

Alexandrina D. CRUCEANU

Doctoral School of Chemical and Life Science and Earth,
Faculty of Geographie-Geology, "Al.I.Cuza" University Iasi,

Ionel MUNTELE

"Al.I.Cuza" University Iasi, Faculty of Geographie-Geology

D. nuț-Gabriel COZMA

"Al.I.Cuza" University Iasi, Faculty of Chemistry

STAREA DE SĂNĂTATE | Studiu de caz
UN PREDICTOR AL
AUTOEVALUĂRII
CALITĂȚII VIETII PERSONALE

** Traducere a articolului din "Cross-Cultural Management
Journal" nr. 5 / 2014*

Keywords

Declared health status
Perceived health status
Determinants of health
Lifestyle
Geographical disparities

Abstract

The study in case makes part of the similar efforts at national and international level concerning health state and its determinants. Since it is a social desirable phenomenon, a person's health state is a susceptible element of developing life standard and productivity or not, of prolonging active life and implicitly reducing public expenses for holidays, sick-ness alimonies or any other forms of social support.

The starting point of our study has regarded the question at what degree health state is a determinant and a predictor of personal life quality or, opposite, a determinant of the last one.

The study focuses on the identification and explanation of certain behavioural models, the life styles present in a specific geographical area, in our case-the superior basin of Moldavian Bistrita.

All these are meant to explain the disparities and/or the mutual elements existent in the urban and rural environments of this study area, and the possible "endemisms" present in this area.

1. Introducere

Articolul se încadrează în sfera geografiei umane în general și a geografiei medicale în special și cuprinde rezultate unui studiu de caz realizat în bazinul superior al Bistriței moldovene (arealul municipiului Vatra Dornei și localitățile limitrofe) asupra stării de sănătate a populației și determinanții acesteia.

Caracterul mai degrabă criptic al determinanților stării de sănătate, ne îndrumă în primul etapă înspre atingerea unui consens din punct de vedere al teoriilor explicative, diseminarea vigilentă a rezultatelor inerente oricărei cercetări științifice fără a bagateliza complexitatea fenomenului studiat.

Conform autoarei Liliana Dumitrache, *”Geografia medicală, numită și Geografia sănătății, studiază fenomenele medicale în relație cu spațiul și încearcă să identifice în mod particular acele diferențieri care există de la un areal la altul, precum și factorii determinanți ai acestora”*. (Liliana Dumitrache, *”Geografie medicală. Metode și tehnici de analiză”*, Editura Universitară, 2002, p.52).

Prin analogie cu definiția de mai sus, Elena Teodoreanu (în *”Geografie Medicală”*, Editura Academiei Române, București, 2004, p.10) menționează în plus de aceasta că: *”geografia medicală nu este un dicționar de boli, fie ele infecțioase sau nu, ci un domeniu de studiu teoretic și aplicat, al caracteristicilor mediului care determină starea de sănătate sau boala unei comunități umane, în ansamblul lor și care încearcă să răspundă astfel, numeroaselor probleme demografice, în permanentă dinamică în timp și spațiu”*.

Graham Moon și Robin Kearns (în articolul *”A la recherche d’une nouvelle géographie de santé”* din volumul *”Géographie de la santé – Un panorama”*, Anthropos, Economica, Paris, 2007 – p.12, 14-15) afirmă că această disciplină își îndreaptă atenția în ultimii ani spre lumea medicală, cu un interes crescut pentru bunăstare și modelele sociale ce explică starea de sănătate și menținerea/întreținerea ei și nu

în ultimul rând importanța locurilor în studiul sănătății, văzute ca pertinente vis-à-vis de starea de sănătate, de boli și îngrijirea sănătății.

În același timp, Sarah Curtis (în articolul *”Géographie sociale et géographie de la santé. Illustration à partir de la recherche sur les « effets de voisinage » sur la santé et sur les « paysage thérapeutiques »* din volumul mai sus amintit, p.33, 34) scoate în evidență rolul și importanța reprezentărilor populației asupra sănătății, a tratamentelor tradiționale și a practicilor terapeutice complementare și evident, necesitatea studierii acestor aspecte, mai degrabă decât să se concentreze asupra perspectivelor biomedicale, clinice și epistemologice.

Autoarea menționată consideră că doar prin prisma acestor analize putem evidenția modul în care oamenii percep starea de sănătate și factorii determinanți ai acesteia, precum și dimensiunile non-clinice benefice pentru persoanele bolnave.

În ceea ce privește starea de sănătate, aceasta *”nu este doar absența bolii, ci o stare de bună stare completă, fizică, morală și socială [...] iar standardele de comparație pot fi diferite de la o persoană la alta”* (Sebastian Fleuret, *”Géographie de la santé – Un panorama”*, Chapitre VI Bien-être, santé et géographie, Anthropos, Economica, Paris, 2007, p.72, 76), conceptul fiind deci unul plurisemantic, cu o semnificație ce poate varia în funcție de diferite grupuri, clase sociale sau populații (Liliana Dumitrache, 2004). În virtutea multiplelor definiții date sănătății, criteriile cele mai des utilizate sunt legate de bunăstarea funcțională, capacitatea organismului de a se adapta la condițiile variate de viață și de muncă și condiția umană care îl face pe individ creativ, adică o unitate tridimensională, adică bio-psiho-socială (conform autoarei mai sus menționate).

Definiția de către O.M.S (Organizația Mondială a Sănătății) drept *”percepția unui individ privind starea existenței lui, în contextul culturii și*

sistemelor de valori la care acesta se raportează și în raport cu obiectivele, a tepturile, standardele și preocupările lui”, calitatea vieții este diferită de bună stare. Se face o distincție și între bună starea obiectiv și cea subiectiv, aceasta din urmă fiind de obicei legată de calitatea vieții sau de fericire, în timp ce prima este legată de condițiile de trai (Sebastian Fleuret).

Aadar, un rol extrem de important în studiile privind bună starea și determinanții acesteia îl au înțelegerea mecanismelor ce stau la baza percepției bolnavului asupra stării lui de bună stare, asupra prosperității lui și asupra stării lui de bine în general, utilizându-se diverse modele explicative ale fenomenelor în cauză și stabilindu-se indicii ai calității vieții.

Analiza și comprehensiunea acestor ”mecanisme” se realizează prin intermediul unor metodologii variate și complexe, de la metode cantitative și calitative ale statisticii inferențiale și descriptive, până la ceea ce în geografia sănătății numim ”*medicometrie regională*”. Antoine Bailly și Sebastien Fleuret (*La médicométrie : une approche globale de la santé*, Anthropos, Economica, Paris, 2007, p.162) definesc acest concept drept ”*aplicarea unor mijloace matematice și statistice pentru a testa, critica și prezice regularitățile medicale în spațiu, plecând de la ipotezele și punctul de vedere al tuturor actorilor din sistemul de bună stare, în ordinea eficienței globale și spațiale*”.

Ca parte a cercetării calitative în geografia sănătății, John Eyles (în articolul ”*La recherche qualitative en géographie de la santé*”, 2007, p.152, 153) identifică ca principale metode de cercetare ancheta, metoda biografică, metoda fenomenologică și studiul de caz.

În ceea ce privește studiul nostru de geografie medicală întreprins în bazinul superior al Bistriței moldovene, am dorit să facem uz de toate acele metode și tehnici care s-au dovedit concordante tipului nostru de cercetare, și în funcție de care să putem

studia și desigur evalua, starea de bună stare ca un predictor al autoevaluării calității vieții personale.

Cum aminteam adineauri, în diagnoza stării de bună stare trebuie luat în considerare unitatea tridimensională, adică bio-psiho-socială a individului, iar din acest punct de vedere, Oliver de Ladoucette (în cartea ”*Forța minții. Cum să rămâi mereu tânăr*”, Editura TREI, București, 2008) identifică pentru fiecare din unitățile menționate, o serie de determinanți ce pot explica într-un grad ridicat și totuși diferit de probabilitate influența lor asupra stării de sănătate în general.

Și cum exemplificați la acest autor, factorii legați de gen (spre exemplu, se pare că femeile sunt mai predispuse problemelor de bună stare decât bărbații) dar și factori genetici (anumite gene și cromozomi și spunătorii de transmiterea ereditară a unor afecțiuni cronice) ori factori individuali, precum nivelul de inteligență (studiile spun că oamenii inteligenți trăiesc mai mult, astfel că pe măsura înaintării în vârstă se consolidează tot mai mult legătura dintre ”funcționarea” mentală și bună starea fizică).

Desigur, trebuie avute în vedere (în opinia aceluiași autor) și maladiile legate de vârstă, precum osteoporoza, diabetul și afecțiunile cutanate etc., modificările anatomice și fiziologice care de obicei sunt adesea asociate senectutii, pot fi de fapt rezultatul unei insuficiente utilizări a resurselor corporale, a stereotipurilor și prejudecăților legate de de vârstă (exemplul clasic fiind cel al pensionarilor care adoptă imaginea de ”bătrân” din conformism).

Factorii psihologici implicați în determinarea stării de bună stare sunt conform acestui autor, cei legați de tipul de personalitate, dispoziții psihologice specifice, optimismul, încrederea în propria persoană, anxietatea, sedentarismul (fizic și intelectual), responsabilitatea, egocentrismul, ostilitatea și furia, echilibrul emoțional, expunerea prelungită

la stres, sentimentul controlului asupra propriei vieți, compasiunea și altruismul, faptul de a te simți util și nu în ultimul rând, stilul de viață.

Liliana Dumitrache (2002) ne oferă o exemplificare extrem de eficientă a ceea ce se înțelege prin stilul de viață, și anume *”acele comportamente repetitive favorabile sau nu stării de sănătate implicite longevității, condiționate de familie, condițiile de viață, resursele economice, factorii socio-culturali și nu în ultimul rând, de caracteristicile personale”*. Acestor factori amintiți, Oliver de Ladoucette mai subliniază și rolul statutului socio-profesional și economic al individului (sărăcia fiind adesea asociată cu o sănătate precară), nivelul de educație, calitatea relațiilor interpersonale și izolarea socială, antidepresivele și anxioliticele, adaptabilitatea la condițiile de mediu, relația cu spiritualitatea, statutul marital și viața de cuplu, suporturile sociale ș.a.

În orice caz, acest fenomen complex pe care îl numim generic *”starea de sănătate și percepția propriei stări de sănătate”* pare a fi unul îndeajuns de comprehensibil autorilor și cercetătorilor din domeniul geografiei medicale în special și științelor sociale și medicale în general. Întrebarea este dacă starea de sănătate și percepția ei reprezintă pentru toți același lucru?, întrebare ce ne duce cu gândul la acel sondaj celebru efectuat de Voucher Cloud pe un esantion de 2392 cetățeni americani cu vârsta peste 18 ani și publicat de L.A. Times, s-a constatat ca:

- 23% cred că MP3 este un robot din "Star Wars"...
- 18% cred că Blu-Ray este un animal marin...
- 15% cred că software este o îmbrăcăminte comodă...
- 12% cred că USB este un acronim al unei țări europene...

2. Materiale și metode

Studiul de caz ce face de altfel și subiectul articolului de față, este o parte importantă dintr-un studiu empiric mai

amplu realizat asupra stării de sănătate a populației și determinanții acesteia. Prin acest studiu de caz se urmărește identificarea și explicarea unor pattern-uri comportamentale, a stilurilor de viață prezente într-o anumită zonă geografică, în cazul nostru – bazinul superior al Bistriței moldovene, menite să explice disparițiile și/sau elementele comune existente în mediile urbane și rurale din acest areal de studiu.

Observarea statistică a cuprins întocmirea unui chestionar prin intermediul căruia s-a putut obține informații asupra stării de sănătate reale/declarată și percepute ale populației și determinanții ei iar prelucrarea și analiza datelor statistice s-a realizat atât prin teste parametrice cât și neparametrice ale statisticii descriptive și inferențiale.

Chestionarul de care ne-am folosit în această anchetă este adaptat după modelul oferit de Liliana Dumitrache în cartea sa *”Geografie medicală. Metode și tehnici de analiză”* (2002), modelul căruia noi i-am adus elemente noi, determinate desigur de ipotezele, teoriile și direcțiile noastre actuale de cercetare. Aadar, acesta cuprinde cinci părți principale, fiecare dintre acestea fiind divizată în alte părți secundare menite să aducă informații cât mai acurate, relevante și pertinente, prin intermediul întrebărilor cu răspuns prestabilit și deschis.

Astfel, prima parte, *”Informații generale”* cuprinde întrebări legate de localitatea de reședință, vârsta, genul și starea civilă iar a doua parte vizează în special *”Starea de sănătate și aprecierea stării de sănătate”*, prin întrebări referitoare la starea de sănătate actuală, la autopercepția stării de sănătate, la consumul de medicamente și nu în ultimul rând la serviciile medicale și distanța față de acestea. În partea a treia sunt urmărite *”Caracteristicile socio-economice”* ale respondenților, mai exact statutul socio-profesional, domeniul de activitate în care activează profesional, nivelul de colarizare, tipul de locuință deținut, numărul de

camere a locuinței și câte persoane locuiesc în aceasta și venitul actual al respondentului și al familiei acestuia. Partea a patra (cea mai amplă și complexă), cuprinde itemi menși să identifice acele modele/patternuri comportamentale de care vorbeam mai sus, și anume „*Stilul de viață*” al respondentului. Astfel, întrebările din această parte au urmărit evidențierea unor caracteristici individuale, precum nutriția (tipul de alimentație, consumul de alcool, tutun), activitățile sportive pe care individul le desfășoară sau nu, relația cu familia, colegii, superiorii, vecinii etc., aprecierea simțului umorului, optimismului, încrederii în forțele proprii, gradul de responsabilitate, activitatea intelectuală, durata perioadei de odihnă etc. Partea a cincea cuprinde o serie de cinci întrebări cu răspuns deschis, întrebări ce vizau în special percepția respondentului asupra evoluției propriei stări de sănătate și a sistemului medical din România în următorii ani, cine și cum ar trebui să promoveze educația pentru sănătate în rândul populației și desigur, părerile personale privind determinanții stării de sănătate. La sfârșitul celor șase părți prezentate, chestionarul cuprinde și Recomandări asupra chestionarului de față.

Astfel, chestionarul a fost aplicat în perioada octombrie 2013 – ianuarie 2014 pe un eșantion de 600 persoane, în special persoane rezidente din orașul-municipiu Vatra Dornei și alte zece localități rurale (dintre care 542 rezidenți doar din arealul nostru de studiu), precum și persoane non-rezidente aflate la tratament balnear și medicamentos în baza de tratament a stațiunii balneoclimaterice mai sus amintite. Menționăm că populația totală a spațiului geografic avut în vedere era conform recensământului din 2011 de aproximativ 40.000 de persoane, aspect de care ne-am folosit în procesul de eșantionare.

În vederea stabilirii unui volum optim al eșantionului luat în lucru, s-a presupunem că orice variabil calitativ

din studiul întreprins va fi dihotomizat (adus la echivalență cu opțiunile de răspuns Da / Nu). În acest caz, folosind formula lui Cochran (Opariuc-Dan, Cristian, „Statistica aplicată în științele socio-umane. Noțiuni de bază. Statistici univariate”, Ed. ASCR&COGNITROM, Cluj Napoca, 2009, p.230), obținem:

$$n = \frac{z^2 * p * (1 - p)}{e^2},$$

unde: n = volumul eșantionului, z = scorul z asociat nivelului de încredere (1-pragul de risc) dorit (aici, nivelul de încredere = 95%, sau pragul de risc = 5%; scorurile z sunt valori constante în funcție de nivelul de încredere dorit, aici, pentru 95%, z = 1,96), e = marja de eroare sau precizia dorită (să admitem o marjă de eroare de maxim 3%; se va vedea prin calcul că este operațională o marjă de eroare puțin mai mare, anume de 4%), p = ponderea răspunsurilor la nivelul populației (aici, oricâți subiecți ar răspunde, p = 0,50, deoarece variabila este calitativă, dihotomică și nu avem cum să stim, anticipativ, cum vor răspunde subiecții, de aceea alegem cea mai mare pondere posibilă, fie a răspunsurilor „Da”, fie a răspunsurilor „Nu”, anume cea de ½ = 50%). Înlocuind în formula de mai sus, obținem:

$$n = \frac{1,96^2 * 0,50 * 0,50}{0,03^2} = 1067$$

Pentru o marjă de eroare asumată de 3%, ar fi fost necesar să selectăm cel puțin 1067 respondenți. Asumând o marjă de eroare ceva mai mare, anume de 4%, obținem:

$$n = \frac{1,96^2 * 0,50 * 0,50}{0,04^2} = 600$$

adică exact volumul eșantionului selectat.

Criteriile inițiale de eșantionare au vizat pe lângă cel deja menționat și eterogenitatea categoriilor socio-profesionale, precum și a categoriilor de vârstă și de gen și desigur, a mediului rezidențial. În cazul anchetei întreprinse,

mediul rezidențial urban este dat de orașul-municipiu Vatra Dornei iar cel rural, de zece localități rurale aflate (cu excepția uneia) din punct de vedere geografic în bazinul hidrografic al Bistriței moldovene, iar din punct de vedere administrativ, în Județul Suceava.

Așadar, cele zece localități rurale avute în discuție sunt Cârlibaba, Ciocnești, Iacobeni, Poiana Stampei, Coana, Dorna Candrenilor, Orașul Dornei, Panaci, Dorna Arini și localitatea Crucea, care deși nu se află din punct de vedere geografic în bazinul superior al Bistriței moldovene, am dorit să o includem din studiul nostru din considerente socio-economice și administrative, între localitatea rurală și orașul municipiu Vatra Dornei existând intense legături comerciale, culturale, educaționale, migrarea forței de muncă ș.a.

Revenind la studiul nostru, legăturile și corelațiile statistice pe care le-am identificat aici sunt destule de numeroase însă ne vom referi în special la cele care fac și titlul articolului de față, și anume "Starea de sănătate –un predictor al autoevaluării calității vieții personale". Conform manualelor de specialitate (Elisabeta Jaba, Ana Grama "Analiza statistică cu SPSS sub Windows", 2004), legăturile statistice pot exprima, în funcție de variabilele considerate, fie asocieri (cazul variabilelor nominale), fie corelații (cazul variabilelor numerice / cantitative).

Vom urmări în ce măsură persoanele care au declarat că suferă /sau nu de anumite afecțiuni medicale își percep starea de sănătate în concordanță cu starea declarată. Spre exemplu, persoanele sănătoase (care au declarat că nu suferă de nici o afecțiune medicală) își percep starea de sănătate ca fiind una foarte bună? Haideți să vedem!

De asemenea, vom urmări și identificarea unor modele/patternuri comportamentale între cele două medii rezidențiale (rural și urban), și/sau a posibilelor disparități spațiale în ceea ce privește stilul de viață ca determinant al

stării de sănătate. Altfel spus, persoanele sănătoase au un stil de viață diferit de al persoanelor mai puțin sănătoase? Mulți dintre noi vom avea tendința de a răspunde favorabil la o astfel de interogație..., însă este valabil și pentru cazul de față? Rămâne de văzut!

Designul experimental al studiului cuprinde mai multe ipoteze de cercetare, din considerentele acestui proces complex – starea de sănătate – poate fi explicată în întregul prin intermediul mai multor factori, dacă nu chiar a unor cumuli de factori independenți și/sau interdependenți.

Ipoteza de cercetare 1: Starea de sănătate declarat (prezența sau absența bolii) este un predictor al modului în care individul își evaluează această stare de sănătate?

Variabila dependentă :

Autoaprecierea stării de sănătate

Variabila independentă : Starea de sănătate actuală a individului

Ipoteza de nul H_0 : nu există o asociere între starea de sănătate actuală a individului și autoevaluarea stării de sănătate.

Ipoteza de cercetare 2. Mediul de rezidență al persoanei (urban/rural) "impune" anumite modele/patternuri comportamentale responsabile de prezența/absența afecțiunilor medicale.

Ipotezele de lucru vor urmări determinarea anumitor asocieri între mediul de rezidență și itemii chestionarului ce măsoară acele atribute ale calității vieții personale (pentru studiul nostru - starea de sănătate declarat și evaluarea ei de către respondenți, diferite atribute ale stilului de viață).

3. Rezultate și discuții

Pentru **Ipoteza de cercetare 1** Starea de sănătate declarat (prezența sau absența bolii) este un predictor al modului în care individul își evaluează această stare de sănătate?, s-a folosit ca metodă de cercetare - corelația statistică obținută prin intermediul aplicației software a programului statistic SPSS 14. Corelația s-

a realizat între Itemul 2.6 ”Suferiți sau ați suferit în ultimii doi ani de vreo afecțiune medicală/boală?” (cu zece variante de răspuns) și Itemul 2.1 ”Cum apreciați că este în general starea dumneavoastră de sănătate?”. Cel din următorul item are patru variante de răspuns, și anume: 1) foarte bun, 2) bun, 3) potrivit, 4) rea.

Așadar, din tabelul astfel obținut (Tab.1) se pot desprinde următoarele rezultate:

S-a obținut un coeficient de corelație Kendall de 0,288 și un coeficient de corelație Spearman de 0,325, ceea ce sugerează că între variabilele calitative ”Autoaprecierea stării de sănătate” și ”Starea de sănătate a persoanei”(Itemul ”Suferiți sau ați suferit în ultimii doi ani de vreo afecțiune medicală/boală?”) există o legătură statistică, însă nu una semnificativă statistic. Valoarea nivelului de semnificație asociată testului, notat Sig., fiind egală cu 0,000, evidențiază că s-a obținut un coeficient de corelație semnificativ la un prag de 0,000, adică sunt șanse mai mici de 1% de a greși dacă afirmăm că **între cele două variabile există o legătură statistică, însă nu semnificativă**.

Rezultate similare s-au obținut și în cazul corelației itemului 2.6.2 *Starea de sănătate* (recodificat a posteriori în baza de date ca variantă binomială din Itemul 2.6 *Suferiți sau ați suferit în ultimii 2 ani de vreo afecțiune medicală/boală?* cu 10 variante de răspuns), și autoevaluarea stării de sănătate. S-a obținut astfel un coeficient de corelație Kendall egal cu 0,296 și un coeficient de corelație Spearman egal cu 0,311. Valoarea nivelului de semnificație asociată testului, notată Sig., fiind egală cu 0,000, evidențiază că s-a obținut un coeficient de corelație semnificativ la un prag de 0,000, adică sunt șanse mai mici de 1% de a greși dacă afirmăm că **între cele două variabile există o legătură statistică, însă nu semnificativă**.

Pentru **Ipoteza de cercetare 2** Mediul de rezidență al persoanei (urban/rural) ”impune” anumite

modele/patternuri comportamentale responsabile de prezența/absența afecțiunilor medicale, s-au realizat diferite grafice prin intermediul aplicației software SPSS 14.

1. Referitor la asocierile dintre **mediul de rezidență, starea de sănătate a individului și autoaprecierea stării de sănătate**, din graficul realizat cu ajutorul opțiunii Population Pyramid al aplicației software SPSS 14, au rezultat următoarele aspecte și anume:

Persoanele din mediul urban, care nu suferă de afecțiuni medicale și-au apreciat în mai mare măsură că au o stare de sănătate foarte bună și în mai mică măsură că au o stare de sănătate bună sau potrivită, comparativ cu persoanele din mediul rural aflați în aceeași situație și care și-au apreciat starea de sănătate mai degrabă bună și apoi potrivită sau rea.

Situația rămâne relativ constantă în cazul persoanelor care suferă de anumite afecțiuni medicale, exceptând cazul celor din mediul urban care și-au evaluat în mai mare măsură starea de sănătate potrivită, comparativ cu omologii lor din mediul rural. S-au înregistrat cazuri (destul de izolate), atât pentru mediul rural cât și cel urban, când respondenții cu probleme de sănătate și-au evaluat totuși starea de sănătate ca fiind una foarte bună.

2.Mediul de rezidență, starea de sănătate și motivul pentru care apelează la medicul de familie.

Din graficul rezultat prin același procedeu statistic, au reieșit următoarele informații:

Atât persoanele din mediul urban cât și cele din mediul rural care nu suferă de vreo afecțiune medicală, apelează la serviciile medicului de familie, în primul rând pentru control, și apoi pentru boală și tratament, rețetă sau mai multe dintre acestea, comparativ cu cei care suferă de anumite afecțiuni medicale și care apelează la doctor mai puțin pentru control, cât mai degrabă pentru boală și tratament sau mai multe dintre aceste servicii.

Un caz special s-a înregistrat în cazul persoanelor din mediul rural, ce au acuzat diferite afecțiuni medicale și care au declarat într-o proporție semnificativ mai mare decât respondenții din mediul urban, (aflați în aceeași situație), că apelează la serviciile medicului de familie și pentru examinare preventiv. Prevenția este se pare în cazul arealului nostru de studiu, o caracteristică a mediului rural, atât pentru respondenții care au acuzat diferite afecțiuni medicale cât și pentru cei s n to i.

3. Mediul de rezidență, starea de s n tate și alegerea spitalului și localității pentru problemele medicale majore.

Respondenții din mediul rural, atât cei care sunt s n to i cât și cei care au acuzat diverse afecțiuni medicale, au r spus în mai mare m sur c au ales sau vor alege spitalele din municipiul Vatra Dornei, comparativ cu rezidenții din acest municipiu, care au ales în mai mic m sur această opțiune, în favoarea spitalelor din municipiul Cluj.

Spitalele din municipiul Suceava au fost alese/sau vor fi alese predominant de respondenții din mediul urban care nu sufer de afecțiuni medicale și de respondenții din mediul rural care au acuzat diferite afecțiuni. Pentru spitalele din municipiul Cluj au optat în aproape egal m sur respondenții sănătoși din ambele medii rezidențiale și în mai mare m sur (a a cum spuneam la început) cei mai puțin s n to i din mediul urban.

Pentru spitalele din municipiul Târgu Mureș, opțiunile respondenților din cele două medii rezidențiale, sunt oarecum contrarii, astfel, persoanele s n toase din mediul urban și cele mai puțin sănătoase din mediul rural au optat în mai mare m sur decât celelate două categorii, pentru această opțiune.

Spitalele din municipiul Bistrița au fost alese în special de respondenții din mediul rural care au acuzat diverse afecțiuni medicale iar pentru spitalele din municipiile Iași și București au optat (de i

într-o proporție foarte scăzută) predominant, chiar exclusiv (cazul ora ului-capital) cei din mediul urban.

Opțiunea "Mai multe dintre acestea" a fost prezent în număr destul de ridicat și omogen, pentru ambele categorii de respondenți, din ambele medii rezidențiale. Aceasta sugerează că opțiunile de r spus compozite nu sunt binevenite în contextul existenței, în structura aceluiași item, a opțiunilor mutual exclusive.

4. Mediul de rezidență, starea de s n tate și fumat

Atât respondenții din mediul urban cât și cei din mediul rural (predominant) care nu sufer de afecțiuni medicale, au declarat în mai mare m sur decât respondenții din situația contrarie, că nu fumează. A adar, fumatul pare să fie în cazul nostru un bun predictor al stării de s n tate, fapt înt rit și de situația persoanelor care sufer de anumite afecțiuni medicale și care au declarat că au fumat în trecut, în mai mare m sur decât cei f r probleme de s n tate.

5. Mediul de rezidență, starea de s n tate și consumul alimentar (grafic 5)

Respondenții care nu suferă de afecțiuni medicale au declarat în mai mare m sur decât cei din a doua categorie, c au un regim alimentar combinat (atât produse din carne cât și legume și fructe, produse lactate etc), situație valabilă pentru ambele medii rezidențiale (cu un accent deosebit pentru mediul rural). Deasemeni, consumul de carne pare să fie mai degrabă caracteristic persoanelor s n toase iar cel de legume și fructe, persoanelor mai puțin s n toase. Acest rezultat pare contradictoriu teoriilor care recomand pentru o bună stare de s n tate, o dietă mai degrabă vegetariană. Desigur, explicația poate fi dat de regimul alimentar bogat în legume și fructe, recomandat de medici, unelor persoane bolnave. Ce s-a mai constatat diferit între cele două categorii de respondenți, pentru ambele medii rezidențiale, este consumul de fructe caracteristic persoanelor s n toase.

Respondenții cu anumite afecțiuni medicale au declarat într-o foarte mică măsură, chiar deloc (cazul celor din mediul rural) că ar consuma fructe.

6. Mediul de rezidență, starea de sănătate și consumul de alcool

În ceea ce privește această categorie, persoanele din ambele medii rezidențiale au declarat în mai mică măsură decât persoanele din mediul rural, fie consum ocazional, fie nu consum deloc băuturi alcoolice. Cu mici diferențe între cele două medii rezidențiale, persoanele din mediul rural au declarat în mai multe cazuri că nu consum deloc băuturi alcoolice, iar cele din mediul urban au declarat în mai multe cazuri că doar ocazional consum băuturi alcoolice. O situație puțin diferită au înregistrat-o respondenții cu diferite afecțiuni medicale din mediul urban, care au declarat că "doar anumite perioade" consum băuturi alcoolice, comparativ cu cei din mediul rural, aflați în aceeași situație.

7. Mediul de rezidență, starea de sănătate și prezența problemelor care pot afecta starea afectivă

Respondenții care nu au acuzat afecțiuni medicale, din ambele medii rezidențiale, au declarat într-o proporție foarte mare că nu au avut în ultimul an, probleme care să le afecteze starea afectivă, comparativ cu persoanele mai puțin sănătoase, a căror răspunsuri la întrebarea "nu am avut astfel de probleme" sunt semnificativ mai scăzute.

Indivizii care au acuzat diverse afecțiuni medicale, s-au plâns cel mai mult de existența problemelor de sănătate (mai ales cei din mediul rural) sau "mai multe dintre acestea". De probleme familiale par să se plângă mai mult cei din mediul urban, din ambele medii rezidențiale și nu neapărat cei cu diverse afecțiuni medicale care, așa cum spuneam, au declarat că problemele medicale sunt cele care le-au afectat foarte mult starea afectivă.

În ceea ce privește problemele financiare, nu apar diferențe semnificative între cele două categorii de persoane

(și cu diferite afecțiuni medicale) iar la nivelul mediilor rezidențiale s-a înregistrat un număr mai mare al răspunsurilor pentru această categorie de probleme pentru mediul rural, însă diferența nu este una semnificativă.

8. Mediul de rezidență, starea de sănătate și relația cu familia

Cum poate să se aștepte, persoanele care nu au acuzat probleme/afecțiuni medicale (din ambele medii rezidențiale), au declarat în număr mult superior celor din ambele categorii, că au o relație bună și foarte bună cu familia. Adică, această variabilă –relația cu familia – pare să fie un bun alături de starea de sănătate al individului.

9. Mediul de rezidență, starea de sănătate și cât de mulțumit este actualmente respondentul de serviciul lui (pentru elevi – de coală)

Într-adevăr, persoanele din ambele medii rezidențiale au declarat mulțumite (în special cei din mediul urban) și foarte mulțumite de serviciul actual (în special cei din mediul rural), în mai mică măsură decât cele din mediul rural, cu unele mici deosebiri între cele două medii rezidențiale, însă nu foarte mari.

10. Mediul de rezidență, starea de sănătate și relația cu colegii de serviciu/coală

În ceea ce privește această categorie, persoanele din ambele medii rezidențiale au declarat că au o relație destul de bună (mai ales cei din mediul urban), chiar excelent (scoruri egale pentru indivizii din ambele medii rezidențiale) cu colegii de serviciu/coală în mai multe cazuri decât cei cu afecțiuni medicale, comparativ cu cei din ambele categorii.

11. Mediul de rezidență, starea de sănătate și cât de norocoși se consideră individul

Persoanele din ambele medii rezidențiale au declarat în mai mică măsură destul de norocoși (mai ales cei din mediul urban) și foarte norocoși (mai mult cei din mediul urban) decât persoanele care au acuzat în ultimul an diferite probleme medicale. Nu s-au înregistrat cazuri de persoane din

mediul urban care s se declare ghinioniste, iar proporția celor din mediul rural este una foarte mic .

12. Mediul de rezidență, starea de s n tate i gradul de optimism.

Respondenții sănătoși au declarat în mai multe cazuri c sunt suficient de optimi ti (în mai ales cei din mediul rural) i chiar foarte optimi ti (în special cei din mediul urban), comparativ cu cei din a doua categorie. O situație deosebită o întâlnim în cazul subiecților sănătoși din mediul urban i nes n to i din mediul rural, care au obținut aceleași scoruri la varianta de r spus ”puțin pesimist”. Aceeași situație se întâlnește și în cazul persoanelor s n toase din mediul rural i nes n toase din mediul urban.

13. Mediul de rezidență, starea de s n tate și simțul umorului.

Modelul grafic obținut în urma acestei leg turi tinde s ne înt reasc convingerea c , într-adev r, persoanele s n toase au un model/pattern comportamental diferit de cel al persoanelor mai puțin sănătoase. Așadar, și în acest caz, respondenții care s-au declarat s n to i, sunt cei care i-au evaluat simțul umorului în cea mai mare parte ca fiind dezvoltat (mai ales indivizii din mediul rural) i chiar foarte dezvoltat (în special cei din mediul urban).

14. Mediul de rezidență, starea de s n tate și încrederea în forțele proprii.

Respondenții sănătoși s-au declarat în mai multe cazuri c au destul de mult încredere în forțele proprii (mai ales pentru respondenții din mediul rural) și chiar foarte mult încredere în forțele proprii (mai mult pentru cei din mediul urban), comparativ cu respondenții care au acuzat în ultimul în diverse afecțiuni medicale.

15. Mediul de rezidență, starea de s n tate i durata perioadei de odihn .

Perioada de odihn cuprins între 6 – 8 ore i peste 8 ore este caracteristic în studiul nostru, indivizilor s n to i, în mai mare m sur decât persoanelor nes n toase.

16. Mediul de rezidență, starea de s n tate și relația cu spiritualitatea.

Persoanele s n toase au declarat într-un grad foarte ridicat c au o relație bun cu divinitatea (valabil pentru respondenții din ambele medii rezidențiale) i chiar una foarte bun (mai ales cei din mediul rural), comparativ cu cei din a doua categorie. Relația cu divinitatea pare să fie i în acest caz un bun predictor al st rii de s n tate.

4. Concluzii

Date fiind rezultatele acestui studiu de caz, consider m legitime urm toarele concluzii, a c ror caracter stenic vin s înt reasc contiguitatea dintre starea de s n tate a persoanei i stilul acesteia de viață, cu toate implicațiile psihologice, sociale, economice i politice prezente i viitoare.

Starea de s n tate a persoanei reprezint , cel puțin pentru studiul nostru un element redundant pentru modul în care individul îi evalueaz propria stare de s n tate. Dup cum am v zut, autoaprecierea st rii de s n tate în termeni de ”foarte bine”, ”bine”, ”potrivit ” sau ”rea”, este influențată atât de prezența sau absența afecțiunilor medicale, cât și de mediul de rezidență.

Stilul de viață al persoanelor s n toase este într-adev r, semnificativ diferit de cel al persoanelor care au acuzat diferite afecțiuni medicale. Studiul nostru confirm înc o dat c , în general, starea de s n tate a individului nu este un ”dat divin” ci mai degrab alegerea conștientă a noastr de a adopta toate acele comportamente sau conduite ce sunt favorabile sau nu unui stil de viață sănătos, echilibrat, chiar ponderat, ce st la baza evoluției stării de sănătate.

Mediul rezidențial (urban/rural) ”impune” anumite modele/patternuri comportamentale privitoare la percepția st rii de s n tate, alegerea serviciile medicale, a locației spitalelor pe care ace tia le aleg în vederea tratamentului sau alte servicii medicale. Dacă rezidenții din

mediul urban vor opta în special pentru serviciile medicale oferite de spitalele din municipiul Cluj, Iași sau București, cei din mediile rurale preferă mai degrabă serviciile medicale oferite de spitalele din Vatra Dornei, Bistrița sau Suceava.

Toate aceste informații obținute atât în urma cercetării noastre cât și a celorlalte studii realizate la nivel național sau internațional ar trebui diseminate în cât mai multe medii socio-profesionale, astfel încât beneficiarii să fie un număr cât mai mare de persoane, de la elevi și studenți până la familiile extinse ale acestora.

Aadar, următorul pas ar fi o cât mai bună informare asupra determinantilor stării de sănătate în rândul tuturor comunităților umane, informare realizată desigur prin intermediul educației pentru sănătate, de către toți "actorii" implicați în acest proces. Ne referim aici atât la cadrele medicale cât și la personalul didactic, factorii de decizie, mediile de stat și antreprenoriale cu putere și susținere financiară și nu în ultimul rând, la noi toți, care alegem să dispunem și să folosim aceste informații în folos propriu.

Pentru că ne dorim să trăim într-un mediu natural și social cât mai sănătos, schimbarea (acolo unde se impune) trebuie să înceapă cu noi, cei ce suntem "parte a geosistemului" pentru că mai apoi sistemul amintit să fie unul în care să beneficiem de prelungirea vieții active și productive, de scderea cazurilor în care o persoană se pensionează pe caz de boală și/sau invaliditate, de creșterea productivității economice și implicit a standardului de viață.

și pentru că "întregul este mai puternic decât suma părților componente", nu ne rămâne decât să "desvâim" acest întreg "atotputernic" ce ne ajută să evoluăm spre o societate în care normele de conduită sunt în general cele ce vin să "reglementeze" în sens constructiv doar acel stil de viață sănătos ce contribuie la creșterea duratei de viață și desigur a calității vieții personale.

5. Mulțumiri

Mulțumim și prin această cale, celor peste 600 de respondenți care au avut timp, răbdare și disponibilitate de a ne răspunde la cele 53 de întrebări pe care chestionarul le-a cuprins.

Suntem conștienți că nu toți acești respondenți vor avea posibilitatea de a citi acest articol sau de a cunoaște rezultatele cercetării noastre, însă avem speranța și încrederea că prin diseminarea acestor informațiilor în mediile academice în special și social-politic în general, vor putea beneficia de toate acele "urmări" pozitive pe care o societate le aduce implicit cu sine atunci când standardul de viață este unul cu mult mai ridicat.

6. Bibliografie

- [1] Bailly, A., Fleuret, S., 2007, La métrique : une approche globale de la santé, (The medicometry: a global health approach) in *Géographie de la santé – Un panorama (Medical geography-a panorama)*, Anthropos, Economica, Paris, p.162
- [2] Curtis, S., 2007, *Géographie sociale et géographie de la santé. Illustration à parti de la recherche sur les « effets de voisinage » sur la santé et sur les « paysage thérapeutiques* (Social Geography and geography of health. Illustration of neighborhood effects on health and on the "therapeutic landscape), in *Medical geography-a panorama*, Anthropos, Economica, Paris, 2007, p. 33, 34
- [3] Dumitrache, L., 2002, *Geografie medicală. Metode și tehnici de analiză (Medical geography. Analysis methods and techniques)*, 2002, Editura Universitară, p.11, 13, 16, 52
- [4] Eyles, J., 2007, La recherche qualitative en géographie de la santé (The qualitative research in medical geography), in *Géographie de la santé – Un panorama (Medical geography-a panorama)* p152,153
- [5] Fleuret, S., Thonez, J.P. 2007, *Géographie de la santé – Un panorama, (Medical geography-a panorama)* Anthropos, Economica, Paris
- [6] Fleuret, S., 2007, Bien-être, santé et géographie (Well-being, health and geography), in *Géographie de la santé – Un panorama (Medical geography-a panorama)*, Anthropos, Economica, Paris, p72, 76, 78
- [7] Jaba, E., Grama, A., 2004, *Analiza statistică cu SPSS sub Windows (The statistical analysis with Windows in SPSS)*, Editura Polirom, Iași, 2004, p233

- [8] Ladoucette, O., 2008, Forța minții. Cum să rămâi tânăr (The power of mind. How to stay young), Editura Trei, București,
[9] Moon G., Kearn, R.,A, 2007, La recherche d'une nouvelle géographie de santé (In search of a new geography of health), in *Medical geography - a panorama*, Anthropos, Economica, Paris, p 12,14-15
[10] Opariuc, D.C, 2009, *Statistic aplicat în științele socio-umane. Notiuni de bază. Statistici*

- univariate (Statistics applied in socio-human sciences. Basic notions. Univariate statistics)*, Editura ASCR&COGNITROM, Cluj Napoca, 2009, p.230
[11] Teodoreanu, E., *Geografie medicală (Medical geography)*, 2004, Romanian Academy Publishing House, București, p.10

Tabel 1
Corelația dintre starea de sănătate declarată și autoevaluarea stării de sănătate.

			Suferiți sau ați suferit în ultimii 2 ani de vreo afecțiune medicală/boală ?	Cum apreciați că este în general starea dvs de sănătate ?
Kendall's tau_b	Suferiți sau ați suferit în ultimii 2 ani de vreo afecțiune medicală/boală ?	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,000 . 542	,288** ,000 542
	Cum apreciați că este în general starea dvs de sănătate ?	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,288** ,000 542	1,000 . 542
Spearman's rho	Suferiți sau ați suferit în ultimii 2 ani de vreo afecțiune medicală/boală ?	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,000 . 542	,325** ,000 542
	Cum apreciați că este în general starea dvs de sănătate ?	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,325** ,000 542	1,000 . 542

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).