

9. Jarosławiecka Anna, Piotrowska-Seget Zofia. Lead resistance in micro-organisms. In: <https://www.microbiologyresearch.org/content/journal/micro/10.1099/mic.0.070284-0> (accesat: 01.10.2019).
10. Munita Jose, Arias Cesar. Mechanisms of Antibiotic Resistance. În: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4888801/> (accesat: 30.09.2019).
11. Prestinaci Francesca, Pezzotti Patrizio, Pantosti Annalisa. Antimicrobial resistance: a global multifaceted phenomenon. In: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4768623/> (accesat: 01.10.2019).
12. Prisacari V. Rezistența la antibiotice. Ghid de supraveghere și control în infecțiile nosocomiale. Ed. II, Chișinău, 2009, p.182-194.
13. Rezistența antimicrobiană. În: <https://antibiotic.ecdc.europa.eu/ro/informati-vafise-informative/fisa-informativa-pentru-specialisti>. (accesat: 30.09.2019).
14. Tschudin-Sutter Sarah. Antimicrobial Resistance and Infection Control. În: <https://aricjournal.biomedcentral.com/> (accesat: la 01.10.2019).
15. WHO. Antimicrobial drug resistance. Report by the Secretariat, 134th sesion, 6 december 2013
16. WHO. Central Asian and Eastern European Surveillance of Antimicrobial Resistance. Annual report 2017.
17. WHO. Central Asian and Eastern European Surveillance of Antimicrobial Resistance. Annual report 2016.
18. WHO. Central Asian and Eastern European Surveillance of Antimicrobial Resistance. Annual report 2015.
19. WHO. Central Asian and Eastern European Surveillance of Antimicrobial Resistance. Annual report 2014.
20. WHO. Global action plan on antimicrobial resistance. 2015.

## PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII UN – CRTERIU IMPORTANT DE MĂSURARE A CALITĂȚII VIEȚII

**Tudor Grejdean**, dr. hab. șt. med., prof. univ.

**Leonid Margine**, dr. șt. med., conf. univ.

**Vlad Badan**, asist. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,

Chișinău, R. Moldova

sanatatepub@usmf.md leonid.margine@usmf.md vladislav.badan@usmf.md

### *HEALTH PROMOTION – AN IMPORTANT CRITERION FOR MEASURING THE QUALITY OF LIFE*

*In this article are defined some notions of quality of life towards health. The council of life quality is au indicator of health in population, and in gover-*

*ments, and it applies the realization of some favorable ways of life, has whole developments which include: "happiness – salve spacious", "social adaptation and, satisfaction of life".*

Actualitatea temei. *Calitatea vieții* este un indicator a sănătății, atât pentru populație, cât și pentru guverne și se impune realizarea de moduri de viață favorabile sănătății. Toți autorii care descriu istoricul temei – „calității vieții” se referă la un discurs a lui Landon Johnson din 1964 în care afirmă: „Nu ne putem atinge obiectivele referindu-ne doar la nivelul contului bancar. Trebuie de asemenea evaluată calitatea vieții pe care o caută poporul nostru”. Tot în SUA sociologii au fost cei ce au introdus termenul de „fericire – mulțumire” („happiness”), stare de bine psihologic („psychological well – being”), „satisfacție de viață” (satisfaction of life”), „adaptarea socială” („social adjustment”) și în sfârșit „calitate a vieții” („quality of life”. Acest din urmă termen apare în 1969 lansat de către Brandbun și echipa sa de la NOROC (National Opinion Research Center) [1]. În 1976 Campbell se interesează de calitatea vieții colective și de moravurile concetățenilor americani. Urmează apoi aportul psihologilor care încearcă să coreleze calitatea vieții cu satisfacția nevoilor, cu stările afective, atitudinile și evaluările cognitive.

În ceea ce privește medicina, deși se citează studiile lui Karnofski (1948) în direcția evaluării stării de performanță (și bine subiectiv) la cancerosi precum și elaborările în aceeași direcție a lui Katz (1963), se pare că doar în 1966 Elkinton utilizează pentru prima dată termenul de „calitate a vieții” într-o publicație medicală. Contribuții la circumscrierea calității vieții au avut așa după cum s-a menționat deja sociologii, psihologii, politicienii, filosofi, medicii și chiar companiile de asigurare ale sănătății. Cele relatate din așa numeroase direcții, sugestiile de conceptualizare au furnizat perspective multiple care au încercat – și încearcă încă – să se integreze într-o viziune unitară. Deși, „pluridimensionalitatea” conceptului nu poate fi evitată.

**Scopul studiului** constă în evaluarea calității vieții prin promovarea sănătății [2]. Una dintre ideile ce au încercat să ordoneze acest domeniu a fost polarizarea între aspectul subiectiv și cel obiectiv al calității vieții. Perspectiva subiectivă are în vedere în primul rând ceea ce s-a numit starea de „bine subiectiv” (well being”, „bien-etre”), domeniu care a fost unul dintre primele studiate sistematic, mai ales în perspectiva evoluției cazurilor sub terapia medicamentoasă. Apoi starea de fericire – mulțumire (happiness”, le bonheur”) concept greu definibil, cu multe aspecte subiective ale concep-

tului global de calitate a vieții, corelate unor diverse incidențe ale trăirilor desfășurate pe variate perioade de timp) [3].

În cadrul polarizării menționate au fost evidențiate pe de altă parte aspectele „obiective” a calității vieții. Cel mai simplu este să se inventarieze condițiile fizice de existență: standardul locuinței proprii, nivelul de confort în această locuință, câștigul bănesc de care individul dispune, asigurarea sa cu hrană și alte facilități ale civilizației. Apoi posibilitățile sale de comunicare cu alții prin deplasare: facilitățile existente în comunicarea și deplasarea la distanță, în asigurarea contactului cu alții. Aceste probleme pot fi grevate deja de probleme medicale generale (tulburări motorii, de exprimare verbală, vizuală, emotive) sau de tulburări psihice (dificultăți de deplasare ale unui agrafobic cu atacuri de panică, de deplasare și comunicare ale unui depresiv sau schizofren). Atunci când apreciem calitatea vieții avem în vedere starea interepisodică, eventual difectuală a pacientului. La fel un aspect în mare măsură „obiectiv” este funcționarea subiectului în roluri sociale).

De exemplu faptul de a fi performant într-o activitate socialmente standardizată, sau de a fi capabil de o bună administrare a propriei gospodării. Aceste performanțe depind de o serie de capacități și abilități bio – psihologice. Polarizarea de mai sus între aspecte subiective și obiective ale calității vieții este parțial reală, parțial artificială. Cu atât mai mult cu cât există și o serie de aspecte ce pot fi astfel plasate doar după o interpretare nuanțată.

De exemplu, faptul de a avea relații intime, afectate comportamentale și chiar sexuale; sau chiar faptul de a reuși o bună integrare în grupul familial, în alte microgrupuri sociale, de prieteni, de apartenență politică sau religioasă. În acest aspect, felul în care un subiect anume se deschide spre spiritualitate, se împărtășește din acestea, participă la viața culturală sau religioasă, se simte împlinit prin aceste acțiuni și trăiri, faptul de a fi eventual creator, sentimentul de a se împlini cu rost și responsabilitate întru binele altora. Dificultățile acestei distincții țin și de probleme metodologice ale măsurării (evaluării), dat fiind că stările afectate și distorsiunile cognitive conduc la evaluări variate ale aceleași situații obiective.

Problema calității vieții (C.V.), conduce spre domenii greu controlabile din punct de vedere al cuantificării. Ceea ce nu înseamnă că, cel puțin parțial, ea nu poate fi supusă unei conceptualizări și modelări, tocmai spre a modifica optica strict medical-clinică.

Având conștiința faptului că ansamblul acestor aspecte existențiale sunt

corelate particularităților unei socio-culturi date și că se cer filtrate prin specificarea unică, a unei personalități conștiente, să urmărim câteva tentative de sistematizare a problemei.

Rezultate evidențiază faptul că calitatea vieții în medicină în general – se realizează în cele din urmă printr-un proces subiectiv de trăire și evaluare, care ține seamă de valorile universului cultural în care subiectul trăiește și care sunt încorporate de aceasta într-o manieră proprie. Dar în același timp se evidențiază faptul că calitatea vieții e corelată cu libertatea și voința subiectului. Precum și de o serie de factori corelați comunicării, interrelației și integrării subiectului în raport cu alte persoane și societatea din care face parte, inclusiv performanțele sale în rolurile sociale.

Luând în considerație la moment polarizarea subiectiv – obiectiv în circumscrierea și evaluarea calității vieții a unei persoane date, menționăm că sistematizările și conceptualizările teoretice din ultimii ani tind să sublinieze trei componente esențiale ale calității vieții și anume (după Katschnig).

1. Starea de „bine” subiectiv („well being”), „bien etre”), în diverse interpretări, de la starea afectivă de moment la satisfacția de durată în raport cu desfășurarea existenței sale.
2. Funcționarea în roluri sociale și ansamblul problematic corelat relațiilor interpersonal – sociale, abordat din diverse incidențe, perspective, focalizări.
3. Factorii ambientali (contextuali) predominant materiali (venit, hrană, locuință, căldură, etc.) corelați cu caracteristicile nișei ecologice umane în care subiectul trăiește. Aceștia se referă și la facilitățile sociale (de deplasare, comunicare), la șansele de educare și informației, la accesul, la serviciile de sănătate și asistență socială, la modalitatea în care e realizată securitatea persoanei în afara locuinței, la relațiile cu vecinii, etc.

Cele relatate confirmă, că toți factorii ambientali și cei ce țin de funcționarea socială se reflectă în cele din urmă în trăirile subiective ale individului. Însă, ele se cer comentați distinct, împreună cu interacțiunile posibile și reale dintre caracteristicile personale, genetic – tipologice așa cum se manifestă ele la un moment dat și ofertele sau șansele ambientale, fizice, economice, socio-culturale și de relaționare interpersonală. Atenție acordată calității vieții pentru foștii bolnavi somatici (cu sechele sau diferite – dezabilități minime sau mai importante) lărgeste considerabil perspectiva în gândirea tradițional medicală. După ce acest orizont a fost deschis, cercetătorii au formulat și testat diverse scale de evaluare a calității vieții,

gândindu-se după aspecte empirice la început; dar făcând mereu efortul să sistematizeze și să conceptualizeze acest domeniu. Autorii ce au abordat și studiat problema calității vieții la pacienți au folosit la un anumit moment teoria lui Maslow a „nevoilor umane bazale” ierarhizate pe mai multe nivele, și care, într-o manieră simplistă ar putea fi prezentată astfel: (după Mc. Kenna).

- Auto-realizarea:
  - nevoia de a realiza propriul potențial
- Stima
  - nevoia de a fi respectat de alții (ce se corelează cu stima de sine).
- Aspectul social
  - nevoia de suport din partea ambianței sociale
- Siguranța
  - securitatea la domiciliu și în lume
- Aspecte psiho – fiziologice
  - nevoia de alimentație, adăpost.

Invocarea concepției lui Maslow a fost doar un ghid aproximativ în studierea (C.V.) calității vieții, dezbaterile care au survenit pe parcurs relevând o serie de aspecte a acestei probleme.

În concluzie din cele deja menționate relevăm câteva perspective doctrinare care au stat și stau la baza sistematizării și conceptualizării „calității vieții”, reamintim dintre acestea: 1) concepția lui Maslow privitoare la „nevoile” umane bazale; 2) diferențierea dintre aspecte: subiective și obiective ale calității vieții; 3) diferențierea dintre domenii: a. satisfacție și împlinire subiectivă; b. nivelul de competență în rolurile sociale în integrarea socială (ce se bazează pe diverse abilități specific umane păstrate și dezvoltate); c. factori ambientali contextuali, fizici, umani, valorici; 4) corelarea în perspectiva dinamică care studiază interrelații dintre factorii deja amintiți, precum și modificarea acestora în perspectiva programelor de reabilitare țintite, a terapiei și a ciclurilor vieții.

### **Referințe bibliografice**

1. Sartorius N. Quality of Life and Mental Disorders: A Global Perspective. in A/, p.319/328.
2. Barrz, M.M., “Well / being and Life Satisfaction as components of Quality of Life in Mental Disorders” p. 31-42.
3. Wolfensberger, W., “Let’s Hang Up” Quality of Life As a Hopeless, in Quality of Life for Persons with Disabilities, Ed.D.Goode, Brookline Books, 1994, p. 265-319.