

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
IP UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
“NICOLAE TESTEMIȚANU”
FACULTATEA MEDICINĂ
CATEDRA DE SĂNĂTATE MINTALĂ, PSIHOLOGIE MEDICALĂ ȘI
PSIHOTERAPIE**

Cu titlu de manuscris

C.Z.U.: 616.89-008-07-08(043.2)

CHIHAI, JANA

**MANAGEMENTUL CLINIC AL PERSOANELOR CU TULBURĂRI MINTALE
SEVERE: DIAGNOSTIC, REABILITARE ȘI INTEGRARE PSIHOSOCIALĂ**

Specialitatea: 321.06 Psihiatrie și narcologie

**Rezumatul tezei
de doctor habilitat în științe medicale**

Chișinău, 2022

Teza a fost elaborată în cadrul Catedrei de sănătate mintală, psihologie medicală și psihoterapie al Universității de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu din Republica Moldova.

Componenta consiliului de specialitate științifică:

GAVRILIUC Mihail, Președinte, dr. hab. șt. med., prof. univ.

CĂRĂUȘU Ghenadie, Secretar, dr. hab. șt. med., conf. univ.

NACU Anatolie, Consultant științific, dr. hab. șt. med., prof. univ.

Referințe oficiale:

RACU Jana, dr. hab. în psihologie, prof. univ., Universitatea de Stat din Moldova

CIUBARA Anamaria, dr. în medicină, prof. univ., Universitatea Dunărea de Jos, Galați, România

MANEA Mirela, dr. în medicină, prof. univ., UMF “Carol Davila”, București, România

CIOCANU Mihail, dr. hab. șt. med., prof univ., director Institutul de Medicină de Urgență

Susținerea va avea loc la 21 decembrie 2022, ora 14.00 în ședința Consiliului științific specializarea Psihiatrie și narcologie (321.06) din cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu din Republica Moldova (bd. Ștefan cel Mare și Sfânt 165, Chișinău. MD-2004), biroul 205.

Teza de doctor habilitat și rezumatul pot fi consultate la biblioteca ÎP Universității de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu din Republica Moldova și pe pagina web a ANACEC (<https://www.anacec.md/>)

Rezumatul a fost expediat la _____ noiembrie 2022

Secretar științific al Consiliului științific specializat

CĂRĂUȘU Ghenadie, dr. hab. în șt. med., conf. univ. _____

Consultanți științifici:

NACU Anatolie, dr. hab. în șt. med., prof. universitar _____

.SPINEI Larisa, dr. hab. în șt. med., prof. universitar _____

Autor:

CHIHAI Jana _____

© Chihai, Jana, 2022

CUPRINS

REPERELE CONCEPTUALE ALE CERCETĂRII	5
CONȚINUTUL TEZEI	10
1. CONTEXTUL SĂNĂTĂȚII MINTALE, EVOLUȚIA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ LA NIVEL MONDIAL ȘI NAȚIONAL. TULBURĂRILE MINTALE SEVERE – CONCEPTE ȘI TEORII	10
2. METODOLOGIA DE CERCETARE	10
3. ANALIZA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE MINTALĂ PE PARCURS DE 13 ANI: PARCURS POLITIC, LEGISLATIV ȘI ORGANIZAȚIONAL	12
4. PARCURSUL CLINICO-EPIDEMIOLOGIC A PERSOANELOR CU TMS DIN SERVICIILE DE SĂNĂTATE MINTALĂ SPITALICEȘTI ȘI COMUNITARE	17
4.1 Analiza parcursului clinico-epidemiologic al persoanelor cu tulburări mintale severe din serviciile de sănătate mintală spitalicești și comunitare din țară (chestionar elaborat)	17
4.2 Evaluare diagnostică și funcțională comprehensivă a beneficiarilor din servicii de sănătate mintală, pentru a determina necesitățile în servicii de sănătate mintală. (MINI)	18
4.3 Analiza calității vieții, dizabilității și nivelului de autostigmă a persoanelor cu TMS din serviciile spitalicești în comparație cu cele comunitare, bazată pe recuperarea persoanelor cu tulburări mintale severe (CANSAS, EQ-5D, WHODAS, SMISS-SF)	21
4.4 Analiza dinamicii indicatorilor calității vieții, funcționalității și dizabilității persoanelor cu tulburări mintale severe la 18 luni după inițierea studiului pilot (Folow-up: EQ-5D, WHODAS și CANSAS)	22
5. PROTOCOL DE REABILITARE ȘI INTEGRARE PSIHOSOCIALĂ A PERSOANELOR CU TULBURĂRI MINTALE SEVERE	28
5.1 Opțiuni de reorganizare a sistemului de sănătate mintală și intervențiilor de rehabilitare la nivel de comunitate pentru persoanele cu TMS	28
5.2 Etapizarea asistenței medicale de sănătate mintală acordată persoanelor cu tulburări mintale și de comportament din Republica – propunere de algoritm	33
CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI	37
BIBLIOGRAFIE	40
LISTA LUCRĂRILOR ȘTIINȚIFICE PUBLICATE LA TEMA TEZEI	41
ADNOTARE	47
АННОТАЦИЯ	48
ANNOTATION	49

REPERELE CONCEPTUALE ALE CERCETĂRII

Sănătatea este o stare de completă bunăstare fizică, mintală și socială, și nu doar absența bolii sau a infirmității [11]. Cu toate acestea, sănătatea mintală (SM) rămâne o parte neglijată a lumii în eforturi de îmbunătățire a sănătății. Persoanele cu probleme de SM suferă încălcări pe scară largă a drepturilor omului, discriminare și stigmatizare. Peste 80% dintre oameni suferă de probleme mintale ale stării de sănătate, aici fiind incluse și persoanele care suferă de boli neurologice și tulburări legate de consumul de substanțe. Persoanele care trăiesc cu probleme de SM mai probabil se confruntă și cu altele probleme de sănătate fizică (de ex. HIV, TBC, boli netransmisibile), provocând mortalitate mai precoce cu 10-20 de ani. Mortalitatea prin sinucidere este mare (aproape de 800.000 de decese pe an), afectând în mod disproporționat tineri și femeii în vârstă cu venituri mici și medii. Condițiile de SM sunt deosebit de frecvente pentru persoane afectate de crize umanitare și alte forme de adversitate (de exemplu, violență sexuală).

Majoritatea persoanele cu boli mintale trăiesc în țări cu venituri joase și medii, doar o parte mică din ei au acces la servicii, nemaivorbind de servicii adecvate și bazate pe dovezi [4, 10]. În multe din aceste țări, îngrijirile spitalicești de orientare biomedicală stau la baza sistemului de servicii de SM, ce e caracterizat prin rezultate scăzute în tratamentul pacienților [9].

Termenul „*boală (tulburare) mintală severă*” (TMS) reunește două concepte complexe. Primul este definit în termenii a cinci grupuri de tulburări din Clasificarea Internațională a Maladiilor (CIM-10) [13]:

- Tulburări schizofrenice și delirante;
- Tulburări de dispoziție (afective), inclusiv forme depresive, maniacale și bipolare;
- Tulburările nevrotice, incluzând tulburări obsesiv-compulsive și tulburarea de stres posttraumatică;
- Tulburări comportamentale, inclusiv alimentație, tulburări de somn și stres;
- Tulburări de personalitate de opt tipuri diferite.

TMS atrag consecințe majore atât pentru pacienți, cât și pentru familiile sau cercul de prieteni ai acestora. Pentru persoană, ele includ suferințele ce apar în urma simptomelor specifice bolii respective, pierderea independenței și a capacității de muncă, precum și de integrare socială redusă. Un nivel ridicat al stigmatizării persoanelor cu probleme de SM poate conduce la discriminare și la diminuarea aprecierii propriei persoane. Intervențiile de sănătate complexe, așa ca implementarea unui model de servicii comunitare de SM, pot fi mai eficiente și durabile, iar intensitatea îngrijirilor poate fi ajustată, dacă sunt bine înțelese aceste necesități, obstacolele și factorii facilitatori în implementarea specifică contextului [2, 5, 6].

Modelul OMS elaborat recomandă (5 nivele de îngrijiri [14]) ca țările să-și construiască sau să-și transforme serviciile lor de SM. Dezinstituționalizarea și tranziția către un model de servicii comunitare de SM au fost incluse în agenda politică a Moldovei încă în anul 2003 (WHO Regional Office for Europe, 2004). Serviciile comunitare de SM sunt prestate în comunitate de o rețea formată din lucrători de asistența medicală primară, echipele comunitare de SM, echipele de asistență socială și lucrătorii din spitale, în colaborare cu îngrijitorii, și axate pe beneficiarii de servicii, s-au dovedit a fi benefice pentru recuperarea beneficiarilor, deoarece aceștia lucrează în vederea recuperării, ducând o viață împlinită, ca parte a comunității și societății [1, 7]. Mai mult ca atât, îngrijirile comunitare de SM s-au dovedit a fi eficiente din punct de vedere al costurilor, producând rezultate mai bune, la costuri egale sau mai joase [8].

Noutatea științifică: Pentru a înțelege care este nivelul de satisfacție și calitatea vieții persoanelor cu TMS, câți și care pacienți se califică pentru tranziția către serviciile comunitare, prezenta cercetare este una pilot și își propune de a efectua o evaluare complexă clinică, psihologică și socio-funcțională a pacienților instituțiilor de SM din RM. Până în prezent, în RM n-au fost efectuate cercetări în acest domeniu, motiv pentru care rezultatele prezentei cercetări vor fi și mai relevante pentru îmbunătățirea ulterioară a modelului de servicii comunitare de SM în RM și tratamentelor aplicate persoanelor cu TMS.

Problema științifică abordată: importanța calității vieții și a funcționalității persoanelor cu TMS în dependență de abordările și tipurile de tratament aplicate în diverse servicii de SM.

Subiectul cercetării: îl constituie pacienții cu TMS [13].

Importanța practică/impactul studiului:

Acest studiu este inovativ deoarece pune în evidență corelația între necesitățile persoanelor cu TMS, statutul lor funcțional socio-psihologic, tratamentele aplicate și managementul clinic și acțiunile de reabilitare psihosociale din cadrul serviciilor de SM. Studiul a stabilit:

1. profilul pacientului din serviciile spitalicești și din cele comunitare;
2. pune în evidența diferențele de profil;
3. ajută la elaborarea programelor eficiente și serviciilor adiționale din cadrul serviciilor de SM;
4. facilitarea dezvoltării, reorganizarea și inițierea serviciilor de SM;
5. elaborarea planurilor și programelor de intervenție individualizate și a celor de dezinstituționalizare.

Ipoteza cercetării: Calitatea vieții persoanei cu TMS, funcționalitatea acestuia și statutul de sănătate este mai bun în cazul serviciilor prestate în comunitate, care la rândul său duce la integrarea socială eficientă și menținerea capacităților de funcționare socială.

Scopul cercetării

Identificarea particularităților clinico-epidemiologice și diagnostice a persoanelor cu TMS, a satisfacției, funcționalității sociale și a calității vieții a acestora din diverse servicii de SM pentru elaborarea unui protocol de reabilitare medicală și psihosocială.

Obiectivele cercetării:

1. Evaluarea serviciilor comunitare și spitalicești de SM și analiza parcursului și evoluția schimbărilor politice, legislative, organizaționale și de sistem din domeniul SM în RM.
2. Analiza incidenței și prevalenței TMS în RM în perioada anilor 2007-2020 (studiu integral).
3. Studierea parcursului clinico-epidemiologic al persoanelor cu TMS din serviciile de SM spitalicești și comunitare din țară (chestionar elaborat).
4. Evaluarea diagnostică și funcțională comprehensivă a beneficiarilor de servicii de SM, pentru determinarea necesităților în servicii de SM.
5. Analiza calității vieții, dizabilității și nivelului de autostigmă a persoanelor cu TMS din serviciile spitalicești în comparație cu cele comunitare, bazată pe recuperare a persoanelor cu TMS.
6. Studierea dinamicii indicatorilor calității vieții, funcționalității și dizabilității persoanelor cu TMS la 18 luni după inițierea studiului pilot.
7. Elaborarea unui protocol de reabilitare și integrare psihosocială a persoanelor cu TMS ajustat la contextul RM.

Pentru a realiza scopul și obiectivele cercetării sunt planificate următoarele studii:

1. Studiul descriptiv, după volumul eșantionului integral, care va permite analiza incidenței și prevalenței TMS în funcție de: spațiu – mediul urban și rural, după regiuni de dezvoltare - Nord, Centru, UTA Găgăuzia și Sud din RM; timp - perioada anilor 2000-2020.

2. Studiul de cohortă de tip descriptiv după volumul eșantionului selectiv volumul eșantionului reprezentativ constituie 122 de respondenți cu TMS.

3. Studiul clinic pilot pentru evaluarea eficacității îngrijirilor prestate pacienților cu TMS în centrele comunitare și spitalele de psihiatrie

Astfel, pentru a dispune de o evaluare comprehensivă în vederea creării unui profil al pacientului, cercetarea elaborată constă din câteva instrumente validate și măsurări ale rezultatelor, care evaluează următoarele dimensiuni:

- Evaluare de diagnostic (evaluare medicală psihiatrică);
- Evaluare funcțională (funcționalitatea socială, funcționalitatea în viața cotidiană, calitatea vieții);

- Evaluarea nivelului de autostigmă (Corrigan toolkit).
1. Chestionarul de evaluare include date personale și socio-demografice, numărul de ani trăiți cu diagnostic, numărul de internări/recăderi, tratamentele utilizate și serviciile primite pe parcursul acestor ani;
 2. Interviu de diagnosticare pentru evaluare psihiatrică - Interviu neuro-psihiatric internațional **MINI**, versiunea 7.0.2;
 3. Scală a funcționalității sociale - Inventarul scurt Camberwell pentru evaluarea necesităților **CANSAS**;
 4. Inventar privind calitatea vieții **EQ-5D**;
 5. Inventarul de evaluare a dizabilității al OMS **WHO-DAS**;
 6. Scală de evaluare a autostigmei Scala de autostigmă a tulburărilor mintale forma scurtă **SSMIS-SF** (The Self-Stigma Of Mental Illness Scale-Short Form).

Cercetarea va fi realizată în:

1. În 3 spitale de psihiatrie – Chișinău, Bălți, Orhei – 61 pacienți;
2. În 3 CCSM pilot - nord, centru, sud – 61 pacienți;

Evaluare medicală/psihiatrică

Pentru a evalua starea psihică, vom utiliza Interviu neuro-psihiatric internațional MINI, versiunea 7.0.2. Această versiunea a fost aleasă pentru a putea cartografia rezultatele conform diagnozelor CIM-10. MINI a fost tradus în limba română. MINI este recunoscut la nivel internațional în practica clinică și cercetare în calitate de instrument de realizate a unui interviu de diagnosticare. MINI este un instrument administrat de clinician și va fi administrat de psihiatri și psihologi instruiți care lucrează în RM. MINI va fi aplicat pe suport de hârtie, în serviciul clinic unde pacientul beneficiază de îngrijiri.

4. Studiul transversal pentru evaluarea calității vieții pacienților cu maladii mintale severe

Pentru a evalua calitatea vieții, se va utiliza instrumentul EQ-5D. EQ-5D este un instrument standardizat utilizat pentru a măsura rezultatele referitoare la sănătate. Poate fi utilizat în rândul populațiilor de pacienți cu nivel de educație redus, în cazurile speciale, când pacienții sunt psihic sau fizic incapabili de a relata despre calitatea vieții lor în domeniul sănătății, de exemplu, din cauza dizabilității intelectuale severe sau problemelor de SM (versiunea proxy administrată de îngrijitor). În asemenea circumstanțe, se va utiliza Scala analogă vizuală. Scorurile EQ-5D vor fi convertite conform estimărilor Ani de viață ajustați în funcție de calitate (QALY) la nivel de interval. EQ-5D are 5 domenii: 1- mobilitate, 2 - auto-îngrijiri, 3 - activități obișnuite, 4 - durere/disconfort și 5 - anxietate/depresie și scală analogă vizuală verticală privind starea generală

de sănătate în aceeași zi. EQ-5D este un instrument bine-validat și este disponibil în limbile română și rusă.

5. Studiul transversal pentru evaluarea funcționalității psiho-sociale pacienților cu TMS

Pentru evaluarea calității vieții și a necesităților de îngrijiri, vom utiliza Inventarul scurt Camberwell pentru evaluarea necesităților (CANSAS), care se referă la 22 domenii ale vieții unei persoane, așa ca loc de trai, alimentare, auto-îngrijiri, activități cotidiene, simptome psihotice, îngrijirea copiilor, bani, detresă, sănătate fizică și relații. CANSAS este disponibil în limba română.

6. Studiul transversal pentru evaluarea nivelului de funcționalitate și dizabilitate a pacienților cu TMS

Pentru evaluarea nivelului de funcționalitate și dizabilitate a pacienților cu TMS vom utiliza Inventarul de evaluare a dizabilității al OMS (WHO-DAS). WHO-DAS este un instrument bine validat, disponibil în limbile română și rusă. După finalizarea prezentei cercetări, WHO-DAS poate fi utilizat ca măsură pentru monitorizarea de rutină a rezultatelor în serviciile de SM din RM. În contextul prezentei cercetări, WHO-DAS este util pentru servicii, deoarece direcționează îngrijirile și evidențiază anumite domenii ale vieții/ sectoare cu deficiențe (ex., domeniile problematice ale vieții). Fiind o măsurare prin auto-raportare de către pacient, WHO-DAS poate, de asemenea, fi administrat de clinicieni.

7. Studiul transversal pentru evaluarea nivelului de autostigmă pacienților cu maladii mintale severe

Pentru evaluarea nivelului de autostigmatizare vom utiliza Scala de autostigmă a tulburărilor mintale forma scurtă **SSMIS-SF** (The Self-Stigma Of Mental Illness Scale-Short Form) care conține 3 secțiuni fiecare din ele a câte 5 afirmații. Această scală este de autoevaluare.

Eșantion : 133 de persoane cu TMS din

1. spitale de psihiatrie – Chișinău, Bălți, Orhei – 61 pacienți;
2. CCSM-uri pilot - nord, centru, sud – 61 pacienți.

Implementarea rezultatelor în practică: toate inovațiunile propuse și rezultatele studiului se aplică în planificarea și gestionarea serviciilor de SM la nivel de comunitate (CCSM) și în cele spitalicești. Instrumentele și parcursul (procedeu) clinico-epidemiologic sunt aplicate de psihiatri, psihologi și asistenți sociali din serviciile de SM pentru a selecta procedee și metode de intervenție reabilitațională eficiente și adecvate, cu o abordare personalizată a fiecărei persoane cu TMS.

Cuvinte cheie: tulburări mintale severe, tratament medicamentos și nemedicamentos, recuperare, integrarea socială și familială.

CONȚINUTUL TEZEI

1. REVIUL LITERATURII – CONTEXTUL SĂNĂTĂȚII MINTALE, EVOLUȚIA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE MINTALĂ LA NIVEL MONDIAL ȘI NAȚIONAL. TULBURĂRILE MINTALE SEVERE – CONCEPTE ȘI TEORII

Capitolul 1 este o sinteză a publicațiilor de ultima oră din literatura de specialitate, care reflectă problema TMS și abordarea acestora pentru managementul clinic. Capitolul conține informații despre SM în context internațional. Problemele de SM sunt întâlnite în toate țările lumii și afectează diferite categorii de persoane, indiferent de vârstă, sex, statut social sau mediu de reședință. În teză este elucidată abordarea OMS a Sănătății mintale, analiza morbidității în domeniu. Impactul problemelor de sănătate mintală asupra sănătății include o descriere prin analiza evidențelor din ultimii 15 ani. A fost descrisă legislația internațională care a contribuit la schimbările în domeniul sănătății mintale, a fost listată informația despre TM: definiții, concepte contemporane; servicii de reabilitare bazate pe dovezi de sănătate mintală. pentru persoanele cu TMS; preocupările OMS pentru sănătatea mintală și locul acestea în sistemul contemporan de sănătate. O atenție deosebită a fost acordată impactul sănătății mintale în contextul pandemiei COVID-19.

2. METODOLOGIA DE CERCETARE

Problema științifică abordată în studiu este: importanța calității vieții și a funcționalității persoanelor cu TMS în dependență de abordările și tipurile de tratament aplicate în diverse servicii de SM.

Subiectul cercetării: îl constituie pacienții cu tulburări mintale severe [13].

Importanța practica/impactul studiului:

1. Va stabili profilul pacientului din serviciile spitalicești precum și din cele comunitare;
2. Va pune în evidență diferențele de profil;
3. Va ajuta la elaborarea programelor eficiente și serviciilor adiționale din cadrul serviciilor de SM;
4. Va facilita dezvoltarea, reorganizarea și inițierea serviciilor de SM;
5. Va ajuta la elaborarea planurilor și programelor de intervenție individualizate și a celor de dezinstitutionalizare.

Baza metodologică: Cercetarea constă din mai multe cercetări cu diverse instrumente aplicate. Adicional la toți pacienții evaluați s-au colectat datele epidemiologice, eredocolaterale și socio-demografice în baza unui chestionar multidimensional elaborat pentru persoanele cu TMS.

Etapele investigației:

I etapă:

1. Evaluare serviciilor comunitare și spitalicești de SM, precum și analiza parcursului și evoluția schimbărilor politice, legislative, organizaționale și de sistem din domeniul SM în RM: septembrie 2016 - februarie 2017.
2. Elaborarea ipotezei de cercetare: martie - aprilie 2017.
3. Analiza incidenței și prevalenței TMS în RM: anii 2000-2020 – ianuarie – iunie 2017
4. Elaborarea designului cercetării: mai-iunie 2017
5. Aprobarea studiului la Comitetului de Etica – iulie 2017

II etapă:

6. Implementarea studiului: august 2018 – decembrie 2020.
7. Prelucrarea datelor cercetării: ianuarie - octombrie 2021.
8. Elaborarea concluziei, susținerea tezei: noiembrie 2021 - mai 2022.

Metodologia prelucrării datelor. Statistica descriptivă a variabilelor continue a inclus media, Î 95% pentru medie, abaterea standard, mediana, Î 95% pentru mediană, percentilul 25 și 75, abaterea intercuartilă, valoarea minimă și maximă, vizualizarea datelor prin histograme și graficul box-plot. Normalitatea distribuției datelor a fost efectuată prin intermediul testului Shapiro-Wilk. Evaluarea comparativă între loturile studiate (valori inițiale și valori follow-up) a fost realizată prin intermediul testelor neparametrice (testul Mann Whitney Wilcoxon cu $\alpha = 0,05$) pentru măsurări repetate, completată de estimarea mărimii efectului (testul r rank biserial cu Î 95%). Reprezentarea grafică în formă de box-plot, completat de distribuția datelor (violine) a fost realizată prin biblioteca ggwithinstats din componenta softului Rstudio. O parte din indicatorii continui, precum prevalența și incidența (indicator la 10.000 populație), punctajul mediu la evaluare etc. a fost reprezentat prin intermediul graficelor cu bare, în unele cazuri prin diagramă radială cu bare. Statistica descriptivă pentru variabilele de rang sau variabile nominale a inclus frecvența absolută, frecvența relativă (%) precum și Î 95% pentru aceasta, indicatorii fiind vizualizați prin intermediul graficului plăcintă și graficelor cu bare. La necesitatea a fost aplicat testul Pearson χ^2 corectat pentru tabele 2x2.

3. ANALIZA SISTEMULUI DE SĂNĂTATE MINTALĂ PE PARCURS DE 13 ANI – PARCURS POLITIC, LEGISLATIV ȘI ORGANIZAȚIONAL

În acest capitol a fost descrisă analiza situației și indicatorilor de SM în RM pentru perioada 2007-2020 (studiu integral). În anul 2020 prevalența prin tulburări mintale și de comportament în cifre absolute atestă 78.394 persoane înregistrate, dintre care 9.378 (cca.12%) sunt copii de până la 18 ani, prezentând o pondere alarmantă a patologiei mintale la copii. Tulburările mintale și de comportament afectează populația din țara noastră, înregistrându-se o rată a prevalenței de 2211,3 pacienți la 100 mii în anul 2020.

În anul 2020 datele incidenței prin tulburări mintale și de comportament în cifre absolute atestă 3.809 persoane înregistrate sau o rată a incidenței de 107,4 pacienți la 100 mii, dintre care 752 (19,7%) copii de până la vârsta de 18 ani.

Prevalența și incidența înregistrează o descreștere în ultimii ani, posibil ca rezultat al implementării noilor mecanisme și abordări, dar posibil și din cauza fricii pacienților de a fi la evidența psihiatrică, adresabilitate scăzută în rândul persoanelor cu probleme de sănătate medii și ușoare și a stigmatizării problemelor de SM. Totodată, numărul persoanelor, în special al copiilor afectați de maladii mintale, este pe departe cel real din cauza adresabilității scăzute la serviciile de SM. Lipsa serviciilor specializate și a motivației de a se adresa implică fenomenul stigmatizării și insuficiența cunoștințelor pentru depistarea precoce a patologiei psihice. În RM sub supravegherea medicilor psihiatri în anul 2020 se aflau 703 de pacienți cu autism, inclusiv 588 copii. Numărul pacienților cu autism crește, explicându-se pe de o parte prin îmbunătățirea sistemului de screening și diagnostic, totodată o mare parte din aceștia sunt în evidență medicală cu alte dizabilități (intelectuale, tulburări de limbaj, tulburare de hiperactivitate, ticuri etc.) sau afecțiuni ca epilepsia, sindroamele genetice, dereglările metabolice ereditare etc.

În structura dizabilității primare 3,9% reprezintă tulburările mintale și de comportament. La evidența psihiatrică se află circa 60 mii pacienți, dintre care jumătate adică 30.331 pacienți (85,4 la 10 mii locuitori) cu grad de dizabilitate mintală în 2017 și care constituie pătura cea mai vulnerabilă a societății. Datele statistice oficiale arată un număr de 12.094 de copii cu dizabilități dintre care 22,3% (2705 persoane) cu dizabilități mintale și de comportament în 2020. Dizabilitățile intelectuale (retardul mental) prezintă o pondere mare din sfera psihopatologiei, cca. 64,7% (1750 persoane) conform datelor pentru 2020, însă necesită măsuri specifice de intervenție și educație psihosocială.

În acest capitol sunt descrise serviciile de sănătate mintală la toate nivelele: primar, secundar și terțiar după cum urmează:

- la nivelul asistenței medicale primare medicul de familie diagnostică, consultă inițial și tratează de formele ușoare și medii de anxietate și depresie;
- în cadrul CCSM se realizează tratamentul multidisciplinar a stărilor medii și severe de tulburare a SM;
- pe paturile acute ale spitalelor raionale sunt tratate stările acute ale tulburărilor de SM;
- la nivelul spitalelor de psihiatrie se realizează tratamentul de lungă durată și de performanță a tulburărilor de SM.

Amănunțit a fost descrisă evoluția schimbărilor în domeniul SM în RM.

1. Perioada post-sovietică (anii 1995-2000).
2. Perioada anilor 2000-2005
3. Perioada anilor 2005-2014
4. Perioada anilor 2014 – 2018 – până în prezent.

Tendențe naționale de reformare a sistemului de sănătate în RM sunt elucidate prin descrierea Proiectului „Suport pentru Reforma serviciilor de sănătate mintală în Moldova“ (MENSANA) care a construit o platformă pentru avansarea reformei serviciilor de SM în RM.

În acest capitol au fost analizate 3 audite clinice a CCSM: evaluarea situației în cadrul auditului clinic referitor la activitatea CCSM și AMP pilot și non-pilot în cadrul fazei I a proiectului MENSANA – 2018; Rezumatul situației constatate în cadrul auditului clinic din 2019 referitor la activitatea a 15 CCSM și AMP din RM; Situația serviciilor comunitare de SM în anul 2021 în cadrul auditului clinic a 24 CCSM și AMP din RM.

În cadrul auditului clinic au fost analizate internările pe parcursul a 3 ani, pentru a putea vedea evoluția unui indicator de bază – *reabilitarea* - a serviciilor la nivel de comunitate. Din 40 de CCSM-uri 17 au avut tendință pozitivă în ceea ce ține internările în SP, 16 din ele au fluctuat în acești 3 ani, câte 2 CCSM-uri au fost fără dinamică și cu dinamică negativă, adică au sporit internările.

Concluzii audit clinic 2021

- Analiza situației în cele 24 de CCSM evaluate ne arată lipsa specialiștilor în cadrul echipelor multidisciplinare ale CCSM. Resursele financiare disponibile adesea sunt insuficiente pentru asigurarea unei abordări multidisciplinare, deși rata cea mai mare din bugete este direcționată către plăți aferente retribuirii muncii. În asemenea condiții nici unul din CCSM nu dispune de resursele umane stipulate în HG nr. 55 din 30.01.2012 unde aprovizionarea cu cadre ar presupune o componență a echipei multidisciplinare la 40 mii de locuitori din unitatea administrativ-teritorială deservită, în conformitate cu recomandările OMS, după cum urmează: medic psihiatru – 1;

psihoterapeut – 1; psiholog – 1; ergoterapeut (asistent social sau asistent medical) – 2; asistent social – 2; asistente medicale psihiatrice – 5. În cazul echipelor pentru copii, adițional se va adăuga: logoped – 1 și kinetoterapeut – 1. În aceeași ordine de idei nu sunt asigurate în majoritatea cazurilor nici condițiile de desfășurare a activității referitoare la dotarea cu spații adecvate, baza tehnico-materială fiind de cele mai multe ori modestă, ceea ce diminuează din eficiența procesului de documentare și evidență statistică a procesului recuperativ.

- Din totalul de 480 de pacienți a căror fișe medicale au fost verificate doar 36,6% au putut fi contactați, cel mai mare impediment fiind lipsa telefoanelor de contact indicate în fișele medicale, în cadrul unui centru nici una din cele 20 de fișe verificate nu avea telefon de contact ceea ce face dificilă monitorizarea pacienților și asigurarea continuității tratamentului.
- În cadrul discuțiilor cu pacienții s-a determinat necesitatea informării acestora despre toate serviciile disponibile în cadrul CCSM. Adesea recuperarea se focusează doar pe partea medicală, pacienții nefiind informați despre toate serviciile disponibile în cadrul CCSM și în special a activităților din cadrul centrului de zi. Doar un număr restrâns de pacienți erau la curent despre existența asistentului social în cadrul centrului și nu dețineau informații privind posibilitatea de a beneficia de consultația în domeniul asistenței sociale. De asemenea lasă de dorit și implicarea psihologului în activitatea recuperativă, fiind raportate situații în care nu au fost oferite consultații psihologice la solicitare, cu toate că în cadrul majorității CCSM evaluate există în statele de personal și psihologi. De asemenea psihologii nu sunt implicați pe deplin în procesul de psihodiagnostic, deși aceștia sunt instruiți în cadrul activităților MENSANA. Anumiți beneficiari intervievați nu cunoșteau despre posibilitatea beneficierii de medicamente compensate din cadrul Programului Național, aceștia fiind nevoiți adesea să își asigure tratamentul din resurse proprii, fie medicamentele compensate nu sunt disponibile conform necesităților acestora.
- Acordurile informate în cadrul fișelor medicale sunt prezente în majoritatea CCSM evaluate, totuși nu toate acordurile prezente în fișe aveau semnăturile beneficiarilor.
- Stabilirea diagnosticului în CCSM necesită îmbunătățire, specialiștii din CCSM preferând referirea către Spitalele de Psihiatrie pentru diagnostic și tratament cu continuitate la nivel comunitar. Din aceste considerente deși specialiștii sunt instruiți în utilizarea PCN și se oferă acces la informații privind medicamentele de ultimă

generație, adesea tratamentele prescrise sunt o continuare a celor indicate la spital, care corespund doar parțial recomandărilor incluse în PCN.

- Documentarea intervențiilor tuturor specialiștilor de asemenea înregistrează carențe. Sunt centre în care registrele sunt completate doar de către psihiatru. În fișele medicale adesea nu se regăsesc intervențiile psihologului. În dosarele de caz doar sporadic se regăsesc intervențiile tuturor membrilor echipei multidisciplinare. În acest context este dificilă evidența abordării multidisciplinare în procesul recuperativ a pacienților cu TMS.
- Vizitele la domiciliu în special în perioada pandemică au avut de suferit, mai rămân centre care nu prestează acest serviciu, fie se limitează la monitorizarea telefonică. În același timp nu toți beneficiarii vizitați la domiciliu cu TMS dețin dosar de caz, ceea ce restricționează validarea indicatorului de performanță privind vizitele la domiciliu care prevede vizitarea a cel puțin 15 beneficiari de cel puțin 2 ori în trimestru cu deschiderea dosarelor de caz și înregistrarea progreselor pacienților pentru perioada în cauză. Documentarea vizitelor la domiciliu de asemenea lasă de dorit, fișele de vizite la domiciliu tipizate elaborate de către MESANA nefiind implementate în toate CCSM evaluate. De asemenea vizitele la domiciliu nu se regăsesc în toate înscrierile referitoare la pacient (registru, fișa medicală și dosar de caz).
- Referirea pacienților către alți specialiști este la un nivel satisfăcător, cu toate că adesea nu este asigurată o monitorizare adecvată. Colaborarea cu serviciile sociale este sporadică, soluționarea problemelor sociale fiind adesea neglijată. Colaborarea cu poliția lasă de dorit, din moment ce adesea răspunsurile la interpelări și evaluarea recruților pentru certificare perturbă activitatea de bază a CCSM dedicată pacienților cu TMS.
- Implementarea dosarelor de caz pentru pacienții cu TMS este sporadică, sunt centre în care dosarele de caz depășesc cu mult perioada recomandată de 3-6 luni pentru soluționarea problemelor beneficiarilor, acestea fiind deschise și prelungite pentru perioade care ajung până la câțiva ani, în anumite cazuri. Formularea obiectivelor de recuperare adesea este superficială sau se focusează preponderent pe recuperarea medicală, fiind omisă sau descrisă foarte succint partea psihologică și socială. În cazul centrelor în care nu se regăsesc toți specialiștii ce formează echipa multidisciplinară devine complicată asigurarea unei abordări multidisciplinare a procesului recuperativ.
- Managementul activității în cadrul centrelor este bine definit, în mare parte specialiștii își cunosc responsabilitățile, totuși este necesară o mai bună comunicare și planificarea

activităților ce țin de centrul de zi și a procesului recuperativ în cadrul ședințelor, precum și documentarea acestora.

Recomandări în urma auditului clinic 2021.

- Capacitarea CCSM cu resurse umane conform cerințelor HG 55 din 30.01.2012
- Asigurarea bazei tehnico-materiale necesare pentru desfășurarea activității CCSM
- Indicarea telefoanelor de contact în fișele medicale ale pacienților pentru o mai bună monitorizare și asigurarea continuității tratamentului
- Informarea pacienților despre toate serviciile prestate în cadrul CCSM
- Prezentarea listelor cu necesitățile privind medicamentele compensate în termeni optimi astfel încât să fie asigurați pacienții conform necesităților
- Implicarea mai activă a psihologului în procesul de psihodiagnostic și procesul curativ
- Fortificarea capacităților de stabilire a diagnosticului în cadrul CCSM și diminuarea numărului de referiri pentru stabilirea diagnosticului către spitalele de psihiatrie
- Implementarea acordurilor informate pentru toți beneficiarii CCSM
- Aplicarea protocoalelor clinice naționale în diagnostic și tratament
- Includerea informațiilor despre pacienți în registre, fișele medicale și dosarele de caz
- Implementarea serviciilor prestate la domiciliu de către toate CCSM
- Implementarea dosarelor de caz pentru pacienții vizitați la domiciliu
- Utilizarea fișelor MENSANA pentru documentarea vizitelor la domiciliu în format electronic și includerea lor atât în fișa medicală cât și în dosarul de caz
- Referirea pacienților către alți specialiști pentru asigurarea accesului la toate serviciile medicale necesare în procesul recuperativ
- Îmbunătățirea colaborării cu serviciile de asistență socială și implicarea mai activă a asistenților sociali din cadrul CCSM în procesul recuperativ a pacienților
- Colaborarea mai bună cu poliția și organele de forță și prestarea serviciilor privind interpelările și certificările conform unui program care să nu perturbe activitatea de bază a CCSM dedicată pacienților cu TMS
- Monitorizarea pacienților și asigurarea continuității tratamentului
- Organizarea activității în cadrul ședințelor săptămânale și documentarea acestora
- Evidența consultațiilor oferite de către toți specialiștii din CCSM cu includerea acestora în registrele electronice și fișele medicale ale pacienților, cât și dosarele de caz în cazul în care pacientul are dosar
- Focusarea pe activități de reabilitare, managementul cazurilor și vizite la domiciliu a persoanelor cu TMS pentru evitarea recăderilor.

4. PARCURSUL CLINICO-EPIDEMIOLOGIC AL PERSOANELOR CU TULBURĂRI MINTALE SEVERE DIN SERVICIILE DE SĂNĂTATE MINTALĂ SPITALICEȘTI ȘI COMUNITARE

4.1. Analiza parcursului clinico-epidemiologic a persoanelor cu tulburări mintale severe din serviciile de sănătate mintală spitalicești și comunitare din țară (chestionar elaborat).

Din 133 de respondenți locul de trai a fost colectat la 96 (72,2%) de respondenți, 37 de respondenți având valorile lipsa (27,8%). Acest moment, desigur, reprezintă o limitare, deoarece fiecare valoare lipsă reduce numărul de respondenți din analiză și poate „deplasa” rezultatele în direcția opusă situației reale. Pe de altă parte este necesar de luat în calcul contingentul studiat.

În final cercetarea a inclus 49 (51%, ÎI 95% [41,1-60,9]) de respondenți din zona rurală și 47 (49%, ÎI 95% [39,1-58,9]) de respondenți din zona urbană. Evaluarea comparativă (Fisher's Exact Test) a frecvențelor relative din structura managementului în zonele diferite nu a evidențiat diferențe semnificative. În schimb este o tendință pentru cei din sat de indicat somniferele mai des comparativ cu cei din oraș, care, în schimb a prezentat o tendință de a avea o valoare crescută de folosire a timostabilizatoare/anticonvulsivante.

Concluzia preliminară a studiului pilot – structura managementului în funcție de zona de trai nu diferă, cel puțin din datele prezentate. Pentru a răspunde la întrebare este necesar de a desfășura o cercetare mai mare, în jur de 500 de respondenți.

Nu putem vorbi despre acces deoarece poate fi că serviciu, dar nu este indicat de către doctor. Mai mult decât atât evaluarea comparativă între numărul total de „intervenții” medicamentoase și nemedicamentoase nu a evidențiat diferențe statistice semnificative (Fisher's Exact Test, $p = 0,877$), valorile relative fiind practic identice (terapiile nemedicamentoase au fost aplicate la 26,6% (ÎI 95% [18,6-35,0]) versus 24,5% (ÎI 95% [16,8-34,2]) din populația studiată rurală și, respectiv, urbană).

Putem observa că cele mai frecvent prescrise medicamente sunt antipsihoticele, ceia ce constituie 57,4 – 59,2%, ceia ce este evident în cazul TMS, fiind urmate de către antidepresante și tranchilizante din tratament medicamentos (34,7% și 22,4%), de psiholog și psihoterapeut din tratament nemedicamentos (30,6% și 24,5%) în aceeași proporție.

Deși există o diversitate a tratamentelor medicamentoase și nemedicamentoase prescrise în cazul persoanelor cu TMS, am putea marca un clasament ierarhic pentru toate acestea, întâietatea fiind pentru antipsihotice (63,2%), tranchilizante (33,8%), antidepresante (33,1%) și somnifere (24,8%). Doar pe locul 5 și 6 se plasează intervenția psihologică și psihoterapeutică cu 20,3% și

19,5%, aceasta fiind totuși una insuficientă și necesită aplicare mai frecventă. Un indicator foarte scăzut îl putem vedea în cazul ergoterapiei cu doar 4,5% și aici am putea presupune că nu există servicii sau specialiști care să presteze aceste servicii.

4.2. Evaluare diagnostică și funcțională comprehensivă a beneficiarilor din servicii de sănătate mintală, pentru a determina necesitățile în servicii de sănătate mintală. (MINI) Structura nosologică din cadrul coortei de cercetate

Cercetarea a inclus 133 de respondenți, dintre care 92 au fost femei (69,2% (Î 95% [61,0-76,5]) și 41 bărbați (30,8% (Î 95% [23,5-39,0]), diferențele între valorile menționate fiind statistic semnificative ($\chi^2 = 18,797$, $df = 1$, $p = 1.454e-05$). Aceste date nu corespund cu datele din literatura internațională, deoarece printre TMS procentul în funcție de gen este nesemnificativ diferit, fiind 1:1.

Vârsta respondenților din cercetare tinde spre valoarea 36 (mediana), abaterea intercuartilă (IQR) fiind 25, ce corespunde cu literatura internațională, debutul bolii TMS în mediu este în intervalul 21-32 ani.

Analiza distributivă a datelor (testul Shapiro Wilk, $W = 0,95139$, $p = 0,0001203$) arată distribuția neuniformă, probabil bimodală, cu asimetria dreapta, adică predomina persoanele tinere. Totuși, atrage atenție faptul că între persoanele pentru care pentru prima dată au fost depistate dereglări mintale severe sunt și persoane cu vârsta înaintată, acest fapt ne-ar putea duce la presupuziții că accesibilitatea la servicii de SM sunt limitate sau adresabilitatea este scăzută. Toate acestea spun despre insuficiența promovării sănătății mintale și educația societală în domeniu.

Unul din obiectivele cercetării a fost analiza structurii nosologice pentru dereglările mintale primare depistate în lotul de cercetare.

Valoarea maximă a demonstrat Diagnostic [F29] toate ($n = 32$) – ***Psihoză non-organică nespecifică***, ceea ce a constituit practic o patrimă din toate cazurile (24,1%, Î 95% [17,4-31,8]) depistate. *Acest diagnostic de multe ori este stabilit la prima adresabilitate a unui pacient în psihoză și care nu întrunește criteriile unei TMS.* Urmează o grupa de patologii frecvență relativă, care a depășit 10%: Diagnostic [F32.x] – ***Episod depresiv*** - ($n = 18$, 13,5%, Î 95% [0,5-20,1]), Diagnostic [F20.9] – ***Schizofrenie nespecificată*** - ($n = 16$, 12,0%, Î 95% [7,3-18,4]), Diagnostic [F33.x] - ***Tulburare depresivă recurentă*** - ($n = 14$, 10,5%, Î 95% [6,2-16,6]). Frecvență relativă mai puțin de 10% a constituit Diagnosticul [F23] – ***Tulburare psihotică acută polimorfă fără simptom de schizofrenie*** - ($n = 11$, 8,3%, Î 95% [4,5-13,9]) și Diagnostic [F25.0/F25.1] – ***Tulburare schizoafectivă*** - ($n = 8$, 6,0%, Î 95% [2,9-11,0]).

Grupa de patologii cu frecvența relativ mai mică de 5% a inclus 15 unități nosologice dintre care Diagnostic [F41.1] - *alte tulburări anxioase* - a prezentat 5 cazuri (3,8%, ÎI 95% [1,4-8,0]), Diagnostic [F40.0] – *Tulburări anxios-fobice*, Diagnostic [F22.0] – *Tulburări delirante persistente* - și Diagnostic [F32.3/F33.3] – *Episod depresiv mediu și sever* - cu n = 4 (3,0%, ÎI 95% [1,0-7,0]), celelalte având un procentaj extrem de ne semnificativ. Diagnostic [F31.0--F31.76], Diagnostic [F31.2/31.5], Diagnostic [F43.10], Diagnostic [F20.xx-F29] cu n = 3 (2,3%, ÎI 95% [0,6-5,9]), Diagnostic [F41.0], Diagnostic [F10.10-20], Diagnostic [F32.8] cu n = 2 (1,5%, ÎI 95% [0,3-4,7]) și Diagnostic [F31.81], Diagnostic [F28], Diagnostic [F31.2/F31.5] cu n = 1 (0,8%, ÎI 95% [0,1-3,5]).

O parte din unitățile nosologice în număr de 10 (Diagnostic [F31.9], Diagnostic [F42], Diagnostic [F11.1xF19.288], Diagnostic [F10.159-F19.959], Diagnostic [F31.89], Diagnostic [F32.9], Diagnostic [F50.01-02], Diagnostic [F50.2], Diagnostic [F50.8], Diagnostic [F60.2]) nu au fost depistate în cadrul cercetării, frecvența acestora fiind 0. Speculăm ca acest rezultat poate fi determinat de mai mulți factori precum frecvența redusă în populație, unele particularități ale evoluției care nu permit persoanei de a se include în sistemul medical pentru a facilita de serviciile din cadrul centrelor respective. Aceasta ne impune de a face unele corecții privind politicile de sănătate pentru optimizarea depistării acestora.

Important de menționat ca aceeași persoană poate suferi de două și mai multe dereglări mintale primare. Conform datelor din studiu 85% (ÎI 95% [78,2-90,3]) din participanți a prezentat doar o singură dereglare, 9,8% (ÎI 95% [5,6-15,7]) având 2 dereglări și 5,3% (ÎI 95% [2,4-10,1]) trei dereglări.

O alta nuanță - datele colectate nu sunt suficiente pentru a clasifica acestea după intervalele de încredere, deoarece ultimele includ frecvențele relative categoriilor (unităților nosologice) „vecine”.

Managementului unui pacient cu dereglări mintale primare este constituit din 2 laturi. O latură este tratamentul medicamentos, o altă latură este tratamentul nemedicamentos, care prevede adaptarea/socializarea unui astfel de pacient. În studiul respectiv, tratamentul medicamentos predomina, preparatele *antipsihotice* având cea mai mare frecvență (84 de cazuri din 133 de respondenți, 63,2%, ÎI 95% [54,7-71,0]). Pe locul doi ca frecvență au fost plasate preparatele *tranchilizante* și preparatele *antidepresante*, o treime din participanți beneficiind de tratamentul respectiv (33,8%, ÎI 95% [26,2-42,2] și 33,1%, ÎI 95% [25,5-41,4], respectiv). Tratamentul somnifer a fost indicat la 33 din respondenți (24,8%, ÎI 95% [18,1-32,6]). *Psiholog și Psihoterapie* au prezentat frecvențe relative scăzute (27 și 26 de cazuri din 133 de participanți, locul 5-6 după valori absolute), adică fiecare al cincilea respondent beneficiază de serviciile menționate. Ce ține

de consiliere și ergoterapie, acestea au fost aplicate doar la 19 pacienți (14,3%, ÎI 95% [9,1-21,0]) și 6 pacienți (4,5%, ÎI 95% [1,9-9,1]), respectiv. Preparate anxiolitice (n = 21, 15,8%, ÎI 95% [10,4-22,7]), Nootrope (n = 21, 10,5%, ÎI 95% [6,2-16,6]), Anticonvulsivante (n = 11, 8,3%, ÎI 95% [4,5-13,9]), Vasculare (n = 10, 7,5%, ÎI 95% [3,9-12,9]) și Cognitive (n = 8, 6%, ÎI 95% [2,9-11,0]) comparativ cu terapiile medicamentoase menționate au fost folosite cu frecvențele apropiate de frecvențele terapiilor nemedicamentoase. Dezechilibrul s-a constatat, chiar și în cadrul centrelor reformate ne pune să mergem spre armonizarea managementului, indicatorii optimali fiind tratament medicamentos: tratament nemedicamentos în proporție 1:1, accentul fiind pus pe psihoterapie, consiliere psihologică și ergoterapie.

Asemănător cu structura nosologică, efectuarea testului χ^2 Pearson cu corecții pentru continuitate, efectul genului biologic pentru managementului unui pacient cu TMS nu a arătat semnificații statistice, excepția fiind 4 cazuri de folosirea tratamentului Anticonvulsivant la femei și 7 cazuri la bărbați ($p < 0,05$). Totodată, luând în considerare un număr mic ce necesita tratamentului dat, semnificația clinică diferenței depistate este sub semnul întrebării. În concluzie genul biologic nu afectează structura serviciilor prestate unui pacient cu dereglări mintale primare.

Pacienții cu TMS sunt persoane care necesita îngrijirea din partea celor apropiați sau a specialiștilor din cadrul CCSM-uri. Datele arată, că doar 3,8% (ÎI 95% [1,4-8,0]) din respondenți trăiesc singuri, marea majoritate trăiesc cu părinții sau soț/soție, 33,8% (ÎI 95% [26,2-42,2]) și 28,6% (ÎI 95% [21,4-36,6]), respectiv. Copii sau alte persoane și-au asumat responsabilitatea de avea grija în 11,3% (ÎI 95% [6,7-17,5]) și 12,8% (ÎI 95% [7,9-19,2]). Aproape la 10% informația lipsește. Informațiile obținute sunt prețioase în sensul susținerii persoanelor care trăiesc cu pacienții, crearea unor programe de informare și implicarea lor în socializarea beneficiarilor.

Întrebarea *De câte ori în ultimul an a fost spitalizat în secție/spital de psihiatrie?* prezintă informații privind disponibilitatea acestor persoane la serviciile medicale, faptul ca târziu au apărut în vizorul serviciului respectiv, pe de altă parte ne poate sugera informații referitor la severitatea bolii. Aproape 2/3 din participanții (61,7%, ÎI 95% [53,2-69,6]) nu au fost spitalizați în ultimul an într-o secție/spital de psihiatrie, 28,6% au fost spitalizați o dată (ÎI 95% [21,4-36,6]), de 2 și de 3 ori și mai mult au fost 6,8% (ÎI 95% [3,4-12,0]) și 3,0% (ÎI 95% [1,0-7,0]), respectiv. Ultimele 2 categorii au constituit aproape 10% și faptul ca au fost spitalizați fără a depista diagnosticul de dereglări mintale severe pune întrebarea de identificarea acestor pacienți prin implementarea chestionarului MINI.

4.3. Analiza calității vieții, dizabilității și nivelului de autostigmă a persoanelor cu TMS din serviciile spitalicești în comparație cu cele comunitare, bazată pe recuperarea persoanelor cu tulburări mintale severe (CANSAS, EQ-5D, WHODAS, SMISS-SF)

Beneficiarii au fost chestionați prin intermediul unui sir de instrumente, precum EQ5D, CANSAS, SMISS-SF, WHODAS. O parte din chestionare au fost aplicate în dinamică (follow up) peste 18 luni.

Chestionarul SMISS-SF, având capacitatea de a determina stigmatizarea pacienților cu dereglările mintale primare în aspecte diferite, a arătat rezultatele cum urmează.

SMISS-SF_{Constientizare} a fost apreciat la nivel de 25 de puncte (Mediana, IQR = 13), valorile oscilează de la 0 până la 45. Analiza distribuției arată ca datele sunt distribuite normal, rezultatele testului Shapiro-Wilk fiind ne semnificative ($W = 0,98986$, $p = 0,4442$). Componenta SMISS-SF_{Acord} a prezentat aceeași valoare maximală și minimală, mediana = 20, IQR = 15, distribuția datelor fiind aproape aplatizată. Totuși, testul Shapiro-Wilk a fost ne semnificativ ($W = 0,98205$, $p = 0,07662$).

Discuții: Interiorizarea stigmatizării publice de către persoanele cu boli mintale grave poate duce la autostigmatizare, care dăunează stimei de sine, autoeficacității și împuternicirii. Cercetările anterioare au evaluat un model ierarhic care face distincție între conștientizarea stereotipului, acordul, aplicarea asupra sinelui și vătămarea sinelui cu Scala de 40 de articole Self-Stigma of Mental Illness Scale (SSMIS) [3]. Cercetările viitoare cu SSMIS-SF ar trebui să evalueze sensibilitatea acestuia la schimbare și stabilitatea acestuia prin fiabilitatea test-repaus.

Secțiunea ce ține de **conștientizarea** stereotipului vis-a-vis de boala mintală ne arată o medie de 25, maxima fiind 36, iar secțiunea despre **acordul** față de stigma în SM este de 20, care la fel denotă o cifră mai sus de medie. Toate acestea ne demonstrează că la nivel de comunitate stigma față de persoanele cu probleme de SM este destul de mare și necesită intervenții comunitare pentru diminuarea fenomenului.

Secțiunea privind **aplicarea** stereotipurilor asupra sinelui și **vătămarea** sinelui este de 12 și 13 care sunt niște cifre mici, luând în vedere că acești pacienți sunt la prima tangență cu serviciile de SM.

Comparativ cu indicatorii de mai sus au demonstrat distribuția cu asimetria la dreapta cu predominarea scorurilor mici, Mediana 13, IQR = 14 comparativ cu Mediana 12, IQR = 15, testului Shapiro-Wilk $W = 0,91577$, $p = 4.548e-07$ și $W = 0,86495$, $p = 1.158e-09$, respectiv. Valoarea SMISS-SF_{SCOR TOTAL}, estimat la nivelul de 76 de puncte (Mediana, IQR = 41), după testul Shapiro-Wilk arată o distribuție normală, pe de altă parte analiza grafică demonstrează o distribuție

bifocala, ceea ce sugerează o idee de influență a unui factor care „divizează” valorile estimate în două grupe.

Următorul chestionar aplicat a fost WHODAS 2.0 care ne ajută să identificăm nivelul de dizabilitate general, dar și pe anumite compartimente. Datele obținute arată un nivel scăzut de dificultate, deoarece boala încă nu le-a afectat funcționalitatea socială și nu exista nicio dizabilitate motorie.

4.4. Analiza dinamicii indicatorilor calității vieții, funcționalității și dizabilității persoanelor cu tulburări mintale severe la 18 luni după inițierea studiului pilot (Follow-up: EQ-5D, WHODAS și CANSAS)

Chestionarele CANSAS și EQ5D comparativ cu chestionarul SMISS-SF au fost aplicate în dinamică. Aceasta rezolvă una din limitările, totodată, luând în calcul faptul ca categoria dată de pacienți este una specifică, informațiile follow-up au fost colectate doar pentru 39 de respondenți. Aceasta pe de o parte este o limitare, pe de alta parte este vorba de cercetare pilot și permite în cercetările ce urmează sa luam în calcul aceste momente.

Evaluarea comparativă în dinamică a valorilor CANSAS a arătat reducerea scorului (Mediana 36, IQR = 10 comparativ cu 33, IQR = 11,5), diferența fiind una semnificativă (Wilcoxon signed rank test, $V = 520,5$, $p = 0,01093$ $p = 0,6277$). Mărimea efectului estimate prin testul r rank biserial = 0,48 (Î 95% [0,16-0,71]) a fost estimată ca una moderată, interpretarea fiind rezervată din cauza unui interval de încredere mare. Probabil necesită timp pentru a modifica scorul CANSAS și mai mult. *Cu probabilitatea foarte mare efectul clinic este unul semnificativ.*

Evaluarea comparativă în dinamica valorilor EQ5D a arătat stabilitatea scorului (Mediana 60, IQR = 30 comparativ cu 60, IQR = 30), diferența fiind una nesemnificativă (Wilcoxon signed rank test, $V = 280,5$, $p = 0,6277$) (Figura 4.1.). Mărimea efectului estimat prin testul r rank biserial = -0,10 (Î 95% [-0,43-0,25]), intervalul de încredere include 0, *efectul lipsește sau necesită un lot mai mare pentru a identifica acesta, efectul fiind mic.* Respectiv, interpretarea este rezervată. Probabil necesită timp pentru a modifica situația și mai mult. *Reieșind din datele obținute, scorul EQ5D nu a fost modificat în dinamică, sau efectul clinic este redus.*

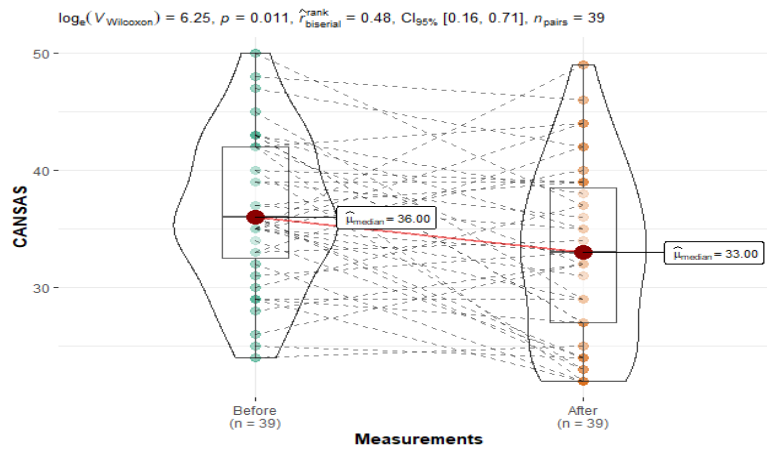


Fig. 4.1. Evaluarea comparativă CANSAS înainte (before) și după (after) o perioada de 18 luni (follow up). Boxplot, violin and jitters combination.

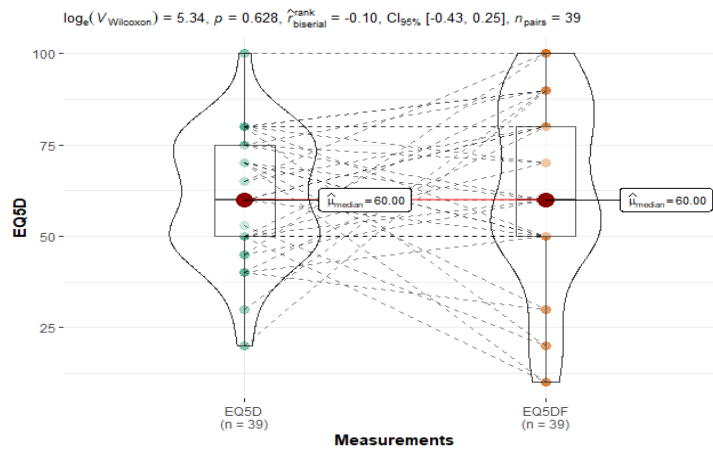


Fig. 4.2. Evaluarea comparativă EQ5D înainte (EQ5D) și după (EQ5DF) o perioada de supraveghere (follow up).

Următoarele date elucidate sunt în urma evaluării la 18 luni a 39 de pacienți prin chestionarul WHODAS, care ne poate arăta dacă această perioadă petrecută în boală și servicii prestate acestora au agravat funcționalitatea sau au dus la dizabilitate

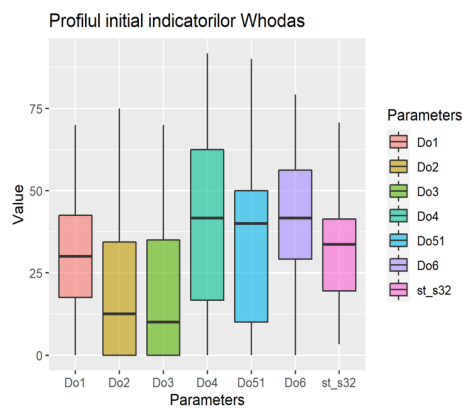


Fig. 4.3. Profilul pacienților cu dereglări mintale severe înainte de intervenție și includere în serviciul de sănătate mintala conform chestionarului WHODAS.

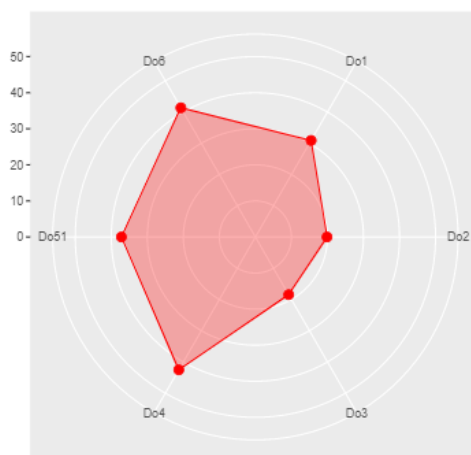


Fig. 4.4. Profilul pacienților cu dereglări mintale severe înainte de intervenție și includere în serviciul de sănătate mintala conform chestionarului WHODAS.

Evaluarea comparativă în dinamică a valorilor Do1 a arătat reducerea scorului (Mediana 15, IQR = 25 comparativ cu Mediana 30, IQR = 40,5), diferența fiind una semnificativă (Wilcoxon signed rank test $V = 520,5$, $p = 0,003$) (Figura 4.5.). Mărimea efectului estimat prin testul r rank biserial = 0,56 (Î 95% [0,26-0,77]) a fost estimată ca una mare, interpretarea fiind rezervată din cauza unui interval de încredere mare. Probabil necesită timp pentru a modifica scorul acestui parametru și mai mult. *Cu probabilitate foarte mare efectul clinic este unul semnificativ.*

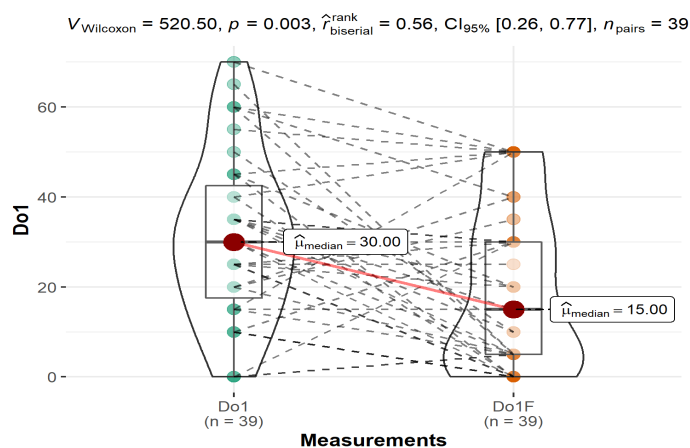


Fig. 4.5. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea Do1.

Evaluarea comparativă în dinamică a valorilor Do2 a arătat scorul la același nivel (Mediana 12,5, IQR = 31,25 comparativ cu Mediana 12,5, IQR = 40), diferența fiind una nesemnificativă (Wilcoxon signed rank test $V = 315,5$, $p = 0,339$) (Figura 4.6.). Mărimea efectului estimat prin testul r rank biserial = 0,20 (Î 95% [-0,22-0,55]) a fost estimată ca una redusă. Probabil necesită timp pentru a modifica scorul acestui parametru și mai mult. *Cu probabilitate foarte mare efectul clinic nu este unul semnificativ.*

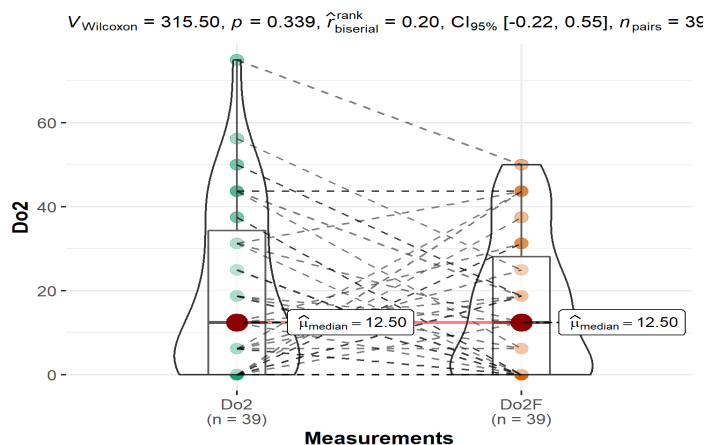


Fig. 4.6. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea Do2.

Evaluarea comparativă în dinamică a valorilor Do3 a arătat reducerea scorului (Mediana 0, IQR = 40 comparativ cu Mediana 10, IQR = 45), diferența fiind una ne semnificativă (Wilcoxon signed rank test $V = 2405$, $p = 0,220$) (Figura 4.7.). Mărimea efectului estimat prin testul r rank biserial = 0,27 (Î 95% [-0,16-0,61]) a fost estimată ca una redusă. Probabil necesită timp pentru a modifica scorul acestui parametru și mai mult. *Cu probabilitate foarte mare efectul clinic nu este unul semnificativ.*

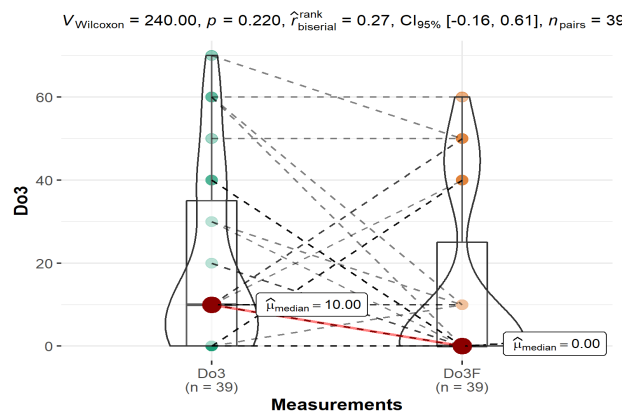


Fig. 4.7. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea Do3.

Evaluarea comparativă în dinamica valorilor Do4 a arătat reducerea scorului (Mediana 41,67, IQR = 43,66 comparativ cu Mediana 41,67, IQR = 50). diferența fiind una semnificativă (Wilcoxon signed rank test $V = 520,5$. $p = 0,023$) (Figura 4.8.). Mărimea efectului estimat prin testul r rank biserial = 0,48 (Î 95% [0,15-0,771]) a fost estimată ca una medie, interpretarea fiind rezervată din cauza unui interval de încredere mare. Probabil necesită timp pentru a modifica scorul acestui parametru și mai mult. *Cu probabilitate foarte mare efectul clinic este unul semnificativ.*

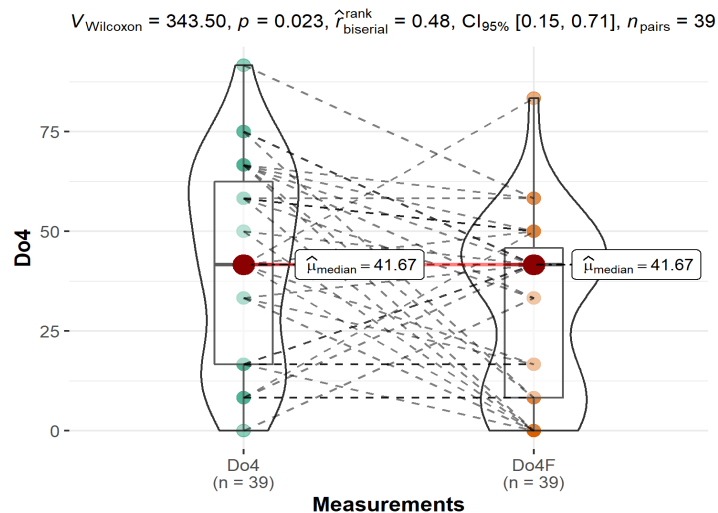


Fig. 4.8. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea Do4.

Evaluarea comparativă în dinamică a valorilor Do51 a arătat reducerea scorului (Mediana 10, IQR = 40 comparativ cu Mediana 40, IQR = 26), diferența fiind una semnificativă (Wilcoxon signed rank test $V = 423, p = 0,032$) (Figura 4.9.). Mărimea efectului estimat prin testul r rank biserial = 0,42 (ÎÎ 95% [0,05-0,69]) a fost estimată ca una medie, interpretarea fiind rezervată din cauza unui interval de încredere mare. Probabil necesita timp pentru a modifica scorul acestui parametru și mai mult. *Cu probabilitatea foarte mare efectul clinic este un semnificativ.*

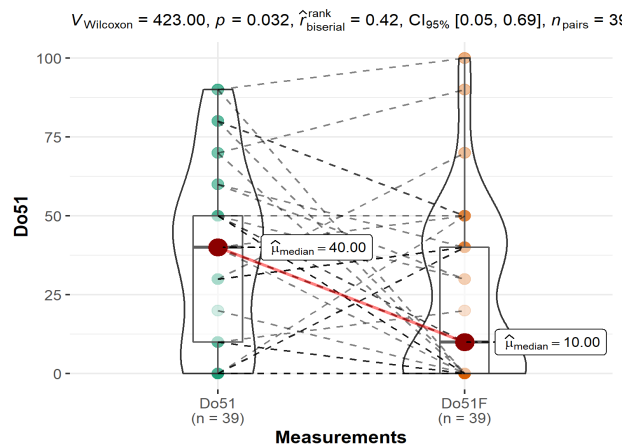


Fig. 4.9. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea Do51.

Evaluarea comparativă în dinamică a valorilor Do6 a arătat reducerea scorului (Mediana 20,83, IQR = 33,33 comparativ cu Mediana 41,67, IQR = 28), diferența fiind una semnificativă (Wilcoxon signed rank test. $V = 554, p = 9,26e^{-5}$) (Figura 4.10.). Mărimea efectului estimat prin testul r rank biserial = 0,76 (ÎÎ 95% [0,56-0,88]) a fost estimată ca una mare. Probabil necesita timp pentru a modifica scorul acestui parametru și mai mult. *Cu probabilitate foarte mare efectul clinic este unul semnificativ.*

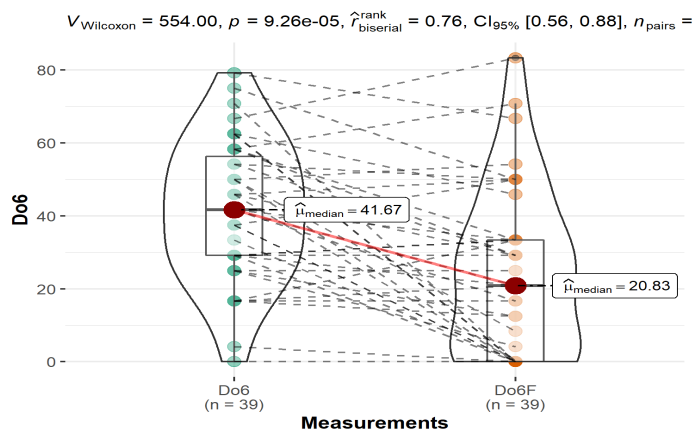


Fig. 4.10. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea Do6.

Evaluarea comparativă în dinamică a valorilor st_s32 a arătat reducerea scorului (Mediana 17,39, IQR = 19,5 comparativ cu Mediana 33,7, IQR = 18). diferența fiind una semnificativă (Wilcoxon signed rank test. $V = 602, p = 0.003$) (Figura 4.11.). Mărimea efectului estimat prin testul r rank biserial = 0,54 (Î 95% [0,24-0,75]) a fost estimată ca una medie. Probabil necesită timp pentru a modifica scorul acestui parametru și mai mult. *Cu probabilitate foarte mare efectul clinic este unul semnificativ.*

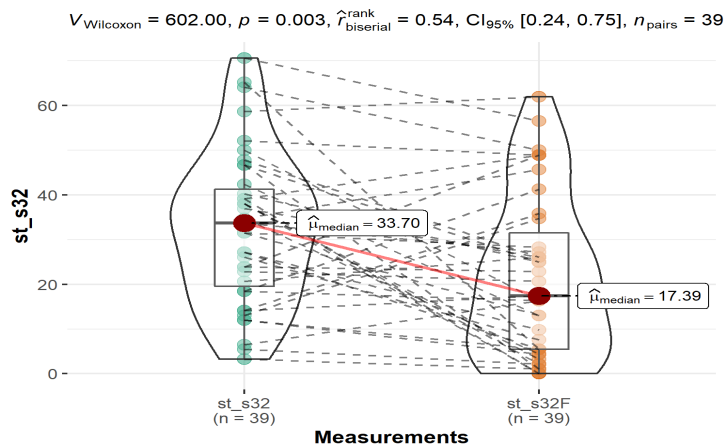


Fig. 4.11. Schimbările în profilul WHODAS la 39 pacienți la 18 luni pe secțiunea st_s32.

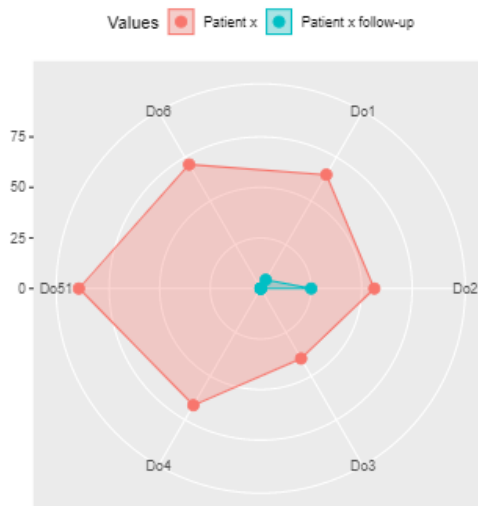


Fig. 4.12. Starea inițială (roz) și follow-up (verde) 18 luni a pacientului x după intervenție și includere în serviciul de sănătate mintală conform chestionarului Whodas.

5. PROTOCOL DE REABILITARE ȘI INTEGRARE PSIHOSOCIALĂ A PERSOANELOR CU TULBURĂRI MINTALE SEVERE.

5.1. Opțiuni de reorganizare a sistemului de sănătate mintală și intervențiilor de reabilitare la nivel de comunitate pentru persoanele cu TMS

Opțiunile noi propuse în continuare sunt în măsură să soluționeze problema, în special cauzele acesteia, să amelioreze situația nesatisfăcătoare din domeniu și să atingă obiectivele stabilite mai sus. Numărul opțiunilor noi propuse a fost limitat în baza unei analize generale a constrângerilor financiare și tehnice, după cum urmează:

- sursele financiare limitate în cadrul fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală;
- resursele umane calificate și experimentate concentrate în Chișinău;
- reforma asistenței medicale primare aprobată prin Legea nr. 191 din 27.07.2018, publicată la 24.08.2018 în Monitorul Oficial nr. 321-332, și care urmează a fi reglementată definitiv până la 24 noiembrie 2018;
- experiența anterioară de succes privind delimitare/separarea asistenței medicale primare de la spitalele raionale începând cu anul 2008, prin crearea CMF și a CS autonome;
- experiența de instituire cu succes a Centrului național de asistență medicală urgentă prespitalicească în 2015, prin reorganizarea și fuziunea stațiilor zonale și dezmembrare

(separare) lor de la alte instituții medico-sanitare publice, inclusiv Agenției Naționale pentru Sănătate Publică în 2017.

Reieșind din obiectivele stabilite de OMS, prioritățile reformei serviciilor comunitare de SM, cu opțiunile noi propuse și analizate mai jos, în continuare rămân a fi orientate spre: dezvoltarea serviciilor comunitare de SM; dezinstituționalizarea și reabilitarea psihosocială; schimbarea accentelor de la polul spitalicesc spre cel extra-spitalicesc; transferul de la tratament la prevenirea problemelor de SM; etc.

Opțiunile sunt propuse pentru îmbunătățirea serviciului care are la bază modelul de management al tulburărilor mintale prin abordarea multidisciplinară - Flexible Assertive Community Treatment (FACT), implementat în Marea Britanie, Olanda și în țări cu venituri mici și medii, cum ar fi Muntenegru. Acest modelul FACT include îngrijirile orientate spre recuperare prin acordarea asistenței medicale comunitare și spitalicească integrate, aplicând medicina bazată pe dovezi. Modelul FACT pune accent pe sprijinul reciproc, implicarea individuală și suport la angajarea în câmpul muncii și intervenții la nivel de familie.

Urmare celor menționate mai sus, ca un element comun în toate opțiunile analizate mai jos este instituirea unei instituții cu denumirea de Centrul Național de Sănătate Mintală (CNSM) autonom, ca entitate juridică separată de SCP, dar în subordinea MS. Astfel, va fi creat un singur organ de promovare, monitorizare, evaluare și dezvoltare a serviciului de SM cu competențe depline pentru prezentarea intereselor CCSM.

Schema de plată pentru performanța CCSM va fi posibil de implementat doar în cazul când CNSM și CCSM nu vor mai fi subordonate altor instituții (SCP și instituțiile de AMP). Pentru a achita bonusurile în baza realizării indicatorilor de performanță este necesar mai întâi de egalat șansele tuturor CCSM și de uniformizat condițiile de activitate a lor.

CNSM autonom și scoaterea CCSM din subordinea medicinei de familie va asigura implicarea activă a societății civile și sectorului privat în dezvoltarea serviciului comunitar de SM, care vor fi susținuți și de partenerii internaționali de dezvoltare.

În contextul celor menționate anterior, mai jos sunt prezentate cele mai bune 3 opțiuni noi de soluționare a problemei, după ce au fost analizate o multitudine de alternative posibile. Prin cele 3 opțiuni noi, se va reuși înrădăcinarea piramidei organizaționale mixte optimale a serviciului de SM, recomandată de OMS, prin care demonstrează clar că cel mai mare impact și cele mai mici investiții se obțin la nivelul primar și în special în cadrul CCSM (Figura 5.1.)

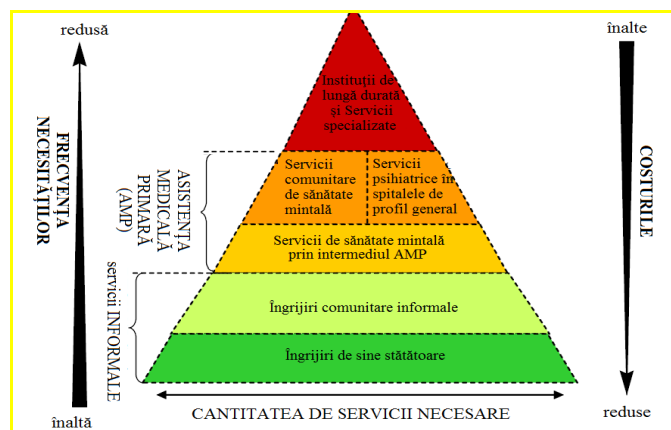


Fig. 5.1. Piramida optima de servicii de sănătate mintală recomandată de OMS (2007).

Opțiunea 1. Instituirea Centrului Național de Sănătate Mintală ca entitate juridică separată având în componența sa toate cele 40 Centre Comunitare de Sănătate Mintală.

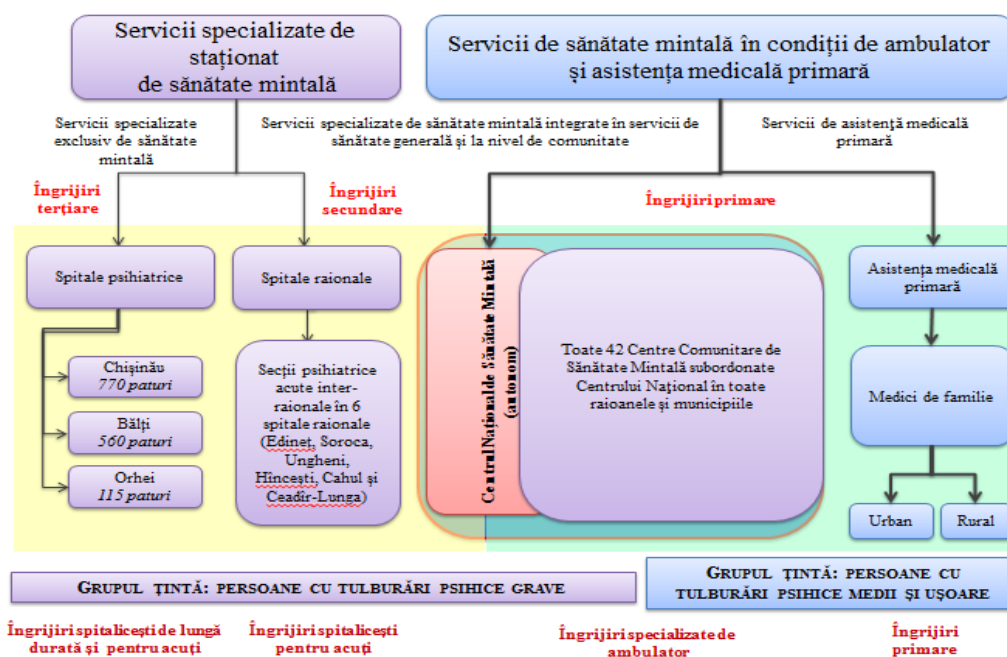


Fig. 5.2. Opțiunea nr. 1 de reorganizare a serviciului de sănătate mintală în RM.

Descriere: Opțiunea dată prevede instituirea unui CNSM independent de SCP, care va întruni împreună toate cele 42 CCSM din țară în cadrul său, ultimele fiind separate (dezmembrate) de la instituțiile de AMP.

Serviciile specializate comunitare de SM rămân a fi integrate în AMP. Aceasta nu înseamnă integrarea organizațională și/sau managerială în interiorul instituțiilor de AMP, dar mai cu seamă integrarea la nivelul sistemului de referire, adică toate aceste servicii sunt prestate la un nivel. Centrul național va fi instituit în subordinea MS și va activa în aceleași spații ca și în prezent.

Centrele comunitare vor face parte din Centrul național, dar amplasarea fizică va rămâne neschimbată.

Opțiunea 2. Instituirea Centrului Național de Sănătate Mintală și a celorlalte 42 Centre Comunitare de Sănătate Mintală ca entități juridic separate (+1 privat), iar ultimele subordonate organizator metodic primului.

Serviciile specializate comunitare de SM rămân a fi integrate în AMP. Aceasta nu înseamnă integrarea organizațională și/sau managerială în interiorul instituțiilor de asistență medicală-primară, dar mai cu seamă integrarea la nivelul sistemului de referire, adică toate aceste servicii sunt prestate la un nivel.

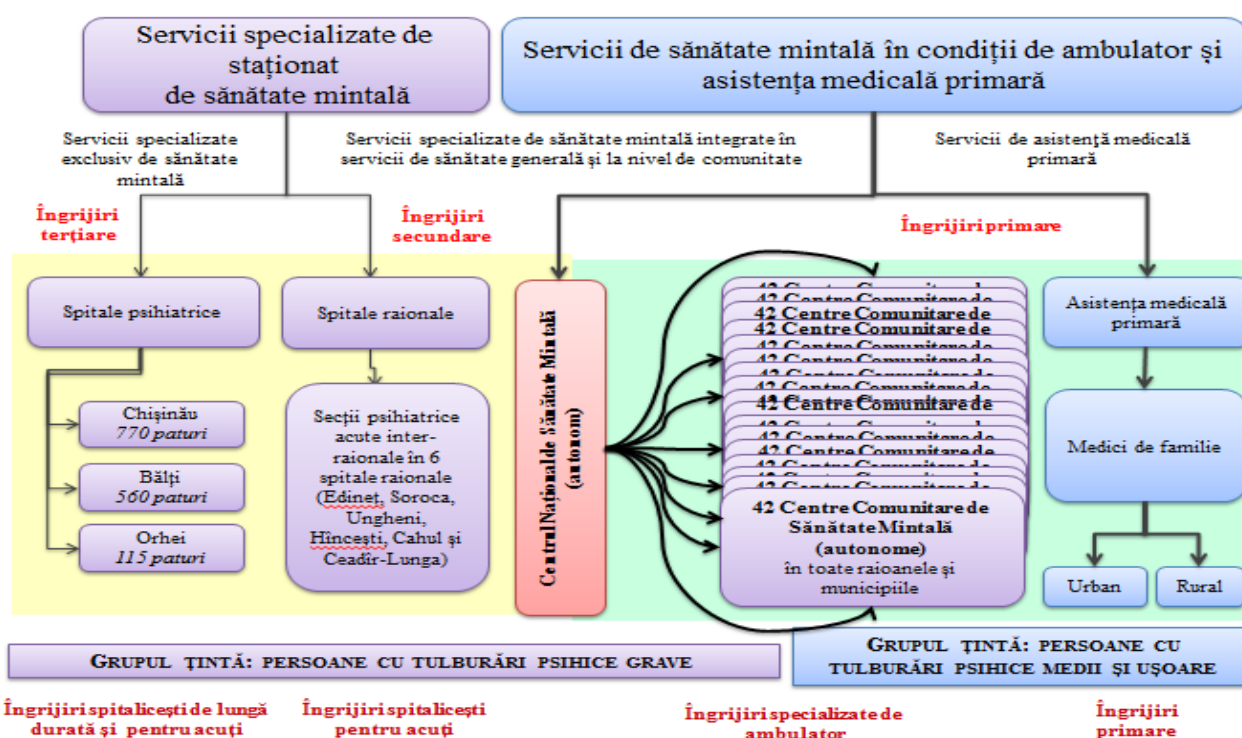


Fig. 5.3. Opțiunea nr. 2 de reorganizare a serviciului de sănătate mintală în RM.

Opțiunea nr. 2 prevede instituirea unui CNSM autonom, independent de SCP, și a altor 40 CCSM autonome, ultimele fiind separate (dezmembrate) de la instituțiile de AMP și subordonate doar organizator metodic primului. Centrul național va fi instituit în subordinea MS și va activa în aceleași spații ca și în prezent. Cele 40 Centre comunitare vor fi instituite în toate raioanele și municipiile țării, iar ca fondator va fi Administrația Publică Locală de nivelul II, fiind păstrată amplasarea în incinta spațiilor pe care le ocupă la moment.

Opțiunea 3. Instituirea Centrului Național de Sănătate Mintală și a altor 13 Centre Comunitare Regionale de Sănătate Mintală ca entități juridic separate (+1 privat), iar ultimele subordonate organizator metodice primului.

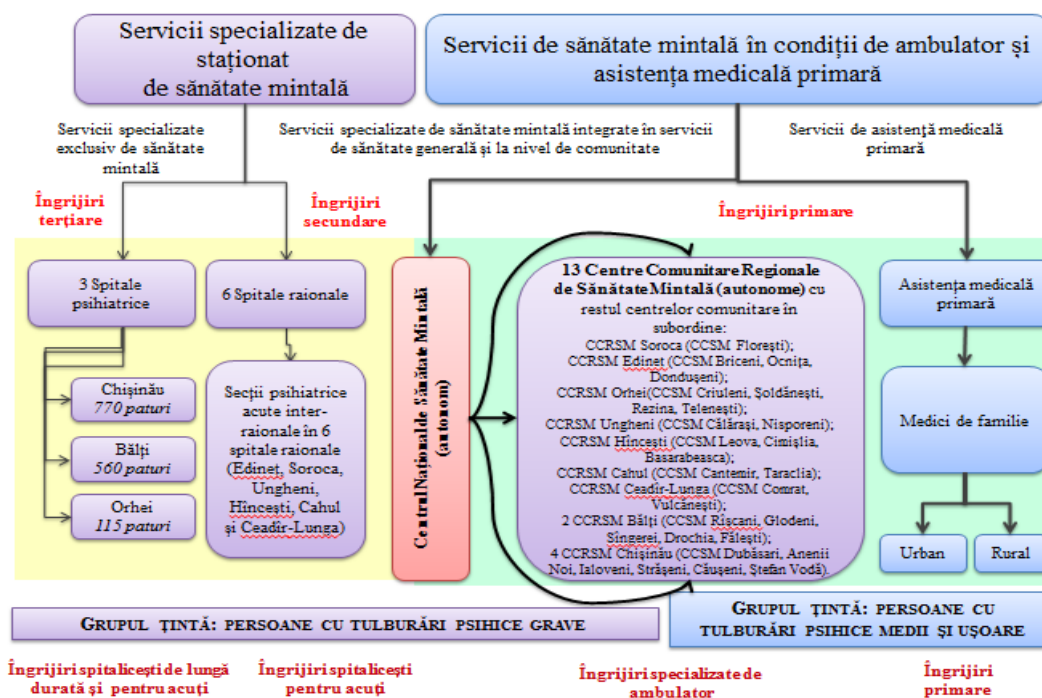


Fig. 5.4. Opțiunea nr. 3 de reorganizare a serviciului de sănătate mintală în RM.

Opțiunea dată presupune instituirea unui CNSM autonom, independent de SCP, și a altor 13 centre comunitare regionale de SM autonome (CCRSM), ultimele fiind separate (dezmembre) de la instituțiile de AMP și subordonate doar organizator metodice primului. Serviciile rămân a fi integrate în AMP, dar nu organizațional și/sau managerial în interiorul CS, adică serviciile fiind prestate la un nivel. Cele 13 Centre comunitare regionale vor fi create analogic creării paturilor de psihiatrie pentru cazurile acute în spitalele raionale, iar celelalte centre comunitare, din raionale fără paturi vor intra în componența primelor. În municipiile Bălți și Chișinău numărul locuitorilor permite instituirea a 2 și, respectiv, mai multe Centre comunitare regionale.

Centrul Național va fi instituit în subordinea MS și va activa în aceleași spații ca și în prezent. Iar cele 13 Centre comunitare regionale vor fi instituite în raioanele și municipiile țării unde sunt paturi de psihiatrie și ca fondator va fi Administrația Publică Locală de nivelul II, fiind păstrată cu amplasarea în incinta spațiilor pe care le ocupă la moment.

Opțiunea 4. Status Quo – Centrul Național de Sănătate Mintală subordonat Spitalului Clinic de Psihiatrie, iar Centrele Comunitare de Sănătate Mintală aflate în cadrul instituțiilor de asistență medicală primară.

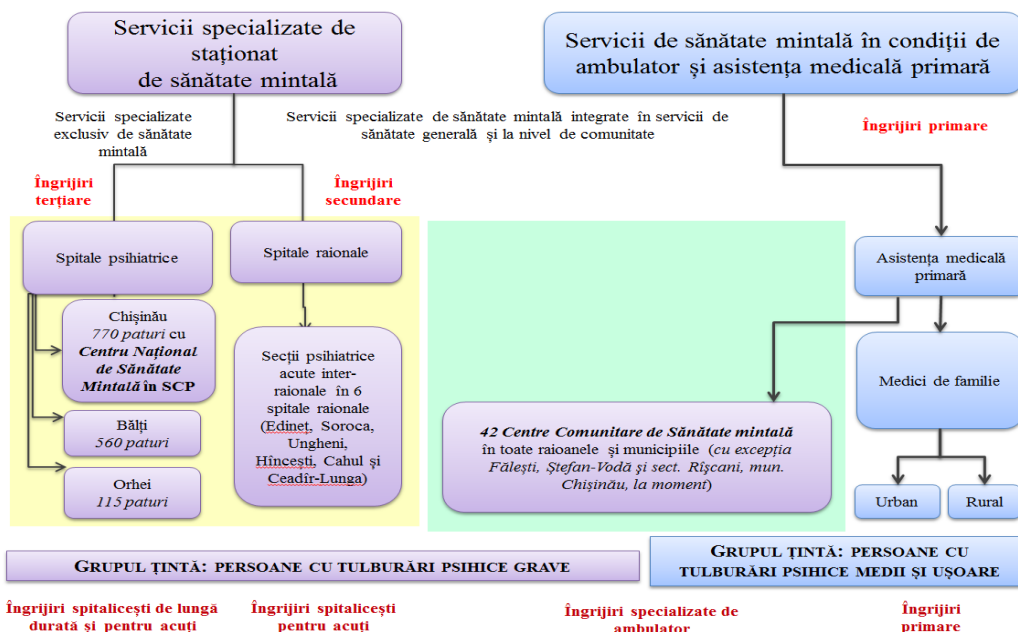


Fig. 5.5 Opțiunea nr. 4 de reorganizare a serviciului de sănătate mintală în RM.

Opțiunea „Status Quo” presupune păstrarea stării actuale a lucrurilor, fără a întreprinde careva măsuri de ordin organizatoric, financiar și/sau de reglementare a activității CNSM și a CCSM.

5.2. Etapizarea asistenței medicale de sănătate mintală acordată persoanelor cu tulburări mintale și de comportament din Republica – propunere de algoritm.

Scopul Algoritmului propus este asigurarea oportunităților egale de acces la servicii de calitate și protecția drepturilor persoanelor cu probleme de SM prin respectarea principiului de acordare etapizată a asistenței medicale în domeniul SM.

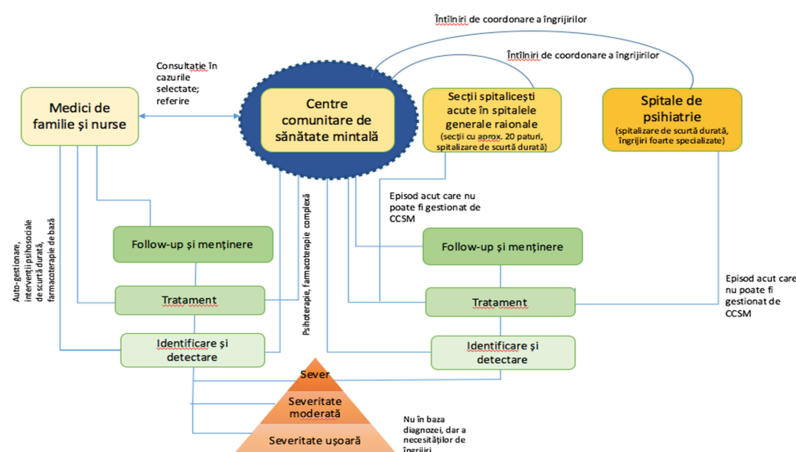


Fig. 5.6. Parcursul pacientului cu tulburări mentale și de comportament la nivelul sistemului de sănătate.

Asistența medicală ambulatorie de sănătate mintală se va acorda de către:

- 1) echipa medicului de familie (medicul de familie și asistent medical);
- 2) medicul psihiatru;
- 3) membrii echipei multidisciplinare a Centrelor comunitare de sănătate mintală;
- 4) echipa de asistență medicală urgentă prespitalicească (în cazul urgențelor psihiatrice și/sau medico-chirurgicale).

Asistența spitalicească în domeniul sănătății mentale se va acorda de către Unitățile de primire urgentă (în continuare UPU) al instituțiilor medico-sanitare (în continuare IMU), spitalele de psihiatrie și secțiile acute de psihiatrie din cadrul spitalelor de profil general.

În acordarea serviciilor de SM, indiferent de forma de organizare la etapa de ambulator sau spitalicească, se asigură măsurile de comunicare eficientă și circuitul informațional în interiorul sistemului de servicii de SM, prevăzute de actele legislative și normative în vigoare privind consecutivitatea și integritatea actului medical.

În sensul prezentului Algoritm, noțiunile utilizate semnifică: *tulburare mentală și de comportament severă (gravă) este adesea definită prin de durată și dizabilitatea pe care o produce. Aceste boli includ tulburări care produc simptome psihotice cum ar fi schizofrenia și tulburarea schizoafectivă și forme severe de alte tulburări, cum ar fi depresia majoră și tulburarea bipolară* [12].

Etapele de acordare a asistenței medicale de sănătate mintală

Etapa I (primară):

1. Asistența medicală de ambulatoriu la etapa I (primară) a persoanelor cu probleme de SM se acordă de către MF și echipa de asistență medicală urgentă prespitalicească.

2. Asistența medicală a persoanelor cu probleme de SM acordată de către MF constă în: profilaxia primară, screeningul, diagnosticarea, prescrierea tratamentului în tulburările mintale și de comportament ușoare și medii, suspectarea și detectarea primului episod psihotic, referirea pentru tratament la etapa II (secundară, specializată) sau, după caz, la etapa III (terțiară, înalt specializată) cu eliberarea pacientului trimiterii-extras, supravegherea clinică, eliberarea și evidența certificatului de concediu medical, precum și organizarea trimiterii la Consiliul pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă (CDDCM), alte activități în conformitate cu prevederile protocoalelor clinice naționale, standardele medicale și actele normative în vigoare.

3. Pentru asigurarea continuității actului medical, activităților de profilaxie și diminuării influenței factorilor de risc, MF este informat, referitor la necesitatea asistării indicațiilor terapeutice și măsurilor de reabilitare a pacienților cu tulburări mintale și de comportament aflați pe listă.

4. Asistența medicală psihiatrică de urgență este acordată de către echipa de asistență medicală urgentă prespitalicească și constă în: asistența medicală la locul solicitării și în timpul transportării spre UPU al IMS spitalul de profil general, spitalul de psihiatrie, precum și transportarea medicală asistată a persoanelor cu tulburări mintale și de comportament (nedeplasabili) la necesitate în conformitate cu actele normative în vigoare.

5. MF asigură accesul către serviciul specializat de SM în mod programat a persoanelor cu eventuale tulburări mintale și de comportament la consultația medicului psihiatru.

Etapa II (secundară, specializată):

1. Asistența medicală specializată la etapa a II-a este acordată de către echipa multidisciplinară din cadrul CCSM, inclusiv la domiciliu și spitalul de profil general (UPU și secția de psihiatrie de îngrijiri acute).

2. Asistența medicală specializată de ambulatoriu a persoanelor cu probleme de SM la etapa a II-a constă în acordarea serviciilor de sănătate mintală privind screeningul tuturor persoanelor care solicită asistență medicală de sănătate mintală, evaluarea stării psihice de către echipa multidisciplinară a CCSM, confirmarea diagnosticului, selectarea tipului de intervenție, aplicarea tratamentului biologic și psihologic, supravegherea clinică continuă și întreprinderea măsurilor de reabilitare psihosocială și integrare socio-familială în conformitate cu protocoalele clinice naționale, standardele medicale și actele normative în vigoare.

3. Medicul psihiatru are misiunea de depistare precoce a tulburărilor mintale și de comportament, evaluare a etapei și tipului de îngrijire necesară, luarea deciziei de comun cu persoana cu probleme de SM referitor la necesitatea inițierii tratamentului și asigurare a continuității

tratamentului, menținerea stării de SM și supravegherea clinică, iar la necesitate îndreptarea în termenii oportuni a pacientului în spitalul (secția) și/sau la instituția medico-sanitară publică terțiară de profil, pentru examinare și tratament în cazurile dificile din punct de vedere a diagnosticului și tratamentului.

4. Asistența medicală psihiatrică spitalicească la etapa a II-a se acordă în secțiile acute de profil psihiatric în spitalele generale, la liberul consimțământ, iar în cazurile specificate la punctul 3, cu acordul pacientului (reprezentantului legal) sau fără liberul consimțământ în modul stabilit, se îndreaptă spre etapa a III (terțiară, înalt specializată).

Etapa III (terțiară, înalt specializată):

1. Asistența medicală specializată la etapa a III-a a persoanelor cu tulburări mintale și de comportament constă în acordarea unei forme înalt specializate de asistență consultativă, tratament și reabilitare a bolnavilor în condiții de ambulatoriu și de spital specializat de nivel terțiar (Spitalul Clinic de Psihiatrie, Spitalul de Psihiatrie Bălți, Spitalul de Psihiatrie și Ftiziopneumologie Orhei).

2. CNSM și SCP în colaborare cu Catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală a USMF „Nicolae Testemițanu”, poartă responsabilitatea suportului metodic structurilor care acordă asistență medicală de SM la toate etapele, efectuează monitorizarea, evaluarea și integrarea în sistemul de servicii medicale în domeniul sănătății mintale .

3. CNSM și SCP efectuează controlul calității prestării asistenței medicale în domeniul sănătății mintale la toate etapele de acordare, indiferent de forma de organizare (de drept public sau private), inițiază și susține colaborările științifico-practice și metodologice cu alte instituții medicale, inclusiv de peste hotare.

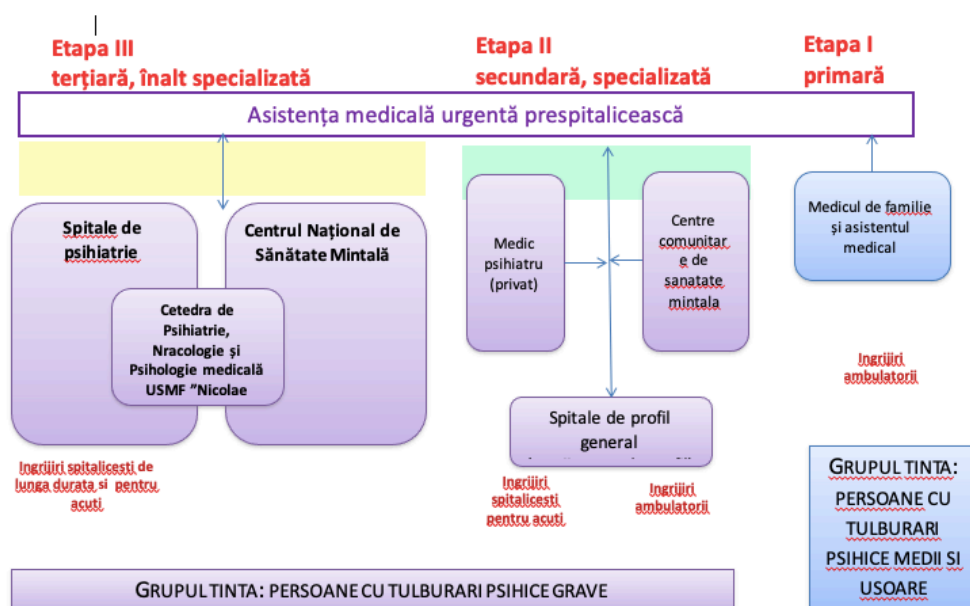


Fig. 5.7. Etapizarea asistenței medicale de sănătate mintală acordată persoanelor cu tulburări mintale și de comportament.

CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI:

1. Prevalența și incidența înregistrează o descreștere în ultimii ani, posibil ca rezultat al implementării noilor mecanisme și abordări, dar posibil și din cauza fricii pacienților de a fi în evidența psihiatrică, adresabilitate scăzută în rândul persoanelor cu probleme de sănătate medii și ușoare și a stigmatizării problemelor de sănătate mintală.
2. Lipsa serviciilor specializate și a motivației de a se adresa implică fenomenul stigmatizării și insuficiența cunoștințelor pentru depistarea precoce a patologiei psihice.
3. În Republica Moldova există acte legislative și politici în domeniul sănătății mintale, însă fără a fi detectat un mecanism cert de implementare. Aceasta duce la fragmentarea serviciilor și existența formală a unui mecanism de referire a pacientului în cadrul serviciilor de sănătate mintală.
4. Serviciile medicale și sociale sunt separate, lipsește abordarea integrală a problemei de sănătate mintală, ceea ce favorizează discontinuitatea procesului de reabilitare psihosocială și incluziune socioprofesională.
5. Analiza comparativă a rezultatelor obținute în cele 3 audituri clinice desfășurate până în prezent ne arată o evoluție pozitivă în prestarea serviciilor comunitare.
6. Intervențiile și tratamentele bazate pe dovezi, deși sunt capabile să producă rezultate specifice, cum ar fi reducerea simptomatologiei, scăderea spitalizării, mai puține recăderi sau îmbunătățirea angajării, poate varia în ceea ce privește compatibilitatea cu valorile și ingredientele de reabilitare.
7. Componentele comunitare în serviciile medicale extind acoperirea serviciilor de sănătate mintală în locurile în care există servicii de îngrijire primară și de specialitate. Ei creează un continuum de îngrijire de la domiciliu până la îngrijirea primară și apoi îngrijirea psihiatrică și psihologică specializată.
8. Concluzie preliminară a studiului pilot – structura managementului în funcție de zona de trai nu difera, cel puțin din datele prezentate. Pentru a răspunde la întrebare este necesar de a desfășura o cercetare mai mare, în jur de 500 de respondent.
9. Managementului unui pacient cu dereglări mintale primare este constituit din 2 tipuri de intervenție: un tip este *tratament medicamentos*, un alt tip este *tratament nemedicamentos*, care prevede adaptarea/socializarea unui astfel de pacient.
10. Interiorizarea stigmatizării publice de către persoanele cu boli mintale grave poate duce la autostigmatizarea, care dăunează stima de sine, autoeficacității și împuternicirii
11. La nivel de comunitate stigma față de persoanele cu probleme de sănătate mintală este destul de mare și necesită intervenții comunitare pentru diminuarea fenomenului.

12. Etapizarea asistenței medicale de sănătate mintală acordată persoanelor cu tulburări mintale și de comportament din Republica Moldova este necesar de promovat în baza unui algoritm - protocol de reabilitare și integrare psihosocială a persoanelor cu tulburări mintale severe prin prisma reorganizării serviciilor de SM comunitare.
13. Etapizarea asistenței medicale în domeniul sănătății mintale se propune a fi prestată în: Asistența medicală ambulatorie de sănătate mintală; echipa medicului de familie (medicul de familie și asistent medical); medicul psihiatru; membrii echipei multidisciplinare a Centrelor comunitare de sănătate mintală; echipa de asistență medicală urgentă prespitalicească; Asistența spitalicească.
14. Un rol important în gestionarea și coordonarea unui sistem de sănătate mintală eficient este instituirea unui Centru Național de Sănătate Mintală cu rol de monitorizare, colectare de date, elaborare de politici și coordonare în domeniul SM.

Recomandări pentru aplicabilitatea practică:

A. Pentru politicieni și manageri din domeniul sănătății:

1. Etapizarea asistenței medicale de sănătate mintală acordată persoanelor cu tulburări mintale și de comportament e necesar de organizat în etape: I – primară la nivelul medicului de familie; II - Asistența medicală specializată care este acordată de către echipa multidisciplinară din cadrul Centrului Comunitar de Sănătate Mintală, inclusiv la domiciliu și spitalul de profil general; III - Asistența medicală specializată la etapa a III-a a persoanelor cu tulburări mintale și de comportament constă în acordarea unei forme înalt specializate de asistență consultativă, tratament și reabilitare a bolnavilor în condiții de ambulatoriu și de spital specializat de nivel terțiar.
2. Îmbunătățirea calității serviciilor de sănătate mintală necesită evaluarea calității existente și măsurarea și cuantificarea acesteia, astfel încât comparațiile să poată fi fezabile în timp la nivel local, statal și transnațional.
3. Prin evaluarea și măsurarea calității vieții și profilului de funcționalitate se poate complimenta și ameliora domeniile sistemului de sănătate mintală.
4. Este important ca în planificarea și implementare serviciilor de sănătate mintală să se implice beneficiarii/persoanele cu probleme de sănătate mintală și să se documenteze mai bine acest proces pentru serviciile de sănătate mintală.

B. Pentru clinicieni

1. Este imperativ ca serviciile de sănătate mintală să fie prestate prin prisma acțiunilor de reabilitare.

2. Eficiența serviciilor prestate trebuie evaluate prin satisfacția beneficiarilor și funcționalitatea lor utilizând metoda de evaluare clinico-epidemiologică a persoanelor cu tulburări mintale severe din serviciile de sănătate mintală.
3. Este necesar implementarea parcursului clinico-epidemiologic a persoanelor cu tulburări mintale severe din serviciile de sănătate mintală pentru asigurarea continuității serviciilor de sănătate mintală la toate nivelele.
4. Intervențiile și tratamentele bazate pe dovezi, deși sunt capabile să producă rezultate specifice, cum ar fi reducerea simptomatologiei, scăderea spitalizării, mai puține recăderi sau îmbunătățirea angajării, poate varia în ceea ce privește compatibilitatea cu valorile și ingredientele de reabilitare.

C. Pentru asistenții sociali

1. În comparație cu îngrijirea standard, îngrijirile comunitare pot reduce spitalizarea și crește menținerea în societate. Asistenții sociali prin implementarea activităților de terapie ocupațională, susținere și suport social persoanelor cu TMS în serviciile de SM comunitare contribuie la integrarea socială și prevenirea instituționalizării.
2. Evaluarea continuă a funcționalității sociale și managementul de caz sunt mijloace importante în parcursul persoanei cu TMS și managementul în clinic.

D. Pentru persoanele cu TMS

1. Îngrijirile/serviciile comunitare sunt eficiente în ameliorarea multor indicatori de funcționalitate pentru persoanele cu TMS.
2. S-a demonstrat că îngrijirea comunitară reduce spitalizarea, în special internarea mai puțin frecventă și mai scurtă și îmbunătățește funcționarea globală, în ceea ce privește autonomia personală și socială.

BIBLIOGRAFIE

1. CALDAS DE ALMEIDA, J., KILLASPY, H. Long Term Mental Health Care for People with Severe Mental Disorders. 2011. Disponibil: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf
2. CAMPBELL, M., SHRYANE, N., BYRNE, R., MORRISON, A. A mental health promotion approach to reducing discrimination about psychosis in teenagers. In: *Psychosis*. 2011, vol. 3, pp. 41-51.
3. CORRIGAN, P.W., MICHAELS, P.J., VEGA, E. et al. Self-stigma of mental illness scale—short form: Reliability and validity. In: *Psychiatry Research*. 2012, vol. 199, nr. 1, pp. 65-69.
4. DEMYTTENAERE, K., BRUFFAERTS, R., POSADA-VILLA, J. et al. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. In: *JAMA*. 2004, vol. 291, nr. 21, pp. 2581-2590.
5. DRAKE, R.E., BINAGWAHO, A., MARTELL, H.C., MULLEY, A.G. Mental healthcare in low and middle income countries. In: *BMJ*. 2014, vol. 349, g7086.
6. MOORE, G.F., AUDREY, S., BARKER, M. et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. In: *BMJ*. 2015, vol. 350, h1258.
7. PATEL, V., FLISHER, A.J., HETRICK, S., MCGORRY, P. Mental health of young people: a global public-health challenge. In: *Lancet*. 2007, vol. 369, nr. 9569, pp. 1302-1313.
8. ROBERTS, M. The production of the psychiatric subject: Power, knowledge and Michel Foucault. In: *Nursing Philosophy*. 2005, vol. 6, pp. 33-42.
9. SAXENA, S., THORNICROFT, G., KNAPP, M., WHITEFORD, H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. In: *Lancet*. 2007, vol. 370, nr. 9590, pp. 878-889.
10. WANG P.S., AGUILAR-GAXIOLA S., ALONSO J. et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. In: *Lancet*. 2007, vol. 370, nr. 9590, pp. 841-850.
11. WHO. Constitution of the World Health Organization. Geneva, 1948.
12. http://www.bhevolution.org/public/severe_mental_illness.page
13. <http://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-mds/haps/projects/HCNA/HCNVol2chap13sh6L.pdf>
14. https://www.who.int/mental_health/policy/services/2_Optimal%20Mix%20of%20Services_Infosheet.pdf

LISTA LUCRĂRILOR ȘTIINȚIFICE PUBLICATE LA TEMA TEZEI

1. Articole în reviste științifice.

1.1. în reviste din străinătate recunoscute:

- 1.1.1. ZINCLER, M. et al. Mental healthcare reform in the Republic of Moldova. In: National Library of Medicine (PubMed.gov), 2009, vol. 6, nr. 1, p. 8-10.
- 1.1.2. CHIHAI, J. ș.a. Evaluarea serviciilor comunitare de sănătate mintală din RM (limba engleza). In: Gulbenkian Mental Health Platform. 2013, 22 p.
- 1.1.3. CHIHAI, J. ș. a. Analiza programelor de studii unversitare și rezidențiale în domeniul Sănătății Mintale în RM (limba engleza). In: Gulbenkian Mental Health Platform. 2013, 33 p.
- 1.1.4. CHIHAI, J. ș. a. Identificarea pachetului de servicii de Sănătate Mintală oportun pentru integrare în Asistența Medicală Primară. (limba engleza). In: Gulbenkian Mental Health Platform. 2013, 10 p.
- 1.1.5. CHIHAI, J. ș. a. Evaluarea activității instituțiilor rezidențiale pentru persoanele cu dezabilități mintale din RM. (limba engleza). In: Gulbenkian Mental Health Platform. 2013, 15 p.
- 1.1.6. CHIHAI, J. ș. a. Evaluarea Serviciului de Asistență Medicală Primară din RM prin perspectiva integrării serviciilor de sănătate mintală în medicina primară. (limba engleza). In: Gulbenkian Mental Health Platform. 2013, 22 p.
- 1.1.7. CHIHAI, J. ș. a. Assessing the community needs of psychiatric hospital residents in the Republic of Moldova. In: Romanian Journal of Psychofarmacology. 2014, vol. 14, nr. 2, Editura Medicala Universitara Craiova 2014, pp. 85-96.
- 1.1.8. CHIHAI, J. ș. a. Stigma and discrimination of people with mental health issues among adolescents. In: Romanian Journal of Psychofarmacology. 2014, vol. 14, nr. 2, 2014. Editura Medicala Universitara Craiova, pp. 122-127.
- 1.1.9. ESANU, A. et al. Educational intervention for adolescents in order to decrease stigma towards people with mental disorders, cluster randomized controlled trial. Published In: Journal European Neuropsychopharmacology (ENP). 2016, vol. 26, Supp. 2, p. S739
- 1.1.10. NACU, A. et al. La psychiatrie en Moldavie, le parcours d'une psychiatrie totalitaire vers une psychiatrie communautaire. In : L'Evolution Psychiatrique, 2017, vol. 82, nr. 1, pp.143-159.
- 1.1.11. NICA, R.I. ș. a. Stigma, Negative Attitudes and Discrimination Towards Mental Illness: Stigma as a Predictor of Service Access, Treatment and Social Integration, Romanian Journal of Psychiatry, 2016, vol. XVIII, nr. 3, p. 75.
- 1.1.12. PAVLOVSKI, Y. et al. Methadone maintenance treatment and sexual function of heroin addicted patients. In: Romanian Journal of Psychiatry, 2017, vol. XIX, nr. 3, p. 108.
- 1.1.13. DURIC, P. et al. General practitioners' views towards diagnosing and treating depression in five South-Eastern European Countries. In: Wiley online library, Early Intervention in Psychiatry, 2018, vol. 13, nr. 5, pp. 1155-1164.
- 1.1.14. PLESEA-CONDRATOVICI, C. et al., A psychiatric approach to pain management in elderly patients under dental treatment. In.: Romanian Journal of Oral Rehabilitation, 2018, vol. 10, nr. 1, , pp. 100-107.

- 1.1.15. PLESEA-CONDRA TOVICI, C. et al. Anxiety associated with visit to the dentist. In.: Romanian Journal of Oral Rehabilitation, 2018, vol. 10, nr. 2, pp. 86-90.
- 1.1.16. BENDAS, A.-M. et al. Direct relationship management between dentists, the promotion system and the distribution channels of dentistry products. In.: Romanian Journal of Oral Rehabilitation, 2018, vol. 10, nr. 4, pp. 78-84.
- 1.1.17. CHIHAI, J. et al. Country profile for Republic of Moldova. In: Mental Health Atlas 2017, World Health Organization, 2018, p. 57.
- 1.1.18. PETREA, I. et al. Mental health system reform in Moldova: Description of the program and reflections on its implementation between 2014 and 2019. In: Health Policy, 2020, vol. 124, nr. 1, pp. 83-88.
- 1.1.19. FRASCH, J. J. et al. Taking steps towards deinstitutionalizing mental health care within a low and middle-income country: A cross-sectional study of service user needs in the Republic of Moldova. In: International Journal of Social Psychiatry, 2020, vol. 66, nr. 1, pp. 49-57.
- 1.1.20. CHIHAI, J. et al. COVID-19 and mental health – the case of the republic of Moldova. In: InterACT Newsletter of EPA Council of National Psychiatric Associations, June 2020. Disponibil https://mcusercontent.com/9b8100f19f2a9eb66f938724a/files/0470628f-1dad-4091-a8f7-e32dfaf7af81/17_Moldova.01.pdf
- 1.1.21. WASSERMAN, D. et al. Compulsory Admissions of patients with mental disorders: State of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries. In: National Library of Medicine, Eur Psychiatry, 2020, vol. 63, nr. 1, e82.
- 1.1.22. DURIC, P. et al. General practitioners' views towards diagnosing and treating depression in five South-Eastern European Countries. Disponibil: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eip.12747>
- 1.1.23. KUZMAN, M.R. et al. Mental Health Services during the first wave of the COVID-19 pandemic in Europe: Results from the EPA Ambassadors Survey and implications for clinical practice. In: Published online by Cambridge University Press: 2021, European Psychiatry, pp. 1–24, Disponibil: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Chihai%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=30277313
- 1.1.24. BURLEA, Ș.L. et al. The impact of covid-19 on mental health. In.: Romanian Journal of Oral Rehabilitation, 2021, vol. 13, nr. 1, pp. 129-137.
- 1.1.25. MUNDT, A.P. et al. Changes in national rates of psychiatric beds and incarceration in Central Eastern Europe and Central Asia from 1990-2019: a retrospective database analysis by Dr. Adrian P Mundt. In: The Lancet Regional Health - Europe 7. 2021 Disponibil: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
- 1.2. în reviste din Registrul Național al revistelor de profil, cu indicarea categoriei:**
- **categoria B**
- 1.2.1. CHIHAI, J. ș.a. Probleme psihosociale determinate de pandemia COVID-19/ Psychosocial problems caused by the COVID-19 pandemic. In: Revista de Științe ale Sănătății din Moldova/ Moldovan Journal of Health Sciences. 2020, vol. 24, nr. 2, pp. 161-170.
- 1.2.2. CHIHAI, J. Tulburările de anxietate – problema acută de sănătate mintală/ Anxiety disorders – an acute mental health problem. In: Revista de Științe ale Sănătății din Moldova/ Moldovan Journal of Health Sciences. 2020, vol. 25, nr. 3, p. 128.

- *categoria C*

- 1.2.3. CHIHAJ, Jana ș. a. Evaluarea Centrelor Comunitare de Sanatate Mintala in RM. Probleme actuale in Medicina Interna. În: Anale științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Ediția a XIII-a. Chișinău, 2012, vol. 3, pp. 491-496.
- 1.2.4. CHIHAJ, Jana ș.a. Contextul, metodologia și rezultatele evaluării Centrelor Comunitare de Sanatate Mintala din RM. În: Anale științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie «Nicolae Testemițanu ». Ediția a XIII-a, vol. 3. Probleme actuale in Medicina Interna. Chișinău, 2012. pp. 496-501.
- 1.2.5. CHIHAJ, Jana ș.a. Reabilitarea psihiatrica – o metoda eficienta de incluziune sociala a persoanelor cu tulburari psihice (revista literaturii). În: Anale științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie «Nicolae Testemițanu », Ediția a XIII-a, vol. 3. Probleme actuale in Medicina Interna. Chișinău, 2012, pp. 501 - 507.
- 1.2.6. CHIHAJ, Jana ș.a. Identificarea pachetului de servicii de Sănătate Mintală oportun pentru integrare în asistența medicală primară. În: Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, Ediția a XIV-a, vol. 3, 2013, pp. 620-625.
- 1.2.7. CHIHAJ, Jana ș.a. Evaluarea serviciului de asistență medicală primară din RM prin perspectiva integrării serviciilor de sănătate mintală în medicina primară. În: Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”, Ediția a XIV-a, vol. 3, 2013, pp. 615-620.
- 1.2.8. CHIHAJ, Jana et al. Attitude towards people with depression in adolescents. Lucrările Conferinței II Naționale (cu participare internațională) în Sănătatea Adolescenților. Sporirea rezilienței – dezvoltarea sănătoasă în condiții de risc. În: Buletin de Perinatologie. 2016, nr. 3, vol. 71, pp. 14-17.

2. Teze în culegeri științifice

2.1. în lucrările conferințelor științifice internaționale (peste hotare):

- 2.1.1. CHIHAJ, J. Servicii Comunitare de Sănătate Mintală în Moldova – dezvoltare recentă și probleme, In: Materialele Conferinței Dunărene, 9-10 iulie 2012. Ulm, Germania, 2012, pp. 14-17.
- 2.1.2. MIHAI A. et al. Mental Health Disorders in Emergency Departments of General Hospital in East European Countries. In: XVI World Congress of Psychiatry. Abstracts book. Madrid, 2014, vol. 6, topic. 72, p. 412.
- 2.1.3. CHIHAJ, J. Tulburări de Spectru Autist la copii și adulți. Protocol clinic național. In: XV-a Conferință națională de sănătate mintală a copilului și adolescentului cu tema: Sănătatea Mintală a Copilului și Adolescentului – Abordare Integrativă și Multidisciplinară. Abstract book. București România, 2018, p. 19.
- 2.1.4. CHIHAJ, J. Comparative assessment of Community-Based Mental Health Services (CBMH) in 4 pilot and non-pilot districts after the 1st phase of the reform of mental health system in Republic of Moldova. In: 3rd World Congress of Social Psychiatry, The Social determinants of health/mental health and access care, 25-28 October 2019. Bucharest, Romania, 2019, p. 64.
- 2.1.5. КИХАЙ, Ж. и др. Общинные службы психического здоровья – реформа системы психического здоровья в Молдове. В: Материалы Всероссийской научно - практической конференции с международным участием, «Будущее детей с особенностями психического развития». Москва, 28 – 29 ноября 2019 г., стр. 157.

- 2.1.6. CHIHAI, J. A cross-sectional study of service user needs in the republic of Moldova first step of implementation of mental health reform. In: 3RD Eastern European Conference of Mental Health, Sibiu, Romania, 26–29 September 2019. Sibiu: Editura Universității Lucian Blaga, 2019, p. 23.
- 2.1.7. CHIHAI, J. Comparative assessment of Community-Based Mental Health Services (CBMH) in 4 pilot and non-pilot districts after the 1st phase of the reform of mental health system in Republic of Moldova. In: 3RD Eastern European Conference of Mental Health, 26-29 September 2019. Sibiu, Romania, 2019, p. 23.
- 2.1.8. CHIHAI, J. Social Determinants of health/mental health and access to care: Symposium 7 - Development of a new pathway of care in mental health system - case study from the Republic of Moldova. In: 23rd Congress of WASP, oct 25-28, 2019. Bucharest, Romania, 2019, p. 63.
- 2.1.9. CHIHAI, J. Suicide; MH System in Moldova. In: WHO Global Meeting to Accelerate Progress towards SDG Target 3.4 on Noncommunicable p. 63 Diseases (NCDs) and Mental Health, Muscat, Sultanate of Oman (9-12 December 2019).
- 2.1.10. CHIHAI, J. Workshop: Succes and Challanges in Advancng Community-Based mental Health Care in Europe: Refletions from the Recover-E project: Community Mental Health in Europe: Where are We Now? In: EPA 28th European Congress of Psychiatry in Madrid, Spain (virtual) – 4-7 July 2020: EPA Council of National Psychiatric Associations (NPAs) meeting.
- 2.1.11. CHIHAI, J. Case study of Moldova experience during COVID-19. In: 9th EUCOMS network meeting – delivering community mental health care during covid-19: innovative, 11 June 2020.
- 2.1.12. CHIHAI, J. Evaluarea cunoștințelor, aptitudinilor și atitudinilor angajaților din AMP în domeniul SM din RM. In: European Conference of Psychiatry and Mental Health “Galatia 2020”, Interdisciplinaritate în psihiatrie și sănătate mintală, 20-24 July 2020, Galați România, 4th edition.
- 2.1.13. CHIHAI, J. Inovație și creativitate în psihiatria secolului XXI. Simpozion - Sănătatea mentală în RM. In: Conferința Națională de Psihiatrie a Asociației Române de Psihiatrie, Ediția a XIII-a, cu participare internațională, 23 - 26 SEPTEMBRIE 2020.
- 2.1.14. CHIHAI, J. Comprehensive medical and functional assessment of patients with severe mental illnesses receiving care in period of reformig menta health system 2017-2020 in Republic of Moldova. In: In and out of your mind, 19 – 22 November, 2020, p. 37.,
- 2.1.15. CHIHAI, J. Impactul psiho-emoțional al infecției COVID-19 asupra cadrelor medicale din linia I. In: European Conference of Psychiatry and Mental Health “Galatia 2021”, Interdisciplinaritate în psihiatrie și sănătate mintală, 23-25 aprilie 2021. Galați România, 5th edition,
- 2.2. în lucrările conferințelor științifice naționale:**
- 2.2.1 CHIHAI, J. Experiențele adverse din copilărie (ACE) la tinerii din RM. In: The first International Congress of the Society of Psychiatrists, Narcologists and Clinical Psychologists of the Republic of Moldova. Chisinau 27-29 Iunie 2018, pp. 21-22.
- 2.2.2 CHIHAI, J.. Serviciile Comunitare de Sănătate Mintală - 4 Ani de Reformare a Sistemului de Sănătate Mintală din RM. In: culegerea Conferinței Naționale cu participare Internațională – Sănătatea mintală – promovare, intervenție și reabilitare, anul 2019, p. 10,

- 2.2.3 CHIHAI, J. Tulburările de anxietate – problemă acută de sănătate mintală In: CONGRES consacrat aniversării a 75 ani a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, 21-23 octombrie 2020, Sesiune Plenară: Urgențe în patologia cerebrală
- 2.2.4 CHIHAI, J. Medicină internă: Sănătatea mintală – o provocare contemporană, moderator și comunicare în curs: Serviciile De Sănătate Mintală In RM. Curs educațional In: CONGRES consacrat aniversării a 75 ani a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, 21-23 octombrie 2020.

3. Alte lucrări științifice

3.1 Mental Health in Central and Eastern Europe, Improving Care and Reducing Stigma — Important Cases for Global Study | March 2020, Pages: 268, Edited By: Richard M Scheffler , Martha Shumway and Răzvan M Chereches , CHAPTER 5 An Overview of Mental Health in Moldova, Cornelia Iacobovschi, Jana Chihai, Larisa Boderscova,

Lucrări științifico-metodice și didactice

4. Manuale

4.1. Manuale pentru învățământul universitar

- 4.1.1. CHIHAI, J., EȘANU, A., ADEOLA, C. Organizarea asistenței psihiatrice în RM. Direcțiile. În: Psihiatrie. Manual. Chișinău: Bons Offices, 2021, pp. 29-36.
- 4.1.2. CHIHAI, J., EȘANU, A., ADEOLA, C. Probleme etice și juridice în psihiatrie. În: Psihiatrie. Manual. Chișinău: Bons Offices, 2021, pp. 37-39. ISBN 978-9975-87-822-7,
- 4.1.3. CHIHAI J., BORONIN L., ADEOLA C. Tulburări ale dezvoltării psihologice a copilului și adolescentului. În: Psihiatrie. Manual. Chișinău: Bons Offices, 2021, pp. 410-461.
- 4.1.4. CHIHAI J. Tulburări de comportament alimentar. În: Psihiatrie. Manual. Chișinău: Bons Offices, 2021, pp. 462-474.
- 4.1.5. OPREA V., CHIHAI J., CĂRĂUȘU G., EȘANU A. Metodele de investigație și diagnostic psihiatric. Scalele, chestionarele, testele de evaluare utilizate. În: Psihiatrie. Manual. Chișinău: Bons Offices, 2021, pp. 502-534.
- 4.1.6. CHIHAI J. ș.a. Tratatamentul contemporan în psihiatrie, inclusiv metodele psihoterapeutice. În: Psihiatrie. Manual. Chișinău: Bons Offices, 2021, pp. 535-647.

5. Ghiduri:

- 5.1. BORONIN, L. et al. Tulburări de spectru autist și boli genetice rare: Ghid practic. Chișinău: Editura, 2020. 248 p.
- 5.2. БОРОНИН, Л. et al. Заболевание Аутистического Спектра И Редкие Генетические Заболевания. 2020. 248 p.
- 5.3. NACU, Anatol ș.a. Gestionarea dependențelor farmacologice. Ghid pentru studenți, rezidenți și specialiști psihiatri-narcologi. USMF „N. Testemițanu”, 2017, (Romanian Edition) (Romanian) Paperback – October 1, 2018.
- 5.4. TĂBÎRȚA, Alisa, RUSU, Doina, REVENCO, Ninel, **CHIHAI, Jana**. GHID: Perioada după COVID-19: Informații pentru pacienți. Suport în recuperarea și gestionarea simptomelor ca urmare a COVID-19, 2020.

6. Protocoale clinice

- 6.1. NACU, A. ș.a. Depresia (PCN-255). Chișinău, 2017, 68 p.
- 6.2. NACU, A. ș.a. Tulburările de anxietate (PCN-278). Chișinău, 2017, 79 p.
- 6.3. NACU, A. ș.a. Schizofrenia, Primul Episod Psihotic (PCN-9). Chișinău, 2017. 88 p.

- 6.4. NACU, A. ș.a. Tulburarea afectivă bipolară (PCN- 292). Chișinău, 2017, 108 p.
- 6.5. NACU, A. ș.a. Tulburări din spectrul autist la copii și adulți (PCN - 348). Chișinău, 2019, 96 p.
- 6.6. NACU, A. ș.a. Tulburarea cu Deficit de Atenție/ Hiperactivitate (ADHD). Protocol Clinic Național. PCN-368. Chișinău 2020, Ord. MSMPS, nr. 142 din 12 februarie 2020, 113 p.
- 6.7. NACU, A. ș.a. Schizofrenia și Primul Episod Psihotic, Protocol Clinic Național. PCN-9 – revizuire, iulie 2020, 112 p.
- 6.8. HOLBAN, T. ș.a. Infecția cu Coronavirus de Tip Nou (Covid-19), Protocol Clinic Național Provizoriu, Ord. 336 al MSMPS din 30.03.2020, 97 p.
- 6.9. NACU, A. ș.a. Demența. Protocol clinic național. PCN-389. Chișinău, 2021, 121 p.
- 6.10. NACU, A. ș.a. Demența. (PCSPMF). Protocol clinic standartizat pentru Medicii de Familie. Chișinău, 2021, 7 p.

ADNOTARE

Chihai Jana

MANAGEMENTUL CLINIC AL PERSOANELOR CU TULBURĂRI MINTALE SEVERE: DIAGNOSTIC, REABILITARE ȘI INTEGRARE PSIHOSOCIALĂ

Teză de doctor habilitat în științe medicale

Chișinău 2022

Structura tezei: introducere, 5 capitole, concluzii generale recomandări, bibliografie din 322 de surse, 8 anexe, 146 de pagini de text de bază, 47 de figuri, 21 tabele. Rezultatele obținute sunt publicate și diseminate în 21 de lucrări științifice.

Cuvinte cheie: tulburări mintale severe, tratament medicamentos și nemedicamentos, recuperare, integrarea socială și familială.

Scopul lucrării: Identificarea particularităților clinico-epidemiologice, diagnostic a persoanelor cu tulburări mintale severe, a satisfacției, funcționalității sociale și a calității vieții a acestora din diverse servicii de sănătate mintală prestate pentru elaborarea unui protocol de rehabilitare medicală și psihosocială.

Obiectivele cercetării: 1. Evaluare serviciilor comunitare și spitalicești de sănătate mintală, precum și analiza parcursului și evoluția schimbărilor politice, legislative, organizaționale și de sistem din domeniul SM în Republica Moldova. 2. Analiza incidenței și prevalenței tulburărilor mintale severe în Republica Moldova, perioada anilor 2007-2020. 3. Analiza parcursului clinico-epidemiologic a persoanelor cu tulburări mintale severe din serviciile de sănătate mintală spitalicești și comunitare din țară. 4. Evaluare diagnostică și funcțională comprehensivă a beneficiarilor de servicii de sănătate mintală, pentru a determina necesitățile în servicii de sănătate mintală. 5. Analiza calității vieții, dizabilității și nivelului de autostigmă a persoanelor cu TMS din serviciile spitalicești în comparație cu cele comunitare, bazată pe recuperare a persoanelor cu tulburări mintale severe. 6. Analiza dinamicii indicatorilor calității vieții, a funcționalității și a dizabilității persoanelor cu tulburări mintale severe la 18 luni după inițierea studiului pilot. 7. Elaborarea unui protocol de rehabilitare și integrare psihosocială a persoanelor cu tulburări mintale severe ajustat la contextul RM.

Noutatea și originalitatea științifică: evaluarea complexă clinică, psihologică și socio-funcțională a pacienților din instituții de sănătate mintală este o componentă importantă în managementul clinic eficient.

Rezultatele obținute: contribuie la managementul clinic eficient al persoanelor cu TMS, facilitează crearea, dezvoltarea și reorganizarea serviciilor de SM și ajută la elaborarea planurilor și programelor de intervenție individualizate și a celor de dezinstituționalizare pentru persoanele cu TMS.

Semnificația teoretică: calitatea vieții și funcționalitatea persoanelor cu tulburări mintale severe depinde de abordările și tipurile de tratament aplicate în diverse servicii de sănătate mintală

Valoarea aplicativă: stabilirea profilului pacientului din serviciile spitalicești precum și din cele comunitare; pune în evidența diferențele de profil; ajută la elaborarea programelor eficiente și serviciilor adiționale din cadrul serviciilor de SM;

Implementarea rezultatelor științifice: este utilizată în practica Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală și Spitalelor de Psihiatrie.

АННОТАЦИЯ

Кихай Жана

КЛИНИЧЕСКОЕ ВЕДЕНИЕ ЛЮДЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ДИАГНОСТИКА, РЕАБИЛИТАЦИЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ

Диссертация доктора медицинских наук
Кишинев 2022

Структура диссертации: введение, 5 глав, общие выводы и рекомендации, библиография из 322 источников, 8 приложений, 146 страниц основного текста, 47 рисунков, 21 таблицы. Полученные результаты опубликованы и распространены в 21 научных статей.

Ключевые слова: тяжелые психические расстройства (ТПР), медикаментозное и немедикаментозное лечение, реабилитация, социальная и семейная интеграция.

Цель работы: выявление клинико-эпидемиологических особенностей, диагностика лиц с ТПР, удовлетворенность, социальная функциональность и качество жизни в различных услугах психического здоровья для разработки протокола медицинской и психосоциальной реабилитации.

Задачи исследования: 1. Оценка общинных и больничных служб охраны психического здоровья, а также анализ хода и эволюции политических, законодательных, организационных и системных изменений в области психического здоровья (ПЗ) в Республике Молдова. 2. Анализ заболеваемости и распространенности ТПР в Республике Молдова, 2007-2020 гг. 3. Анализ клинико-эпидемиологического течения лиц с ТПР в стационарных и внебольничных службах охраны ПЗ страны. 4. Комплексная диагностическая и функциональная оценка получателей услуг психического здоровья с целью определения потребностей в услугах. 5. Анализ качества жизни, инвалидности и уровня самостигматизации людей с ТПР в больничных службах по сравнению с таковыми в общинных, основанные на реабилитации людей с ТПР. 6. Анализ динамики показателей качества жизни, функциональных возможностей и инвалидности лиц с ТПР через 18 месяцев после начала пилотного исследования. 7. Разработка протокола реабилитации и психосоциальной интеграции людей с ТПР, адаптированного к условиям РМ.

Научная новизна и оригинальность: комплексная клинико-психологическая и социально-функциональная оценка пациентов в психиатрических учреждениях является важным компонентом эффективного клинического ведения.

Результаты исследования: способствует эффективному клиническому ведению людей с ТПР, облегчает создание, развитие и реорганизацию служб ПЗ, а также помогает разрабатывать индивидуальные и деинституционализированные планы и программы вмешательства для людей с ТПР.

Теоретическая значимость: качество жизни и работоспособность лиц с тяжелыми психическими расстройствами зависят от подходов и видов лечения, применяемых в различных службах охраны психического здоровья.

Практическая ценность: установление профиля пациента как в больничных, так и в общественных службах; выделяет различия профилей; помощь в разработке эффективных программ и дополнительных услуг в рамках сервисов МЗ;

Внедрение научных результатов: используется в практике общинных центров психического здоровья и психиатрических больниц.

ANNOTATION

Chihai Jana

CLINICAL MANAGEMENT OF PEOPLE WITH SEVERE MENTAL DISORDERS: DIAGNOSIS, REHABILITATION AND PSYCHOSOCIAL INTEGRATION

Thesis of doctor habilitatus in medical sciences

Chisinau 2022

Thesis structure: Introduction, 5 chapters, general conclusions and recommendations, bibliography of 322 sources, 8 annexes, 146 pages of basic text, 47 figures, 21 tables. The obtained results are published and disseminated in 21 scientific papers.

Keywords: Severe mental disorders, drug and non-drug treatment, recovery, social and family integration.

Aim of the thesis: Identification of clinical-epidemiological features, diagnosis of people with severe mental disorders, satisfaction, social functionality and quality of life in various mental health services provided for the development of a medical and psychosocial rehabilitation protocol.

Research objectives: 1. Evaluation of community and hospital mental health services, as well as the analysis of the course and evolution of political, legislative, organizational and system changes in the field of MS in the Republic of Moldova. 2. Analysis of the incidence and prevalence of severe mental disorders in the Republic of Moldova, 2007-2020. 3. Analysis of the clinical-epidemiological course of people with severe mental disorders in hospital and community mental health services in the country. 4. Comprehensive diagnostic and functional evaluation of the beneficiaries of mental health services, in order to determine the needs in mental health services. 5. Analysis of the quality of life, disability and level of self-stigma of people with MSDs in hospital services compared to those in the community, based on the recovery of people with severe mental disorders. 6. Analysis of the dynamics of indicators of quality of life, functionality and disability of people with severe mental disorders at 18 months after the start of the pilot study. 7. Development of a protocol for rehabilitation and psychosocial integration of people with severe mental disorders adjusted to the context of the Republic of Moldova.

Novelty and scientific originality: The complex clinical, psychological and socio-functional evaluation of patients in mental health institutions is an important component in effective clinical management.

Research results: Contributes to the efficient clinical management of people with MSDs, facilitates the creation, development and reorganization of MS services and helps to develop individualized and deinstitutionalized intervention plans and programs for people with MSDs.

Theoretical significance: The quality of life and functionality of people with severe mental disorders depends on the approaches and types of treatment applied in various mental health services

Applicative value: Establishing the profile of the patient from the hospital services as well as from the community ones; highlights profile differences; assist in the development of effective programs and additional services within MS services;

Implementation of scientific results: It is used in the practice of Community Mental Health Centres and Psychiatric Hospitals.

CHIHAI, JANA

**MANAGEMENTUL CLINIC AL PERSOANELOR CU TULBURĂRI MINTALE
SEVERE: DIAGNOSTIC, REABILITARE ȘI INTEGRARE PSIHOSOCIALĂ**

Specialitatea: 321.06 Psihiatrie și narcologie

**Rezumatul tezei
de doctor habilitat în științe medicale**

Aprobat spre tipar: *16.12.2022*
Hârtie ofset. Tipar ofset.
Coli de tipar: 2,3

Formatul hârtiei 60x84 1/16
Tiraj 70 ex.
Comanda nr. 175

SRL Primex-com