

- Bank, Health, Nutrition and Population. Washington, D.C., 2007, April.
73. Nanda G., Switlick K., Lule E. Accelerating progress towards achieving the MDG to improve maternal health: a collection of promising approaches (health, nutrition and population discussion paper). Washington DC: World Bank, 2005. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13702>
74. Ashford L. Hidden suffering: disabilities from pregnancy and childbirth in less developed countries (policy brief). Washington DC: Population Reference Bureau, 2002. In: <http://www.prb.org/pdf/hiddensufferingeng.pdf>.
75. WHO. Family Planning, Fact sheet No. 351, 2011, April.
76. Report of the Special Rapporteur on the right to health (A/HRC/4/28), para. 46.

INSTRUMENTE DE MĂSURARE A CALITĂȚII VIEȚII ÎN SĂNĂTATE

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

Rodica Scutelnic, drd.

Victoria Voloceai, dr. în șt. med., asist. univ.

Ludmila Goma, dr. în economie, conf. univ.

Catedra de medicină socială și management „Nicolae Testemițanu”,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R.Moldova

fiodor.grejdean@usmf.md

HEALTH QUALITY MEASUREMENT INSTRUMENTS

In this article are defined some notions of quality of life towards health. The council of life quality is an indicator of health in population, and in governments, 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”. The problem of quality of life, leads to hard-to-control areas in terms of quantification. Which does not mean that, at least in part, it cannot be subjected to conceptualization and modeling, precisely to modify the strictly medical-clinical optics.

Actualitatea temei. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) propune următoarea definiție: „Calitatea vieții este percepția de către oameni „peo-

ple's perception" a poziției lor în viață în relație cu scopurile lor și cu sistemul de valori pe care ei l-au acceptat și încorporat din perspectiva luării deciziilor". Această definiție plasează centrul problemei în zona voinței și capacității individului de a comunica și participa la realizarea propriului destin, a propriei „calități a vieții”.

Calitatea vieții este un indicator a sănătății, atât pentru populație, cât și pentru guverne și se impune realizarea de moduri de viață favorabile sănătății.

Nu trebuie ignorat nici un moment faptul că, conceptul de calitate a vieții are o dezvoltare largă care în mare măsură nu are legătură cu medicina. În al doilea rând se poate vorbi de calitatea vieții corelată cu sănătatea..

Organizația Mondială a Sănătății propune următoarea definiție „care în vedere problematica în general”: „Calitatea vieții este percepția de către oameni (people, „s perception”) a pozițiilor în viață în relație cu scopurile lor și cu sistemul de valori pe care l-au acceptat și încorporat din perspectiva luării deciziilor pe care le iau”. Această definiție plasează centrul problemei în zona voinței și capacității individului de a comunica și participa la realizarea propriului destin, a propriei „calități a vieții” [1].

Toți autorii care descriu istoricul temei – „calității vieții” se referă la un discurs a lui Lundon 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” („happines”), 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).

În 1976 Campbell se interesa 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 în corelație cu indicatorii de măsurare a sănătății.*

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 (happieness”, le bonheur”) concept greu definibil, cu multe aspecte subiective ale conceptului global de calitate a vieții, corelate unor diverse incidențe ale trăirilor desfășurate pe variate perioade de timp. 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 [3].

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 și discuții. Prezentăm în continuare un model (o schemă) a elementelor ce caracterizează calitatea vieții, propusă de Felce, D și Perry (1996) (Schema – 1). Schema 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. 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. Funcționarea în roluri sociale și ansamblul problematic corelat relațiilor interpersonal - sociale, abordat din diverse incidente, perspective, focalizări. 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 socia-

lă, 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 – desabilități minime sau mai importante) lărgeste considerabil perspectiva în gândirea tradițional medicală [4].

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 (după Mc.Kenna) astfel:

- ✓ 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 câteva perspective doctrinare, care au stat și stau la baza sistematizării și conceptualizării „calității vieții”, reamintim dintre acestea:

- ✓ concepția lui Maslow privitoare la „nevoile” umane bazale;
- ✓ diferențierea dintre aspecte: subiective și obiective ale calității vieții; diferențierea dintre domenii: 1. satisfacție și împlinire subiectivă; 2. nivelul de competență în rolurile sociale în integrarea socială (ce se bazează pe diverse abilități specific umane păstrate și dezvoltate); 3. factori ambientali contextuali, fizici, umani, valorici.

- ✓ 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, pp.319-328.
2. Barrz, M.M., “Well / being and Life Satisfaction as components of Quality of Life in Mental Disorders” in A/ pp.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, pp.265-319.
4. Chambon , Cardine, M.M., Qualite de vie subjective et fonctionnement mental: le point de vue cognitiviste. In: Teraraveyi Bibl., 7, pp.40-62.

ABORDAREA TERAPEUTICĂ COMPLEXĂ A MINORULUI CU DIABET ȘI AFECȚIUNI ORALE

Ala Ojovan, dr. șt. med., conf. univ.

Catedra de stomatologie terapeutică,

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R. Moldova

Vitalina Ojovan, doctorand; medic endocrinolog

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R.Moldova

Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară, Chișinău

ala.ojovan@usmf.md vitalina.ojovan@gmail.com

COMPLEX THERAPEUTIC APPROACH OF CHILDREN WITH DIABETES AND ORAL DISEASES

This material represents a theoretical and analytical approach to the problem of the correlation between type 1 diabetes in minors and diseases of the oral cavity. Following observations made in parallel by doctors specializing in dentistry and those in endocrinology, a clear interdependence between dental conditions and type 1 diabetes was found.