

Conclusions

1. The results of the investigation showed that pregnant women who have the first relation degree relatives with a constipation problem in anamnesis have a higher constipation development risk in comparison with pregnant women with a favorable inherited anamnesis.

2. The investigation determined that inherited component maternally predominates in the group of pregnant women with a functional constipation problem in comparison with the group with a gestational constipation problem.

3. The pregnant women constipation development risk factors hierarchy among the first relation degree relatives looks like: mother ($r = 0.563$), father ($r = 0.416$), both parents ($r = 0.374$), brother/sister ($r = 0.292$), mother/sister ($r = 0.255$).

4. The results of the investigation indicate an important role of the heredity factor in pregnant women's etiopathogenesis that gives reasons to refer it to the constipation development risk factors during the gestation process.

5. With the use of the clinical-genealogical investigation method 364 pregnant women were examined 164 pregnant women with a constipation problem (66 – with functional constipation, 98 – with gestational constipation) and 182 pregnant women without a constipation problem.

6. The results of the investigation testify to an important role of the heredity factors in pregnant women's constipation etiopathogenesis that gives grounds for bringing it to risk factors of constipation development during the gestation process.

References

1. Annie On On Chan, Kwok Fai Lam, Wai Mo Hui, et al. Influence of Positive Family History on Clinical Characteristics of Functional Constipation. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2007;5:197-200.
2. Drossman DA. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III. *Process Gastroenterology*. 2009;130(5):1377-1390.
3. Dumbrava V, Romanciuc I, Turcan S. Tulburările Funcționale gastrointestinale, Criteriile de la Roma III. *Arta Medica*. 2007;2:30-34.
4. Ducas L, Willet W, Giovannucci E. Association between Physical Activity, Fiber Intake, and Other Lifestyle Variables and Constipation in a Study of Women. *Am. J. Gastroenterol*. 2010;98:1790-1796.
5. Hallmann F. Toxicity of Commonly Used Laxatives. *Medsci Monit*. 2010;3:618-628.
6. Heaton KW, Raducan Z, Cripps H. Defecatio Frequency and Timing, and Stool Form in the General Population a Prospective Study. *Gut*. 1992;33:818-824.
7. Bradley Catherine S, Kennedy Colleen M; Turcea Anne M, et.al. Constipation in Pregnancy. *Obstetrics Gynecology*. 2007;110(6):1351.
8. Cullen Garret, O'Donoghue Diarmuid. Constipation and Pregnancy Best Practice and Research. *Clinical Gastroenterology*. 2010;21(5):807-818.
9. Belev NF. Genetic Factors' Role in Large Intestine Cancer Etiopathogenesis, the Materials of the III CIS Congress of Oncologists and Radiologists. 2009.
10. Burkov SG. Pregnant Women's Constipation: View of the Problem. Ap. Alimentary Organs Disease. *Russian Medical Journal*. 2006;1:28-30.
11. Parfenov AI, Ruchkina IN, Silvestrova SU. *Russian Medical Journal*. 2006;8(2):109-114.
12. The Practical Book World-wide Gastroenterologist Organization. 2004. www.omn.org
13. Samohvalova EM, Dumbrava VA, Turcan SI. Modern Aspects of Pregnant Women Constipation Problem. *Buletin de Perinatologie*. 2007;4:52-58.

Studiul calităților psihometrice ale chestionarelor Minnesota LHF Q, MacNew Heart Disease HRQL și MOS-SF-36 la pacienții cu insuficiență cardiacă cronică de origine ischemică

*E. Vataman, D. Lîsîi, S. Filimon, O. Priscu, A. Grivenco, V. Priscu, S. Cucută

Department of Chronic Heart Failure, Institute of Cardiology, State University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemitanu”
 29/1, Nicolae Testemitanu Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: vataman@cardio.mldnet.com. Manuscript received June 19, 2012; revised October 17, 2012

The study of psychometric qualities of Minnesota LHF Q, Mac New Heart Disease HRQL and MOS-SF-36 questionnaires in patients with ischemic chronic heart failure

Until now there have not been validated instruments that assess the quality of life in patients with cardiovascular disease in the Republic of Moldova. The 6 stages of Minnesota LHF Q, MacNew Heart Disease HRQL and MOS SF-36 questionnaires were validated, followed by a pilot study – 337 patients with ischemic chronic heart failure in II-III NYHA functional classes. To determine the psychometric qualities of the questionnaires we performed a test-retest method looking at correlations between the components of the questionnaires and quality of life indices, which were analyzed according to the age, sex, living environment, and studies. Our results demonstrated the questionnaires' reliability and validity through the indication of linguistic validation that had been carried out successfully. Thus, it can be a methodological basis for future clinical trials in the Republic of Moldova.

Key words: quality of life, ischemic chronic heart failure, Minnesota LHF Q, MacNew Heart Disease HRQL, MOS SF-36.

Исследование психометрических качеств опросников Minnesota LHF Q, MacNew Heart Disease HRQL и MOS SF-36 у больных с хронической сердечной недостаточностью ишемического происхождения

В настоящее время в Республике Молдова инструменты для оценки качества жизни пациентов с сердечно-сосудистой патологией не валидированы. Нами были выполнены все 6 этапов валидации трёх опросников (Minnesota LHF Q, MacNew Heart Disease HRQL и MOS SF-36), с последующим проведением пилотного исследования – 337 пациентов с сердечной недостаточностью (ФК II-III NYHA) ишемического происхождения. Чтобы определить психометрические качества опросников было проведено двойное тестирование пациентов, корреляции между компонентами опросников, были проанализированы параметры качества жизни в зависимости от возраста, пола, условий жизни, наличия высшего образования. Полученные результаты продемонстрировали надёжность и валидность опросников. Таким образом, проведение данной валидации составит методологическую основу для последующего проведения в нашей стране сравнимых клинических исследований в области кардиологии.

Ключевые слова: качество жизни, сердечная недостаточность ишемического происхождения, опросники Minnesota LHF Q, MacNew Heart Disease HRQL и MOS SF-36.

Introducere

Maladiile cardiovasculare constituie cauza principală a mortalității populației din Europa, iar cardiopatia ischemică (CPI) este cauza principă de deces la pacienții cu patologie cardiovasculară. Măsurile profilactice și terapeutice, întreprinse în ultimul deceniu, au dus la reducerea semnificativă a ratei mortalității și morbidității în țările cu economii avansate [1]. Odată cu apariția metodelor noi de tratament, în special la pacienții cu CPI, concomitent cu studierea ratei de mortalitate și morbiditate, se impune aprecierea calității vieții pacienților ca punct final principal. Pentru determinarea stării sănătății și a statutului funcțional al pacienților s-au elaborat instrumente de măsurare a calității vieții, care pot fi utilizate atât în studiile clinice cât și în practica cotidiană doar după validarea lor lingvistică [2].

Sunt cunoscute 2 clase de instrumente de măsurare a calității vieții: generice, de exemplu - Nottingham Health Profile, Sickness Impact Profile, Medical Outcomes Study-Short Form-36 (MOS SF-36) și specifice, de exemplu: în infarctul miocardic – MacNew Heart Disease Heart-related Quality of Life (MacNew HRQL) questionnaire, în angina pectorală – Seattle Angina Questionnaire și în insuficiența cardiacă – Minnesota Living with Heart Failure questionnaire (Minnesota LHF Q). Cele generice pot fi aplicate pe larg în mai multe maladii și sindroame, deoarece acoperă toate aspectele calității vieții, iar cele specifice sunt concepute numai pentru unele maladii aparte sau pentru evaluarea anumitor funcții [2, 3]. În prezent, în Republica Moldova nu a fost validat vreun instrument unic pentru a evalua calitatea vieții pacienților cu boli cardiovasculare.

Scopul studiului nostru constă în testarea proprietăților psihometrice ale chestionarelor Minnesota LHF Q, Mac New Heart Disease HRQL și MOS-SF-36 la pacienții cu insuficiență cardiacă cronică de origine ischemică.

Material și metode

În studiu au fost incluși 337 de pacienți cu insuficiență cardiacă (IC) de origine ischemică, clasa funcțională (CF) NYHA predominant II și III, selectați în departamentul insuficiență cardiacă cronică al Institutului de Cardiologie. Diagnosticul a fost confirmat prin datele clinice, electrocardiografice (ECG), ECG în efort fizic dozat, ecocardiografice (EcoCG) și, la necesitate – prin coronarangiografie. Toți pacienții incluși în

studiu au fost vorbitori de limbă română. Caracteristica lotului de studiu este prezentată în tabelul 1.

Tabelul 1

Caracteristica lotului de studiu

Vârsta medie (ani, M ± m)		60,6 ± 0,6
Bărbați, nr. (%)		197 (58,5)
Femei, nr. (%)		140 (41,5)
Mediul de viață, nr. (%)	Urban	113 (33,5)
	Rural	224 (66,5)
Studii superioare, nr. (%)	Da	94 (27,9)
	Nu	243 (72,1)
	Nu	202 (59,9)
Infarct miocardic vechi, nr. (%)	Cu unda Q	55 (16,3)
	Fără unda Q	30 (8,9)
Coronarangiografie, nr. (%)		46 (13,6)
Hipertensiune arterială, nr. (%)	Gradul I	8 (2,4)
	Gradul II	88 (26,1)
	Gradul III	147 (43,6)
Accident vascular cerebral, nr. (%)		17 (5,0)
Diabet zaharat, tip 2		43 (12,8)
Obezitate (IMC > 30), nr. (%)		114 (33,8)
Fumători, nr. (%)		85 (25,2)
Bronhopneumopatie cronică obstructivă		84 (24,9)
Angor pectoral, nr. (%)	CF I	1 (0,3)
	CF II	35 (10,4)
	CF III	110 (32,6)
	CF IV	15 (4,5)
Clasa funcțională NYHA, nr. (%)	CF I	5 (1,5%)
	CF II	141 (42,0%)
	CF III	182 (54,2%)
	CF IV	8 (2,4%)
Stadiile insuficienței cardiace, nr. (%)	Stadiul A	5 (1,5%)
	Stadiul B	128 (38,1%)
	Stadiul C	200 (59,5%)
	Stadiul D	3 (0,9%)
Stază venoasă (radiologic), nr. (%)	Nu	183 (54,3%)
	Da	154 (45,7%)
Fibrilație atrială, nr. (%)	Nu	191 (56,7%)
	Da	146 (43,3%)

Bloc de ramură stângă al f. Hiss, nr. (%)	Nu	303 (89,9%)
	Da	34 (10,1%)
Distanța parcursă în test mers plat 6 min (m, M ± m)		252 ± 5,5
FE a VS (% , M ± m)		46,7 ± 0,8

După adaptarea lingvistică chestionarele Minnesota LHF Q, Mac New Heart Disease HRQL questionnaire și MOS-SF-36 au fost aplicate la toți pacienții incluși în studiu. 171 de pacienți au fost chestionați dublu de 2 investigatori diferiți (metoda test-retest). În total au fost 5 investigatori, numiți convențional: codmed1, codmed2, codmed3, codmed4 și codmed5. Investigatorul codmed1 a efectuat prima chestionare la toți pacienții, iar a 2-a chestionare a fost efectuată cu un interval nu mai mare de o zi de: codmed2 – la 28 de pacienți, codmed3 – la 53 de pacienți, codmed4 – la 20 pacienți și codmed5 – la 70 de pacienți.

Tot lotul de pacienți a fost divizat în subgrupuri: în de-

pendență de vârstă – 1a (vârsta < 65 ani) și 1b (vârsta ≥ 65 ani); în dependență de sex – 1m (masculin) și 1f (feminin); în dependență de prezența studiilor superioare – 1abs (fără studii superioare) și – 1da (cu studii superioare) și în dependență de mediul de viață – 1u (urban) și 1r (rural).

Rezultate obținute

Rezultatele chestionării duble ale pacienților incluși în studiu prin metoda test-retest

N-au fost depistate diferențe semnificative ale scorului global conform chestionarului Minnesota LHF Q la chestionarea dublă a pacienților prin metoda test-retest (tab. 2).

Valorile medii ale scalei emoționale, scalei fizice, scalei sociale și scorului global ale chestionarului MacNew, obținute după chestionarea dublă a pacienților de către investigatorul codmed1 și ceilalți investigatori, au fost comparabile și fără diferențe semnificative (tab. 3).

Diferențe semnificative ale valorilor medii ale indicilor

Tabelul 2

Chestionarul Minnesota LHF Q: mediile scorului global, obținute la chestionarea dublă a pacienților de către investigatorul codmed1, comparativ cu investigatorii codmed2, codmed3, codmed4 și codmed5

Parametrul	Investigatorii (codmed)							
	1	2	1	3	1	4	1	5
Scorul global (M ± m)	3,25 ± 0,15	3,27 ± 0,14	2,78 ± 0,11	2,69 ± 0,11	2,69 ± 0,18	2,68 ± 0,20	2,79 ± 0,08	2,76 ± 0,09

Tabelul 3

Valorile medii ale scalei emoționale, scalei fizice, scalei sociale și scorului global ale chestionarului MacNew, obținute după chestionarea dublă a pacienților de către investigatorul codmed1 și investigatorii codmed2, codmed3, codmed4 și codmed5

Parametrul	Investigatorii (codmed)							
	1	2	1	3	1	4	1	5
Scala emoțională (M ± m)	8,6 ± 0,31	8,4 ± 0,28	8,2 ± 0,25	7,9 ± 0,24	8,5 ± 0,29	8,4 ± 0,31	8,7 ± 0,17	8,8 ± 0,16
Scala fizică (M ± m)	7,2 ± 0,42	7,4 ± 0,39	7,8 ± 0,29	7,7 ± 0,28	8,0 ± 0,54	8,3 ± 0,57	8,2 ± 0,25	8,3 ± 0,24
Scala socială (M ± m)	8,5 ± 0,45	8,4 ± 0,40	8,6 ± 0,29	8,4 ± 0,27	8,8 ± 0,49	9,0 ± 0,50	9,1 ± 0,23	9,2 ± 0,24
Scorul Global (M ± m)	8,2 ± 0,32	8,1 ± 0,29	8,2 ± 0,22	8,0 ± 0,22	8,4 ± 0,35	8,6 ± 0,37	8,6 ± 0,17	8,7 ± 0,17

Tabelul 4

Valorile medii ale indicilor chestionarului MOS-SF-36, obținute după chestionarea dublă a pacienților de către investigatorul codmed1 și investigatorii codmed2, codmed3, codmed4 și codmed5

Indicii	Investigatorii (codmed)							
	1	2	1	3	1	4	1	5
Funcționarea psihică (M ± m)	5,9 ± 0,80	6,4 ± 0,74	7,6 ± 0,68	7,8 ± 0,62	8,2 ± 0,92	8,8 ± 0,93	7,7 ± 0,57	7,9 ± 0,59
Funcționarea fizică (M ± m)	0,39 ± 0,13	0,50 ± 0,16	0,64 ± 0,14	0,92 ± 0,11	1,0 ± 0,31	1,15 ± 0,33	0,57 ± 0,12	0,63 ± 0,14
Durerea (M ± m)	5,5 ± 0,37	5,6 ± 0,33	5,3 ± 0,32	5,1 ± 0,31	5,0 ± 0,46	4,6 ± 0,48	4,8 ± 0,29	4,7 ± 0,28

Sănătatea generală (M ± m)	13,3 ± 0,41	13,6 ± 0,35	13,9 ± 0,38	13,3 ± 0,39	12,5 ± 0,48	13,0 ± 0,37	13,3 ± 0,30	13,2 ± 0,28
Vitalitatea (M ± m)	11,8 ± 0,49	11,7 ± 0,50	11,8 ± 0,39	11,4 ± 0,39	11,1 ± 0,48	11,6 ± 0,36	11,5 ± 0,28	11,3 ± 0,29
Funcționalitatea socială (M ± m)	4,0 ± 0,22	4,4 ± 0,18	4,1 ± 0,11	4,0 ± 0,13	3,6 ± 0,25	3,5 ± 0,24	4,2 ± 0,11	4,1 ± 0,13
Funcționalitatea emoțională (M ± m)	0,82 ± 0,19	1,0 ± 0,15	0,94 ± 0,14	0,98 ± 0,13	1,45 ± 0,25	1,43 ± 0,27	0,90 ± 0,14	0,83 ± 0,15
Sănătatea mintală (M ± m)	14,1 ± 0,45	14,0 ± 0,47	14,4 ± 0,37	14,2 ± 0,33	13,8 ± 0,62	13,9 ± 0,75	15,0 ± 0,37	14,9 ± 0,34

Tabelul 5

Valorile medii ale scorurilor sumare ale componentelor fizice și psihice ale chestionarului MOS-SF-36, obținute după chestionarea dublă a pacienților de către investigatorul codmed1 și investigatorii codmed2, codmed3, codmed4 și codmed5

Scorul sumar	Investigatorii (codmed)							
	1	2	1	3	1	4	1	5
Componentul fizic (M ± m)	25,6 ± 0,9	26,6 ± 0,7	27,8 ± 0,8	27,1 ± 0,7	27,2 ± 1,5	27,8 ± 1,4	26,8 ± 0,7	26,7 ± 0,6
Componentul psihic (M ± m)	30,8 ± 0,7	31,1 ± 0,7	31,2 ± 0,6	30,5 ± 0,6	29,9 ± 0,9	30,5 ± 1,0	31,7 ± 0,5	31,2 ± 0,5

chestionarului MOS-SF-36 (funcționarea psihică, funcționarea fizică, durerea, sănătatea generală, vitalitatea, funcționalitatea socială, funcționalitatea emoțională, sănătatea mintală) în rezultatul chestionării pacienților de către investigatorul codmed1, comparativ cu rezultatele chestionării de către ceilalți investigatori, de asemenea, nu s-au evidențiat (tab. 4).

Valorile medii ale scorurilor sumare ale componentelor fizice și psihice ale chestionarului MOS-SF-36, obținute după chestionarea pacienților de către investigatorul codmed1, și cele obținute de alți investigatori au fost comparabile și fără diferențe statistic semnificative (tab. 5).

Corelații între componentele chestionarelor Minnesota LHF Q, MacNew Heart Disease HRQL și MOS-SF-36

Cel mai înalt coeficient de corelare s-a înregistrat între scorul global al chestionarului Minnesota LHF Q și scorul global al chestionarului MacNew HRQL ($r = -0,702; p = 0,0001$).

S-au obținut coeficienți medii de corelare între componentul fizic sumar al chestionarului MOS-SF-36 și scalele fizică ($r = 0,48, p = 0,0001$) și socială ($r = 0,51; p = 0,0001$)

ale chestionarului MacNew HRQL. Componentul fizic sumar al chestionarului MOS-SF-36 de asemenea a corelat strâns cu scorurile globale Minnesota LHF Q ($r = -0,47; p = 0,0001$) și cel MacNew HRQL ($r = 0,42; p = 0,0001$).

Coeficienții de corelare dintre parametrii ce caracterizează starea psihică și emoțională a pacienților, studiați prin diferite metode, n-au atins valori importante (tab. 6).

Studiul calității vieții pacienților în dependență de vârstă, sex, prezența studiilor superioare și mediul de viață

Scorul global al calității vieții conform chestionarului Minnesota LHF Q a fost mai înalt în subgrupurile de pacienți: de sex feminin, fără studii superioare și la cei din mediul rural (tab. 7). N-au fost diferențe concludente ale scorului global al acestui chestionar între subgrupurile de pacienți de diferită vârstă.

Valorile medii ale scalei emoționale a chestionarului MacNew au fost mai mici în subgrupurile de pacienți de sex feminin, fără studii superioare și cu mediul de viață

Tabelul 6

Corelații între componentele comparate ale chestionarelor

	Chestionarul MOS-SF-36	
	Componentul fizic sumar	Componentul psihic sumar
Minnesota LHF Q Scor global	R = -0,47; p = 0,0001	R = -0,15; p = 0,019
MacNew HRQL Scala emoțională	r = 0,26; p = 0,0001	r = 0,39; p = 0,0001
Scala fizică	r = 0,48; p = 0,0001	r = 0,25; p = 0,0001
Scala socială	r = 0,51; p = 0,0001	r = 0,29; p = 0,0001
Scor global	r = 0,42; p = 0,0001	r = 0,37; p = 0,0001

Tabelul 7

Diferențe ale scorului global al chestionarului Minnesota LHF Q în dependență de vârstă, sex, prezența studiilor superioare și mediul de viață

Parametri	Subgrupuri	M±m	P
Vârstă	1a (< 65ani)	2,73 ± 0,06	p > 0,05
	1b (≥ 65ani)	2,88 ± 0,07	
Sex	1m (masculin)	2,69 ± 0,06	p < 0,05
	1f (feminin)	2,89 ± 0,07	
Studii superioare	1abs (fără studii superioare)	2,89 ± 0,05	p < 0,01
	1da (cu studii superioare)	2,47 ± 0,10	
Mediu de viață	1u (urban)	2,50 ± 0,09	p < 0,005
	1r (rural)	2,88 ± 0,05	

Tabelul 8

Scala emoțională, scala fizică, scala socială și scorul global ale chestionarului MacNew HRQL în subgrupurile de studiu

Parametri	Subgrupuri	Scala emoțională (M ± m)	Scala fizică (M ± m)	Scala socială (M ± m)	Scorul global (M ± m)
Vârstă	1a (< 65ani)	8,55 ± 0,12	7,93 ± 0,17	8,99 ± 0,17	8,44 ± 0,12
	1b (≥ 65ani)	8,56 ± 0,15	7,35 ± 0,19*	8,35 ± 0,19*	8,19 ± 0,14
Sex	1m (masculin)	8,75 ± 0,13	7,82 ± 0,18	8,88 ± 0,17	8,49 ± 0,13
	1f (feminin)	8,27 ± 0,16*	7,65 ± 0,20	8,65 ± 0,21	8,17 ± 0,15*
Studii superioare	1abs (fără studii superioare)	8,41 ± 0,12	7,47 ± 0,15	8,48 ± 0,14	8,16 ± 0,11
	1da (cu studii superioare)	8,91 ± 0,19*	8,47 ± 0,27*	9,58 ± 0,28*	8,86 ± 0,19*
Mediu de viață	1u (urban)	8,93 ± 0,16	8,49 ± 0,18	9,55 ± 0,17	8,91 ± 0,17
	1r (rural)	8,40 ± 0,12*	7,46 ± 0,15*	8,49 ± 0,19*	8,14 ± 0,11*

Legendă: * – diferențe concludente între subgrupuri: p < 0,05

Tabelul 9

Valorile medii ale indicilor chestionarului MOS-SF-36 în subgrupurile de studiu

Parametri	Subgrupuri	Funcționarea psihică (M ± m)	Funcționarea fizică (M ± m)	Durerea (M ± m)	Sănătatea generală (M ± m)	Vitalitatea (M ± m)	Funcționalitatea socială (M ± m)	Funcționalitatea emoțională (M ± m)	Sănătatea mintală (M ± m)
Vârstă	1a (< 65 de ani)	8,09 ± 0,39	0,68 ± 0,08	5,21 ± 0,17	13,8 ± 0,19	11,4 ± 0,19	4,12 ± 0,07	1,03 ± 0,23	14,8 ± 0,79
	1b (≥ 65 de ani)	5,28 ± 0,45*	0,43 ± 0,09*	5,20 ± 0,26	13,1 ± 0,30*	12,0 ± 0,29	4,13 ± 0,11	0,79 ± 0,34	14,7 ± 0,11
Sex	1m (masc.)	7,85 ± 0,39	0,68 ± 0,09	4,84 ± 0,19	13,5 ± 0,20	11,9 ± 0,22	4,20 ± 0,08	1,01 ± 0,23	14,9 ± 0,28
	1f (fem.)	6,34 ± 0,5*	0,51 ± 0,09	5,73 ± 0,22*	13,6 ± 0,27	11,2 ± 0,23*	4,01 ± 0,10	0,87 ± 0,34	14,4 ± 0,25
Studii superioare	1abs(fără studii super.)	6,43 ± 0,34	0,50 ± 0,06	5,30 ± 0,17	13,7 ± 0,20	11,6 ± 0,19	4,13 ± 0,07	0,83 ± 0,08	14,7 ± 0,22
	1da (cu studii super.)	9,30 ± 0,67*	0,89 ± 0,15*	5,0 ± 0,30	13,5 ± 0,29	11,5 ± 0,32	4,12 ± 0,12	1,28 ± 0,14*	14,9 ± 0,35
Mediu de viață	1u (urban)	8,88 ± 0,63	0,83 ± 0,14	5,10 ± 0,28	13,8 ± 0,33	11,9 ± 0,34	4,14 ± 0,10	1,23 ± 0,14	14,8 ± 0,30
	1r (rural)	6,58 ± 0,35*	0,52 ± 0,07*	5,25 ± 0,17	13,5 ± 0,19	11,5 ± 0,16	4,11 ± 0,08	0,84 ± 0,08*	14,7 ± 0,24

Legendă: * – diferențe concludente între subgrupuri: p < 0,05

Valorile medii ale scorurilor sumare ale componentelor fizic și psihic ale chestionarului MOS-SF-36 în subgrupurile de studiu

Parametri	Subgrupuri	Componenta fizică (M ± m)	Componenta psihică (M ± m)
Vârstă	1a (< 65ani)	28,1 ± 0,45	31,3 ± 0,36
	1b (≥ 65ani)	24,4 ± 0,55*	31,6 ± 0,48
Sex	1m (masculin)	27,3 ± 0,46	32,1 ± 0,39
	1f (feminin)	26,6 ± 0,62	30,5 ± 0,49*
Studii superioare	1abs (fără studii superioare)	26,2 ± 0,41	31,3 ± 0,35
	1da (cu studii superioare)	29,1 ± 0,76*	31,8 ± 0,50
Mediu de viață	1u (urban)	29,0 ± 0,46	32,1 ± 0,46
	1r (rural)	26,2 ± 0,36*	31,2 ± 0,36

Legendă: * – diferențe concludente între subgrupuri: $p < 0,05$

rural (tab. 8). S-a demonstrat, că la pacienții cu vârsta mai înaintată, fără studii superioare și la locuitorii rurali valorile medii ale scalelor fizice și sociale ale acestui chestionar au fost mai mici. Scorul global al chestionarului MacNew a fost mai înalt la pacienții de sex masculin, cu studii superioare și la locuitorii urbani.

În subgrupul de pacienți cu vârsta ≥ 65 de ani s-a determinat că valorile medii ale indicilor funcționării psihice, funcționării fizice și sănătății generale ale chestionarului MOS-SF-36 au fost mai mici, comparativ cu subgrupul de pacienți sub 65 de ani (tab. 9). S-a demonstrat că la femeile valorile medii ale indicilor funcționării psihice și vitalității au fost mai mici, iar indicele durerii a avut o valoare medie mai mare, comparativ cu subgrupul de bărbați. În subgrupul de pacienți cu studii superioare s-a constatat, că indicii funcționării psihice și fizice au avut valori mai mari, comparativ cu pacienții fără studii superioare. Indicii funcționării fizice, funcționării psihice și funcționalității emoționale au avut valori medii mai mari la pacienții din subgrupul cu mediul de viață urban, comparativ cu cei din mediul de viață rural.

Componentul fizic sumar a avut valori medii mai mari în subgrupurile de pacienți cu vârsta < 65 de ani, cu studii superioare și cu mediul de viață urban, iar între subgrupurile de pacienți de sex masculin și feminin nu s-au obținut diferențe semnificative ale acestui scor (tab. 10). Diferențe concludente ale componentului psihic sumar au fost obținute numai între subgrupurile de pacienți de sex masculin și feminin, el fiind mai mic la pacienții de sex feminin.

Discuții

Calitățile de bază ce caracterizează proprietățile psihometrice ale chestionarelor sunt: siguranța (reliability), validitatea (validity), sensibilitatea (responsiveness) și interpretabilitatea (interpretability) [4].

Siguranța chestionarelor Minnesota LHF Q, MacNew HRQL și MOS-SF-36 în studiul nostru a fost determinată prin aplicarea metodei test-retest, același pacient fiind chestionat de 2 ori de către diferiți investigatori, urmând calcularea valorilor medii ale scorurilor chestionarelor aplicate și studiul comparativ. Dintre cele două principii de estimare a rezultatelor

obținute de diferiți investigatori – calcularea coeficienților de corelare între rezultatele a 2 testări sau compararea diferențelor între scorurile obținute [5, 7] – în studiul nostru au fost comparate mediile scorurilor între 2 investigatori și s-a demonstrat, că la compararea scorurilor fiecărui chestionar, diferențe semnificative nu s-au produs. Acest fapt s-a confirmat pentru 4 grupuri de pacienți, interogați de 4 investigatori și comparați cu investigatorul de bază, care a chestionat toți pacienții, ceea ce demonstrează siguranța chestionarelor, traduse în limba română, ca instrumente de măsurare a calității vieții, în varianta lingvistică actuală.

Una din metodele utilizate pentru demonstrarea validității instrumentelor de măsurare a calității vieții, este compararea compartimentelor unui chestionar cu cele analogice ale altuia [2, 5, 6, 7, 8]. În studiul nostru s-a obținut un coeficient de corelare înalt între scorul global al chestionarului Minnesota LHF Q și scorul global al chestionarului MacNew HRQL. La compararea scalelor diferitor chestionare s-au determinat coeficienții de corelare medie între scala fizică a chestionarului MacNew și indicele de funcționare fizică al chestionarului MOS-SF-36, dintre scala fizică, scala socială și scorul global ale chestionarului MacNew HRQL cu componentul fizic sumar al chestionarului MOS-SF-36. Corelarea dintre parametrii care caracterizează statutul psihic sumar al chestionarului MOS-SF-36 și scala emoțională a chestionarului MacNew a fost mai slabă, dar statistic semnificativă. Rezultate analogice au fost demonstrate într-un studiu din Marea Britanie, în care s-au aplicat chestionarele MacNew HRQL și MOS-SF-36 la 119 pacienți cu CPI la momentul spitalizării lor [8]. Coeficientul de corelare între componentul fizic sumar al chestionarului MOS-SF-36 și scorul global al chestionarului Minnesota LHF Q a fost de 0,47, ceea ce este comparabil cu datele noastre și cu rezultatele obținute la validarea variantei spaniole a chestionarului Minnesota LHF Q unde acest coeficient a fost de 0,55 [7].

Este recunoscută diferența indicilor calității vieții în dependență de vârstă, sex, mediul de viață, etc, astfel încât validitatea unui chestionar poate fi apreciată și prin compararea răspunsurilor interviurilor între grupurile de pacienți, divizați conform acestor parametri [9]. În studiul nostru s-a

demonstrat că scala fizică și socială a chestionarului MacNew HRQL, funcționarea fizică și psihică, sănătatea generală și componentul fizic total al chestionarului SF-36 au avut valori mai mici la pacienții de vârstă mai înaintată (≥ 65 ani). Aceste rezultate sunt similare cu cele obținute în studiile populaționale și cele efectuate la pacienții cu insuficiență cardiacă cronică. Diferite studii clinice au demonstrat o relație inversă dintre vârstă și calitatea vieții, ultima înrăutățindu-se pe măsura avansării în vârstă a pacienților [10, 11, 12, 13, 14].

La pacienții de sex feminin scorul total al chestionarului Minnesota a fost mai înalt decât la persoanele de sex masculin, scala emoțională și scorul global al chestionarului MacNew HRQL au avut valori mai mici, ceea ce are semnificație similară. Aceiași tendință au avut-o și indicii funcționării psihice, ai durerii, ai vitalității și componentul fizic total al chestionarului SF-36. Astfel constatăm: componentele fizic și emoțional ai calității vieții denotă o semnificație mai rea la femei decât la bărbați, ceea ce este în conformitate cu datele prezentate în alte studii ale calității vieții în populația generală și la pacienții cu maladii cardiovasculare [13, 14, 15, 16].

La fel ca și în alte studii clinice, rezultatele obținute în studiul nostru au dovedit că indicii calității vieții sunt mai benefici la pacienții cu studii superioare și la locuitorii urbani, comparativ cu cei fără studii superioare și locuitorii mediului rural. Datele existente explică acest fapt prin statutul socio-economic mai înalt al locuitorilor din mediul urban și la acei cu studii superioare [12, 13, 16, 17].

Concluzie

Rezultatele obținute demonstrează siguranța și validitatea chestionarelor Minnesota LHF Q, MacNew HRQL și MOS-SF-36 în varianta lingvistică actuală, ceea ce permite utilizarea lor ulterioară în studiile clinice din domeniul cardiologiei în

spațiul lingvistic din Republica Moldova și compararea rezultatelor obținute cu cele din alte medii lingvistice.

Bibliografie

1. Tunstall-Pedoe H, Vanuzzo D, Hobs M, et al. Estimation of contribution of changes in coronary care to improving survival, event rates and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project populations. *Lancet*. 2000;355:688-700.
2. Neil Oldridge, Hugo Saner, Hannah M. McGee for the HeartQol Study Investigators. The Euro Cardio-Qol Project. An international study to develop a core heart disease health-related quality of life questionnaire, the Heart Qol. *Eur J of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. 2005;12(2):87-94.
3. Mayou Richard, Bryant Bridget. Quality of life in cardiovascular disease. *Br Heart J*. 1993;69:460-466.
4. Medical Outcomes Trust Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res*. 2002;11:193-205. doi: 10.1023/A:1015291021312.
5. Brazier J E, Harper R, Jones N M B, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *BMJ*. 1992;305.
6. Asadi-Lari Mohsen, Javadi Hamid R, Melville Martin, et al. Adaptation of the MacNew quality of life questionnaire after myocardial infarction in an Iranian population. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:23.
7. Garin Olatz, Soriano Nuria, Ribera Aida, et al. Validation of the Spanish version of the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61(3):251.
8. Dempster Martin, Donnelly Michael, O'Loughlin Cristina. The validity of the MacNew Quality of Life in heart disease questionnaire. *Health Qual Life Outcomes*. 2004;2:6.
9. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, et al. Quality of life measures in health care: 1. Applications and issues in assessment. *BMJ*. 1992;305:1074-7.
10. Hopman WM, Harrison MB, Coo H, et al. Associations between chronic disease, age and physical and mental health status. *Chronic Diseases in Canada*. 2009;29(2):108-16.
11. Horowitz Einav, Abadi-Korek Ifat, Shani Mordechai, et al. EQ-5D as a Generic Measure of Health-Related Quality of Life in Israel: Reliability, Validity and Responsiveness. *IMAJ*. 2010;12:715-720.
12. Jayasinghe Upali W, Proudfoot Judith, Barton Christopher A, et al. Quality of life of Australian chronically-ill adults: patient and practice characteristics matter. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:50.

Aspecte epidemiologice ale morbidității prin tuberculoză în Republica Moldova

A. Cotelea

Department of Epidemiology, State University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemitanu”. Chisinau, Republic of Moldova
Corresponding author: adcotelea@yahoo.com. Manuscript received September 24, 2012; revised October 17, 2012

Epidemiological aspects of morbidity due to tuberculosis in the Republic of Moldova

The timeliness of this research is prompted by high morbidity and mortality rates due to tuberculosis, especially in the Republic of Moldova as well as in some of the world regions. The study includes epidemiological analysis of morbidity due to tuberculosis in our country. The aim was to study the timeliness and epidemiological features of tuberculosis in the Republic of Moldova, highlighting the high risk groups and major risk factors. To perform the assessments, the epidemiological investigations of tuberculosis outbreaks registered in the territory served by the Family Medical Center No.1 of Chisinau were analyzed and processed according to a special questionnaire, developed at the Department of Epidemiology of the State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemitanu”. Thereby, using the epidemiological investigation method, morbidity due to tuberculosis among different population groups was analyzed. Also, the clinical and epidemiological activity in the epidemical outbreaks of tuberculosis was evaluated. In conclusion, it was established that tuberculosis keeps its classic features, having an important epidemical intensity, which requires high attention in all possible areas of prevention and control, including conscious societal action.

Key words: tuberculosis, morbidity, epidemiological survey sheets.