

CALITATEA VIEȚII ÎN SĂNĂTATE DEFINIȚII ȘI INSTRUMENTE DE EVALUARE

IUSTIN LUPU

În articolul prezent am încercat să definim conceptul de calitate a vieții, din perspectiva cercetărilor contemporane. În același timp, prezentăm tipologia instrumentelor generice și specifice, folosite în evaluarea calității vieții pacienților, în general, a celor stomatologici, în special. În categoria instrumentelor generice sunt prezentate structurile factoriale ale unor instrumente precum: MOS-SF-36, WHOQOL-100, Duke Health Profile, Nottingham Health Profile, Sickness Impact Profile-136 și unele instrumente specifice pentru bolile cardiovasculare: MACNEW, Seattle Angina Questionnaire. Pentru domeniul neoplaziilor maligne sunt propuse: Rotterdam Symptom Checklist, EORTC QOL-C30, iar pentru domeniul stomatologic: Dental Impact Profile, Oral Health Impact Profile, Oral Quality of Life Inventory, Oral Health-Related Quality of Life, Oral Impact on Daily Performance și pentru pacienții pediatrici PedsQOL-CM-27 și Kindl.

CALITATEA VIEȚII ÎN MEDICINĂ

Calitatea vieții este dată de percepțiile indivizilor asupra situațiilor lor sociale, în contextul sistemelor de valori culturale în care trăiesc și în dependență de propriile trebuințe, standarde și aspirații (OMS, 1998). Mai specific, prin *calitatea vieții în medicină* se înțelege bunăstarea fizică, psihică și socială, precum și capacitatea pacienților de a-și îndeplini sarcinile obișnuite, în existența lor cotidiană. O definiție utilitaristă este propusă de Revicki & Kaplan (1993): calitatea vieții reflectă preferințele pentru anumite stări ale sănătății ce permit ameliorări ale morbidității și mortalității și care se exprimă printr-un singur indice ponderat – ani de viață standardizați, în funcție de calitatea vieții.

Analizele consacrate calității vieții sunt deosebit de utile pentru practica medicală, în evaluarea efectelor fizice, psihice și sociale ale îmbolnăvirilor și tratamentelor medicale asupra vieții de zi cu zi a oamenilor; în analiza efectelor tratamentelor sau bolii, din punctul de vedere al pacientului, precum și în determinarea nevoilor pacientului de suport psihic, fizic și social pe durata îmbolnăvirii. Folosirea instrumentelor pentru evaluarea calității vieții pacienților ajută personalul medical să aleagă între diferite tratamente alternative, să informeze pacienții asupra efectelor posibile ale diferitelor proceduri medicale, să monitorizeze progresul tratamentelor aplicate, din punctul de vedere al pacientului și, în fine, permite personalului medical să proiecteze pachete de îngrijiri medicale eficiente și eficiente.

Interesul manifestat în lumea medicală pentru problemele calității vieții pacienților este demonstrat prin numărul articolelor pe teme de calitatea vieții publicate în reviste de prestigiu și prezentate în baza de date PUBMED a National Library of Medicine, din SUA.

Tabelul nr. 1

**Articole consacrate problemei calității vieții în sănătate, cuprinse în baza de date PubMed
(a Bibliotecii Naționale de Medicină din SUA), în perioada 1950–2005**

Anii	Număr articole publicate	Procente %
1950–1960	1	0,001
1961–1970	10	0,01
1971–1980	1674	2,38
1981–1990	7346	10,43
1991–2000	30841	43,79
2001–2005 (mai 2005)	30550	43,38
1960–1965	1	0,001
1966–1970	9	0,01
1971–1975	285	0,40
1976–1980	1383	1,96
1981–1985	2242	3,18
1986–1990	5104	7,25
1991–1995	10597	15,05
1996–2000	20244	28,75
2001–2005 (mai 2005)	30550	43,38
1990	1479	2,10
1991	1553	2,21
1992	1820	2,58
1993	2130	3,02
1994	2351	3,34
1995	2743	3,90
1996	3125	4,44
1997	3490	4,96
1998	3976	5,65
1999	4542	6,45
2000	5111	7,26
2001	5678	8,06
2002	6257	8,89
2003	7248	10,29
2004	8160	11,59
2005 (mai 2005)	3419	4,86
1950–2005	70481	100,00%

Se poate remarca o creștere constantă și spectaculoasă a articolelor dedicate studiului diferitelor aspecte ale calității vieții pacienților, de la un articol, în perioada 1960–1965 la 30 550 articole, în intervalul 2000–2005 și de la 1 479, în anul 1990 la 8 160, în anul 2004.

Mai nuanțat, este vorba de următoarele dimensiuni ale calității vieții:

1. **Bunăstarea emoțională** sau psihică, ilustrată prin indicatori precum: fericirea, mulțumirea de sine, sentimentul identității personale, evitarea stresului excesiv, stima de sine (*self-esteem*), bogăția vieții spirituale, sentimentul de siguranță.

2. **Relațiile interpersonale**, ilustrate prin indicatori precum: a te bucura de intimitate, afecțiune, prieteni și prietenii, contacte sociale, suport social (dimensiunile suportului social).

3. **Bunăstarea materială**, ilustrată prin indicatori precum: proprietate, siguranța locului de muncă, venituri adecvate, hrană potrivită, loc de muncă, posesie de bunuri (mobile – imobile), locuințe, status social.

4. **Afirmarea personală**, care înseamnă: competență profesională, promovare profesională, activități intelectuale captivante, abilități/deprinderi profesionale solide, împlinire profesională, niveluri de educație adecvat profesiei.

5. **Bunăstarea fizică**, concretizată în sănătate, mobilitate fizică, alimentație adecvată, disponibilitatea timpului liber, asigurarea asistenței medicale de bună calitate, asigurări de sănătate, activități preferate interesante în timpul liber (*hobby-uri* și satisfacerea lor), formă fizică optimă sau *fitness*, concretizată în cei patru S, *Strenght* – forță fizică, *Stamina* – vigoare sau rezistență fizică, *Suppleness* – suplețe fizică și *Skills* – îndemânare sau abilitate fizică (Lupu, Zanc, 1999, pag. 57).

6. **Independența**, care înseamnă autonomie în viață, posibilitatea de a face alegeri personale, capacitatea de a lua decizii, autocontrolul personal, prezența unor valori și scopuri clar definite, auto-conducerea în viață.

7. **Integrarea socială**, care se referă la prezența unui status și rol social, acceptarea în diferite grupuri sociale, accesibilitatea suportului social, climat de muncă stimulat, participarea la activități comunitare, activitatea în organizații neguvernamentale, apartenența la o comunitate spiritual-religioasă.

8. **Asigurarea drepturilor fundamentale ale omului**, cum sunt: dreptul la vot, dreptul la proprietate, la intimitate, accesul la învățătură și cultură, dreptul la un proces rapid și echitabil etc. (vezi și *Indicatorul Libertății Umane*, cu 40 de itemi, în Zanc Ioan, Iustin Lupu, 2004, pag. 164).

În contextul activității din domeniul medical, se impune găsirea unor criterii operaționale pentru măsurarea calității vieții pacienților (Rumboldt, 1997). Printre modelele existente, se pot aminti: modulul celor 14 nevoi fundamentale ale pacientului, sistematizate de Virginia Henderson (Henderson, 1996, 1977) și cele 12 activități cotidiene Roper Nancy (1990) esențiale pentru un pacient.

Cele 14 nevoi fundamentale ale pacientului propuse de Virginia Henderson sunt:

1. Respirație normală.
2. Alimentația (a bea și mânca) adecvată.
3. Eliminarea excrețiilor corporale.
4. Mișcarea și menținerea unor poziții corporale dorite.
5. Somnul și odihna.
6. Selectarea unor articole de îmbrăcăminte potrivite – îmbrăcare și dezbrăcare.

7. Menținerea unei temperaturi corporale normale, prin adaptarea îmbrăcămînții și modificarea mediului ambiant.

8. Menținerea curățeniei corporale și protejarea tegumentelor.

9. Evitarea pericolelor din mediul de viață și evitarea rănirii/traumatizării altora.

10. Comunicarea cu semenii prin exprimarea emoțiilor, trebuințelor, temerilor și opiniilor.

11. Practicarea cultului religios la care aparține.

12. Munca, ce dă sens și valoare vieții.

13. Jocul și participarea la activități distractive.

14. Învățarea, descoperirea satisfacerea curiozității și folosirea serviciilor medicale accesibile/disponibile.

(vezi Adam E. 1991, pag 14–15)

Cele 12 activități vitale pentru un pacient sunt, după Roper Nancy, următoarele:

1. Menținerea unui mediu de viață sigur și sănătos.

2. Comunicarea cu semenii.

3. Respirația.

4. Hrana și băutura / satisfacerea minimului de hrană și apă.

5. Eliminarea excrețiilor (urină și materii fecale).

6. Îmbrăcarea și curățenia corporală.

7. Controlul temperaturii corporale.

8. Mobilitatea corporală.

9. Munca și jocul.

10. Exprimarea sexualității.

11. Somnul.

12. Moartea/decesul.

Ce determină calitatea vieții? (Carr, Higginson, 2001, pag. 1360).

a. Gradul în care speranțele și ambițiile proprii se realizează în viața cotidiană.

b. Percepția poziției în viață a persoanei, în contextul cultural și axiologic în care trăiește și în raport cu scopurile, aspirațiile, standardele și preocupările proprii.

c. Evaluarea stării proprii de sănătate, prin raportare la un model ideal.

d. Lucrurile ce sunt considerate importante în viața persoanelor.

INSTRUMENTE PENTRU EVALUAREA CALITĂȚII VIEȚII

Numeroși cercetători s-au ocupat cu prezentarea sintetică a unor instrumente destinate evaluării calității vieții în practica medicală, între care se remarcă; Bowling (1997), Orley și Kuyken (1994) și Leplège și Hunt, (1997).

I. Instrumente globale : Cum este Flanagan Quality of Life Scale (scala de evaluarea vieții a lui Flanagan, Flanagan, 1978), care măsoară satisfacția personală în 15 domenii distincte ale vieții, dintre care menționăm: securitatea financiară, sănătatea, relațiile cu rudele și prietenii, învățarea, activitatea profesională, creativitatea, socializarea, lecturile și independența personală. Cei 15 itemi ai

instrumentului sunt grupați în cinci scale: bunăstarea fizică și materială, relațiile cu semenii, activitățile sociale, comunitare și civice, dezvoltarea și împlinirea personală și timpul liber. Fiecare item se cotează pe o scală *Likert* de la încântat la îngrozitor. Scorurile ridicate indică o calitate superioară a vieții.

II. Instrumente generice, care se aplică la mai multe grupuri de subiecți, pentru evaluarea tuturor tipurilor de patologii sau afecțiuni, aplicabile în orice unitate medicală sau chiar și în populația generală.

A. MOS-SF-36 – Medical Outcome Study-Short Form 36 (studiul rezultatului activităților medicale, forma scurtă cu 36 de itemi, autor principal John Ware jr., 1992) și 8 domenii:

1. Scala funcționalității fizice, cu **10** itemi: (ex., urcatul **mai multor etaje** pe scări, parcurgerea pe jos a unei distanțe **mai mari de 1 kilometru**. Scoruri între 10–30).

2. Scala problemelor cauzate de afecțiunile fizice, cu **4** itemi; (ex., **ați realizat mai puține activități** decât ați fi dorit; ați fost limitat în ceea ce privește **felul muncii** sau altor activități? Sc. 4–8).

3. Scala funcționalității sociale, cu **2** itemi; (ex., În ultimele *patru săptămâni*, în ce măsură starea dumneavoastră de sănătate fizică sau problemele emoționale, afective au afectat în mod negativ activitățile dvs. sociale obișnuite, legate de familie, prieteni, vecini sau alte grupuri de persoane?; În ultimele *patru săptămâni*, cât de mult problemele dvs. de sănătate fizică sau problemele emoționale, au afectat activitățile dvs. sociale obișnuite (cum ar fi vizite la prieteni, rude etc.)? Sc. 2–10).

4. Scala durerilor corporale, cu **2** itemi; (ex., Cât de intens ați resimțit *dureri corporale* în ultimele *patru săptămâni*?; În ultimele *patru săptămâni* cât de mult v-a afectat durerea resimțită, munca dumneavoastră obișnuită (inclusiv activitățile casnice din casă și din afara casei? Sc. 2,–12).

5. Scala sănătății mintale, cu **5** itemi; (ex., Ați fost foarte nervos?; Ați fost calm și liniștit?; Sc. 5–30).

6. Scala problemelor cauzate de stări emoționale, cu **3** itemi; (ex., **Ați realizat mai puține activități** decât ați fi dorit? Ați redus **perioada de timp** petrecută muncind sau cu alte activități?; Sc. 3–6).

7. Scala de vitalitate, cu **4** itemi; (ex., V-ați simțit plin de viață?; V-ați simțit extenuat?; Sc. 4–24).

8. Scala sănătății generale, cu **5** itemi (ex., Mi se pare că mă îmbolnăvesc mai repede decât alți oameni; Sunt la fel de sănătos ca oricare cunoscut al meu; Sc. 5–25).

B. SIP – *Sickness Impact Profile* (profilul impactului bolii asupra sănătății, autor principal Marylin Bergner, 1981), compus din 136 de itemi, care evaluează 12 dimensiuni ale activității zilnice:

1. Mobilitatea fizică (cu 12 itemi, ex., Pot urca sau coborî scările doar cu ajutorul altei persoane; Pot merge pe jos doar dacă mă sprijin de cineva);

2. Îngrijirea corporală și activitățile cotidiene (cu 23 itemi; ex., Trebuie să mă țin de ceva pentru a mă întoarce în pat; Nu pot face baie singur; am nevoie de ajutorul cuiva);

3. Capacitatea de deplasare (cu 10 itemi, ex., Trebuie să stau la pat mai mult timp; Nu folosesc deloc transportul în comun);

4. Activitățile casnice (cu 10 itemi, ex., Îndeplinesc mai puține treburi casnice ca de obicei; Nu mai pot face cumpărăturile pe care le făceam des altă dată);

5. Activități reactive în timpul liber (cu 8 itemi, ex., Consacru mai puțin timp activităților mele preferate din timpul liber; Nu mai practic nici un fel de activitate fizică recreativă dintre cele pe care le practicam înainte);

6. Interacțiuni sociale (cu 20 itemi, ex., Îmi vizitez mai rar prietenii; Evit să am oaspeți în casă);

7. Comportamentul emoțional (cu 9 itemi, ex., Râd sau plâng pe neașteptate; Am încercat să-mi pun capăt vieții);

8. Vigilența (cu 10 itemi, ex., Sunt zăpăcit și mă apuc de mai multe lucruri deodată; Fac mai multe greșeli ca de obicei);

9. Comportamentul alimentar (cu 9 itemi, ex., Mănânc mult mai puțin ca de obicei; Nu consum deloc hrană solidă, ci doar lichide);

10. Capacitatea de comunicare (cu 9 itemi, ex., Îmi vine greu să scriu cu mâna sau la mașina de scris ori la computer; Cei din jur mă pot înțelege doar cu dificultate);

11. Somnul și odihna (cu 7 itemi, ex., Stau majoritatea timpului pe jumătate adormit; Dorm mai puțin în timpul nopții; spre exemplu, mă trezesc cu ușurință, nu adorm mult timp, sau rămân treaz);

12. Activitățile profesionale (cu 9 itemi plus trei întrebări filtru, ex., Nu lucrez deloc; Lucrez perioade scurte de timp, deseori întrerupte de pauze pentru odihnă).

C. Duke Health Profile (Profilul de sănătate Duke, autor principal George Parkerson, 1991), cu 17 itemi și 10 scale, pe domeniile:

1. Sănătatea fizică (5 itemi, ex., V-ar fi greu să urcați scările între două etaje?; Ați avut impresia că obosiți prea repede?).

2. Sănătate mintală/psihică (5 itemi, ex., Mă descurajez/mă las învins(ă) prea ușor; Ați fost tensionat(ă)/agitat(ă) sau nervos (-oasă?).

3. Durerea (1 item, Ați avut dureri în vreo parte a corpului?).

4. Sănătatea percepută/percepția stării de sănătate (1 item, În fond/în esență, sunt o persoană sănătoasă).

5. Incapacitatea (1 item, Îmi este greu să mă concentrez).

6. Stima de sine (5 itemi, ex., Sunt o persoană dificilă, capricioasă, irascibilă; Sunt mulțumit(ă) de viața mea de familie).

7. Anxietatea (6 itemi, ex., Ați avut probleme serioase cu somnul/cu dormitul?; Ați fost tensionat(ă)/agitat(ă) sau nervos (-oasă?).

8. Depresia (5 itemi, ex., Ați fost trist(ă) sau deprimat(ă)?; Ați avut impresia că obosiți prea repede?).

9. Anxietatea/depresia (cu 7 itemi, ex., Mă simt în largul meu în compania altor oameni; Ați avut probleme serioase cu somnul/cu dormitul?).

10. Sănătate socială (5 itemi, ex., Sunt mulțumit(ă) de viața mea de familie; V-ați întâlnit cu părinții, rudele sau prietenii?(conversație, vizită?).

Scorurile mai ridicate la Duke Health Profile indică o stare mai proastă a calității vieții pacienților.

D. WHOQOL –100 – World Health Organization Quality of Life (chestionarul OMS pentru evaluarea calității vieții, WHO, 1995, Bonomi, 2001), cu 100 de itemi, 6 domenii și 24 de dimensiuni, după cum urmează:

1. *Sănătatea fizică*, cu 3 dimensiuni: vigoare și oboseală, durere și disconfort, somn și odihnă.

2. *Sănătatea psihică*, cu 5 dimensiuni: înfățișarea personală, stările afective pozitive și negative, stima de sine sau încrederea în forțele proprii și capacitățile cognitive – gândirea, învățarea, memoria și concentrarea.

3. *Gradul de independență*, cu 4 dimensiuni: mobilitate fizică, îndeplinirea activităților cotidiene, dependența de medicamente și dispozitive medicale (pentru mișcare, auz, vorbire, vedere etc.), capacitatea de muncă.

4. *Sănătatea socială* sau calitatea vieții în relațiile sociale, cu 3 dimensiuni: relațiile interpersonale, suportul social și activitatea sexuală.

5. *Mediul de viață*, cu 8 dimensiuni obiective ale calității vieții: resursele financiare, libertatea de mișcare fizică, protecția muncii sau securitatea muncii, accesibilitatea și calitatea serviciilor medicale și de asistență socială, locuința, accesul la pregătirea personală și la informații, participarea la activități în timpul liber, calitatea mediului fizic ambiant (poluare chimică, poluare sonoră, intensitatea traficului, climatul fizic, disponibilitatea mijloacelor de transport).

6. *Calitatea vieții spirituale*, care se referă la aderența la o organizație religioasă, la credințele și convingerile proprii.

E. Nottingham Health Profile (profilul de sănătate Nottingham, autor principal Sonya Hunt, 1985), cu două părți. Prima parte are 38 de itemi, ce evaluează 6 domenii principale:

1. Vitalitatea (cu 3 itemi, ex.: Sunt obosit tot timpul; Tot ceea ce fac îmi cere un efort deosebit).

2. Durerea (cu 8 itemi, ex.: Am dureri insuportabile; Noaptea simt dureri în diferite părți ale corpului).

3. Reacțiile emoționale la boală (cu 9 itemi, ex.: Mă simt nervos și tensionat; Îmi este greu să fac față evenimentelor zilnice).

4. Mobilitatea sau capacitatea fizică (cu 8 itemi, ex.: Nu mă pot deplasa decât în interiorul locuinței; Sunt totalmente incapabil să mă mișc pe propriile picioare).

5. Izolarea socială (cu 5 itemi, ex.: Mă simt însingurat; Am impresia că nu am pe nimeni apropiat cu care să schimb o vorbă).

6. Somnul (cu 5 itemi, ex.: Îmi trebuie mult timp seara ca să adorm; Noaptea am un somn agitat și perturbat).

Partea a doua evaluează 7 domenii ale vieții cotidiene: activitatea profesională, activitatea casnică, relațiile interpersonale, viața socială, viața sexuală, petrecerea sărbătorilor și *hobby*-urile.

Itemii se cotează dihotomic cu DA = 1 punct și NU = 0 puncte. Cotearea itemilor de la prima parte se poate face în două modalități:

1. Se adună răspunsurile DA de la fiecare scală, se împarte suma la numărul total de itemi ai scalei și se înmulțește cu 100. Se pot obține scoruri între 0, care semnifică sănătate perfectă și 100, care înseamnă cea mai proastă posibilă stare a sănătății pacientului.

2. Fiecare item are stabilită o anumită pondere, în funcție de gravitatea simptomului respectiv. Suma tuturor valorilor ponderate a itemilor scalei dă valoarea de 100, care semnifică cea mai proastă stare posibilă a sănătății, iar 0, cea mai bună stare posibilă a funcționalității fizice, psihice și sociale a pacientului.

Valorile ponderate ale itemilor cu răspunsuri DA, la prima parte (itemii 1–38) este redată în tabelul de mai jos:

Item	Pondere	Item	Pondere	Item	Pondere	Item	Pondere
1.	39,20	11.	10,57	21.	20,13	31.	13,95
2.	12,91	12.	36,80	22.	27,26	32.	16,21
3.	10,47	13.	12,57	23.	13,99	33.	21,70
4.	19,74	14.	21,30	24.	8,96	34.	15,97
5.	22,37	15.	19,36	25.	12,61	35.	12,69
6.	9,31	16.	7,08	26.	24,00	36.	5,83
7.	7,22	17.	10,79	27.	11,20	37.	12,01
8.	9,99	18.	9,30	28.	20,86	38.	10,49
9.	22,01	19.	11,22	29.	16,10		
10.	11,54	20.	9,76	30.	22,53		

În general, scorurile mai ridicate, apropiate de 100 înseamnă o stare mai proastă a calității vieții pacientului.

F. SCL-90-R (Symptom Checklist Revised – Inventarul Simptomelor Revizuit, cu 90 de itemi, Derogatis, 1983).

SCL-90-R are 9 scale ale simptomelor primare:

1. **Somatizarea** (12 itemi, ex.: Am avut stări de leșin, slăbiciune sau amețeală; Am avut dureri de inimă).

2. **Tulburările obsesiv-compulsive** (10 itemi, ex.: A trebuit să lucrez încet și cu mare atenție pentru a fi sigur că nu greșesc; A trebuit să verific de mai multe ori tot ce făceam).

3. **Anxietatea** (10 itemi, ex.: Am avut stări de nervozitate și agitație; Am fost înfricoșat).

4. **Depresia** (13 itemi, ex.: M-am simțit trist și deprimat; Viitorul mi-a apărut a fi lipsit de speranță).

5. **Sensibilitatea interpersonală** sau sensibilitatea (9 itemi, ex.: Am fost excesiv de critic față de cei din jur; M-am simțit sfios sau stângaci în prezența persoanelor de sex opus).

6. **Ostilitatea** (6 itemi, ex.: Am fost cuprins de izbucniri de furie incontrolabile/de nestăpânit; Am fost stăpânit de la pornirea de a bate, răni sau vătăma pe cineva).

7. **Anxietatea fobică sau fobii** (7 itemi, ex.: Mi-a fost frică să călătoresc cu autobuzul, troleibuzul, tramvaiul, trenul sau metrourul; M-am simțit nervos și indispus atunci când am rămas singur).

8. **Psihoticismul** (10 itemi, ex.: Am avut senzația că cineva străin este stăpân pe gândurile mele; Am avut senzația că aud voci pe care cei din jur nu le auzeau).

9. **Ideație paranoidă** (6 itemi, ex.: Am avut convingerea că cei din jur sunt de vină pentru majoritatea necazurilor mele; Am avut senzația că cei din jur mă spionează și apoi mă bârfesc).

Pentru SCL-90-R se calculează scoruri separate pe cele nouă scale factoriale, precum și trei indici generali: Indicele de severitate globală, (GSI – media scorurilor la cei 90 itemi); Indicele simptomelor pozitive totale (PST – numărul itemilor cotați cu un scor diferit, mai mare decât 0) și Indicele simptomelor pozitive de stres, PSDI, calculat prin împărțirea sumei scorurilor la cei 90 de itemi la scorul Indicelui simptomelor pozitive totale .

Cu cât scorurile sunt mai ridicate, cu atât este mai proastă calitatea vieții persoanei respective.

1. **Instrumente specifice** ce sunt destinate unor grupe speciale de pacienți și unor patologii sau grupe de patologii distincte.

Pentru domeniul **cardiovascular** se utilizează instrumente cum ar fi:

A. MACNEW – Mac Master-Newcastle Heart-related Quality of Life Questionnaire (chestionarul Mac Master-Newcastle pentru calitatea vieții pacienților cu boli cardiovasculare, autor Neil R. Oldridge, 1998, și versiunea românească, Oldridge, *et al.*, 2003) cu 27 itemi și 3 scale:

1. Scala funcționalității emoționale sau psihice (cu 14 itemi, ex.: În general, cât de des v-ați simțit dezamăgit, nervos sau nerăbdător?; Cât de des ați plâns sau v-a venit să plângeți?);

2. Scala funcționalității sociale (cu 13 itemi, ex.: Cât de des v-ați simțit slăbit sau epuizat fizic și psihic?; Cât de des ați simțit dureri în piept în timpul activităților zilnice?);

3. Scala funcționalității fizice (cu 14 itemi, ex.: Cât de des ați simțit că cei apropiați nu mai au aceeași încredere în dumneavoastră, ca înainte de apariția problemelor dv. cu inima?; Cât de des ați fost incapabil să ieșiți în societate datorită bolii de inimă?).

În același domeniu este folosit și chestionarul **SAQ** – Seattle Angina Questionnaire (chestionarul pentru angină pectorală Seattle, autor principal John Spertus, 1995) cu 19 itemi și 5 domenii: limitarea activităților fizice, stabilitatea durerilor pectorale, frecvența durerilor pectorale, satisfacția față de tratamentul medical primit și percepția subiectivă a bolii.

Pentru domeniul **cancerului** se folosesc:

A. Rotterdam Symptom Checklist (Inventarul de Simptome Rotterdam, autor principal Johanna de Haess, 1990) cu 39 de itemi și 3 subscale.

Chestionarul este compus din $30+8+1 = 39$ itemi și 3 subscale principale:

1. Scala suferinței fizice produse de cancer (cu 22 de itemi, ex.: M-am simțit obosit(ă). Am avut dureri musculare. M-am simțit lipsit de energie/lipsit de putere);

2. Scala suferinței psihice generată de cancer, (cu 8 item, ex.: Am fost foarte nervos, iritabil. Am fost deprimat, (supărat și melancolic, trist). Am fost cuprins de stări de încordare nervoasă);

3. Scala activităților zilnice/cotidiene (cu 8 itemi, ex.: Să urcați scările de la locuință; Să faceți plimbări mai lungi, departe de locuință; Să faceți cumpărăturile pentru familie).

O apreciere generală a stării de sănătate pe o scală de la 1 (foarte proastă) la 7 (excelentă).

Fiecare item poate avea un scor în intervalul de valori 1–4 puncte, cu excepția scalei activităților cotidiene, unde valorile sunt în intervalul 1–7. Se poate calcula și un scor global al întregului chestionar, ce poate lua valori între 39–155 puncte.

Cu cât scorurile sunt mai mari la primele două scale, starea de sănătate a pacientului este mai gravă sau nefavorabilă. La scala activităților zilnice și la scala aprecierii generale a stării de sănătate, scorurile mari indică o funcționalitate mai bună a pacientului.

Chestionarul este anonim și se aplică prin auto-administrare, eventual cu asistență tehnică minimă din partea personalului medical și durează, în medie, 8 minute. Întrucât face parte din domeniul public, inventarul RSCL este prezentat integral în anexa nr. 1.

B. EORTC QOL-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life C30, Aaronson *et al.* 1993, 1996), destinat evaluării calității vieții pacienților cu neoplazii maligne, compus din 30 de itemi și care explorează 15 domenii:

Funcționalitatea fizică (5 itemi, ex.: Vă este greu să faceți o plimbare mai lungă?; Aveți nevoie de o persoană care să vă ajute să mâncați, să vă îmbrăcați sau să folosiți toaleta?).

Îndeplinirea rolurilor sociale (2 itemi, ex.: Puteți să vă îndepliniți obligațiile de serviciu zilnice obișnuite?; Sunteți capabil să vă desfășurați *hobby*-urile și activitățile preferate din timpul liber?).

Funcționalitatea psihică, emoțională (4 itemi, ex.: V-ați simțit încordat(ă)?; V-ați simțit deprimat, trist, melancolic?);

Funcționalitatea cognitivă (2 itemi, ex.: Ați avut dificultăți în a vă concentra asupra unor lucruri (citirea unui ziar, cărți, urmărirea emisiunilor TV etc.)?; Ați avut dificultăți în a vă aminti anumite lucruri?).

Funcționalitatea socială (2 itemi, ex.: Starea sau tratamentul medical v-au afectat viața de familie?; Starea fizică sau tratamentul medical v-au afectat activitățile sociale (să faceți vizite la prieteni, să mergeți la biserică, la cinema etc.)?).

Starea generală a sănătății pacientului (2 itemi, cu 7 variante de răspuns; Cum vă apreciați, în general, **starea dumneavoastră de sănătate** din ultima săptămână?; Cum apreciați în ansamblu **calitatea vieții** dumneavoastră din ultima săptămână?).

Oboseala (3 itemi, ex.: Ați simțit nevoia să vă odihniți în timpul zilei?; V-ați simțit obosit?).

Greața și voma (2 itemi, ex.: Ați vomat?; Ați avut senzația de greață?).

Durerea (2 itemi, ex.: Ați avut dureri, v-ați simțit rău?; Durerile v-au tulburat activitatea zilnică?), și 6 scale cu câte un singur item; dispneea, insomnia, scăderea apetitului alimentar, constipația, diareea și dificultățile financiare.

Cele 15 scale se grupează pe trei categorii: scale funcționale (1–5), scale ale simptomelor (7–9) și scale cu un singur item (10–15). Se adaugă scala stării generale a sănătății (6). La scalele funcționale și la scala 6, scorurile mai ridicate indică o mai bună calitate a vieții, iar la scalele de simptome și cele cu un singur item, scorurile mai ridicate indică o calitate mai proastă a vieții pacienților.

Se calculează scoruri individuale pe fiecare scală.

Se poate calcula un scor parțial pentru fiecare scală care se convertește într-o scală cu valori de la 0–100 puncte, în felul următor: se scade din scorul total scorul minim, rezultatul obținut se împarte la mărimea intervalului de dispersie a scorurilor scalei și se înmulțește cu 100. Cu cât scorul este mai mare, cu atât starea de sănătate a pacientului este mai bună. Se pot calcula și scoruri standardizate T cu media 50 și abaterea standard de 10 puncte (Norm Based Scoring).

Pentru *pacienții pediatrici* se folosește în domeniul neoplaziilor maligne chestionarele: A. **PedsQL – CM** – Pediatric Quality of Life-Cancer Module (modulul pentru cancer al calității vieții pacienților pediatrici, autor principal Varni, John, 1999), care are 27 de itemi și 8 subscale:

1. Durerea – 2 itemi (M-am simțit foarte rău.; Am avut dureri și suferințe la mușchi și la încheieturi).

2. Senzații de greață – 5 itemi (ex.: Am avut o poftă de mâncare scăzută; Unele alimente și mirosuri mi-au produs senzația de greață la stomac).

3. Anxietatea procedurală – 3 itemi (ex.: Testele de sânge mă înspăimântau; Întepăturile cu ace (injecții, analize de sânge, injecțiile în vene), mi-au produs durere și suferință).

4. Anxietatea legată de tratamentul medical – 3 itemi (ex.: Eram neliniștit și speriat atunci când așteptam să fiu consultat de către medic; Eram înspăimântat atunci când trebuia să merg la spital să mă internez).

5. Îngrijorarea – 3 itemi (ex.: Eram îngrijorat de posibilitatea ca tratamentele urmate să nu dea rezultatele așteptate; Eram îngrijorat de posibilitatea revenirii sau agravării bolii mele).

6. Comunicarea – 3 itemi (ex.: Îmi era greu să pun întrebări medicilor și asistentelor despre sănătatea mea; Îmi venea greu să spun medicilor și asistentelor cum mă simțeam).

7. Înfățișarea fizică – 3 itemi (ex.: Eram jenat dacă medicii, asistentele sau părinții mă vedeau dezbrăcat; Nu-mi făcea plăcere ca ceilalți să-mi vadă cicatricile de pe corp).

8. Probleme cognitive – 5 itemi (ex.: Era greu să-mi amintesc ceea ce am citit cu câțva timp înainte; Îmi era greu să-mi concentrez atenția la tot felul de lucruri).

Aplicabil la copii în vârstă de 8–12 ani (eventual prin interviu al medicului sau asistentei) și prin autoadministrare pentru copiii de 13–18 ani.

Se pot calcula scoruri medii pe fiecare subscală în parte (numărul de puncte împărțite la numărul de itemi ai subscalei) pentru determinarea factorului critic (cel cu media cea mai ridicată) ce afectează calitatea vieții pacientului și un scor global pe întregul chestionar, prin însumarea scorurilor parțiale la cei opt factori ai calității vieții pacientului. Autorul nu a comunicat rezultate ale procesului de etalonare al scalei.

Calitatea vieții cotidiene, 11 itemi.

Structura factorială a chestionarului (Kiddo – 47 itemi): patru factori:

- Bunăstarea psihică, emoțională, 14 itemi;
- Bunăstarea fizică, 11 itemi;
- Bunăstarea socială, 11 itemi.

B. KINDL (Ravens-Sieberer, Ulrike, și Bullinger. M. 1998) = **Chestionar german pentru evaluarea calității vieții copiilor și adolescenților**, are trei forme complete.

- Forma A (*Kiddy*), pentru copii în vârstă de 4–8 ani, 40 itemi;
- Forma B (*Kid*), pentru copii în vârstă de 8–12 ani, 40 itemi;
- Forma C (*Kiddo*), pentru adolescenți în vârstă de 12–16 ani, 47 itemi.

Există forme similare (A, B, C,) și pentru părinți, cu același număr de itemi.

Structura factorială a chestionarului (Kindl – 40 itemi) cuprinde patru factori:

- Bunăstarea psihică, emoțională, 11 itemi (ex.: Am fost foarte încordat și stresat; Am fost fericit și bine dispus);
- Bunăstarea fizică, 9 itemi (ex.: Am avut senzații de greață; M-am simțit activ și plin de viață);
- Calitatea vieții cotidiene, 11 itemi (ex.: Am participat cu plăcere la lecții; Am comis numeroase greșeli la temele pentru acasă);
- Bunăstarea socială, 9 itemi (ex.: M-am înțeles bine cu părinții; Am avut dureri în tot corpul).

Varianta prezentată este B, la care se cotează invers 20 de itemi. Cotarea inversă se folosește întrucât *Kindl* măsoară aspectele pozitive ale calității vieții pacienților. Un scor mai mare semnifică o calitate mai bună a vieții pacientului.

Se calculează câte un scor parțial pentru fiecare din cele patru subscale, scorul brut al subscalei nu are relevanță, datorită numărului inegal de itemi pe fiecare factor, de aceea se calculează câte un scor mediu pe fiecare factor, care este obținut prin împărțirea scorului total al subscalei la numărul de itemi din subscala respectivă.

Se calculează și un scor total al scalei, prin însumarea scorurilor parțiale ale celor patru factori. Starea sănătății mai bună este dată de un scor total mai ridicat. Pentru a putea face comparații, scorul total se poate converti într-un scor total mediu pentru întregul chestionar.

Utilitatea clinică a chestionarului

Kindl se poate folosi pentru evaluarea efectului diferitelor proceduri terapeutice (cu înregistrări *baseline* și la încheierea tratamentului), pentru realizarea

unor comparații între diferite grupe de pacienți, cu diferite afecțiuni, atât în activitatea clinică precum și în activitatea de ambulator sau a medicului de familie. Se recomandă folosirea instrumentului și în evaluarea tratamentului individualizat, precum și în planificarea activității medicale.

INSTRUMENTE PENTRU EVALUAREA CALITĂȚII VIEȚII PACIENȚILOR STOMATOLOGICI

În literatura internațională consacrată calității vieții pacienților stomatologici, cele mai frecvent utilizate instrumente sunt cele prezentate în tabelul nr. 2.

Tabelul nr. 2

Chestionare pentru evaluarea calității vieții la pacienții stomatologici

Chestionarul și autorii	Aspecte ale calității vieții stomatologice evaluate	Nr. de itemi
1. Sociodental scale – Scala socio-stomatologică (Cushing <i>et al.</i> , 1986).	Vorbitul, mestecatul alimentelor, zâmbetul, râsul, durerea, înfățișarea fizică.	14
2. RAND Dental Index – Indicele Sănătății Stomatologice RAND (Dolan <i>et al.</i> , 1991).	Durerea, îngrijorarea, conversația.	3
3. General Oral Health Assessment Index – Indicele General de Evaluare a Sănătății Stomatologice, (Atchison și Dolan, 1990).	Mestecatul, alimentația, contactele sociale, înfățișarea fizică, durerea, îngrijorarea, timiditatea sau jena socială.	12
4. Dental Impact Profile – Profilul Impactului Tratatamentului Stomatologic, (Strauss și Hunt, 1993).	Înfățișarea fizică, alimentația, vorbirea, încrederea în sine, fericirea, viața socială, relațiile interpersonale.	25
5. Oral Health Impact Profile – Profilul Impactului Tratatamentului Stomatologic asupra Sănătății Orale, (Slade și Spencer, 1994).	Limitarea funcțională, durerea fizică, disconfortul psihic, dizabilitatea fizică, dizabilitatea psihică, dizabilitatea socială, handicapul.	49, și o variantă de 14 itemi
6. Subjective Oral Health Status Indicators – Indicatorii Subiectivi ai Sănătății Orale.	Mestecatul, vorbirea, simptomele, alimentația, comunicarea cu semenii, relațiile sociale.	42
7. Oral Health Quality of Life Inventory – Inventarul Calității Vieții Stomatologice, (Cornell <i>et al.</i> , 1997)	Sănătatea orală, nutriția, sănătatea orală auto-evaluată de pacient, calitatea vieții globală.	56
8. Dental Impact to Daily Living – Impactul Afecțiunilor Stomatologice asupra Vieții Cotidiene, (Leao și Sheiham, 1996).	Confortul fizic, înfățișarea fizică, durerea, activitățile cotidiene, alimentația.	36
9. Oral Health-Related Quality of Life – Calitatea Vieții legată de Problemele Stomatologice, (Kressin <i>et al.</i> , 1996).	Activitățile zilnice, activitățile sociale, conversația.	3
10. Oral Impact on Daily Performance – Impactul Stomatologic asupra Îndeplinirii Activităților Zilnice, (Adulyanon, <i>et al.</i> , 1996).	Posibilitatea de a se alimenta, de a vorbi, igiena orală, somnul, înfățișarea fizică, starea emoțională.	9
11. UK Oral Health Related Quality of Life Questionnaire – Chestionarul pentru Calitatea Vieții legată de Sănătatea Orală, (McGrath și Bedi, 2001).	Alimentația, înfățișarea fizică, vorbirea, mirosul respirației, viața socială, relațiile romantice, încrederea în sine, somnul, dispoziția sufletească.	16

O trecere recentă în revistă a principalelor instrumente pentru evaluarea calității vieții în domeniul medical evidențiază existența a peste 800 de instrumente generice și specifice.

Se pune firesc întrebarea: la ce servesc aceste instrumente în domeniul sanitar? O sinteză parțială a opiniilor în acest domeniu se concretizează în următoarele direcții de utilizare a instrumentelor generice și specifice pentru evaluarea calității vieții:

- Depistarea și supravegherea problemelor psihosociale ce apar în îngrijirea pacientului.

- Realizarea de anchete populaționale pentru evidențierea problemelor de sănătate, la nivel societal.

- Evaluarea beneficiilor aduse de tratamentele medicale pentru pacienți.

- Integritatea instrumentelor pentru calitatea vieții în procedurile complexe ale auditului medical.

- Sunt măsurători ale rezultatelor activității medicale, ce pot fi folosite la evaluarea eficienței serviciilor medicale.

- Evaluarea rezultatelor obținute în testările clinice, mai ales cele solicitate de companiile de medicamente, care au ca indicator central ameliorarea calității vieții pacienților.

- Folosirea acestor instrumente în analizele de cost–beneficiu, ce se practică tot mai mult în domeniul sanitar (vezi și Allen, 2003).

Alegerea unui instrument pentru a fi aplicat în sistemul sanitar depinde, în mod cert, de unele proprietăți psihometrice ale acestora, cum sunt: fidelitatea (test-retest, Cronbach α , prin înjumătățire, forme alternative, Guttman etc.), validitatea (conceptuală, criterială, convergentă, divergentă etc.), specificitatea și reactivitatea la schimbare.

Nivelurile de fidelitate a câtorva dintre instrumentele de evaluare a calității vieții folosite la catedra de Sociologie medicală a Universității de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca sunt condensate în tabelul de mai jos.

Toate valorile coeficientului de fidelitate internă Cronbach α ce au valori de peste 0,70 denotă un nivel de fidelitate bun, iar valorile de peste 0,90 arată o precizie a măsurării excelentă. În această din urmă categorie se înscriu: SCL 90-R, KIDDO, PEDSQL și KINDL. Rezultate mai modeste ale gradului de fidelitate internă am obținut la chestionarele: Duke Health Profile, Ch RSCL – Global și MOS-SF36 Global.

Majoritatea instrumentelor prezentate se află la autor și sunt în curs de validare pe loturi de pacienți din țara noastră. SCL-90-R a fost deja aplicat pe loturi de subiecți și pacienți ce însumează peste 400 de cazuri, ceea ce permite întreprinderea unei tentative de stabilire a unor norme specifice pentru populația românească, ce pot fi apoi comparate cu cele internaționale.

Ansamblul datelor și argumentelor invocate în cele de mai sus justifică afirmația că tematica centrată pe evaluarea calității vieții în domeniul sanitar este, pretutindeni, în plin progres, ceea ce constituie un îndemn convingător și pentru cercetătorii interesați din țara noastră

Tabelul nr. 3

Indici de fidelitate ai unor instrumente psihometrice utilizate la disciplina de Sociologie medicală din UMF Cluj-Napoca

Testul	Itemi	Subiecți	Cronbach α	Cronbach α standardizat	Prin înjumătățire	Guttman	Media corel. interitemi	Corel. între cele două jumătăți
	1	2	3	4	5	6	7	8
PEDSQL	30	10	0,92034	0,91631	0,96197	0,9618	0,306127	0,926727
KINDL	40	7	0,92896	0,92848	0,96269	0,9550	0,3175577	0,92807
KIDDO	47	10	0,90762	0,90267	0,89338	0,8917	0,1881311	0,807319
Duke Health Profile	17	62	0,81566	0,81347	0,895362	0,8934	0,2150701	0,810548
Ch RSCL -Global	39	30	0,63493	0,62970	0,637651	0,6336	0,0469419	0,468053
RSCL – Suferința fizică	22	30	0,82076	0,80855	0,893259	0,8852	0,1691762	0,807108
RSCL –Suferința psihică	8	30	0,79244	0,79332	0,829168	0,8285	0,3412975	0,708187
RSCL –Activități zilnice	8	30	0,85708	0,84142	0,940368	0,9233	0,4384178	0,887448
Ch MOS-SF36 F. fizică	10	43	0,87645	0,87045	0,920061	0,9167	0,4250520	0,851956
MOS-SF36 Pr. Afect. Fiz.	4	43	0,68848	0,57330	0,62941	0,5216	0,3052327	0,459225
MOS-SF36 Săn mentală	5	43	0,64195	0,62779	0,711335	0,7098	0,2794307	0,551994
MOS-SF36 Vitalitate	4	43	0,78756	–	0,621475	0,6211	0,124344	0,450826
MOS-SF36 Global	36	43	0,53772	0,65702	0,758015	0,7417	0,0560078	0,610325
SCL 90-R	90	50	0,94836	0,94777	0,960721	0,8436	0,174128	0,924411

Anexa nr. 1

ROTTERDAM SYMPTOM CHECKLIST

Instrucțiuni: Mai jos sunt enumerate o seamă de simptome pe care le trăiesc pacienții. Vă rugăm să precizați în ce măsură v-au deranjat asemenea simptome, în **ultima săptămână** și să treceți varianta care se potrivește cel mai bine cu starea dumneavoastră în rubrica de răspuns. Chestionarul este anonim, iar datele rămân confidențiale.

Variante de răspuns:

Deloc	1 punct,
Puțin	2 puncte,
Mult	3 puncte,
Foarte mult	4 puncte.

Simptomul	Răspuns
1. Mi-a lipsit pofta de mâncare.	
2. Am fost foarte nervos, iritabil.	
3. M-am simțit obosit(ă).	
4. Am fost îngrijorat (de starea sănătății mele, de alte probleme ale vieții etc.)	
5. Am avut dureri musculare.	
6. Am fost deprimat, (supărat și melancolic, trist).	
7. M-am simțit lipsit de energie / lipsit de putere.	
8. Am avut dureri dorsale lombare (la spate, la șale).	
9. Am fost foarte agitat(ă).	
10. Am avut senzații de greață.	
11. Am fost lipsit de orice speranță pentru viitorul meu.	
12. Am avut dificultăți legate de somn (nu am putut dormi bine).	
13. Am avut dureri de cap.	
14. Am avut accese de vomă (am vomat de mai multe ori).	
15. Am avut stări de amețală.	
16. Mi-a scăzut interesul și pofta pentru viața sexuală.	
17. Am fost cuprins de stări de încordare nervoasă.	
18. Am avut dureri de stomac.	
19. Am avut stări de neliniște și îngrijorare.	
20. Am avut stări de constipație.	
21. Am avut accese de diaree.	
22. Am avut aciditate la stomac.	
23. Am avut de mai multe ori frisoane (tremurături de frig).	
24. Am avut furnicături și mâncărime la mâini sau la picioare (a trebuit să mă scarpin la mâini sau la picioare).	
25. Am avut greutăți de concentrare a atenției.	
26. Am avut dureri în gură la mestecarea și înghițirea hranei.	
27. Mi-a căzut părul de pe cap.	
28. Am avut senzații de arsură sau dureri la ochi.	
29. Am avut greutăți cu respirația.	
30. Am avut senzația de gură uscată (uscăciune în gură).	

În ce măsură ați putut îndeplini activitățile de mai jos, în ultima săptămână de zile?

Variante de răspuns:

Deloc, 1 punct,

Numai cu ajutor, 2 puncte,

Fără ajutor, dar cu dificultăți, 3 puncte,

Singur, fără nici un ajutor, 4 puncte.

Activitatea	Răspuns
1. Să vă faceți toaleta personală (spălat, pieptănat, îmbrăcat etc.).	
2. Să vă plimbați în jurul locuinței.	
3. Să îndepliniți activități casnice ușoare (curățat cartofi, spălat vesela etc.).	
4. Să urcați scările de la locuință.	
5. Să îndepliniți activități casnice mai dificile (spălat haine manual, aspirat praful, cărat găleți cu apă, bătut covoare etc.).	
6. Să faceți plimbări mai lungi, departe de locuință.	
7. Să faceți cumpărăturile pentru familie.	
8. Să mergeți la serviciu.	

În general, cum vă apreciați calitatea vieții dumneavoastră din ultima săptămână? (încercuiți varianta care vi se potrivește).

Excelentă,

Bună,

Destul de bună,

Mulțumitoare,

Destul de proastă,

Proastă,

Foarte proastă.

Vă mulțumim pentru bunăvoință!

Vârsta ani; Sexul M F; Ocupația

Apartenența religioasă; Ani de școală terminațiani;

Nr. FO.; Clinica; Data completării

BIBLIOGRAFIE

1. Aaronson N. K., Ahmedzai S., Bergman B., et al., *The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology*, „Journal of National Cancer Institute”, **85**, 365–76, 1993.
2. Aaronson N. K., Cull A., Kaasa S., Sprangers M. A. G., *The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology: an update*, în Spilker B., editor. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, New York, Raven Press, pag. 179–89, 1996.
3. Adam, Evelyn, *To be a nurse*, Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1991.
4. Adulyanon S., Vourapukjaru J., Sheiham A., *Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population*, *Community Dent Oral Epidemiology*, **24**, 385–389, 1996.
5. Allen, Finbarr P., *Assessment of oral health related quality of life*, *Health and Quality of Life Outcomes*, **1**, 40–49, 2003.
6. Atchison K. A. și Dolan T. A., *Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index*, *J Dent Educ*, **54**, 680–687, 1990.

7. Bergner M., Bobbitt R. A., Carter W. B., Gilson B. S., *The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure*, *Med Care*; **19**, 787–805, 1981.
8. Bowling, Ann, *Measuring health: A review of quality of life measurement scale*, Milton Keynes, Open University Press, 1997.
9. Bonomi, A. E., Patrick, D. L., Bushnell, D. M., Martin, M., *Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)*, 2000.
10. *Instrument*, „*Journal of Clinical Epidemiology*”, **53**, 19–23.
11. Carr, Alison J., Higginson, Irene, J., *Measuring quality of life: Are quality of life measures patient centered?*, „*British Medical Journal*”, **322**, 1357–1360, 2001.
12. Cornell J. E., Saunders M. J., Paunovich E. D și Frisch M. D., în Gd Slade (Ed), *Measuring oral health and quality of life*, Chapel Hill, NC: University of North Carolina, 1997.
13. Cushing A., Sheiham A., Maizels J., *Developing socio-dental indicators – the social impact of dental disease*, *Community Dent Health*, **3**, 3–17, 1986.
14. De Haes, Johanna, C. J. M., Van Knippenberg F. C. E., Nejt, J. P., *Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist*, „*British Journal of Cancer*”, **62**, 1034–1038, 1990.
15. Derogatis, Leonard, R., *SCL-90-R: Administration, scoring & procedures manual II*, Baltimore, Clinical Psychometric Research, 1983.
16. Dolan T. A., Gooch B. F. și Bourque L. B., *Associations of self-reported dental health and general health measures in the Rand Health Insurance Experiment*, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, **19**, 1–8, 1991.
17. Engquist, C. L., *Can quality of life be evaluated?*, *Hospitals*, 16 (Nov.), 97–100, 1979.
18. Ferrans C. E., *Quality of life: conceptual issues*, *Seminars in Oncology Nursing*, **6**, 248–254, 1990.
19. Flanagan, J. C., *A research approach to improving our quality of life*, „*American Psychologist*”, **31**, 138–147, 1978.
20. Henderson, Virginia, *Basics principles of nursing care*, Geneva, I.C.N. (International Council of Nursing), 1977.
21. Henderson, Virginia, *The nature of nursing*, New York, Macmillan, 1996.
22. Hörnquist, J. O., *Quality of life: concept and assessment*, „*Scandinavian Journal of Social Medicine*”, **18**, 69–79, 1989.
23. Hunt, Sonya, M., McEwen, J., McKenna Stephen, P., *Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists*, „*Journal of the Royal College of General Practitioners*”, **35**, 185–188, 1985.
24. Kressin N. R., *Introduction: symposium on self-reported assessments of oral health outcomes*, *J Dent Educ*, **60**, 485–7, 1996.
25. Leão A, Sheiham A., *The development of a socio-dental measure of dental impacts on daily living*, *Community Dent Health*, **13**, 22–6, 1996.
26. Leplège, A., Hunt Sonya, *The problem of quality of life in medicine*, „*Journal of American Medical Association*”, **278**, 47–50, 1997.
27. Locker D, Miller Y., *Subjectively reported oral health status in an adult population*, *Community Dent Oral Epidemiol*, **22**, 425–30, 1994.
28. Lupu Iustin, Ioan Zanc, *Sociologie medicală. Teorie și aplicații*, Iași, Editura Polirom, 1999.
29. Lupu Iustin, Ioan Zanc, *Sociologia sănătății. De la teorie la practică*, Pitești, Editura Tiparg, 2004.
30. Mcgrath C. și Bedi R., *Measuring the impact of oral health on quality of life in Britain using OHQoL-UK*, „*Journal of Public Health Dentistry*”, **63**, 73–77, 2003.
31. Oldridge, Neil, R., Gottlieb, M., Guyatt, G., et. al, *Predictors of health-related quality of life with cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction*, „*Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*”, **18**, 95–103, 1998.
32. Oldridge, Neil B., Dan L. Dumitrașcu, Iustin Lupu, Dinu I. Dumitrașcu, Gabriela Breaz, Eleonora Vatman, Dana Perșa, *MacNew Heart Disease Related Quality of Life Questionnaire-the*

official Romanian version, A brief presentation, „Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychoterapies”, **3**, 189–197, 2003.

33. Orley, J., Kuyken, W., eds, *Quality of life assessment in health care settings*, Heidelberg, Germany, Springer Verlag, 1994.

34. Parkerson, George, R., Broadhead, W. E., TSE, C-KJ, *Comparison of the Duke Health Profile and the MOS Short Form in healthy young adults*, Medical Care, **26**, 679–683, 1991.

35. Ravens-Sieberer, Ulrike, și Bullinger. M., *Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German Kindl: first psychometric and content analytical results*, Quality of Life Research, **7**, 399–407, 1998.

36. Revicki, D. A., și Kaplan, R. M., *Relationships between psychometric and utility – based approaches to the measurements of health-related quality of life*, „Quality of Life Research”, **2**, 477–487, 1993.

37. Roper, Nancy, Winifred, W. Logan și Alison J. Thierney, *The elements of nursing, A model of nursing based on a model of living*, Edinburgh, Churchill Livingstone, 1991.

38. Rumboldt, Graham, *Ethics in nursing practice*, London, Baillière Tindall, 1997.

39. Slade G. D, Spencer A. J., *Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile*, Community Dent Health, **11**, 3–11, 1994.

40. Slade G. D., *Derivation and validation of a short-form oral health impact profile*, Community Dent Oral Epidemiol, **25**, 284–90, 1997.

41. Slade G. D., *Measuring oral health and quality of life*, Chapel Hill: University of North Carolina, 1997.

42. Spertus J. A., Winder Ja, Dewhurst T. et al., *Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease*, J. Am. Coll. Cardiol, **25**, 333–341, 1995.

43. Strauss R. și Hunt R., *Understanding the value of teeth to older adults: influences on the quality of life*, J Am Dent Ass, **124**, 105–110, 1993.

44. Ware, J. E., și Sherbourne, C. D., *The MOS 36-Item Short-form Health Survey(SF-36).I. Conceptual framework and item selection*, Medical Care, **34**, 220–223, 1992.

45. Varni, J. W., Seid M., Rode C. A., *The PedsQL: Measurement model for pediatric quality of life inventory*, Medical Care, **37**, 126–139, 1999.

46. WHO, WHOQOL-100, Division of Mental Health, Geneva, 2001.

47. WHOQOL Group, *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment*, Psychological Medicine, **28**, 551–558, 1998.

48. Zanc, Ioan, Iustin Lupu, *Bioetică medicală. Principii, dileme, soluții*, Cluj-Napoca, Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2004.

In our review paper we try to define the concept of quality of life from contemporary theoretical perspectives. At the same time, we present the typology of generic and specific psychometric instruments used for the evaluation of quality of life in general and dental medicine. In the category of generic instruments are presented the structure and scoring procedures of instruments like: MOS-SF-36, WHOQOL-100, Duke Health Profile, SCL-90-R, Nottingham Health Profile, Sickness Impact Profile-136, and some specific instruments for cardiovascular diseases like: MACNEW, Seattle Angina Questionnaire; for cancer are presented: Rotterdam Symptom Checklist, EORTC QOL-C30, and I, and for pediatric patients PedsQOL-CM-27, and Kindl questionnaires. For oral health status are briefly presented: Dental Impact Profile, Oral Health Impact Profile, Oral Quality of Life Inventory, Oral Health-Related Quality of Life, Oral Impact on Daily Performance.