

## CALITATEA VIEȚII POPULAȚIEI DIN ȚĂRILE CU VENITURI MICI ȘI MEDII ESTIMATĂ CU INSTRUMENTE STANDARTIZATE

**Alina Ferdohleb**, dr. în șt. med., conf. univ.  
Catedra de medicină socială și management „Nicolae Testemițanu”,  
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,  
Chișinău, R.Moldova  
alina.ferdohleb@usmf.md

### *QUALITY OF LIFE OF POPULATIONS IN LOW AND MIDDLE INCOME COUNTRIES ESTIMATED USING STANDARDIZED TOOLS*

*This article presents the concept of health-related quality of life and sociological standardization tools proposed by international institutions (WHO, FDA, EORTC) with the aim of estimating the quality of treatment and the health-related quality of life of the population in low- and middle-income countries (LMICs). Standardized questionnaires (WHO QoL, SF-36, SWLS) focus on personal health (physical, mental and spiritual), social relationships, educational status, work environment, sense of security, safety and freedom, autonomy in decision-making.*

#### **Introducere.**

În epoca tratamentelor în continuă expansiune și a medicinei de precizie, speranța de vindecare rămâne obiectivul final pentru pacienții, care suferă de maladii incurabile și au nevoie de un tratament delungă durată. La fel de importantă pentru mulți pacienți reprezintă *calitatea vieții* (CV) obținută în timpul și după tratament. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, *calitatea vieții* în medicină se înțelege drept bunăstareafizică, psihică și socială, precum și capacitatea pacienților de a-și îndeplini sarcinile obișnuite în cadrul existenței lor cotidiene [1].

*Calitatea vieții* legată de *sănătate* este acceptată ca o evaluare multidimensională a modului în care boala și tratamentul afectează sentimentul de funcționare generală și bunăstare al pacientului [2]. Definiția oficială a *calității vieții* legată de *sănătate* (CVLS) este „un concept pe mai multe domenii care reprezintă percepția generală a pacientului asupra efectului bolii și al tratamentului asupra aspectelor fizice, psihologice și sociale ale

vieții” [3]. Un motiv principal pentru care se pune accent pe CVLS este faptul că pacienții doresc să trăiască bine cât mai mult timp, fiind crucial pentru rezultatele generale ale acestora.

Estimarea calității vieții cu instrumentele standardizate ale instituțiilor internaționale este o soluție eficientă pentru populațiile din țările cu venituri mici și mijlocii. Conform listei de economii a Băncii Mondiale anunțată în 2021 (<https://www.worldbank.org>), *țările cu venituri mici* (ȚVM) sunt definite ca țări cu un venit național brut (PIB) pe cap de locuitor de 1.035 USD și mediu inferior. *Țările cu venituri mici și medii* (ȚVMM / LMIC) sunt cele cu un PIB pe cap de locuitor între 1.036 USD și 4.045 USD. În prezent, există 29 de ȚVM și 50 de ȚVMM, majoritatea în Africa, Asia și doar două în Europa (Moldova și Ucraina). Printre țările cu venituri medii superioare (UMIC), 12 din 56 de țări (*Albania, Armenia, Azerbaidjan, Belarus, Bosnia și Herțegovina, Bulgaria, Kazahstan, Kosovo, Muntenegru, Macedonia de Nord, Federația Rusă și Serbia*) reprezintă țările europene.

### **Materiale și metode**

Pentru atingerea obiectivelor trasate în cadrul proiectului „Phage treatment and wetland technology as intervention strategy to prevent dissemination of antibiotic resistance in surface waters (PhageLand)”, a fost realizat un studiu secundar cu obiectivul de a analiza instrumentele de cercetare sociologic standardizate contemporane la subiectul proiectului de cercetare.

Sinteza /reviul narativ a presupus colectarea de informații din bazele de date internaționale cu acces deschis – PubMed, Google Scholar, Medline, utilizând cuvintele-cheie: „calitatea vieții”, „calitatea vieții legată de sănătate”, „țările cu venituri mici și mijlocii”, „Organizația Mondială a Sănătății / WHO”, „instrumente sociologice”, „36-Item Short Form Survey /SF-36”, „World Health Organization Quality of life /WHO QoL”, „SWLS”. Au fost analizate circa 100 de surse bibliografice, fiind reținute în funcție de relevanță – 47 de surse. Limbile de publicare ale surselor bibliografice selectate au fost: engleza, româna și rusă. La sumarizare sintezei narative a fost selectat instrumentul sociologic, care a corespuns cerințelor obiectivului de studii al proiectului multilateral PhageLand. Protocolul cercetării a fost avizat pozitiv de către Comitetul de Etică a Cercetării al USMF „Nicolae Testemițanu” nr. 7 din 09.01.2022

## Rezultate

Conceptul *calitatea vieții* este crucial pentru pacienți și important pentru evaluarea tehnologiei medicale. Pe de altă parte, este un concept dificil de măsurat, iar majoritatea cercetătorilor confirmă că atât durata vieții, cât și calitatea vieții sunt importante. Totodată, sensul *calității vieții înalte și foarte bune* poate fi diversă în diferite subgrupe de cercetare. Nu există o definiție unică a calității vieții, în pofida faptului că au existat multe încercări de a o sistematiza / formula. Definiția Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) se numără printre definițiile mai cuprinzătoare ale calității vieții. OMS definește calitatea vieții *caperepția indivizilor* asupra poziției lor în viață în contextul culturii și sistemelor de valori în care trăiesc și în relație cu obiectivele, așteptările, standardele și preocupările acestora.

*Calitatea vieții (CV)* este un concept larg afectat, într-un mod complex, de sănătatea fizică a persoanei, starea psihologică, nivelul de independență, relațiile sociale, convingerile personale și relația acestora cu trăsăturile esențiale ale mediului înconjurător” [6].

Pentru o evaluare detaliată a calității vieții ar trebui să fie măsurate parametrii: sănătatea fizică și mentală, bunăstarea generală, severitatea simptomelor, funcționarea socială. Totodată, nu se poate trece peste de așa importanți factori cum ar fi: tulburările de somn, performanța sexuală. În recomandările Agenției Europene pentru Medicamente (EMA) a fost menționat că chestionarele de evaluare a calității vieții trebuie să includă următoarele caracteristici: 1) utilitatea (validitatea) - unitate de măsură în care este apreciat un subiect de test; 2) sensibilitatea (reacția) la detectare, care are loc într-un subiect de test; 3) fiabilitatea - pentru a primi aceleași rezultate într-un test repetat. Mai mult ca atât, acestea ar trebui să fie practice și adecvate pentru o anumită condiție, simple la traducere în limbile locale / din regiune, să prevadă o marcare ușoară și economică, create pentru auto-completare de persoanele din grupul de test.

Așadar, chestionarele de evaluare a calității vieții pot fi împărțite în trei grupe de bază: 1) chestionare generale, 2) chestionare de evaluare a severității bolii și 3) chestionare specifice bolii. Chestionarele generale sunt aplicate pentru a evalua factorii mentali, intelectuali și fizici, indiferent de starea de sănătate, precum și prezența unor alte boli. Aceste sunt utilizate în rândul populației generale, atât la subiecții sănătoși, cât și la pacienții ale căror prognostic este sever.

În ultimii cincisprezece de ani, cercetătorii naționali au început mai

frecvent să utilizeze instrumentele sociologice standandartizate de organizațiile internaționale în domenii medicale: chirurgia, stomatologia, pediatria, igiena, medicină socială și managementul [5]. De multe ori cercetătorii caută instrumentele și metodologia predestinată studiului empiric, iar din această cauză este important ca instrumentul să fie standartizat și fezibil conform criteriilor biostatisticii / statisticii medicale. Evaluarea instrumentului sociologic cu coeficientul Cronbach alfa este conștientizarea internă a chestionarului [6, 7].

Conform ultimelor date ale OMS, calitatea vieții cuprinde mai multe domenii cheie, numite parametri / domenii. Acestea sunt elementele de bază ale chestionarelor standardizate. La nivel mondial, s-au realizat peste 500 de studii, în ultimii zece de ani, în care s-au utilizat chestionarele *WHO QoL*, *SF-36*, *SWLS*. În tabelul mai jos sunt sistematizate parametrii și itemii din domeniile de bază ale calității de viață legată de sănătate.

**Tabelul 1. Domeniile Organizației Mondiale a Sănătății ale calității vieții**

	<i>Domenii</i>	<i>Itemii încorporate în domenii</i>
calității vieții legată de sănătate	1. Sănătate fizică	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Energie și oboseală</li> <li>• Durere și disconfort</li> <li>• Timpul suficient pentru somn și odihna</li> </ul>
	2. Sănătate psihologică	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imaginea și aspectul corpului</li> <li>• Sentimente negative</li> <li>• Sentimente pozitive</li> <li>• Stimă de sine</li> <li>• Gândire, învățare, memorie și concentrare</li> </ul>
	3. Nivel de independență	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilitate</li> <li>• Activități din viața de zi cu zi</li> <li>• Dependența de medicamente și ajutoare medicale</li> <li>• Capacitate de lucru</li> </ul>
	4. Relații sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relații personale</li> <li>• Suport social</li> <li>• Activitate sexuală</li> </ul>

5. Mediu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resurse financiare</li> <li>• Libertate, siguranță fizică și securitate</li> <li>• Sănătate și asistență socială: accesibilitate și calitate</li> <li>• Mediul acasă</li> <li>• Oportunități pentru dobândirea de noi informații și abilități</li> <li>• Participarea și oportunitățile de recreere și petrecere a timpului liber</li> <li>• Mediul fizic (poluare, zgomot, trafic, climă)</li> <li>• Transport</li> </ul>
6. Valori și convingeri personale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Religie</li> <li>• Spiritualitate</li> <li>• Convingerile personale</li> </ul>

Primele patru domenii ale calității vieții enumerate, în tabelul de mai sus, includ aspecte care pot fi direct afectate de sănătate și de utilizarea medicamentelor și a tehnologiei medicale, în timp ce ultimele două domenii (*mediu și valori și convingeri personale*), deși importante, este posibil să nu fie afectate, la fel de frecvent, precum utilizarea tehnologiilor medicale (*inclusiv medicamente*). Acest accent mai restrâns asupra calității vieții, din cauza stării de sănătate, se numește *calitatea vieții legată de sănătate*.

Pacientul sau persoana care dorește să înțeleagă valoarea unui tratament ar putea include ultimele două domenii sau ar putea presupune că nu se vor schimba, iar, în cele din urmă, se vor concentra mai specific pe aspectele direct afectate de tehnologiile de sănătate. *Calitatea vieții legată de sănătate* este multidimensională, conține mai multe elemente și domenii, inclusiv domenii fizice, psihologice, funcționale și sociale legate de percepția unei persoane asupra calității vieții afectate de starea de sănătate. Rezultă, deci, că încercările de măsurare a *calității vieții legată de sănătate* vor capta aceste domenii.

Cercetătorii au demonstrat că evaluarea și gestionarea simptomelor, în afara vizitelor medicale obișnuite, sunt fezabile și îmbunătățesc rezultatele. Integrarea tehnologiei pentru o mai bună monitorizare și management al simptomelor poate fi vitală pentru îngrijirea integrată, îmbunătățirea *calității de viață* și rezultate mai bune.

După ce instrumentele sunt puse în aplicare, pentru a recunoaște problemele de suferință și *calitatea vieții legată de sănătate*, lucrătorii din sistemul medical ar trebui să se concentreze asupra modului de abordare a acestor simptome. O temă recurentă, în special ceea ce privește componenta psihosocială a *calității vieții legată de sănătate*, este coordonarea și integrarea îngrijirii. Integrarea cu adevărat a serviciilor psihosociale în îngrijirea pacienților paliativi necesită mai multe componente cheie, incluzând: (1) manageri de îngrijire psihosocială, care pot servi drept punct de legătură al serviciilor disponibile din asistența medicală primară, (2) urmărirea sistematică a simptomelor și aderarea la recomandările de tratament, instrumente, (3) educarea pacientului cu privire la problemele psihosociale și importanța auto-îngrijirii, (4) tratamente psihosociale scurte bazate pe dovezi, care pot fi executate de managerii de îngrijire sub supravegherea specialiștilor și (5) un model de management care să permită escaladarea treptată a intervenției pe baza liniilor directoare și a răspunsului la tratament. O parte a unui model de management ar putea include, de asemenea, mijloace mai puțin tradiționale de abordare a problemelor psihosociale. Ghidurile pentru pacienții paliativi recomandă o abordare integrată în domeniul sănătății psihologice și relațiilor sociale.

### **Concluzii.**

Dovezile cu privire la importanța *calității vieții legată de sănătate* continuă să se acumuleze în toate aspectele de îngrijire a pacienților, inclusiv supraviețuirea generală și alte rezultate cheie. În același timp, există și continuă să evolueze intervenții care îmbunătățesc *calitatea vieții legată de sănătate* global, precum simptomele fizice, psihosociale și toxicitate financiară. Pentru a se asigura că pacienții cu cancer primesc îngrijire optimă și experimentează cele mai bune rezultate posibile, aceste aspecte ale *calității vieții legată de sănătate* trebuie abordate, în mod regulat, cu servicii interdisciplinare și integrate.

### **Referințe bibliografice**

1. WHO QoL Group. The World Health Organization. In: Soc Sci Med., 1995, nr. 41, pp.1403-1409.
2. Cella DF. Measuring quality of life in palliative care. In: Semin Oncol., 1995;22(2 Suppl 3), pp.73-81.

3. Quinten C., et al. Baseline quality of life as a prognostic indicator of survival: a meta-analysis of individual patient data from EORTC clinical trials. In: *Lancet Oncol.*, 2009;10(9), pp.865-871.
4. Ferdohleab A. Eficiența clinico-funcțională a tratamentului chirurgical al stric-turilor biliare benigne. Teză de doctor habilitat în științe medicale. Chișinău, 2020.
5. Croitoru C., Ciobanu E., Ferdohleab A. Validarea chestionarului: cunoștințe, atitudini și practici privind fenomenul de antibiorezistență la medici. În: *Arta Medica*, 2022; 3(84), pp.4-15.
6. Diener E, Seligman ME. Beyond money. Toward an economy of well-being. In: *Psychological Science in the Public Interest*, 2004;5(1), pp.1-31.
7. Новик А.А., ИONOBA T.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание, под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. Москва: ЗАО «Олма Медиа Групп», 2007.

## **INSTRUIREA ÎN EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE A ASISTENȚILOR MEDICALI LA NIVEL COMUNITAR**

**Angela Baroncea**, doctorand

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

### *HEALTHERN INSTRUCTION OF MEDICAL ASSISTANCE AT THE COMMUNITY LEVEL*

*In this scientific paper there are described the experiment results of the pedagogical model in the health education of the medical assistants whose purpose was the validation of the health education focused on the formation of prospective competencies of the health promotion by the medical assistants at the community level. The experiment results of the pedagogical model include: the analysis of the thematic refinement module, education for health, the determination of the prospective competencies level in the domain of the health education, the experimental intervention for refinement, the medical assistance in internal diseases, the establish-*