



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA
ȘCOALA DE MANAGEMENT ÎN SĂNĂTATE PUBLICĂ

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE AL
REPUBLICII MOLDOVA**

**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINA ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”
ȘCOALA DE MANAGEMENT ÎN SĂNĂTATE PUBLICĂ**

Doltu Svetlana

**CUNOȘTINȚE, ATITUDINI ȘI PRACTICI ALE
REPREZENTANȚILOR ADMINISTRAȚIEI PUBLICE LOCALE
ÎN CONTROLUL TUBERCULOZEI**

Teza de master în Managementul sănătății publice

Conducător științific

Lozan Oleg, dr. habilitat, profesor universitar

Autor

Doltu Svetlana

Chișinău, 2017

INTRODUCERE	3
CAPITOLUL I. Studiarea surselor bibliografice	9
1.1 APL - cadrul normativ de funcționare și rolul în comunitate	9
1.2 APL - competențe și atribuții în domeniul sănătății, inclusiv în controlul tuberculozei	11
1.3 Experiența internațională și recomandări cu referire la rolul APL în sănătate .	14
CAPITOLUL II. Metodologia cercetării	18
2.1 Caracteristica generală a cercetării	18
2.1.1 Semnificații generale	18
2.1.2 Etapale de desfășurare a cercetării.....	18
2.1.3 Metodele de cercetare	18
2.1.4 Tipul de studiu și volumul eșantionului	19
2.1.5 Caracteristici generale despre colectarea datelor.....	19
2.2 Prelucrarea matematico-statistică a rezultatelor obținute	20
2.3 Algoritmul de calcul privind determinarea nivelului integrat de cunoștințe, atitudini și practici privind tuberculoza	22
CAPITOLUL III. Analiza datelor	26
3.1 Caracteristicile generale ale eșantioanelor.....	26
3.1.1 Caracteristici generale eșantion APL	26
3.1.2 Reprezentativitatea eșantioanelor APL și KAP	27
3.2 Analiza comparativă a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor privind tuberculoza al reprezentanților APL în raport cu cel al populației generale.....	27
3.2.1 Analiza comparativă privind nivelul de cunoștințe în tuberculoză	27
3.2.2 Analiza comparativă privind atitudinile referitoare la tuberculoză	30
3.2.3 Analiza comparativă a practicilor față de tuberculoză	32

3.3	Evaluarea nivelului integrat al cunoștințelor, atitudinilor și practicilor față de tuberculoză al reprezentanților APL	36
3.3.1	Analiza nivelului integrat al cunoștințelor privind tuberculoza	36
3.3.2	Analiza nivelului integrat al atitudinilor față de tuberculoză	39
3.3.3	Analiza nivelului integrat privind practicile față de tuberculoză	41
3.3.4	Analiza KAP privind tuberculoza	44
3.4	Analiza intervențiilor comunitare aplicate în controlul tuberculozei de către APL.....	46
	ÎNCHEIERE. Sinteza rezultatelor obținute	53
	CONCLUZII GENERALE.....	57
	RECOMANDĂRI PRACTICE	58
	BIBLIOGRAFIA	59
	ABREVIERI.....	62
	ANEXE.....	63

INTRODUCERE

Actualitatea cercetării

Tuberculoza este cea mai răspândită și mai persistentă boala infecțioasă la om. Ea rămâne a fi o problemă majoră în plan mondial, fiind declarată începând cu anul 1993 de către OMS drept o urgență de sănătate publică. Aproximativ o treime din populația globului este infectată cu *Mycobacteria tuberculosis*. Fiecare individ cu tuberculoză poate infecta în mediu între 10 și 15 persoane anual. Fiecare oră în lume înregistrează 49 cazuri noi cu tuberculoză, 32 persoane care finalizează tratamentul cu succes și 7 cazuri care decedează [1, 2].

La nivel global, OMS a estimat pentru anul 2015 aproximativ 10.4 milioane de cazuri noi cu tuberculoză și 1.4 milioane de decese cauzate de această boală. Progresul global privind reducerea incidenței prin tuberculoză a înregistrat în anul 2015 față de anul 2014 un declin de doar 1.5%. Cu toate că, numărul de decese cauzate de tuberculoză a scăzut cu 22% între anii 2000 și 2015, tuberculoza a rămas printre primele 10 cauze de deces la nivel mondial în 2015. În context, întru atingerea Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă¹, dar și a Strategiei END TB², OMS accentuează asupra necesității de accelerare a acestui declin cu 4-5% anual [3, 4].

Tuberculoza în context mondial și regional. Fiind situată în zona cu cea mai mare incidență a tuberculozei dintre toate țările regiunii europene ale OMS, Republica Moldova rămâne a fi un focar de răspândire al acesteia. Potrivit OMS, Republica Moldova, este regăsită printre cele 30 de țări din lume cu o povară înaltă de tuberculoză multidrogrezistentă și plasată printre primele șase țări ale lumii cu o astfel de povară. La nivel de regiune europeană a OMS, Republica Moldova se clasează pe locul doi (după Kazahstan) în aspect de incidență și pe locul patru (după Belarus, Kyrgystan și Kazahstan) pentru tuberculoza multidrogrezistentă. La capitolul rezultate de tratament, deși Republica Moldova este plasată pe ultimele locuri, către finele anului 2015 a înregistrat o rată de succes de 80% printre cazurile cu tuberculoză sensibilă și 57% printre cazurile

¹ *The Sustainable Development Goals* – SDGs 2030 – au fost adoptate de Națiunile Unite în 2015; conțin un set de 17 „obiective globale” și 169 de ținte prestabilite; cuprind o gamă largă de acțiuni privind dezvoltarea durabilă. Printre acestea se enumeră eradicarea sărăciei, acoperirea universală de sănătate, ameliorarea educației etc.

² *Strategia END TB 2015-2035* - adoptată de statele membre la Adunarea Mondială a Sănătății (mai 2014), scopul căreia constă în stoparea epidemiei, iar ținta - reducerea deceselor prin tuberculoză cu 95% și a incidenței cu 90% între 2015 și 2035 și asigurarea ca nici o familie să nu fie împovărată de cheltuieli exorbitante datorate tuberculozei. Strategia include, de asemenea, ținte care vor fi propuse în viitor pentru 2030, "scopuri de dezvoltare sustenabile" și stabilește repere intermediare pentru anii 2020 și 2025.

cu tuberculoză multidrogrezistentă în comparație cu media europeană de 76% și 51% respectiv [1, 2, 3].

Tuberculoza în Republica Moldova. Controlul tuberculozei în Republica Moldova este realizat prin intermediul programului național, actualmente în derulare al cincilea la număr PNCT 2016-2020 [5]. Ministerul Sănătății deține responsabilitatea primordială pentru controlul tuberculozei în țară. Acesta își exercită atribuția în colaborare cu Ministerul Justiției și alte entități guvernamentale, dar și organizații neguvernamentale, parteneri internaționali. De-a lungul implementării programelor naționale, Republica Moldova a întreprins acțiuni importante în controlul tuberculozei prin instituirea standardelor internaționale privind măsurile de control și tratament pentru această maladie.

Conform rapoartelor misiunilor de evaluare realizate sub egida OMS, în Republica Moldova pe parcursul ultimilor ani s-au înregistrat progrese în ceea ce privește controlul tuberculozei [6, 7, 8]. În context, datele centralizate la nivelul PNCT sugerează o scădere constantă a morbidității prin tuberculoză, reflectând o reducere pe parcursul anilor 2007-2016 a incidenței globale (cazuri noi și recidive) cu 33% (de la 130 la 88‰) și a ratei de mortalitate cu 55% (de la 20 la 9‰). Totodată, sunt remarcate ameliorări în asigurarea unui tratament de succes printre pacienții care au urmat tratamentul pentru tuberculoză. Astfel, printre cazurile cu tuberculoză sensibilă: succesul la tratament a crescut de la 57% (cohorta 2009) la 80% (cohorta 2015), iar rata pierduților din supraveghere s-a micșorat de la 13% la 5% pentru aceleași cohorte; printre cazurile cu tuberculoză multidrogrezistentă succesul la tratament a crescut de la 51% (cohorta 2009) la 57% (cohorta 2013), iar rata pierduților din supraveghere s-a micșorat de la 23% la 21% pentru aceleași perioade [6, 9].

Cu toate acestea, severitatea epidemiei tuberculozei în Republica Moldova rămâne a fi condiționată de diversitatea problemelor socio-economice cu care se confruntă pacienții și familiile acestora. Nevoile pacientului cu tuberculoză sunt multidimensionale iar serviciile medicale și de suport prevăzute de legislație sunt insuficiente pentru acoperirea lor. Principalele necesități ale pacienților cu tuberculoză sînt legate de asigurarea asistenței medicale, suportului social și psihologic, necesare încheierii cu succes a tratamentului. Aceasta se explică inclusiv prin insuficiența intervențiilor centrate pe pacient întru susținerea pe întreaga perioadă de tratament: lipsa mijloacelor materiale pentru asigurarea suportului nutrițional, procurarea medicamentelor complementare pentru tratamentul efectelor adverse generate de medicația antituberculoasă, lipsa

consilierii și a suportului social, necesare pacientului pentru finalizarea cu succes a tratamentului etc [8, 5, 10, 11].

La nivel local, instituția responsabilă de protecție socială este administrația publică locală de nivelul I (întâi). Legea nr.436 din 28.12.2006 *privind administrația publică locală* prevede competența organelor administrației publice locale în asistența socială, incluzând centrele și așezămintele de asistență socială și de protecție socială, protecția socială a populației afectate de șomaj, organizarea activității de asistență socială a copiilor, bătrânilor, invalizilor, familiilor cu mulți copii, a grupurilor și persoanelor defavorizate; sprijină organizațiile neguvernamentale care au ca obiect de activitate protecția socială și funcționează în raza satului (comunei), orașului (municipiului); supraveghează realizarea măsurilor de asistență socială și ajutor social [12].

Tuberculoza este percepută drept o boala stigmatizanta, asociata cu prejudecați morale, în special în mediu rural, printre persoane vârstnice si în categoriile cu nivel de educație si statut socio-economic joase [10].

Urmare a acestora, drept factorii favorizanți privind creșterea riscului de expunere la tuberculoză se enumeră nu numai sărăcia, lipsa resurselor financiare și accesul la serviciile de sănătate, dar și nivelul de conștientizare a comunității privind această boală [11, 13, 14]. De astfel, într-o comunitate cu un nivel scăzut de conștientizare privind cauza, modul de transmitere, metodele de prevenire, răspândirea tuberculozei ar putea avea un nivel mai ridicat [15]. Mai mult ca atât, în cazul, în care în comunitate persistă un concept negativ asupra tuberculozei, acesta ar putea influența negativ atât relațiile sociale, identitatea morală a celor afectați de această boală, cât și eforturile generale de control ale tuberculozei [10, 16].

În acest sens, una dintre componentele de bază ale Strategiei END TB cuprinde atât realizarea activităților de conștientizare de către comunitate a percepțiilor referitoare la tuberculoză, cât și implicarea acestora în activitățile de control pentru această boală [4].

Implicarea comunităților în controlul tuberculozei, ține de aspectul unui șir de valori prin care poate fi percepută și conștientizată problema tuberculozei. Drept fundal în acest sens, se enumeră trei seturi de activități: pledoaria, comunicarea și mobilizarea socială, care au un scop comun – schimbările comportamentale. La rândul său: *Pledoaria* - ține de urmărirea asigurării cu resurse financiare și umane, implementarea politicilor și procedurilor prin sensibilizarea părților interesate (politicieni, factori de decizie, mass-media); *Comunicarea* - vizează creșterea gradului de conștientizare, influența normelor sociale, crearea comportamentelor etc.; *Mobilizarea socială*

- vizează schimbarea normelor, îmbunătățirea serviciilor, extinderea asistenței comunității, rezolvarea problemelor sociale etc [17]. Toate acestea sunt cuprinse de strategia ACSM.

Activitățile realizate în cadrul acesteia sunt concentrate pe persoană și schimbare socială, axate pe îndeplinirea celor patru provocări în controlul tuberculozei: 1) angajament politic; 2) îmbunătățirea depistării și aderenței la tratament; 3) reducerea stigmei și discriminării; 4) responsabilizarea persoanelor afectate de tuberculoză și comunitățile acestora [17].

Indicatorul integrat de cunoaștere a simptomelor tuberculozei în populația generală a fost de 64% (2012) respectiv [18], implicarea reprezentanților APL în controlul tuberculozei depinde în mare parte doar de nivelul individual de informare privitor la subiect.

Din aceste considerente, evaluarea cunoștințelor, atitudinilor și practicilor de sănătate printre actorii comunitari, inclusiv a reprezentanților APL, este esențială pentru activitățile de planificare, implementare, pledoarie, comunicare și mobilizare socială – toate fiind atribute de bază într-un control eficient al tuberculozei [5, 17].

Scopul cercetării

Evaluarea nivelului de cunoștințe, atitudini și practici al reprezentanților APL față de tuberculoză pentru îmbunătățirea intervențiilor comunitare.

Obiectivele cercetării

1. Studiarea surselor bibliografice la subiectul cercetării.
2. Analiza comparativă a nivelului de cunoștințe, atitudini și practici privind tuberculoza al reprezentanților APL în raport cu cel al populației generale.
3. Evaluarea nivelului integrat al cunoștințelor, atitudinilor și practicilor față de tuberculoză al reprezentanților APL și analiza intervențiilor comunitare aplicate în controlul tuberculozei.
4. Elaborarea recomandărilor întru sporirea implicării APL în activitățile de control ale tuberculozei.

Volumul și structura lucrării

Lucrarea este prezentată în 74 pagini de text electronic, include 27 figuri, 13 tabele și trei anexe; constă din introducere, 3 capitole, încheiere, concluzii și recomandări, abrevieri și surse bibliografice.

Partea întâi a cercetării presupune analiza practicelor de nivel național și internațional privind implicarea comunitară în controlul tuberculozei, în special, ale autorităților publice de nivel local.

Partea secundă a cercetării cuprinde analiza prin contrapunerea datelor obținute la compartimentul nivelul de cunoștințe, atitudini și practici privind tuberculoza în rândul eșantionului cercetat și cel al populației generale (a.2012 [18]).

Cea de-a treia parte a cercetării are la bază elaborarea unui mecanism de apreciere a nivelului integrat de cunoștințe, atitudini și practici și analiza intervențiilor aplicate în raport cu acest mecanism. În context, pentru analiza datelor s-a recurs la următoarea etapizare:

1. Stabilirea și formularea componentelor per fiecare categorie: cunoștințe, atitudini și practici privind tuberculoza;
2. Elaborarea algoritmului pentru aprecierea nivelului integrat de cunoștințe, atitudini și practici privind tuberculoza printre reprezentanții APL;
3. Determinarea nivelului integrat de cunoștințe, atitudini și practici privind tuberculoza printre reprezentanții APL;
4. Analiza intervențiilor aplicate în controlul tuberculozei la nivel de APL în raport cu nivelului integrat de cunoștințe, atitudini și practici privind tuberculoza printre reprezentanții APL.

Rezultatele obținute vor servi drept suport pentru formularea concluziilor, și anume:

Analiza surselor literaturii de domeniu, ne va permite elucidarea bunelor practici care ar putea fi aplicate în controlul tuberculozei prin intermediul actorilor comunitari, în special al autorităților publice locale.

Prin evaluarea nivelului de cunoștințe, atitudini și practici despre tuberculoză vom putea aprecia care este gradul de informare în rândul reprezentanților APL și care sunt intervențiile aplicate de aceștia în activitățile de control ale tuberculozei.

Toate acestea, ne vor permite pronunțarea unor recomandărilor privind necesitatea implicării autorităților locale în controlul tuberculozei, dar și sugestii de implementare a Strategiilor de ACSM.

Importanță practică

Tuberculoza în Republica Moldova este o problemă de sănătate publică. Deși este o boală vindecabilă, povara exprimată de această boală este încă la un nivel înalt. Pe lângă aspectul epidemiologic există și o serie de obstacole care contribuie, de asemenea, la aceste valori ridicate. Mai mulți factori determinanți și de risc, cum ar fi socio-economici, perceperea tuberculozei drept o boală stigmatizantă, nevoile cu care se confruntă pacientul în calea accesării serviciilor medicale legate de tuberculoză etc., induc la o situația precară privind tuberculoza în Republica Moldova. În fapt, prevenirea, dar și asigurarea unui tratament de succes pentru tuberculoză nu are numai un aspect de ordin medical, dar este unul multidimensional și care cuprinde implicarea mai multor actori, inclusiv a comunității.

Pornind de la aceste considerente, pentru prima dată în Republica Moldova s-a propus de a evalua, la nivelul autorităților publice locale, gradul de conștientizare a gravității problematicei tuberculozei. Acest fapt, ar putea determina susținerea autorităților publice locale în implicarea activităților pentru un control eficient al tuberculozei la nivel de comunitate.

Argumentele descrise mai sus servesc drept suport pentru inițierea cercetării curente, ce își propune drept scop evaluarea cunoștințelor, atitudinilor și practicilor privind tuberculoza printre reprezentanții autorităților publice locale.

Rezultatele așteptate ale studiului

pe termen scurt

1. îmbunătățirea cunoștințelor APL despre tuberculoză și creșterea implicării lor în soluționarea nevoilor socio-economice ale pacienților cu tuberculoză.
2. implicarea activă a APL în elaborarea Programelor teritoriale de control ale tuberculozei, inclusiv co-finanțarea activităților de control a TB.

pe termen lung

3. creșterea ratei succesului tratamentului tuberculozei și ameliorarea situației epidemiologice a tuberculozei în Republica Moldova.

CAPITOLUL I. STUDIEREA SURSELOR BIBLIOGRAFICE

1.1 APL - cadrul normativ de funcționare și rolul în comunitate

Administrație publică locală reprezintă totalitatea autorităților publice locale constituite, în condițiile legii, pentru promovarea intereselor generale ale locuitorilor unei unități administrativ-teritoriale [19].

Sistemul actual de administrație publică locală din Republica Moldova, reglementat prin *Legea nr. 435 din 28.12.2006 privind descentralizarea administrativă* și *Legea nr. 436 din 28.12.2006 privind administrația publică locală* presupune: [19, 20]

1. autorități ale administrației publice locale de nivelul întâi - autorități publice, luate în ansamblu, care sînt constituite și activează pe teritoriul satului (comunei), orașului (municipiului) pentru promovarea intereselor și soluționarea problemelor colectivităților locale;
2. autorități ale administrației publice locale de nivelul al doilea - autorități publice, luate în ansamblu, care sînt constituite și activează pe teritoriul raionului, municipiului Chișinău, municipiului Bălți, unității teritoriale autonome cu statut juridic special pentru promovarea intereselor și soluționarea problemelor populației unității administrativ-teritoriale respective;

În context, APL de nivelul I (consiliile locale și primarii) - cuprind ansamblul atribuțiilor pentru amenajarea comunităților locale; iar APL de nivelul II (consiliile raionale și președinții raioanelor) – cu responsabilități de a asigura ajutoare și servicii de destinație socială;

Pentru realizarea competențelor sale, autoritățile locale au la îndemână resurse financiare, instituționale, patrimoniale și umane.

În conformitate cu art. 5 al *Legii nr. 435-XVI din 28.12.2006 privind descentralizarea administrativă*, APL de nivelurile întâi și al doilea, precum și cele centrale, pot coopera, în condițiile legii, pentru a asigura realizarea unor proiecte sau servicii publice care solicită eforturi comune [20].

Norma dată nu a stipulat expres în care domenii autoritățile locale pot avea competențe partajate. Atunci când se referă la competența APL în domeniul educației, sănătății și protecției sociale, legislația actuală este destul de confuză și contradictorie.

Legea nr. 397 din 16.10.2003 privind finanțele publice locale, la capitolul delimitarea competenței în domeniul efectuării cheltuielilor publice, stabilește un spectru foarte îngust de competențe pentru APL de nivelul I și II [21]. În Republica Moldova dependența într-o măsură

mai mare sau mai mică de transferurile de la bugetul de stat este specifică majorității APL din țară. Această stare de lucruri relevă gradul scăzut de autonomie al administrației publice locale, precum și capacitatea redusă de a răspunde necesităților cetățenilor la nivel local [21].

Prin art. 4 din *Carta Europeană a Autonomiei Locale*, se instituie principiul subsidiarității, stipulându-se că colectivitățile locale dispun, în cadrul legii, de întreaga competență de a lua inițiativa pentru orice chestiune care nu este exclusă din domeniul competențelor lor sau care nu este atribuită unei alte autorități [22].

În general, *Carta Europeană a Autonomiei Locale* din 15 octombrie 1985 acordă o importantă deosebită autonomiei financiare a colectivităților locale. Astfel, art. 9 din actul dat prevede că autoritățile administrației publice locale au dreptul la resurse proprii, suficiente, de care pot dispune în mod liber în exercitarea atribuțiilor lor. Resursele financiare ale autorităților administrației publice locale trebuie să fie proporționale cu competențele prevăzute de Constituție sau de lege. Deci, autorităților locale, în ansamblul mijloacelor de realizare a competențelor sale, este necesar să le fie acordate dreptul la resurse financiare suficiente pentru exercitarea atribuțiilor stabilite de lege [22]. Luând în considerație faptul că autonomia locală este condiționată de existența autonomiei financiare, în Republica Moldova încă nu se poate vorbi de o reală autonomie locală întrucât, resursele financiare realizate la nivel local de către autoritățile APL sunt insuficiente în majoritatea cazurilor.

În acest context, evidențiem că și în art. 3 din *Legea nr.435-XVI din 28.12.2006 privind descentralizarea administrativă*, este proclamat că la baza descentralizării administrative se află principiul corespunderii resurselor cu competențele, care presupune corespunderea resurselor financiare și materiale alocate autorităților publice locale cu volumul și natura competențelor ce le sunt atribuite pentru a asigura îndeplinirea eficientă a acestora [20].

În Republica Moldova, în cadrul procesului de descentralizare, tot mai des se constată că anumite competențe nu pot fi exercitate de către autoritățile administrației publice locale datorită capacității lor administrative reduse. Există numeroase situații când legile adoptate prevăd pentru APL responsabilități fără ca să fie indicată sursa de finanțare pentru a fi soluționată problema dată, dar nici nivelul de responsabilitate (situație tipică domeniul sănătății).

Astfel, în conformitate cu art. 14 alin.(2) lit. y) din *Legea nr. 436-XVI din 28.12.2006 privind administrația publică locală*, consiliul local contribuie la realizarea măsurilor de protecție și asistență socială [19]. Lipsa capacităților financiare ale autorităților publice locale de a-și realiza

pe deplin atribuțiile sale în domeniul asistenței sociale reprezintă o problemă actuală din prisma soluționării nevoilor persoanei afectate de tuberculoză și familiilor sale, dar și altor grupuri social-vulnerabile. Există numeroase cazuri în care apar dificultăți la acordarea beneficiilor pentru familiile sărace, deoarece autoritățile locale nu au posibilitate să exercite competențele date, având în vedere faptul că multe dintre beneficiile sociale trebuie suportate de la bugetele locale, care sunt extrem de vulnerabile la majoritatea capitolului. În cazul dat, transferul de autoritate decizională este incomplet, deoarece autoritățile locale au primit competență fără a putea influența real organizarea și funcționarea protecției și asistenței sociale în teritoriul administrat. În acest sens, rolul autorităților publice locale de nivelul întâi (I) în domeniul dat este limitat și exercitarea atribuțiilor lor evident vor fi nesatisfăcătoare. Toate acestea reduc la zero inițiativa și capacitatea reală a APL de a soluționa efectiv problemele vitale ale colectivităților pe care le reprezintă.

1.2 APL - competențe și atribuții în domeniul sănătății, inclusiv în controlul tuberculozei

Actualmente, din prevederile legale, rezultă că sănătatea nu intră în domeniul propriu de competență al APL de nivelul I și II, fiind în exclusivitate în competența statului și autorităților publice centrale. Prevederile *Legii nr. 435 din 28.12.2006 privind descentralizarea administrativă* care stabilește expres domeniile proprii ale administrației publice locale și a *Legii nr. 436 din 28.12.2006 privind administrația publică locală*, care pornind de la domeniile de competență respective stabilește atribuțiile autorităților publice locale deliberative și executive locale, rezultă că sănătatea nu intră în domeniul propriu de competență [19, 20]. În același timp, se constată că mai multe acte legislative ale APC, prevăd un număr mare de atribuții pentru APL în domeniul sănătății, fără a face careva delimitare între ele și fără a ține cont de sistemul de APL, precum și de capacitățile organizaționale și de funcționare ale acestora. Mai mult ca atât, conform art. 9 al *Legii nr. 435 din 28.12.2006 privind descentralizarea administrativă*, domeniul sănătății în general nu poate fi transferat autorităților publice locale deoarece este un serviciu care se bucură de reglementare constituțională, fiind garantat și asigurat direct și exclusiv de către stat [20].

În context, art. 3 și 6 din *Legea nr. 411 din 28.03.1995 privind ocrotirea sănătății* prevede expres circa 15 atribuții ale APL în domeniul ocrotirii sănătății [23].

La rândul său, în conformitate cu prevederile stipulate în art. 5 al *Legii nr. 1513 din 16.06.1993 privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populației*, APL de asemenea, sunt abilitate cu mai multe competențe, în special:

1. coordonarea activității persoanelor fizice și juridice în ceea ce privește desfășurarea de către ele a unor măsuri igienice și antiepidemice complexe;
2. elaborarea și aprobarea programelor locale de asigurare sanitaro-epidemiologică a populației și controlul asupra executării acestora, precum și organizarea realizării programelor republicane similare;
3. organizarea efectuării de măsuri operative de prevenire și lichidare a epidemiilor bolilor contagioase și bolilor ne-infecțioase și intoxicațiilor în masă ale oamenilor;
4. luarea deciziilor privind instituirea și anularea carantinei sau a măsurilor respective în cazul izbucnirii epidemiilor bolilor contagioase și bolilor ne-infecțioase și intoxicațiilor în masă ale oamenilor;
5. asigurarea unor condiții corespunzătoare pentru realizarea și apărarea drepturilor și intereselor populației în domeniul asigurării sanitaro-epidemiologice;
6. stimularea economică, în limitele împuternicirilor acordate, a activității persoanelor fizice și juridice orientată spre prevenirea și lichidarea influenței dăunătoare asupra organismului uman a factorilor mediului înconjurător, prevenirea bolilor, îmbunătățirea condițiilor igienice de muncă și de trai ale oamenilor;
7. dezvoltarea și menținerea, în conformitate cu regulile sanitare, a surselor și sistemelor publice de alimentare cu apă potabilă a populației;
8. organizarea și desfășurarea măsurilor de salubritate și igienizare a teritoriului localităților [24].

Art.7 din *Legea nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei*, prevede că APL, în comun cu serviciile publice de sănătate de interes local și cu structurile teritoriale ale autorităților de specialitate ale administrației publice centrale, colaborează, potrivit competenței lor, cu organizații naționale și internaționale, cu alte structuri ale societății civile în vederea atragerii de investiții adiționale destinate promovării și derulării programelor aprobate [25].

Extrasul din *Hotărârea de Guvern nr. 1160 din 20.10.2016 privind aprobarea programului național de control al tuberculozei pentru anii 2016-2020* stipulează: *Se recomandă consiliilor municipale Chișinău și Bălți, administrației unității teritoriale autonome Găgăuzia (Gagauz-Yeri) și consiliilor raionale să elaboreze, să aprobe și să asigure realizarea programelor teritoriale de control al tuberculozei pentru anii 2016-2020. Totodată, aceeași hotărâre de Guvern indică că*

finanțarea PNCT 2016-2020 se va efectua din contul și în limita mijloacelor aprobate anual în bugetul public național, precum și din alte surse conform legislației în vigoare [5].

De asemenea, în textul legilor speciale, se folosește termenul general de autoritate publică locală, dar fără a face vreo delimitare între autoritățile publice locale de nivelul I (întâi) sau II (doi), deliberative sau executive. În plus, se constată o lipsă de claritate în privința naturii juridice a competențelor stipulate în legislația specială. *Care din ele sunt proprii și care sunt delegate?* Aceasta este în prezent deosebit de important din punct de vedere al modului de finanțare și al realizării lor de către autoritățile locale [19, 20].

La fel, capacitățile organizaționale, funcționale și financiare actuale ale autorităților publice locale de nivelul II și mai ales a celor de nivelul I, în mare măsură nu corespund competențelor respective. În acest sens, *Hotărârea Guvernului nr. 688 din 10 iunie 2003 privind aprobarea structurii statelor de personal ale primăriilor și Hotărârea Guvernului nr. 689 din 10 iunie 2003 privind organigrama și statele de personal ale aparatului președintelui raionului* nu prevăd astfel de funcții și nici posibilitatea angajării unor specialiști care ar facilita exercitarea de către autoritățile publice locale a atribuțiilor legale în domeniul sănătății. În ceea ce privește sursele financiare, nici *Legea nr. 397 din 16.10.2003 privind finanțele publice locale*, în acest sens, la capitolul delimitarea competenței în domeniul efectuării cheltuielilor publice, nu stabilește expres careva competențe nici pentru autoritățile publice locale de nivelul I (întâi), nici pentru cele de nivelul II (doi) [21, 26, 27].

În corespundere cu abordările internaționale de bune practici, politicile, strategiile și legislația ce țin de promovarea sănătății și profilaxia maladiilor se bazează pe:

1. roluri și responsabilități clare ale statului și instituțiilor în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor, precum și colaborarea dintre instituțiile sistemului sănătății, autoritățile administrației publice locale și alte instituții relevante sănătății;
2. mecanisme, inclusiv financiare, pentru planificarea, implementarea și evaluarea programelor de acțiuni axate pe maladiile principale identificate pe baza cercetărilor științifice și evaluării necesităților;
3. deprinderi personale acumulate prin informarea și educația pentru sănătate și deprinderi de viață;
4. consolidarea acțiunilor comunitare și împuternicirea individului.

Organizația Mondială a Sănătății definește educația pentru sănătate drept arma cea mai eficace a sănătății populaționale, ceea ce impune *„să fie asigurată educația pentru sănătate a populației și să fie determinate sectoarele în care aceasta să participe la aplicarea tuturor programelor de sănătate publică, pentru a marca astfel, răspunderea personală și colectivă a tuturor membrilor societății în ocrotirea sănătății umane”*. Principiul specificității și autorității în educația sanitară, consideră că, opinia celor cu autoritate legitimă este mai credibilă, mai cu seamă dacă, aceștia constituie un exemplu grăitor de comportament sanogenic. Integrarea educației pentru sănătate în condițiile concrete ale societății și să fie compatibilă cu statutul social-economic și cultural al acesteia, precum și cu progresele înregistrate în domeniul științelor medicale reprezintă un model eficient.

Există o contradicție de ordin principal între, pe de o parte, prevederile Legii privind descentralizarea administrative și Legii privind administrația publică locală, care nu prevăd careva competențe pentru autoritățile publice locale în domeniul dat și, pe de altă parte, legislația specială menționată mai sus, care stabilește un număr mare de atribuții în domeniul sănătății pentru autoritățile publice locale.

1.3 Experiența internațională și recomandări cu referire la rolul APL în sănătate

Autoritățile administrației publice locale din țările UE au un rol deosebit în viața economică a comunităților locale pe care le reprezintă, *Sănătatea 2020* fiind noul cadru de politici de sănătate europene. Acesta are ca scop sprijinirea acțiunilor întreprinse de către guverne și societăți în vederea: *îmbunătățirii în mod semnificativ a sănătății și bunăstării populației, reducerii inegalităților în domeniul sănătății, întăririi sănătății publice și asigurării unor îngrijiri de sănătate centrate pe cetățeni, care sunt universale, echitabile, durabile și de înaltă calitate* [28].

Sănătatea în toate politicile este practica politică de includere, integrare sau internalizare a sănătății în alte politici care modelează sau influențează determinanții sociali ai sănătății. Acești factori determinanți includ politicile privind transporturile, locuințele, politicile fiscale și agricole, pentru a numi câteva dintre ele. Sănătatea în toate politicile este mai preocupată de *„problemele mari”* și mai puțin de programele sau proiectele individuale. În funcție de contextul instituțional al unei țări, aceste politici pot fi găsite la nivel național, regional, local sau dispersate în sisteme de guvernare pe mai multe niveluri. Politica integrată de sănătate publică are ca scop integrarea aspectelor legate de sănătate în politicile din alte sectoare [29, 30].

Uniunea Internațională pentru Promovarea Sănătății și Educației (IUHPE) recunoaște că multe dintre soluțiile la cele mai presante probleme de sănătate se află în afara sectorului sănătății. Prin urmare, este imperativ să se faciliteze practicile de guvernare care să permită îmbunătățirea activității în toate sectoarele guvernamentale, sectorului neguvernamental, instituțiilor academice și sectorului privat, la toate nivelurile teritoriale [31].

- *Sănătatea în toate politicile*
- *Guvernanță pentru sănătatea și bunăstare*
- *Politici publice pentru o sănătate mai bună*

În esență, ideea din spatele acestor concepte este că cea mai mare parte a sănătății nu este creată de acțiunile ministerelor de sănătate sau sistemului de sănătate, dar de multe și diferite politici și acțiuni în societate și în viața cotidiană.

Sănătatea 2020 este noul cadru de politică în domeniul sănătății al OMS pentru Regiunea europeană. Politica vizează îmbunătățirea semnificativă a stării de sănătate și a bunăstării populației, reducerea inegalităților în materie de sănătate, consolidarea sănătății publice și asigurarea unor sisteme de sănătate centrate pe oameni. *Sănătatea 2020* este pentru întregul guvern și întreaga societate. Aceasta prevede acțiuni și rezultate dincolo de hotarele sectorului de sănătate și de domeniile de competență ale Ministerului Sănătății. Prin urmare, *Sănătatea 2020* propune abordarea și împreună cu alte ministere, departamente, sectoare, organizații, părțile interesate și organizațiile societății civile. *Sănătatea 2020* propune, de asemenea, atingerea să lucreze împreună cu cetățenii, pacienții și consumatorii, oferind mai multe oportunități de împuternicire [28].

Administrația locală este responsabilă pentru multe servicii care afectează condițiile în care oamenii trăiesc - condiții care, la rândul lor, afectează durata și calitatea vieții oamenilor. De la locuințe și planificare, la sănătate de mediu, educație, transport, asistență socială și servicii de bibliotecă, deciziile pe care primarii și consilierii le iau în fiecare zi au un impact asupra sănătății și bunăstării populației locale și contribuie la ceea ce este cunoscut ca determinanți sociali ai sănătății [32].

Cadru de politici al OMS, în special, *Sănătate 2020* a recunoscut că Guvernele statelor pot, dacă doresc acest lucru, să contribuie la acțiunile de îmbunătățire a sănătății dacă se implică eficient 1) conlucrare orizontală (între APC) și 2) verticală (cu APL), pentru a îndeplini două obiective strategice [28]:

- îmbunătățirea sănătății pentru toți și reducerea inegalităților
- îmbunătățirea conducerii și guvernanta participativă pentru sănătate.

Administrația locală poate influența sănătatea și bunăstarea oamenilor prin intermediul a numeroase politici și intervenții, inclusiv cele care au în vedere excluderea socială și sprijin, viața sănătoasă și activă, probleme de siguranță și de mediu, condiții de muncă, pregătire pentru a face față consecințelor schimbării climatice, expunere la pericole și greutăți, planificare urbană și design sănătoase și procese participative și inclusive pentru cetățeni.

În luna mai 2015, la Adunarea Mondială a Sănătății, Guvernele au convenit asupra noii Strategii END TB (2016 – 2035) pentru a pune capăt epidemiei TB la nivel mondial. Strategia OMS a recomandat Guvernelor, comunităților afectate, organizațiilor societății civile, furnizorilor de servicii de sănătate, precum și partenerilor internaționali să se implice în această strategie și pentru a trata și vindeca pe toți cei care sunt bolnavi [4].

Astfel, reieșind din contextul recomandărilor internaționale, mai multe state și-au elaborat modele proprii de conlucrare sau implicare a APL în domeniul sănătății, precum urmează:

Anglia. După reforma din 2013, sistemul de sănătate a fost integrat la nivel comunitar, deoarece autoritățile locale au „competențe, expertiză și experiență pentru o mai bună promovare a sănătății publice și accesului echitabil la servicii de sănătate, inclusiv asigurarea măsurilor de prevenire mai eficiente prin crearea legăturilor cu activitățile sportive, bunăstarea, asistență socială, locuințe și educație”.

Se promovează o înțelegere comună a priorităților locale din domeniul sănătății publice, sănătate și asistență socială – abordare centrată pe nevoile persoanei.

Nevoile persoanei cu tuberculoză sunt abordate nu doar medical, ci și social, integrate în soluționare la nivel comunitar pentru bunăstarea tuturor.

Danemarca. Rețeaua sanitară revine autorităților districtuale. Cea mai mare parte a serviciilor publice sunt gratuite pentru beneficiari. Municipalitățile pot să exercite competențe în oricare domeniu în care au considerat că are importanță pentru comunitatea locală.

Estonia. Autoritățile locale sunt responsabile de organizarea și întreținerea următoarelor instituții, dacă acestea fac parte din activele gestionate de municipalitate: *...centrele comunitare, centrele de cazare temporară, casele de îngrijire socială, instituțiile medicale și alte instituții locale.*

Letonia. Conform legii, autoritățile locale au următoarele funcții autonome: *...asigurarea accesului la serviciile medicale; asistența socială (pentru familiile sărace, persoanele social vulnerabile, orfani, azilurile de bătrâni și persoanele fără adăpost).*

Concluzii capitolul I

1. Cadrul legal al Republicii Moldova prevede un număr mare de atribuții pentru APL în domeniul sănătății, fără a ține cont de capacitățile financiare, organizaționale și funcționale ale lor și necesită îmbunătățire. Lipsește informația privind cunoștințele și practicile de implicare a APL în controlul tuberculozei.
2. Un principiu general aplicat pe larg în cadrul spațiului UE, este că autoritățile publice locale au un rol decisiv în viața social-economică a comunităților locale pe care le reprezintă, inclusiv în domeniul sănătății.
3. Printre atribuțiile realizate de APL se regăsește promovarea priorităților locale în domeniul sănătății publice și bunăstării cu abordare centrată pe nevoile persoanei; oferirea suportului în realizarea activităților de control al tuberculozei la nivelul comunității, în special orientate spre migranți, persoane vulnerabile și familiile acestora.

CAPITOLUL II. METODOLOGIA CERCETĂRII

2.1 Caracteristica generală a cercetării

2.1.1 Semnificații generale

Lucrarea reprezintă o cercetare integrată, bazată pe studiul analitic cu elemente descriptive. În cuprinsul lucrării sînt elucidate fenomene de tip: demografic, social, nivel de cunoștințe, atitudini și practici. În cadrul cercetării s-au descris elementele studiate din revista literaturii de domeniu privind implicarea în activitățile de control ale tuberculozei a comunităților, inclusiv a autorităților locale, la nivel mondial și a fost măsurat nivelul de cunoștințe, atitudini și practici privind tuberculoza printre reprezentanții autorităților publice locale în țară.

2.1.2 Etapele de desfășurare a cercetării

Studiul s-a desfășurat în conformitate cu următoarele etape de bază:

- de pregătire (definirea fenomenului și a obiectivelor)
- de elaborare (definire tip, metode, eșantionare, elaborare plan)
- de culegere a informației (revista literaturii, chestionare)
- de prelucrarea a datelor (validare, analiză)
- de interpretare (analiză, sinteză, concluzii, recomandări)

2.1.3 Metodele de cercetare

În cadrul cercetării s-a recurs la mai multe metode, după cum urmează: de observare, sociologică, de colectare a datelor, matematică, comparativă, grafică, analitică, descriptive.

2.1.3.1 Metodele de acumulare a datelor primare

S-au folosit următoarele metode pentru colectarea de date:

- De anchetare - interviu standard bazat pe chestionar;
- Date din studiul: „Tuberculoza în Moldova: cunoștințe, atitudini și practici a populației generale, a.2012”. [18]

2.1.3.2 Metodele de analiză

Datele obținute au fost supuse următoarelor metode de analiza:

- De sinteză;

- De comparație;

2.1.4 Tipul de studiu și volumul eșantionului

Tip studiu – prospectiv

Proiectarea eșantionului pentru cercetare a fost efectuată în baza unei liste de localități selectată după principiul randomizat. Respondenții au fost recrutați din localitățile din lista selectată, respectând criteriile de includere. Toți care au respectat criteriile de eligibilitate au fost recrutați pentru studiu. Eșantionul final al studiului a format 304 respondenți.

Unitatea examinată – subiectul din cadrul cercetării este reprezentantul administrației publice locale și care a corespuns criteriilor de includere în studiu.

Criteriile de includere:

- Reprezentat al administrației publice locale de nivelul I sau II (primar sau asistent social);
- Vîrsta minimă de 18 ani;
- Consimțămînt informat pentru participare în cadrul studiului.

2.1.5 Caracteristici generale despre colectarea datelor

La baza studiului a fost interviul standard, bazat pe chestionar și consimțămînt informat. Chestionarul a fost elaborat în baza revistei literaturii de specialitate și a rezultatelor studiilor realizate la nivel național și internațional, care au studiat atât gradul de conștientizare a problemei tuberculozei la diferite nivele, cât și mecanisme de implicare comunitară în activități de control ale tuberculozei [10, 11, 13, 14, 15, 17, 18].

Chestionarul elaborat pentru studiu a cuprins întrebări de tip închis și deschis. Pentru cele de tip închis sau cu răspunsuri precodificate, s-au utilizat răspunsuri dihotomice (cu două variante de răspuns), trihotomice (cu trei variante de răspuns), multiple (cu mai multe variante de răspunsuri), scalare. Răspunsurile la întrebări au conținut răspuns unic sau multiplu. Cele de tip deschis au conținut răspunsuri libere și s-au format din opiniile exprimate de respondent, care ulterior au fost codificate pentru analiză.

Chestionarul a conținut 37 întrebări, incluse în 4 compartimente: date generale (6 întrebări), cunoștințe (7 întrebări); atitudini (8 întrebări); practici (7 întrebări); implicare (6 întrebări), opinii (3 întrebări). Înainte de colectarea datelor, acesta a fost pre-testat pe un număr de 5 subiecți și

ajustat în baza rezultatelor pre-testării. Chestionarul a fost disponibil în două limbi în dependență de preferințele respondentului.

Culegerea de date a avut loc în perioada octombrie 2016 - martie 2017. Datele au fost colectate prin intermediul interviuatorilor care în prealabil au fost instruiți privind modalitatea de colectare a datelor și păstrarea confidențialității identificării respondentului. Înainte de completarea chestionarului, respondentul a fost informat despre scopul și obiectivele studiului și a contrasemnat consimțământul informat. Chestionarele au fost completate de respondenți (prin autoadministrare) și returnate interviuatorilor. Fiecare chestionar a fost codificat, ceea ce a permis păstrarea confidențialității privind datele personale ale respondenților.

2.2 Prelucrarea matematico-statistică a rezultatelor obținute

Chestionarele obținute în urma interviului au fost codificate și supuse verificării și validării consistenței de completare. Pentru procesarea datelor s-a utilizat o aplicație sub „Microsoft Excel 2010”. Datele au fost procesate prin introducere unilaterală, dar care au fost supuse prin metode de validare a dublărilor, evitând-se astfel erorile de introducere. Analiza datelor a fost efectuată cu ajutorul „Programului SPSS versiunea 20”. Calitatea datelor a fost asigurată prin: verificarea și validarea vizuală a datelor din chestionarele completate și validarea automatizată prin programul SPSS. Programul de analiza a permis și gruparea materialului obținut prin metodele de grupare – simplă, complexă și repetată, iar în funcție de felul semnelor de evidență s-a efectuat gruparea tipologică (incluzând semnele calitative) și cea variațională (gruparea semnelor cantitative, exprimate prin cifre) în formă tabelară.

Pentru analiza datelor primare au fost calculate: valoarea mediei aritmetice simple și abaterea medie pătratică, exprimate prin formulele de calcul:

Media aritmetică simplă exprimă valoarea medie care se obține din suma valorilor individuale dintr-o colectivitate omogenă, divizată la numărul total al cazurilor studiate. Se utilizează pentru a stabili valoarea mediei în seriile statistice în care fiecărei valori a variantei îi corespunde o singură frecvență.

$$\overline{X}_{as} = \frac{\sum x}{n}$$

$\sum$ - suma valorilor individuale

x – frecvența valorilor

n - numărul de frecvențe al eșantionului

Abaterea mediei pătratică (δ) – este calculată ca o medie pătratică din abaterile valorilor individuale de la media lor. Pune în evidență intervalul valoric, în jurul mediei, în care s-au distribuit valorile individuale ale fenomenului studiat. În seriile de distribuție pe frecvențe:

$$\delta = \sqrt{\frac{\sum d^2 f}{n}}, \text{ unde:}$$

δ – abaterea medie pătratică;

$\sum d^2 f$ – abaterea valorilor individuale de la media lor

n - numărul de frecvențe al eșantionului

Eroarea standard (ES) – constanta care ne permite să stabilim intervalul valoric în care se găsește media absolută și în jurul căreia se distribuie valorile medii de eșantion, cu o anumită probabilitate.

Luând în considerație, că rezultatele cercetării sînt exprimate în procente (valorile eșantioanelor supuse comparării), ES este calculată prin rădăcina pătrată din produsul dintre probabilitatea și contra-probabilitatea eșantionului, raportat la numărul de frecvențe a eșantionului.

$$ES = \sqrt{\frac{pq}{n}}, \text{ unde:}$$

ES – eroarea standard;

P – probabilitatea eșantionului;

q – contra-probabilitatea eșantionului;

n – numărul de frecvențe al eșantionului.

Pentru estimarea veridicității diferențelor dintre valorile eșantioanelor supuse comparării s-a utilizat criteriul „t” Student. Mai întâi s-a calculat valoarea lui „t calculat” și apoi s-a stabilit valoarea lui „t tabelar”, în dependență de numărul frecvențelor celor două eșantioane.

$$t_{calc.} = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{ES_1^2 - ES_2^2}}, \text{ unde:}$$

t - testul de semnificație;

M - valoarea medie sau procentuală;

ES – eroarea statistică.

Interpretarea rezultatelor s-a făcut în dependență de valorile obținute pentru „t calculat” și pentru „t tabelar”:

„t calculat” > „t tabelar” = diferență semnificativ statistic

„t calculat” < „t tabelar” = diferență nesemnificativ statistic

Au fost considerate concludente diferențele cu probabilitatea de peste 95% ($p < 0,05$).

2.3 Algoritmul de calcul privind determinarea nivelului integrat de cunoștințe, atitudini și practici privind tuberculoza

Algoritmul de calcul privind determinarea nivelului integrat de cunoștințe, atitudini și practici privind tuberculoza a cuprins următorii pași:

1. Formularea, în baza surselor bibliografice de domeniu, a întrebărilor referitoare la cunoștințe, atitudini și practici privind tuberculoza
2. Sistematizarea întrebărilor și gruparea acestora per categorii: cunoștințe, atitudini, practici
3. Atribuirea unor valori per răspunsuri corecte sau incorecte, care au fost apreciate în baza de răspuns unic sau de răspuns multiplu
4. Sumarea valorilor atribuite răspunsurilor aplicând metoda matematică
5. Aplicarea metodei statistice de analiză a variabilității: determinarea mediei, abaterii mediei pătratice, valorilor minime și maxime
6. Determinarea segmentelor de valori pentru fiecare nivel: scăzut, mediu și ridicat

Dintre toate întrebările adresate respondenților prin intermediul chestionarelor aplicate, au fost selectate și sistematizate 12 întrebări a câte 4 întrebări per fiecare categorie. Răspunsurilor corecte le-a fost atribuită valoarea 1 (unu), iar celor incorecte valoarea 0 (zero). (Tabelul 1)

Urmând pașii din algoritmul propus, s-au determinat 4 indicatori integrați:

1. Indicator integrat - Cunoștințe (K)
2. Indicator integrat - Atitudini (A)
3. Indicator integrat - Practici (P)
4. Indicator integrat - KAP

Tabelul 1. Gruparea întrebărilor și atribuirea valorilor per răspunsuri

Categorie	Întrebări	Răspuns	Valoare
Cunoștințe (K)	Q1. Ați auzit despre boala numită „tuberculoza”?	1	1
		2	0
	Q2. Care este, după părerea dvs., cel mai evident, vizibil semn (simptom) al tuberculozei?	1 sau 4 sau 5 sau 6 sau 7 sau 11	1
		2 sau 3 sau 8 sau 9 sau 10 sau 12 sau 13 sau 14 sau 15	0
	Q2.1 După părerea dvs., care dintre următoarele sunt semne (simptoame) ale tuberculozei?	2 + 3 + 4	1
		1 sau 5 sau 6 sau 7 sau 8 sau 9 sau 10	0
	Q6. În opinia dvs., tuberculoza este o boală molipsitoare?	1	1
2 sau 3		0	
Atitudini (A)	Q17. Cum credeți, dacă cineva se îmbolnăvește de tuberculoză, atunci el/ea s-ar strădui să ascundă acest fapt de cei ce-l înconjoară?	2	1
		1 sau 3	0
	Q19. Considerați Dvs. că este o rușine să fii bolnav de tuberculoză?	2	1
		1	0
	Q21. Să presupunem că o rudă a dvs. s-a îmbolnăvit de tuberculoză, a trecut cursul de lecuire în spital și trebuie să continue tratamentul acasă. Ați dori Dvs. să o luați sa trăiască la Dvs. acasă până la finalizarea tratamentului?	1 sau 2	1
		3 sau 4	0
	Q22. Cum credeți, dacă cineva se va îmbolnăvi de tuberculoză, atunci cei care-l înconjoară își vor schimba atitudinea față de dânsul?	2	1
1		0	
Practici (P)	Q8. După părerea dvs., tuberculoza poate fi vindecată?	1 sau 2	1
		3 sau 4 sau 5	0
	Q9. Care din următoarele simptoame v-ar face să vă adresați imediat pentru ajutor medical pentru a examina dacă aveți sau nu tuberculoză?	1 sau 2 sau 4	1
		3 sau 5 sau 6 sau 7 sau 8 sau 9 sau 10	0
	Q10.1 Dacă ați observa la Dvs. simptoame (semne) ale tuberculozei, atunci unde v-ați adresa pentru ajutor medical în primul rând	1 sau 4	1
		2 sau 3 sau 5 sau 6 sau 7 sau 8	0
	Q10.2 Dacă ați observa la Dvs. simptoame (semne) ale tuberculozei, atunci unde v-ați adresa pentru ajutor medical în al doilea rând	2 sau 5	1
1 sau 3 sau 4 sau 6 sau 7 sau 8		0	

Pentru fiecare indicator integrat s-a apreciat segmentul de valori de la minim la maxim. Astfel, pentru Cunoștințe (K) a fost apreciat segmentul 1-6; pentru Atitudini (A) 0-4; pentru Practici (P) 1-6. Indicatorul integrat – KAP a înglobat toate răspunsurile per Cunoștințe (K),

Atitudini (A) și Practici (P) într-un singur indicator, cu segmentul de valori minime și maxime de la 4 la 15 puncte. În baza valorilor de apreciere a fost determinată media, abaterea mediei pătratice, apreciat intervalul de confidență la valoare 95% pentru fiecare indicator integrat. (Tabelul 2)

Tabelul 2. Valori statistice

Denumire	Segmentul de valori	Valoarea medie 95%IC	Abaterea mediei pătratice
Cunoștințe integrat	1-6	4.5 (4.4-4.7)	±1.1
Atitudini integrat	0-4	1.9 (1.8-2.0)	±1.0
Practici integrat	1-6	4.2 (4.0-4.3)	±1.2
KAP integrat	4-15	10.6 (10.4-10.9)	±2.2

În scopul atribuirii unui scor de valori pentru nivelul de cunoștințe, atitudini și practici apreciat în baza indicatorilor integrați s-a considerat drept valoare-limită – *media*. Urmând pașii descriși mai jos, s-au determinat 3 niveluri: scăzut, mediu, înalt. (Tabelul 3). Astfel,

- Nivelului mediu i-a fost atribuit segmentul cuprins între valoarea
 - minimă (*valoare mediei minus abaterea mediei pătratice*)
 - maximă (*valoare mediei plus abaterea mediei pătratice*)
- Nivelului scăzut i-a fost atribuit segmentul cuprins între valoarea
 - minimă (*valoarea minimă a segmentului de valori*)
 - maximă (*valoarea minimă a nivelului mediu*)
- Nivelului înalt i-a fost atribuit segmentul cuprins între valoarea
 - minimă (*valoarea maximă a nivelului mediu*)
 - maximă (*valoarea maximă a segmentului de valori*)

Tabelul 3. Aprecierea nivelului în baza scorului de valori

Denumire	Nivel (segmente)		
	<i>Scăzut</i>	<i>Mediu</i>	<i>Înalt</i>
Cunoștințe integrat	1.0-3.3	4.5±1.1 3.4-5.6	5.7-6.0
Atitudini integrat	0-0.9	1.9±1.0 1.0-2.9	3.0-4.0
Practici integrat	1.0-3.0	4.2±1.2 3.1-5.4	5.5-6
KAP integrat	4.0-8.4	10.6±2.2 8.5-12.8	12.9-15

Concluzii (capitolul II):

1. Cercetarea presupune elucidarea bunelor practici de implicare a actorilor comunitari reprezentanți ai autorităților locale în controlul tuberculozei.
2. Cercetarea este bazată pe o analiză integrată analitică cu elemente descriptive, include un studiu prospectiv de cohortă în rândul reprezentanților APL, pe un eșantion reprezentat de 304 respondenți și care s-a desfășurat în perioada octombrie 2016-martie 2017.
3. Cercetarea propune elaborarea unui mecanism de evaluare a nivelului integrat de cunoștințe, atitudini și practici privind tuberculoza.
4. Analiza datelor, în baza unor parametri determinați, s-a bazat pe contrapunerea rezultatelor din cadrul studiului realizat în rândul populației generale cu cele ale eșantionului cercetat.

CAPITOLUL III. ANALIZA DATELOR

3.1 Caracteristicile generale ale eșantioanelor

Cercetarea s-a bazat pe studierea rezultatelor obținute în două eșantioane: 1) *Eșantion APL* – reprezentanți ai autorităților publice locale, eșantion de bază al cercetării curente; 2) *Eșantion KAP* – reprezentanți ai populației generale, în baza sondajului sociologic *Tuberculoza în Moldova: cunoștințe, atitudini și practici ale populației generale, a. 2012* [18].

3.1.1 Caracteristici generale eșantion APL

Eșantionul studiului a constituit 304 respondenți, reprezentanți ai APL de nivelul I (întâi) sau II (doi). Profilul demografic al respondenților reprezintă 37,2% (n=113) bărbați și 62,8% (n=191) femei. Vârsta medie a participanților la studiu a fost de 44,4 ani ($\pm 10,2$), mediana vârstei de 45 ani, cel mai tânăr respondent a avut 22 ani, iar cel mai vârstnic – 65 ani. (Figura 1)

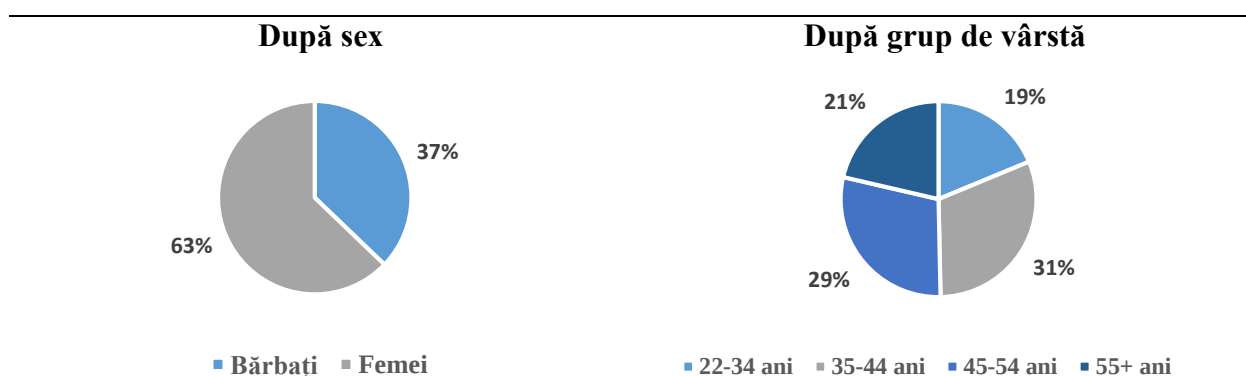


Figura 1. Repartizarea respondenților după sex și grup de vârstă (%)

Majoritatea participanților la studiu (75%, n=228) au indicat că posedă studii superioare, pe când ceilalți (25%, n=76) – că sunt cu studii medii generale sau medii de specialitate. Cea mai mare parte dintre respondenți (85%, n=259) au menționat că sunt de naționalitate moldoveni (români), iar 15% (n=47) – că sunt bulgari sau găgăuzi. (Figura 2)

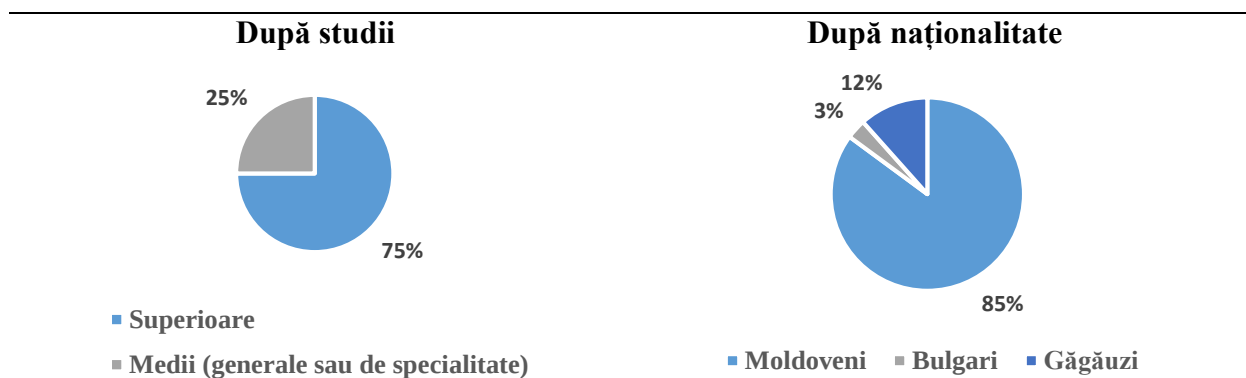


Figura 2. Repartizarea respondenților după studii și naționalitate (%)

3.1.2 Reprezentativitatea eșantioanelor APL și KAP

Unul dintre obiectivele propuse pentru cercetare a fost de a contrapune nivelul de cunoștințe, atitudini și practici evaluate în rândul reprezentanților APL (eșantion APL) cu cel al populației generale (eșantion KAP). În acest scop, a fost evaluată reprezentativitatea eșantioanelor după unii parametri demografici, cum ar fi: sexul, vârstă, studiile și naționalitatea. Analiza efectuată, nu a determinat devieri de reprezentanță statistică în eșantioanele studiate ($p < 0.05$, IC:95%). (Tabelul 4)

Tabelul 4. Reprezentativitatea eșantioanelor, după profilul demografic (abs., %)

Denumire variabilă	Eșantion studiu APL abs. (%)	Eșantion studiu KAP [18] abs. (%)	Valoarea p
Sex			p<0.05
Bărbați	113 (37.2)	523 (37.0)	
Femei	191 (62.8)	892 (63.0)	
Grup de vârstă			p<0.05
18-24 ani	4 (1.3)	254 (18.0)	
25-34 ani	53 (17.4)	283 (20.0)	
35-49 ani	139 (45.7)	368 (26.0)	
50(+) ani	108 (35.5)	510 (36.0)	
Studii			p<0.05
Medii	76 (25.0)	1047 (74.0)	
Superioare	228 (75.0)	368 (26.0)	
Naționalitate			p<0.05
Moldoveni (români)	259 (85.2)	1104 (78.0)	
Alta	45 (32.8)	311 (22.0)	

Concluzii sub-capitol III (1):

1. S-a propus evaluarea cunoștințelor, atitudinilor și practicilor în comparabilitate dintre eșantioanele a două studii: reprezentanții APL și reprezentanți ai populației generale.
2. Eșantioanele studiilor sunt reprezentative la valoarea statistică $p < 0.5$ (IC:95%).

3.2 Analiza comparativă a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor privind tuberculoza al reprezentanților APL în raport cu cel al populației generale

3.2.1 Analiza comparativă privind nivelul de cunoștințe în tuberculoză

Tuberculoza este o boală destul de cunoscută printre respondenții ambelor cercetări. Contrapunerea variabilelor de răspuns oferite de către respondenții-reprezențați APL și

respondenții-reprezentanți ai populației generale denotă că marea majoritate dintre subiecții ambelor cercetări au auzit despre tuberculoză și că cunosc că tuberculoza este o boală contagioasă. (Figura 3)

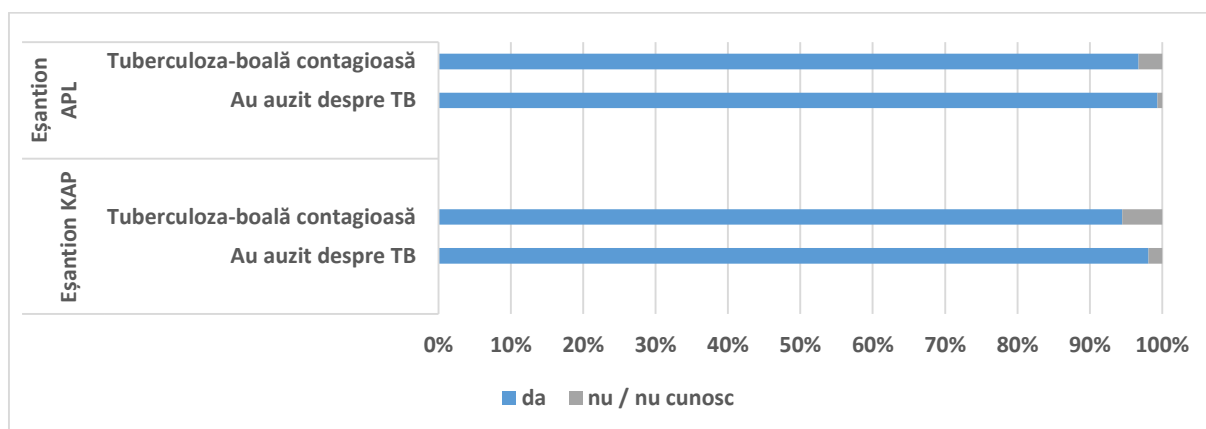


Figura 3. Indicatori generali privind cunoștințele în domeniul tuberculozei (%)

Au indicat că au auzit despre tuberculoză 99% dintre respondenții-reprezentanți ai APL și 98% dintre respondenții-reprezentanți ai populației generale. De asemenea, susțin că tuberculoza este o boală contagioasă 97% dintre reprezentanții APL și 95% reprezentanți ai populației generale. Respectiv, 0.7% vs. 2% - au indicat că nu au auzit despre această boală, iar 3% vs. 5% – că nu este o boală transmisibilă sau nu cunosc dacă este sau nu o boală infecțioasă. (Figura 3)

Prin urmare, datele comparative au înregistrat o mai bună cunoaștere a acestor două fenomene printre reprezentanții APL, însă cu foarte mici diferențe de 1-2% ($p=0.0001$).

Cu referire la opinia respondenților privind modul de transmitere a tuberculozei, au indicat că se transmite prin aer - 79% dintre respondenții-reprezentanți APL și 84% dintre cei reprezentanți ai populației generale. (Figura 4)

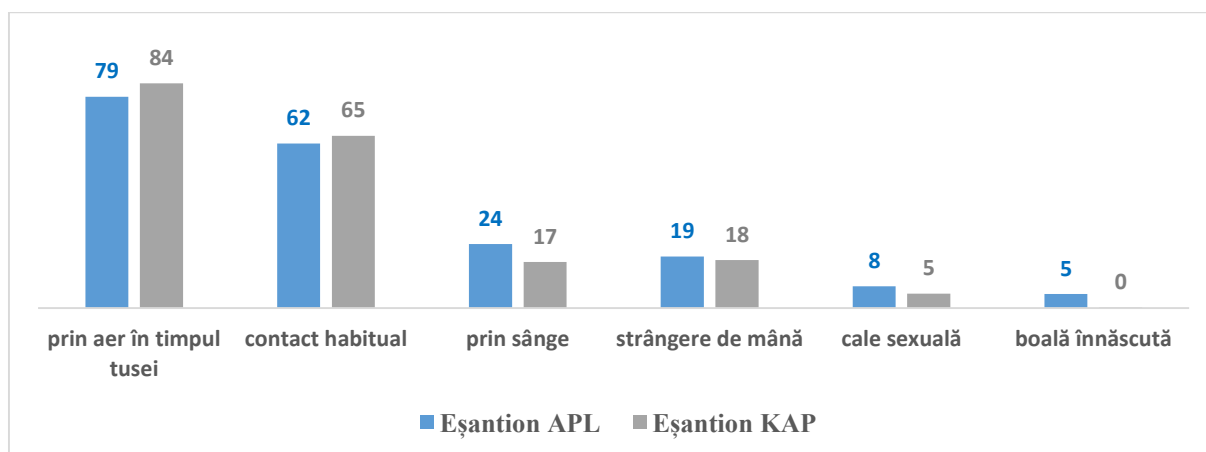


Figura 4. Cunoașterea căilor de transmitere a tuberculozei de către respondenți (%)

În același timp, miturile privind căile de transmitere ale tuberculozei persistă încă în societate. Astfel, circa două treimi (62% vs. 65%) dintre reprezentanții APL și reprezentanți ai populației generale au menționat că o persoană se poate molipsi de această afecțiune dacă utilizează a și alte obiecte de care se folosește un bolnav de tuberculoză. Reprezentanții APL și reprezentanți ai populației generale consideră că tuberculoza poate fi contractată prin strângerea mâinii (19% vs. 18%); prin sânge (24% vs. 17%) pe cale sexuală (8% vs. 5%), iar 5,3% dintre respondenții-reprezentanți APL consideră că tuberculoza este o boală înăscută. (Figura 4). În această ordine de idei, s-a determinat o mai bună cunoaștere a căilor de transmitere a tuberculozei în rândul populației generale ($p=0.013$).

Cel mai evident simptom al tuberculozei (în răspunsurile indicate de respondenți în ambele cercetări) este tusea în diverse forme și expresii (tuse, tusea de cel puțin 3 săptămâni; tusea acută, convulsivă, deasă, permanentă și înăbușită; tuse cu spută, spută cu șuvițe de sânge). Acest semn a fost menționat de către majoritatea respondenților: în 79,3% cazuri de către reprezentanți ai APL versus 82,1% de către reprezentanți ai populației generale. (Figura 5)

Alte simptome, considerate drept cel mai vizibil semn al acestei boli, au acumulat ponderi reduse în răspunsurile subiecților atât printre cei ai reprezentanților APL, cât și printre cei ai populației generale: febră pe parcursul a cel puțin 3 săptămâni (9,5% vs. 4,8%); slăbiciune, oboseală rapidă și sufocare (3,9% vs. 3,0%); transpirații nocturne (2,3% vs. 0,7%). Au indicat că nu cunosc nici un simptom al tuberculozei - 2,3% dintre respondenții-reprezentanți APL și 7,0% dintre cei ai populației generale. Astfel, printre reprezentanții populației generale a fost înregistrată o cunoaștere mai bună a semnelor tuberculozei ($p=0.0001$).

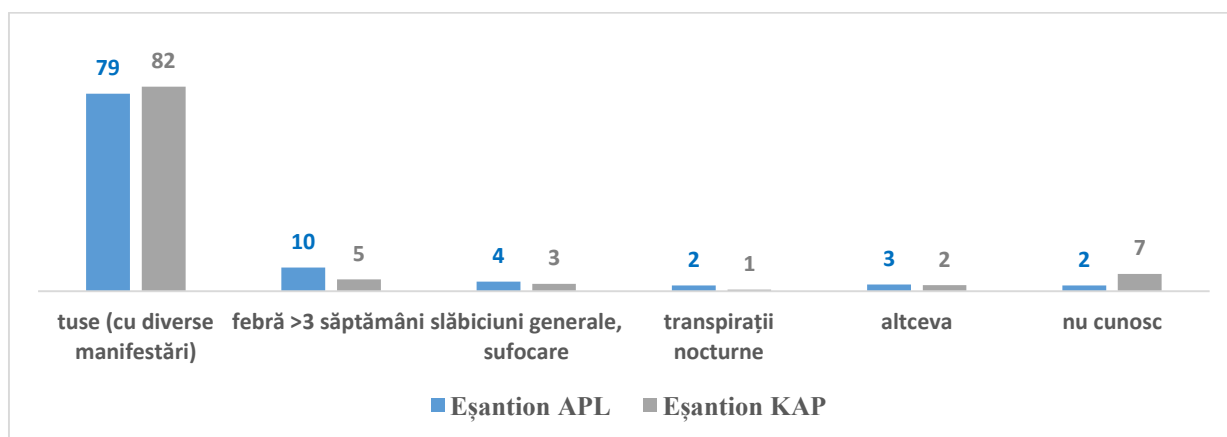


Figura 5. Cel mai evident și vizibil simptom al tuberculozei perceput de respondenți (%)

Cele trei simptome ale tuberculozei: *tuse cu spută mai mult de 3 săptămâni, febra cu durată de 3 săptămâni și fatigabilitate* - determină indicatorul-cheie de cunoaștere al simptomelor tuberculozei și este apreciat cu calificativul *cunoaște* doar dacă au fost indicate răspunsuri corecte la toate trei. Prin urmare, evaluarea indicatorului-cheie de cunoaștere în complex a semnelor tuberculozei a înregistrat valori destul de joase printre reprezentanții APL față de cei ai populației generale. Doar o treime (29%) dintre reprezentanții APL au putut denumi în complex cele 3 semne caracteristice tuberculozei, față de 63% reprezentanți ai populației generale ($p=0.001$). (Tabelul 5)

Tabelul 5. Indicatorul-cheie de cunoaștere a simptomelor TB printre reprezentanții APL (abs., %)

Denumire	Abs. (%)
Au numit toate 3 semne	87 (28,6)
Au numit cel puțin 2 semne din 3	105 (34,5)
Au numit cel puțin un semn din 3	70 (23,0)
Nu au numit nici unul din cele 3	42 (13,8)

3.2.2 Analiza comparativă privind atitudinile referitoare la tuberculoză

Cu toate că tuberculoza este o boală destul de cunoscută, aceasta rămâne a fi încă sub un aspect stigmatizant, asociată cu prejudecăți morale. Fenomenul de stigmă privind boala-tuberculoza este unul persistent încă în societate. Acest fenomen a fost evidențiat atât în rândul populației generale, cât și printre reprezentanții autorităților locale. Faptul că tuberculoza este o boală rușinoasă susține practic fiecare al patrulea (23%) cetățean al țării și fiecare al treilea (32%) reprezentant APL. Cei care au indicat că este o rușine să ai tuberculoză, atât printre respondenții-reprezentanții APL, cât și printre cei ai populației generale, consideră acest lucru din motive că persoana bolnavă va fi evitată de societate (76% vs. 88%), aceasta ar putea pierde locul de muncă (37% vs. 89%) și că tuberculoza este o boală a oamenilor săraci, a deținuților, a persoanelor fără adăpost (48% vs. 58%). Deși, motivele de ce consideră acest fapt sunt similare, ponderea răspunsurilor este într-o frecvență mai înaltă printre subiecții populației generale. (Figura 6)

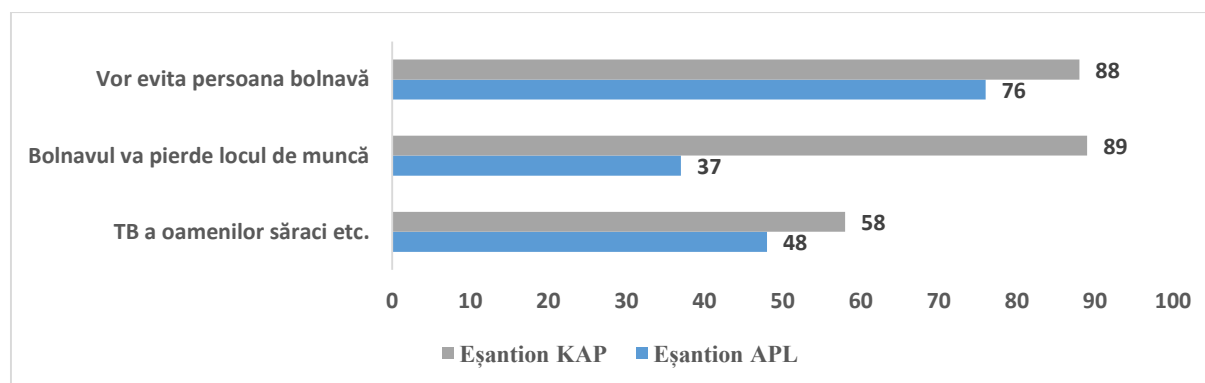


Figura 6. Ponderea comparativă a motivelor stigmei „TB-este o rușine” (%)

Majoritatea dintre respondenții ambelor studii consideră că dacă o persoană se va îmbolnăvi de tuberculoză, acesta s-ar stăruie să ascundă acest lucru față de cei care o înconjoară. Acest lucru a fost menționat de majoritatea (75%) respondenților-reprezentanți APL și de mai mult de jumătate (56%) dintre respondenții-populației generale. Motivele indicate de respondenți cuprind frica de a pierde locul de muncă, frica de a pierde prietenii, frica de a fi evitat de persoanele care îl înconjoară, dar și teama că nimeni nu va dori să se căsătorească cu persoana bolnavă. Motivele de ce această persoană ar fi evitată sunt evidențiate printr-o proporție stigmatizantă printre reprezentanții populației generale. (Figura 7)

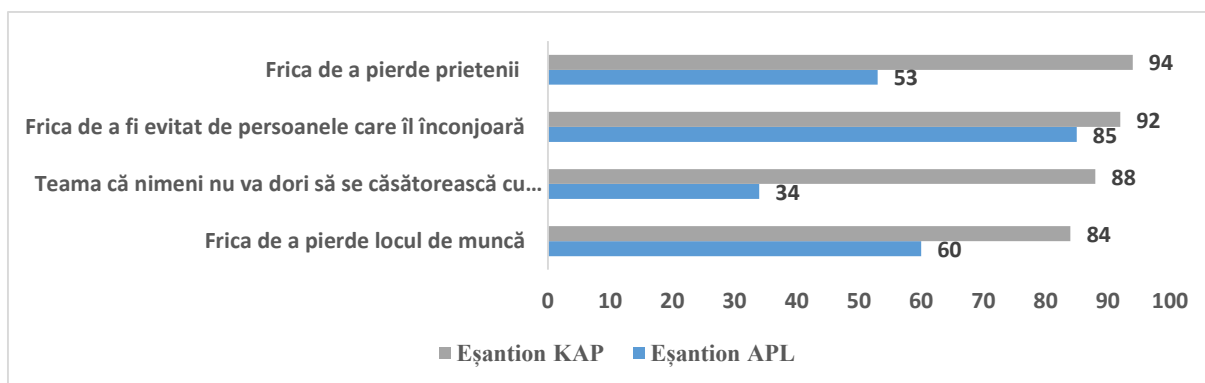


Figura 7. Ponderea comparativă a motivelor stimei „Persoana-bolnavă de TB” (%)

În opinia respondenților (78%-reprezentanți ai APL și 59%-reprezentanți ai populației generale), atitudinea oamenilor față de o persoană s-ar schimba dacă aceasta s-ar îmbolnăvi de tuberculoză. Aceștia, sunt de părerea că acest lucru s-ar putea manifesta prin evitarea sau compătimirea persoanei bolnave. (Figura 8)

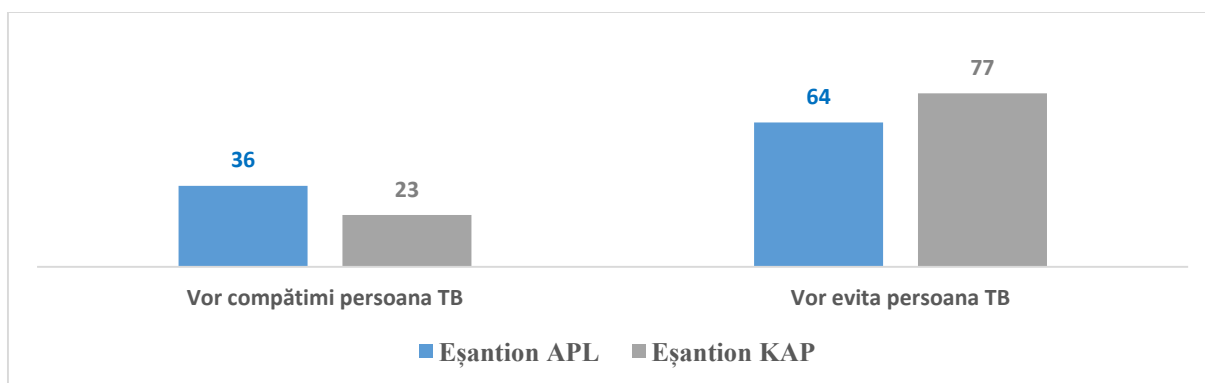


Figura 8. Atitudinea comparativă față de persoana cu TB (%)

Una din întrebările din chestionarul de anchetare, a ținut să concretizeze dacă atitudinea respondentul față de o persoană bolnavă de tuberculoză și care îi este mai apropiată acestuia. În acest sens, respondenții au fost întrebați, dacă i-ar oferi posibilitate să locuiască la dânsul până la finalizarea tratamentului, unei rude, care s-a îmbolnăvit de tuberculoză, a urmat o etapă a

tratamentului în spital și urmează să-l continue în condiții de ambulator (la domiciliu). În acest sens, participanții la ambele studii au avut păreri diferite. Cu toate acestea majoritatea au susținut că vor accepta să ia ruda acasă: 79% respondenți-reprezentanți APL și 76% respondenți ai populației generale.

Analiza comparativă sugerează faptul că aproape jumătate dintre respondenții-populației generale (47%) ar primi această rudă acasă la ei până la tratamentul definitiv dacă persoana este o rudă apropiată, versus 59% respondenți-reprezentanți ai APL. Circa 18% respondenți ai populației generale vs. 15% - respondenți APL ar refuza să îngrijească de rudă. Alții 6% dintre respondenți ai populației generale vs. 8% - respondenți APL ar sta la îndoială dacă să primească sau nu acasă o persoană bolnavă de tuberculoză până la tratarea sa definitivă. (Figura 9)

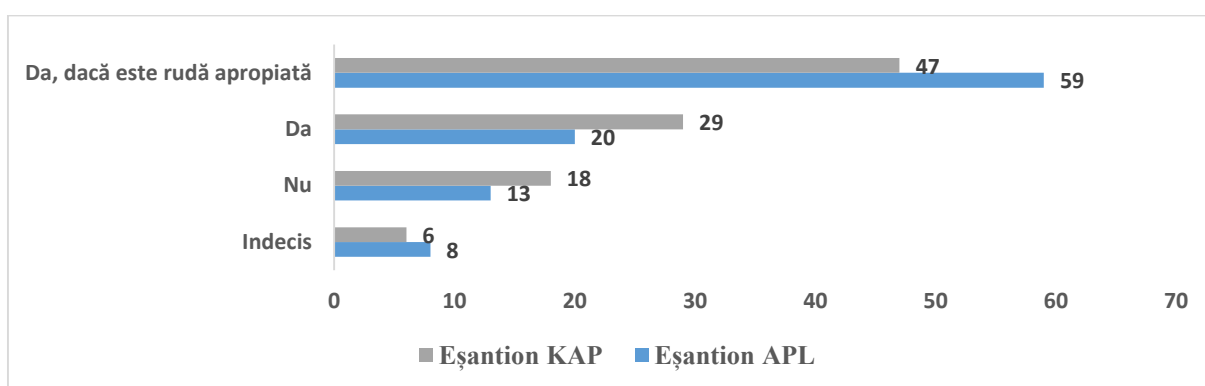


Figura 9. Ponderea comparativă privind disponibilitatea de a îngriji de o rudă în faza de continuare a tratamentului (%)

3.2.3 Analiza comparativă a practicilor față de tuberculoză

Compartimentul „practici” a cuprins evaluarea aspectelor ce țin de adresabilitate în legătură cu tuberculoza și de tratamentul acestei boli.

Evaluarea nivelului de adresabilitate a fost apreciată în baza unor întrebări ce țin de comportamentul respondentului față de sine sau față de alte persoane la momentul necesității unor intervenții de aspect medical.

În situația ipotetică de prezență a simptomelor de tuberculoză, conform răspunsurilor respondenților-reprezențați ai ambelor eșantioane (APL și populația generală), oricare dintre simptomele discutate anterior reprezintă un motiv serios de adresare la serviciile medicale instituționalizate. Cu toate acestea, cel mai important semn ce ar induce la adresare după un ajutor medical este tusea cu o durată mai mare de trei săptămâni, sputa cu șuvițe de sânge, urmate de febră care persistă cel puțin 3 săptămâni, pierderile în greutate sau slăbiciunile generale. (Figura 10)

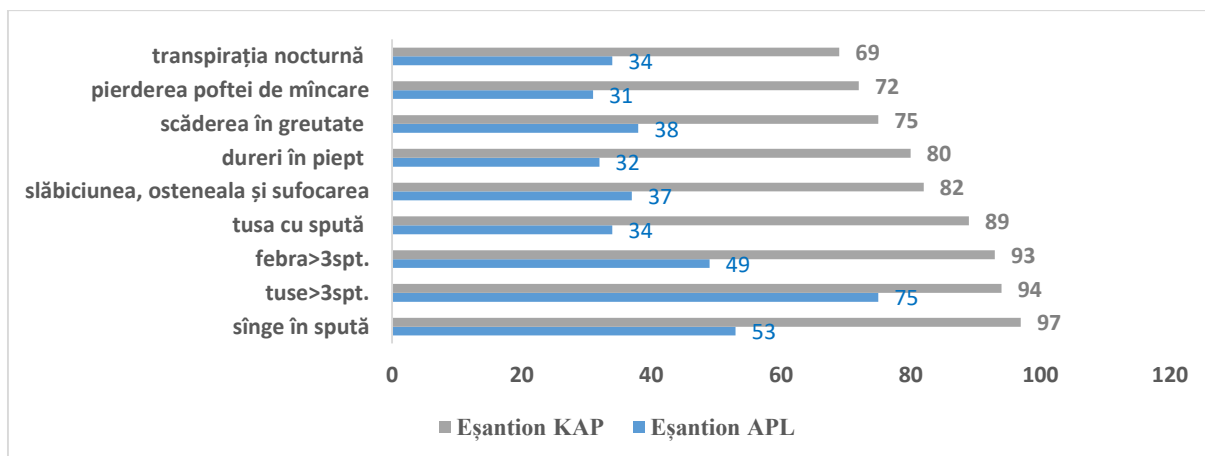


Figura 10. Ponderea comparativă a adresabilității după ajutor medical în legătură cu tuberculoza, în dependență de semne și simptome (%)

În caz de apariție a simptomelor menționate, pentru adresare după ajutor medical, respondenții au indicat unde și/sau la ce specialist medical se vor adresa în primul și în al doilea rând.

Medicul de familie (inclusiv centrul/oficiului medicului de familie) este primul actor medical la care s-ar adresa persoanele în cazul în care ar suspecta simptome ale tuberculozei. Despre acest fapt au menționat majoritatea dintre respondenții atât reprezentanți ai APL - 88% cazuri, cât și cei ai populației generale - 86% cazuri. Se vor adresa în primul rând la specialistul/cabinetul de ftiziopneumologie 11% dintre reprezentanții APL vs. 6% dintre reprezentanții populației generale. Respectiv, 0.7% vs. 6% - se vor adresa direct la spital, iar alții 0.7% vs. 0.3% nu cunosc unde sau la ce specialist se vor adresa.

La selectarea opțiunii a doua de răspuns, au indicat că se vor adresa în al doilea rând la medicul/cabinetul de ftiziopneumologie - 72% vs. 50%; la medicul de familie sau centrul/oficiului medicului de familie - 10% vs. 17%, direct la spital 9% vs. 18% dintre respondenții reprezentanți APL și cei ai populației generale respectiv. Nu cunosc unde se vor adresa, au indicat 9% dintre reprezentanții APL, iar alții 15% reprezentanți ai populației generale au indicat că se vor adresa după ajutor în alte locuri decât cele menționate. (Figura 11)

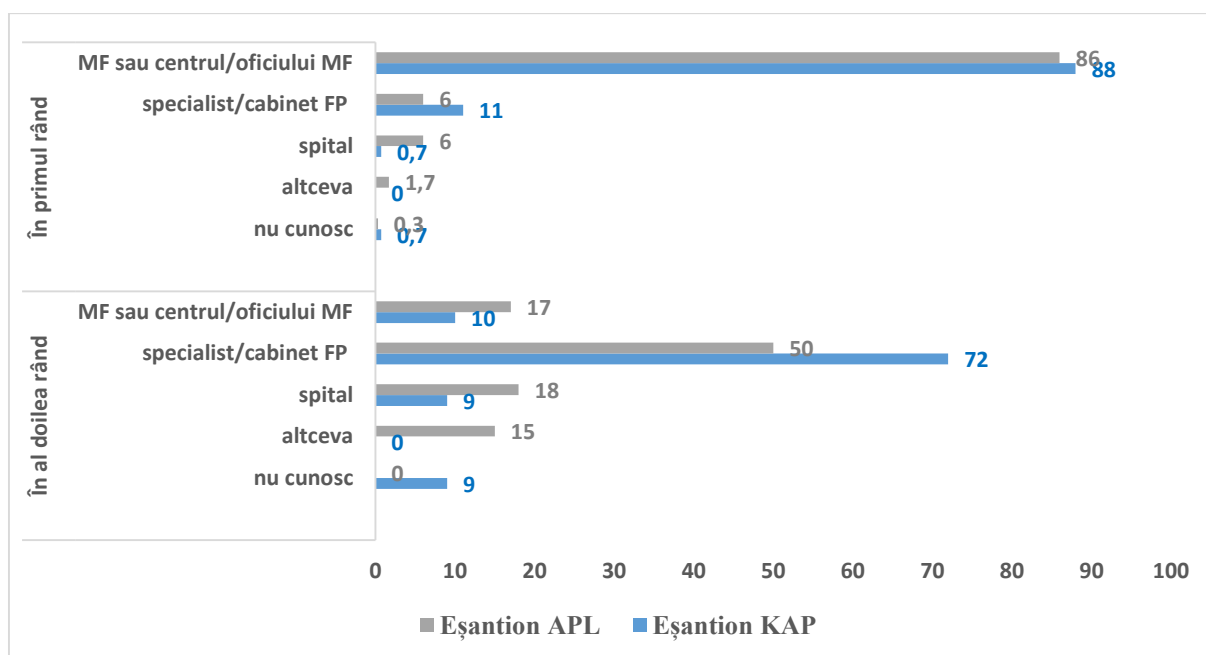


Figura 11. Adresarea la medic în caz de simptome ale tuberculozei (%)

În același timp, respondenții din ambele cercetări au menționat că au observat vreodată că ei sau alți membri ai familiilor lor au manifestat unele dintre simptomele specifice tuberculozei. Despre acest fapt a menționat fiecare al 5-lea respondent-reprezentant APL (21%) și fiecare al 11-lea (9%) respondent-reprezentant al populației generale. Atât respondenții-reprezentanți APL, cât și respondenții-reprezentanți ai populației generale care au menționat că au observat asemenea simptome specifice pentru tuberculoză, au indicat că persoanele care le manifestau (ei personal sau rudele lor) s-au adresat la medic. Despre asemenea mențiuni au indicat în 44% reprezentanții APL și 85% reprezentanți ai populației generale.

Marea majoritate dintre participanții în cadrul cercetărilor sunt de părere că tuberculoza este o maladie care se tratează. De această părere sunt 96% dintre reprezentanții APL și 87% dintre cei ai populației generale.

Dintre aceștia o parte consideră că bolnavul se vindecă numai dacă se tratează la timp: 71%-reprezentanți APL și 45%-reprezentanți ai populației generale. Alții (25% vs. 43%) însă consideră că tuberculoza, în principiu, se tratează. În opinia a 4% dintre reprezentanții APL și 12% dintre reprezentanții populației generale - tuberculoza nu poate tratată sau nu cunosc dacă se tratează sau nu. (Figura 12)

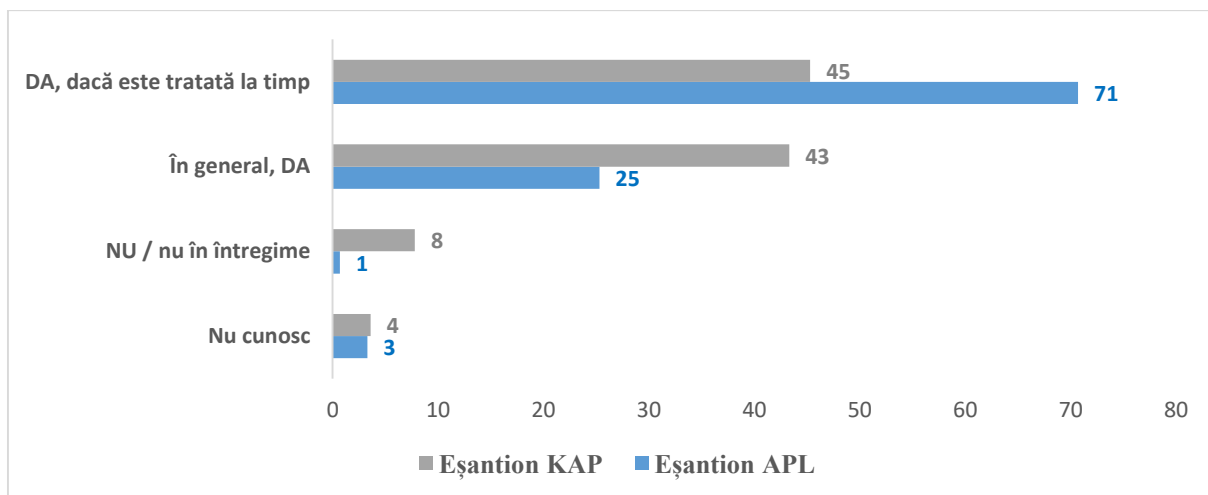


Figura 12. Ponderea comparativă a opiniilor privind tratarea tuberculozei (%)

Pentru respondenții-reprezentanți APL, chestionarul de anchetare a conținut și întrebări privind metodele de prevenire a tuberculozei. Astfel, pentru analiză au fost apreciat nivelul de cunoaștere a metodelor de prevenire a îmbolnăvirii cu tuberculoză. Acestea au fost categorisite după trei categorii: „metodele de prevenire specifice”; „metodele de prevenire generale” și „metodele de prevenire eronate”.

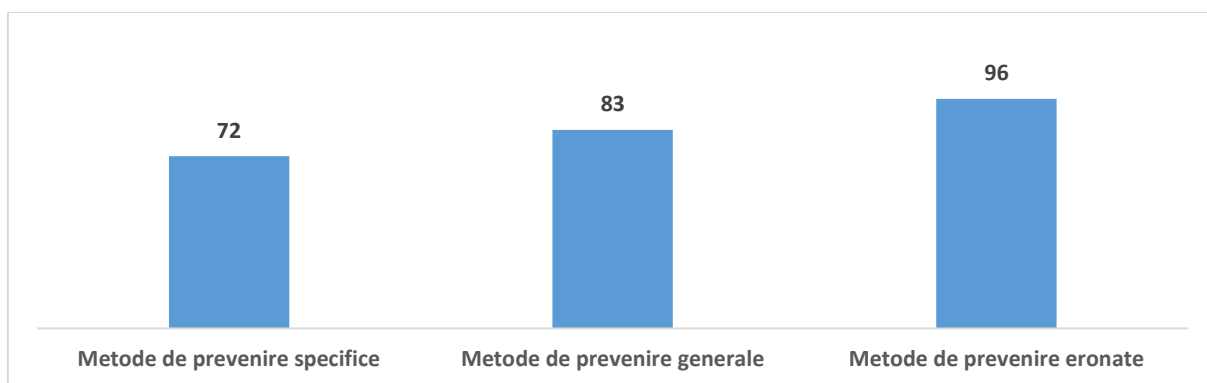


Figura 13. Cunoașterea metodelor de prevenire a îmbolnăvirii cu tuberculoză (%)

Metodele de prevenire specifice ale îmbolnăvirii cu tuberculoză au fost menționate de majoritatea (72%, n=219) dintre respondenții-reprezentanți ai APL; metodele de prevenire generale au fost indicate de 83% (n=251) dintre respondenți. Totodată, este important de menționat, faptul că, marea majoritate (96%) dintre respondenți, au indicat inclusiv și metode de prevenire eronate. (Figura 13)

Acest fapt, indică despre ne-cunoașterea de către societate a metodelor prevenire și induce asupra menținerii fenomen de discriminare și stigmatizare asupra persoanelor bolnave de tuberculoză, dar și asupra familiilor acestora.

Concluzii sub-capitol III (2):

1. Marea majoritate a respondenților ambelor studii cunosc că tuberculoza este o boală contagioasă și că se transmite prin aer, însă miturile eronate privind transmiterea bolii mai persistă în societate.
2. S-a determinat o mai bună cunoaștere a căilor de transmitere a tuberculozei și a semnelor/simptomelor acestei boli în rândul populației generale
3. Fenomenul de stigmă privind boala tuberculoza este unul persistent încă în societate. Acest fenomen a fost evidențiat atât în rândul populației generale, cât și printre reprezentanții autorităților locale
4. Majoritatea respondenților (78%-reprezentanți APL și 59% - reprezentanți ai populației generale), consideră că atitudinea oamenilor față de o persoană s-ar schimba dacă aceasta s-ar îmbolnăvi de tuberculoză, manifestată prin evitarea sau compătimirea persoanei bolnave.
5. Majoritatea respondenților ambelor studii consideră că: cel mai important semn ce ar induce la adresare după un ajutor medical este tusea cu o durată mai mare de trei săptămâni; primul actor medical la care s-ar adresa persoanele în cazul în care ar suspecta simptome ale tuberculozei este medicul de familie; tuberculoza este o maladie care se tratează.
6. Majoritatea respondenților-reprezentanți APL cunosc metodele de prevenire a îmbolnăvirii cu tuberculoză, dar totodată persistă cunoașterea și menținerea în societate a metodelor de prevenire eronate care induc la efecte negative asupra societății și comunității.

3.3 Evaluarea nivelului integrat al cunoștințelor, atitudinilor și practicilor față de tuberculoză al reprezentanților APL

3.3.1 Analiza nivelului integrat al cunoștințelor privind tuberculoza

În cadrul cercetării a fost analizat nivelul integrat de cunoștințe al respondenților din cadrul prezentului studiu. Acesta a fost apreciat în bază algoritmului descris mai sus (pag. 22). Astfel, nivelul de cunoștințe privind tuberculoza a fost apreciat pe segmentul de la 1 la 6 puncte, iar scorul mediu al nivelului integrat de cunoștințe a constituit 4.5 puncte (95%IC:4.4-4.7).

Analiza a determinat că doar jumătate (53%) dintre respondenți au demonstrat un *nivel înalt* de cunoaștere a semnelor, simptomelor, modului de transmitere a tuberculozei. În același

timp fiecare al cincilea (18%) a demonstrat cunoștințe destul de joase, iar fiecare al treilea (29%) – cunoștințe de un nivel mediu. (Figura 14)

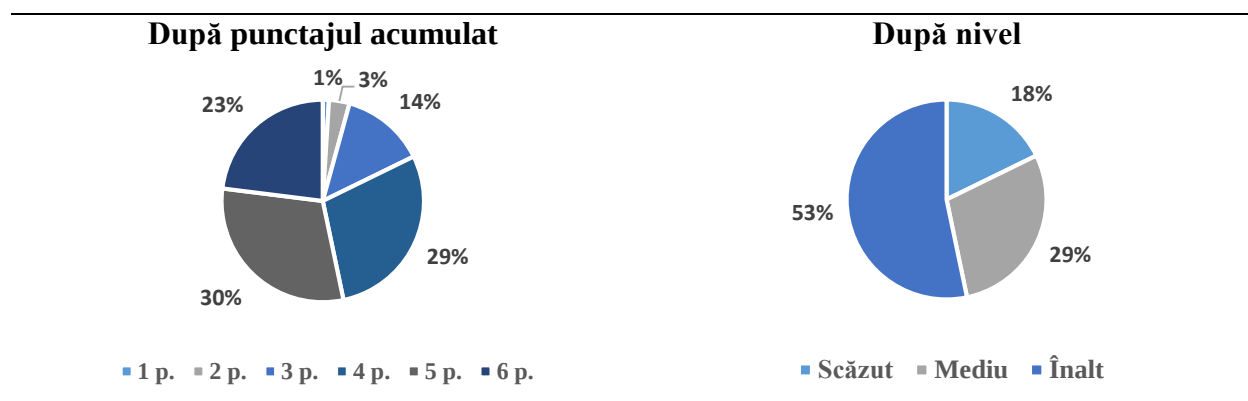


Figura 14. Nivelul integrat de cunoștințe privind tuberculoza (%)

Cunoașterea semnelor, simptomelor și a modului de transmitere a tuberculozei a fost analizată printre respondenții studiului în dependență de sex, grup de vârstă și studiile pe care aceștia le posedă. Astfel, s-a determinat o interdependență destul de apropiată între nivelul de cunoștințe și nivelul de studii, fiind apreciată o semnificație statistică de 0.008. Prin urmare cei cu studii superioare au dat dovadă de un nivel mult mai înalt de cunoștințe integrate privind tuberculoza. Totodată, nivelul de cunoștințe a fost apreciat mult mai înalt printre femei, cu o legătură statistică de $p=0.015$. Cei, cu o vârstă de peste 45 ani, de asemenea au marcat cunoștințe mai înalte în domeniul tuberculozei cu o interdependență de $p=0.022$. (Tabelul 6)

Tabelul 6. Nivelul integrat de cunoștințe, după profilul demografic (abs., %)

Variabila	Nivel integrat de cunoștințe			Valoarea p	
	Scăzut n (%)	Mediu n (%)	Înalt n (%)		
Sex				0.015	
	Bărbați	25 (46.3)	40 (45.5)		48 (29.6)
	Femei	29 (53.7)	48 (54.5)		114 (70.4)
Vârstă				0.022	
	22-44 ani	35 (64.8)	36 (40.9)		80 (49.4)
	45(+) ani	19 (35.2)	52 (59.1)		82 (50.6)
Studii				0.008	
	Medii	13 (24.1)	12 (13.6)		51 (31.5)
	Superioare	41 (75.9)	76 (86.4)		111 (68.5)

Doi din trei respondenți (71%) au afirmat că în ultimele 12 luni cineva a vorbit cu ei despre problema tuberculozei. Analiza acestui fenomen în rândul respondenților a fost apreciat din

perspectiva a două aspecte: drept persoană reprezentant al autorității și drept locuitor al teritoriului administrativ pe care îl reprezintă. Astfel, participanții la studiu au indicat că au discutat cel mai des despre tuberculoză, cu asistenta medicului de familie – în 51,9%; cu lucrătorii din rețeaua socială – în 28,7%; cu colegii de serviciu – în 22,7%; cu părinții sau rudele sale – în 25,5%; cu familia unui bolnav de tuberculoză – în 12,5%; cu vreun bolnav de tuberculoză - în 14,4%; cu reprezentanți ai organizațiilor neguvernamentale – în 13,4% cazuri.

Majoritatea dintre respondenți (82,6%) au specificat că în ultimele 6 luni au auzit sau citit careva informații despre tuberculoză, iar 17,4% au indicat că nu au primit nici o informație despre această boală. Cît privește sursele din care s-au informat subiecții, cel mai des menționată este televiziunea (55,3%), urmată de broșuri, postere (43,7%), ziare (26,3%) și radioul (21,4%). În același timp, 45,7% dintre respondenți au menționat că s-au informat din discuțiile de la serviciu (Tabelul 7).

Tabelul 7. Nivelul integrat de cunoștințe în raport cu informarea despre TB (abs.,%)

Denumire	Nivel integrat de cunoștințe			Valoarea p
	Scăzut n (%)	Mediu n (%)	Înalt n (%)	
Au vorbit în ultimele 12 luni despre TB				0.028
Da	37 (17.1)	54 (25.0)	125 (57.9)	
Nu	17 (19.3)	34 (38.6)	37 (42.0)	
Au auzit în ultimele 6 luni despre TB				0.292
Da	41 (16.3)	72 (28.7)	138 (55.0)	
Nu	13 (24.5)	16 (30.2)	24 (45.3)	

Cunoștințele integrate privind tuberculoza au fost apreciate cu un calificativ mai înalt printre cei care au vorbit cu cineva în ultimele 12 luni sau au auzit în ultimele 6 luni despre boala-tuberculoza. În același sens, se evidențiază o asociere semnificativ statistică ($p=0.028$) între cunoștințe mai bune privind tuberculoza și faptul că au vorbit cu cineva în ultimele 12 luni despre această boală. Totodată, nu se evidențiază o asociere semnificativ statistică ($p=0.292$) între cunoștințe și faptul că au auzit în ultimele 6 luni despre tuberculoză (Tabelul 7). Aceasta, ar putea presupune că discuțiile despre această boală au o probabilitate mai mare asupra faptului de îmbunătățire a cunoștințelor.

3.3.2 Analiza nivelului integrat al atitudinilor față de tuberculoză

Cercetarea a permis atât aprecierea în eșantionul de studiu a nivelului integrat al atitudinilor față de tuberculoză, cât și contrapunerea nivelului integrat al cunoștințelor asupra situațiilor ce reflectă atitudinea față de această boală.

În acest sens, în bază de algoritmului descris mai sus (pag. 22), nivelul atitudinilor a fost apreciat pe un segment de la 0 la 4 puncte. Scorul mediu a al nivelului integrat de atitudini a constituit 1.9 puncte (95%IC:1.8-2.0).

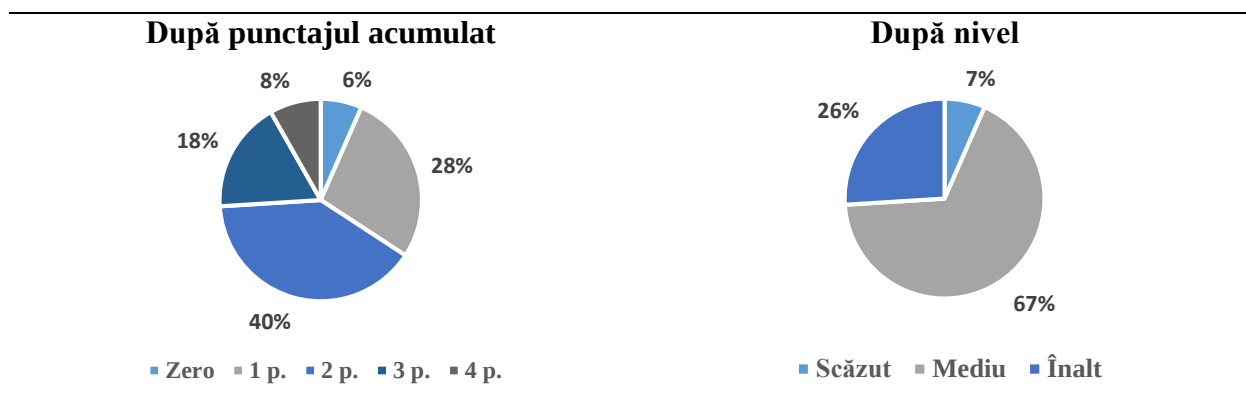


Figura 15. Nivelul integrat privind atitudinea față de tuberculoză (%)

Astfel, analiza a determinat că majoritatea (67%) dintre respondenți au o atitudine față de tuberculoză categorisită la un *nivel mediu* și doar fiecare al patrulea (26%) manifestă atitudini față de această boală apreciată cu un nivel *înalt*. În același timp, 7% (n=20) dintre respondenți au acumulat „zero” punctaj în raport cu grila de apreciere a atitudinilor privind tuberculoza. (Figura 15).

Tabelul 8. Nivelul integrat al atitudinilor, după profilul demografic (abs., %)

Variabila	Nivelul integrat al atitudinilor			Valoarea p
	Scăzut n (%)	Mediu n (%)	Înalt n (%)	
Sex				0.028
	Bărbați	10 (8.8)	83 (73.5)	20 (17.7)
	Femei	10 (5.2)	122 (63.9)	59 (30.9)
Vârstă				0.364
	22-44 ani	13 (8.6)	100 (66.2)	38 (25.2)
	45(+) ani	7 (4.6)	105 (68.6)	41 (26.8)
Studii				0.034
	Medii	1 (1.3)	59 (77.6)	16 (21.1)
	Superioare	19 (8.3)	146 (64.0)	63 (27.6)

Analiza de mai sus (Tabelul 8), evidențiază că atitudinea față de tuberculoză este dependentă de sex ($p=0.028$) și studii ($p=0.034$). Astfel, femeile și cei care au studii superioare au atitudini mult mai pozitive față de această boală. În același timp, nu a fost determinată vreo semnificație statistică ($p=0.364$) între vârstă și atitudini, dar totodată, în eșantionul studiat respondenții cu vârstă de peste 45 de ani (27%) au demonstrat atitudini de un nivel mai înalt față de tuberculoză.

Analiza de complex, efectuată prin contrapunerea nivelului integrat de cunoștințe cu unele situații referitoare la atitudinile față de tuberculoză, sugerează că cu cât nivelul de cunoștințe integrate privind tuberculoza este mai înalt cu atât atitudinea față de această boală sau față de persoana bolnavă de tuberculoză este una mai pozitivă.

Prin urmare, majoritatea dintre cei cu un nivel mai înalt de cunoștințe consideră că tuberculoza nu este o boală rușinoasă (73.5%) și sunt decizi să ia ruda acasă până la finalizarea tratamentului pentru tuberculoză (81.5%). Că o persoană care are tuberculoză va fi evitată de cei din jur, consideră 71.7% din cei cu un nivel înalt, 77.3% dintre cei cu un nivel mediu și 84.9% dintre cei cu un nivel scăzut al cunoștințelor integrate privind tuberculoza. (Tabelul 9)

Tabelul 9. Atitudinea respondenților față de TB în raport cu nivelul integrat de cunoștințe (abs., %)

Atitudine	Nivel integrat de cunoștințe			Valoarea p
	Scăzut n (%)	Mediu n (%)	Înalt n (%)	
Consideră că TB este o boală rușinoasă				0.05
Da	23 (42.6)	31 (35.2)	43 (26.5)	
Nu	31 (57.4)	57 (64.8)	119 (73.5)	
Consideră că persoana cu TB va ascunde că este bolnavă				0.139
Da	45 (84.9)	68 (77.3)	114 (71.7)	
Nu	8 (15.1)	20 (22.7)	45 (28.3)	
Atitudinea celor din jur față de persoana care are TB				0.016
O vor evita	28 (65.1)	52 (75.4)	68 (54.8)	
O vor ajuta	15 (34.9)	15 (21.7)	54 (43.5)	
Va lua ruda acasă până la finalizarea tratamentului TB				0.002
Da	37 (68.5)	71 (80.7)	132 (81.5)	
Nu sau indecizi	17 (31.5)	17 (19.3)	30 (18.5)	

În cadrul cercetării s-a analizat prin contrapunere rezultatele referitoare la nivelul integrat privind cunoștințele în domeniul tuberculozei cu cel integrat privind atitudinile față de această boală.

Astfel, s-a determinat că cu cât nivelul de cunoștințe privind tuberculoza este mai jos, cu atât este mai joasă și atitudinea față de această boală. Respectiv, cei cu nivel integrat *scăzut* de cunoștințe (K) au demonstrat un nivel integrat *înalt* de atitudini (A) în doar 16%; pe când cei cu un nivel integrat *înalt* de cunoștințe (K) – un nivel integrat *scăzut* de atitudini (A) de 2.5%.

Totodată, este de menționat faptul că, doar circa pentru o treime (32%) dintre respondenți s-a fost determinat un nivel integrat *înalt* atât al cunoștințelor, cât și al atitudinilor privind tuberculoza. (Figura 16)

În aceeași ordine de idei, datele analizate în studiu demonstrează că atitudinea față de tuberculoză este într-o interdependență de cunoștințele posedate față de această boală ($p=0.0001$).

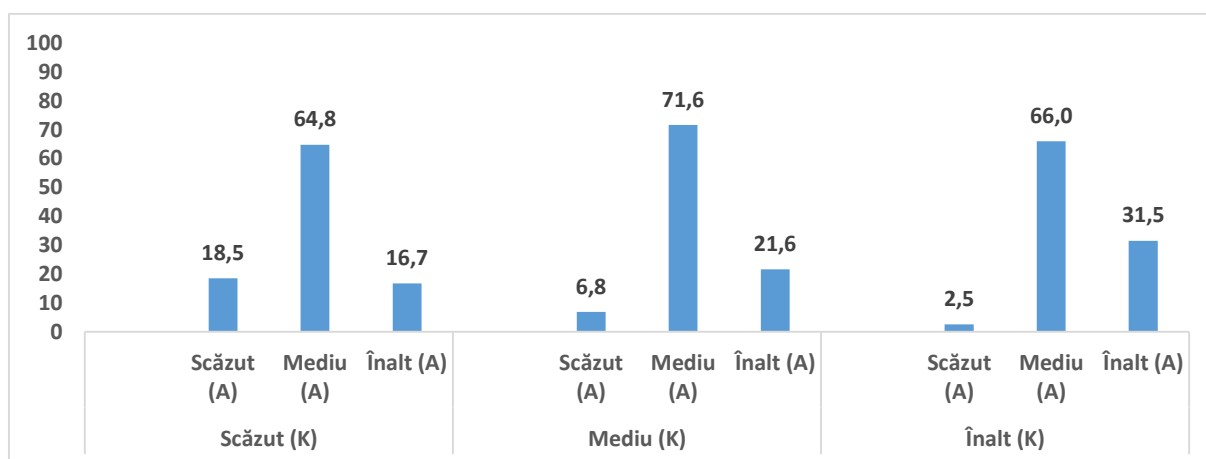


Figura 16. Atitudini integrate în raport cu nivelul de cunoștințe față de TB ale respondenților (%)

3.3.3 Analiza nivelului integrat privind practicile față de tuberculoză

La capitolul „practici” s-a analizat în complex aplicarea cunoștințelor despre tuberculoză asupra situațiilor tangențiale bolii și unele aspecte ce țin de tratamentul acestei boli. În acest sens, analiza de complex s-a axat pe determinarea nivelului integrat privind practicile față de tuberculoză, dar și contrapunerea nivelului integrat de cunoștințe și atitudini asupra „practicilor” de comportament în legătură cu tuberculoza.

În acest sens, a fost apreciat nivelul integrat privind practicile față de tuberculoză, utilizând algoritmului descris mai sus (pag. 22). Prin urmare, nivelul integrat de practici față de tuberculoză a fost apreciat pe segmentul de la 1 la 6 puncte. Scorul mediu al nivelului integrat de practici a constituit 4.2 puncte (95%IC:4.0-4.3).

Astfel, s-a determinat că doar fiecare al șaptelea respondent (15%) manifestă un *nivel înalt* privind practicile integrate față de tuberculoză, un *nivel mediu* a fost apreciat pentru 61% dintre respondenți și un *nivel scăzut* – pentru o cincime (24%) dintre subiecți. (Figura 17)

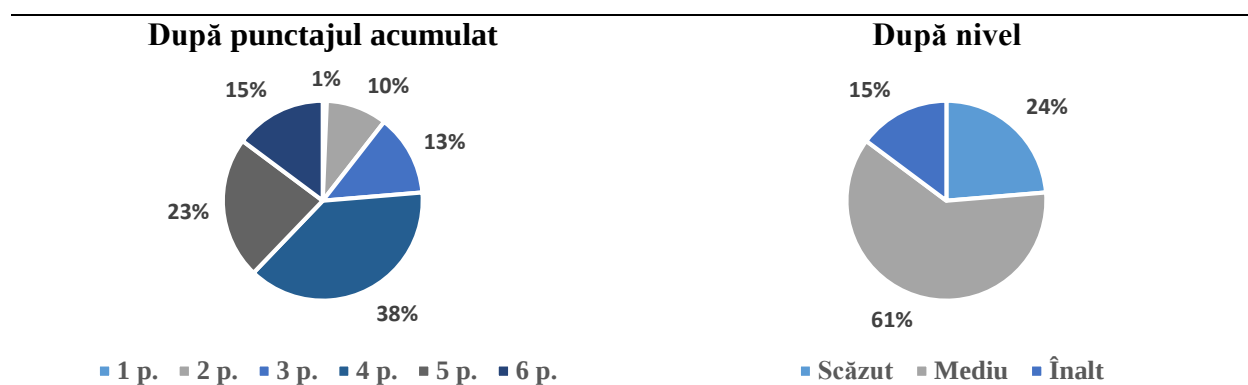


Figura 17. Nivelul integrat privind practicile față de tuberculoză (%)

Un nivel mai înalt privind practicile față de tuberculoză au fost apreciate printre femei (89%), printre cei cu vârsta de peste 45 de ani (64%) și printre respondenții cu studii superioare (69%).

În context, practicile față de tuberculoză sunt interdependente de vârstă și sex cu o semnificație statistică (p) de 0.039 și 0.0001 respectiv. (Tabelul 10)

Tabelul 10. Nivelul integrat de practici, după profilul demografic (abs., %)

Variabila	Nivelul integrat de practici			Valoarea p	
	Scăzut n (%)	Mediu n (%)	Înalt n (%)		
Sex				0.0001	
	Bărbați	35 (48.6)	73 (39.0)		5 (11.1)
	Femei	37 (51.4)	114 (61.0)	40 (88.9)	0.039
Vârstă					
	22-44 ani	43 (59.7)	92 (49.2)	16 (35.6)	
	45(+) ani	29 (40.3)	95 (50.8)	29 (64.4)	0.574
Studii					
	Medii	18 (25.0)	44 (23.5)	14 (31.1)	
	Superioare	54 (75.0)	143 (76.5)	31 (68.9)	

La capitolul tratamentul tuberculozei, marea majoritate (96%) dintre respondenți consideră că tuberculoza poate fi tratată. Astfel, 25% (n=77) - consideră că tuberculoza se tratează, iar alții 71% (n=215) că tuberculoza se tratează doar dacă este tratată la timp. Mai bune practici față de tuberculoză au fost apreciate printre participanții la studiu care au manifestat un nivel mai înalt de cunoștințe privind această boală, cu o semnificație statistică egală cu 0.005. (Tabelul 11)

Tabelul 11. Practici față de tuberculoză în raport cu nivelul de cunoștințe (abs., %)

Practici	Nivel integrat de cunoștințe			Valoarea p
	Scăzut n (%)	Mediu n (%)	Înalt n (%)	
Tuberculoza se tratează				0.005
Da	47 (87.0)	85 (96.6)	160 (98.8)	
Nu	7 (13.0)	3 (3.4)	2 (1.2)	

De asemenea, în cadrul cercetării au fost măsurate practicile de comportament față de persoanele mai apropiate (rudele, vecinii, prietenii, colegii etc.) sau mai îndepărtate (locuitori ai satului) care suferă de tuberculoză. Astfel, s-a determinat că cei cu un nivel mai înalt al atitudinilor față de tuberculoză demonstrează practici mai bune atât față de persoanele mai apropiate ($p=0.0001$), cât și față de cele mai îndepărtate ($p=0.03$), în cazul de față – locuitori ai satului. (Tabelul 12)

Tabelul 12. Practici față de tuberculoză în raport cu nivelul atitudinilor (abs., %)

Practici	Nivelul integrat al atitudinilor			Valoarea p
	Scăzut n (%)	Mediu n (%)	Înalt n (%)	
Dacă a vizitat/vizitează persoana apropiată care are TB (n=55)				0.0001
Da	0 (0.0)	26 (70.3)	12 (77.1)	
Nu	6 (100.0)	11 (29.7)	0 (0.0)	
Dacă a vizitat/vizitează persoana îndepărtată care are TB (n=208)				0.03
Da	5 (45.5)	67 (46.2)	35 (67.3)	
Nu	6 (54.5)	78 (53.8)	17 (32.7)	

Analiza prin contrapunerea datelor privind nivelul integrat de practici (P) în raport cu nivelul integrat de cunoștințe (K) și atitudini (A) evidențiază că:

- cei cu nivel integrat *scăzut* de cunoștințe (K) au un nivel scăzut de practici (P) în 35% cazuri; pe când la cei cu un nivel înalt de cunoștințe (K) s-a determinat un nivel scăzut de practici (P) în doar 18% cazuri.
- cei cu nivel integrat *scăzut* de atitudini (A) au un nivel scăzut de practici (P) în 50% cazuri; pe când la cei cu un nivel înalt de atitudini (A) s-a determinat un nivel scăzut de practici (P) în doar 15% cazuri. (Figura 18)

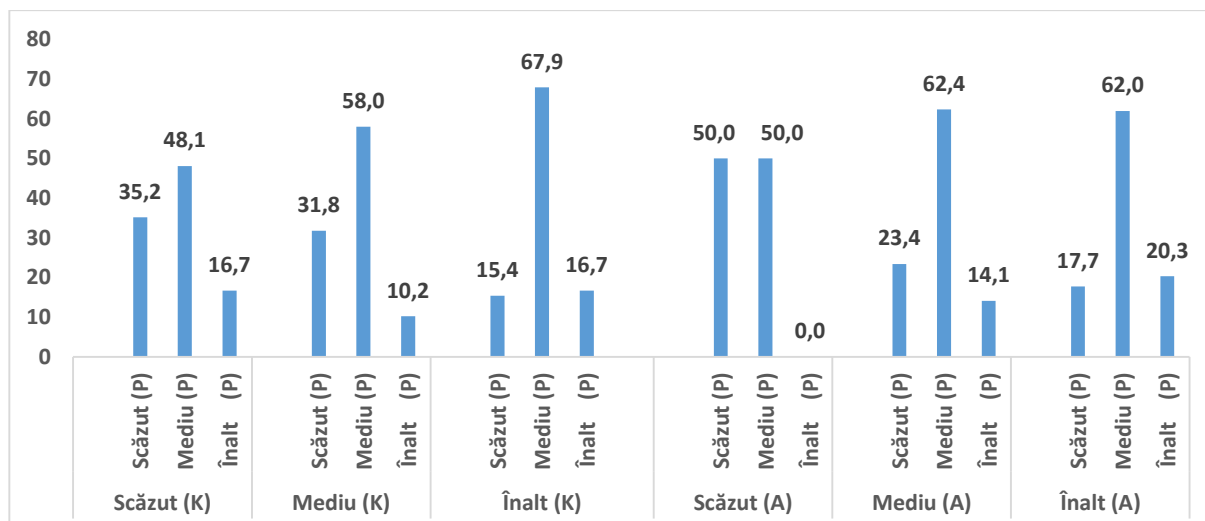


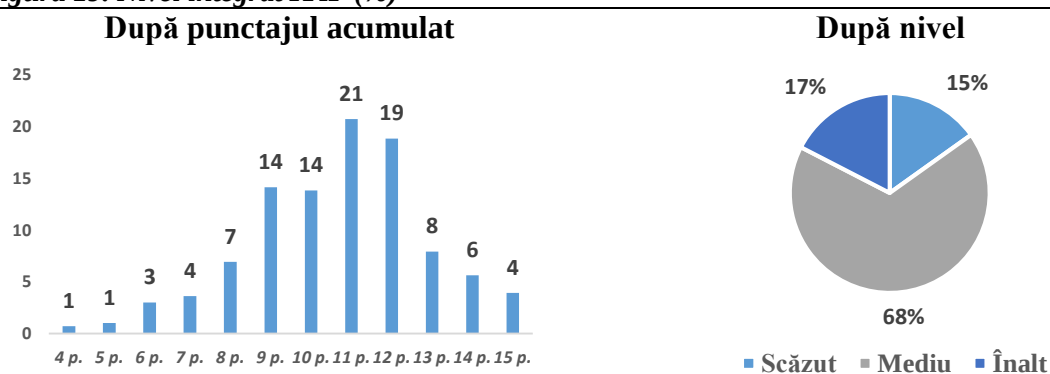
Figura 18. Nivelul integrat de practici în raport cu nivelul de cunoștințe și atitudini față de TB (%)

În această ordine de idei, cercetarea efectuată, demonstrează că cu cât este mai înalt nivelul de cunoștințe și/sau atitudini referitoare la tuberculoză, cu atât practicile vor avea un impact mai înalt față de această boală, cu o semnificație statistică de 0.005 și 0.017 respectiv. Prin urmare, 35% dintre respondenții cu un nivel scăzut de cunoștințe și 50% dintre subiecții cu un nivel scăzut al atitudinilor, au practici joase față de tuberculoză. (Figura 18)

3.3.4 Analiza KAP privind tuberculoza

În cadrul studiului au fost evaluate cele trei dimensiuni: cunoștințe (K), atitudini (A) și practici (P) îmbinate într-un bloc integrat: KAP. Nivelul integrat KAP a fost apreciat în baza algoritmul descris (pag. 22). Scara de evaluare a fost determinată pe segmentul de la 4 la 15 puncte. Scorul mediu al KAP integrat a fost apreciat la 10.6 (95%IC:10.4-10.9).

Figura 19. Nivel integrat KAP (%)



Pentru majoritatea participanților la studiu (68%) a fost apreciat un *nivel mediu* de KAP integrat. În același timp, doar pentru 17% de respondenți a fost determinat un *nivel înalt* KAP, iar pentru alții 15% - un *nivel scăzut* KAP. (Figura 19).

KAP integrat analizat în dependență de sex, vârstă și studii, a demonstrat că printre femei și grupul de vârstă după 45 ani a fost apreciat un nivel mai *înalt* KAP. Astfel, o interdependență destul de strânsă a fost considerată între nivelul KAP și sex cu o semnificație statistică de 0.0001. O legătură mai puțin inter-conexă, dar dependentă ($p=0.05$) a fost apreciată între grupul de vârstă și nivelul KAP. Nu au fost determinată vreo legătură între nivelul KAP și studii, înregistrându-se practic aceleași proporții între respondenții cu studii medii și superioare. (Tabelul 13)

Tabelul 13. Nivelul integrat KAP, după profilul demografic (abs., %)

Variabila	Nivelul integrat KAP			Valoarea p	
	Scăzut n (%)	Mediu n (%)	Înalt n (%)		
Sex				0.0001	
	Bărbați	32 (69.9)	75 (36.6)		6 (11.3)
	Femei	14 (30.4)	130 (63.4)		47 (88.7)
Vârstă				0.05	
	22-44 ani	30 (65.2)	96 (46.8)		25 (47.2)
	45(+) ani	16 (34.8)	109 (53.2)		28 (52.8)
Studii				0.206	
	Medii	14 (30.4)	45 (22.0)		17 (32.1)
	Superioare	32 (69.6)	160 (78.0)		36 67.9)

În cadrul studiului s-a analizat și corelarea KAP cu unul dintre indicatorii considerați esențiali pentru un control eficient al tuberculozei, cum este cunoașterea metodelor de prevenire a îmbolnăvirii cu tuberculoză.

Concluzii sub-capitolul III (3):

1. Nivelul integrat de cunoștințe privind tuberculoza este într-o strânsă legătură cu nivelul de studii, vârstă și sex.
2. Cu cât nivelul de cunoștințe privind tuberculoza este mai jos, cu atât este mai joasă și atitudinea față de această boală. Doar circa pentru o treime (32%) dintre respondenți s-a determinat un nivel înalt atât al cunoștințelor, cât și al atitudinilor integrate privind tuberculoza.
3. Cele mai joase practici față de tuberculoză au fost apreciate printre cei cu un nivel scăzut de cunoștințe și atitudini integrate.
4. Majoritatea respondenților (68%) posedă un nivel mediu de KAP integrat. Un nivel înalt de KAP integrat a fost apreciat doar în 17% cazuri.

3.4 Analiza intervențiilor comunitare aplicate în controlul tuberculozei de către APL

Capitolul dat s-a axat pe evaluarea aspectelor ce ar putea induce asupra aprecierii problemei tuberculozei drept o prioritate a comunității, intervențiilor aplicate în controlul tuberculozei la nivel de comunitate, dar și alte aspecte tangențiale cu această boală.

Prin urmare, majoritatea respondenților (75.7%, n=230) consideră tuberculoza drept o problemă a raionului în care acesta activează, peste o treime (37.2%, n=113) consideră că este o problemă a localității și doar puțin mai mult de jumătate (55.3%, n=168) consideră că tuberculoza este o problemă la nivel de țară.

În același timp respondenților li s-a solicitat să indice dacă cunosc că există sau nu vreun plan de control al tuberculozei la nivel național, raional și/sau de localitate. Mai mult de jumătate (61.2%, n=186) cunosc că există un plan de control al tuberculozei la nivel național, peste o treime (39.5% n=120) consideră că există un plan de control la nivel de raion și 13.5% (n=41) – la nivel de localitate. Circa jumătate (51.3%, n=156) dintre respondenți susțin că planul național de control al tuberculozei are și un plan de finanțare care este aprobat de Guvern. Susțin că există un plan bugetar aprobat pentru activitățile de control ale tuberculozei la nivel raional (24.3%, n=74) și la nivel de localitate (7.6%, n=23).

În aspectul aplicării activităților de control ale tuberculozei, participanții la studiu au indicat dacă au participat/organizat la nivel raional/local ședințe axate pe problema tuberculozei. Ponderea participanților a constituit - 60.2% (n=183).

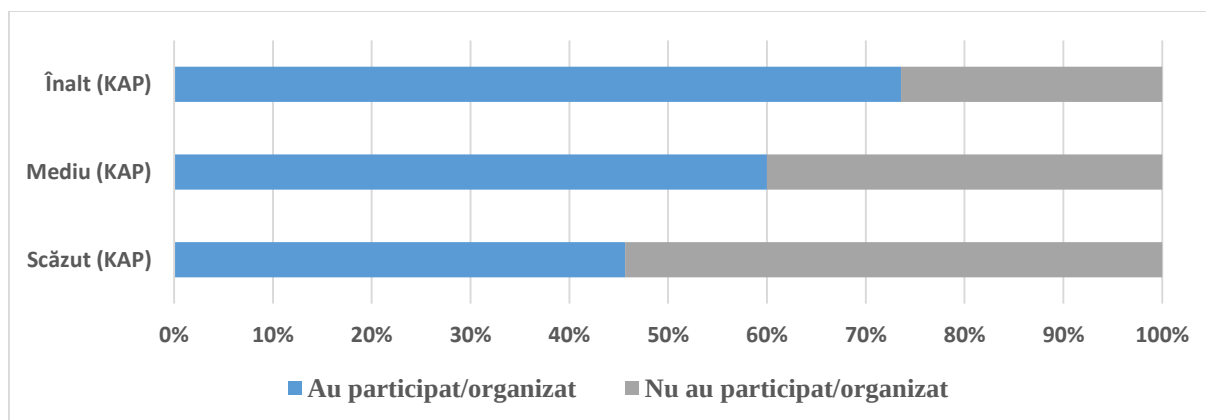


Figura 20. Gradul de participare/organizare a ședințelor axate pe problema tuberculozei (%)

Răspunsurile oferite au fost contrapuse cu nivelul integrat KAP al acestora. Astfel, s-a determinat că cu cât nivelul integrat KAP este mai înalt, cu atât și participarea sau desfășurarea

ședințelor axate pe problema tuberculozei este mai activă, cu o semnificație statistică $p=0.018$. (Figura 20).

Un alt aspect tangențial referitor la implicarea reprezentantului APL în activitățile de control ale tuberculozei a ținut să analizeze „cine de fapt” au fost inițiatorii acestor ședințe, unde s-au discutat problemele privind tuberculoza. Astfel, analiza evidențiază că ședințele axate pe problema tuberculozei au fost inițiate de diferiți actori. În circa o treime cazuri inițiatorul în desfășurarea acestor ședințe a fost reprezentantul organizației non-guvernamentale, urmat de Consiliul raional de Sănătate Publică, Consiliul raional, medicul de familie etc. (Figura 21)

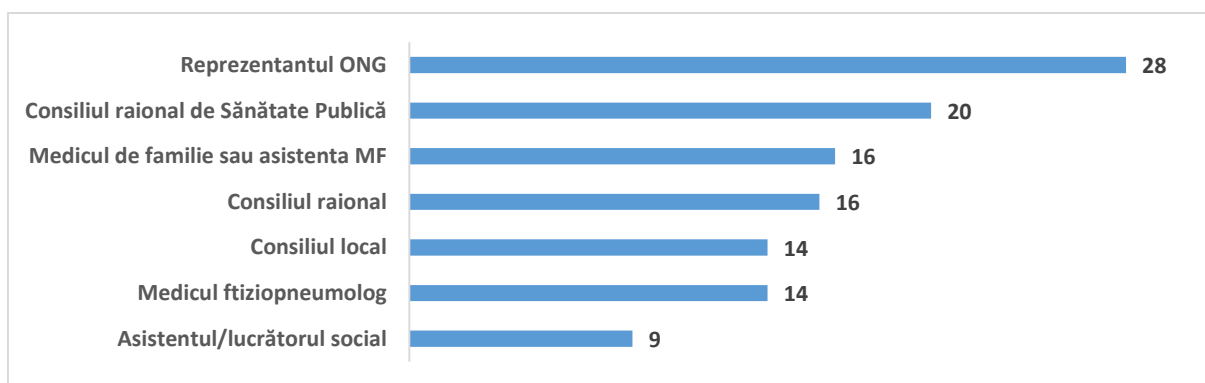


Figura 21. Ponderea inițiatorilor privind desfășurarea ședințelor axate pe problema tuberculozei (%)

Studiul, a presupus și analiza opiniilor reprezentanților APL referitoare la persoana responsabilă de problema tuberculozei în comunitatea în care activează (sau o reprezintă). Astfel, în opinia participanților la studiu, asistența medicală primară (51%-medicul de familie și 26%-asistenta medicului de familie) este cea mai responsabilă de problema tuberculozei din comunitate.

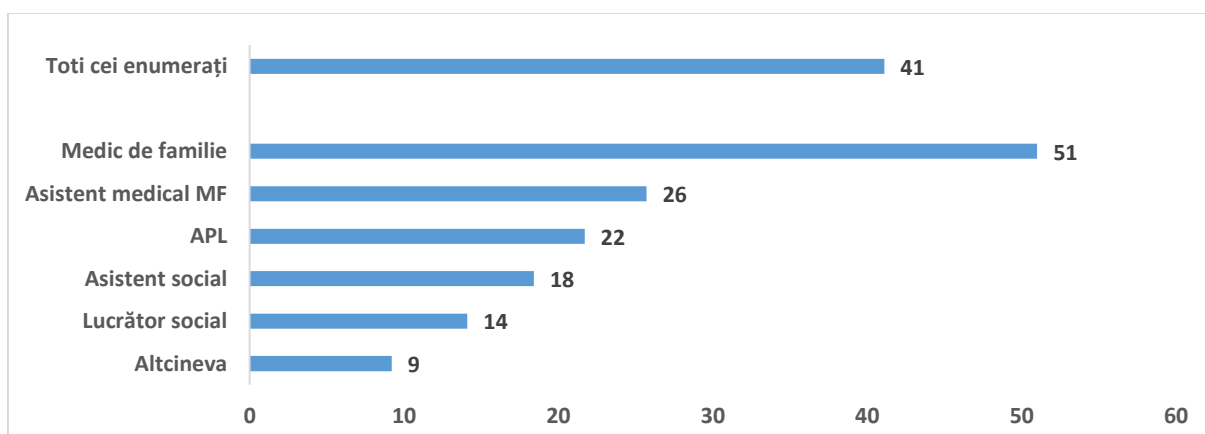


Figura 22. Pondere responsabililor de problema tuberculozei la nivel de comunitate, în opinia respondenților (%)

O cincime dintre respondenți consideră că de problema tuberculozei în comunitate este responsabilă administrația publică locală, urmată de asistentul și lucrătorul social. În 9% cazuri

respondenții au indicat că este responsabil altcineva, și anume: medicul ftiziopneumolog - în 2.6%; familia - în 3%; bolnavul – în 0.3% cazuri. Circa 41% dintre subiecții studiului au indicat că responsabili sunt toți actorii enumerați. (Figura 22)

Evaluarea aplicării în practică (la nivel de comunitate) a unor intervenții ce țin de controlul tuberculozei a fost de a analiza dacă respondenții au acordat/ofert, persoanelor cu tuberculoză sau familiilor lor din localitate, vreun tip de suport acestora.

Mai mult de jumătate (55.3%, n=168) dintre respondenți au indicat că au acordat/ofert suport persoanelor cu tuberculoză sau familiilor acestora din localitate. Pentru o viziune mai amplă s-au contrapus datele privind oferirea suportului pacienților cu tuberculoză sau familiilor acestora cu nivelul integrat al atitudinilor față de tuberculoză determinat în rândul participanților la studiu. (Figura 23)

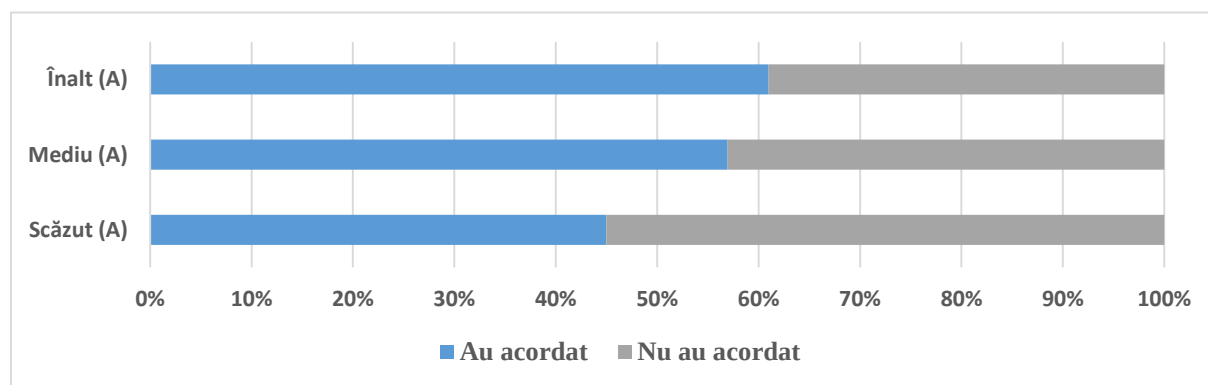


Figura 23. Gradul de acordare a suportului în raport cu nivelul integrat al atitudinilor față de tuberculoză (%)

Cu o putere semnificativă de $p=0.016$ se conturează faptul că respondenții cu un nivel integrat mai înalt al atitudinilor față de tuberculoză au contribuit la acordarea suportului pacientului cu tuberculoză sau familiei acestora.

Suportul acordat bolnavilor cu tuberculoză sau familiilor acestora a fost destul de diversificat, cum ar fi: rambursarea cheltuielilor de transport pentru deplasare la punctul de tratament (medic) – în 17.1%; contribuție pentru transportare la consultația medicului ftiziopneumolog sau examinare medicală – în 22.0%; pachete/suport alimentar – în 16.4%; pachete igienice – în 5.6%; ajutor financiar – în 6.9% (de la 400 la 1000 lei); suport la perfectarea actelor/documentelor – în 14.5%; consiliere juridică, asistență în plasarea în câmpul muncii – în 3.9%; asistență în plasarea copiilor în școală, grădiniță, sanatorii – în 10.5% cazuri.

În acest sens, s-au analizat și actorii care au facilitat obținerea acestui suport oferit bolnavului de tuberculoză sau familiei sale. De cele mai dese ori suportul oferit a fost la cererea asistentului/lucrătorului social (28.9%), urmat de medicul/asistentul de familie – în 22%; cererea persoanei bolnave sau a familiei sale – în 22%; reprezentantul ONG – în 9.2%; medicul ftiziopneumolog – în 6.6% cazuri.

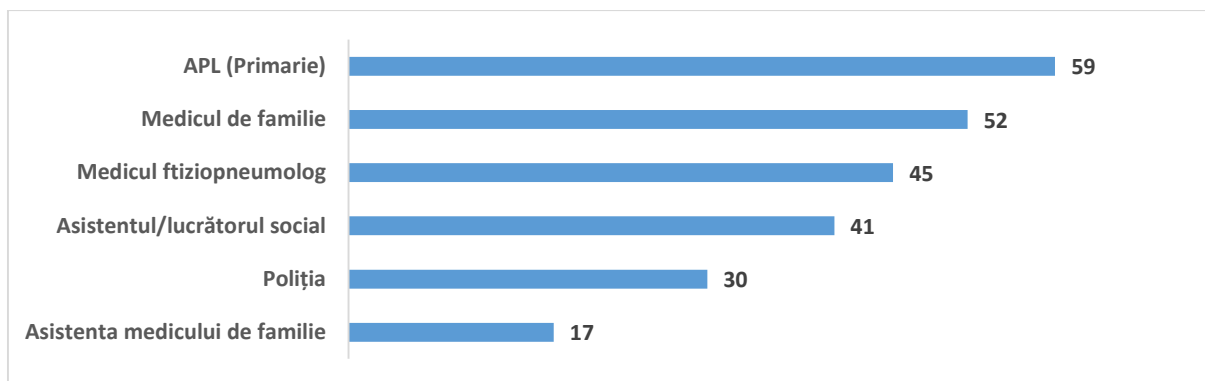


Figura 24. Ponderea actorilor pentru apel în caz de dificultate a persoanei bolnave TB (%)

În aceeași ordine de idei, respondenții au fost rugați să indice actorii la cine s-ar putea adresa o persoană bolnavă de tuberculoză aflată în dificultate. În majoritatea cazurilor a fost menționată administrația publică locală, urmată de medicul de familie, medicul ftiziopneumolog, asistentul/lucrătorul social, poliția și asistentul medicului de familie. Biserica sau altă confesiune religioasă, precum și reprezentanți ai organizațiilor non-guvernamentale nu au fost menționați. (Figura 24)

Fiind întrebați dacă între administrația publică locală și asistența medicală primară (medicul de familie) există schimb de informații privind nevoile persoanelor afectate de tuberculoză majoritatea (72.7%, n=221) au afirmat acest lucru.

Respondenții au mai menționat că localitățile care le reprezintă se confruntă cu deficiență în asigurare cu personal medical/social, fapt ce cauzează obstacole de soluționare a problemelor create de tuberculoză. Astfel, se confruntă cu lipsa de medici de familie – în 22.4%; asistente ale medicilor de familie – 12.2%; personal medical în cabinetele de ftiziopneumologie raionale – 28.8%; asistent/lucrător social – 10.5% cazuri.

Participanții la studiu au fost rugați să se expună asupra necesității de a fi instruiți în tuberculoză și să-și auto-aprecieze riscul de a face tuberculoză. Răspunsurile oferite de aceștia au fost contrapuse cu nivelul integrat KAP. (Figura 25)

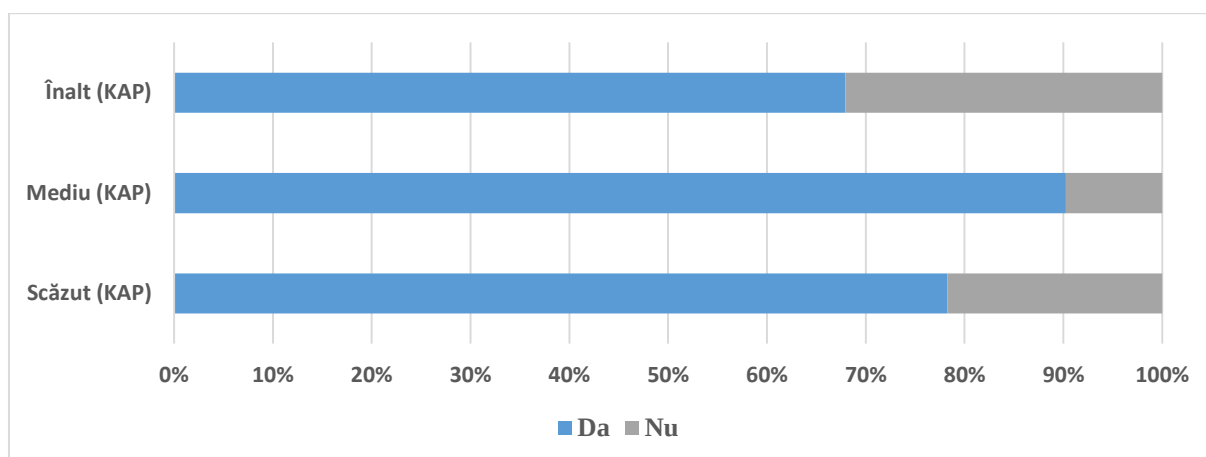


Figura 25. Necesitatea de instruire în raport cu nivelul integrat KAP al respondenților (%)

Astfel, majoritatea dintre respondenți (84.5%, n=257) percep necesitatea de instruire în domeniul tuberculozei. Totodată, cercetarea demonstrează interdependența dintre nivelul integrat KAP și necesitatea în instruirile de domeniu, cu o semnificație statistică de $p=0.0001$. Astfel, cu cât KAP este mai jos cu atât necesitatea în instruirile de domeniu este mai înaltă. (Figura 25)

Auto-aprecierea de către respondent a riscului propriu de a face tuberculoză a subliniază că mai mult de o treime (37.5%) consideră că au un risc mediu de a face tuberculoză, 33.2% - consideră că au un risc mare, 17.1% - consideră că au un risc mic, iar 12.2% - că nu au riscul de a face tuberculoză. Prin contrapunerea rezultatelor menționate cu nivelul integrat KAP, studiul evidențiază inter-conexiunea dintre riscul perceput de infectare și KAP la valoare a semnificației statistice de $p=0.0001$. Astfel, cu cât nivelul KAP este mai înalt, cu atât riscul de a face boala este considerat mai mare și respectiv vice-versa. (Figura 26)

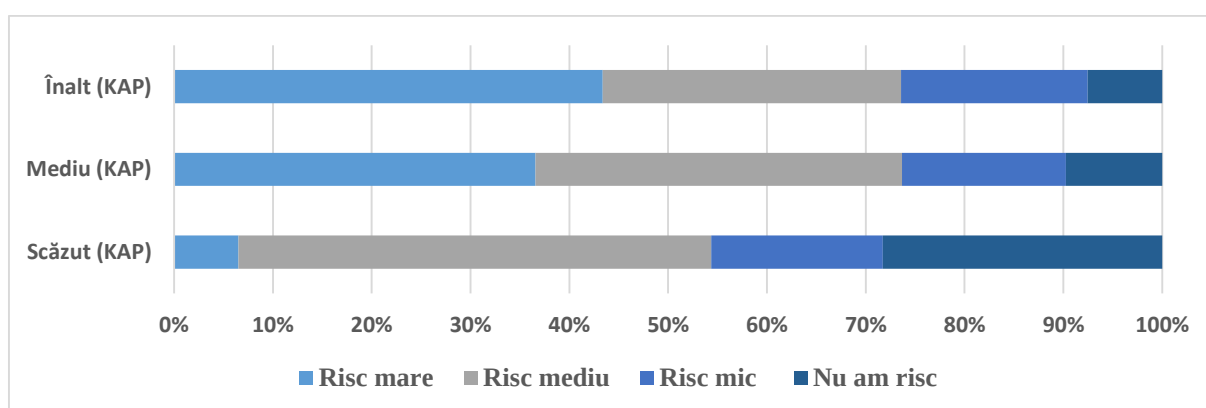


Figura 26. Gradul de auto-apreciere a riscului de a face TB în raport cu nivelul KAP (%)

Un alt aspect al cercetării a cuprins evaluarea cunoașterii metodelor de prevenire a îmbolnăvirii cu tuberculoză în raport cu nivelul-integrat KAP. Datele analizate demonstrează o cunoaștere mai bună a metodelor de prevenire printre participanții la studiu cu un nivel înalt KAP

în raport cu cei cu KAP scăzut respectiv. Astfel, se evidențiază aspectul că cu cât KAP este mai înalt, cu atât se observă o pondere mai mare a cunoașterii metodelor de prevenire a îmbolnăvirii cu tuberculoză, cu o semnificație statistică de 0.014. (Figura 27)

Prin urmare cunosc metodele specifice de prevenire a îmbolnăvirii 83% de respondenții cu nivel înalt KAP versus 28% respondenții cu nivel scăzut KAP. Cercetarea evidențiază o pondere înaltă a răspunsurilor eronate privind metodele de prevenire în rândul respondenților. Printre cei cu KAP scăzut – 98%; cu KAP mediu – 90% și cu KAP înalt – 81%. (Figura 27)

Deși, printre cei cu KAP înalt ponderea răspunsurilor eronate este mai mică în comparație cu cei cu KAP scăzut, aceasta este considerată una majoră, fapt care demonstrează persistența atitudinilor discriminatorii și stigmatizante față de boală și inclusiv persoanele bolnave și/sau familiile acestora.

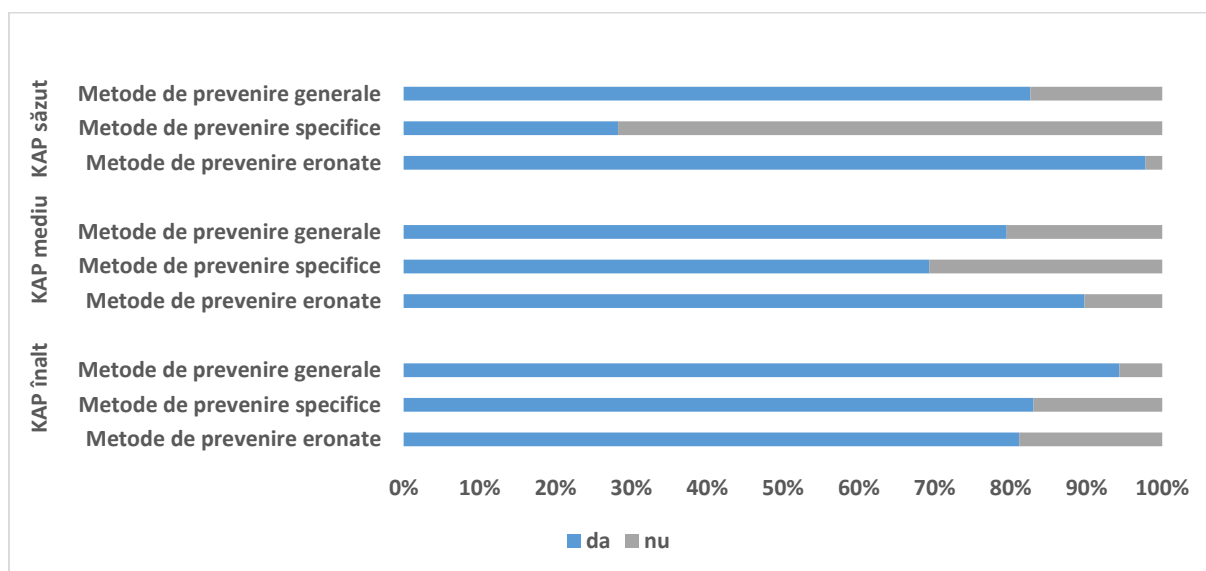


Figura 27. Cunoașterea metodelor de prevenire a îmbolnăvirii cu tuberculoză în raport cu nivelul KAP (%)

Concluzii sub-capitol III (4):

1. Ponderea participării/organizării la nivel raional/local a ședințelor axate pe problema tuberculozei, în aspectul aplicării activităților de control ale tuberculozei, a constituit cca 60%. Cu cât nivelul integrat KAP este mai înalt, cu atât participarea sau desfășurarea ședințelor axate pe problema tuberculozei este mai activă.

2. În opinia participanților la studiu, asistența medicală primară (51%-medicul de familie și 26%-asistenta medicului de familie) este cea mai responsabilă de problema tuberculozei din comunitate.
3. Mai mult de jumătate (55%) dintre respondenți au acordat/ofert suport persoanelor cu tuberculoză sau familiilor acestora din localitate. Cei cu un nivel integrat mai înalt al atitudinilor față de tuberculoză au contribuit la acordarea suportului pacientului cu tuberculoză sau familiei acestora.
4. Majoritatea (85%) respondenților consideră că au nevoie de instruire în domeniul tuberculozei. Astfel, cu cât KAP este mai jos cu atât nevoia de instruire de domeniu este mai înaltă.
5. Cu cât KAP este mai înalt, cu atât se observă o pondere mai mare a cunoașterii metodelor de prevenire a îmbolnăvirii cu tuberculoză, dar totodată se evidențiază o pondere înaltă a răspunsurilor eronate, fapt care demonstrează persistența atitudinilor discriminatorii și stigmatizante față de boală și, inclusiv, față de persoanele bolnave și/sau familiile acestora.

ÎNCHEIERE. SINTEZA REZULTATELOR OBȚINUTE

Tuberculoza este o problemă a politicii de sănătate publică de nivel mondial. Este cea mai răspândită dintre bolile infecțioase la om și este declarată de către OMS o urgență de sănătate publică la nivel mondial [1, 2].

La etapa actuală Republica Moldova este printre țările care prezintă cele mai înalte nivele de îmbolnăvire de tuberculoză din regiunea europeană a OMS. Conform ultimilor date oficiale ale Biroului Regional pentru Europa al OMS, Republica Moldova, după nivelul de morbiditate (incidență) prin tuberculoză se regăsește pe locul doi după Kazahstan și pe locul patru (după Belarus, Kyrgystan și Kazahstan) pentru tuberculoza multidrogrezistentă. La capitolul rezultate de tratament, deși Republica Moldova este plasată pe ultimele locuri, către finele anului 2015 a înregistrat o rată de succes de 80% printre cazurile cu tuberculoză sensibilă și 57% printre cazurile cu tuberculoză multidrogrezistentă în comparația cu media europeană de 76% și 51% respectiv [1, 2, 3].

Cu toate că, pe parcursul ultimelor decenii în Republica Moldova s-au întreprins diverse acțiuni, activități și intervenții întru asigurarea unui control eficient al tuberculozei, severitatea epidemiei marcată de această boală, rămâne a fi condiționată, inclusiv de diversitatea problemelor socio-economice cu care se confruntă pacienții și familiile acestora. Nevoile pacientului sunt multidimensionale [10, 11, 13], cu necesități majore în intervenții centrate pe persoană (pacient). Cu atât mai mult, conștientizarea problemei tuberculozei este necesară și indispensabilă pentru orice nivel de implicare. O comunitate cu un nivel scăzut de conștientizare privind cauza, modul de transmitere, metodele de prevenire, răspândirea tuberculozei ar putea avea un nivel mai ridicat [15].

Implicarea comunităților în controlul tuberculozei, în special a autorităților locale, ține de aspectul unui șir de valori prin care poate fi percepută și conștientizată problema tuberculozei. Faptul cunoașterii atât despre boala-tuberculoză, cât și atitudinea față de persoanele bolnave sau afectate de această boală ar putea interveni în aspecte de diminuare discriminatorie și implementarea practicilor corecte față de această boală. Una dintre componentele de bază ale Strategiei END TB cuprinde atât realizarea activităților de conștientizare de către comunitate a percepțiilor referitoare la tuberculoză, cât și implicarea acestora în activitățile de control pentru această boală [4].

Studierea surselor bibliografice a elucidat bune practici de implicare a autorităților locale în controlul tuberculozei. Un principiu general aplicat pe larg în cadrul spațiului UE, este că autoritățile publice locale au un rol decisiv în viața social-economică a comunităților locale pe care le reprezintă, inclusiv în domeniul sănătății [31].

Printre atribuțiile realizate de APL se regăsește promovarea priorităților locale în domeniul sănătății publice și bunăstării cu abordare centrată pe nevoile persoanei; oferirea suportului în realizarea activităților de control al tuberculozei la nivelul comunității, în special orientate spre migranți, persoane vulnerabile și familiile acestora, prevăzute de cadrul legal al Republicii Moldova, însă fără a ține cont de capacitățile financiare, organizaționale și funcționale ale lor și necesită îmbunătățire [5, 26, 27].

În acest sens a fost realizat un studiu transversal privind evaluarea cunoștințelor, atitudinile și practicile referitoare la tuberculoză printre reprezentanții autorităților locale. Rezultatele studiului au determinat că majoritatea reprezentanților autorităților locale cunosc că tuberculoza este o boală contagioasă și că se transmite prin aer, însă miturile eronate privind transmiterea bolii mai persistă în societate, fapt elucidat și alte studii realizate în rândul populației generale sau a unor comunități [11, 15, 18]. Totodată, cercetarea a scos în evidență cunoștințe mai joase privind tuberculoza în rândul reprezentanților APL față de populația generală [18]. Similar altor studii, majoritatea participanților la studiu au identificat tusea productivă persistentă drept un semn/simptom major pentru tuberculoză [15, 18]. Cele trei simptome ale tuberculozei: tuse cu spută mai mult de 3 săptămâni, febra cu durată de 3 săptămâni și fatigabilitate, care determină indicatorul-cheie de cunoaștere al simptomelor tuberculozei a fost apreciat la numai o treime dintre reprezentanții APL. Un nivel înalt integrat de cunoștințe a fost apreciat la circa jumătate dintre reprezentanți ai APL. Totodată, au dat dovadă de un nivel mai înalt de cunoștințe integrate privind tuberculoza reprezentanții APL cu studii superioare, cu o vârstă de peste 45 ani și printre femei.

În cadrul cercetării s-a evidențiat aspectul că ar putea presupune că discuțiile despre tuberculoză au o probabilitate mai mare asupra faptului de îmbunătățire a cunoștințelor.

Fenomenul stigmei și discriminării, rămâne a fi evident și în această cercetare printre reprezentanții autorităților locale, fapt ce demonstrează persistența acestuia încă în societate. Acesta a fost scos în evidență prin mai multe aspecte cum ar fi evitarea persoanei bolnave de tuberculoză sau a familiei acestuia, cunoștințe eronate privind metodele de îmbolnăvire, considerente eronate referitor la boala tuberculoză, inclusiv modul de transmitere a acesteia [11, 15, 18, 33].

O pătrime dintre reprezentanții APL au dat dovadă de un nivel înalt integrat de atitudini, iar gradul de manifestare a atitudinilor față de tuberculoză (boală, bolnav sau afectare) poate fi mai înalt printre femei și la cei cu studii superioare. Totodată, cu cât nivelul de cunoștințe integrate privind tuberculoza este mai înalt cu atât atitudinea față de această boală sau față de persoana bolnavă de tuberculoză este una mai pozitivă. Doar circa pentru o treime dintre respondenți s-a determinat un nivel integrat înalt atât al cunoștințelor, cât și al atitudinilor privind tuberculoza.

Analiza intervențiilor comunitare aplicate în controlul tuberculozei de către APL în raport cu nivelul integrat al atitudinilor scoate în evidență faptul că cei cu un nivel integrat mai înalt al atitudinilor față de tuberculoză au contribuit la acordarea suportului pacientului cu tuberculoză sau familiei acestora.

Aspectul practicilor față de tuberculoză a evidențiat că actorul medical la care s-ar adresa persoanele în cazul în care ar suspecta simptome ale tuberculozei este medicul de familie și că majoritatea consideră că tuberculoza este o maladie care se tratează. Aspectul indicatorului integrat, a determinat că doar fiecare al șaptelea reprezentant APL ar putea manifesta un nivel înalt privind practicile integrate față de tuberculoză, iar o cincime - un nivel scăzut. Mai bune practici față de tuberculoză au fost apreciate printre participanții la studiu care au manifestat un nivel mai înalt de cunoștințe privind această boală. Analiza prin contrapunerea datelor privind nivelul integrat de practici în raport cu nivelul integrat de cunoștințe și atitudini denotă că cu cât este mai înalt nivelul de cunoștințe și/sau atitudini referitoare la tuberculoză, cu atât practicile vor avea un impact mai înalt față de această boală.

Nivel înalt de KAP integrat a fost apreciat doar la fiecare al șaselea reprezentant al APL. KAP integrat analizat în dependență de sex, vârstă și studii, a demonstrat că printre femei și grupul de vârstă după 45 ani a fost apreciat un nivel mai înalt KAP.

Analiza intervențiilor comunitare aplicate în controlul tuberculozei de către APL în raport cu KAP a demonstrat că cu nivelul integrat KAP este mai înalt, cu atât și participarea sau desfășurarea ședințelor axate pe problema tuberculozei este mai activă. Reprezentanții APL menționează că asistența medicală primară (51%-medicul de familie și 26%-asistenta medicului de familie) este cea mai responsabilă de problema tuberculozei din comunitate.

Este percepută (prin auto-evaluare) necesitatea de instruire în domeniul tuberculozei de către majoritatea dintre reprezentanții APL. Totodată, cu cât KAP este mai jos cu atât necesitatea în instruirile de domeniu este mai înaltă. Auto-aprecierea nivelului de risc a evidențiat că o treime

consideră că au un risc major de a face tuberculoză, iar fiecare al optulea - că nu are riscul de a face tuberculoză. Prin contrapunerea rezultatelor menționate cu nivelul integrat KAP, studiul evidențiază inter-conexiunea dintre riscul perceput de infectare. Astfel, cu cât nivelul KAP este mai înalt, cu atât riscul de a face boala este considerat mai mare și respectiv vice-versa. În aceeași ordine de idei, cu cât KAP este mai înalt, cu atât se observă o pondere mai mare a cunoașterii metodelor de prevenire a îmbolnăvirii cu tuberculoză.

CONCLUZII GENERALE

1. Cercetarea a scos în evidență cunoștințe mai joase privind tuberculoza în rândul reprezentanților APL față de populația generală. Indicatorul-cheie de cunoaștere al simptomelor tuberculozei a fost apreciat la numai 29% dintre reprezentanții APL, au dat dovadă de un nivel mai înalt de cunoștințe integrate privind tuberculoza reprezentanții APL cu studii superioare, cu o vârstă de peste 45 ani și printre femei.
2. În eșantion persistă cunoștințe eronate privind căile de transmitere ale tuberculozei, în mod special transmiterea habituală prin contact cu lucrurile personale ale pacientului, dar și alte căi incorecte, cum ar fi prin sânge sau cea sexuală.
3. Deși este cunoscută și destul de răspândită, TB este o boală stigmatizantă, asociată cu prejudecăți și stereotipuri, fiecare al 3-a reprezentant APL consideră că este o rușine să fii bolnav de tuberculoză fapt ce condiționează implicarea redusă în controlul TB.
4. Jumătate din respondenți în calitate de reprezentant APL au oferit suport persoanelor cu TB sau familiilor sale, mai frecvent ajutor financiar și contribuție la transportarea pentru examinare medicală. Cu cât nivelul de cunoștințe integrate privind tuberculoza este mai înalt cu atât atitudinea față de această boală sau față de persoana bolnavă de tuberculoză este una mai pozitivă. Doar circa pentru o treime dintre respondenți s-a determinat un nivel integrat înalt atât al cunoștințelor, cât și al atitudinilor privind tuberculoza.
5. Analiza intervențiilor comunitare aplicate în controlul tuberculozei de către APL în raport cu KAP a demonstrat că cu nivelul integrat KAP este mai înalt, cu atât și participarea sau desfășurarea ședințelor axate pe problema tuberculozei este mai activă.
6. În opinia APL, sunt responsabili de controlul TB la nivel local AMP 77,3% , dar și toți actorii comunitari (41,4%).
7. Este percepută (prin auto-evaluare) necesitatea de instruire în domeniul tuberculozei de către majoritatea dintre reprezentanții APL. Totodată, cu cât KAP este mai jos cu atât necesitatea în instruirile de domeniu este mai înaltă.
8. În aceeași ordine de idei, cu cât KAP este mai înalt, cu atât se observă o pondere mai mare a cunoașterii metodelor de prevenire a îmbolnăvirii cu tuberculoză.
9. Auto-aprecierea nivelului de risc a evidențiat că o treime consideră că au un risc major de a face tuberculoză, iar fiecare al optulea - că nu are riscul de a face tuberculoză. Prin contrapunerea

rezultatelor menționate cu nivelul integrat KAP, studiul evidențiază inter-conexiunea dintre riscul perceput de infectare. Astfel, cu cât nivelul KAP este mai înalt, cu atât riscul de a face boala este considerat mai mare și respectiv vice-versa. În aceeași ordine de idei, cu cât KAP este mai înalt, cu atât se observă o pondere mai mare a cunoașterii metodelor de prevenire a îmbolnăvirii cu tuberculoză.

RECOMANDĂRI PRACTICE

Către Cancelaria de Stat a RM

1. Revizuirea legislației în vigoare privind responsabilitatea APL în domeniul sănătății la nivel de comunitate, inclusiv asigurarea cu resursele necesare.

Către Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, Școala de Management în Sănătate Publică

2. Elaborarea și implementarea curriculei de instruire pentru reprezentanții APL în controlul TB, inclusiv la subiectul stigmei și discriminării.
3. Elaborarea și implementarea curriculei de instruire pentru AMP privind realizarea activităților de control a TB la nivel comunitar, inclusiv dezvoltarea competențelor de colaborare cu APL.

BIBLIOGRAFIA

- [1] WHO, „Global tuberculosis report,,” 2012. [Interactiv]. Available: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr12_main.pdf.
- [2] WHO, „www. who.int,” 2015. [Interactiv]. Available: http://www.who.int/tb/publications/global_report/high_tb_burden/countrylists2016-2020.pdf . [Accesat 2017].
- [3] WHO, „Global tuberculosis report 2016,,” [Interactiv]. Available: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/. [Accesat 2017].
- [4] WHO, „End TB Strategy. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015,,” 2015. [Interactiv]. Available: <http://www.who.int/tb/strategy/en/>. [Accesat 2017].
- [5] Hotărîre de Guvern nr.1160 din 20.10.2016, „privind aprobarea Programului național de control al tuberculozei 2016-2020,,” 2016. [Interactiv]. Available: <http://lex.justice.md/md/367268/>. [Accesat 2017].
- [6] WHO. Analysis of the epidemiological impact of tuberculosis in the Republic of Moldova , „www.who.int,” 2015. [Interactiv]. Available: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/2017/analysis-of-the-epidemiological-impact-of-tuberculosis-in-the-republic-of-moldova-2017>.
- [7] WHO. Green Light Committee, „GLC/Europe mission for the monitoring and evaluation to the Republic of Moldova,,” 2013-2016.
- [8] WHO. Review of the National Tuberculosis Programme in the Republic of Moldova., „www.euro.who.int,” 2013. [Interactiv]. Available: <http://www.euro.who.int/en/countries/republic-of-moldova/publications2/review-of-the-national-tuberculosis-programme-in-the-republic-of-moldova>. [Accesat 2017].
- [9] NCHM, „<http://db.monitoring.mednet.md>,,” [Interactiv]. Available: <http://db.monitoring.mednet.md/tbreps/> . [Accesat 2017].
- [10] Fidelie Kalambayi et al, „Raport de cartografiere a nevoilor pacienților cu tuberculoza din Romania,,” 2014. [Interactiv]. Available: <http://raa.ro/wp-content/uploads/2014/06/Raport-Cartografierea-Nevoilor-Pacientilor-cu-TB.pdf>. [Accesat 2017].
- [11] Ciobanu A, „Evaluarea factorilor de risc care ar putea influența aderența la tratament a pacienților cu tuberculoză multidrogrezistentă (MDR TB) înrolați în tratamentul DOTS Plus,,” 2010. [Interactiv]. Available: http://old.ms.gov.md/_files/10934-Aderenta_MDR_raport%2520_2008-2010.pdf.
- [12] Dilion M, Pistrinciuc V, „Rolul autorităților publice locale în asigurarea protecției și asistenței sociale a populației. Ghid teoretico-practic,,” 2008. [Interactiv]. Available: www.contact.md/doc/brosura.pdf. [Accesat 2017].

- [13] Lienhardt C. , „From exposure to disease: the role of environmental factors in susceptibility to and development of tuberculosis.” 2001. [Interactiv]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12192738>.
- [14] Kaona FA, Tuba M, Siziya S, Sikaona L. , „An assessment of factors contributing to treatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment. BMC Public Health.” [Interactiv]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC545081/>.
- [15] Jango Bati, Mengistu Legesse, Girmay Medhin et al, „Community’s knowledge, attitudes and practices about tuberculosis in Itang Special District, Gambella Region, South Western Ethiopia,” 2013. [Interactiv]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3750843/>. [Accesat 2017].
- [16] Niehter M. , „Illness semantics and international health: the weak lungs/TB complex in the Philippines.” [Interactiv]. Available: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953694904561?via%3Dihub>. [Accesat 2017].
- [17] WHO, „A guide to developing knowledge, attitude and practice surveys,” 2010. [Interactiv]. Available: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43790/1/9789241596176_eng.pdf. [Accesat 2017].
- [18] Suntov R, Bivol S, „Tuberculosis in Moldova: Knowledge, Attitude and Practice in General Population,” 2012. [Interactiv]. Available: <http://pas.md/ro/PAS/Studies/Details/19>. [Accesat 2017].
- [19] Legea nr. 436-XVI din 28.12.2006 privind administrația publică locală, „Monitorul Oficial nr.32-35/116 din 09.03.2007,” [Interactiv]. Available: http://lex.justice.md/document_rom.php?id=C8E304A4:037190E8. [Accesat 2017].
- [20] LEGE Nr. 435 din 28.12.2006 privind descentralizarea administrativă, „Publicat : 02.03.2007 în Monitorul Oficial Nr. 29-31 art Nr : 91 Data intrării in vigoare : 01.01.2007,” [Interactiv]. Available: <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=321387&lang=1>. [Accesat 2017].
- [21] LEGE Nr. 397 din 16.10.2003 privind finanțele publice locale, „Monitorul Oficial Nr. 248-253 art. Nr : 996 din 19.12.2003,” [Interactiv]. Available: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&id=312821>. [Accesat 2017].
- [22] Carta Europeană a Autonomiei Locale (STE. 122 – 1985), 15 octombrie 1985. [Interactiv]. Available: http://acor.ro/files/acor/rel_internat/CPLRE/carta_europeana_autoritati_locale.pdf. [Accesat 2017].
- [23] LEGE Nr. 411 din 28.03.1995 privind ocrotirea sănătății, „Monitorul Oficial Nr. 34, art. Nr : 373 din 22.06.1995,” [Interactiv]. Available: <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=312823&lang=1>. [Accesat 2017].
- [24] LEGE Nr. 1513 din 16.06.1993 privind asigurarea sanitaro-epidemiologică a populației*, „Monitorul Oficial Nr. 009 din 30.10.1993; art. Nr : 263,” [Interactiv]. Available:

- <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=313306>. [Accesat 2017].
- [25] LEGE Nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei , „Monitorul Oficial Nr.143-144 din 05.08.2008; art. Nr : 583,” [Interactiv]. Available: <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=328770&lang=1>. [Accesat 2017].
- [26] Hotărâre de Guvern nr. 688 din 10.06.2003, „cu privire la structura și statele de personal ale primăriilor satelor (comunelor), orașelor (municipiilor),” [Interactiv]. Available: http://lex.justice.md/document_rom.php?id=027F9AE8:A2BAA0EE. [Accesat 2017].
- [27] Hotărâre de Guvern nr. 689 din 10.06.2003, „cu privire la organigrama și statele de personal ale aparatului președintelui raionului, direcțiilor, secțiilor, altor subdiviziuni din subordinea Consiliului raional,” [Interactiv]. Available: http://lex.justice.md/document_rom.php?id=9F4A3C28:23E60669. [Accesat 2017].
- [28] JAKAB Zsuzsanna, TSOUROS Agis D. , „Sănătatea 2020 – SĂNĂTATE ȘI DEZVOLTARE (interviu; Management în sănătate, XVIII/2/2014; pp. 1-6),” 2014. [Interactiv]. Available: <http://journal.managementinhealth.com/index.php/rms/article/viewFile/312/951>. [Accesat 2017].
- [29] Kickbusch I. , „Healthy Societies: Addressing 21st Century Health Challenges. Adelaide: Government of South Australia; 2008.,” May 2008. [Interactiv]. Available: http://www.thinkers.sa.gov.au/lib/pdf/Kickbusch_Final_Report.pdf. [Accesat 2017].
- [30] Kickbusch I., Gleicher D. , „Governance for Health in the 21st Century: A Study Conducted for the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark: WHO Europe;,” 2012. [Interactiv].
- [31] David V. McQueen, Matthias Wismar, Vivian Lin, Catherine M. Jones, Maggie Davies, „Intersectoral Governance for Health in All Policies. Structures, actions and experiences.,” 2012. [Interactiv]. Available: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf. [Accesat 2017].
- [32] House of Commons, „The role of local authorities in health issues. Eighth Report of Session 2012–13,” 2013. [Interactiv]. Available: <https://publications.parliament.uk/pa/cm201213/cmselect/cmcomloc/694/694.pdf>. [Accesat 2017].

ABREVIERI

ACSM – Activități de comunicare, pledoarie și mobilizare comunitară

APC - Administrația Publică Centrală

APL - Administrația Publică Locală

KAP – Cunoștințe, Atitudini și Practici

OMS - Organizația Mondială a Sănătății;

ONG - Organizație non-guvernamentală;

PNCT - program național de control al tuberculozei

TB - Tuberculoză;

UE - Uniunea Europeană

ANEXE

Anexa 1. Chestionar

Chestionar pentru studiul

„Cunoștințe, atitudini și practici ale reprezentanților administrației publice locale față de controlul tuberculozei”

Q1. Ați auzit despre boala numită „tuberculoza”?

DA	
NU	

Q2. Care este, după părerea dvs., cel mai evident, vizibil semn (simptom) al tuberculozei?

	SEECTATI DOAR UN RASPUNS
Tuse	
Slăbiciune, osteneală rapidă, sufocare	
Temperatură pe parcursul a 3 săptămâni și mai mult	
Tusă cu spută	
Tuse acută, convulsivă, deasă, permanentă, înăbușită	
Spută cu șuvițe de sânge (din tusă)	
Tusă de lungă durată (mai mult de 3 săptămâni)	
Galben pe față (palid), Întunecat la față	
Dureri în piept	
Pierderea greutății (scăderea în greutate)	
Tuse seacă (uscată), măgărească	
Pierderea poftei de mâncare	
Transpirație (asudare) pe timp de noapte	
Alte simptome	
Nu știu nici un simptom al tuberculozei	

Q2 După părerea dvs., care dintre următoarele sunt semne (simptome) ale tuberculozei?

	SEECTATI MAI MULTE VARIANTE DE RASPUNS
Tusă cu spută	
Tusă de lungă durată (mai mult de 3 săptămâni)	
Slăbiciune, osteneală rapidă, sufocare	
Temperatură pe parcursul a 3 săptămâni și mai mult	
Spută cu șuvițe de sânge (din tusă)	
Dureri în piept	
Pierderea poftei de mâncare	
Pierderea greutății (scăderea în greutate)	
Transpirație (asudare) pe timp de noapte	
Alte simptome	

Q3. Ați observat vreodată la Dvs. sau la cineva din membrii familiei dvs. careva din simptomele menționate mai sus?

DA	
NU	

Q3a. Dacă „DA”, atunci v-ați adresat Dvs. sau rudele Dvs. la medic?

DA	
NU	

Q3b. Dacă „NU” v-ați / s-a adresat, atunci care au fost/ sunt motivele?

(Încercuiți răspunsurile în tabel. Dacă aveți un răspuns care NU este în tabel, atunci notați răspunsul la „alte motive”).

	Primul motiv (selectati doar 1 răspuns)	Al doilea motiv (selectati doar 1 răspuns)
M-am (s-a) simțit mai bine		
Lipsă de bani		
Lipsă de timp		
Eram (sunt) departe de instituțiile medicale		
Frică de medici		
Frica de a fi diagnosticat cu boala tuberculoza		
M-am (s-a) lecutit acasă		
Alte motive (descrieți)		

Q4. În opinia dvs., tuberculoza este o boală molipsitoare?

DA	
NU	

Q4a. Dacă „DA”, atunci cum credeți că se transmite tuberculoza de la un om la altul?

(În prima colonită notați doar un singur răspuns, iar în colonita a doua – mai multe răspunsuri).

	Cel mai des se transmite (<u>un singur răspuns</u>)	Altfel cum se mai transmite? (răspunsuri multiple)
Prin aer în timpul tusei		
Când utilizezi aceeași veselă (lucruri) cu o persoană bolnavă de TB		
Prin sânge		
Când dați mâna (vă salutați) cu o persoană bolnavă de tuberculoză		
Pe cale sexuală		
Tuberculoza este o boală înăscută		
Altceva		

Q5. După părerea dvs., tuberculoza poate fi vindecată? (Selectați un singur răspuns)

În general, DA	
DA, dacă este tratată la timp	
NU	
NU în întregime	
NȘ	

Q6. Care din următoarele simptome v-ar face să vă adresați imediat pentru ajutor medical pentru a examina dacă aveți sau nu tuberculoză? (răspunsuri multiple)

	DA	NU
Spută cu șuvițe de sânge (din tuse)		
Tusă de lungă durată (mai mult de 3 săptămâni)		
Temperatură pe parcursul a 3 săptămâni și mai mult		
Tusă cu spută		
Dureri în piept		
Slăbiciune, osteneală rapidă, sufocare (înădușală)		
Pierdere greutate (scăderea în greutate)		
Pierdere poftă de mâncare		
Transpirație (asudare) pe timp de noapte		
Alte simptome		

Q7. Dacă ați observa la Dvs. simptome (semne) ale tuberculozei, atunci unde v-ați adresa pentru ajutor medical în primul și în al doilea rând?

		În primul rând (selectati doar 1 răspuns)	În al doilea rând (selectati doar 1 răspuns)
1	La medicul de familie		
2	La specialistul pulmonar (specializat pe plămâni)		
3	La spital		
4	La policlinică (centrul medicului de familie)		
5	La cabinetul de tuberculoză		
6	La farmacie		
7	Altceva (indicați)		
8	Nu știu unde a-si putea să ma adresez		

Q8. Dvs. sau cineva din rudele Dvs. au fost (sunt) bolnave de tuberculoză?

DA	
NU	

Q9. A fost bolnav (sau este bolnav în prezent) de tuberculoză cineva din persoanele cu care comunicați deseori (vecin, coleg de clasă, prieten)?

DA	
NU	
NȘ	

Q9a. Dacă „DA”, atunci l-ați vizitat (îl vizitați) acasă?

DA	
NU	

Q9b. Dacă „NU”, atunci de ce?

Mi-a fost (îmi este) frică să mă molipsesc	
Altceva (indicați)	

Q10. A fost bolnav (sau este bolnav în prezent) de tuberculoză cineva din localitatea Dvs?

DA	
NU	
NȘ	

Q10a. Dacă „DA”, atunci l-ați vizitat (îl vizitați) acasă sau va vizitat el (acasă sau la serviciu)?

DA	
NU	
NȘ / Nu țin minte	

Q11. Cum credeți, dacă cineva se îmbolnăvește de tuberculoză, atunci el/ea s-ar strădui să ascundă acest fapt de cei ce-l înconjoară?

DA	
NU	

Q11a. Dacă „DA”, atunci care sunt motivele? (răspuns multiplu)

	DA	NU
Frica de a pierde locul de lucru		
Frica de a pierde prietenii		
Frica de a fi evitat de persoanele care-l înconjoară		
Frica de faptul că nimeni nu va dori să se căsătorească cu el/ea		
Altceva (indicați)		

Q12. Considerați Dvs. că este o rușine să fii bolnav de tuberculoză?

DA	
NU	

Q12a. Dacă „DA”, atunci care sunt motivele? (răspuns multiplu)

	DA	NU
Toți vor evita persoana bolnavă		
Bolnavul poate pierde locul de muncă		
Tuberculoza este boala oamenilor săraci, persoanelor fără adăpost, pușcărișilor (deținuților) și alcoolicii		
Altceva (indicați)		

Q13. Să presupunem că o rudă a dvs. s-a îmbolnăvit de tuberculoză, a trecut cursul de lecuire în spital și trebuie să continue tratamentul acasă. Ați dori Dvs. să o luați sa traiasca la Dvs. acasă până la finalizarea tratamentului?

DA	
Doar dacă este rudă apropiată (părinți, frați, copii)	
NU	
NȘ	

Q14. Cum credeți, dacă cineva se va îmbolnăvi de tuberculoză, atunci cei care-l înconjoară își vor schimba atitudinea față de dânsul?

DA	
NU	

Q15. Dacă se va schimba, atunci în ce fel? Indicați un singur răspuns.

Vor compătimi (vor avea milă) și ajuta persoana bolnavă	
Vor evita persoana bolnavă	
Altceva (indicați)	
Nu-și vor schimba atitudinea	

Q16. A vorbit cineva cu Dvs. despre tuberculoză în ultimele 12 luni?

DA	
NU	

Q16a. Dacă „DA”, atunci cine v-a vorbit? (răspuns multiplu)

	DA	NU
Medicul de familie (de sector)		
Asistenta medicală de familie (de sector)		
Asistentul/lucrătorul social		
Colegul (de lucru, de clasă etc.)		
Părinții, cineva din rudele Dvs		
Familia unui bolnav de tuberculoză		

Bolnavul de tuberculoză		
Reprezentanții organizației neguvernamentale		
Altceva (indicați)		

Q17. Ați auzit (citit) careva informație despre tuberculoză în ultimele 6 luni?

DA	
NU	

Q17a. Dacă „DA”, atunci în ce surse? Răspuns multiplu

	DA	NU
Televiziune		
Radio		
Ziare		
Broșuri, placcate etc.		
La serviciu		
Altceva (indicați)		

Q18. Ați organizat sau participat vreo dată la ședințe ale Consiliului local sau raional cu discutarea problemelor TB?

DA	
NU	

Q18a. Dacă DA, atunci la inițiativa cui au fost convocate:

	DA	NU
Consiliul raional		
Consiliul de Sănătate Publică raional		
Consiliul local		
Medicul de familie sau asistenta medicală a medicului de familie		
Medicul ftiziopneumolog (specialistul în tuberculoză)		
Asistentul/lucrătorul social		
Reprezentantul organizației neguvernamentale		
Altceva (indicați)		

Q19. În calitate de reprezentant APL în virtutea atribuțiilor de serviciu, ați oferit vreodată un ajutor/suport persoanelor cu tuberculoză sau familiilor lor din localitate?

DA	
NU	

Q20. Dacă da, ce tip de ajutor pacienților cu tuberculoză sau familiilor sale le-a fost oferit de către APL?

	DA	NU
Rambursarea cheltuielilor pentru deplasarea la tratament/medic		
Support alimentar		
Pachete igienice		
Contribuție pentru transportare la consultația medicului ftiziopneumolog sau examinare medicală		
Ajutor financiar (indicați suma)		
Support în obținerea documentelor (acte de identitate)		
Consiliere juridică, asistență în plasarea în cimpul muncii		
Asistență în plasarea copiilor în școală, grădiniță, sanatorii		
Altceva (indicați)		

Q21. Dacă da, cine a înaintat propunerea/solicitarea de a oferi suport din partea APL persoanei cu tuberculoză sau familiei sale?

	DA	NU
Cererea către APL a persoanei bolnave de tuberculoză sau a familiei sale		

Medicul de familie sau asistenta medicală a medicului de familie		
Medicul fiziopneumolog (specialistul în tuberculoză)		
Asistentul/lucrătorul social al Primăriei		
Reprezentantul organizației guvernamentale		
Altceva (indicați)		

Q22. Știți dacă există un Plan de control al tuberculozei aprobat?

	DA	NU
La nivel național		
La Nivel Consiliu raional		
La Nivel consiliu local		

Q22a. Dacă DA, există și buget aprobat?

	DA	NU
La nivel național		
La nivel Consiliu raional		
La nivel consiliu local		

Q23. Tuberculoza este o problemă actuală la nivelul:

	DA	NU
Național (Republica Moldova)		
Raionului Dvs		
Localității Dvs.		

Q24. La cine poate apela persoana bolnavă de tuberculoză pentru a cere suport/ajutor în caz de dificultate?

	DA	NU
APL (Primarie)		
Medicul de familie		
Asistenta medicului de familie		
Medicul specialist în tuberculoză		
Asistentul/lucrătorul social		
Polițistul		
Organizație neguvernamentală		
Biserica ori altă confesie religioasă		
Familia și rudele sale		
Altceva (specificați)		

Q25. Există schimb regulat de informații despre tuberculoză și nevoile persoanelor afectate de tuberculoză între APL și medicul de familie?

DA	
NU	
dacă NU	Vă rog să ne sugerați cum ar putea fi îmbunătățite comunicarea/schimbul de informații între org. Dvs. și medicul de familie?

Q26. Localitatea Dvs. se confruntă cu deficit/insuficiență de personal implicat în soluționarea problemelor medicale și sociale a persoanelor cu tuberculoză? (răspuns multiplu)

	DA	NU
Medic de familie		
Asistent medical de familie		
Asistent/ Lucrător social		

Medic/asistenta medicala a cabinetului de tuberculoza		
---	--	--

Q27. Cine este responsabil de problema tuberculozei la nivel de comunitate? (răspuns multiplu)

	DA	NU
APL		
Medic de familie		
Asistent medical de familie		
Asistent social		
Lucrător social		
Toti enumerați mai sus		
Alcineva (descrieți)		

Q28. Vă rugăm să evaluați propriul risc de tuberculoză (selectati o singură varianta de raspuns)

mare	
mic	
mediu	
nu am risc de TB	

Q29. Cum credeți, ce trebuie realizat pentru a îmbunătățit/crește participativitatea administrației publice locale în controlul tuberculozei? (descrieți succint)

D30. Considerati că aveți nevoie de instruire privitor la rolul APL in controlul tuberculozei?

DA	
NU	

Q31. Care metode de prevenire a imbolnăvirii cu tuberculoză cunoașteți? (răspuns multiplu)

	DA	NU
Spalatul pe maini cu regularitate, respectarea unei bune igiene personale.		
Mentținerea unui stil de viață sănătos.		
Efectuarea controlurilor medicale cu regularitate		
Alimentare corectă, cu hrană bogată în proteine		
A evita alimentarea din veselă comună		
A evita contactul cu bolnavii de tuberculoză		
A evita contactul cu persoane din pătri social-vulnerabile		
A evita cumpărarea alimentelor din piețe improvizate		
De a vaccina copiii contra tuberculozei		
De a aerisi regulat încăperile locative și încăperile de serviciu		
A evita stringeri de mină		
Consumul de alcool, ca măsură preventivă.		

D1. Sexul

Masculin	
Feminin	

D2. Vârsta (ani împliniți) _____ **D3. Naționalitatea** _____

D4. Studiile

Medii / Liceu	
Medii speciale	
Scoală post-liceală (colegiu)	
Superioare	

D5. Locul de reședință

Urban	
Rural	

Mulțumim frumos pentru răspunsuri!

D6. Raionul _____

Anexa nr.2 Consimțământ informat pentru participare în studiu

CONSIMȚĂMÎNT INFORMAT

Draga Participant (ă),

Studiul, în care sunteți invitați să participați, își propune să analizeze cunoștințele, atitudinile și practicile reprezentanților autorităților locale în controlul tuberculozei. Acest sondaj este anonim. Participarea Dvs. la acest studiu va ajuta la dezvoltarea și punerea în aplicare a măsurilor ce vor îmbunătăți atitudinea față de bolnavii cu tuberculoză și va contribui la îmbunătățirea stării de sănătate a întregii populații.

Ați fost ales pentru participare la acest studiu, din cauza importanței postului ocupat de Dvs. Specialistii implicați în acest studiu au semnat un acord de confidențialitate și au promis să nu dezvăluie nici o informație despre Dvs. Rezultatele acestui studiu vor fi utilizate doar pentru dezvoltarea argumentată a intervențiilor în vederea îmbunătățirii cooperării în lupta împotriva tuberculozei.

Participarea Dvs. la acest studiu este redus la completarea chestionarului. În cazul în care vă decideți să participați contăm la **furnizarea unor informații adevărate și oneste** care pot asigura succesul studiului. Rezultatele studiului vor fi folosite pentru a scrie un raport, care **nu va conține nici o informație care vă identifică personal.**

Participarea Dvs. este foarte importantă, fără care informațiile pot fi incomplete sau incorecte.

Noi vă cerem cooperarea în avans și vă mulțumesc pentru sinceritate!

Svetlana DOLTU

CUNOȘTINȚE, ATITUDINI ȘI PRACTICI ALE REPREZENTANȚILOR ADMINISTRAȚIEI PUBLICE LOCALE ÎN CONTROLUL TUBERCULOZEI

Scopul. Evaluarea nivelului de cunoștințe, atitudini și practici (KAP) al reprezentanților administrației publice locale (APL) față de tuberculoză (TB) pentru îmbunătățirea intervențiilor comunitare.

Obiectivele. Evaluarea nivelului integrat al cunoștințelor, atitudinilor și practicilor față de TB al reprezentanților APL și analiza intervențiilor comunitare aplicate; elaborarea recomandărilor întru sporirea implicării APL în activitățile de control ale tuberculozei.

Material și metode. Tip studiu – prospectiv efectuat prin chestionarea a 304 reprezentanți ai APL din Republica Moldova realizată în perioada octombrie 2016 – martie 2017. Metodele studiului: de observare, sociologică, de colectarea a datelor, matematică, comparativă, grafică, analitică, descriptivă.

Rezultatele obținute. Profilul demografic al respondenților reprezintă 37,2% (n=113) bărbați și 62,8% (n=191) femei. Vârsta medie a participanților la studiu a fost de 44,4 ani ($\pm 10,2$). Evaluarea indicatorului-cheie de cunoaștere în complex a semnelor tuberculozei a înregistrat valori destul de joase, doar o treime (29%) dintre reprezentații APL au putut denumi în complex cele 3 semne caracteristice TB, față de 63% reprezentanți ai populației generale ($p=0.001$). Consideră că TB este o boală rușinoasă 23% cetățeni ai țării și 32% reprezentanți ai APL. Cei care au indicat că este o rușine să ai TB, atât printre respondenții-reprezenții APL, cât și printre cei ai populației generale, consideră acest lucru din motive că persoana bolnavă va fi evitată de societate (76% vs. 88%), aceasta ar putea pierde locul de muncă (37% vs. 48%) și că tuberculoza este o boală a oamenilor săraci, a deținuților, a persoanelor fără adăpost (48% vs. 58%). Majoritatea (75%) respondenților-reprezenții APL și de mai mult de jumătate (56%) dintre respondenții-populației generale consideră că dacă o persoană se va îmbolnăvi de TB, acesta s-ar stăruie să ascundă acest lucru față de cei care o înconjoară. Marea majoritate (96%) dintre respondenți consideră că TB poate fi tratată, inclusiv 71% - că TB se tratează doar dacă este tratată la timp. Mai bune practici față de TB au fost apreciate printre reprezentații APL care au manifestat un nivel mai înalt de cunoștințe privind această boală, cu o semnificație statistică egală cu 0.005. Mai mult de jumătate din respondenți (61.2%, n=186) cunosc că există un plan de control al TB la nivel național, peste o treime (39.5% n=120) consideră că există un plan de control la nivel de raion. Circa jumătate (51.3%, n=156) dintre respondenți susțin că planul național de control al TB are și un plan de finanțare aprobat de Guvern, iar 24,3% - că există buget aprobat pentru activitățile de control ale TB la nivel raional. S-a determinat că cu cât nivelul integrat KAP este mai înalt, cu atât și participarea sau desfășurarea ședințelor axate pe problema TB este mai activă, cu o semnificație statistică $p=0.018$. Mai mult de jumătate (55.3%, n=168) dintre respondenți au indicat că au acordat/ofert suport persoanelor cu TB sau familiilor acestora. Cu o putere semnificativă de $p=0.016$ se conturează faptul că respondenții cu un nivel integrat mai înalt al atitudinilor față de tuberculoză au contribuit la acordarea suportului pacientului cu tuberculoză sau familiei acestora. Majoritatea dintre respondenți (84.5%, n=257) percep necesitatea de instruire în domeniul tuberculozei. Totodată, cercetarea demonstrează interdependența dintre nivelul integrat KAP și necesitatea în instruirile de domeniu, cu o semnificație statistică de $p=0.0001$.

Concluzii. Majoritatea reprezentanților APL cunosc că TB este o boală contagioasă și că se transmite prin aer, însă cercetarea a scos în evidență cunoștințe mai joase privind TB în rândul reprezentanților APL față de populația generală. Indicatorul-cheie de cunoaștere al simptomelor TB a fost apreciat la numai o treime dintre reprezentații APL, fiind mai înalt la respondenții cu studii superioare, cu o vârstă de peste 45 ani și printre femei. Fenomenul stigmei și discriminării, rămâne a fi evident prin mai multe aspecte cum ar fi evitarea persoanei bolnave de TB, cunoștințe eronate privind metodele de îmbolnăvire și prevenire. Analiza de complex, efectuată prin contrapunerea nivelului integrat de

cunoștințe cu unele situații referitoare la atitudinile față de tuberculoză, sugerează că cu cât nivelul de cunoștințe integrate privind tuberculoza este mai înalt cu atât atitudinea față de această boală sau față de persoana bolnavă de tuberculoză este una mai pozitivă. Analiza intervențiilor comunitare aplicate în controlul TB de către APL în raport cu KAP a demonstrat că nivelul integrat KAP mai înalt, corelează cu participarea activă cu desfășurarea ședințelor axate pe problema TB și la acordarea suportului pacientului cu TB sau familiei acestora.

Cuvinte-cheie. Administrația publică locală, tuberculoză, cunoștințe, atitudini, practici.