – Spațiul Economic European

UPE – Unități primare de eșantionare

Lista grafice

Grafic nr. 1 Structura eșantionului în funcție de starea civilă, total, pe gen și mediu de rezidență	38
Grafic nr. 2 Structura eșantionului în funcție de nivelul de educație, total, pe gen și mediu de rezidență	38
Grafic nr. 3 Structura eșantionului în funcție de nivele de venit - total, pe gen și pe mediu de rezidență	41
Grafic nr. 4 Structura eșantionului pe grupe de vârstă	42
Grafic nr. 5 Structura eșantionului în funcție de percepția asupra propriei stări de sănătate - total, pe gen și mediu de rezidență	44
Grafic nr. 6 Structura eșantionului în funcție de problemele de sănătate cronice autodeclarate - total, pe gen și mediu de rezidență	45
Grafic nr. 7 Structura eșantionului în funcție de măsura în care problemele de sănătate limitează activitățile obișnuite - total, pe gen și mediu de rezidență	47
Grafic nr. 8 Structura eșantionului în funcție de problemele de sănătate în evidență autodeclarate (infarct miocardic) - total, pe gen și mediu de rezidență	47
Grafic nr. 9 Structura eșantionului în funcție de problemele de sănătate în evidență autodeclarate (boală coronariană/angină pectorală) - total, pe gen și mediu de rezidență	49
Grafic nr. 10 Structura eșantionului în funcție de prezența hipertensiunii – total, pe gen și mediu de rezidență	50
Grafic nr. 11 Structura eșantionului în funcție de prezența hipercolesterolemiei – total, pe gen și mediu de rezidență	52
Grafic nr. 12 Structura eșantionului în funcție de prezența AVC - total, pe gen și mediu de rezidență	54
Grafic nr. 13 Structura eșantionului în funcție de diabet zaharat- total, pe gen și pe mediu de rezidență	55
Grafic nr. 14 Structura eșantionului în funcție de medicamente prescrise de medic - total, pe gen și pe mediu de rezidență	57
Grafic nr. 15 Structura eșantionului în funcție de medicamente pentru hipertensiunea arterială - total, pe gen și pe mediu de rezidență	59
Grafic nr. 16 Structura eșantionului în funcție de medicamente pentru hipercolesterolemie - total, pe gen și pe mediu de rezidență	60
Grafic nr. 17 Structura eșantionului în funcție de medicamente pentru diabet zaharat - total, pe gen și pe mediu de rezidență	62
Grafic nr. 18 Structura eșantionului în funcție de medicamente pentru alte afecțiuni - total, pe gen și pe mediu de rezidență	63
Grafic nr. 19 Structura eșantionului în funcție de măsurarea tensiunii arteriale - total, pe gen și pe mediu de rezidență	65
Grafic nr. 20 Structura eșantionului în funcție de colesterolemie - total, pe gen și pe mediu de rezidență	65
Grafic nr. 21 Structura eșantionului în funcție de glicemie - total, pe gen și pe mediu de rezidență	66
Grafic nr. 22 Structura eșantionului în funcție de indicele de masă corporală - total, pe gen și pe mediu de rezidență	67
Grafic nr. 23 Structura eșantionului în funcție de fumat - total, pe gen și pe mediu de rezidență	69
Grafic nr. 24 Structura eșantionului în funcție de consumul de alcool - total, pe gen și pe mediu de rezidență	71
Grafic nr. 25 Structura eșantionului în funcție de numărul bauturilor standard - total, pe gen și pe mediu de rezidență	72
Grafic nr. 26 Structura eșantionului în funcție de frecvența consumului a 6 sau peste unități standard alcool - total, pe gen și pe mediu de rezidență	73
Grafic nr. 27 Structura eșantionului în funcție de frecvență activității fizice ușoare - total, pe gen și pe mediu de rezidență	74
Grafic nr. 28 Structura eșantionului în funcție de timpul acordat activității fizice ușoare într-o zi obișnuită - total, pe gen și pe mediu de rezidență	75
Grafic nr. 29 Structura eșantionului în funcție de frecvența activității fizice moderate - total, pe gen și pe mediu de rezidență	75

Grafic nr. 30 Structura eşantionului în funcție de timpul acordat activității fizice moderate într-o zi obișnuită - total, pe gen și pe mediu de rezidență	76
Grafic nr. 31 Structura eşantionului în funcție de frecvență activități fizice intense - total, pe gen și pe mediu de rezidență	76
Grafic nr. 32 Structura eşantionului în funcție de timpul acordat activități fizice intense într-o zi obișnuită - total, pe gen și pe mediu de rezidență	77
Grafic nr. 33 Structura eşantionului în funcție de hipertensiunea arteriala - total, pe gen și pe mediu de rezidență	78
Grafic nr. 34 Structura eşantionului în funcție de hipercolesterolemia - total, pe gen și pe mediu de rezidență	80
Grafic nr. 35 Structura eşantionului în funcție de diabet zaharat - total, pe gen și pe mediu de rezidență	82
Grafic nr. 36 Structura eşantionului în funcție de tensiunea arterială măsurată - total, pe gen și pe mediu de rezidență	84
Grafic nr. 37 Structura eşantionului în funcție de statusul ponderal - total, pe gen și pe mediu de rezidență	87
Grafic nr. 38 Structura eşantionului în funcție de raport talie/inaltime - total, pe gen și pe mediu de rezidență	88
Grafic nr. 39 Structura eşantionului în funcție de realizarea testului scaunului simplu - total, pe gen și mediu de rezidență	90
Grafic nr. 40 Structura eşantionului în funcție de realizarea testului scaunului simplu - total, pe gen și mediu de rezidență	90
Grafic nr. 41 Timpul mediu necesar pentru realizarea a 5 ridicări la testul scaunului cronometrat - total, pe gen și mediu de rezidență	91
Grafic nr. 42 Timpul mediu necesar pentru realizarea a 10 ridicări la testul scaunului cronometrat - total, pe gen și mediu de rezidență	91
Grafic nr. 43 Structura eşantionului în funcție de colesterol total - total, pe gen și pe mediu de rezidență	93
Grafic nr. 44 Structura eşantionului în funcție de HDL - total, pe gen și pe mediu de rezidență	94
Grafic nr. 45 Structura eşantionului în funcție de LDL - total, pe gen și pe mediu de rezidență	95
Grafic nr. 46 Structura eşantionului în funcție de nivelul trigliceridelor - total, pe gen și pe mediu de rezidență	96
Grafic nr. 47 Structura eşantionului în funcție de nivelul glicemiei a jeun - total, pe gen și pe mediu de rezidență	97
Grafic nr. 48 Structura eşantionului în funcție de hemoglobina glicata - total, pe gen și pe mediu de rezidență	98
Grafic nr. 49 Structura eşantionului în funcție de calciu - total, pe gen și pe mediu de rezidență	100
Grafic nr. 50 Structura eşantionului în funcție de nivelul potasiului - total, pe gen și pe mediu de rezidență	100
Grafic nr. 51 Structura eşantionului în funcție de nivelul sodiului - total, pe gen și pe mediu de rezidență	101
Grafic nr. 52 Structura eşantionului în funcție de nivelul vitaminei D - total, pe gen și pe mediu de rezidență	102
Grafic nr. 1 Structura eşantionului în funcție de hemoglobina - total, pe gen și pe mediu de rezidență	104
Grafic nr. 2 Structura eşantionului în funcție de alanin-amino-transferaza - total, pe gen și pe mediu de rezidență	105
Grafic nr. 3 Structura eşantionului în funcție de gama glutamil transferaza - total, pe gen și pe mediu de rezidență	106
Grafic nr. 4 Structura eşantionului în funcție de creatina serica - total, pe gen și pe mediu de rezidență	107
Grafic nr. 5 Structura eşantionului în funcție de nivelul ureei - total, pe gen și pe mediu de rezidență	108
Grafic nr. 6 Structura eşantionului în funcție de feritina - total, pe gen și pe mediu de rezidență	109
Grafic nr. 7 Structura eşantionului în funcție de T4 - total, pe gen și pe mediu de rezidență	110
Grafic nr. 8 Structura eşantionului în funcție de TSH - total, pe gen și pe mediu de rezidență	111

Lista tabele

Tabel nr. 1 Factori de risc comportamentali asociați deceselor (% decese atribuite factorului de risc)	11
Tabel nr. 2 Distribuția medicilor de familie la nivel regional comparativ cu populația rezidentă	20
Tabel nr. 3 Prezentarea generală a proiectării anchetei	25
Tabel nr. 4 Clasificarea TA și definiția gradelor de hipertensiune arterială	33
Tabel nr. 5 Clasificarea supraponderabilității și a obezității	34
Tabel nr. 6 Structura eșantionului în funcție de categoriile ocupaționale - total, pe gen și mediu de rezidență	40
Tabel nr. 1 Structura eșantionului în funcție de problemele de sănătate cronice autodeclarate pe grupe de vârstă - total, gen, mediu de rezidență	46
Tabel nr. 8 Structura eșantionului în funcție de problemele de sănătate cronice autodeclarate pe regiuni - total, gen, mediu de rezidență	46
Tabel nr. 9 Structura eșantionului în funcție de problemele de sănătate în evidență autodeclarate (infarct miocardic) și grupa de vârstă - total, pe gen și mediu de rezidență	48
Tabel nr. 10 Structura eșantionului în funcție de problemele de sănătate în evidență autodeclarate (infarct miocardic) și regiune - total, pe gen și mediu de rezidență	48
Tabel nr. 11 Structura eșantionului în funcție de problemele de sănătate în evidență autodeclarate (boală coronariană/angină pectorală) și grupa de vârstă - total, pe gen și mediu de rezidență	49
Tabel nr. 12 Structura eșantionului în funcție de problemele de sănătate în evidență autodeclarate (boală coronariană/angină pectorală) și regiune - total, pe gen și mediu de rezidență	50
Tabel nr. 13 Structura eșantionului în funcție de prezența hipertensiunii și grupa de vârstă - total, pe gen și pe mediu de rezidență	51
Tabel nr. 14 Structura eșantionului în funcție de prezența hipertensiunii și regiunile de dezvoltare – pe total, gen și mediu de rezidență	51
Tabel nr. 15 Structura eșantionului în funcție de prezența hipercolesterolemiei și grupa de vârstă – total, pe gen și mediu de rezidență	52
Tabel nr. 16 Structura eșantionului în funcție de prezența hipercolesterolemiei și regiunea de dezvoltare – total, pe gen și mediu de rezidență	53
Tabel nr. 17 Structura eșantionului în funcție de grupa de vârstă și de prezența AVC - total, pe gen și mediu de rezidență	54
Tabel nr. 18 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezența AVC - total, pe gen și mediu de rezidență	55
Tabel nr. 19 Structura eșantionului în funcție de grupa de vârstă și de prezența diabetului zaharat- total, pe gen și mediu de rezidență	56
Tabel nr. 20 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezența diabetului zaharat - total, pe gen și mediu de rezidență	56
Tabel nr. 21 Structura eșantionului în funcție de grupa de vârstă și de prezența medicamentelor prescrise de medic - total, pe gen și mediu de rezidență	58

Tabel nr. 22 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezenta medicamentelor prescrise de medic- total, pe gen și mediu de rezidență	58
Tabel nr. 23 Structura eșantionului în funcție de grupa de varsta și de prezenta medicamentelor pentru hipertensiunea arteriala - total, pe gen și mediu de rezidență	59
Tabel nr. 24 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezenta medicamentelor pentru hipertensiunea arteriala - total, pe gen și mediu de rezidență	60
Tabel nr. 25 Structura eșantionului în funcție de grupa de varsta și de prezenta medicamentelor pentru hipercolesterolemie- total, pe gen și mediu de rezidență	61
Tabel nr. 26 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezenta medicamentelor pentru hipercolesterolemie- total, pe gen și mediu de rezidență	61
Tabel nr. 27 Structura eșantionului în funcție de grupa de varsta și de prezenta medicamentelor pentru diabet zaharat- total, pe gen și mediu de rezidență	62
Tabel nr. 28 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezenta medicamentelor pentru diabet zaharat - total, pe gen și mediu de rezidență	63
Tabel nr. 29 Structura eșantionului în funcție de grupa de varsta și de prezenta medicamentelor pentru alte afecțiuni- total, pe gen și mediu de rezidență	64
Tabel nr. 30 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezenta medicamentelor pentru alte afecțiuni- total, pe gen și mediu de rezidență	64
Tabel nr. 31 Structura eșantionului în funcție de tipul produselor de tutun - total, pe gen și mediu de rezidență	69
Tabel nr. 32 Structura eșantionului în funcție de grupa de varsta și de prezența hipertensiunii arteriale- total, pe gen și mediu de rezidență	78
Tabel nr. 33 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezența hipertensiunii arteriale- total, pe gen și mediu de rezidență	79
Tabel nr. 34 Structura eșantionului în funcție de grupa de varsta și de prezența hipercolesterolemia - total, pe gen și mediu de rezidență	80
Tabel nr. 35 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezența hipercolesterolemiei - total, pe gen și mediu de rezidență	81
Tabel nr. 2 Structura eșantionului în funcție de grupa de varsta și de prezența diabetului zaharat - total, pe gen și mediu de rezidență	82
Tabel nr. 3 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezența diabetului zaharat - total, pe gen și mediu de rezidență	83
Tabel nr. 48 Structura eșantionului în funcție de grupa de vârstă și de prezența tensiunii arteriale măsurate- total, pe gen și mediu de rezidență	84
Tabel nr. 5 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezența tensiunii arteriale măsurate - total, pe gen și mediu de rezidență	85
Tabel nr. 40 Structura eșantionului în funcție de CA, raport talie-sold, gen, mediu de rezidență	88

INTRODUCERE

Bolile cronice majore sunt principalele cauze de deces și invaliditate în Europa. Majoritatea acestora au factori de risc comuni: obezitatea, hipertensiunea, hiperlipidemia și consumul de tutun. Cel mai recent raport general la nivelul Uniunii Europene privind situația stării de sănătate¹ subliniază că, în România, ponderea deceselor atribuite unui anumit factor de risc este mai mare comparativ cu media U.E. (Tabel nr. 1). Factorii de risc pot fi însă contracarați și, prin urmare, o pondere semnificativă din decesele premature și complicațiile care cauzează invalidități ce pot afecta ritmul de muncă, ar putea fi prevenite.

Tabel nr. 6 Factori de risc comportamentali asociați deceselor (% decese atribuite factorului de risc)

Factor de risc comportamental	România	Media U.E.
Consumul de tutun	17%	17%
Consumul de alcool	7%	6%
Dieta	25%	17%
Activitatea fizică scăzută	2%	2%
Procent din totalul deceselor	51%	42%

Sursa: State of Health in the EU · Romania · Country Health Profile 2023, p.7

Direcționarea adecvată și eficientă a resurselor materiale și financiare pentru activitățile de prevenire și evaluare a acestora necesită informații despre starea de sănătate a populației, multe dintre aceste informații fiind disponibile (numai) prin intermediul anchetelor de examinare a populației.

Ancheta de examinare a stării de sănătate a populației (Health Examination Survey sau HES) are o istorie de peste cinci decenii deși abia recent s-a manifestat un efort pan-european de a standardiza implementarea sa pe teritoriul Uniunii Europene (UE). HES își propune să furnizeze informații fiabile și comparabile cu privire la starea de sănătate a populației adulte și la factorii de risc majori asociați bolilor cronice. Astfel, obiectivele principale ale HES sunt:

- evaluarea prevalenței bolilor cronice majore și a factorilor de risc ai acestora;

¹ State of Health in the EU · Romania · Country Health Profile 2023, p.7

- evaluarea nevoilor de promovare a sănătății (și a stilului de viață sănătos) precum și de prevenire a bolilor;
- monitorizarea schimbărilor la nivelul populației prin intermediul anchetelor repetate în mod regulat;
- prognozarea stării de sănătate a populației, pe baza informațiilor obiective despre factorii majori de risc ai bolilor cronice;
- analiza echității în sănătate prin furnizarea de date obiective, comparabile pentru toate grupurile din populație;
- să dezvolte o sursă de date valoroasă pentru studii epidemiologice și cercetări în domeniul științelor medicale.

HES sunt anchete obiective care furnizează date legate de o serie de indicatori care nu sunt disponibili din alte surse de date (de exemplu registre sau studii bazate pe interviuri) și care pot susține politicile de sănătate, acțiunile preventive și cercetarea. Chestionarul utilizat include date despre statusul socio-economic, date demografice și date legate de sănătate ca și măsurători obiective cum ar fi greutatea și tensiunea arterială, valori ale unor probe biologice.

Spre deosebire de HES, un studiu populațional bazat pe interviu (*health interview study* - HIS) poate fi utilizat pentru a măsura comportamentele de sănătate, starea de sănătate și bolile care sunt cunoscute persoanei. HIS nu poate furniza indicatori privind afecțiunile nediagnosticate și este supus erorilor și preferințelor bazate pe cultură în raportarea problemelor de sănătate. Registrele sunt limitate la cei care au fost diagnosticați cu boală și au adesea informații destul de limitate cu privire la variabilele de bază ale indivizilor, cum ar fi stilul de viață, statutul socio-economic și componența familiei. Alte înregistrări, bazele de date din spitale se referă doar la persoanele care au apelat la servicii de sănătate iar comparabilitatea datelor din înregistrările privind utilizarea asistenței medicale este scăzută din cauza diferențelor în structura sistemelor de îngrijire a sănătății și a practicilor de înregistrare.

Context internațional

Interesul pentru studierea factorilor de risc asociați bolilor netransmisibile a apărut în Europa încă de la finele anilor 1950 și începutul anilor 1960 când au fost implementate primele anchete HES. Acestea s-au axat în principal pe factorii de risc asociați bolilor cardiovasculare,

cum ar fi hipertensiunea, nivelul lipidemiei, fumatul și obezitatea. Între timp, anchete HES reprezentative la nivel național au fost efectuate în cel puțin 16 state membre ale UE și în Spațiul Economic European (SEE). Începând cu anul 2000, a existat o creștere rapidă a numărul de state noi care au efectuat cel puțin o anchetă națională HES

EHES (European Health Examination Survey) a demarat, în mod oficial, ca un proiect al Direcției Generale Sănătate și Consumatori a Comisiei Europene (DG SANCO), denumită începând cu anul 2014, Direcția Generală Sănătate și Siguranță Alimentară. Un obiectiv al proiectului EHES a fost de a include toate țările UE, SEE și EFTA la studiile de examinare a stării de sănătate.

Studiile de examinare a sănătății la nivel național (HES) au fost efectuate de mai multe țări europene începând cu sfârșitul anilor 1950², cu un interes crescut al guvernelor naționale pentru efectuarea de HES începând cu anul 2000³, dar nu a existat o standardizare a parametrilor între țări înainte de 2009.

În perioada 2006-2008, a fost evaluată fezabilitatea demersului de standardizare a instrumentelor utilizate în studiile HES naționale în cadrul proiectului FEHES (Feasibility of the European Health Examination Survey – Fezabilitatea Studiilor de Examinare a Stării de Sănătate) care a concluzionat că un astfel de demers este fezabil și a făcut propuneri legate de coordonarea centralizată a proiectului, stabilirea și menținerea unei colaborări internaționale, managementul datelor, aspecte legale și etice, măsurători care să fie incluse în studiile pilot, modele de organizare a infrastructurii la nivel național, recrutarea participanților, standardizarea protocoalelor.⁴

Proiectul pilot pentru EHES, finanțat de Comisia Europeană, a fost derulat în perioada 2009–2012. Coordonarea proiectului-pilot a fost realizată de Centrul Pilot de Referință EHES, o colaborare între Institutul Național pentru Sănătate și Asistență Socială din Finlanda, Istituto Superiore di Sanità din Italia și Institutul de Statistica Norvegian.

Studiile preliminare ale proiectului pilot au fost efectuate în 12 țări: Republica Cehă, Finlanda, Germania, Grecia, Italia, Malta, Țările de Jos, Norvegia, Polonia, Portugalia, Slovacia și Marea Britanie. (Anexa nr.2)

² Tolonen, Hanna; Koponen, Päivikki; Mindell, Jennifer; Männistö, Satu; Kuulasmaa, Kari (April 2014). "European Health Examination Survey — towards a sustainable monitoring system". *European Journal of Public Health*. 24 (2): 338–44

³ Tolonen, Hanna; Koponen, Päivikki; Aromaa, Arpo; Conti, Susanna; Graff-Iversen, Sidse; Grøtvedt, Liv; Heldal, Johan; Kanieff, Mark; Mindell, Jennifer; Natunen, Sanna; Primatesta, Paola; Verschuren, Monique; Viet, Lucie; Kuulasmaa, Kari (2008). Recommendations for organizing a standardized European Health Examination Survey (PDF). Helsinki: National Public Health Institute (Finland). p. 1. ISBN 978-951-740-841-7

⁴ Ibid.

În prezent rețeaua anchetelor europene de examinare a sănătății este menținută de Centrul de Coordonare EHES găzduit de Institutul finlandez pentru sănătate și bunăstare din Finlanda care sprijină consolidarea capacităților în statele membre în domeniul anchetelor de examinare a sănătății și își propune să asigure colectarea de date standardizată, de înaltă calitate, prin anchete naționale de examinare a sănătății.

După proiectul pilot EHES, unele dintre activitățile Centrului de coordonare EHES au fost continuate ca parte a proiectului EU BRIDGE Health în 2015-2017. Din 2017, nu a existat niciun fond durabil pentru a continua activitatea Centrului de coordonare EHES⁵. Activitățile EHES sunt legate de mai multe alte activități și proiecte europene și internaționale.

Cele mai multe studii au urmat protocoale standardizate, toate studiile incluzând următoarele măsurători de bază:

- Măsurători antropometrice: înălțime, greutate, circumferința taliei;
- Tensiunea arterială;
- Probe de sânge pentru colesterol total și HDL și hemoglobină glicată;
- Probe de sânge a-jeun pentru glucoză;
- Itemi din chestionar: factori socio-economici, auto-percepția legată de sănătate și boli cronice, utilizarea medicamentelor, ultima ocazie când factorii de risc au fost măsurați de un profesionist din domeniul sănătății, înălțimea și greutatea auto-raportate și fumatul.

Standardizarea protocolului de măsurare a factorilor de risc asociați bolile cardiovasculare (boli coronariene, accident vascular cerebral) au fost adoptate de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) încă de la începutul anilor 1980 prin programul „Monitorizarea multinațională a tendințelor și a factorilor determinanți în bolile Cardiovasculare”, cunoscut sub numele de MONICA. Coordonarea tehnică a proiectului MONICA a fost asigurată de OMS. În schimb, centrele individuale (din cele 21 de țări participante din Europa, Asia dar și Canada, SUA, Australia) au fost finanțate de guvernele locale și centrale, fundațiile caritabile sau alți finanțatori privați⁶. Înființarea centrului de date din Helsinki la Institutul Național de Sănătate Publică din Finlanda a dus la creșterea angajamentului finlandez. SUA a finanțat activitatea de

⁵ <https://ehes.info/rc.htm> (accesat 26.02.2024)

⁶ Luepker, R.V. WHO MONICA Project: What Have We Learned and Where to Go from Here?. *Public Health Rev* **33**, 373–396 (2011). <https://doi.org/10.1007/BF03391642>

control al calității anchetei prin OMS. Ulterior, au fost obținute finanțări suplimentare de la Comisia Europeană și a fost stabilit un sistem de acceptare a finanțărilor private⁷.

Context național

În perioada 1958-1997, în România, s-au derulat 5 anchete de prevalență pentru cele mai comune și severe boli cronice⁸. Acestea s-au derulat pe baza unei metodologii dezvoltate de Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală (în prezent, Centrul Național de Statistică în Sănătate Publică în structura Institutului Național de Sănătate Publică) și a criteriilor de diagnostic dezvoltate sub îndrumarea Academiei de Științe Medicale. Rezultatele obținute sunt compatibile și reprezentative pentru starea de sănătate a populației României. Scopul studiilor a fost de a evalua dinamica indicatorilor de prevalență pentru o serie de boli cronice și dizabilități. Metodologia ultimelor 3 studii a fost identică pentru a evalua corect dinamica morbidității pe parcursul acestei perioade. Studiile au acoperit 99 de boli cronice (cu excepția tuberculozei și a tumorilor pentru care declararea este obligatorie) și 61 de dizabilități fizice, mentale și senzoriale. Amploarea anchetelor a necesitat organizarea mai multor comitete pe nivele ierarhice (local, județean, central) și desfășurarea în mai multe etape, după cum urmează:

2. Instruirea comisiilor județene ale anchetei de sănătate;
3. Catagrafia gospodăriilor din localitățile în care se va desfășura ancheta și selecția gospodăriilor care vor fi examinate;
4. Organizarea comisiilor locale de anchetă de sănătate;
5. Prima mobilizare a populației pentru completarea datelor generale, prelevare de probe de laborator (colectare de urina, sange, EKG), somatometrie;
6. A doua mobilizare (după ce rezultatele de laborator au ajuns la dispensar) pentru a efectua un examen medical clinic cu specialiști;
7. Verificarea și transmiterea fișelor de investigație;
8. Verificarea centrală a înregistrărilor;

⁷ Mindell, Jennifer S., Simona Giampaoli, Antje Goesswald, Panagiotis Kamtsiuris, Charlotte Mann, Satu Männistö, Karen Morgan, Nicola J. Shelton, WM Monique Verschuren și Hanna Tolonen. "Sample selection, recruitment and participation rates in health examination surveys in Europe – experience from seven national surveys". *BMC Medical Research Methodology*, 15, no. 78, (2015).

⁸ <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2022/03/Anchete-de-Prevalenta-Romania.pdf> (accesat 25.02.2024)

9. Dezvoltarea programelor de validare, introducerea datelor și prezentarea tabelor;
10. Prezentarea analizei cu datele operative ale anchetei;
11. Prezentarea raportului cu date finale, standardizate.

Între rezultatele anchetelor se numără: morbiditatea pentru principalele boli conform ICD Rev.9 (lista de 999 coduri), ponderea pe ocupații pentru fiecare boală la momentul anchetei, prevalența dizabilităților, date somatometrice, valori medii și limite de normalitate pentru unele constante biologice.

Ancheta europeană de examinare a stării de sănătate (EHES) 2022 în România

Deoarece România s-a aflat la prima implementare a anchetei EHES pe teritoriul său, nu a existat un ghid de bune practici pentru implementarea adecvată a anchetei⁹. Manualul EHES, deși standardizează marea parte a coordonatelor de implementare a anchetei EHES, permite o flexibilitate în implementare în funcție de specificul fiecărei stat.

Ancheta EHES în România și-a propus să evalueze prevalența bolilor cronice majore și a factorilor de risc al acestora.

Obiectivele principale ale EHES în România au fost:

- Monitorizarea distribuției factorilor de risc și a bolilor cronice asociate;
- Furnizarea de date obiective, comparabile pentru toate grupurile populaționale;
- Evaluarea nevoilor de promovare a sănătății (și a stilului de viață sănătos) și de prevenire a bolilor;
- Crearea dovezilor pentru elaborarea politicilor publice de sănătate.

Populația țintă a inclus persoanele de sex feminin și masculin, neinstituționalizate, din toate regiunile geografice ale României cu vârstele cuprinse între 25 și 64 de ani, care consideră România că locul lor de reședință obișnuit, înscrise pe listele de capitație ale unui medic de familie.

Implementarea EHES în România a presupus:

- traducerea documentelor europene;
- elaborarea și dezvoltarea metodologiei studiului;
- proiectarea unui eșantion reprezentativ;
- furnizarea unei instruirii inițiale pentru operatorii de interviu;

⁹ <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/ancheta-europeana-de-examinare-a-starii-de-sanatate-ehes/>

- organizarea a două ateliere de consens pentru a se agreea metodologia și implementarea EHES, cu participarea unor specialiști clinicieni și de sănătate publică;
- investigarea unui număr de 4500 persoane adulte, (a fost realizat și un studiu incluzând copii și tineri cu vârste până în 25 ani - 2000 copii și tineri), de către medici din 120 de cabinete ale medicilor de familie;
- efectuarea de examinări clinice și de laborator;
- realizarea unei baze de date validate și analiza acestora;
- elaborarea a două rapoarte și tipărirea acestora (unul pentru anchetă la adulți și celălalt la copii și tineri).

De asemenea, pe parcursul studiului au fost organizate întâlniri de consens pentru a agreea modalitatea de implementare a EHES în România.

METODOLOGIA EHES ÎN ROMÂNIA

Planificarea și managementul anchetei naționale EHES

Organizarea unei anchete EHES necesită resurse financiare și logistice de amploare¹⁰. Volumul mare al eșantionului, aparatura standardizată necesară pentru măsurătorile de bază, instruirea personalului care colectează datele și asigurarea calității datelor culese reprezintă provocări pentru implementarea unei anchete EHES. Ancheta EHES trebuie să respecte măsurătorile de bază indicate în manualul EHES, dar statele pot adăuga noi examinări medicale în funcție de strategiile și obiectivele politicilor din domeniul sănătății.

Figura nr. 1 Etapele anchetei EHES



Sursă: Tolonen et al, 2016, p.3

Deoarece România se află la prima implementare a anchetei EHES pe teritoriul său, nu există încă un ghid de bune practici pentru implementarea adecvată a anchetei. Manualul EHES, deși standardizează marea parte a coordonatelor de implementare a anchetei EHES, permite o flexibilitate în implementare în funcție de specificul fiecărei stat.

¹⁰ Hanna Tolonen (coord.), *EHS manual part A. Planning and preparation of the survey*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare, 2016, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-700-8>.

Ancheta EHES a presupus realizarea unui studiu pilot premergător și a anchetei propriu-zise. Studiul pilot s-a desfășurat în perioada 13.07.2022-13.08.2022. Culegerea datelor pentru studiul pilot s-a finalizat în data de 4 august 2022 iar raportul primei etape a fost predat în data de 5 august 2022. Culegerea datelor, realizarea consulturilor și recoltarea analizelor medicale în cadrul anchetei naționale EHES s-a derulat în perioada 05.08.2022 - 01.11.2022, iar raportul de teren al cercetării a fost finalizat în data de 08 decembrie 2022.

Populația țintă a anchetei

Populația țintă, pentru care studiul a făcut inferențe statistice, a inclus persoanele de sex feminin și masculin, neinstituționalizate, din toate regiunile geografice ale României cu vârstele cuprinse între 25 și 64 de ani, care consideră România ca locul lor de reședință obișnuit. Acest interval de vârstă a fost ales în acord cu recomandările Manualului EHES¹¹ întrucât, din experiența studiilor anterioare de acest tip, rata de răspuns a tinerilor este scăzută, asigurându-se reprezentativitate, iar pentru persoanele de peste 65 de ani ar fi prioritare alte tipuri de examinări medicale, pe lângă problemele practice legate de gradul mai crescut de instituționalizare și capacitățile cognitive. Excluderea din populația țintă a persoanelor instituționalizate a fost justificată de nevoia unui cadru diferit de eșantionare pentru aceste persoane, dar și din motive practice (dificultatea de a contacta aceste persoane). Persoanele din populația țintă au fost asigurate sau neasigurate și au fost înscrise pe listele de capitație ale unui medic de familie.

Astfel, următoarele criterii de eligibilitate au fost îndeplinite de fiecare persoană inclusă în eșantion:

- persoană civilă
- neinstituționalizat
- sex masculin și feminin
- în vârstă de cel puțin 25 de ani și cel mult 64 de ani (cu patru grupe de vârstă 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 ani)
- locuiește în România și îndeplinește cerințele de rezidență la nivel de țară.
- persoane asigurate și neasigurate, înscrise pe listele de capitație ale unui medic de familie

¹¹ Disponibil la adresa: <http://www.ehes.info/manuals.htm>

Persoanele, în vârstă de cel puțin 25 de ani și cel mult 64 de ani, care au fost excluse din ancheta EHES, sunt cele care, în momentul implementării anchetei, au îndeplinit una din următoarele condițiile:

- cetățenii care au vizitat România pentru mai puțin de jumătate din ultimele 12 luni (de exemplu, turiști, în țară pentru a vedea prieteni/rude etc.);
- cetățenii din anumite categorii profesionale (militari, ofițeri ai ordinii publice și siguranței naționale etc) care sunt înscriși pe listele casei de asigurări de sănătate OPSNAJ
- cetățeni care sunt instituționalizați - inclusiv persoane care locuiesc în spitale, penitenciare, case de bătrâni și alte astfel de instituții, care nu vor fi eșantionate în EHES.
- Eșantionul a fost extras din listele de capitație ale medicilor de familie înscriși în baza de date a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS), precum și din listele suplimentare ale acestora. Baza de date cu medicii de familie cuprinde 12.187 intrări actualizată la finele anului 2019. Baza de date este structurată pe regiuni de dezvoltare, județe și localități (Tabel nr. 2)

Tabel nr. 7 Distribuția medicilor de familie la nivel regional comparativ cu populația rezidentă

Regiune de dezvoltare	Populația rezidentă 25-64 ani	Dimensiune relativă a regiunii	Număr medici de familie
Regiunea NORD-VEST	1,422,363	13.41%	1,518
Regiunea CENTRU	1,260,933	11.89%	1,499
Regiunea NORD-EST	1,632,094	15.39%	1,704
Regiunea SUD-EST	1,274,368	12.01%	1,325
Regiunea SUD-MUNTENIA	1,559,354	14.70%	1,466
Regiunea BUCURESTI - ILFOV	1,406,611	13.26%	2,003
Regiunea SUD-VEST OLTENIA	1,042,378	9.83%	1,315
Regiunea VEST	1,010,119	9.52%	1,357
Total	10,608,220	100%	12,187

Sursa: INS, TEMPO SAN104A

Dimensiunea eșantionului

Reprezentativitatea datelor EHES depinde în mare măsură de procedurile de selecție a eșantionului și de ratele de participare realizate. Calitatea diferitelor cadre de eșantionare

disponibile poate varia considerabil atât în interiorul, cât și între statele participante¹² (Anexa nr.4). Chiar și atunci când sunt utilizate cele mai bune cadre de eșantionare pentru a obține cea mai bună reprezentare și acoperire a populației țintă, ratele ridicate de refuz pot provoca incertitudini cu privire la reprezentativitatea rezultatelor anchetei EHES. Ratele de participare la anchetele HES au scăzut de-a lungul timpului aproape la jumătate, de la 80% în decursul anilor 1980 la 40-50% în prezent¹³. Ratele de participare pentru cele 12 anchete pilot EHES implementate la începutul deceniului trecut au variat de la 23% la 63%, cu o medie de 45%¹⁴.

Non-participarea este un proces selectiv, deoarece așa cum arată studiile recente, bărbații tineri, persoanele din grupurile dezavantajate socio-economic, persoanele fumătoare și cei cu o condiție de sănătate mai precară au o probabilitate mai mică de a participa la anchetele HES¹⁵.

Manualul HES oferă un punct de plecare pentru selecția celui mai bun eșantion de participanți dar nu oferă soluții pentru creșterea ratei de participare/reducerea ratelor de refuz.

Având în vedere ratele de răspuns mici în studiile sociale și reticențele culturale față de examinările medicale în România, a fost definită o rată așteptată de răspuns de 50%¹⁶. Având în vedere recomandările Manualului EHES pentru asigurarea reprezentativității, respectiv necesitatea de a avea în eșantion cel puțin 500 de reprezentanți din fiecare categorie vârstă-sex (8 categorii - 25-34, 35-44, 45-54 și 55-64 de ani * femeie, bărbat), dar și nevoia unei marje a ratei răspuns, numărul proiectat de persoane invitate să participe la studiu a fost de 9600. Astfel, eșantionul proiectat a fost de 4800 de participanți.

Pentru ancheta pilot, dimensiunea eșantionului a fost de 400 de persoane invitate, cu o rată așteptată de răspuns de 50%, astfel încât să existe cu cel puțin 25 de persoane în fiecare categorie vârstă-sex.

¹² Mindell, Jennifer S., Simona Giampaoli, Antje Goesswald, Panagiotis Kamtsiuris, Charlotte Mann, Satu Männistö, Karen Morgan, Nicola J. Shelton, WM Monique Verschuren și Hanna Tolonen. "Sample selection, recruitment and participation rates in health examination surveys in Europe – experience from seven national surveys". *BMC Medical Research Methodology*, 15, no. 78, (2015).

¹³ Jennifer S. Mindell et al., "Sample selection, recruitment and participation rates in health examination surveys in Europe – experience from seven national surveys", *BMC Medical Research Methodology*, 15, no., 78, (2015)

¹⁴ Hanna Tolonen et al., "European Health Examination Survey—towards a sustainable monitoring system", *European Journal of Public Health*, 14, no., 2, (2013)

¹⁵ Jennifer S. Mindell et al., "Sample selection, recruitment and participation rates in health examination surveys in Europe – experience from seven national surveys", *BMC Medical Research Methodology*, 15, no., 78, (2015), Juha Karvanen et al., "Recommendations for design and analysis of health examination surveys under selective non-participation", *The European Journal of Public Health*, 29, no., 1, (2018)

¹⁶ În Manualul EHES, mărimea eșantionului este calculată pentru o rată de răspuns de 70%.

Procedurile de eșantionare

În acord cu recomandările Manualului EHES, eșantionarea a fost realizată în două etape. În urma acestor etape au fost stabilite persoanele invitate să participe la studiu. Au fost fundamentate trei metode de eșantionare, fiind selectată, în urma analizei avantajelor și dezavantajelor, eșantionarea bazată pe listele de capitație ale medicilor de familie. Această metodă de eșantionare asigură îndeplinirea a două recomandări cheie din Manualul EHES:

- Distanța dintre domiciliul participanților și cabinetul medical este cât se poate de scurtă; cabinetele medicilor de familie se află de regulă în comunitate, la o distanță apropiată de domiciliul persoanelor înscrise și dispun de infrastructura necesară.
- Gruparea persoanelor invitate la studiu într-un număr limitat de zone de examinare selectate dintr-un set mai mare de zone de examinare potențiale care acoperă întreaga țară. Medicii de familie sunt distribuiți în toate județele țării, atât în mediul urban, cât și în mediul rural.

Unitățile primare de eșantionare au fost medicii de familie. Numărul de medici de familie a fost stabilit utilizând bazele de date cu medici de familie furnizate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate și bazele de date de la nivelul Caselor Județene de Asigurări de Sănătate. Neexistând o bază de date publică națională actualizată periodic cu medicii de familie, pentru validarea listei, a fost necesară lansarea unei campanii de contactare directă a tuturor medicilor din listă. Pentru medicii care nu au putut fi contactați telefonic au fost realizate vizite în teren. Pentru fiecare medic de familie au fost efectuate cel puțin 3 încercări de contactare înainte de a se alocă un cod final de situație. Scopul campaniei de contactare a fost dublu: pe de o parte au fost validați medicii din listă și au fost stabilite statusuri de activitate pentru fiecare și, pe de altă parte, au fost colectate informații privind numărul de persoane aflate pe listele de capitație ale acestora. Numărul de persoane înscrise la medicii de familie nu este disponibil din surse publice și a fost necesar pentru etapa a doua de eșantionare.

Pentru a acoperi toată populația țintă, astfel încât fiecare individ din populație să aibă aceeași probabilitate de a fi eșantionat, medicii de familie au fost selectați din fiecare județ, atât din mediul urban, cât și din mediul rural, corespunzător cu proporția populației urban-rural din respectivul județ. Numărul de medici de familie selectați în fiecare județ a depins de proporția populației țintă în respectivul județ raportat la numărul total al populației țintă la nivel național.

Având în vedere că fiecare județ cuprinde atât mediul urban, cât și mediul rural, a fost necesară selecția a cel puțin 2 medici de familie per județ (unul din mediul rural și unul din mediul urban). Având în vedere discrepanțele de populație între județe și/sau Municipiul București, a fost necesară o alocare mai mare a numărului de medici de familie în județele cu populație mai numeroasă. Astfel, prin metoda selecției probabilistă proporțională cu mărimea unității (PPS), au fost selectați 120 de medici de familie. Numărul de medici de familie în fiecare județ și pe mediu de rezidență (rural/urban) a fost stabilit pe baza ponderii populației țintă din respectivul județ și pe baza mediului de rezidență (urban/rural), utilizându-se indicatorul statistic național TEMPO_POP105A.

Pentru stabilirea populației țintă la nivel național (persoane între 25-64 ani) și stratificarea acesteia la nivelul fiecărui județ, la nivel urban-rural, pe sexe și pe grupe de vârstă a fost utilizat indicatorul statistic național TEMPO_POP105A – Populația rezidentă la 1 ianuarie pe grupe de vârstă și vârste, sexe și medii de rezidență, macroregiuni, regiuni de dezvoltare și județe (sursa: Institutul Național de Statistic). Pe baza acestui indicator au fost stabilite ponderile în fiecare județ, pentru fiecare grupă de vârstă, sex și mediul de rezidență (urban/rural).

Exemplu: Pe baza indicatorului statistic național TEMPO_POP105A, la data de 1 ianuarie 2021, populația țintă din România (24-65 de ani) era de 10.608.220 de persoane. Din aceste persoane, în județul Bihor, erau înregistrate 311.038 persoane, reprezentând 2,93% din populația țintă totală. Astfel, pentru județul Bihor, proporțional cu populația, din cei 120 de medici de familie stabiliți pentru selecție la nivel național au fost alocați 3,52 medici de familie (adică 2,93% din 120). În situația apariției zecimalelor s-a realizat rotunjirea la cel mai apropiat număr întreg, respectiv 4 medici de familie. Mai departe, cei 4 medici de familie au fost alocați pe dimensiunea urban – rural tot pe baza populației. Continuând exemplul pentru județul Bihor, populația țintă din mediul urban al județului era de 164.581 de persoane (53%), iar cea din mediul rural de 146457 (47%). Păstrând alocarea de medici de familie proporțional cu populația au rezultat 2,12 medici de familie în mediul urban și 1,88 medici de familie în mediul rural. Rotunjind rezultă 2 medici de familie selectați din mediul urban al județului Bihor și 2 medici de familie selectați din mediul rural al județului Bihor.

Pentru fiecare strat (intersecția regiunii/județului cu mediul de rezidență), medicii de familie au fost sortați în ordine crescătoare a numărului de pacienți din listele proprii. Selecția finală a fost realizată cu PPS utilizând codul R (sintaxa)¹⁷.

Medicii rezultați în urma selecției au fost ulterior contractați în vederea prezentării proiectului și lansării invitației de participare la cercetare. Medicii care au refuzat participarea sau care au abandonat pe parcurs au fost înlocuiți, utilizându-se o procedură de înlocuire prin aplicarea aceleiași metode de selecție (PPS) la nivelul fiecărui strat în care a fost necesară înlocuirea pentru a se asigura selecția de medici cu aceleași caracteristici ca a medicilor înlocuiți.

Unitățile secundare de eșantionare au fost listele de capitație ale medicilor de familie selectați. O dată finalizată prima etapă de eșantionare (selecția medicilor de familie cu PPS), s-a trecut la selecția potențialilor participanți utilizând metoda selecției sistematice. În medie, 80 de participanți au fost selectați de pe listele de capitație ale fiecărui medic de familie inclus în eșantion.

Stratificarea eșantionului de participanți s-a realizat pe trei dimensiuni: grupă de vârstă, mediu de rezidență și sex. Conform algoritmului anterior au fost stabilite ponderile populaționale pe grupele de vârstă eligibile, mediul de rezidență și pe sexe, pe fiecare județ în parte și s-au calculat eșantioanele necesare pe fiecare dintre acestea. Utilizând, rata estimată de răspuns de 50% a fost calculat numărul necesar de persoane pentru a fi invitate să participe la studiu. Pentru fiecare unitate primară de eșantionare a fost stabilit numărul necesar de persoane pe fiecare strat.

Exemplu: Având în vedere numărul proiectat de 4800 de participanți la studiu, pentru județul Bihor, în care se află 2,93% din populația țintă totală, numărul de participanți vizat se obține prin înmulțirea numărului proiectat de participanți la studiu la nivel național cu ponderea județului ($4800 * 0,0293 = 140,64$). În cazul apariției zecimalelor s-a realizat rotunjirea la cel mai apropiat număr întreg, respectiv 141 de participanți la studiu din județul Bihor. Cei 141 de participanți la anchetă din județul Bihor au fost, apoi, alocați pe grupe de vârstă, mediu de rezidență și sex în funcție de proporția fiecărei grupe în populația județului, rezultând un număr de participanți așteptat din fiecare intersecție (de pildă: 25-29 ani, urban, masculin (20 de participanți); 25-29 ani, urban, feminin (22 participanți); 25-29 ani, rural, masculin (16 participanți); 25-29 ani, rural, feminin (13 participanți)).

¹⁷ R-program EHES sampling package.

Participanții aflați pe listele de capitație din fiecare strat (intersecția grupă de vârstă-mediul de rezidență-sex) au fost invitați aleatoriu să participe la studiu.

Înainte de demararea anchetei EHES propriu-zise a fost derulată o anchetă pilot. Scopul anchetei pilot a fost de a evalua întregul proces de organizare și culegere a datelor și de a obține informații suplimentare pentru planificarea anchetei propriu-zise. Ancheta pilot a ajutat de asemenea personalul care a cules datele cu familiarizarea muncii de teren și potențialele probleme practice.

Pentru ancheta pilot, au fost selectați 5 medici de familie, câte un medic de familie per județ, din mediul urban și rural, utilizând procedurile de eșantionare stabilite pentru ancheta națională. În cadrul studiului pilot a fost testată atât metoda de recoltare prin echipe mobile, precum și prin recoltare la centre pe bază de voucher. În timpul anchetei pilot au fost testate și definite soluțiile de măsurare, scalare, tabelare și prelucrare logică și statistică a răspunsurilor și a fost ajustată forma finală a chestionarului individual.

Tabel nr. 8 Prezentarea generală a proiectării anchetei

CARACTERISTICI GENERALE ALE EȘANTIONULUI	
Populația țintă	Populația țintă include toți rezidenții români, bărbați și femei neinstituționalizați din toate zonele geografice din România, cu vârsta de cel puțin 25 de ani și cel mult 64 de ani, care au o asigurare medicală și se află pe listele de capitație ale medicilor de familie.
Designul de eșantionare	Selecție independentă utilizând un design în două etape: în prima etapă vor fi selectați 120 medici de familie (ca UPE) cu PPS, urmând ca în a doua etapă să fie selectați participanții de pe listele medicilor de familie.
STRATIFICARE	
Straturi	Gradul de urbanizare (urban and rural), regiuni
Număr de straturi	16 (2x8)
Alocarea straturilor	Proportional cu mărimea stratului
Straturi implicite	Județ, mărimea localității

EȘANTIONAREA ȘI DETALIILE EȘANTIONĂRII	
Numărul eșantionului minim necesar	4.520 participanți
Eșantion final (incluzând chestionare și examinări medicale anulate)	4.800 participanți
Număr de UPE	120
Număr de participanți/segment	40
Număr total de participanți selectați	9.600
Rata de răspuns anicipată	Cel puțin 50%
PRIMA ETAPĂ A EȘANTIONĂRII	
UPE	Lista medicilor de familie Notă: Informațiile publice privind lista medicilor de familie pe județe și medii de rezidență se regăsesc pe site-urile CNJAS. Nu există însă informații publice centralizate privind numărul de pacienți înscriși pe medic de familie și repartizarea acestora pe grupe de vârste. Datele pot fi obținute utilizând diverse alte surse de informații (date de la Case Județene de Asigurări, solicitare de informații publice, contactare directă a tuturor medicilor de familie).
Structura unităților de eșantionare	Prima etapă este reprezentată de selecția medicilor de familie. A doua etapă este reprezentată de selecția participanților la studiu din lista de capitație ale medicilor de familie
Selectarea UPE	120 UPE (segmente)=120 medici de familie, selecție PPS
Număr total de UPE în eșantion	12.187 unități
Număr de UPE selectate	120
Rata UPE din total eșantion	0.98%

SELECȚIA RESPONDENȚILOR	
Selecția sistematică de pe listele medicilor de familie	Odată finalizată prima etapă de eșantionare (selecția medicilor de familie cu PPS), se va trece la selecția potențialilor participanți utilizând selecția sistematică
Selectarea participanților	80 de participanți vor fi selectați de pe listele fiecărui medic de familie inclus în eșantion
REZULTATE PRECONIZATE	
Număr total de participanți	9.600 indivizi cu vârste cuprinse între 25 și 64 ani
Număr de UPE	120
Număr de participanți/segment	40
Rata de răspuns prognozată	50%
Eșantion final	4.520 participanți (chestionar și analize valide)

Într-o primă etapă, au fost selectați 120 medici de familie pe baza criteriilor prezentate. Mai apoi, au fost selectați 9600 de participanți de pe listele de capitație ale celor 120 medici de familie (80 de pacienți de pe lista fiecărui medic de familie), dintre aceștia 893 pacienți au fost declarați ca fiind neeligibili deoarece nu îndeplineau criteriile de eligibilitate menționate anterior.

Dintre cei 8707 pacienți eligibili, 2846 nu au putut fi înrolați deoarece au refuzat participarea (1274 pacienți), nu au putut fi contactați (1201 pacienți) sau erau plecați din localitate (371 pacienți).

Astfel, au fost înrolați 5861 pacienți, dintre care 56 pacienți nu au participat la administrarea chestionarului, 8 pacienți nu s-au prezentat la consultul medical, 393 pacienți nu s-au prezentat la laboratoarele selectate pentru recoltarea analizelor de laborator, iar 24 pacienți nu au avut analizele de laborator complete. (Figura nr. 2)

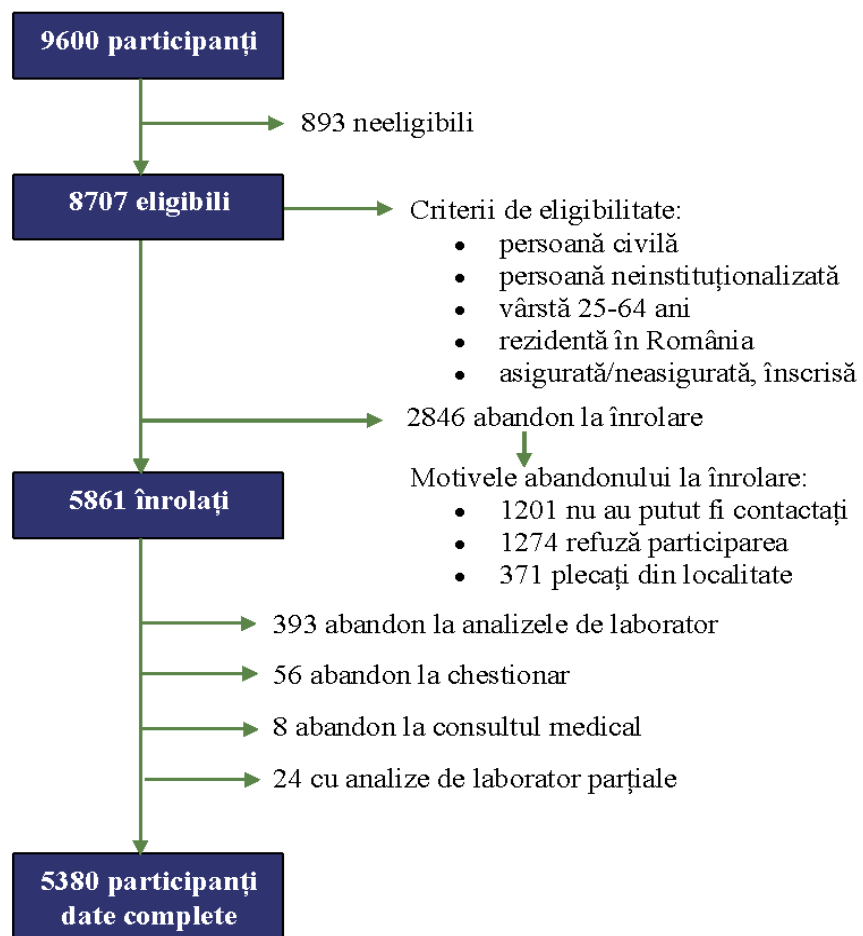
Ponderări de eșantionare

În vederea compensării diferitelor cauze ale dezechilibrului dintre eșantionul selectat și populația generală, setul de date a fost ponderat în funcție de caracteristicile urmărite.

Ponderarea a constat în combinarea a doi factori de ponderare:

- Ponderarea eșantionului w_i (ponderare Horwitz-Thompson) reprezintă inversul probabilității includerii indivizilor în studiu și este calculat pentru toate persoanele care au fost invitate să participe la studiu, indiferent dacă au participat sau nu. Au fost incluse în calcul probabilitatea teoretică de selecție (numărul de pacienți care se dorește să participe la studiu de pe lista de capacitate a fiecărui medic de familie = 40 pacienți) și probabilitatea practică de selecție (numărul pacienților care au finalizat studiul de pe lista fiecărui medic de familie inclus în cercetare);
- Ponderarea non-răspunsurilor g_i va face o corecție în urma căreia se ajustează eșantionul la valorile naționale. Astfel, se calculează raportul dintre ponderea națională (au fost utilizate datele INS la 1 iulie 2022) și ponderile calculate în eșantionul selectat în funcție de caracteristicile pentru care s-a dorit reprezentativitate (regiune de dezvoltare, mediu de rezidență, sex și grupe cinciinale de vârstă).

Figura nr. 2 Selecția eșantionului final



Promovarea anchetei naționale EHES

Au fost realizate toate diligențele necesare în vederea stimulării participării medicilor la studiul EHES: implicarea de lideri de opinie locali/județeni, regionali care au promovat și stimulat participarea medicilor la proiect, derularea de campanii de promovare a proiectului subliniind importanța implicării într-un astfel de demers, cooptarea de diverse asociații profesionale etc. În vederea asigurării unei rate de participare cât mai mari, au fost realizate campanii de informare la nivel local, promovarea proiectului, implicarea de experți locali (asistenți medicali comunitari, mediatori sanitari pentru romi, asistenți sociali, persoane implicate în comunitate) etc.

Instructajul operatorilor de interviu și a medicilor de familie

Instructajul operatorilor de interviu a presupus instruirea personalului selectat pentru colectarea datelor în cadrul anchetei EHES.

Instructajul a inclus următoarele subiecte/teme:¹⁸

- Scopul sondajului;
- Probleme etice și de confidențialitate;
- Importanța eșantionării aleatorii și importanța ratei ridicate de participare;
- Importanța standardizării și asigurării calității datelor;
- Organizarea administrativă și tehnică a anchetei EHES;
- Abilități de comunicare, inclusiv similitudini și diferențe de conduită profesională în timpul colectării datelor anchetei;
- Raportarea și publicarea rezultatelor anchetei EHES;
- Sistemul de gestionare a datelor și abilitățile IT pentru introducerea și raportarea datelor;
- Abilitățile necesare de interviu pentru operatori
- Procedurile specifice pentru colectarea datelor;
- Măsurătorile specifice (examene clinice și analize medicale): justificare – ce anume și de ce este măsurat
- Oferirea de *feedback* participanților cu privire la rezultatele măsurătorilor efectuate;

Instructajul a avut și o componentă practică care a inclus aplicarea un număr de chestionare și sesiuni de *feedback* oferite personalului instruit.

¹⁸ EHES Reference Centre, "National HES manual," (Helsinki: EHES Reference Centre, 2012)

Au fost realizate 10 sesiuni de instructaj ale operatorilor de interviu (8 față în față și 2 sesiuni online) la care au participat persoanele implicate în colectarea datelor. Întrucât pe parcursul implementării cercetării au existat cazuri de abandon în rândul operatorilor, au fost selectați și instruiți operatori și medici suplimentari. Au fost realizate 3 sesiuni suplimentare de instructaje ale operatorilor de interviu (sesiuni online). Instructajele au avut o durată de o zi și au conținut o sesiune teoretică și una practică. La instructaje s-a asigurat prezența a cel puțin trei traineri: trainer comunicare, trainer culegere date și proceduri EHES, trainer medical. Întrucât datele erau colectate pe dispozitive mobile, instructajul a conținut o sesiune specială dedicată culegerii datelor prin intermediul unei aplicații informatice.

Instructajul medicilor a presupus instruirea personalului care a efectuat consulturile medicale și măsurătorile antropometrice. Au fost realizate 10 sesiuni de instructaje ale medicilor și personalului de laborator (9 față în față și 2 sesiuni online) la care au participat persoanele implicate în realizarea examenelor clinice și a recoltărilor de probe de sânge. Au fost realizate 3 sesiuni suplimentare de instructaje ale medicilor (sesiuni online). Instructajele au avut o durată de o zi au conținut o sesiune teoretică și una practică. La instructaje s-a asigurat prezența a cel puțin trei traineri: trainer comunicare, trainer culegere date și proceduri EHES, trainer medical. Întrucât datele erau colectate pe dispozitive mobile, instructajul a conținut o sesiune specială dedicată culegerii datelor prin intermediul unei aplicații informatice.

Distribuirea de echipamente medicale necesare anchetei EHES

Au fost achiziționate și distribuite către medicii de familie selectați următoarele echipamente medicale care au fost utilizate în cadrul anchetei EHES: Tensiometru, Stadiometru, Cantar, Metru nonelastic, Stetoscop și Cronometru.

Designul și aplicarea chestionarului național EHES

Chestionarele utilizate în anchetele EHES de pe teritoriul UE nu sunt identice. Deși există un set minim de întrebări care trebuie urmărite de fiecare stat participant la ancheta EHES, fiecare echipă coordonatoare poate adăuga întrebări suplimentare în funcție de prioritățile politicilor de sănătate publică din fiecare stat UE (Anexa nr.3). În țările cu sisteme EHES în curs de

reglementare sau sisteme EHES deja existente, s-au păstrat întrebările utilizate în anchetele anterioare pentru a observa tendințele indicatorilor. De asemenea, în cadrul cercetărilor pilot aplicate în prima parte a deceniului trecut, dezvoltarea chestionarului EHES nu a fost finalizat până la momentul începerii primelor anchete pilot, rezultând astfel mici devieri între chestionarul EHES și cele utilizate efectiv în unele anchete¹⁹.

Designul chestionarului EHES

În România, s-a recurs la traducerea chestionarului EHIS, cu adaptarea unora dintre întrebări la specificul țării noastre, precum și la adăugarea unor întrebări pentru creionarea profilului respondentului și descrierea factorilor de risc implicați în apariția bolilor cronice (consum de alcool, activitate fizică). (vezi Anexa nr. 1)

Chestionarul include un număr de 41 întrebări, structurate în patru module (Modulul stării de sănătate, Modulul de îngrijire a sănătății, Determinanți ai sănătății, Variabile socio-demografice)

Modulul stării de sănătate cuprinde 4 întrebări care au ca scop evaluarea percepției respondenților asupra propriei stări de sănătate, măsurarea prevalenței auto-declarate a bolilor cronice și identificarea impactului bolilor cronice asupra activității obișnuite.

Modulul de îngrijire a sănătății include 5 întrebări care evaluează utilizarea în ultimele două săptămâni a medicației pentru diverse patologii (inclusiv suplimente alimentare, utilizarea preparatelor fitoterapice sau vitaminelor), separat evaluarea utilizării medicamentelor pentru hipertensiune arterială, hipercolesterolemie și diabet zaharat, precum și identificarea adresabilității respondenților la servicii medicale în vederea măsurării tensiunii arteriale și recoltării de probe biologice pentru măsurarea colesterolului sangvin și a glicemiei.

Determinanții sănătății au fost evaluați cu ajutorul a 21 întrebări care vor identifica profilul respondenților din punct de vedere al statusului ponderal, al obiceiurilor privind fumatul, consumul de alcool și activitatea fizică/sedentarismul.

Variabilele socio-demografice au fost colectate utilizând 11 întrebări privind genul, vârsta, starea civilă, nivelul de educație, nivelul economic și statutul pe piața muncii al respondenților, precum și numărul persoanelor din gospodăria în care trăiesc respondenții selectați.

¹⁹ Hanna Tolonen et al., "European Health Examination Survey—towards a sustainable monitoring system", *European Journal of Public Health*, 14, no., 2, (2013)

Fiecare participant inclus în eșantion a completat chestionarul EHES stabilit în metodologie. Chestionarul EHES a fost completat de către intervievator (operatorul de interviu) înaintea vizitei de examinare (înainte de examinările medicale). Întrebările au fost adresate ad literam, respectând ordinea cuvintelor așa cum apar ele în chestionar. Reformularea a fost permisă numai atunci când respondentul nu putea răspunde la întrebarea adresată inițial din cauza limitărilor majore de comunicare și / sau capacității cognitive. Motivul reformulării întrebărilor a fost înregistrat. Dacă s-a considerat că aplicarea chestionarului și derularea examinărilor medicale dura prea mult, cele două etape au putut fi împărțite în două zile separate.

Datele au fost colectate exclusiv față în față, de către operator de interviu instruit în prealabil utilizând metoda CAPI. A fost utilizată o platformă informatică, de tip server-client cu interfețe specifice pentru fiecare tip de utilizator în parte: administrator, coordonator, operator de interviu, medic, laborator.

Consultațiile medicale

Consultațiile medicale au fost realizate de către personal medical instruit anterior privind procedurile EHES referitoare măsurătorile antropometrice și măsurarea tensiunii arteriale și utilizând echipamentele medicale furnizate.

Pe parcursul efectuării consultațiilor medicale au fost respectate o serie de proceduri și protocoale pentru a asigura o standardizare a examinărilor efectuate. Protocoalele au fost definite în cadrul Metodologiei pentru implementarea anchetei europene de examinare a stării de sănătate în România²⁰.

În mediul urban și rural, examinările medicale și prelevarea de probe din sânge a fost efectuată la cabinetele medicilor de familie de care aparțin participanții. Pentru participanții din mediul rural au fost organizate echipe mobile în vederea recoltării probelor de sânge.

Personalul medical care a realizat examinările a fost alcătuit din medicul de familie împreună cu asistenta/asistentul medical. Sarcinile personalului medical implicat au constat în: primirea participanților, măsurarea tensiunii arteriale, realizarea examinărilor antropometrice (înălțimea, greutatea și măsurarea circumferinței taliei și a șoldurilor).

²⁰ Metodologia este disponibilă la adresa: <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2022/03/Metodologie-EHES.pdf>

Echipele medicale responsabile pentru colectarea datelor au lucrat în strânsă colaborare cu membrii echipei de coordonare de la nivel național și județean sau local. Aceștia din urmă au coordonat activitatea de teren a anchetei și au avut responsabilitatea controlului calității datelor medicale colectate, identificarea și stabilirea spațiilor pentru realizarea examenelor clinice, programarea participanților la examenele clinice etc.

Pentru analiza prevalenței hipertensiunii arteriale, s-a măsurat tensiunea arterială de 3 ori și au fost considerați cu tensiune arterială crescută pacienții cu tensiunea arterială sistolică mai mare sau egală cu 140 mmHg sau cu tensiunea arterială diastolică mai mare sau egală cu 90 mmHg. Clasificarea tensiunii arteriale este prezentată în tabelul următor²¹.

Tabel nr. 9 Clasificarea TA și definiția gradelor de hipertensiune arterială

Categorie *	TA sistolică (mmHg)		TA diastolică (mmHg)
Optimă	<120	și	<80
Normală	120-129	și/sau	80-84
Normal înaltă	130-139	și/sau	85-89
Hipertensiune arterială grad 1	140-159	și/sau	90-99
Hipertensiune arterială grad 2	160-179	și/sau	100-109
Hipertensiune arterială grad 3	≥180	și/sau	≥110
Hipertensiune sistolică izolată*	≥140	și	<90

TA= tensiune arterială; TAS= tensiune arterială sistolică.

²¹ Compendiu de ghiduri ESC prescurtate 2019, pg.6, ISBN 978-606-8463-59-9, disponibil la https://www.cardioportal.ro/wp-content/uploads/2020/05/comp-ESC-2019_low-res.pdf (accesat la 28.02.2024)

Pentru interpretarea indicelui de masa corporală au fost luate în calcul limitele stabilite de Organizația Mondială a Sănătății²². Indicele de masa corporală s-a calculat ca raportul între greutate (în kilograme) și suprafața corporală (în m²).

Tabel nr. 10 Clasificarea supraponderabilității și a obezității

Indicele de masa corporala	Interpretare rezultat	Risc de boala
18,49 sau mai puțin	Subponderal	√
intre 18,50 si 24,99	Greutate normala	Fara risc de boala
intre 25,00 si 29,99	Supraponderal	√
intre 30,00 si 34,99	Obezitate (gradul I)	√
intre 35,00 si 39,99	Obezitate (gradul II)	√
40,00 sau mai mult	Obezitate morbida	√

Circumferința abdominală a taliei, este considerată ca factor de risc când este de ≥ 102 cm (B), ≥ 88 cm (F), iar raportul circumferința taliei/circumferință șold la peste 0.8 la femei și 0.9 la bărbați²³.

În legătură cu raportul circumferința taliei/înălțime este de menționat că, în anul 2022, National Institute for Health and Care Excellence, a adoptat următoarele valori pentru a defini gradul adipozității centrale²⁴:

²² Obesity – Preventing and managing the global epidemic, Report of a WHO consultation, Geneva 1997, disponibil la adresa <https://iris.who.int/handle/10665/63854> (accesat 28.02.2024)

²³ NHLBI Obesity Education Initiative, 2000, disponibil la adresa https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/prctgd_c.pdf (accesat 28.02.2024)

²⁴ Obesity: identification and classification of overweight and obesity (update) | Recommendations 1.2.11 and 1.2.12". National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2022.

- adipozitate centrală sănătoasă: raportul talie-înălțime 0,4 la 0,49, indicând că nu există riscuri crescute pentru sănătate
- adipozitate centrală crescută: raportul talie-înălțime 0,5 la 0,59, indicând riscuri crescute pentru sănătate
- adipozitate centrală ridicată: raport talie-înălțime de 0,6 sau mai mult, indicând riscuri sporite pentru sănătate.

Recoltarea probelor de sânge

După aplicarea chestionarului și după realizarea examenelor clinice au fost recoltate probele de sânge prin intermediul unor furnizori specializați. Pacienții au fost programați la recoltarea analizelor prin utilizarea unei platforme digitale dedicate, special dezvoltată în acest sens și care a asigurat managementul activității, controlul calității și monitorizarea acestui proces.

Colaborarea dintre echipa de coordonare și personalul de laborator implicat s-a realizat prin intermediul platformei informatice. Datele au fost disponibile în timp real, putându-se astfel monitoriza întregul proces. Laboratorul identifică pacientul prin utilizarea unui cod unic care era ulterior identificat în baza de date, evitându-se în acest fel înregistrarea eronată a rezultatelor.

Tot personalul implicat în recoltarea analizelor a fost instruit specific în cadrul instruirilor organizate în acest scop.

În vederea asigurării calității realizării recoltării de analize medicale au fost organizate periodic vizite de monitorizare din partea echipei de experți pentru a evalua conformitatea realizării acestora cu manualul EHES și instruirile realizate.

Controlul calității

Au fost controlate 20% din persoanele cuprinse în eșantion (2000 persoane), pentru a verifica corectitudinea selecției, a aplicării chestionarelor și a realizării examenelor clinice și a analizelor medicale. Asigurarea calității interne și externe a întregului proces s-a realizat prin vizite în teren și vizite la cabinetele medicale selectate ca unități primare de eșantionare. În urma activității de control a calității, au fost corectate în timp real abaterile de la procedura standard și alte probleme apărute pe teren. 100% din chestionarele, consulturile și recoltările realizate au fost identificate ca fiind valide, în conformitate cu metodologia de verificare.

Protecția datelor cu caracter personal

Fiecare participant la ancheta națională EHES a avut un ID unic prin care puteau corela datele culese prin intermediul chestionarului cu rezultatele examenelor clinice și cu rezultatele analizelor medicale. Probele de laborator au fost etichetate cu coduri de bare cu o referință la codul unic de identificare al participantului.

Pentru a asigura confidențialitatea datelor, au fost utilizate parole de acces. Informațiile care leagă datele anchetei de codul unic de identificare al participantului au fost disponibile inițial doar coordonatorilor anchetei EHES. După colectarea datelor, informațiile personale prin care pot fi identificați participanții la anchetă (nume și prenume, adresă, date de contact), au fost stocate separat de datele anchetei care vor fi făcute publice. De asemenea, au fost utilizate precauții specifice pentru gestionarea și depozitarea bazelor de date sau a oricăror instrumente în format fizic (documente) culese la locul examinării. Toate datele au fost trecute în format electronic, uniformizate și curățate. Datele anonimizate la nivel individual au fost transferate într-o bază de date centralizată pentru evaluarea calității datelor și pentru evaluarea succesului standardizării și documentării caracteristicilor specifice, precum și pentru analiza și raportarea la nivel european.

Toate datele colectate în cadrul proiectului au fost anonimizate și criptate. Accesul la sistemele informatice s-a realizat bază de nume de utilizator și parolă. Documentele fizice au fost stocate în dulapuri metalice încuiate la care au avut acces numai personalul autorizat.

REZULTATELE EHES 2022 ÎN ROMÂNIA

1. Variabile socio-demografice

Variabilele socio-demografice analizate în cadrul acestui studiu au fost:

- Starea civilă;
- Nivelul de educație;
- Ocupația;
- Genul;
- Mediul de rezidență;
- Venitul;
- Grupa de vârstă.

1.1 Starea civilă

Informațiile legate de **starea civilă** s-au referit la statutul actual al persoanei respondente în legătură cu căsătoria. Astfel, variantele de răspuns au fost: căsătorit, necăsătorit, văduv, divorțat, definite după cum urmează:

- Căsătorit/ă: O persoană căsătorită legal;
- Necăsătorit/ă: O persoană care nu este căsătorită;
- Văduv/ă: O persoană a cărei soț/soție a decedat;
- Divorțat/ă: O persoană care a trecut printr-un proces de divorț și nu mai este căsătorită.

Majoritatea persoanelor respondente erau căsătorite la momentul interviului, 75% față de cele 15.4% necăsătorite. Ponderea bărbaților necăsătoriți este mai mare decât cea a femeilor (18.7% față de 12%) iar ponderea femeilor văduve este mai mare decât a bărbaților cu același statut (5.7% fata de 0.9%). În mediul urban ponderea persoanelor divorțate este mai mare decât în mediul rural (7.7% față de 4.3%). (Grafic nr.1)

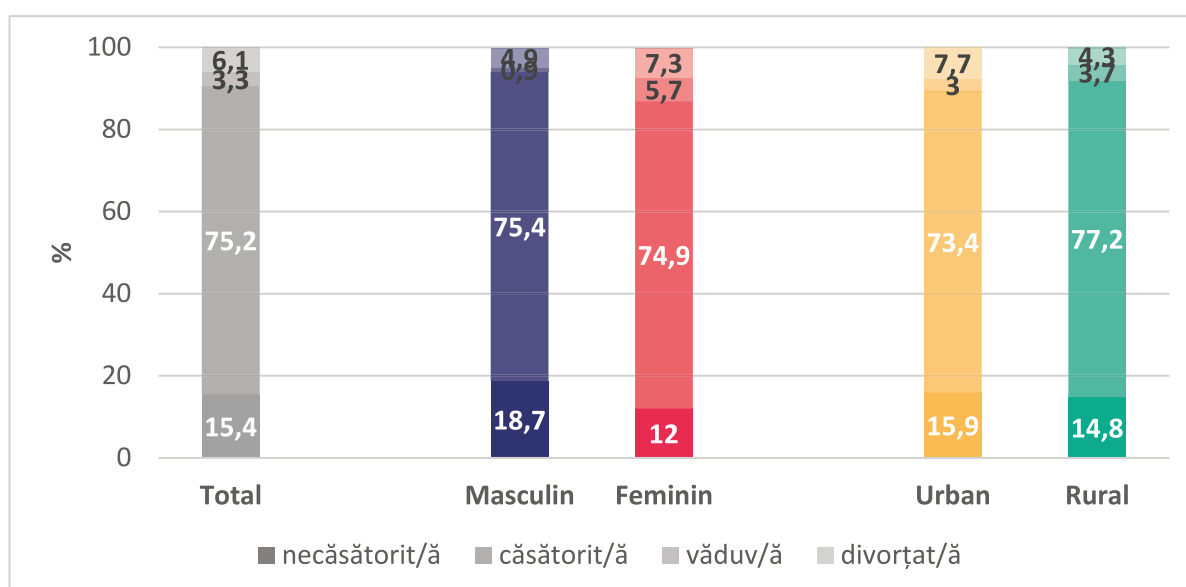
1.2 Nivelul de educație

Evaluarea **nivelului de educație** furnizează o măsură a capacității unei persoane sau a unei colectivități de a înțelege și interpreta informațiile primite. Caracterizarea eșantionului în

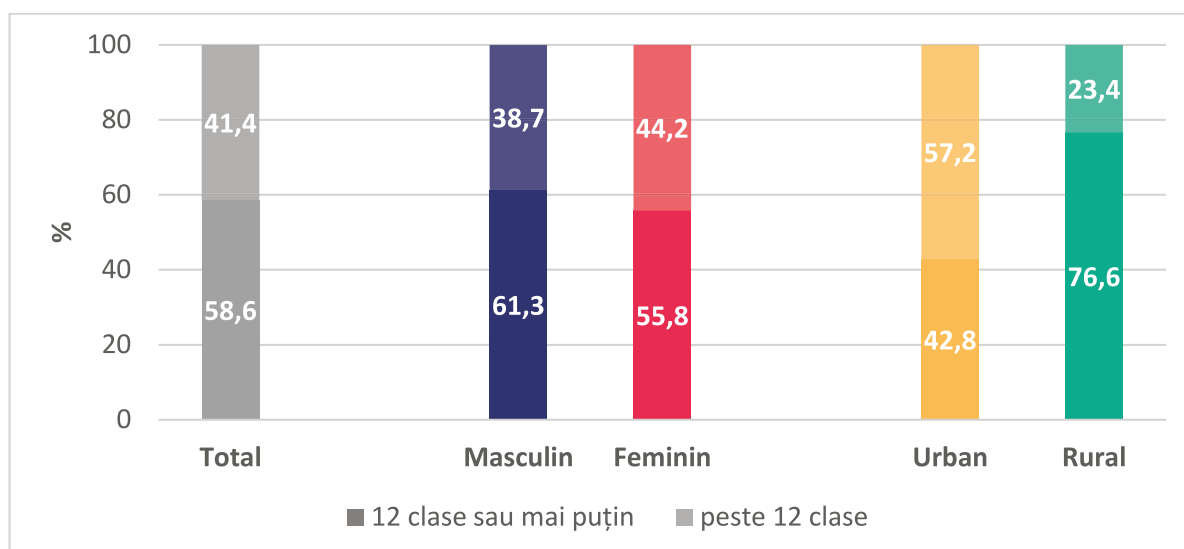
funcție de nivelul educațional a oferit o perspectivă semnificativă în analiza și interpretarea datelor obținute în studiu.

În cadrul acestui studiu variantele de răspuns alese au fost: 12 clase sau mai puțin sau peste 12 clase. Din Graficul nr.2 se poate observa că, în cadrul eșantionului, populația cu 12 clase sau mai puțin a reprezentat 58.6%, o pondere mai mare a bărbaților are 12 clase sau mai puțin (61.3% față de 55.8% femei). Cea mai mare disparitate se observă însă între mediile de rezidență, 76.6% din populația din mediul rural are 12 clase sau mai puțin față de 42.8% în mediul urban.

Grafic nr. 9 Structura eșantionului în funcție de starea civilă, total, pe gen și mediu de rezidență



Grafic nr. 10 Structura eșantionului în funcție de nivelul de educație, total, pe gen și mediu de rezidență



1.3 Ocupația

Caracterizarea eșantionului în funcție de **ocupație** a implicat clasificarea participanților în diferite categorii sau grupuri bazate pe tipul de muncă pe care o desfășurau la momentul interviului.

Variantele de răspuns au fost:

- Angajat;
- Angajat pe cont propriu (persoane care își desfășoară activitatea profesională independentă, fără a fi angajate de o companie sau organizație în mod direct, putând fi antreprenori sau lucrători independenți care își gestionează propriile afaceri și își asumă responsabilitatea pentru stabilirea și desfășurarea activităților lor profesionale);
- Patron;
- Lucrător familial neremunerat (persoane care desfășoară activități de îngrijire și gestionare a gospodăriei în cadrul familiei sau al unui cămin, însă nu primesc o compensație financiară directă pentru munca lor, pot fi sau nu membrii ai familiei)
- Membru al unei societăți agricole/meșteșugărești (persoane care fac parte dintr-o comunitate sau organizație care se ocupă de activități agricole sau meșteșugărești și pot fi fermieri, meșteșugari sau alte persoane care lucrează în domenii legate de agricultură sau meșteșuguri tradiționale);
- Șomer (persoană fără ocupație plătită, aptă de muncă și care se află în căutarea unui loc de muncă)
- Elev/student
- Pensionar
- Casnic/ă (categoria s-a referit la persoane care își desfășoară activitatea principală în gospodărie, în principal realizând sarcini domestice și având grijă de membrii familiei, în loc să lucreze pentru un angajator extern în schimbul unei plăți);
- Întreținut de alte persoane (această categorie a inclus situațiile în care o persoană depinde financiar de sprijinul sau de îngrijirea altor persoane pentru a-și satisface nevoile de bază care pot include, printre altele, hrană, adăpost, îngrijire medicală și alte cheltuieli necesare pentru a trăi, de exemplu: bătrân, persoană cu handicap, invalid, cu incapacitate de muncă);
- Fără ocupație.

Din Tabelul nr. 4 se poate observa că majoritatea respondenților aveau statutul de angajat la momentul interviului (63.3%), următoarea categorie fiind reprezentată de persoane casnice (12.5%) și pensionari (11.6%). De asemenea, pentru angajați, angajați pe cont propriu sau patroni, ponderile sunt mai mari pentru bărbați decât pentru femei, spre deosebire de situația în care persoana este casnică când ponderea este mai mare pentru femei. În ceea ce privește mediul urban, se observă că ponderea este mai mare pentru angajați decât în mediul rural (70.7% față de 54.9%) spre deosebire de ponderea persoanelor casnice care este mai mare în mediul rural decât în cel urban (20.3% față de 5.6%).

Tabel nr. 11 Structura eșantionului în funcție de categoriile ocupaționale - total, pe gen și mediu de rezidență

Ocupație	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
Angajat	63.3%	67.1%	59.6%	70.7%	54.9%
Angajat pe cont propriu	6.2%	8.2%	4.2%	6.9%	5.4%
Patron	2.5%	3.4%	1.5%	2.7%	2.1%
Lucrător familial neremunerat	1.4%	1.7%	1.0%	0.2%	2.7%
Membru al unei societăți agricole/meșteșugărești	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%	0.2%
Șomer	0.8%	0.7%	0.8%	0.7%	0.9%
Elev/student	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%	0.3%
Pensionar	11.6%	11.0%	12.3%	12.1%	11.0%
Casnic/ă	12.5%	5.8%	19.3%	5.6%	20.3%
Întreținut de alte persoane (bătrân, persoană cu handicap, invalid, cu incapacitate de muncă)	0.5%	0.5%	0.5%	0.3%	0.7%
Fără ocupație	0.8%	1.1%	0.5%	0.4%	1.3%

1.4 Venitul

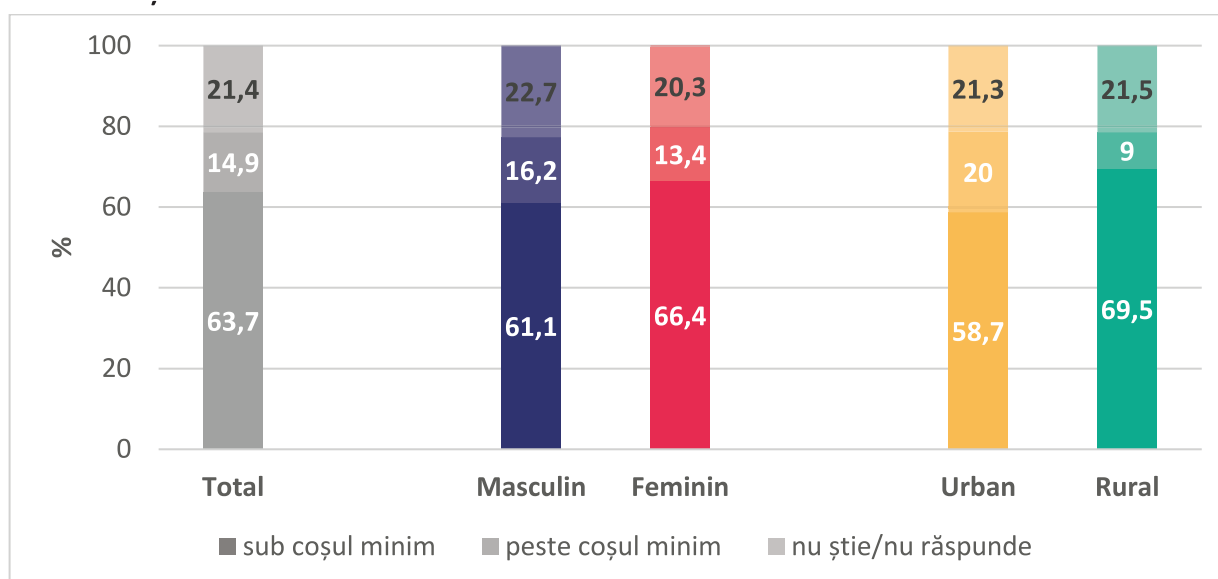
Din punct de vedere al **venitului**, variantele de răspuns au fost:

- Sub coșul minim;
- Peste coșul minim;
- Nu știe/nu răspunde.

Coșul minim reprezintă pragul minim sub care nu pot fi stabilite cheltuielile pentru asigurarea unui nivel de trai rezonabil, suma minimă de bani necesară pentru a satisface nevoile de bază ale unei persoane sau ale unei familii într-o anumită perioadă de timp. Acest concept este adesea utilizat în domeniul economiei și al asistenței sociale pentru a determina nivelul minim de trai sau pentru a calcula pragul de sărăcie. Coșul minim poate include cheltuieli pentru: alimentație, adăpost, îmbrăcăminte, sănătate, educație, transport, alte necesități de bază. Calcularea coșului minim poate varia în funcție de țară, regiune și standardele locale de trai. În România, coșul minim este calculat anual de către Institutul Național de Statistică și are o structură definită²⁵.

De remarcat că, în structura eșantionului, 63.7% din persoanele participante au declarat că veniturile lor sunt sub coșul minim, ponderea este mai mare pentru femei 66.4% și pentru persoanele din mediul rural 69.5%.

Grafic nr. 11 Structura eșantionului în funcție de nivele de venit - total, pe gen și pe mediu de rezidență



1.5 Structura pe grupe de vârste

La prezentul studiu au participat pacienți cu grupe de vârstă cuprinse între 25 și 64 ani. Vârstele au fost clasificate pe grupe de vârstă cincinale: 25-29 ani, 30-34 ani, 35-39 ani, 40-44 ani, 45-49 ani, 50-54 ani, 55-59 ani, 60-64 ani.

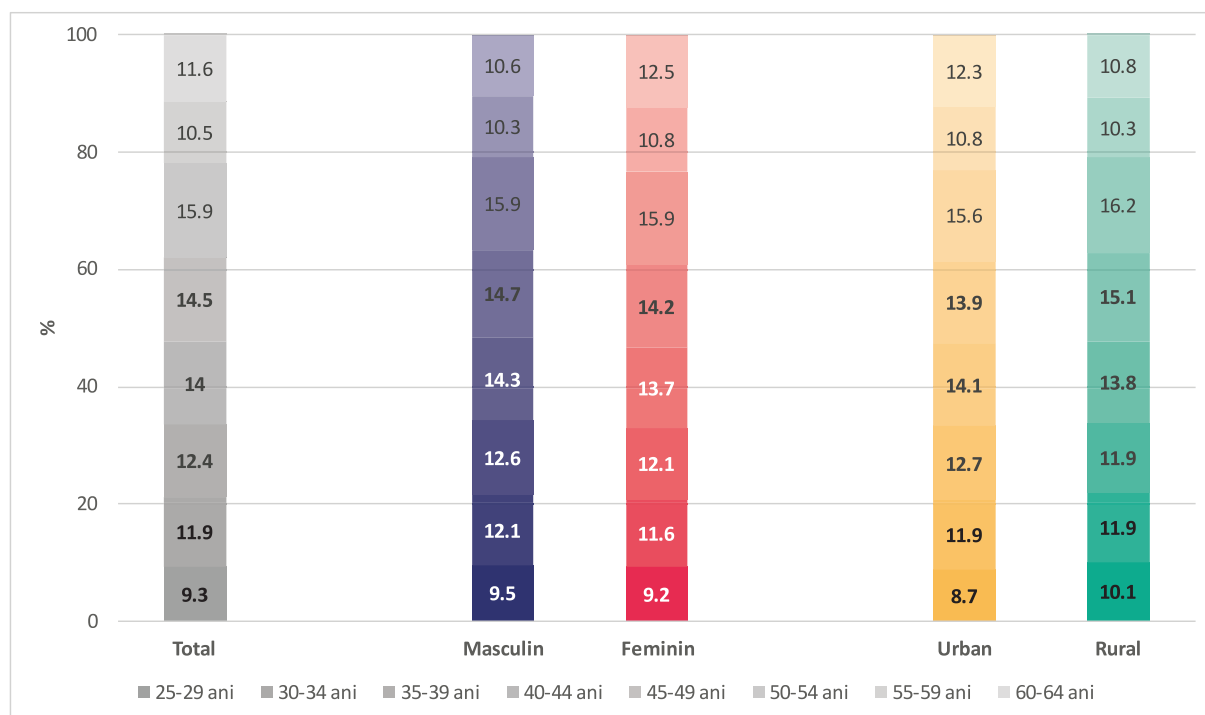
²⁵ Ordonanța de urgență nr. 217/2000 privind structura coșului minim de consum pentru un trai decent în România

Ponderea cea mai mare au avut-o persoanele cu vârste cuprinse între 50 și 54 ani (15.9%), urmate de cei cu vârste 45-49 ani (14.5%).

Se observă o ușoară diferență a ponderii femeilor față de bărbați la grupa de vârstă 60-64 ani (12.5% versus 10.6%) care se suprapune peste structura populației generale, ponderea femeilor fiind mai mare decât a bărbaților odată cu înaintarea în vârstă ca urmare a mortalității mai crescute la sexul masculin.

De asemenea, se constată o pondere mai mare a acelor cu vârste 25-29 ani din mediu rural (10.1%) față de mediul urban (8.7%) și a celor cu vârste între 60 și 64 ani din mediul urban (12.3% față de mediul rural (10.8%)). (grafic nr. 4)

Grafic nr. 12 Structura eșantionului pe grupe de vârstă



2. Stare de sănătate

În cadrul studiului, au fost evaluate următoarele aspecte:

- Percepția asupra stării de sănătate;
- Prezența declarată a problemelor de sănătate de lungă durată;
- Limitarea activităților obișnuite datorată problemelor de sănătate;
- Prezența declarată a unor afecțiuni sau valori modificate ale unor parametri: infarct miocardic, boala coronariană sau angină pectorală, tensiunea arterială crescută (hipertensiune), colesterolul din sânge crescut, accident vascular cerebral (hemoragie cerebrală, tromboză cerebrală), diabet zaharat.

Evaluarea stării de sănătate auto-raportată a populației poate fi un indicator general al poverii bolii asupra societății, o reflectare a prezenței sau absenței unor afecțiuni pe termen lung, atât fizice, cât și psihice. Aceasta poate reflecta experiențele subiective atât ale bolilor diagnosticate, cât și ale bolilor nediate diagnosticate, precum și severitatea acestora, pe care măsurătorile obiective la nivelul populației nu le pot evalua. Este cunoscut fenomenul de îmbătrânire a populației dar și faptul că populația trăiește mai mult dar cu mai multe condiții medicale asociate ceea ce constituie premisa ca acest lucru să devină o problemă de sănătate publică importantă.

Evaluarea percepției asupra stării de sănătate, a prezenței declarate a problemelor de sănătate de lungă durată și a limitării activităților obișnuite datorată problemelor de sănătate se realizează și în cadrul EU-SILC și au următoarea semnificație:

- Sănătatea auto-percepută în funcție de sex, vârstă și grad de urbanizare se referă la ponderea populației în vârstă de 16 ani și peste în funcție de sănătatea auto-percepută în fiecare combinație de dimensiuni (cod hlth_silc_18);
- Persoanele care au o boală de lungă durată sau o problemă de sănătate, după sex, vârstă și grad de urbanizare se referă la distribuția (%) a persoanelor cu vârsta de 16 ani și peste care au o boală de lungă durată sau probleme de sănătate în fiecare combinație de dimensiuni (cod hlth_silc_19);
- Limitările de lungă durată auto-percepute în activitățile obișnuite din cauza problemelor de sănătate în funcție de sex, vârstă și grad de urbanizare se referă la distribuția (%) a persoanelor cu vârsta de 16 ani și peste prin limitările de lungă durată auto-percepute în activitățile obișnuite din cauza probleme de sănătate în fiecare combinație de dimensiuni²⁶(cod hlth_silc_20).

²⁶ EU statistics on income and living conditions (EU-SILC) methodology - self-reported health - Statistics Explained (europa.eu)

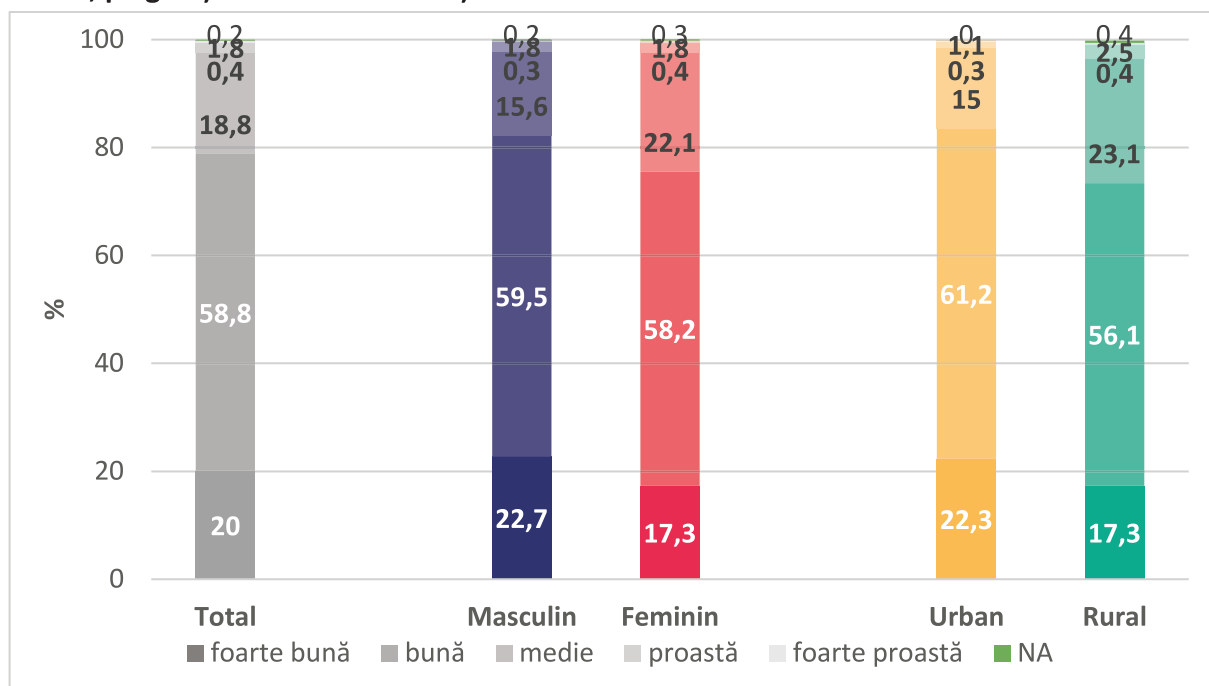
2.1 Percepția asupra propriei stări de sănătate

Percepția asupra stării de sănătate este modul în care o persoană își percepe propria sănătate și starea de bine. Aceasta poate fi influențată de o varietate de factori, inclusiv starea fizică, emoțională și mentală a individului, precum și experiențele anterioare cu boala, îngrijirea medicală și alți factori socio-culturali. Percepția asupra stării de sănătate este subiectivă, variază de la o persoană la alta în funcție de experiențele și perspectivele individuale și poate avea un impact asupra comportamentului și deciziilor legate de îngrijirea sănătății.

În anul 2022, 73,3% dintre români și-au raportat sănătatea auto-percepută ca fiind foarte bună sau bună, pondere mult mai mare decât media UE (68,0 %). Sănătatea auto-percepută în România urmează aceleași tendințe ca și în alte părți ale UE – rata este mai mare în rândul bărbaților (77,7%) decât al femeilor (69,3%) și pentru cei cu venituri mai mari (80,4%) decât gospodăriile cu venituri mai mici (66,9 %). În România, sănătatea auto-percepută este constant mai mare decât mediile UE atât pentru bărbați, cât și pentru femei și între grupurile de venituri.

În cadrul prezentului studiu, respondenții au evaluat sănătatea proprie ca fiind bună sau foarte bună într-o pondere de 78.8%. De asemenea, există o diferență mare între femei și bărbați (75% față de 82.2%) și între mediile de rezidență (83.5% în mediul urban față de 73.4% în mediul rural).

Grafic nr. 13 Structura eșantionului în funcție de percepția asupra propriei stări de sănătate - total, pe gen și mediu de rezidență



2.2 Probleme de sănătate cronice (autodeclarate)

Din datele publicate²⁷, reiese o pondere a persoanelor care declară o problemă de sănătate cronică mai mică în România decât în media UE. Astfel, în anul 2019, ponderea medie în România a fost de 18.9% față de media europeană de 36.5%.

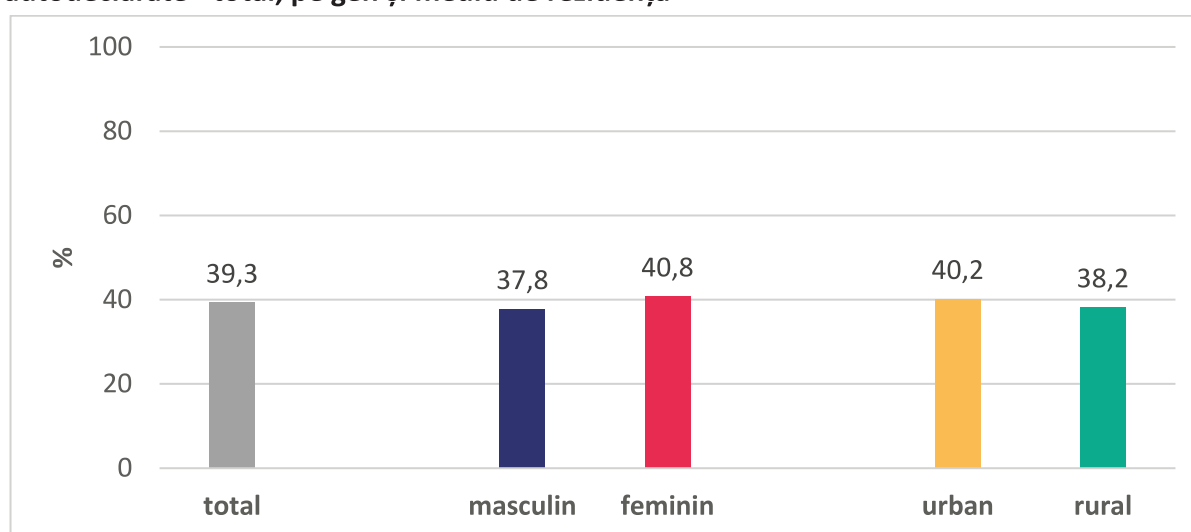
În cadrul studiului, 39.3% din participanți au declarat că au o problemă de sănătate de lungă durată (durează de mai mult de 6 luni sau se așteaptă să dureze mai mult de 6 luni). Ponderea celor care declară că au o problemă de sănătate de lungă durată este mai mare la femei 40.8% față de bărbați 37.8 și în mediul urban 40.2% față de rural 38.2%. (Grafic nr.6) Similar, în anul 2019, 22.5% din femei față de 15% bărbați din România raportau o problemă de sănătate cronică față de media UE care era de 38.2% femei față de 34.7% bărbați²⁸.

Ponderea cea mai mare a persoanelor care declară că au o problemă de sănătate de lungă durată se regăsește la grupa de vârstă 60-64 de ani, la această grupă de vârstă ponderea bărbaților care declară acest lucru este mai mare decât ponderea femeilor (79% față de 77.6% la femei).

Pe măsură ce vârsta scade, ponderea persoanelor care declară că au o problemă de sănătate de lungă durată scade, astfel că la grupa de vârstă 25-29 de ani, ponderea ajunge la 15.2%, mai mult la genul feminin (17.9%) față de masculin (12.6%). (Tabel nr.7)

Cea mai mare diferență între mediile de rezidență se regăsește la grupa de vârstă 60-64 de ani, 82.4% în mediul urban față de 73% în mediul rural. (Tabel nr.7)

Grafic nr. 14 Structura eșantionului în funcție de problemele de sănătate cronice autodeclarate - total, pe gen și mediu de rezidență



²⁷ European Core Health Indicators (europa.eu)

²⁸ Ibid

Tabel nr. 12 Structura eșantionului în funcție de problemele de sănătate cronice autodeclarate pe grupe de vârstă - total, gen, mediu de rezidență

Grupa de vârstă	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
25 – 29 ani	15.2	12.6	17.9	17.1	13.3
30 – 34 ani	16.5	16.8	16.2	18.8	13.5
35 – 39 ani	23.3	25.6	20.8	21.8	25.1
40 – 44 ani	28.2	25.0	31.6	27.7	29.0
45 – 49 ani	38.7	37.5	40.0	37.5	40.1
50 – 54 ani	49.4	48.7	50.1	49.9	48.9
55 – 59 ani	62.8	60.1	65.5	62.5	62.9
60 – 64 ani	78.2	79.0	77.6	82.4	73.0

Cea mai mare diferență între genuri se regăsește în Regiunea Vest unde 45.1% dintre femei au declarat că au o afecțiune cronică de lungă durată față de 33.2% bărbați urmată de Regiunea Sud-Muntenia. (Tabel nr.8)

Tabel nr. 13 Structura eșantionului în funcție de problemele de sănătate cronice autodeclarate pe regiuni - total, gen, mediu de rezidență

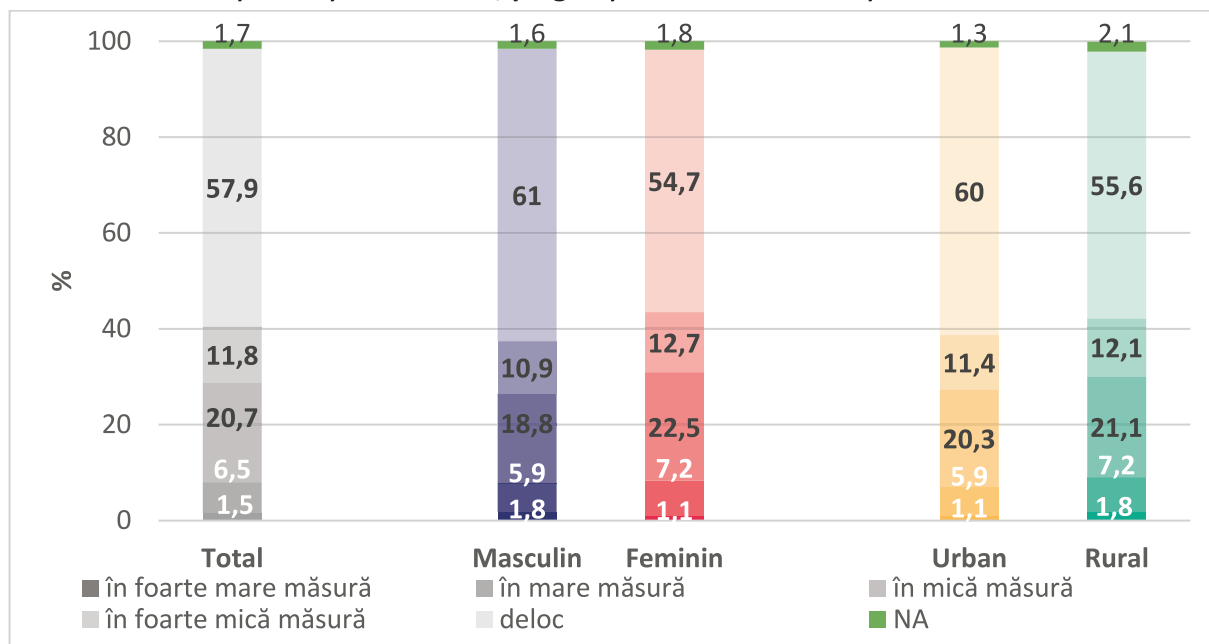
Regiunea	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
București – Ilfov	43.4	42.5	44.2	41.3	55.2
Centru	34.5	35.8	33.1	35.8	33.1
Nord – Est	37.7	34.8	40.8	38.1	37.6
Nord - Vest	42.1	42.3	41.9	44.5	39.7
Sud – Est	39.3	40.3	38.3	40.8	37.9
Sud - Muntenia	41.0	38.6	43.4	40.6	41.2
Sud – Vest Oltenia	36.1	33.6	38.6	41.6	31.2
Vest	39.1	33.2	45.1	38.5	40.0

2.3 Probleme de sănătate care limitează activitățile obișnuite (în ultimele 6 luni)

Rezultatele studiului arată că ponderea cea mai mare o au persoanele care declară că nu le sunt limitate activitățile zilnice din cauza problemelor de sănătate, 57.9% din totalul persoanelor intervievate, cu o pondere mai mare a bărbaților față de femei (61% respective 54.7%) și mai mare în mediul urban față de rural (60% față de 55.6%). În anul 2022, rezultatele anchetei EU-SILC arată că în România 71.3% din respondenți răspund că nu le este limitată

activitatea zilnică din cauza problemelor de sănătate față de media UE de 73%, cu o diferență minoră pentru bărbați între populația României și cea a UE dar cu o diferență mare pentru femei (70.5% pentru populația feminină din România față de 66.9% pentru cea a UE).

Grafic nr. 15 Structura eșantionului în funcție de măsura în care problemele de sănătate limitează activitățile obișnuite - total, pe gen și mediu de rezidență

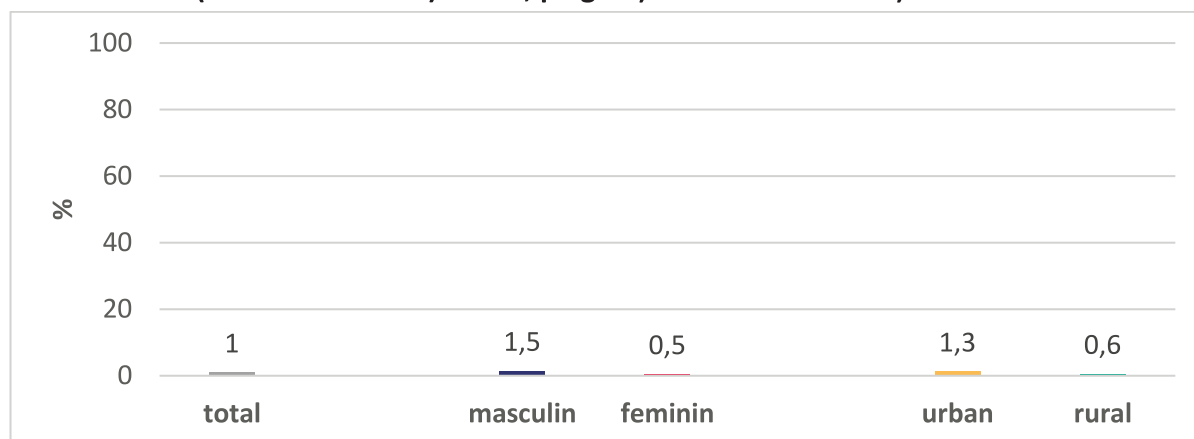


2.4 Probleme de sănătate în evidență (autodeclarate)

2.4.1. Infarct miocardic

Rezultatele studiului arată că 1% din persoanele respondente erau în evidența medicului de familie cu infarct miocardic, o pondere mai mare pentru bărbați față de femei (1.5% respectiv 0.5%) și mai mare în mediul urban față de cel rural (1.3% față de 0.6%). (Grafic nr.8)

Grafic nr. 16 Structura eșantionului în funcție de problemele de sănătate în evidență autodeclarate (infarct miocardic) - total, pe gen și mediu de rezidență



Cea mai mare pondere a persoanelor aflate în evidența medicului de familie se regăsește la grupa de vârstă 60-64 de ani (4.1%), cea mai mare diferență între bărbați și femei regăsindu-se tot la această grupă de vârstă (6.6% respectiv 2%). La fel pentru diferența între mediul urban și cel rural (5.4% față de 2.5%). (Tabel nr.9)

Tabel nr. 14 Structura eșantionului în funcție de problemele de sănătate în evidență autodeclarate (infarct miocardic) și grupa de vârstă - total, pe gen și mediu de rezidență

Grupa de vârstă	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
25 – 29 ani	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
30 – 34 ani	0.5	1.0	0.0	1.0	0.0
35 – 39 ani	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
40 – 44 ani	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
45 – 49 ani	0.9	1.4	0.3	1.1	0.6
50 – 54 ani	1.2	1.8	0.5	1.3	1.1
55 – 59 ani	0.8	0.8	0.8	1.1	0.4
60 – 64 ani	4.1	6.6	2.0	5.4	2.5

Cea mai mare pondere a persoanelor care declară că se află în evidența medicului de familie cu infarct miocardic se regăsește în regiunea Nord-Vest. Cu excepția regiunii Vest, în celelalte regiuni ponderea bărbaților care declară că se află în evidența medicului de familie cu infarct miocardic este mai mare decât a femeilor. La fel, cu excepția regiunilor Vest și Sud-Vest Oltenia, în celelalte regiuni ponderea persoanelor din mediul urban care declară că se află în evidența medicului de familie cu infarct miocardic este mai mare decât a celor din mediul rural. (Tabel nr.10)

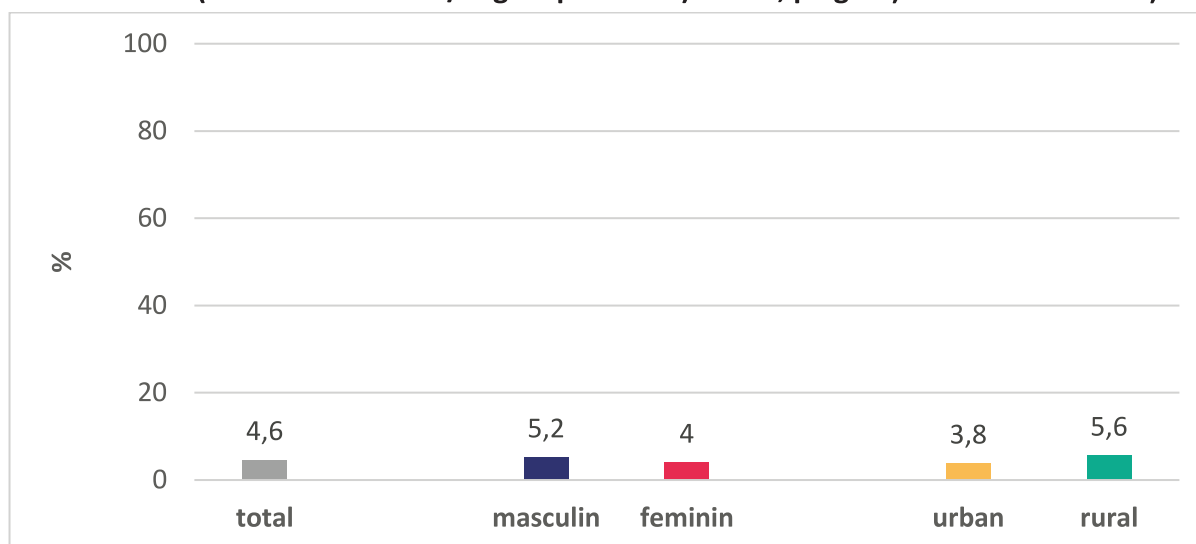
Tabel nr. 15 Structura eșantionului în funcție de problemele de sănătate în evidență autodeclarate (infarct miocardic) și regiune - total, pe gen și mediu de rezidență

Regiunea	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
București – Ilfov	1.2	1.7	0.6	1.2	0.0
Centru	1.1	1.4	0.7	1.6	0.4
Nord – Est	0.9	1.9	0.8	1.3	0.6
Nord - Vest	1.4	1.9	0.9	2.1	0.6
Sud – Est	1.2	2.0	0.3	1.3	1.1
Sud - Muntenia	1.0	1.6	0.3	2.0	0.2
Sud – Vest Oltenia	0.8	1.2	0.4	0.4	0.8
Vest	0.5	0.5	0.5	0.0	1.1

2.4.2. Boală coronariană/angină pectorală

Rezultatele studiului arată că 4.6% din persoanele respondente erau în evidența medicului de familie cu boală coronariană/angină pectorală, o pondere mai mare pentru bărbați față de femei (5.2% respectiv 4%) și mai mare în mediul rural față de cel urban (5.6% față de 3.8%). (Grafic nr.9)

Grafic nr. 17 Structura eșantionului în funcție de problemele de sănătate în evidență autodeclarate (boală coronariană/angină pectorală) - total, pe gen și mediu de rezidență



Cea mai mare pondere a persoanelor aflate în evidența medicului de familie cu boală coronariană/angina pectorală se regăsește la grupa de vârstă 60-64 de ani (18.2%), cea mai mare diferență între bărbați și femei regăsindu-se tot la această grupă de vârstă (23% respectiv 14%). La fel pentru diferența între mediul urban și cel rural (15.3% față de 21.6%). (Tabel nr.11)

Tabel nr. 16 Structura eșantionului în funcție de problemele de sănătate în evidență autodeclarate (boală coronariană/angină pectorală) și grupa de vârstă - total, pe gen și mediu de rezidență

Grupa de vârstă	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
25 – 29 ani	0.4	0.9	0.0	0.0	0.9
30 – 34 ani	0.4	0.3	0.4	0.3	0.4
35 – 39 ani	0.8	0.7	1.0	1.2	0.4
40 – 44 ani	1.8	2.3	1.2	1.1	2.6
45 – 49 ani	3.2	3.9	2.4	3.1	3.0
50 – 54 ani	4.5	4.7	4.2	3.0	6.1
55 – 59 ani	8.9	9.3	8.5	6.2	12.1
60 – 64 ani	18.2	23.0	14.0	15.3	21.6

Cea mai mare pondere a persoanelor care declară că se află în evidența medicului de familie cu boală coronariană/angina pectorală se regăsește în regiunea Sud-Est urmată de regiunile Centru și București-Ilfov. Cele mai mari diferențe între genul masculin și cel feminin și între mediul urban și rural se regăsesc în regiunea Sud-Est, în care ponderea este mai mare pentru genul masculin față de genul feminin, respectiv în mediul rural față de cel urban (Tabel nr.12)

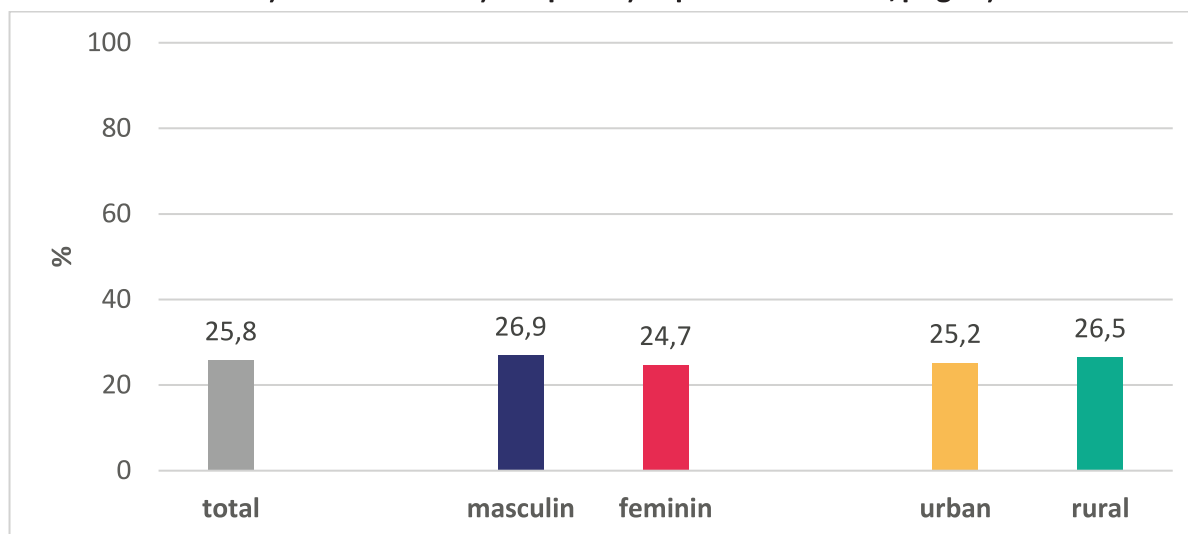
Tabel nr. 17 Structura eșantionului în funcție de problemele de sănătate în evidență autodeclarate (boală coronariană/angină pectorală) și regiune - total, pe gen și mediu de rezidență

Regiunea	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
București – Ilfov	4.6	5.6	3.7	4.8	3.4
Centru	5.5	6.4	4.7	4.8	6.1
Nord – Est	3.9	3.5	4.3	3.2	4.5
Nord - Vest	4.9	4.3	5.6	3.6	6.4
Sud – Est	6.3	8.5	4.2	3.0	10.3
Sud - Muntenia	3.9	4.0	3.7	4.1	3.5
Sud – Vest Oltenia	3.8	5.0	2.5	2.2	5.2
Vest	4.2	5.6	2.8	3.2	5.0

2.4.3. Hipertensiune arterială

Rezultatele studiului arată că 25.8% din persoanele respondente erau în evidența medicului de familie cu hipertensiune arterială, o pondere mai mare pentru bărbați față de femei (26.9% respectiv 24.7%) și mai mică în mediul urban față de cel rural (25.2% față de 26.5%). (Grafic nr.10)

Grafic nr. 18 Structura eșantionului în funcție de prezența hipertensiunii – total, pe gen și mediu de rezidență



Cea mai mare pondere a persoanelor aflate în evidența medicului de familie cu hipertensiune arterială se regăsește la grupa de vârstă 60-64 de ani (18.2%) și descrește cu vârsta. Între 30 și 54 de ani, ponderea bărbaților care declară că se află în evidența medicului de familie pentru hipertensiune arterială este mai mare decât a femeilor. (Tabel nr.13) Cea mai mare diferență între bărbați și femei se regăsește între 40 și 54 de ani. Între 35 și 59 de ani, ponderea persoanelor care declară că se află în evidența medicului de familie pentru HTA este mai mare în mediul rural decât în mediul urban.

Tabel nr. 18 Structura eșantionului în funcție de prezența hipertensiunii și grupa de vârstă - total, pe gen și pe mediu de rezidență

Grupa de vârstă	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
25 – 29 ani	1.8	1.7	1.8	2.7	0.9
30 – 34 ani	6.0	8.9	2.9	6.9	4.9
35 – 39 ani	7.3	8.2	6.3	6.1	8.6
40 – 44 ani	14.5	18.0	10.7	13.9	15.2
45 – 49 ani	20.5	22.6	18.2	18.0	23.0
50 – 54 ani	39.0	42.6	35.4	37.1	40.9
55 – 59 ani	49.0	48.0	50.0	45.8	53.0
60 – 64 ani	66.3	65.6	66.9	66.3	66.1

Cea mai mare pondere a persoanelor care declară că se află în evidența medicului de familie cu HTA se regăsește în regiunea București-Ilfov. (Tabel nr.14) Cele mai mari diferențe între genul masculin și cel feminin și între mediul urban și rural se regăsesc în regiunea București-Ilfov. Astfel ponderea este mai mare pentru genul masculin, respectiv în mediul rural față de cel urban.

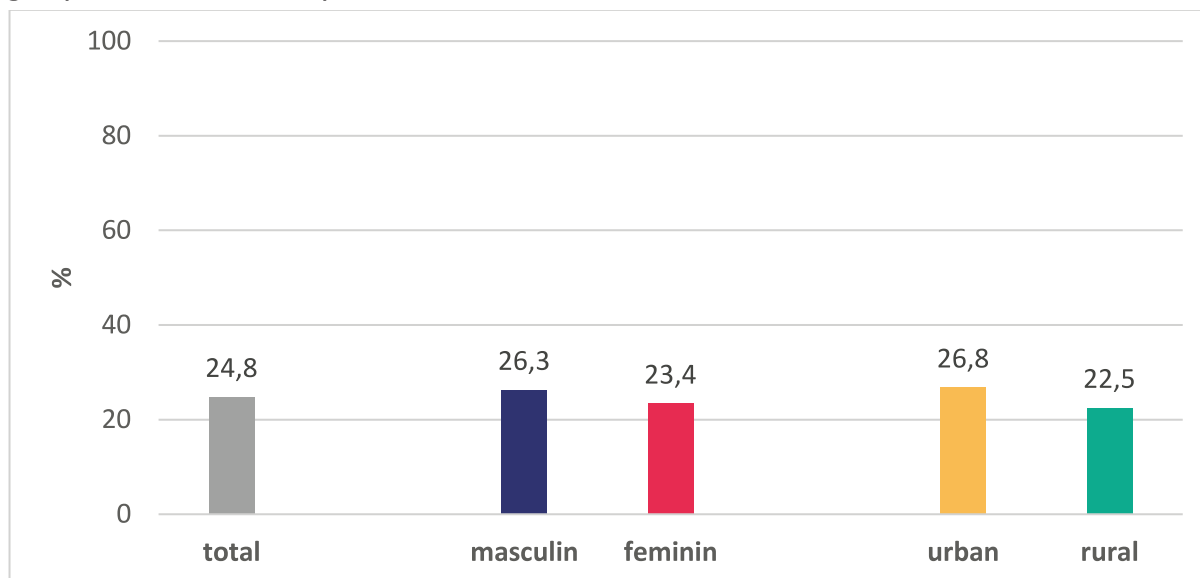
Tabel nr. 19 Structura eșantionului în funcție de prezența hipertensiunii și regiunile de dezvoltare – pe total, gen și mediu de rezidență

Regiunea	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
București – Ilfov	28.3	32.9	24.3	27.1	36.8
Centru	23.4	26.6	20.1	23.1	23.4
Nord – Est	24.5	24.6	24.4	24.8	24.2
Nord - Vest	26.3	29.0	23.5	27.2	25.0
Sud – Est	24.6	24.4	24.8	26.2	23.1
Sud - Muntenia	26.7	25.4	28.0	24.2	28.3
Sud – Vest Oltenia	26.4	26.4	26.4	22.5	29.9
Vest	26.6	26.6	26.6	23.9	30.6

2.4.4. Hipercolesterolemie

Rezultatele studiului arată că 24.8% din persoanele respondente erau în evidența medicului de familie cu hipercolesterolemie, o pondere mai mare pentru bărbați față de femei (26.3% respectiv 23.4%) și mai mare în mediul urban față de cel rural (26.8% față de 22.5%). (Grafic nr.11)

Grafic nr. 19 Structura eșantionului în funcție de prezența hipercolesterolemiei – total, pe gen și mediu de rezidență



Cea mai mare pondere a persoanelor aflate în evidența medicului de familie cu hipertensiune arterială se regăsește la grupa de vârstă 60-64 de ani (57.6%) și descrește cu vârsta. Între 30 și 49 de ani, ponderea bărbaților care declară că se află în evidența medicului de familie pentru hipercolesterolemie este mai mare decât a femeilor. (Tabel nr.15) Cea mai mare diferență între bărbați și femei se regăsește între 40 și 44 de ani, urmată de grupa de vârstă 35-39 de ani. Cea mai mare diferență între ponderea persoanelor din mediul rural care declară că se află în evidența medicului de familie pentru hipercolesterolemie față de mediul urban se regăsește la grupa de vârstă 60-64 de ani.

Tabel nr. 20 Structura eșantionului în funcție de prezența hipercolesterolemiei și grupa de vârstă – total, pe gen și mediu de rezidență

Grupa de vârstă	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
25 – 29 ani	2.7	3.9	1.4	3.6	1.3
30 – 34 ani	8.2	10.6	5.8	11.2	4.9
35 – 39 ani	9.6	13.8	5.2	9.8	9.4

40 – 44 ani	16.7	21.8	11.4	16.3	17.5
45 – 49 ani	22.2	25.6	18.5	23.0	21.2
50 – 54 ani	35.6	35.5	35.6	37.8	33.0
55 – 59 ani	43.1	41.0	45.2	44.7	40.9
60 – 64 ani	57.6	57.8	57.3	62.5	51.2

Cea mai mare pondere a persoanelor care declară că se află în evidența medicului de familie cu hipercolesterolemie se regăsește în regiunea București-Ilfov. (Tabel nr.16) Cele mai mari diferențe între genul masculin și cel feminin se regăsesc în regiunile București-Ilfov, Nord-Vest și Sud-Vest Oltenia. Cele mai mari diferențe între mediile de rezidență se regăsesc în regiunile Nord-Vest și Nord-Est, cu o pondere mai mare în mediul urban față de rural.

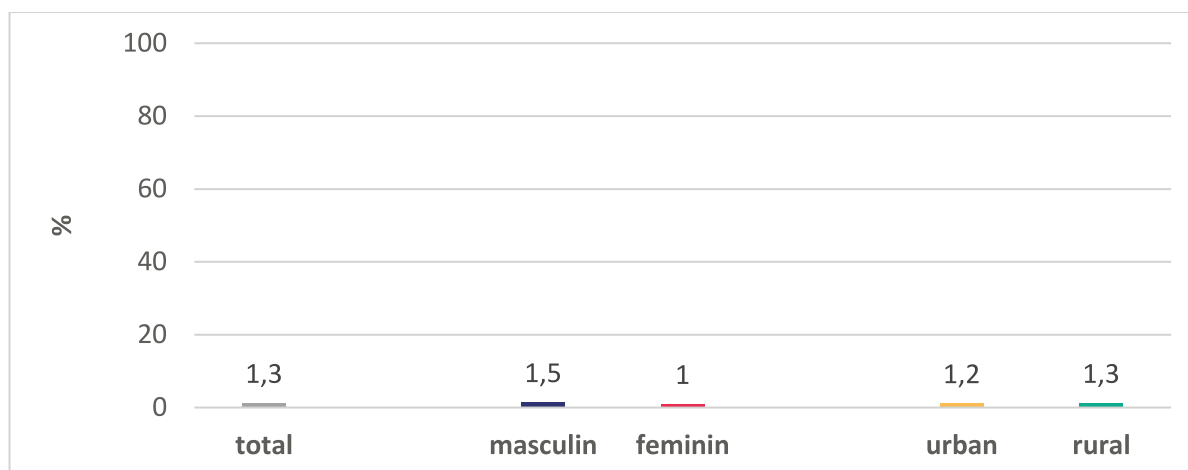
Tabel nr. 21 Structura eșantionului în funcție de prezența hipercolesterolemiei și regiunea de dezvoltare – total, pe gen și mediu de rezidență

Regiunea	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
București – Ilfov	36.3	41.3	32.0	36.3	36.8
Centru	19.3	20.9	17.6	20.3	18.4
Nord – Est	19.7	20.5	18.8	23.2	17.3
Nord - Vest	21.7	24.7	18.6	25.1	17.9
Sud – Est	27.2	28.0	26.3	27.3	26.7
Sud - Muntenia	27.2	27.0	27.4	29.0	26.0
Sud – Vest Oltenia	23.3	25.3	21.2	21.7	24.7
Vest	24.8	24.2	25.4	24.3	25.4

2.4.5. Accident vascular cerebral

Rezultatele studiului arată că 1.3% din persoanele respondente erau în evidența medicului de familie cu accident vascular cerebral, o pondere mai mare pentru bărbați față de femei (1.5% respectiv 1%) și mai mică în mediul urban față de cel rural (1.2% față de 1.3%). (Grafic nr.12)

Grafic nr. 20 Structura eșantionului în funcție de prezența AVC - total, pe gen și mediu de rezidență



Cea mai mare pondere a persoanelor aflate în evidența medicului de familie cu accident vascular cerebral se regăsește la grupa de vârstă 60-64 de ani (5%) și descrește cu vârsta. Ponderea bărbaților care declară că se află în evidența medicului de familie pentru accident vascular cerebral este mai mare decât a femeilor pentru grupele de vârstă 40-44 de ani și 55-59 de ani. (Tabel nr.17) Cea mai mare diferență între ponderea persoanelor din mediul rural care declară că se află în evidența medicului de familie cu accident vascular cerebral față de mediul urban se regăsește la grupa de vârstă 45-49 de ani.

Tabel nr. 22 Structura eșantionului în funcție de grupa de vârstă și de prezența AVC - total, pe gen și mediu de rezidență

Grupa de vârstă	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
25 – 29 ani	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
30 – 34 ani	0.2	0.3	0.0	0.3	0.0
35 – 39 ani	0.3	0.7	0.0	0.0	0.7
40 – 44 ani	0.7	1.5	0.0	1.1	0.3
45 – 49 ani	0.7	0.8	0.6	0.0	1.5
50 – 54 ani	1.0	0.8	1.3	1.5	0.6
55 – 59 ani	2.2	2.8	1.6	1.4	3.0
60 – 64 ani	5.0	5.5	4.7	5.1	5.0

Cea mai mare pondere a persoanelor care declară că se află în evidența medicului de familie cu accident vascular cerebral se regăsește în regiunea Sud-Muntenia. (Tabel nr.18) Cea mai mare diferență între genul masculin și cel feminin se regăsește în regiunea Nord-Est. Cele mai mari diferențe între mediile de rezidență se regăsesc în regiunea Vest urmată de regiunea Sud-Muntenia, cu o pondere mai mare în mediul urban față de rural.

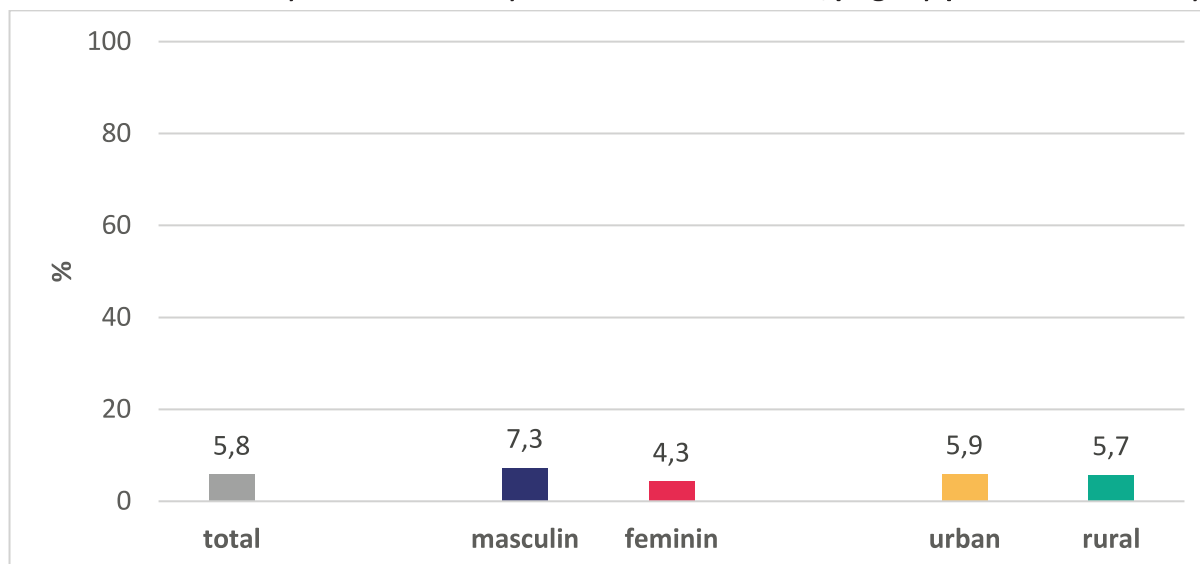
Tabel nr. 23 Structura eşantionului în funcție de regiune și de prezenta AVC - total, pe gen și mediu de rezidență

Regiunea	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
București – Ilfov	0.8	1.0	0.6	0.8	1.1
Centru	0.7	0.0	1.4	0.3	1.2
Nord – Est	1.9	3.0	0.8	1.6	2.4
Nord - Vest	1.7	2.2	1.2	1.8	1.9
Sud – Est	0.5	0.7	0.3	0.3	0.7
Sud - Muntenia	2.1	2.7	1.4	3.1	1.4
Sud – Vest Oltenia	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
Vest	1.2	0.5	1.9	2.0	0.0

2.4.6. Diabet zaharat

Rezultatele studiului arată că 5.8% din persoanele respondente erau în evidența medicului de familie cu diabet zaharat, o pondere mai mare pentru bărbați față de femei (7.3% respectiv 4.3%) și similară în mediul urban față de cel rural. (Grafic nr.13)

Grafic nr. 21 Structura eşantionului în funcție de diabet zaharat- total, pe gen și pe mediu de rezidență



Cea mai mare pondere a persoanelor aflate în evidența medicului de familie cu diabet zaharat se regăsește la grupa de vârstă 60-64 de ani (18%) și descrește cu vârsta. Cu excepția grupei de vârstă 25-29 de ani, ponderea bărbaților care declară că se află în evidența medicului de familie cu diabet zaharat este mai mare decât a femeilor. (Tabel nr.19) Cea mai mare diferență între ponderea

persoanelor din mediul rural care declară că se află în evidența medicului de familie cu diabet zaharat față de mediul urban se regăsește la grupele de vârstă 55-59 de ani și 60-64 ani.

Tabel nr. 24 Structura eșantionului în funcție de grupa de vârstă și de prezenta diabetului zaharat- total, pe gen și mediu de rezidență

Grupa de vârstă	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
25 – 29 ani	0.9	0.0	1.8	0.9	0.4
30 – 34 ani	1.2	1.4	1.1	1.6	0.7
35 – 39 ani	1.5	2.6	0.3	1.8	1.1
40 – 44 ani	1.8	2.0	1.5	1.4	2.3
45 – 49 ani	4.5	6.2	2.6	3.4	5.6
50 – 54 ani	8.0	11.5	4.5	6.8	9.1
55 – 59 ani	11.1	13.3	8.9	12.4	9.9
60 – 64 ani	18.0	23.0	13.7	19.4	16.6

Cea mai mare pondere a persoanelor care declară că se află în evidența medicului de familie cu diabet zaharat se regăsește în regiunea Sud-Est. (Tabel nr.20) Cele mai mari diferențe între genul masculin și cel feminin se regăsesc în regiunea Vest urmată de regiunile Sud-Vest Oltenia și Sud-Est. Cele mai mari diferențe între mediile de rezidență se regăsesc în regiunea Vest urmată de regiunea Nord-Est.

Tabel nr. 25 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezenta diabetului zaharat - total, pe gen și mediu de rezidență

Regiunea	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
București – Ilfov	5.1	6.7	3.7	4.8	6.9
Centru	6.8	6.7	6.8	7.0	6.9
Nord – Est	4.8	5.8	3.7	6.1	3.9
Nord - Vest	4.8	6.5	3.1	5.4	4.2
Sud – Est	7.0	9.1	4.8	6.3	7.8
Sud - Muntenia	6.5	7.8	5.1	7.5	5.9
Sud – Vest Oltenia	5.7	7.9	3.4	6.2	5.2
Vest	6.6	8.8	4.2	5.3	8.3

3. Îngrijirea sănătății

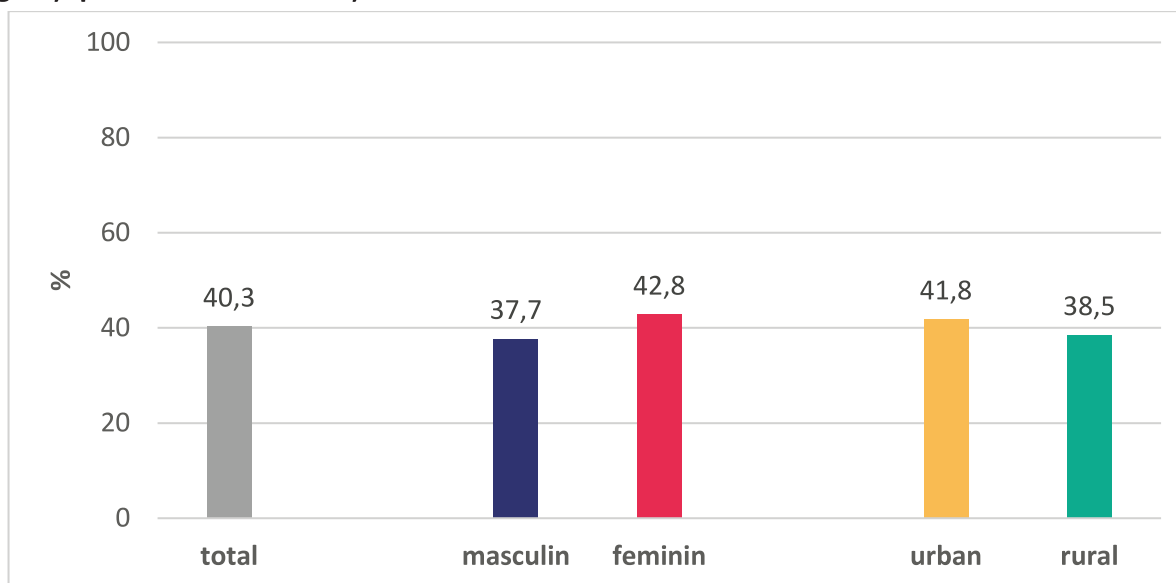
În cadrul acestui modul, participanții la studiu au fost întrebați despre:

- utilizarea de medicamente (inclusiv suplimente alimentare, preparate dietetice, preparate fitoterapice sau vitamine etc.) prescrise de către un medic;
- afecțiunile pentru care au fost utilizate medicamentele;
- data ultimei măsurări a tensiunii arteriale;
- data ultimelor analize de sânge pentru măsurare a colesterolului și glicemiei.

Prescrierea de medicamente este cea mai obișnuită intervenție a medicului în cadrul sistemului de îngrijiri de sănătate. Pentru prescrierea de medicamente, a fost evaluată prescrierea din ultimele 2 săptămâni.

3.1. Medicamente prescrise de medic (autodeclarate)

Grafic nr. 22 Structura eșantionului în funcție de medicamente prescrise de medic - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Cea mai mare pondere a persoanelor care declară că utilizează medicamente prescrise de medic se regăsește la grupa de vârstă 60-64 de ani, la genul feminin, urmată de aceeași grupă de vârstă la genul masculin. Tot aceasta deține și cea mai mare pondere în cazul repartizării urban/ rural, unde maximul se regăsește în zona urbană. Bineînțeles, ponderea acestor persoane scade o dată cu vârsta.

Tabel nr. 26 Structura eșantionului în funcție de grupa de vârstă și de prezenta medicamentelor prescrise de medic - total, pe gen și mediu de rezidență

Grupa de vârstă	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
25 – 29 ani	19.2	13.5	25.2	22.1	16.4
30 – 34 ani	21.6	19.1	24.2	24.7	18.0
35 – 39 ani	26.1	26.2	26.0	24.6	28.1
40 – 44 ani	28.8	27.3	30.4	30.2	27.2
45 – 49 ani	39.7	40.8	38.5	37.2	42.3
50 – 54 ani	49.8	47.0	52.6	51.5	47.9
55 – 59 ani	60.4	56.2	64.5	62.2	58.6
60 – 64 ani	74.2	71.9	76.3	78.3	68.9

În ceea ce privește distribuția pe regiuni de dezvoltare, ponderea cea mai mare a persoanelor care declară că utilizează medicamente prescrise de medic se află în regiunea București-Ilfov și regiunea Sud-Muntenia. La extrema cealaltă, se regăsește regiunea Centru. Femeile din regiunea Vest și bărbații din regiunea București-Ilfov declară o utilizare ridicată a medicamentelor prescrise de medic. În zona urbană și cea rurală cele mai mici ponderi se regăsesc în regiunea Centru.

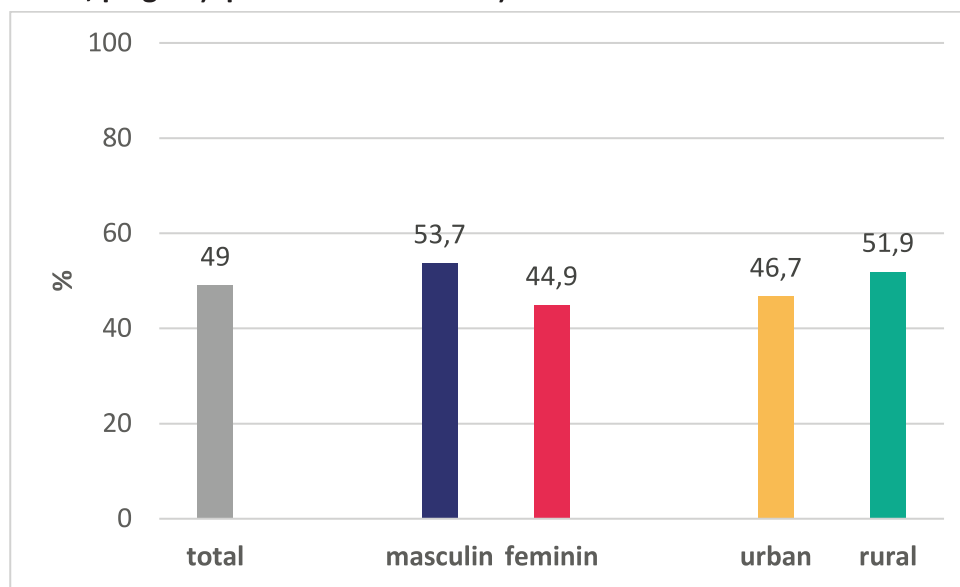
Tabel nr. 27 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezenta medicamentelor prescrise de medic- total, pe gen și mediu de rezidență

Regiunea	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
București – Ilfov	45.6	45.1	46.1	45.6	46.0
Centru	31.4	32.3	30.6	32.6	30.2
Nord – Est	37.8	34.6	41.3	37.5	38.1
Nord - Vest	42.6	41.2	44.1	45.1	40.1
Sud – Est	37.6	34.1	41.2	38.7	36.4
Sud - Muntenia	45.6	42.7	48.7	46.8	44.8
Sud – Vest Oltenia	37.0	32.2	41.9	43.2	31.2
Vest	43.1	38.1	48.1	43.7	42.5

3.1.1. Medicamente pentru hipertensiunea arterială (autodeclarat)

Din totalul de respondenți, 49% au declarat că folosesc medicamente pentru hipertensiunea arterială, ponderea fiind mai mare la bărbați față de femei (53.7% față de 44.9%) și în mediul rural față de urban (51.9% față de 46.7%).

Grafic nr. 23 Structura esantionului în funcție de medicamente pentru hipertensiunea arteriala - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Tabel nr. 28 Structura eșantionului în funcție de grupa de vârstă și de prezenta medicamentelor pentru hipertensiunea arteriala - total, pe gen și mediu de rezidență

Grupa de vârstă	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
25 – 29 ani	4.6	6.5	3.6	4.0	5.4
30 – 34 ani	11.4	19.6	4.5	9.5	14.6
35 – 39 ani	14.7	18.5	10.7	12.5	16.0
40 – 44 ani	32.1	40.4	24.2	28.7	36.9
45 – 49 ani	39.1	44.8	32.8	37.9	40.6
50 – 54 ani	59.1	65.0	53.8	55.8	62.6
55 – 59 ani	64.5	67.1	62.3	59.4	71.3
60 – 64 ani	76.3	79.5	73.7	74.0	79.6

Ponderea persoanelor care folosesc medicamente pentru hipertensiunea arterială crește odată cu creșterea grupei de vârstă. Prin urmare, cele mai mari valori se găsesc la grupa de vârstă 60-64 de ani, indiferent de mediul de proveniență și de gen, cu valori maxime la bărbați și în zona rurală. Prin contrast, cele mai mici ponderi se regăsesc la cele mai mici vârste - 25 – 29 ani.

În funcție de regiunea de dezvoltare, cele mai multe medicamente pentru hipertensiune se găsesc la bărbații din Regiunea Sud-Vest Oltenia și la femeile din Sud-Muntenia. Cele mai mici ponderi se regăsesc în București-Ilfov la femei și în Centru la bărbați. Comparativ, persoanele din zona rurală a București-Ilfov dețin cele mai multe medicamente pentru hipertensiunea arterială, iar cele din Centru, cele mai puține. În mediul urban, Regiunea Nord-Vest deține maximul, iar Nord-Est minimul.

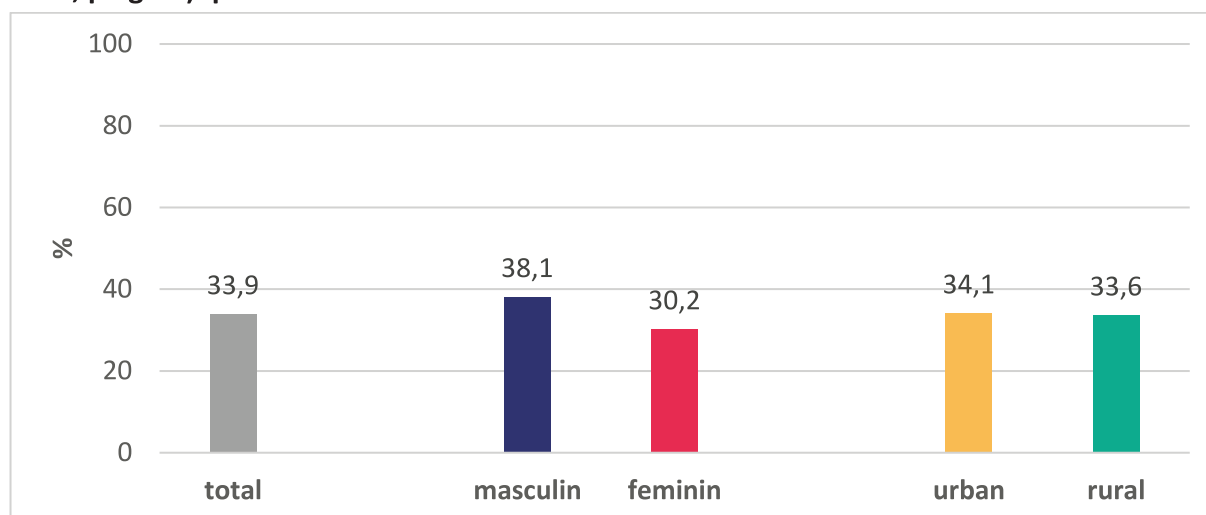
Tabel nr. 29 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezenta medicamentelor pentru hipertensiunea arteriala - total, pe gen și mediu de rezidență

Regiunea	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
București – Ilfov	50.2	61.2	40.5	48.7	57.5
Centru	42.6	41.8	43.5	45.6	39.2
Nord – Est	43.7	44.9	42.6	36.4	48.3
Nord - Vest	49.5	57.1	42.3	51.7	46.4
Sud – Est	48.4	51.0	46.2	50.8	46.1
Sud - Muntenia	51.4	52.2	50.6	43.8	56.5
Sud – Vest Oltenia	56.3	66.2	48.5	46.4	68.4
Vest	50.8	58.5	44.7	47.2	56.6

3.1.2. Medicamente pentru hipercolesterolemie (autodeclarat)

Din totalul de respondenți, 33.9% au declarat că folosesc medicamente pentru hipercolesterolemie, ponderea fiind mai mare la bărbați față de femei (38.1% față de 30.2%) și în mediul urban față de rural (34.1% față de 33.6%).

Grafic nr. 24 Structura eșantionului în funcție de medicamente pentru hipercolesterolemie - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Tabel nr. 30 Structura eșantionului în funcție de grupa de vârstă și de prezenta medicamentelor pentru hipercolesterolemie- total, pe gen și mediu de rezidență

Grupa de vârstă	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
25 – 29 ani	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
30 – 34 ani	5.7	7.1	4.5	6.8	4.1
35 – 39 ani	9.7	16.2	2.7	6.2	13.3
40 – 44 ani	21.2	35.1	8.1	17.4	27.4
45 – 49 ani	25.1	31.7	17.7	24.8	25.9
50 – 54 ani	40.4	46.1	35.2	42.2	38.5
55 – 59 ani	42.8	41.7	43.7	42.7	43.4
60 – 64 ani	57.0	58.7	55.7	57.7	55.7

Medicamentele pentru hipercolesterolemie nu au fost declarate ca fiind folosite de persoanele ce aparțin grupei de vârstă 25-29 de ani, indiferent de gen sau mediul de proveniență. În schimb, cele mai mari ponderi se regăsesc la bărbații de 60-64 de ani și la persoanele de aceeași vârstă din mediul urban. În ceea ce privește distribuția pe regiuni de dezvoltare, ponderea cea mai mare a persoanelor care declară că utilizează medicamente pentru hipercolesterolemie se află în regiunea București-Ilfov. La extrema cealaltă, se regăsește regiunea Centru. Femeile din regiunea Vest și bărbații din regiunea București-Ilfov declară o utilizare ridicată a medicamentelor pentru hipercolesterolemie. În zona urbană și cea rurală cele mai mici ponderi se regăsesc în regiunea București-Ilfov, respectiv Sud-Vest Oltenia.

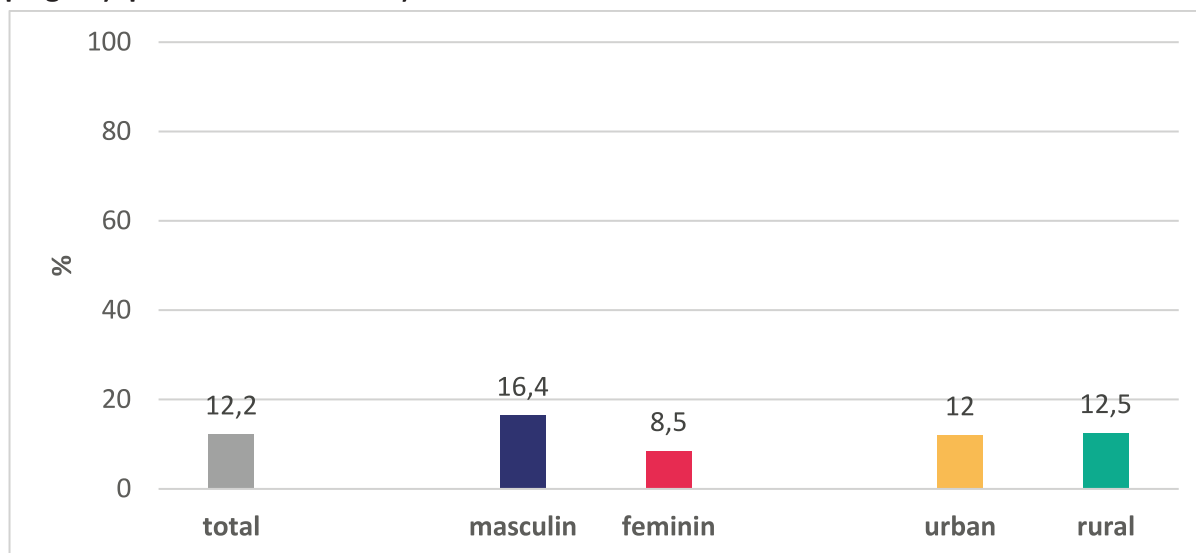
Tabel nr. 31 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezenta medicamentelor pentru hipercolesterolemie- total, pe gen și mediu de rezidență

Regiunea	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
București – Ilfov	42.1	51.9	33.6	41.8	45.0
Centru	23.3	25.3	21.2	21.6	25.7
Nord – Est	25.8	28.8	23.1	22.0	27.8
Nord - Vest	27.3	32.3	22.5	29.8	24.0
Sud – Est	37.7	42.0	34.2	40.7	35.0
Sud - Muntenia	36.6	38.6	34.7	36.0	37.0
Sud – Vest Oltenia	40.7	48.7	34.3	33.7	48.7
Vest	38.4	39.0	37.9	38.9	37.7

3.1.3. Medicamente pentru diabet zaharat (autodeclarat)

Din totalul de respondenți, 12.2% au declarat că folosesc medicamente pentru diabet zaharat, ponderea fiind mai mare la bărbați față de femei (16.4% față de 8.5%) Ponderile între mediile de rezidență au fost asemănătoare (12% în mediul urban și 12.5% în mediul rural).

Grafic nr. 25 Structura esantionului în funcție de medicamente pentru diabet zaharat - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Tabel nr. 32 Structura eșantionului în funcție de grupa de vârstă și de prezenta medicamentelor pentru diabet zaharat- total, pe gen și mediu de rezidență

Grupa de vârstă	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
25 – 29 ani	3.5	6.7	1.8	4.0	2.8
30 – 34 ani	3.3	5.5	1.5	4.1	2.1
35 – 39 ani	4.5	8.6	0.0	6.2	1.3
40 – 44 ani	3.6	3.2	4.0	3.7	3.6
45 – 49 ani	9.4	11.7	6.9	7.6	11.2
50 – 54 ani	14.7	22.1	8.0	12.1	17.8
55 – 59 ani	16.0	20.7	12.0	15.3	16.9
60 – 64 ani	20.6	26.1	16.2	21.5	19.2

Cea mai mare pondere a persoanelor care declară că utilizează medicamente antidiabetice se regăsește la grupa de vârstă 55-59 de ani, la genul masculin, urmată de grupa de vârstă 60-64 de ani la genul masculin. Tot aceasta deține și cea mai mare pondere în cazul repartizării urban/ rural, unde maximum se regăsește în zona urbană. Bineînțeles, ponderea acestor persoane scade o dată cu vârsta.

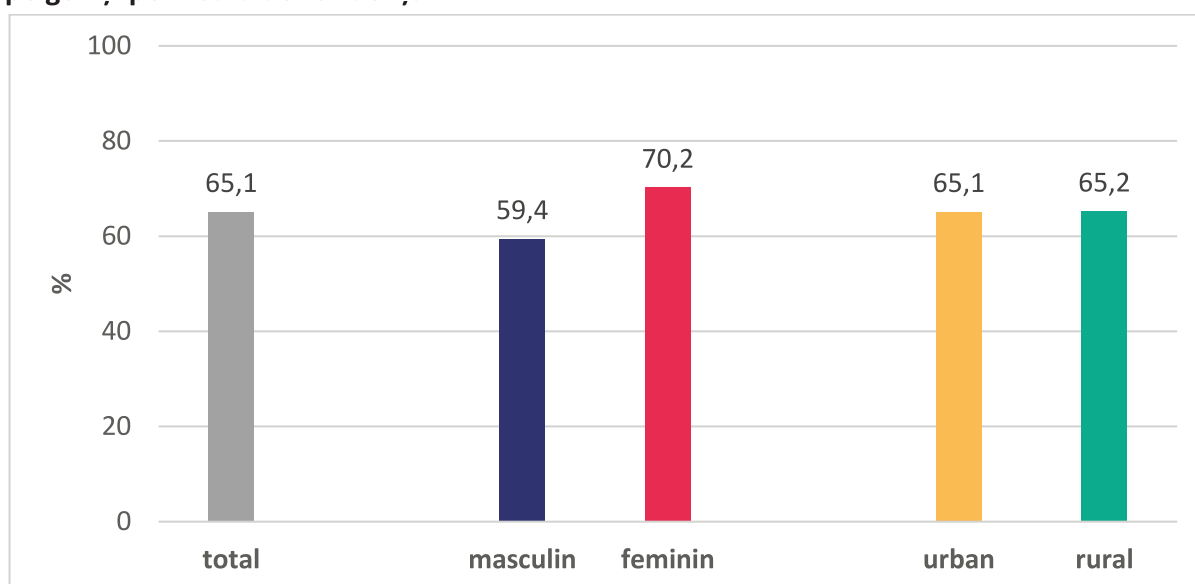
În funcție de regiunea de dezvoltare, cele mai multe medicamente antidiabetice se găsesc la bărbații din Regiunea Sud-Est și la femeile din Centru. Cele mai mici ponderi se regăsesc în Nord-Est la femei și în Nord-Vest la bărbați. Comparativ, persoanele din zona rurală a regiunii Centru dețin cele mai multe medicamente pentru hipertensiunea arterială, iar cele din București-Ilfov cele mai puține. În mediul urban, Regiunea Centru deține maximul, iar Nord-Vest minimul.

Tabel nr. 28 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezenta medicamentelor pentru diabet zaharat - total, pe gen și mediu de rezidență

Regiunea	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
București – Ilfov	8.7	12.5	5.4	8.4	10.0
Centru	19.2	19.8	18.6	16.7	21.6
Nord – Est	8.8	11.6	6.4	8.5	9.1
Nord - Vest	9.1	13.5	4.9	11.3	6.4
Sud – Est	18.6	25.7	12.5	16.1	20.6
Sud - Muntenia	11.6	13.9	9.4	13.1	10.5
Sud – Vest Oltenia	13.6	20.5	8.1	14.3	12.7
Vest	13.5	20.7	7.8	12.0	15.8

3.1.4. Medicamente pentru alte afecțiuni (autodeclarat)

Grafic nr. 26 Structura eșantionului în funcție de medicamente pentru alte afecțiuni - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Tabel nr. 339 Structura eșantionului în funcție de grupa de vârstă și de prezenta medicamentelor pentru alte afecțiuni- total, pe gen și mediu de rezidență

Grupa de vârstă	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
25 – 29 ani	83.5	80.0	85.5	85.7	78.4
30 – 34 ani	82.9	78.6	86.6	80.0	87.5
35 – 39 ani	76.9	72.5	81.6	73.8	80.3
40 – 44 ani	62.2	56.4	67.7	64.2	59.5
45 – 49 ani	63.8	56.6	71.8	68.9	59.0
50 – 54 ani	56.3	48.9	63.0	54.6	58.0
55 – 59 ani	62.6	56.8	67.5	61.4	64.0
60 – 64 ani	63.8	60.3	66.7	63.0	65.3

Medicamentele pentru alte afecțiuni au fost declarate ca fiind foarte folosite de persoanele ce aparțin grupei de vârstă 25-29 de ani și 30-34 de ani, indiferent de gen sau mediul de proveniență. În schimb, aceste ponderi scad drastic până la grupa de vârstă 50-54 de ani, urmând să crească ușor la următoarele grupe.

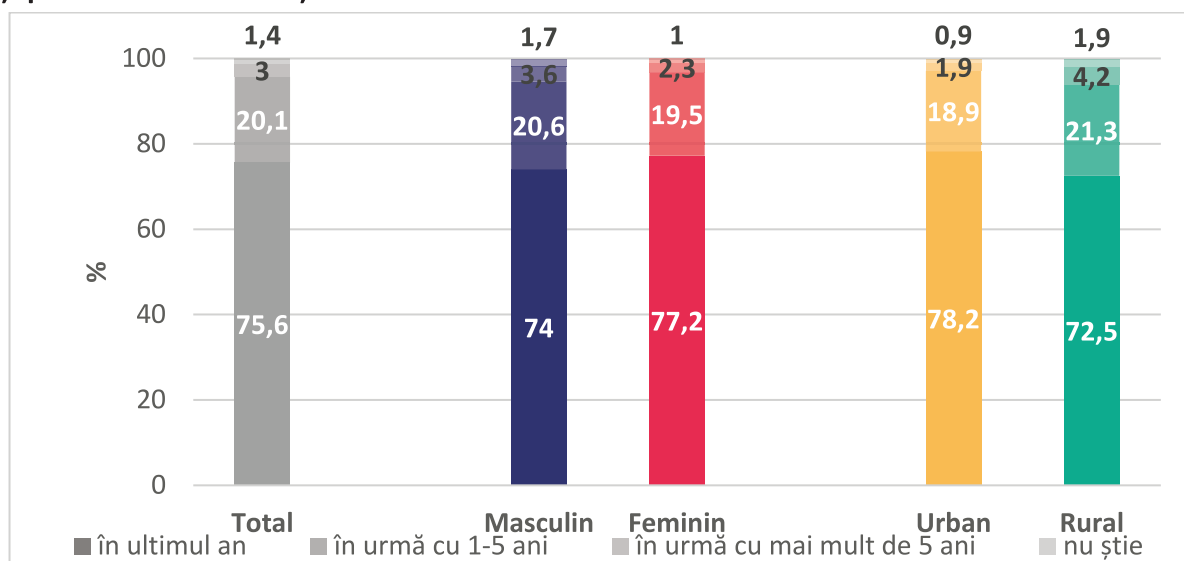
În ceea ce privește distribuția pe regiuni de dezvoltare, ponderea cea mai mare a persoanelor care declară că utilizează medicamente pentru alte afecțiuni se află în regiunea Nord-Est (bărbați) și București-Ilfov (femei). La extrema cealaltă, se regăsește regiunea Sud-Vest Oltenia, respectiv Sud-Est. În zona urbană și cea rurală cele mai mici ponderi se regăsesc în regiunea Centru, respectiv Sud-Est, cu consumuri mici înregistrate în regiunea Sud-Est, respectiv Centru.

Tabel nr. 34 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezenta medicamentelor pentru alte afecțiuni- total, pe gen și mediu de rezidență

Regiunea	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
București – Ilfov	66.4	58.1	73.6	66.5	67.5
Centru	64.2	62.6	65.9	70.6	55.4
Nord – Est	69.4	66.7	71.8	65.3	72.2
Nord - Vest	65.8	61.7	69.7	64.9	66.4
Sud – Est	63.6	61.4	65.5	53.8	74.5
Sud - Muntenia	63.4	55.1	71.2	66.4	61.3
Sud – Vest Oltenia	60.0	49.4	68.4	63.3	56.4
Vest	66.1	58.5	72.1	69.2	62.3

3.2. Măsurarea tensiunii arteriale (autodeclarat)

Grafic nr. 27 Structura eșantionului în funcție de măsurarea tensiunii arteriale - total, pe gen și pe mediu de rezidență

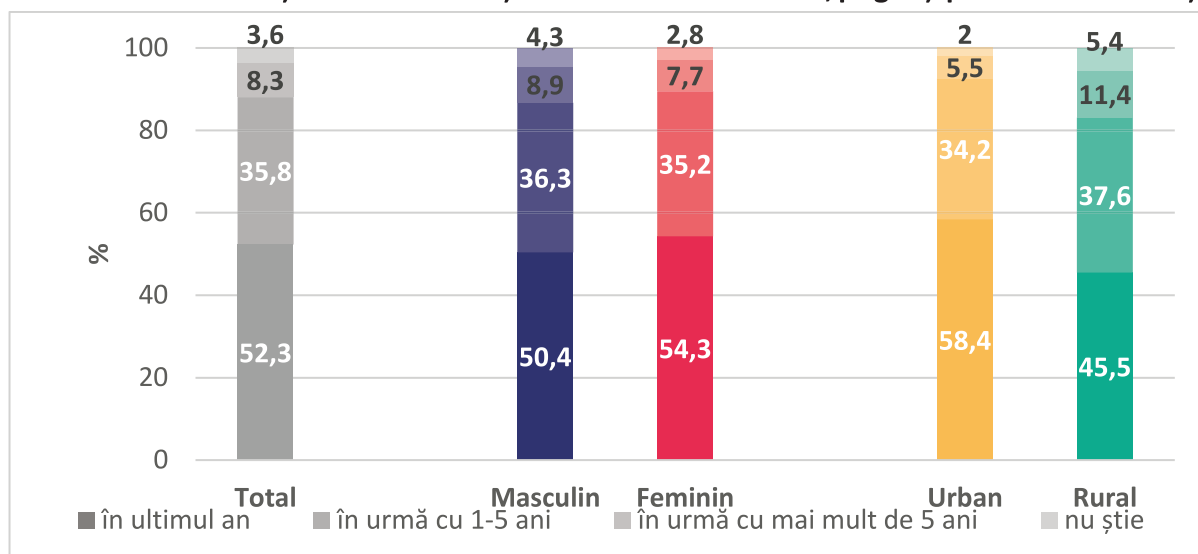


În ceea ce privește măsurarea hipertensiunii arteriale, peste 70% din persoane au declarat că au măsurat-o în ultimul an, indiferent de gen și de mediul de proveniență. În jur de 20% au declarat că au măsurat-o în urmă cu 1-5 ani.

3.3 Colesterolemie (autodeclarat)

Persoanele din mediul urban și femeile își dozează cel mai frecvent valoarea colesterolului seric - anual. În jur de 35% dintre persoane și-au măsurat nivelul colesterolului în urmă cu 1-5 ani. Din totalul eșantionului, 52.3% au declarat că își dozează colesterolemia anual și 35.8% au declarat că și-au dozat colesterolemia în ultimii 5 ani. Doar 3.6% din totalul eșantionului au declarat că nu știu dacă și-au dozat colesterolemia.

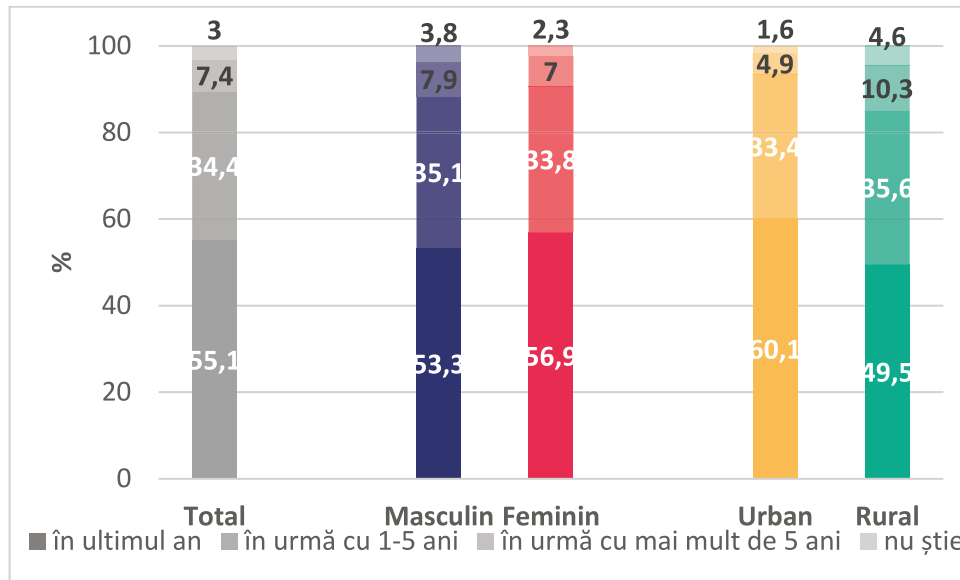
Grafic nr. 28 Structura eșantionului în funcție de colesterolemie - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Persoanele din mediul urban și femeile își dozează cel mai frecvent valoarea colesterolului seric - anual. În jur de 35% dintre persoane și-au măsurat nivelul colesterolului în urmă cu 1-5 ani.

3.4. Glicemie (autodeclarat)

Grafic nr. 29 Structura eșantionului în funcție de glicemie - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Nivelul glicemiei serice pare să fie de interes în rândul persoanelor din mediul urban - 60.1% dintre acestea și-au dozat glicemia în ultimul an, doar 50% în mediul rural. Nu există diferențe semnificative între femei și bărbați. În ultimii 1-5 ani aproximativ 30% dintre persoane au dozat nivelul glicemiei serice, indiferent de gen și de mediul de proveniență.

4. Determinanți ai sănătății

4.1 Indice de masa corporală (declarat)

Indicele de masa corporală sau IMC este indicatorul oficial de calculare a greutateii corporale ideale, pentru o înălțime dată. Indicele de masă corporală ajută la stabilirea grupei de greutate în care se încadrează o persoană, adică gradul de obezitate.

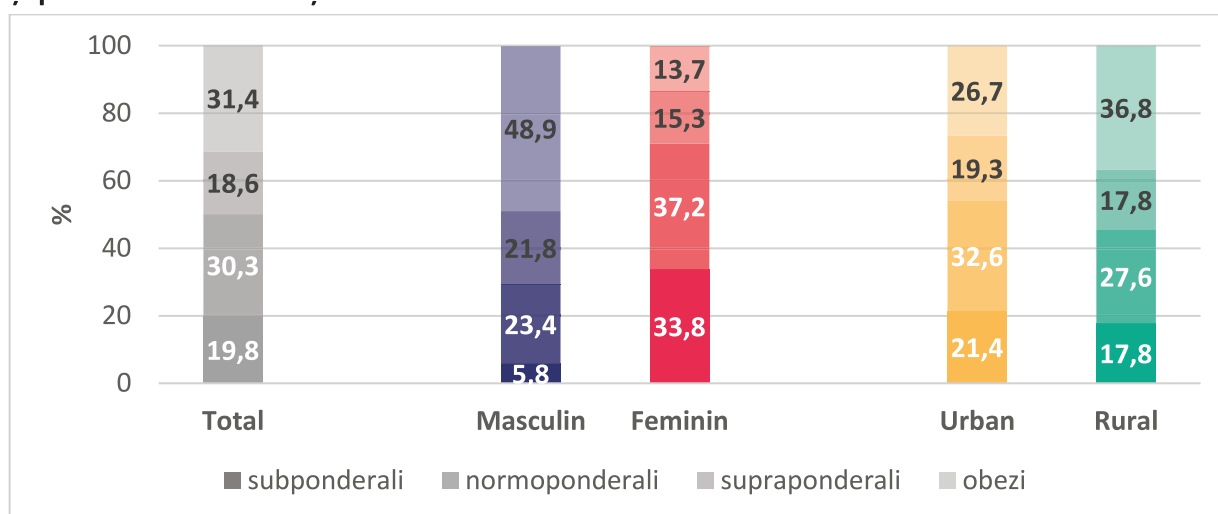
La nivel mondial, aproximativ 2.8 milioane de oameni mor în fiecare an din cauza supraponderalității sau a obezității și se estimează că 35.8 milioane (2.3%) din DALY la nivel mondial sunt cauzate de supraponderabilitate sau obezitate. De asemenea, Organizația Mondială a Sănătății estima că 1.9 miliarde de copii și 650 milioane de adulți erau obezi, iar prevalența obezității s-a triplat între anii 1975 și 2016²⁹.

În anul 2019, OMS estima că 38 de milioane de copii cu vârsta sub 5 ani erau obezi.

Problemele ce țin de masa corporală în exces cresc într-un ritm rapid în majoritatea statelor membre ale UE, estimând că aproximativ 52,7 % din populația adultă (cu vârsta de 18 ani și peste) este supraponderală. Proporția populației adulte cu BMI ≥ 30 kg/m² este de 15.2 comparativ cu România unde proporția populației obeze reprezintă 10.4³⁰.

În România, media Indicele de Masă Corporală la bărbați a crescut de la 7.7 în 2000 la 11.1 în 2019. La femei, media valorii IMC a avut o evoluție mai lentă, plecând de la o valoare inițială de 9.5 la 10.8.

Grafic nr. 30 Structura eșantionului în funcție de indicele de masa corporala - total, pe gen și pe mediu de rezidență



²⁹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (accesat 28.02.2024)

³⁰ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics (accesat 28.02.2024)

În ceea ce privește Indicele de Masă Corporal, în categoria de subponderabilitate se încadrează 5.8 din bărbați și 33.8% din femei. 21.4% din persoanele din mediul urban și 17.8% din mediul rural intră în această categorie. În cazul obezității, cele mai mari ponderi se regăsesc în cazul bărbaților, aproape jumătate dintre aceștia, 48.9% și la 36.8% persoane din mediul rural.

4.2 Fumat

Consumul de tutun este principala cauză de deces prevenibilă în lume și cea mai importantă cauză de deces în Uniunea Europeană (aproximativ 700.000 de decese anual), fiind și unul dintre cei mai importanți factori de risc pentru sănătate care poate fi evitat³¹. (1)

Aproape jumătate din totalul deceselor din România în 2019 poate fi atribuit factorilor de risc comportamentali, care includ consumul de tutun, alimentația nesănătoasă, consumul de alcool și activitatea fizică scăzută. Consumul de tutun (inclusiv fumatul pasiv) a contribuit, conform estimărilor, la 17 % din totalul deceselor³².

Conform ECHI, *Ponderea persoanelor cu vârsta peste 15 ani care fumează zilnic* era de 18.4% în Uniunea Europeană și 19.8% în România în anul 2014³³ (3).

În 2020, deși s-au făcut numeroase progrese și campanii de conștientizare a riscurilor pe care le prezintă fumatul, unul din cinci adulți încă fuma zilnic în țările Uniunii Europene. O pondere mai mică a fumătorilor se regăsește în țările nordice (Suedia, Finlanda, Islanda, Norvegia). Aproximativ 25% din populația țărilor Grecia, Ungaria, Franța și Bulgaria consumă țigări.

În țările europene, 3,6% dintre persoane au fumat țigări electronice/dispozitive electronice similare zilnic sau ocazional în 2019. Proporția este mai mare (5,1%) în rândul celor de 15-24 de ani. Bărbații utilizează în mod regulat țigările electronice comparativ cu femeile. În medie, în anul 2019, 4,5% dintre bărbații cu vârsta >15 ani, au folosit țigări electronice, comparativ cu 2,6% dintre femei³⁴.

În România consumul înregistra un număr de 1500 - 2000 țigarete. Conform Eurobarometru, România se situează împreună cu Cipru, Austria, Slovenia și Spania pe locul 9 în UE în ceea ce privește consumul de tutun. Raportul european arată că ponderea persoanelor tinere care se

³¹ <https://insp.gov.ro/2023/05/02/campania-fii-inspirat-nu-te-apuca-de-fumat/> (accesat 28.02.2024)

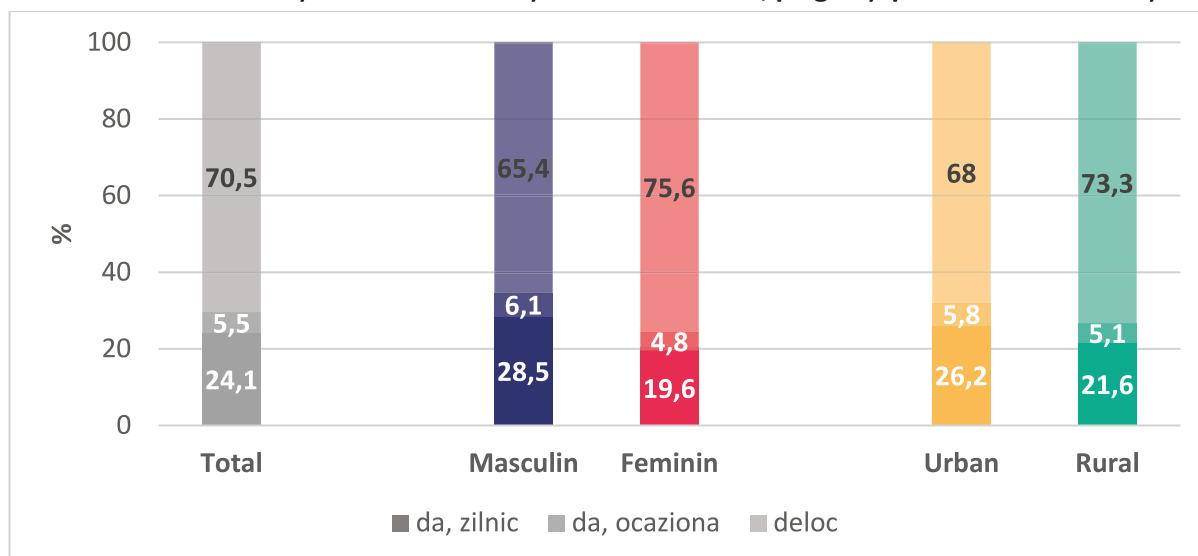
³² State of Health in the EU · Romania · Country Health Profile 2023, p.7

³³ <https://webgate.ec.europa.eu/dyna/echi/>

³⁴ Health at a Glance: Europe 2022 disponibil la adresa <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/507433b0-en.pdf?expires=1709728027&id=id&accname=guest&checksum=07EAA132C3C83D1B373271FB6D885D0F> (accesat 28.02.2024)

apucă de fumat, respectiv cei din categoria de vârstă 15 - 24 de ani, a crescut de la 25%, cât era în 2014, la 29% în 2017³⁵.

Grafic nr. 31 Structura eșantionului în funcție de fumat - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Ponderea persoanelor care fumează zilnic este de aproximativ 24 %. Aproape 6 % au răspuns că fumează ocazional pe când 70 % nu fumează deloc. În ceea ce privește repartitia pe gen, observăm că ponderea persoanelor de sex masculin care se prezintă ca fumători zilnici (28.5%) prevalează, cele de sex feminin alcătuind 19.6% din total.

Repartitia pe mediu de rezidență arată faptul că 26.2 % din eșantion care fumează zilnic este urban și 21,7% este rural, procente aproape identice.

Tabel nr. 35 Structura eșantionului în funcție de tipul produselor de tutun - total, pe gen și mediu de rezidență

Produse de tutun	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
Țigarete	92.6	93.9	90.8	89.0	97.7
Țigări auto-rulate	3.0	3.3	2.6	4.8	0.6
Pipă	0.2	0.3	0.0	0.3	0.0
Trabuc	0.6	0.9	0.2	0.9	0.2
Țigară electronică	2.9	2.6	3.2	4.0	1.2
Tutun încălzit (IQOS, GLO, etc.)	5.7	4.2	7.9	8.1	2.7

³⁵ Analiză de situație – Ziua Națională fără tutun 2019 disponibilă la adresa https://insp.gov.ro/download/cnepss/stare-de-sanatate/determinantii_starii_de_sanatate/tutunul/Analiza-de-situatie-ZNT-2019.pdf (accesată 28.02.2024)

Fumatul în România presupune alegerea dintr-o varietate deosebită de forme și metode, astfel că este firesc ca preferințele persoanelor să fie și ele multiple.

Țigaretile rămân în preferințele persoanelor care au participat la studiu, acestea reprezentând un pic mai mult de 90%. Proporția bărbați/femei care fumează țigaretete este aproape egală (93.9% vs 90.8%) cât și proveniența mediului de rezidență (urban vs rural fiind de 89% și respectiv 97.7%). Tutunul încălzit (IQOS, GLO etc) și țigara electronică sunt considerate a fi alternative mai sigure decât cele clasice, astfel că ele cresc în popularitate inclusiv la nivelul populației. Astfel, aproape 6 % din totalul intervievaților au răspuns că fumează tutun încălzit și 3% - țigări electronice. Observăm că populația feminină (aprx 7.9%) este cea care preferă să fumeze glo, iqos, electronice etc comparativ cu cea masculină (4.2%). La polul opus se află trabucurile și pipa, ponderea persoanelor care fumează astfel de produse de tutun este mică (0.2% și 0.6%).

4.3 Consum de alcool

Conform datelor furnizate de Organizația Mondială a Sănătății, consumul de alcool este un factor cauzal pentru mai mult de 200 de accidente și afecțiuni, determinând aproximativ 5.3% povara globală a bolilor.

La nivel mondial, mai mult de jumătate din populația de peste 15 ani consumă sau au consumat alcool în ultimele 12 luni, iar aproximativ 2.3 miliarde de persoane consumă în mod activ alcool. Consumul de alcool per capita la populația peste 15 ani a crescut de la 5.5 litri în 2005 la 6.4 litri per capita în 2010, acest nivel menținându-se până în anul 2016. Cu toate acestea în Africa, America de Nord și de Sud și Regiunea Europeană consumul per capita a scăzut. Consumul a crescut în Regiunea Pacifică de Vest și a rămas constantă în Regiunea Asiei de Sud-Est³⁶.

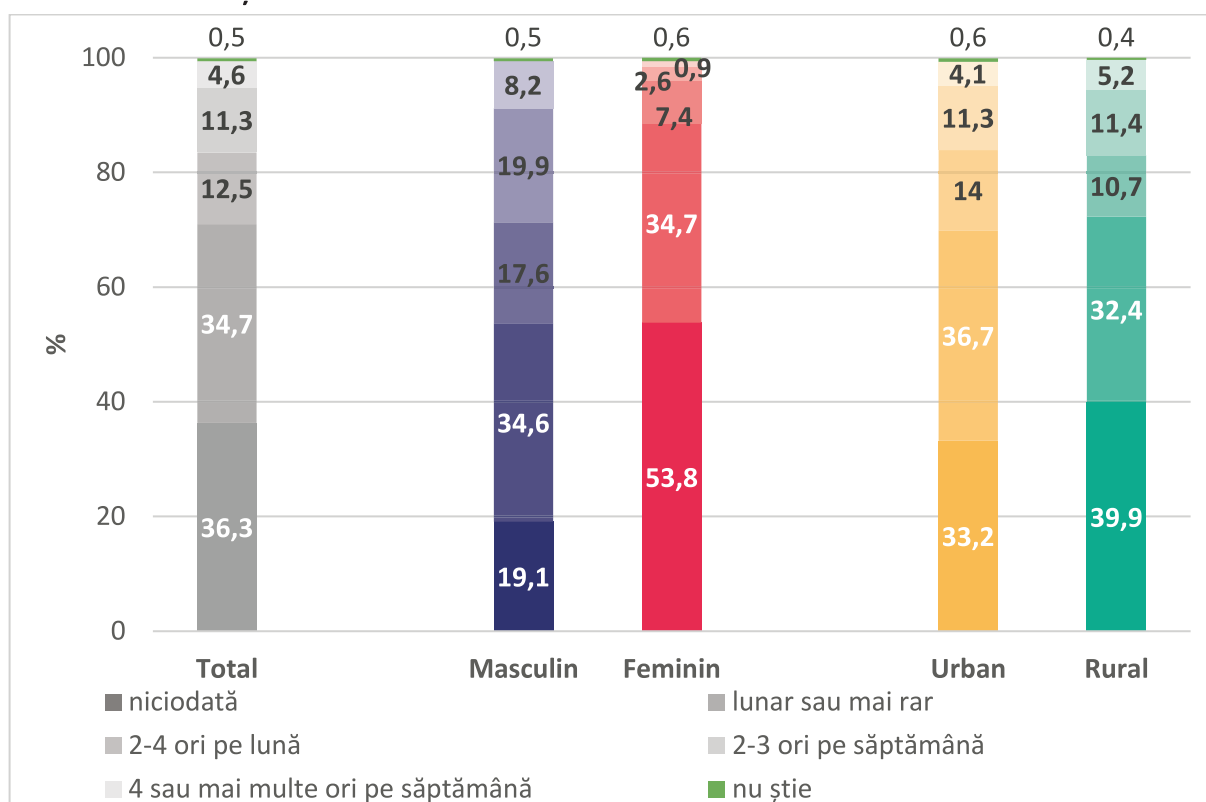
În Uniunea Europeană, *numărul de litri de alcool pur consumat de o persoană cu vârsta peste 15 ani (înregistrat + neînregistrat)* a scăzut de la 11.2L în 2000 la 10.4L în 2018. România a urmat acest trend al scăderii, înregistrând valori de 17.4L în 2000 și 11.7L în 2018.

Consumul excesiv de alcool continuă să rămână o problemă importantă, în special în rândul bărbaților din România. În medie, mai mult de o treime dintre adulții din România au declarat

³⁶ Global status report on alcohol and health 2018 accesibil la adresa <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?sequence=1> (ultima accesare 28.02.2024)

că episodic consumă alcool în exces³⁷ (consum episodic excesiv de alcool reprezintă consumarea a șase sau mai multe băuturi alcoolice cu o singură ocazie pentru adulți și a cinci sau mai multe băuturi alcoolice pentru copii) cel puțin o dată pe lună, ceea ce reprezintă una dintre cele mai ridicate rate din UE (35 % comparativ cu 19 % în medie în UE). Totuși, există o disparitate de gen puternică între femei și bărbați în ceea ce privește consumul excesiv de alcool; mai mult de jumătate dintre bărbați (53 %) raportează un astfel de comportament, spre deosebire de femei, în cazul cărora comportamentul a fost raportat de mai puțin de una din cinci femei (18 %). Deși nivelul consumului de alcool a scăzut mult (de la aproximativ 15 litri în anul 2010 la 12,6 litri în 2016), țara noastră depășește cu peste 3 procente mediile europene ale consumului pentru toți anii de studiu.

Grafic nr. 32 Structura eșantionului în funcție de consumul de alcool - total, pe gen și pe mediu de rezidență

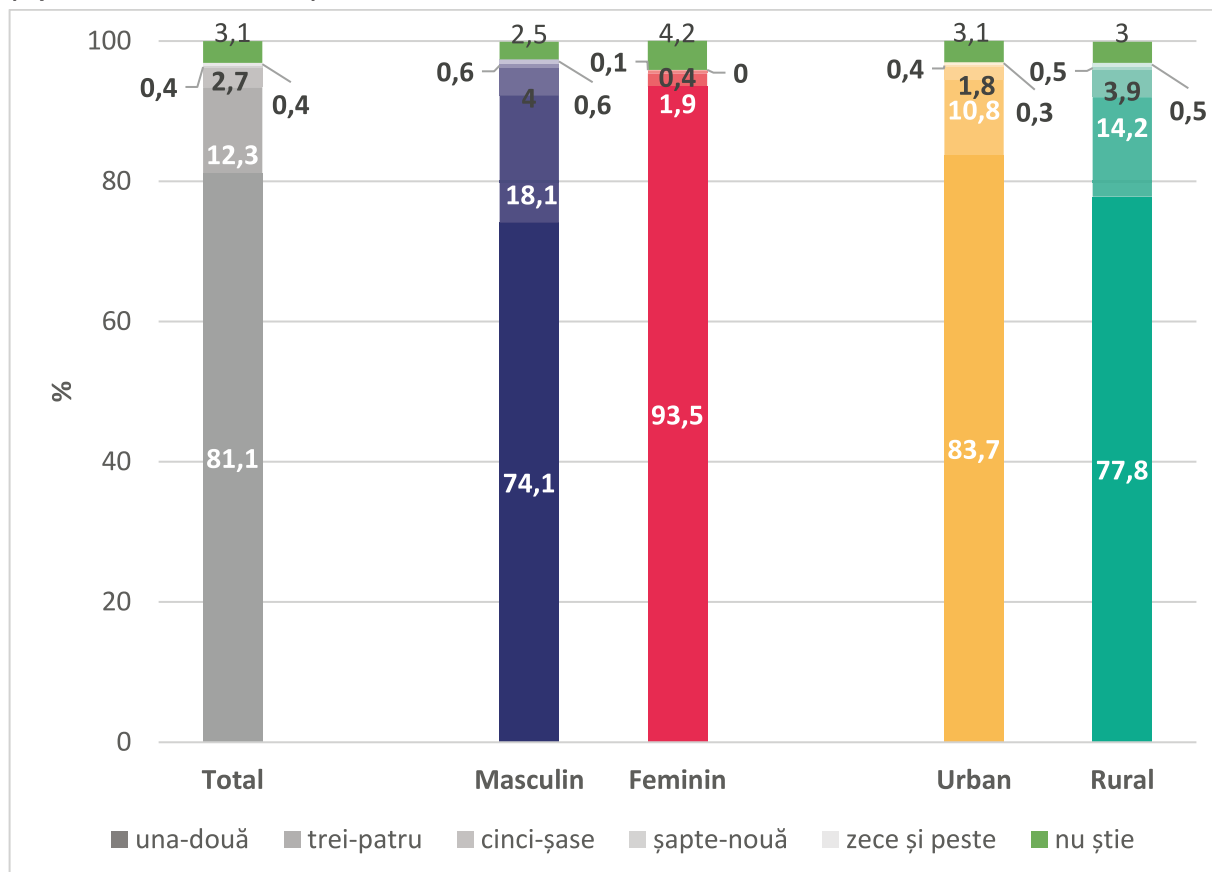


Mai puțin din jumătatea respondenților au afirmat că nu consumă deloc alcool, 34,7% o fac de aproximativ 2-4 ori pe lună, 12,5 lunar și 4,6 o fac aproape zilnic (4 sau mai multe ori pe

³⁷ State of Health in the EU Romania Country Health Profile 2023, p.3

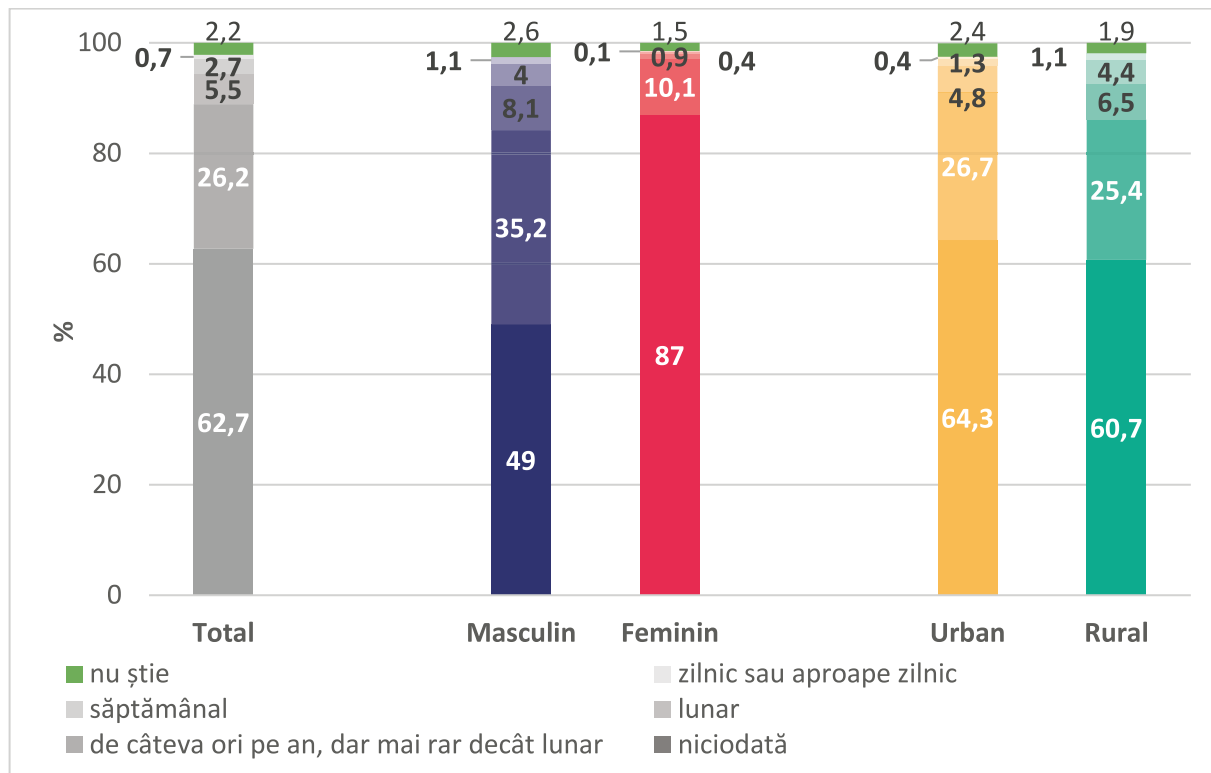
săptămână). Mai mult din jumătate de femei nu beau alcool niciodată, și doar 19% bărbați. Repartiția pe sexe în privința consumului des de alcool (de 4 ori pe săptămână) este aproape egală (8.2% și 7.4% respectiv). O proporție ne semnificativă de respondenți au ales varianta "nu știu".

Grafic nr. 33 Structura eșantionului în funcție de numărul băuturilor standard - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Luând în considerare cantitatea de alcool consumată, putem afirma că mare majoritate a oamenilor (81%) preferă să bea 1-2 băuturi, pe când aproape 3% beau peste zece băuturi. Persoanele de sex feminin nu consumă mai mult de 2 băuturi (93.5%), bărbații reprezentând 74.1% în acest clasament. Totodată, o pondere de 18% din bărbați beau și 3-4 băuturi. Ponderea persoanelor care consumă alcool indiferent de numărul băuturilor este cam același atât în mediul urban cât și rural.

Grafic nr. 34 Structura eșantionului în funcție de frecvența consumului a 6 sau peste unități standard alcool - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Din datele obținute în acest studiu, observăm că ponderea celor ce nu consumă niciodată mai mult de 6 unități standard de alcool este mai mare de 50%, dintre care 87% reprezintă persoanele de sex feminin și 49% de sex masculin, mediul de rezidență fiind atât urban cât și rural. Cei care consumă aproape zilnic mai mult de 6 unități standard de alcool reprezintă 2.7%, raportul bărbați:femei fiind cam același.

4.4 Activitate fizică

Activitatea fizică reprezintă „orice mișcare a corpului asociată cu contracție musculară care crește consumul de energie peste nivelul de repaus”. Activitatea fizică, sănătatea și calitatea vieții sunt strâns corelate între ele. S-a demonstrat că modul de viață sedentar este un factor de risc pentru dezvoltarea multor patologii cronice. Totodată o viață activă aduce cu sine multe alte beneficii sociale și psihologice, existând o legătură directă între activitatea fizică și speranța de viață.

La nivel mondial, Organizația Mondială a Sănătății ne indică faptul că o mare parte dintre adulți (27.5%) și majoritatea adolescenților (81%) nu îndeplinesc în prezent nivelurile recomandate de activitate fizică. Bineînțeles, nivelul scăzut al activității fizice influențează în mod negativ

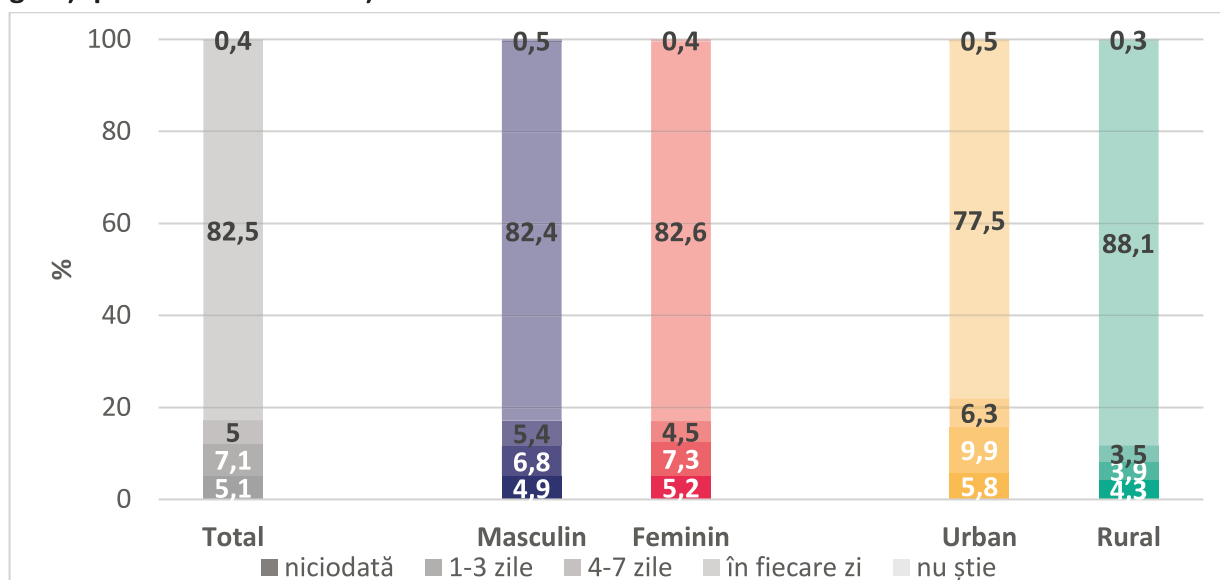
speranța de viață, având un impact negativ asupra propriilor familii, societății și serviciilor de sănătate prin creșterea riscului și a frecvenței de apariție a bolilor netransmisibile³⁸.

Conform European Core Health Indicators, ponderea adulților care declară că practică activitate fizică săptămânală a crescut în Uniunea Europeană cu aproape 200% din anul 2014 (16.6%) până în anul 2017 (28.3%). În România, acest nivel a crescut de 4 ori, de la 4% la 13.5%³⁹.

În context european, conform datelor raportate în cadrul eurobarometrului special pentru activitatea fizică, publicat în anul 2018, România cu 63% ocupă locul 4⁴⁰ după Bulgaria, Grecia și Portugalia 68%, fiind printre cele 11 țări din UE în care mai mult de jumătate din populație nu face niciodată exerciții fizice sau sport.

De asemenea, Organizația mondială a Sănătății aproximează faptul că în 2021 28% din adolescenți și 30% dintre adulți practicau suficientă activitate fizică⁴¹.

Grafic nr. 35 Structura eșantionului în funcție de frecvență activității fizice ușoare - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Peste 80 % din respondenți au afirmat că fac mișcare fizică ușoară zilnic, raportul bărbați:femei fiind egal (82.4% vs 82.6%), cele mai multe persoane provenind din mediul rural (88.1%). O proporție de 5 % au răspuns că nu fac mișcare ușoară deloc, cu o diferență ne semnificativă între bărbați și femei (4.9% și 5.2%). Cei care nu fac sport deloc provin din mediul urban și sunt mai mulți cu aproape 1.5% decât cei din mediul rural.

³⁸ Global status report on physical activity – accesibil la adresa

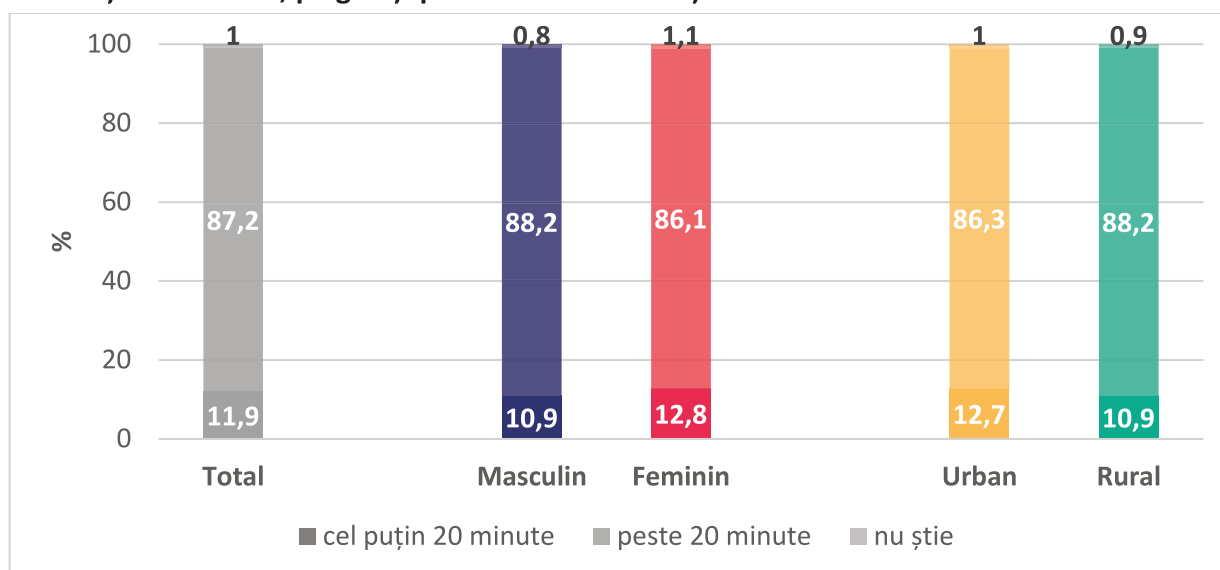
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363607/9789240059153-eng.pdf?sequence=1> (ultima accesare 28.02.2024)

³⁹ <https://webgate.ec.europa.eu/dyna/echi/>

⁴⁰ <https://proiect-pdp1.insp.gov.ro/wp-content/uploads/2021/12/Activitate-fizica.pdf>

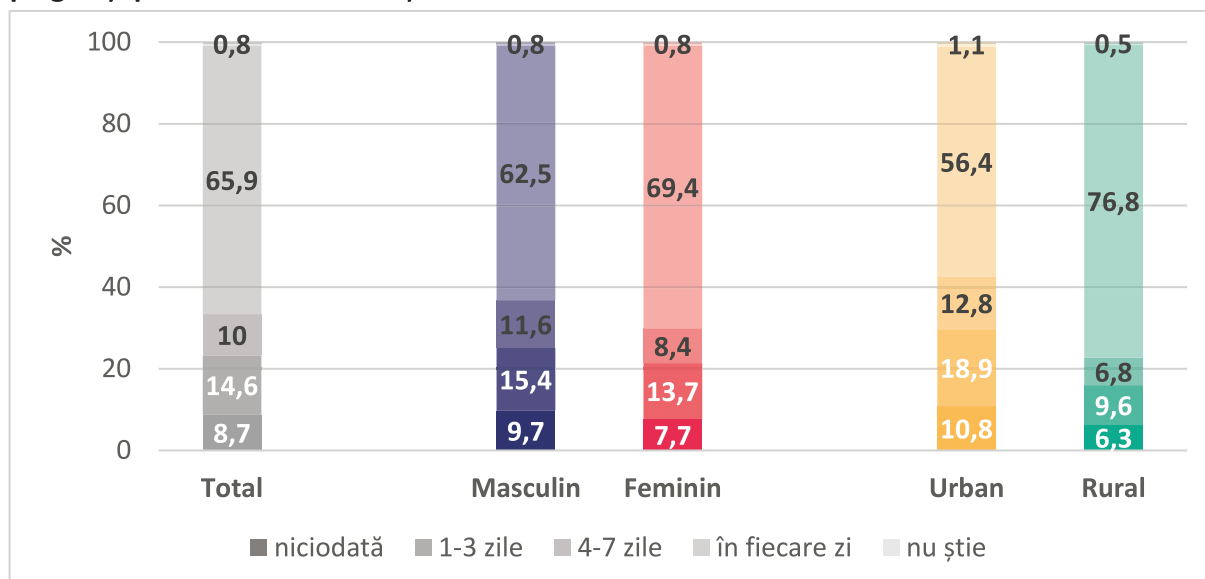
⁴¹ 2021 Physical activity factsheets for the european union member states in the who european region, accesibil la WHO-EURO-2021-3409-43168-60449-eng.pdf (ultima accesare 28.02.2024)

Grafic nr. 36 Structura eșantionului în funcție de timpul acordat activității fizice ușoare într-o zi obișnuită - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Aproape 90 % din participanții la studiu au afirmat că fac mișcare fizică peste 20 min, cu o diferență nesemnificativă între bărbați și femei (88.2% vs 86.1%), cu mediul de rezidență atât din rural cât și urban (88.3% și 88.2%). O pondere mică de oameni - 12% au raportat faptul că fac mișcare cel puțin 20 min pe zi. Aproximativ 1% nu au știut ce să răspundă la acest subiect.

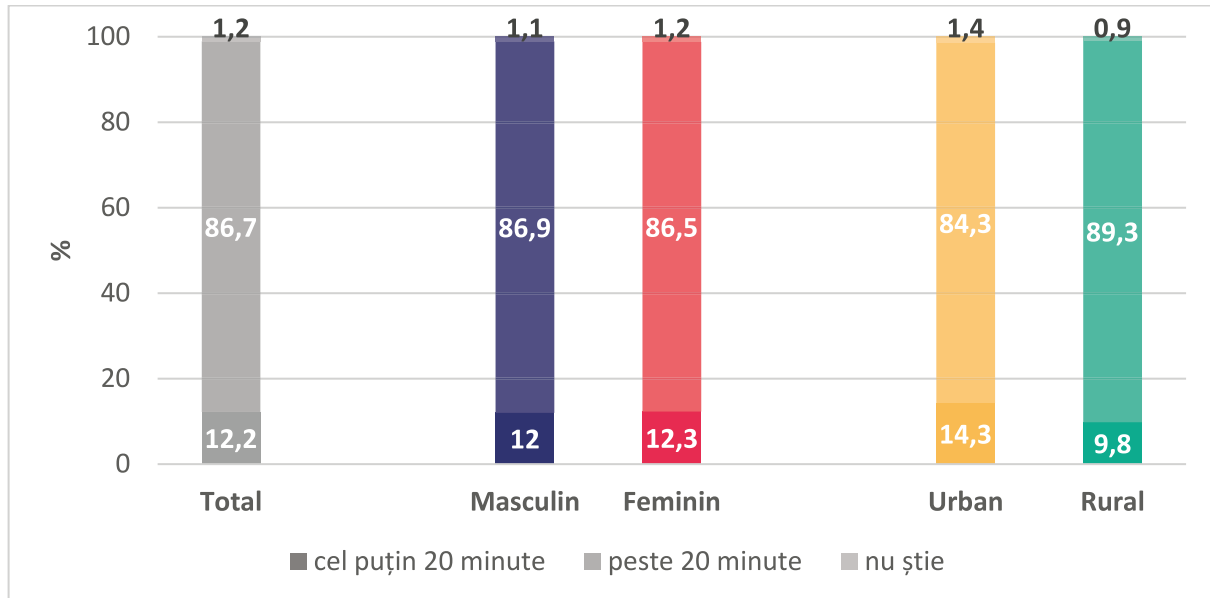
Grafic nr. 37 Structura eșantionului în funcție de frecvența activității fizice moderate - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Mai mult de 65% din respondenți au afirmat că fac mișcare fizică moderată zilnic, raportul bărbați:femei fiind în favoarea persoanelor de sex feminin (62.5% vs 69.4%), cele mai multe persoane provenind din mediul rural (76.8%), cu o diferență de 20% cu cei din mediul urban

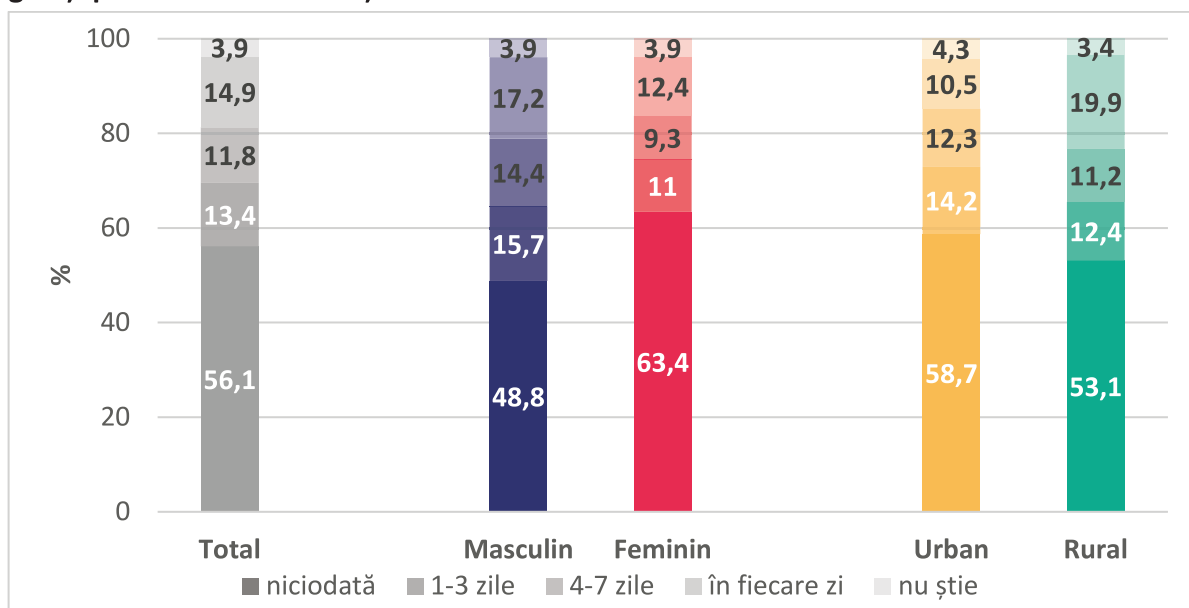
(56.4%). O proporție de 8.7 % au răspuns că nu fac mișcare moderată deloc. Ponderea celor care fac mișcare între 1-3 zile și 4-7 zile pe săptămână este cuprins între 10% și 14%.

Grafic nr. 38 Structura eșantionului în funcție de timpul acordat activității fizice moderate într-o zi obișnuită - total, pe gen și pe mediu de rezidență



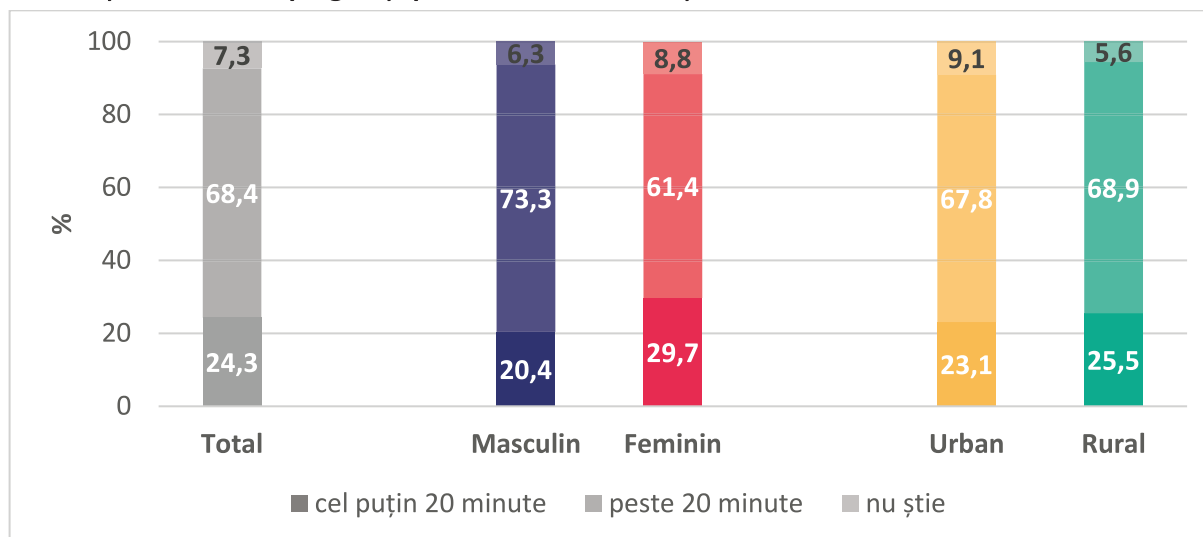
Peste 85 % din participanții la studiu au afirmat că fac mișcare fizică moderată peste 20 min, cu o diferență nesemnificativă între bărbați și femei (86.9% vs 86.5%), cu mediul de rezidență atât din rural cât și urban (84.3% și 89.3%). O pondere mică de oameni - 12% au raportat faptul că fac mișcare cel puțin 20 min pe zi. Aproximativ 1% nu au știut ce să răspundă la acest subiect.

Grafic nr. 39 Structura eșantionului în funcție de frecvență activități fizice intense - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Peste 50% din participanții la studiu au răspuns că nu fac mișcare fizică intensă niciodată, cele mai multe reprezentând lotul de femei (63.4%). Cele mai multe persoane provin din mediul rural (63.1%), cu o diferență de 5% cu cei din mediul urban (58.7%). Cei care fac mișcare fizică intensă reprezintă 3.9% din total, fără diferențe statistice între persoanele de sex feminin și masculin.

Grafic nr. 40 Structura eșantionului în funcție de timpul acordat activității fizice intense într-o zi obișnuită - total, pe gen și pe mediu de rezidență



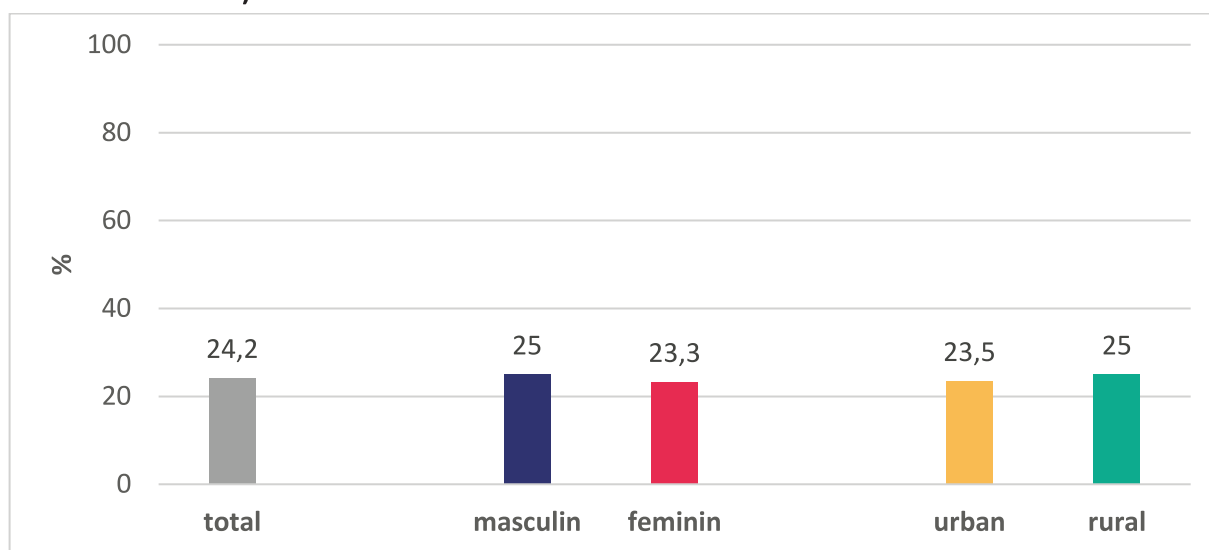
Peste 68.4 % din participanții la studiu au afirmat că fac mișcare fizică intensă peste 20 min, cu o diferență mică între bărbați și femei (73.3% vs 61.4%), cu mediul de rezidență atât din rural cât și urban. Peste 24% au raportat faptul că fac mișcare intensă cel puțin 20 min pe zi.

5. Afecțiuni aflate în evidența medicului de familie

5.1. Hipertensiunea arterială

În ceea ce privește prezența hipertensiunii arteriale, aproximativ un sfert din persoane au răspuns că suferă de hipertensiune arterială, cu diferență nesemnificativă între bărbați și femei (25% și 23.3%) și mediul de rezidență urban vs rural (23.5 % și respectiv 25%).

Grafic nr. 41 Structura eșantionului în funcție de hipertensiunea arterială - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Tabel nr. 36 Structura eșantionului în funcție de grupa de vârstă și de prezența hipertensiunii arteriale- total, pe gen și mediu de rezidență

Grupa de vârstă	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
25 – 29 ani	0.90%	1.30%	0.50%	0.90%	0.90%
30 – 34 ani	4.40%	7.20%	1.40%	4.30%	4.50%
35 – 39 ani	5.10%	5.90%	4.20%	4.00%	6.70%
40 – 44 ani	13.20%	15.40%	10.80%	12.20%	14.20%
45 – 49 ani	19.50%	20.80%	18.00%	18.80%	20.10%
50 – 54 ani	36.60%	39.80%	33.40%	34.50%	38.80%
55 – 59 ani	47.30%	47.00%	47.70%	44.40%	50.90%
60 – 64 ani	64.70%	64.60%	64.90%	64.10%	65.70%

Conform distribuției populației pe grupe de vârstă, categoria de vârstă 60-64 ani este categoria cuprinsă în cea mai mare parte în eșantion (64.70 %), urmată de categoria de vârstă 55-59 care reprezintă 36,6% dintre respondenți. La polul opus se află grupa de vârstă 25-29 ani, cu o pondere 0.9%. În ceea ce privește repartitia pe sexe, se constată o mică diferență între bărbați și femei, aceasta fiind mai semnificativă pentru grupa de vârstă 30-34 ani, 40-44 ani, 50-54 ani, la celelalte grupe de vârstă proporțiile aproape egalându-se. Nu se constată diferențe mari între mediul de rezidență.

Tabel nr. 37 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezența hipertensiunii arteriale- total, pe gen și mediu de rezidență

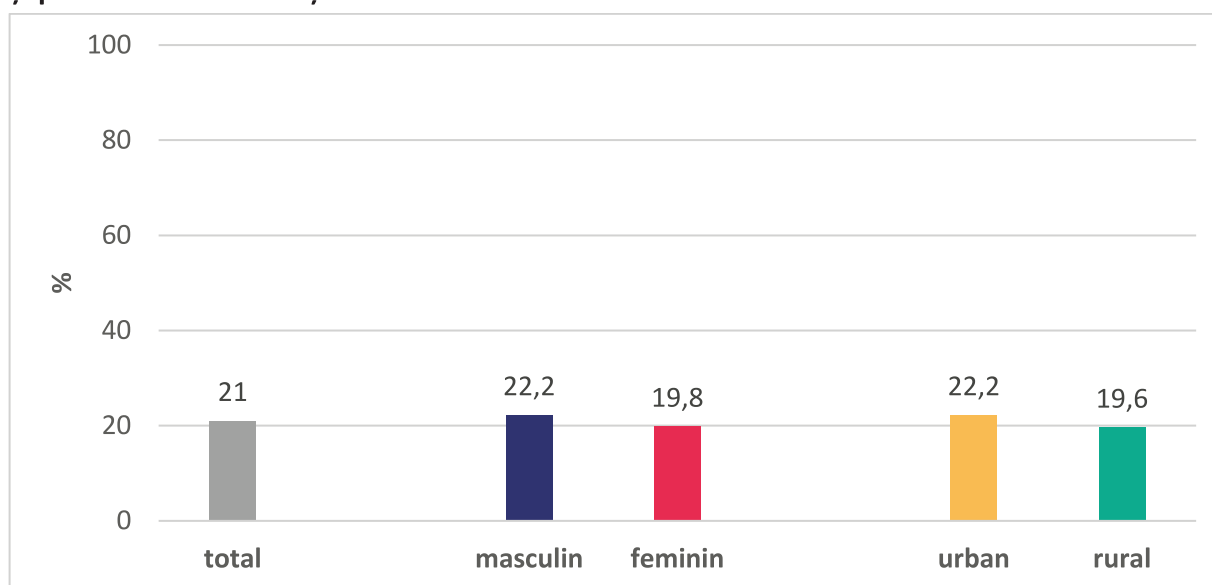
Regiunea	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
București – Ilfov	26.20%	31.10%	21.70%	25.00%	33.30%
Centru	23.20%	25.20%	21.20%	23.10%	23.30%
Nord – Est	20.70%	20.20%	21.20%	20.30%	21.00%
Nord - Vest	24.80%	27.50%	22.00%	25.40%	24.00%
Sud – Est	23.10%	22.00%	24.20%	24.70%	21.40%
Sud - Muntenia	25.90%	24.30%	27.50%	22.90%	27.90%
Sud – Vest Oltenia	25.40%	27.30%	23.40%	21.70%	28.70%
Vest	25.50%	25.10%	25.80%	23.10%	28.90%

În funcție de regiunea de dezvoltare, cele mai multe persoane care au HTA sunt cele de sex masculin din Regiunea București-Ilfov și feminin din Sud-Muntenia. Cele mai mici ponderi se regăsesc în Nord-Est, Centru și București-Ilfov la femei și în Nord-Est la bărbați. Comparativ, cele mai multe persoane care suferă de HTA sunt din zona rurală a regiunii București-Ilfov, iar cele din Nord-Est cele mai puține. În mediul urban, Regiunea București-Ilfov deține maximul, iar Nord-Est minimul.

5.2. Hipercolesterolemia

Din totalul eșantionului studiat, 21% au declarat că sunt în evidență cu hipercolesterolemie. Ponderea este mai mare la bărbați față de femei (22.2% față de 19.8%) și în mediul urban față de rural (22.2% față de 19.6%)

Grafic nr. 42 Structura eșantionului în funcție de prezența hipercolesterolemiei - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Tabel nr. 38 Structura eșantionului în funcție de grupa de vârstă și de prezența hipercolesterolemia - total, pe gen și mediu de rezidență

Grupa de vârstă	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
25 – 29 ani	1.80%	3.10%	0.50%	3.20%	0.90%
30 – 34 ani	4.20%	5.50%	2.90%	4.60%	3.70%
35 – 39 ani	5.40%	7.20%	3.50%	5.50%	5.20%
40 – 44 ani	12.70%	16.90%	8.30%	11.70%	13.90%
45 – 49 ani	18.60%	20.80%	16.20%	19.40%	17.70%
50 – 54 ani	31.50%	33.90%	28.90%	33.60%	29.10%
55 – 59 ani	38.90%	39.40%	38.40%	39.60%	37.90%
60 – 64 ani	52.60%	51.00%	54.00%	55.60%	48.80%

Conform distribuției populației pe grupe de vârstă, categoria de vârstă 60-64 ani este categoria cuprinsă în cea mai mare parte în eșantion (52.60 %), urmată de categoria de vârstă 55-59 care reprezintă 38.90% dintre respondenți. Minimul îl are grupa de vârstă 25-29 ani, cu o pondere 1.8%. În ceea ce privește repartitia pe sexe și mediul de rezidență, cei mai mulți sunt bărbați și femei din mediul urban în grupa de vârstă 60-64 ani.

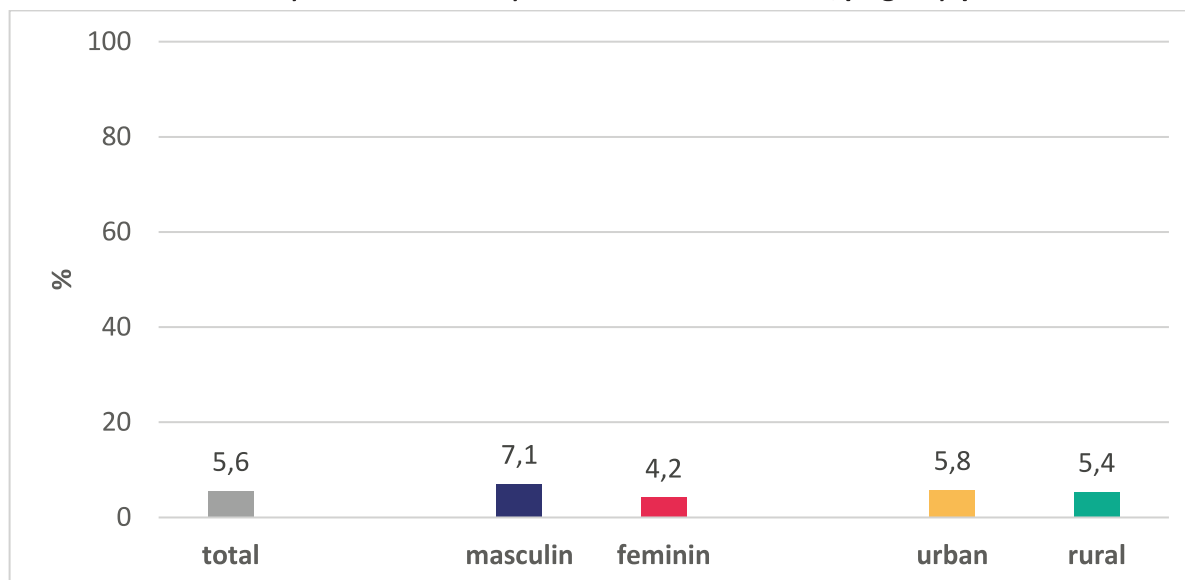
Tabel nr. 39 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezența hipercolesterolemiei - total, pe gen și mediu de rezidență

Regiunea	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
București – Ilfov	28.10%	31.50%	25.20%	27.50%	32.20%
Centru	13.80%	15.60%	11.90%	12.40%	15.50%
Nord – Est	15.60%	16.80%	14.30%	16.90%	14.50%
Nord - Vest	20.00%	23.10%	16.80%	24.80%	15.10%
Sud – Est	25.30%	27.00%	23.40%	26.60%	23.80%
Sud - Muntenia	23.60%	23.20%	24.00%	24.60%	23.00%
Sud – Vest Oltenia	19.90%	20.70%	19.10%	19.00%	20.70%
Vest	22.70%	20.10%	25.40%	21.90%	23.90%

În funcție de regiunea de dezvoltare, cele mai multe persoane care au hipercolesterolemie sunt bărbații din Regiunea București-Ilfov și femeile din Vest. Cele mai mici ponderi se regăsesc în Regiunea Centru la femei și în Centru și Nord-Est la bărbați. Comparativ, cele mai multe persoane care prezintă hipercolesterolemie sunt din zona rurală a regiunii București-Ilfov, iar cele din Nord-Vest cele mai puține. În mediul urban, Regiunea București-Ilfov deține maximul, iar Centrul minimul.

5.3. Diabetul zaharat

Grafic nr. 43 Structura eșantionului în funcție de diabet zaharat - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Din totalul respondenților, 5.6 % sunt bolnavi de diabet zaharat, dintre care 7.1% bărbați și 4.2% - femei. Repartiția pe mediul de rezidență este omogenă (5.8% urban și 5.4% rural).

Tabel nr. 40 Structura eșantionului în funcție de grupa de vârstă și de prezența diabetului zaharat - total, pe gen și mediu de rezidență

Grupa de vârstă	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
25 – 29 ani	0.20%		0.50%	0.50%	0.40%
30 – 34 ani	0.70%	0.70%	0.70%	0.70%	0.80%
35 – 39 ani	1.40%	2.30%	0.30%	1.50%	1.10%
40 – 44 ani	1.60%	1.70%	1.50%	1.70%	1.60%
45 – 49 ani	4.00%	5.40%	2.60%	3.70%	4.40%
50 – 54 ani	8.40%	12.00%	4.70%	7.80%	9.40%
55 – 59 ani	11.50%	14.10%	8.90%	12.00%	10.80%
60 – 64 ani	17.30%	21.80%	13.40%	18.80%	15.30%

Conform distribuției populației pe grupe de vârstă, categoria de vârstă 60-64 ani este categoria cuprinsă în cea mai mare parte în eșantion (17.3 %), urmată de categoria de vârstă 55-59 care reprezintă 11.50% dintre respondenți. Minimul îl are grupa de vârstă 25-29 ani, cu o pondere de doar 0.2%. În ceea ce privește repartitia pe sexe și mediul de rezidență, cei mai mulți sunt bărbați și femei din mediul urban în grupa de vârstă 60-64 ani.

Tabel nr. 41 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezența diabetului zaharat - total, pe gen și mediu de rezidență

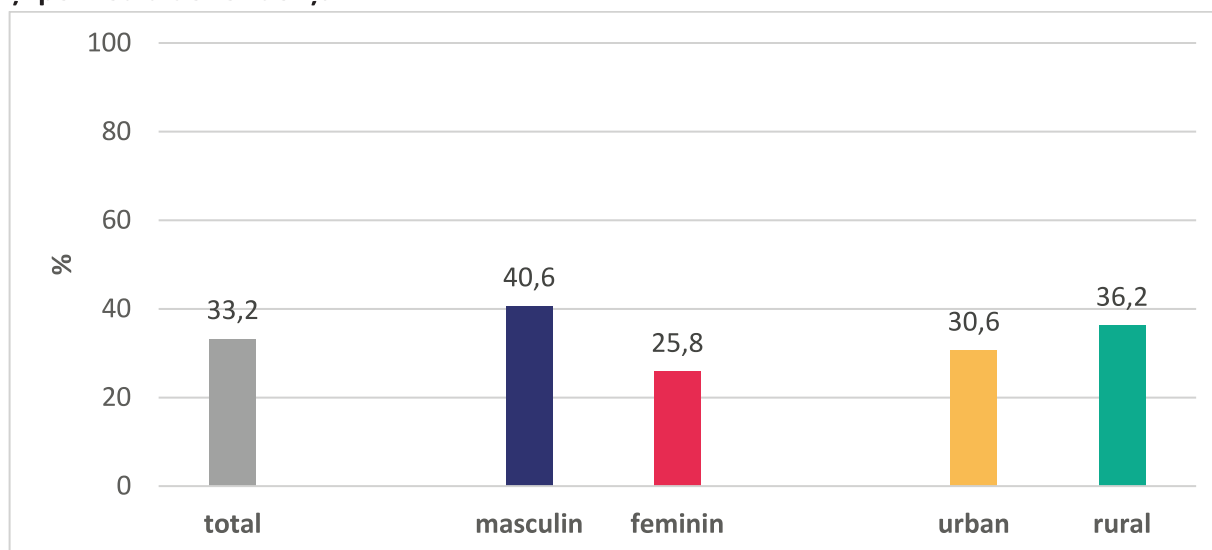
Regiunea	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
București – Ilfov	5.00%	6.70%	3.40%	4.60%	7.00%
Centru	7.30%	7.10%	7.60%	7.90%	6.50%
Nord – Est	4.90%	6.00%	3.70%	6.00%	3.90%
Nord - Vest	4.60%	6.50%	2.80%	5.10%	4.20%
Sud – Est	6.70%	8.10%	5.20%	6.20%	7.10%
Sud - Muntenia	5.60%	6.80%	4.30%	6.20%	5.20%
Sud – Vest Oltenia	5.70%	7.90%	3.40%	5.80%	5.60%
Vest	6.10%	8.80%	3.30%	5.30%	6.70%

În legătură cu regiunea de dezvoltare, cele mai multe persoane care au diabet zaharat sunt bărbații din Regiunea Vest și femeile din Centru. Cele mai mici ponderi se regăsesc în Regiunea Nord-Vest la femei și Centru la bărbați. Comparativ, cele mai multe persoane care se prezintă cu diabet zaharat sunt din zona urbană a regiunii Centru, iar cele din București-Ilfov cele mai puține. În mediul rural, Regiunea Sud-Est deține maximumul, iar Nord-Est minimumul.

6. Tensiune arterială măsurată

Conform metodologiei, pentru analiza prevalenței hipertensiunii arteriale, s-a măsurat tensiunea arterială de 3 ori și au fost considerați cu tensiune arterială crescută pacienții cu tensiunea arterială sistolică mai mare sau egală cu 140 mmHg sau cu tensiunea arterială diastolică mai mare sau egală cu 90 mmHg.

Grafic nr. 44 Structura eșantionului în funcție de tensiunea arterială măsurată - total, pe gen și pe mediu de rezidență



În funcție de TA măsurată, observăm că bărbații sunt în proporție de 40.6% comparativ cu femeile care au reprezentat aproximativ 26%. Repartitia pe mediul de rezidență este aproape omogenă, cu o diferență de 6 % între rural și urban.

Tabel nr. 428 Structura eșantionului în funcție de grupa de vârstă și de prezența tensiunii arteriale măsurate- total, pe gen și mediu de rezidență

Grupa de vârstă	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
25 – 29 ani	15.0	24.9	4.6	14.0	15.9
30 – 34 ani	16.2	24.0	8.0	14.9	18.0
35 – 39 ani	18.8	26.9	10.1	16.4	21.3
40 – 44 ani	30.2	39.4	20.4	26.5	34.6
45 – 49 ani	31.7	41.4	21.5	29.0	34.6
50 – 54 ani	48.2	55.0	41.3	45.1	51.8
55 – 59 ani	48.9	57.1	41.1	44.9	53.9
60 – 64 ani	51.4	52.9	50.2	47.5	56.7

În conformitate cu grupele de vârstă, cei mai mulți care și-au măsurat TA s-au aflat în categoria de vârstă 60-64 ani, urmați de persoanele cu vârstă cuprinsă între 55-59 ani. Minimul îl au grupele de vârstă 25-29 ani și 30-34 ani. În ceea ce privește repartiția pe sexe cei mai mulți au fost bărbați cu vârstă cuprinsă între 60-64 ani și cei mai puțini cu 30-34 ani. Aproximativ același trend îl observăm și la femei. În mediul urban cei mai mulți cu tensiunea arterială măsurată s-au aflat în grupa de vârstă 60-64 ani și cei mai puțini în cea 25-29 ani. Situația este similară pentru mediul rural.

Tabel nr. 43 Structura eșantionului în funcție de regiune și de prezența tensiunii arteriale măsurate - total, pe gen și mediu de rezidență

Regiunea	Total	Masculin	Feminin	Urban	Rural
București – Ilfov	25.7	34.3	17.9	22.6	43.7
Centru	32.0	38.9	25.0	30.4	33.9
Nord – Est	33.1	39.2	26.5	35.7	31.4
Nord - Vest	34.1	43.7	24.5	34.9	33.1
Sud – Est	37.6	42.6	32.5	36.5	38.8
Sud - Muntenia	38.2	47.0	28.9	36.9	39.1
Sud – Vest Oltenia	36.6	44.2	28.8	26.5	45.6
Vest	26.2	31.3	21.1	23.4	30.2

În funcție de regiunea de dezvoltare, cel mai frecvent își măsoară tensiunea arterială bărbații din Sud-Muntenia și femeile din Sud-Est, comparativ cu bărbații din Vest și femeile din regiunea București-Ilfov. Persoanele din mediul urban din regiunea Sud-Muntenia și din rural din regiunea Sud-Vest Oltenia își măsoară cel mai frecvent tensiunea.

7. Măsurători antropometrice

Raportul talie-șolduri este un indicator important folosit în domeniul sanitar și măsoară nivelul de sănătate, fertilitatea și riscul de apariție a anumitor afecțiuni precum bolile cardiovasculare și diabetul de tip II.

Datorită importanței acestui indicator, Organizația Mondială a Sănătății a stabilit un protocol de măsurare a raportului talie-șolduri prin care stabilește locurile de măsurare ale circumferințelor, postura subiectului, faza respirației în care acesta se măsoară, etc⁴².

În ceea ce privește acest indicator, există o serie de factori care determină diverse variații. Genul este principalul factor - acesta determină distribuția țesutului adipos în zona centrală la femei, dar și o pondere fiziologică mai mare de țesut adipos la acestea. În acest context, vârsta și statusul reproductiv sunt și acestea factori importanți care influențează valoarea raportului. Profilul etnic aduce la rândul său variații ale ponderii țesutului adipos. Populațiile de pe continentul asiatic au ponderi mai mari comparativ cu cei de pe cel european. Populațiile africane și cele din zona pacificului au în general, indiferent de valoarea raportului talie-șolduri, o pondere mai mică a țesutului adipos comparativ cu alte populații⁴³.

O valoare crescută a raportului talie-șolduri se asociază cu o serie de afecțiuni. Această valoare indică un risc crescut de apariție a Sindromului cardio-metabolic⁴⁴, a afecțiunilor cardiovasculare⁴⁵ și diabetului de tip II.

7.1. Statusul ponderal

Clasificarea supraponderabilității și a obezității este utilă din mai multe motive:

- Compararea statusului ponderal în cadrul și între populații;
- Identificarea indivizilor și grupurilor cu risk crescut de morbiditate și mortalitate;

⁴² Waist circumference and waist-hip ratio, report of a WHO expert consultation, Geneva 2008, disponibil la adresa https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44583/9789241501491_eng.pdf?sequence=1, (accesat 28.02.2024)

⁴³ Ibid.

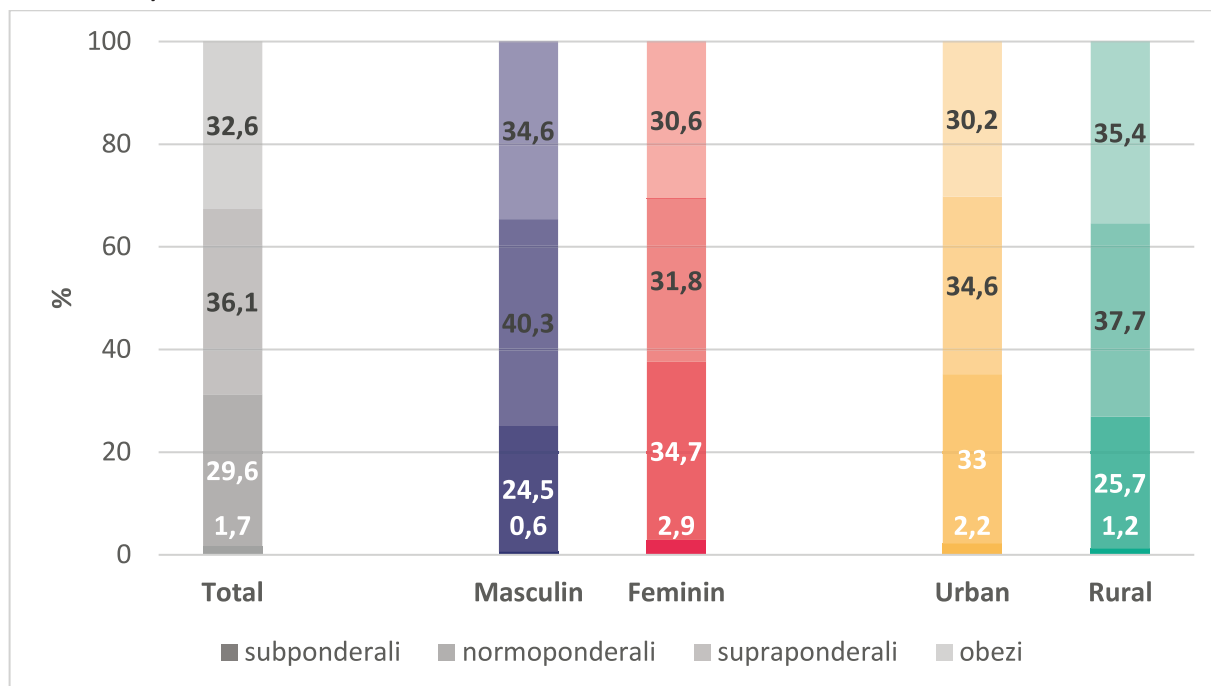
⁴⁴ A. Paterson, H. Hashemy, "Investigating the association between waist hip ratio and cardiometabolic diseases using mendelian randomization analysis", Canadian Journal of Cardiology, Volume 39, Issue 10, Supplement, 2023, Page S212, ISSN 0828-282X, <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2023.06.324>, accesibil la adresa <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0828282X23013545>

⁴⁵ Jiang-Feng Ke, Jun-Wei Wang, Jun-Xi Lu, Zhi-Hui Zhang, Yun Liu, Lian-Xi Li, "Waist-to-height ratio has a stronger association with cardiovascular risks than waist circumference, waist-hip ratio and body mass index in type 2 diabetes", Diabetes Research and Clinical Practice, Volume 183, 2022, 109151, ISSN 0168-8227, <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109151>, accesibil la <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168822721005118>

- Identificarea priorităților pentru intervenții la nivel individual și comunitar;
- Bază pentru evaluarea intervențiilor.

În cadrul studiului, au fost utilizate limitele stabilite în cadrul raportului Obesity – Preventing and managing the global epidemic (WHO, 1997).

Grafic nr. 45 Structura eșantionului în funcție de statusul ponderal - total, pe gen și pe mediu de rezidență



În funcție de statusul ponderal, eșantionul este distribuit în ponderi aproape egale, cu excepția persoanelor subponderale, care se regăsesc în proporții mici, sub 3% la femei, 0.6 la bărbați, aproximativ 1% în rural și 2% în urban. Peste normă (supraponderali și obezi) se regăsesc 74.9% dintre bărbați și 62.4% dintre femei, 64.8% persoane din urban și 63.1% din mediul rural.

7.2. Circumferința abdominală și raportul talie-șold

CA 88+ la femei este regăsit în 56.7% dintre cazuri, cu o diferență de 11.8% între mediul urban și rural (51.3% vs. 51.3%). CA 102+ la bărbați este regăsit în 44.5% dintre cazuri, cu o diferență de 2.6% între mediul urban și rural (43.4% vs. 45.9%). Raportul talie-șold 0.8+ la femei este regăsit în 82.5% dintre cazuri, cu o diferență de 5% între mediul urban și rural (80.3% vs. 85.2%). Raportul talie-șold 0.9+ la bărbați este regăsit în 82.3% dintre cazuri, cu o diferență de 1% între mediul urban și rural (81.8% vs. 82.9%).

Tabel nr. 44 Structura eşantionului în funcție de CA, raport talie-sold, gen, mediu de rezidență

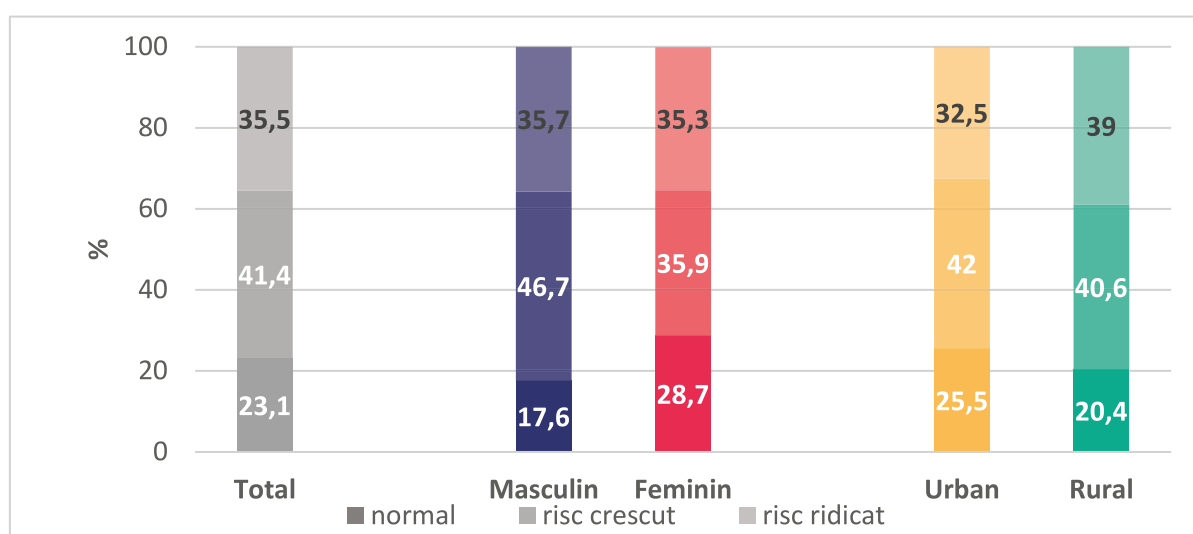
Circumferința abdominală		Urban	Rural
feminin	56.6	51.3	63.1
masculin	44.5	43.3	45.9
Raportul talie/şold		Urban	Rural
feminin	82.5	80.3	85.2
masculin	82.3	81.8	82.9

7.3. Raportul talie/înălțime

Raportul talie-înălțime al unei persoane este definit ca circumferința taliei împărțită la înălțimea persoanei, ambele măsurate în aceleași unități. Este folosit ca un predictor al bolilor cardiovasculare legate de obezitate. Raportul este o măsură a distribuției grăsimii corporale. Valorile mai mari ale raportului indică un risc mai mare de boli cardiovasculare legate de obezitate; se corelează cu obezitatea abdominală⁴⁶.

Din punct de vedere al raportului talie/înălțime, cele mai mari ponderi în cadrul eşantionului se regăsesc la cei cu risc crescut și cu risc ridicat. Doar 23.1% din totalul eşantionului au un raport normal. Ponderea raportului talie-înălțime normal este mai mare la femei față de bărbați (28.7% față de 17.6%) și mai mare în mediul urban față de rural (25.5% față de 20.4%).

Grafic nr. 46 Structura eşantionului în funcție de raportul talie/inaltime - total, pe gen și pe mediu de rezidență



⁴⁶ Lee CM, Huxley RR, Wildman RP, Woodward M (July 2008). "Indices of abdominal obesity are better discriminators of cardiovascular risk factors than BMI: a meta-analysis". *Journal of Clinical Epidemiology*. 61 (7): 646–653. doi:10.1016/j.jclinepi.2007.08.012

8. Test scaun simplu/cronometrat

Testul scaunului reprezintă o metodă de verificare a forței și a rezistenței picioarelor la adulți, și face parte din bateria de teste Fullerton Functional Fitness, dar și pentru a indica existența hipotensiunii posturale atunci când este folosit în combinație cu alte teste specifice⁴⁷. În principiu, un număr sub medie de ridicări de pe scaun indică un risc ridicat de cădere.

În mod evident, acest test este influențat de vârstă și gen, iar numeroase studii arată aceste aspecte. La adulții tineri, un studiu ne indică faptul că testul scaunului este ideal pentru a discrimina între cei cu niveluri de activitate fizică suficiente și insuficiente. Profesioniștii în antrenament și reabilitare ar putea folosi testul scaunului pentru a evalua forța funcțională a mușchilor membrelor inferioare la sportivi⁴⁸.

La pacienții cu fibromialgie, testul scaunului este adesea folosit pentru a evalua condiția fizică, frecvent utilizat în populațiile cu durere cronică, starea fizică fiind strâns legată de durere, calitatea vieții și frica de cădere. Analiza fazelor de mișcare la testul scaunului a arătat o bună fiabilitate la femeile cu fibromialgie, oferind informații suplimentare utile despre debutul oboselii musculare în timpul testului⁴⁹. În același sens, acest test se utilizează și la pacienții cu hemodializă pentru identificarea afectării capacității de efort⁵⁰, la pacienții cu osteoartrită⁵¹ și la pacienții vârstnici⁵² pentru identificarea nivelului de activitate și pentru evaluarea nivelului de independență.

Dintre participanții la studiu, 4704 (98%) dintre participanții la studiu au realizat testul scaunului simplu. Restul de 96 (2%) participanți nu au realizat testul scaunului simplu, 78 (1,6%) au refuzat și 18 (0,4%) participanți erau imobilizabili.

În rândul celor care au realizat testul scaunului simplu, dintre cei 4704 participanți, 4677 (97,4%) participanți au realizat testul singuri cu brațele încrucișate și 24 (0,5%) au realizat testul

⁴⁷ <https://www.cdc.gov/steady/pdf/STeADI-Assessment-30Sec-508.pdf> (accesat 28.02.2024)

⁴⁸ Lein DH Jr, Alotaibi M, Almutairi M, Singh H. Normative Reference Values and Validity for the 30-Second Chair-Stand Test in Healthy Young Adults. *Int J Sports Phys Ther.* 2022 Aug 1;17(5):907-914. PMID: 35949374; PMCID: PMC9340829.

⁴⁹ Martín-Martínez JP, Collado-Mateo D, Domínguez-Muñoz FJ, Villafaina S, Gusi N, Pérez-Gómez J. Reliability of the 30 s Chair Stand Test in Women with Fibromyalgia. *Int J Environ Res Public Health.* 2019 Jul 2;16(13):2344. doi: 10.3390/ijerph16132344. PMID: 31269771; PMCID: PMC6651208.

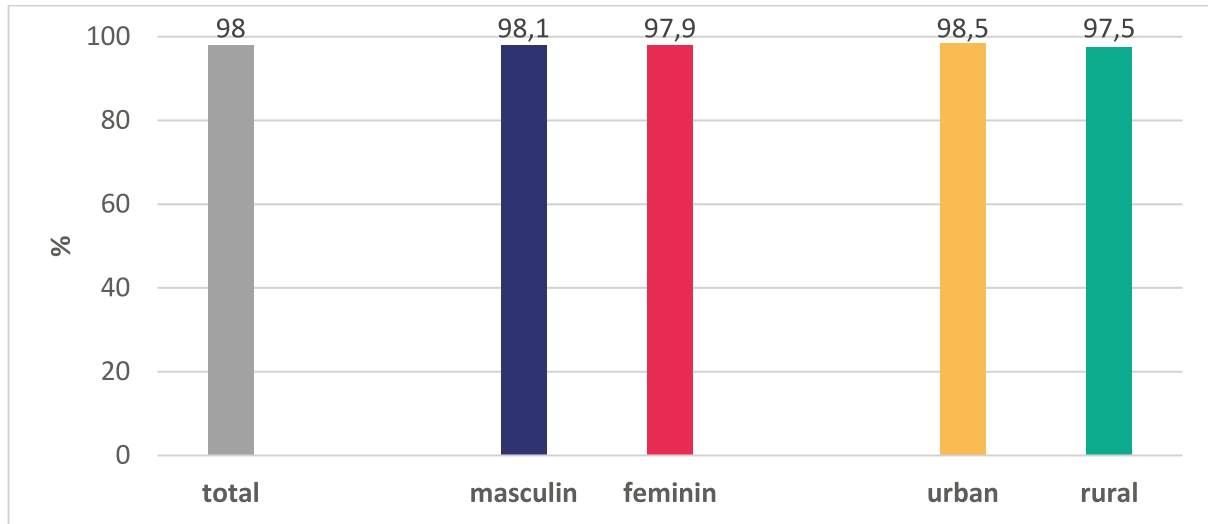
⁵⁰ P.Figueiredo, L.R. et al. "The reliability and validity of the 30-seconds sit-to-stand test and its capacity for assessment of the functional status of hemodialysis patients", *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, Volume 27, 2021, Pages 157-164, ISSN 1360-8592, <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2021.02.020>.

⁵¹ Gill SD, de Morton NA, Mc Burney H. An investigation of the validity of six measures of physical function in people awaiting joint replacement surgery of the hip or knee. *Clinical Rehabilitation.* 2012;26(10):945-951. doi:10.1177/0269215511434993

⁵² Rikli RE, Jones CJ. Development and validation of criterion-referenced clinically relevant fitness standards for maintaining physical independence in later years. *Gerontologist.* 2013 Apr;53(2):255-67. doi: 10.1093/geront/gns071. Epub 2012 May 20. PMID: 22613940.

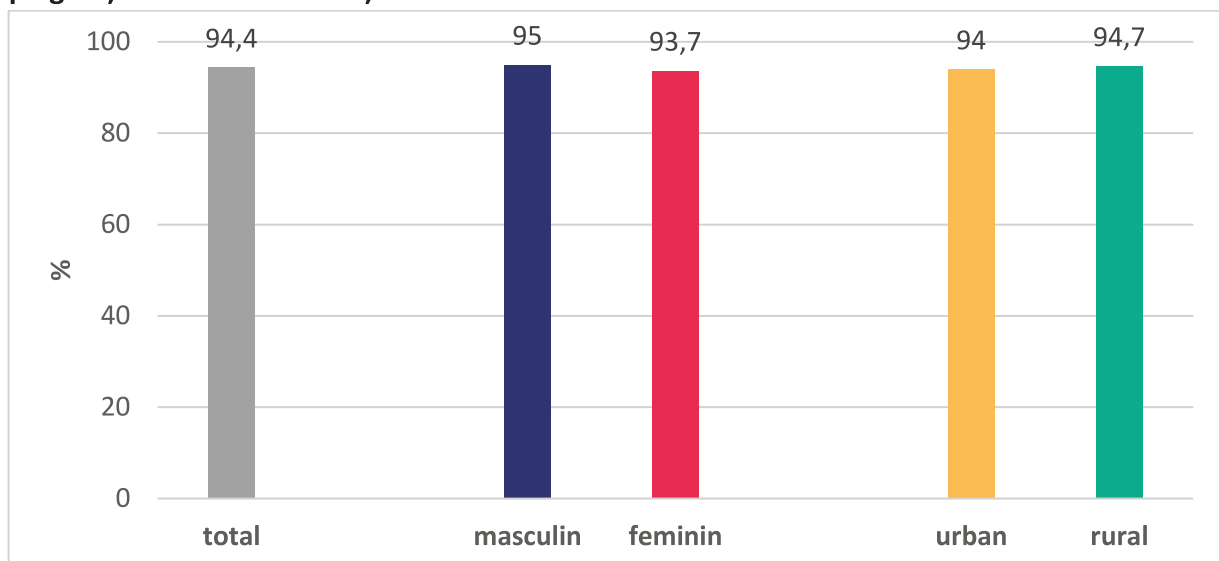
fie ajutați, fie dacă își foloseau brațele. Dintre cei 4677 participanți care realizau singuri testul scaunului simplu, 75 participanți aveau dificultăți în a-și menține poziția ortostatică.

Grafic nr. 47 Structura eșantionului în funcție de realizarea testului scaunului simplu - total, pe gen și mediu de rezidență



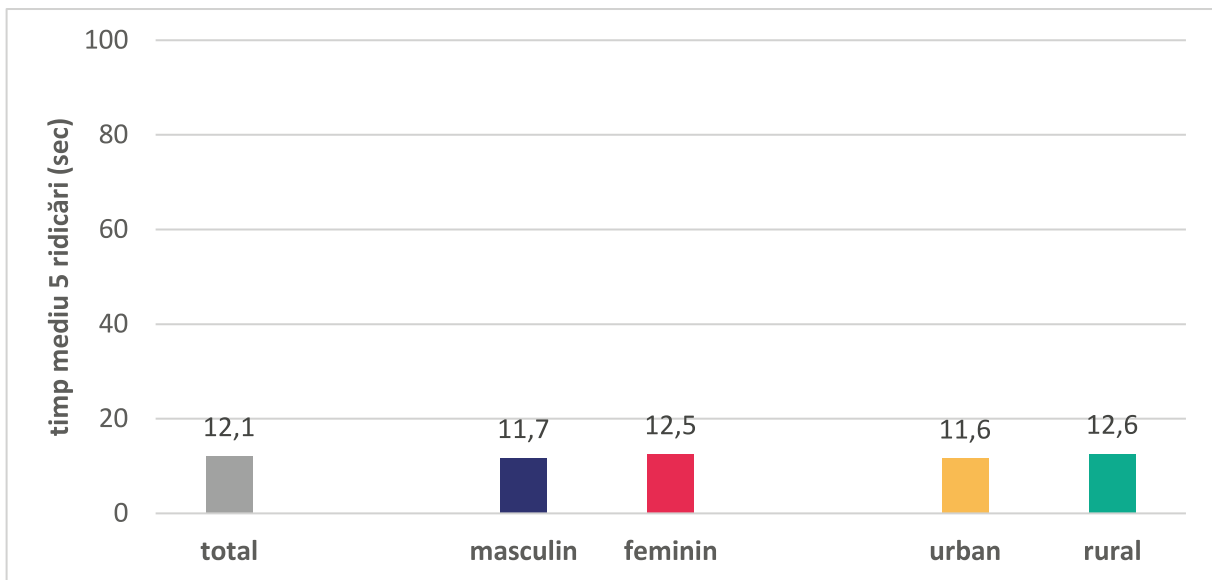
Testul scaunului cronometrat a fost realizat la 4.529 (94,4%) dintre participanții la studiu. Dintre cei care nu au realizat testul scaunului cronometrat, 96 au refuzat să participe, 28 nu au participat pentru că nu au trecut scaunului simplu pentru că nu se puteau ridica singuri, iar 75 nu au trecut testul scaunului simplu pentru că aveau dificultăți în a-și menține poziția ortostatică, restul de 73 participanți nu au realizat testul scaunului cronometrat din considerente care nu au fost precizate.

Grafic nr. 48 Structura eșantionului în funcție de realizarea testului scaunului simplu - total, pe gen și mediu de rezidență



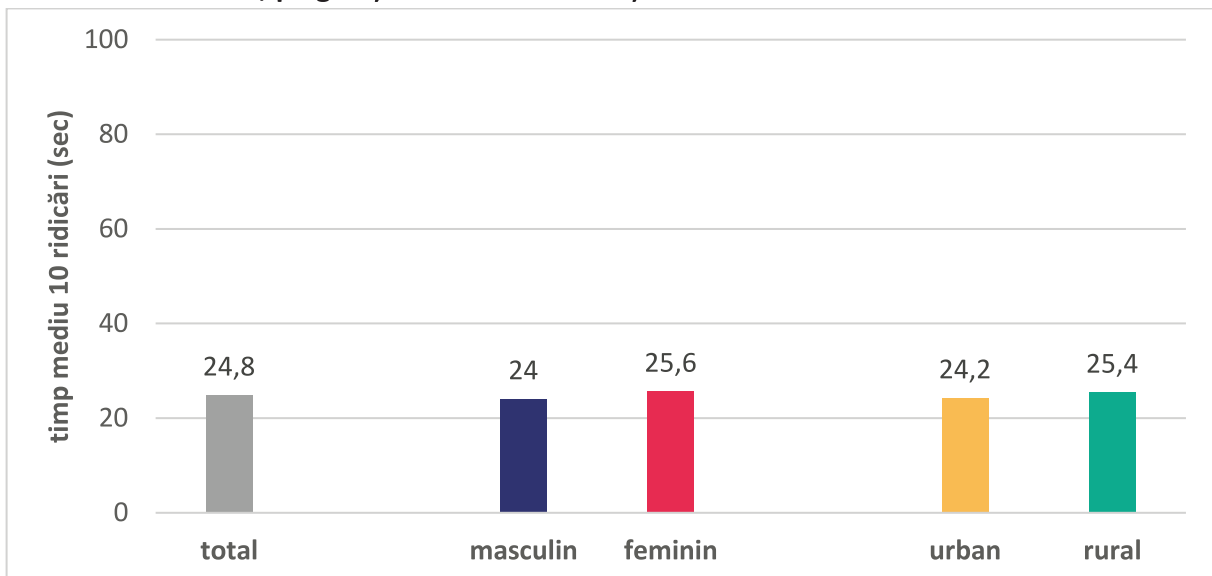
Timpul mediu necesar realizării a 5 ridicări la testul scaunului cronometrat a fost de 12.1 secunde la nivelul eșantionului, mai mare la femei față de bărbați (12.5 secunde față de 11.7 secunde) și mai mare în mediul rural față de mediul urban (12.6 secunde față de 11.6 secunde).

Grafic nr. 49 Timpul mediu necesar pentru realizarea a 5 ridicări la testul scaunului cronometrat - total, pe gen și mediu de rezidență



Timpul mediu necesar realizării a 10 ridicări la testul scaunului cronometrat a fost de 24.8 secunde la nivelul eșantionului, mai mare la femei față de bărbați (25.6 secunde față de 24 secunde) și mai mare în mediul rural față de mediul urban (25.4 secunde față de 24.2 secunde).

Grafic nr. 50 Timpul mediu necesar pentru realizarea a 10 ridicări la testul scaunului cronometrat - total, pe gen și mediu de rezidență



9. Analize de sânge

9.1 Profil lipidic

În Regiunea Europeană a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), bolile cardiovasculare sunt principala cauză de deces, reprezentând peste 5 milioane de decese, precum și aproape un sfert din povara bolii a regiunii europene. În 2002 s-a estimat că bolile cardiovasculare (BCV) au reprezentat mai mult de un sfert din toți anii de viață ajustați în funcție de dizabilități (DALY) pierduți în UE⁵³. Factorii de risc precum fumatul, inactivitatea fizică, obezitatea, hipertensiunea arterială, profilul lipidic (colesterol total și LDL crescut, colesterol HDL scăzut și trigliceride crescute), niveluri crescute de glucoză și antecedentele familiale de boală coronariană prematură sunt responsabile pentru o proporție considerabilă din povara totală a bolilor cardiovasculare din regiune. OMS atribuie 8,7% din povara totală a bolii în regiunea nivelului colesterolului în sânge⁵⁴. Două forme principale de colesterol sunt generate în corpul uman. Cel mai relevant pentru declanșarea numeroaselor boli este colesterol cu lipoproteine cu densitate scăzută (LDL-C). Acesta este adesea cunoscut sub numele de colesterol „rău”, deoarece poate se acumulează în pereții arterelor, determinându-le să se îngusteze. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) consideră că 60% din bolile coronariene și 40% din accidentele vasculare cerebrale se datorează nivelurilor crescute de colesterol⁵⁵.

Reducerea LDL-C a fost mult timp ținta principală a politicii privind colesterolul și acezta rămâne actuală și astăzi. A doua formă de colesterol este lipoproteina de înaltă densitate (HDL-C), cunoscută sub numele de colesterol „bun” datorită rolului său de a elimina excesul de colesterol din artere.

Țările cu cele mai scăzute niveluri de colesterol au cuprins America, Orientul Mijlociu și Asia: Republica Coreea (4,58 mmol/L, 177,1 mg/dL), Turcia (4,74 mmol/L, 183,3 mg/dL). dL și Statele Unite ale Americii (4,75 mmol/L, 183,6 mg/dL). Șapte țări au niveluri medii ale colesterolului total care depășesc pragul de risc definit de OMS de 5,00 mmol/L (193 mg/dL): Japonia, Australia, Macedonia de Nord, Elveția, Germania, Slovacia și Austria. Dintre acestea,

⁵³ Petersen S, et al. European cardiovascular disease statistics; 2005 edition. European Heart Network, Brussels, 2005, https://web.mscbs.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludCardiovascular/docs/opsc_est3.pdf.pdf (accesat 28.02.2024)

⁵⁴ Murray CJL, Lopez AD Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study Lancet; 349; May 24 1997, pp1498-1504

⁵⁵ World Health Report 2002: Reducing risks: Promoting healthy life WHO, Geneva, 2002

cele mai mari niveluri medii ale colesterolului total au fost în Austria (5,40 mmol/L, 208,8 mg/dL) și Germania (5,35 mmol/L, 206,9 mg/dL)⁵⁶.

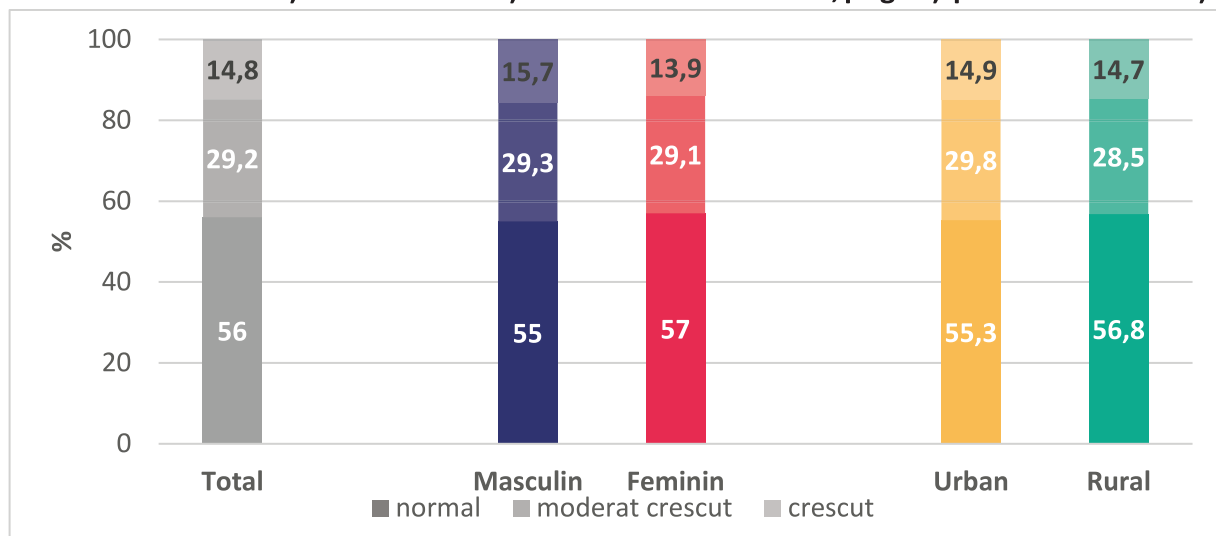
9.1.1. Colesterol total

Pentru nivelul colesterolemiei, valorile de referință ale laboratorului au fost:

- Normal: < 200 mg/dL;
- Moderat crescut: 200 - 239 mg/dL;
- Crescut: >= 240 mg/dL

În cazul colesterolului total, 56% dintre persoane au un nivel normal al acestuia (55% la bărbați și 57% la femei). Aproape o treime au valori moderat crescute și aproximativ 15% dintre aceștia au niveluri crescute. Nu există diferențe mari între mediile de proveniență, doar o diferență de 2% în cazul nivelului crescut între bărbați și femei.

Grafic nr. 51 Structura eșantionului în funcție de colesterol total - total, pe gen și pe mediu de rezidență



9.1.2. Colesterol HDL

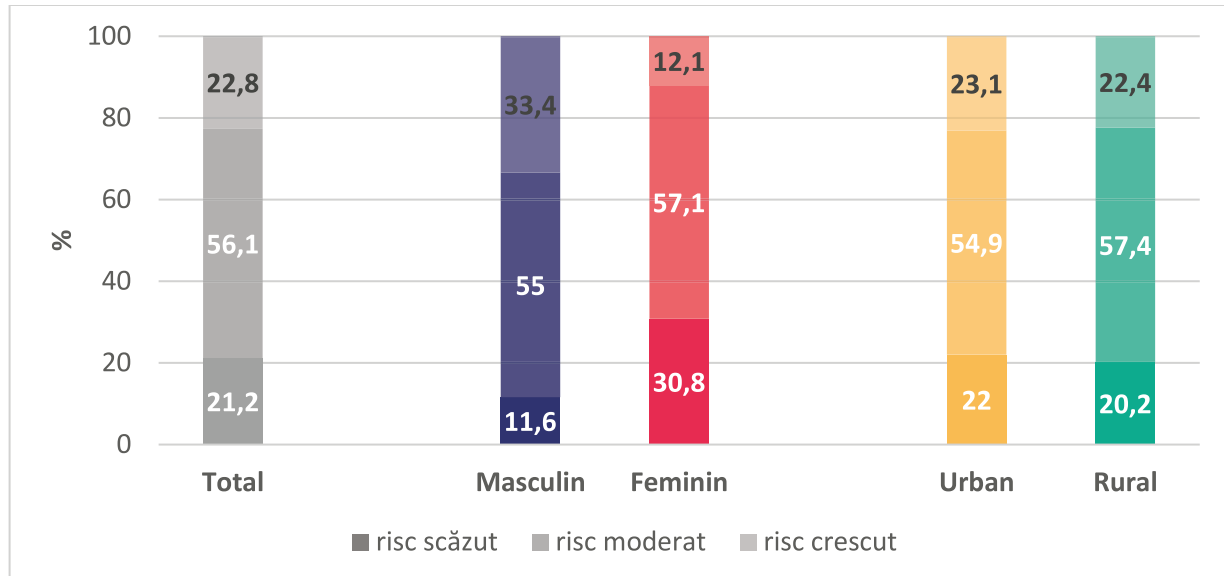
Pentru nivelul colesterolului HDL, valorile de referință ale laboratorului au fost:

- > 60 - normal (risc scăzut),
- 40 - 60 - risc moderat,
- < 40 - scăzut (risc crescut).

⁵⁶ S.S. Martin et al., Lipid distributions in the Global Diagnostics Network across five continents, *European Heart Journal*, Volume 44, Issue 25, 1 July 2023, Pages 2305–2318, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad371>

Nivelurile scăzute de colesterol HDL indică un risc crescut de boli cardiovasculare, accident vascular cerebral și ateroscleroză.

Grafic nr. 52 Structura eșantionului în funcție de HDL - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Conform reprezentării grafice anterioare, observăm că există diferențe semnificative între femei și bărbați: 30% dintre femei și 11% dintre bărbați au risc scăzut, comparativ cu 33% dintre bărbați și 12% dintre femei cu risc crescut. Riscul moderat are valori similare indiferent de gen sau mediul de proveniență (55-57%), iar între mediul rural și urban nu se regăsesc diferențe mari.

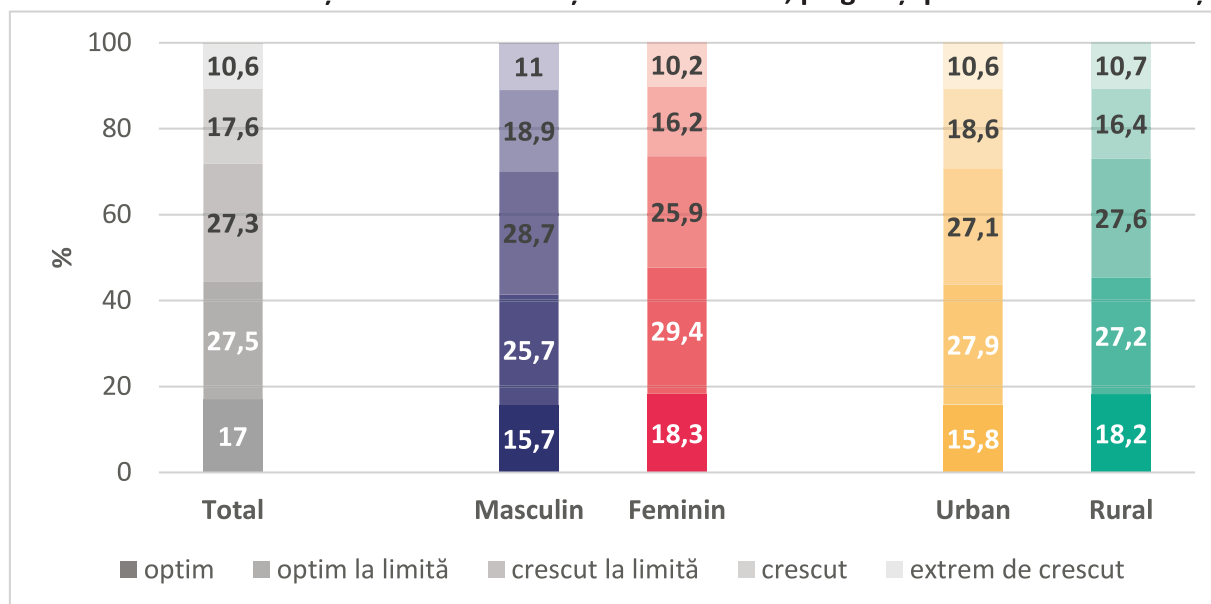
9.1.3. Colesterol LDL

Pentru nivelul colesterolului LDL, valorile de referință ale laboratorului au fost:

- < 100 mg/dl: Optim,
- 100-129 mg/dl: Optim, la limita,
- 130-159 mg/dl: Crescut, la limita,
- 160-189 mg/dl: Crescut,
- 190 mg/dl: Extrem de crescut

Creșterea nivelurilor colesterolului LDL este, de asemenea, asociată cu creșterea riscului de afecțiuni cardiovasculare, accident vascular cerebral și ateroscleroză.

Grafic nr. 53 Structura eșantionului în funcție de LDL - total, pe gen și pe mediu de rezidență



O mică pondere dintre persoane au o valoare optimă a LDL-ului: aproximativ 15% din bărbați și din persoanele din mediul urban și aproximativ 18% dintre femei și persoanele din mediul rural. Aproximativ 10% se regăsesc în categoria extrem de crescut.

9.1.4. Trigliceride

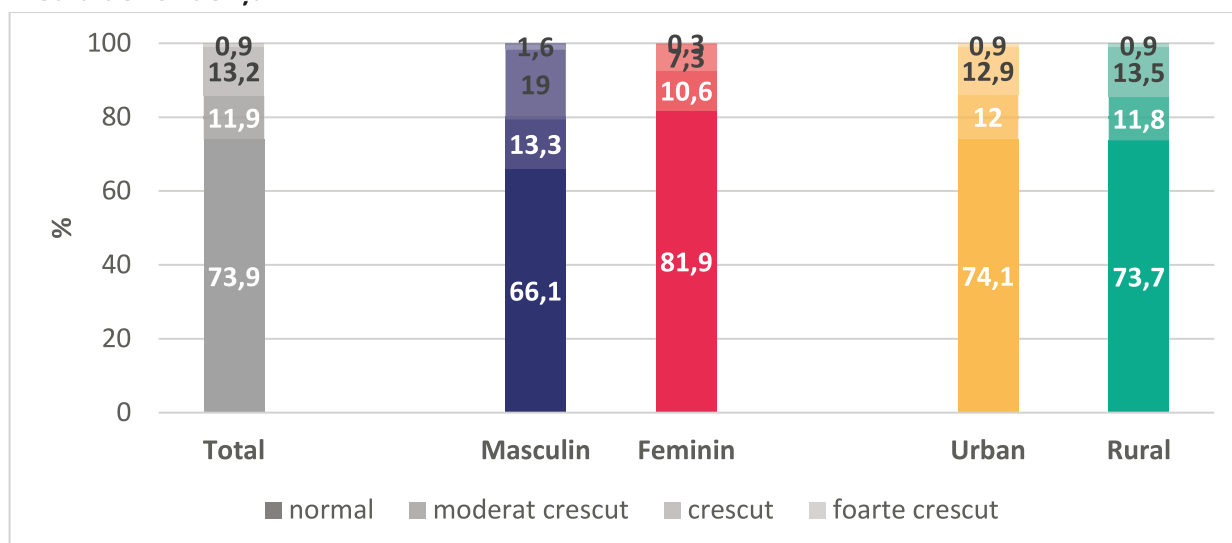
Pentru nivelul trigliceridelor, valorile de referință ale laboratorului au fost:

- Normal: < 150 mg/dl,
- Moderat crescut: 150-199 mg/dl,
- Crescut: 200-499 mg/dl,
- Foarte crescut: > 500 mg/dl

Persoanele cu niveluri mari ale trigliceridelor au riscul de a dezvolta accidente vasculare cerebrale, diabet zaharat tip II, afecțiuni ale ficatului, pancreasului sau cardiace.

În cazul trigliceridelor, există diferențe importante între femei (81.9% cu valori normale) și bărbați (66.1% cu valori normale), dar ceva mai mici între persoanele cu nivel normal din urban sau rural (74.1% vs. 73.7%). Din acest considerent, observăm că diferențele se păstrează și între persoanele cu nivel crescut și foarte crescut (aproximativ 20% dintre bărbați și 10% dintre femei).

Grafic nr. 54 Structura eșantionului în funcție de nivelul trigliceridelor - total, pe gen și pe mediu de rezidență



9.2 Profil glucidic

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), valoarea normală a glicemiei la adulți este cuprinsă între 70 și 100 mg/dl, a jeun (dimineața, pe nemancate) și între 101 și 140 mg/dl la 2 ore după masă (postprandial)⁵⁷. Peste 2 valori (în zile diferite) ale glicemiei a jeun de 126 mg/dl sau mai mare sau o singură valoare mai mare sau egală de 200 mg/dl, indiferent de momentul zilei, constituie criteriile pentru stabilirea diagnosticului de diabet zaharat.

Prediabetul poate fi “ silențios”, caz în care doar testele de screening (analizele uzuale de sânge, monitorizarea glicemiei) pot trage un semnal de alarmă.

Un procent situat între 20% și 30% (mai mare în mediul urban) dintre români prezintă risc mare sau foarte mare de a dezvolta diabet zaharat în următorii 10 ani. Unul din 10 români are diabet zaharat și alți aproape 3 din 10 (28,1% din populație) are toleranță scăzută la glucoză, adică prediabet⁵⁸.

În România, în anul 2014, proporția persoanelor care au prezentat valori modificate ale glicemiei a jeun în ultimele 12 luni, a fost de 5.36 pentru sexul masculin și 5.23 pentru cel feminin. Aceste valori au fost mai mici comparativ cu media UE care a prezentat la acel moment o valoare aproximativă de 6.9⁵⁹.

⁵⁷ Mean fasting blood glucose (mmol/L)(age-standardized estimate) accesibil la adresa <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/2380> (ultima accesare 28.02.2024)

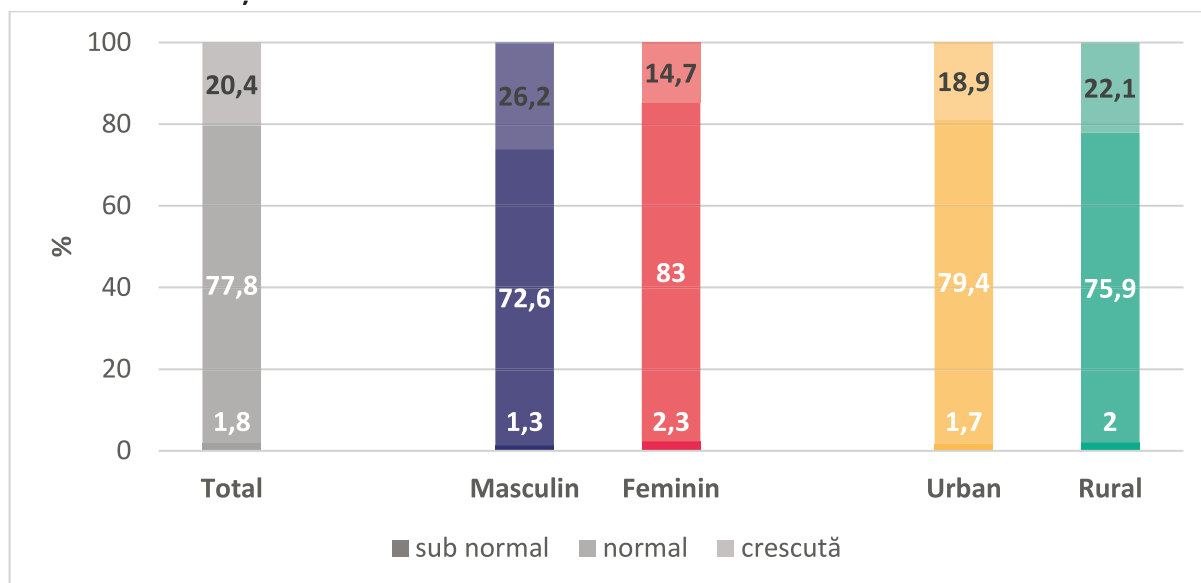
⁵⁸ Barometrul datelor privind diabetul zaharat în România, Ediția septembrie 2023, accesibil la adresa https://www.forumdiabet.ro/_files/ugd/20d09a_950d03e85e3b426e8265ab65ae0050ca.pdf (ultima accesare 28.02.2024)

⁵⁹ Mean fasting plasma glucose, Data by country accesibil la adresa <https://apps.who.int/gho/data/node.main-eu.UHCNCDFPG?lang=en> (ultima accesare 28.02.2024)

9.2.1. Glicemia a jeun

Nivelurile de glucoză plasmatică a jeun sunt determinate prin prelevarea unei probe de sânge de la participanții care nu au mâncat cel puțin 8 ore. Poate fi măsurat în mmol/l sau în mg/dl. Alți biomarkeri înrudiți, cum ar fi hemoglobina A1c (HbA1c) sau hemoglobina glicată, pot fi utilizați pentru a ajuta la diagnosticul bolii.

Grafic nr. 55 Structura eșantionului în funcție de nivelul glicemiei a jeun - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Conform reprezentării grafice, observăm că există diferențe importante între femeii și bărbați: 83% dintre femeii și 72.6% dintre bărbați au un nivel normal al glicemiei, comparativ cu 26.2% dintre bărbați și 14.7% dintre femeii cu valoare crescută. În cazul nivelului normal al glicemiei, nu există diferențe importante la persoanele care provin din mediul rural sau urban (aproximativ 4%). O diferență chiar mai mică există în cazul riscului crescut (aproximativ 3%).

9.2.2. Hemoglobina glicată

Măsurarea nivelului hemoglobinei glicate (hemoglobina glicozilata, HbA1c sau A1c) este o metodă prin care se evaluează media a nivelului de glucoză din sânge din ultimele 8-12 săptămâni. Testul poate fi folosit și pentru a diagnostica diabetul⁶⁰.

⁶⁰ Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus: Abbreviated Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization; 2011. 2, Glycated haemoglobin (HbA1c) for the diagnosis of diabetes. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304271/> (ultima accesare 28.02.2023)

Organizația Mondială a Sănătății a publicat mai multe ghiduri pentru diagnosticul diabetului, încă din anul 1965. Potențialul utilizării hemoglobinei glicate în diagnosticul, prognosticul și tratamentul diabetului a fost menționat de aceștia încă din 1985⁶¹.

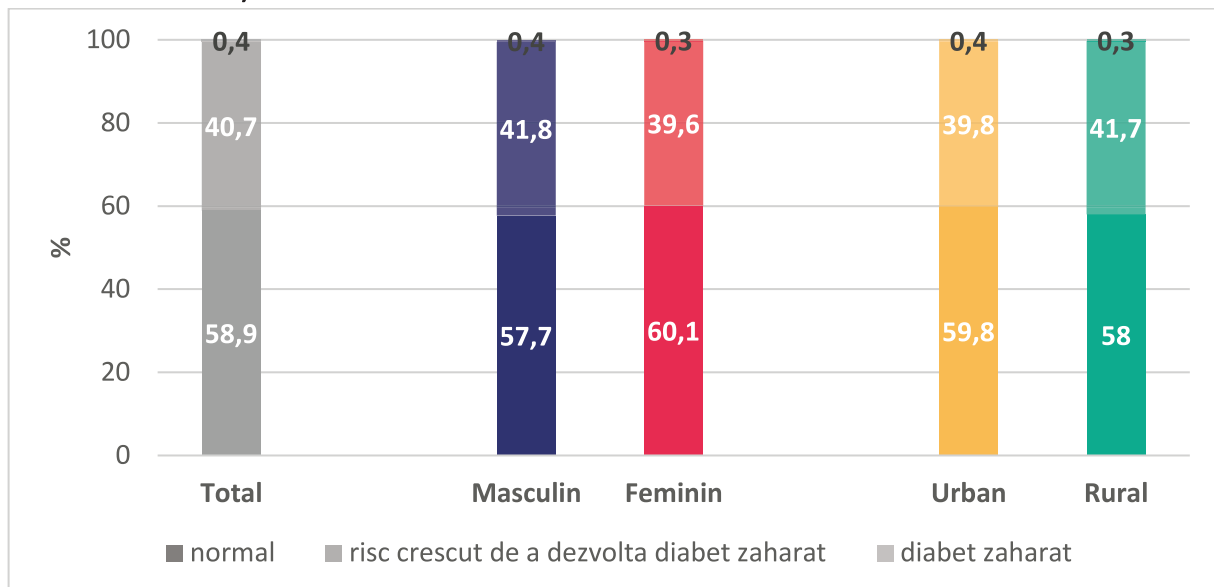
După descoperirea hemoglobinei glicate, numeroase studii au încercat să demonstreze legătura dintre aceasta și nivelul glicemiei. Unul dintre aceste studii a reușit să demonstreze această legatură⁶², iar utilizarea HbA1c a început să fie utilizată din ce în ce mai frecvent încă din anii '80.

În prezent, Organizația Mondială a Sănătății recomandă ca diagnosticarea diabetului la persoanele asimptomatice să nu se facă doar în baza unui singur test de glucoză serică/ hemoglobină glicată anormal. Cel puțin unul rezultat suplimentar este necesar, fie după post sau după testul de toleranță la glucoză. De asemenea, în momentul determinării valorii hemoglobinei glicate, trebuie să se țină cont de o serie de factori ce pot influența nivelul acesteia⁶³.

Pentru nivelul hemoglobinei glicate, valorile de referință ale laboratorului au fost:

- ≤ 5,6%: normal,
- 5,7-6,4%: risc crescut de a dezvolta diabet,
- ≥ 6,5%: diabet zaharat

Grafic nr. 56 Structura eșantionului în funcție de hemoglobina glicata - total, pe gen și pe mediu de rezidență



⁶¹ Ibid

⁶² Nathan DM, Kuenen J, Borg R, Zheng H, Schoenfeld D, Heine RJ; A1c-Derived Average Glucose Study Group. Translating the A1C assay into estimated average glucose values. *Diabetes Care*. 2008 Aug;31(8):1473-8. doi: 10.2337/dc08-0545. Epub 2008 Jun 7. Erratum in: *Diabetes Care*. 2009 Jan;32(1):207. PMID: 18540046; PMCID: PMC2742903.

⁶³ Gallagher EJ, Le Roith D, Bloomgarden Z. Review of hemoglobin A(1c) in the management of diabetes. *J Diabetes*. 2009 Mar;1(1):9-17. doi: 10.1111/j.1753-0407.2009.00009.x. Epub 2009 Jan 27. PMID: 20923515.

Din totalul persoanelor analizate, aproximativ 60% dintre acestea au un nivel normal al glicemiei, existând diferențe foarte mici între gen și mediu de proveniență. Ponderi similare regăsim și pentru categoria de risc crescut de a dezvolta diabet zaharat, peste 41% dintre bărbați și persoane din mediul rural, și aproape 40% dintre femei și persoane din mediul urban.

9.3 Ionogramă

Ionii, cunoscuți și sub denumirea de electroliti (inclusiv ionii principali Na, K, Cl) joacă un rol foarte important în corpul uman, contribuind la menținerea tensiunii în membranele celulare. Electrolitiții sunt alcătuiți din trei ioni principali care joacă roluri funcționale diferite:

- Sodiu - ionul principal al lichidului extracelular, joacă un rol fundamental în reglarea echilibrului hidric și menținerea presiunii permeabilității sângelui,
- Potasiu - ionul principal responsabil pentru echilibrul acido-bazic, reglarea presiunii osmotice celulare și joacă un rol important în conducerea nervoasă și contracția musculară,
- Clorul - ionul principal al lichidului extracelular, are funcția de a participa la menținerea neutralității sarcinii, este o componentă a sistemului tampon celular⁶⁴.

Anomaliile electrolitice pot precipita evenimente care pun viața în pericol. În astfel de situații, evaluarea rapidă și precisă a anomaliilor electrolitice poate permite instituirea unor terapii focalizate⁶⁵.

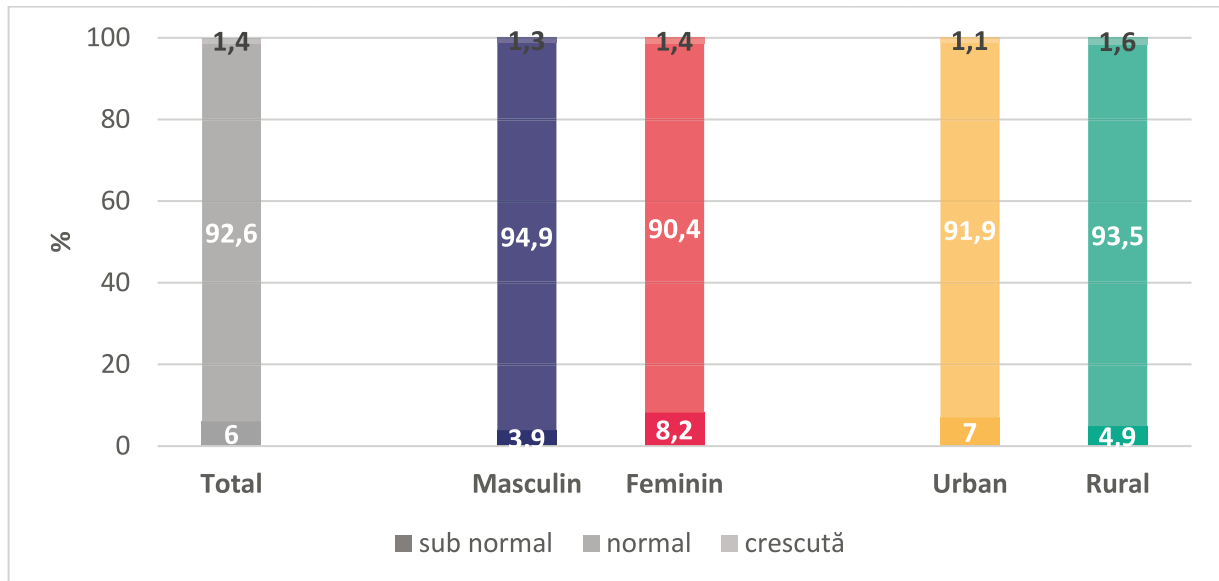
9.3.1. Calciu

În cazul nivelului calciului-total, nu există diferențe importante între femei și bărbați (aproximativ 4%) și nici în cazul persoanelor din mediul rural sau urban (aproximativ 2%) în cazul nivelului normal. Puțin peste 1% dintre persoanele evaluate au un nivel crescut.

⁶⁴ Glenn T. Nagami, "Hyperchloremia – Why and how", *Nefrología*, Volume 36, Issue 4, 2016, Pages 347-353, ISSN 0211-6995, <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2016.04.001>.

⁶⁵ Chacko B, Peter JV, Patole S, Fleming JJ, Selvakumar R. Electrolytes assessed by point-of-care testing - Are the values comparable with results obtained from the central laboratory? *Indian J Crit Care Med*. 2011 Jan;15(1):24-9. doi: 10.4103/0972-5229.78219. PMID: 21633542; PMCID: PMC3097538.

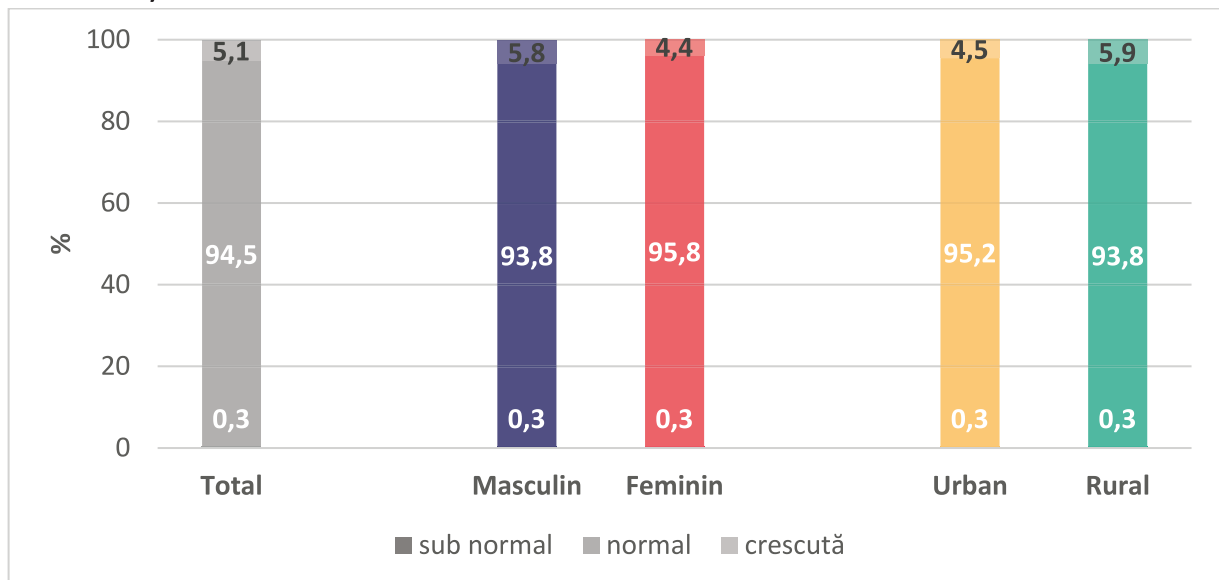
Grafic nr. 57 Structura eșantionului în funcție de calciu - total, pe gen și pe mediu de rezidență



9.3.2. Potasiu

În cazul nivelului potasiului-total, nu există diferențe importante între femei și bărbați (aproximativ 2%) și nici în cazul persoanelor din mediul rural sau urban (aproximativ 2%) în cazul nivelului normal. Între 4-6% dintre persoanele evaluate au un nivel crescut.

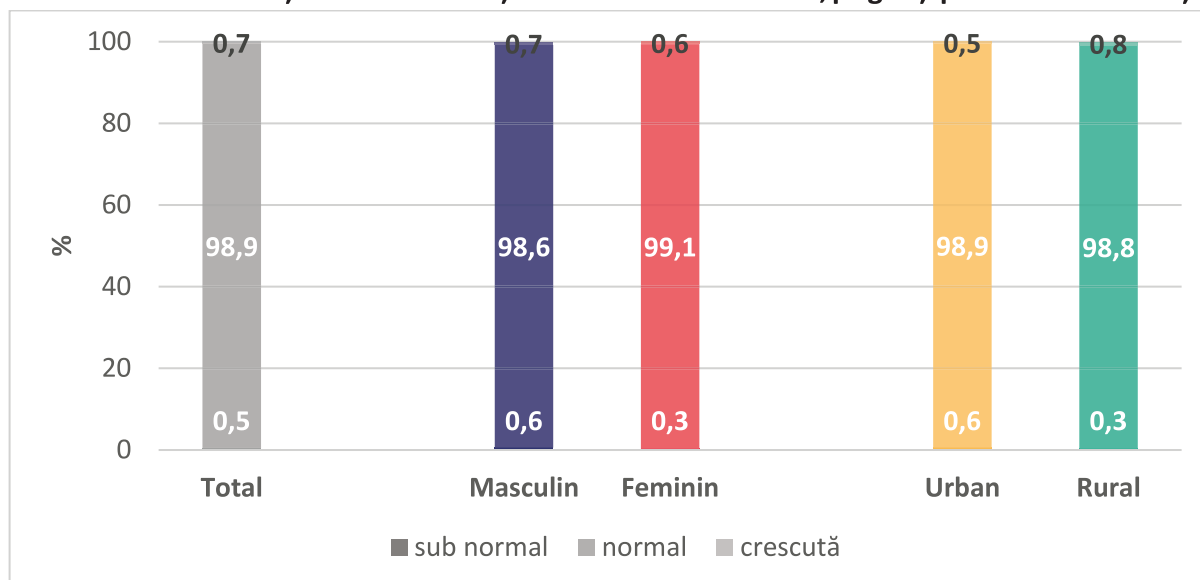
Grafic nr. 58 Structura eșantionului în funcție de nivelul potasiului - total, pe gen și pe mediu de rezidență



9.3.3. Sodiu

În cazul nivelului sodiului-total, nu există diferențe importante între femei și bărbați (aproximativ 1%) și nici în cazul persoanelor din mediul rural sau urban în cazul nivelului normal. Sub 1% dintre persoanele evaluate au un nivel crescut.

Grafic nr. 59 Structura eșantionului în funcție de nivelul sodiului - total, pe gen și pe mediu de rezidență



9.4 Vitamina D

Deficitul de vitamină D reprezintă o problemă globală de sănătate publică, la toate grupele de vârstă, cauza principală fiind expunerea insuficientă la soare, domiciliul în zone nordice, diete necorespunzătoare strict vegetariene sau vegane, absorbție deficitară la nivelul intestinului, utilizare ineficientă, cerințe crescute sau pierderi mai mari.

Cele mai recente studii sugerează că vitamina D ar putea juca un rol în prevenirea și tratarea mai multor boli, inclusiv diabetul zaharat, obezitatea, bolile cardiovasculare, alergiile, bolile infecțioase și scleroza multiplă, dar și în imunitate și dezvoltarea creierului și a sistemului nervos în general și se pare că influențează expresia genelor implicate în dezvoltarea cancerului.

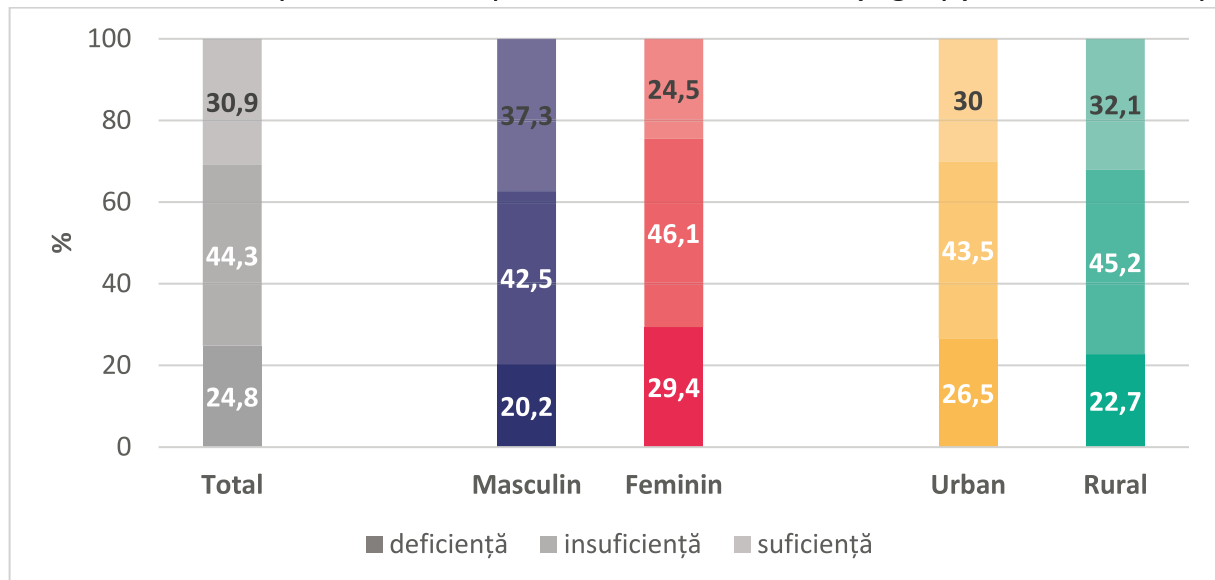
La nivel global, deficiența de vitamină D a rămas predominantă din 2000 până în 2022. Prevalența ridicată a deficienței de vitamină D ar putea crește povara globală a bolii⁶⁶.

⁶⁶ Cui Aiyong, Zhang Tiansong, Xiao Peilong, Fan Zhiqiang, Wang Hu, Zhuang Yan, "Global and regional prevalence of vitamin D deficiency in population-based studies from 2000 to 2022: A pooled analysis of 7.9 million participants", *Frontiers in Nutrition*, 10, 2023, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnut.2023.1070808>, 10.3389/fnut.2023.1070808, ISSN=2296-861X

Deficitul de vitamina D (seric 25-hidroxitamina D (25(OH)D) <50 nmol/L sau 20 ng/mL) este frecvent în Europa. Apare la <20% din populația Europei de Nord, la 30-60% în Europa de Vest, de Sud și de Est. Deficitul sever (25(OH)D seric <30 nmol/L sau 12 ng/mL) se găsește la >10% dintre europeni⁶⁷.

În România, aportul deficitar de vitamina D este foarte frecvent. Un studiu efectuat în anul 2018 ne indică faptul că acest deficit este prezent la peste 70% din populație, cu ponderi diferite în funcție de grupa de vârstă din care aceștia provin. Rata deficienței crește de la 1.96% la populația cu vârstă cuprinsă între 4 și 8 ani, până la 26.39% pentru cei peste 70 de ani. Cea mai scăzută rată de deficiență a fost înregistrată în Oltenia (6.44%) și cea mai ridicată în Moldova (12.96%)⁶⁸.

Grafic nr. 60 Structura eșantionului în funcție de nivelul vitaminei D - total, pe gen și pe mediu de rezidență



În cazul vitaminei D, există diferențe mari în ceea ce privește nivelul acesteia. 37.3% dintre bărbați au un nivel suficient și doar ¼ din totalul femeilor. 30% din persoanele din mediul urban și 32.1% din persoanele din mediul rural au un nivel optim. 40-45% dintre persoanele evaluate au un nivel insuficient de vitamina D, indiferent de caracteristici, iar aproximativ 20% dintre bărbați și 29% dintre femei se află în deficit. În același deficit se află și 26% din persoanele din mediul urban și 22.7% din cele din mediul rural.

⁶⁷ Lips P, Cashman KD, Lamberg-Allardt C, Bischoff-Ferrari HA, Obermayer-Pietsch B, Bianchi ML, Stepan J, El-Hajj Fuleihan G, Bouillon R. Current vitamin D status in European and Middle East countries and strategies to prevent vitamin D deficiency: a position statement of the European Calcified Tissue Society. Eur J Endocrinol. 2019 Apr;180(4):P23-P54. doi: 10.1530/EJE-18-0736. PMID: 30721133.

⁶⁸ Ene, Marin Cristian & Tertiu, Oana & Vrancianu, Ovidiu & Chifiriuc, Mariana. (2018). Vitamin D status in adult and pediatric Romanian population. Roumanian archives of microbiology and immunology. 77. 198-212.

9.5 Hemoglobină

Hemoglobina este o proteină prezentă în eritrocite, al cărei rol este de a lega oxigenul la nivel pulmonar și de a-l transporta la nivelul țesuturilor. În timpul dezvoltării umane, de la embrion până la adult, în organism se regăsesc diferite variante ale hemoglobinei. De asemenea, există forme anormale care apar în anumite afecțiuni. În acest sens, hemoglobina este utilizată frecvent pentru detectarea bolilor precum: anemia, diabetul, talasemia, siclemia, etc⁶⁹.

Afecțiunile rezultate din modificarea sintezei și funcției hemoglobinei sunt destul de frecvente, în condițiile în care, până în prezent s-au descoperit peste 1000 de variante ale acesteia. Aproximativ 7% din populația lumii prezintă mutații ale genei globinei⁷⁰, care determină tulburări cantitative ale sintezei lanțului globinei (alfa și beta talasemiile) și calitative (siclemie, hemoglobină cu stabilitate scăzută, hemoglobină cu afinitate pentru oxigen modificată, methemoglobinemie, modificări posttranslaționale)⁷¹.

Cea mai frecventă cauză nutrițională a anemiei este deficitul de fier, deși deficiențele de folat, vitaminele B12 sunt, de asemenea, cauze importante.

Anemia este o problemă gravă de sănătate publică, care afectează în special copiii mici, adolescentele și femeile care au menstruație, precum și femeile însărcinate și postpartum. OMS estimează ca aproximativ 40 % dintre copii cu vârsta cuprinsă între 6-59 luni, 37% dintre femeile însărcinate și 30% dintre femeile cu vârsta între 15-49 ani sunt anemice⁷².

Un nou studiu arată că numărul cazurilor de anemie la nivel mondial rămâne în continuare ridicat în rândul femeilor și copiilor, aproape două miliarde de persoane fiind afectate, conform datelor actualizate pentru anul 2021. Cele mai afectate regiuni sunt Africa Subsahariană și Asia de Sud, cu niveluri între 35 și 47%, în timp ce Australasia, Europa de Vest și America de Nord au cele mai scăzute rate, în jur de 6%. România are o prevalență de peste 15% a bolii, nivel care este similar cu celelalte țări din regiune, potrivit datelor prezentate în studiu. Studiul, care acoperă trei decenii de date privind

⁶⁹ Thom CS, Dickson CF, Gell DA, Weiss MJ. Hemoglobin variants: biochemical properties and clinical correlates. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2013 Mar 1;3(3):a011858. doi: 10.1101/cshperspect.a011858. PMID: 23388674; PMCID: PMC3579210.

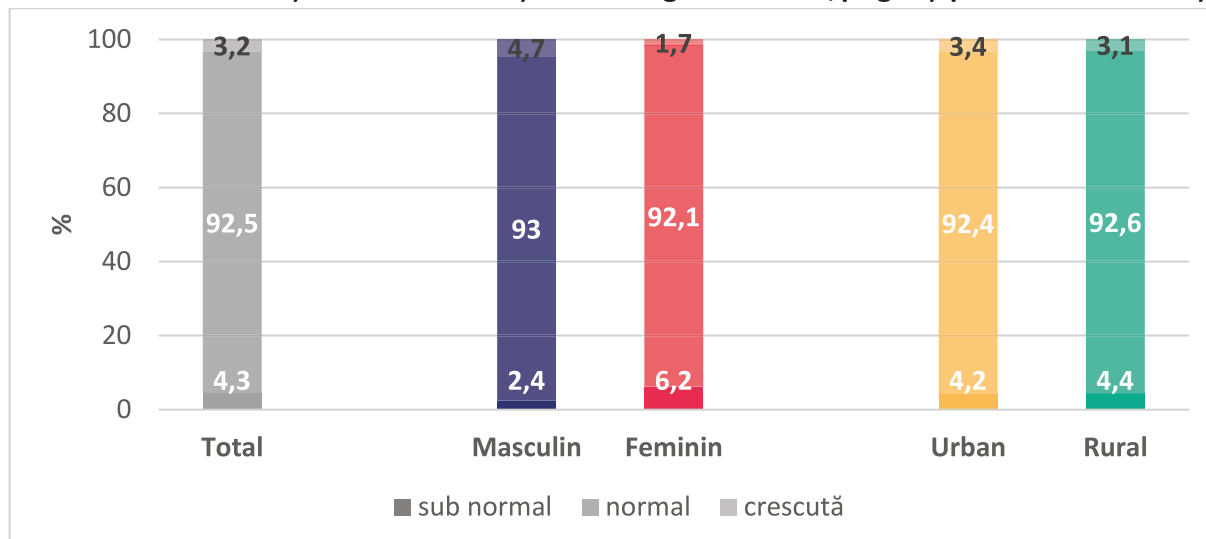
⁷⁰ Weatherall DJ, Clegg JB. Inherited haemoglobin disorders: an increasing global health problem. *Bull World Health Organ.* 2001;79(8):704-12. Epub 2001 Oct 24. PMID: 11545326; PMCID: PMC2566499.

⁷¹ Forget BG, Bunn HF. Classification of the disorders of hemoglobin. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2013 Feb 1;3(2):a011684. doi: 10.1101/cshperspect.a011684. PMID: 23378597; PMCID: PMC3552344.

⁷² Anaemia – overview, accesibil la adresa https://www.who.int/health-topics/anaemia#tab=tab_1

anemia la nivel mondial (1990-2021), prezintă o imagine complexă a modului în care mai mulți factori cheie joacă un rol în această afecțiune care apare deopotrivă la bărbați, femei și copii⁷³.

Grafic nr. 61 Structura eșantionului în funcție de hemoglobina - total, pe gen și pe mediu de rezidență



În cazul nivelului hemoglobinei-total, nu există diferențe importante între femei și bărbați (aproximativ 1%) și nici în cazul persoanelor din mediul rural sau urban în cazul nivelului normal. Între 2-5% dintre persoanele evaluate au un nivel crescut, iar cel mai mare deficit se regăsește la femei (6.2%).

9.6 Enzime hepatice

Enzimele hepatice sau transminazele sunt enzime ce catalizează reacții de transaminare, formând proteine. În organismul uman, transaminazele sintetizează și descompun aminoacizii și convertesc și pentru a genera molecule de stocare a energiei. În ser, valorile acestor enzime sunt joase, crescând doar în situațiile în care apar afectări ale ficatului, determinând o creștere a permeabilității membranei hepatocitului și eliberări ale transaminazelor în ser⁷⁴.

În evaluarea activității funcției hepatice, transaminazele se folosesc în baterie împreună cu fosfatază alcalină, gamma-glutamyl transferaza, bilirubina, albumina, timpul de protrombină și raport internațional normalizat (INR).

⁷³ GBD 2021 Anaemia Collaborators, Prevalence, years lived with disability, and trends in anaemia burden by severity and cause, 1990–2021: findings from the Global Burden of Disease Study 2021, *Lancet*, vol.10, Issue 9, E713-E734, 2023 ([www.thelancet.com/journals/lanhae/article/PIIS2352-3026\(23\)00160-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanhae/article/PIIS2352-3026(23)00160-6/fulltext))

⁷⁴ Yang RZ, Park S, Reagan WJ, Goldstein R, Zhong S, Lawton M, Rajamohan F, Qian K, Liu L, Gong DW. Alanine aminotransferase isoenzymes: molecular cloning and quantitative analysis of tissue expression in rats and serum elevation in liver toxicity. *Hepatology*. 2009 Feb;49(2):598-607. doi: 10.1002/hep.22657. PMID: 19085960; PMCID: PMC2917112.

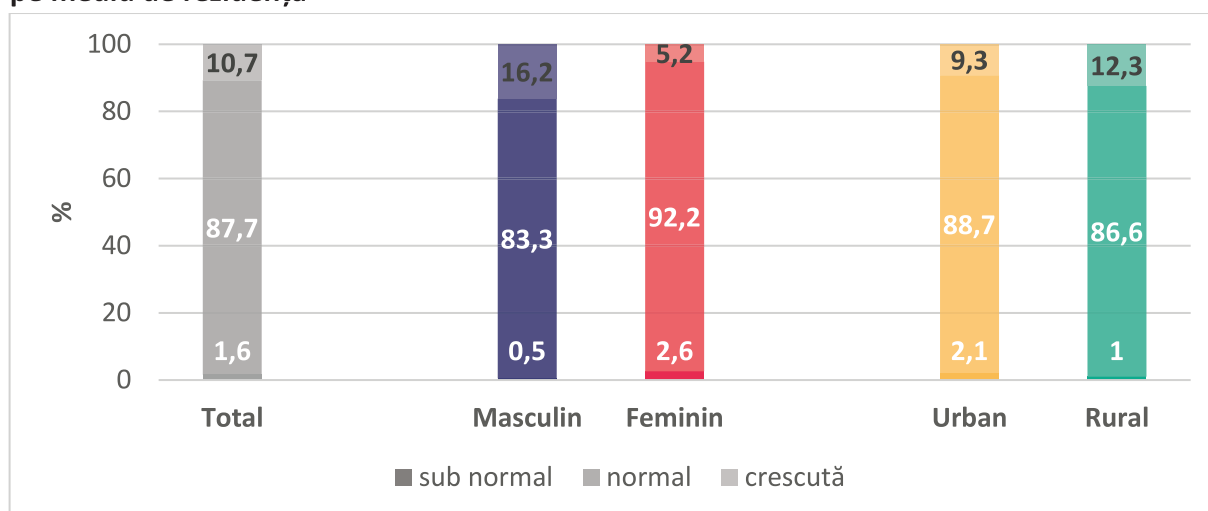
Conform unui studiu, cele mai frecvențe afecțiuni care determină modificarea enzimelor hepatice sunt: hepatita alcoolică, steatoza hepatică nonalcoolică, hepatita virală, hemocromatoza, boala Wilson, deficitul de alfa1-antitripsină, boala celiacă, hepatita autoimună, hepatita toxică indusă de medicamente, colestaza⁷⁵.

De asemenea, o serie de studii au arătat că enzimele hepatice pot fluctua, în așa fel încât o creștere a valorilor acestora la pacienții asimptomatici ar trebui urmărită, iar analizele repetate⁷⁶. În plus, există fluctuații sezoniere, conform unui alt studiu, mai exact creșteri ale valorilor pe timpul iernii și scăderi pe timpul verii⁷⁷. De ținut cont că modificările hormonale pe parcursul ciclului menstrual al femeilor determină un model ciclic al transaminazelor, care ating un vârf în timpul fazei foliculare și un minim în timpul celei luteale⁷⁸.

9.6.1. Alanin-amino-transferaza

Alanin-amino-transferaza a avut un nivel normal în cazul a peste 80% dintre bărbați și peste 90% dintre femei și nu este influențat foarte mult de mediul de proveniență (diferență de 1.1% între cele două). Un nivel crescut au 16% dintre bărbați, 5% dintre femei, 9% dintre persoanele ce locuiesc în mediul urban și 12% dintre cele din mediul rural.

Grafic nr. 62 Structura eșantionului în funcție de alanin-amino-transferaza - total, pe gen și pe mediu de rezidență



⁷⁵ Kalas MA, Chavez L, Leon M, Taweeseed PT, Surani S. Abnormal liver enzymes: A review for clinicians. World J Hepatol. 2021 Nov 27;13(11):1688-1698. doi: 10.4254/wjh.v13.i11.1688. PMID: 34904038; PMCID: PMC8637680.

⁷⁶ Lazo M, Selvin E, Clark JM. Brief communication: clinical implications of short-term variability in liver function test results. Ann Intern Med. 2008 Mar 4;148(5):348-52. doi: 10.7326/0003-4819-148-5-200803040-00005. Erratum in: Ann Intern Med. 2009 Apr 7;150(7):504. PMID: 18316753.

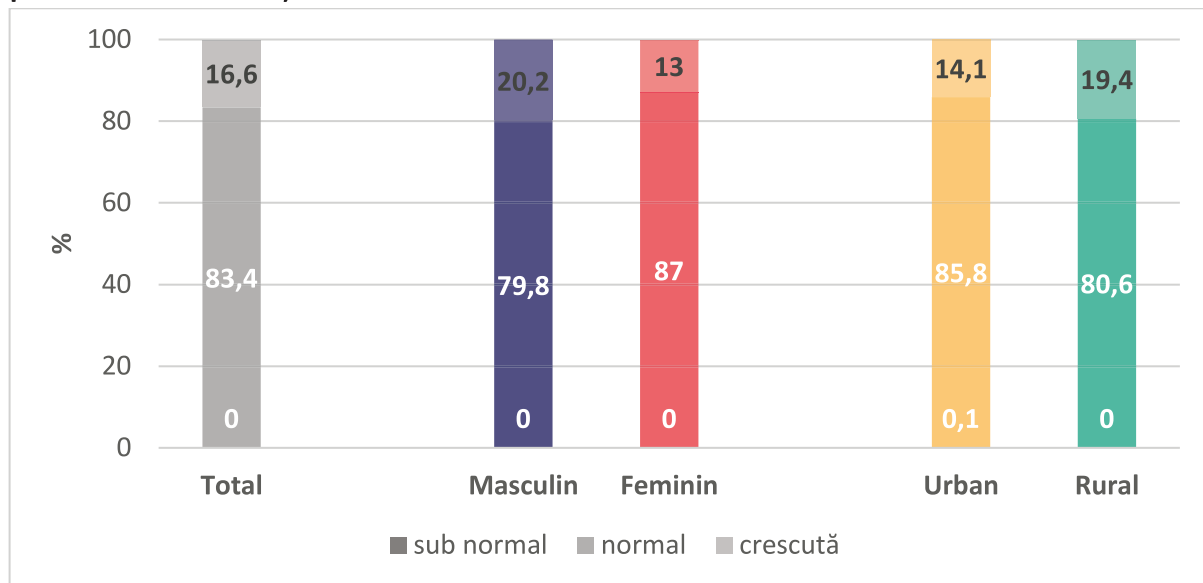
⁷⁷ Miyake K, Miyake N, Kondo S, Tabe Y, Ohsaka A, Miida T. Seasonal variation in liver function tests: a time-series analysis of outpatient data. Annals of Clinical Biochemistry. 2009;46(5):377-384. doi:10.1258/acb.2009.008203

⁷⁸ [https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(19\)31387-4/fulltext](https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(19)31387-4/fulltext)

9.6.2. Gama glutamil-transferaza

Nivelul normal al GGT este prezent la peste aproape 80% dintre bărbați și peste 80% dintre femei și nu este influențat foarte mult de mediul de proveniență (diferență de 5.2% între cele două). În exces se află 20% dintre bărbați, 13% dintre femei, 14% dintre persoanele ce locuiesc în mediul urban și 19% dintre cele din mediul rural.

Grafic nr. 63 Structura eșantionului în funcție de gama glutamil transferaza - total, pe gen și pe mediu de rezidență



9.7 Biochimie urinară

Urina este un produs secundar al organismului, secretat prin rinichi și eliminat prin uretră. În principiu, urina conține multă apă și o serie de constituenți, printre care: uree, clor, sodiu, potasiu, creatinină, alți ioni, compuși organici și anorganici.

Pentru a regla electroliții organismului și starea acido-bazică și volumul, rinichii reglează excreția urinară. Biochimia urinei poate oferi importante informații auxiliare de diagnosticare. Biochimia urinei poate avea un rol adjuvant important în diagnosticul și evaluarea unui număr de probleme clinice⁷⁹.

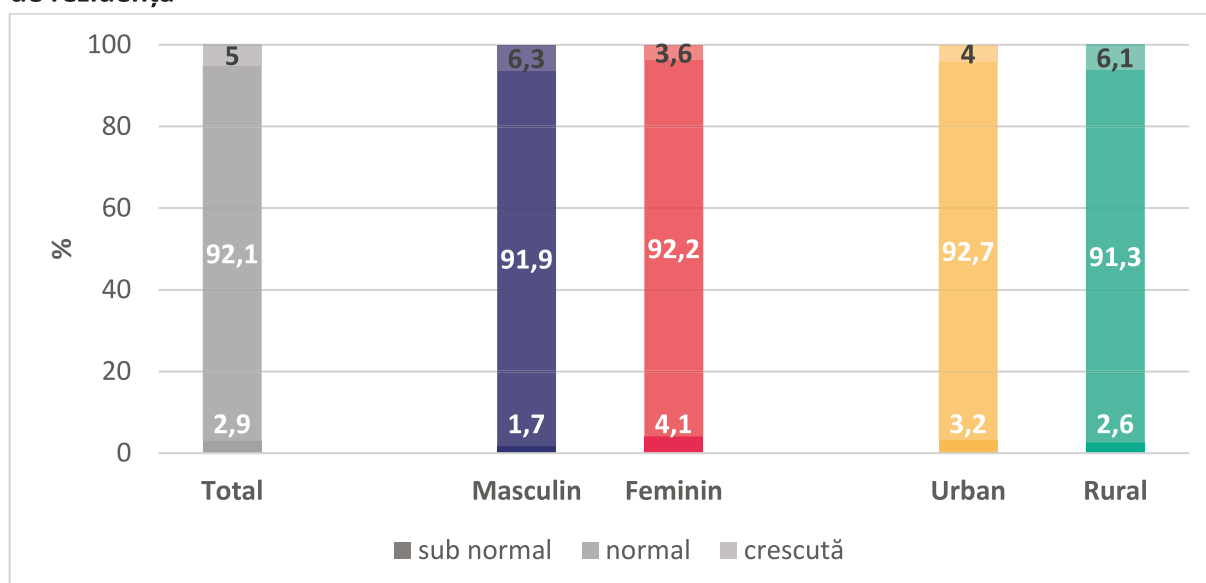
⁷⁹ Pierre-Marc Villeneuve, Sean M. Bagshaw, Chapter 55 - Assessment of Urine Biochemistry, Editor(s): Claudio Ronco, Rinaldo Bellomo, John A. Kellum, Zaccaria Ricci, Critical Care Nephrology (Third Edition), Elsevier, 2019, Pages 323-328.e1, ISBN 9780323449427, <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-44942-7.00055-8>.

O serie de factori pot afecta compoziția urinei, precum: dieta și starea nutrițională, starea metabolismului organismului, capacitatea funcției renale, nivelul de contaminare cu microorganism patogeni. Pe baza acestor modificări, în corelație cu manifestările clinice, biochimia urinară poate orienta clinicianul către un diagnostic corect.

9.7.1. Creatinina serică

În cazul creatininei serice, observăm nivele similare între bărbații și femeile cu nivel normal, o pondere similară a nivelului normal indiferent de mediul de proveniență (diferență de 1.4%). Deficitul este mai prezent la femei și în mediul urban. Excesul este prezent mai frecvent în rândul bărbaților și în mediul rural.

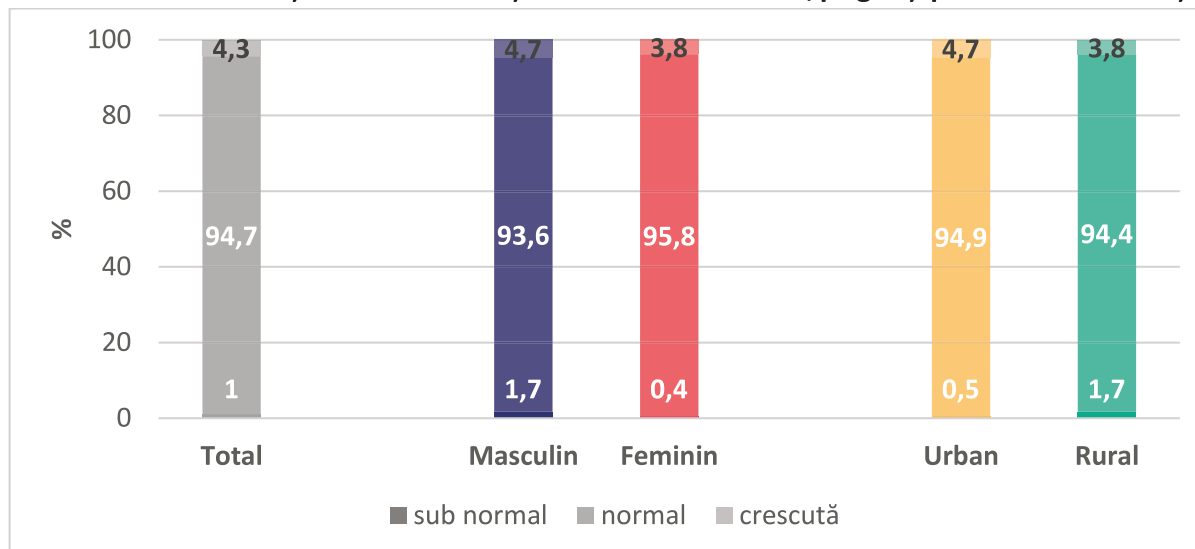
Grafic nr. 64 Structura eșantionului în funcție de creatina serica - total, pe gen și pe mediu de rezidență



9.7.2. Uree

În ceea ce privește nivelul ureei, observăm o mică diferență de aprox. 2% între bărbații și femeile cu nivel normal, o pondere similară a nivelului normal indiferent de mediul de proveniență. Deficitul este mai prezent la bărbați și în mediul rural (1.7%) comparativ cu femeile, 0.4% și mediul urban, 0.5%. Excesul este prezent mai frecvent în rândul bărbaților și în mediul urban (4.7%).

Grafic nr. 65 Structura eșantionului în funcție de nivelul ureei - total, pe gen și pe mediu de rezidență



9.8 Feritina

Feritina este proteina de depozitare celulară a fierului. Este prezentă în concentrații mici în sânge, iar concentrația serică a feritinei se corelează cu rezervele de fier din organism, făcând ca măsurarea acesteia să fie importantă în diagnosticul tulburărilor metabolismului fierului. (1)

Deficitul sau supraîncărcarea cu fier sunt probleme de sănătate importante. Deficitul de fier poate duce la anemie, oboseală, letargie, încetinirea dezvoltării copilului și a performanței la exerciții fizice și poate sugera o boală gravă. Tulburările de supraîncărcare cu fier pot fi fie hemocromatoză primară sau clasică, fie hemocromatoză secundară și pot duce la boli hepatice, cardiace și hormonale precum diabetul. În ambele cazuri, detectarea adecvată este esențială pentru a ajuta la ghidarea soluțiilor clinice și de sănătate publică⁸⁰.

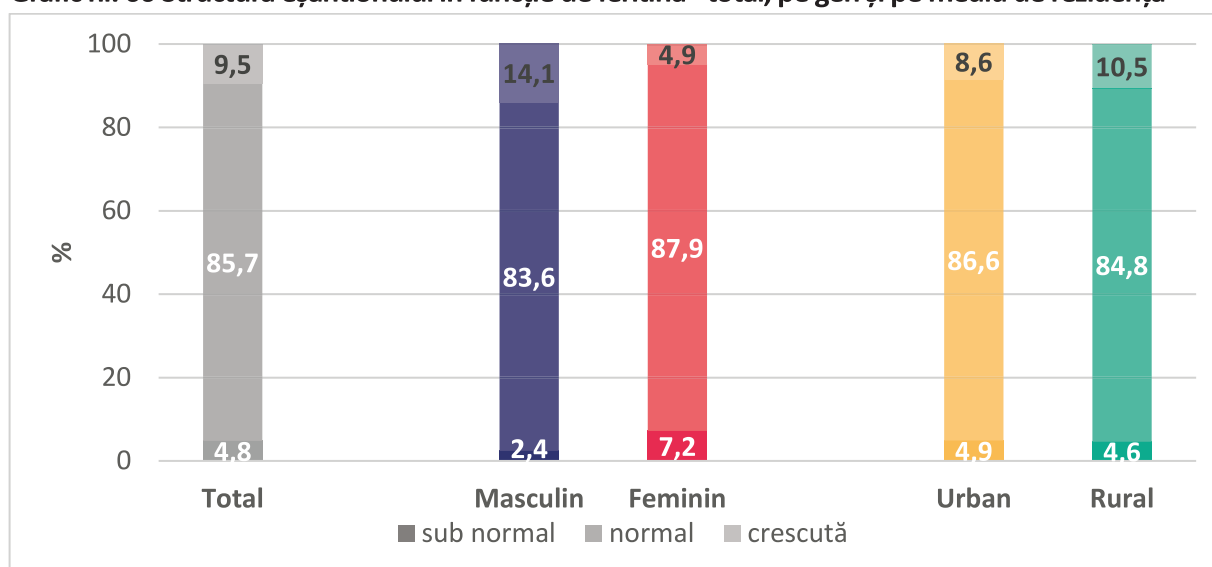
Determinarea exactă nivelului fierului în organism este crucială în scopuri de diagnostic și screening în cadrul clinic și pentru a ghida intervențiile de sănătate publică la nivel de populație. La nivel de individ, diagnosticarea deficitului de fier sau a supraîncărcării va ajuta la ghidarea managementului, inclusiv investigații suplimentare și terapie adecvată. La nivel de populație, determinarea amplitudinii și distribuției deficitului de fier poate ajuta la prioritizarea intervențiilor adecvate în medii în care prevalența este considerată o problemă gravă de

⁸⁰ New thresholds for the use of ferritin concentrations to assess iron status in individuals and populations, accesibil la adresa https://cdn.who.int/media/docs/default-source/micronutrients/ferritin-guideline/ferritin-guidelines-executivesummary.pdf?sfvrsn=8c98babb_2 (ultima accesare 28.02.2024)

sănătate publică sau poate ajuta la identificarea populațiilor cu afecțiuni ereditare care le predispun la supraîncărcare cu fier⁸¹.

În cadrul prezentului studiu, dozarea feritinei serice a relevat câteva diferențe observabile între ponderile persoanelor cu nivel normal - aprx. 83% la bărbați și 87% la femei, 86% în urban și 84.8% în rural. Mai importante sunt diferențele sub normal: 2.4% la bărbați și 7% la femei, dar și peste normal: 14% la bărbați și 4.9% la femei, 8% în urban și 10% în rural.

Grafic nr. 66 Structura eșantionului în funcție de feritina - total, pe gen și pe mediu de rezidență



9.9 Profil hormonal tiroidian

Glanda tiroidă este o glandă endocrină (hormonală) care este implicată în principal în metabolismul energetic al organismului. Este situată în partea din față a gâtului și are formă de fluture. Glanda tiroidă produce hormonii tiroidieni triiodotironina (T3) și tiroxina (T4), printre altele. Acești hormoni tiroidieni au diverse funcții: sunt responsabili de metabolismul, creșterea și dezvoltarea organismului. Producția de hormoni tiroidieni este reglată de glanda pituitară. Glanda pituitară produce un hormon numit TSH care nu numai că stimulează producția de hormoni tiroidieni, ci influențează și dimensiunea glandei tiroide⁸².

⁸¹ WHO guideline: use of ferritin concentrations to assess iron status in individuals and populations disponibil la adresa https://cdn.who.int/media/docs/default-source/micronutrients/ferritin-guideline/ferritin-guidelines-executivesummary.pdf?sfvrsn=8c98babb_2 (ultima accesare 28.02.2024)

⁸² InformedHealth.org [Internet]. Cologne, Germany: Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG); 2006-. Understanding thyroid tests. 2011 May 24 [Updated 2018 Apr 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279414/>

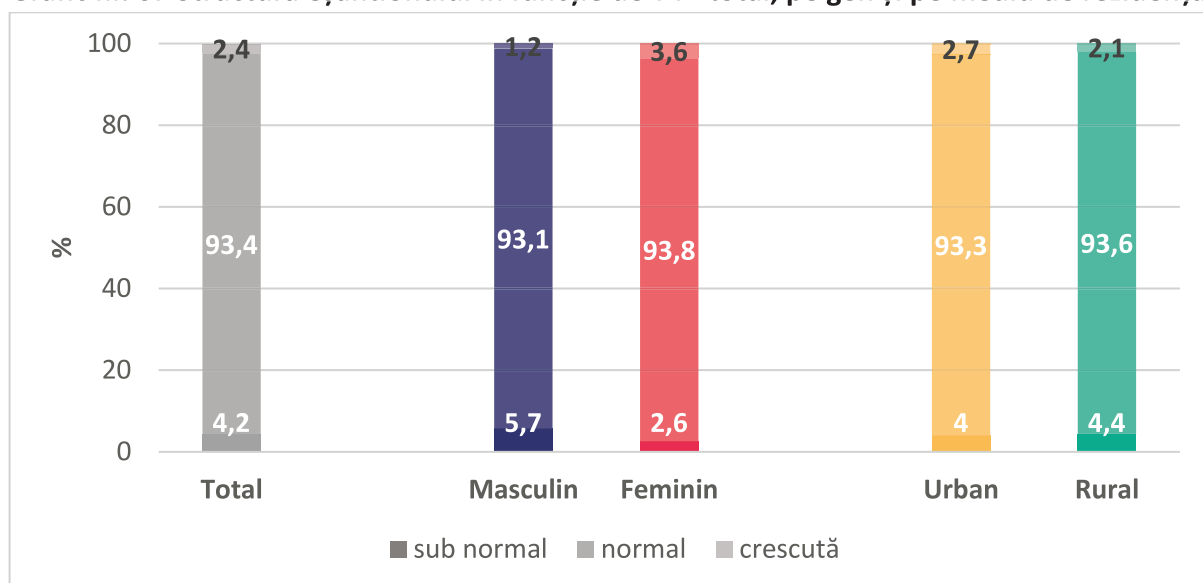
Testele de sânge pentru măsurarea acestor hormoni sunt ușor disponibile și utilizate pe scară largă, dar nu toate sunt utile în toate situațiile. Testele pentru evaluarea funcției tiroidei includ următoarele: TSH, T4 total, T4 liber, T3.

Pe lângă acestea, se mai pot testa și anticorpii anti-tiroperoxidaza și calcitonina.

Hormonii tiroidieni joacă un rol critic în creștere, diferențiere și metabolism. Sunt importante pentru funcționarea optimă a aproape tuturor țesuturilor cu efecte majore asupra ratei metabolice și a consumului de oxigen. Unele dintre funcțiile importante ale hormonilor tiroidieni includ: creșterea și diferențierea neuronală, contractilitatea miocardică, reglarea formării și resorbției osoase, dezvoltarea și funcționarea țesutului adipos maro și alb, metabolismul și sinteza colesterolului, iar in utero sunt importante pentru făt. creștere și diferențiere. Hormonii tiroidieni sunt critici pentru supraviețuirea și funcționarea optimă a organismului uman⁸³.

9.9.1. T4

Grafic nr. 67 Structura eșantionului în funcție de T4 - total, pe gen și pe mediu de rezidență



Referitor la nivelul hormonilor tiroidieni, respectiv T4, observăm existența unei similitudini între bărbații și femeile cu nivel normal, o pondere similară a nivelului normal indiferent de mediul de proveniență, cu aproximativ 2-5% persoane aflate în deficit și 1-3% în exces în

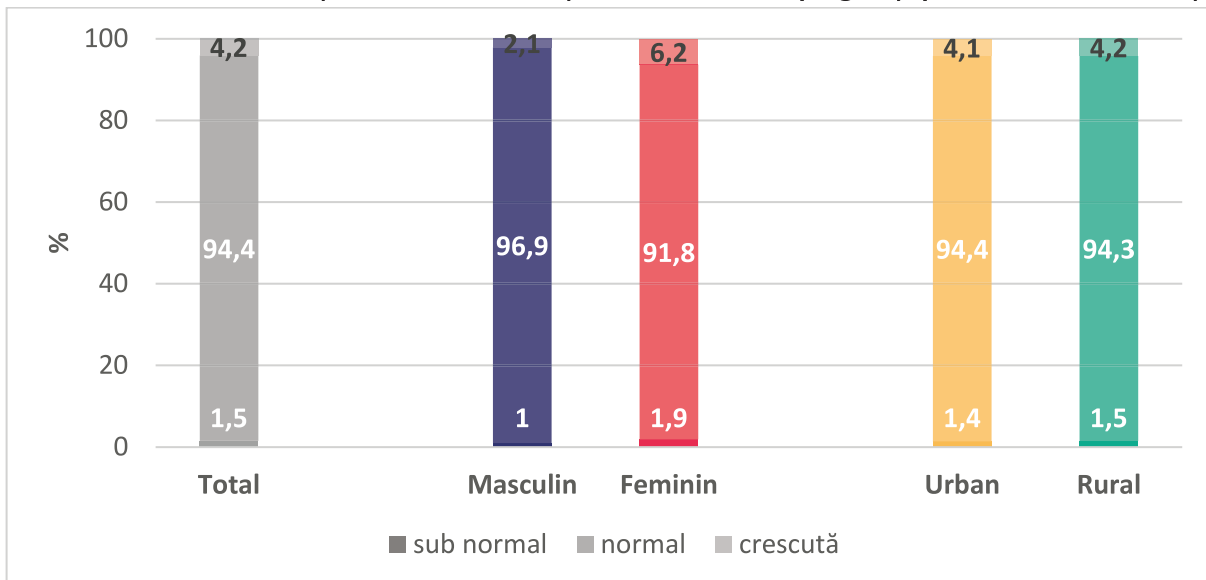
⁸³ Dev, Nishanth & Sankar, Jhuma & Munikoty, Vinay. (2016). Functions of Thyroid Hormones. 10.1007/978-3-319-25871-3_2.

funcție de gen. În ceea ce privește mediul de proveniență, ponderile pentru valorile sub normal sau peste normal sunt similare, respectiv 4% și 2%.

9.9.2. TSH

În ceea ce privește nivelul hormonului stimulator al tiroidei, observăm existența unei diferențe de aproximativ 5% între bărbații și femeile cu nivel normal, o pondere similară a nivelului normal indiferent de mediul de proveniență, cu aproximativ 1-2% persoane aflate în deficit și 2-6% în exces în funcție de gen. În ceea ce privește mediul de proveniență, ponderile pentru valorile sub normal sau peste normal sunt similare.

Grafic nr. 68 Structura eșantionului în funcție de TSH - total, pe gen și pe mediu de rezidență



CONCLUZII

Percepția asupra propriei stări de sănătate și îngrijirea sănătății

Într-o proporție mare (78.8%), respondenții au apreciat sănătatea proprie ca fiind bună sau foarte bună. 82.2% dintre bărbați și 75% dintre femei apreciază sănătatea proprie ca fiind bună sau foarte bună. 83.5% respondenți din mediul urban și 73.4% din mediul rural sănătatea proprie ca fiind bună sau foarte bună.

42.8% dintre femei și 37.7% dintre bărbați au declarat că utilizează medicamente prescrise de medic. 49% din respondenți declară că folosesc medicamente pentru hipertensiune arterială, 33.9% pentru hipercolesterolemie, 12.2% pentru diabet zaharat, 65.1% pentru alte afecțiuni.

75.6% din respondenți au declarat că și-au măsurat tensiunea arterială în ultimul an și 20.1% declară că și-au măsurat-o în urmă cu 1-5 ani.

52.3% au declarat că își dozează colesterolemia anual și 35.8% au declarat că și-au dozat colesterolemia în ultimii 1-5 ani.

55.1% din respondenți au declarat că și-au măsurat glicemia în ultimul an și 34.4% au declarat că și-au măsurat glicemia în ultimii 1-5 ani.

Fumatul

24.1% din respondenți declară că fumează zilnic, 5.5 % declară că fumează ocazional și 70.5% declară că nu fumează. 28.5% dintre bărbați fumează zilnic față de 19.6% dintre femei. 75.6% femei declară că nu fumează față de 65.4% bărbați.

Consumul de alcool

36.3% dintre respondenți declară că nu consumă niciodată alcool, 34.7% consumă de o dată pe lună sau mai rar, 12.5% consumă alcool de 2-4 ori pe lună 11.3% consumă alcool de 2-3 ori pe săptămână, 4.6% consumă alcool de 4 sau mai multe ori pe săptămână. 53.8% dintre femei declară că nu consumă niciodată alcool față de 19.1% dintre bărbați.

Activitate fizică

82.5% din respondenți declară că fac activitate fizică ușoară în fiecare zi, 87.2% fac activitate fizică ușoară peste 20 minute. 65.9% din respondenți declară că fac activitate fizică moderată, 86.7% fac activitate fizică moderată peste 20 minute pe zi. 14.9% din respondenți declară că fac zilnic activitate fizică intensă, 68.4% declară că fac activitate fizică intensă peste 20 de minute pe zi.

Statusul ponderal

Din datele obținute în cursul interviului, reiese că 30% din respondenți sunt normoponderali și 18.6% sunt supraponderali. 33.8% din femei sunt subponderale și doar 5.8% din bărbați. 48.9% din bărbați sunt obezi față de 13.7% dintre femei.

Din datele obținute în urma măsurătorilor, reiese că 29.6% din participanți sunt normoponderali, 36.1% sunt supraponderali și 32.6% sunt obezi. 34.7% dintre femei și 24.5% dintre bărbați sunt normoponderali. 34.6% dintre bărbați și 30.6% dintre femei sunt obezi.

Măsurători antropometrice

56.6% dintre femei au circumferința abdominală peste 88 cm și 44.5% dintre bărbați au circumferința abdominală peste 102 cm. 82.5% dintre femei au raport talie-șold peste 0.8 și 82.3% dintre bărbați au raportul talie-șold peste 0.9.

23.1% din totalul eșantionului au raport talie-înălțime în limite normale, 41.4% au un risc crescut de boli cardiovasculare legate de obezitate și 35.5% un risc ridicat.

Afecțiuni aflate în evidența medicului de familie

24.2% din respondenți au declarat că se află în evidență pentru hipertensiunea arterială, 21% pentru hipercolesterolemie și 5.6% pentru diabet zaharat

Tensiunea arterială măsurată

33.2% din participanți au avut valori ale tensiunii arteriale peste limitele normale. 40.6% dintre participanții bărbați și 25.8% dintre participanții femei au avut valori ale tensiunii arteriale peste valorile normale.

Analize de sânge

Profil lipidic – 56% din participanții la studiu au valori normale ale colesterolului seric, 29.2% au valori moderat crescute (200-239 mg/dL) și 14.8% au valori crescute (peste 240 mg/dL)

56.1% din participanți au valori ale HDL care indică un risc moderat de boli cardiovasculare și 22.8% au valori care indică un risc crescut. Ponderea celor cu risc crescut este mai mare la bărbați față de femei (33.4% față de 12.1%).

17.6% din participanți au valori ale LDL care indică un risc crescut de boli cardiovasculare și 10.6% au valori care indică un risc extrem de crescut.

73.9% din participanți au valori normale ale trigliceridelor (81.9% din femei și 66.1% din bărbați).

Profil glucidic – 77.8% din participanți au glicemie a jeun în limite normale (83% din femei și 72.6% din bărbați).

40.7% din participanți au valori ale hemoglobinei glicate care indică un risc crescut de a dezvolta diabet

Ionogramă – 92.6% din participanți au nivelul calcemiei în limite normale, 94.5% au nivelul potasemiei în limite normale, 98.9% au nivelul sodiului în limite normale.

Vitamina D – 24.8% din participanți au un nivel al vitaminei D în sânge care indică o deficiență, 44.3% din participanți au un nivel al vitaminei D care indică insuficiență de vitamina D. Bărbații au un nivel normal al vitaminei D într-o pondere mai mare decât femeile (37.3% față de 24.5%)

Hemoglobină – 4.3% din participanți au avut un nivel al hemoglobinei sub normal, ponderea a fost mai mare în cazul femeilor decât al bărbaților (6.2% față de 2.4%).

Enzime hepatice – 10.7% din participanți au valori crescute ale alanin-amino-transferazei cu o pondere mai mare în cazul bărbaților decât al femeilor (16.2% față de 5.2%) și o pondere mai mare în mediul rural față de urban (12.3% față de 9.3%).

83.4% din participanți au un nivel normal al gama-glutamil transferazei cu o pondere mai mare în rândul femeilor decât al bărbaților (87% față de 79.8%).

Biochimie urinară – 5% din participanți au valori crescute ale creatininei, ponderea este mai mare în rândul bărbaților decât al femeilor (6.3% față de 3.6%) și în mediul rural față de urban (6.1% față de 4%). 4.3% din participanți au nivelul uremiei peste valorile normale.

Feritina – 4.8% din participanți au nivelul feritinei mai mic decât valorile normale, ponderea este mai mare în rândul femeilor decât al bărbaților (7.2% față de 2.4%)

Profil hormonal tiroidian – 4.2% din participanți au nivelul hormonului T4 sub valorile normale și 2.4% au valori peste nivelul normal. 5.7% din bărbați au valori sub nivelul normal față de 2.6% femei. 4.2% din participanți au nivelul hormonului TSH peste valorile normale și 94.4% au valori normale ale TSH. 6.2% din femei și 2.1% din bărbați au valori ale hormonului TSH peste nivelul normal. Ponderile între mediul de rezidență urban față de rural sunt asemănătoare.

RECOMANDĂRI

Datele din studiile EHES naționale sunt valoroase pentru monitorizarea sănătății, planificarea și evaluarea politicilor de sănătate publică și a programelor de prevenire, cercetare și formare profesională. De asemenea, ajută la dezvoltarea instrumentelor și practicilor utilizate în îngrijirea sănătății. Prin urmare, o investiție studii periodice similare va oferi multiple avantaje pentru societate, în special pentru sănătatea publică.

Studiul EHES realizat în România, în cadrul acestui proiect, a contribuit substanțial la construirea unei baze solide care poate fi utilizată pentru desfășurarea unor studii periodice viitoare similare. Desfășurarea periodică a acestor studii, așa cum experiența altor țări a demonstrat-o, asigură informații care pot fi comparate în timp pentru populația României și comparate cu alte populații în care s-au desfășurat studii similare.

În acest moment, când cadrul organizatoric a fost înființat și instituțiile responsabile din domeniul sănătății publice se pot baza pe el, provocarea este de a dezvolta EHES într-un sistem durabil. Un Centru de Coordonare EHES durabil ar sprijini Ministerul Sănătății în desfășurarea EHES-urilor periodice și ar facilita comparațiile la nivel european și evaluarea trendului pentru populația României în viitor.

Din rezultatele prezentului studiu reiese că o pondere mare a persoanelor prezintă:

- factori de risc cardiovasculari (fumat, consum de alcool, valori anormale ale HDL/LDL);
- nivel scăzut al vitaminei D;
- valori ale hemoglobinei glicate care indică un risc de a dezvolta diabet zaharat;
- valori ale tensiunii arteriale măsurate peste limitele normale;
- măsurători antropometrice cu valori sugestive pentru obezitate.

Se recomandă:

- Informarea tuturor categoriilor de personal asupra principalelor rezultate ale studiului;
- Implicarea personalului medical, mai ales al celui de la nivelul asistenței medicale primare pentru creșterea gradului de conștientizare a populației cu privire la riscul de dezvoltare a bolilor cardiovasculare și diabetului;
- Implicarea asociațiilor/organizațiilor din domeniu pentru creșterea nivelului de informare al populației generale cu privire la comportamente desănătoase și riscul de dezvoltare de boli netransmisibile cronice;

- Dezvoltarea strategiilor individuale, la nivelul comunităților și la nivel populațional cu scopul scăderii riscului de dezvoltare a bolilor cardiovasculare și a diabetului zaharat;
- Instituirea de intervenții pentru modificarea comportamentului individual și a practicilor legate de alimentație, activitate fizică, consum de alcool, tutun;
- Instituirea de intervenții pentru creșterea aderenței populației la asistența medicală primară;
- Informarea populației privind rolul controlului medical periodic și efectuarea analizelor de rutină cu scopul depistării precoce a afecțiunilor existente. Diagnosticarea precoce și instituirea tratamentului adecvat în stadiile incipiente ale bolii conduce la o mai bună calitate a vieții pacientului, evitarea complicațiilor și prelungirea vieții.

ANEXE

Anexa nr. 1 Chestionar si formular consult

CHESTIONAR

CONSULT

TENSIUNE ARTERIALĂ

ÎNĂLȚIME

GREUTATE

CIRCUMFERINȚĂ ABDOMINALĂ

CIRCUMFERINȚĂ ȘOLDURI

TESTUL SCAUNULUI SIMPLU

TESTUL SCAUNULUI CRONOMETRAT

ANALIZE

RECOLTARE ANALIZE

REZULTATE ANALIZE

CHESTIONAR

Numai dacă pacientul este înrolat (are consimțământ)

Chestionarul a fost realizat Da Nu

DACĂ NU

1. Refuz
2. Nu a putut fi contactat
3. Plecat din localitate

RENUNȚĂ SALVEAZĂ

DACĂ DA

Modulul stării de sănătate

Q1. Cum este în general starea dvs. de sănătate? Este...

- | | Foarte bună
- | | Bună
- | | Nici bună, nici proastă
- | | Proastă
- | | Foarte proastă?
- | | NU ȘTIE

Q2. Aveți vreo boală sau o problemă de sănătate de lungă durată? Prin *problemă de sănătate lungă durată* înțelegem boli sau probleme de sănătate care au durat sau se așteaptă să dureze timp de 6 luni sau mai mult.

- | | Da
- | | Nu
- | | NU ȘTIE

Q3. În ultimele 6 luni în ce măsură ați fost împiedicat sau limitat să realizați *activități obișnuite* din cauza unei probleme de sănătate? Ați spune că ați fost limitat...

- | | În foarte mare măsură
- | | În mare măsură
- | | În mică măsură

| | În foarte mică măsură

| | Deloc

| | NU ȘTIE

Q4. Din câte cunoașteți, ați fost vreodată diagnosticat de un medic cu vreuna dintre următoarele:

Infarct miocardic | | Da | | Nu | | NU ȘTIE

Boala coronariană sau angină pectorală | | Da | | Nu | | NU ȘTIE

Tensiunea arterială crescută (hipertensiune) | | Da | | Nu | | NU ȘTIE

Colesterolul din sânge crescut | | Da | | Nu | | NU ȘTIE

Accident vascular cerebral (hemoragie cerebrală, tromboză cerebrală) | | Da | | Nu | | NU ȘTIE

Diabet zaharat | | Da | | Nu | | NU ȘTIE

Modulul de îngrijire a sănătății

Q5. În ultimele două săptămâni ați utilizat orice medicament (inclusiv suplimente alimentare, preparate dietetice, preparate fitoterapice sau vitamine etc.) **care v-au fost prescrise de către un medic?** Pentru femei, excludeți contraceptivele pastile sau alți hormoni.

| | Da

| | Nu – mergi la Q7

| | NU ȘTIE – mergi la Q7

Q6. Medicamentele utilizate au fost pentru

Hipertensiune arterială | | Da | | Nu | | NU ȘTIE

Scăderea nivelului colesterolului din sânge | | Da | | Nu | | NU ȘTIE

Diabet | | Da | | Nu | | NU ȘTIE

Altă afecțiune | | Da | | Nu | | NU ȘTIE

Q7. Când a fost ultima dată când **v-a fost măsurată tensiunea arterială** de către un medic sau asistentă medicală?

| | În ultimul an

| | În urmă cu 1-5 ani

| | În urmă cu mai mult de 5 ani

| | NU ȘTIE

Q8. Când a fost ultima dată când ați făcut **analize de sânge pentru măsurarea colesterolului**?

| | În ultimul an

| | În urmă cu 1-5 ani

| | În urmă cu mai mult de 5 ani

| | NU ȘTIE

Q9. Când a fost ultima dată când ați făcut **analize de sânge pentru măsurarea glicemiei**?

| | În ultimul an

| | În urmă cu 1-5 ani

| | În urmă cu mai mult de 5 ani

| | NU ȘTIE

Determinanți ai sănătății

Q10. Ce înălțime aveți, fără pantofi? (în cm)

| | | | cm

Q11. Ce greutate aveți, fără haine și încălțăminte? (în kg)

| | | | | kg

Q12. În prezent fumați?

| | Da, zilnic

| | Da, ocazional – mergi la Q17

| | Deloc – mergi la Q17

Q14. Ce produse dintre următoarele fumați de obicei?

Țigaretete | | Da | | Nu

Țigări auto-rulate | | Da | | Nu

Pipă | | Da | | Nu

Trabuc | | Da | | Nu

Țigară electronică | | Da | | Nu

Tutun încălzit (IQOS, GLO etc) | | Da | | Nu

Q15. În medie, câte țigări fumați pe zi (numărul de țigări, trabucuri, pipe etc.)?

| | | țigări/trabucuri/etc

Q16. De câți ani fumați zilnic? Numără toate perioadele separate de fumat zilnic. Dacă nu vă amintiți numărul exact de ani, vă rugăm să estimați.

| | | ani

Q17. Ați fumat vreodată zilnic sau aproape în fiecare zi timp de cel puțin un an?

| | Da

| | Nu – mergi la Q19

Q18. Când ați încetat să fumați zilnic? (Dacă ați renunțat la fumat de mai multe ori, se înregistrează ultima dată când ați încetat să fumați zilnic)

| | În ultima săptămână

| | În ultima lună

| | În ultimul an

| | În ultimii 5 ani

| | Acum mai bine de 5 ani

| | NU ȘTIE

Q19. Cât de des consumați băuturi care conțin alcool?

| | Niciodată – mergi la Q22

| | Lunar sau mai rar

- | | 2-4 ori pe lună
- | | 2-3 ori pe săptămână
- | | 4 sau mai multe ori pe săptămână
- | | NU ȘTIE

Q20. Câte băuturi standard consumați atunci când beți într-o zi obișnuită? (o băutură standard conține 10 g alcool pur (o doză de bere 330 ml, un pahar de vin 125 ml sau o țuică de 40 ml).

- | | Una sau două
- | | Trei sau patru
- | | Cinci sau șase
- | | Șapte sau nouă
- | | Zece sau mai mult
- | | NU ȘTIE

Q21. Cât de des beți 6 sau mai multe unități de băuturi alcoolice standard la o singură ocazie?

- | | Niciodată
- | | De câteva ori pe an dar mai rar decât lunar
- | | Lunar
- | | Săptămânal
- | | Zilnic sau aproape zilnic
- | | NU ȘTIE

Q22. Cât de frecvent faceți **activitate fizică ușoară** într-o săptămână obișnuită, la serviciu sau în timpul liber? *Prin activitate fizică ușoară se înțelege efort fizic scăzut cum ar fi de exemplu mersul pe jos, plimbări etc.*

- | | Niciodată – mergi la Q24
- | | În fiecare zi
- | | 1 - 3 zile
- | | 4 -7 zile
- | | NU ȘTIE

Q23. Într-o zi obișnuită, la serviciu sau în timpul liber, cât timp acordați **activității fizice ușoare**?

| | cel puțin 20 de minute

| | peste 20 minute

| | NU ȘTIE

Q24. Cât de frecvent faceți **activitate fizică moderată** într-o săptămână obișnuită, la serviciu sau în timpul liber? *Prin activitate fizică moderată se înțelege efort fizic moderat care accelerează notabil ritmul cardiac: mers în ritm rapid, dans, grădinărit, activități casnice etc)*

| | Niciodată – mergi la Q26

| | În fiecare zi

| | 1 - 3 zile

| | 4 -7 zile

| | NU ȘTIE

Q25. Într-o zi obișnuită, la serviciu sau în timpul liber, cât timp acordați **activității fizice moderate**?

| | cel puțin 20 de minute

| | peste 20 minute

| | NU ȘTIE

Q26. Cât de frecvent faceți **activitate fizică intensă** într-o săptămână obișnuită, la serviciu sau în timpul liber? *Prin activitate fizică intensă se înțelege efort fizic mare care produce accelerarea respirației și o creștere substanțială a frecvenței cardiace: alergat, urcatul rapid al unui deal, ciclism în ritm rapid, aerobic, înot rapid, sporturi și jocuri de competiție etc)*

| | Niciodată – mergi la Q28

| | În fiecare zi

| | 1 - 3 zile

| | 4 -7 zile

| __ | NU ȘTIE

Q27. Într-o zi obișnuită, la serviciu sau în timpul liber, cât timp acordați **activității fizice intense**?

| __ | cel puțin 20 de minute

| __ | peste 20 minute

| __ | NU ȘTIE

Q28. Într-o zi obișnuită, cât timp petreceți, la serviciu sau în timpul liber, stând așezat sau culcat (ex. stând la birou, stând cu prietenii, mergând cu mașina, autobuzul sau trenul, citind, uitându-vă la televizor, dar exceptând timpul când dormiți)

| __ | | __ | ore și | __ | | __ | minute

Variabile socio-demografice

Q29. Genul respondentului

| __ | Masculin

| __ | Feminin

Q30. Dacă pacientul este femeie, este însărcinată?

Da, în _____ săptămâni

Nu

Q31. În ce țară v-ați născut?

| __ | România

| __ | Într-un alt stat membru al UE

| __ | Într-o țară non UE

Q32. Care este starea dvs. civilă?

| __ | Necăsătorit

| __ | Căsătorit

| __ | Văduv

| Divorțat

Q33. Locuiți cu cineva în cuplu/în concubinaj?

| Da

| Nu

Q34. Câți ani ați petrecut la școală sau ani întregi de studiu?

| | | ani

Q35. Care este cel mai înalt nivel de studii pe care l-ați absolvit/încheiat?

| Fără studii sau mai puțin de 4 clase absolvite

| 4 clase absolvite

| 8 clase absolvite

| Liceu sau profesională absolvite

| Școală postliceală absolvită

| Facultate de 3 ani absolvită

| Facultate de 5 ani absolvită

| Master finalizat sau facultate de medicină absolvită

| Doctorat finalizat, medici cu studii doctorale absolvite

Q36. Care este ocupația dvs.?

| Angajat

| Angajat pe cont propriu (activități independente, liber profesionist, avocat, artist, fermier, zilieri ocazionali etc.)

| Patron (având unul sau mai mulți angajați)

| Lucrător familial neremunerat (de ex: membru al unei familii care trăiește din vânzarea produselor agricole – gospodărie agricolă)

| Membru al unei societăți agricole sau al unei cooperative neagricole, meșteșugărești

| Șomer

| Elev / student

| Pensionar

Pensionat anticipat, pe caz de boală? Da | | Nu | |

| | Casnic(ă)

| | Întreținut de alte persoane: bătrâni, persoane cu handicap, invalizi, în incapacitate de muncă

Persoană cu dizabilități? Da | | Nu | |

| | Fără ocupație: trăiesc din chirii, dobânzi etc.

Q37. Câte persoane trăiesc în gospodărie, inclusiv dumneavoastră?

| | | persoane

Q38. Câți dintre ei au vârsta sub 14 ani?

| | | persoane

Q39. Care este cu aproximație **venitul net total în fiecare lună al gospodăriei dvs. din toate sursele și pentru toți membrii gospodăriei?** (venituri din salarii, alte venituri pentru munca prestată, indemnizații de șomaj, indemnizații pentru limită de vârstă sau de urmaș, indemnizații de boală sau invaliditate, indemnizații pentru familie/copii, indemnizații de locuință, indemnizație pentru educație, alte indemnizații regulate) după deduceri pentru impozitul pe venit, asigurarea națională etc.

| | Sub 499 lei

| | Între 500 și 999 lei

| | Între 1.000 și 1.999 lei

| | Între 2.000 și 2.999 lei

| | Între 3.000 și 3.999 lei

| | Între 4.000 și 5.999 lei

| | Între 6.000 și 7.999 lei

| | Între 8.000 și 9.999 lei

| | Peste 10.000 lei

| | NU ȘTIE/REFUZ

Observații

A fost nevoie de ajutorul aparținătorului pentru a răspunde la întrebări Da Nu

Au existat probleme de înțelegere a întrebărilor, probleme de comunicare etc Da Nu

Chestionarul a fost aplicat în prezența altor persoane: Da Nu

Alte observații legate de aplicarea chestionarului: _____ Nu

RENUNȚĂ SALVEAZĂ

CONSULT

Numai dacă există chestionar completat!

TENSIUNE ARTERIALĂ

Pacientul se află în evidență cu următoarele boli:

Hipertensiune arterială Da Nu

Diabet zaharat Da Nu

Hipercolesterolemie Da Nu

IMA în antecedente Da Nu

AVC în antecedente Da Nu

Valvulopatii Da Nu

Cardiomiopatii Da Nu

Alte afecțiuni cardiovasculare Da Nu

Afecțiuni renale Da Nu

Tensiunea arterială a fost măsurată Da Nu

DACĂ NU

1. Refuz
2. Amputații ale ambelor brațe care împiedică poziționarea corectă a manșetei
3. Atele gipsate ale ambelor brațe care împiedică poziționarea corectă a manșetei
4. Răni deschise sau contuzii ale ambelor brațe care împiedică poziționarea corectă a manșetei
5. Rash sever pe ambele brațe care împiedică poziționarea corectă a manșetei

6. Malformații ale ambelor brațe care împiedică poziționarea corectă a manșetei
7. Edem sever al ambelor brațe (tulburări ale sistemului limfatic) care împiedică poziționarea corectă a manșetei
8. Alte situații. Care? _____

RENUNȚĂ SALVEAZĂ

DACĂ DA

Data realizării măsurătorii: ____/____/____

Ora la care a fost efectuată măsurătoarea ____:_____

Temperatura din cameră: _____, _____ °C

Înainte de măsurarea tensiunii arteriale pacientul/a s-a abținut cu 1 oră înainte de la:

Efort fizic accentuat Da Nu

Fumat Da Nu

Mâncat Da Nu

Consum de orice altă băutură în afară de apă Da Nu

Înainte de măsurarea tensiunii arteriale pacientul/a și-a golit vezica urinară Da Nu

Brațul folosit: Brațul drept (protocol)

Brațul stâng

Motive pentru utilizarea brațului stâng:

- Brațul drept spastic/paralizat
- Amputare braț drept
- Atelă gipsată braț drept
- Rash braț drept
- Dispozitiv intravenos braț drept
- Malformație braț drept
- Edem braț drept

Postura în timpul măsurătorii:

- Poziție șezând (protocol)
- Decubit dorsal

Motive pentru decubit dorsal:

- Imobilizat la pat
- Altul. Care? _____

Circumferința brațului: _____ cm

Dimensiunea manșetei folosite: L(32-42 cm) M (22-32 cm) S (12-22 cm)

Valoarea pulsului pe 60 secunde: _____ bpm

Pulsul palpat a fost: Regulat Neregulat

Prima măsurare: TA sistolică: _____ mmHg

TA diastolică: _____ mmHg

Cod de eroare: _____

Observații: _____

A doua măsurare: TA sistolică: _____ mmHg

TA diastolică: _____ mmHg

Cod de eroare: _____

Observații: _____

A treia măsurare: TA sistolică: _____ mmHg

TA diastolică: _____ mmHg

Cod de eroare: _____

Observații: _____

Notați toate excepțiile de la protocol dacă au existat: _____ Nu au existat

RENUNȚĂ SALVEAZĂ

ÎNĂLȚIME

Înălțimea a fost măsurată Da Nu

DACĂ NU

1. Refuz
2. Are o coafură/frizură care împiedică utilizarea corectă a taliometrului
3. Este nemobilizabil/ă sau în cărucior
4. Are dificultăți în a sta în picioare
5. Este mai înalt/ă decât înălțimea maximă a taliometrului
6. Alte motive. Care? _____

RENUNȚĂ SALVEAZĂ

DACĂ DA

Data realizării măsurătorii: ____/____/____

Ora la care a fost efectuată măsurătoarea _____:_____

Valoare măsurată înălțime: _____ cm (valori posibile între 50 și 220 cm)

Observații ale investigatorului referitoare la posibile afectări a măsurătorii:

RENUNȚĂ SALVEAZĂ

GREUTATE

Greutatea a fost măsurată Da Nu

DACĂ NU

1. Refuz
2. Este imobilizat/ă sau în cărucior cu rotile
3. Are dificultăți reale de a sta în picioare

4. Este mai greu/a decât greutatea maximă admisă a cântarului (150 kg)
5. Alte motive. Care? _____

RENUNȚĂ SALVEAZĂ

DACĂ DA

Data realizării măsurătorii: ____/____/____

Ora la care a fost efectuată măsurătoarea ____:

Greutatea înainte de sarcină: _____ , ____ kg (valori posibile între 50 și 250 kg)

- Cântărirea a fost realizată: Îmbrăcat cu lenjeria intimă (protocol)
- Îmbrăcat cu haine subțiri
- Îmbrăcat cu haine groase

Valoare măsurată a greutateii: _____ , ____ kg (valori posibile între 50 și 250 kg)

Observații ale investigatorului referitoare la posibile afectări a măsurătorii:

RENUNȚĂ SALVEAZĂ

CIRCUMFERINȚA ABDOMINALĂ

Circumferința abdominală a fost măsurată Da Nu

DACĂ NU

1. Refuz
2. Este nemobilizabil sau în cărucior
3. Are dificultăți reale în a sta în picioare
4. Circumferința depășește lungimea totală a taliometrului de 205 cm
5. Are probleme în zona taliei, de exemplu o hernie, ascită, pungă de colostomă sau a suferit o intervenție de chirurgie abdominală recentă, care împiedică măsurarea corectă
6. Este însărcinată (peste 20 săptămâni) în: _____ săptămâni

RENUNȚĂ SALVEAZĂ

DACĂ DA

Data realizării măsurătorii: ____/____/____

Ora la care a fost efectuată măsurătoarea ____:

Măsurătoarea a fost realizată: Pe piele (protocol)

Peste lenjeria intimă

Peste haine subțiri

Peste haine groase

Valoare măsurată circumferință abdominală: _____, _____ cm (valori posibile între 50 și 250 cm)

Observații ale investigatorului referitoare la posibile afectări a măsurătorii:

RENUNȚĂ SALVEAZĂ

CIRCUMFERINȚA ȘOLDURILOR

Circumferința șoldurilor a fost măsurată Da Nu

DACĂ NU

1. Refuz
2. Este nemobilizabil sau în cărucior și are dificultăți reale în a sta în picioare
3. Are probleme în zona șoldurilor care împiedică măsurarea corectă
4. Este însărcinată (peste 20 săptămâni) în: _____ săptămâni

RENUNȚĂ SALVEAZĂ

DACĂ DA

Data realizării măsurătorii: ____/____/____

Ora la care a fost efectuată măsurătoarea ____:

Măsurătoarea a fost realizată: Pe piele (protocol)

Peste lenjeria intimă

Peste haine subțiri

Peste haine groase

Valoare măsurată circumferința șoldurilor: _____ , _____ cm (valori posibile între 50 și 250 cm)

RENUNȚĂ SALVEAZĂ

TESTUL SCAUNULUI SIMPLU

Testul scaunului simplu a fost realizat Da Nu

DACĂ NU

1. Refuz
2. Este nemobilizabil sau la pat

RENUNȚĂ SALVEAZĂ

DACĂ DA

Data realizării măsurătorii: ____/____/____

Ora la care a fost efectuată măsurătoarea _____:_____

Pacientul se poate ridica singur, cu brațele încrucișate: Da Nu

Dacă Nu

Pacientul se poate ridica dacă își folosește brațele: Da Nu

Pacientul se poate ridica dacă este ajutat: Da Nu

Pacientul are dificultăți în a își menține poziția ortostatică: Da Nu

RENUNȚĂ SALVEAZĂ

TESTUL SCAUNULUI CRONOMETRAT

Testul scaunului cronometrat a fost realizat Da Nu

DACĂ NU

1. Refuz
2. Nu a trecut testul scaunului simplu (*condiție automată dacă nu se obține: DA la Se poate ridica singur*)
3. Nu a trecut testul scaunului simplu (*condiție automată dacă nu se obține NU la Are dificultăți...*)
4. Are TA de 180/110 mmHg sau mai mare și are antecedente de infarct miocardic, boală coronariană, angină pectorală sau AVC
5. Are TA de 200/120 mmHg sau mai mare
6. Are antecedente de infarct miocardic sau AVC în ultimele 3 luni
7. Nu înțelege instrucțiunile din cauza limitărilor cognitive

RENUNȚĂ SALVEAZĂ

DACĂ DA

Data realizării măsurătorii: ____/____/____

Ora la care a fost efectuată măsurătoarea ____:_____

A realizat doar un număr maxim de ____ ridicări

Dacă >=5: Timp la 5 ridicări: ____ min ____ sec

Dacă =10: Timp la 10 ridicări: ____ min ____ sec

RENUNȚĂ SALVEAZĂ

ANALIZE

Numai dacă există consult realizat!

RECOLTARE

Pacientul acceptă recoltarea Da Nu

DACĂ NU

1. Refuz

DACĂ DA

Trimis la analize (voucher): Da Data: _____

Analize recoltate la centru de recoltare (API): Da Data: _____

Nu

SAU

Programat la analize la caravană: Da Data: _____

Analize recoltate la caravană Da Data: _____ Nu

RENUNȚĂ SALVEAZĂ

REZULTATE

Analize realizate Da Nu

DACĂ NU

1. Probă neconformă

DACĂ DA

Colesterol total: _____

HDL colesterol: _____

LDL colesterol: _____

Trigliceride: _____

Hemoglobina glicozilată: _____

Glicemie a jeun: _____

Calciu: _____

Potasiu: _____

Sodiu: _____

25-OH vitamina D: _____

Hemoglobina: _____

Alanina aminotransferaza: _____

Gama glutamil transferaza: _____

Creatinina serică: _____

Uree: _____

Feritina: _____

T4: _____

TSH: _____

STATUSURI

Etapa	Stare	Status
CONSIMȚĂMÂNT	ACORDAT	Accept GDPR
	REFUZAT	Abandon GDPR
CHESTIONAR	NEREALIZAT	Abandon chestionar
	REALIZAT	Chestionar realizat
CONSULT	NEREALIZAT	Abandon consult
	REALIZAT	Consult realizat
RECOLTARE	NEREALIZAT	Refuz recoltare
	TRIMIS CU VOUCHER	Trimis recoltare
	ANALIZE RECOLTATE LA CENTRU	Analize recoltate (voucher)
	ANALIZE NERECOLTATE LA CENTRU	Abandon recoltate (voucher)
	PROGRAMAT LA CARAVANĂ	Programat recoltare (caravană)
	ANALIZE RECOLTATE LA CARAVANĂ	Analize recoltate (caravană)
	ANALIZE NERECOLTATE LA CARAVANĂ	Abandon recoltate (caravană)
ANALIZE	NEREALIZAT	Abandon nerealizate
	REALIZAT	Analize realizate

Anexa nr. 2 Măsurători antropometrice, analize de sânge sau de laborator suplimentare în cele 12 anchete pilot EHES

Ancheta pilot	Măsurători antropometrice suplimentare	Probe suplimentare de sânge stocate pentru utilizări viitoare	Probe biologice suplimentare	Analize de laborator adiționale
Cehia	Niciuna	Nu	Niciuna	Niciuna
Germania	Circumferința șoldului, teste de capacitate funcțională, teste pentru evaluarea funcțiilor cognitive, sonografie SD	Da	Urina spot	Sensibilitate alergică, hemogramă, calciu, proteina C reactivă, Gama – glutamiltransferază, GOT (ASAT), GPT (ALAT), Hb, funcții renale, nutrienți, trigliceride, boli reumatice
Grecia	Circumferința șoldului, grăsime corporală	Da	Niciuna	Alanină aminotransferază (ALT), Aspartataminotransferază (AST), creatinină, proteine totale, totaluri CA2 ++, acid uric
Finlanda	Circumferința șoldului, grăsime corporală	Da	Niciuna	Apo-A1, Apo-B, hemogramă, CRP, ADN, GGT, ARN, trigliceride
Italia	ECG, spirometrie, monoxid de carbon, densitatea oaselor	Da	Urină 24 ore	Creatinină (sânge), hemocrom, excreție de sodiu și potasiu, trigliceride, creatinină de urină și albumină
Malta	Spirometrie, acuitate vizuală	Da	Niciuna	Test pentru depistarea plumbului în sânge
Olanda	Circumferința șoldului	Da	Niciuna	Trigliceride
Norvegia	Examinare stomatologică	Nu	Niciuna	Nu
Polonia	Circumferința șoldului, electrocardiogramă	Da	Niciuna	Niciuna
Portugalia	Circumferința șoldului	Da	Niciuna	Alanină aminotransferază (ALT), Aspartataminotransferază (AST), hemoleucogramă, creatinină, proteina C reactivă, ADN, GGT, trigliceride
Slovacia	Grăsimea corporală	Nu	Niciuna	Trigliceride
Anglia	Circumferința șoldului	Da	Salivă	Cotinină

Sursă: Tolonen et al 2013, p. 341

Anexa nr. 3 Modul de administrare a chestionarului și module suplimentare introduse în chestionar

Ancheta pilot	Tipul de administrare a chestionarului	Întrebări suplimentare
Cehia	Autoadministrat, verificat la examinare	Dietă
Germania	Chestionar administrat și autoadministrat, verificat la examinare	Dieta și consumul de alcool, leziunile, mediul înconjurător, starea de spirit, durerea, obiceiurile/problemele de somn, suportul social, medicamentele folosite, vederea și auzul
Grecia	Chestionar administrat	Dieta și consumul de alcool, activitatea fizică
Finlanda	Autoadministrat, verificat la examinare	Dieta și consumul de alcool, antecedente familiale pentru afecțiuni cronice, activitate fizică, calitatea vieții, obiceiuri/probleme de somn, medicamente utilizate
Italia	Chestionar administrat și autoadministrat, verificat la examinare	ADL-IADL, dieta și consumul de alcool, antecedente familiale ale bolilor cardiovasculare, activitate fizică, sănătate auto-evaluată, medicamente utilizate
Malta	Chestionar administrat	Fumatul pasiv, adică expunerea la fum de tutun în interior
Olanda	Autoadministrat, verificat la examinare	Dietă și suplimente alimentare, dispoziție, activitate fizică, activități sedentare, suport social
Norvegia	Autoadministrat, verificat la examinare	Consumul de alcool și activitatea fizică
Polonia	Chestionar administrat și autoadministrat, verificat la examinare	Dieta și consumul de alcool, depresia, activitatea fizică, calitatea vieții, suportul social, medicamentele folosite
Portugalia	Chestionar administrat și autoadministrat, verificat la examinare	Dieta și consumul de alcool, expunerea la soare, sănătatea mintală, activitatea fizică, calitatea vieții, suportul social, medicamentele folosite
Slovacia	Autoadministrat, verificat la examinare	Dieta, activitatea fizică, stresul
Anglia	Chestionar administrat și autoadministrat	Atitudini față de sănătatea personală și stilul de viață, durerile cronice, sănătate dentară, dietă și consumul de alcool, etnie, religie, orientare sexuală, îngrijire personală, îngrijire socială, medicamente utilizate, bunăstare

Sursă: Tolonen et al 2013, p. 342

Anexa nr. 4 Eșantionarea în șapte anchete naționale de examinare a sănătății

Ancheta HES	Anul studiului	Cadrul de eșantionare	Populația țintă	Selectarea eșantionului	Eșantionul inițial	Eșantionul eligibil	% eșantion ineligibil	Motiv ineligibilitate
Ancheta sănătății în Anglia	2011	Fișier adrese	Indivizi de toate vârstele care locuiau în gospodării private	1 Eșantion aleatoriu plecând de la codurile poștale și ulterior, stratificat după regiune și % ocupații non-manuale 2 Eșantion aleatoriu de adrese private din cadrul codului poștal selectat 3 Până la 10 adulți și doi copii în fiecare gospodărie selectată.	8.992 gospodării	8.088 gospodării	10%	Clădiri bussiness sau instituții , clădiri libere, clădiri demolate, clădiri încă în construcție.
Finlanda – FINRISK Study	2012	Registrul populației	Persoane cu vârste cuprinse între 25 și 74 de ani din cinci regiuni din Finlanda	Eșantion stratificat după sex, grupe de vârstă (intervale de 10 ani) și regiune	10.000 indivizi	9.905 indivizi	1%	Indivizii au decedat sau s-au mutat în altă regiune
Germania DEGS1	2008-2011	Registre cu populația locală	Persoane cu vârste cuprinse între 18 și 79 de ani rezidente în Germania.	Participanți de la ancheta anterioară privind examinarea stării de	17.117 indivizi	15.974 indivizi	7%	Pentru eșantionul nou motivele au constat în decesul persoanei,

Ancheta	Anul studiului	Cadrul de eșantionare	Populația țintă	Selectarea eșantionului	Eșantionul inițial	Eșantionul eligibil	% eșantion ineligibil	Motiv ineligibilitate
HES				sănătate GNHIES98, completat cu un eșantion aleatoriu 1 Eșantion aleatoriu din toate regiunile Germaniei 2 Eșantion aleatoriu de indivizi din aleși din punctele de eșantionare				mutarea cu reședința sau incapacitatea de a înțelege limba germană Pentru eșantionul GNHIES98, ineligibilitatea a constat în decesul persoanei sau migrarea în altă zonă a țării.
Irlanda--	2007	Fișier cu adrese – Directorul Geo	Persoane de 18 ani și peste care locuiesc în gospodării private. Persoanelor cu vârste cuprinse între 18 și 44 de ani li s-au aplicat chestionarul și li s-au făcut măsurătorile antropometrice acasă. Cele de peste 45 de ani au fost invitate la un centru de examinare.	1 Eșantion aleatoriu de puncte de eșantionare bazate pe agregări de orașe. 2 Eșantion sistematic de adrese din cadrul punctelor de eșantionare alese în prima fază 3 Selectarea a unei persoane din gospodărie prin procedura „zilei de naștere”	19.185 de gospodării	16.681 de gospodării	13%	Clădiri libere, clădiri nerezidențiale, clădiri demolate, adresa care nu a putut fi localizată.

Ancheta	Anul studiului	Cadrul de eșantionare	Populația țintă	Selectarea eșantionului	Eșantionul inițial	Eșantionul eligibil	% eșantion ineligibil	Motiv ineligibilitate
Italia – OEC/HES	2008-2012	Registrul populației	Persoane 35-79 de ani, care locuiesc în cele 20 de regiuni italiene	Centre de screening selectate în fiecare regiune în funcție de disponibilitatea personalului, spațiul, aparaturile de laborator și disponibilitatea de a colabora la examinare	17.052 indivizi	16.447 indivizi	4%	Invitație nelivrată, deces, emigrarea persoanei, a lucrat în afara zonei de reședință pe toată perioada anchetei.
Olanda– NLdeMaat	2009-2010	Registrul populației	Persoane cu vârste cuprinse între 18-70 de ani (faza I) și 30-70 de ani (faza II) din cinci orașe olandeze.	1 împărțirea țării în 5 regiuni 2 Eșantion aleatoriu format din 3 puncte eșantionare (orașe) din fiecare regiune	15.000 indivizi	14.163 indivizi	6%	Deces sau emigrarea persoanei din regiune.

Ancheta HES	Anul studiului	Cadrul de eșantionare	Populația țintă	Selectarea eșantionului	Eșantionul inițial	Eșantionul eligibil	% eșantion ineligibil	Motiv ineligibilitate
				3 Eșantion aleatoriu stratificat pe sex și grupe de vârstă (intervale de 10 ani)				
Scotia-Scottish Health Survey	2010	Registru de adrese private	Persoane de toate vârstele care locuiesc în gospodării private	1 Eșantion aleatoriu după codurile poștale, stratificat pe zonă și indicatori de deprivare socio-economică 2 Eșantion aleatoriu de adrese private din cadrul zonelor poștale selectate 3 Toți adulții și până la doi copii din gospodărie	8.382 gospodării (2.194 gospodării vizitate de asistente medicale)	7.564 de indivizi	10%	Clădiri sau instituții bussiness, clădiri libere, clădiri demolate, clădiri încă în construcție.

Sursă: Mindell et al, (2015: 5-6)

Anexa nr. 5 Detaliere structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, nivel de educație, gen și mediu de rezidență

Grupe de vârstă		Gen		Total	Mediu de rezidență		
		Masculin	Feminin		Urban	Rural	
25-29 ani	Educație	<=12	48.00%	45.00%	46.50%	29.70%	62.80%
		>12	52.00%	55.00%	53.50%	70.30%	37.20%
30-34 ani	Educație	<=12	52.70%	47.10%	50.00%	32.90%	69.50%
		>12	47.30%	52.90%	50.00%	67.10%	30.50%
35-39 ani	Educație	<=12	49.50%	41.30%	45.50%	27.70%	67.00%
		>12	50.50%	58.70%	54.50%	72.30%	33.00%
40-44 ani	Educație	<=12	57.00%	46.30%	51.80%	36.00%	70.20%
		>12	43.00%	53.70%	48.20%	64.00%	29.80%
45-49 ani	Educație	<=12	65.60%	55.80%	60.80%	38.60%	84.10%
		>12	34.40%	44.20%	39.20%	61.40%	15.90%
50-54 ani	Educație	<=12	68.80%	62.60%	65.70%	49.00%	84.30%
		>12	31.20%	37.40%	34.30%	51.00%	15.70%
55-59 ani	Educație	<=12	70.60%	69.10%	69.80%	59.30%	82.30%
		>12	29.40%	30.90%	30.20%	40.70%	17.70%
60-64 ani	Educație	<=12	77.00%	75.90%	76.40%	66.90%	88.80%
		>12	23.00%	24.10%	23.60%	33.10%	11.20%

Anexa nr. 6 Detalieri structură eşantion în funcție de regiunea de dezvoltare, nivel de educație, gen și mediu de rezidență

Regiune de dezvoltare		Gen		Total	Mediu de rezidență		
		masculin	feminin		urban	rural	
BUCUREȘTI-ILFOV	Educație	<=12	44.80%	33.90%	39.00%	35.50%	59.80%
		>12	55.20%	66.10%	61.00%	64.50%	40.20%
CENTRU	Educație	<=12	59.60%	49.60%	54.60%	39.90%	73.90%
		>12	40.40%	50.40%	45.40%	60.10%	26.10%
NORD-EST	Educație	<=12	70.00%	67.90%	69.00%	52.20%	80.50%
		>12	30.00%	32.10%	31.00%	47.80%	19.50%
NORD-VEST	Educație	<=12	59.90%	54.70%	57.30%	43.00%	72.40%
		>12	40.10%	45.30%	42.70%	57.00%	27.60%
SUD-EST	Educație	<=12	64.20%	63.00%	63.60%	46.40%	82.20%
		>12	35.80%	37.00%	36.40%	53.60%	17.80%
SUD-MUNTENIA	Educație	<=12	69.50%	63.90%	66.80%	48.80%	79.20%
		>12	30.50%	36.10%	33.20%	51.20%	20.80%
SUD-VEST OLTENIA	Educație	<=12	54.40%	58.10%	56.20%	35.80%	74.50%
		>12	45.60%	41.90%	43.80%	64.20%	25.50%
VEST	Educație	<=12	61.70%	52.10%	56.90%	44.50%	73.90%
		>12	38.30%	47.90%	43.10%	55.50%	26.10%

Anexa nr. 7 Detalieri structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, stare de sănătate, gen și mediu de rezidență

Grupe de vârstă			Gen		Total	Mediu de rezidență	
			masculin	feminin		urban	rural
25-29 ani	Starea de sănătate	foarte bună	48.90%	37.90%	43.50%	45.50%	41.40%
		bună	46.30%	53.40%	49.80%	48.20%	51.10%
		nici bună nici proastă	4.40%	7.30%	5.80%	5.90%	5.70%
		prostă	0	0.90%	0.40%	0	0.90%
30-34 ani	Starea de sănătate	foarte proastă	0.40%	0	0.20%	0.50%	0.40%
		foarte bună	40.10%	28.10%	34.20%	35.30%	32.60%
		bună	52.70%	61.90%	57.20%	59.10%	55.10%
		nici bună nici proastă	6.80%	9.40%	8.10%	5.00%	12.00%
35-39 ani	Starea de sănătate	prostă	0.30%	0.70%	0.50%	0.70%	0.40%
		foarte proastă				31.60%	25.10%
		foarte bună	30.20%	26.70%	28.50%	59.20%	57.70%
		bună	59.70%	57.60%	58.70%	8.30%	15.70%
40-44 ani	Starea de sănătate	nici bună nici proastă	9.20%	14.20%	11.60%	0.60%	0.70%
		prostă	0.70%	0.70%	0.70%	0.30%	0.40%
		foarte proastă	0.30%	0.30%	0.30%	0	0.40%
		foarte bună	28.10%	19.30%	23.80%	27.10%	20.00%
45-49 ani	Starea de sănătate	bună	57.10%	62.90%	59.90%	60.40%	59.00%
		nici bună nici proastă	14.50%	16.90%	15.60%	11.90%	20.00%
		prostă	0.30%	0.60%	0.40%	0.60%	0.60%
		foarte proastă	0	0.30%	0.10%	0	0.30%
50-54 ani	Starea de sănătate	foarte bună	16.90%	12.40%	14.70%	19.40%	9.70%
		bună	65.00%	64.60%	64.80%	67.40%	61.70%
		nici bună nici proastă	14.40%	20.90%	17.60%	12.10%	23.30%
		prostă	2.50%	0.60%	1.60%	0.30%	3.20%
50-54 ani	Starea de sănătate	foarte proastă	0.60%	0.90%	0.70%	0.60%	0.90%
		foarte bună	9.70%	11.60%	10.60%	13.50%	7.40%
50-54 ani	Starea de sănătate	bună	64.70%	57.30%	61.00%	64.00%	57.30%

		nici bună nici proastă	22.00%	28.20%	25.10%	19.80%	31.10%
		proastă	2.90%	2.40%	2.60%	2.50%	3.00%
		foarte proastă	0.30%	0.30%	0.30%	0.20%	0.30%
		foarte bună	9.20%	5.40%	7.30%	9.40%	4.30%
		bună	65.10%	56.40%	60.60%	64.50%	56.00%
55-59 ani	Starea de sănătate	nici bună nici proastă	22.50%	33.60%	28.10%	23.90%	33.20%
		proastă	3.20%	3.50%	3.30%	1.40%	5.60%
		foarte proastă	0	0.80%	0.40%	0.40%	0.90%
		foarte bună	3.90%	4.00%	4.00%	3.80%	4.10%
		bună	61.30%	49.30%	54.90%	61.70%	45.90%
60-64 ani	Starea de sănătate	nici bună nici proastă	30.10%	41.30%	36.20%	31.60%	42.10%
		proastă	4.30%	4.30%	4.30%	2.60%	6.60%
		foarte proastă	0.40%	0.70%	0.50%	0.30%	0.80%

Anexa nr. 8 Detalieri structură eşantion în funcție de regiunea de dezvoltare, starea de sănătate, gen și mediu de rezidență

Regiune de dezvoltare		Gen		Total	Mediu de rezidență		
		masculin	feminin		urban	rural	
BUCUREȘTI-ILFOV	Starea de sănătate	foarte bună	25.20%	21.80%	23.40%	25.60%	10.50%
		bună	58.00%	60.10%	59.10%	58.10%	65.10%
		nici bună nici proastă	16.10%	16.50%	16.30%	15.20%	23.30%
		proastă	0.30%	0.60%	0.50%	0.60%	
		foarte proastă	0.30%	0.90%	0.70%	0.60%	1.20%
CENTRU	Starea de sănătate	foarte bună	25.30%	20.90%	23.10%	25.30%	20.20%
		bună	63.00%	63.70%	63.30%	63.30%	62.80%
		nici bună nici proastă	10.70%	13.30%	12.00%	10.40%	14.20%
		proastă	1.10%	1.40%	1.30%	0.90%	2.00%
		foarte proastă		0.40%	0.20%		0.40%
NORD-EST	Starea de sănătate	foarte bună	14.00%	10.30%	12.20%	13.10%	11.70%
		bună	60.90%	59.00%	60.00%	61.80%	58.90%
		nici bună nici proastă	20.60%	27.50%	23.90%	22.90%	24.50%
		proastă	3.50%	2.40%	3.00%	1.60%	3.90%
		foarte proastă	0.50%	0.30%	0.40%	0.30%	0.20%
NORD-VEST	Starea de sănătate	foarte bună	23.20%	15.80%	19.50%	22.30%	16.60%
		bună	59.40%	56.50%	58.00%	61.00%	54.00%
		nici bună nici proastă	16.10%	24.80%	20.50%	14.60%	26.80%
		proastă	0.60%	1.90%	1.20%	1.50%	1.30%
		foarte proastă	0.30%	0.30%	0.30%	0.60%	0.30%
SUD-EST	Starea de sănătate	foarte bună	31.20%	21.80%	26.50%	27.90%	24.90%
		bună	49.50%	50.20%	49.80%	55.40%	43.80%
		nici bună nici proastă	16.60%	25.60%	21.10%	16.40%	26.30%
		proastă	2.70%	1.70%	2.20%	0.30%	4.30%

Anexa nr. 9 Detalieri structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, măsurarea colesteroliei, gen și mediu de rezidență

Grupe de vârstă			Gen		Total	Mediu de rezidență	
			masculin	feminin		urban	rural
25-29 ani	Măsurare colesterolemie	în ultimul an	34.90%	40.60%	37.70%	45.90%	29.20%
		în urmă cu 1-5 ani	44.10%	46.60%	45.30%	43.70%	46.90%
30-34 ani	Măsurare colesterolemie	în urmă cu mai mult de 5 ani	8.70%	7.30%	8.00%	5.90%	10.20%
		în ultimul an	38.60%	43.20%	40.80%	46.40%	34.50%
35-39 ani	Măsurare colesterolemie	în urmă cu 1-5 ani	45.70%	41.70%	43.80%	41.80%	46.10%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	9.90%	9.70%	9.80%	8.90%	10.90%
40-44 ani	Măsurare colesterolemie	în ultimul an	43.80%	50.30%	47.00%	52.60%	40.40%
		în urmă cu 1-5 ani	40.80%	38.20%	39.60%	38.50%	40.80%
45-49 ani	Măsurare colesterolemie	în urmă cu mai mult de 5 ani	10.50%	8.00%	9.30%	6.20%	13.10%
		în ultimul an	50.70%	51.50%	51.10%	58.60%	42.40%
50-54 ani	Măsurare colesterolemie	în urmă cu 1-5 ani	34.40%	37.10%	35.70%	34.20%	37.50%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	12.00%	8.00%	10.00%	5.60%	15.20%
55-59 ani	Măsurare colesterolemie	în ultimul an	52.00%	53.80%	52.90%	58.70%	46.60%
		în urmă cu 1-5 ani	33.30%	34.10%	33.70%	33.40%	33.90%
60-64 ani	Măsurare colesterolemie	în urmă cu mai mult de 5 ani	10.70%	9.70%	10.20%	5.90%	15.00%
		în ultimul an	55.00%	59.70%	57.30%	59.80%	54.50%
55-59 ani	Măsurare colesterolemie	în urmă cu 1-5 ani	34.00%	32.10%	33.10%	33.80%	32.20%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	8.60%	6.60%	7.60%	5.50%	9.90%
60-64 ani	Măsurare colesterolemie	în ultimul an	62.70%	61.40%	62.00%	69.50%	53.40%
		în urmă cu 1-5 ani	30.10%	31.30%	30.70%	25.80%	36.20%
60-64 ani	Măsurare colesterolemie	în urmă cu mai mult de 5 ani	4.00%	6.90%	5.50%	3.30%	8.20%
		în ultimul an	64.80%	68.90%	67.00%	72.10%	59.90%
60-64 ani	Măsurare colesterolemie	în urmă cu 1-5 ani	29.70%	24.70%	27.00%	24.40%	30.20%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	4.30%	5.00%	4.70%	2.90%	7.40%

Anexa nr. 10 Detalieri structură eşantion în funcție de regiunea de dezvoltare, măsurarea colesteroliei, gen și mediu de rezidență

Regiune de dezvoltare		Gen		Total	Mediu de rezidență	
		masculin	feminin		urban	rural
BUCUREȘTI-ILFOV	Măsurare colesterolie	62.90%	64.60%	63.80%	63.10%	67.80%
	în ultimul an în urmă cu 1-5 ani	32.20%	30.40%	31.20%	31.50%	29.90%
CENTRU	Măsurare colesterolie	4.20%	3.40%	3.80%	4.00%	2.30%
	în ultimul an în urmă cu 1-5 ani	53.90%	45.70%	49.80%	54.40%	43.70%
NORD-EST	Măsurare colesterolie	7.10%	7.60%	7.30%	6.60%	8.20%
	în ultimul an în urmă cu 1-5 ani	42.80%	51.50%	47.00%	54.90%	41.60%
NORD-VEST	Măsurare colesterolie	38.80%	36.60%	37.70%	34.90%	39.40%
	în ultimul an în urmă cu 1-5 ani	11.50%	8.80%	10.20%	7.00%	12.30%
SUD-EST	Măsurare colesterolie	46.20%	51.90%	49.00%	55.80%	41.50%
	în urmă cu 1-5 ani	37.20%	33.20%	35.20%	36.40%	33.80%
SUD-MUNTENIA	Măsurare colesterolie	9.20%	10.60%	9.90%	4.50%	16.10%
	în ultimul an în urmă cu 1-5 ani	47.00%	54.80%	50.90%	59.30%	41.50%
	Măsurare colesterolie	34.50%	30.70%	32.60%	31.50%	34.00%
	în urmă cu 1-5 ani	12.80%	10.00%	11.40%	6.90%	16.30%
	Măsurare colesterolie	50.50%	56.90%	53.60%	59.70%	49.40%
	în ultimul an în urmă cu 1-5 ani	34.30%	34.00%	34.20%	34.10%	34.20%

		în urmă cu mai mult de 5 ani	8.40%	6.30%	7.40%	4.80%	9.10%
SUD-VEST OLTENIA	Măsurare colesterolemie	în ultimul an	53.70%	54.90%	54.30%	64.90%	44.80%
		în urmă cu 1-5 ani	38.40%	35.30%	36.90%	30.70%	42.80%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	7.40%	8.50%	8.00%	3.60%	11.60%
VEST	Măsurare colesterolemie	în ultimul an	50.90%	53.80%	52.30%	52.00%	52.50%
		în urmă cu 1-5 ani	37.40%	37.70%	37.60%	38.30%	35.90%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	8.40%	6.10%	7.30%	7.30%	7.70%

Anexa nr. 11 Detaliere structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, status ponderal, gen și mediu de rezidență

Grupe de vârstă			Gen		Total	Mediu de rezidență	
			masculin	feminin		urban	rural
25-29 ani	Status ponderal	subponderal	2.20%	11.00%	6.50%	7.20%	5.80%
		normoponderal	43.00%	51.80%	47.30%	51.10%	43.60%
		supraponderal	37.80%	26.60%	32.40%	30.30%	34.70%
		obezi	17.00%	10.60%	13.80%	11.30%	16.00%
30-34 ani	Status ponderal	subponderal		5.80%	2.80%	3.30%	2.30%
		normoponderal	33.90%	50.70%	42.10%	45.40%	38.30%
		supraponderal	42.60%	26.80%	34.90%	32.80%	37.50%
		obezi	23.50%	16.70%	20.20%	18.50%	22.00%
35-39 ani	Status ponderal	subponderal	0.70%	3.50%	2.00%	3.40%	0.40%
		normoponderal	29.80%	45.30%	37.30%	44.30%	28.90%
		supraponderal	44.90%	28.60%	37.00%	34.50%	40.20%
		obezi	24.60%	22.60%	23.60%	17.80%	30.50%
40-44 ani	Status ponderal	subponderal	0.60%	2.20%	1.30%	1.90%	0.60%
		normoponderal	24.20%	42.20%	32.90%	36.90%	28.20%
		supraponderal	43.40%	32.00%	37.90%	34.20%	42.10%
		obezi	31.80%	23.70%	27.80%	26.90%	29.10%
45-49 ani	Status ponderal	subponderal	1.70%	1.80%	1.70%	2.50%	0.90%
		normoponderal	21.80%	35.70%	28.60%	31.90%	25.00%
		supraponderal	39.90%	32.70%	36.40%	33.60%	39.60%
		obezi	36.50%	29.80%	33.20%	31.90%	34.50%
50-54 ani	Status ponderal	subponderal		0.30%	0.10%	0.30%	
		normoponderal	16.80%	22.20%	19.50%	22.90%	15.80%
		supraponderal	38.50%	35.20%	36.80%	37.70%	35.70%
		obezi	44.80%	42.30%	43.60%	39.20%	48.50%
55-59 ani	Status ponderal	subponderal		0.80%	0.40%	0.70%	
		normoponderal	14.50%	19.50%	17.00%	19.30%	13.90%
		supraponderal	45.80%	35.80%	40.70%	40.50%	41.10%

60-64 ani	Status ponderal	ozezi	39.80%	44.00%	41.90%	39.40%	45.00%
		subponderal	0.40%	0.70%	0.50%	0.30%	0.80%
		normoponderal	16.70%	17.40%	17.10%	18.20%	15.70%
		supraponderal	27.60%	33.80%	30.90%	32.20%	29.30%
		ozezi	55.30%	48.20%	51.40%	49.40%	54.10%

Anexa nr. 12 Detaliere structură eșantion în funcție de regiunea de dezvoltare, statusul ponderal, gen și mediu de rezidență

Regiune de dezvoltare		Status ponderal	Subponderal	Gen		Total	Mediu de rezidență	
				masculin	feminin		urban	rural
BUCUREȘTI-ILFOV	Status ponderal	subponderal	1.10%	3.10%	2.10%	2.50%		
		normoponderal	22.80%	39.90%	31.80%	33.70%	19.80%	
		supraponderal	37.90%	29.30%	33.30%	32.90%	36.00%	
		obezi	38.20%	27.70%	32.70%	30.80%	44.20%	
CENTRU	Status ponderal	subponderal	0.70%	3.60%	2.20%	1.90%	2.90%	
		normoponderal	22.20%	34.40%	28.30%	29.60%	26.40%	
		supraponderal	43.00%	34.10%	38.60%	38.50%	38.40%	
		obezi	34.10%	27.90%	31.00%	29.90%	32.20%	
NORD-EST	Status ponderal	subponderal	1.30%	2.40%	1.80%	1.90%	1.50%	
		normoponderal	26.30%	34.30%	30.20%	33.90%	27.70%	
		supraponderal	40.90%	31.60%	36.40%	33.90%	38.10%	
		obezi	31.60%	31.60%	31.60%	30.40%	32.70%	
NORD-VEST	Status ponderal	subponderal	0.60%	2.50%	1.60%	2.10%	1.00%	
		normoponderal	23.70%	32.90%	28.30%	30.80%	25.60%	
		supraponderal	34.60%	28.60%	31.60%	30.50%	32.70%	
		obezi	41.10%	36.00%	38.60%	36.50%	40.80%	
SUD-EST	Status ponderal	subponderal	0.30%	2.80%	1.50%	3.00%		
		normoponderal	25.30%	32.80%	29.00%	29.90%	27.90%	
		supraponderal	39.90%	34.50%	37.20%	39.50%	34.60%	
		obezi	34.50%	30.00%	32.30%	27.60%	37.50%	
SUD-MUNTENIA	Status ponderal	subponderal	0.30%	2.00%	1.10%	1.00%	1.20%	
		normoponderal	25.20%	32.60%	28.80%	35.70%	23.90%	
		supraponderal	43.90%	34.90%	39.50%	35.10%	42.50%	
		obezi	30.60%	30.50%	30.60%	28.20%	32.40%	
SUD-VEST OLTENIA	Status ponderal	subponderal	0.40%	4.30%	2.30%	2.60%	2.00%	
		normoponderal	21.90%	34.20%	27.90%	33.90%	22.40%	
		supraponderal	40.50%	32.90%	36.80%	33.50%	40.00%	

VEST	Status ponderal	obezi	37.20%	28.60%	33.00%	30.00%	35.60%
		subponderal		3.30%	1.60%	2.80%	0.60%
		normoponderal	28.50%	37.70%	33.10%	36.80%	27.80%
		supraponderal	41.60%	27.80%	34.70%	34.40%	35.00%
		obezi	29.90%	31.10%	30.50%	25.90%	36.70%

Anexa nr. 13 Detaliere structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, măsurarea TA, gen și mediu de rezidență

Grupe de vârstă			Gen		Total	Mediu de rezidență	
			masculin	feminin		urban	rural
25-29 ani	Măsurare TA	în ultimul an	61.30%	71.10%	66.10%	70.30%	62.10%
		în urmă cu 1-5 ani	28.30%	26.10%	27.20%	25.70%	28.60%
30-34 ani	Măsurare TA	în urmă cu mai mult de 5 ani	5.70%	2.30%	4.00%	2.70%	5.30%
		în ultimul an	63.50%	62.10%	62.80%	65.00%	60.20%
35-39 ani	Măsurare TA	în urmă cu 1-5 ani	31.40%	34.70%	33.00%	31.70%	34.20%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	2.00%	1.10%	1.60%	1.30%	2.30%
40-44 ani	Măsurare TA	în ultimul an	66.20%	70.60%	68.40%	70.90%	65.50%
		în urmă cu 1-5 ani	26.90%	25.30%	26.10%	26.40%	25.80%
45-49 ani	Măsurare TA	în urmă cu mai mult de 5 ani	4.60%	3.10%	3.90%	2.10%	5.60%
		în ultimul an	72.70%	75.50%	74.00%	79.20%	68.30%
50-54 ani	Măsurare TA	în urmă cu 1-5 ani	21.50%	19.60%	20.60%	17.80%	23.90%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	4.70%	3.10%	3.90%	2.20%	5.80%
55-59 ani	Măsurare TA	în ultimul an	78.60%	77.90%	78.20%	79.20%	77.00%
		în urmă cu 1-5 ani	16.60%	18.30%	17.40%	18.30%	16.50%
60-64 ani	Măsurare TA	în urmă cu mai mult de 5 ani	3.70%	2.90%	3.30%	1.70%	5.00%
		în ultimul an	77.50%	82.10%	79.80%	81.50%	77.70%
55-59 ani	Măsurare TA	în urmă cu 1-5 ani	17.50%	13.90%	15.70%	15.00%	16.80%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	4.20%	2.90%	3.50%	2.50%	4.40%
55-59 ani	Măsurare TA	în ultimul an				86.50%	80.60%
		în urmă cu 1-5 ani				10.90%	16.80%
60-64 ani	Măsurare TA	în urmă cu mai mult de 5 ani				1.50%	2.20%
		în ultimul an	88.30%	90.60%	89.50%	90.80%	87.60%
60-64 ani	Măsurare TA	în urmă cu 1-5 ani	10.20%	8.00%	9.00%	8.30%	10.00%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	1.60%	1.00%	1.30%		

Anexa nr. 14 Detaliere structură eşantion în funcție de regiunea de dezvoltare, măsurare TA, gen și mediu de rezidență

Regiune de dezvoltare		Gen		Total	Mediu de rezidență	
		masculin	feminin		urban	rural
BUCUREȘTI-ILFOV	Măsurare TA	79.70%	70.40%	74.80%	75.60%	70.10%
	în urmă cu 1-5 ani	18.90%	27.40%	23.40%	22.60%	27.60%
CENTRU	Măsurare TA	1.00%	2.20%	1.60%	1.50%	2.30%
	în urmă cu 1-5 ani	77.70%	77.30%	77.50%	83.50%	69.80%
NORD-EST	Măsurare TA	20.90%	19.80%	20.40%	13.90%	28.60%
	în urmă cu 1-5 ani	1.40%	2.50%	2.00%	2.50%	1.20%
NORD-VEST	Măsurare TA	66.70%	77.70%	72.00%	75.20%	69.80%
	în urmă cu 1-5 ani	23.10%	18.80%	21.00%	19.70%	22.00%
SUD-EST	Măsurare TA	6.80%	1.90%	4.40%	2.90%	5.40%
	în urmă cu 1-5 ani	78.70%	79.20%	78.90%	80.80%	76.90%
SUD-MUNTENIA	Măsurare TA	17.30%	17.40%	17.30%	18.00%	16.70%
	în urmă cu 1-5 ani	2.80%	2.50%	2.60%	1.20%	4.20%
SUD-EST	Măsurare TA	68.80%	72.80%	70.80%	75.40%	65.70%
	în urmă cu 1-5 ani	21.40%	22.80%	22.10%	19.70%	24.60%
SUD-MUNTENIA	Măsurare TA	7.10%	3.80%	5.50%	3.60%	7.50%
	în urmă cu 1-5 ani	74.90%	83.40%	79.00%	80.50%	78.20%
SUD-MUNTENIA	Măsurare TA	20.50%	12.90%	16.80%	17.80%	16.20%
	în urmă cu 1-5 ani					

		în urmă cu mai mult de 5 ani	2.70%	1.70%	2.20%	1.00%	2.80%
SUD-VEST OLTENIA	Măsurare TA	în ultimul an	76.00%	79.70%	77.80%	80.50%	75.30%
		în urmă cu 1-5 ani	21.50%	17.40%	19.50%	18.60%	20.30%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	2.10%	2.50%	2.30%	0.40%	4.00%
VEST	Măsurare TA	în ultimul an	71.20%	75.60%	73.40%	75.70%	70.20%
		în urmă cu 1-5 ani	21.90%	20.20%	21.00%	19.00%	23.80%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	3.70%	1.90%	2.80%	1.60%	4.40%

Anexa nr. 15 Detaliere structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, măsurarea glicemiei, gen și mediu de rezidență

Grupe de vârstă			Gen		Total	Mediu de rezidență	
			masculin	feminin		urban	rural
25-29 ani	Măsurare glicemie	în ultimul an	41.30%	45.70%	43.40%	49.30%	37.90%
		în urmă cu 1-5 ani	40.90%	44.30%	42.50%	41.60%	43.20%
30-34 ani	Măsurare glicemie	în urmă cu mai mult de 5 ani	8.30%	6.80%	7.60%	5.90%	9.70%
		în ultimul an	41.00%	46.20%	43.50%	49.20%	37.10%
35-39 ani	Măsurare glicemie	în urmă cu 1-5 ani	44.40%	40.10%	42.30%	40.30%	44.60%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	8.50%	9.00%	8.80%	7.30%	10.50%
40-44 ani	Măsurare glicemie	în ultimul an	46.40%	53.00%	49.60%	55.20%	42.70%
		în urmă cu 1-5 ani	40.20%	38.00%	39.10%	36.80%	41.90%
45-49 ani	Măsurare glicemie	în urmă cu mai mult de 5 ani	8.80%	6.30%	7.60%	5.50%	10.10%
		în ultimul an	54.70%	53.20%	53.90%	60.00%	47.10%
50-54 ani	Măsurare glicemie	în urmă cu 1-5 ani	32.60%	36.10%	34.30%	34.70%	33.90%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	10.20%	8.00%	9.10%	4.40%	14.20%
55-59 ani	Măsurare glicemie	în ultimul an	53.40%	57.10%	55.20%	59.40%	50.70%
		în urmă cu 1-5 ani	32.30%	32.40%	32.30%	33.20%	31.30%
60-64 ani	Măsurare glicemie	în urmă cu mai mult de 5 ani	11.00%	8.80%	9.90%	5.40%	14.70%
		în ultimul an	57.40%	61.80%	59.60%	61.50%	57.90%
55-59 ani	Măsurare glicemie	în urmă cu 1-5 ani	33.70%	29.70%	31.70%	32.80%	30.30%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	6.80%	6.80%	6.80%	4.80%	9.10%
55-59 ani	Măsurare glicemie	în ultimul an	65.30%	63.60%	64.40%	70.80%	57.30%
		în urmă cu 1-5 ani	29.40%	30.60%	30.00%	25.90%	34.50%
60-64 ani	Măsurare glicemie	în urmă cu mai mult de 5 ani	3.20%	5.40%	4.30%	2.90%	6.00%
		în ultimul an	66.80%	70.60%	68.80%	73.20%	62.80%
60-64 ani	Măsurare glicemie	în urmă cu 1-5 ani	28.10%	23.70%	25.80%	23.60%	28.50%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	4.30%	4.00%	4.10%	2.90%	6.20%

Anexa nr. 16 Detaliere structură eșantion în funcție de regiunea de dezvoltare, măsurarea glicemiei, gen și mediu de rezidență

Regiune de dezvoltare		Gen		Total	Mediu de rezidență	
		masculin	feminin		urban	rural
BUCUREȘTI-ILFOV	Măsurare glicemie	63.50%	63.40%	63.40%	62.50%	69.00%
	în urmă cu 1-5 ani	32.30%	31.10%	31.60%	32.30%	27.60%
	în urmă cu mai mult de 5 ani	3.50%	4.00%	3.80%	4.00%	2.30%
CENTRU	Măsurare glicemie	57.80%	48.70%	53.30%	57.70%	47.30%
	în urmă cu 1-5 ani	35.80%	42.30%	39.00%	35.30%	43.70%
	în urmă cu mai mult de 5 ani	5.70%	7.90%	6.80%	5.70%	8.60%
NORD-EST	Măsurare glicemie	44.80%	53.80%	49.20%	57.00%	43.90%
	în urmă cu 1-5 ani	37.50%	35.00%	36.30%	34.10%	37.90%
	în urmă cu mai mult de 5 ani	11.50%	8.00%	9.80%	5.70%	12.30%
NORD-VEST	Măsurare glicemie	55.10%	59.00%	57.00%	60.30%	53.50%
	în urmă cu 1-5 ani	33.80%	30.70%	32.30%	35.50%	28.80%
	în urmă cu mai mult de 5 ani	6.80%	7.10%	7.00%	3.00%	11.20%
SUD-EST	Măsurare glicemie	49.80%	57.90%	53.80%	62.20%	44.70%
	în urmă cu 1-5 ani	34.20%	30.30%	32.30%	29.90%	34.80%
	în urmă cu mai mult de 5 ani	10.80%	9.30%	10.10%	6.60%	14.20%
SUD-MUNTENIA	Măsurare glicemie	53.20%	61.00%	57.00%	62.50%	53.20%
	în urmă cu 1-5 ani	32.20%	31.20%	31.70%	32.40%	31.40%
	în urmă cu mai mult de 5 ani					

		în urmă cu mai mult de 5 ani	7.80%	4.90%	6.40%	3.80%	8.00%
SUD-VEST OLTENIA	Măsurare glicemie	în ultimul an	54.40%	54.90%	54.60%	65.50%	45.20%
		în urmă cu 1-5 ani	38.20%	34.90%	36.60%	30.10%	42.40%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	7.50%	8.90%	8.20%	3.50%	12.00%
VEST	Măsurare glicemie	în ultimul an	50.90%	54.90%	52.90%	51.80%	54.70%
		în urmă cu 1-5 ani	37.90%	36.60%	37.20%	38.10%	35.90%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	7.90%	6.60%	7.30%	7.30%	7.20%

Anexa nr. 17 Detaliere structură eșantion în funcție de grupă de vârstă, raportul taliei/înălțime, gen și mediu de rezidență

Grupe de vârstă			Gen		Total	Mediu de rezidență	
			masculin	feminin		urban	rural
25-29 ani		normal	41.50%	58.70%	49.80%	53.90%	45.80%
	Raport talie/înălțime	risc crescut	45.00%	26.80%	36.20%	36.90%	35.60%
		risc ridicat	13.50%	14.60%	14.00%	9.20%	18.70%
30-34 ani		normal	25.60%	49.40%	37.10%	40.70%	33.10%
	Raport talie/înălțime	risc crescut	53.20%	35.10%	44.50%	42.70%	46.80%
		risc ridicat	21.20%	15.50%	18.40%	16.70%	20.20%
35-39 ani		normal	22.80%	41.10%	31.60%	37.30%	24.60%
	Raport talie/înălțime	risc crescut	57.40%	36.50%	47.30%	46.90%	47.70%
		risc ridicat	19.80%	22.50%	21.10%	15.70%	27.70%
40-44 ani		normal	17.20%	35.80%	26.20%	29.80%	22.40%
	Raport talie/înălțime	risc crescut	53.90%	37.00%	45.70%	44.80%	46.80%
		risc ridicat	28.90%	27.20%	28.00%	25.30%	30.80%
45-49 ani		normal	17.80%	23.30%	20.50%	21.40%	19.20%
	Raport talie/înălțime	risc crescut	44.10%	41.60%	42.90%	44.20%	41.40%
		risc ridicat	38.10%	35.10%	36.70%	34.40%	39.30%
50-54 ani		normal	7.30%	14.30%	10.80%	12.10%	9.40%
	Raport talie/înălțime	risc crescut	43.00%	38.40%	40.70%	44.80%	36.20%
		risc ridicat	49.60%	47.40%	48.50%	43.10%	54.40%
55-59 ani		normal	5.30%	10.50%	7.90%	8.70%	7.00%
	Raport talie/înălțime	risc crescut	47.80%	37.00%	42.30%	43.30%	40.90%
		risc ridicat	47.00%	52.50%	49.80%	48.00%	52.20%
60-64 ani		normal	8.70%	9.10%	8.90%	10.50%	7.10%
	Raport talie/înălțime	risc crescut	26.40%	31.20%	29.00%	29.70%	28.20%
		risc ridicat	65.00%	59.70%	62.10%	59.70%	64.70%

Anexa nr. 18 Detaliere structură eșantion în funcție de regiunea de dezvoltare, raport talie/înălțime, raport talie/înălțime, gen și mediu de rezidență

Regiune de dezvoltare		Raport talie/înălțime	normal	Gen		Total	Mediu de rezidență	
				risc crescut	risc ridicat		masculin	feminin
BUCUREȘTI-ILFOV	Raport talie/înălțime	normal	15.80%	34.40%	25.60%	26.80%	17.20%	
		risc crescut	48.10%	35.00%	41.20%	41.50%	39.10%	
		risc ridicat	36.10%	30.60%	33.20%	31.70%	43.70%	
CENTRU	Raport talie/înălțime	normal	14.60%	28.70%	21.60%	21.00%	22.20%	
		risc crescut	48.60%	35.60%	42.20%	42.40%	42.00%	
		risc ridicat	36.80%	35.60%	36.20%	36.60%	35.80%	
NORD-EST	Raport talie/înălțime	normal	22.20%	28.30%	25.20%	27.40%	23.70%	
		risc crescut	44.50%	37.40%	41.10%	44.30%	38.90%	
		risc ridicat	33.20%	34.20%	33.70%	28.30%	37.40%	
NORD-VEST	Raport talie/înălțime	normal	21.30%	26.20%	23.70%	24.90%	22.50%	
		risc crescut	42.30%	37.10%	39.70%	39.30%	40.20%	
		risc ridicat	36.40%	36.80%	36.60%	35.70%	37.30%	
SUD-EST	Raport talie/înălțime	normal	17.20%	26.70%	21.90%	23.50%	19.90%	
		risc crescut	48.80%	34.20%	41.60%	43.60%	39.70%	
		risc ridicat	34.00%	39.10%	36.50%	32.90%	40.40%	
SUD-MUNTENIA	Raport talie/înălțime	normal	18.40%	26.10%	22.10%	27.40%	18.40%	
		risc crescut	47.60%	37.50%	42.70%	44.20%	41.60%	
		risc ridicat	34.10%	36.40%	35.20%	28.40%	40.00%	
SUD-VEST OLTENIA	Raport talie/înălțime	normal	11.20%	30.50%	20.70%	26.20%	15.90%	
		risc crescut	46.10%	35.20%	40.70%	37.80%	43.00%	
		risc ridicat	42.70%	34.30%	38.60%	36.00%	41.00%	
VEST	Raport talie/înălțime	normal	16.30%	30.30%	23.20%	26.10%	19.30%	
		risc crescut	49.80%	33.60%	41.80%	43.30%	39.80%	
		risc ridicat	34.00%	36.00%	35.00%	30.60%	40.90%	

Anexa nr. 19 Detaliere structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, fumat, gen și mediu de rezidență

Grupe de vârstă			Gen		Total	Mediu de rezidență	
			masculin	feminin		urban	rural
25-29 ani	Fumat	da, zilnic	34.50%	23.30%	29.00%	36.00%	22.60%
		da, ocazional	7.90%	5.90%	6.90%	8.10%	5.30%
		deloc	57.60%	70.80%	64.10%	55.90%	72.10%
30-34 ani	Fumat	da, zilnic	34.90%	24.20%	29.70%	33.20%	25.90%
		da, ocazional	8.20%	4.00%	6.20%	4.90%	7.10%
		deloc	56.80%	71.80%	64.10%	61.80%	66.90%
35-39 ani	Fumat	da, zilnic	27.30%	21.50%	24.50%	27.10%	21.30%
		da, ocazional	7.60%	5.20%	6.40%	5.50%	7.90%
		deloc	65.10%	73.30%	69.10%	67.40%	70.80%
40-44 ani	Fumat	da, zilnic	26.70%	24.00%	25.40%	27.70%	22.90%
		da, ocazional	6.70%	4.60%	5.70%	4.70%	6.80%
		deloc	66.60%	71.40%	68.90%	67.60%	70.30%
45-49 ani	Fumat	da, zilnic	33.20%	17.90%	25.80%	24.40%	27.10%
		da, ocazional	3.70%	5.60%	4.60%	5.90%	3.20%
		deloc	63.10%	76.50%	69.60%	69.70%	69.60%
50-54 ani	Fumat	da, zilnic	25.80%	19.70%	22.80%	26.10%	19.00%
		da, ocazional	6.00%	4.70%	5.40%	6.00%	4.40%
		deloc	68.10%	75.50%	71.80%	67.90%	76.60%
55-59 ani	Fumat	da, zilnic	26.90%	15.40%	21.10%	21.10%	20.70%
		da, ocazional	6.40%	4.20%	5.30%	6.90%	3.40%
		deloc	66.70%	80.30%	73.60%	72.00%	75.90%
60-64 ani	Fumat	da, zilnic	17.90%	11.40%	14.40%	16.60%	11.60%
		da, ocazional	3.90%	4.30%	4.10%	5.10%	2.50%
		deloc	78.20%	84.30%	81.50%	78.30%	85.90%

Anexa nr. 20 Detaliere structură eșantion în funcție de regiunea de dezvoltare, fumat, gen și mediu de rezidență

Regiune de dezvoltare		Gen		Total	Mediu de rezidență	
		masculin	feminin		urban	rural
BUCUREȘTI-ILFOV	Fumat	32.90%	24.80%	28.60%	28.30%	31.00%
	deloc	9.40%	7.50%	8.40%	8.80%	5.70%
CENTRU	Fumat	57.70%	67.70%	63.00%	62.90%	63.20%
	deloc	25.90%	22.70%	24.30%	23.10%	25.70%
NORD-EST	Fumat	4.60%	5.00%	4.80%	6.60%	2.90%
	deloc	69.50%	72.30%	70.90%	70.30%	71.40%
NORD-VEST	Fumat	25.00%	11.10%	18.30%	24.40%	14.10%
	deloc	5.20%	5.30%	5.30%	6.00%	4.50%
SUD-EST	Fumat	69.80%	83.60%	76.40%	69.50%	81.40%
	deloc	22.80%	20.80%	21.80%	26.00%	17.60%
SUD-MUNTENIA	Fumat	7.70%	4.00%	5.90%	6.00%	5.80%
	deloc	69.40%	75.20%	72.30%	68.10%	76.60%
SUD-VEST OLTENIA	Fumat	34.10%	24.80%	29.50%	28.20%	31.00%
	deloc	5.10%	3.80%	4.40%	4.90%	3.90%
VEST	Fumat	60.80%	71.40%	66.00%	66.90%	65.10%
	deloc	30.00%	20.00%	25.10%	28.70%	22.50%
Fumat	Fumat	6.20%	6.90%	6.50%	3.40%	8.70%
	deloc	63.80%	73.10%	68.30%	67.90%	68.80%
deloc	Fumat	26.10%	16.60%	21.40%	20.40%	22.30%
	deloc	5.00%	1.30%	3.20%	2.70%	3.60%
Fumat	Fumat	68.90%	82.10%	75.40%	77.00%	74.10%
	deloc	33.20%	16.00%	24.60%	28.20%	19.90%
deloc	Fumat	5.60%	2.40%	4.00%	4.80%	3.30%
	deloc	61.20%	81.60%	71.40%	66.90%	76.80%

Anexa nr. 21 Detalieri structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, frecvența consumului de alcool, gen și mediu de rezidență

Grupe de vârstă			Gen		Total	Mediu de rezidență	
			masculin	feminin		urban	rural
25-29 ani	Frecvența consumului de alcool	niciodată	22.70%	61.50%	41.60%	38.30%	44.70%
		lunar sau mai rar	44.10%	30.30%	37.40%	35.10%	39.40%
		2-4 ori pe luna	19.20%	6.40%	13.00%	17.10%	8.80%
		2-3 ori pe săptămana 4 sau mai multe ori pe săptămana	12.70%	1.40%	7.20%	8.60%	5.80%
30-34 ani	Frecvența consumului de alcool	niciodată	1.30%		0.70%	0.50%	0.90%
		lunar sau mai rar	17.40%	52.20%	34.30%	31.20%	38.00%
		2-4 ori pe luna	40.30%	38.50%	39.40%	41.80%	36.80%
		2-3 ori pe săptămana 4 sau mai multe ori pe săptămana	20.50%	7.20%	14.00%	17.10%	10.50%
35-39 ani	Frecvența consumului de alcool	niciodată	16.40%	1.80%	9.30%	7.90%	10.50%
		lunar sau mai rar	4.80%		2.50%	1.30%	3.80%
		2-4 ori pe luna	16.40%	49.00%	32.20%	28.90%	36.30%
		2-3 ori pe săptămana 4 sau mai multe ori pe săptămana	36.10%	39.20%	37.60%	40.00%	34.80%
40-44 ani	Frecvența consumului de alcool	niciodată	22.60%	8.30%	15.70%	17.20%	13.90%
		lunar sau mai rar	20.00%	2.80%	11.60%	10.20%	13.10%
		2-4 ori pe luna	4.30%		2.20%	2.80%	1.50%
		2-3 ori pe săptămana 4 sau mai multe ori pe săptămana	16.30%	50.20%	32.70%	29.10%	36.80%
45-49 ani	Frecvența consumului de alcool	niciodată	33.10%	37.80%	35.40%	37.40%	32.90%
		lunar sau mai rar	20.10%	8.00%	14.20%	13.90%	14.80%
		2-4 ori pe luna	21.80%	2.80%	12.60%	14.40%	10.60%
		2-3 ori pe săptămana 4 sau mai multe ori pe săptămana	8.40%	0.90%	4.80%	4.70%	4.80%
45-49 ani	Frecvența consumului de alcool	niciodată	19.70%	53.80%	36.40%	31.20%	41.80%
		lunar sau mai rar	32.10%	33.80%	32.90%	39.00%	26.50%
		2-4 ori pe luna	14.10%	7.10%	10.60%	12.10%	9.10%
		2-3 ori pe săptămana	21.40%	3.20%	12.50%	12.10%	13.20%

50-54 ani	Frecvența consumului de alcool	4 sau mai multe ori pe săptămână	12.10%	2.10%	7.20%	5.30%	9.10%
		niciodată	20.10%	55.50%	37.70%	37.00%	38.60%
		lunar sau mai rar	29.50%	31.80%	30.70%	32.50%	28.70%
		2-4 ori pe luna	16.40%	8.70%	12.60%	14.00%	11.30%
55-59 ani	Frecvența consumului de alcool	2-3 ori pe săptămână	21.90%	2.40%	12.20%	11.00%	13.20%
		4 sau mai multe ori pe săptămână	11.50%	0.80%	6.20%	4.80%	7.70%
		niciodată	16.10%	51.70%	34.30%	32.40%	36.80%
		lunar sau mai rar	35.50%	35.10%	35.30%	36.00%	34.60%
60-64 ani	Frecvența consumului de alcool	2-4 ori pe luna	14.50%	8.10%	11.20%	13.10%	8.70%
		2-3 ori pe săptămână	23.00%	3.10%	12.80%	14.20%	11.30%
		4 sau mai multe ori pe săptămână	10.50%	1.20%	5.70%	4.00%	7.80%
		niciodată	25.40%	57.70%	42.80%	38.90%	47.90%
60-64 ani	Frecvența consumului de alcool	lunar sau mai rar	30.50%	31.00%	30.80%	32.20%	28.90%
		2-4 ori pe luna	12.90%	4.70%	8.50%	9.20%	7.40%
		2-3 ori pe săptămână	19.90%	3.30%	11.00%	10.80%	11.20%
		4 sau mai multe ori pe săptămână	10.50%	2.00%	5.90%	7.60%	3.70%

Anexa nr. 22 Detaliere structură eşantion în funcție de regiunea de dezvoltare, frecvența consumului de alcool, gen și mediu de rezidență

Regiune de dezvoltare		Gen		Total	Mediu de rezidență		
		masculin	feminin		urban	rural	
BUCUREȘTI-ILFOV	Frecvența consumului de alcool	niciodată	13.30%	42.10%	28.60%	28.30%	30.20%
		lunar sau mai rar	39.20%	43.00%	41.20%	41.40%	41.90%
		2-4 ori pe luna	20.60%	9.90%	14.90%	14.80%	16.30%
		2-3 ori pe săptămâna	20.60%	2.20%	10.80%	11.40%	7.00%
		4 sau mai multe ori pe săptămâna	5.90%	2.20%	3.90%	3.70%	4.70%
CENTRU	Frecvența consumului de alcool	niciodată	22.40%	53.60%	37.90%	30.20%	48.00%
		lunar sau mai rar	37.70%	37.80%	37.70%	41.90%	32.10%
		2-4 ori pe luna	17.80%	5.00%	11.40%	14.30%	8.10%
		2-3 ori pe săptămâna	14.60%	1.80%	8.20%	9.50%	6.50%
		4 sau mai multe ori pe săptămâna	6.80%	0.40%	3.60%	2.90%	4.50%
NORD-EST	Frecvența consumului de alcool	niciodată	13.50%	37.90%	25.40%	20.10%	29.00%
		lunar sau mai rar	31.60%	44.80%	38.00%	41.70%	35.50%
		2-4 ori pe luna	20.60%	9.30%	15.10%	18.50%	12.80%
		2-3 ori pe săptămâna	21.60%	5.00%	13.50%	11.10%	15.20%
		4 sau mai multe ori pe săptămâna	12.00%	1.90%	7.10%	7.30%	6.90%
NORD-VEST	Frecvența consumului de alcool	niciodată	26.20%	63.80%	44.90%	43.80%	46.00%
		lunar sau mai rar	33.50%	28.80%	31.20%	28.90%	33.80%
		2-4 ori pe luna	17.50%	5.30%	11.40%	14.00%	9.00%
		2-3 ori pe săptămâna	16.90%	2.20%	9.60%	10.40%	8.40%
		4 sau mai multe ori pe săptămâna	5.50%		2.80%	3.00%	2.60%
SUD-EST	Frecvența consumului de alcool	niciodată	13.50%	55.90%	34.50%	33.80%	35.40%
		lunar sau mai rar	41.60%	35.90%	38.70%	43.00%	34.30%

	Frecvența consumului de alcool	2-4 ori pe luna	11.80%	5.50%	8.70%	11.10%	6.10%
		2-3 ori pe saptamana	20.30%	2.10%	11.30%	9.20%	13.20%
SUD-MUNTENIA	Frecvența consumului de alcool	4 sau mai multe ori pe saptamana	12.80%	0.30%	6.70%	2.60%	10.70%
		niciodată	22.00%	56.40%	38.70%	40.30%	37.80%
		lunar sau mai rar	33.90%	34.10%	34.00%	33.10%	34.50%
		2-4 ori pe luna	16.80%	6.60%	11.80%	10.90%	12.40%
		2-3 ori pe saptamana	18.40%	2.00%	10.40%	10.60%	10.30%
		4 sau mai multe ori pe saptamana	8.10%	0.60%	4.50%	3.80%	4.90%
SUD-VEST OLTENIA	Frecvența consumului de alcool	niciodată	19.50%	68.80%	43.80%	40.30%	46.80%
		lunar sau mai rar	30.30%	17.90%	24.20%	25.70%	22.80%
		2-4 ori pe luna	13.70%	9.00%	11.40%	12.40%	10.40%
		2-3 ori pe saptamana	27.80%	3.40%	15.80%	14.60%	16.80%
VEST	Frecvența consumului de alcool	4 sau mai multe ori pe saptamana	8.30%	0.90%	4.60%	7.10%	2.80%
		niciodată	24.80%	60.30%	42.50%	34.40%	53.30%
		lunar sau mai rar	28.50%	27.60%	28.00%	31.60%	22.80%
		2-4 ori pe luna	21.00%	7.90%	14.50%	15.40%	13.30%
		2-3 ori pe saptamana	21.00%	2.30%	11.70%	15.00%	7.80%
		4 sau mai multe ori pe saptamana	4.20%	0.90%	2.60%	3.20%	1.70%

Anexa nr. 23 Detaliere structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, colesterol total, gen și mediu de rezidență

Grupe de vârstă			Gen		Total	Mediu de rezidență	
			masculin	feminin		urban	rural
25-29 ani	colesterol total	normal (risc scăzut)	72.60%	80.30%	76.30%	76.50%	76.20%
		risc moderat	22.20%	15.10%	18.80%	20.80%	16.70%
30-34 ani	colesterol total	în urmă cu mai mult de 5 ani	5.20%	4.60%	4.90%	2.70%	7.00%
		normal (risc scăzut)	64.20%	80.60%	72.20%	72.70%	71.50%
		risc moderat	24.90%	14.70%	20.00%	18.40%	21.70%
		risc crescut	10.90%	4.70%	7.90%	8.90%	6.70%
35-39 ani	colesterol total	normal (risc scăzut)	55.60%	72.90%	64.00%	64.90%	63.20%
		risc moderat	31.00%	23.30%	27.30%	26.20%	28.60%
		risc crescut	13.40%	3.80%	8.80%	8.90%	8.30%
		normal (risc scăzut)	48.70%	58.80%	53.60%	51.40%	56.00%
40-44 ani	colesterol total	risc moderat	33.90%	30.20%	32.10%	33.10%	31.10%
		risc crescut	17.40%	11.10%	14.30%	15.60%	12.90%
		normal (risc scăzut)	49.60%	53.20%	51.40%	51.30%	51.30%
		risc moderat	33.00%	31.80%	32.40%	33.50%	31.30%
45-49 ani	colesterol total	risc crescut	17.50%	15.00%	16.30%	15.20%	17.40%
		normal (risc scăzut)	46.60%	38.70%	42.70%	40.40%	45.20%
		risc moderat	32.50%	38.20%	35.30%	36.60%	33.90%
		risc crescut	20.90%	23.20%	22.00%	23.10%	20.90%
50-54 ani	colesterol total	normal (risc scăzut)	50.60%	35.90%	43.10%	42.50%	44.00%
		risc moderat	26.50%	39.00%	32.90%	34.50%	30.60%
		risc crescut	22.90%	25.10%	24.00%	22.90%	25.40%
		normal (risc scăzut)	60.70%	46.80%	53.20%	53.20%	52.90%
55-59 ani	colesterol total	risc moderat	25.30%	34.10%	30.00%	29.90%	30.20%
		risc crescut	14.00%	19.10%	16.70%	16.90%	16.90%

Anexa nr. 24 Detalieri structură eşantion în funcție de regiunea de dezvoltare, frecvența consumului de alcool, gen și mediu de rezidență

Regiune de dezvoltare			Gen		Total	Mediu de rezidență	
			masculin	feminin		urban	rural
BUCUREȘTI-ILFOV	colesterol total	normal (risc scăzut)	58.40%	59.90%	59.20%	58.20%	66.70%
		risc moderat	28.70%	26.70%	27.60%	28.60%	21.80%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	12.90%	13.40%	13.20%	13.20%	11.50%
CENTRU	colesterol total	normal (risc scăzut)	52.10%	57.20%	54.60%	52.80%	57.00%
		risc moderat	29.80%	29.90%	29.80%	29.70%	29.90%
		risc crescut	18.10%	12.90%	15.50%	17.40%	13.10%
NORD-EST	colesterol total	normal (risc scăzut)	53.80%	52.80%	53.30%	50.30%	55.40%
		risc moderat	31.20%	31.30%	31.30%	34.40%	29.00%
		risc crescut	15.00%	15.90%	15.40%	15.30%	15.60%
NORD-VEST	colesterol total	normal (risc scăzut)	61.20%	62.40%	61.80%	61.40%	62.20%
		risc moderat	26.50%	28.30%	27.40%	26.00%	28.80%
		risc crescut	12.30%	9.30%	10.80%	12.60%	9.00%
SUD-EST	colesterol total	normal (risc scăzut)	46.60%	53.80%	50.20%	48.50%	52.00%
		risc moderat	32.40%	31.40%	31.90%	34.10%	29.50%
		risc crescut	20.90%	14.80%	17.90%	17.40%	18.50%
SUD-MUNTENIA	colesterol total	normal (risc scăzut)	56.50%	58.00%	57.20%	58.00%	56.80%
		risc moderat	26.20%	28.90%	27.50%	28.70%	26.80%
		risc crescut	17.30%	13.10%	15.30%	13.30%	16.40%
SUD-VEST OLTENIA	colesterol total	normal (risc scăzut)	52.50%	54.20%	53.30%	55.50%	51.40%
		risc moderat	35.10%	29.70%	32.40%	30.40%	34.30%
		risc crescut	12.40%	16.10%	14.20%	14.10%	14.30%
VEST	colesterol total	normal (risc scăzut)	58.90%	57.30%	58.10%	55.90%	61.10%
		risc moderat	24.30%	26.30%	25.30%	27.10%	22.80%
		risc crescut	16.80%	16.40%	16.60%	17.00%	16.10%

Anexa nr. 25 Detaliere structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, nivel HDL, gen și mediu de rezidență

Grupe de vârstă			Gen		Total	Mediu de rezidență	
			masculin	feminin		urban	rural
25-29 ani	HDL	normal (risc scăzut)	8.30%	32.90%	20.30%	19.40%	21.10%
		risc moderat	58.70%	54.80%	56.80%	58.10%	55.50%
30-34 ani	HDL	în urmă cu mai mult de 5 ani	33.00%	12.30%	22.90%	22.50%	23.30%
		normal (risc scăzut)	8.50%	27.10%	17.50%	17.40%	17.70%
35-39 ani	HDL	risc moderat	55.30%	60.60%	57.90%	57.20%	58.60%
		risc crescut	36.20%	12.30%	24.60%	25.30%	23.70%
40-44 ani	HDL	normal (risc scăzut)	9.50%	30.90%	19.90%	21.20%	18.30%
		risc moderat	53.40%	59.00%	56.20%	55.70%	56.70%
45-49 ani	HDL	risc crescut	37.00%	10.10%	23.90%	23.10%	25.00%
		normal (risc scăzut)	11.00%	32.80%	21.60%	24.10%	19.10%
50-54 ani	HDL	risc moderat	55.20%	53.70%	54.50%	54.00%	55.00%
		risc crescut	33.70%	13.50%	23.90%	21.90%	25.90%
55-59 ani	HDL	normal (risc scăzut)	14.40%	32.90%	23.50%	25.00%	21.90%
		risc moderat	54.20%	54.40%	54.30%	49.40%	59.50%
60-64 ani	HDL	risc crescut	31.40%	12.60%	22.20%	25.60%	18.60%
		normal (risc scăzut)	13.60%	32.10%	22.80%	22.80%	23.10%
55-59 ani	HDL	risc moderat	53.30%	58.20%	55.70%	56.00%	55.10%
		risc crescut	33.20%	9.70%	21.50%	21.20%	21.80%
60-64 ani	HDL	normal (risc scăzut)	12.10%	30.20%	21.30%	22.20%	19.90%
		risc moderat	60.50%	58.50%	59.50%	59.30%	59.70%
60-64 ani	HDL	risc crescut	27.40%	11.20%	19.20%	18.50%	20.30%
		normal (risc scăzut)	14.00%	26.80%	20.90%	22.20%	19.40%
60-64 ani	HDL	risc moderat	51.40%	58.20%	55.00%	51.10%	59.90%
		risc crescut	34.60%	15.10%	24.10%	26.70%	20.70%

Anexa nr. 26 Detaliere structură eşantion în funcție de regiunea de dezvoltare, nivelul HDL, gen și mediu de rezidență

Regiune de dezvoltare			Gen		Total	Mediu de rezidență	
			masculin	feminin		urban	rural
BUCUREȘTI-ILFOV	HDL	normal (risc scăzut)	8.10%	34.50%	22.10%	23.50%	14.80%
		risc moderat	57.20%	55.30%	56.20%	56.50%	53.40%
		în urmă cu mai mult de 5 ani	34.70%	10.20%	21.70%	20.00%	31.80%
CENTRU	HDL	normal (risc scăzut)	8.50%	29.10%	18.80%	18.40%	19.50%
		risc moderat	56.40%	55.00%	55.70%	55.40%	55.70%
		risc crescut	35.10%	15.80%	25.50%	26.30%	24.80%
NORD-EST	HDL	normal (risc scăzut)	17.50%	32.40%	24.70%	20.30%	27.70%
		risc moderat	52.50%	57.00%	54.70%	55.90%	53.90%
		risc crescut	30.00%	10.60%	20.60%	23.80%	18.40%
NORD-VEST	HDL	normal (risc scăzut)	11.10%	25.10%	18.10%	21.50%	14.50%
		risc moderat	49.40%	57.60%	53.50%	48.70%	58.50%
		risc crescut	39.50%	17.30%	28.40%	29.90%	27.00%
SUD-EST	HDL	normal (risc scăzut)	17.90%	29.00%	23.40%	24.90%	21.40%
		risc moderat	52.00%	60.30%	56.10%	55.10%	57.70%
		risc crescut	30.10%	10.70%	20.50%	20.00%	21.00%
SUD-MUNTENIA	HDL	normal (risc scăzut)	10.20%	30.00%	19.80%	23.30%	17.40%
		risc moderat	57.10%	57.70%	57.40%	53.80%	60.10%
		risc crescut	32.60%	12.30%	22.70%	22.90%	22.50%
SUD-VEST OLTENIA	HDL	normal (risc scăzut)	7.50%	32.30%	19.70%	23.30%	16.40%
		risc moderat	62.70%	58.30%	60.50%	57.30%	63.20%
		risc crescut	29.90%	9.40%	19.70%	19.40%	20.40%
VEST	HDL	normal (risc scăzut)	8.80%	35.70%	22.20%	20.70%	24.30%
		risc moderat	54.90%	55.90%	55.40%	56.10%	54.10%
		risc crescut	36.30%	8.50%	22.40%	23.20%	21.50%

Anexa nr. 27 Detaliere structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, nivelul de hemoglobină glicozilată, gen și mediu de rezidență

Grupe de vârstă			Gen		Total	Mediu de rezidență	
			masculin	feminin		urban	rural
25-29 ani	Hemoglobina glicozilată	normal	84.10%	83.60%	83.80%	85.00%	82.60%
		risc crescut de a dezvolta diabet zaharat	15.90%	16.40%	16.20%	15.00%	17.40%
30-34 ani	Hemoglobina glicozilată	normal	71.30%	82.70%	77.00%	78.10%	75.60%
		risc crescut de a dezvolta diabet zaharat	28.30%	17.30%	22.90%	21.60%	24.40%
35-39 ani	Hemoglobina glicozilată	normal	66.30%	79.00%	72.70%	75.00%	69.60%
		risc crescut de a dezvolta diabet zaharat	33.70%	20.60%	27.20%	24.70%	30.00%
40-44 ani	Hemoglobina glicozilată	normal	58.40%	71.80%	65.00%	65.20%	64.70%
		risc crescut de a dezvolta diabet zaharat	41.60%	28.20%	35.00%	34.80%	35.30%
45-49 ani	Hemoglobina glicozilată	normal	56.20%	60.10%	58.20%	59.40%	56.70%
		risc crescut de a dezvolta diabet zaharat	43.10%	39.20%	41.10%	39.90%	42.60%
50-54 ani	Hemoglobina glicozilată	normal	46.20%	36.40%	41.20%	43.00%	39.20%
		risc crescut de a dezvolta diabet zaharat	53.10%	63.60%	58.50%	57.00%	60.10%
55-59 ani	Hemoglobina glicozilată	normal	40.90%	35.40%	38.10%	40.30%	35.60%
		risc crescut de a dezvolta diabet zaharat	58.50%	63.60%	61.20%	58.80%	63.80%
60-64 ani	Hemoglobina glicozilată	normal	31.50%	31.80%	31.60%	29.90%	34.10%
		risc crescut de a dezvolta diabet zaharat	66.90%	67.80%	67.40%	69.30%	65.40%
		diabet zaharat	1.70%	0.40%	1.00%	0.90%	0.60%

Anexa nr. 28 Detalieri structură eşantion în funcție de regiunea de dezvoltare, nivelul hemoglobinei glicozilate, gen și mediu de rezidență

Regiune de dezvoltare			Gen		Total	Mediu de rezidență	
			masculin	feminin		urban	rural
BUCUREȘTI-ILFOV	Hemoglobina glicozilată	normal	56.60%	63.40%	60.30%	62.40%	47.40%
		risc crescut de a dezvolta diabet zaharat	43.00%	35.90%	39.10%	36.90%	52.60%
		diabet zaharat	0.40%	0.70%	0.60%	0.60%	
CENTRU	Hemoglobina glicozilată	normal	54.10%	57.10%	55.70%	53.50%	58.70%
		risc crescut de a dezvolta diabet zaharat	45.90%	42.40%	44.10%	46.20%	41.30%
		diabet zaharat	0.40%	0.40%	0.20%	0.40%	
NORD-EST	Hemoglobina glicozilată	normal	60.80%	65.40%	63.00%	59.90%	65.10%
		risc crescut de a dezvolta diabet zaharat	39.00%	34.10%	36.60%	39.70%	34.70%
		diabet zaharat	0.30%	0.60%	0.40%	0.30%	0.20%
NORD-VEST	Hemoglobina glicozilată	normal	47.30%	53.80%	50.60%	55.40%	45.20%
		risc crescut de a dezvolta diabet zaharat	51.90%	45.90%	48.90%	43.50%	54.80%
		diabet zaharat	0.80%	0.40%	0.60%	1.10%	
SUD-EST	Hemoglobina glicozilată	normal	55.50%	56.70%	56.10%	59.20%	52.60%
		risc crescut de a dezvolta diabet zaharat	42.90%	43.30%	43.10%	40.40%	45.70%
		diabet zaharat	1.60%	1.60%	0.80%	0.40%	1.60%
SUD-MUNTENIA	Hemoglobina glicozilată	normal	66.10%	57.90%	61.90%	64.30%	59.90%
		risc crescut de a dezvolta diabet zaharat	33.90%	42.10%	38.10%	35.70%	40.10%
		diabet zaharat					
SUD-VEST OLTENIA	Hemoglobina glicozilată	normal	70.00%	68.60%	69.30%	70.30%	68.30%
		risc crescut de a dezvolta diabet zaharat	29.60%	31.40%	30.50%	29.70%	31.20%
		diabet zaharat	0.50%	0.20%	0.20%		0.40%
VEST	Hemoglobina glicozilată	normal	48.60%	56.10%	52.50%	53.10%	51.70%
		risc crescut de a dezvolta diabet zaharat	51.40%	43.90%	47.50%	46.90%	48.30%
		diabet zaharat					

Anexa nr. 29 Detaliere structură eşantion în funcție de grupă de vârstă, nivelul de vitamin D, gen și mediu de rezidență

Grupe de vârstă			Gen		Total	Mediu de rezidență	
			masculin	feminin		urban	rural
25-29 ani	vitamina D	deficientă	26.60%	31.10%	28.80%	29.70%	27.90%
		insuficientă	43.70%	42.50%	43.10%	45.90%	40.30%
30-34 ani	vitamina D	suficientă	29.70%	26.50%	28.10%	24.30%	31.90%
		deficientă	19.20%	27.00%	23.00%	27.60%	17.70%
		insuficientă	43.80%	48.90%	46.30%	45.10%	47.40%
		risc crescut	37.00%	24.10%	30.70%	27.30%	35.00%
35-39 ani	vitamina D	deficientă	22.30%	25.30%	23.80%	23.60%	24.00%
		insuficientă	37.70%	49.30%	43.30%	42.90%	43.80%
		risc crescut	40.00%	25.30%	32.90%	33.40%	32.20%
40-44 ani	vitamina D	deficientă	17.40%	30.20%	23.60%	24.10%	23.00%
		insuficientă	49.30%	45.80%	47.60%	47.40%	47.90%
45-49 ani	vitamina D	risc crescut	33.30%	24.00%	28.80%	28.50%	29.10%
		deficientă	18.10%	31.30%	24.50%	27.00%	22.10%
		insuficientă	41.50%	47.20%	44.30%	43.10%	45.40%
		risc crescut	40.40%	21.50%	31.20%	29.90%	32.40%
50-54 ani	vitamina D	deficientă	20.40%	29.50%	24.90%	25.60%	24.00%
		insuficientă	41.30%	45.50%	43.40%	42.10%	44.80%
		risc crescut	38.40%	25.00%	31.70%	32.30%	31.20%
55-59 ani	vitamina D	deficientă	16.90%	29.10%	23.10%	26.60%	19.00%
		insuficientă	40.70%	46.10%	43.50%	40.90%	46.80%
60-64 ani	vitamina D	risc crescut	42.30%	24.80%	33.40%	32.50%	34.20%
		deficientă	22.70%	31.40%	27.40%	29.90%	24.40%
		insuficientă	41.80%	42.80%	42.30%	40.80%	44.20%
		risc crescut	35.50%	25.80%	30.30%	29.30%	31.40%

Anexa nr. 30 Detaliere structură eșantion în funcție de regiunea de dezvoltare, nivelul de vitamină D, gen și mediu de rezidență

Regiune de dezvoltare		Gen		Total	Mediu de rezidență		
		masculin	feminin		urban	rural	
BUCUREȘTI-ILFOV	vitamina D	deficientă	13.70%	21.40%	17.80%	19.20%	9.30%
		insuficientă	37.90%	42.90%	40.50%	39.00%	48.80%
		suficientă	48.40%	35.70%	41.70%	41.70%	41.90%
CENTRU	vitamina D	deficientă	23.80%	32.40%	28.00%	26.00%	30.70%
		insuficientă	39.70%	45.30%	42.50%	41.30%	44.30%
		risc crescut	36.50%	22.30%	29.50%	32.70%	25.00%
NORD-EST	vitamina D	deficientă	31.10%	39.30%	35.10%	41.20%	30.80%
		insuficientă	40.40%	44.30%	42.30%	41.50%	43.00%
		risc crescut	28.60%	16.40%	22.70%	17.30%	26.20%
NORD-VEST	vitamina D	deficientă	19.10%	27.20%	23.20%	26.90%	19.00%
		insuficientă	40.40%	47.70%	44.00%	43.60%	44.70%
		risc crescut	40.40%	25.10%	32.80%	29.60%	36.30%
SUD-EST	vitamina D	deficientă	21.60%	31.40%	26.50%	34.10%	18.10%
		insuficientă	45.30%	47.60%	46.40%	44.60%	48.40%
		risc crescut	33.10%	21.00%	27.10%	21.30%	33.50%
SUD-MUNTENIA	vitamina D	deficientă	17.60%	27.50%	22.40%	24.30%	20.90%
		insuficientă	44.10%	47.90%	45.90%	46.90%	45.30%
		risc crescut	38.40%	24.60%	31.70%	28.80%	33.80%
SUD-VEST OLTENIA	vitamina D	deficientă	13.70%	19.90%	16.80%	18.50%	15.10%
		insuficientă	46.50%	53.40%	49.90%	52.90%	47.00%
		risc crescut	39.80%	26.70%	33.30%	28.60%	37.80%
VEST	vitamina D	deficientă	15.90%	34.30%	25.10%	24.30%	26.00%
		insuficientă	48.60%	39.90%	44.30%	44.50%	44.20%
		risc crescut	35.50%	25.80%	30.70%	31.20%	29.80%

