

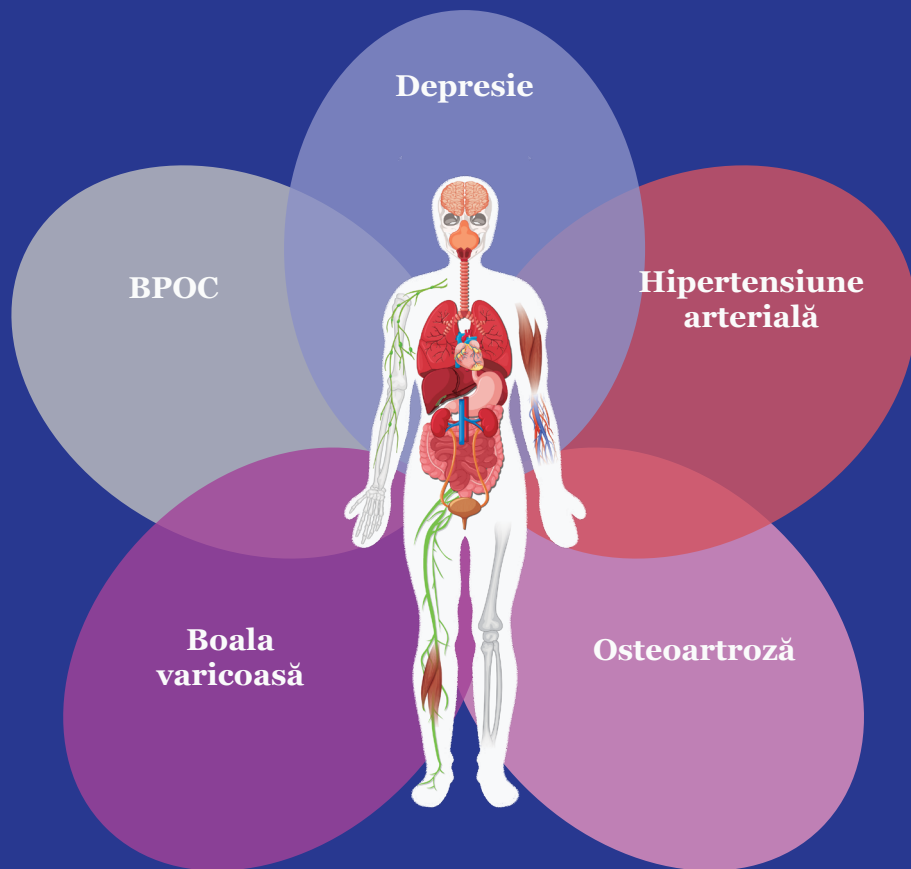


UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
"NICOLAE TESTEMIȚANU" DIN REPUBLICA MOLDOVA

ȘALARU VIRGINIA

# MULTIMORBIDITATEA

LECTȚII ÎNVĂȚATE, LECTȚII DE ÎNVĂȚAT



**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI  
FARMACIE „NICOLAE TESTEMIȚANU”**

**VIRGINIA ȘALARU**

**MULTIMORBIDITATEA  
LECTII ÎNVĂȚATE, LECTII DE ÎNVĂȚAT**

Monografie

Chișinău 2024

Monografia a fost aprobată la ședința Consiliului Științific al Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” proces-verbal nr.7 din 03.12.2024

Monografia a fost aprobată la ședința Senatului Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” prin decizia nr.10/18a din 05.12.2024

Autor:

**Virginia Șalaru, dr.șt.med., conferențiar universitar**

Recenzenți:

**Ghenadie Curocichin, dr. hab. șt. med., profesor universitar**

**Minodora Mazur, dr. hab. șt. med., profesor universitar**

**Grigore Bivol, dr. șt. med., profesor universitar**

Această publicație apare cu suportul financiar al Agenției Naționale pentru Cercetare și Dezvoltare, în cadrul „Programelor de Postdoctorat”, proiectul „Impactul multimorbidității asupra pacientului și sistemului de sănătate” cu cifrul proiectului 24.00208.8007.03/PDI.

Redactor: Victoria Vîntu, dr. în filologie

Design și tehnoredactare: LEZART STUDIO SRL

# CUPRINS

<b>PREFAȚA</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCERE</b>	<b>9</b>
Capitolul I. <b>DEFINIȚII ȘI DATE EPIDEMIOLOGICE</b>	<b>13</b>
Capitolul II. <b>CONCEPTE ȘI MODELE DE ABORDARE A MULTIMORBIDITĂȚII</b>	<b>27</b>
Capitolul III. <b>CLUSTERE DE MULTIMORBIDITATE</b>	<b>51</b>
Capitolul IV. <b>MULTIMORBIDITATEA FIZICO-MINTALĂ</b>	<b>69</b>
Capitolul V. <b>MULTIMORBIDITATEA LA GRUPE SPECIALE DE PACIENȚI</b>	
5.1. Specificul multimorbidității la populația pediatrică	<b>85</b>
5.2. Evoluția multimorbidității în perioada de sarcină, naștere și lăuzie	<b>101</b>
Capitolul VI. <b>AUTOGESTIONAREA ÎN CONDUITA PERSOANELOR CU MULTIMORBIDITATE</b>	<b>115</b>
Capitolul VII. <b>IMPACTUL FENOMENULUI DE MULTIMORBIDITATE ASUPRA SISTEMULUI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ DIN MOLDOVA</b>	<b>147</b>
Capitolul VIII. <b>POVARA ÎNGRIJITORILOR PACIENȚILOR CU MULTIMORBIDITATE</b>	<b>175</b>

## **LISTA ABREVIERILOR**

- AMT – Asociație Medico Teritorială  
BNT – boli nontransmisibile  
BPOC – Bronhopneumopatie cronică obstructivă  
CCD – Centru Consultativ Diagnostic  
CI – Cabinet Individual al medicului de familie  
CIM – Clasificarea internațională a Maladiilor  
CMF – Centrul Medicilor de Familie  
CS – Centrul de Sănătate  
DZ – Diabet zaharat  
HIV – Virusul imunodeficienței umane  
HTA – Hipertensiunea arterială  
IC – intervalul de confidență  
ICPC – Clasificarea Internațională de Asistență Medicală Primară
- IMSP – Instituție Medico Sanitaro Publică  
MS – Ministerul Sănătății  
OCDE – Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică  
OMF – Oficiu Medicului de Familie  
OMS – Organizația Mondială a Sănătății  
OS – Oficiu de Sănătate  
PDCA – Planifică (Plan) - Dezvoltă (Do)- C verifică/ studiază (Check)- Acționează (Act)
- RM – Republica Moldova  
SELFIE – Sustainable intEgrated chronic care modeLs for multi-morbidity: delivery, FInancing, and performance
- SUA – Statele Unite ale Americii  
UE – Uniunea Europeană  
USMF – Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

## PREFAȚĂ

„Dacă o carte este bine scrisă,  
întotdeauna mi se pare prea scurtă”

Jane Austen

Multimorbiditatea constituie o povară medicală, umanistică și economică importantă pentru pacient și familia acestuia. Diagnosticul și tratamentul adecvat, dar și monitorizarea corectă a pacienților determină rezultate mai bune privind indicatorii de sănătate și calitatea vieții.

Multimorbiditatea este răspândită în toate zonele geografice ale lumii și se consideră că incidența, evoluția și pronosticul acesteia sunt influențate de factorii demografici, situația social-economică și componența etnică a populației. Lucrarea „Multimorbiditatea – lecții învățate, lecții de învățat” abordează o temă importantă și actuală din medicina de familie.

Monografia sintetizează date actuale, relevante din literatura de specialitate și cercetările autoarei cu referire la multimorbiditate prin prisma a trei direcții – modelele de abordare și clustere în multimorbiditate, autogestionarea și impactul fenomenului de multimorbiditate asupra sistemului de asistență medicală primară și povara pacienților și a îngrijitorilor acestora. Deși pe larg abordat în ultimele decenii, subiectul multimorbidității rămâne neelucidat, urmând a fi soluționate probleme ce țin de pacient, sistemul de sănătate, dar și de actorii procesului.

Un punct forte al monografiei este abordarea conceptelor și modelelor de management al multimorbidității. De altfel, sistemele de sănătate din întreaga lume se confruntă cu provocări multiple, creșterea speranței la viață ce se soldează

cu îmbătrânirea populației și, respectiv, sporirea numărului de persoane cu multimorbiditate, atunci când resursele în sistemele medicale rămân aceleași, limitate. Astfel, ne confruntăm cu o problemă veche, dar care trebuie tratată ca una nouă. Modelul tradițional de îngrijire a pacienților, centrat pe boală, determină o segmentare a îngrijirilor medicale și nu răspunde tuturor nevoilor pacientului.

Schimbarea paradigmei spre servicii integrate, centrate pe pacient, presupune fortificarea calității și a sustenabilității îngrijirii.

În partea a doua a monografiei, ca și ecuație medico-socială, găsim răspunsuri la ceea ce trebuia de știut și ceea ce a devenit clar, adică lecțiile învățate precum autogestionarea în conduita persoanelor cu multimorbiditate. Este demonstrat că acest grup de pacienți utilizează cel mai frecvent servicii de sănătate. Includerea pacientului în echipa de gestionare a bolii sale extinde varietatea managementului bolilor cronice, făcându-i pe acești subiecți mai participativi și rezultatul mai eficient. Pacienții beneficiază de educație sanitară. De notat că în acest capitol sunt prezentate competențele de autogestione a bolilor cronice. Eficacitatea acestor programe educaționale, însă, este influențată de o diversitate de factori, deoarece pacienții urmează să le implementeze la domiciliu.

Impactul fenomenului de multimorbiditate asupra sistemului de asistență medicală primară din Republica Moldova necesită o consolidare permanentă a capacităților. Referitor la povara îngrijitorilor pacienților cu multimorbiditate - sunt descrise confluent metodele de lucru ale îngrijitorilor, racordate la tipurile lor, totodată, se remarcă provocările cu care se confruntă îngrijitorii pacienților cu repercusiuni asupra calității vieții lor. Totodată, s-a identificat că starea de bine a îngrijitorilor este asociată cu calitatea mai bună a vieții subiecților îngrijiți. În concluzie, sarcina îngrijitorului pacientului cu multimorbiditate necesită evaluare și analiză. Sprijinul familial, comunitar și social sunt aspecte importante pentru îngrijitori și merită

atenție pentru o mai bună gestionare.

Astfel, monografia „Multimorbiditatea – lecții învățate, lecții de învățat”, autor Virginia Șalaru, dr. șt. med., conf. univ., prezintă o importanță deosebită în știința și practica medicală contemporană. Lucrarea este riguros structurată. Stilul cercetării se distinge prin acuratețe, iar ideile sunt expuse respectând principiul continuității, ceea ce ilustrează o bună stăpânire a noțiunilor abordate. Toate aspectele vizând tema aleasă, modul de documentare, metodologia de studiu, elaborarea rezumatelor sunt argumente în favoarea aprecierii acestei lucrări.

La final, întrebarea adresată fiecărui cititor al monografiei este: „Vi s-a părut cartea scurtă?”

**Minodora Mazur** dr. hab. șt. med., profesor universitar

Departamentul Medicină internă





## Introducere

.....

Impactul major al progresului tehnico-științific asupra evoluției medicinei a determinat creșterea perceptibilă a speranței de viață la nivel mondial. Relevante, în acest sens, sunt datele statistice obținute în perioada anilor 1960-2020. Analiza acestora a evidențiat că pentru bărbați speranța de viață a crescut de la 50,7 ani până la 70,6 ani, iar pentru femei, aceasta a crescut din 1960 cu 20,5 ani, de la 54,6 până la o medie de 75,1 ani [1]. În general, speranța de viață reflectă rezultatul condițiilor de trai ale unei persoane sau ale unui grup populațional, determinate de factori precum alimentația constantă și echilibrată și disponibilitatea apei potabile, accesul la asistența medicală, etc. Speranța de viață a populației este, așadar, direct proporțională cu situația social-politică și economică a țării.

Pe măsură ce durata de viață crește în mod constant în majoritatea țărilor, sistemele de sănătate se confruntă cu noi fenomene așa ca riscul sporit de afecțiuni pe termen lung, cum ar fi patologia cardiovasculară, diabetul, cancerul și problemele de sănătate mintală. Îmbătrânirea populației și creșterea constantă a prevalența ei maladiilor non-transmisibile generează noi probleme de sănătate publică, așa ca multimorbiditatea.

Multimorbiditatea este definită drept coexistența a două sau mai multe afecțiuni cronice la același individ [2] și, în asociere cu fenomenele socio-demografice globale, a devenit o problemă comună și cu o prevalență în creștere. Fenomenul de îmbătrânire a populației determină și faptul că mai multe persoane trăiesc cu multiple afecțiuni medicale. Astfel, conform datelor epidemiologice raportate, peste 46 % din populație suferă de cel puțin o patologie cronică, iar circa 20% au două și

mai multe patologii concomitente [3].

Multimorbiditatea este mai frecventă la persoanele în etate. Potrivit raportului ONU există prognosticul de dublare a numărului persoanelor care au depășit vârsta de 65 de ani în următorii 30 de ani, de la 761 milioane în 2021 la 1,6 miliarde în 2050. Numărul celor cu vârsta de 80 de ani sau mai mult crește și mai repede [4]. Această modificare în structura demografică a populației va deveni o povară suplimentară pe sistemele de asistență medicală. De notat că sistemele de sănătate la etapa actuală nu oferă îngrijire adecvată persoanelor cu multimorbiditate, deoarece acestea sunt concentrate pe gestionarea bolilor individuale și nu sunt orientate spre abordarea integrată a pacientului multimorbid. Prezența mai multor patologii este asociată cu utilizarea sporită a serviciilor de sănătate și cu un impact negativ mai mare asupra stării de sănătate a pacienților.

Interesul major față de conceptul de multimorbiditate este determinat și de specificul activității. Un exemplu elocvent reprezintă profesioniștii din domeniul sănătății care interacționează frecvent cu persoane cu o gamă largă de condiții și stări patologice și gestionează, în activitatea cotidiană, pacienții cu multiple boli coexistente. Deși multimorbiditatea nu este un diagnostic medical cu criterii bine definite, aceasta reprezintă o provocare pentru medicul practician în contextul stării de sănătate complexe, problemelor emoționale și sociale cu care se confruntă acesta [5]. În ciuda acestor provocări, nu există un consens internațional cu privire la modalitatea optimă de a defini și a evalua multimorbiditatea. Acest lucru face dificilă realizarea și interpretarea cercetărilor în domeniu, compararea constatărilor între populații și elaborarea de ghiduri și intervenții.

Studiul dat are drept obiectiv examinarea tendințelor, a disparităților și a consecințelor multimorbidității la nivel individual, comunitar și al sistemelor de sănătate. Sunt cercetate diferite metode de evaluare a impactului, precum

și abordările contemporane de management ale pacientului multimorbid, pentru a identifica opțiunile de îmbunătățire a asistenței medicale a acestor pacienți.

## BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.worlddata.info/life-expectancy.php#by-world>
2. Van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA: Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *The European Journal of General Practice* 1996, 2(2):65-70.
3. Chronic disease comorbidity. 2015. <http://www.aihw.gov.au/chronic-diseases/comorbidity>
4. United Nations. World Social Report 2023: Leaving No One Behind In An Ageing World, [https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2023/01/WSR\\_2023\\_Chapter\\_Key\\_Messages.pdf](https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2023/01/WSR_2023_Chapter_Key_Messages.pdf)
5. Șalaru V. et al. Multimorbiditatea: un concept specific medicinei de familie. In: *Sănătate Publică, Economie ȘI Management în medicină*, 1-2(75-76)/2018, p.16-19.



## Capitolul I

.....

# DEFINIȚII ȘI DATE EPIDEMIOLOGICE

### *LECȚII ÎNVĂȚATE*

- Multimorbiditate – termen utilizat cu referire la „manifestarea concomitentă a multiplelor boli cronice sau acute și stări medicale la o persoană”.
- Conform definiției OMS, multimorbiditatea reprezintă coexistența a două și mai multe condiții cronice la o persoană.
- Conform definiției OMS, multimorbiditatea reprezintă coexistența a două și mai multe condiții cronice la o persoană.
- Termenul de comorbiditate reprezintă „orice entitate clinică suplimentară distinctă, care a existat sau care poate să apară în evoluția clinică a unui pacient care are o anumită stare de indiciu”, dar nu există claritate în ceea ce privește care anume stare va fi declarată de indiciu.

Multimorbiditatea este definită ca manifestarea concomitentă a multiplelor boli cronice sau acute și stări medicale la o persoană. În literatura de specialitate sunt atestate atât noțiunea de comorbiditate, cât și cea de multimorbiditate, acestea fiind uneori confuze. Termenul de comorbiditate a fost introdus de Feinstein A. în 1970 care o definește drept orice entitate clinică suplimentară distinctă, existentă sau posibilă în evoluția clinică a unui pacient cu o anumită stare de indiciu, incert, însă, fiind care anume stare va fi considerată de indiciu [1]. Termenul de multimorbiditate apare mai târziu în literatura de specialitate și este deseori utilizat cu referire la „manifestarea concomitentă a multiplelor boli cronice sau acute și stări medicale la o persoană”,

fără a se face vreo referință la starea de indiciu. În 1996, van den Akker și coautorii au analizat această confuzie conceptuală și au propus utilizarea ambilor termeni: comorbiditatea, conform definiției lui Feinstein și multimorbiditatea, pentru situațiile când nu este o stare sau patologie de indiciu [2]. Astfel, termenul de comorbiditate vizează medicina specializată, iar multimorbiditatea – medicina primară [3].

Organizația Mondială a Sănătății a definit condiția cronică drept o problemă de sănătate care necesită o gestionare continuă pe o perioadă de ani sau zeci de ani. Pe de altă parte, și termenul de „stare de sănătate” este mult mai larg și mai puțin restrictiv decât termenul de boală [4]. Alte concepte legate de noțiunea de multimorbiditate iau în considerare și aspecte precum: dizabilitatea, incapacitatea fizică sau mentală și complexitatea cazului. Domeniile vizând prezența unor multiple condiții pe termen lung, cum ar fi: potențialele asocieri etiologice (în cazul în care două condiții sunt cauzate de același factor), legătura directă de cauzalitate (în cazul în care condițiile sunt interdependente) și corelarea factorilor de risc asociați cu multimorbiditatea, de asemenea, au un impact asupra definiției de caz și managementului acestor pacienți [3].

O altă provocare este diferența dintre semnificația clinică și cea operațională a termenului multimorbiditate. Acesta nu indică un diagnostic și nu are criterii bine stabilite, fiind interpretat diferit de către clinicieni, astfel numărul de patologii sau stări premorbide cuantificate variază de la caz la caz. Definiția operațională a multimorbidității include cel puțin două componente: (1) numărul minim de condiții care vor fi calificate drept „multimorbiditate” și (2) tipul condițiilor patologice care vor fi luate în considerare. Definiția operațională cel mai frecvent utilizată în literatura medicală este apariția concomitentă a două sau mai multe condiții. Cu toate acestea, există și opinii conform cărora termenul include un minim de trei, patru sau chiar cinci patologii cronice coexistente. Această distincție este importantă pentru raportarea epidemiologiei multimorbidității

[5]. Referitor la tipul de stări luate în considerare, există opinia conform căreia ar trebui incluse cele mai frecvente afecțiuni cronice, cu o povară mai mare asupra sănătății populației. Această abordare însă limitează includerea spectrului integral de patologii la cele cu prevalența cea mai înaltă. Abordarea clinică totuși stipulează că pentru un pacient concret ar trebui să fie luate în considerare toate condițiile cronice, somatice și mentale [6].

Datele prezentate de Huntley A. și coautorii au evidențiat eterogenitatea definițiilor multimorbidității, în pofida unor aspecte comune. Cercetarea multimorbidității se referă, cel mai adesea, la determinarea numărului de afecțiuni cronice existente la un pacient [7]. Cele mai multe studii au definit multimorbiditatea ca apariția mai multor boli sau afecțiuni, cel mai frecvent, limita inferioară fiind două patologii asociate [8]. Această abordare nu reflectă, însă, experiența pacienților sau efectele diferitelor combinații sau severitatea bolilor [8]. Le Reste a propus o nouă definiție menționând nu doar boala, dar și factorii biopsihosociali și cei de risc [9]. Multimorbiditatea a fost definită ca: „orice combinație de boală cronică cu cel puțin o altă boală (acută sau cronică) sau factor biopsihosocial (asociat sau nu) sau factor de risc somatic”. Această abordare este determinată de faptul că orice factor biopsihosocial, orice factor de risc, rețeaua socială, povara bolilor, utilizarea serviciilor medicale și strategiile de reducere a stresului și de suport al pacientului pot funcționa ca modificatori (ai efectelor multimorbidității). Această definiție a fost susținută și de alți cercetători, Willadsen T. recomandând-o ca fiind „cea mai relevantă definiție clinică” a multimorbidității [10].

Raportul OMS publicat în 2016 definește multimorbiditatea drept coexistența a două sau mai multe afecțiuni cronice la același individ, care pot fi boli nontransmisibile (BNT), tulburări de sănătate mintală sau o boală infecțioasă de lungă durată [11].

În ghidul NICE, regăsim o altă definiție a termenului multimorbiditate: două sau mai multe afecțiuni de sănătate pe



termen lung, cel puțin una dintre care fiind o patologie somatică [12].

Rezultatele cercetărilor sunt analizate, comparate cu dificultate, ținându-se cont de varietatea definițiilor, dar și de metodele de confirmare a diagnosticelor menționate în definiția de caz a pacientului cu multimorbiditate.

În majoritatea cazurilor, bolile au fost definite pornind de la ipoteza că afecțiunile au fost diagnosticate prin examenul obiectiv, istoric medical și examen paraclinic, fiecare având atribuit un cod conform CIM ediția X. Factorii de risc reprezintă condițiile sau parametrii asociați cu riscul de boală sau deces [10], în baza ghidurilor internaționale de conduită a bolilor. Simptomele prezente la pacient, cel mai frecvent, au fost stabilite în baza definiției din Clasificarea Internațională de Asistență Medicală Primară (ICPC) a simptomelor, ediția a doua [13], interpretarea acestora, fiind, însă ambivalentă. Simptomele constituie preocuparea principală a pacientului, fiind dependente de percepțiile, experiențele și istoricul medical al acestuia. Aname apariția simptomelor devine, adesea, motivul adresării la medic. Adesea acestea sunt motivul adresării la medic. Pentru doctor, simptomul este punctul de pornire în stabilirea unui diagnostic [14]. În 2018 Academia de Științe din Marea Britanie a lansat apelul cu referire la necesitatea realizării cercetărilor în domeniul multimorbidității și a evidențiat nevoia de păstrare a datelor suplimentare, în scopul înlăturării lacunelor de abordare, definire și cunoaștere a acestui fenomen în creștere [15].

Variabilitatea definițiilor utilizate în clarificarea cazului a condus la discrepanțe mari în estimările de prevalență care variază de la 13 la 72% în populația generală [16]. Rezultatele metaanalizei realizate de Chowdhury S. și coautorii au evidențiat că prevalența multimorbidității depinde și de numărul de patologii incluse în evaluare. La examinarea a 20 sau mai multe condiții pentru multimorbiditate, prevalența în populația generală a fost de 44,7%, dar a scăzut la 41,3% pentru

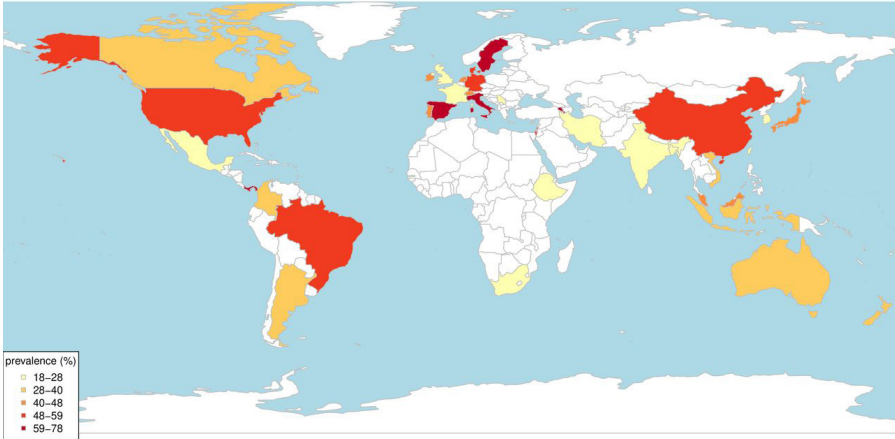
10-19 boli și la 25,0% pentru 5-9 boli utilizate pentru a defini multimorbiditatea [17].

Potrivit cercetărilor în domeniu, diverse combinații de boli pot determina diferențe semnificative în prevalența multimorbidității [18], iar includerea în evaluare a problemelor de sănătate mintală crește considerabil aceste date [19]. O analiză a studiilor de prevalență a multimorbidității a constatat estimări cuprinse între mai puțin de 5% și mai mult de 95%, doar din cauza diferențelor în definiția operațională a multimorbidității [20].

De notat că studierea fenomenului în diverse populații a permis stabilirea unor modele care variază în dependență de regiunea geografică, timp, vârstă și gen. Variațiile de estimare a prevalenței realizate în baza unei revizuirii sistematice au determinat o distribuție neuniformă și lipsa datelor pentru o bună parte din Eurasia și Africa (Fig. 1.1) [18].

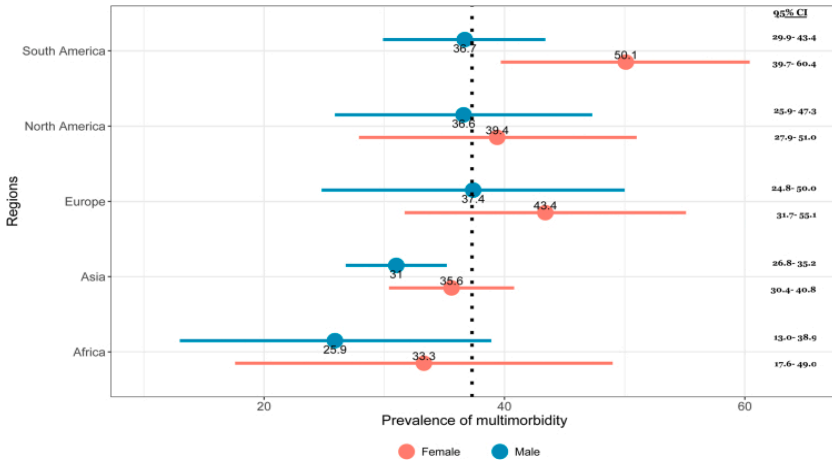
Analiza rezultatelor pe diverse regiuni ale globului (Fig.1.2.) a semnalat că cea mai înaltă prevalență a fost stabilită în rândul adulților din America de Sud (45,7%, 95% CI = 39,0–52,5), urmată de America de Nord (43,1%, 95% CI = 32,3–53,8%), Europa (39,2%, 95% CI = 33,2– 45,2%) și Asia (35%, 95% CI = 31,4–38,5%) [17].

Această discrepanță poate fi datorată ineficienței datelor și publicațiilor științifice din domeniu dat fiind faptul că multimorbiditatea nu indică un diagnostic și, respectiv, nu are o codificare în Clasificarea Internațională a Maladiilor și nu este raportată în statisticele oficiale. Informațiile despre prevalența și profilul acestora parvin ca rezultat al cercetărilor realizate în domeniu.



**Fig.1.1. Prevalența multimorbidității în țara de origine a studiilor incluse (cu excepția studiilor din mai multe țări), adaptat după Ho Is et al.[18]**

Studiul pe subgrupe a evidențiat că multimorbiditatea este mai răspândită la femei (39,4%, 95% CI = 36,4–42,4%) decât la bărbați (32,8%, 95% CI = 30,0–35,6%) [17].



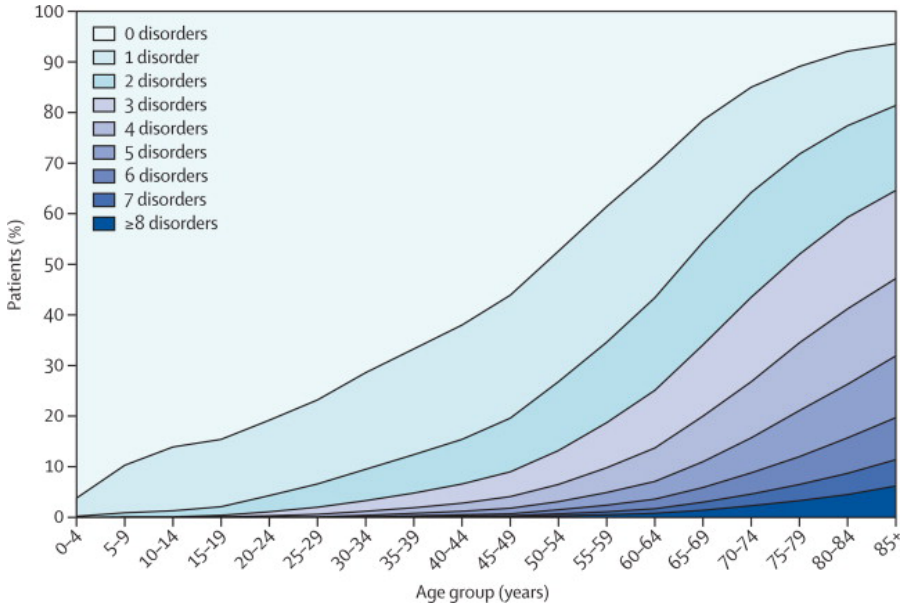
**Fig. 1.2. Diferențele regionale ale prevalenței multimorbidității în funcție de sex (adaptat după Chowdhury S. et al. [17])**

Rezultatele unui studiu transversal din Asia pe o populație de 49 946 au identificat că femeile au avut o prevalență de 25,0% a multimorbidității, în timp ce bărbații – de doar 13,4% ( $p < 0,001$ ). Acest lucru a fost valabil pentru toate grupele de vârstă. De remarcat că multimorbiditatea debutează la o vârstă mai tânără (40–49 de ani) la femei (17,3%) comparativ cu bărbații (8,6%) de aceeași vârstă ( $p < 0,001$ ) [21]. Una dintre ipotezele care ar explica diferențele dintre bărbați și femei este și expunerea mai mare la efectele adverse ale sărăciei [22].

Multimorbiditatea este în creștere la nivel global, probabil determinată de îmbătrânirea populației și povara tot mai mare a bolilor netransmisibile, iar în țările cu venituri mici și medii la acestea se asociază și maladii infecțioase așa ca tuberculoza și HIV. Riscul multimorbidității crește odată cu înaintarea în vârstă, dar devine o preocupare comună și la cei mai tineri. Barnett K și coautorii au analizat datele unui eșantion de 1 751 841 de pacienți (aproximativ o treime din populația scoțiană) din 314 oficii medicale. În urma analizei datelor, autorii studiului au constatat că numărul de patologii asociate și proporția persoanelor cu multimorbiditate a crescut substanțial odată cu înaintarea în vârstă (Fig. 1.3.). Până la vârsta de 50 de ani, jumătate din populație avea cel puțin o morbiditate, iar la vârsta de 65 de ani majoritatea erau multimorbide. Cu toate acestea, în termeni absoluți, prevalența multimorbidității a fost mai ridicată la persoanele având sub 65 de ani decât la cele cu o vârstă mai înaintată (210 500 vs 194 966), deși persoanele în vârstă au avut în medie mai multe patologii concomitente [24]. Acest fapt a fost determinat de distribuția neuniformă pe grupe de vârstă lotului studiat.

Prevalența multimorbidității este mai mare în țările cu venituri mici și, ceea ce este mai grav, aceasta crește în grupe de vârstă mai tinere (vârsta medie de 37 de ani în zonele cele mai defavorizate vs 42 de ani în zonele bogate). Adulții tineri și de vârstă din zonele defavorizate au prezentat aceleași rate de multimorbiditate ca și cei cu 10-15 ani mai în vârstă din zone

mai bogate.



**Fig. 1.3. Numărul de patologii cronice repartizate conform grupei de vârstă, adaptat după Barnett et al. [23]**

Chowdhury S. și coautorii consemnează că multimorbiditatea este mai răspândită la adulții peste 60 de ani și este comună în acest grup indiferent de statutul socio-economic al țării. Mai mult de jumătate din populația vârstnică, conform clasificării OMS, suferă de afecțiuni multimorbide (51,0%, 95% CI = 44,1–58,0%) [17].

În ciuda percepțiilor actuale, multimorbiditatea nu este, totuși, limitată la populația în etate, 35% dintre persoanele cu vârsta cuprinsă între 55-64 de ani comparativ cu 55% dintre cele cu vârsta de 65-74 de ani au multimorbiditate [24]. Datele studiului realizat în Asia au arătat că participanții cu vârsta <50 de ambele sexe suferă de multimorbiditate [21], iar această observație a fost susținută și de rezultatele analizei populației din Australia [25].

Realizând o perspectivă asupra situației din Republica Moldova, remarcăm, conform rezultatelor obținute în 2018 pe un eșantion de 100 de dosare medicale selectate în mod randomizat din 10 practici medicale, că circa 70% din pacienți aveau două și mai multe patologii cronice concomitente. Distribuția numărului de patologii per pacient a relevat faptul că intervalul variațional al patologiilor cronice asociate a cuprins între 0 și 8 afecțiuni per pacient, cu o frecvență mai mare de la 1 la 4 maladii, cu o medie de  $2.44 \pm 1.51$  condiții cronice concomitente. Analiza dezagregată pe lotul de pacienți de ambele genuri a evidențiat faptul că femeile suferă în medie de  $2.5 \pm 1.5$  patologii, iar bărbații – de  $2.2 \pm 1.2$  patologii cronice per pacient. Astfel și în țara noastră la femei sunt prezente de circa 1,4 ori mai multe patologii asociate decât la bărbați ( $p < 0.05$ ) [26].

Deși conceptul de multimorbiditate este relativ nou în cercetările de specialitate, deja s-au acumulat date despre evoluția în timp a acestui fenomen. În ultimele două decenii, ritmul de răspândire a multimorbidității a sporit, pe când prevalența a rămas constantă în rândul adulților, la nivel global [17]. Urmărind evoluția multimorbidității în Republica Moldova a fost organizată o nouă rundă de colectare a datelor pe un eșantion de 177 de cazuri selectate în mod randomizat din cadrul a 18 instituții de asistență medicală primară din țară. Perioada de colectare a datelor a fost aprilie-iunie 2024. Unitatea de cercetare a constituit pacienții adulți cu vârsta peste 18 ani, care au efectuat cel puțin o vizită (control profilactic sau caz de boală) în cadrul instituției medicale pe parcursul ultimelor 12 luni. Ulterior, au fost colectate datele din formularele individuale Fo25e, utilizându-se o formă standardizată. Aceasta a inclus date socio-demografice (vârstă, sex, mediu de reședință), numărul și tipul de patologii concomitente, care au fost codificate conform Clasificării Internaționale a Maladiilor, ediția a X-a. Conform rezultatelor obținute, la 125 (70,6%) dintre pacienți au fost identificate două și mai multe patologii cronice concomitente (sate similare cu rezultatele din 2018). Per fiecare pacient au fost

stabilite în mediu  $3,19 \pm 0,13$  patologii cronice asociate, acestea variind de la două la nouă patologii concomitente. Analiza datelor pe subgrupe a identificat multimorbiditate la 72 din 95 de femei (75,7%), iar în lotul de bărbați aceasta a fost constatată în 52 de cazuri din 82 (63,4%). Spre deosebire de rezultatele din 2018, numărul mediu de patologii per pacient a fost mai mare la bărbați ( $3,36 \pm 0,2$ ) comparativ cu femeile ( $3,07 \pm 0,13$ ), dar această diferență nu are semnificație statistică ( $p > 0,05$ ).

Speranța generală de viață și anii de viață sănătoasă au crescut la nivel mondial, dar calitatea vieții și capacitatea funcțională s-au deteriorat din cauza bolilor netransmisibile strâns legate de fenomenul de îmbătrânire [27]. Afectarea procesului de îmbătrânire a populației determină creșterea prevalenței multimorbidității, care în scurt timp a devenit o problemă majoră de sănătate publică. Lipsa unei definiții unanim acceptate a determinat o varietate impunătoare de date epidemiologice privind aceste fenomene.

Totuși, unele modele tind să se contureze:

- „Multimorbiditatea” este cel mai des folosit descriptor care redă prezența multiplelor patologii sau condiții coexistente, existând, însă, o variație a numărului și a tipului de stări incluse în definiții.
- Abordările inconsecvente ale definiției și ale clasificării multimorbidității complică compararea și sinteza rezultatelor cercetării efectuate la nivel global.
- Multimorbiditatea și comorbiditatea nu sunt termeni sinonimi, dar nici nu se exclud reciproc – acești termeni oferă două perspective diferite asupra unui pacient cu mai multe afecțiuni concomitente. Comorbiditatea este coexistența altor afecțiuni cu o patologie de reper, selectată pentru focalizarea specifică a atenției.
- Multimorbiditatea este coexistența mai multor afecțiuni de lungă durată în care niciuna nu este luată în considerare ca și stare/ patologie de indiciu. Prin urmare, multimorbiditatea este un concept foarte eterogen și util

în descrierea unei game largi de pacienți care se confruntă cu o multitudine de combinații diferite de afecțiuni. Multimorbiditatea constituie un concept generic, centrat pe pacient, care denotă că impactul unei afecțiuni este influențat nu numai de caracteristici legate de sănătate, dar și de factori socioeconomiци, culturali și de mediu, precum și de comportamentul pacientului.

- Riscul multimorbidității crește odată cu înaintarea în vârstă, dar devine o preocupare comună și pentru cei mai tineri.

## BIBLIOGRAFIA

1. Feinstein, A. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *Journal of chronic diseases*. 1970, 23(7):455-468.
2. Van den Akker, M., Buntinx, F., Knottnerus, J. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *The European Journal of General Practice*. 1996, 2(2):65-70.
3. Mercer, S., Salisbury, C., Fortin, M. *ABC of Multimorbidity*: John Wiley & Sons; 2014. 64 p.
4. WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment, 2005. [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf).
5. Lefèvre, T., d'Ivernois J-F, De Andrade V, Crozet C, Lombrail P, Gagnayre R: What do we mean by multimorbidity? An analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization. *Revue d'épidemiologie et de sante publique*. 2014, 62(5):305-314.



6. Almirall, J., Fortin, M. The coexistence of terms to describe the presence of multiple concurrent diseases. *Journal of Comorbidity*. 2013, 3(1):4-9.

7. Huntley, A., Johnson, R., Purdy, S., Valderas, J., Salisbury, C. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: a systematic review and guide. *Ann Fam Med*. 2012;10:134-41. doi:10.1370/afm.1363.

8. Johnston, M., Crilly, M., Black, C., Prescott, G., Mercer, S. Defining and measuring multimorbidity: a systematic review of systematic reviews. *European Journal of Public Health*. 2019;29:182-9. doi:10.1093/eurpub/cky098.

9. Le Reste, J., Nabbe, P, Manceau, B, et al. The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long term care, following a systematic review of relevant literature. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14:319–25.

10. Willadsen, T., Bebe, A., Koster-Rasmussen, R, et al. The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity—a systematic review. *Scand J Prim Health Care*. 2016;34:112–21. DOI: 10.3109/02813432.2016.1153242.

11. WHO. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care, 2016, ISBN 978-92-4-151165-0, NICE Multimorbidity. Quality standard published 29 Jun 2017, WHO. International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2).

12. Malterud, K., Guassora, A., Graungaard, A., et al. Understanding medical symptoms: a conceptual review and analysis. *Theoret Med Bbioethics*. 2015;36:411–424 The Academy of Medical Sciences. Multimorbidity: a priority for global health research. 2018. <https://acmedsci.ac.uk/filedownload/39787360>.

13. Salive, M. Multimorbidity in older adults. *Epidemiol Rev*. 2013;35:75-83. doi: 10.1093/epirev/mxs009. Epub 2013 Jan 31. PMID: 23372025.

14. Chowdhury, S., Das, D., Sunna,T., Beyene, J., Hossainc,

A. Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*. 2023;57: 101860. Published Online 16 February 2023 <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101860>.

15. Ho, I., Azcoaga-Lorenzo, A., Akbari, A., et al. Variation in the estimated prevalence of multimorbidity: systematic review and metaanalysis of 193 international studies. *BMJ Open*. 2022;12(4): e057017. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057017>.

16. Harrison, C., Britt, H., Miller, G., Henderson, J. Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective cross-sectional study in Australian general practice. *BMJ Open*. 2014;4(7):e004694. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2013-004694>.

17. Fortin, M., Stewart, M., Poitras, M., et al. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. *Ann Fam Med*. 2012; 10:142–51

18. Alimohammadian, M., Majidi, A., Yaseri, M., et al. Multimorbidity as an important issue among women: results of a gender difference investigation in a large population-based cross-sectional study in West Asia. *BMJ Open*. 2017;7:e013548. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013548.

19. Yao, S., Cao, G., Han, L., Chen, Z., Huang, Z., Gong, P., Hu, Y., Xu, B. Prevalence and Patterns of Multimorbidity in a Nationally Representative Sample of Older Chinese. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci*. 2020;75:1974–1980. doi: 10.1093/gerona/glz185

20. Barnett, K., Mercer, S., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., Guthrie, B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012 Jul 7;380(9836):37-43. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2. Epub 2012 May 10. PMID: 22579043.

21. Jindai, K et al. Multimorbidity and functional limitations among adults 65 or older, NHANES 2005–2012. *Prev Chronic*

Dis. 2016; 13: E151.

22. Taylor, A., Price, K., Gill, T., et al. Multimorbidity - not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study. *BMC Public Health*. 2010;10:718.doi:10.1186/1471-2458-10-718.

23. Șalaru, V., Chiosa, D., Munteanu, M., Anisei, A., Alexa, Z., Ciobanu, A., Zatic, T., Curocichin, G. Multimorbiditatea: un concept specific medicinei de familie. *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, nr.1-2 (75-76), 2018, p.16-19. CZU: 616.1/.9-036.12:614.253

24. Murray, C., Barber, R., Foreman, K., et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet*. 2015;386(10009):2145-91. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61340-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61340-X).

## Capitolul II

# CONCEPTE ȘI MODELE DE ABORDARE A MULTIMORBIDITĂȚII

### *LECȚII ÎNVĂȚATE*

- Multimorbiditate – termen utilizat cu referire la „manifestarea concomitentă a multiplelor boli cronice sau acute și stări medicale la o persoană”.
- Conform definiției OMS, multimorbiditatea reprezintă coexistența a două și mai multe condiții cronice la o persoană.
- Termenul de comorbiditate reprezintă „orice entitate clinică suplimentară distinctă, care a existat sau care poate să apară în evoluția clinică a unui pacient care are o anumită stare de indiciu”, dar nu există claritate în ceea ce privește care anume stare va fi declarată de indiciu.

Sistemele de sănătate la nivel mondial se confruntă în prezent cu o provocare semnificativă și în creșterea multimorbidității. Prevalența multimorbidității este mare și crește o dată cu vârsta [1], afectând peste 60% din populația cu vârsta de peste 65 de ani [2]. Fenomenul de multimorbiditate este asociat cu o multitudine de rezultate negative, inclusiv mortalitate, dizabilitate, calitatea scăzută a vieții și costuri ridicate pentru serviciile de sănătate [3].

Povara financiară a stării multimorbide este impunătoare: costurile îngrijirilor medicale pentru persoanele cu afecțiuni cronice reprezintă 75% din cheltuielile pentru asistența medicală din SUA, iar peste 90% din cheltuielile Medicare pentru adulții în vârstă sunt direcționate către persoanele cu multimorbiditate [4].

În pofda cheltuielilor mari, calitatea vieții celor afectați nu s-a ameliorat. Vizitele frecvente la medic, numărul mare de spitalizări îndelungate și adesea inutile, testele de laborator îi solicită financiar pe pacienții cu multimorbidități. Persoanele afectate de multimorbiditate au nevoi complexe de sănătate, dar, din cauza abordării tradiționale centrate pe boală, ei se confruntă cu îngrijiri fragmentate care conduc la intervenții clinice incomplete, inefficiente și posibil generatoare de riscuri suplimentare. De exemplu regimurile terapeutice complexe cresc riscul de prescrieri inadecvate, interacțiuni medicamentoase, reacții adverse și aderență slabă la tratament [5].

Managementul pacienților cu multimorbiditate este complex, deseori implicând un număr mare de prestatori și resurse de asistență medicală. Cercetările din domeniu oferă date limitate cu privire la modelele de îngrijire disponibile în prezent pentru pacienții cu multimorbiditate; există exemple de programe de îngrijire integrată pentru bolile cronice, dar acestea, de obicei, sunt implementate în populații relativ mici [7]. Majoritatea intervențiilor studiate au fost multidimensionale, incluzând diferite componente, dar puțin standardizate. Astfel, analizând cercetările în domeniu, am identificat dovezi contradictorii privind eficacitatea modelelor de îngrijire pentru pacienții cu multimorbiditate, stabilind, respectiv, că nu există un concept de îngrijire unanim acceptat pentru acești pacienți.

Modelul dezvoltat de Carl R. May, Victor Montori și Frances Mair, Medicina minimal perturbatoare (disruptivă), se fundamentează pe faptul că impactul bolii (fiziopatologic și psihosocial) se reflectă și în povara tratamentului (obligațiuni ale pacientului stabilite de medic, precum: autoîngrijirea și automonitorizarea, gestionarea regimurilor terapeutice, organizarea de vizite ale medicilor, teste, etc.) [7]. Medicina minimal perturbatoare are ca obiectiv principal îmbunătățirea sănătății pacienților cu multiple patologii cronice. Autorii conturează patru principii care stau la baza acestui concept:

1. Medicul trebuie să conștientizeze povara bolii și a

tratamentului, iar pentru a acționa corect, trebuie să înțeleagă mai întâi amploarea problemei.

2. Medicul trebuie să promoveze coordonarea și continuitatea în activitatea clinică, deoarece doar prin asistența medicală primară se poate reuși evitarea fragmentării serviciilor.

3. Metodologia medicinei bazate pe dovezi trebuie extinsă asupra fenomenului multimorbidității și este timpul de a promova studiile care, cel puțin, conțin diverse combinații ale celor mai frecvente patologii cronice.

4. Perspectiva pacientului este prioritară. Medicii ar trebui să ia în considerație și să înglobeze preferințele pacientului în regimul terapeutic.

Autorii menționează că pentru aplicarea acestui concept în activitatea clinică cotidiană este nevoie de un parteneriat între pacient și medic, în vederea luării deciziilor comune asupra celor mai potrivite tratamente ce ar asigura bunăstarea pacientului [7].

În același context, Roland M. și coautorii, au evidențiat „noul profesionalism” al echipei care prestează servicii pacienților cu multimorbiditate. Acesta vizează o relație mai puțin paternalistă între medic și pacient, amplificarea autonomiei pacientului, importanța practicii bazate pe dovezi și evaluarea critică a performanței medicului [8].

Pacienții cu multimorbiditate necesită o varietate largă de servicii care vor fi prestate de mai mulți specialiști (medic de familie, asistent medical de familie, manageri de caz, asistenți comunitari, etc.) Această abordare subliniază, în mod inevitabil, importanța competențelor medicilor generaliști, indiferent de locul prestării serviciilor: în asistența medicală primară sau sectorul spitalicesc [9].

Astfel, intervențiile propuse în abordarea pacienților cu multimorbiditate sunt concepute pentru a spori coordonarea îngrijirilor, dar uneori cresc cererea de servicii și rareori reduc costurile. De aceea, decizia medicală ar trebui să se bazeze pe evaluarea necesităților de facto ale pacientului [10].

Un alt model de abordare a pacientului cu multimorbiditate este cel al complexității cumulative propus de Shippee N. și coautorii, 2012. Conceptul pune accentul pe echilibrul dintre volumul de sarcini prevăzute pentru pacient și capacitatea acestuia de a le realiza. Sarcinile pacientului includ consumul de timp și energie, inclusiv necesitățile tratamentului, ale autoîngrijirii și modificării stilului de viață. Complexitatea cazului este determinată de dezechilibrul dintre capacitatea pacientului și volumul sarcinilor cu care se confruntă acesta în viața cotidiană. Povara pe care o suportă pacientul reprezintă un amplificator care provoacă dezechilibre suplimentare și sporește complexitatea cazului în timp [11]. Modelul propus este unul flexibil, pentru inovațiile în domeniul practicii și cercetării, și orientat spre o nouă abordare centrată pe pacient.

O abordare inovativă a fost propusă de Muth Ch. și coautorii în 2014 cu titlul generic de „Principiile Ariadnei”. Utilizarea alegorică a comparației dintre Firul Ariadnei ce l-a ajutat pe Tezeu să se elibereze din labirint simbolizează tabloul cercetării multimorbidității la un pacient concret. „Principiile Ariadnei” constau în prioritizarea preferințelor pacientului, stabilirea țăintelor realiste, conduita individualizată și evaluarea interacțiunilor. Conform acestui model, nu este recomandabilă abordarea tuturor elementelor menționate în cadrul unui consult. Problemele trebuie rezolvate consecutiv la fel ca și desfacerea unui ghem de ață. Astfel, autorii recomandă pentru medicii practicieni să determine: interacțiunile potențiale dintre starea pacientului și regimurile terapeutice, totalitatea diagnosticelor, gravității și impactului patologiilor, medicamentelor administrate, precum și să monitorizeze în mod activ semnele de anxietate, stres, depresie sau disfuncție cognitivă, inclusiv problemele de adicție. Aspect importante reprezintă circumstanțele sociale, constrângerile financiare, condițiile de viață și de suport social, gradul de cultură sanitară, autonomie funcțională și modalitățile de adaptare [12].

Modelul are la bază o interacțiune puternică între medicul

de familie și toți profesioniștii din domeniul sănătății implicați în conduita pacientului. Este vitală discutarea preferințelor pacientului în materie de opțiuni și negocierea rezultatelor acceptabile optând pentru ținte realiste. După caz, se va ține cont și preferințele îngrijitorilor sau ale familiei. Întrucât procesele de îngrijire a pacienților multimorbizi nu sunt secvențiale, iar nevoile și preferințele lor se pot schimba în timp, se efectuează o reevaluare a atingerii scopului pacientului în decursul vizitelor planificate [13].

Aceste principii, de altfel ca și abordarea complexității cumulative, vizează individualizarea conduitei clinice pentru a atinge obiectivele stabilite, ținându-se cont de nevoile și capacitățile pacientului.

Analiza Cochrane, realizată de Smith și coautori în 2012, a inclus 18 trialuri randomizate, care au analizat diverse intervenții în conduita pacienților cu multimorbiditate, așa ca modificări în organizarea prestării serviciilor, conduitei cazului sau autogestiune. Autorii au concluzionat că diversitatea factorilor de risc, a patologiilor asociate și a contextelor de cercetare au generat rezultate neconcludente [14].

Rezultatele unei revizuii sistematice realizate în 2005 de Ouwens și coautorii în baza a 13 cercetări ale programelor de îngrijire integrată pentru pacienții cu boli cronice au identificat obiective principale ale programelor vizate: reducerea fragmentării, îmbunătățirea continuității și a coordonării îngrijirilor. Cele mai comune șase componente identificate de Ouwens M. au fost: 1) sprijinul pentru autogestionare și educarea pacientului; 2) urmărirea clinică structurală și managementul de caz; 3) echipele multidisciplinare; 4) căile clinice multidisciplinare bazate pe dovezi; 5) feedbackul și memento-urile; 6) educația pentru profesioniști. Alte elemente importante menționate au fost: un sistem informațional clinic de sprijin; o misiune comună și lideri cu o viziune clară asupra importanței îngrijirii integrate; finanțarea adecvată pentru implementarea și menținerea serviciilor integrate; angajamentul

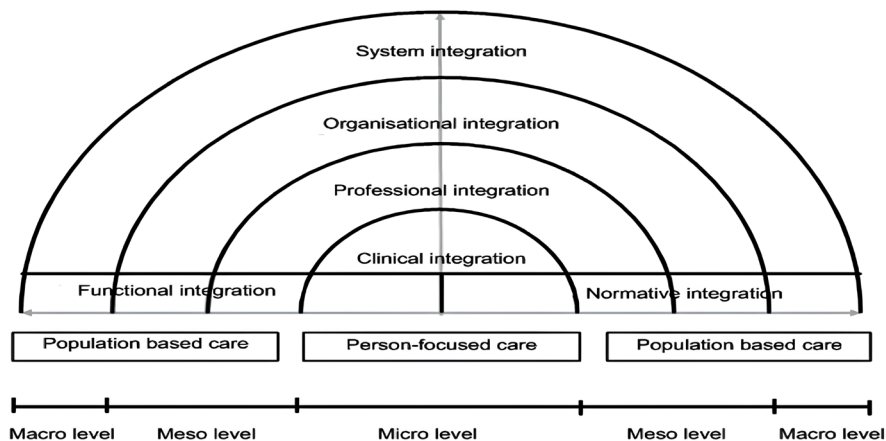


și sprijinul managerial la diverse nivele decizionale și o cultură a calității [15].

Suținând modelul de cercetare promovat de Ouwens, Boulton și coautorii au realizat, în anul 2009, o analiză a literaturii de specialitate, stabilind 13 componente ale îngrijirii pentru adulții în vârstă cu afecțiuni cronice: 1) îngrijirea primară interdisciplinară; 2) îngrijirea sau managementul de caz; 3) managementul bolii; 4) vizitele preventive la domiciliu; 5) evaluarea geriatrică comprehensivă, evaluarea și managementul geriatric; 6) îngrijirea farmaceutică; 7) autogestionarea bolilor cronice; 8) reabilitarea proactivă; 9) educația și sprijinul îngrijitorilor; 10) îngrijirea tranzitorie; 11) spital de substituție la domiciliu și externarea precoce din spital la domiciliu; 12) îngrijirea în zilele pentru bătrâni; 13) îngrijirea comprehensivă pentru pacienții internați [16].

Persoanele în vârstă care trăiesc în comunitate au acces la asistență medicală și servicii sociale, asigurate de o varietate de profesioniști. Conform Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) [17], acești profesioniști colaborează într-un mod integrat centrat pe persoană [18]. Odată cu adoptarea Declarației de la Astana, în 2018, OMS a adoptat conceptul de îngrijire integrată, centrată pe persoană [19]. Astfel, asistenței medicale primare îi revine rolul central în planificarea, coordonarea și prestarea serviciilor integrate. Această abordare include mai multe componente, inclusiv împuternicirea populației țintă, proiectarea și gestionarea sistemului de îngrijire a sănătății, încurajarea unei mai mari colaborări între și în cadrul sectoarelor și crearea unui mediu protector pentru persoanele fragile. Astfel, mai multe cercetări în domeniu au evaluat eficacitatea și aplicabilitatea serviciilor integrate în conduita pacienților multimorbizi. Un astfel de model a fost propus de Valentijn și coautorii – „Modelul curcubeu al îngrijirii integrate” (Fig. 2.1) [20]. Acest concept subliniază necesitatea implementării îngrijirii integrate la diferite niveluri ale sistemului de sănătate [21].

Ulterior mai mulți autori au preluat această abordare pentru a optimiza conduita pacienților cu boli cronice [22,23,24]. Astfel, „Modelul curcubeu” a devenit la nivel internațional bază pentru înțelegerea, cercetarea și implementarea îngrijirilor integrate [25].



**Figura 2.1. Cadrul conceptual pentru îngrijirea integrată în asistența medicală primară, adaptat după Velentijn P et al, 2013 [20].**

Modelul combină armonios elementele de asistență medicală primară cu dimensiunile îngrijirii integrate. Îngrijirea centrată pe persoană și pe populație desemnează principii directe pentru realizarea integrării în întregul continuum de îngrijire. Integrarea are loc la nivel micro (integrare clinică și de servicii), mezo (integrare profesională și organizațională) și macro (integrare de sistem). Integrarea funcțională și normativă asigură legătura între niveluri. Pentru a realiza o colaborare integrată, este nevoie de un echilibru între condițiile prealabile „dure” (funcționale), cum ar fi finanțarea și facilitățile disponibile în comunitate și condițiile prealabile „soft” (normative), cum ar fi dezvoltarea unei viziuni comune și cunoașterea reciprocă [21].

Conceptul abordării integrate rămâne în vizorul savanților. Astfel, scopul unei cercetări publicate în 2020 a fost de crea

un model integrat de abordare a multimorbidității și știință a simptomelor. Modelul a inclus trei domenii principale: 1) factori de risc; 2) interacțiuni simptom/ boală/ tratament și 3) rezultatele pacientului [26]. O provocare comună pentru clinicienii și investigatorii preocupați de știința simptomelor și a multimorbidității este incapacitatea de a identifica de timpuri: 1) persoanele care vor dezvolta afecțiuni cronice multiple; 2) pacienții cu afecțiuni cronice multiple care vor dezvolta simptome asociate și ar trebui să fie vizați pentru supraveghere, intervenții preventive și/ sau tratamente specifice și 3) tratamente sau ajustări ale tratamentelor necesare pentru diferite combinații de afecțiuni cronice multiple și profiluri de simptome. Această provocare se datorează în mare parte eterogenității bolii și apariției simptomelor, progresiei și rezultatelor, chiar și în rândul pacienților la care a fost stabilit diagnosticul și primesc aceleași tratamente. Drept consecință, practica clinică se bazează adesea pe tratamente potrivite pentru un pacient, dar absolut ineficiente pentru altul. În plus, atunci când oamenii au mai multe afecțiuni cronice, problemele provocate de una dintre ele pot fi agravate de simptomele sau efectele adverse ale tratamentului altei patologii [27]. Este acceptat faptul că simptomele și afecțiunile apar din combinarea mai multor factori de risc, de la caracteristicile genetice la expunerile la mediu [28].

Modelul propus de Tripp-Reimer Toni, în anul 2020, este orientat pe două categorii de pacienți: cei care vor dezvolta multimorbiditatea și/ sau semne/ simptome concomitente (ar trebui să fie vizați pentru supraveghere sau intervenții preventive) și pacienți care vor răspunde la anumite terapii. Sunt necesare cercetări suplimentare pentru a testa cât de eficient este modelul în identificarea stratificatorilor (individuali/ contextuali, precum și a altor afecțiuni, simptome, tratamente și rezultate) pentru susceptibilitatea la risc și respondenții la tratament care pot fi utilizați pentru a crea profiluri menite să faciliteze clasificarea pacienților pacienții în subgrupuri

adevate pentru intervenții de prevenție sau tratament [26].

Un alt model conceptual pentru gestionarea afecțiunilor cronice multiple este bazat teoria ciclului de îmbunătățire continuă: Planifică (Plan) – Dezvoltă (Do) –Controlează (Check)– Acționează (Act) (PDCA). Modelul propus a fost studiat pe populația vârstnică cu multimorbiditate. Acesta este un concept de management integrat centrat pe pacient, constând în patru elemente cheie: echipă, proces, instrumente și performanță. Autorii reiterează ideea că instituțiile de asistență medicală primară sunt principalii prestatori de servicii pentru pacienții multimorbizi. Medicul de familie și echipa sa pot integra atât serviciile medicale, cât și cele sociale. Procesul de management include cinci etape: evaluare, clasificarea riscului, intervenție individualizată, autogestionarea pacientului, urmărire continuă, standardizare și ajustare dinamică. După fiecare etapă, ciclul PDCA se repetă. Scopul acestor etape este îmbunătățirea a trei domenii importante:

1. accesibilitate: intervenție eficientă pentru a satisface nevoile complexe de îngrijire a sănătății ale pacienților vârstnici cu multimorbiditate;
2. calitate conform teorie PDCA;
3. eficiență: activitățile preventive substituie treptat serviciile medicale în cazul stărilor acute prin oferirea unor resurse de menținere a sănătății [29].

Cele mai multe modele și elemente care ar putea fi urmărite în literatura de specialitate se concentrează pe îngrijirea integrată a persoanelor multimorbide. De asemenea, majoritatea programelor de îngrijire se bazează pe modele generale de conduită a bolilor cronice. De aici derivă necesitatea unui model comprehensiv care să valorifice complexitatea fenomenului de multimorbiditate. Un astfel de model ar trebui să depășească o singură focalizare asupra bolii și să surprindă mai bine elemente specifice, precum: interacțiunea cu mai mulți prestatori de îngrijire, schimbul de informații, strategiile terapeutice și complexitatea regimurilor administrate, costurile generate de

multimorbiditate, etc. Mai mult, devine un imperativ includerea elementelor care abordează experiențele, nevoile și preferințele persoanelor cu multimorbiditate. De notat că, prin definiție, un model de îngrijire centrat pe persoană este un produs realizat în comun de echipa de îngrijire și pacient. În cele din urmă, o atenție sporită acordată mediului la nivel macro și politicilor acestuia ar putea eficientiza programele de îngrijire integrată, nou concepute și ar putea prognoza mai bine aplicabilitatea, fezabilitatea și succesul acestora într-un cadru dat [30].

În aceeași ordine de idei, remarcăm modelul de îngrijire multidisciplinar, centrat pe persoană, integrat și coordonat, descris de Roughead și coautorii în 2011. Modelul plasează persoana multimorbidă și îngrijitorii non-formali în cercul interior, în centrul îngrijirii. O rețea integrată de asistență medicală primară include medicul de familie, un farmacist comunitar, prestatorii de îngrijire la domiciliu și în comunitate, plasați în cercul de mijloc. Este nominalizat un coordonator de îngrijire, care poate fi oricare dintre prestatorii implicați în acordarea îngrijirilor la acest nivel. Cercul al treilea și exterior reprezintă rețeaua de îngrijire secundară și terțiară, integrată în proces de către prestatorii implicați în cercul de îngrijire de mijloc. Schimbul de informații între prestatorii implicați în toate cercurile de îngrijire este o parte esențială a modelului [31].

Cercetătorii în domeniu au fost preocupați de identificarea unui model integrat de îngrijire nu doar în condiții de ambulatoriu sau comunitar, dar și în cele de staționar. Sampalli și coautorii, 2012 au elaborat un concept nou pentru a îmbunătăți rezultatele în sănătate ale persoanelor cu multimorbiditate într-un spital. Modelul propune ca îngrijirea să fie asigurată de o echipă multidisciplinară pentru a răspunde nevoilor pacientului cu o abordare nespecifică bolii. Echipa multidisciplinară poate cuprinde: medici, asistenți, terapeuți ocupaționali, un psiholog, un psihoterapeut și un dietetician clinic. Modelul are patru faze esențiale: (I) internare, (II) îngrijire integrată, (III) tranziție și (IV) externare din spital și

adresare la medicul de familie. În timpul (I) fazei de internare, se efectuează o evaluare comprehensivă și multidisciplinară pentru a obține informații despre pacient și mediul său. Faza (II) de îngrijire integrată constă în tratament, educație și sprijin pentru integrarea nevoilor individuale ale pacientului, variind ca durată în funcție de starea și nevoile acestuia. În timpul fazei (III) de tranziție, pregătirea pacientului pentru externare, acesta este evaluat de o echipă multidisciplinară și se elaborează un plan de autogestionare împreună cu pacientul multimorbid. Faza finală (IV) de externare implică tranziția la prestatorul de îngrijire responsabil de supravegherea pacientului la domiciliu sau în instituțiile de plasament (de exemplu, medicul de familie), luându-se în considerare suporturile comunitare disponibile și include îngrijirea ulterioară după externare [32].

Persoană multimorbidă și mediul său sunt elementele centrale în evaluarea realizată de Struckmann Verena și coautorii, 2017. Autorii au făcut referire, preponderent, la necesitatea de a schimba modul de abordare, axându-se pe pacient și nu pe boală, luând în considerare preferințele, percepțiile și nevoile individuale. Evaluarea holistică a nevoilor și preferințelor unui pacient, realizată pentru a determina tipul de îngrijire necesar, a fost adesea concepută drept parte esențială a îngrijirii integrate. Resursele comunitare și sociale disponibile sub formă de echipe comunitare de sănătate sau servicii de îngrijire la domiciliu și sprijinul din partea îngrijitorilor de familie a persoanei cu multimorbiditate au fost menționate mult mai rar în literatură [30].

Tematica abordată în studiile din domeniu este foarte generoasă. Atestăm un interes sporit pentru cercetarea modelelor integrate de conduită a pacientului multimorbid, dar și predilecția crescândă pentru analiza eficacității intervențiilor concepute pentru managementul unei maladii, aplicate în cazul pacientului multimorbid. Tranziția unei intervenții centrate pe boală la pacientul cu multimorbiditate poate întâmpina diverse bariere în calea implementării [33]. Posibilele obstacolele

sunt factorii de decizie (perspective diferite, oportunitatea și accesibilitatea rezultatelor evaluărilor), profesioniștii din domeniul sănătății (mediu de practică, cunoștințe și convingeri, lipsa de consens, autonomie și incertitudine) și comunitate (bariere financiare, asimetrie informațională, atitudini și comportament) [34].

Deși dovezile diseminării modelelor de management al bolilor la pacientul cu multimorbiditate sunt esențiale, nu vom neglija nici aspectele legale, etice și organizaționale, precum și implicațiile sociale ale acestei extrapolări. După publicarea unui studiu cu rezultate remarcabile, rămâne a fi evaluată aplicabilitatea și eficiența constatărilor făcute.

Modelul de management al bolilor centrat pe o singură boală pentru îmbunătățirea sănătății și a calității vieții persoanelor cu afecțiuni cronice cuprinde trei elemente cheie: monitorizarea dizabilităților, coordonarea îngrijirii și abilitarea pacientului. Modelul de îngrijire a pacienților cronici (Chronic Care Model - CCM), propus Wagner și coautorii s-a focalizat predominant pe elementele care se referă la furnizarea eficientă a îngrijirii. Conform acestui model, procesul de ameliorare a îngrijirii pacienților cronici necesită concomitent îmbunătățiri ale unor aspecte precum: auto-gestionarea, planificarea practicilor, sprijinul decizional, sistemele de informaționale și integrarea resurselor comunitare în îngrijirea sănătății. Potrivit modelului, îmbunătățirile acestor procese vor stimula interacțiuni mai productive între pacienți, participanți informați la îngrijirea lor, și echipele de profesioniști în domeniul sănătății, pregătiți și pro activi în acordarea îngrijirii. În cele din urmă, aceste interacțiuni productive ar trebui să îmbunătățească rezultatele îngrijirii cronice [35].

În această ordine de idei, modelul de îngrijire integrată multidisciplinară, inspirat din Modelul de management al bolilor, cuprinde cinci elemente: (1) continuitatea îngrijirii, (2) centrarea pe pacient, (3) generarea de date de sănătate multidimensionale, (4) formarea profesioniștilor și (5) un plan

comun de management al bolii. Acest model se concentrează pe persoanele cu multimorbiditate și pe identificarea și monitorizarea dizabilităților funcționale cauzate de bolile cronice.

În baza conceptului propus de Wagner, Boulton și coautori au dezvoltat Modelul de îngrijiri ghidate (Guided Care Model - GCM). Autorii au combinat diverse inovații în conduita pacientului cu multimorbiditate, care pot fi integrate în asistența medicală primară. Acest model a fost conceput pentru a fi: eficient în practicile din întreaga Americă; sustenabil financiar; atractiv pentru medici și asistenți medicali; valoros pentru organizațiile de îngrijire a sănătății și popular printre pacienți și îngrijitori. Îngrijirea ghidată este coordonată de un asistent medical autorizat cu înaltă calificare într-un cabinet de asistență medicală primară. Modelul poate fi aplicat pentru pacienții cu risc ridicat, cu mai multe afecțiuni cronice și nevoi complexe de îngrijire a sănătății. Planul individualizat de îngrijire în baza acestui model include câteva etape: 1. evaluare; 2. elaborarea planului de îngrijire; 3. monitorizarea; 4. coaching; 5. autogestionarea maladiilor cronice; 6. educarea și sprijinirea îngrijitorilor; 7. coordonarea tranzițiilor între prestatori și locurile de îngrijire; 8. acces la serviciile comunitare. Acest concept urmărește să integreze îngrijirea sănătății mintale și fizice prin reorganizarea tratamentului și a furnizării de îngrijiri în colaborare cu diferiți prestatori de îngrijire, inclusiv servicii de sănătate mintală. În plus, modelul se concentrează pe importanța monitorizării progresului unui pacient [36].

În literatura de specialitate sunt analizate programele de îngrijire integrată care au fost aplicate și la pacienții cu multimorbiditate, deși nu au fost concepute pentru acestea. Cel mai frecvent, acestea s-au axat pe câteva etape: evaluare comprehensivă, monitorizare, planificare a îngrijirii, autogestionarea bolilor cronice și coordonarea între prestatori și locurile de îngrijire (ambulatoriu, spital, comunitate, instituții de plasament, etc.) [35, 36].



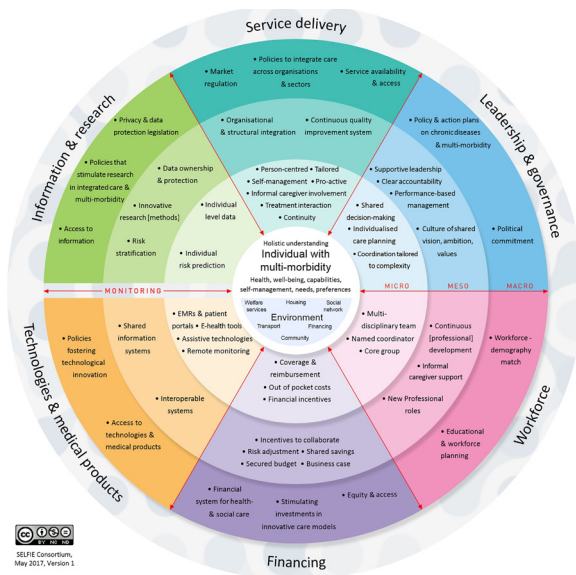
Elementele de prevenire sau îngrijire proactivă și luare a deciziilor în comun au fost, deseori, raportate ca fundamentale în cadrul acestor programe. Modelele care se concentrează pe multimorbiditate au prezentat în special elemente caracteristice ale procesului de îngrijire, provocări specifice legate de multimorbiditate sau o abordare adaptabilă pentru a răspunde nevoilor persoanelor afectate. În general, majoritatea elementelor de îngrijire integrată în multimorbiditate se referă la: prestare de servicii; informare și cercetare; conducere și guvernare și forța de muncă, care, de fapt, coincid cu componentele sistemelor de sănătate ale OMS. Elementele legate de mediul persoanei, finanțarea și componentele tehnologiei și ale produselor medicale au fost discutate mai rar. Unele aspecte abordate în modelele teoretice au fost aplicate pe scară largă în programele analizate, în timp ce altele au manifestat dificultăți de implementare, fiind irelevante pentru eficacitatea diferitelor metode în îngrijirea persoanelor cu multimorbiditate. Cele cinci elemente (îngrijire centrată pe persoană, evaluare holistică, autogestionare, integrare și coordonare a serviciilor și colaborare) identificate cel mai frecvent, par a fi primordiale, fiind și cel mai des menționate în cadrul programelor identificate. Mai mult, utilizarea unui sistem informatic electronic și formarea sau educarea personalului au fost raportate în mod repetat printre programele implementate.

Pentru identificarea celor mai eficiente modele de management ale unui pacient multimorbid, UE a lansat proiectul SELFIE (Sustainable intEgrated chronic care modeLs for multi-morbidity: delivery, FInancing, and performancE). Acesta a fost un proiect finanțat de Orizont 2020, care și-a propus să contribuie la îmbunătățirea îngrijirii centrate pe persoană pentru pacienții cu multimorbiditate. Obiectivele specifice ale proiectului SELFIE au fost [37]:

- dezvoltarea unei taxonomii a programelor de îngrijire integrată promițătoare pentru persoanele cu multimorbiditate;

- oferirea de consiliere bazată pe dovezi privind potrivirea schemelor de finanțare/ plată cu stimulente adecvate pentru implementarea îngrijirii integrate;
- furnizarea de dovezi empirice cu privire la impactul îngrijirii integrate asupra unei game largi de rezultate utilizând analiza deciziilor cu mai multe criterii;
- elaborarea strategiilor de implementare și schimbare în diverse medii și contexte de îngrijire din Europa, în special din Europa Centrală și de Est.

Consortiul SELFIE a inclus opt organizații din următoarele țări: Țările de Jos (coordonator), Austria, Croația, Germania, Ungaria, Norvegia, Spania și Marea Britanie. În baza cercetării efectuate, autorii au elaborat un model cadru de analiză (Fig 2.2):



**Figura 2.2 Cadrul SELFIE pentru îngrijirea integrată în caz de multimorbiditate, preluat din proiectul SELFIE [37].**

Cadrul de referință include câteva domenii cheie: furnizarea

de servicii; leadership și guvernanță; forța de muncă; finanțare; tehnologii și produse medicale; informație și cercetare.

Furnizarea de servicii prevede că majoritatea elementelor aparțin componentei de prestare a serviciilor, fiind descrisă integrarea și coordonarea îngrijirii în sectoarele de sănătate și asistență socială sau între diferite specializări ale prestatorilor. Acest domeniu face referire și la autogestionare prin sprijinirea abilităților pacientului de a-și gestiona mai bine bolile sau la capacitatea profesioniștilor de a instrui autogestionarea. Continuitatea a fost descrisă ca un component cheie pentru îngrijirea integrată de succes, deoarece facilitează crearea de rețele între profesioniști și o bună calitate a îngrijirii în timp.

Leadership și guvernare reprezintă domeniul centrat pe importanța implicării pacienților și a altor îngrijitori în procesul decizional comun. Este subliniat și argumentat rolul pacientului ca partener de decizie în activitatea de îngrijire. . Acest fapt contribuie la îmbunătățirea rezultatelor și a experiențelor în procesul de îngrijire. Pentru a optimiza procesele de îngrijire asigurate de diverși profesioniști, a fost propus managementul de caz, precum și dezvoltarea unui plan individual de îngrijire în funcție de particularitățile pacientului. S-a promovat, de asemenea, utilizarea evaluării/ managementului bazat pe performanță sau măsurarea rezultatelor îngrijirii la toate nivelurile.

Forța de muncă este componenta ce se referă la elementele de colaborare între prestatorii de servicii medicale și alte tipuri de instituții, dar și la formarea personalului care deține abilități de comunicare, lucru în echipă și management de caz. Un alt aspect accentuat a fost îmbunătățirea relației prestator- pacient, cu referire la dezvoltarea profesională continuă în scopul cultivării competențelor de comunicare. Se va contribui, astfel, la interacțiunea respectuoasă dintre pacient și profesionistul de îngrijire, care, la rândul său, poate fi o condiție prealabilă pentru luarea deciziilor partajate cu succes.

Finanțarea reprezintă o problemă insuficient elucidată.

Autorii s-au referit la rentabilitatea îngrijirii, la stimulente financiare pentru prestatori sau pacienți, la sistemele de rambursare, luând în considerare timpul suplimentar petrecut de profesioniști cu un pacient multimorbid.

Tehnologii și produse medicale – stratificarea riscului a fost menționată și descrisă ca un algoritm implementat într-un instrument pentru identificarea persoanelor cu multimorbiditate sau pentru stratificarea acestora în funcție de nivelul lor de complexitate.

Informare și cercetare. Un sistem de partajare a informațiilor sau un sistem inter-operabil cu scopul de a schimba informații între profesioniști, pacienți și îngrijitorii informali și, prin urmare, optimizarea procesului de îngrijire au fost descrise ca fiind relevante. Monitorizarea a fost menționată cu referire la următoarele aspecte: planurile de îngrijire, indicatorii clinici, satisfacția pacientului sau ca instrument de management bazat pe performanță.

Analiza datelor din literatură cu privire la conceptele utilizate în managementul persoanelor cu multimorbiditate a identificat o diversitate de cercetări în domeniu. Unele dintre acestea au utilizat modele aplicabile pentru maladiile cronice și au extrapolat intervențiile la pacientul cu multimorbiditate. Majoritatea modelelor, însă, vizează abordarea integrată a pacientului multimorbid. Elementele considerate relevante pentru îngrijirea integrată au fost determinate inductiv și adăugate elemente noi pe parcursul procesului de cercetare. Majoritatea studiilor au evaluat elemente legate de proiectarea sistemului de prestare a serviciilor (manager de caz, lucru în echipe multi- sau interdisciplinare, planuri de îngrijire), suport de autogestionare (educație, coaching, abilitare) și sisteme de informații clinice (schimb electronic de informații, alerte computerizate, sisteme de informații bazate pe web). Pe de altă parte, elementele legate de sprijinul decizional (ghiduri bazate pe dovezi, standarde) și sistemul de îngrijire a sănătății, comunitatea și resursele au fost raportate mai rar.

Cele mai multe modele și elemente se concentrează pe îngrijirea integrată și au fost inițial dezvoltate și utilizate pentru o singură boală. Majoritatea programelor de îngrijire integrată pentru multimorbiditate se bazează pe modele mai generale de îngrijire integrată a bolilor cronice. În rezultatul analizei datelor, nu am identificat un model universal sau unanim acceptat de comunitatea medicală. Totuși, am sistematizat câteva elemente cheie indispensabile unui model de conduită pentru pacienții cu multimorbiditate.

Astfel, un model de îngrijire specifică pentru multimorbiditate trebuie să depășească focalizarea tradițională asupra unei singure boli, să fie suficient de flexibil pentru a include managementul polifarmaciei și prioritizarea obiectivelor de tratament. Este necesar un model amplu care să țină seama de complicațiile cauzate de multimorbiditate, să depășească abordarea centrată pe o singură boală și să surprindă mai bine elementele specifice multimorbidității, cum ar fi: interacțiunea cu mai mulți prestatori de îngrijire, schimbul de informații, scheme terapeutice complexe, costurile determinate de multimorbiditate și acoperirea acestora de către asigurările medicale etc. De altfel, elementele care vizează experiențele, nevoile și preferințele persoanelor cu multimorbiditate trebuie abordate, pentru ameliorarea stării de sănătate a pacienților multimorbizi.

## BIBLIOGRAFIA

1. Tinetti, M., Fried, T., Boyd, C. Designing health care for the most common chronic condition--multimorbidity. *JAMA*. 2012 Jun 20;307(23):2493-4. doi: 10.1001/jama.2012.5265. Erratum in: *JAMA*. 2012 Jul 18;308(3):238. PMID: 22797447; PMCID: PMC4083627.
2. Barnett, K., Mercer, S., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., Guthrie, B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012 Jul 7;380(9836):37-43. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2. Epub 2012 May 10. PMID: 22579043.
3. Onder, G., Palmer, K., Navickas, R., Jurevičienė, Eš, Mammarella, F., Strandzheva, M., Mannucci, P., Pecorelli, S., Marengoni, A. Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle (JA-CHRODIS). Time to face the challenge of multimorbidity. A European perspective from the joint action on chronic diseases and promoting healthy ageing across the life cycle (JA-CHRODIS). *Eur J Intern Med*. 2015 Apr;26(3):157-9. doi: 10.1016/j.ejim.2015.02.020. Epub 2015 Mar 18. PMID: 25797840.
4. CMS Chart book, 2012; Parekh). & Myers, 2014.
5. Fortin, M., Dubois, M., Hudon, C., Soubhi, H., Almirall, J. Multimorbidity and quality of life: a closer look. *Health Qual Life Outcomes*. 2007 Aug 6;5:52. doi: 10.1186/1477-7525-5-52. PMID: 17683600; PMCID: PMC2042974.
6. Hopman, P., Heins, M., Rijken, M., Schellevis, F. Health care utilization of patients with multiple chronic diseases in The Netherlands: Differences and underlying factors. *European Journal of Internal Medicine*. 2015, Volume 26, Issue 3, p. 190-196, ISSN 0953-6205, <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.02.006>.
7. May, C., Montori, V., Mair, F. We need minimally disruptive medicine. *BMJ*. 2009;339:b2803.
8. Roland, M., Paddison, Ch. Better management of patients

with multimorbidity. *BMJ*. 2013; 346:f2510

9. Smith S., Soubhi H., Fortin M., Hudon C., O'Dowd T. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. In: *Cochrane Database Syst Rev* 2012;4:CD006560

10. Șalaru, V., Curocichin, G. Multimorbidity - a challenge for family medicine (Multimorbiditatea – o provocare pentru medicina de familie). *Archives of the Balkan Medical Union*, 2017, 52(1), supl. 1,p.186-189. ISSN- 0041-6940.

11. Shippee, N. et al. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2012, 65, 1041-1051.

12. Muth, Ch. et al. The Ariadne principles: how to handle multiorbidity in primary care consultation. In: *BMC Medicine*, 2014, 12-223

13. Lalonde, L., Goudreau, J., Hudon, É., et al. Priorities for action to improve cardiovascular preventive care of patients with multimorbid conditions in primary care –a participatory action research project. *Family Practice*. 2012, 29 (6), pp. 733-74.

14. Smith, S., Soubhi, H., Fortin, M., Hudon, C., O'Dowd, T. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;4:CD006560

15. Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., Grol, R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care*. 2005;17:141-146.

16. Boult, C., Green, A., Boult, L., Pacala, J., Snyder, C., Leff, B. Successful models of comprehensive care for older adults with chronic conditions: evidence for the Institute of Medicine's "retooling for an aging America" report. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57:2328-2337.

17. MacAdam, M., Frameworks of integrated care for the

elderly: a systematic review. Ontario: Canadian policy research networks (Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques); 2008.

18. Leutz, W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q.* 1999;77(1):77-110.

19. Declaration of Astana Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>.

20. Valentijn, P., Schepman, S., Opheij, W., Bruijnzeels, M. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care.* 2013; Available from: URN:NBN:NL:UI:10-1-114415.

21. Schoenmakers, B., Buntinx, F., Delepeleire, J. What is the role of the general practitioner towards the family caregiver of a community-dwelling demented relative? A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care.* 2009;27(1):31-40.

22. Plochg, T., Klazinga, N. Community-based integrated care: myth or must? *Int J Qual Health Care.* 2002;14(2):91-101

23. Trivedi, D., Goodman, C., Gage, H., Baron, N., Scheibl, F., Iliffe, S, et al. The effectiveness of inter-professional working for older people living in the community: a systematic review. *Health Soc Care Community.* 2013

24. Grant, A., Mackenzie, L., Clemson, L. How do general practitioners engage with allied health practitioners to prevent falls in older people? An exploratory qualitative study. *Australas J Ageing.* 2015;34(3):149-54.

25. Lyngsø, A., Godtfredsen, N., Frølich, A. Interorganisational integration: healthcare professionals' perspectives on barriers and facilitators within the Danish healthcare system. *Int J Integr Care.* 2016;16(1):1-10.

26. Tripp-Reimer, T., Williams, K., Gardner, S. et al. Integrated Model of Multimorbidity and Symptom Science Nurs



Outlook. 2020 J 68(4): 430–439. Published online 2020 May 29. doi: 10.1016/j.outlook.2020.03.003 PMID: PMC7483649. NIHMSID: NIHMS1586770. PMID: 32482344.

27. Xu, X., Mishra, G., Jones, M. Evidence on multimorbidity from definition to intervention: An overview of systematic reviews. *Ageing Research Reviews*. 2017. 37, 53–68. doi: 10.1016/j.arr.2017.05.003.

28. O’Grady, M., Randrianarivony, R., Martin, K., Perez-Cubillan, Y., Collymore, D., Shapiro-Luft, D., Beacham, A., Heyward, N., Greenfield, B., Neighbors, C. Together in care: Lessons learned at the intersection of integrated care, quality improvement, and implementation practice in opioid treatment programs. *Implementation Research and Practice*. 2022, 3. <https://doi.org/10.1177/26334895221135265>.

29. Zhou, X., Zhang, D. A conceptual model to manage multiple chronic conditions based on PDSA theory. *Research Square*.2022. DOI: 10.21203/rs.3.rs-1691911/v1.

30. Struckmann, V., Leijten, F., Ewout van Ginneken et al. Relevant models and elements of integrated care for multimorbidity. *Health Policy*, 2018, Volume 122, Issue 1, p. 23-35. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.08.008>.

31. Roughead E.E., Vitry A.I., Caughey G.E., Gilbert A.L. Multimorbidity, care complexity and prescribing for the elderly. *Aging Health*, 2011; 7: 695-705.

32. Sampalli, T., Fox, R., Dickson R., Fox, J. Proposed model of integrated care to improve health outcomes for individuals with multimorbidity. *Patient Prefer Adherence*, 2012, 6: 757-764.

33. Vrijhoef, H., Spreeuwenberg, C., Eijkelberg, I., Wolffenbittel, B., van Merode, G. Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht. *BMJ*. 2001, Oct 27;323(7319):983-5. doi: 10.1136/bmj.323.7319.983. PMID: 11679390; PMID: PMC1121511.

34. Drummond, M., Weatherly, H. Implementing the findings of health technology assessments. If the CAT got out of

the bag, can the TAIL wag the dog? *Int J Technol Assess Health Care.* 2000;16:1–12.

35. Wagner, E. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract.* 1998 Aug-Sep;1(1):2-4. PMID: 10345255.

36. Boulton, C., Karm, L., Groves, C. Improving chronic care: the “guided care” model. *Perm J.* 2008 Winter;12(1):50-4. doi: 10.7812/TPP/07-014. PMID: 21369513; PMCID: PMC3042340.

37. Leijten, F., Struckmann, V., van Ginneken, E. et al. The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: Development and description. *Health Policy.* 2018, Volume 122, Issue 1, p.12-22, ISSN 0168-8510, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.06.002>.



### Capitolul III

.....

## **CLUSTERE DE MULTIMORBIDITATE**

### ***LECȚII ÎNVĂȚATE***

- Anumite morbidități se grupează, deoarece pot împărtăși o etiologie sau căi patogenetice comune.
- Multimorbiditatea care include concomitent patologii somatice și mintale este asociată cu rezultate clinice mai slabe, calitate mai scăzută a vieții și risc crescut de mortalitate prematură.
- Clustering-ul poate fi utilizat pentru a detecta modele de multimorbiditate prin gruparea fie a pacienților, fie a bolilor.

Multimorbiditatea reprezintă o povară importantă pentru sistemul de îngrijiri de sănătate cauzată atât de serviciile utilizate, cât și de costurile înalte [1]. Sistemele de sănătate abordează, preponderent, tratarea individuală a maladiilor, cu atenție scăzută asupra relației dintre acestea, astfel divizându-se procesul de îngrijire. Integrarea acestor servicii conduce la organizarea eficientă a sistemului general de îngrijire a sănătății. Analiza conexiunilor dintre maladii ținându-se cont de apariția concomitentă a acestora, presupune identificarea modelelor de multimorbiditate. Reiterăm că în lucrările mai vechi multimorbiditatea a fost definită ca și coexistența a două și mai multe afecțiuni cronice depistate la un singur pacient [2]. De notat că, indiferent de numărul de afecțiuni incluse în această definiție, multimorbiditatea reduce semnificativ calitatea vieții și capacitatea funcțională a individului și crește riscul de deces prematur, spitalizare și utilizarea serviciilor

de sănătate, cauzând o povară economică substanțială pentru societăți și sistemele de sănătate [3].

Este previzibilă gruparea anumitor morbidități precum bolile coronariene și boala cerebrovasculară. Aceste condiții se numesc multimorbidități concordante, deoarece pot împărtăși o etiologie comună. Datele de supraveghere a bolilor cronice din Scoția, Regatul Unit estimează că aproximativ unul din patru adulți suferă de două sau mai multe afecțiuni pe termen lung. Depresia, tulburările cardiometabolice și cele musculoscheletice sunt cel mai frecvent prezente în cadrul clusterelor de multimorbiditate [4]. În special, multimorbiditatea care include concomitent patologii somatice și mintale este asociată cu rezultate clinice mai slabe, calitate mai scăzută a vieții și risc crescut de mortalitate prematură. Hipertensiunea (prevalența 18.2%), depresia sau anxietatea (10.3%) și durerea cronică (10.1%) contribuie esențial la creșterea prevalenței multimorbidități, demonstrând amploarea, eterogenitatea și natura interconectată a stărilor de sănătate fizică și psihică [5].

Analiza impactului a 45 de condiții asupra calității vieții în raport cu starea de sănătate, a constatat asocierea patologiilor cu scăderea calității vieții legate de sănătate. Cel mai puternic impact a fost demonstrat în boala Parkinson, depresie și obezitate [6].

Numărul de patologii posibile este enorm pentru a fi analizate în mod individual. În studiul realizat de Farley s-a stabilit că în cazul a 205 de diagnostice pot fi identificate 20910 perechi diagnostice distincte; de altfel este mai lejer de a urmări conexiunile în grupuri mici, segregând diagnosticele înrudite și apoi examinând conexiunile dintre ele din cadrul fiecărui grup. Grupurile de diagnostice pot prezice costurile viitoare pentru un pacient, iar numărul de grupuri de diagnostic sau prescripții și indicele de comorbiditate Charlson sunt predictorii ai costurilor ridicate [7].

Deja în anii 80 ai secolului XX a fost prezentată o metodă de grupare pentru analiza datelor de morbiditate în condiții

de ambulatoriu. Această abordare a redus variațiile false rezultate din etichetarea diagnosticului idiosincratic și metoda de codificare ce a facilitat analiza conținutului asistenței medicale ambulatorii prin utilizarea datelor agregate de morbiditate. Clusterelor oferă un instrument de comparare a conținutului practicii în baza unui set de factori, cum ar fi pregătirea prestatorilor, organizarea practicii și caracteristicile pacientului [8]. Este cunoscut faptul că analiza cluster este o tehnică de extragere a datelor care grupează observații similare într-un număr de grupuri de date (adică cluster) pe baza caracteristicilor măsurate pentru a identifica reprezentarea în grupuri specifice [9]. Clustering-ul este o metodă de agregare a datelor, făcându-le semnificative din punct de vedere clinic și utile în scopuri de predicție [10]. În esență, metodele de grupare ajută la identificarea interacțiunii complexe dintre diferiți factori de risc la nivel de pacient care afectează un anumit rezultat, mai mult decât la examinarea impactului factorilor de risc individuali. În plus, o astfel de abordare ar putea oferi o imagine mai cuprinzătoare a stării pacientului, împreună cu identificarea cohortelor de pacienți care au nevoie de un tratament personalizat.

În cercetările ulterioare a fost menționată ineficacitatea clusterelor mici sau a celor ample care abordează condiții diferite. S-a susținut că 367 de cluster sunt prea multe pentru analiza comparativă, în timp ce 17 cluster sunt prea largi pentru acest scop. Astfel, conform Clasificării Internaționale a Bolilor (CIM), au fost evidențiate 110 grupuri de diagnostic [11]. Clustering-ul poate fi utilizat pentru a detecta modele de multimorbiditate prin gruparea fie a pacienților, fie a bolilor [12]. În cazul în care diagnosticul este conceput drept criteriu de clasificare, acesta aparține unui singur grup, pe când pacienții pot fi din mai multe grupuri. Dacă sunt grupați pacienții, atunci obținem relația inversă: un diagnostic poate aparține mai multor grupuri, dar un pacient poate aparține unui singur grup.

De remarcat sunt rezultatele prezentate de un studiu finlandez

care a analizat informații despre 4,3 milioane de pacienți cu vârsta peste 18 ani. Pentru analiza cluster, au fost incluși doar pacienții cu un diagnostic medical, astfel cifra finală fiind de 3,8 milioane. Cel mai mare grup a fost dominat de înregistrările pacienților de sex feminin cuprinzând diagnostice legate de sarcină, boli mixte (sexuale și urinare) și tumori maligne. Al doilea grup ca mărime a inclus boli cardiovasculare, endocrine și metabolice cu cel mai mare număr de vizite la asistența medicală, al treilea boli ale sistemului musculo-scheletic și ale țesutului conjunctiv. Alte grupuri au inclus tumorile, tulburările mentale și bolile legate de nutriție [13].

Astfel, identificarea clusterelor de multimorbiditate, a caracteristicilor aferente și, în special, a poverii pe care acestea o generează pentru utilizarea și costurile serviciilor este utilă în estimarea resurselor necesare în sistemul de prestare a serviciilor de îngrijiri medicale, inclusiv a specialităților.

Un alt studiu realizat în populația chineză a estimat clusterele de multimorbiditate, utilizând atât boli cronice diagnosticate de medic, cât și cazuri incidente pe parcursul a 10 ani de urmărire. Frecvența multimorbidității a fost evaluată în funcție de vârstă, sex, regiune, educație și venit. Drept rezultat s-a constatat că 11% dintre adulții chinezi au avut două sau mai multe boli cronice, iar frecvența acestora a crescut odată cu vârsta (11%, 24% și 33% la vârsta de 50-59, 60-69 și, respectiv, 70-79 de ani). Multimorbiditatea a fost mai frecventă la bărbați decât la femei (12% vs 11%) și la locuitorii din mediul urban comparativ cu cei din mediul rural (12% vs 10%) nefiind dependentă de nivelul de educație.

În general, frecvența înaltă a multimorbidității bazată pe cinci boli cronice majore în populația chineză a fost corelată pozitiv cu vârsta, diferită în funcție de sex și regiune și a fost invers legată de durata educației. Bolile cardiometabolice și cardiorespiratorii au fost identificate ca fiind cele mai frecvente grupuri de boli. Rezultatele acestui studiu au sugerat că înțelegerea grupurilor de boli ar putea ajusta abordările terapeutice și ar putea minimiza

riscurile de multimorbiditate iatrogenă; de exemplu, prin utilizarea medicamentelor împotriva unor boli, dar cu efecte adverse asupra altor patologii asociate. Înțelegerea naturii unor astfel de grupuri s-ar putea repercuta asupra politicilor viitoare în domeniul profilaxiei [14].

Analiza datelor din studiul INTERHEART a atras atenția asupra asocierii maladiilor care sunt cauzate de aceiași factori de risc. Astfel, gruparea factorilor comportamentali sau biologici, este asociată cu apariția bolilor cronice majore. În consecință, este important să se identifice grupurile expuse riscului pentru a concepe măsuri de intervenție adecvate [15]. Modificarea stilului de viață prin intervenții de promovare a sănătății, susținute de politici, poate influența și profilul de multimorbiditate al individului sau al comunității [16].

Combi-națiile specifice de afecțiuni dictează nevoile pacienților, prioritățile de management și cererea asociată pentru serviciile de sănătate [17]. O mai bună înțelegere a naturii, prevalenței și tiparelor de multimorbiditate poate oferi informații cheie pentru gestionarea pacienților cu afecțiuni multiple în asistența medicală primară și poate facilita o abordare centrată pe pacient în evaluarea riscurilor și intervenții terapeutice adecvate și adaptate. Înțelegerea și prognozarea prevalenței comorbidităților specifice pot deveni factori de decizie în planificarea și structurarea serviciilor de sănătate pentru a satisface cerințele viitoare ale populației [18].

Deși unele grupuri de afecțiuni concomitente sunt bine stabilite din punct de vedere clinic, de exemplu, un grup de afecțiuni care reprezintă sindromul metabolic, evoluția metodelor de analiză a datelor este asigurată prin utilizarea dosarelor electronice de sănătate colectate în mod obișnuit pentru identificarea grupurilor de afecțiuni mai puțin frecvente. Beneficiile anticipate ale identificării clusterelor de boli sunt rezumate de Whitty și Watt (2020), ca o oportunitate „de a descoperi noi mecanisme pentru boală; pentru a dezvolta tratamente; de a reconfigura serviciile pentru a răspunde mai



bine nevoilor pacienților [19].

În ultimul deceniu, au fost efectuate multe studii pentru a identifica grupuri de maladii cronice care apar concomitent. În unele cercetări se probează că, sănătatea mintală și afecțiunile cardiometabolice au apărut, în mod constant, ca cele mai replicabile două grupuri [20]. Cu toate acestea, abordările actuale ale procesului de detectare a grupurilor de boli prezintă dificultăți atât în utilizarea surselor de date, cât și în încercarea de a surprinde complexitatea relațiilor dintre boli. În primul rând, în cele mai multe studii a fost analizat un număr relativ mic de maladii cronice (mediana = 16 și interval = 10-99 pentru cele 51 de studii revizuite de Busija și coautorii, 2019). În al doilea rând, în urma cercetărilor, a fost obținută doar o grupare (de obicei, mai puțin de zece clustere), ceea ce poate limita identificarea asocierilor între condiții mai puțin frecvente [21].

Gruparea bolilor este considerată o etapă semnificativă în procesul de elucidare a complexității multimorbidității. Cu toate acestea, din perspectiva sănătății publice, rămâne deschisă cercetarea modului în care grupurile de boli pot fi aplicate cel mai bine și dacă conduc la o mai bună identificare a factorilor de risc comuni sau la o predicție mai bună a obiectivelor clinice, în comparație cu utilizarea bolilor individuale ale unei persoane. Impactul combinat al diferitelor condiții asupra riscului de mortalitate ar putea reflecta pregnant suma efectelor totale ale fiecărei afecțiuni sau ar putea fi mai mic decât suma efectelor individuale ale fiecărei afecțiuni, în special atunci când condițiile coexistente sunt concordante, altfel spus când patologii asociate sunt susceptibile de a împărtăși etiologia, factorii predispozanți sau managementul clinic. Alternativ, prezența unei afecțiuni poate exacerba impactul alteia, astfel încât efectul combinat al diferitelor afecțiuni este substanțial mai mare (sau mai mic) decât ar fi de așteptat în mod normal de la efectele separate ale fiecărei boli.

În plus, s-a considerat că indivizii multimorbizi prezintă un risc crescut de mortalitate, în special cei cu un număr mai

mare de afecțiuni coexistente. Deoarece persoanele cu infarct miocardic, diabet și accident vascular cerebral tind să aibă și alte afecțiuni pe termen lung, prezența acestor comorbidități suplimentare ar putea influența riscul de mortalitate la persoanele cu multimorbiditate cardiometabolică [22].

Totodată, se impune abordarea problemei: Cum afectează utilizarea asistenței medicale persoanele din diferite grupuri de morbiditate? Întrebarea este relevantă, având în vedere importanța stării de sănătate ca predictor al mortalității, al sănătății funcționale și al utilizării serviciilor de asistență medicală în rândul populației. Dovezile sugerează că persoanele cu un număr mai mare de afecțiuni cronice au raportat o stare de sănătate autoevaluată mai scăzută, evidențiind impactul multimorbidității asupra bunăstării generale [23].

Au fost documentate diferențe în compoziția și prognosticul multimorbidității între grupurile etnice [24]. În acest context s-a realizat un studiu longitudinal pe un eșantion de 826166 de persoane cu vârsta  $\geq 18$  ani (care acoperă 5243478 persoane-ani) care au fost înregistrate în regiunea Lambeth, Marea Britanie în perioada 1 aprilie 2005 și 31 martie 2020. Astfel, printre indivizii cu multimorbiditate, cei de rasă negroidă ( $10,3 \pm 9,5$ ), asiaticii ( $10,4 \pm 10,0$ ) sau etniile multiple ( $9,2 \pm 9,3$ ) au solicitat mai des serviciile asistenței medicale primare comparativ cu persoanele de rasă caucaziană ( $8,7 \pm 9,5$ ) [25].

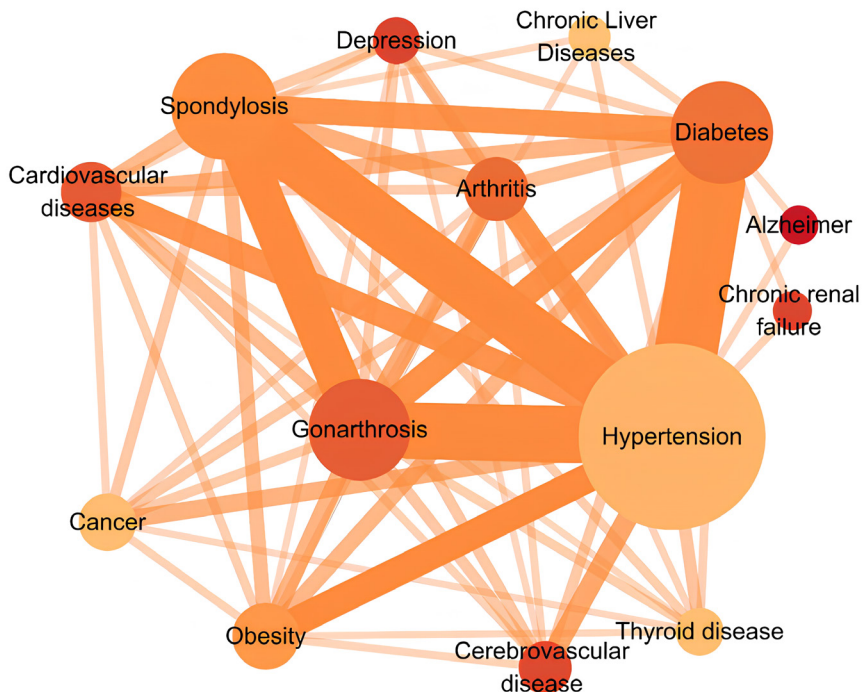
Patternul multimorbidității poate fi diferit în funcție de gen. Analiza celor mai răspândite combinații de boli în rândul populației generale din India a reliefat că prevalența globală a multimorbidității în rândul vârstnicilor a fost de 32,96%, fiind mai înaltă în rândul femeilor – 34,69%. Cele mai răspândite boli în rândul respondenților cu afecțiuni de multimorbiditate au fost: artrita (54,75%), hipertensiunea arterială (45,79%), pierderea dinților naturali (32,94%), cataracta (31,34%), diabetul (23,01%) și astmul (21,06%). Prevalența artritei, a diabetului zaharat și a hipertensiunii arteriale a fost mai mare în rândul femeilor din grupul multimorbiditate decât

al bărbaților din același grup. Cea mai răspândită combinație de boli a fost patologia articulară, hipertensiunea arterială și cataracta (4,68%) [26]. Datele studiilor prezintă o eterogenitate de rezultate, care sunt dificil de extrapolat pe o populație anume.

Totodată a fost demonstrat că prevalența hipertensiunii arteriale, a diabetului zaharat și a supraponderalității /obezității este în creștere în majoritatea țărilor în curs de dezvoltare. În literatura afișată, sunt date robuste privind căile patogenetice comune în cazul multimorbidității cardiometabolice, definită drept coexistența a două sau mai multe boli cardiometabolice. Aceasta a devenit tot mai frecventă odată cu îmbătrânirea populației: 4,7% dintre adulții în vârstă de 60 de ani și peste dezvoltând cel puțin două boli cardiometabolice comorbide [27]. Bolile cardiometabolice sunt cauza principală a mortalității și dizabilității globale [28]. Peste jumătate din povara globală a bolilor netransmisibile este atribuită multimorbidității cardiometabolice care au patru factori majori de risc: consumul dăunător de alcool, alimentația nesănătoasă, consumul de tutun și inactivitatea fizică [29]. Persoanele care trăiesc cu multimorbiditate cardiometabolică prezintă adesea mai multe afecțiuni, inclusiv diabet zaharat, hipercolesterolemie, hipertensiune arterială și accident vascular cerebral. O altă provocare pentru acest grup de patologii este declinul cognitiv care poate surveni în urma modificărilor patologice ale creierului. În plus, se asociază și factorii de risc. Mai multe studii au constatat asocierea inactivității fizice cu riscul înalt de demență. De notat că modul în care se modifică asocierile dintre stilul de viață și declinul cognitiv odată cu creșterea numărului de boli cardiometabolice rămâne necunoscut [30].

Mai multe studii au raportat asocieri comune de patologii așa ca afecțiunile cardiovasculare și cele de musculoscheletice, care frecvent sunt complimentate de probleme de sănătatea mintală [31]. În Figura 3.1 este prezentat graficul interrelațiilor bolilor cronice. Numărul minim de link-uri care este afișat este 20. Dimensiunea nodului variază în funcție de prevalența bolii,

culoarea nodului în funcție de procentul de pacienți cu maladii cronice, iar lățimea legăturii se bazează pe numărul de persoane cu ambele boli.



**Figura 3.1. Graficul interrelațiilor bolilor cronice adaptat după Huang et al, 2023 [31].**

Date similare au fost prezentate de Farmer C. și colaboratorii care prin identificarea asocierilor dintre patologiiile cronice au evidențiat necesitatea abordării integrate. Pacienții cu multimorbiditate primesc frecvent îngrijire atât la medicul de familie, cât și la mai mulți specialiști, care pot să nu se comunice eficient între ei. Prezența multimorbidității determină un anumit grad de incertitudine la medicii practicieni cu privire la echilibrul dintre beneficiile și daunele tratamentelor recomandate, deoarece dovezile se bazează în mare parte pe

studii de intervenții pentru afecțiuni unice, din care sunt adesea excluse persoanele cu multimorbiditate [32].

Astfel, eforturile sistemelor de sănătate de a preveni multimorbiditatea au eșuat parțial din două motive: concentrarea pe o singură boală și conștientizarea, de-obicei cu întârziere, a problemei. O serie de studii au arătat că depresia clinică este cea mai frecventă boală din orice cluster de multimorbiditate, afectând considerabil calitatea vieții unui pacient. În comparație cu majoritatea bolilor care apar (și încep să se grupeze) în ultimii ani, depresia tinde să debuteze mult mai devreme în viața adultă.

Impactul clusterelor de multimorbiditate asupra costurilor totale, inclusiv îngrijirea primară, secundară și asistența socială, rămâne necunoscut. Puține sunt informațiile despre traiectoriile așteptate de utilizare a serviciilor de sănătate în cazul celor mai răspândite grupuri de boli pe măsura acumulării maladiilor cronice și despre modul în care aceste traiectorii diferă între grupurile etnice [25].

Persoanele cu afecțiuni cronice multiple raportează o serie de bariere în calea autoîngrijirii, cum ar fi limitările fizice, lipsa de cunoștințe, constrângerile financiare, logistica obținerii îngrijirilor și nevoia de sprijin social și emoțional. Una din cele mai frecvente maladii studiate este diabetul zaharat. Cercetările în domeniu au specificat că unele comorbidități la pacienții cu diabet zaharat afectează capacitatea acestora de a prioritiza și de a gestiona boala. Pacienții cu afecțiuni considerate fără legătură cu diabetul pot avea nevoie de sprijin suplimentar în luarea deciziilor privind prioritățile de îngrijire și activitățile de auto-gestionare [33]. Autorii au identificat prezența maladiilor asociate „concordante” (cu aceleași obiective terapeutice), care se disting prin calitatea îngrijirii [34]. Alte comorbidități pot fi „discordante”, precum depresia și artrita, cu impact asupra opțiunilor de tratament, limitând schimbările stilului de viață și comportamentele de autoîngrijire recomandate pentru managementul diabetului [35,36].

Modele distincte de instalare a bolilor cronice pot fi identificate

în populația generală care suferă de durere musculoscheletală. Datele din literatură sugerează că sănătatea mintală și metabolică influențează direct intensitatea durerii. Aceste descoperiri sugerează o potențială nevoie de screening pentru entitățile psihiatrice și metabolice ale sănătății atunci când se tratează persoanele în vârstă cu durere musculoscheletală. De notat că persoanele cu boli mintale (cluster psihiatric) sau metabolice (cluster metabolic) experimentează dureri de intensitate mai mare decât cele relativ sănătoase [37].

Asocierea diverselor comorbidități poate afecta nu doar tabloul clinic al unei maladii, dar și regimul terapeutic prescris. Un studiu retrospectiv asupra comorbidităților la pacienții cu osteoartroză, realizat în baza analizei repetate a datelor raportate anterior din perspectiva kinetoterapeutului, și-a stabilit ca scop determinarea impactului comorbidităților asupra tratamentului kinetoterapeutic [38]. Rezultatele cercetării au reliefat că pacienții cu gonartroză suferă de două și mai multe patologii cronice asociate în 61,4% cazuri. Analiza a identificat asocierea dintre osteoartroza genunchiului și alte patologii musculoscheletale, cardiovasculare (HTA), obezitate și diabet zaharat. Unele condiții specifice au determinat nivele crescute ale durerii și/sau limitări funcționale articulare, ceea ce poate influența programul kinetoterapeutic selectat. Uneori, maladiile concomitente servesc drept contraindicații pentru efectuarea exercițiilor fizice [39].

Totodată, osteoartroza cauzează durere mecanică la nivelul articulațiilor, intensificată în timpul mișcării. Prin urmare, activitatea fizică, dureroasă și dificilă pentru cei care au nevoie de ea, deopotrivă cu frica de mișcare, este concepută drept un risc de leziuni. Aceasta, la rândul său, crește riscul dezvoltării ulterioare a altor afecțiuni pe termen lung, care pot agrava durerea și, prin urmare, reduc și mai mult activitatea fizică [40]. Mersul pe jos este una dintre cele mai ușoare modalități de creștere a activității fizice. Un studiu recent realizat de Pereira a constatat că aproximativ 35% dintre persoanele cu o afecțiune

pe termen lung au avut probleme de mers, comparativ cu 68% dintre persoanele cu trei afecțiuni de sănătate pe termen lung [41].

Spectrul tulburărilor cauzate de osteoartroză este foarte larg, variind de la probleme fizice la cele de ordin psihologic. S-a demonstrat că pacienții diagnosticați cu artroză acuză suferința psihologică mai frecvent decât cei cu alte afecțiuni cronice. Este sugerată astfel asocierea multimorbidității fizico-mentale la pacienții cu patologii musculoscheletice.

Studierea clusterelor de multimorbiditate are drept scop identificarea modului în care patologiiile se grupează la un individ și între asocierii dintre numărul de comorbidități și rezultate, cum ar fi: severitatea simptomelor, utilizarea medicamentelor și calitatea vieții. În plus, caracteristicile pacienților pot fi raportate pentru a ajuta la înțelegerea demografiei acestor grupuri. Pe măsură înaintării în vârstă, numărul de stări morbide tinde să crească, astfel pacienții acumulează în timp patologii și factori de risc.

Analiza datelor la nivel de individ sugerează o combinație de condiții patologice care aparent sunt aleatorii. O analiza detaliată a anamnezei și în special a factorilor de risc demonstrează posibilitatea asocierii non-aleatorii a patologiiilor și apariția acestora din cauza factorilor genetici determinanți și de mediu comuni, dar și pentru că o afecțiune sau tratamentul acesteia provoacă o altă stare patologică. De exemplu, antiinflamatoarele nesteroidiene, medicamente prescrise frecvent în cazul afecțiunilor musculoscheletice, trebuie utilizate cu prudență de către pacienții cu antecedente de boli gastrointestinale.

Pentru a evalua impactul multimorbidității asupra managementului clinic și a mecanismelor comune ale bolii, este importantă evaluarea constelației patologiiilor asociate. Cercetările din domeniu au sugerat că afecțiunile cronice multiple pot acționa aditiv sau sinergic repercutându-se negativ asupra sănătății. Datele din țările cu venituri medii indică faptul că multimorbiditatea (pe baza numărului de boli) este asociată

pozitiv cu niveluri mai ridicate de utilizare a asistenței medicale, dar negativ cu rezultatele calității vieții. În plus, asocierea maladiilor de lungă durată și natura dinamică a sănătății și determină o calitate mai slabă a vieții la indivizii multimorbizi, ceea ce reduce capacitatea de a gestiona mai multe condiții și facilitează acumularea de altele noi.

Pentru a minimiza riscurile efectelor negative asupra sănătății la persoanele cu multimorbiditate este necesară o analiză mai profundă a factorilor de risc, a căilor patogenetice comune, a strategiilor de adaptare și a rolului factorilor favorizanți.

## BIBLIOGRAFIA

1. van Oostrom, S., Picavet, H., de Bruin, S., Stirbu, I., Korevaar, J., Schellevis, F., et al. Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice. *BMC Fam Pract* 2014 Apr 07;15:61.
2. van den Akker, M., Buntinx, F., Knottnerus, J. Comorbidity or multimorbidity. *Eur J Gen Pract* 1996.
3. Willadsen, T., Bebe, A., Køster-Rasmussen, R., Jarbøl, D., Guassora, A., Waldorff, F., et al. The role of diseases, risk factors and symptoms in the definition of multimorbidity - a systematic review. *Scand J Prim Health Care*. 2016 Jun;34(2):112-121.
4. Barnett, K., Mercer, S., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., Guthrie, B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012; 380: 37-43.
5. Jindai, K. et al. Multimorbidity and functional limitations among adults 65 or older, NHANES 2005–2012. *Prev Chronic Dis*. 2016; 13: E151.
6. Brettschneider, C., Leicht, H., Bickel, H., Dahlhaus,



A., Fuchs, A., Gensichen, J. MultiCare Study Group. Relative impact of multimorbid chronic conditions on health-related quality of life--results from the MultiCare Cohort Study. *PLoS One*. 2013;8(6):e66742.

7. Farley, J., Harley, C., Devine, J. A comparison of comorbidity measurements to predict healthcare expenditures. *Am J Manag Care*. 2006 Feb;12(2):110-119.

8. Travers, D., Haas, S., Waller, A., Tintinalli, J. Diagnosis clusters for emergency medicine. *Acad Emerg Med*. 2003 Dec;10(12):1337-1344.

9. Arslan, M., Demirci, R. Automatic initialization of image clustering algorithms. *Journal of Scientific Reports-A*. 2022, 51: 297-316.

10. Alonso-Betanzos, A., Bolón-Canedo, V. Big-Data Analysis, Cluster Analysis, and Machine-Learning Approaches. *Adv Exp Med Biol*, 2018;1065:607-626. doi: 10.1007/978-3-319-77932-4\_37.. PMID: 30051410.

11. Schneeweiss, R., Cherkin, D., Hart, L., Revicki, D., Wollstadt, L., Stephenson, M., et al. Diagnosis clusters adapted for ICD-9-CM and ICHPPC-2. *J Fam Pract*. 1986 Jan;22(1):69-72.

12. Prados-Torres, A., Calderón-Larrañaga, A., Hanco-Saavedra, J., Poblador-Plou, B., van den Akker M. Multimorbidity patterns: a systematic review. *J Clin Epidemiol*. 2014 Mar;67(3):254-266.

13. Fränti, P., Sieranoja, S., Wikström, K., Laatikainen, T. Clustering Diagnoses From 58 Million Patient Visits in Finland Between 2015 and 2018. *JMIR Med Inform*. 2022; 10(5): e35422. doi: 10.2196/35422.

14. Hariri, P., Clarke, R. Frequency and types of clusters of major chronic diseases in 0.5 million adults in urban and rural China. *Sage journals*. First published online May 20, 2022. <https://doi.org/10.1177/26335565221098327>.

15. Yusuf, S., Ounpuu, S., Dans, T., Lanas, F., Budaj, A., Varigos, J. Effect of potentially modifiable risk factors associated

with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364:937-952.

16. Masud, S., Hadi, A., Razzaque A. et al. Clustering of chronic non-communicable disease risk factors among selected Asian populations: levels and determinants. *Glob Health Action*. 2009; 2: 10.3402/gha.v2i0.1986. doi: 10.3402/gha.v2i0.1986. PMID: PMC2785214. PMID: 20027260.

17. The Academy of Medical Sciences. Multimorbidity: a priority for global health research. London: The Academy of Medical Sciences; 2018. The Academy of Medical Sciences <https://acmedsci.ac.uk>

18. Nowakowska, M., Zghebi, S., Ashcroft, D., Buchan, I., Chew-Graham, C., Holt, T., Mallen, C., Van Marwijk, H., Peek, N., Perera-Salazar, R., Reeves, D., Rutter, M., Weng, S., Qureshi, N., Mamas, M., Kontopantelis, E. The comorbidity burden of type 2 diabetes mellitus: patterns, clusters and predictions from a large English primary care cohort. *BMC Med*. 2019 Jul 25;17(1):145. doi: 10.1186/s12916-019-1373-y. Erratum in: *BMC Med*. 2020 Jan 25;18(1):22. doi: 10.1186/s12916-020-1492-5. PMID: 31345214; PMID: PMC6659216.

19. Whitty, C., Watt, F. Map clusters of diseases to tackle multimorbidity. *Nature* . 2020. 579, 494-496.

20. Busija, L., Lim, K., Szoeki, C., Sanders, K. M. & McCabe, M. P. Do replicable profiles of multimorbidity exist? Systematic review and synthesis. *Eur. J. Epidemiol*. 2019. 34, 1025-1053.

21. Beaney, T., Clarke, J., Salman, D. et al. Identifying multi-resolution clusters of diseases in ten million patients with multimorbidity in primary care in England. *Commun Med* . 2024. 4, 102. <https://doi.org/10.1038/s43856-024-00529-4>.

22. Canoy, D., Tran, J., Zottoli, M. et al. Association between cardiometabolic disease multimorbidity and all-cause mortality in 2 million women and men registered in UK general practices. *BMC Med* . 2021. 19, 258. <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02126-x>.

23. Akhtar, S., Saikia, N., Muhammad, T. Self-rated health

among older adults in India: Gender specific findings from National Sample Survey. Navaneetham K, editor. PLOS ONE. 2023. Apr 17;18(4):e0284321. doi: 10.1371/journal.pone.0284321.

24. Quiñones, A., Botoseneanu, A., Markwardt, S, et al. Racial/ethnic differences in multimorbidity development and chronic disease accumulation for middle-aged adults. PLoS One. 2019; 14(6): e0218462.

25. Soley, B., Bisquera, A., Ashworth, M., Wang, Y., Durbaba, S., Dodhia, H., Fox-Rushby, J. Identifying multimorbidity clusters with the highest primary care use: 15 years of evidence from a multi-ethnic metropolitan population. British Journal of General Practice. 2022; 72 (716): e190-e198. DOI: 10.3399/BJGP.2021.0325.

26. Sharma, P., Maurya, P. Gender differences in the Prevalence and Pattern of Disease Combination of Chronic Multimorbidity among Indian Elderly. Ageing Int . 2022. 47, 265–283. <https://doi.org/10.1007/s12126-021-09419-9>.

27. Dove, A., Guo, J., Marseglia, A. et al. Cardiometabolic multimorbidity and incident dementia: the Swedish twin registry. Eur Heart J. 2023; 44:573-582.

28. Wang, H. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. Lancet. 2016;388:1459–544. 10.1016/S0140-6736(16)31012-1.

29. Frieden, T., Cobb, L., Leidig, R., et al.. Reducing premature mortality from cardiovascular and other non-communicable diseases by one third: achieving sustainable development goal indicator 3.4.1. Glob Heart . 2020;15:50. 10.5334/gh.531.

30. Jin, Y., Liang, J., Hong, C., Liang, R., Luo, Y. Cardiometabolic multimorbidity, lifestyle behaviours, and cognitive function: a multicohort study. Lancet Healthy Longev. 2023 Jun;4(6):e265-e273. doi: 10.1016/S2666-7568(23)00054-5. Epub 2023 May 4. PMID: 37150183.

31. Huang et al. Analysis of multiple chronic disease characteristics in middle-aged and elderly South Koreans by exercise habits based on association rules mining algorithm. *BMC Public Health*. 2023) 23:1232 <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16099-4>.

32. Farmer, C., Fenu, E., Oâ, €,., Flynn. N., Guthrie, B. Clinical assessment and management of multimorbidity: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2016; 354 :i4843 doi:10.1136/bmj.i4843.

33. Hessler, D., Fisher, L., Bowyer, V., Dickinson, L., Jortberg, B., Kwan, B., Fernald, D., Simpson, M., Dickinson, W. Self-management support for chronic disease in primary care: frequency of patient self-management problems and patient reported priorities, and alignment with ultimate behavior goal selection. *BMC Fam Pract*. 2019, Aug 29;20(1):120. doi: 10.1186/s12875-019-1012-x. PMID: 31464589; PMCID: PMC6714442.

34. Ricci-Cabello, I., Stevens, S., Kontopantelis, E., Dalton, A., Griffiths, R., Campbell, J., et al. Impact of the prevalence of concordant and discordant conditions on the quality of diabetes care in family practices in England. *Ann Fam Med*. 2015;13(6):514–22. <https://doi.org/10.1370/afm.1848>.

35. Ciechanowski, P., Katon, W., Russo, J. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med*. 2000;160(21):3278–3285.

36. Krein, S., Heisler, M., Piette ,J., Makki, F., Kerr, E. The effect of chronic pain on diabetes patients' self-management. *Diabetes Care*. 2005;28(1):65–70.

37. Heikkala, E., Oura, P., Paananen, M., Ho, E., Ferreira, P., Tanguay-Sabourin, C., Karppinen, J. Chronic disease clusters are associated with prolonged, bothersome, and multisite musculoskeletal pain: a population-based study on Northern Finns. *Ann Med*. 2023 Dec;55(1):592-602. doi: 10.1080/07853890.2023.2177723. PMID: 36773018; PMCID: PMC9930817.

38. Salaru, V. Impactul osteoartrozei genunchiului asupra

stării de sănătatea a pacienților, Chișinău 2014, 30p

39. Vîzdoaga, A., Șalaru, V., Mazur-Nicorici, L., Mazur, M. Comorbiditățile la pacienții cu osteoartroza genunchiului influențează sau nu programul kinetoterapeutic. Sport. Olimpism. Sanatate. Materialele Congresului Științific Internațional. Ediția a II-a, 2017, p.90.

40. Stubbs, B., Hurley, M., Smith, T. What are the factors that influence physical activity participation in adults with knee and hip osteoarthritis? a systematic review of physical activity correlates. Clin Rehabil. 2015; 29(1): 80–94.

41. Pereira, D., Peleteiro, B., Araújo, J., et al. The effect of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review. Osteoarthritis Cartilage. 2011; 19(11): 1270–1285

## Capitolul IV

# MULTIMORBIDITATEA FIZICO-MINTALĂ

### *LECȚII ÎNVĂȚATE*

- Multimorbiditatea fizico-mentală reprezintă apariția concomitentă a stărilor de sănătate fizică și psihică la același pacient
- Relația dintre condițiile fizice și psihice este bidirecționată.
- Asocierea patologiilor fizice și mintale este frecventă la circa 40% dintre pacienții cu multimorbiditate.
- Pacienții cu tulburări mintale comorbide și boli netransmisibile experimentează regimuri terapeutice mai complexe, utilizează mai multe resurse, dar au rezultate de sănătate mai joase.

Multimorbiditatea fizico-mentală reprezintă apariția concomitentă a stărilor de sănătate fizică și psihică la același pacient și este o preocupare semnificativă în domeniul sănătății. Persoanele cu boli mintale grave, cum ar fi schizofrenia și tulburarea bipolară, prezintă un risc mai mare de afecțiuni fizice, care le pot afecta sănătatea și calitatea vieții. Majoritatea studiilor cu referire la comorbiditate și multimorbiditate s-au concentrat pe patologii somatice. Povara în creștere a afecțiunilor cronice și a tulburărilor mintale reprezintă o amenințare substanțială pentru bunăstarea gospodăriei prin creșterea cheltuielilor de sănătate, reducerea productivității și a veniturilor. De asemenea, apar provocări pentru sistemul de sănătate în furnizarea unei combinații de servicii de îngrijire preventivă, curativă și de suport, precum și pentru sistemele de asigurări sociale de sănătate în furnizarea de protecție financiară pentru persoanele și gospodăriile afectate.

Multimorbiditatea poate implica diferite modele de afecțiuni cronice fizice și mintale, combinații sau grupuri [1]. Dovezile

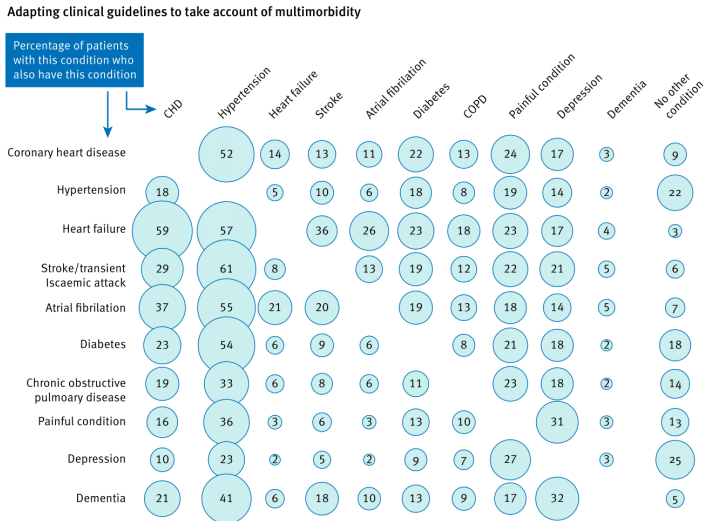
dintr-o meta-analiză sugerează că asocierea dintre afecțiunile cronice fizice și mintale poate fi bidirecțională [2].

Un studiu realizat de McLean a constatat că printre pacienții cu multimorbiditate, 4% au avut multimorbiditate mintală, în timp ce 40% au prezentat atât multimorbiditate fizică, cât și psihică, cel mai frecvent tip la pacienții cu vârsta de sub 55 de ani [3]. Datele din literatura de specialitate abundă în dovezi care sugerează că multimorbiditatea fizică poate duce la dezvoltarea sau persistența problemelor de sănătate mintală [4]. Cu toate acestea, se știe mai puțin despre modul în care modelele specifice de multimorbiditate fizică ar putea avea un impact asupra sănătății mintale în viitor, în special la adulții de vârstă mijlocie. În ciuda prevalenței în creștere a multimorbidității psihofizice în practica cotidiană, atenția se focusează pe patologia somatică sau mintală și mai puțin asupra impactului combinat al multimorbidității psihofizice.

Relația dintre multimorbiditate și tulburările de sănătate mintală poate fi atât biologică, cât și socială. De exemplu, stresul și markerii inflamatori crescuți s-au dovedit a fi asociați cu un risc sporit de a dezvolta depresie [5], precum și cu condiții fizice pe termen lung [6]. Studiile epidemiologice au stabilit, de asemenea, legături dintre depresie, anxietate și bolile cardiovasculare [7].

Pe de altă parte, pacienții cu boli mintale prezintă un risc crescut de afecțiuni somatice, precum și accesul redus la mijloace adecvate de asistență medicală [8]. Datele din literatura de specialitate prezintă tot mai multe dovezi că persoanele cu tulburări mintale sunt mai predispuse la apariția mai multor afecțiuni fizice cronice, inclusiv HIV, diabet zaharat, patologii gastro-intestinale, cardiovasculare și boli respiratorii. Conform datelor prezentate de Farmer C. și coautorii așa condiții precum depresia este frecvent asociată cu hipertensiunea și patologii care cauzează durere cronică, iar demența are o incidență mai înaltă la pacienții cardiopați (Fig. 4.1). De notat și posibilitatea asocierii diverselor comorbidități mintale, astfel circa în 32%

cazuri s-a constat demența și depresia [9].



**Figura 4.1. Asocierea patologiilor cronice somatice și mintale (adaptat după Farmer C. et al.) [9].**

Analiza datelor dintr-un studiu transversal, desfășurat în Malawi Africa, a evidențiat legătura dintre multimorbiditatea determinată de condițiile de sănătate fizică și simptomele crescute de depresie și anxietate. În special, cu cât este mai mare numărul de afecțiuni fizice comorbide, cu atât scorurile simptomelor de depresie și anxietate sunt mai mari [10].

Un studiu a fost realizat în Scoția pe un eșantion de 1 751 841 de pacienți în care 23% aveau două sau mai multe boli fizice. Autorii au identificat că fenomenul de multimorbiditate a fost asociat cu vârsta mai înaintată și statutul socio-economic, dar și cu o frecvență mai mare a problemelor de sănătate mintală. În urma acestui studiu, s-a determinat că 11% dintre pacienții care locuiesc în zonele cu venituri mici și 2% dintre cei din zonele cu venituri mari suferă de multimorbiditate fizico-mintală. De notat că șansele de a avea o tulburare mintală au crescut în prezența unui număr mai mare de tulburări fizice (de exemplu,



de 1,9 ori mai mare pentru pacienții cu doar una față de 6,7 ori mai mare la cei cu cinci sau mai multe maladii de lungă durată asociate) [11].

Analiza impactului socio-economic al multimorbidității psihofizice, a sugerat că acest fenomen are ca rezultat o pierdere a rezervei funcționale, o stare cronică proinflamatoare și o dereglare hormonală multiplă și culminează cu o susceptibilitate ridicată la boli. În consecință, se prefigurează o creștere semnificativă a ratelor de spitalizare, mortalitate și incapacitate de muncă tranzitorie sau permanentă. Datele din literatură estimează că 3,3% dintre utilizatorii sistemului de sănătate care suferă de multimorbiditate sunt responsabili pentru 47% din costurile acestuia [12]. Aceste informații reflectă doar o parte din costurile directe asociate cu multimorbiditatea - există, de asemenea, o serie de costuri indirecte asociate cu multimorbiditatea somatică și mentală [13].

Printre alte boli, tulburările psihice (în special depresia) sunt cele mai semnificative cauze de dizabilitate din lume și un motiv substanțial pentru concediul permanent de muncă, predominant atunci când sunt asociate cu multimorbiditatea fizică [14]. În plus, multimorbiditatea pare să favorizeze reparația depresiei, generând feedback pozitiv și crescând șansele de concediu, fie temporar, fie definitiv [15]. Multimorbiditatea determină o sporire a absenteismului, care poate varia de la 3-6% din timpul total de lucru și, analizat împreună cu dizabilitatea permanentă de muncă, poate reprezenta aproximativ 3-5% din produsul intern brut al unor țări [16].

Studiul realizat de Ronaldson A. și coautorii pe un lot de 157,366 de pacienți din asistența medicală primară a arătat că multimorbiditatea fizică este asociată atât cu depresia incidentă, cât și cu depresia persistentă și anxietatea la adulții de vârstă mijlocie din Marea Britanie. Rezultatele au indicat că clusterul care includea bolile respiratorii și clusterul durere/afectare gastrointestinală au fost cei mai puternici predictorii ai depresiei și ai anxietății incidente. Creșterea numărului de afecțiuni fizice

a fost asociată cu un număr mai mare de vizite la medicul de familie (raportul de incidență [IRR] = 1,41; 95% CI, 1,39–1,43) și cu numărul de zile de spitalizare (IRR = 1,77; 95% CI, 1,68–1,87). Prezența unei afecțiuni mintale a fost, de asemenea, asociată cu un număr tot mai mare de vizite la medicul de familie (IRR = 2,11; 95% CI, 2,03–2,20) și cu numărul zilelor de spitalizare (IRR = 3,59; 95% CI, 2,93–4,41) [17].

Rezultatele unei revizuirii sistematice recente și ale unei meta-analize probează conexiunea indisolubilă dintre multimorbiditate și scăderea calității vieții legate de sănătatea mintală și fizică cu fiecare afecțiune cronică suplimentară. De notat și relația inversă, un risc de multimorbiditate fizică este mai mare în rândul persoanelor cu tulburare psihotică. Această povară a bolii ar putea să reflecte atât expunerea la medicamente antipsihotice, cât și o prevalență mai mare a factorilor de risc comportamentali. Persoanele cu tulburări psihotice au o speranță de viață redusă de 14,5 ani (interval de încredere (IC) 95% = 11,2,17,8) comparativ cu populația generală [18]. Evaluările sistematice anterioare sugerează că persoanele cu schizofrenie și alte tulburări psihotice au o prevalență mai mare a mai multor afecțiuni fizice cronice, inclusiv HIV, diabet zaharat, precum și boli gastrointestinale, cardiovasculare și respiratorii.

Riscul crescut de afecțiuni cronice de sănătate în rândul persoanelor cu psihoză se poate datora tratamentului în curs cu medicamente antipsihotice de a doua generație, care sunt asociate cu efecte secundare cardiometabolice, cum ar fi creșterea în greutate și metabolismul afectat al glucozei [19]. Aceste reacții adverse pot predispuce pacienții la afecțiuni fizice cronice, inclusiv boli cardiovasculare și diabet zaharat, care se grupează în sindromul metabolic [20]. Persoanele cu tulburări psihotice sunt supuse unor factori de risc precum fumatul, obiceiuri nutriționale proaste, perturbarea modelelor de somn și comportament sedentar comparativ cu populația generală.

Stilul de viață, așadar, determină apariția diferitelor afecțiuni cronice, inclusiv cardiometabolice și respiratorii . Mai mult,

psihoza și multimorbiditatea au în comun și alți factori de risc, cum ar fi originea etnică și statutul socioeconomic; persoanele din medii non-albe și din zonele defavorizate din punct de vedere material experimentează o incidență mai mare atât a psihozei, cât și a multimorbidității.

De notat că relațiile complexe dintre tulburările mintale și bolile cronice nu sunt pe deplin elucidate. Pe lângă verigile patogenetice stabilite, așa ca o aderență joasă [21], lipsa de activitate fizică [22] și sindromul metabolic asociat cu tratamentul antipsihotic [23], la etapa actuală sunt discutate și alte posibile modele patogenetice. Mecanismele prin care tulburările mintale pot fi asociate cu boli cronice includ: (A) sindromul metabolic rezultat din medicația psihiatrică; (B) procesul inflamator cauzat de consumul nociv de droguri/alcool/ tutun; (C) problemele din copilărie ca factori de mediu atât pentru bolile netransmisibile, cât și pentru tulburările mintale; (D) mecanisme inflamatorii, cum ar fi nivelurile ridicate ale proteinei C reactivă, interleukina 6 și 12 și factorul de necroză tumorală în depresia acută [24].

Stilul de viață și obiceiurile dăunătoare ale pacienților cu probleme de sănătate mintală au fost elucidate de Peltzer și coautorii care au identificat trei modele de multimorbiditate printr-o analiză factorială, unde al treilea factor (valoare proprie = 1,10), numit tulburări de consum de substanțe, a avut o valoare predictivă mare și anume consumul zilnic sau aproape zilnic de tutun (0,81) și tulburările determinate de consumul de alcool (0,81) [21].

În analiza clusterilor de multimorbiditate realizată de Aubert și coautorii au fost identificate cinci grupuri de modele de multimorbiditate. Grupa 5 („boli psihiatrice”) a inclus tulburări psihiatrice și neurologice, boli cronice de inimă, BPOC, bronșiectazie, artropatie și artrită, care au afectat 23% dintre pacienți [25].

Violan și coautorii au cercetat modele de multimorbiditate în funcție de sex folosind analiza corespondenței multiple.

Grupurile au fost sortate în ordine descrescătoare după numărul de indivizi incluși. Primul cluster a cuprins aproximativ 40% din populație (40,7% dintre femei și 38,7% dintre bărbați). În aceste asocieri, cea mai mare pondere la femei (46,1%) au avut-o tulburările mintale și comportamentale datorate consumului de substanțe psihoactive (tutun) și la 35,3% dintre bărbați - tulburările metabolice. Astfel, clusterul principal de patologii, la bărbați și femei, a inclus următoarele boli cronice: tulburări metabolice, boli hipertensive, tulburări mintale și de comportament datorate consumului de substanțe psihoactive, dorsopatiile și alte tulburări ale țesuturilor moi [26].

O revizuire sistematică și o meta-analiză au constatat că persoanele cu multimorbiditate prezintă un risc de peste două ori mai mare (RR 2,13 95% CI: 1,62 până la 2,80;  $p < 0,001$ ) de a avea o tulburare depresivă în comparație cu persoanele fără multimorbiditate [27]. Rezultatele revizuirii literaturi realizate de Castro-de Araujo și coautorii au scos în evidență asocierea dintre depresie și HIV infecție (OR = 2,08 [IC 95%: 1,53 până la 2,83]), în timp ce pacienții cu hipertensiune arterială și diabet au fost mai puțin predispuși la depresie (OR = 0,45 [IC 95%: 0,23 până la 0,89] [28]. Un alt studiu efectuat în mai multe țări a constatat că severitatea depresiei a influențat șansele de multimorbiditate. Comparativ cu pacienții fără depresie, șansa de multimorbiditate a fost de 2,62 ori mai mare (IC 95%: 2,17 până la 3,15;  $p < 0,0001$ ) la pacienții cu depresie subsindromală și de 3,44 ori mai mare (IC 95%: 3,12 până la 3,79;  $p < 0,001$ ) la cei cu episod depresiv [29].

În Pakistan, în anul 2019, Farooq et al., au constatat că prezența multimorbidității (hipertensiune arterială, obezitate, dislipidemie, diabet, boli de inimă, accident vascular cerebral, migrene, astm și boala pulmonară obstructivă cronică, anemie, boli tiroidiene, bolile articulare, dispepsie/ ulcer peptic, hepatita B sau C, boli renale cronice, inclusiv calculi, cancer și/ sau dizabilitate au crescut cu 33% șansele de a avea simptome de anxietate și depresie (OR ajustat 1,33 [IC 95%: 1,11 până la 1,58.

În plus, adulții cu mai mult de cinci boli cronice au manifestat un risc sporit de apariție a acestor simptome (OR ajustat 2,62) în comparație cu cei cu o boală cronică (OR ajustat 0,98) [30].

O serie de studii s-au focusat pe riscurile și impactul multimorbidității asupra pacienților cu patologii psihiatrice, așa ca schizofrenia. Doar prezența acestui diagnostic crește riscul de multimorbiditate de 1,64 ori. În plus, autorii au ajuns la concluzia că pacienții cu schizofrenie au fost mai susceptibili de a avea un diagnostic de obezitate, hepatită, HIV, diabet și orice boală pulmonară [31]. Rezultate similare au fost expuse și de Rodrigues care a constatat că persoanele cu tulburare psihotică au prezentat un risc crescut cu 1,69 (RR 1,69 [95% CI: 1,37 până la 2,08]) de a avea multimorbiditate, în comparație cu indivizii fără tulburare psihotică [32].

Pacienții cu tulburări mintale comorbide și boli netransmisibile experimentează tratamente mai complicate și rezultate mai slabe ale tratamentului decât pacienții cu afecțiuni izolate.

Această situație se explică prin lipsă de motivație, stare deprimantă, memorie afectată, aspecte cu un impact negativ asupra aderenței la tratament a persoanelor care au comorbidități.

Un alt motiv este stigmatizarea asociată cu tulburarea mintală, care limitează accesul la îngrijire oportună, adecvată și centrată pe pacient. În consecință, pacienții cu astfel de comorbidități au rate mai mari de utilizare a asistenței medicale, dar o calitate mai slabă a îngrijirii și mai multe șanse să beneficieze de îngrijiri de urgență, comparativ cu cei care au boli netransmisibile fără o tulburare mintală comorbidă.

Halstead S. și coautorii au realizat o meta-analiză pentru a estima prevalența multimorbidității fizice și mintale, arătând că fenomenul este frecvent la persoanele tulburări din spectrul schizofreniei și tulburare bipolară. Povara mai mare a multimorbidității fizice la persoanele cu boli mintale severe în comparație cu cele fără este mai pronunțată pentru cohortele mai tinere, reflectând necesitatea unei intervenții timpurii

[33]. Fapt confirmat și de indicatorii de sănătate, persoanele cu probleme de sănătate mintală au o speranță de viață redusă cu 10 și 20 de ani. Mortalitatea prematură este atribuită primordial cauzelor somatice, și nu celor externe, cum ar fi sinuciderea, iar prezența multimorbidității fizice crește acest risc de mortalitate [34].

Utilizarea frecventă a asistenței medicale și calitatea mai slabă a îngrijirii au consecințe asupra cheltuielilor pentru îngrijirea sănătății, crescând potențial atât costurile suportate de pacient, cât și probabilitatea de sărăcire ulterioară.

În studiul SAGE, 23,6% dintre persoanele diagnosticate cu depresie și hipertensiune arterială au avut hipertensiune arterială slab controlată, în ciuda tratamentului, comparativ cu 16,8% dintre persoanele cu hipertensiune arterială, dar fără depresie. Studiul dat a probat că depresia, atunci când este comorbidă cu bolile netransmisibile, sporește semnificativ șansele de contact cu serviciile de ambulatoriu și de spitalizare pentru persoanele cu diabet, artrită, angină, accident vascular cerebral sau boală pulmonară obstructivă cronică și pentru cei cu afecțiuni cronice multiple [35].

Pacienții cu tulburări mintale severe au adesea boli cardiovasculare și diabet, ce, însă, rămân neidentificate din cauza dificultăților de a accesa asistența medicală adecvată și de a comunica eficient cu furnizorii lor de asistență medicală. Chiar și atunci când aceste condiții sunt diagnosticate, pacienții primesc adesea un tratament care nu este în concordanță cu ghidurile, parțial din cauza unui sistem de sănătate fragmentat.

Comorbiditățile conduc la o calitate mai slabă a îngrijirii, la tratamente mai costisitoare și la rezultate mai rele atât pentru tulburarea mintală, cât și pentru boala netransmisibilă. În țările cu venituri mici și medii, aceste relații ar putea fi agravate de existența bolilor infecțioase cronice, în special HIV și SIDA, și de sistemele de sănătate care nu dispun mereu de resurse necesare pentru a face față bolilor netransmisibile sau tulburărilor mintale, din cauza nivelului scăzut de investiții în sectorul

furnizării asistenței medicale, a capacității limitate de resurse umane și a voinței politice scăzute [36].

De asemenea, este important de reținut că impactul tulburărilor mintale și al bolilor netransmisibile se extinde dincolo de persoanele care sunt direct afectate: există și efecte negative asupra sănătății îngrijitorilor lor. Îngrijirea unei persoane cu o boală netransmisibilă cronică, invalidantă sau o tulburare mintală, cum ar fi cancerul sau demența, este stresantă și asociată cu un risc crescut de probleme cronice de sănătate, inclusiv depresie, hipertensiune arterială, probleme de somn și oboseală; utilizarea crescută a medicamentelor psihotrope și mortalitate prematură [37] Costurile indirecte ale unei astfel de îngrijiri necompensate sunt, de asemenea, considerabile. Aceste efecte asupra îngrijitorilor, care sunt adesea membri ai gospodăriei pacientului, pot duce la gruparea bolilor netransmisibile și a tulburărilor mintale în cadrul gospodăriilor, creând gospodării bolnave.

Rezultatele eficiente ale serviciului de asistență primară integrată sunt esențiale atât în țările dezvoltate economic, unde costurile îngrijirii pentru bolile netransmisibile și tulburările mintale sunt deja foarte mari și cresc în spirală, cât și în statele cu venituri mici și medii, unde un număr semnificativ de persoane cu aceste afecțiuni nu beneficiază de îngrijire potrivită. Integrarea este esențială pentru îmbunătățirea accesului la intervenții adecvate pentru persoanele cu afecțiuni comorbide, reducerea modului fragmentat în care este furnizată îngrijirea și oferirea serviciilor corespunzătoare nevoilor și așteptărilor pacienților. O astfel de concepție este în concordanță cu necesitatea unei abordări a serviciului de îngrijire a sănătății centrate pe persoană, care este deosebit de relevantă în domeniul bolilor cronice în toate țările [38].

Multimorbiditatea este un concept emergent de sănătate publică cu o prevalență crescândă în domeniul sănătății mintale. Acest fapt este datorat expunerii persoanelor cu probleme de sănătate mintală la o povară mai mare a factorilor de risc

biologic, psihologic, social, de stil de viață, fiind respectiv mai vulnerabile de a acumula mai multe afecțiuni cronice (altfel spus, multimorbiditate). Prezența unor afecțiuni fizice multiple (multimorbiditate fizică) în combinație cu diagnostice psihiatrice multiple (multimorbiditate psihiatrică) determină subdiagnosticarea și, respectiv, subtratarea bolii fizice. Ratele sporite ale multimorbidității netratate au ca rezultat multiple efecte profunde, cum ar fi mortalitatea prematură, invaliditatea crescută și nevoile mari de asistență medicală. Este important că aceste fenomene funcționează nu numai într-un curent unidirecțional, ci formează o buclă de feedback pozitiv, în care rezultatele finale, cum ar fi dizabilitatea și fragilitatea, constituie factori de risc suplimentari pentru dezvoltarea unor afecțiuni ulterioare de sănătate, ceea ce duce la o severitate crescută a multimorbidității.

Abordarea holistică a pacientului cu multimorbiditate ar putea rezolva o serie din problemele menționate, iar medicii practicieni în activitatea clinică cotidiană necesită practicarea îngrijirii integrate sănătății fizice și mintale.

## BIBLIOGRAFIA

1. Gunn, J., Ayton, D., Densley, K., Pallant, J., Chondros, P., Herrman, H., et al. The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(2):175–84.
2. Read, J., Sharpe, L., Modini, M., Dear, B. Multimorbidity and depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017;221:36–46.
3. McLean, G., Gunn, J., Wyke, S., Guthrie, B., Watt, G.,



Blane, D., Mercer, S. The influence of socioeconomic deprivation on multimorbidity at different ages: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* 2014;64(624):e440–7.

4. Lai, FTT Ma, T., Hou, W. Multimorbidity is associated with more subsequent depressive symptoms in three months: a prospective study of community-dwelling adults in Hong Kong. *Int Psychogeriatrics.* 2019; 31:1367-1371.

5. Dregan, A., Matcham, F., Harber-Aschan, L., Rayner, L., Brailean, A., Davis, K., et al. Common mental disorders within chronic inflammatory disorders: a primary care database prospective investigation. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 2019 Mar 7:annrheumdis-2018. pmid:30846444.

6. Liu, Y., Wang, Y., Jiang, C. Inflammation: the common pathway of stress-related diseases. *Frontiers in human neuroscience.* 2017 Jun 20;11:316. pmid:28676747.

7. Vancampfort, D., Correll, C., Galling, B., Probst, M., De Hert, M., Ward, P., et al. Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large scale metaanalysis. *World Psychiatry.* 2016; Jun;15(2):166–74. pmid:27265707.

8. Leucht, S., Burkard, T., Henderson, J., et al. Physical illness and schizophrenia: a literature review. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;116:317–33.

9. Farmer, C., Fenu, E., Oâ, €, Flynn, N., Guthrie, B. Clinical assessment and management of multimorbidity: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2016; 354 :i4843 doi:10.1136/bmj.i4843.

10. Nkoka, O., Munthali-Mkandawire, S., Mwandira, K., Nindi, P., Dube, A., Nyanjagha, I., et al. Association between physical multimorbidity and common mental health disorders in rural and urban Malawian settings: Preliminary findings from Healthy Lives Malawi long-term conditions survey. *PLOS Glob Public Health.* 2024; 4(4): e0002955. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002955>.

11. Uijen, A., van de Lisdonk, E. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *Eur. J. Gen.*

Pr. 2008; 14 (Suppl 1), pp. 28-32.

12. Navickas, R., Petric, V., Feigl, A., Seychell ,M. Multimorbidity: what do we know? What should we do? *J Comorbidity*. 2016; 6 (1), pp. 4-11.

13. Bielecky, A., Chen, C., Ibrahim, S., Beaton, D., Mustard, C., Smith, P. The impact of co-morbid mental and physical disorders on presenteeism. *Scand J Work Environ Heal*. 2015; 41 (6), pp. 554-564.

14. Ervasti, J., Vahtera, J., Pentti, J., Oksanen, T., Ahola, K., Kivekäs, T. et al. Return to work after depression-related absence by employees with and without other health conditions: a cohort study. *Psychosom Med*. 2105; 77 (2), pp. 126-135.

15. Cabral, G., Dantas de Souza, A., Barbosa, I., Jerez-Roig, J., Souza, D. Multimorbidity and Its Impact on Workers: A Review of Longitudinal Studies. *Safety and Health at Work*. 2019; Volume 10, Issue 4, p. 393-399, ISSN 2093-7911.

16. Ubalde-Lopez, M., Delclos, G., Benavides, F., Calvo-Bonacho, E., Gimeno, D. The D. effect of multimorbidity on sickness absence by specific diagnoses. *Occup Med (Chic Ill)*. 2017; 67 (2), pp. 93-100.

17. Ronaldson, A. et al. Associations between physical multimorbidity patterns and common mental health disorders in middle-aged adults: A prospective analysis using data from the UK Biobank. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2021, Volume 8, 2100149.

18. Rodrigues M., JWiener J., Stranges S, Ryan B, Anderson K., The risk of physical multimorbidity in people with psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis, *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 140, 2021, 110315, ISSN 0022-3999, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110315>.

19. Hjorthøj C. et al. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017; Vol. 4, Issue 4, p. 295-301.

20. Rummel-Kluge, C. et al. Head-to-head comparisons of metabolic side effects of second generation antipsychotics in

the treatment of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr. Res.* 2010; Vol. 123, Issues 2–3, p. 225–233.

21. Patel, V., Chatterji, S. Integrating mental health in care for noncommunicable diseases: an imperative for person-centered care. *Health Aff. Proj. Hope.* 2015; 34, 1498–1505. 10.1377/hlthaff.2015.079.

22. Bueno-Antequera, J., Munguía-Izquierdo, D., Exercise and Schizophrenia. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2020; 1228, 317–332. 10.1007/978-981-15-1792-1\_21.

23. Hálfðánarson, Ó., Zoëga, H., Aagaard, L., Bernardo, M., Brandt, L., Fusté, A. C., et al. International trends in antipsychotic use: a study in 16 countries, 2005–2014. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 2017; 27, 1064–1076. 10.1016/j.euroneuro.2017.07.001.

24. Osimo, E., Pillinger, T., Rodriguez, I., Khandaker, G., Pariante, C., Howes, O. Inflammatory markers in depression: a meta-analysis of mean differences and variability in 5,166 patients and 5,083 controls. *Brain. Behav. Immun.* 2020; 87, 901–909. 10.1016/j.bbi.2020.02.010

25. Aubert, C., Fankhauser, N., Marques-Vidal, P., Stirnemann, J., Aujesky, D., Limacher, A., et al. Patterns of multimorbidity in internal medicine patients in Swiss university hospitals: a multicentre cohort study. *Swiss Med. Wkly.* 2019; 149:w20094. 10.4414/smw.2019.20094.

26. Violan, C., Roso-Llorach, A., Foguet-Boreu, Q., Guisado-Clavero, M., Pons-Vigués, M., Pujol-Ribera, E., et al. Multimorbidity patterns with K-means nonhierarchical cluster analysis. *BMC Fam. Pract.* 2018; 19:108. 10.1186/s12875-018-0790-x

27. Read, J. R., Sharpe, L., Modini, M., Dear B. Multimorbidity and depression: a systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2017; 221, 36–46. 10.1016/j.jad.2017.06.009.

28. Castro-de-Araujo, L., Cortes, F., de Siqueira Filha, N., Rodrigues, E., Machado, D., de Araujo, J., Lewis, G., Denaxas, S., Barreto, M. Patterns of multimorbidity and some psychiatric

disorders: A systematic review of the literature. *Front Psychol.* 2022; Sep 16;13:940978. doi: 10.3389/fpsyg.2022.940978. PMID: 36186392; PMCID: PMC9524392.

29. Stubbs, B., Vancampfort, D., Veronese, N., Kahl, K., Mitchell, A., Lin, P., et al. Depression and physical health multimorbidity: primary data and country-wide meta-analysis of population data from 190 593 people across 43 low- and middle-income countries. *Psychol. Med.* 2017; 47, 2107–2117. 10.1017/S0033291717000551.

30. Farooq, S., Khan, T., Zaheer, S., Shafique, K. Prevalence of anxiety and depressive symptoms and their association with multimorbidity and demographic factors: a community-based, cross-sectional survey in Karachi, Pakistan. *BMJ Open.* 2019; 9:e029315. 10.1136/bmjopen-2019-029315

31. Gabilondo, A., Alonso-Moran, E., Nuño-Solinis, R., Orueta, J., Iruin, A. Comorbidities with chronic physical conditions and gender profiles of illness in schizophrenia. Results from PREST, a new health dataset. *J. Psychosom. Res.* 2017; 93, 102–109. 10.1016/j.jpsychores.2016.12.011.

32. Rodrigues, M., Wiener, J., Stranges, S., Ryan, B., Anderson, K. The risk of physical multimorbidity in people with psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis. *J. Psychosom. Res.* 2021; 140, 110315. 10.1016/j.jpsychores.2020.110315.

33. Halstead, S. et al. Prevalence of multimorbidity in people with and without severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry.* 2024; Volume 11, Issue 6, 431 – 442.

34. Halstead, S., Siskind, D., Warren, N. Making meaning of multimorbidity and severe mental illness: A viewpoint. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry.* 2024;58(1):12-20. doi:10.1177/00048674231195560.

35. World Health Organization . Health statistics and information systems: WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE) [Internet]. Geneva : WHO ; c 2015. Available

from: <http://www.who.int/healthinfo/sage/en> Google Scholar

36. Jenkins, R., Baingana, F., Ahmad, R., McDaid, D., Atun, R. Health system challenges and solutions to improving mental health outcomes. *Ment Health Fam Med.* 2011; 8 ( 2 ): 119 – 27.

37. Feinberg, L., Reinhard, S., Houser, A. , Choula, R . Valuing the invaluable: 2011 update: the growing contributions and costs of family caregiving [Internet]. Washington (DC) : AARP Public Policy Institute; Available from: <http://assets.aarp.org/rgcenter/ppi/ltc/i51-caregiving.pdf> Google Scholar.

38. World Health Organization . WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report [Internet]. Geneva : WHO ; c 2015. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.6\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf) Google Scholar.

## Capitolul V

# MULTIMORBIDITATEA ÎN POPULAȚII SPECIALE

## 5.1. Multimorbiditatea în populația pediatrică

### *LECTII ÎNVĂȚATE*

- Riscul multimorbidității crește odată cu înaintarea în vârstă, dar devine o preocupare comună și la cei mai tineri.
- Prevalența multimorbidității în populația pediatrică variază în studiile populaționale de la 20% la 30%, iar în studiile clinice depășește 50%.
- La circa 15% din populația pediatrică se atestă multimorbiditate fizico-mentală.
- Multimorbiditatea este un fenomen care afectează și populația pediatrică, dar în literatura de specialitate rămân multe aspecte neelucidate.

Bolile din copilărie și adolescență au un impact pe termen lung asupra sănătății individului la vârsta adultă, cu consecințe grave asupra comunităților și societății [1]. Capitolul dat se concentrează asupra fenomenului de multimorbiditate în copilărie (0-18 ani) și particularitățile sale pentru acest grup de populație. Afecțiunile cronice pot întrerupe dezvoltarea normală a unui copil și pot crește vulnerabilitatea acestuia față de integrarea socială (acces la grădiniță, școală etc), de asemenea, implicarea și perspectivele de viitor. Condițiile pe termen lung afectează nu numai sănătatea copilului, ci și calitatea vieții și bunăstarea acestuia și a familiei sale. Managementul de caz va necesita activități pe termen lung realizate de către copil, în rol de pacient, aparținătorii acestuia, profesioniștii din domeniul sănătății și comunitate. În general, gestionarea afecțiunilor

cronice poate fi complexă, costisitoare și cu un impact psihologic, social și economic asupra copiilor afectați și familiilor acestora.

Evaluarea multimorbidității în copilărie este vitală pentru societate, îmbunătățind sănătatea copiilor și răspunzând nevoilor sistemelor de sănătate. Deja este cunoscut că indicatorii de sănătate ai copilului prezic rezultatele ulterioare vizând starea de bine a unei comunități și/ sau populații. Astfel, sănătatea precară a copilului poate determina complexitatea cazurilor în populația adultă și chiar poate accelera procesul de îmbătrânire.

Prevalența fenomenului de multimorbiditate în populația generală variază de la 13.1% la 71.8% în dependență de studiul realizat. Rezultatele unei meta-analize prezintă că multimorbiditatea, în populația generală, este de circa 42.4% (IC 95% 38.9% până la 46.0%) [2]. Cercetările actuale sugerează că prevalența fenomenului de multimorbiditate este înaltă și în populația pediatrică. În studiile populaționale aceasta este de circa 20%–30%, iar în studiile clinice depășește 50% [3]. Copiii și adolescenții cu afecțiuni fizice cronice se confruntă cu o povară psihosocială și emoțională considerabilă. De notat că la circa 15% din populația pediatrică se atestă multimorbiditate fizico-mentală, definită ca asocierea dintre cel puțin o boală fizică și o tulburare psihică.

În plus, copiii și adolescenții care trăiesc cu multimorbiditate prezintă un risc mai mare de inegalități substanțiale în materie de sănătate. Acest lucru poate avea efecte dăunătoare asupra dezvoltării cognitive, sociale și emoționale; nivel educațional; sănătatea, bunăstarea și poziția financiară a membrilor familiei. Dezavantajele sociale și sănătatea precară tind să se grupeze și să interacționeze, inegalitatea în materie de sănătate crescând pe parcursul vieții. Astfel, dezavantajul la începutul vieții determină și sănătatea precară în etapele ulterioare [4].

Un alt aspect controversat este răspândirea acestui fenomen în dependență de caracteristicile socio-economice. Deși nu a existat o diferență semnificativă în prevalența estimată între

țările cu venituri mici sau medii (36,8%) și cele cu venituri mari (44,3%), unii autori sugerează că tinerii care trăiesc în zone defavorizate au rate de multimorbiditate echivalente cu persoanele din grupul de vârstă plus 10-15 ani, dar care locuiesc în zonele cele mai bogate [5].

Estimările la nivel global sugerează că aproximativ unul din patru copii suferă de afecțiuni fizice cronice [6]. Experiența bolilor somatice poate implica provocări considerabile impuse de limitările funcționale, precum și de efortul din partea copiilor și a familiilor lor pentru a le depăși. Adesea, experiențele bolilor fizice în timpul copilăriei până la vârsta adultă au implicații pentru calitatea vieții de-a lungul cursului vieții [7].

Datele statistice din Australia sugerează că circa 20% dintre copii au două sau mai multe afecțiuni pe termen lung. La populația generală, în schimb, proporția variază de la 11% la persoanele cu vârsta cuprinsă între 0-14 ani și 79% dintre cei având peste 85 de ani. Băieții prezintă mai multe șanse de a avea cel puțin o afecțiune pe termen lung, comparativ cu fetele (46% comparativ cu 39%). Cele mai răspândite afecțiuni cronice în populația pediatrică au fost: astmul bronșic, rinita alergică, anxietatea și problemele de dezvoltare psihologică [8].

Rezultatele unui studiu din regiunea Ontario, efectuat în perioada 2003 și 2009, au evidențiat că multimorbiditatea s-a dezvoltat mai rapid decât prevalența unor boli. Conform datelor, creșterea multimorbidității pe parcursul perioadei de studiu de șase ani a fost de zece ori mai mare decât creșterea oricărei afecțiuni individuale [9]. O tendință similară a fost menționată de Paez și coautorii care au raportat o scădere a prevalenței indivizilor cu afecțiuni unice pe parcursul a zece ani, comparativ cu o creștere de la 1,1 la 5,9 puncte procentuale, în rândul celor cu două și, respectiv, trei sau mai multe afecțiuni [10].

Fenomenul dat poate fi explicat prin comportamente nesănătoase, precum și progresele în tehnologia medicală care conduc la supraviețuire mai lungă și o mai mare aptitudine de a trăi cu multe afecțiuni.



Există diferențe socioeconomice în prevalența unor afecțiuni, dar aceasta variază în funcție de conexiunea dintre factorii de risc / etiologia bolii și factorii socioeconomi. Cu toate acestea, asigurarea echității în utilizarea și accesul la servicii este importantă pentru tratamentul și/ sau gestionarea afecțiunilor cronice.

Un sondaj național privind sănătatea copiilor de vârstă școlară a constatat că 31% dintre cei cu o afecțiune pe termen lung sau cu dizabilități au spus: „... starea lor le afecta prezența la școală”. Persoanele cu afecțiuni pe termen lung și îngrijitorii lor au mai multe șanse să sufere și de: probleme de sănătate mintală, deficiență funcțională, speranța de viață redusă. În general, 1 din 7 tineri cu vârsta cuprinsă între 11-15 ani are o problemă medicală de lungă durată [11].

În populația pediatrică o serie de afecțiuni au o prevalență înaltă, ceea ce crește probabilitatea ca acestea să formeze patternul de multimorbiditate în a grupul dat de vârstă. Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) și Centrului pentru Controlul și Prevenirea Bolilor (CDC), aproximativ 25% din populația lumii este anemică, femeile însărcinate și copiii sub vârsta de cinci ani fiind cei mai vulnerabili. Conform datelor statistice, prevalența anemiei a crescut la nivel global, în 2016 aceasta depășind saltul de 40% anual [12]. Alte condiții patologice sunt malnutriția sau supraponderabilitatea la copii. Ambele fenomene sunt prezente în populația pediatrică, iar politicile la nivel global au două obiective: reducerea malnutriției, dar și menținerea constantă a ratei obezității infantile [13].

Un studiu realizat în Nigeria a constatat o prevalență de aproximativ două ori mai mare (48,3%) a asocierii, anemiei, malnutriției și malariei în rândul copiilor cu vârsta cuprinsă între 6 și 59 de luni comparativ cu cei care au doar una dintre aceste boli. Cercetarea a prezentat dovezi că cele trei patologii interacționează, repercutându-se negativ asupra sănătății și mortalității infantile [14].

Pentru a schimba traiectoria prestării îngrijirilor adecvate

copiilor care trăiesc cu multimorbiditate, este nevoie de a înțelege factorii de risc și etiologia acestora la copii. Datele cercetărilor recente sugerează că fenomenul de multimorbiditate în populația generală, dar și în copilărie este determinat atât de maladiile stabilite, cât și de factorii de risc. Numeroase studii au subliniat raportul dintre evoluția multimorbidității și factorii psihologici, comportamentali și sociali care determină stilul de viață al individului (supraponderalitatea și obezitatea, sedentarismul, fumatul și consumul excesiv de alcool) și schimbările demografice (îmbătrânirea populației și inegalitățile de gen) [15]. Modul în care acești factori interacționează cu modelele socioeconomice, demografice și de mediu reprezintă provocarea pentru identificarea modelelor de predicție a rezultatelor de sănătate în viitor.

Paradigma asocierii multimorbidității cu înaintarea în vârstă pare să nu se adevărească completamente la copii, deși majoritatea cercetărilor au raportat o asociere semnificativă a vârstei copilului cu persistența condițiilor pe termen lung. Duah și coautorii identificat un alt aspect al procesului menționat anterior: creșterea vârstei asociată cu o prevalență redusă a multimorbidității, șansele de a avea anemie și diaree comorbidă la copiii cu vârsta cuprinsă între 6 și 23 de luni fiind de două ori mai mari decât cele ale copiilor cu vârsta peste 24 de luni [16]. Alte cercetări au analizat și prezența factorilor protectori împotriva dezvoltării unor maladii cronice care variază în dependență de vârstă și maladia cercetată, rezultatele fiind dificil de aplicat la populația generală.

Un alt aspect abordat în literatura de specialitate este sexul copilului. Unii cercetători au identificat că copiii de sex masculin erau mai susceptibili de a dezvolta multimorbiditate în comparație cu copiii de sex feminin [17]. În mod similar, Tran și coautorii au evidențiat că copiii de sex masculin au cu 22% mai puține șanse de a fi sănătoși în comparație cu copiii de sex feminin [18]. Datele unei cohorte prospective, care a urmărit în dinamică, într-un interval de 22 de ani, peste 5000

de copii au identificat, însă, că femeile sunt mai susceptibile, astfel la vârsta de 22 de ani, jumătate dintre femei au raportat multimorbiditate, inclusiv trei din patru femei și patru din cinci bărbați au prezentat simultaneitatea factorilor de risc [19].

Alți factori predictorii pentru multimorbiditatea pediatrică extrași din lucrările analizate includ masa copilului la naștere și ordinea nașterii copilului. Dar rezultatele nu au prezentat diferențe semnificative între loturi. De asemenea, constatările arată că educația maternă are o corelație negativă cu rezultatele sănătății copiilor [20].

Rezultatele unui studiu descriptiv transversal, care a fost efectuat pe 99513 copii cu vârsta sub 18 ani, incluși în Sondajul național de sănătate din perioada 1992-1994, au arătat că mai puțin de 5% dintre copii au două sau mai multe afecțiuni cronice, iar mai puțin de 1% dintre copii au avut cel puțin trei astfel de afecțiuni. Cu toate acestea, în ciuda acestei prevalențe generale scăzute, unele trăsături notabile ale afecțiunilor cronice multiple ies în evidență. Multe dintre cele mai răspândite perechi de afecțiuni au fost legate de alergii, ratele de apariție concomitentă a acestor tulburări fiind, în general, mai mari decât s-ar fi prezis pe baza ratelor de prevalență pentru afecțiunile individuale. Copiii cu afecțiuni cronice multiple au avut mai multe probleme de sănătate mintală și fizică și au folosit substanțial mai multe servicii de sănătate decât alți copii. De exemplu, prevalența întârzierii în dezvoltare, a dizabilităților de învățare, a problemelor emoționale și comportamentale a crescut brusc odată cu numărul de afecțiuni cronice raportate. Deteriorarea notabilă a măsurilor privind starea de sănătate, cum ar fi zilele în pat, absențele școlare și limitarea activității a fost, de asemenea, asociată cu un număr tot mai mare de afecțiuni cronice. În mod similar, odată cu utilizarea serviciilor spitalicești și medicale a crescut și numărul de afecțiuni cronice [21]. Într-adevăr, calculul costurilor pentru îngrijiri la aproximativ 5% dintre copiii de obicei, diagnosticați cu multimorbiditate, reprezintă circa 60% din costurile de îngrijire a sănătății pentru persoanele

cu vârsta sub 18 ani [22].

Asocierea multimorbidității la copii cu o anumită stare de indiciu a fost obiectivul unei cercetări din Marea Britanie, care a analizat diferențele dintre patternul multimorbidității la cei care au suferit de cancer și lotul control reprezentat de cei care nu au avut în anamneză acest diagnostic. Autorii au studiat datele din dosarele medicale spitalicești ale copiilor cu vârsta <19 ani în intervalul 1997- 2018, în Anglia. Procesul de cercetare a demarat după cinci ani de la prima spitalizare cu diagnosticul de tumoare,, iar rezultatul principal a fost incidența comorbidităților. Povara generală a morbidității în rândul copiilor a fost scăzută în general; cu toate acestea, supraviețuitorii de cancer din copilărie au experimentat o prevalență mai mare și un risc ulterior de spitalizare pentru o serie de morbidități. Prevalența multimorbidității non-canceroase la supraviețuitori a fost de 33,6% (IC: 33-34%), comparativ cu 2,0% (IC: 1,9-2,0%) la copiii fără cancer, indiferent de sex [23].

În ultimii ani, cercetările s-au axat nu doar pe analiza factorilor de risc comuni, dar și pe prezența experiențelor adverse din copilărie. Acestea includ evenimentele sau mediile potențial stresante care apar înainte de vârsta de 18 ani [24]. Ele au fost de obicei luate în considerare în termeni de abuz (ex. emoțional, sexual), neglijare (ex. fizică, emoțională) și disfuncție gospodărească (ex. separarea părinților, încarcerarea membrilor familiei, boala mintală a unui membru al gospodăriei), dar ar putea include și alte forme de stres, cum ar fi: hărțuirea, foametea și războiul [25]. Experiențele adverse din copilărie sunt frecvente: estimările sugerează că 47% din populația din Marea Britanie a experimentat cel puțin o formă dintre acestea, iar 12% experimentând patru sau mai multe [26].

Datele din literatură au sugerat mai multe mecanisme pentru modul în care experiențele adverse în copilărie ar putea influența rezultatele ulterioare asupra sănătății, inclusiv riscul de a dezvolta multimorbiditate. În mod colectiv, ele contribuie la ideea de „stres toxic”. De notat că stresul cumulativ în timpul

fazelor cheie de dezvoltare poate afecta dezvoltarea [27].

Experiențele adverse din copilărie sunt asociate cu riscul de îmbătrânire celulară accelerată, inclusiv modificări ale metilării ADN-ului [28] și lungimii telomerilor [29]. Aceste evenimente rezidă în alterări ale căilor de semnalizare a stresului, inclusiv afectarea sistemelor imunitar, endocrin și cardiovascular [30]. Experiențele adverse sunt, de asemenea, asociate cu diferențe atât structurale, cât și funcționale ale creierului [31]. Aceste schimbări biologice diverse stau la baza dereglărilor psihologice și comportamentale, predispunând indivizii la subestimare și la comportamente riscante pentru sănătate, ceea ce poate duce, la rândul său, la un risc crescut de a dezvolta maladii cronice la nivel individual. Aceste date sugerează ipoteza că experiențele adverse din copilărie sunt un factor important în dezvoltarea multimorbidității [32].

Înțelegerea multimorbidității copiilor și a tinerilor este o problemă urgentă de sănătate publică. Progresul în domeniul asistenței medicale a redus mortalitatea la o vârstă fragedă și mulți copii supraviețuitori ajungând la maturitate [33]. Datele recente sugerează că factorii de risc și unele tulburări mintale ale adulților au debutul în copilărie sau adolescență [34], ceea ce probabil va determina și debutul multimorbidității în aceleași etape ale vieții, cu consecințe pe termen lung pentru individ, familiile acestora, sistemul de sănătate și societate [35].

În populația generală, asocierea dintre multimorbiditatea fizică și mintală reprezintă o provocare pentru practicieni. De fapt, se crede că majoritatea cazurilor de tulburare mintală la adulți apar mai devreme, în timpul copilăriei sau adolescenței [36], ulterior, determinând o povară substanțială [37]. Copiii și tinerii reprezintă, prin urmare, o populație importantă, un reper pentru practicienii din domeniul sănătății publice preocupați de prevenirea tulburărilor mintale pe parcursul vieții. Cu toate acestea, modelul actual de prevenire și îngrijire poate să nu se adreseze în mod adecvat copiilor și tinerilor înșiși; se estimează că 75% dintre copiii care se confruntă cu simptome de tulburare

mentală nu primesc serviciile specializate necesare [38].

Conform datelor din literatură se estimează că 15% dintre toți copiii vor experimenta la o anumită etapă a vieții multimorbiditate fizico-mentală, definită ca apariția concomitentă a cel puțin o boală fizică și o tulburare psihică [35]. Multimorbiditatea fizico-mentală este adesea cronică și s-a dovedit a fi asociată cu un impact negativ semnificativ asupra funcționării zilnice [39], creșterea utilizării serviciilor de sănătate mentală, o probabilitate mai mare de suicid [40] și consum riscant de substanțe în rândul tinerilor [41]. De fapt, diagnosticul unei boli fizice poate crește semnificativ riscul de a dezvolta o tulburare mentală concomitentă; aproximativ 50% dintre toți copiii cu boli fizice se vor confrunta cu o sănătate mentală precară, unde până la 20%-30% pot îndeplini criteriile pentru un diagnostic clinic [42].

Constatările derivate din cercetarea realizată de Romano I. și coautorii au identificat un număr considerabil de studii vizând tulburările mintale în rândul copiilor cu obezitate și cu dureri cronice non-canceroase (inclusiv cefalee și migrene). Într-o măsură mai mică, unele cercetări au fost efectuate și în rândul populațiilor de copii cu boli fizice relativ mai rare, inclusiv boli inflamatorii intestinale, siclemie, paralizie cerebrală, tulburări cardiace, cancer în copilărie și fibroză chistică, asociate preponderent cu ADHD, anxietate și tulburări de dispoziție [43].

Literatura actuală acordă o atenție sporită populațiilor adulte și geriatrice. În plus, o mare parte din cercetările existente, care se referă la apariția concomitentă a bolilor fizice și a tulburărilor mintale în rândul copiilor, nu utilizează termenul de „multimorbiditate”, ci mai degrabă „comorbiditate”. Totuși, în pofida interesului sporit pentru sănătatea mentală a copiilor în ultimele decenii, precum și a progreselor moderne în asistența medicală pentru copiii cu boli fizice, cercetările privind multimorbiditatea fizico-mentală a copiilor rămân lacunare.

La etapa actuală, majoritatea programelor terapeutice sau

ghidurilor clinice pentru managementul bolilor cronice se concentrează pe afecțiuni specifice și unice. Există o preocupare tot mai mare că aceste programe ar putea să nu fie suficiente sau eficiente pentru persoanele cu multimorbiditate. Datele din literatură au evidențiat multiple domenii de impact al multimorbidității în populația pediatrică. Conform datelor CDC SUA, copiii cu boli cronice au de două ori mai multe șanse să se confrunte cu probleme de sănătate mintală în comparație cu colegii lor sănătoși. Potrivit rezultatelor studiului realizat Shattnawi și coautorii, aproape 49,3% dintre îngrijitori au raportat o povară severă, 31,2% dintre copii au avut o deficiență funcțională severă, 19,6% o deficiență moderată și 49,3% funcționalitate completă. Îngrijitorii șomeri au avut o povară subiectivă mult mai mare decât îngrijitorii care lucrează ( $p = .009$ ), iar îngrijitorii singuri (divorțați/văduvi) au avut sarcini mai mari decât îngrijitorii căsătoriți. Părinții copiilor cu boli cronice raportează niveluri mai mari de stres și dificultăți de adaptare în comparație cu părinții copiilor sănătoși [44].

Datele sunt confirmate și de rezultatele prezentate de Academia Americană de Pediatrie conform cărora părinții copiilor cu boli cronice sunt mai predispuși la depresie și anxietate, comparativ cu părinții copiilor sănătoși. Suplimentar la problemele emoționale se anexează și costurile anuale suportate de familiile copiilor cu patologii cronice pentru îngrijiri medicale pot varia de la 2.000 USD la 100.000 USD sau mai mult [45]. O treime din familiile cu un copil diagnosticat cu o boală cronică raportează dificultăți financiare din cauza afecțiunii. Nevoile de asistență medicală ale copiilor cu boli cronice pot fi complexe și continue și includ atât managementul zilnic, cât și abordarea potențialelor urgențe. Povara multimorbidității este determinată de nivelul complex al patologiilor asociate, al nevoilor de îngrijire și de impactul pe care îl are asupra stării de sănătate și a calității vieții pacientului și a familiei.

Conștientizând prevalența bolilor cronice în populația pediatrică, efectele pe termen lung asupra sănătății mintale

și povara financiară și emoțională asupra familiilor, putem contribui la crearea unui mediu mai favorabil pentru copii și familii. Sunt necesare cercetări avansate în domeniu pentru soluționarea problemelor privind: identificarea pacientului cu multimorbiditate, abordarea integrată, evaluarea și reducerea potențialelor riscuri, evitarea polipragmaziei, menținerea aderenței la tratament, creșterea gradului de automanagement și responsabilitate a pacientului, utilizarea eficientă a resurselor limitate, creșterea accesului la servicii calitative și comprehensive și ameliorarea calității vieții pacienților multimorbizi, etc.

Datele din literatura de specialitate confirmă că multimorbiditatea trebuie să fie privită ca un fenomen prezent la toate vârstele. Actualmente, sunt în vizor, cu precădere, adulții în vârstă, ceea ce limitează oportunitățile de a explora debutul multimorbidității timpurii, identificând oportunități precoce de prevenire și intervenție și studiind costurile și impactul asociate cu multimorbiditatea pediatrică.

Copilăria și adolescența sunt în mod distinct diferite de vârsta adultă atât din punct de vedere al sănătății, cât și din punct de vedere social. Reducerea ratelor mortalității infantile datorită îmbunătățirii condițiilor sociale, combinată cu dezvoltarea tehnologică și științifică, a dus la supraviețuirea copiilor, inclusiv a celor fragili cu boli cronice grave, ceea ce va determina în timp sporirea prevalenței multimorbidității la copii.

Multimorbiditatea copiilor și tinerilor creează provocări considerabile pentru individ, familie și sistemul de sănătate. Asocierea problemelor de sănătate fizică și mintală este frecventă la copii și adolescenți, având un impact considerabil asupra calității vieții copilului, asupra vieții funcționării sale emoționale, sociale și fizice. Studiarea fenomenului dat în acest grup de vârstă necesită o abordare comprehensivă, pentru a identifica modalitățile de intervenție la nivel de individ, familie și comunitate.



## BIBLIOGRAFIA

1. Reine, C., et al. Diseases, injuries, and risk factors in child and adolescent health, 1990 to 2017: findings from the global burden of diseases, injuries, and risk factors 2017 study. *JAMA Pediatr.* 2019;173 (6):e190337.
2. Chowdhury, S. et al. Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine.* 2023; volume 57, 101860.
3. Șalaru, V. Multimorbiditatea în populația pediatrică – mit sau realitate. Volum de rezumate. Congresul Internațional al Societății de Pediatrie din republica Moldova ediția a VIII-a „Pediatria- Specialitate multidisciplinară”. 2024, p.790.
4. Ferro, M., Lipman, E., Van Lieshout, R., Gorter, J., Shanahan, L., Boyle, M., Georgiades, K, Timmons, B. Multimorbidity in Children and Youth Across the Life-course (MYLIFE): protocol of a Canadian prospective study. *BMJ Open.* 2019 Nov 3;9(11):e034544. doi: 10.1136/bmjopen-2019-034544. PMID: 31685517; PMCID: PMC6859408.
5. Álvarez-Gálvez, J., Ortega-Martín, E., Carretero-Bravo, J., Pérez-Muñoz, C., Suárez-Lledó, V., Ramos-Fiol, B. Social determinants of multimorbidity patterns: A systematic review. *Front Public Health.* 2023 Mar 27;11:1081518. doi: 10.3389/fpubh.2023.1081518. PMID: 37050950; PMCID: PMC10084932.
6. Merikangas, K., Calkins, M., Burstein, M, et al. Comorbidity of physical and mental disorders in the neurodevelopmental genomics cohort study. *Pediatrics.* 2015;135:e927–38. 10.1542/peds.2014-1444
7. Bai, G., Herten, MH-van., Landgraf, J., et al.. Childhood chronic conditions and health-related quality of life: findings from a large population-based study. *PLoS One.* 2017;12:e0178539. 10.1371/journal.pone.0178539.
8. AIHW analysis of the Australian Bureau of Statistics

(ABS) 2022 National Health Survey (NHS) (ABS 2023a).

9. Koné Pefoyo, A., Bronskill, S., Gruneir, A. et al. The increasing burden and complexity of multimorbidity. *BMC Public Health*. 2015; 15, 415 <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1733-2>.

10. Paez, K., Zhao, L., Hwang, W. Rising out-of-pocket spending for chronic conditions: a ten-year trend. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(1):15–25. doi:28/1/15. 10.1377/hlthaff.28.1.15.

11. Brooks, J., Day, S., Shavelle, R., Strauss, D. Low weight, morbidity, and mortality in children with cerebral palsy: new clinical growth charts. *Pediatrics*. 2011 Aug;128(2):e299-307. doi: 10.1542/peds.2010-2801. Epub 2011 Jul 18. PMID: 21768315.

12. World Health Organisation. Prevalence of Anaemia in Children under 5 Years. Available online: <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent/monitor>.

13. UNICEF/WHO/World Bank Group. Levels and Trends in Child Malnutrition: Key Findings of the 2019 Edition. Available online: <https://iris.who.int/handle/10665/331097>.

14. Obasohan, P., Walters, S., Jacques, R., Khatab, K. The Risk Factors Associated with the Prevalence of Multimorbidity of Anaemia, Malaria, and Malnutrition among Children Aged 6–59 Months in Nigeria. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2024; 21(6):765. <https://doi.org/10.3390/ijerph21060765>.

15. Eyowas, F., Schneider, M., Yirdaw, B., Getahun, F. Multimorbidity of chronic non-communicable diseases and its models of care in low- and middle-income countries: A scoping review protocol. *BMJ Open*. 2019;9:e033320. doi: 10.1136/bmjopen-2019-033320.

16. Duah, H., Amankwa, C., Adomako, I., Owusu, B., Agbadi, P. Comorbid patterns of anaemia and diarrhoea among children aged under 5 years in Ghana: A multivariate complex sample logistic regression analysis and spatial mapping visualisation.

Int. Health. 2020;13:562–572. doi: 10.1093/inthealth/ihaa099.

17. Geda, N., Feng, C., Henry, C., Lepnurm, R., Janzen, B., Whiting, S. Multiple anthropometric and nutritional deficiencies in young children in Ethiopia: A multi-level analysis based on a nationally representative data. *BMC Pediatr.* 2021;21:11. doi: 10.1186/s12887-020-02467-1

18. Tran, T., Biggs, B., Holton, S., Nguyen, H., Hanieh, S., Fisher, J. Co-morbid anaemia and stunting among children of pre-school age in low- and middle-income countries: A syndemic. *Public Health Nutr.* 2019;22:35–43. doi: 10.1017/S136898001800232X

19. Crespo P., et al. Multimorbidity and simultaneity of health risk factors, from adolescence to early adulthood: 1993 Pelotas Birth Cohort. *Preventive Medicine.* 2022; Volume 155, 106932,ISSN 0091-7435.

20. Adedokun, S. Correlates of childhood morbidity in Nigeria: Evidence from ordinal analysis of cross-sectional data. *PLoS ONE.* 2020; 15, e0233259.

21. Newacheck, P., Stoddard, J. Prevalence and impact of multiple childhood chronic illnesses. *J Pediatr.* 1994 Jan;124(1):40-8. doi: 10.1016/s0022-3476(94)70252-7. PMID: 7506774.

22. Wodchis ,W., Austin, P., Henry, D. A 3-year study of high-cost users of health care. *Can Med Assoc J.* 2016;188:182–8. 10.1503/cmaj.150064.

23. Chung C et al. Multimorbidity patterns and risk of hospitalisation in children: A population cohort study of 3.6 million children in England, with illustrative examples from childhood cancer survivors. *The Lancet Regional Health- Europe* 2022;20: 100433 Published online 30 June 2022 <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100433>.

24. Kalmakis, K., Chandler, G., Adverse childhood experiences: Towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing* 2014; 70 (7), pp. 1489-1501, 10.1111/JAN.12329.

25. Demakakos, P., Linara-Demakakou, E. , Mishra, G. Adverse childhood experiences are associated with increased risk of miscarriage in a national population-based cohort study in England Human Reproduction (Oxford, England), 35 (6) (2020), p. 1451, 10.1093/HUMREP/DEAA113.
26. Bellis, M., Hughes, K., Leckenby, N, et al. National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England. *BMC Med.* 2014; 12: 72.
27. Franke, H. Toxic stress: effects, prevention and treatment. *Children.* 2014;1:390–402.
28. Parade, S., Huffhines, L., Daniels, T., Stroud, L., Nugent, N., Tyrka, A. A systematic review of childhood maltreatment and DNA methylation: candidate gene and epigenome-wide approaches. *Transl Psychiatry.* 2021;11:1–33.
29. Ridout, K., Levandowski, M., Ridout, S., Gantz, L., Goonan, K., Palermo, D, et al. Early life adversity and telomere length: a meta-analysis. *Mol Psychiatry.* 2018;23:858–71.
30. Elwenspoek, M., Kuehn, A., Muller, C., Turner, J. The effects of early life adversity on the immune system. *Psychoneuroendocrinology.* 2017;82:140–54.
31. Teicher, M., Samson, J., Anderson, C., Ohashi, K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci.* 2016;17:652–66.
32. Senaratne, D., Thakkar, B., Smith, B.H. et al. The impact of adverse childhood experiences on multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2024; 22, 315. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03505-w>.
33. Ontario Association of Community Care Access Centres Health comes home: a conversation about children with complex health needs (part 3). Toronto, 2013: December 2013.
34. Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., et al.. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:593–602. 10.1001/archpsyc.62.6.593.

35. Ferro, M., Lipman, E., Van Lieshout, R., Gorter, J., Shanahan, L., Boyle, M., Georgiades, K., Timmons B. Multimorbidity in Children and Youth Across the Life-course (MYLIFE): protocol of a Canadian prospective study. *BMJ Open*. 2019 Nov 3;9(11):e034544. doi:10.1136/bmjopen-2019-034544. PMID: 31685517; PMCID: PMC6859408.

36. Westerhof ,G., Keyes, C. Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *J Adult Dev*. 2010;17:110–9. doi:10.1007/s10804-009-9082-ypmid:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20502508.

37. Waddell, C., Schwartz, C., Andres, C. Making children's mental health a public policy priority: For the one and the many. *Public Health Ethics*. 2018;11:191–200. doi:10.1093/phe/phx018,

38. Georgiades K, Duncan L, Wang L, et al. Six-Month prevalence of mental disorders and service contacts among children and youth in Ontario: evidence from the 2014 Ontario child health study. *Can J Psychiatry* 2019;64:246–55. doi:10.1177/0706743719830024

39. Reaume, S., Ferro, M. Chronicity of mental comorbidity in children with new-onset physical illness. *Child Care Health Dev* . 2019;45:559–67. doi:10.1111/cch.12667pmid:http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30982997.

40. Ferro, M., Rhodes, A., Kimber, M. Suicidal behaviour among young people with self-reported chronic illness. *Can J Psychiatry*. 2017;62:845–53. doi:10.1177/0706743717727242.

41. Luther, A., Reaume, S., Qadeer, R., et al. Substance use disorders among youth with chronic physical illness. *Addict Behav*. 2020;110:106517.

42. Merikangas, K., Calkins, M., Burstein, M., et al. Comorbidity of physical and mental disorders in the neurodevelopmental genomics cohort study. *Pediatrics*. 2015;135:e927–38. doi:10.1542/peds.2014-1444.

43. Romano, I., Buchan, C., Baiocco-Romano, L., et al. Physical-mental multimorbidity in children and youth: a

scoping review. *BMJ Open*. 2021;11:e043124. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043124.

44. Shattnawi, K., Al Ali, N., Almanasreh, A. A., Al-Motlaq, M. A. Caregiver burden among parents of children with chronic diseases: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*. 2023; 32, 6485–6493. <https://doi.org/10.1111/jocn.16672>.

45. Hoefgen, E., Andrews, A., Richardson, T., Hall, M., Neff, J., Macy, M., Bettenhausen, J., Shah, S., Auger, K. Health Care Expenditures and Utilization for Children With Noncomplex Chronic Disease. *Pediatrics*. 2017; 140 (3): e20170492. 10.1542/peds.2017-0492

## 5.2. Multimorbiditatea în sarcină

### *LECȚII ÎNVĂȚATE*

- La nivel global, prioritizarea femeilor însărcinate cu multimorbiditate este crucială pentru intervenții eficiente și comprehensive.
- Multimorbiditatea în timpul sarcinii sau al nașterii este un factor major care influențează rezultatele.
- Multimorbiditatea psihologică în timpul sarcinii poate crește semnificativ riscul unor rezultate adverse la naștere.

Prevalența afecțiunilor nontransmisibile este în creștere constantă la nivel mondial, reprezentând circa 50% din povara globală a bolilor [1]. Conform datelor din literatură, în țările industrializate, jumătate dintre adulții de peste 20 de ani au cel puțin o afecțiune cronică [2]. Deși inițial multimorbiditatea a fost considerată un fenomen de îmbătrânire [3], datele studiilor au arătat că riscul de multimorbiditate crește odată cu vârsta, dar indivizii pot fi afectați pe parcursul întregii vieți. Astfel, până la 18% dintre persoanele cu vârste cuprinse între 18 și 49 de ani au multimorbiditate [4]. Prevalența tot mai mare a factorilor de risc de boli cronice și modificarea profilului femeii gravide, inclusiv vârsta maternă avansată, determină un risc sporit de multimorbiditate în perioada de sarcină. Datele din literatura de specialitate au prezentat o prevalență a multimorbidității la femeile gravide care a variat de la 0,83% la 24,2% [5], sugerându-se o probabilitate de creștere a numărului de cazuri.

Rezultatele unui trial randomizat realizat în SUA au identificat că diabetul, hipertensiunea și obezitatea au fost diagnosticate la peste 30% dintre femeile însărcinate, iar problemele de sănătate mintală, așa ca anxietatea sau depresia, au fost depistate în până la 22% cazuri [6].

Impactul multimorbidității asupra sănătății materne în perioada de sarcină și postpartum este o problemă ce suscită tot mai intens atenția cercetătorilor.

Creșterea ratelor de mortalitate maternă, morbiditatea maternă severă și utilizarea crescută a asistenței medicale perinatale au determinat necesitatea evaluării rolului bolilor cronice în explicarea acestor indicatori [7]. În ceea ce privește morbiditatea maternă, s-a optat pentru următoarea definiție: „orice stare de sănătate atribuită și/sau agravată de sarcină și naștere care are un impact negativ asupra bunăstării femeii”[8].

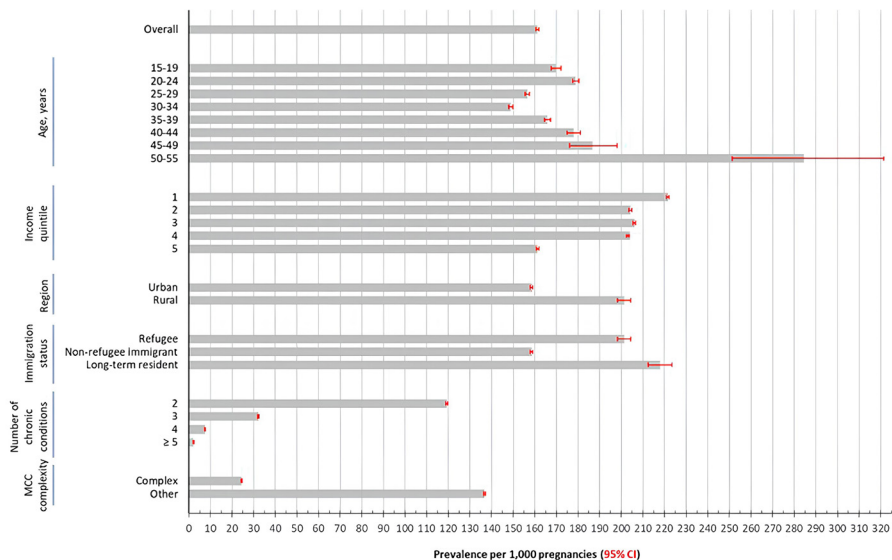
Conform datelor epidemiologice, se înregistrează un deces la 20-30 femei cu morbidități legate de sarcină sau naștere. Estimările morbidității s-au concentrat până în prezent preponderent pe complicații acute și/sau severe, cum ar fi hemoragia, sepsisul și eclampsia [9]. Studiile mai recente sugerează că amploarea multimorbidității materne este mult mai mare decât se considera anterior[10]. Pentru a răspunde tuturor nevoilor de sănătate pe care femeile le pot avea în perioada sarcinii, este important să putem identifica toate tipurile de morbidități și să înțelegem modul în care fiecare patologie influențează alte aspecte ale sănătății și bunăstării femeilor în timpul sarcinii și după naștere. Până în prezent, se constată o penurie de date cu privire la măsurarea și povara bolii descrise ca „morbidity maternă”, „multimorbidity maternă” sau „comorbidity maternă”. Acești termeni sunt adesea folosiți interschimbabil și există o incertitudine cu privire la intervalul de timp în care morbiditatea maternă afectează sănătatea și bunăstarea unei femei. În plus, se reliefează o înțelegere limitată a celor mai bune practici pentru măsurarea diferitelor componente ale bolii materne și descrierile morbidităților, confirmarea interconexiunilor dintre acestea și modul în care diverse patologii se pot asocia și reciproc.

Studiile din SUA [11], Canada [12] și Marea Britanie [13] au arătat în mod constant că bolile cronice și, în special, bolile cardiovasculare, hipertensiunea și diabetul zaharat, au cea mai mare povară asupra sănătății gravidelor. Cu toate acestea, practica obstetricală rămâne focusată pe managementul afecțiunilor cronice individuale și nu asupra impactului lor



combinat [14]. Morbiditatea severă apare de-a lungul unui continuum de sănătate care se extinde de la sarcina și nașterea normale până la insuficiența de organ și moartea maternă. Multiple studii realizate în diferite populații și țări, inclusiv Statele Unite ale Americii [15], Suedia [16], Marea Britanie [17], Japonia [18], Canada [19] ș.a. au raportat că multimorbiditatea fizică și mintală care apar concomitent în timpul sarcinii au un impact grav asupra sănătății atât a mamei, cât și a copilului.

Analiza surselor bibliografice a identificat puține cercetări care au evaluat fenomenul de multimorbiditate propriu-zis și complexitatea acestuia în sarcină. Brown și coautorii [20] au analizat prezența multimorbidității la femeile însărcinate, realizând un studiu de cohortă pe o populație din Ontario, Canada. Rezultatele au demonstrat că în 16,1% dintre sarcini a fost identificată multimorbiditatea. Prevalența acesteia a crescut odată cu înaintarea vârstei materne, în chintilele cu venituri mai mici, în regiunile rurale și la rezidenții pe termen lung. Dintre toate sarcinile, în 11,9,% cazuri au fost stabilite două afecțiuni cronice, 3,2% au avut trei afecțiuni, 0,75% – 4 patologii de lungă durată și 0,2% dintre gravide au avut  $\geq 5$  condiții de lungă durată (Figura 5.1).



**Figura 5.1 Prevalența multimorbidității la gravide (adaptat după Brown 2024) [20].**

Pentru a stabili clusterelor de multimorbiditate, au fost selectate 17 afecțiuni cronice: astm, cancer, aritmie cardiacă, hipertensiune arterială, boală hepatică cronică, boală pulmonară obstructivă cronică, insuficiență cardiacă congestivă, sindrom coronarian, diabet zaharat, boli inflamatorii intestinale, tulburări de dispoziție și anxietate, osteoartroza, boli psihice, boli psihotice, insuficiență renală, accident vascular cerebral și tulburări legate de consumul de substanțe. Mai mult, în analiză au fost incluse și cinci condiții relevante pentru sarcină și anume: HIV, scleroza multiplă, obezitatea, artrita reumatoidă și lupusul eritematos sistemic. Astfel, autorii au identificat cinci tipare de asociere între diverse patologii cronice, care în mare parte au fost neschimbate, așa ca:

Clusterul 1 – obezitate și osteoartroză;

Clusterul 2 – diabet zaharat și obezitate;

Clusterul 3 – astm bronșic și obezitate;

Clusterul 4 – hipertensiune arterială esențială, diabet zaharat și osteoartroză;

Clusterul 5 – obezitate, astm, hipertensiune arterială esențială și diabet zaharat.

Analiza a reliefat că tulburările de dispoziție și anxietatea au fost asociate în diverse proporții în toate cele cinci clustere identificate.

Asocierea dintre anumite boli cronice materne unice specifice și rezultatele perinatale aferente a fost minuțios cercetată ; cu toate acestea, există doar câteva studii privind multimorbiditatea maternă și rezultatele perinatale [21]. Merită a fi menționată, în această ordine de idei, revizuirea sistematică din 2020 în țările cu venituri mici/medii realizată de către McCauley și colaboratorii. Studiul a propus clasificarea multimorbidității materne în trei categorii: morbiditatea fizică (afecțiunile medicale, infecțioase și obstetricale), morbiditatea psihologică (depresia și ideea suicidară) și morbiditatea socială ( violența domestică și abuzul de substanțe) [22]. Grupul de lucru al OMS privind morbiditatea maternă a luat în considerare, de asemenea, morbiditatea fizică, psihologică și socială pentru a evalua morbiditatea maternă [23].

Evaluarea asocierii dintre sarcină-multimorbiditate și rezultatele negative ale nașterii (naștere prematură, greutate anormală la naștere, mortalitate neonatală și nașterea unui făt mort) a fost obiectivul unei analize, care a inclus rezultatele studiilor din perioada ianuarie 1990 până în martie 2023. Metaanaliza a inclus 21 de studii observaționale care au implicat 6.523.741 de femei însărcinate. Cotele globale de multimorbiditate în sarcină asociate cu rezultate negative la naștere au fost 3,11 (2,14-4,09), 3,76 (2,56-4,96) în Europa, 3,38 (1,18-5,58) în America de Nord și 2,94 (0,78-5,09) în Asia. Femeile însărcinate cu multimorbiditate psihologică și fizică au avut șanse crescute de 5,65 (1,71-9,59) și, respectiv, 2,75 (1,71-9,58), pentru rezultate adverse la naștere. Multimorbiditatea în sarcină a fost asociată cu nașterea prematură 4,28 (2,23-6,34), vârsta gestațională mare (>90 percentilă) 3,33 (1,50-5,17), macrosomie ( $\geq 4000$  g) 2,16 (0,34-3,98) și vârsta gestațională

mică (<10 procente) 3,52 (1,54-5,51) [24]. Este cunoscut pe scară largă că morbiditatea fizică maternă, cum ar fi hipertensiunea arterială, bolile renale și lupusul eritematos sistemic, cresc riscul de naștere prematură și nou-născut cu greutate mică la naștere [25].

Există o variație substanțială între finalitatea sarcinii la o pacientă cu multimorbiditate în funcție de tipul de comorbiditate și tipul de rezultat advers la naștere, atribuită și diferențelor din sistemul de sănătate în funcție de locația geografică. Multimorbiditatea maternă afectează milioane de femei în timpul sarcinii și după naștere, iar povara problemelor de sănătate este de așteptat să fie cea mai mare la femeile din țările cu venituri mici și medii [26]. Prin urmare, prioritizarea femeilor însărcinate cu multimorbiditate este crucială pentru intervenții eficiente și integrate pentru a ajuta la identificarea femeilor gravide cu risc crescut de complicații în naștere. Este nevoie de a dezvolta intervenții direcționate pentru abordarea problemei multimorbidității încă din perioada perinatală pentru a asigura rezultate îmbunătățite ale sarcinii [27].

Constatarea lui Brown și coautorii că aproape 84% dintre cazurile de multimorbiditate la femeile însărcinate includeau o tulburare de dispoziție sau anxietate [28] sugerează imposibilitatea ameliorării stării de sănătate a femeilor cu maladii cronice fără a recunoaște comorbiditatea frecventă a afecțiunilor mintale și fizice la această populație. Conform rezultatelor analizei, s-a constatat o asociere crescută între problemele de sănătate mintală și complicațiile obstetricale (hemoragie, infecții, incontinență, travaliu prelungit, naștere prin cezariană, greutate mică la naștere, nașterea unui făt, deces neonatal). Morbiditatea psihologică este mai frecventă la femeile tinere [29] și la cele care dezvoltă diabet gestațional [30].

În cazul femeilor gravide, suplimentar la patologiile fizice și problemele de sănătate mintală, a fost depistată și morbiditatea socială. Revizuirea sistematică realizată de McCauley, M a

demonstrat că cel mai frecvent tip de morbiditate socială raportată la femei în perioada sarcinii a fost violența domestică, urmată de abuzul de substanțe. Violența domestică a inclus: lipsa de respect, sexul forțat, violența partenerului intim, agresiunea fizică, abuzul sever emoțional și verbal. De notat că femeile cu HIV sunt mai susceptibile la morbiditate socială, așa ca: violență domestică [31], sarcina nedorită [32] și suport social insuficient [33].

Alte aspecte ale sănătății sociale, cu rol important pentru sănătatea gravidei și finalitatea pozitivă a sarcinii, au inclusiv consumul de alcool al soțului, sprijinul social slab, insecuritatea alimentară și sarcina neplanificată [34]. În literatura de specialitate au fost prezentate asocieri frecvente între femeile care fac abuz de substanțe (alcool) și cele supuse violenței domestice, totodată violența domestică fiind asociată cu moartea neonatală și complicații materne [35].

Pentru a oferi îngrijiri centrate pe nevoile gravidei sau lăuzei, este important să putem identifica toate tipurile de morbidități și să înțelegem modul în care fiecare patologie influențează sănătatea femeilor în timpul sarcinii și după naștere. Definiția morbidității materne propusă de OMS oferă un cadru de referință, dar nu elucidează problema creării unor instrumente de evaluare, abordări fezabile și acceptabile [36]. Sunt necesari, de asemenea, indicatorii comprehensivi, care pot fi aplicați de rutină în evaluarea multimorbidității materne. Aceștia trebuie utilizați pentru argumentarea deciziilor privind politicile și alocarea eficientă a resurselor pentru îngrijirea ante-, intra- și postnatală. Totodată, sistemele de sănătate ar trebui să ofere, în mod universal, îngrijiri de bază tuturor femeilor în perioada sarcinii și lăuziei și servicii individualizate pentru femeile care au nevoie de îngrijire suplimentară pentru a preveni dezvoltarea și progresia multimorbidității materne.

Studiile din domeniu au demonstrat că strategiile de îngrijire integrată, inclusiv comprehensivă și colaborativă, din partea prestatorilor de îngrijire medicală și psihiatrică, îmbunătățesc

managementul terapeutic, precum și rezultatele legate de sarcină.

Mai multe cercetări au propus abordări ale îngrijirii integrate în mediile obstetricale, așa ca: locație comună a serviciilor de obstetrică, sănătate mintală, nutriție și alte servicii, până la implicarea asistenților sociali pentru a coordona îngrijirea între diverși prestatori.

În practica cotidiană, totuși, eforturile de „integrare” a îngrijirii sunt adesea limitate la activități ad-hoc în mare parte legate de travaliu și naștere, cum ar fi un consiliu medical care reunește specialiști din: medicina de familie, obstetrică, anestezie, neonatologie la termene de 36-38 săptămâni, pentru a stabili un plan de naștere.

Există dovezi emergente ale unei poveri mai mari a multimorbidității la femeile care trăiesc în țări cu venituri mici, precum și date despre asocierea dintre patologiile fizice, psihologice și sociale, sugerând că morbiditățile materne sunt interconectate. Cu toate acestea, sunt limitate datele despre consecințele asocierii dintre diferitele tipuri de afecțiuni.

Lipsa de standardizare a definițiilor și a instrumentelor de colectare a datelor utilizate pentru măsurarea multimorbidității materne a determinat dificultăți în analiza rezultatelor. De asemenea, patologiile fizice, psihologice și sociale au fost adesea descrise ca agregate sau măsuri sumative, limitând comparabilitatea constatărilor.

Multimorbiditatea maternă este asociată și cu un risc crescut de complicații în timpul sarcinii și al nașterii, inclusiv deces matern. Aceasta contribuie la generarea de costuri substanțiale pentru sistemul de sănătate și pentru societate. Factorii de decizie și prestatorii de servicii de îngrijire ar trebui să acorde atenție sporită acestei probleme majore de sănătate publică și să elaboreze intervenții pentru a preveni acest fenomen sau pentru a-i reduce severitatea.

## BIBLIOGRAFIA

1. Benziger, C., Roth, G., Moran, A. The Global Burden of Disease Study and the Preventable Burden of NCD. *Global Heart*. 2016; 11 ( 4): 393–397.
2. Health Canada . Prevalence of chronic diseases among Canadian adults. Ottawa, ON; Health Canada; 2019.
3. Wolff, J., Starfield, B., Anderson, G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Int Med* 2002; 162(20): 2269–2276.
4. Pefoyo Kone, A., Mondor, L., Maxwell, C, et al. Rising burden of multimorbidity and related sociodemographic factors: A repeated cross-sectional study of Ontarians. *Can J Public Health* .2021; 112: 737–747.
5. Kersten, I., Lange, A., Haas, J., et al.. Chronic diseases in pregnant women: prevalence and birth outcomes based on the snip-study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:75. 10.1186/1471-2393-14-75.
6. Clapp, M., Ray, A., Liang, P., James, K., Ganguli, I., Cohen, J.. Postpartum Primary Care Engagement Using Default Scheduling and Tailored Messaging: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2024 Jul 1;7(7):e2422500. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.22500. PMID: 39012630; PMCID: PMC11252898.
7. Brousseau, E., Danilack, V., Cai, F., Matteson, K. Emergency department visits for postpartum complications. *J Women’s Health*. 2018; 27(3): 253–257.
8. Firoz, T., Chou, D., von Dadelszen, P., Agrawal, P., Vanderkruik, R., Tunçalp, Ö., et al. Measuring maternal health: focus on maternal morbidity. *Bull World Health Organ*. 2013;91(10):794–6.
9. Vos, T., Barber, R., Bell, B., et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of

Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386:743–800.

10. Barreix, M., Barbour, K., McCaw-Binns, A., Chou, D., Petzold, M., Gichuhi, G., et al. Standardizing the measurement of maternal morbidity: pilot study results. *Int J Gynecol Obstet*. 2018;141(Supp 1):10–9.

11. Creanga, A., Berg, C., Ko, J., et al. Maternal mortality and morbidity in the United States: where are we now? *J Women's Health*. 2014; 23(1): 3–9.

12. Wen, S., Huang, L., Liston, R., et al. Severe maternal morbidity in Canada, 1991–2001. *CMAJ*. 2005; 173(7): 759–764.

13. McClure, J., Cooper, G., Clutton-Brock, T., et al. Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006–8: a review. *Br J Anesth*. 2011; 107(2): 127–132.

14. Beeson, J., Homer, C., Morgan, C., et al. Multiple morbidities in pregnancy: Time for research, innovation, and action. *PLoS Med* 2018; 15(9): e1002665.

15. Admon, L. et al. Obstetric outcomes and delivery-related health care utilization and costs among pregnant women with multiple chronic conditions. *Prev. Chronic Dis*. 2018; Feb 8;15:E21. doi: 10.5888/pcd15.170397. PMID: 29420168; PMCID: PMC5814150.

16. Al Khalaf S.Y. et al. Pregnancy outcomes in women with chronic kidney disease and chronic hypertension: a national cohort study. *Am. J. Obstet. Gynecol*. 2021; Sep;225(3):298. e1-298.e20. doi: 10.1016/j.ajog.2021.03.045. Epub 2021 Apr 3. PMID: 33823152.

17. Azcoaga-Lorenzo A. et al. Maternal multimorbidity and preterm birth in Scotland: an observational record-linkage study. *BMC Med*. 2023; Sep 12;21(1):352. doi: 10.1186/s12916-023-03058-4. PMID: 37697325; PMCID: PMC10496247.

18. Nakanishi, K., Saijo, Y., Yoshioka, E., Sato, Y., Kato, Y., Nagaya, K., Takahashi, S., Ito, Y., Kobayashi, S., Miyashita, C., Ikeda-Araki, A., Kishi, R. Japan Environment and Children's Study (JECS) Group. Association between maternal



ultimorbidity and preterm birth, low birth weight and small for gestational age: a prospective birth cohort study from the Japan Environment and Children's Study. *BMJ Open*. 2023 Mar 15;13(3):e069281. doi: 10.1136/bmjopen-2022-069281. PMID: 36921942; PMCID: PMC10030623.

19. Adhikari, E., Moreno, W., Zofkie, A., MacDonald, L., McIntire, D., Collins, R., Spong C. Pregnancy Outcomes Among Women With and Without Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection. *JAMA Netw Open*. 2020 Nov 2;3(11):e2029256.

20. Brown, H., Fung, K., Cohen, E, et al. Patterns of multiple chronic conditions in pregnancy: Population-based study using latent class analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2024; 38: 111-120. doi:10.1111/ppe.13016.

21. Kersten, I., Lange, A., Haas, J., et al. Chronic diseases in pregnant women: prevalence and birth outcomes based on the snip-study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:75. 10.1186/1471-2393-14-75.

22. McCauley, M., Zafar, S. & van den Broek, N. Maternal multimorbidity during pregnancy and after childbirth in women in low- and middle-income countries: a systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 637 (2020).

23. Barreix, M., Barbour, K., McCaw-Binns, A, et al.. Standardizing the measurement of maternal morbidity: pilot study results. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;141 Suppl 1:10–9. 10.1002/ijgo.12464.

24. Bestman, P., Kolleh, E., Moeng, E., Brhane, T., Nget, M., Luo, J. Association between multimorbidity of pregnancy and adverse birth outcomes: A systemic review and meta-analysis. *Prev Med*. 2024 Mar;180:107872. doi: 10.1016/j.ypmed.2024.107872. Epub 2024 Jan 23. PMID: 38272269.

25. Lee, S., Azcoaga-Lorenzo, A., Agrawal, U., et al.. Epidemiology of pre-existing multimorbidity in pregnant women in the UK in 2018: a population-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22:120. 10.1186/

s12884-022-04442-3.

26. Graham, W., Woodd, S., Byass, P., Fillipi, V., Gon, G., Virgo, S., et al. Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *Lancet*. 2016;388(10056):2164–75.

27. Admon, L., Winkelman, T., Heisler, M., et al.. Obstetric outcomes and delivery-related health care utilization and costs among pregnant women with multiple chronic conditions. *Prev Chronic Dis*. 2018;15:E21. 10.5888/pcd15.170397.

28. Brown, H., Fung, K., Cohen, E., et al. Patterns of multiple chronic conditions in pregnancy: Population-based study using latent class analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2024; 38: 111-120.

29. Tran, T., Tran, T., Wynter, K., Fisher, J. Interactions among alcohol dependence, perinatal common mental disorders and violence in couples in rural Vietnam: a cross-sectional study using structural equation modeling. *BMC Psychiatry*. 2012;12:148.

30. Natasha, K., Hussain, A., Khan, A. Prevalence of depression among subjects with and without gestational diabetes mellitus in Bangladesh: a hospital based study. *J Diabetes Metab Disord*. 2015;14:64.

31. Shamu, S., Zarowsky, C., Shefer, T., Temmerman, M., Abrahams, N. Intimate partner violence after disclosure of HIV test results among pregnant women in Harare, Zimbabwe. *PLoS One*. 2014;9(10):e109447.

32. Isaksen, A., Østbye, T., Mmbaga, B., Daltveit, A. Alcohol consumption among pregnant women in northern Tanzania 2000–2010: a registry-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:205.

33. Waqas, A., Raza, N., Lodhi, H., Muhammad, Z., Jamal, M., Rehman, A. Psychosocial factors of antenatal anxiety and depression in Pakistan: is social support a mediator? *PLoS One*. 2015;10(1):e0116510.

34. McCauley, M., Zafar, S., van den Broek, N. Maternal multimorbidity during pregnancy and after childbirth in women

in low- and middle-income countries: a systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020; 20, 637. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03303-1>.

35. Stöckl, H., Watts, C., Kilonzo Mbwambo, J. Physical violence by a partner during pregnancy in Tanzania: prevalence and risk factors. *Reprod Health Matters*. 2010;18(36):171–80.

36. Huber, M., Knottnerus, J., Green, L., et al. How should we define health? *BMJ*. 2011;343:d416.

## Capitolul VI

# AUTOGESTIONAREA ÎN CONDUITA PERSOANELOR CU MULTIMORBIDITATE

### *LECȚII ÎNVĂȚATE*

- Persoanele cu afecțiuni pe termen lung sunt cei mai frecvenți utilizatori ai serviciilor de sănătate.
- Implicarea pacientului în autogestionarea stării sale de sănătate, constituie piatra de temelie a managementului bolilor cronice.
- Gradul de implicare a pacientului în procesul de autoîngrijire și autogestiune este asociat cu o varietate de factori.

Persoanele cu afecțiuni pe termen lung sunt cei mai frecvenți utilizatori ai serviciilor de sănătate. Implicarea pacientului în autogestionarea stării sale de sănătate constituie piatra de temelie a managementului bolilor cronice. Echipei medicale de îngrijiri îi revine rolul de a elabora planul de conduită terapeutică, a educa, a împuternici și a sprijini pacientul în autogestionarea afecțiunilor cronice. Există unele dovezi că programele de autogestionare pot îmbunătăți starea de sănătate în condiții individuale [1]. Acest capitol prezintă o analiză a dovezilor și a cercetărilor care au încercat să clarifice dacă programele vizate prezintă aspecte specifice pentru persoanele cu multimorbiditate.

Multimorbiditatea la nivel mondial rămâne o provocare semnificativă pentru sistemele de sănătate, cu o prevalență în creștere în special în regiunile grav afectate de îmbătrânirea populației. Analiza datelor statistice pentru Europa a evidențiat o creștere a prevalenței multimorbidității pe o perioadă de 10 ani, de la 38,2 la 41,5% [2]. Acest fapt determină sporirea numărului

de pacienți care suferă de multiple patologii cronice asociate. Un studiu realizat în 2021, sub conducerea lui Breckner, a sesizat că pacienții cu multimorbiditate necesită tratament și îngrijire constantă. În plus, ei trebuie să-și gestioneze sănătatea și bolile în viața de zi cu zi. Iar oferirea de sprijin pentru automanagementul medical al pacienților este o sarcină importantă a Asistenței medicale primare (AMP) [3].

Multimorbiditatea este asociată cu scăderea calității vieții, declinul funcțional și creșterea utilizării asistenței medicale [4]. Pacienții cu multimorbiditate sunt nevoiți să se confrunte nu numai cu afecțiuni cronice, ci și cu consecințele acestora asupra sănătății, a activităților sale cotidiene, inclusiv administrarea medicamentelor, înregistrarea simptomelor bolii sau a parametrilor de monitorizare (TA, glicemie etc). Astfel, bolile cronice necesită o atenție constantă a persoanelor afectate. Prin urmare, persoanele cu multimorbiditate trebuie adesea să-și dezvolte abilități de gestionare a activităților zilnice, a sănătății și a bolilor sale.

Autogestionarea desemnează „realizarea activităților pe care indivizii le inițiază și le efectuează de sine stătător pentru menținerea vieții, a sănătății și a bunăstării” [5]. În acest context, Loring și Holman, încă în 2003, au identificat un model teoretic de trei sarcini de autogestionare: management medical, management emoțional, management al rolului (social), precum și șase abilități specifice: rezolvarea problemelor, luarea deciziilor, utilizarea resurselor, formarea unui pacient apt să activeze în parteneriat cu presatorii de servicii, planificarea acțiunilor și personalizarea [6].

Atenția și curiozitatea cercetătorilor pentru abordările și intervențiile de auto-management în cazul persoanelor cu afecțiuni cronice multiple, precum și pentru factorii declanșatori a crescut în ultimii ani. Au fost analizate mai multe perspective: eficiența programelor de autogestionare pentru rezultatele serviciilor de sănătate (mortalitatea, mobilitate, durata internării, spitalizări neprogramate, etc), dar

și satisfacția pacientului și a îngrijitorilor cu referire la impactul și modalitatea de implementare a acestor programe.

În lucrarea lui Gobeil-Lavoie, au fost identificate provocări în autogestionare pentru pacienții cu nevoi complexe de asistență medicală, menționându-se că aceștia ar putea să acorde îngrijirii cu precădere unei boli considerate deranjantă sau dominantă în situația concretă. Deși aceștia au o mare oportunitate de a folosi experiențele personale dobândite în trecut pentru a-și îmbunătăți abilitățile de autogestionare, depresia, suferința psihologică, autoeficacitatea scăzută, dar și informațiile contradictorii oferite de presatorii de asistență medicală, prezintă un risc crescut [7].

Cu toate acestea, într-o revizuire a lui Poitras și coautorii, 2018, privind elementele eficiente în îngrijirea centrată pe pacient și multimorbiditate, s-a constatat că intervențiile de susținere a automanagementului prestatori de asistență medicală au un impact pozitiv asupra pacienților cu boli cronice, de ex. satisfacția pacientului și calitatea vieții. Astfel, medicii de familie și echipa lor de practică joacă un rol important în îngrijirea persoanelor cu multimorbiditate [8]. Mai mult, Freilich și coautorii au constatat că profesioniștii din domeniul sănătății ar putea colabora cu pacienții pentru a individualiza suportul de autogestionare prin continuitatea personală și consultații centrate pe pacient [9].

Individualizarea se referă la oportunitatea oferită pacientului de a se implica în realizarea unui plan de autogestionare a stării sale de sănătate (ex. modificarea stilului de viață, alimentație specifică, administrarea medicamentelor, etc.). Cu cât pacienții trăiesc mai mult cu boli cronice, cu atât este mai probabil să se obișnuiască cu cerințele zilnice de tratament, cum ar fi administrarea regulată a medicamentelor și monitorizarea semnelor și simptomelor [10]. De notat că potrivit rezultatelor publicate de Kristensen și coautorii, multimorbiditatea este asociată, pe de o parte, cu aprofundarea singurătății și excluderii sociale, dar, pe de altă parte, cu necesitatea crescută de sprijin.

Aproximativ 18% dintre pacienți s-au simțit adesea sau ocazional singuri, dar rareori au împărtășit această problemă cu medicul lor [11]. Ba mai mult, avansarea în vârstă, izolarea socială, sporirea fragilității vor afecta calitatea vieții acestor pacienți. Condițiile menționate ar putea influența negativ procesul de autogestionare a sănătății [12].

Profesioniștii din asistența medicală primară constituie poarta de intrare a pacientului în sistem și joacă un rol central în gestionarea stărilor pe termen lung. Cu toate acestea, valoarea contribuției lor față de alte surse de sprijin a fost mai puțin recunoscută. Către 2016, Rogers și coautorii în Marea Britanie au publicat un studiu unde au constatat că profesioniștii din asistența medicală primară acoperă circa 15% din totalitatea serviciilor medicale prestate persoanelor cu multimorbiditate [13]. În plus, s-a constatat că profesioniștii din domeniul AMP acordă prioritate coordonării serviciilor și controlului asupra biletelor de trimitere (referirilor), prin care doresc să reducă nevoia de conexiuni și consultații inutile din partea altor tipuri de servicii [14]. Însă, pentru pacienții complecși se asigură funcționalitatea echipei interdisciplinare.

Profesioniștii din asistența medicală primară au fost mai bine evaluați decât alți specialiști în domeniul medical (din asistența medicală secundară), dar mai puțin decât membrii familiei. Echipa medicului de familie realizează o bună parte din „munca specifică bolii”, de exemplu, interpretarea măsurătorilor sau înțelegerea simptomelor, dar mai puțin sunt implicați în „munca emoțională”, de exemplu, mângâiere atunci când sunt îngrijorați sau anxioși [13].

Provocările pacienților cu multimorbiditate în plan emoțional au fost menționate și în studiul lui Erichsen și colaboratorii. Acestea includ, dar nu se limitează la: singurătate, pierderea independenței, schimbarea obiceiurilor sau gestionarea durerii și a poverii cauzate de tratament/boală, etc. Un aspect important, în special pentru pacienții vârstnici, a fost sentimentul de a fi conectat cu familia. Starea lor de spirit este contradictorie. Pe

de o parte aceștia se tem să-și împovăreze familia cu propriile necazuri și griji, pe de altă parte nu consideră ca oportun să solicite suport de la profesioniștii în domeniul sănătății [15].

O revizuire sistematică a intervențiilor în AMP și în comunitate a managementului pacienților cu multimorbiditate a sugerat că acțiunile care abordează factorii de risc sau dificultățile funcționale par a fi mai eficiente [16]. Datele din literatură au raportat că multimorbiditatea apare cu 10-15 ani mai devreme în zonele mai defavorizate din punct de vedere socioeconomic și este mai răspândită la pacienții cu statut socioeconomic mai scăzut [17]. Având în vedere necesitatea de a lua în considerare eterogenitatea multimorbidității, autorii revizuirii Cochrane au sugerat probabilitatea unor efecte diferențiate în funcție de statutul socioeconomic al participanților [18]. Astfel, o intervenție care vizează pacienții multimorbizi din zonele cu deprivare socioeconomică ridicată din Scoția a folosit autogestionarea pentru a îmbunătăți calitatea vieții, rezultatele au fost pozitive și promițătoare [19]. Intervențiile de autogestiuie implică activități de educație și mentorat din partea echipei medicale. Pentru evaluarea opiniei practicienilor din Republica Moldova cu referire la managementul pacienților cu multimorbiditate la nivel de AMP, în 2019 a fost realizat un studiu calitativ. În cadrul a 28 de interviuri semistructurate cu 15 medici și 13 asistenți medicali au fost identificate principalele provocări cu care se confruntă aceștia în îngrijirea pacienților multimorbizi. Participanții au fost recrutați din cinci instituții la nivel de AMP. Interviurile au fost înregistrate audio, transcrise verbatim și analizate folosind o abordare descriptivă. Constatările calitative ale managementului pacienților multimorbizi au fost evaluate conform tematicii. Analiza a evidențiat șapte teme privind principalele provocări în managementul pacienților multimorbizi:

1. fragmentarea și coordonarea deficitară a îngrijirii;
2. neconcordanța protocoalelor actuale pentru diagnostic și tratament specifice unei boli cu necesitățile reale de



management a unui pacient multimorbid;

3. polipragmazia;
4. provocări în furnizarea de îngrijirilor centrate pe pacient;
5. timp redus alocat consultării,
6. utilizare crescută a serviciilor medicale și nevoia de implicare a echipei interdisciplinare;
7. implicarea slabă și responsabilitatea scăzută a pacienților.

Practicienii au declarat că petrec mult timp vorbind cu pacienții despre problemele cu care aceștia se confruntă, dar au subliniat și nevoia de mai mult sprijin din partea autorităților și sporirea resurselor accesibile la nivel de comunitate [20].

Alte provocări ale practicienilor, așa ca lipsa de timp și resurse pentru a presta în mod adecvat îngrijiri pacienților cu multimorbiditate, sunt în concordanță cu constatările din studiul realizat de Damarell R, 2020 [21]. Datele arată clar că, din perspectiva medicilor de familie, managementul multimorbidității, inclusiv programele de autogestione sunt determinate de politica națională sau regională în domeniu. Acestea au impact asupra practicii medicale, dar și asupra îngrijirii pacienților. Astfel, medicii de familie își doresc suport în prevenția și managementul bolilor cronice, în general, și a pacientului cu multimorbiditate, în mod special.

Studiile realizate s-au axat atât pe elucidarea perspectivelor pacienților și ale practicienilor asupra statutului, provocărilor și nevoilor de sprijin pentru autogestionare, cât și pe evaluare diferitor tipuri de intervenții în acest domeniu. Pacienții și practicienii au perceput, în principal, provocările legate de singurătate, schimbarea obiceiurilor sau de a face față bolii. Pacienții și-au dorit sprijin suplimentar din partea medicilor, în timp ce practicienii au sugerat nevoia de a spori resursele comunității. Provocările legate de autogestionarea bolii pot fi abordate prin valorificarea sprijinului social și a inițiativelor comunitare, precum și prin crearea unei conexiuni cu îngrijirea primară.

Condițiile în care trăiește pacientul pot influența nu doar specificul problemelor de sănătate cu care se confruntă, dar și rezultatele activității educaționale, în special în ceea ce privește bunăstarea emoțională, integrarea și sprijinul social [22].

Urmărind oportunități de îmbunătățire a rezultatelor la pacienții cu multimorbiditate, programele de educație vizând autogestionarea sunt din ce în ce mai recunoscute drept o componentă importantă și indispensabilă.

Pacientul cu multimorbiditate utilizează diverse servicii medicale, inclusiv și la nivel spitalicesc. În secțiile specializate pacienții beneficiază de educație sanitară și le sunt dezvoltate competențele de autogestione a bolilor cronice. Eficacitatea acestor programe educaționale, însă, este influențată de o diversitate de factori, deoarece pacienții urmează să le implementeze la domiciliu, fără supravegherea strictă a personalului medical. Rezultatul cercetării autogestionării după externarea din spital, obținut de Brandberg C, 2021 a evidențiat dinamica procesului. În primele patru săptămâni după externare, pacienții cu multimorbiditate s-au confruntat cu două provocări majore în ceea ce privește auto-managementul: „gestionarea unei îngrijiri centrate pe sistem” și „manevrarea sarcinii de a trăi cu mai multe boli la domiciliu”. Autogestionarea pacienților cu multimorbiditate în prima perioadă post-externare este variabilă, nu echivalează cu un set fix de sarcini. Provocările autogestionării includ nu numai povara bolii în sine, ci și cea a contactului cu sistemul de sănătate. Prin urmare, procesul de autogestionare după externare implică susținerea pacienților atât în coordonarea îngrijirii, cât și în satisfacerea nevoilor legate de boală [23]. Autorii au continuat analiza procesului de autogestione post-externare și au identificat că dificultățile apărute în prima săptămână au fost înlocuite cu noi obstacole în a doua sau a treia săptămână. Adică provocările s-au schimbat pe măsură ce pacienții s-au adaptat la noile condiții și treptat au revenit la viața normală. În prima săptămână de după externare pacienții s-au adaptat la condițiile lor de sănătate și au avut

multe întrebări, în special în ceea ce privește managementul medicației. Unele dintre cele mai importante provocări au fost oboseala, simptomele care afectează activitățile din viața de zi cu zi și provoacă izolarea socială. O problemă persistentă a devenit gestionarea noilor regimuri terapeutice. Perioada de după externare a fost caracterizată și de o confruntare de ordin psihologic, tradusă prin efortul de a înțelege noua situație, inclusiv informațiile furnizate în spital. Pe măsura diminuării treptate a stării de oboseală, un nou subiect de anxietate și stres legat de sănătate a apărut în a doua săptămână după externare. Posibil că anxietatea și stresul au fost legate de senzația de a fi o povară pentru rude, vecini sau colegi. Cu referire la sistemul de sănătate, o problemă indicată a fost incertitudinea în identificarea profesionistului medical care este responsabil direct de anumite tipuri de îngrijire după externare (ex. medicul de familie, medicul specialist din ambulatoriu sau staționar, asistentul medical etc.). O altă preocupare a vizat indemnizația de boală stabilită de Casa Națională de Asigurări Sociale. Întrebările privind gestionarea problemelor legate de stres au dominat și au atins apogeul în a patra săptămână. O reducere a oboselii și a altor simptome care afectează viața de zi cu zi a putut fi observată pe parcursul a 4-5 săptămâni [24].

De asemenea, s-a constatat că gradul de implicare a pacientului în procesul de autoîngrijire și autogestiune este asociat cu mulți factori. Vârsta înaintată a fost un factor socio-demografic asociat cu o activare redusă și, respectiv, cu încrederea mai scăzută în posibilitatea de a gestiona propria sănătate. Alte studii au relevat asocieri între nivelul educațional și eficiența autogestionării. Cu toate acestea, descoperirile anterioare au arătat că scorurile de activare a pacienților au fost corelate doar moderat cu statutul socioeconomic, iar caracteristicile socio-demografice ale pacienților (vârsta, sexul, educația și venitul) explicau doar 5%-6% din variația scorurilor de implicare a acestora [24]. Activarea pacientului a fost asociată negativ cu vârsta înaintată, obezitatea, singurătatea, lipsa prietenilor apropiați

și a rudelor, precum și sănătatea precară percepută, capacitatea funcțională și vitalitatea. măsura diminuării treptate a stării de oboseală, cu alți factori socio-demografici sau cu numărul de afecțiuni suferite de pacient. Aceste rezultate sugerează că activarea pacientului este importantă pentru autogestionare și bunăstare la pacienții multimorbizi. Cunoașterea nivelului de activare a pacientului poate fi utilă atunci când se dezvoltă suport și intervenții adaptate capacităților și nevoilor acestora. Astfel, este necesar de a lua în considerare nevoile individuale în educație, cu fortificarea atât a cunoștințelor, cât și a încrederii și a motivației.

Un alt fenomen important în programele de autogestiune este gradul de aderență a pacientului la regimul terapeutic, dar și la modificarea stilului de viață. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, creșterea nivelului de complianță poate avea un impact mult mai considerabil asupra sănătății populației decât îmbunătățirea tratamentului medical specific [25,26]. Prin contrast, non complianța compromite rezultatul tratamentului, ceea ce duce la agravarea bolii, scăderea calității vieții, creșterea ratelor de morbiditate și deces, precum și cheltuieli inutile [27].

Problema interferenței medic-pacient și respectarea recomandărilor prescrise este cunoscută de mult timp. Faptul că pacienții deseori nu respectă prescripțiile doctorului a fost menționat de Hippocrate, care a avertizat medicii să „țină cont de greșelile și slăbiciunile pacienților care deseori îi mint cu privire la luarea medicației prescrise, iar neglijența lor rămâne necunoscută” [28]. Paracelsus sublinia că „la baza tratamentului se află trei elemente: boala, pacientul și medicul. Orice artă medicală va fi în zădar, dacă pacientul nu cooperează cu medicul” [29].

Termenul de „compliance la tratament” se referă la comportamentul bolnavului care se conformează la sfatul medicului privind respectarea prescripțiilor medicale. Acesta a fost propus de către David L. Sackett în 1976 [30]. Unii cercetători consideră că compliancea prevede urmarea pasivă a

indicațiilor medicului fără luarea în considerare a autonomiei pacientului, adică dorințele, posibilitățile etc.[31,32]. Însă Horner și coautorii menționează că indicațiile medicului nu echivalează cu un „act normativ” [33].

În literatura de specialitate este utilizat și termenul de „aderență” ca fiind „o urmare a tratamentului medicamentos elaborat și acceptat de către pacient și medic”[34]. Kyngas și colaboratorii au susținut că termenul de „aderare” oferă o responsabilitate mai mare pentru medic, în scopul de a construi o interacțiune de încredere între doctor și pacient [35].

În literatura de specialitate din Marea Britanie deseori este utilizat și termenul de „concordanță terapeutică”, ceea ce accentuează importanța existenței unui parteneriat direct între pacienți și personalul medical, incluzând dreptul pacientului de a lua decizia de a nu se trata, chiar dacă medicul nu este de acord cu această decizie; însă se limitează la nivelul de comunicare până la luarea deciziei referitoare la tratament, nu și la comportamentul ulterior [33].

Indiferent de termenul folosit în practica cotidiană: „aderență”, „compliantă”, „concordanță”, se conștientizează faptul că în pofida celui mai contemporan tratament prescris de medic, condiția principală pentru îmbunătățirea eficacității tratamentului este o participare activă a pacientului în procesul de tratament și împuternicirea acestuia în autogestiunea problemelor de sănătate cu care se confruntă [24].

Actualmente complianta la tratament reprezintă aderența pacientului la toate recomandările doctorului pe toată durata tratamentului, inclusiv luarea medicamentelor, păstrarea dietei și/sau modificarea stilului de viață. Complianta la tratament se consideră nesatisfăcătoare în cazul în care bolnavul urmează  $\leq 80\%$  sau  $\geq 120\%$  din medicamentele sau dozele prescrise [36]. Nivelul de compliantă terapeutică se determină prin prisma unei formule de calcul [37]:

$\Sigma$  prescripțiilor asumate (respectate)

$$CT = \frac{\text{-----}}{\Sigma \text{ prescripțiilor date de medic}} \times 100$$

CT – complianța terapeutică

Σ– suma

Complianța la tratament reprezintă un parametru dinamic Schimbarea circumstanțelor de viață, cum ar fi: trecerea la un nou loc de reședință, o schimbare de statut social și chiar înlocuirea medicului curant, ar putea duce la o creștere sau o scădere a complianței [38]. Există conceptul de „complianța halatului alb”: creșterea aderenței în zilele imediat premergătoare unei consultații la medicul curant, indiferent de nivelul obișnuit al complianței [39].

Complianța scăzută la tratament reprezintă o problemă majoră la nivel mondial. Conform datelor literaturii de specialitate, cel puțin 125 de mii de decese anual sunt cauzate de noncomplianță, iar 35% – 70% dintre pacienții starea cărora a adus la spitalizare, de fapt, nu și-au luat corect tratamentul preventiv [40]. Noncomplianța reprezintă o provocare pentru toate bolile; independent de tipul de medicament și dacă patologia este cronică sau acută [41], dar fenomenul ia amploare și importanță deosebită în cazul pacienților multimorbizi.

Noncomplianța este legată nu numai de factorii individuali de comportament, dar, de asemenea, de boala în sine, complexitatea și durata tratamentului, posibilele reacții adverse la medicamente, costul tratamentului și factorii sociali. Mai mult decât atât, complianța este afectată și de relația pacient – prestatori și/sau factori de importanță sistemică și organizatorică asociați cu sistemul de sănătate publică [42].

În termeni comportamentali, non-complianța sau inaderență se poate traduce prin unul sau mai multe comportamente diferite [43], cum ar fi:

1. pacienții nu reușesc să se prezinte la timp pentru eliberarea unei noi rețete;

2. pacienții întrerup temporar (vacanțe terapeutice) sau complet luarea medicamentelor;
3. pacienții modifică, intenționat sau neintenționat, modul de administrare a terapiei (altă doză, alte orare, etc.);
4. pacienții nu aplică recomandările privind modul de administrare a tratamentului (alimente, băuturi permise/interzise, tipuri de exerciții fizice recomandate, etc.);
5. pacienții aplică defectuos, parțial sau incomplet sfaturile medicale privind stilul de viață adecvat.

Inaderența intenționată și cea neintenționată sunt forme utile de diagnosticat în practica clinică. Înțelegerea acestor două tipuri de aderență este destul de intuitivă și nu necesită definiții detaliate. Inaderența neintenționată este asociată cu capacitatea de a lua medicamente conform recomandărilor și cu disponibilitatea resurselor necesare pacientului. Inaderența intenționată ține, în primul rând, de motivație și de rațiune (de credințele și judecățile de valoare ale pacientului) [44]. Cercetările au demonstrat că aderența scăzută la medicamente este multifactorială și multidimensională, legată de pacienți, medici și sistemele de sănătate. În studiul realizat de Allaham în Emiratele Arabe Unite, aderența la medicamente a fost de aproximativ 79% [42], în comparație cu țările dezvoltate (50%) [45], pe când rezultatele privind aderența la medicamente obținute din Spania au fost de 55,5% [46], China - 53% [47] și SUA - 48% [44].

Datele cercetărilor au evidențiat o serie de factori care pot influența gradul de aderență a pacienților cu multimorbiditate, inclusiv la programele de autogestiune. Printre aceștia, remarcăm factorii socio-demografici, așa ca naționalitatea, ocupația, venitul gospodăriei și asigurările de sănătate [42]. Alte studii au depistat factori diferiți în funcție de variabilele de rezultat măsurate. În studiul spaniol (2019), vârsta mai înaintată, numărul mai mic de farmacii utilizate pentru completarea stocurilor de medicamente, accesul la informații

complete despre tratament, cunoștințele adecvate despre regimul de medicamente și percepția unei bune calități a vieții au fost factori independenți asociați cu aderența [46]. Într-un alt studiu, efectuat în Arabia Saudită în rândul pacienților cu diabet zaharat, nivelul de complianță a fost asociat pozitiv cu vârsta și educația [48]. Aceste rezultate diferite demonstrează diversitatea factorilor determinanți pentru neaderarea la regimurile terapeutice și programele de autogestiune.

În scopul evaluării gradului de aderență la tratament și la programul de autogestiune a pacienților cu multimorbiditate din Republica Moldova, am efectuat un studiu transversal pe un eșantion de 86 de pacienți. Cercetarea a fost realizată în perioada 2018-2019 în cadrul IMSP AMT Centru [49].

În lotul de studiu au predominat femeile 1,4:1. Vârsta medie a pacienților la momentul examinării a fost de  $52,07 \pm 0,6$  (i-v 25-81). Conform locului de reședință majoritatea participanților erau din mediu urban (84,89%), ceea ce corespunde cu aria de deservire a IMSP AMT Centru (Tab. 6.1). Ponderea numărului de patologii per pacient a variat de la două la cinci, cu o medie per lotul de studii de  $2,75 \pm 0,5$  maladii.

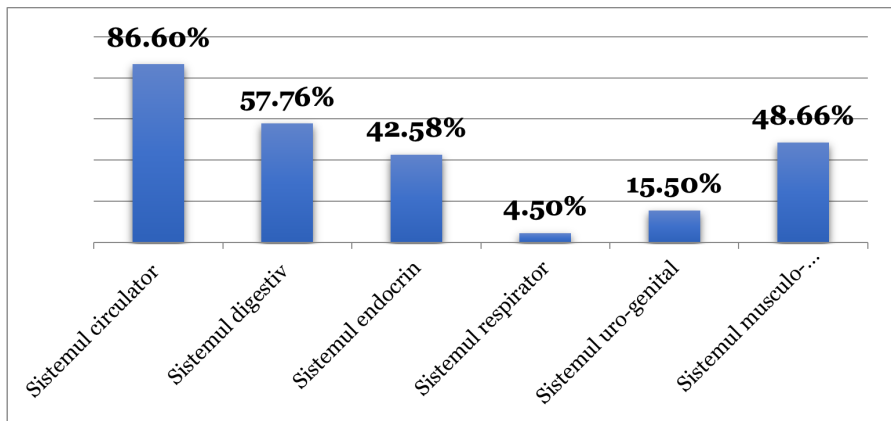
Din spectrul nozologiilor atestate în lotul de studiu, conform CIM X, am remarcat: maladii ale sistemului circulator, ale sistemului endocrin, tulburări de alimentație și boli metabolice, ale sistemului digestiv, ale sistemului respirator, ale sistemului uro-genital și respectiv ale sistemului musculo-scheletal și țesutului conjunctiv (Fig.6.1).



**Tabelul 6.1. Caracteristica generală a pacienților din lotul de studii (n=86)**

<b>Parametrii evaluați</b>	<b>Abs, %</b>
Gen • femei • bărbați	50 (58,14%) 36 (41,86%)
Mediul de reședință • urban • rural	73 (84,89 %) 13 (15,11%)
Vârsta la momentul cercetării, ani M±m	52,07± 0,6 (i-v 25-81)
Numărul de patologii cronice la momentul cercetării	2,75± 0,5 (i-v 2-5)
Numărul de medicamente administrate zilnic, M±m	4,02±0,4 (i-v. 2-7)
Timpul mediu alocat pentru realizarea programului de autogestiune a maladiilor, minute M±m	29,76±1,7 (i-v. 10-120)

Afecțiunile cardiovasculare identificate cel mai frecvent au fost: hipertensiunea arterială, cardiopatia ischemică, ateroscleroza vaselor membrelor inferioare. Pacienții incluși în studiu au fost diagnosticați cu următoarele boli digestive: gastrită cronică, pancreatită cronică, hepatită virală B și, respectiv, cu diabetul zaharat tip 1 și tip 2, maladie a sistemului endocrin S-au constatat afecțiuni ale sistemului respirator, precum: bronșita cronică, astmul bronșic și BPOC. Sistemul uro-genital a fost afectat de: pielonefrită cronică și urolitiază, iar cel musculoscheletal de osteoartroză și radiculopatie discogene.



**Figura 6.1. Ponderea patologiilor asociate la pacienții din lotul de studiu N=86 (%).**

Studiul nostru s-a focusat pe aspectele complexe ale complianței la tratament a pacienților cu multimorbiditate. Pentru evaluarea nivelului de aderență am utilizat Scala Morisky-Green-Levine cu patru itemi, un instrument generic pentru evaluarea aderenței la tratament. Scorul de 0 puncte a fost apreciat ca aderență înaltă, 1-2 puncte - aderență intermediară și rezultatele de 3-4 puncte au fost apreciate ca aderență scăzută [50,51]. Potrivit rezultatelor obținute, cei mai mulți pacienți 49 (57,0%) au manifestat un grad de aderență intermediară la programul terapeutic și de automanagement al patologiilor de care suferă și 37 (43,0%) pacienți s-au remarcat printr-o complianță scăzută la tratament. De notat că din lotul de pacienți examinați nu am identificat niciunul care să manifeste un nivel înalt de aderență.

În continuare am identificat numărul de medicamente administrate zilnic pentru tratamentul maladiilor existente. Am obținut o medie de  $4,02 \pm 0,4$  medicamente utilizate, cu un interval variațional de la 2 la 7. Calea de administrare a acestora a variat în lotul de studiu: 69 de pacienți (80,23%) administrau medicamentele doar per os, iar 17 pacienți (19,76%) aveau un mod combinat de administrare a medicației (per os, subcutanat,

inhalator). Analiza timpului acordat de pacienți autogestioniunii maladiilor concomitente a evidențiat că aceștia, în mediu, petreceau circa jumătate de oră ( $29,76 \pm 1,7$  minute) realizând toate activitățile necesare pentru tratamentul și monitorizarea maladiilor concomitente. În lotul de studiu, intervalele de timp utilizat au fost foarte mari de la 10 minute la circa două ore zilnic. La întrebarea dacă pacienții au dificultăți în realizarea autogestioniunii multimorbidității, 53 de pacienți (61,63%) au răspuns afirmativ. Printre motivele care au împiedicat pacienții să urmeze strict schema terapeutică am determinat: memoria alterată, lipsa timpului la momentul administrării medicației, vârsta înaintată, complexitatea regimului medical.

Am manifestat interes pentru evaluarea frecvenței vizitelor efectuate la medicul de familie, inclusiv pentru educația pacientului și ajustarea regimului terapeutic. Astfel, pe parcursul a 12 luni predecesoare studiului, 38 (44,1%) de pacienți au vizitat medicul de familie de patru ori, 16 (18,6%) pacienți au apelat de două ori la serviciile medicului de familie, în timp ce 20 (23,2%) de pacienți au avut nevoie de trei vizite și doar 12 (13,9%) participanți la studiu s-au adresat o singură dată. Numărul mediu de vizite la medicul de familie constituie  $2,97 \pm 0,2$  (i-v 1-4). Cele mai frecvente cauze invocate de pacienți care au servit motiv pentru vizitele repetate la medicul de familie au fost: prescrierea medicamentelor compensate și obținerea de bilete de trimitere la medicii specialiști pentru evaluarea în dinamică a stării de sănătate.

Durata medie a unui consult medical a fost de  $11,86 \pm 3,2$  minute. Am identificat că cei mai mulți, 47 de pacienți (54,65%), au indicat că ultimul consult efectuat la medicul de familie a durat circa 10 minute; șase (8,1%) pacienți au menționat o durată de cinci minute versus 24 (27,9%) de pacienți la care durata ultimei vizite la medicul de familie a fost de 15 minute. Doar opt pacienți au confirmat că vizita la doctor a durat peste 20 de minute. Ulterior, am continuat cercetarea prin aprecierea gradului de satisfacție a pacienților cu multimorbiditate cu referire

la procesul de comunicare cu prestatorii de servicii medicale la nivel de AMP. Astfel, participanții studiului au fost întrebați dacă sunt satisfăcuți de comunicarea cu medicul de familie. În cazul unui răspuns negativ, în cadrul interviurilor directe am evaluat care sunt motivele nemulțumirii. Conform rezultatelor, 79% dintre participanți sunt satisfăcuți de comunicarea cu medicul de familie, în timp ce 21% afirmă că au rămas nemulțumiți la fiecare vizită efectuată. Printre motivele invocate, am constatat: utilizarea excesivă a terminologiei în conversație, informarea insuficientă cu privire la utilizarea medicamentelor și efectele secundare, numărul mic de medicamente compensate, imposibilitatea de a efectua unele investigații instrumentale la momentul dorit, întreruperea consultației de alți pacienți și colegi de lucru, lipsa asistentului medical care să reducă din sarcinile medicului de familie și, în unele cazuri, deficiențele de comunicare cu personalul medical.

În cadrul interviurilor am încercat să evidențiem factorii asociați cu o complianță scăzută la pacienții cu multimorbiditate din țara noastră. Cel mai frecvent au fost enunțați următorii: stresul psihosocial; anxietatea cauzată de complexitatea regimului de medicație și posibilele efecte adverse; frica de dependență și hepatotoxicitate; cunoștințe insuficiente în gestionarea simptomelor bolii și a tratamentului și înțelegerea greșită a instrucțiunilor de tratament. Subliniem că 61,63% pacienți au întâmpinat dificultăți în administrarea tratamentului. În cadrul aceluiași exercițiu de interviu au fost stabiliți, conform opiniei pacienților, și factorii ce ar contribui la sporirea complianței: simplificarea regimului terapeutic, administrarea medicamentelor pentru aceeași patologie într-o priză unică, creșterea numărului de medicamente compensate, optimizarea costului medicamentelor necompensate, îmbunătățirea comunicării medic-pacient, implicarea activă a familiei sau a asistentului social pentru a beneficia de suport psihologic.

Aderența la tratament a pacientului multimorbid este o problemă complexă și actualmente există un interes sporit

pentru urmărirea complianței la tratament de către medicii de familie din cauza numeroaselor semnale de nerespectare a schemei terapeutice prescrise. Noncomplianța la tratamentul medicamentos este observată cel mai des la pacienții multimorbizi care urmează un tratament cronic și care, în consecință, determină reducerea indicatorilor de performanță a tratamentului în patologia cronică. Îmbunătățirea complianței la tratament a pacienților multimorbizi implică abordarea unui set de întrebări ce trebuie să devină firești în în asistența medicală primară.

Cele cinci dimensiuni pe care se bazează complianța la tratament sunt concepute și drept criterii de clasificare a întrebărilor discutate cu fiecare pacient [52].

#### 1. Factorii socioeconomici

- Este pacientul capabil să se autoîngrijească? Are pe cineva din familie sau prieteni pentru a beneficia de un anumit suport?

#### 2. Factorii ce țin de sistemul de îngrijire a sănătății

- Respectă pacientul un regim medicamentos complex? Este disponibil dosarul electronic al pacientului pentru a permite tuturor specialiștilor din domeniul sănătății să verifice medicamentele administrate?

- Deține pacientul suficiente cunoștințe referitoare la starea de sănătate?

#### 3. Factorii ce țin de îngrijirea sănătății

- Este conștientă echipa de asistență medicală de problemele cu care se confruntă pacientul acasă în legătură cu consumul de medicamente?

- De câte ori a apelat pacientul la echipa de asistență medicală din cauza problemelor apărute demonstrând astfel încrederea pe care o are?

#### 4. Factorii ce țin de regimul terapeutic

- Este necesar de a elimina vreun medicament din schema terapeutică pentru a facilita regimul de administrare?

- Are pacientul anumite reacții adverse la medicamentele utilizate?

- Sunt metode pentru a facilita schema terapeutică?

#### 5. Factorii ce țin de pacient

- Este pacientul suficient informat referitor la medicamentele pe care le ia și patologiiile cu care se confruntă?

- Este pacientul capabil să gestioneze singur regimul de medicație prescris?

- Este pacientul dispus să-și ia medicamentele conform indicațiilor medicului?

După cum observăm, există multiple motive pentru ca un pacient să nu fie aderent la terapie, ceea ce explică faptul că problema enunțată nu poate avea doar o soluție..

Consiliul Național American pentru Educarea și Informarea Pacienților (NCPIE) a propus următoarele recomandări pentru încurajarea creșterii complianței terapeutice [53]:

1. considerarea creșterii complianței la tratament ca fiind o prioritate în cadrul serviciilor de sănătate publică;

2. crearea unui program național unitar pentru promovarea complianței terapeutice, prin implicarea participanților publici și privați, precum și a instituțiilor medicale;

3. abordarea multidisciplinară a educației pacienților și a managementului privind complianța la tratament;

4. formarea profesională continuă a personalului medical;

5. abordarea barierelor în aderență în rândul pacienților cu abilități reduse de înțelegere a conceptelor medicale;

6. crearea mijloacelor de comunicare a informațiilor privind complianța și managementul acesteia.

În contextul celor expuse, interesul cercetătorilor s-a focusat pe identificarea metodelor de sporire a competențelor pacienților cu multimorbiditate în autogestiunea problemelor de sănătate cu care se confruntă, factorii care pot influența rezultatele, inclusiv îmbunătățirea complianței, dar și modalitățile de depășire a obstacolelor. Toate recomandările propuse pot fi divizate în trei grupe: legate de pacient, de personalul medical și de tratament

[37].

Metodele de îmbunătățire a aderenței nu pot fi universale: ceea ce este potrivit pentru un pacient poate să nu fie acceptabil pentru altul. Intervențiile inițiate trebuie planificate și adaptate individual, deoarece fiecare pacient este unic, cu particularitățile sale.

Educația sanitară reprezintă prima acțiune care trebuie să fie întreprinsă. Aceasta poate fi realizată prin furnizarea informației necesare despre patologii prezente și metodele de tratament, inclusiv complicațiile sau reacțiile adverse posibile în rezultatul nerespectării acestuia. Intervențiile educaționale care implică atât pacientul, cât și rudele sau îngrijitorii acestuia la fel sunt considerate promotoare ale schimbărilor în aderarea la regimul terapeutic. Instruirea pacienților privind promovarea complianței la tratament cu ajutorul mijloacelor audio-video, pliantelor, prin comunicarea online, comunități de pacienți cu probleme similare, bloguri, forumuri, permite încurajarea pacienților cu boli cronice (astmatici, diabetici etc.) de a-și accepta mai ușor boala și terapia complexă corespunzătoare.

Utilizarea mnemotehnicilor, cum ar fi: apeluri telefonice cu furnizarea informației necesare privind medicația utilizată sau consultările telefonice, prin e-mail, prin sms ar putea semnificativ crește aderența la tratament. Conform Costa, trimiterea unui singur sms pentru a reaminti despre necesitatea luării medicamentului a crescut semnificativ complianța la tratament a pacienților astmatici și a diminuat rata complicațiilor [28].

Astfel, educația pacientului trebuie să devină un important scop și o prioritate a medicinei pentru a favoriza aderarea la tratament și a crește calitatea vieții persoanelor multimorbide.

Următorul factor implicat în creșterea complianței terapeutice îl reprezintă medicul de familie. Crearea unui mediu de încredere în cadrul actului terapeutic reprezintă un factor determinant al relației medic-pacient și, în final, al acțiunilor întreprinse de pacient. Principala sarcină a comunicării cu pacientul este asigurarea confortului și a încrederii. Conform

Costa și coautorii, procesul stabilirii contactului include trei componente:

- partea verbală – ceea ce noi discutăm;
- paraverbală – cum o facem (intonație, timbrul, volumul);
- nonverbală – postura, gesturi, poziția corpului [54].

Un alt aspect ar fi pregătirea unui personal medical calificat privind promovarea complianței la tratament prin intermediul diverselor programe naționale, training-uri, ceea ce va permite adoptarea unor comportamente și atitudini de lungă durată de către pacienți.

Al treilea factor important care interferează cu procesul de creștere a complianței este regimul terapeutic prescris pacientului. Conform studiului efectuat de Coleman, administrarea medicamentelor într-o priză unică duce la o complianță înaltă (aproximativ 80%), în timp ce utilizarea medicației de patru ori pe zi a redus aderența până la 50% [55]. Astfel, putem observa că aderența la tratament este invers proporțională cu frecvența prizelor de medicație, ceea ce explică necesitatea creării unui regim terapeutic simplificat, cu utilizarea preparatelor cu durată lungă de acțiune. Esențial, în această ordine de idei, este și ajutorul oferit pacientului în stabilirea anumitor legături între prizele medicamentoase frecvente și alte activități din rutina zilnică pentru a nu rata una dintre prize. Totodată, în explicarea schemei terapeutice pe care bolnavul urmează să o respecte, dar și a tuturor indicațiilor referitoare la tratamentul nemedicamentos, medicul ar trebui să adopte un limbaj adecvat, pe înțelesul pacientului fără studii medicale și cu statut social, educațional și intelectual individual. În consecință, pacienții care înțeleg scopul tratamentului prescris sunt dublu susceptibili în urmarea tratamentului în comparație cu cei care nu au fost informați pe deplin [56].

Pacienții, în majoritatea cazurilor, sunt capabili să identifice în mod clar provocările asociate cu autogestionarea și să dezvolte strategii pentru a aborda acești factori. Barierele în



calea autogestionării sunt multe și, totuși, comune în rândul persoanelor cu multe boli diferite. Oamenii nu s-au plâns de lipsa de calificare pentru a gestiona sarcini medicale, cum ar fi injectarea insulinei sau monitorizarea tensiunii arteriale; mai degrabă, ei au raportat dificultăți în a face față simptomelor fizice și emoționale, depresia, durerea și oboseala fiind proeminente. În plus, problemele legate de cunoștințele despre autogestionarea afecțiunilor au apărut, de obicei, din cauza informațiilor confuze și adesea contradictorii furnizate de mai mulți prestatori de servicii medicale [57].

Cu toate acestea, managementul sarcinilor medicale și educația pacienților rămân în centrul atenției comunității medicale. O mare parte a programelor educaționale continuă a fi orientată către grupurile de boli și optimizarea îngrijirii pentru controlul țintă al unei anumite afecțiuni (de exemplu, controlul glicemic pentru persoanele cu diabet) [58,18]. În acest context, apare necesitatea dezvoltării și implementării unor programe generice de autogestionare a bolilor cronice, fără a ne focusa pe o anumită patologie [59]. Abordarea generică evidențiază stabilirea activă a obiectivelor, rezolvarea problemelor, adoptarea unui stil de viață sănătos, navigarea în sistemul medical, inclusiv comunicarea cu prestatorii de servicii medicale și sociale, după caz și gestionarea medicamentelor în contextul simptomelor generale, cum ar fi durerea, oboseala și stresul.

Studiile calitative analizate atât din perspectiva pacienților cu multimorbiditate, cât și a medicilor lor, au evaluat starea actuală a programelor de autogestione, provocările percepute și nevoile de suport suplimentar pe anumite domenii. S-a evidențiat faptul că managementul medical este prezent în activitățile de zi cu zi ale pacienților cu multimorbiditate, precum și în îngrijirea acestora, în timp ce managementul emoțional și cel al participării active sunt insuficiente. Provocările percepute de pacienți au fost, în principal, singurătatea, pierderea independenței, schimbarea obiceiurilor, precum și gestionarea durerii și povara

bolii, concomitent cu tratamentul. Provocările pentru pacienți, percepute de către practicieni, sunt schimbările stilului de viață și integrarea în rețelele sociale. Provocările pentru practicieni au fost în principal alocarea de timp și resurse. Solicitând sprijin suplimentar în ceea ce privește autogestionarea, pacienții au menționat aspectele ce necesită a fi discutate cu medicul de familie. La rândul lor, practicienii au semnalat nevoi din sectorul public, cum ar fi transportul accesibil, organizarea mai multor evenimente comunitare pentru subiecții vizați, inclusiv vârstnici, unde se pot aduna și socializa. O altă solicitare, menționată și în cadrul studiului calitativ din Moldova, realizat cu 28 de medici și asistente medicale din AMP, a fost „mai multe măsuri din partea autorităților”, dar și „implicarea mai extinsă a rudelor”, familiei și voluntarilor.

Efectele multiplelor afecțiuni cronice asupra unei persoane nu sunt întotdeauna liniare. Multimorbiditatea are un rol dublu în sprijinul autogestionării. În timp ce majoritatea studiilor sugerează că coexistența afecțiunilor medicale ar putea duce la o autogestionare inadecvată, unii autori au raportat că multimorbiditatea îmbunătățește autogestionarea pacienților. Bolnavii trebuie adesea să prioritizeze afecțiunile sau să concilieze sfaturile medicilor. Este posibil ca starea de sănătate precară repetată și suferința în creștere să marcheze un moment decisiv când pacientul devine capabil, prin care aceștia sunt capabili să-și controleze sănătatea mai eficient, în pofida multiplelor afecțiuni cronice.

Provocările privind autogestionarea pacienților vârstnici cu multimorbiditate pot fi abordate prin valorificarea sprijinului social și a inițiativelor comunitare.

Sprijinul oferit de echipele de asistență medicală primară este, în principal, unul medical de autogestionare a regimului terapeutic, în timp ce pacienții și-au dorit mai mult suport emoțional.

Cooperarea între practicile de îngrijire primară și inițiativele sociale poate activa persoanele cu multimorbiditate. Pacienții au raportat nevoi nesatisfăcute în ceea ce privește managementul rolului emoțional, cum ar fi gestionarea singurătății, pierderea

independenței și schimbarea obiceiurilor. Importanța contactului social a fost evidențiată de pacienți și practicieni.

## BIBLIOGRAFIA

1. National Guideline Centre (UK). Multimorbidity: Assessment, Prioritisation and Management of Care for People with Commonly Occurring Multimorbidity. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2016 Sep. (NICE Guideline, No. 56.) 11, Self-Management. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK409201/>.
2. Palladino, R., Pennino, F., Finbarr, M., Millett, C., Triassi, M. Multimorbidity and health outcomes in older adults in ten European health systems, 2006-15. *Health Aff (Millwood)*. 2019;38:613–23. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2018.05273>.
3. Breckner, A., Roth, C., Glassen, K., Wensing, M. Self-management perspectives of elderly patients with multimorbidity and practitioners - status, challenges and further support needed? *BMC Family Practice*. 2021; volume 22, Article number: 238.
4. Wallace, E., Salisbury, C., Guthrie, B., Lewis, C., Fahey, T., Smith, S. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ*. 2015;350:h176. <https://doi.org/10.1136/bmj.h176>.
5. Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., Grumbach, K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA*. 2002;288:2469–75. <https://doi.org/10.1001/jama.288.19.2469>.
6. Lorig, K., Holman, H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2003; 26:1–7. [https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601\\_01](https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01).
7. Gobeil-Lavoie, A., Chouinard, M., Danish, A., Hudon,

C. Characteristics of self-management among patients with complex health needs: a thematic analysis review. *BMJ Open*; 2019;9:e028344. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028344>.

8. Poitras, M., Maltais, M., Bestard-Denommé, L., Stewart, M., Fortin, M. What are the effective elements in patient-centered and multimorbidity care? A scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:446. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3213-8>.

9. Freilich, J., Nilsson, G., Ekstedt, M., Flink, M. “Standing on common ground” - a qualitative study of self-management support for patients with multimorbidity in primary health care. *BMC Fam Pract*. 2020;21:233. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01290-y>.

10. Lorig, K., Holman, H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2003;26:1–7. [https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601\\_01](https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01).

11. Kristensen, K., König, HH. & Hajek, A. The association of multimorbidity, loneliness, social exclusion and network size: findings from the population-based German Ageing Survey. *BMC Public Health*. 2019; 19, 1383. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7741-x>

12. Overbeek, A., Rietjens, J., Jabbarian, L., Severijnen, J., Swart, S., van der Heide, A., et al. Low patient activation levels in frail older adults: a cross-sectional study. *BMC Geriatr*. 2018;18:7. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0696-9>.

13. Rogers, A., Vassilev, I., Brooks, H. et al. Brief encounters: what do primary care professionals contribute to peoples’ self-care support network for long-term conditions? A mixed methods study. *BMC Fam Pract*. 2016; 17, 2. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0417-z>

14. Segar, J., Rogers, A., Salisbury, C., Thomas, C. Roles and identities in transition: boundaries of work and inter-professional relationships at the interface between telehealth

and primary care. *Health Soc Care Community*. 2013;21:606–13.

15. Erichsen, N., Büsing A. Spiritual needs of elderly living in residential/nursing homes. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013;2013:913247. <https://doi.org/10.1155/2013/913247>.

16. Smith, S., Soubhi, H., Fortin, M., Hudon, C., O’Dowd, T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*. 2012;345:e5205.

17. Violan, C., Foguet-Boreu, Q., Roso-Llorach, A., Rodriguez-Blanco, T., Pons-Vigues, M., Pujol-Ribera, E., Munoz-Perez, M., Valderas, J. Burden of multimorbidity, socioeconomic status and use of health services across stages of life in urban areas: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2014;14:530.

18. Smith, S., Wallace, E., O’Dowd, T., Fortin, M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev* (2):CD003638 2016, 3:CD006560.

19. Mercer, S., Fitzpatrick, B., Guthrie, B., Fenwick, E., Grieve, E., Lawson, K., Boyer, N., McConnachie, A., Lloyd, S., O’Brien, R., et al. The CARE plus study - a whole-system intervention to improve quality of life of primary care patients with multimorbidity in areas of high socioeconomic deprivation: exploratory cluster randomised controlled trial and cost-utility analysis. *BMC Med*. 2016;14(1):88.

20. Șalaru V. The challenges of the family doctors’ team in the management of patients with multimorbidity. Abstract book 3rd International Conference on Non-communicable Diseases. Health risks factors and prevention of injuries and diseases. ICONIC 5th-7th. 2019; Chisinau, p.92,

21. Damarell, A., Morgan, D., Tieman, J. General practitioner strategies for managing patients with multimorbidity: a systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *BMC Fam Pract*. 2020;21:131. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01197-8>.

22. Contant, É., Loignon, C., Bouhali, T., Almirall, J., Fortin, M. A multidisciplinary self-management intervention among patients with multimorbidity and the impact of socioeconomic factors on results. *BMC Fam Pract.* 2019 Apr 22;20(1):53. doi: 10.1186/s12875-019-0943-6. PMID: 31010425; PMCID: PMC6477711.

23. Brandberg, C., Ekstedt, M., Flink, M. Self-management challenges following hospital discharge for patients with multimorbidity: a longitudinal qualitative study of a motivational interviewing intervention. *BMJ Open.* 2021;11:e046896. doi: 10.1136/bmjopen-2020-046896.

24. Paukkonen, L., Oikarinen, A., Kähkönen, O., Kaakinen, P. Patient activation for self-management among adult patients with multimorbidity in primary healthcare settings. *Health Sci Rep* 2022; 5:e735. doi:10.1002/hsr2.735.

25. Brown, M., Bussell, J., Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clinic Proceedings.* 2011;86(4): 304–314.

26. Haynes, R., McDonald, H., Garg, A., Montague, P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(2):CD000011.

27. Lam, W., Fresco, P. Medication Adherence Measures: An Overview. *BioMed Research International.* 2015;2015, Article ID 217047, 12 p., doi:10.1155/2015/217047.

28. Capgemini. Patient Adherence: The Next Frontier in Patient Care, Vision and reality, version 9:2013; [https://www.capgemini.com/resource-file-access/resource/pdf/Patient\\_Adherence\\_\\_The\\_Next\\_Frontier\\_in\\_Patient\\_Care.pdf](https://www.capgemini.com/resource-file-access/resource/pdf/Patient_Adherence__The_Next_Frontier_in_Patient_Care.pdf).

29. Чукаева, И. Что такое приверженность к лечению и что можно сделать для ее улучшения (на примере артериальной гипертонии). *Лечебное дело,* 2012;2:21-26

30. Haynes, R., Sackett, D. *Compliance with Therapeutic Regimens.* Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1976:293 p.

31. Chakrabarti, S. What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World J*

Psychiatry. 2014;4(2):30-6.

32. Alikari, V., Zyga, S. Conceptual analysis of patient compliance in treatment. *Healthsciencejournal*. 2014;8(2):179-186.

33. Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., Morgan, M. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. UK: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R and D, 2005: 1-309.

34. Julius, R., Novitsky, M., Dubin W. Medication adherence: a review of the literature and implications for clinical practice. *J Psychiatr Pract*. 2009 Jan;15(1):34-44. doi: 10.1097/01.pra.0000344917.43780.77. PMID: 19182563.

35. Kyngäs, H., Duffy, M., Kroll, T. Conceptual analysis of compliance. *J Clin Nurs*. 2000;9(1):5-12.

36. Rapoff, M., Duncan, C., Karlson, C. Definitions of Adherence, Types of Adherence Problems, and Adherence Rates. *Adherence to Pediatric Medical Regimens*. 2023;10.1007/978-3-031-27484-8\_1, (1-23), ().

37. Schweitzer, A., Dima, A., Vlahopol, L., Stanciu, S. Teoria și practica aderenței la tratament - manual pentru clinicieni. Constanța, 2015:41p.

38. Lam, W., Fresco, P. Medication Adherence Measures: An Overview. *BioMed Research International*, 2015;2015, Article ID 217047, 12 p., doi:10.1155/2015/217047.

39. Zueger T. et al. White coat adherence effect on glucose control in adult individuals with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2020;Volume 168,108392, ISSN 0168-8227, <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108392>.

40. Gardezi, S., Aitken, W., Jilani, M. The Impact of Non-Adherence to Antihypertensive Drug Therapy. *Healthcare*. 2023, 11, 2979. <https://doi.org/10.3390/healthcare11222979>.

41. Costa, E., Giardini, A., Savin, M., Menditto, E., Lehane, E., Laosa, O., Pecorelli, S., Monaco, A., Marengoni, A. Interventional tools to improve medication adherence: review of literature. *Patient Prefer Adherence*. 2015;14;9:1303-14.

42. Allaham, K., Feyasa, M., Govender, R., Musa, A., AlKaabi, AJ., ElBarazi, I., AlSheryani, S., Al Falasi, R., Khan, M. Medication Adherence Among Patients with Multimorbidity in the United Arab Emirates. *Patient Prefer Adherence*. 2022; 6;16:1187-1200. doi: 10.2147/PPA.S355891. PMID: 35572810; PMCID: PMC9094642.

43. Morisky, D., Ang, A., Krousel-Wood, M., Ward, H. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(5):348-54.

44. Sackett, D., Snow, J. The magnitude of compliance and non compliance. IN Haynes NRB, Taylor DW, Sackett D, eds. *Compliance in Health Care*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1979: 11-22.

45. Nieuwlaat, R., Wilczynski, N., Navarro, T., et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;11. doi: 10.1002/14651858.CD000011.pub4.

46. Fernandez-Lazaro, C., García-González, J., Adams, D., et al. Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):1-12. doi: 10.1186/s12875-019-1019-3.

47. Li YT, Wang HH, Liu KQ, et al. Medication adherence and blood pressure control among hypertensive patients with coexisting long-term conditions in primary care settings: a cross-sectional analysis. *Medicine*. 2016;95(20). doi: 10.1097/MD.0000000000003572.

48. AlQarni, K., AlQarni, E., Naqvi, A., et al. Assessment of medication adherence in Saudi patients with type II diabetes mellitus in Khobar City, Saudi Arabia. *Front Pharmacol*. 2019;10:1306. doi: 10.3389/fphar.2019.01306.

49. Scutelnic, C., Şalaru, V. Medication adherence among multimorbid patient in primary care in the Republic of Moldova. In: Abstract book. 3rd International Conferemce on Non-



communicable Diseases. Health risk factors and prevention of injuries and diseases. ICONIC 5th-7th, 2019 Chisinau, p.95.

50. Morisky, D., Green, L., Levine, D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24:67–74.

51. Koschack, J., Marx, G., Schnakenberg, J., Kochen, M., Himmel, W. Comparison of two self-rating instruments for medication adherence assessment in hypertension revealed insufficient psychometric properties. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2010;63:299–306.

52. Burkhart, P., Sabaté, E., Adherence to longterm therapies: evidence for action, *J Nurs Scholarsh*. 2003;35(3):207.

53. Medication-compliance recommendations target health professionals, industry groups, patients, *American Journal of Health-System Pharmacy*, Volume 52, Issue 21, 1 November 1995, Pages 2394–2396, <https://doi.org/10.1093/ajhp/52.21.2394>.

54. Costa, E., Giardini, A., Savin, M., Menditto, E., Lehane, E., Laosa, O., Pecorelli, S., Monaco, A., Marengoni, A. Interventional tools to improve medication adherence: review of literature. *Patient Prefer Adherence*. 2015;14;9:1303-14.

55. Coleman, E., Smith, J., Raha, D., Min, S. Posthospital medication discrepancies: prevalence and contributing factors. *Arch Intern Med*. 2005;165(16):1842-7.

56. Britten, N., Stevenson, F., Barry, C., Barber, N., Bradley, C. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ*. 2000;320(7233):484-8.

57. Liddy, C., Blazkho, V., Mill, K. Challenges of self-management when living with multiple chronic conditions: systematic review of the qualitative literature. *Can Fam Physician*. 2014 Dec;60(12):1123-33. PMID: 25642490; PMCID: PMC4264810.

58. Noël, P., Parchman, M., Williams, J., Cornell, J., Shuko, L., Zeber, J., et al. The challenges of multimorbidity from the patient perspective. *J Gen Intern Med*. 2007;22(Suppl 3):419–24.

59. O'Toole, L., Connolly, D., Boland, F., Smith, S. Effect of the OPTIMAL programme on self-management of multimorbidity in primary care: a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*. 2021; 71 (705): e303-e311. DOI: 10.3399/bjgp20X714185.



## Capitolul VII

# IMPACTUL FENOMENULUI DE MULTIMORBIDITATE ASUPRA SISTEMULUI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ DIN MOLDOVA

### *LECȚII ÎNVĂȚATE*

- Echipa medicului de familie reprezintă cea mai importantă verigă a sistemului de sănătate în managementul pacienților cu multimorbiditate.
- Nevoile complexe ale pacienților multimorbizi necesită resurse importante ale sistemului de asistență medicală primară.
- Pentru a răspunde nevoilor holistice ale pacienților cu multimorbiditate, asistența medicală primară necesită o consolidare permanentă a capacităților.

Prevalența multimorbidității în creștere determină utilizarea sporită a serviciilor medicale. Managementul de caz al unui pacient multimorbid constă în îngrijire continuă și coordonată, fiind astfel o provocare substanțială atât pentru sistemele de sănătate, cât și pentru pacienți. Organizația Mondială a Sănătății subliniază rolul esențial al asistenței medicale primare în abordarea multimorbidității [1]. Asistența medicală primară (AMP) este adesea primul punct de contact dintre pacienți și sistemul de sănătate, astfel echipei medicului de familie îi revine rolul de primă verigă a sistemului. Medicii de familie prestează servicii profilactice și curative conform competențelor și profesiogramei, referă la necesitate pacienții la serviciile specializate și coordonează interacțiunea acestora cu alte servicii medicale, iar la revenirea pacientului la domiciliu vor asigura continuitatea îngrijirilor medicale. Specificul medicinei

de familie este integrarea în planurile de conduită a pacientului atât a aspectelor de ordin fizic/ somatic, cât și a domeniilor psihologice, sociale, culturale, existențiale și, mai nou, a factorilor legați sănătatea planetară [2]. Echipa medicului de familie are o responsabilitate profesională și față de comunitatea în care activează, serviciile medicale prestate derivând din nevoile individuale și ale comunității, dar și din resursele disponibile. nevoile de sănătate individuale și ale comunității, dar și din resursele disponibile.

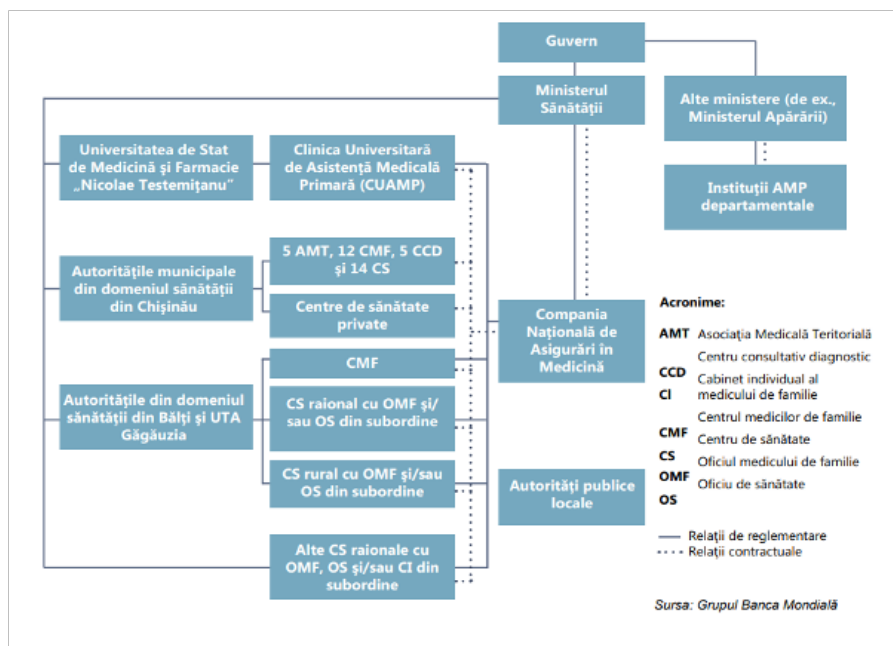
Pentru a răspunde nevoilor holistice ale pacienților cu multimorbiditate, asistența medicală primară necesită o consolidare permanentă a capacităților. În acest sens, înțelegerea rolului asistenței medicale primare în gestionarea eficientă a multimorbidității este esențială pentru optimizarea rezultatelor pacientului, creșterea eficienței furnizării asistenței medicale și promovarea îngrijirii centrate pe pacient.

În Republica Moldova procesul de pregătire a medicilor de familie a fost lansat în 1988 prin specializare primară. Ulterior, în 1993, Medicina de familie a fost legiferată ca specialitate prin Ordinul nr. 40 al Ministerului Sănătății. A urmat, în 1997, adoptarea Hotărârilor Guvernului RM – nr. 668 și nr. 1134 – și a Ordinului nr. 200 al MS al RM cu privire la implementarea medicinei de familie în Republica Moldova. În conformitate cu aceste acte normative, au fost efectuate modificări structurale și organizatorice în sectorul AMP, fiind stabilită funcția de medic generalist (de familie). Totodată, a fost aprobat principiul alegerii libere a medicului de familie de către populație și a fost introdus sistemul de plată per capita. De notat că în aceeași perioadă a fost inițiat și procesul de digitalizare a sistemului de sănătate. De facto însă, implementarea medicinei de familie în toată aria republicii a fost realizată începând cu ianuarie 1999, prin modificarea modelelor de organizare a serviciilor de asistență medicală primară în formarea continuă a cadrelor medicale [3]. Odată cu implementarea la nivel național a

Asigurărilor Medicale Obligatorii în anul 2004, a sporit considerabil rolul echipei medicului de familie în sistemul de sănătate național. În 2010 fost emis Ordinul nr. 695 al MS RM cu privire la Asistența Medicală Primară din RM, care definește rolul și funcțiile medicului de familie, precum și dotările unui cabinet de medicină de familie.

Din 2008, Republica Moldova a realizat un pas important în sectorul de asistență medicală primară, prin elaborarea și implementarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate și a Politicii Naționale de Sănătate. Reformele în prestarea și organizarea AMP, pe parcursul ultimilor 30 de ani, au condus în timp la diversificarea cadrului de asistență medicală primară în Republica Moldova și a spectrului de servicii oferite de medicii de familie.

Sistemul AMP din Republica Moldova cuprinde mai multe tipuri de instituții medico-sanitare care funcționează la diferite niveluri, inclusiv Centre de sănătate (CS), Oficii de sănătate (OS), Oficii ale medicilor de familie (OMF), Cabinete individuale ale medicului de familie (CI), Centre ale medicilor de familie (CMF), Centre de sănătate private și Centre consultativ diagnostice (CCD) [4]. Unele dintre aceste instituții, cum ar fi Centrele consultativ diagnostice și Centrele medicilor de familie, există doar în centrele urbane mari (municipiile Chișinău și Bălți), în timp ce altele, precum Cabinetele individuale ale medicului de familie, există în principal în zonele rurale ale țării. Ministerul Sănătății asigură gestionarea și organizarea generală a instituțiilor medico-sanitare din țară, de asemenea, autoritățile publice locale, inclusiv cele municipale din Chișinău și Bălți, dar și din UTA Găgăuzia sunt responsabile de reglementarea activității instituțiilor medico-sanitare amplasate pe teritoriile lor (fig.7.1).



**Figura 7.1. Organizarea serviciului AMP în Republica Moldova preluat Grupul Banca Mondială [5].**

Modelele de organizare a AMP în Moldova variază foarte mult în funcție de locația geografică, ruralitate, proprietate, populația deservită și domeniul de aplicare a serviciilor prestate. Conform legislației, în Republica Moldova prestatorii de asistență medicală primară pot fi publici sau privați. Aceștia sunt incluși în Nomenclatorul prestatorilor de asistență medicală primară, aprobat prin ordinul Ministrului Sănătății. Prestatorii publici sunt instituțiile medico-sanitare publice care prestează asistență medicală primară conform regulamentelor lor de activitate. Prestatorii privați sunt cabinetele individuale ale medicului de familie și centrele medicilor de familie, care reprezintă forme de organizare a activității profesionale a medicului de familie, precum și alte entități private care prestează asistență medicală primară, conform regulamentelor aprobate de Minister [6].

Potrivit datelor naționale pentru 2023, în Republica Moldova

și-au desfășurat activitatea 290 de instituții AMP [7]. În municipiul Chișinău, prestarea serviciilor de medicină primară de familie, cât și a serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator, este asigurată de cinci Asociații Medicale Teritoriale (AMT). Acestea includ 12 Centre ale medicilor de familie și 5 Centre consultativ diagnostice care oferă atât asistență generală, cât și specializată. Centrele de sănătate și Oficiile medicului de familie își desfășoară activitatea sub supravegherea AMT-urilor. De asemenea, în componența AMT-urilor mai activează 14 Centre de sănătate în suburbiile municipiului Chișinău. Centrele medicilor de familie (CMF) se organizează în localitățile urbane, cum ar fi municipiile Chișinău și Bălți și sunt contractate direct de către Compania Națională de Asigurări în Medicină. Centrul medicilor de familie poate include în componența sa instituțiile medicale primare rurale, cum ar fi Centrele de sănătate, Oficiile medicului de familie și Oficiile de sănătate. Centrele medicilor de familie oferă servicii medicale primare de complexitate mai mare, în comparație cu instituțiile medicale din localitățile rurale. Centrele medicilor de familie la nivel de municipiu și Centrele de sănătate de nivel raional organizează și coordonează metodic activitatea de asistență medicală primară și realizează centralizarea datelor medicale statistice, inclusiv a activității centrelor medicale private.

Centrele de sănătate (CS) se organizează, de regulă, în centrele raionale sau în localitățile rurale și, în funcție de forma juridică de organizare, pot fi publice sau private, fiind contractate direct de către Compania Națională de Asigurări în Medicină. CS oferă, de obicei, tratament atât în regim ambulatoriu, cât și în regim staționar de zi și au în componență o echipă de medici. Centrele de sănătate sunt, de regulă, responsabile pentru o anumită zonă de acoperire, cum ar fi orașul (orașele) din jur. Centrele de sănătate coordonează activitatea Oficiilor medicului de familie și a Oficiilor de sănătate din componența lor. Centrul de sănătate deservește cel puțin 4.500 de locuitori; totuși,



această cifră poate fi mai mică de 4.500 de locuitori în cazurile în care zona geografică pe care o acoperă nu permite organizarea accesului populației la asistență medicală în Centrul de sănătate. În țară sunt CS publice și private. Un Centru de sănătate poate funcționa în regim de cabinet privat doar cu aprobarea Centrului de sănătate de nivel raional și a autorității publice locale care gestionează teritoriul în care își desfășoară activitatea.

Oficiile medicului de familie (OMF) se organizează în localitățile rurale cu populație de 901- 3.000 de locuitori, în care, conform funcțiilor de state activează unu sau doi medici de familie.

Oficiile de sănătate (OS) se organizează în localitățile rurale cu populație până la 900 de locuitori, în care, conform funcțiilor de state, activează numai asistente medicale de familie. În cazul când două sau mai multe localități (Oficii de sănătate) sunt amplasate în aceeași rază de deservire și au împreună un număr de populație nu mai mică de 900 - 1.500 de locuitori, se instituie o funcție de medic de familie. Aceste oficii sunt deservite în permanență de asistentul medical de familie, precum și de un medic de familie desemnat, care se deplasează, de obicei, la OS o dată sau de două ori pe săptămână.

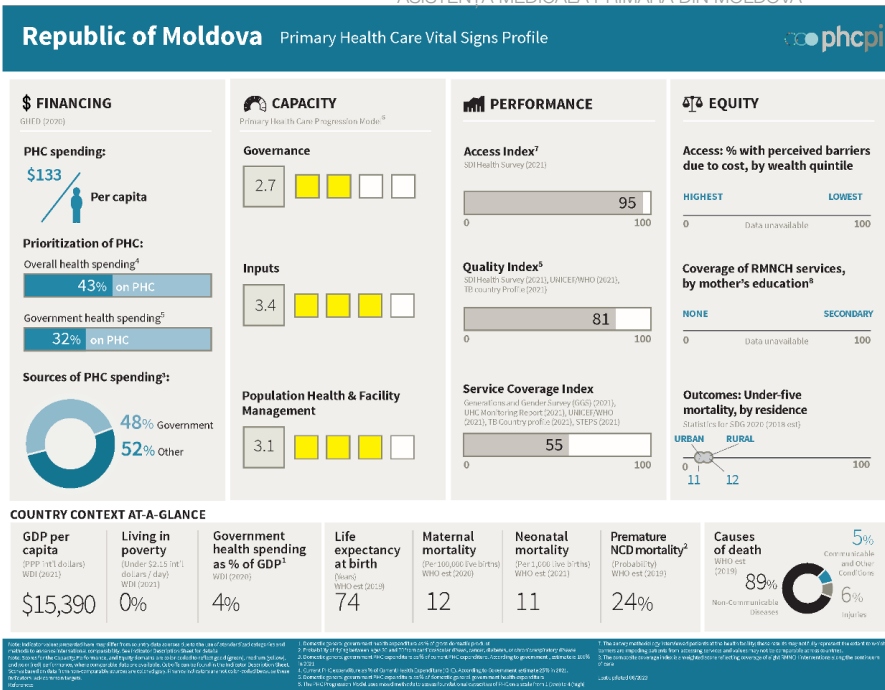
Medicii de familie sunt concentrați în Centrele de sănătate, unde au echipamentul necesar pentru activitatea profesională, dar se deplasează și la Oficiile medicului de familie și la Oficiile de sănătate pentru a acorda asistență medicală populației după un program stabilit.

Activitatea Cabinetelor individuale ale medicului de familie (CI) este asigurată de medicul de familie și de echipa acestuia, care include asistenți medicali și alt personal angajat. Cabinetele individuale ale medicilor de familie sunt, de obicei, situate pe teritoriul practicii, ceea ce sporește accesibilitatea populației la medicul de familie în incinta instituției. Acestea oferă întregul pachet de servicii medicale pacienților înscriși pe lista medicului de familie care este titularul practicii.

Normele de organizare a asistenței medicale primare, inclusiv introducerea OMF individuale ca tip de instituție AMP, au fost aprobate în 2018 prin Hotărârea de Guvern nr. 988.

În 2023, numărul total al structurilor care oferă AMP a fost de 1017 (inclusiv cele publice și private [8], care, conform datelor din „Registrul persoanelor înregistrate la medicul de familie din cadrul instituției medicale care prestează asistență medicală primară finanțată din Fondul asigurării obligatorii de asistență medicală”, au prestat servicii de sănătate unei populații de 2.432.416 de locuitori [9].

Deși pe parcursul ultimilor 20 de ani, AMP a fost declarată o prioritate în toate politicile de sănătate din Moldova, implementarea eficientă a politicilor s-a dovedit a fi o provocare. Pentru efectuarea unei radiografii a sistemului de AMP, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova cu suportul Băncii Mondiale a realizat o evaluare de cadru Inițiativei privind performanța asistenței medicale primare (PHCPI). Inițiativa reprezintă o evaluare a sistemului de AMP, bazată pe un model logic care cuprinde resursele și rezultatele tradiționale ale sistemelor de asistență medicală primară și accentuează procesele de prestare și performanță a serviciilor. Raportul se prezintă sub forma unui Profil al Semnelor Vitale - un produs PHCPI care reunește date din diferite surse pentru a oferi o imagine detaliată, nuanțată și acționabilă a sistemului de asistență medicală primară a unei țări [5].



**Figura 7.2. Profilul Semnelor Vitale al Republicii Moldova (adaptat după evaluarea PHCPI) [10].**

Analiza profilului semnelor vitale a (Fig.7.2.) atenționat că în ultimele două decenii, Republica Moldova a înregistrat progrese semnificative în domeniul economic și al sănătății. Țara a făcut progrese economice semnificative începând cu anul 2000, cu triplarea produsului intern brut PIB-ul pe cap de locuitor de la 3079,3 USD la 15.350 USD [11]. Creșterea economică durabilă s-a repercutat pozitiv asupra evoluției sistemului de sănătate, inclusiv vizând speranța de viață, scăderea mortalității infantile și materne și a ratelor de mortalitate prematură standardizate pe vârstă. Numărul de decese la 1000 de nașteri vii și supraviețuirea copiilor s-au îmbunătățit între 2010 și 2023; mortalitatea infantilă a scăzut de la 14,7 la 1000 de nașteri în 2010 la 10,1 în 2023, iar mortalitatea copiilor cu vârsta sub cinci ani a scăzut de

la 17,0 la 1000 de nașteri în 2010 la 11,2 în 2023. Mortalitatea maternă la 100 000 de nașteri vii s-a îmbunătățit, de asemenea, de-a lungul timpului, de la 29 în 2010 la 16,6 în 2023. Speranța de viață la naștere a fost de 71,9 ani în 2023, fiind în creștere cu 0,5 ani comparativ cu anul 2022; totodată, aceste cifre rămân printre cele mai scăzute în comparație cu cele ale țărilor similare și sunt cu 8,4 ani sub media Uniunii Europene (UE) de 80,3 ani. Speranța de viață în Republica Moldova a crescut, preponderent în ultimii 10 ani. Durata medie a vieții în Republica Moldova, în 2022, a constituit 71,4 ani, în creștere cu 2,4 ani comparativ cu anul precedent și cu 1,5 ani față de 2020. Speranța de viață la naștere, pe sexe, în anul 2022, a constituit 67,1 de ani pentru bărbați și 75,7 de ani pentru femei (în creștere cu 2,0 ani la bărbați și, respectiv, cu 2,8 ani la femei, comparativ cu anul precedent) și cu 10,4 ani mai puțin decât nivelul mediu al speranței de viață la naștere în cele 27 de țări UE în 2019 (81,3 ani)[12].

Modificările indicatorilor profilului de sănătate al țării se datorează proceselor demografice cu care se confruntă o țară, așa ca: scăderea sporului natural, rata înaltă de migrare, dar și schimbările din sistemul de sănătate. Analiza resurselor umane de la nivelul AMP a reliefat o serie de probleme, unele comune pentru toate nivelele de asistență medicală, altele specifice medicinei de familie.

Fenomenul deșerturilor medicale este unul comun la nivel mondial și obține valențe deosebite în Republica Moldova. Termenul de deșert medical semnifică o zonă în care nevoile de îngrijire a sănătății oamenilor sunt nesatisfăcute total sau parțial, fiind cauzate de lipsa de acces la servicii sau de servicii de calitate necorespunzătoare. Subiectul este constant abordat atât în țările dezvoltate, cât și în cele cu venituri mici, în special după pandemia COVID-19. Cercetările din domeniu au semnalat că după pandemie lucrătorii medicali se simt mai neprotejați, mai vulnerabili emoțional din cauza sindromului de ardere profesională, iar barierele instituționale, condițiile socio-

culturale intensifică situația, determinându-i să emigreze sau să abandoneze profesia.

Analiza resurselor umane a identificat o distribuție teritorială dezechilibrată a profesioniștilor din domeniul AMP în Moldova, atât între regiunile țării, cât și între zonele urbane și rurale. Centrul și sudul țării au mai puțini medici la 100.000 de locuitori decât nordul țării. Conform datelor statistice, în anul 2023, numărul de medici de familie la 10.000 de locuitori din țară era de 6,7 (5,6 în nord, 6,0 în centru, 5,2 în sud, 5,3 în Unitatea Teritorială Autonomă Găgăuzia și 7,6 în municipiul Chișinău). În 2020, 85,9% din instituțiile de asistență medicală primară erau deservite de cel puțin un medic, cu variații de la 77,2% în sud până la 94,8% în Chișinău. Datele naționale arată că raioanele din nord au în medie cu 40 la sută mai multe asistente medicale decât cele din centru. Vârsta medie a medicilor de familie – în special în zonele rurale – este îngrijorătoare. Majoritatea medicilor și asistenților medicali din cadrul AMP au vârsta de pensionare sau au depășit-o, cu prea puțini succesori. Numărul de rezidenți în medicina de familie este în scădere; tinerii profesioniști preferă să emigreze, iar pozițiile din zonele rurale sunt deosebit de greu de ocupat. Între 2017 și 2018, Moldova a înregistrat un val de emigrare pe scară largă a medicilor, în special din instituțiile publice, în România, unde procesul de recunoaștere a competențelor a fost simplificat și nu există o barieră lingvistică. Se atestă o tendință similară și în rândul asistenților medicali [13]. Forța de muncă insuficientă și în scădere în domeniul sănătății este una dintre provocările majore cu care se confruntă sistemul de sănătate din Moldova. În 2020, densitatea generală a forței de muncă a fost de 83 de cadre medicale calificate (medici din toate specialitățile, asistenți medicali și moașe) la 10 000 de locuitori; acest raport este considerat suficient pentru a atinge o acoperire ridicată în cadrul gamei largi de servicii de sănătate. Cu toate acestea, densitatea actuală a forței de muncă din Moldova

este în scădere comparativ cu 2014, când s-au înregistrat 103 profesioniști calificați din domeniul sănătății la 10 000 de locuitori. Cu referire la asistența medicală primară, în ultimii opt ani acoperirea cu medici de familie a variat de la 6,1 la 6,5 medici de familie la 10000 de locuitori și abia în 2023, a fost respectat criteriul stabilit în actele normative din Moldova care este de 6,7 medici de familie la 10 000 de locuitori (1 medic la circa 1 500 de locuitori) [8].

Variabilitatea fenomenului de multimorbiditate necesită nu doar prezența profesionistului în domeniul sănătății, dar și un management complex de caz. Pentru asigurarea eficienței îngrijirilor sunt necesare resurse umane numerice și proporțional distribuite și corespunzătoare calificărilor necesare. Conform legislației existente, în Republica Moldova există mecanisme pentru a se asigura că personalul dispune de calificările necesare, dar, în practică, aceste mecanisme trebuie consolidate. Toate programele de studii oferite de instituțiile de învățământ au fost supuse acreditării de către agențiile naționale și internaționale. La fiecare cinci ani, profesioniștii din domeniul medical sunt recertificați de către comisiile relevante (pentru lucrătorii mediali din AMP - Comisia pentru atestarea medicilor de familie și Comisia pentru atestarea asistenților medicali). Criteriile formale pentru atestarea medicilor sunt stipulate într-un ordin ministerial, după cum urmează: practicienii sunt obligați să își îmbunătățească sistematic nivelul de cunoștințe și competențe și să obțină un anumit număr de credite de educație medicală continuă. Pentru medici, minimul obligatoriu este de 200 de credite, dintre care 170 pentru educație medicală continuă și 30 pentru participarea la evenimente științifice, publicații etc. Asistenții medicali trebuie să obțină 100 de credite: 90 de credite de la instituția acreditată care oferă educație medicală continuă și 10 de la un alt prestator. Dar acest fapt nu reflectă competența reală a echipei medicilor de familie în prestarea serviciilor pacienților cu multimorbiditate.

Un alt aspect important este accesibilitatea temporară și geografică a prestatorului competent în acordarea serviciilor medicale. Aproape toate instituțiile din AMP activează de luni până vineri, în timp ce doar aproximativ 70% au raportat că sunt deschise inclusiv sâmbăta și doar 1% au program de lucru și duminica. Toate centrele consultativ diagnostice au raportat că activează în fiecare zi a săptămânii. Cel mai redus număr de zile lucrătoare în timpul săptămânii a fost înregistrat în cazul oficiilor de sănătate, îndeosebi cu referire la programul zilelor de sâmbătă (38%).

În ceea ce privește durata de deplasare a populației până la instituția medico-sanitară cu utilizarea celui mai frecvent mijloc de transport, peste 82% dintre instituții au raportat că durata medie de deplasare pe jos într-un singur sens este de 15 minute. Cea mai lungă durată de deplasare a fost înregistrată în UTA Găgăuzia, timpul mediu de deplasare fiind de 30 de minute.

În cadrul Studiului Indicatorilor de prestare a serviciilor de sănătate în Republica Moldova, a fost analizată nu doar disponibilitatea prestatorilor de servicii medicale, dar și competența acestora, resursele necesare pentru oferirea îngrijirilor în cazul celor mai frecvente maladii netransmisibile. Studiul a fost realizat cu suportul Băncii Mondiale și a inclus un eșantion de 247 de instituții AMP și a intervievat 470 de medici, 807 asistente medicale și 1497 de pacienți [5]. Ținând cont că patternul multimorbidității în mare parte este format din maladiile netransmisibile, în cadrul studiului SDI, a fost analizată disponibilitatea serviciilor obligatorii la nivel de AMP. În medie, instituțiile medicale au prestat 83% (IÎ: 80%-86%) din toate serviciile obligatorii conform actelor normative în vigoare. Proporția de servicii obligatorii prestate a variat în funcție de tipul de serviciu și a depășit media pentru următoarele: bolile netransmisibile (95%; IÎ: 93%-97%), asistență pediatrică (95%; IÎ: 92%-97%) și sănătatea comunitară (86%; IÎ: 84%-88%). De notat că proporția de servicii obligatorii de sănătate mintală

(70%; ÎÎ: 62%-77%), boli infecțioase (66%; ÎÎ: 60%-72%) și obstetrico-ginecologice (50%; ÎÎ: 42%-58%) a fost sub medie [5].

Cu referire la managementul complex de caz și competențele medicilor de familie de a stabili diagnosticul corect și a prescrie un tratament adecvat, rezultatele evaluării au demonstrat că medicii de familie au fost apti să stabilească diagnosticul primar și tratamentul corect în cazul hipertensiunii arteriale (92%; ÎÎ: 87%-98%) și al diabetului zaharat (92%; ÎÎ: 86%-98%), două cele mai frecvente maladii netransmisibile. Cu toate acestea, acuratețea diagnosticului în cazul problemelor de sănătate mintală a fost în medie de 54%. Datele au evidențiat că ponderea medicilor care au stabilit atât diagnosticul primar, cât și tratamentul corespunzător prevederilor protocoalelor clinice naționale pentru hipertensiune și diabet a constituit 92%. Mai puțini medici au fost capabili să stabilească atât diagnosticul primar corect, cât și opțiunile de tratament pentru tuberculoza pulmonară (82%), pneumonie (77%) și depresie (68%) [5].

Prezența mai multor patologii asociate dictează necesitatea de realizare a mai multor servicii în cadrul aceleiași vizite. Cu referire la serviciile de asistență medicală pentru BNT în cazul pacienților cu diabet și hipertensiune arterială, s-a constatat că în toate regiunile din Moldova, 68% dintre pacienți au raportat, în medie, că prestatorii le-au verificat respirația și ritmul cardiac; 88% dintre pacienți au raportat că li s-a măsurat tensiunea arterială și doar 86% au raportat că au fost informați cu privire la detaliile despre tensiunea lor arterială. În medie, doar 6% dintre pacienți au beneficiat de toate serviciile relevante condiției de sănătate pe care au raportat-o. Aproximativ o treime (33%) dintre pacienții cu diabet sau hipertensiune au raportat că instituțiile de sănătate asigură serviciile medicale necesare. Unele dintre acestea, precum evaluarea consumului de tutun (54%) și de alcool (58%), au fost oferite unui număr mai mic de pacienți [5].



Următorul domeniu analizat a fost disponibilitatea medicamentelor esențiale pentru prestarea serviciilor AMP. Datele în cadrul studiului SDI au fost colectate pe baza observării directe a cel puțin unui medicament disponibil și neexpirat. Lista medicamentelor incluse corespunde celor stabilite de Ministerul Sănătății în secțiunile 15 și 16 din Ordinul nr. 695 „Cu privire la Asistența Medicală Primară din Republica Moldova”. În medie, instituțiile dispuneau de 79% din medicamentele recomandate pentru BNT-uri, 86% din cele pentru domeniul obstetrică și ginecologie, 92% din medicamentele prevăzute pentru bolile infecțioase și 66% din preparatele alocate pentru îngrijirea copiilor. În cele mai multe instituții medicale, a fost acoperit numărul total de medicamente pentru boli infecțioase (82%), obstetrică și ginecologie (71%) și de altele obligatorii care nu sunt specifice celorlalte tipuri de servicii enumerate (86%); totuși, doar 14% aveau toate medicamentele pentru BNT-uri și 2% - toate vaccinurile sau medicamentele pediatrice [5].

O altă componentă indispensabilă este disponibilitatea echipamentelor medicale pentru realizarea procedurilor de diagnostic și tratament. Lipsa echipamentelor sau a consumabilelor poate afecta calitatea serviciilor acordate pacienților și continuitatea îngrijirii, în special la pacientul cu multimorbiditate. În medie, instituțiile dispuneau de 93% dintre echipamentele măsurate. În instituțiile dotate cu laboratoare, 90% din cele 18 articole de echipament de laborator măsurate erau disponibile. Instituțiile care au declarat că oferă servicii speciale de imagistică dispuneau, de 65% din articolele de echipament de imagistică măsurate. În general, disponibilitatea tuturor tipurilor de echipamente a fost cea mai mare în regiunile urbane și în UTA Găgăuzia. În ceea ce privește tipurile de instituții, cel mai bine dotate au fost centrele consultativ diagnostice, centrele de sănătate, centrele medicilor de familie și centrele de sănătate private [5].

Conduita pacienților cu multimorbiditate necesită evaluare

de rutină prin servicii de laborator. În Republica Moldova aproximativ una din patru instituții de AMP (28%) dispune de cel puțin un serviciu de laborator. Acestea au o rată ridicată de disponibilitate în centrele consultativ diagnostice (100%), centrele de sănătate (71%), centrele medicilor de familie (62%) și centrele medicale private (61%). Însă, ratele de disponibilitate a serviciilor au fost deosebit de scăzute în cadrul oficiilor medicilor de familie (19%), oficiilor de sănătate (9%) și cabinetelor individuale ale medicilor de familie (0%).

În cazul indisponibilității unui tip de serviciu la nivel de instituție de AMP, este necesară referirea pacientului multimorbid la o instituție de AMP ierarhic superioară sau la o instituție de la nivelul de asistență medicală specializată de ambulatoriu. Cel mai frecvent motiv pentru trimiterea la o instituție de același nivel și la una de nivel superior în cadrul studiului SDI a fost acela că „serviciile necesare depășeau domeniul de competență al instituției care face trimiterea”. În medie, puțin sub 90% dintre trimiterile către instituții de nivel superior au fost din acest motiv. În cazul trimiterilor către instituții de același nivel, aproximativ una din patru a fost făcută inclusiv din cauza absenței prestatorului (25%), a indisponibilității echipamentului necesar (29%) sau a faptului că serviciile erau externalizate (28%). Chestionarea pacienților a reliefat că 21% (IÎ: 18%-24%) dintre aceștia au raportat că au fost referiți pentru servicii suplimentare în cadrul aceleiași instituții în timpul vizitei [5].

Totuși, caracteristica generală a sistemului de AMP pe domeniile de disponibilitate a resurselor și competența prestatorilor nu reflectă în totalitate impactul fenomenului de multimorbiditate asupra echipei medicului de familie. Pentru determinarea acestuia am realizat un studiu calitativ. Scopul studiului a fost evaluarea provocărilor cu care se confruntă lucrătorii din asistența medicală primară în îngrijirea pacienților cu multimorbiditate. S-a optat pentru metoda

interviurilor semistructurate cu medici de familie, asistenți medicali și manageri. Interpretarea datelor a inclus o abordare cu metode mixte care combină date calitative și cantitative. Datele cantitative au fost folosite pentru a evalua dimensiunile finanțării AMP, disponibilitatea facilităților și a resurselor umane, accesul și calitatea îngrijirii, productivitatea și acoperirea serviciilor. Datele calitative, sub forma de interviuri semi-structurate cu informatorii cheie, care au evaluat opinia lor despre conduita pacienților cu multimorbiditate la nivel de AMP, concentrându-se în mod specific pe aprecierea capacității sistemului de a îngriji acești pacienți. Informații calitative au fost utilizate pentru a clarifica barierele cu care se confruntă echipa medicului de familie în conduita acestor pacienți. Pentru realizarea interviurilor a fost folosit un ghid de interviu elaborat în comun cu experții OMS, flexibil, însă, prin abordarea diverselor teme cu referire la conduita pacientului cu multimorbiditate. La fiecare centru de sănătate, interviurile au fost realizate față în față. Intervievatorii au fost membri ai echipei naționale de implementare a protocoalelor PEN (Pachetul de intervenții esențiale în maladiile netransmisibile). Interviurile au fost realizate în limba română: inițial, înregistrate audio, apoi transcrise textual. Analiza datelor din interviurile transcrise s-a efectuat printr-o abordare cadru. Șase membri ai echipei au codificat interviurile, au identificat și au rezumat principalele teme și au identificat citate ilustrative. Odată ce membrii echipei s-au familiarizat cu cadrul analitic, ei au codificat și au întocmit în mod independent interviurile. În toate etapele analizei, inclusiv în timpul colectării datelor, constatările au fost discutate cu întreaga echipă de evaluare. Interviurile au fost anonimizate și tuturor participanților li s-au dat nume generice pe baza funcțiilor ocupate la clinică (de exemplu, manager 1, doctor 2 și asistentă 3). Analiza datelor a fost efectuată conform metodei cadru pentru analiza calitativă a datelor [14].

În cercetare au fost incluși 28 de participanți (15 medici și 13

asistente) din cinci clinici de AMP. Cinci dintre medici au fost șefi de clinică, alți doi au unele responsabilități manageriale (coordonează activitatea mai multor medici de familie) și două asistente au rolul de asistente șefe.

Cureferire la gradul de pregătire a membrilor echipei medicului de familie în oferirea de servicii pacienților multimorbizi, 27 din 28 de prestatori participanți au menționat necesitatea instruirii în managementul pacienților cu multimorbiditate. De notat că 24 din 28 dintre persoanele intervievate au confirmat că au fost instruite în utilizarea protocoalelor PEN de către echipele naționale de formatori ca parte a modulelor organizate de biroul OMS în iunie-iulie 2017. Modulele au fost considerate utile în managementul pacientului multimorbid, dar lipsa unei pregătiri sistematice, în special a personalului nou angajat, constituie o problemă pentru continuitatea serviciilor prestate. Un alt aspect pozitiv a fost instruirea în grupuri mixte de asistenți medicali și medici de familie, cu primirea aceluiași mesaj și utilizarea unor instrumente comune pentru evaluarea pacientului. Astfel, managerii instituției au menționat: „După ce am fost pregătiți cu toții, știm cu toții să aplicăm protocoalele PEN” (manager 2). De notat că colegii care nu au participat la instruirile realizate de formatorii naționali au beneficiat de suport din partea colegilor mai experimentați. Asistentele medicale au menționat că, în cele mai multe cazuri, au apelat la ajutorul altor asistente și, mai rar, la cel al medicilor de familie sau al managerilor. Cu toate acestea, medicii au preferat metoda de auto-instruire și, mai rar, egal la egal.

Toți intervievații au remarcat nevoia de formare pe tot parcursul vieții în domeniul managementului integrat al pacientului cu multimorbiditate. Atitudinea lucrătorilor medicali față de abordarea integrată a pacientului cu multimorbiditate și aplicarea protocoalelor PEN 1 și 2 a consemnat că atât medicii, cât și asistentele medicale au menționat că aceasta este o parte obligatorie a activităților practice. Gradul de utilizare a

protocoalelor PEN a fost unul variabil, de la zi la „în situații / cazuri particulare” (pacienți din grupul de risc). Medicii, precum și asistenții medicali, au confirmat protocoalele fiind utile și ușor de aplicat. Medicii de familie au menționat că protocolul PEN 1 ține mai mult de activitățile medicului, în timp ce PEN 2 a fost mai util pentru asistenții medicali. Un aspect important în conduita pacientului cu multimorbiditate reprezintă acțiunile preventive, în special depistarea și gestionarea factorilor de risc. Odată cu implementarea protocoalelor de abordare integrată, echipele din AMP „au început să acorde mai multă atenție tuturor detaliilor” (asistenta 2). Atât medicii de familie, cât și asistenții medicali au declarat că au cunoștințe suficiente despre bolile cardiovasculare și diabet, inclusiv factorii de risc, dar le este dificil să prioritizeze intervențiile atunci când consultă un pacient multimorbid. În același timp, mulți dintre ei nu percep abuzul de alcool și fumatul ca un factor de risc pentru majoritatea BNT, cel mai frecvent aceștia fiind asociați cu patologia hepatică și respiratorie. Un alt domeniu important este conformitatea utilizării protocolului care a variat în instituțiile medicale incluse în cercetare. Un exemplu ar fi calcularea riscurilor cu aproximație, fără utilizarea diagramelor de risc sau aplicare formulelor relevante. „Mă pot orienta fără să fiu nevoit să calculez” (doctor 1). Există, de asemenea, situația omiterii sau dublării unor servicii în cadrul echipei medicului de familie: „Medicul și eu (asistenta), îl evaluăm amândoi” (asistenta 4). Acest fapt este cauzat de delimitarea inexactă a sarcinilor și a responsabilităților în cadrul echipei. Toate persoanele intervievate au raportat un volum foarte mare de muncă și au considerat că acest fapt este o provocare în gestionarea pacientului multimorbid. Diversitatea și complexitatea sarcinilor împiedică obținerea performanțelor și aplicarea conformă a prevederilor protocoalelor clinice, inclusiv PEN 1 și 2. În unele cazuri, a fost menționat că un medic sau o asistentă a îndeplinit îndatoririle a doi sau trei membri ai echipei, inclusiv nevoia de a se deplasa la

oficiile de sănătate din mediul rural. „Medicul deservește 6000 de pacienți” (manager 1); „Medicii noștri lucrează acum cu un volum de muncă de peste 3000. Vă puteți imagina calitatea muncii. Nu am altă opțiune pentru că nu există nimeni care să o facă. Sunt supraîncărcați și mai este lipsa de timp”(manager 5). Aplicarea instrumentelor noi în activitatea echipei medicului de familie generează o creștere a volumului de muncă; în cazul implementării conduitei integrate, acest lucru a vizat îndeosebi activitatea asistenților medicali, fapt consemnat și de managerii instituțiilor de AMP: „Majoritatea activităților ... desfășurate de PEN ... sunt desfășurate de asistent” (manager 1). Un alt aspect a fost și orientarea spre evaluarea factorilor de risc și consilierea pentru controlul acestora: „Asistenta oferă mult mai mult ajutor în munca cu pacientul” (manager 5).

În același timp, s-a remarcat reticența personalului din AMP de a schimba practica cotidiană, din diferite motive, cum ar fi: neconștientizarea importanței evaluării factorilor de risc comuni, organizarea inefficientă a muncii, divizarea ambiguă a sarcinilor sau nerespectarea traseului pacientului la nivel de AMP. „Pacientul merge direct la medicul de familie, fără să treacă prin biroul de screening (triaj)” (asistenta 5).

Lipsa unui sistem informațional funcțional a generat pe parcursul anilor necesitatea dublării datelor în sistemul informațional și în formularele pe hârtie. Acest fapt solicită alocarea de timp suplimentar și poate provoca erori de introducere a datelor („păstrăm înregistrări duble”). Necesitatea documentării evaluărilor, prin aplicarea de instrumente noi, precum AUDIT și Fagestrom, a sporit volumul de muncă al echipei medicului de familie. Drept urmare, timpul alocat consilierii pacientului a scăzut. Acest fapt este agravat de utilizarea variabilă a sistemului de programare a vizitelor la medicul de familie (telefonice sau direct la registratura instituției). Gradul de eficiență a acestuia a fost apreciat între 30% și 70%. Acești factori sporesc volumul vizitelor neplanificate și gradul

de stres al echipei de îngrijire, ceea ce i-a determinat pe unii membri ai echipei să se concentreze pe rezolvarea problemelor acute și mai puțin pe prevenție. Focusarea mai mult pe tratamentul episodic, pe soluționarea problemei de sănătate și mai puțin pe planificarea și desfășurarea activităților de prevenire a fost o problemă care nu a permis implementarea corectă a protocoalelor. „Medicii se ocupă practic de boli și nu de prevenirea lor” (manager 4). Managerii și medicii de familie au remarcat că o soluție potențială pentru îmbunătățirea consilierii este implicarea mai multor asistenți medicali. Pe de altă parte, majoritatea asistenților au raportat că au abilități personale reduse în realizarea consilierii pacienților cu multimorbiditate.

O altă dificultate în îngrijirea pacientului multimorbid derivă din nevoile sale complexe și necesitatea implicării specialiștilor din cadrul asistenței medicale specializate de ambulatoriu. Gradul de acoperire cu unii specialiști este catastrofal de mic: „De exemplu noi în raion nu avem endocrinolog, iar pacienții cu diabet trebuie să meargă la Chișinău”. Majoritatea celor intervievați au menționat că vizitele pacienților la specialiștii de diverse profiluri sunt dificil de realizat, deoarece lipsesc sau există o listă de așteptare foarte lungă. Acestea cauzează accesibilitatea redusă a pacienților la servicii medicale, dar și întârzierea diagnosticării și a tratamentului oportun al diverselor situații clinice. Un alt aspect este disponibilitatea unui laborator medical. În unele instituții din AMP acest serviciu este subcontractat, ceea ce implică costuri mari pentru unitatea medicală. Prin urmare, apare nevoia de a direcționa pacientul sau de a apela la serviciul de curierat, ceea ce presupune costuri suplimentare, scade accesibilitatea și crește durata recepționării rezultatelor probelor de laborator. Alături, pacienții sunt cei care nu doresc să meargă la o altă instituție medicală pentru o investigație sau nu „mai revin dacă sunt programați pentru o altă zi”. În unele cazuri, managerii și medicii au menționat probleme cu serviciul de curierat și / sau cu laboratorul.

Modificarea tarifelor pentru investigații la mijlocul anului a determinat o reducere a numărului de investigații efectuate în unele instituții, în special pentru analizele mai costisitoare. Un manager a menționat în această ordine de idei: „Costul analizei este acoperit de CNAM și este gratuită pentru pacient, dar nu și cheltuielile pentru transport” (manager 5).

Uneori pacienții solicită mai multe investigații decât este necesar, inclusiv colegii de la AMSA direcționează pacienții la medicul de familie pentru a efectua investigații, ceea ce provoacă conflicte sau generează costuri suplimentare. Deficiențele sunt, de asemenea, condiționate de colaborarea defectuoasă cu medicii specialiști sau de lipsa acestora, la nivel de raion, ceea ce face dificilă efectuarea la timp a tuturor consultărilor prevăzute de protocoalele clinice. Au fost, de asemenea, raportate și cazuri de trimiteri neargumentate ale pacienților.

Documentarea complexă a serviciilor prestate pacientului cu multimorbiditate a fost menționată drept o provocare în managementul de caz. Formularele medicale nu sunt suficient de flexibile pentru a permite înregistrarea tuturor datelor. De exemplu, în fișa medicală de ambulatoriu nu este notat statutul de fumător sau consumul de alcool, o asistentă medicală a menționat: „Nu știu unde să-l notez, nu am un formular special” (asistenta 9). Alteori, pentru evitarea unor situații de conflict, în special în comunitățile rurale datele nu sunt documentate în mod corespunzător: „Folosim prescurtări, uneori intenționat, pentru a nu jigni pacientul” (manager 2). Există, de asemenea, situația în care sunt efectuate anumite măsurători sau intervenții, dar nu sunt documentate, din cauza lipsei de timp (de exemplu, valoarea TA este înregistrată doar pentru un braț. „Cred că o măsoară pe ambele brațe, dar, pur și simplu, nu o notează în fișa medicală” (asistenta 3).

O problemă este modul în care sunt consemnate intervențiile pentru reducerea factorilor de risc și lipsa supravegherii în dinamică a acestora. De exemplu, unui pacient obez i se



recomandă un stil de viață sănătos și, potrivit medicului și asistentei, i se relatează despre exerciții fizice și nutriție; cu toate acestea, următoarea evaluare a masei corporale și calcularea indicelui de masă corporală a fost înregistrată la 12 luni distanță.

Infrastructura învechită, lucrul în birouri comune și / sau supraaglomerate sau subechipate, lipsa unui traseu clar al pacientului („biroul asistentului medical este într-o aripă separată de medicul de familie”) au creat, de asemenea, dificultăți în gestionarea pacientului multimorbid. „Nu-mi permit să fac o sală de examinare separată, nu avem spațiu” (manager 2).

Toți intervievații au menționat că PEN 2 a fost un instrument util și convenabil de utilizat; unii medici de familie cred că este destinat mai mult activităților de asistent medical. Cei mai mulți participanți, atât medicii de familie, cât și asistenții medicali, s-au concentrat mai mult pe consilierea privind reducerea factorilor de risc decât pe alte părți ale protocolului. În același timp, unele subiecte sunt greu de abordat pentru lucrătorii din domeniul sănătății. „Nu ne permitem să îi întrebăm cât de mult alcool bea pe zi” (manager 3); „În primul rând, mă simt foarte inconfortabil să le spun să nu mai bea” (asistenta 4).

Medicii au avut tendința de a favoriza intervențiile în stilul de viață și mai puțin cele terapeutice, inclusiv atunci când acestea au fost indicate. Intervențiile generice, mai degrabă decât cele individualizate, sunt consemnate în fișele medicale, cum ar fi „dieta sănătoasă”, iar eficiența intervenției nu este evaluată în mod dinamic. Un aspect important este și faptul că nu toți pacienții acceptă recomandările privind schimbarea stilului de viață, ci „preferă o pastilă magică”. În același timp, aplicarea recomandărilor prevăzute în protocol pe „propria piele”, în unele cazuri, a îmbunătățit indicatorii de sănătate individuali și a servit ca model pentru pacienți.

Asistenții medicali au întâmpinat dificultăți în realizarea interviului motivațional și a altor tehnici de consiliere, din cauza lipsei de timp, a spațiului pentru consiliere, a subiectelor dificile

de abordat, dar și a abilităților reduse în acest domeniu.

Cu referire la tratamentul medicamentos, medicii de familie au menționat că pentru multe maladii netransmisibile a fost completată lista medicamentelor compensate din FAOM. Acest fapt facilitează respectarea algoritmilor și a recomandărilor din protocoalele naționale. În cele mai multe cazuri, însă, protocoalele sunt axate pe managementul unei nozologii distincte și nu prevăd situațiile de asociere a câtorva patologii concomitente. Medicii de familie au fost mai puțin familiarizați cu selectarea schemelor terapeutice în dependență de diferite grade de risc sau au renunțat la prescrierea unor clase de medicamente deoarece acestea nu „erau compensate” și pacienții nu-și permit să le cumpere.

O altă provocare, inclusiv la pacientul multimorbid, este asocierea fenomenului de polipragmazie, prescrierea a cinci și mai multe medicamente concomitent, ceea ce generează riscul unor reacții adverse și interacțiuni medicamentoase indesezirabile. Patologiile de lungă durată și polifarmacia, la rândul lor, determină o aderență joasă la tratament, un alt fenomen cu care se confruntă echipa medicului de familie în supravegherea pacientului cu multimorbiditate. „Pacientul acceptă tratamentul, dacă simte durere, își ia pastila și simte efectul, dar în majoritatea BNT el nu are simptome, nu simte nimic .... și nu vrea să plătească bani pentru tratament sau să administreze pastile toată viața” (doctor 5). „Pacientul nostru se teme de medicamente, susținând că este obosit de ele, că sunt prea multe și îi vor afecta ficatul sau pancreasul. Atunci vin cu salturi hipertensive sau cu o exacerbare banală, care ar putea fi catastrofică pentru un diabetic” (doctor 3).

De notat faptul că pacienții cu multimorbiditate doresc, totuși, să primească un tratament medicamentos mai mult decât să își schimbe stilul de viață. Pentru a putea realiza o consiliere adecvată, atât medicii de familie, cât și asistenții medicali au nevoie de competențe și de resurse. Atât medicii, cât și asistenții

au menționat insuficiența de materiale educaționale pentru pacienți. În unele instituții au fost identificate diverse materiale informative elaborate în cadrul unor proiecte sau oferite de companii farmaceutice. Unele instituții au creat propriile materiale educative. Atât managerii, cât și medicii de familie au menționat că uneori aceste materiale au mesaje diferite, alteori ambigue sau contradictorii. Cea mai mare deficiență menționată a fost indisponibilitatea materialelor care pot fi furnizate pacienților și familiilor lor acasă (ghiduri, pliante, recomandări de alimentație, jurnale de monitorizare a glucozei sau a tensiunii arteriale).

Un alt aspect remarcat de echipele medicului de familie a fost că sănătatea nu este considerată o prioritate de către populație și administrația publică locală. Participanții au solicitat activități la nivelul întregii populații pentru a sensibiliza comunitatea cu referire la problemele de sănătate. Specialiștii din domeniu au sugerat necesitatea unei campanii media care ar viza cel puțin problema factorilor de risc și a bolilor netransmisibile, deoarece majoritatea populației, în special în mediul rural, „privesc televizorul și asculta radioul”. Școlarizarea pacienților este considerată necesară începând de la grădiniță și școală, cu implicarea profesioniștilor din domeniul sănătății. „Ne ocupăm de consecințele acestor probleme, dar trebuie să stăm la baza problemelor inițiale. Cred că educația ar trebui să înceapă de la creșă, grădiniță, școală ... Toate problemele sociale au fost puse pe umerii medicinei, dar nu vom reuși fără eforturile comunității și ale administrației publice” (doctor 2).

În prestarea serviciilor la nivel de AMP, un aspect important este profilul pacientului cu multimorbiditate. „Principalii utilizatori ai serviciului sunt vârstnicii cu multe patologii asociate”. Tinerii, în special bărbații cu vârstă aptă de muncă, vizitează medicul de familie mai rar, întrucât sănătatea nu este o prioritate pentru ei. Astfel, pacienții tineri, chiar dacă au multimorbiditate nu accesează serviciile oferite de echipa

medicului de familie. Nivelul ridicat al migrației determină vizitele episodice la medicul de familie, fiind dictate în special de necesitatea tratării afecțiunilor acute. Nivelul socio-economic scăzut determină faptul că pacienții nu pot beneficia de o nutriție adecvată sau de tratamente complexe. „Uneori, acest lucru nu este posibil din cauza lipsei de produse în magazine sau de pe piață sau a prețurilor ridicate ale fructelor și legumelor în sezonul rece al anului”.

O altă provocare în îngrijirea pacientului multimorbid este dorința pacientului de a obține un rezultat imediat sau disponibilitatea tuturor serviciilor în momentul sosirii sale în instituția medicală, „el se grăbește și vrea aici și acum” și nu vine pentru vizite repetate. „Pacientul vine și este supus screening-ului, dar refuză să meargă la medic pentru consultare” (asistenta 2).

Prezența multimorbidității afectează conduita pacientului, din cauza necesității de a accesa servicii integrate și, totodată, a discontinuității acestora (lipsa specialiștilor, indisponibilitatea asistențelor comunitari sau sociali). Prin urmare, solicitarea de asistență medicală cu întârziere și dezvoltarea de complicații influențează negativ nivelul de control al bolii și rezultatele acesteia. Alteori, pacienții manifestă o responsabilitate redusă față de propria sănătate. Nivelul de conformitate cu recomandările pentru adaptarea unui stil sănătos de viață și respingerea obiceiurilor nocive este mai mic. Pacienții nu recunosc prezența unor probleme precum consumul de alcool sau fumatul. Acestea sunt interpretate drept subiecte tabu și devin, deseori, motivul conflictelor dintre personalul medical și pacient. „Pacienții spun că nu au nevoie de evaluare, pentru că sunt sănătoși” (manager 5); „Pacienții vin cu reproșuri: de ce ați scris în fișa medicală că consum alcool?” (asistenta 6).

În majoritatea cazurilor, pacienții nu sunt conștienți de importanța factorilor de risc, în special a fumatului: „Cred că este o glumă”; „Am găsit pacienți la o vârstă foarte fragedă cu

hipertensiune arterială, dar îl privesc ca și cum ar fi o glumă” (manager 2).

În cadrul studiului, managerii, medicii de familie și asistenții medicali au evidențiat dificultatea îngrijirii pacienților multimorbizi. Aceștia sunt utilizatori de multiple servicii și, respectiv, se confruntă cu costuri ridicate ale îngrijirilor medicale. Complexitatea și diversitatea patologiilor care se pot asocia determină necesitatea colaborării cu diverși profesioniști din domeniul sănătății, care, în anumite regiuni ale țării, este dificil de realizat. Asocierea multiplelor patologii, inclusiv a celor de sănătate mintală afectează calitatea vieții pacienților și acest lucru se reflectă negativ în rezultatele terapeutice. Managementul de caz necesită o vigilență crescută a lucrătorilor din sănătate față de factorii de risc și posibilele complicații, ceea ce determină intensitatea și complexitatea intervențiilor la nivelul echipei din AMP.

Analiza opiniilor echipei medicului de familie despre managementul multimorbidității a reliefat următoarele provocări: fragmentarea asistenței medicale; inadecvarea ghidurilor și a medicinei bazate pe dovezi; provocări în prestarea de îngrijiri centrate pe pacient; bariere în implicarea pacienților în luarea deciziilor.

Pentru a face față provocărilor este necesară sporirea competențelor prestatorilor de servicii în managementul pacientului cu multimorbiditate și asigurarea cu resurse necesare (umane, financiare, de timp etc). Totodată, nu este suficient doar efortul echipei interdisciplinare, dar și dezvoltarea serviciilor comunitare, implicarea activă a autorităților publice locale și mass media.

Implementarea protocoalelor PEN a schimbat și a îmbunătățit practicile echipei medicului de familie în conduita pacientului multimorbid, dar implementarea conceptului de abordare integrată necesită unele ajustări și schimbarea practicii clinice. Pentru obținerea unor rezultate mai bune în materie de sănătate

pentru pacienții multimorbidzi, este importantă creșterea gradului de asigurare a populației cu servicii calitative, ceea ce necesită o serie de intervenții intersectoriale. Totodată, fără creșterea nivelului de implicare a pacientului, educarea acestuia și responsabilizarea cu referire la starea lui de sănătate, nu vor putea fi atinse rezultate palpabile în managementul acestor pacienți.

## BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization (WHO). Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva, Switzerland (2016). Available online at: <https://iris.who.int/handle/10665/252275>.
2. The European Definition of General Practice / Family Medicine WONCA Europe 2023 Edition. available online at: [https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA\\_European\\_Definitions\\_2\\_v7.pdf](https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf).
3. Bivol, G., Curocichin, Gh., Gîțu L. Medicina de familie în Republica Moldova în anul a două aniversări. In Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, nr.1-2 (75-76), 2018, p.7-9.
4. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Hotărâre Nr. 988 pentru aprobarea Regulilor de organizare a asistenței medicale primare, din 10 octombrie 2018. <https://www.legis.md>

md/cautare/getResults?doc\_id=109177&lang=ro

5. “World Bank Group. 2024. Survey Report: Service Delivery Indicators Health Survey for Moldova. (c) World Bank Group.

6. Hotărârea Guvernului Nr. 988 din 10-10-2018 pentru aprobarea Regulilor de organizare

a asistenței medicale primare [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=109177&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=109177&lang=ro).

7. Anuarul Statistic al Sistemului de Sănătate din Moldova Anii 2022- 2023. [www.ansp.md](http://www.ansp.md)

8. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova. 2023 [www.statistica.md](http://www.statistica.md). [https://statistica.gov.md/files/files/publicatii\\_electronice/Anuar\\_Statistic/2023/8\\_AS.pdf](https://statistica.gov.md/files/files/publicatii_electronice/Anuar_Statistic/2023/8_AS.pdf)

9. Raport privind Executarea Fondurilor Asigurării Obligatorii de Asistență Medicală în anul 2023. [www.canm.md](http://www.canm.md).

10. Grupul Banca Mondială. 2023. Sistemul de asistență medicală primară din Republica Moldova: O evaluare realizată de Inițiativa privind performanța asistenței medicale primare. (c) Grupul Banca Mondială.

11. Banca Mondială, Indicatori de dezvoltare mondială. <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>.

12. Eurostat: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality\\_and\\_life\\_expectancy\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics).

13. Regiunea europeană a OMS și Observatorul european privind sistemele și politicile de sănătate. 2022. «Sisteme de sănătate în acțiune: Republica Moldova» <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-republic-of-moldova-2022>.

14. Gale, et al. folosind metoda cadru pentru analiza calitativă a datelor în cercetarea multidisciplinară în sănătate. BMC Doctoral Research Methodology. 2013; 13:117.

## Capitolul VIII

# POVARA ÎNGRIJITORILOR PACIENȚILOR CU MULTIMORBIDITATE

### *LECȚII ÎNVĂȚATE*

- Îngrijirea unui pacient cu multimorbiditate constituie o povară pentru îngrijitori, aceștia se confruntă cu diferite obstacole și necesită suport suplimentar pentru menținerea propriei bunăstări și realizarea sarcinilor de îngrijire formale și non-formale.
- Povara îngrijirii pacientului cu multimorbiditate este determinată de nivelul complex al nevoilor de îngrijire și de impactul pe care îl are asupra stării de sănătate și a calității vieții. Circa 70% dintre îngrijitori simt niveluri ridicate de stres și epuizare emoțională din cauza responsabilităților continue și a presiunilor asociate cu îngrijirea unui pacient cu mai multe afecțiuni.
- Domeniile de impact al multimorbidității pacienților asupra îngrijitorilor acestora sunt diverse și includ: stresul emoțional, sarcini multiple de îngrijire, dificultăți financiare și sociale, precum și riscul crescut de sănătate precară și epuizare continuă.

Starea de sănătate a unui individ sau a unei comunități este determinată de o combinație de factori. Conform OMS, factori precum locul de trai, mediul înconjurător, bagajul genetic moștenit, nivelul socio-economic și nivelul de educație, interrelațiile familiare etc, au un impact considerabil asupra sănătății. Multimorbiditatea continuă să crească în rândul populației, iar declinul legat de sănătate și resursele financiare limitate necesită adesea efortul familiei sau al prietenilor de



a oferi îngrijire la domiciliu. Pacientul cu multimorbiditate se află în ipostaza de a interacționa cu familia în condiții noi, dictate de starea sa de sănătate, ceea ce poate determina modificarea rolurilor din cadrul familiei, de cele mai dese ori fiind îngrijit de rudele sale. Acești îngrijitori informali ai pacienților cu multimorbiditate se confruntă cu provocări deosebit de împovărătoare. Deși, în mod tradițional, îngrijirea este centrată pe pacient, în cazul multimorbidității acest proces este mai dificil din cauza asocierii multiplelor afecțiuni cronice [1]. Pentru îmbunătățirea stării de sănătate, planul de îngrijire necesită să fie discutat și coordonat atât cu pacientul, cât și cu îngrijitorii acestuia [2].

Conform dicționarului explicativ al limbii române, „îngrijitorul este persoana care îngrijește pe cineva, care poartă cuiva de grijă”. Îngrijitorii joacă un rol vital în societate, oferind sprijin și asistență esențială persoanelor care nu sunt capabile să se îngrijească pe deplin singure. De la asistență în activitățile zilnice până la oferirea de sprijin emoțional și fizic, îngrijitorii au un impact semnificativ asupra vieții celor pe care îi îngrijesc. Înțelegerea importanței îngrijitorilor și a rolurilor acestora este crucială în recunoașterea contribuției lor neprețuite în societate.

Deosebim două categorii mari de îngrijitori: formali și informali. Îngrijitorii formali sunt persoane care au urmat o pregătire și certificare specifice pentru a oferi servicii profesionale de îngrijire celor care au nevoie de asistență. Rolurile îngrijitorilor formali sunt diverse și pot include:

- Îngrijire personală. Îngrijitorii formali ajută la activitățile vieții de zi cu zi, cum ar fi îmbăierea, îmbrăcăminte, îngrijirea și toaleta. Acestea asigură confortul și igiena persoanelor aflate în grija lor.
- Managementul terapeutic. Îngrijitorii sunt responsabili pentru administrarea medicamentelor conform regimurilor terapeutice prescrise de medic.
- Mobilizarea pacientului. Îngrijitorii formali oferă sprijin pentru mobilitate, inclusiv transferul persoanelor din paturi în

scaune cu rotile, asistarea la mers și utilizarea mijloacelor de mobilitate.

- Pregătirea mesei. Îngrijitorii formali pot ajuta la planificarea și pregătirea mesei, ținând cont de restricțiile și preferințele dietetice. Aceasta asigură alimentarea adecvată a indivizilor..

- Sprijin emoțional. Îngrijitorii formali oferă companie și sprijin emoțional persoanelor aflate în grija lor. Ei sunt interlocutorii pacientului, un „umăr pe care să plângă”, dar și se angajează în activități care promovează bunăstarea și interacțiunea socială a pacienților.

În calitate de îngrijitori formali pot activa diverși profesioniști, reprezentanți ai sistemului medical și social din țară [3]. De exemplu:

- Asistenți medicali cu studii profesional-tehnice (asistenții medicali certificați), care lucrează sub supravegherea asistentului medical generalist (cu studii superioare) sau a medicului și realizează îngrijirea directă a pacientului în diferite instituții medicale sau de plasament. Ei oferă îngrijire medicală de bază și sprijin persoanelor cu nevoi medicale.

- Asistenți medicali generaliști (cu studii superioare), profesioniști în domeniul sănătății cu înaltă calificare care oferă îngrijire directă pacienților, administrează medicamente, coordonează planurile de îngrijire și educă pacienții și familiile lor cu privire la gestionarea stărilor lor de sănătate. Aceștia activează în diferite instituții medicale, inclusiv spitale, clinici de asistență medicală primară și servicii îngrijire la domiciliu.

- Asistenți medicali comunitari oferă asistență și sprijin persoanelor și familiilor în vederea asigurării accesului la servicii medicale și sociale, acordă, sub supervizarea medicilor de familie, consultații medicale în scop de diagnostic și tratament; asigură consilierea individuală și a comunităților cu privire la igienă, regim alimentar, administrarea schemelor terapeutice în condiții de domiciliu.

- Îngrijitori la domiciliu – prestează servicii de îngrijire

socio-medicală individualizate în baza evaluării necesităților persoanei vârstnice și persoanelor adulte bolnave și/ sau cu autonomie limitată, acordă suport în realizarea activităților zilnice ale beneficiarilor, inclusiv acordă suport și consiliere membrilor familiilor care sunt implicați în îngrijire sau locuiesc împreună cu beneficiarul.

În alte sisteme de sănătate, sunt incluși:

- Asistenții de sănătate la domiciliu. Sunt specialiștii care oferă îngrijire personală și asistență persoanelor care doresc să primească îngrijire în confortul casei lor. De asemenea, ei pot ajuta la sarcini ușoare de menaj și pot oferi companie.

- Asistenții medicali autorizați. Aceștia lucrează sub conducerea asistenților medicali cu studii superioare și oferă îngrijire medicală de bază persoanelor din spitale, case de bătrâni și alte unități de îngrijire medicală. Ei administrează medicamente, monitorizează sănătatea pacienților și contribuie la procesul de tratament.

- Îngrijitorii din centrele de zi sau unitățile pentru adulți. Serviciile acestora reprezintă opțiuni benefice pentru îngrijitorii familiei cu nevoie de răgaz. În general, îngrijitorii din centrele de zi au grijă de seniori cu capacitatea fizică și cognitivă de a trăi semiindependent, dar care au nevoie de ajutor suplimentar la asistența medicală, în timpul zilei sau al săptămânii.

- Ajutoarele de sănătate la domiciliu. Aceștia oferă îngrijire personală la domiciliu, dar pot activa și în centre de plasament, aziluri și ospicii etc.

Această listă de tipuri de îngrijitori formali nu este una exhaustivă. Îngrijirea persoanelor cu multimorbiditate poate fi realizată de diverși profesioniști, cu competențe de a presta servicii în instituții medicale, sociale și la domiciliu. Modalitatea de formare a îngrijitorilor va determina competențele acestora și gradul de autonomie în luarea deciziilor în procesul de îngrijire. Caracteristicile defnitorii ale unui îngrijitor formal sunt instruirea în domeniu și remunerarea pentru prestarea serviciilor de îngrijire. Îngrijitorii formali constituie o parte

esențială a ecosistemului de îngrijire, oferind expertiză profesională și sprijin persoanelor care au nevoie de asistență.

Îngrijitorii informali sau neformali sunt persoane neplătite, cum ar fi vecinii, membrii familiei sau prietenii care oferă îngrijire. Colaborarea între toate tipurile de îngrijitori formali, informali, profesioniști și ai familiei, este crucială pentru a asigura îngrijire comprehensivă și holistică pentru cei care au nevoie.

Managementul de caz și planul de îngrijire ale unui pacient cu multimorbiditate vor genera diverse probleme specifice, comparativ cu îngrijirea unui pacient cu o singură patologie, precum: calitatea joasă a vieții, mortalitatea crescută, polifarmacie și povara tratamentelor complexe, frecvența mai mare a reacțiilor adverse și o utilizare sporită a serviciilor de sănătate, inclusiv mai multe internări neplanificate în staționar. Polipragmazia, la rândul ei, generează un șir de probleme persoanelor cu multimorbiditate și este, deseori, influențată de introducerea mai multor medicamente menite să prevină morbiditatea și mortalitatea viitoare. Fenomenul de polifarmacie sporește complexitatea regimului terapeutic și poate deveni împovărătoare pentru persoanele cu multimorbiditate, iar îngrijirea în aceste cazuri este susceptibilă pentru a fi necoordonată și fragmentată [4].

Conform datelor de literatură pacienții cu multimorbiditate au nevoie de îngrijiri complexe și individualizate pentru a putea gestiona asocierea specifică a multiplelor afecțiuni cronice cu care se confruntă aceștia. Raportul tehnic al OMS cu referire la multimorbiditate consemnează câteva aspecte esențiale ale nevoilor de îngrijire ale pacienților cu multimorbiditate [5]:

- Evaluarea comprehensivă: evaluarea detaliată a istoricului medical, a simptomelor și a funcționalității pacientului pentru a înțelege modalitatea de interacțiune între maladiile cronice, precum și potențialele stări care se pot dezvolta.

- Managementul terapeutic: schemele terapeutice complexe dictează obligativitatea administrării corecte a tuturor

preparatelor prescrise și evitarea, în măsura posibilităților, a interacțiunilor medicamentoase negative.

- Coordonarea îngrijirilor: prezența mai multor patologii cronice va determina implicarea multiplilor profesioniști pentru asigurarea îngrijirilor integrate și coerente. Astfel, coordonarea între diferiți prestatori de îngrijire și specialități medicale este crucială.

- Educarea pacienților: multimorbiditatea implică prin definiție asocierea a două și mai multe patologii cronice la o persoană, astfel, pacienții cu multimorbiditate necesită să fie informați cu privire la afecțiunile lor, planul de tratament prescris și obiectivele terapeutice propuse. Educația pacienților cu privire la gestionarea afecțiunilor existente, importanța menținerii unui stil de viață sănătos, alimentație adecvată, exerciții fizice și monitorizarea simptomelor poate contribui semnificativ la îmbunătățirea calității vieții și a rezultatelor clinice.

- Suportul psihologic și/sau social: pacienții cu multimorbiditate pot prezenta dificultăți psihologice așa ca depresia, anxietatea sau izolarea socială. În acest caz, îngrijitorii vor necesita să realizeze o abordare holistică care să includă sprijinul emoțional și social.

În acest scop, se apelează la colaborarea cu asistenții sociali și consilierii.

- Promovarea unui mod de viață sănătos, inclusiv alimentația echilibrată, exercițiile fizice regulate și renunțarea la obiceiurile nesănătoase, cum ar fi fumatul sau consumul excesiv de alcool, vor contribui la managementul stărilor clinice și la prevenirea complicațiilor determinate de multimorbiditate.

Reieșind din cele expuse, îngrijitorii pacienților cu multimorbiditate se confruntă cu provocări ce determină o povară considerabilă cu un impact negativ asupra calității vieții și sănătății îngrijitorilor [6,7].

Indiferent de statutul lor de îngrijitor, formal sau neformal, aceștia sunt considerați piatra de temelie a echipei de îngrijiri

prin: îndeplinirea sarcinilor practice, oferirea de sprijin emoțional, ameliorarea durerii și a altor simptome, precum și prin comunicarea cu serviciile de sănătate [7].

Datele cercetărilor din domeniu au arătat că îngrijitorii membrilor de familie se confruntă cu o datorie generală de îngrijire, dar și cu lipsa unei pregătiri corespunzătoare pentru rolul de îngrijitor [8]. Cercetările în domeniu sunt generoase, dar controversate: unele sunt axate pe aspectele negative ale procesului de îngrijire, altele elucidează părțile pozitive. De exemplu, pentru membrii familiei este importantă oportunitatea de a fi alături de pacienți și de a le oferi suport atât fizic, cât și psihologic. De notat că unii autori menționează perspectivele filozofice ale procesului de îngrijire și anume faptul că îngrijitorii sunt persoanele pe care pacienții se pot baza. Datorită lor, bolnavii își pot dezvolta calități personale și abilități practice, pot îmbunătăți relațiile cu ceilalți sau dobândi unele perspective spirituale mai profunde asupra vieții. Aspectele pragmatice vizează obținerea de competențe și experiență în domeniu. Astfel, peste 80% dintre îngrijitori au menționat unul sau mai multe aspecte pozitive ale necesității îngrijirii unei rude. Aspectele negative ale îngrijirii unui pacient cu multimorbiditate rezidă în faptul că îngrijitorii simt necesitatea obligativă de a realiza îngrijiri, reduc din activitățile lor personale și/sau profesionale pentru a putea îngriji. Aceștia sunt supuși unor situații stresante cronice, diminuează nivelul de bunăstare emoțională, sănătate mintală și sănătate fizică. Rezultatele unui studiu realizat de J. Fabà pe un eșantion de 197 de îngrijitori au identificat drept consecințe negative ale procesului de îngrijire povara emoțională, psihologică și socială. De notat că majoritatea îngrijitorilor neformali au menționat că îngrijirea pentru ei este o obligație sau o datorie suplimentară pe care au integrat-o în viața cotidiană [9]. Această integrare nu este un eveniment unic, dar un proces care poate fi divizat în mai multe etape. Schulz și Eden au sugerat că traiectoria îngrijitorilor ar putea începe, de obicei, cu conștientizarea existenței problemei,

ulterior asumarea progresivă a responsabilității și a cerințelor de îngrijire, iar ultima etapă, constând în acordarea de îngrijiri până la sfârșitul vieții pacientului [10]. Kokorelias C. și coautorii au identificat cinci faze pe care le parcurg îngrijitorii pacienților cu boala Alzheimer [11]: monitorizarea simptomelor inițiale, conștientizarea diagnosticului, suport în activitățile cotidiene, suport în activitățile de bază și pregătirea pentru viitor. Nevoile de sprijin (informațional, emoțional, instrumental și de evaluare) au fost adesea specifice fazei de îngrijire. Indiferent de modelul abordat cu trei sau cinci faze, este redat modul în care îngrijitorii se angajează într-un proces complex și continuu de susținere a pacienților cu multimorbiditate, abordând atât nevoile lor actuale, cât și perspectivele pe un termen mai îndelungat.

Durata procesului de îngrijire poate influența percepțiile îngrijitorilor asupra propriului rol în această activitate solicitantă. Lamont și coautorii au identificat că optimismul îngrijitorilor este asociat cu bunăstarea și o calitate a vieții mai bună, iar pesimismul îngrijitorilor este un semn de avertizare pentru sănătatea și bunăstarea emoțională a acestora [12]. Datele din literatură consemnează mai multe domenii ale vieții îngrijitorilor care pot fi afectate de necesitatea îngrijirii pacienților cu multimorbiditate:

- Sănătatea somatică și mintală afectată de stresul cronic, suprasolicitări emoționale, dar și efortul fizic determinat de necesitatea mobilizării sau a transferului pacienților, pot conduce la probleme somatice ale coloanei vertebrale, patologii neurologice. De notat și asocierea problemelor de sănătate mintală pentru îngrijitori, cum ar fi: oboseala cronică, anxietatea, depresia sau alte afecțiuni medicale. Îngrijitorii raportează simptome fizice, precum: oboseală, slăbiciune și pierdere în greutate [13].

- Relațiile interpersonale și viața socială: îngrijitorii pot simți o presiune suplimentară asupra relațiilor lor cu membrii familiei și prietenii, din cauza timpului dedicat îngrijirii pacientului cu

multimorbiditate. Îngrijirea constantă și de durată a unui pacient multimorbid determină reducerea timpului disponibil, inclusiv pentru activități sociale și hobby-uri. Pe termen lung, acestea pot conduce la izolare socială și sentimente de singurătate.

- Viața profesională: deși în unele situații experiența și competențele dobândite în procesul de îngrijire pot constitui punct de pornire pentru o recalificare profesională, în majoritatea cazurilor mulți îngrijitori raportează scăderea performanței la locul de muncă sau chiar pierderea locului de muncă. Inevitabil acest lucru va influența domeniul bunăstării financiare. Îngrijitorii pot fi supuși unor presiuni financiare din cauza costurilor ridicate asociate cu îngrijirea pacientului, cum ar fi tratamentele medicale, medicamentele și alte cheltuieli legate de sănătate, dar și scăderea veniturilor cauzate de reducerea activității profesionale.

Astfel, prejudiciile fizice, morale, emoționale, financiare și sociale, pe care le resimt îngrijitorii pacienților cu multimorbiditate, atât cei formali, cât și neformali, constituie povara îngrijitorului [14].

În pofida numărului mare de studii vizând îngrijitorii,, inclusiv cei neformali, rămâne vag motivul pentru care oamenii își asumă sarcini de îngrijire extenuante, cum își abordează responsabilitățile de îngrijire și consecințele preluării rolului de îngrijitor. Factorii care determină povara îngrijitorilor sunt atât de diverși în studiile prezentate, încât devine dificilă extrapolarea datelor pentru diverse țări și condiții patologice.

Astfel, pentru a determina povara îngrijitorilor pacienților cu multimorbiditate din Republica Moldova, a fost realizat un studiu calitativ pe un eșantion de 33 de îngrijitori ai pacienților cu multimorbiditate. Perioada de colectare a datelor a fost septembrie - decembrie 2023. Îngrijitorii, în cadrul interviurilor semistructurate, au răspuns la patru seturi de întrebări: date generale despre îngrijitor (vârsta, genul, mediul de trai, ani de studii, profesia, nivelul de pregătire); datele despre pacientul îngrijit (cât timp îngrijește pacientul, câți



pacienți are în grija sa, vârsta pacientului, afecțiuni cronice concomitente persistente, gradul de dependență a acestuia); cunoștințe (instruire în domeniu, nivelul de experiență, nivelul de pregătire a îngrijitorului) și starea emoțională a îngrijitorilor (nivelul de satisfacție, nivelul de stres, provocările și dificultățile întâmpinate). Ulterior răspunsurile au fost analizate, identificându-se nivelul de stres, îngrijorare și dificultățile experimentate de îngrijitori, inclusiv impactul psihologic, social și emoțional [15].

Chestionarul suplimentar celor 28 de întrebări a inclus și două instrumente validate: indicele Katz pentru determinarea gradului de dependență [16] și chestionarul ZARIT Burden Interview (ZBI) pentru evaluarea poverii îngrijitorilor [17].

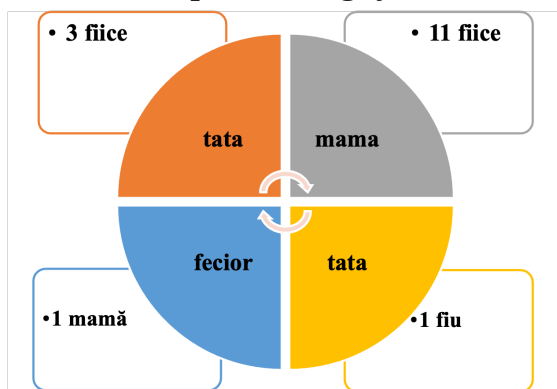
În cercetare au fost incluși 33 de îngrijitori, dintre care 23 (69,7%) - femei și 10 (30,3%) bărbați. Distribuția sesizabil diferită a genurilor în acest studiu, unde femeile reprezintă o majoritate covârșitoare în comparație cu bărbații, poate fi un indicator al unei posibile diferențe în modul în care fiecare dintre aceste două grupuri se implică în îngrijirea pacienților. Studiile anterioare au relevat că peste 80% dintre toți îngrijitorii la nivel mondial sunt femei [18]. Femeile manifestă o abordare mai amplă și mai responsabilă față de îngrijirea pacienților, acordând o atenție sporită detaliilor și nevoilor individuale ale acestora. În cele mai multe cazuri, femeile îngrijitoare sunt soțiile sau fiicele adulte ale persoanei în vârstă. Profilul îngrijitoare include: vârstă mijlocie, o proporție considerabilă dintre care având ele înseși peste 65 de ani [19]. Datele obținute de studiul nostru probează că potrivit tradițiilor culturale și viziunilor sociale, percepția colectivă a rolului de îngrijitor e atribuită preponderant femeilor.

În studiul menționat, au predominat respondenții din mediul urban 19 (57,6%) versus 14 (42,4%) din mediul rural. Vârsta medie a acestora a fost de  $52,45 \pm 2,14$  ani, cu intervale variaționale largi de la 30 la 75 de ani. În 32 (96,9%) cazuri, îngrijitorii au preluat acest rol neformal fiind membri ai familiei

pacientului îngrijit.

Am acordat o atenție aparte analizei gradului de rudenie și relațiilor pe care le au îngrijitorii cu pacienții. Distribuția gradului de rudenie a îngrijitorilor s-a prezentat în următorul mod, rude de: gradul I – 21 de îngrijitori, gradul II – 3 îngrijitori; gradul III – 1 îngrijitor, alte tipuri de relații – 8 îngrijitori. Analiza dezagregată, conform distribuției de gen la rudele de gradul I, a relevat că majoritatea îngrijitorilor sunt de gen feminin (15) în comparație cu cei de gen masculin (6), rude de gradul 2 au fost doar femei, iar la rudele de gradul III - doar un bărbat. În categoria „alte rude”, am obținut distribuție relativ echilibrată între genurile feminin (5) și masculin (3).

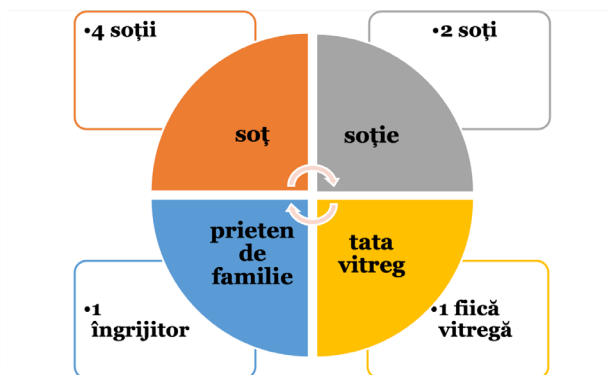
Tipul de rudenie la rudele gradul I este reprezentat în Figura 8.1. Conform rezultatelor obținute, în studiu au participat trei fiice care îngrijeau de tații lor, 11 fiice care îngrijeau de mamele lor, un fiu care îngrijea de tatăl său și o mamă care îngrijea de feciorul său. În grupul îngrijitorilor cu gradul de rudenie II, am constatat: o soră care îngrijea de fratele său și două doamne îngrijitoare ale surorilor sale. Grupul de rudenie de gradul III a fost reprezentat de un nepot care îngrijea de unchiul său.



**Figura 8.1. Tipul de relație de rudenie între îngrijitori și pacientul îngrijit cu grad de rudenie I.**

La analiza distribuției îngrijitorilor rude prin alianță, am identificat 8 persoane: 4 soții care își îngrijeau soții, 2 soți care le îngrijeau pe soțiile lor, o fiică care are grijă de tatăl vitreg și

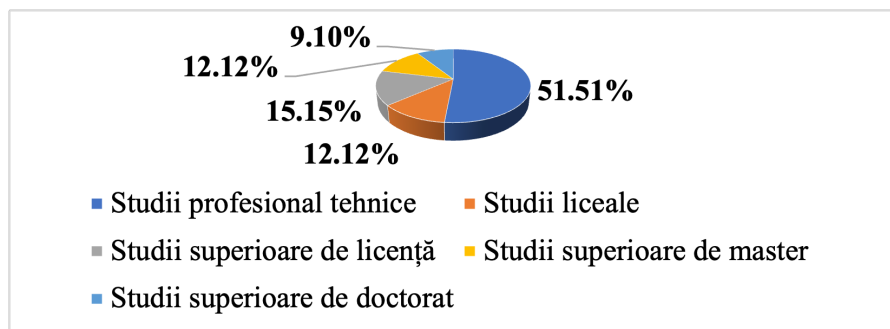
o îngrijitoare ce are în grija sa un prieten de familie (Fig. 8.2).



**Figura 8.2. Tipul de relație de rudenie prin alianță între îngrijitori și pacientul îngrijiț.**

Astfel, în cercetare au predominat îngrijitorii neformali, în special femeii din cadrul rudelor de gradul I.

Un alt aspect ce merită a fi luat în considerare reprezintă studiile – un indicator indirect al nivelului social, dar și al competențelor deținute. S-a atestat faptul că toți cei 33 de îngrijitori au absolvit gimnaziul, însă, 17 dintre aceștia au studii profesionale tehnice, cinci – superioare, patru – de masterat, trei – de doctorat (Fig.8.3).



**Figura 8.3 Structura lotului conform nivelului de studii (%).**

Deși în cercetare au participat îngrijitori cu diverse nivele de

educație, majoritatea dintre aceștia au avut studii profesionale tehnice (51,51%). De notat că fiecare nivel educativ implică abordări și competențe diferite care pot contribui la furnizarea unei îngrijiri mai eficiente și personalizate pentru beneficiarii acestora.

În continuare am evaluat și gradul de instruire și pregătire în domeniul îngrijirilor. Conform autoevaluării gradului de pregătire, doar patru (12,12%) dintre îngrijitori au raportat un nivel „înalt” și „foarte înalt”, majoritatea și-au apreciat nivelul ca „satisfăcător” – 16 (48,48%) și 13 (39,39%) și-au autoevaluat gradul de pregătire ca „jos” și „foarte jos” (Fig.8.4).



**Figura 8.4. Nivelul autoevaluat de pregătire al îngrijitorilor în acordarea îngrijirilor pacientului cu multimorbiditate (N).**

Conform răspunsurilor obținute, 17 din 33 (51,51%) au confirmat experiența unei instruirii în domeniu, aceasta fiind obținută nonformal. Îngrijitorii au specificat că s-au informat despre modul de îngrijire din videouri (11), diverse tutoriale online (7), cărți de specialitate (8) și articole științifice (5). Doar o persoană a avut experiență de muncă în calitate de îngrijitor peste hotare. Circa o treime dintre aceștia (10) au menționat că au fost instruiți de un lucrător medical pentru a putea îngriji corespunzător pacienți cu multimorbiditate și doar șase au beneficiat de instruire formală în domeniu.

Un alt indicator este perioada de timp în care îngrijitorii și-au desfășurat activitatea. . Pe de o parte o experiență mai îndelungată sporește gradul de încredere și abilitățile practice de îngrijire, pe de altă parte acest lucru crește gradul de stres și arderea profesională a îngrijitorului. Potrivit datelor obținute, majoritatea îngrijitorilor 18 (55%) au avut acest statut pe parcursul a 1-5 ani, 13 (39%) îngrijeau o persoană cu multimorbiditate pe o durată de peste cinci ani și doar doi (6%) au deținut acest statut mai puțin de un an.

Astfel, majoritatea respondenților (55%) au avut rolul de îngrijitor pentru un termen mediu (1-5 ani). De notat că 39% dintre îngrijitori au avut acest statut pentru o perioadă de peste cinci ani, ceea ce demonstrează un angajament de lungă durată și o dedicare constantă față de nevoile și îngrijirea persoanei cu multimorbiditate.

În urma analizei acestor date, s-a conturat profilul îngrijitorului pacientului cu multimorbiditate din Republica Moldova care, în majoritatea cazurilor, este o rudă de gradul I, gen – femeie, cu vârsta medie de 52 de ani.

Următorul obiectiv a fost să determinăm profilul pacientului îngrijit. Conform datelor, vârsta medie a pacienților îngrijiți a constituit  $69,29 \pm 2,29$  ani cu intervale variaționale largi cuprinse între 32 și 86 de ani. Vârsta medie peste 65 de ani corespunde cu datele epidemiologice, care constată o relație direct proporțională a fenomenului de multimorbiditate cu înaintarea în vârstă. Profilul pacientului a fost completat cu evaluarea numărului și a tipului patologiilor concomitente. Astfel, conform răspunsurilor, pacienții au avut în medie  $2,91 \pm 0,15$  patologii per pacient (i.v. 2-6). Spectrul patologiilor cronice prezente la pacienți a fost divers și a inclus: diabetul zaharat de tip 2 (în 15 cazuri), hipertensiune arterială (în 26 de cazuri), cancer cu diversă localizare (10 cazuri), consecințele traumatismului de coloană vertebrală (1 caz), patologii neurologice și probleme de sănătate mintală (9 cazuri), maladii articulare (1 caz). Diversitatea patologiilor diagnosticate la

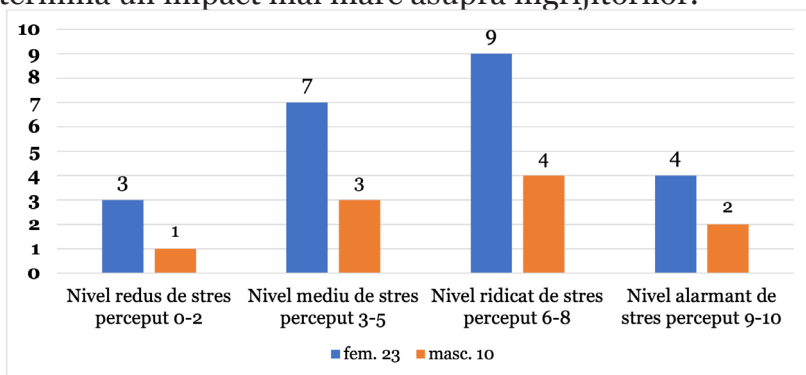
pacienții cu multimorbiditate determină nevoile specifice de îngrijire, unice în fiecare caz. Maladiile predominante au fost hipertensiunea arterială (79 %), diabetul zaharat (45%) și tumorile cu diversă localizare (30%). Managementul acestor boli concomitente necesită o abordare complexă atât din partea echipei medicale, cât și din partea îngrijitorilor. Îngrijirile includ: evaluări frecvente, monitorizare complexă a evoluției bolilor, ajustarea terapiei în funcție de nevoile individuale ale fiecărui pacient și o educație continuă oferită pacientului și familiei sale, precum și coordonarea între diferiți specialiști.

Numărul și tipul patologiilor concomitente constituie doar un indicator, iar povara reală de îngrijire rezidă în gradul de decompensare și gravitatea evoluției acestora, precum și gradul de dependență a pacientului. Indicele Katz a fost utilizat pentru cuantificarea gradului de dependență a pacientului cu multimorbiditate. Acest instrument măsoară capacitatea unei persoane de a îndeplini cele șase activități de bază ale vieții zilnice, precum: îngrijirea personală (spălarea, îmbrăcarea, igiena orală), controlul vezicii urinare și intestinale, transferurile (de exemplu, de la pat la scaun), mobilitatea (deplasarea în interiorul casei), alimentația, comunicarea (abilitatea de a transmite și a primi informații). În cazul posibilității de a efectua aceste acțiuni fără ajutor sau supraveghere este acordat un punct și în caz de incapacitate – 0 puncte. Scorul a fost apreciat în urma sumării rezultatelor obținute, „6” indică un pacient independent, un scor de 0 puncte reprezintă un pacient foarte dependent. Indicele Katz este un instrument generic pentru calificarea limitărilor funcționale și a gradului de limitare, utilizat pentru cuantificarea gradului de independență în activitățile cotidiene ale pacientului. Pacienții din lotul cercetat, conform indicelui Katz, s-au repartizat în următorul mod: 14 pacienți au fost independenți cu un scor de 6 puncte, patru cu dependență moderată (4 puncte), 7 – cu dependență înaltă (2 puncte) și 8 – cu dependență totală (0 puncte). Printre cele mai frecvente dependențe au predominat igiena corporală,

îmbrăcatul, transferul și continența. Aceste tipuri de dependență solicită eforturi fizice crescute din parte îngrijitorilor.

În scopul schițării unui profil amplu și relevant al îngrijitorului, am propus participanților în studiu să își aprecieze nivelul de stres în exercitarea activităților de îngrijire, pe o scară de la 0 la 10. Îngrijitorii și-au evaluat nivelul de stres în asociere cu îngrijirea pacienților cu multimorbiditate conform criteriului: 0 – nu au stres și 10 – insuportabil de dificil. Valoarea medie pentru întreg lotul de studiu a fost de  $5,94 \pm 2,85$  puncte, ceea ce indică un nivel ridicat de stres în rândul îngrijitorilor. Analiza dezagregată a gradului de stres la bărbați și femei a reliefat că 13 femei, față de 6 bărbați, au raportat niveluri înalte și alarmante de stres (Fig.8.5). Această discrepanță poate sugera diferențe în experiențele și reacțiile individuale ale femeilor și bărbaților în contextul îngrijirii pacienților cu multimorbiditate, cât și modul diferit de percepție a situațiilor. Distribuția acestora pe nivele „foarte satisfăcut”, „satisfăcut”, „neutru”, „nesatisfăcut” și „foarte nesatisfăcut”, a identificat că nu am primit răspunsuri de „foarte satisfăcut”, dar nici de „foarte nesatisfăcut”.

Îngrijitorii evaluați resimt anumite niveluri de presiune și neliniște, dar nu se află într-o stare de stres extrem. Asocierea bolilor mintale sau a patologiilor cu declin cognitiv semnificativ, determină un impact mai mare asupra îngrijitorilor.



**Figura 8.5. Distribuția nivelului de stres în funcție de gen (N).**

Pentru reducerea impactului negativ pe care îl percep îngrijitorii este importantă aplicarea consecventă a strategiilor de reducere a stresului, precum activități relaxante, exerciții de respirație, meditații sau hobby-uri, terapii, sprijin familial și chiar acces la sprijin psihologic sau consiliere în caz de necesitate. La întrebarea despre sprijinul psihologic, doar trei îngrijitori au răspuns că dispun de astfel de ajutor.

Un alt aspect important a fost evaluarea în cadrul interviurilor a provocărilor cu care se confruntă îngrijitorii. Aceștia au raportat: epuizarea emoțională și fizică, schemele terapeutice complexe, precum și necesitatea gestionării simultane a multiplelor afecțiuni și cunoștințe insuficiente despre managementul adecvat al acestora, insuficiența de timp, dar și de resurse financiare și lipsa transportului adaptat.

În ceea ce privește viața personală și socială, îngrijitorii au menționat dificultăți în menținerea echilibrului între îngrijirea pacienților și propriile lor nevoi și dorințe. Activitățile plăcute și timpul liber au fost limitate sau chiar eliminate complet, ceea ce poate la fel influența calitatea vieții îngrijitorului și spori nivelul poverii percepute.

O altă provocare este dezechilibrul dintre capacitatea îngrijitorului și complexitatea sarcinilor care îi revin acestuia. Îngrijitorii pacienților cu multimorbiditate au raportat necesitatea de suport și instruire în: evaluarea pacientului, managementul urgențelor și al reacțiilor adverse, comunicarea și coordonarea îngrijirilor cu profesioniștii în domeniul sănătății. Pentru depășirea acestor provocări, îngrijitorii au menționat necesitatea „îmbunătățirii comunicării și cooperării între membrii echipei de îngrijire”. Astfel, un imperativ devine coordonarea serviciilor inclusiv cu nevoile îngrijitorilor, apartenența lor cotidiană și necesitatea echilibrării numărului de sarcini și competențele îngrijitorilor [15].

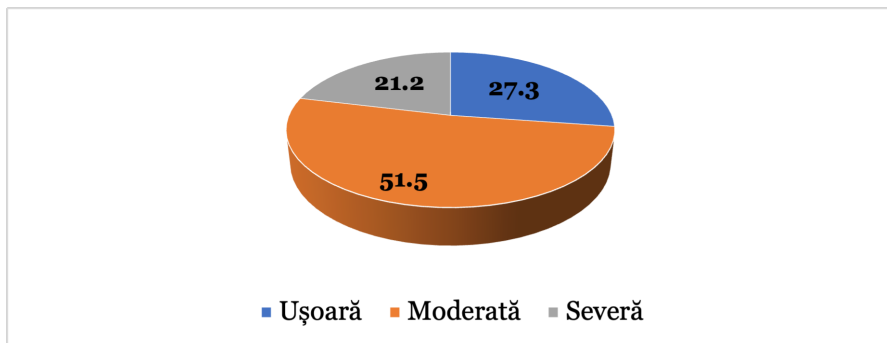
Pentru evaluarea poverii resimțite de îngrijitori a fost aplicat chestionarul validat Zarit Burden Inventory (ZBI). Proiectat și testat inițial în 1980 [17], acesta a inclus 29 de articole, ulterior



fiind, însă, redus la 22 de întrebări [20].

Potrivit literaturii de specialitate, chestionarul dat este cel mai utilizat instrument pentru evaluarea poverii îngrijitorilor și a familiilor acestora. Scorurile obținute de Zarit Burden Inventory nu au avut legătură cu vârsta, sexul, localitatea, limba, situația de trai, starea civilă sau statutul de angajare, ceea ce indică faptul că instrumentul este adecvat pentru utilizarea la o varietate de populații [21]. Chestionarul este un instrument clinic aplicat pentru a măsura nivelul de stres, temerile și dificultățile experimentate de îngrijitori, inclusiv impactul psihologic, social și emoțional. În cercetare a fost utilizată versiunea cu 12 întrebări în limba română [22]. Scorul total ZBI-12 se realizează prin însumarea punctajului obținut la cei 12 itemi (de la 0 la 4 puncte per item, intervalul de scor total de la 0 la 48 puncte). Un scor de la 0-10 puncte indică lipsa poverii până la o povara ușoară, 11-20 – povară ușoară spre moderată și un scor peste 20 de puncte reprezintă o povară mare, semnificativă asupra îngrijitorului. Instrumentul Zarit-12 poate identifica nevoile specifice ale îngrijitorilor, inclusiv domeniile în care aceștia simt că au nevoie de sprijin suplimentar, iar acest lucru ne permite să aplicăm unele intervenții precoce de suport [23].

Nivelul mediu pentru întreg lotul de studiu a constituit  $15,42 \pm 1,3$  puncte, care, conform punctajului, indică o povară moderată. Valorile scorului au variat de la 3 la 33 de puncte. În lotul de cercetare au predominat îngrijitorii (17) cu o povară moderată asociată procesului de îngrijire a pacientului multimorbid și în grupe relativ egale s-au repartizat îngrijitorii care au raport o povară ușoară (9 îngrijitori) sau severă (7 cazuri) (Figura. 8.6).



**Figura 8.6. Nivelul poverii resimțite de îngrijitori conform chestionarului Zarit (puncte).**

Analiza dezagregată a poverii în funcție de gen a identificat o povară asociată cu procesul de îngrijire mai mare statistic nesemnificativă la femei ( $15,96 \pm 1,4$ ), comparativ cu bărbații ( $14,2 \pm 2,6$ ), ( $p > 0,05$ ). Această diferență poate rezulta și din numărul de sarcini casnice pe care le realizează femeile suplimentar la rolul de îngrijitor. În cadrul interviurilor acestea au menționat că merg la serviciu, realizează activitățile de menaj, pregătirea alimentelor și îngrijirea copiilor minori prezenți în familie, complementar procesului de îngrijire a pacientului multimorbid. Bărbații la întrebarea cu referire la sarcinile pe care le realizează zilnic, au listat preponderent mersul la serviciu și îngrijirea pacientului.

Povara resimțită de îngrijitor este determinată de o serie de factori. Aceștia pot fi grupați în factori determinați de particularitățile îngrijitorilor, factori legați de pacientul îngrijit sau de spectrul de patologii prezente la pacient și cei determinați de mediul de îngrijire:

Factorii legați de îngrijitori: vârstă, sex, educație sanitară, cunoștințe despre boală, factorii socio-economici, precum și disponibilitatea suportului social și familial. În această categorie pot fi incluse: durata perioadei de îngrijire și numărul de persoane care realizează îngrijirea în cadrul familiei/gospodăriei/ comunității.

Printre factorii legați de pacient distingem: particularitățile de vârstă, starea fizică și emoțională a acestuia, gradul de aderență la schemele terapeutice sau de opunere de rezistență procesului de îngrijire și tratament.

Factorii legați de boala pacientului se referă la combinația unică de patologii și factori de risc ce îl afectează, precum și la gradul de suferință și dizabilitate pe care acestea le cauzează pacientului.

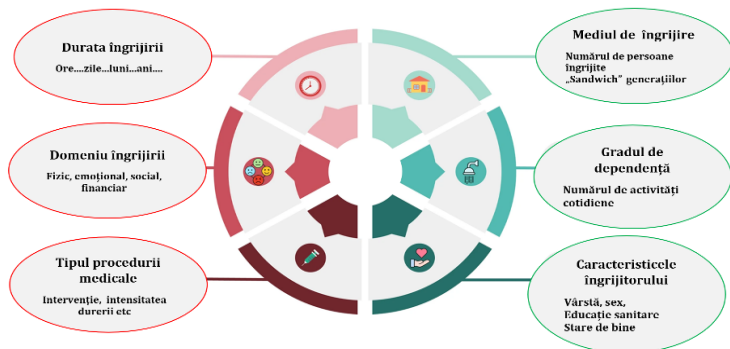
Page și coautorii au divizat factorii în 6 domenii [24] (Fig.8.7).

Durata îngrijirii – indică timpul acordat îngrijirii pacientului. Îngrijirea – evaluează presiunea fizică, emoțională, socială și financiară exercitată asupra îngrijitorilor. Mediul de îngrijire – examinează numărul de persoane aflate în întreținerea îngrijitorului, deoarece mulți îngrijitori fac parte din generația „sandwich”, oferind îngrijire atât părinților în vârstă, cât și propriilor copii.

1. Gradul de dependență a pacientului – ia în considerare raportul dintre numărul de activități zilnice realizate de pacient în mod autonom și cele care necesită suportul îngrijitorului.

2. Tipul de proceduri medicale – domeniu important, deoarece diverse proceduri pot necesita așteptări diferite de îngrijire și pot provoca pacientului variate reacții la durere, în funcție de natura procedurii și a regimului analgezic.

3. Factorii specifici îngrijitorului, cum ar fi starea acestuia de bine, inclusiv parametri legați de vârstă, genul îngrijitorilor, relația cu pacientul și alfabetizarea în domeniul sănătății (capacitatea de a înțelege și de a utiliza informațiile vizând asistența medicală).



**Figura. 8.7. Povara îngrijitorului pacientului cu multimorbiditate, adaptat după Page, B.M. și coaut [24].**

Acest model a fost elaborat în baza experienței îngrijirilor pacienților care au beneficiat de plastie de șold și de genunchi. Pe măsură ce schemele și procedeele terapeutice se modifică, mai multe proceduri sunt realizate în condiții de ambulatoriu. Tendința globală este de a reduce durata de spitalizare, mai multe responsabilități fiind atribuite îngrijitorilor. Cadrul de referință propus de Page poate fi aplicat în cazul pacientului multimorbid, înglobând totalitatea nevoilor de îngrijire manifestate de pacientul.

Datele unui studiu realizat în Germania au identificat că pe lângă domeniile directe legate de îngrijire, povara generală percepută este influențată de lupta cu birocracia. Germania se caracterizează prin sisteme de sănătate și protecție socială comprehensive, dar fragmentate, orientate spre sprijinirea îngrijirii informale la domiciliu [25].

Atributele definerii ale poverii îngrijitorilor, conform lui Walker și Avant includ: percepția de sine, multiple fațete ale îngrijirilor și componenta temporală [26].

Percepția de sine se referă la modul în care îngrijitorul reflectează asupra experienței personale în timpul procesului de îngrijire. Aceste percepții pot fi atât pozitive, cât și negative. Datele unui studiu a raportat că mai mult de jumătate dintre îngrijitorii membrilor de familie au suferit un nivel ridicat de

povară; totuși, doar un sfert dintre aceștia au exprimat că povara lor le-a afectat negativ viața cotidiană [27].

Faptul că sarcina îngrijitorului este multidimensională a fost demonstrat pe larg în literatura de specialitate. Îngrijirea pacientului multimorbid se desfășoară pe o durată determinată. Procesul include administrarea schemelor terapeutice și realizarea îngrijirilor pentru satisfacerea nevoilor fundamentale, la care, însă, deseori se adaugă problemele de sănătate mintală, oboseala și tulburările de somn. Acestea potențează o varietate de provocări cu care se confruntă îngrijitorii: atât suferința emoțională și stresul psihologic, cât și diverse probleme economice și sociale [28,29].

Componenta temporală este semnificativă, deoarece povara îngrijitorului, în esență, nu este întotdeauna statică. Rezultatele analizei literaturii de specialitate sugerează că longevitatea îngrijirii, sprijinul social/familial și traiectoria bolii sunt toți factori care afectează, în mod semnificativ, nivelul de povară asupra îngrijitorilor [30]. Un studiu longitudinal efectuat în Taiwan a indicat că nivelurile poverii generale percepute de îngrijitori s-au schimbat dinamic de-a lungul timpului. Acestea depind mult de faptul dacă un alt membru de familie a preluat o parte din sarcini sau nimeni nu a putut împărtăși cu acesta sarcina de îngrijire [31]. Pe de altă parte, un studiu transversal din Malaiezia, efectuat în rândul îngrijitorilor pacienților care administrează chimioterapie, a ilustrat că povara îngrijitorilor a scăzut în timp. Autorii studiului au argumentat rezultatele prin teoria adaptării la stres. Îngrijitorii, de-a lungul timpului, își sporesc cunoștințele și abilitățile, adaptându-se treptat la presiunea provocată de sarcinile de îngrijire [32].

Povara socioeconomică este una substanțială pentru îngrijitorii pacienților cu multimorbiditate. Deși aceasta variază în dependență de sistemele de protecție socială din țară, îngrijitorii raportează că gestionarea finanțelor, îngrijirea pacienților și obligațiile casnice au contribuit la povara generală pe care o resimt. Price și coautorii au menționat că diversitatea

sarcinilor care sunt realizate de îngrijitorii pacienților cu multimorbiditate generează una dintre provocările de bază [33]. O revizuire recentă a literaturii de specialitate a evidențiat că atât îngrijitorii formali, cât și cei nonformali pot dezvolta sindromul Burnout. Intensitatea corelează direct cu limitările pacienților, cu cât mai mare este suprasarcina îngrijitorilor cu atât mai rapid apare arderea profesională [34]. Prin urmare, este important să se țină cont de responsabilitățile de bază ale îngrijitorilor pacienților cu multimorbiditate atunci când li se evaluează nevoile.

Un alt domeniu de interes este modalitatea prin care poate fi redusă povara îngrijitorilor, în contextul ameliorării calității vieții, al reducerii sindromului de ardere profesională și al sporirii calității îngrijirilor acordate de aceștia. În cadrul interviurilor realizate cu îngrijitorii a fost menționat faptul că atunci când rezultatele efortului depus devin vizibile, de exemplu îmbunătățirea calității vieții pacienților sau prevenirea complicațiilor bolilor, aceștia au o perspectivă mai pozitivă și mai satisfăcătoare asupra muncii lor. Această motivație intrinsecă ar putea conduce la rezultate mai bune în ceea ce privește îngrijirea pacienților, precum și la o relație mai puternică și mai empatică dintre îngrijitori și pacienți.

Un alt subiect abordat de îngrijitorii participanți în cercetare a fost prezența propriilor probleme de sănătate: „Îmi este greu să îl ridic din pat, pentru că am și eu am o hernie de disc, care nu mă decid să o operez, deoarece nu are cine să aibă grija de el...”. Propriile probleme de sănătate somatice sau mintale și nevoia de autoîngrijire devin o povară suplimentară pentru îngrijitori.

Procesul de identificare a strategiilor de reducere a poverii îngrijitorilor implică considerarea nevoilor acestora și a resurselor disponibile la nivel individual, familial și comunitar. Conform surselor din domeniu, îngrijitorii se bazează cel mai mult pe alți membri ai familiei când necesită asistență în activitățile de îngrijire [35]. În acest context, este importantă explorarea posibilităților de suplینire a activităților îngrijitorilor,

prin implicarea unor îngrijitori formali sau a altor membri de familie. Ar putea fi explorate programe de îngrijire „de respiro” (de răgaz) și programe de zi pentru adulți în scopul atenuării oboselii și pentru a oferi timp pentru îngrijirea personală de către îngrijitor. În unele țări au fost implementate programe care permit îngrijitorilor familiei să primească plăți pentru serviciile de îngrijire pentru a ușura o parte din povara financiară. Acest tip de suport este disponibil și în Republica Moldova, în cazul în care pacientul are un grad sever de dizabilitate. Conform deciziei luate de Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă, pacientul care are nevoie de îngrijirea unei alte persoane va solicita un asistent personal. În acest caz, dacă îngrijitorul neformal va deveni formal, va beneficia de toate drepturile unei persoane angajate [36]. Îngrijitorii la rândul lor au menționat sprijinul social reprezentat de vecini, voluntari sau membri ai bisericii, dispuși să ofere asistență suplimentară, precum asigurarea transportului pentru a contribui la atenuarea poverii îngrijitorilor.

Alte sugestii propuse de îngrijitorii pacienților cu multimorbiditate au vizat:

- oferirea de sprijin, mentorat, educație care ar eficientiza activitatea îngrijitorilor, aceștia fiind aplecați să facă față sarcinilor multiple, dar și să ofere servicii de calitate;
- promovarea valorii îngrijitorilor la nivel de familie și comunitate, pentru ca aceștia să se „simtă apreciați”, să poată găsi satisfacție în munca lor, astfel fiind mai motivați să își îndeplinească responsabilitățile cu succes;
- crearea și asigurarea accesului la grupuri de suport, unde îngrijitorii „își pot împărtăși experiențele, primi sfaturi și sprijin” emoțional din partea altor persoane care se confruntă cu aceeași situație;
- disponibilitatea la nivel de comunitate a serviciilor de consiliere și asigurarea accesului la acestea pentru a ajuta îngrijitorii să gestioneze stresul, anxietatea și alte aspecte emoționale asociate îngrijirii pacienților;

- suport financiar adecvat pentru a ajuta la acoperirea costurilor asociate cu îngrijirea pacienților cu afecțiuni multiple.

Aceste nevoi corespund și cu datele din literatura de specialitate, care menționează că scopul intervențiilor realizate pentru îngrijitorii pacienților multimorbizi sunt [37]:

1. îmbunătățirea cunoștințelor îngrijitorilor despre bolile pacientului și îngrijirea acestuia;
2. dobândirea sentimentul de competență;
3. creșterea capacității de a face față situațiilor dificile;
4. ameliorarea sentimentelor de izolare;
5. satisfacerea propriilor nevoi emoționale și fizice.

Este evident că îmbunătățirea cunoștințelor și a abilităților îngrijitorilor formali și nonformali constituie un factor important în prestarea îngrijirilor de calitate și în ameliorarea experienței pacienților. Dezvoltarea competențelor îngrijitorilor, sporirea capacității de a gestiona situațiile dificile, satisfacerea nevoilor lor emoționale și fizice, pot contribui la o îmbunătățire semnificativă a mediului de muncă în sectorul medical și de îngrijire. Este importantă oferirea unei susțineri largi îngrijitorilor, precum promovarea comunicării și colaborarea în cadrul echipelor de îngrijire. Comunicarea și coordonarea eficientă vor putea preveni epuizarea profesională și emoțională a personalului implicat în îngrijirea pacienților cu complexitate medicală crescută. În urma analizei răspunsurilor oferite de îngrijitori în cadrul interviurilor s-au cristalizat câteva domenii de suport primordiale pentru reducerea poverii îngrijitorilor pacienților cu multimorbiditate.

- Oferirea sprijinului emoțional și social prin intermediul terapiei individuale sau a grupurilor de suport ar permite îngrijitorilor să-și exprime în mod liber temerile, stresul și frustrările legate de procesul de îngrijire. Existența unui mediu sigur și receptiv ar facilita înțelegerea și gestionarea emoțiilor îngrijitorilor, contribuind la reducerea nivelului de anxietate și la promovarea stării de bine și a echilibrului emoțional al îngrijitorilor pacienților cu multimorbiditate.



- Împărțirea responsabilităților cu alte rude/membri ai comunității sau profesioniști în domeniul sănătății pentru a ajuta în procesul de îngrijire. Distribuirea responsabilităților și activităților de îngrijire între mai multe persoane contribuie la reducerea poverii și oboselii îngrijitorului, asigurând un echilibru între volumul sarcinilor de îngrijire și capacitățile deținute. Acesta va dispune de timpul necesar pentru odihnă și relaxare, posibil prin programarea unor pauze regulate sau angajarea temporară a altui îngrijitor. Obiectivul principal, în această ordine de idei, este de a preveni epuizarea fizică și psihică a îngrijitorilor, de a le elibera din povară și de a promova recuperarea și bunăstarea generală.

- Disponibilitatea informațiilor relevante și bazate pe dovezi cu referire la boala sau afecțiunile concomitente ale pacientului, precum și la serviciile de sprijin disponibile. Facilitarea accesului la educație și la resurse informative referitoare la patologiiile pacientului și la serviciile de suport disponibile, precum diverse cursuri și instruirii gratuite poate eficientiza procesul de îngrijire. Acest aspect ar implica o furnizare de informații medicale mai coerente și necesare îngrijitorilor pacienților cu multimorbiditate pentru a-și putea extinde cunoștințele în domeniul medical și pentru a accesa serviciile și programele de asistență potrivite nevoilor lor.

- Oferirea unui suport financiar adecvat îngrijitorilor și disponibilitatea resurselor necesare (medicamente, consumabile, transport adecvat etc) pentru asigurarea unor servicii calitative de îngrijire. Prin facilitarea accesului la aceste resurse financiare, îngrijitorii ar putea reduce din povara financiară și se pot concentra mai mult asupra îngrijirii efective a pacienților cu afecțiuni multiple.

Este esențial să recunoaștem eforturile și sacrificiile pe care le fac îngrijitorii pacienților cu multimorbiditate, să le asigurăm sprijinul și resursele necesare pentru a face față acestor îndatoriri îndelungate și anevoioase. Este foarte important să apreciem munca și devotamentul îngrijitorilor care se ocupă de

pacienții cu multiple afecțiuni medicale și să le oferim susținerea și motivația adecvată, ca să poată gestiona eficient acest tip de responsabilitate. Scopul este de asigurare a unei îngrijiri optime a pacienților, de a promova comunicarea și colaborarea în echipa de îngrijire și de a preveni epuizarea profesională a îngrijitorului implicat în îngrijirea pacienților cu complexitate medicală crescută.

Îngrijirea unui pacient cu multimorbiditate constituie o povară pentru îngrijitori, aceștia se confruntă cu diferite obstacole și necesită suport suplimentar pentru menținerea propriei bunăstări și realizarea sarcinilor de îngrijire formale și nonformale. Povara îngrijitorilor pacienților cu multimorbiditate este influențată de o serie de factori determinați de îngrijitor, pacient și bolile de care suferă acesta. Constrângerea financiară și economică este un factor important asociat cu povara îngrijitorului.

Atunci când procesul de îngrijire este îndelungat, apare riscul generării unor conflicte dintre carieră, responsabilitățile de îngrijire și nevoile familiei. Acestea impun niveluri mai mari de povară asupra îngrijitorului. Circa 60-70% dintre îngrijitori experimentează niveluri ridicate de stres și epuizare emoțională din cauza responsabilităților continue și a presiunilor asociate cu îngrijirea unui pacient cu mai multe afecțiuni. Domeniile de impact al multimorbidității pacienților asupra îngrijitorilor acestora este divers și include stresul emoțional, sarcini multiple de îngrijire, dificultăți financiare și sociale, precum și riscul crescut de sănătate precară și epuizare continuă.

Prin urmare, sarcina îngrijitorului pacientului cu multimorbiditate trebuie evaluată și analizată astfel încât profesioniștii din domeniul sănătății să poată oferi suportul necesar. Sprijinul familial, comunitar și social sunt aspecte importante pentru îngrijitori. Clarificarea conceptului de povară a îngrijitorului este esențială pentru a ajuta profesioniștii din domeniul sănătății și populația generală să conștientizeze sarcina îngrijitorului. Prin adoptarea unei atitudini sensibile și

empatică, poate fi creat un mediu de sprijin și încurajare pentru îngrijitori, care să-i ajute să gestioneze mai eficient provocările și presiunile cu care se confruntă.

## BIBLIOGRAFIA

1. Nordin, A., Hairi, F., Choo, W., Hairi, N. Care recipient multimorbidity and health impacts on informal caregivers: A systematic review. *The Gerontologist*. 2018;59(5), e611–e628. 10.1093/geront/gny072.
2. Stewart, J. Home safety. *J R Soc Promot Health*. 2001;121(1):16-22. doi: 10.1177/146642400112100106. PMID: 11329693.
3. Drew, C. Different Types Of Caregivers And Their Duties. *Different Types of Caregivers and their Duties*. 2022; <https://helpfulprofessor.com/types-of-caregiver/>.
4. Barnett, N., Botsford, J., Clegg, A., Gurăie, B., Inglesfield, J., Chew-Graham, C., Payne, R., Lam E., Rutherford, A., Seton-Jones, C. Multimorbidity: Assessment, Prioritisation and Management of Care for People with Commonly Occurring Multimorbidity. National Institute for Health and Care Excellence, 2016.
5. WHO. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care ISBN 978-92-4-151165-0.
6. Alemi, F., Levy, C., Kheirbek, R. The Multimorbidity Index: A Tool for Assessing the Prognosis of Patients from Their History of Illness. *EGEMS (Washington, DC)*. 2016; 4 (1), 1235–1235. 10.13063/2327-9214.1235
7. Riffin, C., Van Ness, P., Wolff, J., Fried, T. Multifactorial examination of caregiver burden in a national sample of family and unpaid caregivers. *Journal of the American Geriatrics*

Society. 2019; 67 ( 2 ), 277–283. 10.1111/jgs.15664.

8. Funk, L., Stajduhar, K., Toye, C., Aoun, S., Grande, G., Todd, C. Part 2: Home-based family caregiving at the end of life: a comprehensive review of published qualitative research (1998–2008). *Palliat Med.* 2010;24(6):594–607.

9. Fabà J., et al. Perceived Caregiving Trajectories and their Relationship with Caregivers' Burdens and Gains. *The Spanish Journal of Psychology.* 2023; 26, e12, 1–12.

10. Schulz, R., Eden, J. Family caregiving roles and impacts. In R. Schulz & J. Eden (Eds.), *Families caring for an aging America* (pp. 73–122). 2016; National Academies Press.

11. Kokorelias, K., Gignac, M., Naglie, G., Rittenberg, N., MacKenzie, J., D'Souza, S., Cameron, J. Agrounded theory study to identify caregiving phases and support needs across the Alzheimer's disease trajectory. *Disability and Rehabilitation.* 2020;44(7), 1050–1059.

12. Lamont, R., Quinn, C., Nelis, S., Martyr, A., Rusted, J., Hindle, J., Longdon, B., Clare, L. Self-esteem, self-efficacy, and optimism as psychological resources among caregivers of people with dementia: Findings from the IDEAL study. *International Psychogeriatrics.* 2019;31(9), 1259–1266.

13. Choi, S., Seo, J. Analysis of caregiver burden in palliative care: An integrated review. *Nurs Forum.* 2019 Apr;54(2):280–290. doi: 10.1111/nuf.12328. Epub 2019 Feb 8. PMID: 30737798.

14. Rodakowski, J., Skidmore, E., Rogers, J., Schulz, R. Role of social support in predicting caregiver burden. *Arch Phys Med Rehabil.* 2012;93(12):2229–2236.

15. Șalaru, V., Țurcan, L., Curocichin, Gh. Povara îngrijitorilor pacienților cu multimorbiditate. *Articole și rezumate. "Congresul al V-lea al medicilor de familie din Republica Moldova cu participare internațională"*. Chișinău, 17-18 mai 2024; p.220–224. ISBN 978-9975-82-377-7.

16. Katz, S., Downs, T., Cash H., Grotz, R. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist.* 1970;10:20–30.

17. Zarit, S., Reever, K., Bach-Peterson, J. Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*. 1980;20:649–655. doi: 10.1093/geront/20.6.649.
18. Sharma, N., Chakrabarti, S., Grover, S. Gender differences in caregiving among family - caregivers of people with mental illnesses. *World J Psychiatry*. 2016 Mar 22;6(1):7-17. doi: 10.5498/wjp.v6.i1.7. PMID: 27014594; PMCID: PMC4804270.
19. Stone, R., Cafferata, G., Sangl, J. Caregivers of the frail elderly: a national profile. *Gerontologist*. 1987;27:616–626.
20. Yu, J. Yap, P., Liew, T. The optimal short version of the Zarit Burden Interview for dementia caregivers: Diagnostic utility and externally validated cutoffs. *Aging & Mental Health*. 2018; 23(6), 706-710. doi: 10.1080/13607863.2018.1450841.
21. Hérbert, R., Bravo, G., Préville, M. Reliability, validity, and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Canadian Journal on Aging*. 2000 ;19, 494-507.
22. Bedard, M., Molloy, D., Squire, L., Dubois, S., Lever, J., O'Donnell, M. The Zarit Burden Interview: A New Short Version and Screening Version. *Gerontologist*. 2001;41(5):652–657.
23. Gratão, A., Brigola, A., Ottaviani, A., Luchesi, B., Souza, É., Rossetti, E., de Oliveira, N., Terassi, M., Pavarini, S. Brief version of Zarit Burden Interview (ZBI) for burden assessment in older caregivers. *Dement Neuropsychol*. 2019;13(1):122-129.
24. Page, B. et al. Beast of burden? Understanding the impact of outpatient total hip and knee replacement on caregivers at home. *Can J Anesth/J Can Anesth*. 2022; 69, 423–426.
25. Loboiko, K., Steiner, M., Bohnet-Joschko, S. Understanding informal care burden domains' impact on overall burden – a structural equation modeling approach with cross-sectional data from Germany. *Journal of Social Policy*. Published online 2023;1-17. doi:10.1017/S0047279423000302.
26. Walker, L., Avant, K. Strategies for theory construction in nursing (fourth ed.). Pearson Prentice Hall, Upper Saddle River: New Jersey. 2005.

27. De Korte, M. et al. Burden for family carers at the end of life; A mixed-method study of the perspectives of family carers and GPs. *BMC Palliat Care*. 2014; 13, pp. 1-9, 10.1186/1472-684X-13-16.

28. Choi Y.S., et al. Factors associated with care burden among family caregivers of terminally ill cancer patients Korean. *J Hosp Palliat Care*. 2016;19,pp. 61-69, 10.14475/kjhpc.2016.19.1.61.

29. Schmaderer, M., Struwe, L., Pozehl, B., Loecker, C., Zimmerman, L. Health Status and Burden in Caregivers of Patients With Multimorbidity. *Gerontol Geriatr Med*. 2020; 23;6:2333721420959228. doi: 10.1177/2333721420959228. PMID: 35047651; PMCID: PMC8762485.

30. Liu, Z., Heffernan, C., Tan, J. Caregiver burden: A concept analysis, *International Journal of Nursing Sciences*. 2020; Volume 7, Issue 4, p.438-445,ISSN 2352-0132,https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012.

31. Lee, Y., et al. Trajectories of caregiver burden and related factors in family caregivers of patients with lung cancer. *Psycho Oncol*. 2018; 27,pp. 1493-1500, 10.1002/pon.4678.

32. Ramli, S., Pardi, K. Factors associated with caregiver burden of family with a cancer patient undergoing chemotherapy at a Tertiary Hospital, Malaysia. *Int Med J* 2018; 25, pp. 99-102.

33. Price, M., Surr C., Gough, B., Ashley, L. Experiences and support needs of informal caregivers of people with multimorbidity: A scoping literature review. *Psychology & Health*. 2020;35(1), page 36–69.

34. Akbari, M., Alavi, M., Irajpour, A., Maghsoudi, J. Challenges of family caregivers of patients with mental disorders in Iran: a narrative review. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2018 Sep-Oct;23(5):329–337.

35. Duggleby, W., Williams A., Ghosh, S., Moquin, H., Ploeg, J., Markle-Reid, M., Peacock, S. Factors influencing changes in health related quality of life of caregivers of persons with multiple chronic conditions. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2016;14(1), 81–81.

36. Hotărârea Guvernului Nr. 314 din 23-05-2012 pentru aprobarea Regulamentului-cadru privind organizarea și funcționarea Serviciului social „Asistență personală” și a Standardelor minime de calitate. [https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=142883&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=142883&lang=ro).

37. Rodakowski, J., Skidmore, E., Rogers, J., Schulz R. Role of social support in predicting caregiver burden. Arch Phys Med Rehabil. 2012;93(12):2229-2236.





616-036:614.253

Ş 16

---

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții din Republica Moldova

**Şalaru, Virginia.**

**Multimorbiditatea** - lecții învățate, lecții de învățat : Monografie / Virginia Şalaru ; Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu". – Chișinău : [S. n.], 2024 (Print-Caro). – 206 p. : fig. color.

Bibliogr. la sfârșitul cap. – Cu suportul financiar al Agenției Naționale pentru Cercetare și Dezvoltare. – [100] ex.

ISBN 978-5-85748-087-8.

---

Tipar: Print Caro, mun. Chișinău, str. Columna, 170



**Motto:** „Adevărata artă a medicinei este să înveți să tratezi pacienții, nu doar bolile.”

*William Osler*

## ȘALARU VIRGINIA

---

Conferențiar universitar, Doctor în științe medicale Catedra de medicină de familie, șefă adjunctă a Departamentului Didactic și Management Academic Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicoale Testemițanu”.

Master în Managementul Sănătății Publice.

Membru al Asociației Medicilor de Familie din Republica Moldova; Membru al Academiei Europene a Profesorilor de medicină de Familie (EURACT -European Academy of Teachers in general practice); Membru al Asociației Bosiguranța și Biosecuritatea din Republica Moldova; Membru al Asociației Obștești Uniunea Medical Balcanică din Republica Moldova.

Publicații: 1 carte autor coordonator, 5 cărți co-autoar, articole în extenso în reviste cotate ISI WEB of Science, reviste științifice naționale și internaționale, indexate PUBMED, și SCOPUS. Coautoare a protocoalelor clinice naționale și protocoale standardizate pentru medicii de familie, inclusiv standarde naționale de proceduri operaționale.

Diploma de laureat al Concursului „Profesorul anului 2021” la categoria Conferențiar universitar.  
Trofeul Cristalul Calității acordat de Agenția Națională de Asigurare a Calității în Educație și Cercetare, 2021  
Diploma Parlamentului Republicii Moldova de gradul I, în semn de recunoștință pentru profesionalism înalt, performanțe deosebite în prestarea serviciilor medicale, dăruire și contribuție substanțială la îmbunătățirea sănătății populației, 2021.

Medalia de onoare a Ministerului Afacerilor Externe a Republicii Franceze, conferită pentru serviciile acordate ambasadei și comunității franceze în timpul pandemiei COVID-19, 2022.

Diplomă acordată de Biroul Național al Agenției Naționale a Francofoniei în Europa Centrală și Orientală pentru contribuția în promovarea valorilor francofoniei, 2022.

Diploma pentru excelență în activitate conferită de USMF „Nicolae Testemițanu”, 2022.

Medalie de aur și Diplomă de Excelență la expoziția internațională EUROINVENT, 2023.

Medalie de aur oferită de ICECHIM, București 2023.

Medalie de aur și Medalie de argint, ediția a II-a a Expoziției internaționale a inovației și transfer tehnologic. Excelent idea, 2023

Medalie de aur la expoziția internațională IFOINVENT, 2023.

Medalia Promotor al culturii calității în educație și cercetare, gradul I, acordată de Agenția Națională de Asigurare a Calității în Educație și Cercetare, 2024.

Diplomă de onoare în semn de apreciere și recunoștință pentru angajamentul profesional, devotament și contribuție semnificativă la dezvoltarea programului de cooperare în domeniul asistenței medicale generale în cadrul parteneriatului Bilateral Republica Moldova-Carolina de Nord, cu prilejul celebrării celei de a 25- aniversare, 2024.