

Stimularea schimbărilor de comportament în domeniul sănătății pentru a reduce riscul cardiovascular în asistența medicală primară

Christi Deaton¹, Paul Aveyard², Monika Hollander³, Judith R. Brouwer⁴, FD Richard Hobbs⁵, on behalf of EPCCS Board

Affiliations

1. University of Cambridge School of Clinical Medicine, Cambridge University Hospitals, United Kingdom
2. Behavioural Medicine, Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford, OX2 6GG, United Kingdom
3. Julius Center for Health Sciences and Primary Care, UMC Utrecht, Universiteitsweg 100, 3584 CG, Utrecht, The Netherlands,
4. Medcon International, PO Box 916, 2003 RX HAARLEM, The Netherlands
5. Nuffield Department of Primary Care Health Sciences, Radcliffe Primary Care Building, University of Oxford, OX2 6GG, United Kingdom

Rezumat

Stilul de viață contribuie în mod esențial la prevenirea morbidității și mortalității. O dietă nesănătoasă, un stil de viață inactiv, consumul excesiv de alcool și / sau fumatul determină un risc crescut de apariție a diabetului zaharat de tip 2 și / sau a bolilor cardiovasculare. Sunt necesare schimbări în comportamentul din domeniul sănătății pentru a reduce atât riscul individual de îmbolnăvire, cât și pentru a reduce costurile sociale asociate. Cei mai în măsură să observe care dintre intervențiile în stilul de viață ar putea fi benefice pentru individ sunt specialiștii din domeniul asistenței medicale primare, însă este posibil ca ei să nu știe întotdeauna cum anume pot stimula schimbarea comportamentului în domeniul sănătății la pacienții lor. Pe parcursul a două reuniuni anuale ale Societății Europene pentru Asistența Medicală Primară în domeniul Cardiologiei (EPCCS), au fost revizuite dovezile asupra eficienței diferitelor metode de stimulare a modificărilor comportamentale și au fost stabilite orientări privind strategiile eficiente. Acest document evidențiază dovezile prezentate asupra ingredientelor strategiilor de succes în schimbarea comportamentului și a tehnicilor de comunicare motivațională, precum și care dintre comportamentele de risc cardiovascular și care dintre finalitățile clinice pot fi îmbunătățite prin diferite tipuri de strategii. Acest document are ca scop furnizarea unui ghid practic adresat medicilor de familie și altor profesioniști din domeniul asistenței medicale primare, pentru a determina pacienții să își îmbunătățească comportamentul în domeniul stilului de viață. În timpul reuniunilor EPCCS, s-au identificat lacune în baza de cunoștințe, care au fost formulate, în acest document, ca recomandări pentru cercetări viitoare. În plus, se discută contribuția potențială sau responsabilitatea medicilor de familie la măsurile din domeniul social și al politicilor de sănătate.

Cuprins

Introducere	1	Comportamentul automat ca țintă	4
Recomandările de ghid pentru stimularea schimbărilor de comportament în domeniul sănătății	2	Atitudinea profesionistului din asistența primară	5
Metode de screening	2	Care sunt dovezile asupra metodelor eficiente?	5
Evaluarea riscului	2	Dovezi din studii care evaluează strategiile de îmbunătățire a comportamentelor specifice cu risc cardiovascular	8
Rolul medicului de familie în prevenția bolilor cardiovasculare	2	Renunțarea la fumat	8
Stiluri eficiente de comunicare	3	Încurajarea activității fizice	8
Cum se începe conversația?	3	Reducerea consumului de alcool	9
Ar trebui să existe un motiv medical pentru a consilia asupra stilului de viață?	3	Reducerea greutății corporale	9
Perspectiva pacientului	3	Interviul motivațional	9
Ingredientele tehnicilor de succes în schimbarea comportamentală	4	Pregătirea profesioniștilor din domeniul medical pentru consilierea în direcția schimbării comportamentale	10
Stabilirea obiectivelor	4	Strategii pentru promovarea comportamentului sănătos la nivelul societății	10
Automonitorizarea	4	Concluzie	11
Implicarea altora	4	Recomandări pentru cercetări viitoare	11
		Bibliografie	13

Introducere

Stilul de viață contribuie în mod esențial la prevenirea morbidității și mortalității. De exemplu, o dietă nesănătoasă, un stil de viață inactiv, consumul excesiv de alcool sau fumatul expun individul la riscul de a dezvolta diabet zaharat de tip 2 și/sau boli cardiovasculare. Îmbolnăvirea cauzată de însușirea inadecvată a comportamentelor sănătoase determină costuri mari pentru societate. În consecință, este evident că sunt necesare schimbări ale stilului de viață pentru a scădea riscul de boală al unui individ, dar nu este mereu foarte clar cum se poate ajunge la aceste schimbări. Specialiștii din asistența medicală

primară se află într-o poziție privilegiată pentru a observa care dintre intervențiile asupra stilului de viață pot fi benefice individului. Se poate însă ca timpul alocat discuțiilor despre comportamentul legat de sănătate și consecințele acestuia să fie limitat. În plus, medicii de familie pot să ezite să deschidă acest subiect, din teama de a nu interveni intruziv în viața pacienților. În cadrul celui de-al 8-lea Masterclass Clinic¹ organizat de Societatea Europeană pentru Asistența Medicală Primară în domeniul Cardiologiei, care a avut loc în Praga, Republica Cehă, în anul 2015 și la Întrunirea Anuală a Medicilor de Familie în cadrul EPCCS din Dublin, Irlanda, din anul 2017, s-a discutat

despre baza de dovezi privind eficiența diferitelor metode de a stimula schimbarea comportamentului pentru sănătate și au fost elaborate orientări privind strategiile eficiente. În plus, au fost identificate lacune în baza de cunoștințe, care au fost formulate, în acest document, ca recomandări pentru cercetări viitoare. Acest document evidențiază dovezile prezentate despre ceea ce poate fi realizat în cabinetul de consultație și rezumă discuțiile și concluziile de la întâlnirile EPCCS, în încercarea de a ghida medicii din asistența medicală primară din Europa pentru a-și îmbunătăți sprijinul pentru pacienți, cu scopul de a obține un comportament mai sănătos.

Recomandările de ghid pentru stimularea schimbărilor de comportament în domeniul sănătății

Ghidul European de Prevenție a Bolilor Cardiovasculare în Practica Clinică al Societății Europene de Cardiologie (ESC) din 2016 (1) definește prevenirea bolilor cardiovasculare ca fiind un set de acțiuni coordonate la nivelul populației sau direcționate către individ, cu scopul de a elimina sau minimiza impactul bolilor cardiovasculare și a dizabilităților conexe. Majoritatea țărilor cu venituri ridicate au înregistrat un declin puternic al ratelor de mortalitate din anii 1980, care poate fi în mare parte atribuit măsurilor de prevenție. Unii factori de risc, în special obezitatea și diabetul zaharat tip 2, au prezentat totuși o creștere. Morbiditatea și mortalitatea cardiovasculară încă existente nu sunt doar rezultatul factorilor de risc predominanți; este de asemenea îngrijorătoare implementarea necorespunzătoare a măsurilor de prevenție (1). Se estimează că în cazul în care comportamentele de risc pentru sănătate ar fi eliminate, ar fi posibil să se prevină cel puțin 80% din bolile cardiovasculare (2).

Metode de screening

Cele mai multe ghiduri recomandă o combinație de screening oportunist cu un screening sistematic. Este cel mai eficient, din punct de vedere al costului, să ne concentrăm asupra persoanelor cu risc cardiovascular crescut sau cu boli cardiovasculare instalate. Medicii de familie se află într-o poziție foarte importantă pentru a putea identifica indivizii fără istoric de boală cardiovasculară, dar care sunt expuși riscului de boală cardiovasculară. Deși dovezile privind eficacitatea sunt limitate, Ghidul European de Prevenție a Bolilor Cardiovasculare în Practica Clinică al Societății Europene de Cardiologie (ESC) din 2016 recomandă o abordare sistematică a evaluării riscului cardiovascular la populația cu cel mai mare risc, de exemplu la cei cu antecedente familiale de boli cardiovasculare. Evaluarea riscului cardiovascular la bărbați sub 40 de ani și la femei sub 50 de ani nu este recomandată (1).

Evaluarea riscului

Conform Ghidului Societății Europene de Cardiologie din anul 2016, evaluarea riscului ar trebui să se repete, de exemplu, la fiecare cinci ani. Riscul poate fi evaluat cu ajutorul diagramei SCORE, care estimează riscul de boală cardiovasculară fatală în următorii 10 ani, sau cu ajutorul unui sistem de estimare a riscului validat local. Riscul pe termen scurt este determinat în cea mai mare măsură de vârstă. De aceea, tinerii, în special

femeile, rareori ating pragurile de tratament. De fapt, la tineri, un risc absolut scăzut la 10 ani poate ascunde un risc relativ foarte ridicat, care să necesite consiliere privind stilul de viață. Modalitățile de comunicare a acestui risc includ folosirea unei diagrame de risc relativ, sau prezentarea riscului pe durata vieții sau a vârstei de risc. Modele predictive de risc identifică indivizii cu risc înalt atât pe termen scurt, cât și pe termen lung. În prezent, lipsesc dovezile adecvate privind utilizarea riscului pe durata vieții și categoriile de risc semnificativ în deciziile de tratament. Prin urmare, nu se formulează 4 recomandări pentru utilizarea sa, dar Ghidul ESC admite că ar putea servi ca instrument de comunicare în conversațiile cu cei cu risc relativ mare, dar cu risc absolut scăzut (1). La această populație, poate fi de ajutor discuția despre vârsta de risc, deoarece ilustrează probabilitatea de reducere a speranței de viață dacă nu sunt adoptate măsurile de prevenție (3).

Rolul medicului de familie în prevenția bolilor cardiovasculare

Ghidul Societății Europene de Cardiologie din anul 2016 (1) specifică faptul că prevenirea bolilor cardiovasculare ar trebui să se desfășoare în toate compartimentele de îngrijire a sănătății, inclusiv în asistența medicală primară, și subliniază importanța medicilor de familie care realizează > 90% din consultările pacienților în majoritatea țărilor. În consecință, asistența medicală primară are un rol vital în asigurarea implementării măsurilor adecvate de prevenție. Medicul de familie este cea mai importantă persoană care trebuie să inițieze, să coordoneze și să furnizeze urmărirea pe termen lung a prevenirii bolilor cardiovasculare. Lucrătorii din asistența medicală primară, care includ medicii generalişti și celălalt personal medical, cum ar fi asistenții medicali, sunt bine poziționați pentru a putea identifica pacienții care ar putea fi expuși riscului și să evalueze eligibilitatea acestora pentru intervenție pe baza profilului lor de risc.

Aceste ghiduri sunt unice prin faptul că pledează pentru abordări atât individuale (țintind persoanele cu risc crescut), cât și intervenții la nivel populațional, bazate pe dovezi. Ghidul subliniază faptul că prevenția bolilor cardiovasculare ar trebui prețuită și implementată la toate nivelurile societății și în toate compartimentele de îngrijire a sănătății. Aceasta ar trebui să includă creșterea cheltuielilor cu prevenirea în domeniul asistenței medicale și a acțiunilor care să inducă o mai bună stare de sănătate în comunitate. Toți clinicienii ar trebui să considere prevenția și promovarea unui stil de viață sănătos ca o responsabilitate profesională și ar trebui să sprijine politicile care promovează sănătatea. Pacienții trebuie să fie capacitați și să primească cunoștințe și sprijin pentru a putea lua decizii informate și pentru a solicita eforturi susținute de prevenție din partea grupurilor de asistență medicală și a societății. Conștientizarea stării lor de sănătate de către pacienți și a opțiunilor de îmbunătățire a acesteia întărește realizarea faptului că ei înșiși au responsabilitatea de a avea un stil de viață sănătos.

Adresându-se riscului individual la pacienți, ghidul recomandă metode comportamentale cognitive și sprijinirea persoanelor în vederea adoptării unui stil de viață sănătos. Strategiile cognitive comportamentale deja stabilite, cum ar fi interviuarea motivantă (4) și implicarea echipei multidisciplinare de profesioniști din domeniul sănătății (de exemplu, asistenți medicali, dieteticieni, psihologi) (5, 6), au primit o recomandare

de clasa I nivel A, indicând faptul că dovezi solide, rezultate din mai multe studii randomizate controlate (RCT) sau meta-analize, au arătat că intervenția este benefică, utilă sau eficientă. În plus, o altă recomandare de clasa I nivel A precizează că, în cazul persoanelor cu risc foarte mare, sunt benefice intervențiile multimodale, care integrează resursele medicale cu educația privind stilul de viață sănătos, activitatea fizică, managementul stresului și consilierea privind riscul psiho-social (6, 7). Întrădevăr, dacă o persoană este deprimată sau trăiește în situații sociale defavorizate, poate să nu se simtă pregătită pentru schimbarea comportamentului. Deși nu este ușor să abordăm toate aceste aspecte, trebuie subliniat faptul că eforturile de a acorda asistență pacienților pentru îmbunătățirea stilului lor de viață nu sunt niciodată irosite. Pe termen lung, schimbări mici de comportament pot avea un efect pozitiv, iar pași mici, multipli, dar pe termen lung, se pot acumula în beneficii mari.

Stiluri eficiente de comunicare

Mulți indivizi sunt conștienți de faptul că ar fi bine să schimbe aspecte legate de stilul lor de viață, și mulți chiar ar dori să o facă. Ei ar putea fi motivați să-și îmbunătățească obiceiurile. Dar practica arată că să dorești ceva, și chiar să fii motivat, adesea nu este suficient. De multe ori, factori individuali și factori de mediu multipli stau în calea adoptării unui stil de viață sănătos și a renunțării la anumite modele de comportament. Interacțiunea prietenoasă și constructivă dintre profesionistul din asistența medicală primară și pacient poate ajuta pacientul să facă față bolii și să adere la stilul de viață recomandat. Consilierea individualizată reprezintă o bază pentru motivarea și angajamentul față de schimbările de comportament.

Ghidul ESC formulează o listă a principiilor eficiente de comunicare, printre care, petrecerea unui timp suficient cu pacientul pentru a crea o relație terapeutică, ca și importanța recunoașterii viziunii pacientului asupra bolii precum și a îngrijorărilor și preocupărilor sale. Asigurați-vă că pacienții vă înțeleg sfaturile și vorbiți-le în propriul limbaj. Este important ca pacientul să vadă că înțelegem faptul că schimbarea obiceiurilor de o viață poate fi dificilă și că o schimbare treptată și susținută este adesea mai de durată decât o schimbare rapidă a comportamentului (1).

În plus, se oferă o listă de zece pași strategici pentru a facilita schimbarea comportamentului (7). Profesiștii din asistența medicală primară trebuie să dezvolte o alianță terapeutică și să consilieze toți indivizii la risc sau cu boli cardiovasculare manifeste. Indivizii ar trebui să fie consiliați să înțeleagă relația dintre comportamentul lor și sănătatea lor. Ajutați persoanele să evalueze barierele potențiale aflate în calea schimbării comportamentale și adresați-vă, de exemplu, factorilor de risc psihosociali, cum ar fi stresul sau izolarea socială, în sesiuni personalizate individuale sau de grup. Este bine să întrebăm pacienții pe ce anume ar vrea să se concentreze mai întâi și să obținem angajamente ferme de la pacienți pentru a crea responsabilitatea propriei schimbări de comportament. Utilizați o combinație de strategii, inclusiv încurajarea capacității individului de a se schimba. Trebuie dezvoltat un plan asupra schimbării stilului de viață, care să combine obiectivele realiste cu auto-monitorizarea comportamentului ales (5). Și alți profesioniști din asistența medicală, cum ar fi dieteticienii,

fizioterapeuții, profesioniștii din domeniul sănătății mintale, asistenții sociali și psihologii, ar trebui să fie implicați de câte ori este posibil, iar progresele înregistrate ar trebui monitorizate prin urmărire directă (7).

Câțiva factori individuali (motivație, obiceiuri, resurse) și factori contextuali (condiții date, oportunități și costuri) afectează probabilitatea ca o persoană să se comporte într-un anumit mod. Comportamentul potențial, și anume probabilitatea de a adopta un anumit răspuns într-un anumit context, după o schimbare inițială comportamentală, variază în timp și în context. Adoptarea noului comportament poate implica abateri ocazionale, urmate din nou de reluarea comportamentului sănătos, înainte ca acesta să devină un comportament sustenabil (8). Este util ca individul să fie pregătit pentru eventualele abateri viitoare. O relație bună medic-pacient cu urmărire pe termen lung poate ajuta persoana să revină la noul comportament în cazul în care survine o abatere.

Cum se începe conversația?

Ar trebui să existe un motiv medical pentru a consilia asupra stilului de viață?

Mulți medici cred că cel mai bun moment pentru a da sfaturi, spre exemplu pentru încetarea fumatului, este atunci când pacientul se prezintă pentru o problemă de sănătate legată de fumat (9,10). Această opinie nu este totuși susținută de dovezi privind factorii de predicție pentru încetarea fumatului ca urmare a consilierii de către medic (11). Dimpotrivă, unele dovezi sugerează că pacienții ar putea să fie iritați atunci când sfaturile sunt legate de problema medicală curentă, deoarece ar putea fi interpretate ca o învinovățire pentru boală (12).

De aceea, lipsa unui motiv medical pentru a începe conversația nu trebuie să fie o barieră. O revizuire sistematică a studiilor și o meta-analiză au evaluat atât sfatul minimal în legătură cu încetarea fumatului, cât și oferirea de substituenți ai nicotinei fumătorilor care nu au fost selectați pe baza motivației de a se lăsa de fumat. Datele provenind din 13 studii au arătat că oferirea suportului comportamental a avut un efect mai mare pe pacienții care încearcă să renunțe la fumat (RR: 2.17, 95%CI: 1.52-3.11) decât oferirea sfatului minimal de a renunța la fumat pe baze medicale (RR:1.24, 95%CI: 1.16-1.33) și decât oferirea terapiei cu substituenți ai nicotinei (RR: 1.68, 95%CI: 1.48-1.89), toate comparativ cu oferirea niciunui sfat. Repetarea tentativelor de încetare a fumatului nu a avut ca rezultat obținerea unui grad mai înalt de abținere. Studiile incluse au arătat creșterea numărului de tentative de a renunța la fumat după oferirea suportului comportamental sau a terapiei cu substituenți ai nicotinei, dar nu au evaluat disponibilitatea de a renunța la fumat anterior oferirii asistenței. În consecință, autorii au ajuns la concluzia că suportul pentru încetarea fumatului ar trebui oferit în mod constant, deoarece evaluarea anterioară a disponibilității de a renunța la fumat ar putea pierde unii pacienți care ar fi acceptat oferta directă de asistență (13).

Perspectiva pacientului

Un trial a evaluat eficiența oferirii oportunității de a participa la un grup de management al greutateii pentru pacienții obezi, ca și percepția lor asupra caracterului adecvat al unei asemenea

intervenții (14). Din 2728 de pacienți potențial eligibili, 1882 au fost eligibili și randomizați în unul din cele două grupuri de intervenție de 30 de secunde. În cadrul intervenției active, pacienților li s-a făcut o trimitere către un grup de management al greutateții. Dacă această ofertă a fost acceptată, medicul s-a asigurat că s-a făcut o programare și că s-a oferit urmărirea cazului. În cadrul intervenției de control, medicul a consiliat pacientul referitor la faptul că sănătatea lui ar beneficia de scăderea greutateții. Acest lucru a fost acceptat de 722 (77%) indivizi din grupul activ de intervenție și de 379 (40%) dintre cei care au participat la grupul de management al greutateții, în comparație cu 82 (9%) indivizi care au fost randomizați în cadrul intervenției de control. În medie, s-a constatat o schimbare a greutateții de 2.43 kg la 12 luni în grupul de intervenție de suport și de 1.08 kg în grupul de intervenție cu consiliere (diferența ajustată: 1.43, 95%CI: 0.89- 1.97). Proportia de participanți care au pierdut cel puțin 5% sau 10% din greutatea corpului la 12 luni a fost aproximativ de două ori mai mare la cei cu suport comparativ cu cei cu intervenția prin consiliere (5% din greutatea corpului: 25% vs.14% , respectiv 10% din greutatea corporală: 12% vs. 6%). Când li s-a cerut părerea despre faptul că atunci când au venit la consultație pentru un alt motiv, medicul s-a ocupat de greutatea lor, 1530 (81%) participanți au considerat că a fost o intervenție adecvată și utilă. 4 (<1%) pacienți au considerat că intervenția a fost inadecvată și inutilă. Evaluările participanților în privința adecvării și utilității intervențiilor scurte nu au fost în mod semnificativ diferite între cele două grupuri. Deși medicii de familie ar putea să fie preocupați de a nu ofensa pacienții discutând despre greutatea lor, acest studiu arată că, atunci când abordarea este făcută într-un mod constructiv și util, ea este percepută ca o intervenție pozitivă și este eficientă (14).

Ingredientele tehnicilor de succes în schimbarea comportamentală

În toate tehnicile comportamentale cognitive eficiente, denumite și intervenții psihoeducaționale sau tehnici de schimbare comportamentală, focusarea se face asupra schimbării modului în care pacientul se raportează la el însuși, asupra comportamentelor și circumstanțelor, și asupra modului în care el și-ar putea modifica stilul de viață. Eforturile de cercetare evaluează eficiența tehnicilor de schimbare comportamentală, dar există puține raportări asupra acestor procese complexe, cu variații foarte mari în folosirea terminologiei, îngreunând astfel replicarea. Eforturile de a îmbunătăți această situație și de a întări sinteza de dovezi și dezvoltarea intervențiilor includ stabilirea unei taxonomii a tehnicilor de schimbare comportamentală. Taxonomiile pot servi ca instrument metodologic util în cercetare, având ca scop caracterizarea componentelor active ale intervențiilor cu precizie și specificitate (16).

Stabilirea obiectivelor

Strategiile comportamentale - cognitive ar trebui să fie integrate în viața zilnică a pacientului. Medicul poate sprijini pacientul să își stabilească obiectivele și să gândească modul în care aceste obiective pot fi traduse într-o acțiune semnificativă. Cel mai bun lucru este să se formuleze un set de scopuri realiste minime, întrucât oamenii devin încrezători atunci când reușesc

să realizeze obiectivul propus. Pacientul ar trebui să fie pregătit pentru eșecuri temporare, formulând modul în care ar trebui să reacționeze (dacă ...se întâmplă, atunci voi...), dacă nu aderă la planurile lor; aceasta ar trebui să îi ajute să păstreze așteptări realiste. Gândirea în viitor îi va ajuta să identifice barierele și strategiile pentru a depăși aceste nerezulate. Pacientul ar trebui să își definească propriile scopuri și să-și formuleze propriile reguli ale stilului de viață. Regulile mai bune și mai eficiente au limite clare și sunt legate de sensul identitar, ca de exemplu dacă un pacient se identifică ca nefumător. Dacă o regulă implică anumite valori, este mai ușor de respectat. Dacă regulile sunt aplicate în mod repetat, sfârșesc prin a deveni un obicei. Un obicei funcționează în mod similar cu scenariul „dacă... atunci...”, cu excepția faptului că nu este un proces cognitiv, ci mai degrabă instinctiv.

În perspectiva stabilirii unor obiective realiste pentru a atinge un mod de viață sănătos, este interesant de luat în considerare conceptul de „sănătate pozitivă”. Spre deosebire de definiția dată sănătății în 1948 de Organizația Mondială a Sănătății, în care sănătatea este o stare de bine complet din punct de vedere fizic, mental și social și nu doar absența bolii sau infirmității, este propusă acum o viziune mai largă asupra sănătății. Luând în considerare prevalența curentă a bolilor cronice și a celor legate de stilul de viață, ar fi probabil mai adecvat să definim sănătatea ca abilitatea dinamică de adoptare și de management a propriei stări de bine în fața provocărilor sociale, fizice și emoționale. Cercetarea făcută de cei care au propus inițiativa sănătății pozitive a arătat că pacienții consideră aceste abilități foarte relevante (17, 18). Schimbarea focalizării de la boală la reziliență și starea de bine poate ajuta în comunicarea cu pacienții, împărțirea responsabilității deciziei și stabilirii de obiective.

Automonitorizarea

Sunt utile pentru automonitorizare instrumentele externe, ca de exemplu aplicațiile și jurnalele de pe smartphone. Medicul de familie poate oferi un feedback asupra procesului respectiv, ca și o consolidare pozitivă. Este util nu doar să întrebe pacientul dacă și-a respectat planul, ci chiar să consulte împreună datele de pe aplicațiile de control al diabetului, HbA1c2 sau datele de pe pedometre, accelerometre și alte aplicații pentru sănătate.

Implicarea altora

Există dovezi care arată că implicarea unui partener sau a familiei poate crește eficiența unei intervenții, în comparație cu o simplă relație directă cu medicul. De asemenea, au fost stabilite ca fiind eficiente abordările prin intermediul prietenilor, prin care doi oameni se responsabilizează reciproc, de exemplu sunându-se unul pe altul pentru a-și verifica comportamentul și făcând pariuri pe care celălalt trebuie să le plătească dacă le pierde.

Comportamentul automat ca țintă

Cunoștințele asupra avantajelor unui anumit comportament nu conduc în mod automat la respectivul comportament. În acest context, este relevant să scoatem în evidență faptul că sunt descrise două mari categorii de comportament: comportament reflexiv și comportament automat. Comportamentul reflexiv este direcționat către obiective, este rațional, flexibil, dar de asemenea lent și dificil, în timp ce comportamentul automat

poate fi văzut ca un răspuns la mediu, neflexibil și care eliberează procesele cognitive. Cele mai multe intervenții au ca scop comportamentul reflexiv, dar este posibil să fie țintit și comportamentul automat, ultimul fiind considerat mai eficient (19). Abordările care au ca scop acest lucru necesită reflectarea asupra modului în care mediul trebuie restructurat, ca, de exemplu, factorii de mediu existenți care au indus comportamentul automat sunt înlocuiți cu factori de mediu care ajută angajarea într-un comportament mai sănătos. S-a dovedit că, reducând atractivitatea unui lift, prin încetinirea vitezei cu care se închid ușile, va crește rata de utilizare a scârilor (20). Apropierea mâncării sănătoase, cu doar 25cm, de departamentul de salate dintr-un restaurant cu auto-servire poate mări rata de selecție a opțiunilor de hrană sănătoasă, făcând-o mai accesibilă (21). În mod similar, prin reducerea densității și proximității locurilor de acces către alegerile nesănătoase se poate diminua consumul acestora(22).

Alternativ, urmărirea proceselor asociative automate poate să schimbe comportamentul. Un exemplu important este reducerea reclamelor pentru snacks-uri³, tutun și alcool. Copiii care se uită la desene animate întrerupte de reclame pentru snacks-uri sau adulții care se uită la clipuri video în care alcoolul este prezent ostentativ vor consuma mai mult din aceste produse la care au fost expuși. De asemenea, faptul că oamenii sunt în general predispuși la abordarea stimulilor pozitivi poate fi folosit prin introducerea unor detalii amuzante în alimentele sănătoase și a personajelor din desene animate pe legume pentru a crește șansele ca ele să fie consumate de către copii. O altă măsură ar fi înălțarea împachetării profesionale a hranei nesănătoase sau tutunului pentru a le diminua atractivitatea. Dezvoltarea de asocieri pozitive cu comportamentele sănătoase este cheia, ca și inhibarea impulsurilor comportamentale. Este adevărat că în timp ce fiecare medic în parte nu poate face mult în această direcție, creșterea conștientizării acestor mecanisme poate ajuta pacienții să opună rezistență comportamentului nesănătos automat. În plus, medicii implicați în inițiativele care au ca scop crearea mediilor de stimulare a comportamentului sănătos pot beneficia de aceste dovezi.

Atitudinea profesionistului din asistența primară

Medicul de familie ar trebui să stabilească un plan împreună cu pacientul în privința frecvenței și duratei sesiunilor de monitorizare, pentru a evalua și consolida progresele, astfel încât obiectivele să fie atinse. Asistența pe termen lung și monitorizarea pot fi oferite într-un mediu bazat pe relațiile cu cei din jur, în cadrul unor programe comunitare. În mod evident, este important să se cunoască ce programe comportamentale sau resurse sunt disponibile în fiecare comunitate. Adaptați opțiunile la nevoile individuale și posibilitățile pacienților.

Deși scăderea în greutate este adesea urmată de recăștigarea greutății, ar trebui menționat că poate reprezenta totuși un câștig pentru sănătate și poate fi chiar un marker temporar de risc scăzut sau marker surrogat. Durata hipertensiunii sau a rezistenței la insulină este importantă. Similar cu efectul susținut obținut după 5 ani de terapie cu statine (23), beneficiul scăderii greutății în diabet trebuie privit dincolo de perioada de scădere în greutate, așa că ar trebui apreciată orice fel de reducere. De asemenea, aceste mici progrese îl pot face pe pacient să simtă că deține controlul, ceea ce poate îmbunătăți atât motivația cât și calitatea vieții lui. Intervențiile care se concentrează pe

comportamente unice pot fi eficiente în inducerea schimbării aceluși comportament (24, 25). Tiparele de stil de viață sunt totuși adesea interrelaționate și ar putea fi nevoie să fie luate în considerare obiceiuri multiple. Ar putea fi indicată o abordare mai holistică care să se concentreze pe comportamente multiple.

Care sunt dovezile asupra metodelor eficiente?

Au fost efectuate cercetări pentru evaluarea strategiilor de schimbare comportamentală. S-au făcut eforturi pentru a evalua calitatea și mesajele care se repetă în aceste studii, precum și pentru clarificarea componentelor active ale intervenției. Aici, ne concentrăm asupra rezultatelor unor revizuirii sistematice a studiilor și/sau unor meta-analize.

Artinian și asociații au trecut în revistă peste 70 de studii care au evaluat intervențiile terapilor de schimbare comportamentală pentru a compune Declarația Științifică a Asociației Americane de Cardiologie (5). Aceasta a scos în evidență faptul că majoritatea studiilor au folosit finalități surrogat, ca de exemplu nivelul lipidelor sau valorile tensiunii arteriale, iar rezultatele au fost în general modeste. Pornind de la literatura de specialitate, documentul oferă recomandări bazate pe dovezi asupra promovării activității fizice și intervențiilor în domeniul alimentar în rândul adulților, inclusiv în rândul celor care aparțin minorităților rasiale și etnice și/sau populațiilor dezavantajate din punct de vedere socio-economic. Strategiile comportamentale cognitive cu recomandare de clasa I, nivel de evidență A includ stabilirea obiectivelor, feedbackul, automonitorizarea, planul de acțiune pentru întâlnirile viitoare, folosind strategiile de consultații motivaționale, suportul pe termen lung și monitorizarea pacientului; de preferat să se folosească o combinație a cel puțin două dintre aceste strategii. Pentru a traduce în practică cele mai eficiente strategii s-au formulat ghiduri (5).

O altă revizuire sistematică s-a concentrat asupra tehnicilor de schimbare comportamentală, având ca obiectiv schimbarea comportamentală cu beneficii în bolile coronariene (26). 22 de studii care au întrunit criteriile de revizuire sistematică, incluzând tehnici de schimbare comportamentală obișnuite, au furnizat informații cel mai adesea despre consecințele comportamentului, a modului de stabilire a obiectivelor și despre realizarea obiectivelor propuse. Cele mai multe studii au avut o perioadă scurtă de urmărire, de mai puțin de un an, unele până la doi ani și un studiu a evaluat mortalitatea după 7-9 ani.

Tabelul 1 rezumă efectele intervențiilor asupra factorilor de risc și efectele clinice. Un efect redus, dar semnificativ, s-a observat în privința fumatului la monitorizarea ulterioară, indicând faptul că în ansamblu intervențiile aveau mai multe șanse să ducă la stoparea fumatului în comparație cu grupurile controlate. Nu s-a constatat niciun efect semnificativ asupra indicelui de masă corporală, dar s-au constatat efecte mici, însă semnificative statistic, asupra tensiunii arteriale sistolice și diastolice. Intervențiile nu au avut un impact semnificativ statistic asupra riscului de evenimente coronariene, dar s-a observat o ușoară scădere semnificativă a riscului de mortalitate (26)

		Număr de studii	RR/OR	Diferența medie	95% CI	Eterogenitatea studiilor	P	Studii
FACTOR DE RISC	Fumat	15	RR: 0.89		0.81-0.97	Niska		(26)
	IMC	8		-0.39 kg/m ²	-1.03 do 0.25	Visoka		(26)
	TA sistolică	10		-3.13 mmHg	-5.11 do -1.15	Srednja		(26)
	TA diastolică	10		-1.12 mmHg	-2.10 do -0.13	Srednja		(26)
REZULTATE CLINICE	BCV	5	RR: 0.86		0.68-1.09	Umerena		(26)
	Mortalitate	15	RR: 0.82		0.69-0.97			(26)
	Toate cauzele de mortalitate	6	OR: 1.34		1.10-1.64		P=0.003	(27)
	Mortalitate de cauză cardiacă	5	OR: 1.48		1.17-1.88		P=0.001	(27)
	Reinfarctizare și reinternare	8	OR: 1.35		1.17-1.55		P<0.00	(27)

Tabel 1. Efectele tehnicilor de schimbare comportamentală asupra riscului cardiovascular și manifestărilor clinice, așa cum apar în revizuri sistematice^(26,27). RR:risk ratio, OR: odd ratio, 95%CI: 95% Interval de confidență. IMC: indice de masă corporală, TA: tensiune arterială; BCV: boli cardiovasculare

Acest studiu (26) a analizat și factorii predictivi ai eficacității; care dintre caracteristicile intervențiilor din studiu determină eficiența lor. Cu toate că datele din 15 studii privind mortalitatea au sugerat faptul că intervențiile pe termen lung pot avea rezultate mai bune decât cele pe termen scurt, diferența nu a fost semnificativă statistic. Nu a fost identificat niciun tipar (pattern) în ceea ce privește efectul asupra fumatului. Se pare că intervențiile individuale sunt mai eficiente decât intervențiile de grup în ceea ce privește mortalitatea, dar din nou acest efect a fost statistic nesemnificativ, și nu a fost observată nici o diferență între abordări din punct de vedere al efectului asupra fumatului. În cazul mortalității sau fumatului nu a contat dacă intervenția a fost efectuată pe baza teoriei psihologice sau fără o bază teoretică. În sfârșit, nici numărul de tehnici de schimbare a comportamentului incluse într-o intervenție, nici vreuna dintre tehnicile de schimbare comportamentală (stabilirea obiectivelor / planificarea acțiunilor, revizuirea obiectivelor / auto-monitorizare, managementul stresului, suport social, oferirea feedback-ului) nu ar prezice decesul în mod semnificativ statistic. Autorii presupun că imposibilitatea de a identifica în care aspect al prevenției secundare intervențiile au fost cele mai eficiente, s-ar putea datora faptului că cele mai multe intervenții au inclus o gamă de tehnici și ar putea fi vorba despre un efect sinergic de combinare a diferitelor tehnici (26). Trebuie remarcat faptul că în acest studiu s-a constatat o asemenea eterogenitate în măsurarea comportamentelor pentru sănătate, încât nu a fost posibil să se combine rezultatele diverselor studii în cadrul unei meta-analize.

Un alt grup de cercetare a revizuit în mod specific 38 de tehnici de schimbare comportamentală (în 26 studii) focalizate pe combaterea comportamentului sedentar la adulți (28). Clasificând intervențiile ca fiind foarte promițătoare, destul de promițătoare sau nepromițătoare, pe baza schimbărilor de comportament observate, s-a constatat că intervențiile foarte promițătoare (39%) sau cele destul de promițătoare (21%) au avut ca scop în principal reducerea comportamentului sedentar, mai degrabă decât creșterea activității fizice.

Au fost identificate mai multe funcții ale tehnicilor de schimbare

comportamentală, respectiv educația, persuasiunea, oferirea de stimulente, instruirea, restructurarea mediului, modelarea și capacitatea. Rata de succes a intervenției a fost legată de numărul de funcții abordate de intervenție, respectiv foarte promițătoare (medie: 1.93 funcții pe intervenție, DS = 1.28) și destul de promițătoare (medie: 2.13 funcții, DS: 1.13) și intervenții nepromițătoare (medie: 1,07 funcții, DS = 0.59, cu $p < 0,001$). Intervențiile bazate pe restructurarea mediului, persuasiune, educație sau formare profesională au fost cele mai eficiente, în timp ce auto-monitorizarea, problematizarea și restructurarea mediilor sociale sau fizice au fost identificate ca fiind tehnici promițătoare, în special pentru a induce schimbarea comportamentului. Intervențiile promițătoare au folosit de asemenea multiple tehnici de schimbare comportamentală (cele foarte promițătoare: numărul mediu de tehnici: 7.27, DS: 5.19, cele destul de promițătoare: însemnând număr mediu de tehnici: 7.00, DS: 2.83) față de intervențiile care s-au dovedit nepromițătoare (număr mediu de tehnici: 4.87, DS: 2.70, $P < 0,001$) (28). Comportamentul de auto-monitorizare, problematizarea și restructurarea mediului social par să contribuie cel mai mult la succesul intervenției(28).

Autorii au concluzionat că, la ora actuală, informațiile despre cele mai eficiente tehnici de schimbare comportamentală pentru a reduce sedentarismul se bazează pe proiecte de studii suboptimale, care limitează concluziile finale privind eficiența intervenției. Puține studii consideră comportamentul sedentar ca pe un criteriu de includere, iar unele studii au folosit inadecvat brațul de control. Astfel, rezultatele bazate pe dovezi pentru „ce merge” și „de ce” privind reducerea comportamentului sedentar sunt reduse (28).

Când au fost interpretate aceste date, s-a ținut cont de faptul că, în toate aceste studii, intervențiile au fost pe termen scurt. O excepție a fost studiul italian GOSPEL (29), care a evaluat intervenția pe termen lung și a demonstrat cel mai important efect benefic al unei intervenții asupra evenimentelor în bolile coronariene în cadrul unor studii revizuite de Goodwin și colegii (26). Studiul randomizat GOSPEL a comparat un program educațional și comportamental continuu multifactorial, cu

durata de 3 ani, cu îngrijire medicală curentă (inclusiv reabilitare cardiacă) pe un lot de 3241 pacienți cu infarct miocardic (IM) recent aflați la un risc relativ scăzut (puțini pacienți erau în vârstă de peste 70 de ani sau aveau fracție de ejeecție redusă sub 40%). Intervenția nu a redus semnificativ endpoint-ul primar (finalitatea primară) compozit cardiovascular (tabelul 2). Totuși a redus riscul unor endpoint-uri (finalități) secundare. Curbele Kaplan-Meier de probabilitate de a nu se înregistra evenimente pentru finalitățile de eficacitate primară și secundară ale grupului de intervenție și grupului cu îngrijire medicală curentă s-au separat pe parcursul perioadei de studiu.

Mai mult, persoanele din grupul de intervenție au prezentat o îmbunătățire semnificativă a obiceiurilor stilului de viață (inclusiv exercițiu fizic, dietă, stres psiho-social, deteriorare mai redusă a controlului menținerii greutateii corporale), ca și în prescrierea medicamentelor pentru prevenția secundară. Astfel, studiul GOSPEL a arătat că intervenția multifactorială, repetată, continuă, pe termen lung, după reabilitare postinfarct poate reduce riscul unor importante evenimente cardiovasculare (29).

ENDPOINT	INCIDENȚA ÎN GRUPUL DE INTERVENȚIE	INCIDENȚA ÎN GRUPUL DE CONTROL	HAZARD RATIO (95%)
Endpoint principal compozit	16.1%	18.2%	0.88 (0.74-1.04)
Mortalitatea cardiovasculară plus IM nonfatal și AVC	3.2%	4.8%	0.67 (0.47-0.95)
Moartea de cauză cardiacă plus IMA nonfatal	2.5%	4.0%	0.64 (0.43-0.94)
IMA nonfatal	1.4%	2.7%	0.52 (0.31-0.86)

Tabel 2. Efectele unui program educațional multifactorial și comportamental cu durata de 3 ani cu endpoint-uri cardiovasculare în trialul GOSPEL⁽²⁹⁾. Endpointul principal a fost un obiectiv compozit, urmărind mortalitatea de cauză cardiovasculară, IM (infarctul miocardic) nonfatal, accidentul vascular (AVC) nonfatal și spitalizările pentru angina pectorală, insuficiența cardiacă sau revascularizare în urgență.

Privind în profunzime la efectul mai multor strategii specifice, care sunt dovezile asupra efectului psihoeducației recomandat să facă parte din reabilitarea cardiacă? O meta-analiză a datelor a 213 de pacienți cu boală coronariană, cuprinși în programul de reabilitare cardiacă, a comparat programele psihoeducaționale cu doar exercițiul fizic, cu programele de reabilitare cardiacă standard sau cu cele de îngrijire medicală curentă și a evaluat efectul psihoeducației asupra modificărilor comportamentale și a factorilor fiziologici de risc modificabili (30). Intervențiile psihoeducaționale au produs un efect pozitiv important asupra nivelurilor de activitate fizică la 6-12 luni, comparativ cu exercițiul fizic și educația asupra factorilor de risc, dar au fost găsite puține dovezi pentru schimbarea comportamentului referitor la fumat și dietă. Acest efect pare a fi atribuit unor strategii cum ar fi stabilirea obiectivelor, problematizarea, automonitorizarea și modelarea rolului. Nu s-a observat nici un efect asupra factorilor fiziologici de risc, inclusiv în ceea ce privește tensiunea arterială de repaus sau de efort, grăsimea corporală medie, IMC sau raportul talie/șold (30). În consecință, efectul programelor regulate de reabilitare cardiacă poate fi îmbunătățit prin adăugarea unei componente psihoeducaționale.

O altă meta-analiză a evaluat efectul intervențiilor psihoeducaționale având ca obiectiv renunțarea la fumat la pacienții cu boli coronariene. (31). În 14 studii, s-a observat o probabilitate semnificativ crescută de renunțare la fumat susținută (RR: 1.51, CI 95%: 1.18-1.93) în grupul de intervenție,

comparativ cu grupul de control. S-a observat o scădere nesemnificativă a mortalității totale în grupul randomizat pentru intervenție psihoeducațională (RR: 0.73, IC 95%: 0.46-1.15). În toate studiile incluse, intervențiile au ținut în general motivația și scopurile, convingerile despre capacitate, cunoștințele și abilitățile, deși nu s-au putut evalua obiectiv determinanții comportamentali retrospectiv (31)

Un alt grup de cercetare a urmărit să evalueze în mod special cele mai recente programe de schimbare a stilului de viață la pacienții cu boli coronariene (publicate în perioada 1999-2009), în privința eficacității lor în îmbunătățirea factorilor de risc și corelația dintre comportament și mortalitate, în comparație cu îngrijirea cardiacă de rutină. Autorii s-au concentrat pe intervențiile mai recente, deoarece îngrijirea cardiacă de rutină s-a îmbunătățit în timp și aceste progrese pot compensa beneficiile adăugate observate la programele mai vechi (27). Această meta-analiză a 23 de studii, cuprinzând peste 11000 de pacienți randomizați, a sugerat că programele de schimbare a stilului de viață produc într-adevăr beneficii dincolo de cele obținute numai de îngrijirea de rutină. Dimensiunile efectelor asupra mortalității de toate cauzele, mortalității cardiace, repetării infarctului și respitalizării au dat câștig de cauză intervenției (tabelul 1). Autorii au observat că programele care au inclus toate cele patru tehnici de schimbare comportamentală de autoreglare, și anume stabilirea obiectivelor, planificarea, automonitorizarea și feedback-ul au avut mai mult succes-

îmbunătățind stilul de viață, în special în ceea ce privește schimbarea comportamentului legat de exercițiul fizic și obiceiurile alimentare (consumul de grăsimi)- decât programele care nu folosesc aceste tehnici. Efectele observate nu au persistat pe termen lung. Acest studiu a arătat, de asemenea, că intervențiile care implică parteneri ai pacienților au fost asociate cu beneficii mai mari în ceea ce privește ratele de renunțare la fumat și comportamentul alimentar (27).

În actuala eră tehnologică, în cadrul tehnicilor de schimbare comportamentală, informațiile pot fi transmise, de exemplu, prin sms, sau pe un website. Intervenții cum ar fi stabilirea obiectivelor sau oferirea de feedback prin sms au dat rezultate pozitive pentru aderența la medicație pe termen scurt, pentru activitatea fizică pe 6 luni, dar nu s-a obținut niciun efect asupra dietei sau renunțării la fumat (32).

Se strâng dovezi despre așa-numitele intervenții foarte scurte sau sfat minimal. Sfatul minimal se referă la intervenții care durează mai puțin de 5 minute, constând în tehnici similare celor descrise mai sus, dar care se încadrează în practica zilnică sub presiunea timpului. De asemenea, sfatul minimal urmărește să ofere pacienților instrumentele necesare pentru implementarea schimbărilor în stilul lor de viață. Sfatul minimal a fost testat pentru fezabilitate și acceptabilitate în două cabinete medicale, cu 68 de pacienți. Într-un studiu randomizat, vor fi evaluate 3 intervenții de scurtă durată: o intervenție motivațională care va include fișa de planificare a acțiunilor și jurnalul de activitate fizică pentru stabilirea obiectivelor și auto-monitorizare; o intervenție cu pedometru, modificată pentru a include sfaturi referitoare la creșterea activității fizice și un grafic pe etape pentru stabilirea obiectivelor și auto-monitorizare; și o intervenție combinată motivațională și utilizarea pedometrului (33)

Dovezi din studii care evaluează strategiile de îmbunătățire a comportamentelor specifice cu risc cardiovascular

Renunțarea la fumat

O revizuire sistematică și o meta-analiză au examinat strategiile utilizate în 13 studii privind intervențiile pentru renunțarea la fumat, cu scopul de a explora care dintre abordări ar putea fi cele mai eficiente pentru a ajuta pacienții să renunțe la fumat (13). Comparativ cu absența unei intervenții, oferirea de sfaturi pentru renunțarea la fumat din motive medicale a crescut frecvența tentativelor de renunțare cu 24% (raportul de risc (RR): 1.24, 95% CI: 1.16-1.33). Oferirea unor substituenți de nicotină sau a unui suport comportamental pentru renunțarea la fumat a avut un efect mai benefic (RR: 1.68, 95% CI: 1.48-1.89 și respectiv RR: 2.17, CI 95%: 1.52-3.11). Când oferirea de suport a fost comparată direct cu oferirea de sfaturi, oferind suport s-au obținut mai multe încercări de renunțare (RR: 1.69, 95% CI: 1.24-2.31 pentru suport comportamental și RR: 1.39, 95% CI: 1.25-1.54 pentru oferirea medicației).

Un studiu din cadrul unei metaanalize a evaluat efectul suportului comportamental comparativ cu sfatul minimal în privința abandonării fumatului. Dovezile nu au fost concludente în ceea ce privește faptul că suportul comportamental a fost

mult mai eficient decât sfatul minimal în vederea obținerii abstenenței pe termen lung (RR: 5.25, CI 95%: 0.62-44.14). În timp ce intervenția a crescut numărul de tentative de renunțare la fumat, nu a fost concludent faptul că acest lucru ar îmbunătăți ratele de succes ale încercărilor (RR: 3.10, IC 95%: 0.38-25.51). Pacienții care au primit suport comportamental l-au considerat mai valoros față de cei care au primit doar sfat minimal pentru a renunța la fumat (13).

O revizuire sistematică a unor trialuri controlate randomizate care au evaluat eficiența sfaturilor medicilor pentru abandonarea fumatului considerând ca obiectiv abstenența după cel puțin 6 luni de urmărire, a sugerat faptul că consilierea are un efect modest asupra ratelor de renunțare (34). Ratele de abandonare a fumatului în grupurile de control din studiile efectuate au indicat o variație mare, între 1 și 14%. Presupunând o rată de renunțare la fumat neasistată între 2 și 3% la 12 luni, datele colectate în 17 studii au arătat că sfatul minimal ar putea crește această rată cu aproximativ 1-3% (RR: 1.66, 95% CI: 1.42-1.94). 11 trialuri care au evaluat o intervenție mai intensă au sugerat un mic efect suplimentar (RR: 1.86, 95% IC:1.60-2.15) în comparație cu asistența standard (nu s-a dat niciun sfat).

Au existat unele dovezi conform cărora oferirea unor programări ulterioare a constituit o componentă importantă a intervenției (34). Dovezile susțin, de asemenea, utilizarea substituenților de nicotină sau a suportului farmacologic ca adjuvant la suport în cazul renunțării la fumat (35, 36). Substituenții de nicotină pot fi administrați sub diferite forme, și anume gumă de mestecat, transdermic patch-uri de nicotină, spray-uri nazale, inhalatoare sau tablete sublinguale, toate dovedindu-se eficiente pentru a ajuta oamenii să renunțe la fumat. O revizuire sistematică a arătat că RR pentru abstenență utilizând substituenți de nicotină față de grupul de control a fost de 1.60 (36). Bupropion este un antidepresiv care poate ajuta la abandonarea fumatului pe termen lung (37). O meta-analiză a demonstrat rate de succes similare de renunțare la fumat cu bupropion față de placebo ca substituent de nicotină (38).

Folosirea vareniclinei, un agonist parțial al receptorilor pentru nicotină, a crescut de peste două ori șansa de a renunța la fumat, în comparație cu placebo (36). Studiul EUROACTION-PLUS (EA+) a arătat faptul că oferirea terapiei opționale cu vareniclină în cadrul unui program de cardiologie preventivă condus de asistenți medicali, a mărit substanțial abstenența la fumat în decursul a 16 săptămâni în cazul fumătorilor cu risc crescut de boli cardiovasculare. Din 350 de participanți randomizați în programul (EA+) 91% au optat pentru utilizarea vareniclinei. 177 de participanți din grupul (EA+) au renunțat la fumat, comparativ cu doar 63 din 346 de fumători randomizați cu îngrijire obișnuită (OR: 4.52, 95% CI: 3.20-6.39) (39).

Încurajarea activității fizice

Ghidul britanic NICE a recomandat un model de evaluare a activității fizice la pacient (40). Deoarece inactivitatea este un factor de risc pentru boala cardiovasculară, acest lucru ar trebui privit ca un motiv pentru stabilirea unor ținte. Doar sugerarea utilizării unui pedometru va avea un efectul scăzut, pe când folosirea unui pedometru și stabilirea unor ținte crescute progresiv vor fi de ajutor. Pacienții se pot monitoriza ei înșiși, urmând ca progresele să poată fi discutate în cadrul consultațiilor ulterioare. Este nevoie de un ghidaj în stabilirea

țintelor potrivite, ceea ce implică discutarea vieții cotidiene pentru a găsi care sunt momentele în care poate fi încorporată mai multă activitate fizică (40).

Reducerea consumului de alcool

Un important factor de risc pentru hipertensiunea arterială este consumul ridicat de alcool. O revizuire sistematică a analizat tehnicile de schimbare comportamentală, în încercarea de a identifica aspectele intervențiilor care au cel mai mare succes în creșterea motivației pentru schimbare (41). În cadrul grupului de tehnici de schimbare comportamentală motivațională, îndemnul de asumare a angajamentului „acolo și atunci” a condus la o scădere considerabilă a consumului de alcool (-56 g / săptămână, $P = 0,025$), în timp ce furnizarea de informații asupra consecințelor consumului de alcool (+14 g / săptămână, $P = 0,5$), mărirea motivației și a încrederii (+33 g / săptămână, $P = 0,11$), furnizarea de informații despre alte comportamente (-38 g / săptămână, $P = 0,10$) sau interviul motivațional (-8 g / săptămână, $P = 0,73$) nu au avut un efect semnificativ asupra consumului de alcool. În cadrul unui grup de tehnici autoregulate, îndemnul de a autoînregistra obiectivele într-un jurnal asupra consumului de alcool au fost cele mai eficiente (-50 g / săptămână, $P = 0,002$), în timp ce planificarea și identificarea factorilor declanșatori (+15 g / săptămână, $P = 0,3$), stabilirea obiectivelor (-22, $P = 0,26$) și îndemnul pentru revizuirea obiectivelor (-29, $P = 0,19$) nu au avut nici un efect. Când s-au combinat toate aceste tehnici într-o metaregresie, auto-monitorizarea s-a dovedit a avea un efect mai mare decât îndemnul de asumare a angajamentului „acolo și atunci” (-36 vs. -8 g / săptămână) (41).

Reducerea greutateii corporale

În încercarea de a descoperi modalitățile de stabilire a unor obiective mai inteligente, s-a efectuat un studiu asupra femeilor supraponderale sau obeze înscrise într-un program comercial de reducere a greutateii corporale (Weight Watchers) pentru a investiga efectul adăugării îndemnului de implementare a intenției la intervenția stabilită de reducere a greutateii (42). Implementarea intențiilor este un simplu document cu specificații asupra ce își propune să mănânce fiecare, unde, când și cum, de exemplu, în săptămâna care urmează. S-au formulat de asemenea planuri pentru a face față programului, care au dictat ce ar putea face cineva într-o anumită situație, de exemplu: „Dacă mi-e foame, atunci, în loc să mănânc o gustare nesănătoasă, îmi propun să mănânc ...” sau „Dacă cineva îmi oferă mâncarea mea favorită nesănătoasă, atunci, ca să nu o mănânc, îmi propun să...” „Cincizeci și cinci de femei supraponderale sau obeze (BMI: 25.28- 48.33) au fost randomizate aleatoriu fie într-un grup cu îndemn de implementare a intenției, fie într-un grup de control. După două luni, participanții din grupul cu îndemn de implementare a intenției au pierdut în medie 4,2 kg (IC 95%: 3,19-5,07) în comparație cu 2,1 kg (95% CI: 1,11- 3,09) la participanții din grupul de control. Studiul a relevat că planificarea facilității a reprezentat mecanismul cheie care a explicat pierderea în greutate generată de formarea intenției de implementare (42).

Recent, studiul DiRECT, cluster randomizat, deschis, efectuat în asistența medicală primară a evaluat un program intensiv de managementul greutateii (43). Scopul a fost acela de a evalua dacă intervenția de management al greutateii ar conduce la

remisia diabetului zaharat tip 2, comparativ cu cele mai bune practici din asistența primară potrivit ghidului ($n = 149$ în ambele brațe, de la 23 intervenții și 26 de practici de control). Participanții fuseseră diagnosticați cu diabet zaharat tip 2 în ultimii 6 ani și aveau un IMC de 27-45 kg / m² și nu primeau insulină. Intervenția a constat în înlocuirea totală a dietei (825-853 kcal / zi, formulă dietară pentru o perioadă de 3-5 luni), reintroducerea treptată a alimentelor (2-8 săptămâni), precum și suport structurat pentru menținerea scăderii în greutate pe termen lung. Participanților randomizați pentru intervenție li sau retras medicamentele antidiabetice și antihipertensive. La 12 luni, a fost observată o scădere în greutate de cel puțin 15 kg la 36 (24%) participanți din grupul de intervenție, comparativ cu 0 în grupul de control. 68 (46%) pacienți din grupul de intervenție au obținut remisia diabetului zaharat, respectiv la șase (4%) participanți din grupul de control (OR: 19,7, 95% CI: 7,8-49,8, $P < 0,0001$) s-a obținut remisia diabetului. Valoarea medie a greutateii corporale a fost cu 10,0 kg mai mică în grupul de intervenție și cu 1,0 kg în grupul de control. Calitatea vieții s-a îmbunătățit în grupul de intervenție, în timp ce la grupul de control s-a înregistrat o scădere. Cohorta va fi urmărită pentru de cel puțin 4 ani (43).

Interviul motivațional

Filosofia interviului motivațional își are rădăcinile în asistența persoanelor cu adicție. Este o abordare centrată pe individ, care nu se preocupă atât de convingerea oamenilor și de încercarea de a depăși rezistența la schimbare prin oferirea unei multitudini de informații, ci se bazează mai mult pe acceptarea rezistenței. Aspectele cheie ale interviului motivațional includ angajarea pacientului în discutarea problemelor, preocupărilor și speranțelor lui, concentrarea asupra acelor obiceiuri și modele de comportament pe care vrea să le schimbe și evocarea motivației pentru schimbare prin mărirea sentimentului pe care pacientul îl are în privința importanței schimbării, încrederea și disponibilitatea lui pentru schimbare. Acesta poate fi folosit și pentru a dezvolta etapele practice pe care vrea să le parcurgă pacientul pentru implementarea schimbărilor pe care le dorește.

Interviul motivațional este util celor care sunt rezistenți la schimbare sau care au o atitudine ambivalentă în privința realizării schimbării. Interviul motivațional îi este util și profesionistului din domeniul sănătății pentru a putea atinge punctul la care individul are propria lui rațiune de a efectua schimbarea. Notați că motivarea pacienților poate fi diferită din perspectiva unui medic de familie, deoarece medicul de familie poate gândi în termenii reducerii, de exemplu, a riscului de mortalitate.

Multe dintre componentele interviului motivațional se suprapun cu cele ale tehnicilor de schimbare de comportament (vezi revizuirea de către Rubak (4)). Într-o meta-analiză, Rubak și asociații au evaluat eficacitatea interviului motivațional pe baza unui număr de factori de risc (4). Au fost observate schimbări pozitive semnificative în ceea ce privește IMC, nivelul colesterolului total din sânge, valoarea TA sistolice, conținutul de alcool din sânge și conținutul standard de etanol. Interviul motivațional poate fi eficient în întâlnirile scurte, de aproximativ 15 minute, dar autorii consideră că utilizarea acestei abordări în întâlniri separate crește probabilitatea de obținere a unui efect (4)

O revizuire recentă a 33 de studii asupra interviului motivațional în asistența medicală primară a demonstrat că 18 dintre aceste studii au relevat un efect pozitiv asupra activității fizice, dietei și consumului de alcool. Totuși, autorii au fost sceptici asupra dovezilor de eficacitate în asistența medicală primară. Acest lucru s-a datorat faptului că fidelitatea față de filosofia interviului motivațional a fost neclară în diverse studii și s-au folosit definiții inconsecvente și componente diferite ale abordării. În plus, adesea nu s-a raportat foarte clar modalitatea în care a fost instruit personalul din asistența primară (4). Totuși, intervențiile prin interviu motivațional considerate eficiente au folosit tehnici similare de schimbare comportamentală cu cele considerate a fi eficiente în alte studii, respectiv stabilirea obiectivelor, planificarea acțiunilor și problematizarea, ca și suportul social și feedbackul. Această trecere în revistă a concluzionat, de asemenea, că durata sesiunilor interviului motivațional de 4-5 ore are o mai mare probabilitate de a fi eficientă față de o durată mai scurtă (44).

Cât privește abordările multidisciplinare, merită să fie menționat trialul randomizat pe perechi EUROACTION (45); un program centrat pe familie, susținut de către asistentul medical pentru pacienții coronarieni și familiile lor, desfășurat în 8 țări europene. A existat un braț în spital și unul în asistența primară. În cel de-al doilea grup, asistentul medical a condus un program de intervenție în stilul de viață pentru pacienții cu risc înalt. Au fost utilizate abordările comportamentale și interviul motivațional. După un an, aproape cu 40% mai mulți dintre pacienții din brațul cu intervenție consumau fructe și legume, aproximativ cu 30% mai mulți erau activi din punct de vedere fizic. Mai greu de schimbat a părut să fie greutatea; cu 10% mai mulți pacienți au reușit să scadă în greutate cu cel puțin 5%, și anume cei care erau supraponderali (IMC ≥ 25 kg / m²) la începutul studiului. În sfârșit, în mod semnificativ mai mulți (16,9%) au avut TA sistolică controlată conform ghidului.

Ghidul olandez pentru managementul riscului cardiovascular declară că sarcina foarte grea de management a riscului cardiovascular care le revine medicilor de familie ar putea fi împărțită cu asistenții medicali cu specializare înaltă. Un studiu din Olanda a evaluat, în consecință, eficiența desfășurării programelor de management și prevenție a riscului cardiovascular de către asistenții medicali din cadrul cabinetelor, ca înlocuitori ai medicilor generalști (46). 701 pacienții cu risc crescut au fost randomizați într-un grup de management al riscului cardiovascular realizat de către medicul de familie sau de către un asistent medical de cabinet. Aparent, asistenții medicali au putut obține schimbări mai mari în ceea ce privește factorii de risc, dar, după corectarea factorilor perturbatori, singura schimbare care a rămas statistic semnificativ mai importantă la grupul condus de asistentul medical a fost scăderea colesterolului total. În felul acesta, asistenții medicali ar putea, la fel de bine ca și medicii de familie sau poate mai bine, să ajute indivizii săși îmbunătățească factorii de risc cardiovasculari (46).

Pregătirea profesioniștilor din domeniul medical pentru consilierea în direcția schimbării comportamentale

Într-un trial cluster randomizat (randomizat pentru medicina de familie), a fost evaluat efectul pregătirii profesioniștilor

din domeniul asistenței medicale primare pentru consilierea în vederea schimbării comportamentale asupra proporției de pacienți care au autoraportat schimbarea în comportamentele de risc (fumatul, consumul de alcool, exercițiul fizic și alimentația sănătoasă). 831 de pacienți cu cel puțin un comportament de risc din cabinetele care efectuează intervenții și 996 pacienți din cabinete de control au fost considerați eligibili pentru a fi înregistrați în studiu. Profesioniștii din asistența primară au fost instruiți în cadrul unui program de învățare combinat, iar consilierea în vederea schimbării comportamentale a fost dezvoltată pornind de la interviul motivațional. Nu s-a observat nici un efect al intervenției la rezultatul primar al schimbării comportamentale benefice autoraportate după trei luni, comparativ cu cabinetele în care medicii de familie și asistenții medicali nu au fost instruiți (362 (43,6%) față de 404 (40,6%); : 1,12, 95% CI: 0,90-1,39). Nu a fost observată o diferență semnificativă statistic în rezultatul primar la 12 luni (40,6% vs. 39,8%, OR: 1,03, 95% CI: 0,83-1,28). De asemenea, nu a fost observată o diferență semnificativă în ceea ce privește măsurătorile biochimice (LDL, HDL și colesterol total) sau biometrice (raportul talie-șold, indicele masei corporale) (47). Studiul sugerează că, în timp ce pacienții din cabinetele cu intervenție și-au amintit mai bine discuțiile anterioare despre schimbările de comportament, au prezentat mai multe tentative de schimbare comportamentală și o percepție superioară a realizării unei schimbări de durată după trei luni, o singură consultație de rutină efectuată de un clinician pregătit este improbabil să ducă la o schimbare a comportamentului de durată și la îmbunătățirea măsurilor biometrice.

Strategii pentru promovarea comportamentului sănătos la nivelul societății

Pe lângă urmărirea scopului de îmbunătățire a stilului de viață la nivelul fiecărui pacient, la nivel populațional pot fi eficiente măsurile luate în cadrul societății. Taxarea țigărilor și a alimentelor nesănătoase sau restricționarea accesului la ele pot fi chiar mai eficiente, dar nu este simplu să convingi guvernele să limiteze, de exemplu, vânzarea anumitor bunuri de consum. Exemple de măsuri de politică de stimulare a unui comportament sănătos sunt taxa pe zahăr crescută de guvernul mexican și aspectul uniform și plictisitor al pachetelor de țigări. Cu toate acestea, aceste intervenții rămân excepții și ar putea dura câteva decenii până să fie implementate. Alte măsuri eficiente includ realizarea zonelor fără fumat și rambursările în programele de renunțare la fumat.

Un articol care rezumă principalele mesaje ale Ghidului de prevenție al Societății Europene de Cardiologie 2016 notează că abordarea la nivel populațional urmează paradigma lui Geoffrey Rose, acest lucru însemnând că mici mutații în riscul de boală (sau al factorului de risc) la nivelul întregii populații conduc în mod consecvent la scăderi mai mari în povara de boală decât o schimbare importantă doar la nivelul indivizilor cu risc crescut (48). Acum considerăm în mod curent că fumatul este un factor de risc și acest lucru pare să aducă rezultate. În privința fumatului, efecte mici incrementale s-au acumulat pentru a produce un efect însemnat. Programe paralele ar trebui urmărite, de exemplu, în vederea controlului greutateii. Guvernele ar trebui să își asume responsabilități specifice în grija față de

grupurile cu statut socio-economic defavorizat, care par să fie în mod particular vulnerabile la stilurile de viață nesănătoase. Acestea sunt condiții pe care medicul de familie le poate influența în mică măsură, dar factorii de decizie politică pot face mult mai mult. De exemplu, taxarea țigărilor sau rambursările pentru medicația menită să conducă la renunțarea la fumat pot fi factori determinanți pentru cineva care vrea să se lase.

Există argumente pentru implicarea mai consistentă a medicilor de familie în crearea politicilor de sănătate, ca avocați ai comunității de pacienți. Aceste lucruri nu trebuie lăsate doar pe seama factorilor de decizie politică. De exemplu, în Anglia, când s-a stabilit interzicerea fumatului în locurile publice, inițial planul încă permitea fumatul în restaurante. Acest plan a fost răsturnat de organizațiile medicale și de presiunea publică. Foarte adesea, cei foarte activi în a exercita presiune asupra publicului pentru a-și schimba comportamentul au fost și cei care au pus presiune pe guverne pentru schimbarea politicii. Discuția cu pacienții despre necesitatea adoptării unui stil de viață sănătos poate avea și un efect indirect asupra ratei de acceptare a măsurilor la nivelul societății, pentru că astfel se semnalează că este o reală problemă dacă sănătatea este pusă în pericol. Pe de altă parte, dacă un medic nu continuă să aducă în discuție subiectul îmbunătățirii stilului de viață, pacienții pot crede că situația este acum destul de bună și că nu este necesară nici o schimbare în comportament.

Un comentariu (49) asupra măsurilor principale din asistența primară din Ghidul Societății Europene de Cardiologie din 2016 (48) asupra prevenției bolilor cardiovasculare (1) a confirmat rolul esențial pe care îl poate juca medicul de familie, atât în evaluarea riscului individual, cât și în implementarea ghidului în cadrul programelor de prevenție naționale și regionale. Potrivit autorilor, responsabilitatea medicilor de familie în prevenția bolilor cardiovasculare se extinde dincolo de cabinetul medical și sunt susținute atitudinile proactivă și de conducere, pentru a promova un stil de viață sănătos în rândul întregii populații (49). Toate părțile implicate ar trebui să stabilească un plan pentru a lucra mai bine împreună în asistența medicală și în comunitate; medicii de familie pot acționa pentru a organiza mai bine acest efort de colaborare. În plus, deoarece eforturile de promovare a unui comportament sănătos consumă mult timp, se poate să fie nevoie să fie acoperite cheltuielile. Accesarea subgrupurilor din societate cu situații de sănătate specifice, de exemplu persoanele din clasele socio-economice dezavantajate, probabil necesită un efort suplimentar și abordări diferite. Ar trebui să devină accesibilă finanțarea eforturilor necesare pentru a ajunge în toate colțurile comunității.

Concluzie

Dovezile sugerează că utilizarea tehnicilor de schimbare comportamentală ajută pacienții să își schimbe comportamentul din domeniul sănătății. Este în general mai eficient când se folosesc mai mult de două strategii și dacă eforturile se concentrează asupra dezvoltării de deprinderi. Formularea de obiective inteligente este esențială pentru a spori șansele ca aceste obiective să fie urmărite: mai degrabă definirea intențiilor de implementare care vor fi cu adevărat urmate, decât doar discutarea aspirațiilor. Ajută să fim realiști în privința eșecurilor care pot apărea, și trebuie formulate planuri asupra modului de comportament atunci când scade motivația și pacientul revine la

vechile obiceiuri. Implicarea partenerului sau a unui membru al gospodăriei / membrilor familiei îi ajută pe cei mai mulți pacienți. De asemenea, automonitorizarea poate fi utilă în realizarea scopurilor, iar pacientul poate fi stimulat de feedback-ul oferit de profesionistul din asistența primară asupra eforturilor și schimbărilor realizate.

Studiile sugerează că oamenii sunt mai deschiși la conversațiile despre schimbările comportamentale din domeniul sănătății cu medicul lor decât bănuiesc cadrele medicale, și le oferă credit în acest sens. Poate fi eficient să legăm discutarea unui subiect de un mesaj pozitiv pentru sănătate. Simpla oferire de oportunități este deja utilă, mai ales dacă medicul îl ajută pe pacient să își ia un angajament că va acționa, chiar în timpul aceleiași consultații. Este de ajutor și stabilirea necesității ca pacientul să raporteze medicului acțiunile sale.

În concluzie, schimbarea comportamentului nu este ușoară, deoarece nu suntem atât de raționali pe cât ne-ar plăcea să credem. Este important să descoperim modalitățile prin care medicii de familie pot implementa aceste metode în cabinetele lor, deoarece aceasta poate constitui o diferență uriașă pentru sănătatea și viața pacientului. Este important faptul că tehnicile de schimbare a comportamentului nu au la fel de multe efecte secundare ca și terapia medicamentoasă. Aceste intervenții pot fi adăugate și câteodată pot înlocui medicamentele pentru a obține schimbări semnificative în viața pacienților și pentru a îmbunătăți controlul factorilor de risc. În concluzie, nu există un instrument magic. Chiar dacă efectul eforturilor de a schimba comportamentul din domeniul sănătății este limitat, efortul nu este irosit, deoarece eforturi mici, multiple, se pot acumula pentru a obține un beneficiu important pentru sănătate.

Recomandări pentru cercetări viitoare

Comparativ cu asistența medicală obișnuită sau doar cu educația, tehnicile de schimbare comportamentală pot într-adevăr să fie mai eficiente în schimbarea comportamentului în reabilitarea cardiacă și în modificarea stilului de viață, cum ar fi renunțarea la fumat și exercițiul fizic, cel puțin pe termen mediu. Uneori, acest lucru se datorează faptului că studiile nu au urmărit pacienții pe o durată mai mare de 6 sau 12 luni. De asemenea, pacienții au recăderi și își pierd motivația. Astfel, o intervenție de stimulare pare a fi necesară pentru a putea spera la efecte susținute. Rămâne întrebarea cum acționăm noi în privința unor strategii. Sunt necesare mai multe cercetări ca să aflăm ce merge mai bine, ce are mai mult succes și pentru cine, în ce situații, și care este modul în care putem adapta abordările la nevoile individuale. Există niște lacune în cadrul dovezilor care par să rezulte din dificultatea de a separa interviul motivațional de alte tehnici comportamentale cognitive, deoarece aceste metode împărtășesc multe strategii similare. În consecință, este important ca, în cercetare, să se utilizeze aceeași precizie în descrierea intervențiilor, ca atunci când discutăm despre farmacoterapie (de exemplu, tipul, doza, frecvența). Taxonomia tehnicilor de schimbare a comportamentului (15, 16) poate fi utilă pentru obținerea acestui scop. Tabelul 3 prezintă lacunele din baza de dovezi asupra utilizării tehnicilor de schimbare comportamentală în asistența medicală primară care necesită cercetări de viitor.

ÎNTREBĂRILE CARE RĂMÂN ÎN PRIVINȚA TEHNICILOR DE SCHIMBARE COMPORTAMENTALĂ OPTIME	ÎNTREBĂRI ADIACENTE
Ce intervenții au cel mai mare succes în timpul consultației?	Cum să integrăm tehnicile de schimbare comportamentală în cadrul practicii medicale (timp, cum să adaptăm abordările pacientului individual)?
Care este cea mai bună formă de aplicare a acestor tehnici de către medic?	În grup vs. individual, față în față vs. la distanță, utilizând tehnologii online sau nu, prelegere vs stil interactiv?
Care este eficiența intervențiilor scurte comparativ cu eforturile repetate în timp?	
Cât timp ar trebui urmărită schimbarea comportamentului pentru sănătate? Când poate fi considerată modificarea stilului de viață ca sustenabilă?	
Cine ar trebui să îndemne la schimbarea comportamentului?	Medicii de familie sau asistentul medical din cabinet, sau, de exemplu, un organism guvernamental local. Care sunt responsabilitățile pacientului însuși, medicului de familie și/sau altor autorități?
Când ar trebui medicii să fie pregătiți în legătură cu modalitățile de stimulare a schimbărilor comportamentale pentru sănătate ?	În universitate, medici tineri
Cum poate fi organizată pregătirea asupra dezvoltării deprinderilor de comunicare?	Cum să le utilizăm, cum să le transmitem și cum să le implementăm n cabinete aglomerate
Cum pot fi adaptate diferitele abordări la diferențele culturale?	Cum să le facem accesibile și din punct de vedere cultural?
Ce smartphone ne ajută să schimbăm comportamentul?	

Tabel 3: Lacune în medicina bazată pe dovezi privind utilizarea tehnicilor de schimbare comportamentală în asistența medicală primară

Bibliografie

1. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Atherosclerosis*. 2016;252:207-74.
2. Liu K, Daviglius ML, Loria CM, et al. Healthy lifestyle through young adulthood and the presence of low cardiovascular disease risk profile in middle age: the Coronary Artery Risk Development in (Young) Adults (CARDIA) study. *Circulation*. 2012;125(8):996-1004.
3. Cooney MT, Vartiainen E, Laatikainen T, et al. Cardiovascular risk age: concepts and practicalities. *Heart*. 2012;98(12):941-6.
4. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, et al. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005;55(513):305-12.
5. Artinian NT, Fletcher GF, Mozaffarian D, et al. Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2010;122(4):406-41.
6. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, et al. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *Circulation*. 2007;115(20):2675-82.
7. Piepoli MF, Corra U, Benzer W, et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010;17(1):1-17.
8. Kwasnicka D, Dombrowski SU, White M, et al. Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health psychology review*. 2016;10(3):277-96.
9. Coleman T, Murphy E, Cheater F. Factors influencing discussion of smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2000;50(452):207-10.
10. Coleman T, Wilson A. Anti-smoking advice in general practice consultations: general practitioners' attitudes, reported practice and perceived problems. *Br J Gen Pract*. 1996;46(403):87-91.
11. Senore C, Battista RN, Shapiro SH, et al. Predictors of smoking cessation following physicians' counseling. *Prev Med*. 1998;27(3):412-21.
12. Pilnick A, Coleman T. "I'll give up smoking when you get me better": patients' resistance to attempts to problematise smoking in general practice (GP) consultations. *Soc Sci Med*. 2003;57(1):135-45.
13. Aveyard P, Begh R, Parsons A, et al. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction (Abingdon, England)*. 2012;107(6):1066-73.
14. Aveyard P, Lewis A, Tearne S, et al. Screening and brief intervention for obesity in primary care: a parallel, two-arm, randomised trial. *Lancet*. 2016;388(10059):2492-500.
15. Michie S, Ashford S, Sniehotta FF, et al. A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: the CALO-RE taxonomy. *Psychol Health*. 2011;26(11):1479-98.
16. Michie S, Richardson M, Johnston M, et al. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Ann Behav Med*. 2013;46(1):81-95.
17. Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d4163.
18. Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, et al. Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ Open*. 2016;6(1):e010091.
19. Marteau TM, Hollands GJ, Fletcher PC. Changing human behavior to prevent disease: the importance of targeting automatic processes. *Science*. 2012;337(6101):1492-5.
20. Houten RV, Nau PA, Merrigan M. Reducing elevator energy use: A comparison of posted feedback and reduced elevator convenience. *J Appl Behav Anal*. 1981;14(4):377-87.
21. Rozin P, Scott S, Dingley M, et al. Nudge to nobesity I: Minor changes in accessibility decrease food intake. *Judgment and Decision Making*. 2011;6(4):323-2.
22. Reitzel LR, Cromley EK, Li Y, et al. The effect of tobacco outlet density and proximity on smoking cessation. *Am J Public Health*. 2011;101(2):315-20.
23. Ford I, Murray H, McCowan C, et al. Long-Term Safety and Efficacy of Lowering Low-Density Lipoprotein Cholesterol With Statin Therapy: 20-Year Follow-Up of West of Scotland Coronary Prevention Study. *Circulation*. 2016;133(11):1073-80.
24. Hooper L, Summerbell CD, Higgins JP, et al. Reduced or modified dietary fat for preventing cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010(3):CD002137.
25. Jepson RG, Harris FM, Platt S, et al. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BMC Public Health*. 2010;10:538.
26. Goodwin L, Ostuzzi G, Khan N, et al. Can We Identify the Active Ingredients of Behaviour Change Interventions for Coronary Heart Disease Patients? A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2016;11(4):e0153271.
27. Janssen V, De Gucht V, Dusseldorp E, et al. Lifestyle modification programmes for patients with coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Prev Cardiol*. 2013;20(4):620-40.
28. Gardner B, Smith L, Lorencatto F, et al. How to reduce sitting time? A review of behaviour change strategies used in sedentary behaviour reduction interventions among adults. *Health psychology review*. 2016;10(1):89-112.
29. Giannuzzi P, Temporelli PL, Marchioli R, et al. Global secondary prevention strategies to limit event recurrence after myocardial infarction: results of the GOSPEL study, a multicenter, randomized controlled trial from the Italian Cardiac Rehabilitation Network. *Arch Intern Med*. 2008;168(20):2194-204.
30. Aldcroft SA, Taylor NF, Blackstock FC, et al. Psychoeducational rehabilitation for health behavior change in coronary artery disease: a systematic review of controlled trials. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2011;31(5):273-81.
31. Huttunen-Lenz M, Song F, Poland F. Are psychoeducational smoking cessation interventions for coronary heart disease patients effective? Meta-analysis of interventions. *Br J Health Psychol*. 2010;15(Pt 4):749-77.
32. Pfaeffli Dale L, Dobson R, Whittaker R, et al. The effectiveness of mobile-health behaviour change interventions for cardiovascular disease self-management: A systematic review. *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23(8):801-17.
33. Pears S, Morton K, Bijker M, et al. Development and feasibility study of very brief interventions for physical activity in primary care. *BMC Public Health*. 2015;15:333.
34. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, et al. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(5):CD000165.
35. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012(4):CD006103.
36. Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11:CD000146.
37. Hughes JR, Stead LF, Hartmann-Boyce J, et al. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(1):CD000031.
38. Cahill K, Stevens S, Perera R, et al. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(5):CD009329.
39. Jennings C, Kotseva K, De Bacquer D, et al. Effectiveness of a preventive cardiology programme for high CVD risk persistent smokers: the EUROACTION PLUS varenicline trial. *Eur Heart J*. 2014;35(21):1411-20.
40. NICE. Physical activity: brief advice for adults in primary care Manchester: National Institute for Health and Care Excellence; 2013 [cited 2016 July 26, 2016]. PH44:[Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph44/chapter/1-recommendations>].

41. Michie S, Whittington C, Hamoudi Z, et al. Identification of behaviour change techniques to reduce excessive alcohol consumption. *Addiction* (Abingdon, England). 2012;107(8):1431-40.
42. Luszczynska A, Sobczyk A, Abraham C. Planning to lose weight: randomized controlled trial of an implementation intention prompt to enhance weight reduction among overweight and obese women. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2007;26(4):507-12.
43. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DIRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet*. 2017.
44. Morton K, Beauchamp M, Prothero A, et al. The effectiveness of motivational interviewing for health behaviour change in primary care settings: a systematic review. *Health psychology review*. 2015;9(2):205-23.
45. Wood DA, Kotseva K, Connolly S, et al. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 2008;371(9629):1999-2012.
46. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GH, Gorgels AP, et al. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. *Br J Gen Pract*. 2010;60(570):40-6.
47. Butler CC, Simpson SA, Hood K, et al. Training practitioners to deliver opportunistic multiple behaviour change counselling in primary care: a cluster randomised trial. *BMJ*. 2013;346:f1191.
48. Piepoli MF, Hoes AW, Brotons C, et al. Main messages for primary care from the 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Gen Pract*. 2017:1-6.
49. Marchal S, Van't Hof AWJ, Hollander M. The new European guideline on cardiovascular disease prevention; how to make progress in general practice? *Eur J Gen Pract*. 2017:1-3.

About EPCCS

The European Primary Care Cardiovascular Society (EPCCS), founded in 2000, aims to provide a focus of support, education, research, and policy on issues relating to cardiovascular disease within primary care settings. The focus of the EPCCS is directed at the interests of those working within primary care and aims to utilise the considerable evidence base that currently exists and to contribute to extending the evidence base where appropriate. A principal objective of the Society is education of practitioners.

The EPCCS Council was established in 2017, with the aim to connect the EPCCS Board with GPs and Primary Care Societies across Europe. The EPCCS website offers a platform to post translated and/or regional guidance documents for primary care to countries represented in the EPCCS Council.

Visit IPCCS.org for more information

Acknowledgements

We thank all those who attended the 8th Annual EPCCS meeting in Prague, Czech Republic (2015) and the EPCCS Annual Cardiovascular Summit for Primary Care in Dublin, Ireland (2017) for their contribution to active discussion during the meeting.

EPCCS

Consensus Guidance for Primary Care

In this series of practical guidance for primary care physicians, we have previously published the following documents:

- **EPCCS Consensus Guidance on Stroke Prevention in Atrial Fibrillation (SPAF) in Primary Care**

A version of this paper has been published in *Eur J Prev Cardiol* (2016 Mar;23(5): 460-473)

- **EPCCS Practical Guidance on Heart Failure Diagnosis and Management in Primary Care**

A brief version of this Guidance document has been published as a Clinical Intelligence paper in the *Br J Gen Pract* (2017; 67 (660): 326-327)

Visit IPCCS.org to download free copies of the EPCCS Guidance Documents.
