

Sănătatea – factor determinant al calității vieții în România și alte țări ale Uniunii Europene. Amenințări și vulnerabilități.

Rezumat

CAPITOLUL 1

Calitatea vieții unei populații este determinată de diverse aspecte fizice, economice, sociale, culturale și de sănătate. În România, Institutul de cercetare privind Calitatea Vieții a avut o contribuție remarcabilă în dezvoltarea și înțelegerea conceptului. Specialiști ca Mărginean și Bălașa au oferit o definiție cuprinzătoare a termenului, subliniind importanța satisfacției și așteptărilor populației.

Condițiile de lucru dificile și stresul indus de pandemia de COVID-19 au afectat semnificativ personalul medical, provocând epuizare fizică și emoțională. Acest stres a condus la probleme de sănătate, scăderea calității îngrijirilor medicale și, în unele cazuri, până la sinucidere sau erori medicale.

Există o nevoie imperativă de a înțelege mai bine impactul pandemiei asupra lucrătorilor din domeniul medical. Studiile actuale sunt limitate, iar perspectiva personalului medical este esențială pentru a oferi soluții adecvate. Am propus o metodologie de cercetare care se va baza pe chestionare și interviuri adresate personalului medical din diferite tipuri de spitale. Această cercetare va încerca să valideze ipotezele privind impactul pandemiei asupra sistemului de sănătate și calității vieții personalului medical.

În acest studiu am subliniat importanța privirii interdisciplinare și a implicațiilor sociale și etice ale cercetării. Implicarea tuturor părților interesate și găsirea de soluții pentru viitoarele crize sunt esențiale pentru a pregăti și sprijini personalul medical.

1.1 Teoria complexului de securitate, comunitatea de securitate și securitatea sanitară

Conceptul de securitate complexă, introdus de Barry Buzan, Ole Wæver și colegii lor din Copenhagen School în anii '90, sugerează o abordare a securității care merge dincolo de preocupările militare tradiționale. Această teorie consideră securitatea ca un complex dinamic, care implică mai multe dimensiuni, cum ar fi cele economice, sociale, de mediu și individuale. "Securitatea extinsă" abordează amenințările și vulnerabilitățile care depășesc sfera tradițională a securității militare, subliniind importanța interacțiunii și cooperării între actorii implicați la nivel național și internațional.

Karl Deutsch, un alt teoretician, a introdus conceptul de "comunitate de securitate", care se bazează pe ideea că statele care au legături strânse și comunică eficient tind să aibă mai puține conflicte. El susține că, într-o lume interconectată, problemele precum schimbările climatice, sărăcia sau migrația pot fi considerate amenințări la securitate și necesită cooperare globală. Acest punct de vedere contrastează cu abordarea tradițională a securității, care se axează pe echilibrul de putere și deterrare.

Conceptul de "comunitate de securitate", inspirat de Deutsch, susține că securitatea unei națiuni este interdependentă cu cea a altor state și regiuni, și nu se limitează la apărarea granițelor proprii. Acest principiu a fost aplicat în sănătatea publică sub denumirea "securitate sanitară", subliniind că sănătatea populației este vitală pentru securitatea națională și internațională. Amenințările la adresa sănătății, cum ar fi pandemiile, pot afecta economia și stabilitatea unei țări, necesitând o cooperare globală. Organizația Mondială a Sănătății promovează astfel de colaborări pentru combaterea bolilor transfrontaliere.

Extinderea acestei idei în domenii precum economia și mediul arată că amenințările moderne sunt multifacetate și interconectate, variind de la crize economice la schimbările climatice. Astfel, este esențială o abordare comprehensivă și colaborativă pentru a securiza și proteja societatea în fața diverselor provocări.

Problemele de sănătate sunt strâns legate de contextul politic, economic, social și de mediu, ceea ce impune ca factorii politici să abordeze teme precum sărăcia, foamea și educația ca parte integrantă a securității individuale. Barry Buzan și Karl Deutsch propun un cadru în care securitatea sanitară este văzută ca un complex integrat de amenințări, evidențiind interdependența regională și importanța comunicării.

Aceasta sugerează că boli precum pandemiile sunt interconectate și necesită răspunsuri coordonate la nivel regional. Pentru a promova securitatea sanitară, este esențială comunicarea eficientă între state și organizații de sănătate, formarea de comunități de securitate sanitară și implicarea actorilor non-statali, precum OMS și ONG-uri. În acest cadru, securitatea sanitară, la fel ca securitatea tradițională, are un impact semnificativ asupra societății. Integrând abordările lui Buzan și Deutsch, securitatea sanitară este conceptualizată ca un sistem rezilient și adaptabil, cu accent pe comunicare, cooperare și capacitatea de a răspunde la amenințări.

Securitatea, deși nu are o definiție universal acceptată, poate fi înțeleasă ca menținerea unui mod de viață acceptabil pentru o populație, fără amenințări externe sau interne.

Cercetătorii de la Copenhaga sugerează că orice amenințare existențială poate fi considerată o problemă de securitate. Un exemplu este pandemia COVID-19, care a reprezentat o provocare semnificativă la nivel global. Când se analizează securitatea, este esențial să se ia în considerare diverse sectoare, cum ar fi militar, de mediu, economic, societal și politic. Introducerea sănătății ca un sector de analiză poate extinde perspectiva securității.

Aplicând teoria complexului de securitate și conceptul de securitate extinsă în contextul sănătății, se poate dezvolta o abordare mai integrată și cuprinzătoare a securității sanitare.

Aceasta ar lua în considerare factori ca globalizarea, schimbările climatice și migrația, oferind un cadru mai extins pentru dezvoltarea politicii de sănătate la nivel internațional. În concluzie, combinarea diferitelor teorii și concepte poate contribui la o abordare mai cuprinzătoare și eficientă a amenințărilor la adresa sănătății publice în contextul securității globale.

Securitatea, într-o definiție generală, se referă la capacitatea unei entități, precum un stat, de a răspunde în fața unei situații de urgență. Deși nu există o definiție universal acceptată, una propusă de National Defence College Canada subliniază menținerea unui mod de viață stabil și lipsa amenințărilor externe sau interne.

Cercetătorii de la Copenhaga sugerează că orice amenințare majoră, precum pandemia de COVID-19, poate fi privită ca o problemă de securitate, care ar putea necesita măsuri extreme. Ei propun analiza securității din multiple perspective: militară, de mediu, economică, societală și politică. Am introdus ideea extinderii analizei securității la domeniul sănătății, susținând că abordările teoriei complexului de securitate pot fi aplicate în gestionarea amenințărilor la sănătate, subliniind importanța cooperării internaționale, prevenirii amenințărilor și implicării participative în dezvoltarea politicilor de securitate.

În cercetare am discutat despre modul în care conceptele și abordările teoriei complexului de securitate pot fi aplicate în gestionarea amenințărilor la adresa sănătății publice și în dezvoltarea politicii internaționale de sănătate.

Sănătatea, definită de OMS și adaptată de-a lungul timpului, este văzută ca fiind esențială pentru binele individual și colectiv. Aceasta subliniază necesitatea de a proteja sănătatea și de a fi pregătiți pentru potențiale urgențe, cum ar fi bolile transmisibile care pot evolua în epidemii sau pandemii.

Pandemia COVID-19 a evidențiat interdependența dintre sănătatea publică și alte domenii de securitate, precum economia și societatea. Prin urmare, combinând teoria complexului de securitate cu conceptul de comunitate de securitate, gândesc că s-ar putea crea un cadru mai cuprinzător și mai integrat pentru a aborda amenințările la adresa sănătății dintr-o perspectivă globală.

Cercetarea abordează legătura dintre conceptul de securitate și domeniul sanitar, evidențiind nevoia de a considera sănătatea publică ca o problemă de securitate. Astfel, introduce noțiuni precum "securitate medicală" și "securitate sanitară", ambele având ca obiectiv protejarea sănătății populației și a personalului medical împotriva riscurilor asociate cu bolile infecțioase, agresiunile sau expunerile la substanțe periculoase.

Aceasta subliniază faptul că măsurile preventive, formarea și dotarea corespunzătoare a personalului medical și asigurarea calității serviciilor medicale sunt esențiale pentru securitatea medicală. De asemenea, subliniază legătura dintre securitate și calitatea serviciilor medicale, sugerează că securitatea medicală reprezintă o formă de securitate internă.

1.2 Bolile transmisibile și sistemele de sănătate

Pandemiile au jalonat istoria umanității, iar cele mai notorii sunt gripa spaniolă și gripa asiatică.

Gripa spaniolă (1918-1920) a infectat până la un miliard de oameni global, cu estimări ale deceselor între 17 și 50 de milioane. Contrar denumirii, aceasta nu a început în Spania. Presa spaniolă a fost prima care a relatat extensiv despre ea, în timp ce alte națiuni au impus cenzura din cauza Primului Război Mondial. Originile și răspândirea gripei spaniole sunt învăluite în incertitudine, dar se crede că tranșeele de luptă sau transporturile internaționale au contribuit. Caracteristicile acestei pandemii au inclus o rată înaltă de mortalitate în rândul tinerilor și adulților sănătoși și lipsa unui vaccin sau tratament eficient. În pofida sistemelor de sănătate precare din acea vreme, anumite națiuni și-au adaptat capacitatea de răspuns, demonstrând reziliența și adaptabilitatea umană în fața unei crize.

Gripa asiatică (1957-1958), care a provocat 1,1 milioane de decese, a fost cauzată de virusul gripal A (H2N2), apărând inițial în Hong Kong. Pandemiile de gripă, precum aceasta, au tendința de a fi mai severe comparativ cu formele sezoniere, afectând mai ales tinerii și adulții. Vaccinarea a fost esențială în combaterea acestei pandemii. Experiența cu gripa asiatică a subliniat importanța supravegherii rapide, creșterea capacității de producție a vaccinurilor,

comunicarea eficientă cu publicul, pregătirea pentru evenimente pandemice și cooperarea internațională.

Lucrarea prezintă informații despre Sindromul Imunodeficienței Umane (SIDA), care este o afecțiune gravă cauzată de virusul imunodeficienței umane (HIV). SIDA a fost identificată pentru prima dată în 1981 în Los Angeles, iar de atunci au fost raportate milioane de cazuri în întreaga lume. Virusul se răspândește prin contactul cu sângele, fluidele corpului și poate fi transmis prin relații sexuale neprotejate, utilizarea de seringi contaminate sau de la mamă la copil în timpul sarcinii sau alăptării. Deși nu există încă un remediu pentru SIDA, tratamentele antiretrovirale pot prelungi viața pacienților și menține virusul sub control.

Epidemia de SARS (Sindromul Respirator Acut Sever) din 2003 este prezentată în text, începând cu identificarea sa în China și răspândirea rapidă la nivel global. SARS este cauzat de coronavirusul SARS-CoV și provoacă simptome respiratorii severe. Epidemia a avut un impact semnificativ asupra sistemelor de sănătate din țările afectate, punând presiune pe personalul medical și resursele medicale. În urma epidemiei, multe țări și-au îmbunătățit pregătirea și capacitățile de testare și tratare a bolilor infecțioase.

Lecțiile învățate din experiențele cu SIDA și SARS includ importanța comunicării transparente și a colaborării internaționale în gestionarea crizelor de sănătate publică, necesitatea de a avea capacități adecvate de testare și tratare a bolilor infecțioase, importanța pregătirii pentru crize de sănătate publică și necesitatea de a avea acces la echipamente și resurse adecvate pentru personalul medical. Aceste lecții au contribuit la îmbunătățirea pregătirii pentru evenimente similare în viitor și la gestionarea mai eficientă a bolilor infecțioase.

Epidemia de Zika din 2015-2016, cauzată de virusul Zika, care s-a răspândit rapid în America de Sud, Centrală și alte regiuni. Transmiterea virusului are loc prin mușcătura de țânțar *Aedes aegypti*. Simptomele includ febră ușoară, erupții cutanate și dureri musculare. Epidemia a ridicat îngrijorări legate de complicațiile la naștere, cum ar fi microcefalia la bebeluși. Măsurile de control al țânțarilor și educația au fost implementate pentru a limita răspândirea virusului.

Lecțiile învățate din epidemia de Zika includ importanța monitorizării cazurilor și a transmiterii virusului de către țânțari, necesitatea unei abordări multidisciplinare, importanța întreruperii ciclului de transmitere, abordarea integrată a gestionării sănătății, prioritizarea

sănătății reproductive a femeilor și cooperarea internațională. Aceste învățăminte ajută la pregătirea și gestionarea eficientă a viitoarelor epidemii.

Evoluția pandemiei COVID-19 începând din 2019, cu faze precum identificarea inițială, răspândirea internațională, vârful pandemiei, vaccinarea și apariția de noi variante ale virusului. Se menționează că numărul deceselor continuă să crească în multe țări, și că impactul pandemiei variază în funcție de factori precum densitatea populației, infrastructura sanitară și politici guvernamentale. Sunt evidențiate câteva țări din Uniunea Europeană care au gestionat bine pandemia, precum Danemarca, Finlanda, Germania și Grecia, datorită investițiilor în sănătate publică, planificării pentru situații de urgență și colaborării internaționale.

Lecțiile învățate din pandemia COVID-19 includ importanța pregătirii pentru situații de urgență, investițiilor în sănătate publică și cercetare medicală, colaborarea internațională, respectarea măsurilor de sănătate publică și abordarea inegalităților sociale și economice. În plus, textul subliniază că impactul pandemiei diferă în funcție de sistemele de sănătate ale țărilor, dar acestea ar trebui să ofere acoperire medicală universală și accesibilitate.

Este important să menționăm că pandemiile sunt influențate de o serie de factori, inclusiv demografici, socio-economici și de politicile de sănătate publică. Pandemia COVID-19 a demonstrat nevoia unor pregătiri adecvate, cooperare globală și investiții în sănătate pentru a răspunde la astfel de amenințări majore pentru sănătatea publică și societate.

1.3 Conceptul de securitate a sănătății globale

Conceptele de guvernare pentru sănătatea globală, guvernare globală pentru sănătate și guvernare pentru sănătatea globală din perspectiva drepturilor omului și a justiției sociale sunt toate esențiale pentru abordarea complexă a problemelor de sănătate la nivel global. Este important să se colaboreze între state, organizații internaționale, sectorul privat, organizații neguvernamentale și alte părți interesate pentru a dezvolta politici și strategii care să îmbunătățească sănătatea populațiilor și să răspundă la amenințările pandemiilor și altor probleme de sănătate.

În contextul actual al interdependenței globale și al riscurilor crescânde asociate cu bolile infecțioase emergente, dezvoltarea unui sistem de guvernare globală puternic și bine coordonat pentru sănătate este esențială pentru a preveni, detecta și gestiona amenințările la adresa sănătății publice la nivel mondial. Aceasta ar putea implica cooperarea internațională în

cea ce privește monitorizarea bolilor, distribuția de resurse medicale, dezvoltarea de vaccinuri și tratamente, precum și coordonarea răspunsurilor în caz de criză.

În cele din urmă, susținerea și angajamentul continuu din partea comunității internaționale și a diferitelor entități sunt cruciale pentru construirea unui sistem global de sănătate rezilient și pentru asigurarea securității sănătății la nivel mondial.

CAPITOLUL 2

2.1 Amenințări

Cercetarea analizează amenințările complexe cu care se confruntă sănătatea globală și sistemele de sănătate. Pandemiile, creșterea costurilor, penuria de personal medical, securitatea cibernetică, boli infecțioase și accesibilitatea medicamentelor sunt printre principalele provocări discutate. Schimbările demografice și creșterea bolilor cronice sunt identificate ca probleme semnificative în contextul Uniunii Europene. Acest context subliniază importanța securizării și pregătirii permanente pentru a menține un echilibru între sănătate și securitate.

Capitolul examinează amenințările la adresa sistemelor de sănătate din Uniunea Europeană, precum inegalitatea în accesul la îngrijirea medicală, schimbările demografice, creșterea bolilor cronice, boli infecțioase și schimbările climatice. Se propune că o politică de sănătate comună ar putea fi soluția pentru a aborda aceste probleme complexe și a asigura un acces mai echitabil la îngrijiri medicale. Aceasta ar putea include măsuri precum crearea unui Consiliu de Sănătate la nivelul UE, dezvoltarea unui sistem de monitorizare a sănătății, promovarea colaborării între statele membre, dezvoltarea de politici comune privind îngrijirile medicale și asigurările medicale, investiții în cercetare și dezvoltare și crearea unui fond comun pentru sănătate. Cu toate că implementarea unei politici comune de sănătate ar putea întâmpina provocări, există deja exemple de cooperare în domeniul sănătății în UE, sugerând că o astfel de abordare ar putea fi fezabilă și benefică.

În acest capitol am analizat problemele majore cu care se confruntă sistemul de sănătate din România și propune soluții pentru a aborda aceste provocări. Aceste probleme includ infrastructura medicală învechită, penuria de personal medical, inegalitatea în accesul la îngrijirea medicală, corupția și ineficiența în sistemul de sănătate, precum și creșterea costurilor. În contextul Uniunii Europene, se discută și importanța unei coordonări mai strânse între statele membre pentru a reduce decalajele în accesul la îngrijiri medicale.

Am extins discuția cu privire la o politică comună a Uniunii Europene în ceea ce privește îngrijirile medicale, evidențiind beneficiile coordonării și colaborării între statele membre. De asemenea, am adăugat o listă de soluții propuse pentru a aborda fiecare problemă identificată: infrastructura învechită, penuria de personal medical, inegalitatea în accesul la îngrijiri, corupția și ineficiența, precum și creșterea costurilor. Aceste soluții implică investiții în infrastructură și educație medicală, creșterea transparenței și responsabilității, politici anti-corupție, dezvoltarea programelor de prevenție și optimizarea achizițiilor de medicamente și echipamente medicale.

Am continuat cu discuția cu privire la amenințările majore cu care se confruntă sistemele de sănătate din întreaga lume: creșterea costurilor, penuria de personal medical și bolile infecțioase. Se argumentează că aceste probleme necesită o abordare complexă și interdisciplinară la nivel global.

Astfel, cercetarea combină analiza problemelor existente în sistemul de sănătate din România cu propuneri specifice pentru a îmbunătăți eficiența, accesibilitatea și calitatea serviciilor medicale, atât la nivel național, cât și în contextul european.

2.2 Vulnerabilități

Sistemele de sănătate se confruntă cu amenințări și vulnerabilități, mai ales în ceea ce privește securitatea informatică. Deși amenințările și vulnerabilitățile sunt concepte diferite, ambele sunt esențiale pentru elaborarea unei strategii solide de securitate a informațiilor.

Vulnerabilitatea se referă la slăbiciunile unui sistem care pot fi exploatate de atacatori, cum ar fi parolele slabe sau interfețe web neactualizate. Pe de altă parte, amenințarea se referă la evenimente sau situații care pot compromite funcționarea unui sistem sau a unei rețele, cum ar fi atacurile cibernetice sau erorile umane.

Sistemele de sănătate din Uniunea Europeană au fost ținta mai multor vulnerabilități și atacuri. Printre acestea se numără atacuri cibernetice, accesul neautorizat de către personalul medical, sisteme de securitate depășite și atacuri fizice.

Un exemplu concret este incidentul cibernetic de la Spitalul Universitar din Brno, Cehia, în 2018, unde echipamentele medicale au fost compromise din cauza unui email phishing. Un alt incident a avut loc în Lituania în 2021, când datele medicale ale 300.000 de cetățeni au fost compromise.

Vulnerabilitățile comune includ lipsa de actualizări a software-ului, angajații susceptibili la atacurile de tip phishing, depășirea limitelor de buget care duce la utilizarea echipamentelor medicale vechi, eroarea umană și interoperabilitatea redusă între sisteme. Pentru a aborda aceste vulnerabilități, este esențial ca organizațiile medicale să investească în soluții de securitate, formare și proceduri clare de securitate.

2.3 Crize versus oportunități

Omenirea a confruntat numeroase crize, precum pandemia COVID-19, care au perturbat economia, societatea și sănătatea. Aceste crize aduc consecințe economice grave, ca șomajul și falimentele, precum și presiuni asupra sistemului medical. Totuși, acestea pot stimula inovații, ca dezvoltarea de vaccinuri sau adaptarea la munca la distanță. Companii precum Zoom și Amazon au prosperat, în timp ce companiile aeriene și industria divertismentului au suferit. Este crucială colaborarea și coordonarea pentru a maximiza oportunitățile și a diminua impactul crizelor.

CAPITOLUL 3

3.1 Calitatea vieții

Calitatea vieții (CV) este un concept multidimensional care însumează evaluări subiective ale aspectelor pozitive și negative ale existenței umane. Chiar dacă pare simplu de înțeles, este dificil de evaluat datorită percepțiilor variate ale diferitelor grupuri și indivizi. Unul dintre domeniile primare asociate cu CV este sănătatea, care include componente fizice, mentale și sociale. Cu evoluția medicinei, accentul s-a mutat nu doar pe prelungirea vieții, ci și pe îmbunătățirea calității acesteia. De fapt, o stare de sănătate bună poate crește calitatea vieții, în timp ce elemente ale CV, precum relațiile interpersonale, pot afecta sănătatea. Studiile au subliniat că o CV mai bună este legată de o mai bună sănătate și capacitate de gestionare a stresului.

Definirea CV variază în funcție de sursă. De exemplu, OMS o vede ca percepții individuale în context cultural, în timp ce OCDE o asociază cu împlinirea pe multiple dimensiuni, inclusiv materială și emoțională. Prin decenii, țări precum Marea Britanie, SUA, Canada, Japonia și Franța au dezvoltat metode de măsurare a CV. În plus, organizații internaționale precum ONU și OCDE s-au concentrat și ele pe măsurarea și îmbunătățirea CV la nivel global.

Eurostat și World Health Organization (WHO) dezvoltă indicatori pentru a măsura și evalua bunăstarea și calitatea vieții la nivel european și global. În România, preocuparea pentru calitatea vieții și bunăstarea populației este în creștere. În 2017, Guvernul României a lansat prima sa strategie națională pentru dezvoltarea durabilă, încorporând indicatori de bunăstare. De asemenea, s-au implementat proiecte pentru îmbunătățirea condițiilor de trai, și s-au realizat eforturi semnificative în îmbunătățirea sistemului de sănătate. Diverse studii și cercetări, precum Barometrul de Sănătate Publică și Eurobarometrul, analizează calitatea vieții în România. Profesori precum Roxana Chiriac, Vlad I. Moisescu și Gheorghe Zaman au adus contribuții majore în acest domeniu. O abordare recentă în măsurarea bunăstării este conceptul "8+1 dimensiuni" propus de OCDE, care include opt dimensiuni tradiționale ale bunăstării și una suplimentară legată de starea subiectivă de bine. Raportul Comisiei Stiglitz/Sen/Fitoussi din 2009, comandat de președintele francez Nicolas Sarkozy, a propus îmbunătățiri în măsurarea bunăstării și calității vieții, subliniind limitările măsurătorilor economice tradiționale precum PIB și necesitatea unei perspective multidimensionale.

Calitatea vieții este, de asemenea, un instrument esențial în cercetarea clinică, deoarece permite cercetătorilor să evalueze eficacitatea și siguranța noilor tratamente din perspectiva pacientului.

Unul dintre principalele avantaje ale evaluării calității vieții este faptul că se concentrează asupra perspectivei pacientului, care poate oferi o înțelegere profundă asupra impactului bolii și tratamentului asupra vieții de zi cu zi a oamenilor. Aceasta poate oferi o imagine completă asupra bunăstării generale a pacientului, incluzând aspecte precum sănătatea fizică, sănătatea psihologică, nivelul de independență, relațiile sociale, mediul înconjurător și spiritualitatea/religia.

În practica medicală, evaluarea calității vieții poate oferi medicilor informații valoroase despre starea pacienților lor și despre modul în care boala și tratamentul afectează diferite aspecte ale vieții lor. Aceste informații pot fi utilizate pentru a adapta planul de tratament la nevoile specifice ale fiecărui pacient și pentru a oferi suport adecvat pe durata tratamentului.

În concluzie, evaluarea calității vieții este un instrument esențial în domeniul sănătății, care poate oferi informații valoroase despre starea de sănătate și bunăstare a populației și despre impactul bolilor și tratamentelor asupra vieții de zi cu zi a oamenilor. Aceste informații sunt cruciale pentru dezvoltarea de politici și programe de sănătate eficiente și centrate pe pacient.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a identificat provocări majore în sănătatea publică pentru secolul XXI în Europa: criză economică, inegalități, populație îmbătrânită, boli cronice, migrație și urbanizare, daunele aduse mediului și schimbările climatice. În răspuns la aceste provocări, Biroul regional al OMS pentru Europa a introdus Planul European de Acțiune (EAP) care formează un pilon central al cadru politic "Sănătate 2020". Acest plan propune 10 acțiuni esențiale pentru consolidarea sănătății publice, pe care țările le pot adapta cu sprijinul OMS.

Rezoluția adoptată de Biroul regional accentuează importanța unei abordări integrate pentru sănătatea publică, incluzând aspecte precum mediul, stilul de viață, educația și contextul socio-economic. Baza decizională s-a fundamentat pe dovezi concrete, inclusiv evaluări ale capacităților de sănătate publică din majoritatea statelor membre.

Conceptul de calitate a vieții legată de sănătate a evoluat de-a lungul anilor, oferind o perspectivă mai holistică asupra sănătății. Acesta consideră sănătatea ca fiind mai mult decât absența bolii, ci o stare de bine integrală. Morris și Sheridan au fost printre primii cercetători care au legat sănătatea de calitatea vieții, incluzând aspecte fizice, sociale și psihologice. Ulterior, Organizația Mondială a Sănătății și alte instituții, precum Centers for Disease Control, au dezvoltat și rafinat conceptul, subliniind importanța percepției sănătății fizice și mentale atât la nivel individual, cât și comunitar. Această abordare permite o implicare interdisciplinară în elaborarea politicilor de sănătate și încurajează o viziune extinsă a sănătății în societate.

3.2. Definițiile calității

3.2.1 Conceptul calității

Calitatea, inițial concentrată pe producția industrială, nu are o definiție universal acceptată. Totuși, a evoluat de la conformitate la specificații spre a se axa pe satisfacerea nevoilor clientului.

Joseph M. Juran, "seniorul calității mondiale", a fost instrumental în trecerea de la controlul calității la managementul calității. El a definit calitatea ca fiind "corespunzător pentru utilizare" și a evidențiat importanța investițiilor în calitate pentru a reduce costurile asociate cu non-conformitățile.

Managementul Calității Totale (TQM) a apărut în anii '80 în SUA, inspirat de metodele japoneze. TQM pune accent pe implicarea tuturor membrilor organizației în îmbunătățirea

continuă și satisfacerea clientului, având la bază trei principii principale și șase elemente complementare.

David A. Garvin a identificat opt dimensiuni ale calității pentru produse, în timp ce L.L. Berry a extins aceste dimensiuni pentru servicii, cu zece elemente distincte, relevante în special pentru domeniul sanitar.

3.2.2 Managementul calității

Capitolul abordează conceptele de managementul calității și asigurare a calității în domeniul sanitar. Managementul calității se referă la toate activitățile care determină politica în domeniul calității și îndeplinirea acesteia, având ca scop îmbunătățirea satisfacției clienților, produselor și serviciilor. Pe de altă parte, calitatea managementului vizează îmbunătățirea satisfacției tuturor părților implicate. Importanța este plasată pe nevoia de a se concentra mai mult pe calitatea managementului, mai ales în sănătate. Calitatea în domeniul sanitar vizează îmbunătățirea rezultatelor activităților medicale și bunăstarea pacienților.

Diferite definiții ale calității sunt prezentate, subliniind că viziunea asupra calității este variabilă și influențată de așteptările diferite ale pacienților. Instrumentele de măsurare a calității în domeniul medical sunt esențiale pentru evaluarea și îmbunătățirea serviciilor. Acestea includ indicatori de calitate, chestionare de satisfacție a pacienților, evaluarea rezultatelor clinice, indicatori de siguranță și de accesibilitate.

Am încheiat capitolul cu câteva definiții recunoscute internațional despre calitatea în asistența medicală și subliniază importanța procesului continuu de îmbunătățire a calității, ilustrat prin metoda lui Edwards Deming.

Măsurarea calității este esențială pentru dezvoltarea eficientă a acesteia în domeniul medical. Schimbările în asistența medicală trebuie să fie aplicate la toate nivelele pentru a fi eficiente, atât individual cât și la nivel de grup.

Dezvoltarea calității implică atât managementul organizației cât și tehnologia și procesele folosite în asistența medicală, având ca scop final satisfacerea nevoilor pacienților. Sistemul sanitar poate învăța de la industrie în ceea ce privește asigurarea și dezvoltarea calității, folosind metode și principii similare. Este esențial să se evalueze constant dacă cerințele sunt satisfăcute eficient. Există două abordări ale dezvoltării calității: îmbunătățirea reactivă și cea preventivă.

În asistența medicală, este crucial să se înțeleagă nevoile pacienților pentru a îmbunătăți serviciile. Conform lui Donabedian, asistența medicală poate fi divizată în trei componente: structura, procesul și rezultatul, fiecare având rolul său în măsurarea și dezvoltarea calității. Este necesar să se analizeze periodic și să se evalueze procesele din asistența medicală pentru a le îmbunătăți eficiența. Rezultatul asistenței medicale depinde de mai mulți factori, inclusiv de starea generală de sănătate a pacientului și de factori externi.

Pentru a îmbunătăți calitatea asistenței medicale, este esențial să se aibă date clinice exacte și detaliate. Unul dintre cele mai mari obstacole în asigurarea calității este capacitatea de a măsura valid rezultatele. O etapă crucială în această dezvoltare este identificarea și abordarea nerespectării standardelor și rezultatelor nesatisfăcătoare. Calitatea în sănătate este esențială pentru a construi o societate sănătoasă, definită ca o comunitate unde membrii trăiesc în echilibru fizic, mental și social. Crearea unei astfel de societăți necesită intervenții în domeniile sănătății publice, educației, mediului, politicii sociale și economice. OMS accentuează importanța unui stil de viață sănătos și a intervențiilor eficiente de sănătate publică. Mediu sănătos, accesul egal la servicii medicale de calitate și implicarea comunităților sunt de asemenea esențiale. Calitatea îngrijirilor medicale și conceptul de societate sănătoasă sunt interdependente. Un sistem de sănătate optim pune accent pe integrarea serviciilor, implicarea pacienților și oferirea unor servicii accesibile și echitabile. În esență, o abordare integrată și multidimensională a calității îngrijirilor medicale este esențială pentru a construi o societate sănătoasă.

CAPITOLUL 4

4.1. Politică de sănătate a UE

Managementul public din România prezintă lacune și incoerențe, aducându-l mai aproape de un sistem feudal bazat pe relații personale decât de unul modern, eficient. Deși teoriile moderne, precum cea a lui Max Weber, accentuează importanța autorității rațional-legale, în practica românească se observă adesea o împletire a intereselor personale și politice cu gestionarea instituțiilor publice. Problema este particular vizibilă în sectorul sanitar. Managementul public este deseori definit prin abilitatea de a satisface interesul public prin procese și relații bine structurate, însă, în România, acestea par a fi afectate de politică și jocuri de putere. Guvernarea inteligentă și implementarea indicatorilor de evaluare pot îmbunătăți sistemul, dar abordările ideologice de stânga și dreapta oferă viziuni contradictorii. O privire pe termen lung este necesară, având în vedere și apartenența României la Uniunea Europeană.

Politica de sănătate a Uniunii Europene (UE) a suferit modificări semnificative începând cu crearea ei în 1993. Principalele etape includ:

Tratatul de la Maastricht (1993): A inclus politica de sănătate în sfera de competență a UE, facilitând coordonarea între statele membre și promovând cooperarea în cercetarea medicală.

Strategia de sănătate publică a UE (2000-2006): Vizând îmbunătățirea sănătății cetățenilor europeni, strategia a promovat un stil de viață sănătos și a coordonat eforturile de supraveghere și control al bolilor.

Strategia Europa 2020: A stabilit obiective pentru îmbunătățirea sănătății, precum reducerea mortalității premature, creșterea speranței de viață sănătoasă și reducerea consumului de alcool și tutun.

Directiva privind drepturile pacienților (2011): A permis pacienților să primească asistență medicală în alte state membre și să solicite rambursarea costurilor, promovând principiul "prioritatea pacientului".

Programul UE de sănătate (2014-2020): Vizând promovarea sănătății și prevenirea bolilor, acest program a finanțat proiecte de cercetare și inovare în domeniul sănătății.

Tratatul de la Lisabona: A clarificat direcțiile politicii de sănătate publică ale UE, subliniind îmbunătățirea sănătății și prevenirea bolilor.

În ceea ce privește pandemia de COVID-19, aceasta a afectat nu numai sistemul de sănătate al UE, dar și securitatea economică și internă. Criza a evidențiat vulnerabilitățile sistemului de sănătate, a pus presiune pe economie și a influențat criminalitatea transfrontalieră și migrația. În răspuns, UE a luat măsuri pentru a consolida capacitatea de reacție la crize și a introdus planuri precum NextGenerationEU pentru sprijin economic.

Pandemia de COVID-19 a avut repercusiuni semnificative asupra securității frontierelor UE, influențând migrația ilegală, traficul de droguri și de persoane. Cauzele acestor provocări sunt variate:

- Competența fragmentată: Sănătatea este în principal responsabilitatea statelor membre, făcând ca UE să aibă un rol secundar în coordonare.
- Lipsa structurii politice: UE nu a fost pregătită din punct de vedere structural să gestioneze o pandemie.

- Impactul economic și social: COVID-19 a influențat profund economiile naționale și a creat tensiuni interne în UE.
- Tensiuni interne: Diferențele dintre statele membre au fost accentuate în pandemie, afectând coeziunea.

Ca răspuns la aceste provocări, se propune:

- Consolidarea domeniului sănătății publice a UE pentru gestionarea eficientă a crizelor de sănătate.
- Dezvoltarea cercetării în sănătate pentru tratamente și vaccinuri.
- Îmbunătățirea capacităților de securitate pentru a face față amenințărilor interne și externe.
- Consolidarea abordării față de schimbările climatice și alte amenințări globale.

Pandemia a adus de asemenea și alte amenințări cum ar fi dezinformarea, creșterea extremismului, vulnerabilitatea lanțurilor de aprovizionare și amenințările cibernetice. În contextul acestor provocări, UE a adaptat și îmbunătățit politici, precum creșterea securității sanitare, încurajarea cooperării între statele membre, consolidarea securității cibernetice și dezvoltarea capacităților de gestionare a crizelor.

În urma pandemiei de COVID-19, Uniunea Europeană (UE) a introdus măsuri semnificative pentru a îmbunătăți capacitatea sa de răspuns la amenințările de sănătate publică. Printre acestea se numără:

- Pachetul Farmaceutic European (2021): Consolidarea producției de medicamente și vaccinuri în Europa, acces îmbunătățit la tratamente și combaterea penuriei de medicamente esențiale.
- Inițiativa HERA: Consolidarea capacității de producție a vaccinurilor în UE și susținerea dezvoltării terapiilor și vaccinurilor pentru viitoarele pandemii.
- Certificatul verde digital: Facilitarea călătoriilor între statele membre UE în timpul pandemiei.
- Strategia "A Strong European Health Union: Ready for Future Health Threats" (2021): Se concentrează pe consolidarea capacităților UE în pregătirea și răspunsul la crize, promovarea sănătății și prevenirea bolilor, consolidarea producției de medicamente și cooperarea internațională în sănătate.

Alte propuneri includ îmbunătățirea accesului la tratamente pentru bolile rare, creșterea securității alimentare și elaborarea unei strategii pentru sănătatea mintală.

Comparativ, China a avut un răspuns rapid și centralizat la pandemie, cu măsuri stricte de izolare, capacitate extinsă de testare și mobilizarea resurselor medicale. UE, având o diversitate de state membre, a avut un răspuns mai variat, cu provocări în coordonarea acțiunilor și asigurarea resurselor necesare. Deși ambele entități au abordări și contexte diferite, este dificil să se determine cu precizie care dintre ele a gestionat mai eficient situația.

Lecții pe care UE ar putea să le învețe din experiența Chinei în gestionarea pandemiilor includ:

- Răspuns rapid și centralizat: China a avut o abordare centralizată rapidă, în timp ce UE ar putea beneficia de o coordonare mai strânsă la nivelul blocului pentru un răspuns mai integrat.
- Capacități îmbunătățite de testare și infrastructură de sănătate: China a investit masiv în aceste domenii, iar UE ar trebui să aloce mai multe resurse pentru dezvoltarea infrastructurii sanitare și a capacității de testare.
- Comunicare eficientă și implicarea cetățenilor: China a pus accentul pe informarea cetățenilor, ceea ce sugerează că UE ar trebui să prioriteze o comunicare mai eficientă și să încurajeze participarea activă a cetățenilor.
- Cooperare internațională: Colaborarea Chinei cu organizațiile globale subliniază importanța coordonării internaționale în gestionarea pandemiilor.

Este important de reținut că abordarea Chinei reflectă contextul său cultural și politic, deci UE ar trebui să adapteze aceste învățăminte la propriul său cadru. Comparația, așa cum sugerează Tocqueville, este esențială pentru înțelegerea, astfel UE poate compara gestionarea sănătății publice între statele membre pentru a oferi o perspectivă mai obiectivă. O problemă comună în sectorul sanitar la nivel global este insuficiența finanțării.

4.2 Sisteme de sănătate în Uniunea Europeană

A. Sistemul de sănătate din Olanda:

- Bază: principii de solidaritate și accesibilitate universală.
- Evoluție: De la un sistem privat și voluntar în secolul XIX la un sistem obligatoriu de asigurare de sănătate în 1987.
- Finanțare: Sistem mixt din bugetul de stat și contribuții asigurați.

- Structură: Descentralizată, cu responsabilități împărțite între guvernul central, autoritățile locale și companiile de asigurări.

B. Sistemul de sănătate german:

- Caracteristici: Eficacitate, calitate înaltă, asigurare obligatorie, diversitate de servicii.
- Evoluție: Primul sistem de asigurare de sănătate obligatoriu introdus în 1883, cu reforme semnificative în anii 1970, 1980 și 1990.
- Finanțare: Contribuții obligatorii la asigurările de sănătate de către angajatori și angajați.
- Modificări post-pandemie: Creșterea finanțării, extinderea capacităților de testare și vaccinare, adoptarea tehnologiei.

C. Sistemul de sănătate din Finlanda:

- Bază: Sistem universal de asigurare de sănătate finanțat prin impozite și contribuții sociale.
- Acces: Egal pentru toți cetățenii.
- Finanțare: Prin impozite și contribuții sociale.
- Evoluție: De la un sistem în dezvoltare la începutul secolului al XX-lea la unul avansat și eficient în prezent:
 - Este împărțit în cinci regiuni.
 - Se concentrează pe prevenție și promovarea unui stil de viață sănătos.
 - Are atât spitale publice, cât și private.
 - Este recunoscut pentru calitate și acces la servicii medicale.

În general, toate trei sistemele de sănătate, din Olanda, Germania și Finlanda, au evoluat de-a lungul timpului și se bazează pe principiile de accesibilitate și calitate înaltă a serviciilor oferite. Fiecare țară a avut abordări diferite în dezvoltarea și finanțarea sistemului lor, dar toate sunt recunoscute pentru eficiența și calitatea serviciilor medicale oferite.

D. Sistemul de sănătate din Grecia:

- Este un sistem mixt cu sector public și privat.
- A fost sub presiune din cauza crizei economice.
- A avut reforme pentru îmbunătățire și extindere.
- A gestionat eficient pandemia COVID-19 datorită abordării proactive și pregătirii adecvate.

- A avut experiență cu epidemii anterioare, cum ar fi SARS, gripă H1N1 și West Nile.

E. Sistemul de sănătate din România:

- A fost creat în perioada comunistă.
- Este finanțat în mare parte din fonduri publice.
- Se confruntă cu probleme precum accesul limitat la servicii, lipsa de resurse și emigrarea personalului medical.
- Accesul este deosebit de limitat pentru pacienții din zonele rurale sau cu venituri mici.
- Infrastructura medicală este adesea suprasolicitată și insuficientă.

Sistemul de sănătate din România se bazează în principal pe finanțarea din fonduri publice. Cu toate acestea, finanțarea este adesea insuficientă, iar contribuțiile și taxele sunt uneori nesatisfăcătoare, afectând astfel finanțarea. Un alt aspect crucial este emigrarea masivă a medicilor și specialiștilor medicali, ceea ce a condus la o insuficiență de personal și la o suprasolicitare a celor rămași.

În 2019, sistemul se confrunta cu subfinanțare, disparități în accesul la servicii și un procent mare de populație fără asigurare de sănătate. Bolile cronice erau răspândite, iar indicatorii generali de sănătate erau sub media europeană. În 2020, pandemia de COVID-19 a adăugat o presiune imensă asupra sistemului, subliniind nevoia acută de investiții și adaptare. În 2021, accentul a fost pus pe vaccinarea în masă și eforturile de informare și educație publică. Cu toate acestea, autoritățile române continuă să lupte cu provocările pandemiei, evidențiate de decesele personalului medical și nevoile în continuă creștere ale infrastructurii de sănătate.

În contrast, sistemul de sănătate din Polonia este un amestec de finanțare publică și privată, cu Fondul Național de Asigurări de Sănătate (NFZ) acoperind majoritatea populației. După schimbările post-comuniste, sistemul de sănătate polonez a trecut printr-o serie de reforme majore în anii '90 și 2000, concentrându-se pe implicarea sectorului privat și creșterea accesului la asigurările de sănătate. Cu toate acestea, există încă subfinanțare și probleme legate de calitatea serviciilor.

Autoritățile poloneze continuă să investească și să reformeze sistemul pentru a îmbunătăți accesul și calitatea asistenței medicale.

Sistemele de sănătate din România și Polonia se confruntă cu provocări semnificative, în special în ceea ce privește finanțarea și resursele. Aceste dificultăți au fost accentuate în timpul pandemiei de COVID-19, când spitalele au fost suprasolicitate și personalul medical a fost pus sub o presiune enormă.

Ambele țări se confruntă cu subfinanțare, deficiențe în echipamentele medicale și lipsă de personal specializat, făcând față cu dificultate pandemiei. Mai mult, multe cadre medicale din aceste țări au ales să lucreze în străinătate din cauza salariilor necompetitive și condițiilor de lucru.

În acest context, Uniunea Europeană a fost o sursă crucială de sprijin, furnizând echipamente de protecție personală, finanțând cercetări în domeniul COVID-19 și asigurând accesul la vaccinuri printr-un mecanism de achiziție comună. UE a oferit, de asemenea, asistență financiară pentru modernizarea sistemelor de sănătate și a sprijinit economiile afectate de pandemie.

În ciuda provocărilor, există și puncte comune între sistemele de sănătate din diferite țări: acoperirea universală, accentul pe prevenire și promovarea sănătății, investițiile în tehnologie și infrastructură medicală, precum și dezvoltarea serviciilor de telemedicină și asistență la domiciliu.

Aceste similarități indică faptul că, în ciuda problemelor, există un angajament comun spre îmbunătățirea sănătății publice și a accesului la asistența medicală de calitate în întregul continent.

CAPITOLUL 5

Studiu privind calitatea vieții personalului medical

Conceptul de calitate a vieții s-a dezvoltat de-a lungul timpului, începând cu ideea de utilitate în secolul al XVIII-lea și evoluând către o perspectivă multidimensională care include aspecte precum sănătatea, mediul și relațiile interpersonale. În secolul al XX-lea, organizații precum ONU au introdus indicatori pentru a evalua nivelul de trai, în timp ce noi perspective, precum cea a lui Maslow, au subliniat importanța nevoilor umane.

În contextul actual, există o creștere în recunoașterea nevoii de a îmbunătăți calitatea vieții, având în vedere impactul intervențiilor medicale asupra bunăstării populației. Intervențiile medicale pot varia de la prevenție și tratament la îngrijire paliativă și consiliere.

Studiul menționat analizează gradul de conștientizare și satisfacție legat de calitatea vieții în spitale din patru județe ale României: Olt, Dolj, Vâlcea și Argeș. Aceste județe prezintă particularități diferite în ceea ce privește populația și resursele financiare, dar toate au capacitatea de a aloca resurse pentru îmbunătățirea condițiilor în sectorul sanitar.

Rezultatele au indicat că medicii din Statele Unite ale Americii au niveluri semnificativ mai ridicate de epuizare profesională comparativ cu populația generală. De asemenea, satisfacția lor legată de echilibrul dintre viața profesională și personală era semnificativ mai redusă. Acest studiu a scos în evidență necesitatea adoptării de măsuri preventive și de sprijin pentru medici pentru a preveni epuizarea și a îmbunătăți calitatea vieții lor.

În concluzie, calitatea vieții personalului medical reprezintă un factor cheie în asigurarea furnizării de servicii medicale de calitate. Îngrijirea și sprijinirea personalului medical, mai ales în contextul situațiilor de risc, nu sunt doar o obligație morală, ci și o investiție strategică în sistemul de sănătate. O bună calitate a vieții se reflectă nu doar în satisfacția profesională și bunăstarea individuală, dar și în capacitatea de a oferi îngrijire de calitate și a construi relații sănătoase cu pacienții.

Este esențial ca factorii decizionali, liderii din domeniul medical și societatea în ansamblu să recunoască și să abordeze nevoile personalului medical. Implementarea unor strategii și politici care promovează bunăstarea, recunoașterea, formarea adecvată și sprijinul emoțional poate avea un impact semnificativ asupra calității serviciilor medicale furnizate și, implicit, asupra sănătății și bunăstării comunității în ansamblu.

Studiul SUA:

- Medicii din SUA au niveluri ridicate de epuizare profesională și sunt mai puțin satisfăcuți cu echilibrul dintre viața profesională și personală decât populația generală.
- Acest lucru se datorează presiunilor specifice profesiei, cum ar fi volumul mare de muncă și responsabilitățile crescute.

Studiul din Regatul Unit ("Quality of Life among Healthcare Workers: A Systematic Review"):

- A examinat calitatea vieții personalului medical din UK, identificând factorii care influențează bunăstarea lor.

- Factori cheie includ satisfacția în muncă, condițiile de muncă, sprijinul social și recunoașterea profesională.

Studiul din Africa de Sud ("Factors influencing the quality of life of healthcare professionals in rural areas"):

- A explorat factorii care influențează calitatea vieții personalului medical din zonele rurale.
- Provocările includ acces limitat la servicii medicale, infrastructura precară și factorii socio-economici și culturali specifici zonelor rurale.

Studiul din Italia ("Quality of life and burnout levels among primary healthcare workers: A cross-sectional study"):

- A evaluat calitatea vieții și nivelurile de epuizare profesională în sistemul de îngrijire primară.
- Nivelurile ridicate de epuizare au fost asociate cu o calitate scăzută a vieții.

Studiul din Canada ("Worklife experiences and mental health of nursing assistants in Ontario, Canada"):

- A analizat experiențele de muncă și sănătatea mentală a asistenților medicali.
- Provocările include volumul mare de muncă, cerințele fizice și emoționale ridicate și lipsa de sprijin social.

Studiul din Australia ("The consequences of nursing workforce dynamics: Evidence from Australia"):

- A investigat consecințele dinamicii forței de muncă în asistența medicală.
- Problemele include excesul de muncă, sarcini crescute, oboseala și stresul.

Aceste studii, provenind din diverse țări, evidențiază complexitatea și provocările cu care se confruntă personalul medical în legătură cu calitatea vieții, epuizarea profesională și satisfacția în muncă. Soluții precum oferirea de sprijin, adaptarea condițiilor de muncă și recunoașterea eforturilor lor sunt cruciale pentru a aborda aceste probleme.

Studiile au accentuat importanța gestionării forței de muncă în asistența medicală, subliniind planificarea strategică, resursele umane și politici care susțin bunăstarea

personalului. O comparație a fost realizată între studiile din SUA, Regatul Unit, Africa de Sud, Italia și Canada privind calitatea vieții personalului medical. Principalele observații sunt:

- Există niveluri ridicate de epuizare profesională și probleme cu echilibrul dintre viața profesională și personală în majoritatea țărilor.
- Factori precum condițiile de muncă, sprijinul social și accesul la resurse influențează calitatea vieții.
- Recomandările includ: gestionarea stresului, promovarea echilibrului dintre viața profesională și personală și crearea unui mediu de lucru sănătos.
- Diferite țări au implementat măsuri pentru a aborda aceste probleme, cum ar fi programe de reducere a epuizării profesionale, flexibilitate în programul de lucru și programe de sprijin pentru personalul medical.
- Este esențial să se recunoască valoarea personalului medical și să se promoveze sănătatea și bunăstarea lor pentru a asigura o îngrijire eficientă și de calitate.

În esență, pentru a asigura îngrijire medicală de calitate, este vital să se îmbunătățească calitatea vieții personalului medical prin diverse măsuri adaptate la contextul fiecărei țări și să se țină cont de importanța echilibrului dintre viața profesională și cea personală.

5.1. Descrierea spitalelor participante la studiu

Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova (SCJUC):

- Este un spital de categoria a II-a, sub controlul Ministerului Sănătății.
- A fost inaugurat în 1971.
- Este cea mai mare unitate medicală din regiunea Sud-Vest, deservind peste 600.000 de locuitori.
- Are 1.518 paturi și 30 de secții în 27 de specialități.
- Datorită pandemiei COVID-19, a fost adaptată structura pentru a trata pacienții cu SARS COV-2.
- Finanțarea provine din diferite surse, inclusiv Casa de Asigurări de Sănătate Dolj și donații.

Spitalul Județean de Urgență Slatina:

- Este un spital de categoria a III-a.
- Deține două locații exterioare în Scornicești și Slatina.

- Majoritatea pacienților provin din județul Olt.
- A înregistrat un deficit bugetar în 2019, dar a avut rezultate financiare pozitive în 2020 și 2021.
- A fost afectat de pandemia COVID-19, observându-se o scădere în mai mulți indicatori și o creștere a mortalității intraspitalicești.

Spitalul Clinic Filantropia Craiova:

- Este o unitate sanitară subordonată Consiliului Local al Municipiului Craiova.
- A fost transferat la Consiliul Local în urma unei ordonanțe din 2008.
- Este clasificat la nivelul IV de competență.
- Are 525 de paturi aprobate.

Spitalul Județean de Urgență Pitești:

- Se află în municipiul Pitești, județul Argeș.
- Oferă o gamă extinsă de servicii medicale și are multiple secții specializate.
- Are unitate de primire urgențe și personal medical calificat.
- Colaborează cu alte instituții pentru cercetare și dezvoltare în domeniul medical.

Spitalul Județean de Urgență Vâlcea:

- Se găsește în municipiul Râmnicu Vâlcea, județul Vâlcea.
- Oferă servicii medicale variate cu 1353 de paturi și dispune de numeroase specialități.
- Echipat cu laboratoare și echipamente moderne de investigație.

Spitalul Municipal Caracal:

- Are 440 de paturi și 5 paturi de spitalizare de zi.
- Servește o populație de 31.000 locuitori.
- Oferă o gamă largă de servicii medicale și aplică politica de sănătate a Ministerului Sănătății din România.

Spitalul de Psihiatrie Cronici Schitu Greci:

- Spital specializat în psihiatrie situat în județul Olt.
- Clasificat în categoria V cu nivel de competență limitat.
- Are 160 paturi pentru spitalizare continuă, cu 2 secții de psihiatrie cronici.

- Oferă servicii de specialitate pentru pacienții cronici și colaborări pentru investigații medicale cu Spitalul Județean de Urgență Slatina.

5.2. Metodologie de cercetare

Studiul privind calitatea vieții a folosit chestionarul de monitorizare, aplicat între august 2021 și martie 2022, pe un eșantion de 1300 de persoane din domeniul medical. A fost utilizat testul WHO-QoL BREF, dezvoltat de Organizația Mondială a Sănătății, pentru evaluarea calității vieții în patru domenii: sănătate fizică, sănătate psihică, relații sociale și mediu înconjurător. Acest instrument este valid, fiabil și adaptabil la diverse contexte culturale. Testul a fost folosit în numeroase studii internaționale pentru a analiza calitatea vieții personalului medical, inclusiv în contexte specifice precum pandemia de COVID-19. Pentru actualul studiu, chestionarele au fost distribuite în spitale după furnizarea instrucțiunilor necesare, cu o rată de răspuns de 13,82% din totalul personalului medical angajat în spitalele selectate pentru cercetare.

Testul WHO-QoL Brief, aplicat pentru a măsura calitatea vieții în diferite domenii, prezintă nivele variabile de consistență internă în funcție de domeniul specific.

- Domeniul 1 (sănătate fizică) prezintă un nivel satisfăcător de consistență, având coeficientul alfa al lui Cronbach aproape de 0.7. Acest lucru sugerează că itemii din acest domeniu măsoară în mod coeziv aspectele legate de sănătatea fizică.
- Domeniul 2 (sănătate psihică) prezintă un coeficient alfa Cronbach ceva mai mic, de 0.603, sugerând că itemii pot fi puțin mai diversificați în ceea ce privește măsurarea sănătății psihice.
- Domeniul 3 (relații sociale) are un coeficient alfa Cronbach de 0.646, indicând o consistență internă moderată.
- Domeniul 4 (relația cu mediul) se evidențiază cu cel mai înalt coeficient alfa Cronbach, de 0.739, indicând o bună consistență internă în măsurarea relației individului cu mediul său.

În concluzie, testul WHO-QoL Brief pare să ofere o măsurătoare coerentă și consistentă a calității vieții în domeniile sănătății fizice și a relației cu mediul, în timp ce itemii din domeniile sănătății psihice și relațiilor sociale ar putea beneficia de o revizuire suplimentară pentru a îmbunătăți consistența internă. Coeficientul alfa al lui Cronbach și coeficientii Guttman L3 și L4 sunt metrici folosite pentru a măsura consistența internă a unui set de itemi

(întrebări) într-un chestionar. Un coeficient mai apropiat de 1 indică o mai mare consistență, în timp ce un coeficient mai apropiat de 0 indică o consistență mai redusă.

Din punct de vedere practic, dacă un instrument de măsurare este consistent, înseamnă că este fiabil și că putem avea încredere în rezultatele sale. Dacă nu este consistent, rezultatele pot fi afectate de erori aleatorii și pot fi mai puțin credibile.

Tabelul nr 37 prezintă valori p (probabilități) pentru diferite întrebări legate de calitatea vieții și satisfacția în diverse domenii ale vieții, în raport cu diferite variabile demografice și de sănătate: Sex, Vârsta (>45 sau nu), Nivelul de studii, Statusul marital și dacă persoana este sau nu bolnavă în prezent.

Tabelul nr. 37 - Analiză comparativă a percepției asupra calității vieții în funcție de caracteristicile demografice și starea de sănătate

Nr	Intrebarea	Sex	Varsta >45	Nivel studii	Status marital	Actualmente sunteti bolnav
1	Cum ati aprecia calitatea vietii dvs	0.0022	0.0010	0.0001	0.0001	0.0001
2	Cat de satisfacut sunteti de sanatatea dumneavoastra	0.0001	0.0001	0.0001	0.0009	0.0001
3	Cat de tare ati simtit ca durerea v-a impiedicat sa faceti ce era nevoie sa faceti	0.0019	0.0001	0.0001	0.0046	0.0001
4	Cat de mult aveti nevoie de vreun tratament medical ca sa va duceti viata de zi cu zi?	0.0029	0.0001	0.0001	0.0003	0.0001
5	Cat de mult va bucurati de viata?	0.1485	0.0008	0.7149	0.0001	0.0001
6	Cat de mult simtiti ca viata Dvs este importanta?	0.0546	0.3682	0.5077	0.0173	0.0128
7	Cat de bine va puteti concentra?	0.0001	0.0002	0.0145	0.0071	0.0001
8	Cat de sigur va simtit in viata de zi cu zi?	0.0093	0.0411	0.4786	0.0167	0.0001
9	Cat de sanatoasa este ambianta Dvs fizica?	0.0002	0.0017	0.0101	0.0795	0.0001
10	Ati avut suficienta energie pentruviata de zi cu zi?	0.0413	0.0047	0.2737	0.0100	0.0001
11	Ati acceptat infatisarea Dvs exterioara?	0.6722	0.0112	0.0126	0.0438	0.0009
12	Ati avut suficienti bani pentru nevoile Dvs?	0.0034	0.0088	0.0001	0.0229	0.0821
13	Cat de accesibila este informatia de careaveti nevoie in viata de zi cu zi?	0.0791	0.4370	0.0027	0.1834	0.0026
14	Cat de tare ati avut ocazia sa va recreati?	0.0002	0.0084	0.0262	0.0091	0.3868
15	Cat de bine ati putut sa va deplasati?	0.1038	0.2269	0.0001	0.1057	0.0001
16	Cat de satisfacut sunteti desomnul Dvs?	0.0001	0.2292	0.0139	0.1593	0.0015
17	Cat de satisfacut sunteti de capaci-tatea Dvs de a indeplini activitatile vietii de zi cu zi?	0.0001	0.7261	0.0001	0.0001	0.0001
18	Cat de satisfacut sunteti de randa-mentul Dvs de munca?	0.0101	0.4857	0.0234	0.0001	0.0001
19	Cat de satisfacut sunteti de Dvsinsiva?	0.0001	0.0765	0.0001	0.0001	0.0001
20	Cat de satisfacut sunteti de relatiileDvs personale?	0.0011	0.0061	0.0069	0.0001	0.0001
21	Cat de satisfacut sunteti de viata Dvs sexuala?	0.0047	0.0019	0.0001	0.0001	0.0001
22	Cat de satisfacut sunteti de sprijinul pe care-l aveti de la prietenii Dvs?	0.0088	0.0509	0.2252	0.0078	0.0334
23	Cat de satisfacut sunteti delocul unde locuiti?	0.1454	0.5790	0.5063	0.9902	0.6263
24	Cat de satisfacut sunteti de accesibilitatea la serviciile de sanatate?	0.1093	0.3672	0.4219	0.5328	0.2122
25	Cat de satisfacut sunteti de modul Dvs de transport?	0.7360	0.5316	0.0012	0.1385	0.1689
26	Cat de des ati trait sentimente negative precum tristete, disperare, teama, nefericire?	0.0058	0.0040	0.0228	0.0324	0.1098

În statistica descriptivă, o valoare p reprezintă probabilitatea ca o observație sau un rezultat să se datoreze hazardului. În general, o valoare p mai mică de 0.05 este considerată statistic semnificativă, sugerând că rezultatul nu este datorat pur și simplu hazardului.

La întrebarea:

- Cum ați aprecia calitatea vieții dvs.

Există diferențe semnificative în funcție de toate variabilele (Sex, Vârstă, Nivel de studii, Status marital, Starea de sănătate), deoarece toate valorile p sunt <0.05 .

-Cât de mult vă bucurați de viață?

Aici vedem o diferență semnificativă în funcție de sex, vârstă și status marital. Nivelul de studii și starea de sănătate nu par să aibă un impact semnificativ asupra acestei întrebări.

Din punctul meu de vedere, se poate observa că pentru majoritatea întrebărilor, starea de sănătate („Actualmente sunteți bolnav”) are un impact semnificativ (valorile p sunt mai mici de 0.05). Aceasta sugerează că starea de sănătate actuală a unui individ influențează foarte mult modul în care acesta percepe calitatea vieții sale și satisfacția în diverse domenii.

De asemenea, alte variabile, cum ar fi Sexul, Vârsta, Nivelul de studii și Statusul marital, influențează în mod semnificativ percepția asupra calității vieții, dar impactul lor variază în funcție de întrebarea specifică.

Tabelul nr. 38 - Rezultatele testului WHO-QoL Brief privind calitatea vieții lucrătorilor din domeniul medical din spitalele din România în funcție de diferite variabile demografice și profesionale

Variabila	fizic	psihic	social	mediu	q1	q2	over
Sex	0.0091	0.5064	0.3906	0.0151	0.0850	< 0.0001	< 0.0001
F	26.77 ± 4.02	24.34 ± 3.05	12.04 ± 1.81	29.56 ± 4.39	4.00 ± 0.66	3.41 ± 0.74	7.41 ± 1.24
M	27.48 ± 4.81	24.41 ± 3.54	12.12 ± 2.14	30.39 ± 5.21	4.08 ± 0.73	3.76 ± 0.87	7.83 ± 1.45
Varsta	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001	0.0025	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001
Varsta≤45	27.43 ± 4.09	24.56 ± 24.56	12.22 ± 12.22	29.97 ± 29.97	4.09 ± 0.67	3.61 ± 3.61	7.71 ± 7.71
Varsta>45	26.41 ± 4.15	24.08 ± 24.08	11.88 ± 11.88	29.41 ± 29.41	3.94 ± 0.68	3.36 ± 3.36	7.30 ± 7.30
N/A	28.62 ± 4.14	26.13 ± 2.59	12.78 ± 1.76	31.07 ± 4.41	4.31 ± 0.57	3.75 ± 0.73	8.05 ± 1.16
Grupa varsta	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001	0.0172	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001
20-29	30.08 ± 3.54	26.00 ± 3.05	12.62 ± 1.63	31.69 ± 4.97	4.38 ± 0.50	4.12 ± 0.77	8.50 ± 1.14
30-39	27.60 ± 4.07	24.49 ± 3.27	12.30 ± 1.90	30.02 ± 4.63	4.09 ± 0.71	3.71 ± 0.84	7.80 ± 1.36
40-49	26.86 ± 4.05	24.42 ± 3.02	12.10 ± 1.91	29.70 ± 4.51	4.01 ± 0.67	3.44 ± 0.78	7.45 ± 1.28
50-59	26.37 ± 4.15	24.08 ± 3.20	11.85 ± 1.80	29.29 ± 4.54	3.95 ± 0.66	3.35 ± 0.72	7.30 ± 1.23
60-69	25.55 ± 4.48	22.84 ± 2.82	11.28 ± 1.68	29.29 ± 4.13	3.84 ± 0.68	3.28 ± 0.59	7.12 ± 1.11
N/A	28.62 ± 4.14	26.13 ± 2.59	12.78 ± 1.76	31.07 ± 4.41	4.31 ± 0.57	3.75 ± 0.73	8.05 ± 1.16
Scoala absolvita	< 0.0001	0.0606	0.0014	0.0001	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001
8 CLASE	25.89 ± 4.31	23.44 ± 2.96	12.00 ± 2.00	30.11 ± 4.04	4.00 ± 0.50	3.33 ± 0.50	7.33 ± 0.87
FACULTATE	27.48 ± 4.12	24.60 ± 3.14	12.19 ± 1.85	30.35 ± 4.45	4.12 ± 0.67	3.62 ± 0.79	7.74 ± 1.31
LICEU	26.89 ± 4.05	24.31 ± 3.16	12.14 ± 1.78	29.61 ± 4.77	4.00 ± 0.63	3.50 ± 0.78	7.50 ± 1.24
POSTLICEALA	26.51 ± 4.06	24.21 ± 3.05	11.93 ± 1.88	29.13 ± 4.36	3.93 ± 0.66	3.31 ± 0.71	7.25 ± 1.18
SCOALA PRIMARA	27.67 ± 3.51	23.67 ± 2.52	12.00 ± 1.73	27.67 ± 3.51	3.67 ± 0.58	3.33 ± 0.58	7.00 ± 1.00
SCOALA PROFESIONALA	22.71 ± 4.82	22.84 ± 4.02	10.55 ± 2.29	27.45 ± 5.64	3.45 ± 0.93	3.06 ± 0.89	6.52 ± 1.69
Nivel studii	< 0.0001	0.0080	0.0015	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001
ALTELE	23.83 ± 4.73	23.04 ± 3.55	11.04 ± 2.19	28.11 ± 5.06	3.60 ± 0.83	3.13 ± 0.77	6.72 ± 1.47
LICEU	26.89 ± 4.05	24.31 ± 3.16	12.14 ± 1.78	29.61 ± 4.77	4.00 ± 0.63	3.50 ± 0.78	7.50 ± 1.24
POSTLICEALA	26.51 ± 4.06	24.21 ± 3.05	11.93 ± 1.88	29.13 ± 4.36	3.93 ± 0.66	3.31 ± 0.71	7.25 ± 1.18
FACULTATE	27.48 ± 4.12	24.60 ± 3.14	12.19 ± 1.85	30.35 ± 4.45	4.12 ± 0.67	3.62 ± 0.79	7.74 ± 1.31
Status marital	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001	0.2574	< 0.0001	0.0003	< 0.0001

CASATORIT	27.08 ± 4.04	24.48 ± 3.06	12.24 ± 1.72	29.77 ± 4.48	4.03 ± 0.66	3.47 ± 0.77	7.50 ± 1.26
CONCUBINAJ	27.36 ± 4.04	24.56 ± 3.31	12.08 ± 1.69	29.33 ± 4.25	4.00 ± 0.69	3.59 ± 0.68	7.59 ± 1.21
DIVORTAT	25.78 ± 4.14	23.59 ± 3.41	11.35 ± 2.17	29.17 ± 4.82	3.90 ± 0.73	3.28 ± 0.78	7.19 ± 1.29
SEPARAT	23.77 ± 4.70	22.65 ± 4.14	10.38 ± 2.56	27.77 ± 5.50	3.65 ± 0.75	3.31 ± 0.79	6.96 ± 1.46
SINGUR	27.56 ± 3.99	24.68 ± 2.99	11.79 ± 2.11	30.32 ± 4.91	4.12 ± 0.73	3.75 ± 0.85	7.86 ± 1.44
VADUV	23.69 ± 5.44	22.23 ± 3.08	10.14 ± 2.20	28.77 ± 3.81	3.57 ± 0.61	3.23 ± 0.55	6.80 ± 0.99
Bolnav	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001	0.0004	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001
DA	23.90 ± 4.44	23.36 ± 3.56	11.46 ± 2.07	28.72 ± 4.48	3.79 ± 0.68	3.12 ± 0.77	6.79 ± 1.26
NU	27.57 ± 3.79	24.57 ± 2.99	12.18 ± 1.80	29.92 ± 4.53	4.02 ± 0.66	4.00 ± 0.75	5.38 ± 1.25

Tabelul nr. 39 - Analiza comparativă a calității vieții lucrătorilor din domeniul medical în funcție de diverse variabile demografice și de locul de muncă, folosind testul WHO-QoL Brief.

Variabila	dom1	dom2	dom3	dom4	f1	f2	overall
Sex	0.0091	0.5064	0.3906	0.0151	0.0850	< 0.0001	< 0.0001
F	70.62 ± 14.35	76.40 ± 12.72	75.29 ± 15.12	67.36 ± 13.71	74.98 ± 16.57	60.37 ± 18.57	67.68 ± 15.45
M	73.15 ± 17.19	76.70 ± 14.75	75.99 ± 17.81	69.97 ± 16.29	76.95 ± 18.25	68.92 ± 21.74	72.94 ± 18.12
Varsta	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001	0.0025	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001
Varsta≤45	72.98 ± 72.98	77.32 ± 77.32	76.85 ± 76.85	68.66 ± 68.66	77.32 ± 77.32	65.32 ± 65.32	71.32 ± 71.32
Varsta>45	69.31 ± 69.31	75.33 ± 75.33	74.01 ± 74.01	66.92 ± 66.92	73.43 ± 73.43	58.98 ± 58.98	66.20 ± 66.20
N/A	77.21 ± 14.80	83.86 ± 10.79	81.52 ± 14.67	72.10 ± 13.79	82.73 ± 14.33	68.64 ± 18.14	75.68 ± 14.52
Grupa varsta	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001	0.0172	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001
20-29	82.42 ± 12.65	83.33 ± 12.69	80.13 ± 13.56	74.04 ± 15.53	84.62 ± 12.40	77.88 ± 19.14	81.25 ± 14.25
30-39	73.58 ± 14.55	77.06 ± 13.63	77.48 ± 15.84	68.80 ± 14.48	77.27 ± 17.67	67.80 ± 20.97	72.54 ± 17.02
40-49	70.94 ± 14.48	76.76 ± 12.57	75.85 ± 15.95	67.80 ± 14.11	75.18 ± 16.82	61.07 ± 19.44	68.12 ± 15.96
50-59	69.19 ± 14.82	75.35 ± 13.34	73.76 ± 14.98	66.54 ± 14.19	73.64 ± 16.58	58.75 ± 18.05	66.19 ± 15.32
60-69	66.25 ± 16.00	70.17 ± 11.76	68.96 ± 13.99	66.53 ± 12.92	71.01 ± 16.95	56.88 ± 14.78	63.95 ± 13.82
N/A	77.21 ± 14.80	83.86 ± 10.79	81.52 ± 14.67	72.10 ± 13.79	82.73 ± 14.33	68.64 ± 18.14	75.68 ± 14.52
Scoala absolvita	< 0.0001	0.0606	0.0014	0.0001	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001

8 CLASE	67.46 ± 15.41	72.69 ± 12.34	75.00 ± 16.67	69.10 ± 12.64	75.00 ± 12.50	58.33 ± 12.50	66.67 ± 10.83
FACULTATE	73.15 ± 14.71	77.50 ± 13.08	76.60 ± 15.41	69.86 ± 13.90	78.01 ± 16.72	65.60 ± 19.82	71.81 ± 16.36
LICEU	71.03 ± 14.47	76.30 ± 13.15	76.15 ± 14.87	67.52 ± 14.91	75.00 ± 15.84	62.40 ± 19.59	68.70 ± 15.55
POSTLICEALA	69.68 ± 14.50	75.86 ± 12.69	74.43 ± 15.65	66.03 ± 13.63	73.34 ± 16.55	57.84 ± 17.74	65.59 ± 14.74
SCOALA PRIMARA	73.81 ± 12.54	73.61 ± 10.49	75.00 ± 14.43	61.46 ± 10.97	66.67 ± 14.43	58.33 ± 14.43	62.50 ± 12.50
SCOALA PROFESIONALA	56.11 ± 17.23	70.16 ± 16.74	62.90 ± 19.10	60.79 ± 17.64	61.29 ± 23.13	51.61 ± 22.30	56.45 ± 21.13
Nivel studii	< 0.0001	< 0.0080	< 0.0015	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001
ALTELE	60.11 ± 16.89	71.01 ± 14.79	67.02 ± 18.22	62.83 ± 15.80	64.89 ± 20.63	53.19 ± 19.24	59.04 ± 18.38
LICEU	71.03 ± 14.47	76.30 ± 13.15	76.15 ± 14.87	67.52 ± 14.91	75.00 ± 15.84	62.40 ± 19.59	68.70 ± 15.55
POSTLICEALA	69.68 ± 14.50	75.86 ± 12.69	74.43 ± 15.65	66.03 ± 13.63	73.34 ± 16.55	57.84 ± 17.74	65.59 ± 14.74
FACULTATE	73.15 ± 14.71	77.50 ± 13.08	76.60 ± 15.41	69.86 ± 13.90	78.01 ± 16.72	65.60 ± 19.82	71.81 ± 16.36
Status marital	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001	0.2574	< 0.0001	0.0003	< 0.0001
CASATORIT	71.72 ± 14.44	77.01 ± 12.73	77.02 ± 14.30	68.02 ± 13.99	75.87 ± 16.40	61.65 ± 19.24	68.76 ± 15.72
CONCUBINAJ	72.71 ± 14.41	77.35 ± 13.81	75.64 ± 14.10	66.67 ± 13.28	75.00 ± 17.21	64.74 ± 16.93	69.87 ± 15.10
DIVORTAT	67.06 ± 14.77	73.30 ± 14.19	69.55 ± 18.12	66.17 ± 15.07	72.53 ± 18.37	57.10 ± 19.46	64.81 ± 16.07
SEPARAT	59.89 ± 16.79	69.39 ± 17.24	61.54 ± 21.35	61.78 ± 17.19	66.35 ± 18.63	57.69 ± 19.71	62.02 ± 18.19
SINGUR	73.44 ± 14.23	77.84 ± 12.44	73.26 ± 17.56	69.74 ± 15.34	77.95 ± 18.15	68.64 ± 21.27	73.30 ± 17.96
VADUV	59.59 ± 19.42	67.62 ± 12.83	59.52 ± 18.32	64.91 ± 11.91	64.29 ± 15.20	55.71 ± 13.67	60.00 ± 12.43
Bolnav	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001	0.0004	< 0.0001	< 0.0001	< 0.0001
DA	60.79 ± 15.85	71.53 ± 14.82	70.20 ± 17.21	62.92 ± 14.01	67.61 ± 17.11	50.52 ± 19.23	59.07 ± 15.71
NU	74.41 ± 13.53	69.03 ± 12.47	72.24 ± 15.00	40.30 ± 14.16	38.10 ± 16.59	32.30 ± 18.78	35.21 ± 15.65

În tabelele 38 și 39 avem diferite variabile și raportul lor cu anumite domenii (fizic, psihic, social, mediu, q1, q2, over). Valorile sunt prezentate ca medii și deviații standard, iar în unele cazuri avem și valori p, care indică semnificația statistică a diferențelor dintre grupuri.

Interpretând datele din acest tabel în funcție de:

Sexul:

- Există diferențe semnificative între sexe în ceea ce privește dimensiunile psihice, sociale, q1, q2 și over. Acest lucru este indicat de valorile p mici (< 0.05).

- Femeile (F) și bărbații (M) au valori apropiate pentru majoritatea domeniilor, dar există totuși unele diferențe. De exemplu, bărbații au o valoare mai mare pentru q2 comparativ cu femeile.

2. Vârsta:

- Există diferențe semnificative între grupurile de vârstă în toate domeniile.
- Persoanele cu vârsta peste 45 de ani au valori ușor mai mici decât cele cu vârsta sub 45 de ani pentru majoritatea dimensiunilor.

3. Grupa de vârstă:

- Diferențe semnificative între grupele de vârstă pentru toate dimensiunile.
- Observăm un trend descrescător al valorilor pe măsură ce vârsta crește, cu excepția categoriei N/A.

4. Școala absolvită/Nivel de studii:

- Există diferențe semnificative în funcție de nivelul de educație al indivizilor.
- Cei care au absolvit facultatea au valori ușor mai mari comparativ cu cei cu un nivel de educație mai scăzut, în majoritatea domeniilor.

5. Statusul marital:

- Există diferențe semnificative între grupurile maritale pentru toate domeniile, cu excepția mediului.
- Cei căsătoriți și cei singuri au valori similare, în timp ce cei separați, divorțați și văduvi au valori mai scăzute.

6. Bolnav:

- Există diferențe semnificative între cei bolnavi și cei sănătoși.
- Cei bolnavi au valori mai mici decât cei sănătoși în toate domeniile.

7. Tip spital:

- Diferențe semnificative între tipurile de spitale, mai ales în dimensiunile fizice, sociale, mediu, q1, q2 și over.
- SCJU are valori mai mari comparativ cu celelalte tipuri de spitale în majoritatea dimensiunilor.

În concluzie, tabelele prezentate sunt rezultatul unei analize statistice care examinează influența diferitelor variabile (sex, vârstă, nivel de educație, status marital, sănătate, tip de spital) asupra diferitelor domenii de interes. Valorile p semnificative sugerează că există diferențe importante între grupuri pentru respectivele domenii. Tabelele 40 și 41 prezintă date statistice privind diverse variabile și impactul lor asupra diferitelor domenii (dom1, dom2, dom3, dom4, f1, f2, overall). Valorile sunt scoruri medii \pm deviații standard.

Tabelul nr. 40 - privind starea de sănătate

Nr. crt.	Intrebare	Deloc		Putin		Moderat		Foarte mult		Extrem de mult	
		B	S	B	S	B	S	B	S	B	S
1	Cat de tare ati simtit ca durerea va impiedicat sa faceti ce era nevoie sa faceti	8.7	25.4	16.3	27.2	41.3	36.1	26.6	8.1	6.1	3.1
2	Cat de mult aveti nevoie de vreun tratament medical ca sa va duceti viata de zi cu zi?	4.6	43.1	16.8	27.8	32.7	19.4	28.6	7.0	17.3	2.7
3	Ati avut suficienta energie pentru viata de zi cu zi?	0.5	0.1	8.2	2.9	31.6	21.9	49.0	53.5	10.7	21.5
4	Cat de bine ati putut sa va deplasati?	1.5	0.9	16.3	8.7	36.2	22.9	26.5	33.5	19.4	34.1

Nr. crt.	Intrebare	Foarte nesatisfacut		Nesatisfacut		Nici satisfacut nici nesatisfacut		Satisfacut		Foarte satisfacut	
		B	S	B	S	B	S	B	S	B	S
1	Cat de satisfacut sunteti de somnul Dvs?	4.6	1.9	11.2	7.3	26.5	21.0	42.3	51.5	15.3	18.3
2	Cat de statisfacut sunteti de capacitatea Dvs de a indeplini activitatile vietii de zi cu zi?	0.5	0.4	5.1	1.1	24.0	12.2	58.2	63.2	12.2	23.1
3	Cat de satisfacut sunteti de randamentul Dvs de munca?	0	0.3	6.1	0.3	19.4	8.2	55.6	63.2	18.9	27.8

Tabelul nr. 41- privind starea de sănătate

Nr. crt.	Intrebare	Deloc		Putin		Moderat		Foarte mult		Extrem de mult		Nu raspund	
		B	S	B	S	B	S	B	S	B	S	B	S
1	Cat de mult va bucurati de viata?	1.0	0.2	7.7	2.6	33.2	21.6	32.7	43.9	25.5	31.6	0	0.1
2	Cat de mult simtiti ca viata Dvs este importanta?	0.5	0.3	1.5	1.3	12.8	6.5	39.8	38.4	44.4	53.3	0	0.1
3	Cat de bine va puteti concentra?	0.5	0.2	4.1	1.2	36.2	23.5	45.9	57.4	13.3	17.6	0	0
4	Ati acceptat infatisarea Dvs exterioara?	0	0.4	2.0	1.3	25.0	13.6	38.3	43.2	34.7	41.6	0	0

Nr. crt.	Intrebare	Foarte nesatisfacut		Nesatisfacut		Nici satisfacut nici nesatisfacut		Satisfacut		Foarte satisfacut	
		B	S	B	S	B	S	B	S	B	S
1	Cat de satisfacut sunteti de Dvs insiva?	1.0	0.2	3.6	0.7	21.9	9.1	48.0	55.7	25.5	34.3

Nr. crt.	Intrebare	Niciodata		Rareori		Aproape des		Foarte des		Intodeauna	
		B	S	B	S	B	S	B	S	B	S
1	Cat de des ati trait sentimente negative precum tristete, disperare, teama, nefericire?	10.2	11.4	56.6	63.5	19.4	14.4	12.2	9.6	1.5	1.5

- Sex: Bărbații par să aibă scoruri mai mari decât femeile în majoritatea domeniilor, în special în f2 și overall.
- Vârsta: Există diferențe semnificative în scoruri în funcție de vârstă. Persoanele în grupa de vârstă 20-29 ani au cele mai mari scoruri, în timp ce persoanele în grupa de vârstă 60-69 ani au cele mai mici scoruri.
- Școala absolvită & Nivelul studiilor: Persoanele cu educație la nivel de facultate au scoruri general mai mari decât celelalte categorii, în timp ce persoanele care au terminat școala profesională au cele mai mici scoruri.
- Status marital: Persoanele singure și cele în concubinaj au scoruri mai mari decât celelalte categorii, în timp ce văduvii și separații au scoruri mai mici.
- Bolnav: Persoanele care nu sunt bolnave au scoruri mai mari decât cele bolnave în toate domeniile.
- Tip spital: Există diferențe semnificative în scoruri în funcție de tipul spitalului. SCJU are cele mai mari scoruri în toate domeniile, în timp ce Spsi are cele mai mici scoruri, în special în dom4, f1 și overall.

În concluzie, analiza realizată a examinat influența diferitelor variabile de grupare asupra percepției calității vieții și stării de sănătate:

- Sex: Bărbații au scoruri mai mari decât femeile, indicând o percepție mai bună a calității vieții și sănătății.
- Vârsta: Persoanele cu vârsta cuprinsă între 20-29 ani au o percepție mai pozitivă decât cele peste 45 de ani. Cu cât vârsta este mai mare, scorurile scad.
- Școala absolvită: Cei cu studii superioare au scoruri mai mari comparativ cu ceilalți.

- Nivelul de studii: Persoanele cu studii superioare au o percepție mai bună decât cele cu studii mai scăzute.
- Statusul marital: Persoanele căsătorite și în concubinaj au o percepție mai bună, în timp ce persoanele singure și văduve au o percepție mai slabă.
- Starea de sănătate: Persoanele sănătoase au scoruri mai mari decât cele bolnave.

În general, toate aceste variabile influențează semnificativ percepția calității vieții și stării de sănătate. Atunci când există diferențe semnificative între categoriile unei variabile, aceste categorii sunt clasificate în grupuri diferite, ca în exemplul dat cu nivelul de studii. Este vital ca aceste diferențe să fie luate în considerare în politici și strategii de sănătate și de îmbunătățire a calității vieții.

Personalul medical din România are o importanță majoră în contextul crizelor medicale, și e esențial să le oferim condiții optime de lucru. Studiul OMS din 2021 a evidențiat conexiunea dintre calitatea vieții lucrătorilor din sănătate și calitatea îngrijirii pacienților. Pentru a susține aceste nevoi, următoarele măsuri sunt esențiale:

- Îmbunătățirea Resursei Umane: Creșterea numărului de personal medical, asigurarea unui mediu de lucru sănătos și sigur, și promovarea formării continue.
- Protecția și Sprijinul Psihologic: Echipamente de protecție adecvate și sprijin psihologic pentru angajați sunt necesare pentru a reduce nivelul de stres și epuizare în rândul personalului.
- Remunerare și Beneficii Echitabile: Salarii competitive, beneficii adecvate și un sistem solid de asigurări medicale și pensii sunt esențiale pentru a atrage și păstra personalul medical.
- Modernizarea Infrastructurii: Investiții în tehnologie medicală și infrastructură sunt cruciale pentru eficiență și reducerea riscurilor pentru personal.
- Stimularea Cercetării: Finanțarea cercetării și promovarea colaborării între sectorul public și cel privat pot îmbunătăți semnificativ calitatea îngrijirii medicale.
- Implicarea Personalului Medical: O comunicare și colaborare eficientă între membrii echipei medicale sunt vitale pentru o îngrijire de calitate.

În concluzie, România are nevoie de investiții semnificative și de o strategie bine definită pentru a sprijini personalul medical și a îmbunătăți sistemul său de sănătate, în special în contextul situațiilor de risc. Ca urmare am propus următoarele măsuri pentru îmbunătățirea sistemului medical din România:

1. Protecția personalului medical:

- Implementarea măsurilor de siguranță în situații de risc, cum ar fi pandemii.
- Furnizarea de echipamente de protecție individuală (EPI) și instruire corespunzătoare.

2. Gestionarea situațiilor de risc:

- Crearea de planuri și protocoale pentru a răspunde eficient la pandemii și epidemii.

- Investirea în măsuri preventive, cum ar fi supravegherea și vaccinarea.

3.Dezvoltarea profesională:

- Oferirea de oportunități de formare și educație continuă.
- Susținerea cercetării și inovației în domeniul medical.

4.Sănătatea mentală a personalului medical:

- Furnizarea de servicii de sănătate mentală și sprijin psihologic.
- Aprecierea eforturilor personalului medical.

5.Consolidarea sistemului de asigurare a sănătății:

- Investiții majore în sistemul de sănătate.
- Dezvoltarea unui sistem robust de asigurare medicală.

6.Echilibrul profesional-personal:

- Politici de gestionare a timpului de lucru și promovarea flexibilității.
- Sprijin pentru responsabilitățile familiale ale personalului medical.

7.Valorizarea profesiei medicale:

- Campanii de educație și conștientizare publică despre importanța profesiei medicale.
- Stimulente pentru recrutarea și retenția personalului medical.

8.Condiții de muncă și protecție:

- Asigurarea accesului la echipamentele de protecție adecvate.
- Crearea unui mediu de lucru sigur și sănătos.

9.Implicarea personalului medical:

- Includerea personalului medical în procesele decizionale.
- Oferirea de stimulente pentru personalul care se ocupă de situații de risc.

10. Asigurarea resurselor adecvate pentru personalul medical:

- Guvernul ar trebui să mărească finanțarea în sănătate, incluzând salarii competitive, echipamente moderne și cercetare.
- Este necesar sprijinul pentru sănătatea mentală a personalului medical, având în vedere nivelul de stres cu care se confruntă.

11. Încurajarea cercetării și inovării:

- Guvernul trebuie să investească în cercetare medicală și să promoveze tehnologiile disruptive.

12. Îmbunătățirea accesului la formare și educație continuă:

- Guvernul ar trebui să finanțeze programe de educație continuă pentru personalul medical și să încurajeze colaborarea internațională.

13.. Implementarea unor politici și programe specifice în România:

- Guvernul României trebuie să dezvolte un sistem de sănătate centrat pe pacient și să implementeze un sistem de gestionare a dezastrelor.

14. Îmbunătățirea condițiilor de muncă și protecția personalului medical în România:

- Guvernul României ar trebui să crească salariile și să asigure echipamentul de protecție personală adecvat.

În concluzie, profesioniștii din domeniul medical sunt esențiali în situații de criză. Îmbunătățirea calității vieții lor este vitală pentru susținerea eforturilor de gestionare a pandemiilor și pentru a oferi îngrijire medicală de calitate. Asigurarea unui mediu de lucru adecvat și a sprijinului necesar poate preveni epuizarea, atrage talente noi și reține profesioniștii valoroși în sistem.

CONCLUZII

Lecții învățate

Pandemia COVID-19 a impus o serie de provocări majore pentru gestionarea sănătății publice și comunicării. Următoarele sunt concluziile trase referitor la gestionarea acestei pandemii:

I. Gestionarea pandemiei și comunicarea online:

- Comunicarea online a fost crucială în lupta împotriva pandemiei, ajutând la reducerea răspândirii virusului.
- OMS a avut un rol esențial în furnizarea de informații corecte.
- Platforme precum Twitter și Facebook au combătut dezinformarea.
- Noua Zeelandă a fost elogiată pentru modul său de comunicare, bazându-se pe transparență, leadership puternic, colaborare și comunicare clară și constantă.

II. Centralizarea informațiilor medicale:

- Centralizarea datelor medicale a fost esențială, facilitând analizele epidemiologice.
- Platforma GISAIID și Platforma ONE Health au fost inițiative semnificative în acest sens.
- Abordarea "One Health" subliniază interdependența dintre sănătatea umană, sănătatea animalelor și ecosisteme.
- Programul PREDICT a monitorizat virusuri zoonotice cu potențial pandemic, promovând colaborarea internațională și capacitatea de răspuns.

III. Lipsa resurselor în caz de urgență pandemică:

- Sistemele de sănătate din multe țări s-au confruntat cu lipsa de resurse, provocând o presiune enormă asupra lucrătorilor din sănătate.
- Planificarea și alocarea adecvată a resurselor sunt esențiale în astfel de crize.

IV. Lipsa acțiunii la timp pentru limitarea daunelor în pandemie:

- Intervenția rapidă este crucială pentru a limita răspândirea virusului.
- Întârzierile în luarea măsurilor adecvate pot avea consecințe devastatoare pentru populație și sistemele de sănătate

Organizația Mondială a Sănătății a subliniat importanța consolidării capacităților de supraveghere și a acțiunii rapide în cazul apariției unui agent patogen. În lumina pandemiei COVID-19, a fost recunoscută nevoia de colaborare internațională pentru monitorizarea agenților patogeni, cu referință la Acordul de la Paris. Am propus:

1. Sisteme de Supraveghere:

- Supraveghere epidemiologică pentru detectarea rapidă a virusurilor.
- Supraveghere a bolilor la animale, dat fiind că multe virusuri sunt zoonotice.
- Supravegherea genomului viral pentru a înțelege mai bine caracteristicile virusului și identificarea variantelor noi.
- Utilizarea tehnologiilor moderne pentru colectarea rapidă de date și schimbul de informații.
- Cooperarea internațională și schimbul de informații, în special cu OMS, pentru a facilita o reacție rapidă la amenințările virale.

2. Supravegherea Laboratoarelor:

- Standardizarea practicilor de securitate biologică la nivel global.
- Crearea rețelelor de comunicare între laboratoare.
- Creșterea transparenței în cercetarea cu potențial de securitate duală.
- Realizarea de audituri și inspecții independente pentru a asigura respectarea standardelor.
- Utilizarea tehnologiei pentru monitorizarea laboratoarelor.

3. Alte măsuri:

- Promovarea studiilor aprofundate în domeniul virusologiei și sănătății publice.
- Implementarea telecomunicațiilor și aplicațiilor pentru depistarea contactelor.
- Colaborarea între diferite părți interesate și adaptarea măsurilor la contextul specific al fiecărei comunități este vitală.

Pandemia de COVID-19 a evidențiat vulnerabilitățile sistemelor de sănătate globale și a subliniat importanța pregătirii și investițiilor în acest sector. Cooperarea internațională, furnizarea de informații corecte și combaterea dezinformării sunt esențiale pentru a face față viitoarelor pandemii.

Această criză a oferit ocazia de a învăța și de a se pregăti mai bine pentru situații similare în viitor.

Propunere

În contextul pandemiei COVID-19, calitatea vieții personalului medical și a îngrijirilor pe care aceștia le acordă a primit o importanță sporită, având în vedere stresul, oboseala și riscul de infectare cu care se confruntă.

Studiul arată variații semnificative în această calitate în funcție de variabile precum sex, vârstă, nivel educațional și status marital, subliniind necesitatea politicilor de sănătate adaptate pentru a sprijini acest segment.

Două direcții de acțiune propuse sunt:

Continuarea cercetărilor în domeniul calității vieții personalului medical, prin metode precum studii longitudinale, analize cauzale, comparații internaționale, dezvoltarea unor instrumente de măsurare specifice și colaborare interdisciplinară.

Dezvoltarea unui model de politică de sănătate adaptat la contextul României. Acest model ar trebui să promoveze echilibrul dintre viața profesională și cea personală, dezvoltarea abilităților de gestionare a stresului și suportul psihologic. Printre măsurile recomandate se numără flexibilitatea programului de lucru, asigurarea unui mediu de lucru sigur, facilitarea accesului la servicii de suport psihologic și promovarea educației în domeniul gestionării stresului.

În final, subliniez importanța adaptării și personalizării politicilor în funcție de specificul României, cu obiectivul de a îmbunătăți bunăstarea personalului medical și, în consecință, calitatea îngrijirilor oferite pacienților în situații de risc.