

EVALUAREA BARIERELOR PRIVIND IMPLICAREA COMUNITARĂ, DREPTURILE OMULUI, ASPECTELE DE GEN ȘI NIVELUL DE STIGMĂ ASOCIATĂ TUBERCULOZEI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Asociația Națională a Bolnavilor de Tuberculoză din Republica Moldova “SMIT”

2022

Prezentul raport este elaborat în cadrul proiectului „*Consolidarea Eforturilor pentru un Model Echitabil de Îngrijire Centrat pe Persoană în domeniul TB*”, parte a programului regional EECA TB-REP 2.0 din resursele Fondului Global de Combatere a Tuberculozei, SIDA și Malariei, recipient principal - Centrul PAS, implementator componenta societate civilă – Asociația Națională a Bolnavilor de Tuberculoză din Republica Moldova „SMIT”.

MULȚUMIRI

Aducem mulțumiri organizațiilor societății civile din cadrul Platformei TB, IDATA, IDOM, Centrului PAS, medicilor ftizio pneumologi, autorităților publice locale, Programului Național de Răspuns la Tuberculoză, experților internaționali Peter Mok și Nonna Turusbekova pentru contribuții valoroase în realizarea acestui raport.

AUTORI

Oxana Rucșineanu – master în sănătate publică, director executiv Asociația Națională a Bolnavilor de Tuberculoză din Republica Moldova “SMIT”

Sveltana Doltu – master în sănătate publică, director Asociația Obștească “AFI”

Veronica Ateș – master în sociologie și administrație publică, vicedirector “IDATA”

Alexandru Rucșineanu – master în științe politice, Asociația Națională a Bolnavilor de Tuberculoză din Republica Moldova “SMIT”

Opiniile autorilor exprimate în această publicație nu reflectă în mod neapărat punctele de vedere ale Fondului Global, ale recipientului principal și ale altor parteneri. Evaluarea a fost efectuată cu implicarea OC, OSC din domeniul TB, cu utilizarea instrumentelor de evaluare pentru Comunitate, Drepturi și Gen și Stigmă, dezvoltate de Parteneriatul Stop TB.

CUPRINS

ABREVIERI.....	2
SUMAR.....	3
INTRODUCERE ȘI CONTEXT.....	4
SCOP, OBIECTIVE ȘI METODOLOGIE.....	6
I. CERCETAREA DOCUMENTARĂ PRIVIND BARIERELE LEGATE DE IMPLICARE COMUNITARĂ, DREPTURILE OMULUI, ASPECTE DE GEN ȘI STIGMATIZARE.....	8
1.1 Populații-cheie și grupuri vulnerabile.....	8
1.2 Comunități.....	10
1.3 Drepturi.....	13
1.4 Aspecte de gen.....	19
1.5 Stigma în tuberculoză.....	22
II. REZULTATELE EVALUĂRII CALITATIVE A BARIERELOR LEGATE DE IMPLICARE COMUNITARĂ, DREPTURILE OMULUI ȘI ASPECTE DE GEN.....	27
2.1 Sumarul barierelor privind implicarea comunitară, drepturile omului, stigmatizare, aspecte de gen și stigma asociată tuberculozei în Republica Moldova.....	27
2.2 Constatări privind barierele de gen.....	30
2.3 Percepții despre bariere și provocări pentru populațiile-cheie în accesarea serviciilor TB.....	31
2.4 Percepții ale persoanelor cu TB privind barierele sociale, economice și psiho-emoționale în diagnosticul, suportul și tratamentul TB.....	33
2.5 Evaluarea eficienței răspunsului național la TB și sugestii de îmbunătățire.....	37
2.6 Concluzii: cercetarea calitativă a barierelor privind implicarea comunitară, drepturile omului, aspectele de gen și stigmatizare, aferente tuberculozei în Republica Moldova.....	39
III. REZULTATELE EVALUĂRII CANTITATIVE A GRADULUI DE STIGMATIZARE AFERENTĂ TUBERCULOZEI.....	40
3.1 Structura eșantionului.....	40
3.2 Confrontarea cu stigma și mediul de manifestare.....	41
3.3 Constatări privind stigmatizarea în comunitate, autoizolarea și autostigmatizarea.....	41
3.4 Mărturisiri privind stigmatizarea persoanelor afectate de TB.....	43
3.5 Stigma și cele 7 etape ale traseului TB.....	44
3.6 Opinii ale membrilor familiei persoanei cu TB.....	47
3.7 Opinii privind stigma în comunitate.....	48
3.8 Opinii privind stigma în rândul lucrătorilor medicali.....	49
3.9 Modificări sugerate pentru a combate stigmatizarea.....	50
3.10 Rezultate ale evaluării mediului de drept și politici.....	51
3.11 Radarul stigmei cauzate de tuberculoză în Republica Moldova.....	53
3.12 Concluzii privind cercetarea cantitativă a nivelului de stigmatizare asociată tuberculozei în Republica Moldova.....	55
RECOMANDĂRI GENERALE.....	57
ANEXE.....	59
Anexa nr. 1. Plan național estimativ de acțiuni pentru eliminarea barierelor de comunitate, gen, drepturi și stigmă legate de tuberculoză, 2023-2025.....	59
Anexa nr. 2. Informație privind eșantionul cercetării și colectarea datelor CRG.....	63
Anexa nr. 3. Lista ONG-uri active în domeniul TB în Republica Moldova.....	65
Anexa nr. 4. Rezultatele studiului cantitativ pe Stigmă, realizat în rândul persoanelor cu TB.....	66

ABREVIERI

AMP	Asistența Medicală Primară
ANAS	Agenția Națională de Asistență Socială
AO	Asociație obștească
APC	Autorități publice centrale
APL	Autorități publice locale
APP	Asistență parentală profesionistă
AS	Asistența socială
ANP	Administrația Națională a Penitenciarelor
CNAJGS	Centrul Național de Asistență Juridică Garantată de Stat
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
CNC	Consiliul național de coordonare a programelor naționale de profilaxie și control al infecției HIV/SIDA, infecțiilor cu transmitere sexuală și de control al tuberculozei (CNC TB/SIDA)
EMD	Echipă multidisciplinară comunitară
EEAC	Europa Estică și Asia Centrală
FAOAM	Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală
FG	Fondul Global pentru combaterea HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei
GTL	Grup Tehnic de Lucru
M&E	Monitorizare și Evaluare
MMPS	Ministerul Muncii și Protecției Sociale
MS	Ministerul Sănătății
MJ	Ministerul Justiției
ODD	Obiective de dezvoltare durabilă
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONG	Organizații neguvernamentale
OSC	Organizații ale Societății Civile
PAFA	Persoane adulte fără adăpost
PNRT	Programul Național de Răspuns la Tuberculoză
PCD	Persoane care consumă droguri
PTHIV	Persoane care trăiesc cu HIV
SIME TB	Sistemul informațional de monitorizare și evaluare al tuberculozei
TB	Tuberculoză
TB MDR/RR sau TB DR	Tuberculoză multidrogrezistentă/cu rezistență la Rifampicină/drogrezistentă
TB DS	Tuberculoză sensibilă la medicamente
TB XDR	Tuberculoză cu rezistență extinsă
UAT	Unități administrativ-teritoriale

SUMAR

În regiunea europeană a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), nivelul ridicat de tuberculoză (TB) multidrorezistentă (MDR) devine o provocare în raport cu protecția normelor etice și a drepturilor omului, în particular în ceea ce privește diagnosticul TB (lipsa metodelor de diagnostic); tratamentul (izolarea, tratamentul coercitiv, amenzi contravenționale etc.); sprijinul pentru aderența la tratament; uzul compasional și accesul la medicamentele antituberculoase inovative; cercetarea; drepturile și responsabilitățile lucrătorilor din domeniul sănătății și intervențiile în cadrul unor grupuri specifice (copii, deținuți, migranți, persoane fără adăpost etc.).

Pentru realizarea dreptului la sănătate pentru toți, răspunsul național la TB trebuie să întruchipeze legi, politici, programe, practici organizaționale și module de instruire care recunosc și abordează vulnerabilitățile și provocările cu care se confruntă populațiile-cheie. În plus, răspunsul la TB în cadrul unei societăți trebuie să fie sensibil la gen (femei, bărbați, persoane transgender) și să facă față constrângerilor care împiedică accesul la serviciile TB.

Pentru a contribui la colectarea datelor bazate pe dovezi, privind barierele legate de implicare comunitară, rolul persoanelor cu TB, dreptul la sănătate, aspectele de gen, stigmă și discriminare în răspunsul la TB, prin decizia Comitetului Național de Expertiză Etică a studiului Clinic din Republica Moldova nr. 1191 din 27 octombrie 2021, a fost aprobată realizarea cercetării privind implicarea comunitară, drepturile omului, aspectele de gen și nivelul de stigmă în Republica Moldova.

În rezultatul realizării cercetării, au fost identificate bariere și provocări pentru care s-a elaborat un plan de acțiuni. Recomandările și planul de acțiuni propus urmăresc să abordeze holistic constrângerile privind comunitatea, drepturile, aspectele de gen și stigma care împiedică accesul la serviciile TB în țară. Lacunele identificate în cadrul cercetării documentare au fost confirmate în cadrul cercetării calitative. Printre barierele și provocările în accesarea serviciilor TB de către grupurile vulnerabile se regăsesc atât cele determinate de vulnerabilitatea economică, aspectele psiho-emoționale și educație sanitară, cât și cele sistematice, care țin de organizarea sistemului medical și cel social și adaptarea serviciilor nevoilor grupurilor-cheie. Genul nu este considerat un impediment de adresare la medic. Însă se consideră că femeile se adresează mai des și mai repede la medic, comparativ cu bărbații, fapt determinat de responsabilitatea întreținerii familiei, bărbații, deseori fiind unicii în asigurarea venitului din familie, dar și mai *delăsători* în privința propriei sănătăți, comparativ cu femeile care sunt mai *îngrijorate* de propria sănătate, chiar dacă acestea poartă răspunderea pentru a avea grijă de familie, copii, casă, gospodărie. În condițiile unor mecanisme de finanțare imperfecte, există în continuare provocări în asigurarea sustenabilității realizării activităților TB de către ONG-uri în contextul tranziției de la resursele FG la finanțare din bugetele naționale. Necătând la cadrul legislativ și de politici aparent bun, la disponibilitatea metodelor și inițiativelor inovative de diagnostic, tratament și suport, progresul în răspunsul la TB pare a fi determinat nu doar de lipsa de resurse umane sau financiare în înele arii de intervenție, dar și de o lipsă de coordonare/realiniere intersectorială, interregională (Transnistria și penitenciarele), inclusiv de lipsa liderismului și a voinței politice.

Indiferent de situație, fie din propria experiență de trăire a TB, fie din experiența altora, tendințele manifestării stigmei sunt aceleași. De subliniat că importanța respectării confidențialității datelor cu caracter personal cu privire la diagnosticul medical este menționată de toți respondenții, în afară de cei care dețin informația primară și trebuie să păstreze confidențialitatea. Nivelurile de stigmatizare cele mai alarmante, de pe ambele maluri ale Nistrului, vizează stigmatizarea anticipată în comunitate/vecini (72 %) și în rândul personalului medical (61 %). Stigmatul anticipat de la acești actori duce, cel mai probabil, la un nivel ridicat de stigmatizare secundară în familie (52 %) și la autostigmatizarea în rândul persoanelor cu TB (51 %). Raza radarului stigmatizării pentru malul stâng este mai mare decât pentru malul drept al Nistrului, ceea ce atestă că persoanele afectate de TB în regiunea Transnistria întâmpină dificultăți mai mari și mai numeroase la etapele de căutare și accesare a serviciilor TB, din cauza stigmatizării și discriminării.

INTRODUCERE ȘI CONTEXT

Strategia OMS adoptată cu scopul stopării epidemiei la nivel mondial are drept țintă reducerea deceselor cu 95% și a incidenței cu 90%, precum și asigurarea ca nicio familie să nu fie împovărată de cheltuieli exorbitante datorate TB, astfel încât, până în anul 2035, TB să nu mai fie considerată o problemă mondială de sănătate publică. Atingerea obiectivului de eliminare a TB, până în anul 2050, presupune ca toate persoanele afectate să fie depistate precoce și complet tratate, creând o lume liberă de TB, cu zero decese, fără boli și suferință.

Serviciile TB trebuie să includă o abordare adaptată pentru a răspunde riscurilor, nevoilor și inegalităților bazate pe gen și să modifice în mod activ normele rigide și dezechilibrele de putere. Dreptul la sănătate este atât un drept individual, cât și un drept colectiv. În contextul TB, persoanele afectate de TB și comunitățile lor sunt deținătorii acestui drept. Statul care se bazează pe supremația Constituției, garantează siguranța și drepturile constituționale ale cetățenilor săi, inclusiv dreptul la sănătate, și este responsabil pentru crearea condițiilor naționale și internaționale favorabile realizării acestui drept. Aceasta înseamnă că statele au responsabilitatea principală de a oferi un mediu favorabil pentru acces echitabil la serviciile TB, atât la nivel local, cât și la nivel global. Statele au, de asemenea, datoria de a formula politici și programe naționale de sănătate și sociale care vizează accesul universal la servicii de îngrijire, prevenire și sprijin de înaltă calitate ale TB.

În toate țările lumii, au fost notificate nenumărate cazuri când persoanelor cu TB și celor apropiați lor li s-a refuzat accesul la servicii medicale, au fost refuzați sau concediați de la locul de muncă, ba chiar privați de dreptul la libera circulație. Stigmatizarea este un proces complex care implică instituții, comunități și relații interpersonale și intrapersonale. Se consideră că normele instituționale și comunitare care stigmatizează TB inhibă răspunsul la TB. Stigmatul asociat este o barieră majoră pentru îngrijirea persoanelor afectate de TB, deoarece afectează inițierea și aderența la tratament. Acest lucru este deosebit de dificil în medii cu prevalență ridicată atât a TB, cât și a HIV, or, frica de HIV / SIDA poate crește stigma pentru TB.

Protejarea drepturilor omului, eticii și echității este unul dintre cei 4 piloni-cheie ai Strategiei OMS. Această abordare este pe deplin aliniată cu Agenda 2030 pentru Dezvoltare Durabilă, cu accentul pus pe drepturile omului, etică și egalitate, care se rezumă la deviza „nu lăsați pe nimeni în urmă” și este deosebit de relevantă pentru TB, predominantă printre cele mai vulnerabile și marginalizate grupuri ale populației. Pentru a îmbunătăți accesul pentru populațiile-cheie, unele țări din Europa de Est și Asia Centrală (EEAC) au colectat date despre barierele existente care împiedică identificarea oamenilor cu TB și au efectuat o analiză privind populațiile cu acces limitat la serviciile de sănătate. Astfel, evaluările privind implicarea comunitară, drepturile omului și aspectele de gen (Community Rights and Gender) în 5 țări (Georgia, Kazahstan, Kârgâzstan, Tadjikistan și Ucraina) au prezentat concluzii diferențiate cu privire la stigma și discriminarea, problemele de gen, barierele financiare și drepturile omului în contextul TB¹.

Republica Moldova este un stat situat în sud-estul Europei, cu forma de guvernare de republică parlamentară. Administrativ, este împărțită în 32 de raioane, 13 municipii, 1 unitate teritorială autonomă (Găgăuzia), și regiunea de est, reprezentată de teritoriul autoproclamat independent, denumirea neformală regiunea malului stâng al râului Nistru, de facto Transnistria. În ultimul deceniu, țara a realizat o creștere economică cu progrese semnificative privind indicatorii pe sănătate, rate relativ scăzute de șomaj și scăderea inegalităților în obținerea veniturilor. Asistența medicală este în principiu asigurată de stat, prin sistemul de asistență medicală primară și de asigurare universală de sănătate. Guvernul alocă 11,9% din produsul intern brut pentru asistență medicală, totuși una din șase familii suportă adăitional costuri catastrofale de îngrijire a sănătății, problema dificultăților financiare afectând preponderent pe cei săraci, pensionarii și populația din zonele rurale².

Povara TB cu care se confruntă Republica Moldova plasează țara printre cele 30 de state ale lumii cu povară înaltă de TB RR/MDR și rămâne a fi printre cele 18 țări din regiunea europeană a OMS cu prioritate înaltă pentru TB. Conform Raportului Global TB, în 2019, în Republica Moldova au fost înregistrate 3.255 cazuri de TB, dintre care 4% - copii cu vârste cuprinse între 0-14 ani, 71% bărbați. În același timp, povara estimată a TB este de 80 de persoane cu TB și 34 de persoane cu TB MDR la 100.000 de populație. În 2019, prevalența estimată a TB MDR printre cazurile noi și retratament a fost de 33% și, respectiv, 60%, iar acoperirea tratamentului a fost de 87%. Rata succesului tratamentului TB, cazuri noi și recidive – 85 %; TB MDR/RR , cohorta 2017 – 56%; TB XDR – 32%^{3 4}.

În cadrul sistemului Administrației Naționale a Penitenciarelor (ANP) în Republica Moldova, incidența TB (cazuri noi și recidive) a scăzut de la 1353 la 100 mii populație (99 cazuri), în anul 2015, de la 1100.2 la 100 mii populație

¹ Nonna Turusbekova, Kristina Zhorayeva, Peter Mok, and Samanta Sokolowski, Breaking the Silence: Human Rights, Gender, Stigma and Discrimination Barriers to TB Services in Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan and Ukraine, 2020 Report

² ВОЗ, Республика Молдова Обзорные сведения о состоянии здоровья и благополучия населения 2016, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/342911/-_-_pdf

³ PNRT, Raport privind realizarea "Programului Național de control al tuberculozei pentru anii 2016 - 2020", 2020 https://simetb.ifp.md/Download/tbreps.excel/raport_2020.pdf

⁴ ВОЗ, Профиль страны по туберкулезу: Республика Молдова, 2020

https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?inputs.entity_type=%22country%22&lan=%22RU%22&iso2=%22MD%22

(84 cazuri), în anul 2019, dar totuși continuă să fie mai mare decât media pe țară. Ponderea cazurilor de TB depistate la intrarea în sistemul penitenciar, ca urmare a examinării radiologice a persoanelor noi intrate în detenție în anul 2019, a fost de 48.3% (52 cazuri).

Deși sănătatea este recunoscută un drept al omului, în procesul accesării serviciilor medicale, în Republica Moldova sunt notificate bariere legate de implicarea comunitară, drepturile omului, stigmatizare, inclusiv unele bariere referitoare la aspecte de gen. Aceste bariere pot crește vulnerabilitatea la TB sau reduce accesul la servicii de prevenire, diagnostic, tratament și îngrijire în contextul TB, iar, în consecință, aceste inegalități influențează capacitatea persoanelor de a-și realiza dreptul la sănătate. Mai mult, dreptul la sănătate contribuie la realizarea multor altor drepturi ale omului. Există o gamă largă de factori și condiții care protejează și promovează dreptul la sănătate dincolo de serviciile, bunurile și instituțiile medicale, cum ar fi: locul în care trăiesc oamenii, mediul înconjurător, genetica, venitul și nivelul de educație, aspectele de gen și relațiile cu familia și comunitățile – toate acestea au un impact considerabil asupra riscului pentru TB și asupra rezultatelor tratamentului antituberculos. În Strategia End TB, acești factori sunt denumiți ca *factorii determinanți sociali ai sănătății*, în timp ce Comitetul pentru Drepturi Economice, Sociale și Culturale îi numește *factorii determinanți ai sănătății*. La fel ca alte drepturi ale omului, dreptul la sănătate subliniază dreptul tuturor oamenilor la o participare liberă, activă și semnificativă la deciziile care îi afectează și care contribuie la dezvoltarea economică, socială, culturală și politică. Persoanele și comunitățile afectate sunt esențiale pentru elaborarea, implementarea, monitorizarea și evaluarea politicilor de sănătate și ar trebui să devină participanți activi și beneficiari ai dreptului la sănătate, iar politicile și programele TB trebuie să se concentreze asupra persoanelor afectate și asupra comunităților lor și să vizeze rezultate bune ale prevenirii și tratamentului TB și îmbunătățirea constantă a bunăstării acestora. De asemenea, sunt necesare nediscriminarea și accesul echitabil la servicii TB de calitate pentru toți.

SCOP, OBIECTIVE ȘI METODOLOGIE

Scop

Evaluarea barierelor asupra implicării comunitare, drepturilor omului, aspectelor de gen și evaluarea nivelului de stigmatizare aferentă TB în Republica Moldova pentru depășirea barierelor și reducerea impactului stigmei pentru populațiile-cheie vulnerabile și persoanele afectate și fortificarea răspunsului național la tuberculoză.

Obiective

1. Implicarea factorilor de decizie și părților interesate în procesul de evaluare CRG și Stigma privind TB în Republica Moldova.
2. Identificarea barierelor privind comunitatea, drepturi, gen și stigmatizarea persoanelor afectate de TB.
3. Identificarea nivelului de stigmatizare prin elaborarea radarului stigmatizării în Republica Moldova.
4. Elaborarea recomandărilor și a unui plan de acțiuni pentru eliminarea barierelor identificate legate de comunitate, drepturi, gen și stigmatizarea persoanelor afectate de TB.

Ca rezultat al evaluării, au fost identificate un șir de bariere, toate fiind prioritizate și validate în cadrul ședinței multipartite. Pentru acestea din urmă, s-a elaborat un plan de acțiuni. Atât recomandările, cât și planul de acțiuni, urmăresc să abordeze barierele privind comunitatea, drepturile, aspectele de gen și stigma. De menționat că majoritatea barierelor și recomandărilor sunt aplicabile populației generale afectate de TB, nu doar grupurilor/populațiilor-cheie prioritizate.

Etape de organizare

1. Crearea Grupului de lucru

Cu scopul de a supraveghea procesul evaluării, oferirea feedbackului, precum și facilitarea accesului la populația afectată, în luna iulie 2021, în cadrul ședinței Grupul de lucru pe TB (GTL-TB), instituit pe lângă CNC TB și HIV/SIDA, a fost luată decizia unanimă de a utiliza această platformă pentru procesul evaluării și oferire de feedback. GTL a fost constituit din reprezentanții sectorului guvernamental și neguvernamental, reprezentanți ai structurilor prestatoare de servicii, persoane din comunitatea afectată de TB de pe ambele maluri ale râului Nistru. În perioada septembrie 2021 – ianuarie 2022, au avut loc câteva ședințe trematice, dar și un schimb de mesaje în format online. Membrii grupului au beneficiat de consultații pe diverse subiecte, inclusiv cele referitoare la protocol și instrumente, au fost invitați să se implice în discuțiile de focus-grupuri, dar și să participe la interviuri.

2. Întâlniri/ședințe cu participarea extinsă a mai multor părți interesate

Printre obiectivele ședințelor s-au regăsit: (i) oferirea feedbackului cu privire la constatările preliminare ale analizei de birou, oferirea recomandărilor și consultarea instrumentelor de colectare a datelor, participarea la exercițiul de prioritizare a populațiilor-cheie vulnerabile, pentru evaluarea, prezentarea, validarea și prioritizarea barierelor legate de comunitate, drepturi, gen și stigmatizare; (ii) consultarea și elaborarea recomandărilor pentru eliminarea barierelor; (3) elaborarea planului de acțiuni.

3. Cercetarea documentară

Evaluarea de birou a fost realizată și completată pe parcursul întregii perioade de evaluare. Informațiile au fost primite din diverse surse, inclusiv strategiile și planurile naționale, lucrări de cercetare publicate, rapoarte, statistici primite de la structurile relevante (PNRT, sistemul penitenciar etc.).

4. Exercițiul de prioritizare a populațiilor-cheie vulnerabile la TB

Participanții la exercițiul de prioritizare au fost informați despre scopul și obiectivele exercițiului, precum și despre semnificația și descrierea procesului (tabelul de prioritizare și sistemul de notare, lista populațiilor-cheie care urmează să fie prioritizate. Participanții au fost împărțiți în trei grupuri pentru discuții. După discutarea și compararea rezultatelor în plen, au fost selectate 5 populații-cheie pentru TB:

- i. ciobeni și membrii familiilor lor,
- ii. deținuți și persoanele eliberate din detenție,
- iii. persoanele din regiunea transnistreană/fără cetățenie,
- iv. membrii familiilor persoanelor cu TB/contact,
- v. persoanele fără adăpost.

5. Colectarea datelor

Protocolul de evaluare, inclusiv ghidurile de interviu, au fost consultate cu Grupul de bază și, ulterior, remise și aprobate de Comitetul Național de Evaluare Etică a Cercetării, la finele lunii octombrie 2021.

Metodologia cercetării CRG

Pentru a realiza evaluarea calitativă a barierelor legate de implicare comunitară, drepturile omului și aspectele de gen au fost utilizate metodele interviului în profunzime, interviului semistrukturat și a discuțiilor de tip focus-grup. Au fost elaborate și pilotate ghiduri de interviu și de moderare a focus-grupurilor. Lista privind procesul de colectare a datelor poate fi găsită în Anexa nr. 2.

În perioada 3 - 7 decembrie 2021 au fost realizate 6 interviuri în profunzime, cu pacienți cu TB (femei și bărbați de pe malul drept și stâng al râului Nistru, sector civil și penitenciar). Interviurile au avut durată cuprinsă între 30 și 53 de minute. Interviurile au fost înregistrate audio, cu acordul respondenților, și au fost transcrise pentru a putea fi analizate. S-a folosit un sistem de coduri pentru a păstra confidențialitatea surselor. În perioada 26 noiembrie - 6 decembrie 2021, au avut loc 8 focus-grupuri cu populația-cheie (2 focus-grupuri cu persoane afectate de TB – pe aspecte de gen, stigmă, comunitate și familie; 5 focus-grupuri cu reprezentanții populațiilor-cheie vulnerabile, selectate în urma prioritizării; 1 focus-grup cu personalul medical). La focus-grupuri au participat între 6 și 10 persoane. Durata focus-grupurilor a variat între 47-90 minute. În perioada 27 noiembrie - 23 decembrie, au fost realizate 12 interviuri semistrukturate cu reprezentanții sectorului guvernamental și neguvernamental (4 interviuri cu APL, PNT Transnistria, ANP, Consiliul Raional; 8 Interviuri cu ONG) – pe aspecte de gen, stigmă, comunitate, familie, politici. Durata interviurilor semistrukturate a fost între 54-90 minute.

Metodologia cercetării Stigmei

Informațiile cantitative pentru evaluarea nivelului de stigmă au fost colectate prin: interviuri semistrukturate cu membrii familiilor / îngrijitorii persoanelor afectate de TB; reprezentanții comunității (vecini, lideri, APL, AS etc); lucrătorii medicali; cu persoanele afectate de TB; un focus-grup multipartit privind evaluarea cadrului legislativ și de politici, desfășurat concomitent pe două maluri ale râului Nistru. Astfel, a inclus un eșantion reprezentativ de 430 de respondenți, după cum urmează:

- 369 chestionare în rândul persoanelor afectate de TB (260 chestionare pe malul drept, 109 chestionare pe malul stâng al râului Nistru).
- 21 chestionare în rândul membrilor familiilor afectate de TB (16 chestionare pe malul drept, 5 chestionare pe malul stâng al râului Nistru).
- 20 chestionare în rândul membrilor comunităților afectate de TB (14 chestionare pe malul drept, 6 chestionare pe malul stâng al râului Nistru).
- 20 chestionare în rândul personalului medical care preponderent interacționează cu persoane care au avut sau au TB (13 chestionare pe malul drept, 7 chestionare pe malul stâng al râului Nistru).
- 1 focus-grup multipartit privind evaluarea cadrului legislativ și de politici.

Pentru etapa de colectare a chestionarelor în cadrul studiului, pe data de 19 noiembrie 2022, a fost organizată o rundă de instruire. În total au fost instruiți 12 operatori, 10 de pe malul drept al râului Nistru și 2 din stânga Nistrului. Operatorii participanți la instruire au fost colaboratori din cadrul ONG active în domeniul TB.

Agenda instruirii a inclus următoarele obiective:

- Explicarea obiectivelor cercetării. Anunțarea eșantionului;
- Modalități de lucru cu aplicația SurveyTo Go;
- Explicarea chestionarului în limbile română și rusă;
- Abordarea respondenților și modul de adresare a întrebărilor;
- Exersarea chestionarelor.

Interviurile au fost efectuate prin metoda CAPI (interviuri față în față cu utilizarea tabletei pentru întrebări și răspunsuri), în perioada 22 noiembrie - 6 decembrie 2021. Colectarea s-a desfășurat concomitent pe ambele maluri ale Nistrului, cu participarea a 16 operatori de interviu. Pe parcursul colectării, a fost inițiat și procesul de verificare a calității chestionarelor, astfel că în perioada 1 - 6 decembrie 2021, operatorii din rețeaua companiei IData au fost implicați pentru a recupera chestionarele necalitative.

Dificultăți întâmpinate

În general, procesul de colectare a datelor a decurs fără impedimente, cu unele excepții:

- Reprezentanții comunității și ai OSC necesită o pregătire mai îndelungată în aspectele ce țin de colectare pentru a asigura calitatea datelor acumulate în strictă conformitate cu metodologia și instrumentele prestabilite;
- Perioada de pandemie COVID-19 și restricțiile aferente;
- Dificultatea de a colecta chestionare în instituțiile penitenciare pe suport tabletă (CAPI).

I. CERCETAREA DOCUMENTARĂ PRIVIND BARIERELE LEGATE DE IMPLICARE COMUNITARĂ, DREPTURILE OMULUI, ASPECTE DE GEN ȘI STIGMATIZARE

1.1 Populații-cheie și grupuri vulnerabile

Strategia globală End TB se concentrează pe nevoile populațiilor-cheie, recunoscând că lumea are o responsabilitate colectivă de a proteja persoanele vulnerabile și de a le oferi un remediu, astfel încât acestea să devină parteneri-cheie în lupta împotriva maladiei. Strategia definește populațiile-cheie ca fiind persoanele care sunt vulnerabile nemeritat sau se confruntă cu un risc de infecție și boală TB. În context, la nivel de fiecare țară în parte pot fi identificate populații-cheie specifice și intervenții dezvoltate pentru a satisface nevoile acestora. Strategia mai recomandă un obiectiv operațional separat: de a cuprinde cel puțin 90% din populațiile-cheie prin îmbunătățirea accesului la servicii, screening sistematic, noi metode de depistare activă a cazurilor de TB și de a oferi diagnostic, tratament și îngrijire eficiente și accesibile tuturor persoanelor care au nevoie de acestea.

La nivel global, s-a constatat că zonele cu cea mai mare incidență TB sunt, de asemenea, cele cu incidență ridicată de infecție cu HIV, încarcerare, supraaglomerație, șomaj. Riscul de a contracta boli infecțioase și non-infecțioase crește în rândul migranților odată ce ajung în țara de destinație. Aceasta se explică prin faptul persoanele nu beneficiază de acces suficient la servicii preventive și medicale, nu beneficiază de informații și locuiesc adesea în condiții antisănătate, lucrând în condiții și locuri cu riscuri înalte de transmitere a bolilor infecțioase. În același timp migranții se confruntă cu probleme de sănătate mai grave decât populația locală, fiind supuși la mai mulți factori de risc din cauza sărăciei.^{5 6} TB este cea mai frecventă boală prezentă în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV, cu un risc de 15-22 de ori mai mare de a dezvolta TB decât persoanele fără HIV, TB fiind cauza principală a decesului în rândurile acestei populații.

Cercetarea realizată (2016)⁷ în rândul persoanelor fără adăpost (PAFA) constată că fiecare al treilea respondent (35,9 %) s-a confruntat, în ultimele 12 luni, cu situații în care a avut nevoie de consultația medicului, însă a evitat să se adreseze din cauza lipsei poliței de asigurare (45,5 %) și resurselor financiare (cheltuieli de transport până la centrul medicilor de familie (38,2 %)), tot din aceeași cauză 13,8 % renunțând la tratamentul prescris. În ultimele 12 luni doar jumătate (52,9 %) dintre respondenți au efectuat examene medicale la TB. Incidența consumului de alcool a constituit 90,8 % versus 76,7 % în rândul populației generale. Consumul de diferite substanțe psihoactive pe parcursul vieții, în acest grup, variază între 1,4 % (opioace) și 7,2 % (marijuana sau hașiș), în comparație cu 0,4 % (opium) și 3,8 % (marijuana) în rândul populației generale. Conform studiului KAP⁸, circa 73 % dintre *deținuți* se consideră în zona de risc privind îmbolnăvirea cu TB, dintre care 14% - foarte mult, iar 59 % - mult.

Programele naționale sunt încurajate să identifice populațiile-cheie la nivel național și subnațional, conform estimării riscurilor cu care se confruntă, dimensiunii populației, barierelor specifice, provocărilor legate de gen și să prezinte progresele înregistrate în prevenirea și combaterea TB cu date dezagregate pe populații-cheie.

Grupuri-cheie și populații vulnerabile la TB

În Republica Moldova, Protocolul clinic național (PCN) Tuberculoza la adult⁹ prevede 2 grupuri care necesită atenție suplimentară privind TB: (1) *Grupele persoanelor cu risc sporit de îmbolnăvire de TB*, examinate obligatoriu prin radiografia pulmonară standard (digitală sau convențională) sunt persoanele care: au contactat cu pacienții de TB (adulți și copii); au suportat TB în ultimii 5 ani și au sechele TB; cu infecția HIV/SIDA; cu imunitate compromisă sau efectuează tratament imunosupresiv, tratament biologic; cu diabet zaharat; cu afecțiuni psihice din colectivități (la internare); din detenție, precum și personalul angajat; migranții interni și externi; fără loc stabil de trai; personalul echipelor de asistență medicală de urgență și al instituțiilor specializate ftizio-pneumologice; (2) *Persoanele care necesită vigilență sporită privind TB*, examinate anual, la prezența simptomelor sugestive, prin radiografie pulmonară standard: *persoanele expuse factorilor sociali de risc din categoriile social-defavorizate* (șomerii, inclusiv zilierii, persoanele cu venituri mici); *expuse factorilor medico-biologici de risc* (consum abuziv de alcool și de droguri, cu insuficiență renală cronică, cu gastrectomie sau by-pass jejunoleal, gravidele și lăuzele cu simptome sugestive pentru TB, persoanele cu maladii pulmonare cronice

⁵ WHO, *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region*, 2018, <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-2018>

⁶ UN News, *Global perspective Human stories*, 2019 <https://news.un.org/ru/story/2019/01/1347312>

⁷ AFI, *Studiu operațional privind prevalența și profilul comorbidităților la persoanele fără adăpost, cu tuberculoză activă și fără tuberculoză*, în municipiul Chișinău (Republica Moldova), 2016 [http://afi.md/pic/uploaded/Raport%20Studiu%20AFI%20B5%20\(ro\)%205_FINAL.pdf](http://afi.md/pic/uploaded/Raport%20Studiu%20AFI%20B5%20(ro)%205_FINAL.pdf)

⁸ Tuberculoza în Moldova: Cunoștințe, Atitudini și Practici ale Populației Generale și ale Populației Cheie Afectate, 2017 http://www.ccm.md/sites/default/files/2018-11/2017_Raport%20PAS%20B5%20TUBERCULOZA%20in%20MOLDOVA.pdf

⁹ Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova, *Tuberculoza la adult Protocol clinic național, PCN-123*, 2020, https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/02/PCN-123-Tuberculoza_la_adult.pdf

nespecifice și fumătorii activi); *persoanele instituționalizate și personalul angajat* (aziluri, instituții de îngrijiri paliative, centre de plasament, instituțiile specializate); studenții colegiilor medicale, ai universității de medicină, rezidenții, secundariții clinici ai universității de medicină; personalul instituțiilor medicale.

Screeningul sistematic se efectuează și în rândul *categoriilor pereclitante* (personalul din sectoare speciale, cu risc de transmitere TB) – personalul din instituțiile medico-sanitare (personalul medical din secții de nou-născuți, spitale/secții de pediatrie, centrele de reabilitare și recuperare/plasament pentru copii) și personalul din instituțiile de învățământ (personalul din instituțiile de educație și învățământ preșcolar și primar). În dependență de situația epidemiologică din teritoriu, conducătorii Instituțiilor Medico-Sanitare Publice (IMSP) sunt încurajați să ajusteze listele persoanelor pentru realizarea examinărilor „țintite”, în conformitate cu solicitarea specialiștilor. Aspectele privind formarea componenței grupurilor periclitante, cu risc și vigilență sporită pentru TB, dar și examinarea acestora de către asistența medicală primară (AMP), în pofida prevederilor actelor normative, rămâne încă una insuficientă. În acest sens, sunt necesare proceduri clare privind activități integrate de organizare, desfășurare și evaluare a programelor de screening la toate nivelele.

Factori de risc și bariere de acces la servicii TB

Ratele de spitalizare sunt înalte și, deseori, pentru perioade inutile de lungi^{10 11}, iar calitatea îngrijirii în spitale adesea joasă, pacienții administrând medicamente antituberculoase neregulat, deși se află în spitale (de exemplu: 38,8 % administrare neregulată în Secția de Fiziopneumologie a Spitalului Clinic Municipal din Bălți, 19,6 % în Institutul de ftizopneumologie "Chiril Draganiuc" din clinica Vorniceni și 16,9% în Spitalul Clinic Municipal de Fiziopneumologie din Chișinău). Transmiterea TB este, deseori, exacerbată din cauza diagnosticării tardive a cazurilor infecțioase¹². Dat fiind faptul că accesul fizic la servicii în Republica Moldova, în general, este bun, diagnosticul tardiv al TB poate fi o consecință a calității nesatisfăcătoare a serviciilor și a ezitării pacienților de a căuta servicii și îngrijire în caz de TB.¹³ Sărăcia și condițiile sociale precare ale unei părți considerabile a societății, pe lângă declanșarea bolii în caz de infectare cu TB, pot, de asemenea, să conducă la un diagnostic tardiv și la eșecul tratamentului.¹⁴ Ponderea populației asigurate de Compania Națională de Asigurări în Sănătate (CNAM) din Republica Moldova a crescut în ultimii ani, totuși mai mult de 10 % din populație nu este încă acoperită de asigurare¹⁵. Pe de altă parte, conform datelor disponibile în Sistemul informațional de monitorizare și evaluare TB (SIME TB), 60.4 % din persoanele diagnosticate cu TB nu dețin poliță de asigurare, fapt care subliniază suplimentar vulnerabilitatea crescută a persoanelor cu TB.

Programe pentru populații-cheie și grupuri vulnerabile și mecanismele de finanțare

Programele specifice pentru populațiile-cheie și grupurile vulnerabile, în contextul realizării programelor naționale în domeniul TB, sunt implementate la nivel subnațional și național, preponderent prin intermediul OSC/ONG. Acestea sunt adesea poziționate pentru a servi ca o punte de legătură dintre sistemul de sănătate și comunitate. Rolul OSC și al comunităților afectate în controlul TB este stabilit, în special, prin programe în domeniul prevenirii, depistării precoce și acordării de sprijin pentru aderență, atât în rândurile populației generale, cât și în rândul grupurilor specifice. Din resursele partenerilor extremi, preponderant Fondul Global (FG), intervențiile se axează pe populațiile vulnerabile sau greu accesibile din grupurile cu risc și vigilență sporită la TB (deținuți, PAFA, PCD, PTHIV etc). OMS menționează câteva bune practici realizate de ONG din Republica Moldova, de comun cu instituțiile guvernamentale în rândul PAFA¹⁶, continuitatea tratamentului la deținuți, eficiența stimulentei pentru aderență la tratamentul TB¹⁷, campanii de screening țintit TB, tratamente integrate TB/HIV/dependența de opioide în detenție¹⁸.

În cadrul legislației actuale, pentru a asigura calitatea și sustenabilitatea serviciilor TB, autoritățile centrale au adoptat reglementări și acte metodologice menite să asigure implicarea și consolidarea rolului OSC ca reprezentanți ai comunităților afectate. Programele pentru populațiile-cheie și grupurile vulnerabile sunt bugetate în cadrul Programului național TB, fiind format din mai multe surse: (i) resurse naționale (CNAM, Ministerul Justiției (MJ), bugetele autorităților Administrației publice locale (APL); (ii) resursele donatorilor internaționali. În același timp, resursele financiare din bugetul MS și MJ sunt orientate preponderent spre procurarea medicamentelor antituberculoase și

¹⁰ Societatea Moldovei împotriva Tuberculozei, IMPACTUL SPITALIZĂRII DE LUNGĂ DURATĂ ASUPRA PERSOANELOR CU TUBERCULOZĂ, Bălți, 2018, <https://smimtd.wordpress.com/2019/01/29/impactul-spitalizarii-de-lunga-durata-asupra-persoanelor-cu-tuberculoza/>

¹¹ Centrul pentru Politici și Analiză în Sănătate (Centrul PAS), Evaluarea necesității de asistență specializată de staționar pentru tuberculoză în condițiile tranziției epidemiologice și a recomandărilor OMS 2021 privind tratamentul tuberculozei multidrog rezistente, 2021 <https://pas.md/ro/PAS/Studies/Details/317>

¹² Centrul pentru Politici și Analiză în Sănătate (Centrul PAS), Auditul clinic al cazurilor de TB rezistentă la medicamente multiple în Republica Moldova, Raport de Studiu (Proiect), Chișinău, 2016.

¹³ Centrul pentru Politici și Analiză în Sănătate (Centrul PAS), Auditul clinic al cazurilor de TB rezistentă la medicamente multiple în Republica Moldova, Raport de Studiu (Proiect), Chișinău, 2016.

¹⁴ Raport Evaluarea implicării organizațiilor neguvernamentale (ONG) în controlul TB în Republica Moldova, 2017 (nepublicat)

¹⁵ WHO, Can people afford to pay for health care? Republic of Moldova, 2020 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331667/9789289054959-eng.pdf>

¹⁶ WHO, Good practices in strengthening health systems for the prevention and care of tuberculosis and drug-resistant tuberculosis, 2016, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/298198/Good-practices-strengthening-HS-prevention-care-TBC-and-drug-resistant-TBC.pdf

¹⁷ WHO, Best practices in prevention, control and care for drug-resistant tuberculosis, 2013, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/216650/Best-practices-in-prevention-control-and-care-for-drug-resistant-tuberculosis-Eng.pdf

¹⁸ WHO, Good Practices in the Prevention and Care of Tuberculosis and Drug-resistant Tuberculosis in Correctional Facilities, 2018, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/360543/TB-prisons-9789289052917-eng.PDF?ua=1

consumabilelor de laborator, iar bugetul CNAM acoperă stimulentele pentru aderența la tratament doar pentru beneficiarii de pe malul drept al râului Nistru. Programul Național de Control al Tuberculozei (PNCT) 2016-2020 a fost aprobat cu un deficit estimat de aproximativ 15%, dar cu creșterea ponderii alocațiilor din totalul sumelor acordate pentru realizarea PNCT din sursele naționale de la 63%, în anul 2012, până la 73 %, în anul 2020.¹⁹ PNRT 2021-2025 nu are deficit estimat de finanțare, fiind planificată contractarea din fondul de rezervă a CNAM a activităților de screening realizate de OSC în rândul populațiilor-cheie vulnerabile. Totuși retragerea partenerilor străini și o eventuală finanțare exclusivă de la CNAM și Guvern ar submina independența și capacitatea OSC de a-și îndeplini rolul de pledoarie pentru îmbunătățirea serviciilor de stat și a calității îngrijirii, de aceea deschiderea din partea unor parteneri noi străini ar fi binevenită.²⁰

1.2 Comunități

Rolul persoanelor afectate și al comunităților în răspunsul la TB

Consolidarea implicării OSC și a comunităților este esențială și are un rol important în facilitarea accesului la servicii de calitate TB fără costuri catastrofale sau repercursiuni sociale, asigurând, în același timp, o acoperire universală de sănătate și abordarea determinantilor sociali ai sănătății.²¹ Activitățile de consolidare a sistemelor comunitare stau la baza răspunsurilor bazate pe comunitate și contribuie la eliminarea TB²², pledând pentru eliminarea legilor și politicilor punitive care împiedică răspunsul la TB. OSC din Republica Moldova și-au demonstrat rolul, în ultimii 10 ani, în rezolvarea problemelor și satisfacerea nevoilor comunităților, inclusiv prin asigurarea participării active a comunităților afectate și vulnerabile în procesele decizionale care le afectează calitatea vieții. Acestea au devenit o parte integrantă a unei democrații funcționale, capabile să influențeze, să creeze și să se implice în dezvoltarea instrumentelor și mecanismelor care asigură realizarea drepturilor comunităților vulnerabile și marginalizate, activând la nivel comunitar, aproape de beneficiarii lor, și, astfel, cunoscând necesitățile acestora și circumstanțele de trai. În total, 9 OSC activează în domeniul TB care sunt implementatori activi ai PNRT, fiind unite în cadrul Platformei naționale ale ONG - urilor active în domeniul TB (Platforma ONG TB), creată în 2013 cu scopul de a consolida eforturile comune în lupta împotriva TB în Republica Moldova (Anexa 3). Reprezentanții platformei sunt membri ai mecanismului național de coordonare al țării - Consiliului național de coordonare a programelor naționale de profilaxie și control al infecției HIV/SIDA, al infecțiilor cu transmitere sexuală și de răspuns la tuberculoză (CNC), și ai grupurilor tehnice de lucru, iar 3 organizații, sunt conduse de reprezentanți ai comunității TB (SMIT, Programe Medico-Sociale și Speranța Terrei). Toate OSC lucrează cu grupuri social-vulnerabile pe care sectorul public altfel nu ar fi capabil să le abordeze, reușind să presteze servicii specifice unui număr relativ mare de persoane. Conform studiului realizat în 2017, OSC implicate în profilaxia și controlul TB au acordat diferite servicii pentru 47% din numărul total de pacienți cu TB cu o contribuție la depistarea de 4% din numărul de cazuri raportate în 2016.²³

Resurse umane și mecanisme de finanțare

Conform studiului „Potențialul uman din sistemul sănătății implicat în acordarea asistenței medicale ftiziopneumologice”²⁴, vârsta medie a medicilor ftiziopneumologi este de 54 ani, iar a medicilor de familie – 48 ani. Normativele de personal prevăd, în conformitate cu Ordinul MS nr. 100 din 10.03.2008²⁵, 0,3 pentru 10 mii populație-adulți și 0,6 pentru 10 mii populație-copii. Totodată, pentru o funcție de medic ftiziopneumolog sunt recomandate 2 asistente medicale (sau 0,6 la 10 mii populație); iar în rețeaua AMP – 6,5 medici de familie și câte 13,2 (pentru populația urbană) și 13,2-19,8 (pentru populația rurală) de asistente medicale la 10 mii populație. Contextul asigurării cu personal medical a rețelei de AMP, verigă esențială în lupta împotriva TB, este inegal teritorial. De menționat că implementarea modelului de tratament TB axat în comunitate avansează și necesită cerințe suplimentare în raport cu gradul de asigurare cu personal medical și comunitar. Educația medicală continuă este reglementată prin Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic²⁶, potrivit căreia fiecare medic este responsabil să acumuleze un anumit număr de ore de educație continuă și să susțină cu succes un examen o dată la fiecare 5 ani, pentru reconfirmarea calificării sau obținerii unei noi calificări. În cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu” există Facultatea de Educație

¹⁹ PNRT, Raport privind realizarea "Programului Național de control al tuberculozei pentru anii 2016 - 2020", 2020, https://simetb.ifp.md/Download/tbreps.excel/raport_2020.pdf

²⁰ Raport nepublicat- Evaluarea implicării organizațiilor neguvernamentale (ONG) în controlul TB în Republica Moldova, 2017

²¹ AFI, Implicarea organizațiilor non-guvernamentale în controlul tuberculozei în Republica Moldova, Chișinău, 2018,

[http://afi.md/pic/uploaded/partner_logos/Brosura%20B5%20AFI%20Controlul%20TB%20\(4\).pdf](http://afi.md/pic/uploaded/partner_logos/Brosura%20B5%20AFI%20Controlul%20TB%20(4).pdf)

²² WHO, Report of a WHO consultation meeting to enhance the engagement of communities, nongovernmental and other civil society organizations in implementing the end TB strategy, 11-13 November 2015, Addis Ababa, Ethiopia

²³ Raport nepublicat- Evaluarea implicării organizațiilor neguvernamentale (ONG) în controlul TB în Republica Moldova, 2017

²⁴ Jelamschi N., Nichita S., Barbă O. ș.a. Raport de studiu: Potențialul uman din sistemul sănătății implicat în acordarea asistenței medicale în ftiziopneumologie. Chișinău, 2012

²⁵ Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, ORDIN Nr. 100 cu privire la Normativele de personal medical, 10 martie 2008

http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_nr_100_din_10.03.2008.pdf

²⁶ Parlamentul Republicii Moldova, LEGE Nr. 264 din 27.10.2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic, Monitorul Oficial Nr. 172-175, art.Nr: 839, 2005

<http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=313062&lang=1>

Medicală Continuă, în cadrul căreia sunt organizate instruirii și sunt susținute examene. Instruirea și formarea continuă nu satisface totalmente cerințele profesiei medicale (politici noi, conlucrarea cu serviciile sociale, comunicarea eficientă cu pacienții, implementarea modelului centrat pe nevoile persoanei, nediscriminare, aspect etice etc.). În paralel, există formarea realizată din sursele FG axată preponderent pe politici noi în controlul TB, toate fiind coordonate și aprobate prin acte normative. În context, politicile de pregătire/instruire în domeniul TB pentru OSC, autoritățile publice locale, personalul non-medical și social sunt caracterizate prin sporadicitate și frecvență redusă, personalul din cadrul OSC fiind dependent de suportul partenerilor străini atât la capitalul formare, cât și la salarizare.

Începând cu anul 2004, fondurile pentru asigurările obligatorii de asistență medicală au devenit fundamentul finanțării sectorului de sănătate din țară. Actualmente, Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) este unicul cumpărător al serviciilor de sănătate, ceea ce permite separarea funcțiilor de cumpărare și prestare, iar plățile pentru servicii sunt efectuate în bază de contractare. Deși legislația națională prevede și bază pentru contractarea socială, experiența existentă în alte sectoare este fragmentată și nu se aplică în sectorul de sănătate. În Republica Moldova nu există nomenclatorul serviciilor în fiziopneumologie. Este dificil de cuantificat și de evaluat, inclusiv de divizat, prioritățile sectorului guvernamental și implicarea eventuală a organizațiilor societății civile. Totodată, OSC sunt beneficiari secundari ai granturilor FG pentru servicii de prevenire și asistență în TB. În pofida implicării de lungă durată ale acestora, OSC continuă să-și desfășoare activitatea într-un impas juridic, fără un cadru clar de reglementare ce ar stipula tipul de servicii pe care acestea ar putea să le presteze, dar și posibilitatea contractării de către CNAM pentru tipul de serviciu prestat din fondul de bază, similar instituțiilor medicale. Programele derulate în sistemul penitenciar, cele de suport în continuitatea tratamentului TB după eliberare și cele din Transnistria sunt realizate în continuare exclusiv din resursele donatorilor. În corespundere cu prevederile Ordinului MS nr. 894 din 25.11.2015 „cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare departamentale”²⁷ MJ, Ministerul Apărării (MA), Ministerul Afacerilor Interne (MAI), în jurisdicția cărora intră poliția, grănicerii și izolatoarele de detenție preventivă și alte entități guvernamentale, dețin propriile structuri paralele de asistență medicală. Bugetul acestora vine de la ministerele respective, inclusiv și pentru activitățile privind TB. În acest sens, echivalența serviciilor medicale și disponibilitatea suportului motivațional, indiferent de locul aflării pacientului, asigurarea continuității și monitorizării tratamentului, inclusiv după liberarea din detenție, sunt provocări majore cu care se confruntă sistemul de sănătate.

Fortificarea capacităților sistemului de sănătate pentru un răspuns eficient la TB reprezintă un element organizațional important la toate nivele și structurile. Deși mai multe acte legislative și normative prevăd activități multidimensionale și intersectoriale, se constată o conlucrare limitată atât în interiorul sistemului de sănătate între serviciile de AMP, sănătate publică și fiziopneumologie, precum și în rândul actorilor comunitari (APL, OSC).

Mecanisme de implicare multisectorială

În Republica Moldova, mecanismul de comunicare și coordonare este CNC TB/SIDA prezidat de MS. CNC își desfășoară activitatea în baza unui parteneriat între instituțiile de stat, patronate, organizațiile internaționale și neguvernamentale, inclusiv comunitățile afectate de HIV și TB, respectând principiile transparenței și colaborării reciproce. Actualmente, în componența CNC sunt 29 membri cu drept de vot, inclusiv 13 persoane din partea societății civile, care participă la luarea deciziilor ce țin de dezvoltarea și promovarea politicilor naționale de sănătate în domeniul TB, HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS).²⁸ La fel, în componența CNC sunt reprezentate comunitățile-cheie afectate – TB, HIV, persoane care consumă droguri (PCD) de pe ambele maluri ale râului Nistru. Astfel, comunitatea afectată de TB este reprezentată de președintele Platformei TB și 2 reprezentanți ai comunității TB de pe ambele maluri ale râului Nistru. Președintele Platformei TB este membru cu drept de vot al CNC TB/HIV din 2015. Nivelul decizional al CNC este susținut și de Comisia Națională de Experti (CNE), mandatul căreia ține de asigurarea procesului de supervizare programatică a programelor naționale (PN) în domeniu și a granturilor FG. Componența CNE este constituită din 9 persoane cu drept de vot, dintre care 2 reprezentanți ai comunităților afectate (TB și HIV).²⁹ La nivel operațional, activitatea CNC este realizată prin intermediul a trei GTL: GTL controlul HIV/SIDA/ITS, GTL controlul TB și GTL mixt TB/SIDA în care există o implicare considerabilă a OSC și a comunităților în luarea deciziilor (membri cu drept de vot), dar și invitați permanenți. Pe parcursul anului 2020³⁰, membrii GTL s-au convocat (separat/de comun) de peste 20 de ori pentru a discuta diverse aspecte: de la actualizări privind implementarea proiectelor, până la noi oportunități de finanțare și proiecte de PN pentru 2021-2025. Rezultatele consolidate ale instrumentului Threshold

²⁷ Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, ORDIN Nr. 894 cu privire la aprobarea Nomenclatorului instituțiilor medico-sanitare departamentale, 25 noiembrie 2015.

http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ord_nr_894_din_25.11.2015_-cu_privire_la_aprobarea_nomenclatorului_imsd_departamentale.pdf

²⁸ Membrii Consiliului Național de Coordonare a Programelor naționale de prevenire și control al TB/HIV/SIDA/ITS. În conformitate cu modificările aprobate la ședința CNC TB/SIDA din 12 aprilie 2018. <http://www.ccm.md/membri-cnc-tb-sida>

²⁹ Membrii Comisiei Naționale de Experti, în conformitate cu prevederile Hotărârii CNC TB/SIDA din 09/06/2013, ultima actualizare a componenței membrilor CNE din 07 iunie 2018. <http://www.ccm.md/Comisia-nationala-experti-membri>

³⁰ Consiliul Național de Coordonare a Programelor Naționale de profilaxie și control al infecției HIV/SIDA, infecțiilor cu transmitere sexuală și de control al tuberculozei, Raport Anual de Activitate, 2020. http://www.ccm.md/sites/default/files/2021-06/Raportul%20anual%20CCM%202020_fin_0.pdf

Tool, elaborate pentru evaluarea CNC în vederea îmbunătățirii responsabilităților esențiale, a determinat performanța îndeplinirii indicatorilor pentru următoarele funcții: supervizare - 83%, implicare - 58%, poziționare - 33% și operaționalizare - 83%. Aceste scoruri indică existența unei platforme de dialog funcționale, dar, totodată, ponderea de 33% în poziționare deduce rolul pasiv ori de subordonare în procesul de luare a deciziilor la nivel național.

În Republica Moldova, pe lângă cele menționate, există o structură neformală de dialog și comunicare pentru organizațiile active în controlul HIV și TB și a comunităților afectate – Comitetul Populațiilor-cheie afectate (Key Affected Populations - KAP). Comitetul KAP este constituit din reprezentanți ai comunităților-cheie afectate de TB și HIV – persoane care trăiesc cu HIV, persoane afectate de TB, PCD, bărbați care fac sex cu bărbați (BSB) și lucrători/oare sexuale (LS). În contextul PN TB și HIV, Comitetul KAP reprezintă o platformă importantă în vederea formulării și promovării unei poziții comune a comunităților afectate în legătură cu provocările cu care se confruntă grupurile afectate, încurajării schimbului de experiențe, precum și identificării unor intervenții, soluții și implicării active în procese la nivel național.

Mecanisme de finanțare pentru răspunsul TB bazat pe comunitate

Reprezentanții comunităților care se asociază, în contextul Republicii Moldova, în cadrul OSC (este necesară înregistrarea oficială conform legislației în vigoare) pot accesa fonduri în limitele oportunităților și resurselor disponibile în temeuri similare ca și pentru alte OSC fără dispoziții legale și politice specifice. În perioada 2016-2021, intensitatea, dar și finanțarea programelor destinate grupurilor-cheie vulnerabile a oscilat semnificativ, cunoscând căderi, dar și o creștere considerabilă odată cu semnarea acordului de finanțare din partea FG pentru anii 2021-2023. Legislația actuală a Republicii Moldova nu interzice implicarea OSC în activități de control și profilaxie ale TB, însă unele prevederi din legislație sunt confuze și creează impedimente în aplicarea practică. Spre deosebire de serviciile sociale, nomenclatorul serviciilor medicale, inclusiv și pentru TB, care ar include costurile serviciilor TB și a prestatorilor de servicii, nu este elaborat, iar mecanisme de finanțare sustenabile de stat nu au fost deocamdată dezvoltate. Standarde de acreditare ale OSC pentru prestarea serviciilor medicale, la moment, nu există. Respectiv, sunt necesare condiții clare de finanțare, inclusiv din diferite surse, identice fluxurilor financiare din bugetul PNRT³¹. Costurile serviciilor TB pentru furnizorii neguvernamentali, precum și standardele de calitate, sunt în curs de dezvoltare, în conformitate cu pachetul de sprijin standardizat cuprinzător al TBEC și al OMS.³² MS și MJ nu oferă programe de granturi pentru a putea fi accesate de către OSC active în domeniul sănătății, spre deosebire de alte Ministere (Educație, Sport, Tineret, Economie)³³, însă există practici când APL de nivelul întâi (reprezentate de Consiliile locale și orașenești) depun eforturi pentru susținerea sectorului asociativ pentru ca finanțele publice să devină treptat și o resursă pentru inițiativele OSC. În condițiile unor mecanisme de finanțare imperfecte, există în continuare provocări în asigurarea sustenabilității realizării activităților TB în contextul tranziției de la resursele FG la finanțarea din bugetele naționale, și, în special, pentru programele de depistare, suport pentru aderență, activități cu populații-cheie, precum deținuții, activități în Transnistria etc. Chiar dacă există experiență de contractare pentru realizarea programelor de depistare activă în rândul populațiilor-cheie din resursele CNAM, în anul 2020-2021, pentru OSC de pe malul drept,³⁴ intervențiile implementate de societatea civilă per ansamblu atât pe malul drept, cât și pe cel stâng, destinate populațiilor-cheie, rămân expuse riscurilor de subfinanțare.

Programe de răspuns la TB bazate pe comunitate

Recunoscând rolul societății civile și al grupurilor comunitare în procesele de elaborare ale PN HIV/SIDA și TB și a Cererii de finanțare către FG, Comitetul KAP în colaborare cu Secretariatul CNC TB/SIDA și UNAIDS, a depus o cerere către Programul de Asistență Tehnică al FG CRG³⁵ pentru a consolida participarea grupurilor-cheie la dezvoltarea Cererii de finanțare către FG pentru perioada 2021-2023. Raportul privind fortificarea implicării comunităților HIV și TB în scrierea aplicației Republicii Moldova către FG 2021-2023³⁶ a fost transmis ca parte integră a aplicației de țară. Prin intermediul OSC³⁷ au fost testate instrumente inovative de suport ale tratamentului TB videoasistat³⁸ (VOT/VST), care, pe durata pandemiei COVID-19, a fost preluat și extins la nivel național. În Republica Moldova, se remarcă o implicare semnificativă a OSC și a comunităților afectate de TB în monitorizarea studiilor clinice și cercetărilor

³¹ Societatea Moldovei împotriva Tuberculozei, Analiza Oportunităților de Finanțare a Organizațiilor Neguvernamentale Active în Domeniul Tuberculozei din Fondurile Naționale în Republica Moldova, Bălți, 2020 <https://smitmd.wordpress.com/2020/04/30/analiza-oportunitatilor-de-finantare-a-organizatiilor-neguvernamentale-active-in-domeniul-tuberculozei-din-fondurile-nationale-in-republica-moldova/>

³² EECA Regional Policy Document «Transition to People-centred Model of TB Care: Role of Civil Society and Affected Communities» – TB Europe Coalition, 2020

³³ Societatea Moldovei împotriva Tuberculozei, Analiza Oportunităților de Finanțare a Organizațiilor Neguvernamentale Active în Domeniul Tuberculozei din Fondurile Naționale în Republica Moldova, Bălți, 2020 <https://smitmd.wordpress.com/2020/04/30/analiza-oportunitatilor-de-finantare-a-organizatiilor-neguvernamentale-active-in-domeniul-tuberculozei-din-fondurile-nationale-in-republica-moldova/>

³⁴ Ibidem

³⁵ <https://www.theglobalfund.org/en/funding-model/throughout-the-cycle/community-rights-gender-technical-assistance-program/>

³⁶ IDOM, *Strengthening the Engagement of TB And HIV Communities in the Republic of Moldova in the Context of the Country Application for the Global Fund Support 2021-2023*, Chisinau, Iunie 2020 http://ccm.md/sites/default/files/inline-files/ENG_Report_TB-HIV_IDOM_29_06_2020_Final%5B1%5D.pdf

³⁷ Luke Ravenscroft et al, Video-observed therapy and medication adherence for tuberculosis patients: randomised controlled trial in Moldova, *European Respiratory Journal* Aug 2020, 56 (2) 2000493; DOI: 10.1183/13993003.00493-2020

³⁸ United Nations Development Programme, Video observation transforms the treatment of tuberculosis in Moldova, 2018, <https://www.md.undp.org/content/moldova/en/home/stories/observarea-video-revolutiuneaz-tratamentul-tuberculozei-in-moldov.html>

operaționale (STREAM II, ZeNix). Pregătirea reprezentanților OSC și a cercetătorilor la Școala de Sănătate Publică, întâlnirile trimestriale de lucru cu întreaga comunitate științifică, vizând starea actuală de implementare a activităților de cercetare, permit aplicarea unor standarde uniforme pentru efectuarea cercetărilor și îmbunătățirea calității acestora.

1.3 Drepturi

Drepturile omului se referă, în principal, la relația dintre individ și stat, dar includ și responsabilitatea actorilor neguvernamentali. Obligațiile guvernamentale față de drepturile omului se încadrează, în general, în principiile respectului, protecției și realizării. Dreptul la sănătate, formulat ca fiind cel mai înalt standard de sănătate fizică și mentală, este consacrat în Constituția OMS, Declarația Universală a Drepturilor Omului (articolul 25), Pactul internațional privind drepturile economice, sociale și culturale (articolul 12) și mai nou, în Declarația drepturilor persoanelor afectate de tuberculoză (2019). Protejarea dreptului la viață prin normele interne și internaționale constituie un imperativ și, în același timp, o necesitate, deoarece reprezintă un atribut fundamental al persoanei, a cărui ocrotire este strâns legată și determină protejarea celorlalte atribute ale persoanei: integritatea corporală, sănătatea, libertatea etc. Astfel, statul este obligat să ia măsuri pentru protejarea vieții prin măsuri necesare eradicării bolii și asigurării accesului la îngrijire. În conformitate cu prevederile legale, obligațiile asumate în cadrul angajamentelor internaționale, regionale și actelor normative interne, guvernele trebuie să respecte, să protejeze și să asigure realizarea drepturilor omului. Acestea din urmă sunt drepturi indivizibile, interdependente și interconectate. Aceasta înseamnă că toate drepturile sunt la fel de importante, depind unul de altul și sunt strâns legate între ele. Respectiv, privarea unei persoane de un drept, ar putea să-i afecteze și alte drepturi. În context, *Declarația persoanelor afectate de TB*, elaborată de comunitatea globală a fost adaptată la contextul Republicii Moldova³⁹. Întrucât conținutul acestei declarații confirmă și acoperă legislația internațională și regională care se referă la drepturile omului privind aplicarea dispozițiilor legii și clarificarea obligațiilor juridice ale statelor, inclusiv a celor care reies din totalitatea convențiilor, declarațiilor și pacturilor internaționale, ratificate și de Republica Moldova, aceasta devine un document de căpătâi pentru realizarea drepturilor omului în contextul TB.

Protecția drepturilor fundamentale ale omului

PNCT 2016-2020 s-a concentrat pe reducerea poverii TB în Republica Moldova, în special, a TB DR, prin asigurarea accesului universal la servicii de calitate pentru prevenire, diagnostic, tratament și implementarea intervențiilor centrate pe nevoile persoanei.⁴⁰ PNRT 2021-2025 axat pe diminuarea poverii TB în Republica Moldova prin reducerea mortalității cu 75%, incidenței TB cu 50% (comparativ cu datele din 2015) și zero costuri catastrofale pentru pacienți, are un obiectiv specific care prevede adoptarea politicilor și implementarea abordării centrate pe persoană, reducerea poverii determinantelor sociale, ajustarea mecanismelor de finanțare la modelul centrat pe persoană la fiecare nivel de asistență, cu implicarea OSC și a persoanelor afectate de TB.⁴¹ În aceste condiții, în Republica Moldova nu există bariere legislative pentru realizarea activităților PNRT. Totodată, o provocare rămâne a fi realizarea și monitorizarea activităților administrației locale în regiunea transnistreană, care controlează o parte din teritoriul țării aflat pe malul stâng al râului Nistru, cu o populație de cca 500 mii oameni.

Reglementări specifice legate de drepturile, responsabilitățile și serviciile de sănătate

În Republica Moldova există drepturi care protejează și asigură egalitatea, nediscriminarea, autonomia decizională, libertatea, protecția persoanei, sănătatea reproducerii etc., care sunt aplicabile tuturor persoanelor, precum și dispoziții legislative specifice persoanelor diagnosticate cu TB. Dreptul la sănătate are două aspecte importante. Primul include servicii și sistemul de asistență medicală. Dreptul la asistență medicală stabilește accesibilitatea la servicii de sănătate. În cazul TB, acest fapt înseamnă că sistemul de sănătate are baza necesară pentru prevenirea, diagnosticul și tratamentul TB; resurse, inclusiv preparatele necesare pentru tratamentul TB, echipamente și consumabile pentru diagnosticul TB; precum și servicii și programe, inclusiv un buget alocat pentru întreținerea lucrătorilor din domeniul sănătății și a PNRT. Al doilea aspect al dreptului la sănătate privește factorii determinanți ai sănătății. Aceasta include mai multe drepturi ale omului legate de sănătate. De exemplu, dreptul la hrană, apă potabilă sigură și salubritate adecvată, dreptul la o locuință adecvată, condiții de muncă securizate și accesul la educația pentru sănătate.

³⁹ TB People, Stop TB Partnership, Declarația Drepturilor Persoanelor Afectate de Tuberculoză, mai 2019, <https://smitmd.wordpress.com/2021/06/18/declaratia-drepturilor-persoanelor-afectate-de-tuberculoza/>

⁴⁰ Guvernul Republicii Moldova, HOTĂRÂRE Nr. 1160 din 20-10-2016 privind aprobarea Programului național de control al tuberculozei pentru anii 2016-2020, Monitorul Oficial Nr. 369-378 art. 1160, 28 octombrie 2016, https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=111654&lang=ro

⁴¹ Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, ORDIN Nr. 432 din 11 mai 2022 cu privire la implementarea Programului Național de răspuns la tuberculoză pentru anii 2022-2025, https://simetb.ifp.md/Download/oficial_docs/Ordin_MS_2022_05_11_nr_432_implementare_PNCTB.pdf

Accesul la servicii medicale de urgență și asistență medicală primară este universal, indiferent de prezența asigurării, de altfel ca și accesul la toate serviciile legate de aspectele majore de sănătate publică, cum ar fi HIV/SIDA, TB și imunizările. Tratamentul și diagnosticul TB pentru toți pacienții este garantat de stat, iar tratamentul în condiții de staționar specializat în ftiziopneumologie se desfășoară în IMSP IFP „Chiril Draganiuc”, IMSP Spitalul Clinic Municipal Chișinău, IMSP Spitalul Clinic Municipal/Dispensarul de Ftiziopneumologie Bălți. Conduita cazurilor este stabilită prin Protocoalele Clinice Naționale actualizate la necesitate atât pentru serviciul de ftiziopneumologie, cât și pentru AMP aliniată cu recomandările OMS 2020. Cu toate acestea, actualizarea frecventă a recomandărilor OMS necesită noi modificări la nivel național. Începând cu anul 2012, în țară sunt aplicate metodele GeneXpert, cu o extindere universală către finele 2015, inclusiv în sistemul penitenciar și pe malul stâng. Toți angajații PNRT sunt angajații IMSP IFP „Chiril Draganiuc” și raportează directorului instituției. La nivelul instituției, în baza contractului cu CNAM, totuși nu există o linie bugetară dedicată pentru executarea funcțiilor legate de coordonarea PNRT. În consecință, coordonatorul este doar indirect responsabil în fața MS. Potrivit legii, PNRT este o autoritate limitată pentru a implementa activități în domeniul TB, deoarece nu deține statut oficial, aceasta fiind una dintre principalele provocări de-a lungul anilor⁴².

Un alt subiect ce ar putea fi evidențiat este reorganizarea treptată a serviciilor TB pentru dezvoltarea modelului de îngrijire, cu creșterea ponderii AMP și asistenței sociale în condiții de comunitate/ambulator și reducerea asistenței spitalicești specializate cu scopul redirecționării fondurilor obținute pentru oferirea serviciilor complexe și centrate pe persoană. Din anul 2004, rețeaua AMP este implicată în activitățile de prevenire și profilaxie TB, inclusiv prin formarea și examinarea grupurilor cu risc și vigilență sporită, depistarea, dar și efectuarea, respectiv monitorizarea tratamentului în condiții de ambulator. Astfel, AMP îi revine sarcina de consolidare a eforturilor sub aspectul oferirii serviciilor eficiente atât pentru persoanele asigurate, cât și pentru cele neasigurate din comunitate. De menționat că modul prin care CNAM plătește prestatorii de servicii medicale are implicații directe asupra performanței PNRT⁴³.

Mai multe analize de context delimitează un șir de aspecte, care necesită soluționare în vederea continuității asigurării serviciilor de calitate. Analiza datelor prezentate într-un studiu⁴⁴ arată că volumul de muncă a lucrătorilor din asistența medicală specializată de ambulator (AMSA) variază în funcție de raion și nu este distribuit în mod egal și echitabil pe teritoriul țării, iar Republica Moldova se confruntă cu dezechilibre în ceea ce privește numărul și tipurile de resurse umane implicate în controlul TB. Motivele pot fi diferite în funcție de raion și necesită o analiză detaliată a rolurilor și a performanței părților interesate implicate la diferite niveluri. Astfel, abordarea prestării serviciilor ar putea avea un spectru mai larg prin elaborarea standardelor minime de calitate pentru TB (AMSA, AMP), revederea/ajustarea tarifelor pentru serviciile medico-sanitare la nevoile serviciului ftiziopneumologic (anexa nr.3 la Hotărârea Guvernului nr. 1020 din 29.12.2011⁴⁵); ajustarea indicatorilor de performanță pentru AMP, inclusiv a modalităților de plată etc. În acordarea serviciilor de asistență TB este implicată și rețeaua de instituții medicale private (IMP) care prestează servicii de AMP și AMSA. În acest sens, se menționează prezența unor discrepanțe legislative privind *supravegherea și tratamentul bolnavilor cu boli contagioase periculoase*⁴⁶, la care se referă și TB, în cadrul IMP, aceasta fiind prerogativa exclusivă a sectorului guvernamental.⁴⁷ Având în vedere tendința de dezvoltare a sectorului privat în domeniul asistenței medicale, sunt necesare măsuri pentru asigurarea funcționării PNRT la nivelul acestui sector pentru un răspuns eficient al TB în conformitate cu recomandările OMS.

Severitatea epidemiei de TB în Republica Moldova este condiționată de diversitatea problemelor socio-economice cu care se confruntă pacienții și familiile acestora. Studiul privind *eficacitatea tratamentului printre pacienții cu tuberculoză, care au beneficiat de stimulente*, (2013) demonstrează că oferirea acestora pe parcursul tratamentului a crescut cu 10% rata succesului⁴⁸. Nevoile pacientului sunt multidimensionale, iar serviciile medicale și de suport prevăzute de legislație sunt insuficiente pentru acoperirea acestor nevoi. Din anul 2014, persoanele cu TB de pe malul dreapt al râului Nistru au acces universal la suport motivațional pe perioada tratamentului ambulator oferit prin intermediul CNAM prin plata „retrospectivă per serviciu/produs” în limitele bugetului contractat pentru acoperirea cheltuielilor pentru alimentație și transport public de la/la domiciliu pentru tratamentul TB în condiții de ambulator. Astfel, persoanele aderente la TB beneficiază de tichete alimentare și rambursarea cheltuielilor de transport pentru a se deplasa la instituția curativă reponsabilă de tratamentul ambulator⁴⁹. De menționat că sunt notificate deficiențe la nivel de implementare a acestor mecanisme legate de competențele manageriale care duc la bariere de accesare a acestui suport

⁴² Health workforce for tuberculosis treatment and support in the Republic of Moldova Assessment report, May 2017, <https://pas.md/en/PAS/Studies/Details/171>

⁴³ Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, ORDIN Nr. 1311/377 din 30 decembrie 2020 privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2021, Monitorul Oficial Nr. 13-20 art. 45, 22 ianuarie 2021, https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=126234&lang=ro

⁴⁴ Health workforce for tuberculosis treatment and support in the Republic of Moldova Assessment report, May 2017, <https://pas.md/en/PAS/Studies/Details/171>

⁴⁵ Guvernul Republicii Moldova, HOTĂRÎRE Nr. 1020 din 29 decembrie 2011 cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare, Monitorul Oficial Nr. 7-12 art Nr. 25, 13 ianuarie 2012 <http://lex.justice.md/md/341845/>

⁴⁶ Paerlamentul Republicii Moldova, LEGE Nr. 845 din 03.01.1992 cu privire la antreprenoriat și întreprinderi, Monitorul Parlamentului Nr. 2 art Nr. 33, 28 februarie 1994

<http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=311735>

⁴⁷ Hotărârea Guvernului nr. 582 din 17.08.1995 „Cu privire la reglementarea monopolurilor”, Anexa 2 <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=296512>

⁴⁸ Ciobanu A, Domete L, Soltan V, et al. Do incentives improve tuberculosis treatment outcomes in the Republic of Moldova?. Public Health Action. 2014;4(Suppl 2):S59-S63. doi:10.5588/pha.14.0047

⁴⁹ Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, ORDIN nr. 99/52A din 15 februarie 2017 cu privire la unele intervenții de creștere a aderenței la tratamentul antituberculos în condiții de ambulator https://simeth.ifp.md/Download/oficial_docs/Ordin_MS_2017_02_15_nr_99_interventii_aderenta.pdf

și care necesită de urgență eficientizarea mecanismului pentru a corespunde așteptărilor pacienților. Sprijinul psihosocial este oferit atât prin intermediul Centrelor comunitare din raioanele unde au fost alocate bugete locale, cât și prin OSC, în principal din surse externe. Odată cu încheierea programului FG 2016-2018, persoanele din detenție nu mai beneficiază de un echivalent al unei astfel de practici. Suportul social pentru pacienții cu TB de pe malul stâng al râului Nistru este în continuare oferit din resursele FG, dar nu există claritate privind preluarea mecanismului de suport odată cu tranziția de la FG la resursele locale.

Organizarea sistemului social (prestații, ajutoare materiale) se realizează după criteriul de vulnerabilitate, starea de sănătate (TB ca boală) nefiind un semn de eligibilitate. În rezultat, acordarea prestațiilor și serviciilor sociale doar după criteriul de vulnerabilitate nu permite includerea directă a pacientului cu TB în sistemul actual de servicii sociale. Astfel, conform actelor normative în vigoare, în lista persoanelor social-vulnerabile (aflate în dificultate) nu se regăsește pacientul cu TB, fiind prezenți pacienții cu infecția HIV SIDA, cu probleme de sănătate mintală, PCD și alcool. În calitate de persoană din grupul vulnerabil după criterii generale, pacientul sau familiile în componența cărora sunt persoane cu TB pot beneficia de un ajutor material unic anual. Respectiv, sunt necesare mecanisme de identificare și referire a pacienților și familiilor acestora pentru suport pe întreaga durată a tratamentului. În context, se impune implementarea managementului de caz în conduita persoanelor afectate de TB, inclusiv a copiilor.

De asemenea, se conturează necesitatea de intervenții în cadrul serviciilor de asistență socială în vederea sensibilizării opiniei publice prin informare, comunicare, promovarea unui mod sănătos de viață printre membrii comunității, oferirea suportului în realizarea activităților privind TB la nivelul comunității, în special, orientate spre migranți, persoane vulnerabile și familiile acestora, dar și creșterea responsabilizării pacientului prin intervenții complexe medico-socio-psihologice, integrarea în comunitate pe durata tratamentului, dar și suport pentru post-tratament. În Republica Moldova, conform reglementărilor actuale, migranții au acces limitat la TARV la sosirea în țară, deoarece, pentru acces, trebuie să dețină codul personal (IDNP) care este alocat numai după obținerea permisului de ședere, proces care poate dura și câteva luni, venind în contradicție cu prevederile Ordinului MAI nr. 354/2015, cât și nr. 345/2014 cu privire la aprobarea instrucțiunii cu privire la modalitatea de îndreptare, recepționare, investigare medicală și tratament a solicitanților de azil, beneficiarilor de protecție umanitară și a străinilor plasați în Centrul de Plasament Temporar al Străinilor, care prevăd expres realizarea examinării medicale primare obligatorii în scopul profilaxiei maladiilor ce pun în pericol sănătatea publică (TB, lues, HIV, hepatitele virale), cu înregistrarea în fișa de ambulator pentru supravegherea medicală ulterioară.

Principiile de bază ale ONU privind tratamentul deținuților⁵⁰ prevăd acces la serviciile de sănătate disponibile în țară, fără discriminare pe baza situației lor juridice, iar serviciile de sănătate din penitenciare trebuie să respecte standardele profesionale, etice și tehnice echivalente cu cele aplicabile serviciilor de sănătate publică din comunitate. Astfel, recomandările internaționale prevăd expres accesul deținuților la testarea benevolă la HIV, hepatite virale și ITS, în orice moment de aflare în detenție. Respectiv, caracterul obligatoriu al controlului pentru depistarea maladiilor infecțioase în locurile de detenție ține mai mult de angajamentul administrației și de impunerea unor proceduri operaționale standard de realizare, dar fără limitarea drepturilor pacientului.⁵¹ Rapoartele Consiliului pentru prevenirea torturii (CPT) privind locurile de detenție menționează provocări substanțiale în controlul și îngrijirea bolilor transmisibile, inclusiv TB, fiind identificate cazuri de TB diagnosticate tardiv și tratate neconform (inclusiv cu încălcarea principiului de supraveghere directă a tratamentului TB).

Un șir de acte normative prevăd servicii integrate TB/HIV. Ordinul MS nr. 1080/2014, modificat prin Ordinul nr. 411/2017 și Ordinele MSMPS nr. 440 și 441 din 05.05.2020 privind aprobarea PCN „Tuberculoza la copil” (PCN-55)⁵² și, respectiv, „Tuberculoza la adult” (PCN-123), prevăd includerea persoanelor cu HIV/SIDA în rândul persoanelor cu risc sporit pentru TB și prescriu efectuarea anuală obligatorie a examenului radiologic. De notat că lista persoanelor pentru examinarea medicală este întocmită la nivelul AMP, iar actele normative enumerate nu prevăd și nici nu fac referință la reglementări cu privire la protecția datelor cu caracter personal și nici nu descriu mecanismul examinării grupurilor cu risc în acest context. Totodată, conform prevederilor Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală,⁵³ examinarea radiologică a persoanelor din grupurile cu risc pentru TB este gratuită, în cazul serviciilor profilactice oferite de către AMP acordată de medicul de familie în comun cu echipa sa. În caz de TB, persoanele în TARV și farmacoterapie cu metadonă sunt nevoite frecvent să se deplaseze după medicamente, procedurile instituționale nu prevăd mecanisme de asigurare a continuității tratamentului, iar serviciile integrate la nivel de staționar sunt slab dezvoltate. Mecanismul furnizării continue de servicii medicale și de reducere a riscurilor prin aplicarea acțiunilor

⁵⁰ General Assembly resolution 45/111, Basic Principles for the Treatment of Prisoners, december 1990,

<https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/BasicPrinciplesTreatmentOfPrisoners.aspx>

⁵¹ Consiliul pentru Prevenirea Torturii, *Raport anual de activitate 2018*, http://ombudsman.md/wp-content/uploads/2019/07/Raport-anual-de-activitate-CpPT-2018_Romana.pdf

⁵² <http://89.32.227.76/files/15667-PCN-123%2520Tuberculoza%2520la%2520adult.pdf>

⁵³ Hotărârea Guvernului nr. 1387/2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=122818&lang=ro#

consolidate, în cazul sarcinii duble / triple (coinfecția HIV și TB, dependența de opioide) la nivel de management și activități centrate pe pacient, rămâne a fi dificil.

Toți copiii cu TB sub 18 ani sunt tratați în secția pentru copii a IMSP Spitalul clinic municipal de ftiziopneumologie Chișinău. Echivalența abordării în cazul copiilor cu TB și al adulților cu TB în ceea ce privește promovarea tratamentului ambulatoriu și centrat pe comunitate pare a fi neuniformă (spitalizarea copiilor, plasarea în centrele de reabilitare), fiind aplicată practica de separare a copiilor de părinți/persoane care îi îngrijesc, adesea în baza statutului socio-economic și de infectare cu TB și plasare în centre de reabilitare. Aceste centre de reabilitare sunt destinate în principal copiilor din familii sărace sau marginalizate. Membrii misiunii de evaluare OMS consideră că nu este necesară plasarea copiilor în astfel de centre; în opinia lor, tratamentul și sprijinul social pentru astfel de copii se organizează cel mai bine în familii de plasament sau în comunele din sat.

*Legea nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei*⁵⁴, limbajul folosit în unele acte legislative și normative, este depășit și trebuie actualizat, iar legea de bază trebuie revizuită, asigurând, în același timp, sincronizarea cu toate actele legate de TB, pentru a asigura și a facilita accesul la diagnostic, tratament și suport, în special, pentru persoanele vulnerabile; să garanteze ocuparea forței de muncă, accesul la justiție și garanții sociale, asigurarea implementării programelor de educație juridică, reducerea stigmatizării și discriminării, organizarea de instruire pentru furnizorii de servicii privind drepturile omului și etica.

Reglementarea proprietății intelectuale și a legilor conexe

La nivel de acoperire financiară privind asigurarea cu medicamente antituberculoase, din anul 2013, din sursele bugetare ale MS și, separat, a MJ, sunt procurate 100% de medicamente antituberculoase de linia întâi, iar, începând cu 2014, se realizează procurarea graduală de medicamente de linia a doua. Procurarea separată a medicamentelor pentru ANP este o barieră prin (i) riscul neprezentării ofertelor pentru toate schemele de tratament și (ii) prețuri mari, dată fiind cantitatea mică a medicamentelor. La fel, există procurări realizate de autoritățile autoproclamate în regiunea din stânga Nistrului și subfinanțare considerabilă a Programului teritorial TB. TB DR determină costuri financiare severe pentru asigurarea cu medicamente antituberculoase, inclusiv a celor de generație nouă. Accesul la medicamentele inovative, protejate prin brevete, este caracterizat prin prețuri ridicate. Cadrul legal existent trebuie ajustat în contextul asigurării accesului la tehnologii noi, inclusiv medicamentele antituberculoase inovative pentru atingerea echitabilă și cât mai rapidă a unui număr cât mai mare de pacienți care au nevoie de aceste medicamente⁵⁵ care presupune armonizarea legislației din domeniul protecției invențiilor și accesului la medicamente (Declarația de la Doha (TRIPS), excepția Bolar) și elaborarea cadrului de desfășurare a achizițiilor centralizate publice din resurse naționale pentru identificarea alternativelor de procurare în cazul medicamentelor inovative scumpe cu un singur producător, dar și a cantităților mici pentru a maximiza cost-eficacitatea unor astfel de produse. Realizarea unui tratament continuu pentru pacienții cu TB DR impune și necesitatea asigurării cu medicamente pentru cuparea reacțiilor adverse la medicamentele antituberculoase, actualmente fiind asigurate numai la nivel de staționar, creând dificultăți pentru asigurarea continuității tratamentului în condiții de ambulator și în contextul serviciilor ancorate în comunitate.

Legi punitive

Criminalizarea pacienților cu TB care evită tratamentul este o strategie inefficientă de combatere și prevenire a tuberculozei, având ca efect încălcarea drepturilor fundamentale ale omului care face mai dificilă lupta împotriva răspândirii TB. În Republica Moldova există prevederi privind izolarea coercitivă, menționate în *Regulamentul privind modul de aplicare a spitalizării temporare coercitive în instituțiile medicale specializate antituberculoase a persoanelor bolnave de tuberculoză în formă contagioasă, care refuză tratamentul*⁵⁶, *Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995*⁵⁷ și *Legea nr. 153/2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei*⁵⁸ cu aplicare în temeiul unei hotărâri judecătorești. Externarea din instituțiile medicale specializate antituberculoase a persoanelor cărora li s-a aplicat prevederile art. 95 din Codul penal al Republicii Moldova, nr.985-XV, din 18 aprilie 2002, de asemenea, se face numai prin hotărârea instanței de judecată, în baza avizului comisiei medicale a instituției, care, concomitent, se expediază și la IMSP de la locul de trai al persoanei. Aceste prevederi sunt aplicabile și persoanelor cu co-infecția TB-HIV și PCD care pot cădea sub incidența respectivelor acte regulatorii. În context, conform Codului Contravențional, Art. 76, persoanele cu TB care se vor eschiva

⁵⁴ Parlamentul Republicii Moldova, LEGE Nr. 153 din 04-07-2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei, Monitorul Oficial Nr. 143-144 art. 583, 05 august 2008

https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=24420&lang=ro

⁵⁵ O.Rucșineanu, Accesul la medicamente inovative antituberculoase în Republica Moldova, septembrie 2021

⁵⁶ Guvernul Republicii Moldova, HOTĂRÂRE Nr. 295 din 14-05-2012 pentru aprobarea Regulamentului privind modul de aplicare a spitalizării temporare coercitive în instituțiile medicale specializate antituberculoase a persoanelor bolnave de tuberculoză în formă contagioasă, care refuză tratamentul, Monitorul Oficial Nr. 93-98 art. 335, 18 mai 2012,

https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=19990&lang=ro

⁵⁷ Parlamentul Republicii Moldova, LEGE Nr. 411 din 28-03-1995 ocrotirii sănătății, Monitorul Oficial Nr. 34 art. 373, 22 iunie 1995,

https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=119465&lang=ro

⁵⁸ Parlamentul Republicii Moldova, LEGE Nr. 153 din 04-07-2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei, Monitorul Oficial Nr. 143-144 art. 583, 05 august 2008,

https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=110512&lang=ro#

de la tratament sau vor încâlca regimul prescris riscă să fie sancționate cu amendă de la 6 la 15 unități convenționale. Pe lângă cele menționate, la nivel de măsuri restrictive discriminatorii aplicate în țară, se regăsește mențiunea TB printre contradicțiile pentru donarea de sânge, care exclude definitiv persoana cu TB din lista potențialilor donatori, chiar și după recuperarea de tuberculoză⁵⁹. Toate aceste prevederi necesită aliniere la recomandările OMS.⁶⁰

Reglementări privind ocuparea forței de muncă, sănătate și securitatea muncii

Codul Muncii al Republicii Moldova⁶¹ interzice munca forțată, la care se atribuie și cerința angajatorului față de salariat de a-și îndeplini obligațiile de muncă în lipsa unor sisteme de protecție ori în cazul în care îndeplinirea lucrării cerute poate pune în pericol viața sau sănătatea salariatului. Printre drepturile și obligațiile de bază ale salariatului sunt și cele care se referă la dreptul salariatului la un loc de muncă sigur, în condițiile prevăzute de standardele de stat privind organizarea, securitatea și sănătatea în muncă, de contractul colectiv de muncă și de convențiile colective, la informarea și consultarea privind securitatea și sănătatea în muncă, cât și la obligația acestuia de a respecta cerințele de securitate și sănătate în muncă. În corespundere cu Legea nr. 186 din 10-07-2008 a securității și sănătății în muncă⁶², se stabilesc principiile generale privind prevenirea riscurilor profesionale, protecția lucrătorilor la locul de muncă, eliminarea factorilor de risc și de accidentare, informarea, consultarea, participarea echilibrată, instruirea lucrătorilor și a reprezentanților acestora, precum și liniile directoare generale privind aplicarea principiilor menționate. În cadrul responsabilităților sale, angajatorul este obligat să ia măsurile necesare pentru protecția securității și sănătății lucrătorilor, inclusiv pentru prevenirea riscurilor profesionale, asigurarea informării și instruirii, precum și pentru asigurarea organizării mijloacelor necesare. Legea nr. 153 din 04-07-2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei⁶³ prevede că toți conducătorii de IMSP, în comun cu agenți economici, asigură realizarea măsurilor profilactice în domeniul TB, inclusiv efectuarea examenului medical la angajare în muncă și a controlului medical periodic al salariaților, difuzarea de materiale informative despre prevenirea TB. Pentru prevenirea TB și pentru depistarea precoce, toate persoanele sunt supuse, la angajare, unui examen medical profilactic în modul și termenele stabilite de MS. În cadrul actual legislativ și de politici, nu există reglementări privind identificarea TB ca maladie profesională.

Admiterea la munca legată nemijlocit de deservirea populației a persoanei care a fost tratată de o formă activă de TB se efectuează de către Comisia teritorială de apreciere a vitalității, în baza concluziei și recomandărilor date de IMSP de pe teritoriul angajării în câmpul muncii. Pe termenul incapacității de muncă din cauza TB, bolnavii, inclusiv cei neîncadrați în câmpul muncii, beneficiază de indemnizații în conformitate cu legislația, privind indemnizațiile pentru incapacitate temporară de muncă și alte prestații de asigurări sociale.

Conform legislației în vigoare (Legea nr. 289-IV din 22.07.2004 și Hotărârea Guvernului nr. 469 din 24.05.2005 despre concediul medical), durata concediului medical în Republica Moldova, în caz de îmbolnăvire cu TB, poate fi prelungită până la 12 luni cumulativ pe parcursul ultimilor 2 ani. Persoanele cu forme contagioase de TB sunt înlăturate temporar de la locul de muncă ori de la frecventarea instituțiilor de învățămînt pe perioada de tratament. Locul de muncă se păstrează 12 luni conform legislației în vigoare.⁶⁴ În corespundere cu legislația în vigoare, persoanele cu TB pot fi încadrate într-un anumit grad de dizabilitate. În procesul determinării gradului de dizabilitate primar/repetat, persoanelor cu dizabilități li se eliberează programul individual de reabilitare și incluziune socială. În program sunt stabilite recomandări generale privind activitățile și serviciile din domeniile medical, asistență socială, educațional și profesional, de care persoana are nevoie în procesul de incluziune socială. Autoritățile responsabile din domeniile sus-numite, de la locul de trai al persoanei cu dizabilități, în baza recomandărilor generale din program, stabilesc, execută și monitorizează activitățile și serviciile specifice pentru persoana în cauză. Programul, precum și activitățile și serviciile specifice sunt executorii pentru persoanele cu dizabilități, pentru organele de stat corespunzătoare, precum și pentru întreprinderi, instituții, organizații și agenți economici, indiferent de forma de proprietate.⁶⁵ Legea nr. 105 din 14-06-2018 cu privire la promovarea ocupării forței de muncă și asigurarea de șomaj⁶⁶ reglementează politica de promovare a ocupării forței de muncă, piața muncii, sistemul instituțional de ocupare a forței de muncă, măsurile de ocupare a forței de muncă, precum și raporturile juridice care apar la implementarea măsurilor de ocupare a forței de muncă. Șomer este considerată persoana aflată în căutarea unui loc de muncă, care întrunește cumulativ mai multe condiții (în cazul persoanei cu TB – este aptă

⁵⁹ Centrul Național de Transfuzie a Sîngelui, Criterii de eligibilitate și de excludere pentru donatorii de sânge, https://cnts.md/?page_id=48

⁶⁰ WHO, Ethics Guidance for the Implementation of the End TB Strategy, 2017, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254820/9789241512114-eng.pdf>

⁶¹ Parlamentul Republicii Moldova, COD Nr. 154 din 28-03-2003, CODUL MUNCII AL REPUBLICII MOLDOVA, Monitorul Oficial Nr. 159-162 art. 648, 29 iulie 2003, https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=126038&lang=ro#

⁶² Parlamentul Republicii Moldova, LEGE Nr. 186 din 10-07-2008 securității și sănătății în muncă, Monitorul Oficial Nr. 143-144 art. 587, 05 august 2008, https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=110580&lang=ro

⁶³ Parlamentul Republicii Moldova, LEGE Nr. 153 din 04-07-2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei, Monitorul Oficial Nr. 143-144 art. 583, 05 august 2008 https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=110512&lang=ro

⁶⁴ Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, ORDIN Nr.12/70 din 28 ianuarie 2013 cu privire la aprobarea criteriilor de determinare a dizabilității și capacității de muncă la persoanele adulte, <http://www.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/fdd.pdf>

⁶⁵ Guvernul Republicii Moldova, HOTĂRÂRE Nr. 357 din 18-04-2018 cu privire la determinarea dizabilității, Monitorul Oficial Nr. 126-132 art. 399, 20 aprilie 2018 https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=119169&lang=ro

⁶⁶ Parlamentul Republicii Moldova, LEGE Nr. 105 din 14-06-2018 cu privire la promovarea ocupării forței de muncă și asigurarea de șomaj, Monitorul Oficial Nr. 295-308 art. 448, 10 august 2018 https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105474&lang=ro

pentru prestarea unei munci, are vârsta cuprinsă între 16 ani și vârsta stabilită pentru obținerea dreptului la pensie pentru limită de vârstă sau la o altă categorie de pensie, conform legislației în vigoare, cu excepția persoanelor care exercită dreptul la pensie de urmaș și la pensie de dizabilitate, cărora li se recomandă încadrarea în câmpul muncii în baza programului individual de reabilitare și incluziune socială. De facto, activitatea și impactul acestor programe nu au fost evaluate și nu sunt cunoscute.

Legea nr. 133 din 13.06.2008 cu privire la ajutorul social, Hotărârea Guvernului nr. 1167 din 16.10.2008 pentru aprobarea Regulamentului cu privire la modul de stabilire și plată a ajutorului social, prevăd modalitatea de stabilire și plată a ajutorului social familiilor defavorizate. Astfel, familia în dificultate poate beneficia de ajutor social și de ajutor pentru perioada rece a anului (plată lunară fixă, în bani, acordată familiei defavorizate pentru lunile ianuarie-martie și noiembrie-decembrie). Analiza procedurii de obținere a ajutorului social a stabilit că, pentru determinarea dreptului la ajutor social⁶⁷, solicitantul sau reprezentantul legal al familiei, trebuie să depună cerere pentru acordarea ajutorului social și necesită anexarea unui set de documente obligatorii. În setul de documente, pentru a beneficia de ajutor social, pacientul cu TB trebuie să prezinte un certificat de la Oficiul forței de muncă pe care îl poate obține în baza unui alt certificat despre starea de sănătate, care confirmă aptitudinea de muncă. Însă, fiind în tratament pentru TB, acest fapt devine imposibil și limitează, din cauza bolii, accesul la servicii și prestații sociale, dar și angajarea în câmpul muncii.

Diagnosticul de TB poate duce la pierderea capacității de muncă, iar, în aceste cazuri, salariului i se va acorda un concediu medical, angajatorul fiind obligat să-i plătească acestuia o indemnizație stabilită, calculată și achitată din bugetul asigurărilor sociale de stat. Durata tratamentului TB DS este de la 6-8 luni, iar TB DR de 18-24 luni. În context, pentru persoanele angajate în câmpul muncii, locul de muncă nu se păstrează după 12 luni, iar angajarea oficială în câmpul muncii nu este posibilă din cauza aflării în perioada de tratament. Totuși, chiar dacă există unele garanții referitoare la concediul medical, unii angajatori pledează pentru concedierea salariaților care urmează tratament pentru TB (desfac contractele individuale de muncă cu angajații) în baza art. 86, pe motivul constatării faptului că salariatul nu corespunde funcției deținute sau muncii prestate din cauza stării de sănătate. În caz de boală sau stabilire a gradului de dizabilitate pe termen determinat, legea prevede suspendarea contractului individual de muncă. La finalul tratamentului TB, în cazul în care sănătatea este recuperată, salariații pot relua activitatea de muncă în baza certificatului medical, însă adesea sunt nevoiți să-și schimbe locul de muncă, deoarece colegii lor refuză să mai împartă cu ei același birou sau aceeași încăpere.

Legea defavorizează persoanele cu TB DR al căror tratament durează mai mult de 12 luni și sunt pensionate pe caz de boală. În aceste cazuri, sumele pe care le primesc în calitate de indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă cauzată de TB ar putea fi insuficiente pentru asigurarea unui trai decent. Angajarea în câmpul muncii a persoanelor aflate la evidență cu TB, inclusiv persoanele cu TB încadrate în anumit grad de dizabilitate, prezintă o dificultate. Potrivit acestor persoane, nimeni nu dorește angajarea lor oficială. Nefiind informați despre TB, angajatorii refuză persoanele afectate de TB în anamneză de a le angaja în câmpul muncii; acestea nu sunt acceptate, pentru că se crede că, dacă omul s-a îmbolnăvit o dată, el este deja „veșnic bolnav” de TB.

Accesul la justiție

În cazurile de încălcare a drepturilor, orice persoană poate să-și revendice acele drepturi accesând mecanismele de apărare a drepturilor pe plan național și internațional. Pe plan național, există soluții de apărare a drepturilor încălcate pe cale extrajudiciară și judiciară. Calea extrajudiciară oferă o alternativă de soluționare mai rapidă și mai puțin anevoioasă a problemei. Astfel, în diverse litigii, persoanele se pot adresa, pentru a soluționa problemele, către diverse instituții precum: organe ale Administrației publice centrale (APC) sau APL, procuratura, poliția, Oficiul Avocatului Poporului, CPEDAE, OSC specializate etc. În mare parte, procedurile extrajudiciare pentru soluționarea litigiilor duc la simplificarea și îmbunătățirea accesului la justiție. Cu toate acestea, persoanele ale căror drepturi au fost lezate pot opta și pentru soluționarea cauzei, în dependență de speță, pe cale judiciară, adresându-se în instanțele de judecată precum: Judecătoria, Curți de Apel, Curtea Supremă de Justiție. În cazul în care persoanele au epuizat toate căile de apărare judiciară pe plan național, acestea ar putea să se adreseze mecanismelor internaționale de apărare a drepturilor cum ar fi: Curtea Europeană a Drepturilor Omului (CEDO) sau Comitetele Organizației Națiunilor Unite (ONU).

Programe curente de răspuns juridic legat de drepturile omului

În Republica Moldova programele de răspuns juridic legat de drepturile omului au fost pe larg implementate în cadrul populațiilor-cheie în contextul HIV/SIDA și mai puțin în TB, totuși cu creștere considerabilă în ultimii ani. Intervenții importante în abordarea drepturilor omului prin promovarea îngrijirii centrate pe persoană, aliniată respectării drepturilor omului în TB și creșterii rolului comunității în acordarea serviciilor ancorate în comunitate, au fost întreprinse începând

⁶⁷ Regulamentul cu privire la modul de stabilire și plată a ajutorului social, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1167 din 16 octombrie 2008

cu anul 2016. Programele privind drepturile omului sunt implementate la nivel național, preponderent prin intermediul OSC. Aceste programe vizează realizarea instruirilor pentru consolidarea capacităților partenerilor TB și HIV cu privire la aspectele de comunitate, drepturile omului și gender, dar și în vederea participării în procesele de luare a deciziilor (structurile CNC TB/SIDA și implicarea în procesele de activitate), implicării și realizării monitorizării conduse de comunitate (MCC). Pe de altă parte, au fost dezvoltate rețele de parajuriști și s-a recurs la antrenarea unor organizații profesionale de juriști pentru soluționarea și depășirea unor cazuri specifice de încălcare a drepturilor omului în TB și HIV. Două instrumente digitale mobile destinate realizării MCC (I LIKE VOT și HIV Scorecard) sunt concepute pentru a permite revizuirea periodică a performanței la toate nivelurile pentru a fi discutate și prezentate în mod regulat cu partenerii-cheie în luarea deciziilor în vederea ajustării intervențiilor și schimbărilor sistemice.

1.4 Aspecte de gen

Declarația politică a Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite privind TB, adoptată de Adunarea Generală a ONU în 2018, semnată și de Republica Moldova, recunoaște că „sărăcia, inegalitatea de gen, vulnerabilitatea, discriminarea și marginalizarea sporesc riscul de tuberculoză și efectele sale devastatoare, inclusiv stigmatizarea și discriminarea, la toate vârstele, astfel încât combaterea bolii necesită o abordare cuprinzătoare, inclusiv asigurarea unei acoperiri universale a serviciilor de sănătate și abordarea factorilor socioeconomici care determină epidemia, precum și protejarea și asigurarea drepturilor omului și a demnității tuturor persoanelor. Printre factorii principali care contribuie la întârzierea în accesarea serviciilor de sănătate sunt frica de izolare socială, constrângerile economice și atitudinile inadecvate ale personalului, calitatea slabă a acestor servicii, dar și aspectele de gen. Autostigmatizarea este strâns legată de factori contextuali precum rolurile de gen, statutul socio-economic și nivelul de educație. Se consideră că femeile neagă sau ascund diagnosticul TB, deoarece au mai multă frică de izolare socială, de familie sau comunitate. Principalul factor care contribuie la întârzierea în accesul serviciilor de sănătate în rândul bărbaților este frica de costurile individuale ale diagnosticului și tratamentului. Bărbații neglijează astfel simptomele până când boala agravează, moment în care au tendința de a merge primar la serviciile publice de sănătate, fără a vizita mai întâi medicii privați. Femeile, pe de altă parte, au tendința de a căuta servicii medicale private și de a practica auto-medicația înainte de a solicita îngrijire la serviciile publice.⁶⁸

Analiza datelor și distincțiilor bazate pe gen și vârstă

Sistemul Informațional de Monitorizare și Evaluare a Tuberculozei (SIME TB) a fost elaborat cu susținerea donatorilor internaționali Banca Mondială, FG, Alianța Americană Internațională pentru Sănătate (AIHA) și Agenția Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională în anul 2006, iar, la momentul lansării, nu implica o prioritizare eventuală a aspectelor de gen. Fiind un sistem unic de raportare la nivel național și internațional, SIME TB este o bază de date a IMSP IFP „Chiril Draganiuc” de monitorizare și evaluare a principalilor indicatori TB, privind realizarea activităților și inițiativelor întreprinse de Guvernul Republicii Moldova în combaterea TB. SIME TB prezintă date dezagregate în funcție de sex, localitate și vârstă, inclusiv indicatori precum prevalența, incidența, mortalitatea, notificarea și rezultatele tratamentului. Conform datelor din sistem, ponderea cazurilor de tuberculoză la femei pe parcursul ultimilor 5 ani a constituit circa 26% cu mici variații anuale. Pe durata anului pandemic 2020, s-a micșorat considerabil notificarea cazurilor atât la bărbați, cât și la femei, dar cu menținerea ponderii cazurilor aproximativ la fel. Includerea în tratamentul TB DR s-a micșorat dramatic la femei (scădere cu 10%), corelată și cu ponderea înaltă a cazurilor de abandon al tratamentului. Rata succesului la femei, în caz de TB DS și TB DR, este mai înaltă decât la bărbați (Tabelul nr. 1). Cu toate acestea, rata de abandon al tratamentului TB DR este mai mic printre bărbați.

Tabelul nr. 1 Incidența cazurilor TB și rezultate ale tratamentului pentru bărbați și femei în RM, anii 2016 -2020

	2016		2017		2018		2019		2020		Total 2016-2020	
	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f
Cazuri îmbolnăviri B/F, abs.	2581 72,3%	988 27,7%	2437 72,7%	915 27,3%	2222 73,7%	794 26,3%	2115 73,5%	761 27,5%	1339 76%	422 24%	10694 73,3%	3880 26,7%
Cazuri noi și recidive TB DS, abs	2068 71,3%	833 28,7%	1946 71,7%	767 28,3%	1764 73%	650 27%	1682 73,1%	618 26,9%	1056 71,5%	421 28,5%	8516 72,1%	3289 27,9%
Cazuri noi și recidive TB DR, abs	513 76,8%	155 23,2%	491 76,8%	148 23,2%	458 76%	144 24%	433 75,2%	143 24,8%	340 85,6%	57 14,4%	2335 78,3%	647 21,7%

⁶⁸ Susan van den Hof et al., A systematic review on the role of gender in tuberculosis control, KNCV Tuberculosis Foundation, The Hague, The Netherlands, september 2010, https://www.kncvtbc.org/uploaded/2015/09/Role_of_Gender_in_TB_Control.pdf

Rata succesului TB DS, %	-	-	-	-	83.7	86.3	83.0	86.4	-	-	-	-
Rata succesului TB DR, %	-	-	72.3	74.1	72.1	74.8	-	-	-	-	-	-
Rata de abandon TB DS, %	-	-	-	-	2.1	1.3	5.2	4.7	-	-	-	-
Rata de abandon TB DR, %	-	-	13.1	15.2	9.9	11.2	-	-	-	-	-	-

Ultima analiză cantitativă a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor populației generale și ale populației-cheie afectate privind TB (2017), disponibilă la data realizării raportului, nu conține date dezagregate în funcție de sex, localitate și vârstă. Ultimul studiu demografic și de sănătate în Republica Moldova⁶⁹(2005) conturează nivelul de cunoștințe privind TB în funcție de sex și vârstă. Gradul de informare a populației despre TB a fost constatat ca unul înalt: 98% femei și bărbați au răspuns că au auzit despre TB. Pentru acest indicator nu există diferențe semnificative în funcție de sex, vârstă, mediul de trai, regiune și nivelul de educație. Femeile și bărbații din chentila cea mai săracă par a fi mai puțin informați privind TB (respectiv 96 și 94%). În pofida gradului practic universal de informare, doar 75% femei și 67% bărbați care au auzit de TB cunosc căile corecte de transmitere ale acesteia, cu variații semnificative, după caracteristici de bază, ale cunoașterii căii principale de transmitere a TB. De exemplu, cea mai înaltă rată a răspunsurilor corecte privind modalitățile de transmitere au fost date de femei și bărbați de vârsta cuprinsă între 35-39 ani, iar cea mai joasă – de femei și bărbați de vârsta 15-19 ani. În localități urbane, femeile și bărbații (respectiv 83 și 78 %) sunt informați mai bine despre modalitatea de transmitere a TB, comparativ cu respondenții din localitățile rurale (respectiv 69 și 59%). Circa 6 din 10 femei și 5 din 10 bărbați au menționat și alte căi de transmitere a tuberculozei, iar 12% femei și 16% bărbați au răspuns că nu cunosc cum se transmite TB. Studiul demonstrează că femeile (74%) și bărbații (75%) aproape în egală măsură cunosc că TB poate fi tratată. Nivelul de cunoștințe este mai jos la cea mai tânără grupă de vârstă (15-19 ani), gradul de informare fiind mai înalt în mediul urban, în special în Chișinău, și crește proporțional nivelului de studii și de bunăstare. Cu toate că studiul cuprinde capitolul violențe domestice, acest fenomen nu a fost analizat în contextul TB.

Unele aspecte de gen abordate în studiul „Impactul spitalizării de lungă durată asupra persoanelor cu tuberculoză”⁷⁰ subliniază că membrii familiei, în special soțiile, au fost considerate drept cea mai importantă sursă de sprijin pentru aproximativ 70% dintre respondenții intervievați. Trebuie remarcat faptul că, din moment ce 80% dintre respondenți au fost bărbați, categoria soț / soție menționată în sondaj s-a referit, în ansamblu, la femei. Această tendință a fost prezentă și în focus grupuri, unde bărbații și-au descris soțiile și fiicele ca surse de susținere, iar astfel de observări pot fi găsite și în alte cercetări. Rezultatele studiului demografic și de sănătate în Republica Moldova scot în evidență perceperea stigmatizată privind TB de către populație: 31% femei și 25% bărbați ar prefera să păstreze în taină faptul că un membru al familiei suferă de TB, atitudine mai frecvent constatată la populația urbană, la persoanele cu un nivel mai înalt de instruire și de bunăstare.

Contextul și răspunsul juridic și politic la aspectele de gen

Republica Moldova, în septembrie 2015, alături de alte 192 state membre ale ONU, a adoptat Declarația Summitului privind Dezvoltarea Durabilă, prin care s-a angajat să pună în aplicare Agenda 2030 pentru Dezvoltare Durabilă. Astfel, până în anul 2030, Republica Moldova urmează să-și mobilizeze eforturile în direcția asigurării egalității de gen și a abilitării femeilor și fetelor, cât și în cea a măsurării schimbărilor în domeniile de sănătate, sărăcie, schimbări climatice, infrastructură, securitate alimentară, ocuparea forței de muncă etc.; importanța datelor dezagregate în funcție de sex a fost, de asemenea, reafirmată în contextul Agendei 2030. Legislația națională prevede obligația de prelucrare a informațiilor statistice dezagregate pe sex⁷¹, colectarea informațiilor despre dimensiunile, starea și tendințele fenomenului discriminării la nivel național. Mai mult ca atât, există o serie de strategii și planuri naționale în care se menționează importanța colectării și dezagregării datelor de gen în toate sferele vieții socio-economice. La moment, avem statistici de gen produse de Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova (BNS), într-o secțiune care face parte din setul minim

⁶⁹ Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă, Studiul Demografic și de Sănătate din Republica Moldova, Chișinău 2005

<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR178/FR178-Romanian.pdf>

⁷⁰ Societatea Moldovei împotriva Tuberculozei, IMPACTUL SPITALIZĂRII DE LUNGĂ DURATĂ ASUPRA PERSOANELOR CU TUBERCULOZĂ, Bălți, 2018,

<https://smitmd.wordpress.com/2019/01/29/impactul-spitalizarii-de-lunga-durata-asupra-persoanelor-cu-tuberculoza/>

⁷¹ Legea cu privire la asigurarea egalității de șanse între femei și bărbați din 09-02-2006, art. 22

de indicatori de gen, elaborat de *Comisia de Statistică* a Națiunilor Unite (în domeniile educație, sănătate, abilitare economică, participare la luarea deciziilor).

Republica Moldova este parte a multiplelor acorduri internaționale care vin să protejeze și să garanteze dreptul la sănătate și să asigure egalitatea de gen printre care: Pactul internațional cu privire la drepturile civile și politice; Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale; Convenția privind eliminarea tuturor formelor de discriminare rasială; Convenția asupra eliminării tuturor formelor de discriminare față de femei; Convenția cu privire la drepturile persoanelor cu dizabilități; Convenția privind drepturile copilului; Convenția privind lupta împotriva discriminării în domeniul învățământului; Convenția (nr.111) privind discriminarea în domeniul ocupării forței de muncă și exercitării profesiei; Convenția (nr.100) privind egalitatea de remunerare; Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale; Protocolul adițional la Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale; Protocolul nr.7 la Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale; Protocolul nr.12 la Convenția pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale; Carta socială europeană revizuită etc.

Legislația Republicii Moldova în domeniul egalității de gen corespunzătoare normelor internaționale include: Legea nr. 5 din 09.02.2006 cu privire la asigurarea egalității de șanse între femei și bărbați;⁷² Legea nr. 121 din 25.05.2012 cu privire la asigurarea egalității⁷³; Legea nr. 298 din 21.12.2012 cu privire la activitatea Consiliului pentru prevenirea și eliminarea discriminării și asigurării egalității⁷⁴. În 2016, Guvernul Republicii Moldova a aprobat Strategia pentru asigurarea egalității între femei și bărbați pe anii 2017-2021 și Planul de acțiuni privind implementarea acesteia, un act complex, care descrie detaliat situația în Republica Moldova și propune măsuri spre executare.⁷⁵ Parteneriatul pentru Buna Guvernare a elaborat o Strategie de comunicare pentru prevenirea discriminării și asigurării egalității (care vizează perioada 2017-2018).⁷⁶ Reglementările și practicile de aplicare a legii reflectă importanța prevenirii, tratamentului și îngrijirii TB, în special în rândul populațiilor-cheie și al grupurilor vulnerabile. În octombrie 2021, Republica Moldova a ratificat Convenția de la Istanbul (Convenția Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice) care include 81 de articole cu prevederi prin care statele părți asigură prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței în familie, protejarea victimelor, urmărirea penală a infractorilor și adoptarea politicilor integrate.⁷⁷

La nivel de ordin ministerial, există divizarea grupurilor de risc și vigilență sporită la TB, cu menționarea populațiilor-cheie. Cu toate aceste reglementări normative care ar aborda, în mod special, populația-cheie afectată de TB, pe criterii de gen, nu există. La fel, nu există prevederi specifice în actele normative care interzic stigmatul și discriminarea împotriva persoanelor cu TB, precum și discriminarea împotriva grupurilor-cheie și vulnerabile ale populației. Între timp, în ceea ce privește persoanele care trăiesc cu HIV, există astfel de prevederi în legi. Analiza cadrului normativ a arătat că legile și politicile naționale privind sănătatea și răspunsul la TB prevăd componenta drepturilor omului, dar sunt slab sensibile la gen și nu prevăd evaluarea de gen necesară în implementarea programului TB, monitorizare și evaluare. Persoanele cu TB, precum și populațiile-cheie și grupurile vulnerabile, sunt adesea incapabile să își exercite drepturile sociale și economice din cauza lipsei de cunoștințe sau a lipsei de finanțare pentru asigurarea acestor drepturi. Răspunsul la TB trebuie să fie centrat pe oameni, bazat pe drepturi și sensibil la egalitatea de gen.

Programe de răspuns sub aspectul de gen

Campanii și intervenții specifice privind sensibilizarea în rândul celor implicați în răspunsul la TB, inclusiv factorii de decizie și furnizorii de servicii cu privire la consecințele inegalității de gen între bărbați și femei și / sau marginalizarea unor populații, în contextul TB, nu au fost realizate. Pe de altă parte, în contextul HIV/SIDA, programele de prevenire în cadrul populației BSB sunt implementate în unele teritorii ale țării, inclusiv pe malul stâng al Nistrului. Activitățile date sunt relativ structurate cu divizare pe grupuri în segmente separate (BSB tineri, BSB în vârstă, lucrători sexuali BSB, BSB care trăiesc cu HIV, BSB transgen etc.), fapt care permite personalizarea serviciilor. OSC care lucrează cu populația BSB urmează o abordare diversă, reieșind din recomandările internaționale reînnoite și practicile la nivel regional, iar, pentru atragerea potențialilor beneficiari de servicii, sunt implementate programe de la egal la egal, outreach, intervenții pe internet, evenimente diverse etc.

⁷² Parlamentul Republicii Moldova, LEGE Nr. 5 din 09.02.2006 cu privire la asigurarea egalității de șanse între femei și bărbați, Monitorul Oficial Nr. 47-50 art Nr : 200, 24 martie 2006 <http://lex.justice.md/md/315674/>

⁷³ Parlamentul Republicii Moldova, LEGE Nr. 121 din 25.05.2012 cu privire la asigurarea egalității, Monitorul Oficial Nr. 103 art Nr: 355, Data intrării în vigoare: 01 ianuarie 2013, <http://lex.justice.md/md/343361/>

⁷⁴ Parlamentul Republicii Moldova, LEGE Nr. 298 din 21.12.2012 cu privire la activitatea Consiliului pentru prevenirea și eliminarea discriminării și asigurarea egalității, Monitorul Oficial Nr. 48 art Nr: 148, <http://lex.justice.md/md/346943/>

⁷⁵ Guvernul Republicii Moldova, HOTĂRÂRE Nr. 259 din 28-04-2017 cu privire la aprobarea Strategiei pentru asigurarea egalității între femei și bărbați în Republica Moldova pe anii 2017-2021 și a Planului de acțiuni privind implementarea acesteia, Monitorul Oficial Nr. 171-180 art. 41, https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=99875&lang=ro

⁷⁶ Strategia Națională de Comunicare pentru Prevenirea Discriminării și Asigurarea Egalității, februarie 2017 <https://rm.coe.int/moldova-national-communication-strategy-ro/1680730298>

⁷⁷ Parlamentul Republicii Moldova, Legea cu privire la ratificarea Convenției Consiliului Europei privind prevenirea și combaterea violenței împotriva femeilor și a violenței domestice, Nr. 144, 14 octombrie 2021, <file:///C:/Users/User/Downloads/144.pdf>

1.5 Stigma în tuberculoză

O revizuire a literaturii privind stigmatizarea TB a confirmat câteva subiecte importante: i) teama de infecție este cea mai frecventă cauză a stigmatizării TB; (ii) stigmatizarea TB are implicații socio-economice grave, în special, pentru femei; (iii) abordările calitative ale măsurării nivelului stimei TB sunt utilizate mai des decât cele cantitative; (iv) se consideră că stigmatizarea duce la accesarea întârziată a serviciilor TB și bariere pentru aderența la tratament, deși încercările de a cuantifica impactul acestuia au dat rezultate mixte.⁷⁸ Prevalența și nivelul de stigmatizare percepută la pacienți variază în funcție de metoda utilizată și de unitatea de măsură^{79 80 81 82}, precum și prezența factorilor-cheie, cum ar fi prezența sau asocierea TB cu HIV și teama de transmitere a TB, care contribuie la amplificarea stimei percepute. Stigmatizarea se manifestă prin izolare, autoizolare, teama de a dezvălui diagnosticul TB și lipsa sprijinului social.⁸³ Astfel, multe recenzii globale evidențiază modul în care stigma poate avea un impact semnificativ asupra persoanelor și comunităților, inclusiv întârzieri în adresare pentru diagnosticarea tuberculozei și aderența la tratament. Pe de altă parte, în timp ce stigma este recunoscută ca un factor determinant social important al sănătății și inegalităților în sănătate, dificultățile în identificarea, caracterizarea, măsurarea și urmărirea schimbărilor, precum și în calitatea cercetării asupra stigmatizării în timp, fac dificilă justificarea alocărilor pentru a spori intensitatea intervențiilor pentru a aborda această problemă. Au fost efectuate semnificativ mai puține studii cu privire la mecanismele prin care stigma afectează sănătatea persoanelor cu risc sau cu TB și evaluează eficacitatea intervențiilor pentru reducerea stigmatizării TB la pacienți, lucrători din domeniul sănătății, îngrijitori și în societate în general.^{84 85} Aceste recenzii sunt exemple pentru cât de puține informații de cercetare fi disponibile la subiect asupra unor aspecte.

În același timp, conform rapoartelor regiunii EEAC, într-o analiză cuprinzătoare a factorilor care promovează sau mențin și/ sau alimentează stigma în regiune, factorii identificați pot fi structurați în 3 blocuri de bază: (1) motivarea stigmatizării în rândul populației generale, (2) motivarea stigmatizării în rândul furnizorilor de servicii, inclusiv nemedicale, (3) motivarea în rândul persoanelor afectate și populațiilor-cheie.^{86 87 88 89 90 91 92 93 94}

Dreptul de a nu fi discriminat în legislația națională a Republicii Moldova este încadrat într-o serie de legi, reglementări și strategii naționale: Constituția Republicii Moldova, articolul 16; Legea privind asigurarea egalității nr. 121 din 25.05.2012, articolul 1; Legea nr. 153-XVI din 04.07.2008 privind lupta împotriva tuberculozei și prevenirea tuberculozei; Legea privind respectarea datelor cu caracter personal nr. 133 din 07/08/2011; Legea privind protecția sănătății nr. 411-din 28.03.1995, art. 17, p.1; Legea privind activitatea practicii medicale nr. 264 din 27.10. 2005, articolul 5 alin. (A); Legea cu privire la drepturile și obligațiile pacientului nr. 263-xvi din 27.10.2005, articolul 5, punctul (B); Legea privind egalitatea de șanse pentru bărbați și femei, articolul 22 din 2006; PNRT 2021-2025; Protocoale naționale clinice de tratament pentru adulți și copii; Strategia de advocacy, comunicare și mobilizare socială în lupta împotriva tuberculozei în Republica Moldova (2018-2020). Cu toate că este dificil de cuantificat discriminarea legată de TB în Republica Moldova, din cauza datelor statistice limitate despre acest fenomen, dovezile disponibile arată că stigmatul și discriminarea împotriva persoanelor cu TB reprezintă o problemă gravă atât la nivelul asistenței medicale, cât și în societate în general.

Conform studiilor efectuate în Republica Moldova în perioada 2012-2020 și prezenței unor factori care influențează stigmatizarea în domeniul TB, este posibilă distingerea celor mai vizibili factori structurali la diferite niveluri ale cercului social.

⁷⁸ Courtwright, A., & Turner, A. N. (2010). Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 125 Suppl 4(Suppl 4), 34–42. <https://doi.org/10.1177/00333549101250S407>

⁷⁹ PLoS One. 2020 Dec 8;15(12):e0243433. doi: 10.1371/journal.pone.0243433. eCollection 2020. Perceived stigma among patient with pulmonary tuberculosis at public health facilities in southwest Ethiopia: A cross-sectional study. Mohammedhussein M(1), Hajure M(1), Shifa JE(2), Hassen TA(3).

⁸⁰ Open Forum Infect Dis. 2020 Sep 16;7(10):ofaa422. doi: 10.1093/ofid/ofaa422. eCollection 2020 Oct. Characterizing and Measuring Tuberculosis Stigma in the Community: A Mixed-Methods Study in Cambodia. Teo AKJ(1), Tan RKJ(1), Smyth C(2), Soltan V(2), Eng S(3), Ork C(3), Sok N(3), Tuot S(3), Hsu LY(1)(4), Yi S(1)(3)(5)(6).

⁸¹ BMC Public Health. 2020 Feb 6;20(1):190. doi: 10.1186/s12889-019-7915-6. Stigma matters in ending tuberculosis: Nationwide survey of stigma in Ethiopia. Datiko DG(1), Jerene D(2), Suarez P(3).

⁸² BMC Public Health. 2021 Jan 4;21(1):6. doi: 10.1186/s12889-020-10055-2. Tuberculosis-related stigma and its determinants in Dalian, Northeast China: a cross-sectional study. Chen X(1), Du L(1), Wu R(1), Xu J(1), Ji H(1), Zhang Y(1), Zhu X(1), Zhou L(2).

⁸³ PLoS One. 2020 Oct 15;15(10):e0240457. doi: 10.1371/journal.pone.0240457. eCollection 2020. Burden of stigma among tuberculosis patients in a pastoralist community in Kenya: A mixed methods study. Mbuthia GW(1), Nyamogoba HDN(2), Chiang SS(3)(4), McGarvey ST(5).

⁸⁴ Courtwright, A., & Turner, A. N. (2010). Tuberculosis and stigmatization: pathways and interventions. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 125 Suppl 4(Suppl 4), 34–42. <https://doi.org/10.1177/00333549101250S407>

⁸⁵ Int J Tuberc Lung Dis. 2017 Nov 1;21(11):81–86. doi: 10.5588/ijtld.16.0788. Evidence-based interventions to reduce tuberculosis stigma: a systematic review. Sommerland N(1), Wouters E(1), Mitchell EMH(2), Ngicho M(2), Redwood L(2), Masquillier C(1), van Hoorn R(2), van den Hof S(2), Van Rie A(3).

⁸⁶ These sub-populations include "homeless people, people living in remote mountainous areas, migrants and other vulnerable groups

⁸⁷ Konstantine Labartkava, Mariam Jibuti, Lia Beritashvili, Lasha Loria, Assessment Of Crg Barriers For Tb High-Risk Groups In Georgia, Tbilisi, 2020

⁸⁸ Assessment of barriers related to the legal environment, gender, stigma and human rights for key populations in the response to tuberculosis in Almaty city and Almaty Oblast. Almaty, 2020

⁸⁹ Burrows D, Bolothbaeva A, Sydykanov B. Baseline assessment - Kyrgyzstan. Scaling up Programs to Reduce Human Rights Related Barriers to HIV and TB Services. The Global Fund; 2018.

⁹⁰ Saidova N, Bozrikova T, Ziyoeva S, Azamov S, Soliev A, Golichenko M, Stuikyte R, Abdullaev T, Shonning S. Legal, gender, and stigma barriers to TB services in Tajikistan. 2020.

⁹¹ The populations were selected based on "epidemiological data, environmental risks, behavioral risks, and legal, economic and social barriers to accessing TB services

⁹² Chorna Y, Kiriazova T, Makarenko O, Masiuk L, Rabinova V. Communities, rights and gender tb tools assessments in Ukraine. ICF «Alliance for Public Health»; 2017

⁹³ Burrows D, Kondratyuk S, Dvonkovska O. Baseline Assessment - Ukraine. Scaling up Programs to Reduce Human Rights Related Barriers to HIV and TB Services. The Global Fund; 2018.

⁹⁴ Spivak N, Kondratyuk S, Demchenko K, Abdulayev T, Lukyanova N, Denysova K. Report on the legal environment assessment for TB in Ukraine. United Nations Development Programme, Stop TB Partnership; 2018.

Stigma în rândul populației generale și al grupurilor vulnerabile

Evaluările KAP⁹⁵ ale populației despre TB în Republica Moldova au fost efectuate sistematic în 2004, 2008, 2010, 2012. Conform evaluării din 2017, care a fost efectuată nu numai la nivelul populației în ansamblu, dar și în principalele grupuri vulnerabile ale populației (persoane, persoane care trăiesc cu HIV, PAFAT, deținuți, PCD și migranți) și analiza în timp, a indicatorilor-cheie cu indicatorii rundelor anterioare ale KAP, subliniază o creștere a indicatorului integrat de cunoștințe a simptomelor TB pentru populația generală, înregistrând o creștere de 8% față de 2012, în timp ce ponderea celor care consideră TB o rușine rămâne la nivelul anului 2012 (29%). Dintre populațiile-cheie analizate, cea mai mare proporție de persoane care consideră TB o rușine a fost înregistrată de respondenții din PAFA (47%). Existența unor percepții suplimentare subliniază și indirect existența stigmatului ca fenomen în țară: 71% dintre respondenți consideră că principalul motiv al tratamentului incomplet al TB este iresponsabilitatea pacientului; aproximativ 50% dintre respondenți consideră că un pacient cu TB va încerca să ascundă boala de ceilalți. Susținătorii acestei opinii au numit următoarele motive: „teama că alții îl vor evita” - 96%; „frica de a pierde prietenii” - 92%; „teama că nimeni nu ar vrea să se căsătorească / să se căsătorească cu această persoană” - 87%; „teama de a-și pierde locul de muncă” - 87%. Majoritatea, 78% dintre acești respondenți, au indicat că vor evita pacientul și doar 31% sunt dispuși să manifeste compasiune și să ofere ajutor. Studiul a relevat un nivel complex mai ridicat de cunoștințe despre TB în rândul grupurilor-cheie vulnerabile decât în rândul populației generale.

Stigma și percepțiile persoanelor afectate

Conform evaluării nivelului de satisfacție a pacienților cu TB (2017)⁹⁶, aproximativ 1/3 dintre respondenți sunt întotdeauna sau aproape întotdeauna discriminați sau stigmatizați din cauza bolii și se simt ignorați de societate, în general. Raportul privind impactul spitalizării (2018)⁹⁷ subliniază că spitalizarea pe termen lung, exclude persoanele cu TB din rețelele comunitare și de sprijin și contribuie la stigmatizarea și discriminarea din cauza izolării în spitale care alimentează concepția greșită în rândul populației generale conform căreia pacienții cu TB sunt periculoși pentru societate, o percepție care persistă chiar și după externarea din spitale și chiar după recuperare. În plus, șederile îndelungate în spital contribuie la întreruperea sau încetarea activităților profesionale ale persoanelor cu TB pe o perioadă nedeterminată.

Stigma și copiii

Studiul privind respectarea drepturilor copiilor din familiile afectate de TB plasați în instituții rezidențiale specializate (2020) evidențiază o serie de probleme în ceea ce privește protecția copiilor afectați de TB în Republica Moldova⁹⁸ generate de o cooperare defectuoasă între agențiile guvernamentale, care trebuie să-și direcționeze acțiunile pentru a proteja copiii. Adesea, datorită reticenței de a-și asuma responsabilitatea pentru creșterea și dezvoltarea unui copil din familiile cu TB, actorii aleg amplasarea în instituții specializate în locul integrării sociale a copilului, în ciuda faptului că aflarea prelungită în astfel de instituții agravează stigmatizarea copiilor și reduc șansele de integrare ulterioară în societate. În concluzie, autorul susține că nu există bune practici la nivel național în contextul protejării drepturilor copiilor din familiile afectate de tuberculoză, iar sistemul național nu respectă standardele naționale în acest domeniu. Impactul stigmatizării asupra copiilor este menționat și în raportul privind impactul spitalizării, realizat de comunitate:

Știu persoane bolnave de TB care tot timpul își schimbă locul de trai, din motiv că vecinii îi ignoră și chiar copiii lor nu pot merge la școală, deoarece îi numesc și nu vor să-i primească la școală. Avem multe cazuri când nu vor să primească copii la școală, la grădiniță din motiv că părinții sunt bolnavi de TB, în special, în sate.

Pacienții și prestatorii asistenței medicale specializate

Potrivit evaluării din 2017⁹⁹, respondenții sunt mulțumiți de pregătirea profesională a medicilor și asistentelor medicale, dar mai puțin mulțumiți de comunicarea dintre aceștia și personalul medical. Majoritatea respondenților consideră că medicii nu sunt suficient de expliciți atunci când furnizează informații despre sănătatea lor. Respondenții ar dori ca angajații să fie mai deschiși și mai accesibili, să le ceară opiniile și să-i asculte atunci când își descriu experiențele, în special, în ceea ce privește efectele secundare, ar dori să știe motivele întârzierii rezultatelor analizelor medicale și să știe când se pot aștepta la noi informații pentru a-și planifica mai bine viața. În ceea ce privește serviciile oferite în spital,

⁹⁵ Знания, Отношение И Практика Поведения Населения о туберкулезе в РМ, 2004, 2008, 2010, 2012.

⁹⁶ Oana Rucșineanu, Jonathan Stillo, CM Cassidy, Georgeta Andrieș Uровня Удовлетворения Больных Туберкулезом в Отношении Медицинских Услуг Общественной Поддержки во Время Лечения

⁹⁷ Влияние Длительной Госпитализации на Людей С Туберкулезом, 2018

⁹⁸ Elena CERNĂUȚEANU, Respectarea drepturilor copiilor din focarele de tuberculoză, instituționalizată 2020

⁹⁹ Уровня Удовлетворения Больных Туберкулезом в Отношении Медицинских Услуг Общественной Поддержки во Время Лечения, 2017

opiniile respondenților au fost împărțite: unii au fost foarte mulțumiți de interacțiunea cu profesioniștii din domeniul sănătății, respectul, sfaturile și sprijinul lor, precum și răspunsurile la întrebări, în timp ce alții au fost complet dezamăgiți de personalul medical cu care au interacționat.

Stigma în rândul asistenței medicale primare

Persistența dezinformării în comunitatea medicală este în detrimentul progresului în stoparea diseminării dezinformării despre TB în rândul publicului larg, dar și celor care iau decizii și influențează cursul tratamentului¹⁰⁰. O femeie cu TB la oase din raionul Florești, după 6 luni de tratament staționar, s-a confruntat cu discriminare din partea AMP la întoarcerea acasă. Asistenta medicală a răspândit informațiile în tot satul, sfătuindu-i pe săteni să evite orice contact, înconjurându-i casa, dacă este posibil, iar ei și familia ei i-au interzis să ia apă din fântâna de lângă casă. În plus, chiar dacă sarcinile asistentei medicale includeau vizite zilnice la domiciliu pentru DOT (pacienta era ținută la pat), ea o fost vizitată o singură dată, în ziua în care a fost externată din spital. Un alt caz de atitudine raportat de o femeie de 42 ani cu MDR TB din Bălți se subliniază:

Am fost la medicul de familie pentru a lua îndreptările la specialiști pentru a face grupa. Când am ajuns în fața cabinetului, asistenta medicală a început să strige în gura mare „Și îmblă prin policlinică, tubicule!” Holul era plin cu lume – toată lumea s-a întors și se uita la mine. Nu știam cum să ies mai repede de acolo... Eu niciodată nu am fost baciliferă, întotdeauna iau medicamentele.

Stigma în rândul autorităților publice locale

Fenomenul stigmatizării și discriminării rămâne evident în studiul realizat în rândul reprezentanților APL, care demonstrează prezența acestui fenomen în societate. Acest lucru este evidențiat de mai multe probleme, cum ar fi evitarea persoanei cu TB sau a familiei sale, concepții greșite despre TB, inclusiv modalitățile de transmitere a TB. Cercetarea¹⁰¹ a relevat cunoștințe mai reduse despre TB în rândul APL decât în rândul populației generale. Doar aproximativ o treime dintre respondenți au avut un nivel complex ridicat de cunoștințe și atitudini față de TB (29%). În ciuda faptului că TB este cunoscută și destul de răspândită, fiecare al treilea respondent consideră că este o rușine să fii bolnav de TB, ceea ce duce la o scădere a implicării în lupta împotriva TB. Cu cât nivelul complex de cunoștințe despre TB este mai ridicat, cu atât este mai pozitivă atitudinea față de pacient. APL pot fi, de asemenea, o sursă de stigma instituțional. În timp ce în unele raioane medicii au vorbit despre existența a trei persoane cu TB în localitățile lor, primarii au citat cifra de trei ori mai mare. Astfel, s-a observat că, în percepția unor reprezentanți ai APL, persoanele cu TB rămân, în memorie, bolnave, chiar și după finalizarea tratamentului.¹⁰²

CONCLUZII

1. Se consideră că barierele privind implicarea comunităților, respectarea drepturilor omului și aspectelor de gen, stigma asociată TB, au un impact negativ asupra diagnosticului în timp util a tuberculozei și a ratelor de finalizare cu succes a tratamentului. Conform rapoartelor recente realizate în regiunea Europei de est și a Asiei centrale, se atestă că barierele privind implicarea comunităților, respectarea drepturilor omului și aspectelor de gen, stigma asociată TB, sunt atât de ordin social, cât și sistemic / instituțional - de la prejudecăți, frică, neînțelegere, concepții greșite despre căile de transmisie, până la lipsa unei pregătiri adecvate în domeniul eticii și drepturilor omului în rândul prestatorilor de servicii și conflictele dintre puterea statului și restricțiile privind libertățile personale.
2. În Republica Moldova nu au fost efectuate studii dedicate pentru a evalua barierele privind implicarea comunităților, respectarea drepturilor omului și aspectelor de gen, stigma asociată TB. Totuși (i) depistarea scăzută și tardivă a TB, (ii) vulnerabilitatea socială a anumitor grupuri, (iii) situația financiară precară în rândul persoanelor expuse riscului, dar și prezența anumitor date, confirmă existența unui șir de bariere care influențează accesul la servicii de îngrijire în domeniul TB. Campanii și intervenții specifice privind sensibilizarea în rândul celor implicați în răspunsul la TB, inclusiv factorii de decizie și furnizorii de servicii cu privire la consecințele inegalității de gen între bărbați și femei și / sau marginalizarea unor populații, în contextul TB, nu au fost realizate.

¹⁰⁰ Влияние Длительной Госпитализации на Людей С Туберкулезом, 2018

¹⁰¹ Svetlana DOLTU, cunoștințe, atitudini și practici ale reprezentanților administrației publice locale în controlul tuberculozei, 2017

¹⁰² Влияние Длительной Госпитализации на Людей С Туберкулезом, 2018

3. Se atestă disponibilitatea limitată a datelor sistematice cu privire la estimările / acoperirea grupurilor de risc pentru screeningul TB la nivelul asistenței medicale primare și absența indicatorilor specifici pentru măsurarea stigmatizării și barierele privind implicarea comunităților, respectarea drepturilor omului și aspectelor de gen în registrele și documentele naționale. Sistemul informațional pentru monitorizarea și evidența TB facilitează obținerea anumitor date, dar necesită îmbunătățirea parțială pe aspecte de gen, servicii sociale și suportul pacienților, precum și standardizarea indicatorilor în conformitate cu necesitățile de raportare naționale și recomandările organizațiilor internaționale.
4. Există platforme eficiente pentru implicarea comunităților și OSC în furnizarea serviciilor și luarea deciziilor la diferite niveluri. Există o creștere notabilă a participării OSC în controlul TB, inclusiv cu susținere din bugetele naționale. În același timp, în contextul mecanismelor de finanțare imperfecte, programele implementate de OSC atât pe malul drept, cât și pe cel stâng al râului Nistru, care vizează populațiile-cheie, nu sunt încă sustenabile, oferite neîntrerupt, și sunt supuse riscurilor de subfinanțare din cauza priorităților stabilite anual. La fel, sunt axate pe prestarea serviciilor în TB și, mai puțin, pe drepturile omului, nediscriminare și pledoarie.
5. În Republica Moldova există un climat favorabil și drepturi care protejează și asigură egalitatea, nediscriminarea, autonomia decizională, libertatea, protecția personală, sănătatea reproducerii etc., care sunt aplicabile tuturor persoanelor, precum și dispoziții legale referitoare la persoanele cu TB. În același timp, o serie de legi menționează dispoziții privind aplicarea amenziilor contravenționale și izolarea coercitivă.
6. Accesul la asistența medicală de urgență și asistența medicală primară este universal, la fel ca și accesul la toate serviciile legate de probleme majore de sănătate publică, cum ar fi HIV / SIDA, TB și imunizarea. În același timp, echivalența serviciilor de îngrijire a sănătății în funcție de locația pacientului, asigurarea accesului, continuității și monitorizarea tratamentului antituberculos întâmpină provocări majore. Există diferențe în abordările privind controlul și tratamentul TB în regiunea Transnistria și în locurile de detenție (ANP, poliție, centre de plasament etc.), iar accesul la medicamente inovatoare, protejate prin brevete, este caracterizat prin prețuri ridicate.
7. O serie de reglementări prevăd servicii integrate TB/HIV, precum și acces universal la suport motivațional pentru pacienții cu TB / tichete alimentare. Mecanismul de furnizare a serviciilor integrate este imperfect. Există deficiențe la nivel teritorial în ceea ce privește implementarea mecanismului de acordare a sprijinului motivațional, iar stigma înaltă în instituțiile medicale față de persoanele HIV pozitive și consumatoare de droguri se amplifică în caz de îmbolnăvire cu TB.
8. Republica Moldova trece lent la tratamentul ambulator. Echivalența abordării pentru copiii și adulții cu TB în ceea ce privește promovarea îngrijirii ambulatorii (ancorate în comunitate) pare să fie inegală. Modelele de tratament (spitalizări de lungă durată) și așa-numitul sprijin pentru copiii din familiile afectate de TB (plasarea în centre fizioterapeutice de reabilitare), în combinație cu toate considerațiile de sănătate publică, „justifică” încălcarea confidențialității și influențează menținerea stigmatizării atât pentru adulții, cât și copiii afectați de TB.
9. Organizarea acordării de asistență socială (beneficii, asistență materială) se bazează pe criterii de vulnerabilitate, fără garanții sociale bazate pe criterii de boală în vederea susținerii persoanei pe durata tratamentului de lungă durată. Nu există reglementări privind TB ca maladie profesională. Grupurile vulnerabile, cum ar fi persoanele fără adăpost, persoanele eliberate din detenție și persoanele cu venituri mici, cu o povară dublă/triplă a bolii, se confruntă cu bariere suplimentare legate de stigmatizare și acces limitat la serviciile TB.
10. Chiar dacă Republica Moldova este o țară cu pondere înaltă a TB DR și majoritatea persoanelor necesită tratament mai lung decât 12 luni, fie din cauza formei de TB, fie din cauza gradului avansat al TB, garanțiile sociale pentru persoanele angajate în câmpul muncii la momentul diagnosticării cu TB sunt subminate, deoarece păstrarea locului de muncă este posibilă doar până la 12 luni. Oficiul forței de muncă nu ia în evidență și nu oferă suport de șomaj pentru persoanele cu TB, certificatul de aptitudine la muncă fiind o condiție obligatorie. Aceste bariere promovează activitatea neoficială ori zilieră printre persoanele cu TB, migrația pentru a câștiga surse de existență în afara țării sau dependența exclusivă de suportul oferit de stat (indemnizații și prestații sociale pe criterii de vulnerabilitate, grade de dizabilitate), care oricum nu acoperă costurile catastrofale cu care se ciocnesc gospodăriile afectate de TB.
11. În ciuda nivelului complex de creștere a cunoștințelor despre TB în rândul populației generale, atitudinile stigmatizante din partea populației generale, a furnizorilor de servicii, a autorităților locale și a altor persoane par a fi alimentate de nivelurile de percepție, mai degrabă, decât de gradul de dezinformare sau ignoranță. În pofida existenței unui mecanism de răspuns (Consiliul pentru Egalitate), nu au fost raportate cazuri de stigmatizare sau discriminare în contextul TB în istoria Consiliului, comparativ cu COVID-19, infecția HIV

SIDA și alte boli. Autostigmatizarea și calitatea suportului psihoemoțional pentru persoanele afectate de TB, de la momentul depistării ori suspectării TB și până la perioada post-tratament, sunt o barieră pentru accesarea serviciilor și nu sunt disponibile intervenții strategice și specifice care să le redreseze, în special, în cazul grupurilor vulnerabile sau în caz de stigmat multiplu (apartenența la mai multe grupuri stigmatizate).

12. Ca parte a evaluării, utilizând instrumentele de cercetare existente, se recomandă examinarea barierelor privind implicarea comunităților, respectarea drepturilor omului și aspectelor de gen, stigmei asociate TB asupra întârzierii diagnosticului, a ratelor de aderență și finalizare ale tratamentului TB din diferite perspective, la diferite etape ale tratamentului și pentru diferite grupuri vulnerabile.

II. REZULTATELE EVALUĂRII CALITATIVE A BARIERELOR LEGATE DE IMPLICARE COMUNITARĂ, DREPTURILE OMULUI ȘI ASPECTE DE GEN

2.1 Sumarul barierelor privind implicarea comunitară, drepturile omului, stigmatizare, aspecte de gen și stigma asociată tuberculozei în Republica Moldova

Printre barierele și provocările în accesarea serviciilor TB în parcursul persoanei cu TB (Tabelul nr. 2), au fost identificate, în funcție de fiecare etapă a traseului, un șir de bariere. Printre acestea se regăsesc atât cele determinate de vulnerabilitatea economică și aspectele psiho-emoționale legate de comportamente, apartenența unei populații-cheie, diagnostic medical, prezența practicilor de stigmatizare, cât și cele sistemice, care țin de organizarea sistemelor medical și social și adaptarea serviciilor la nevoile grupurilor-cheie, cu luarea în considerație a drepturilor fundamentale ale omului.

Tabelul nr. 2 Bariere identificate conform celor 7 etape ale parcursului persoanei cu TB

Implicarea Comunitară /Community/Populații-cheie						
Etapa 1. Recunoașterea simptomelor	Etapa 2. În căutarea îngrijirii/adresării pentru servicii	Etapa 3. Obținerea unui diagnostic precis	Etapa 4. Inițierea tratamentului	Etapa 5. Obținerea de sprijin pentru aderența la tratament	Etapa 6. Finalizarea tratamentului	Etapa 7. Obținerea serviciilor post-tratament
Mituri și Cunoștințe reduse sau incorecte privind semnele TB	Activități reduse de screening în grupuri de risc și regrete/percepții din partea AMP privind utilizarea insuficientă a echipamentelor X-ray mobil în grupurile vulnerabile, Lipsa unui buget distinct la AMP pentru screening TB, Activități de screening realizate preponderent din surse externe	Atribuțiile asistentului medical comunitar bine definite în ordin, dar, de facto, neimplementat, Lipsa liderismului AMP și AMSA la nivel de comunitate în promovarea sănătății și mobilizarea resurselor în TB	Practici de instituționalizare a copiilor afectați de TB și insuficiența suportului la nivel comunitar	Implicare redusă și lipsa bugetelor distincte pentru suportul persoanelor cu TB la nivel de APL, accesibil doar pe criterii de vulnerabilitate	Tratamentul de lungă durată și lipsa de programe eficiente de suport psihosocial pentru perioade lungi de tratament	Lipsa finanțării pentru activități de reabilitare și integrare comunitară
Asocierea TB cu anumite grupuri populaționale (deținuți, abuz de alcool, consum de droguri și săraci)	Deficiențe în organizarea sistemelor medical și social (resurse umane limitate, impactul COVID-19, interacțiune limitată dintre sisteme), Lipsa de comunicare/integrare dintre serviciile medicale și sociale	Cheltuieli suplimentare pentru confirmarea sau infirmarea diagnosticului (investigații, consultări, transport pentru deplasări repetate la medic etc.)	Populația din regiunea rurală întârzie să inițieze tratamentul, chiar dacă cunosc diagnosticul din cauza lucrărilor sezoniere de câmp	Lipsa programelor/abordărilor de suport psihosocial la nivel comunitar (Suport material, social, psihologic etc.)	Comorbidități și riscuri comportamentale (abuz de alcool, consum de droguri etc.) / lipsa programelor integrate de tratament pentru persoanele cu TB	Cunoștințe incorecte, mituri privind caracterul incurabil al TB și frica de reîmbolnăvire/recidive
Activități insuficiente de informare privind semnele TB și aspectele de sănătate publică	Percepții că medicii cer (sau așteaptă) bani pentru a trata pacienții, lipsa încrederii în medici	Interes redus a AMP față de cazurile prezumtive TB și grupurile de risc, Calitatea precară a serviciilor, lipsă de personal la nivelul AMP		Consultări/discuții limitate cu pacienții în cadrul AMP / serviciul TB cu privire la evoluția TB, rezultatele tratamentului, controlul infecției etc.	Abordare slab centrată pe pacient, pe nevoile pacientului - nu sunt întotdeauna luate în considerare/auzite	Lipsa conștientizării necesității examinărilor profilactice post-tratament
Lipsa unor programe sustenabile cu buget distinct de prevenire TB pentru OSC, inclusiv la nivel local	Lipsa poliției de asigurare medicală, lipsa actelor de identitate	Interacțiune slabă între serviciile TB și AMP (absența schimbului de informații, feedback)			Dorința de a prelungi boala și de a menține grupa de invaliditate, fiind unica sursă de venit	
	Migrația și lucrul ilegal peste hotare					
	Practici de autovindecare					
	Gradul ridicat de sărăcie al populației, situația materială precară. Obținerea surselor de existență este prioritate					

Drepturile Omului / Cadrul Legislativ						
Etapa 1. Recunoașterea simptomelor	Etapa 2. În căutarea îngrijirii/adresării pentru servicii	Etapa 3. Obținerea unui diagnostic precis	Etapa 4. Inițierea tratamentului	Etapa 5. Obținerea de sprijin pentru aderența la tratament	Etapa 6. Finalizarea tratamentului	Etapa 7. Obținerea serviciilor post-tratament (follow-up)
Strategii limitate de informare a grupurilor de risc privind semnele TB în rândul AMP și conlucrare insuficientă cu serviciul sănătate publică	Evidența obligatorie a persoanelor cu TB și includerea în sistemul informațional	Provocări în diagnosticul TB, diagnosticul TB extra-pulmonare, diagnostic primar cu alte boli	Percepții privind acces parțial limitat la tratamentul efectelor secundare la nivelul AMP (doar medicamentele TB sunt gratuite)	Amenzi contravenționale nejustificate / înspăimântarea cu aplicarea amenzi/izolării coercitive	Externarea precoce din staționar a PAFA pentru încălcarea regimului (conflicte interne, stigmatizare din partea altor pacienți), Lipsa centrelor de plasament pentru PAFA cu TB în tratament ambulator	Lipsa programelor de suport post-tratament/reabilitare
	Lipsa evidenței la medicul de familie și a poliței de asigurare pentru cei neangajați în câmpul muncii	Perecții privind inițierea tratamentului TB MDR cu întârziere (decizia Comitetului de recrutare și durata lungă)/depunerea dosarului de la nivelul AMSA cu întârziere	Considerațiile de sănătate publică „justifică” încălcarea confidențialității, Nerespectarea confidențialității informației medicale privind apartenența la grup de risc, contact sau suspexie la TB	Lipsa sau necunoașterea mecanismelor de apel în stânga Nistrului	Abuzul de alcool și lipsa intervențiilor și tratamentelor integrate	Lipsa oportunităților de încadrare în câmpul muncii a persoanelor în tratamentul TB în condiții de ambulator
	PAFA, un grup extrem de stigmatizat și din cauza lipsei locului permanent de trai, fie nu știu unde să se adreseze, fie nu sunt primiți la medic/ în instituțiile medicale	Control insuficient al calității serviciilor TB /Conflictul de interese PNRT - IFP	Plasarea PAFA cu TB MDR doar la Vorniceni și interzicerea internării PAFA în Spitalul TB Municipal Chișinău	Deficiențe la nivel teritorial privind implementarea mecanismului de acordare a sprijinului motivațional (stimulentelor/tichetelor), dar și la nivel de AMP privată	Pacienți care merg zilnic la centrul medical pentru a lua pastilele sunt, mai degrabă, nemulțumiți, în principal, din câteva motive: 1) starea de sănătate precară (se simt slăbiți, obosiți inclusiv din cauza efectelor secundare ale tratamentului); 2) stigmatizare	
	Deficiențe în asigurarea examinărilor medicale la admitere în penitenciar, inclusiv examinări radiologice / Calitatea slabă a serviciilor medicale din sistemul penitenciar		Frica de internare la Vorniceni pe durata tratamentului, atmosfera obositoare, lipsa plimbărilor în aer liber	Nerespectarea DOT din bune intenții (medicii au încredere în unii pacienți și le eliberează pastilele pentru o perioadă îndelungată pentru a excepta pacienții de vizitele zilnice)	Percepții pozitive ale respondenților privind tratamentul forțat al TB, aplicarea măsurilor punitive	
	Implicarea redusă a OSC din TB în respectarea drepturilor omului, reducerea stigmei și discriminării persoanelor cu TB și mobilizarea comunitară		Spitalizarea, contrar voinței, în Transnistria	Deficiențe (criterii de vulnerabilitate) în acordarea asistenței sociale (bineficiind de stimulente pentru tratament / indemnizație de grupă de invaliditate, în sumă se catalogează ca sursă de venit și, apriori, este refuzată asistența socială)	AMP invocă cel mai des riscurile întreruperii de către pacient a tratamentului în ambulator și suprasolicitarea AMP, optând pentru tratament în staționar	
	Deficiențe de comunicare/integrare și practici de aplicare a mecanismelor de conlucrare dintre serviciile medicale și sociale (lipsa mecanismelor de conlucrare/ părgărilor de influență a PNRT/serviciilor TB asupra AMP, APL)		Lipsa sau accesul limitat la consilieri psihologice calificate, Criteriile de eligibilitate limitează disponibilitatea VST pentru toți pacienții doritori, inclusiv pentru minori	Insuficiența serviciilor sociale de suport pentru asigurarea finalizării tratamentului (doar tichete alimentare pentru aderență la tratament)	Condiții nesatisfăcătoare de detenție și alimentarea inadecvată (încăperi neaerisite, umiditate ridicată, mușcați) și insuficiența personalului medical	
	Persoanele nu-și cunosc drepturile și nu înțeleg responsabilitatea lor în răspândirea bolii sau riscurile de expunere la TB		Favorizarea de către serviciile TB și AMP teritoriale a inițierii tratamentului TB în staționar			
Aspecte de Gen / Gender						
Etapa 1. Recunoașterea simptomelor	Etapa 2. În căutarea îngrijirii/adresării pentru servicii	Etapa 3. Obținerea unui diagnostic precis	Etapa 4. Inițierea tratamentului	Etapa 5. Obținerea de sprijin pentru aderența la tratament	Etapa 6. Finalizarea tratamentului	Etapa 7. Obținerea serviciilor post-tratament (follow-up)
Bărbații sunt mai puțin preocupați de problemele de sănătate și stereotipuri legate de faptul că bărbații sunt mai puternici	Frica de asociere cu un grup vulnerabil ori o pătură social-defavorizată, mai ales în rândul bărbaților	Cauze financiare/ situația materială precară, mai ales în rândul bărbaților	Necesitatea de a organiza îngrijirea copiilor rămași acasă pe durata tratamentului în spital, mai degrabă în rândul femeilor		Pacienții nu își pot alege tratamentul sau influența în vreun fel schema de tratament, mai degrabă în rândul bărbaților care sunt limitați, astfel, în a-și întreține familia	
Cunoștințe limitate privind simptomele TB în rândul femeilor și bărbaților	Bărbații „delăsători” în privința propriei sănătăți, reieșind din simțul responsabilității de a avea grijă de familie, Conștientizarea târzie a efectelor asupra sănătății în rândul bărbaților		Lipsa surselor de venit pentru întreținerea familiilor, mai ales în cazul când capul gospodăriei este bărbatul	Costuri suplimentare, uneori catastrofale pentru familii în legătură cu îmbolnăvirea întreținătorului/capului familiei	Mai degrabă bărbații din mediul rural sunt stigmatizați în continuarea tratamentului	
	Frică de medic și de COVID-19, mai ales în rândul bărbaților		Stigmatizarea femeilor acasă și la locul de muncă			
	Neadresarea la timp mai degrabă a bărbaților pentru a evita stigmatizarea în comunitate a membrilor familiei (copii, soția, părinții, etc.)		Șoc emoțional, dramă, stres, rușine, frică atât în cazul femeilor, cât și al bărbaților			

Stigma						
Etapa 1. Recunoașterea simptomelor	Etapa 2. În căutarea îngrijirii/adresării pentru servicii	Etapa 3. Obținerea unui diagnostic precis	Etapa 4. Inițierea tratamentului	Etapa 5. Obținerea de sprijin pentru aderența la tratament	Etapa 6. Finalizarea tratamentului	Etapa 7. Obținerea serviciilor post-tratament (follow-up)
Atitudinea negativă față de TB și Percepții că de TB se pot îmbolnăvi doar anumete categorii	Frica de excludere socială și rușine	Speranțe false că TB va trece singură (la autovindecare)	Spitalizările îndelungate contribuie la stigmatizarea pacienților după revenirea în comunitățile lor.	Preferă anonimatul și se izolează din punct de vedere social pentru a evita stigmatizarea.	Singurătatea	Lipsa programelor de reabilitare, lipsa grupurilor de suport la nivel comunitar
	Apartenența la populația- cheie (PAFA, deținuți)	Autostigmatizare, frică de excludere socială și rușine	Concediere de la serviciu din cauza TB	Mersul zilnic la centrul medical contribuie la dezvăluirea diagnosticului de TB.	Efectele adverse ale tratamentului asupra sănătății în întregime	Respingerea din partea angajatorilor
	Discriminarea din cauza lipsei poliției medicale		Stigmatizarea membrilor familiei, în special a copiilor. Pentru a proteja copii, unii părinți preferă să ascundă boala de restul comunității	Stigmatizarea din partea autorităților locale		Aspecte socio-emoționale (frică, rușine)
	Stigmatizarea din partea prestatorilor de servicii medicale pe motiv de apartenență la populația-cheie, comorbidități			Stigmatizarea din partea organelor de suport social (refuzul pentru ajutor)		Cunoștințe incorecte privind caracterul incurabil al TB și frica de reîmbolnăvire/ recidive
				Autostigmatizarea și acces parțial limitat la suport psiho-emoțional		
				Autoizolare din frica să nu fie acuzați că au infectat pe alți membri ai comunității/ întreruperea legăturilor cu toți/în afară de familie		

2.2 Constatări privind barierele de gen

- Majoritatea celor intervievați în procesul evaluării calitative din toate grupurile au percepții gender tradiționale. Percepțiile generale despre rolul bărbaților/femeilor în familie și societate sunt bazate pe roluri distincte ale femeilor de a avea grijă de familie, copii, casă și pe rolul bărbaților de a face bani și de a sprijini familia/gospodăria.

În general, femeia ar trebui să stea acasă și bărbatul să aducă bani, bărbatul să ție casa, femeia acasă. [FG5-B1]

- Percepțiile și atitudinile față de persoanele care se identifică cu o identitate de gen diferită (persoanele transgender) sunt, de cele mai multe ori, negative, critice și jignitoare, cazurile de acceptare fiind o excepție. Unii cred că persoanele transgender s-ar putea îmbolnăvi mai des de TB din cauza modului de viață necorespunzător.

În familie, cred că sunt tratate cu înțelegere, dar, în societate, cu părere de rău – nu... Noi trebuie să fim mai înțelegători, mai toleranți față de persoanele acestea. Eu îmi închipui că și ei tot așa, simplu vorbind, nu sunt bucuroși de situația care o au și ar trebui mai altfel de vorbit cu dânșii și, în genere, nici nu știu cum să mă exprim, societatea ar trebui să accepte persoanele date. [FG4-F6]

- Majoritatea participanților din diferite grupuri consideră că bărbații sunt mai predispuși la TB, din cauza mai multor factori: condiții mai grele de muncă, rezistență mai scăzută la stres și lipsa de preocupare față de problemele de sănătate, dar și din frica față de medici. De menționat că fumatul și abuzul de alcool nu au fost menționate ca factori de risc în cazul bărbaților și femeilor (dar fiind asociat mai mult cu anumite grupuri vulnerabile).
- Mulți pacienți cu TB consideră că genul nu este un impediment de adresare la medic. Au fost menționați alți factori, în special, factorii financiari și cei determinați de COVID-19, care îngreunează adresarea la timp la medic. Însă zilierii, deținuții, rudele persoanelor bolnave de TB, precum și personalul medical, consideră că femeile se adresează mai des și mai repede la medic, comparativ cu bărbații. Aceasta se întâmplă deoarece bărbații poartă responsabilitatea întreținerii familiei, sunt deseori singura sursă de venit din familie, sunt mai „delăsători” în privința propriei sănătăți, comparativ cu femeile care sunt mai îngrijorate și mai preocupate de sănătate.
- Conform celor expuse de respondenți din cadrul OSC și din partea instituțiilor guvernamentale, în legislație sunt prevăzute drepturi care asigură egalitatea de șanse, doar că nu se respectă pe deplin. Unanim s-a menționat că, la moment, în TB nu există o sensibilitate evidentă a serviciilor față de femei, bărbați și persoane transgender. Femeile gravide necesită abordări individuale.

Cadrul legal în Republica Moldova susține egalitatea de gen între bărbați și femei, este în conformitate cu angajamentele internaționale; implementarea rămâne în urmă, iar femeile se confruntă cu discriminare și inegalitate în viața socială, economică și politică. Cadrul legal nu este sensibil la dimensiunea de gen în cadrul răspunsului la TB. (OSC)

- În opinia respondenților OSC, barierele comune care împiedică bărbații/femeile/persoanele transgender să beneficieze de servicii de diagnostic și să completeze tratamentul TB țin de problema perfectării documentelor, lipsa personalului medical, stigma și discriminarea, nivelul de educație sanitară, lipsa dorinței medicilor de a convinge pacientul despre necesitatea de a fi examinat și apoi de a urma un curs complet de tratament.
- Majoritatea participanților din rândul OSC menționează printre barierele comune care împiedică diagnosticul TB la bărbați/femei/persoane transgen: lipsa de asigurare medicală, frica de a afla că sunt infectate, lipsa cunoștințelor despre riscurile TB, lipsa surselor financiare. Respondenții consideră că bărbații nu întâmpină bariere, iar femeile și persoanele transgender se confruntă cu frica de a ajunge motiv de discuție privind starea de sănătate și statutul de gen ce conduc la evitarea adresării după servicii medicale, acuzarea din partea familiei și rudelor, autostigmatizarea. La fel, frica/lipsa confidențialității din cauza factorului uman al persoanelor care efectuează diagnosticul.
- Condițiile necesare menționate de respondenții guvernamentali, pentru a îmbunătăți serviciile, sunt: utilizarea experienței progresive și disponibilitatea resurselor financiare, îmbunătățirea comunicării intersectoriale și a serviciilor publice la nivel de localitate, dezvoltarea standardelor de comportament corect față de pacienți.

- Pe de altă parte, principalele lucruri care ar stagna adaptarea serviciilor TB la necesitățile bărbaților, femeilor și persoanelor transgen sunt capacitățile prestatorilor de servicii, lipsa de viziune și interes din partea AMP, serviciului fiziopneumologic și APL, lipsa voinței politice pentru promovarea schimbării, lacune legislative, surse financiare insuficiente, stigma față de TB și persoanele care suferă de TB.
- Respondenții OSC consideră că principalele lucruri care ar stimula adaptarea serviciilor TB la necesitățile bărbaților, femeilor și persoanelor transgender sunt modificările cadrului legislativ și instruirea tuturor prestatorilor guvernamentali și neguvernamentali; reforma serviciului medical penitenciar; consolidarea eforturilor tuturor structurilor comunitare; implementarea și monitorizarea intervențiilor, cu indicatori distincți; informarea, instruirea reprezentanților comunității.

2.3 Percepții despre bariere și provocări pentru populațiile-cheie în accesarea serviciilor TB

- În opinia respondenților din sectorul guvernamental, dar și cel non-guvernamental, vulnerabilitatea deosebită a reprezentanților grupurilor-cheie la TB este determinată de vulnerabilitatea socială și economică printre care condițiile nesatisfăcătoare de trai sau lipsa unui loc stabil de trai, lipsa unui loc stabil de lucru, educație sanitară scăzută și lipsa responsabilității față de propria sănătate, acces limitat la serviciile medicale, inclusiv la servicii sociale, lipsa poliței de asigurare medicală, lipsa suportului din partea APL, stigmatizarea și atitudinea negativă față de apartenența la un anumit grup în instituțiile medicale, dar și societate, abuzul de alcool.
- Percepțiile respondenților față de un diagnostic pozitiv la TB pentru o persoană care face parte din grupurile vulnerabile denotă că, pentru persoanele social vulnerabile, aceasta este o altă problemă dintr-o serie de multe altele, poate de aceea nu înțeleg întotdeauna gravitatea ei. Pentru o persoană prosperă din punct de vedere social, acest fapt înseamnă stres și teamă de discriminare, precum și pierderea statutului social. Pentru deținuți, aceasta înseamnă internare în spitalul penitenciar pe toată durata tratamentului, stigmă și discriminare. Alți respondenți menționează neînțelegerea problemei din cauza lipsei de contact cu medicul.

Lucrători zilieri, inclusiv ciobeni și membrii familiilor lor

- Printre barierele în diagnosticul și îngrijirea TB, pentru acest grup, au fost menționate: lipsa poliței de asigurare, izolarea de localitate, starea financiară precară; accesul redus la servicii, informații; lipsa de timp și posibilitatea de deplasare; conștientizarea joasă a riscului și problemelor de sănătate; servicii medicale minime la nivel de localitate, dar și lipsa actelor de identitate în unele cazuri.

Deținuți și persoane eliberate din detenție

- În opinia respondenților guvernamentali, vulnerabilitatea la TB a deținutilor și a celor eliberați din detenție este caracterizată de viața precară și lipsă de hrană echilibrată, gradul de educație sanitară, accesarea foarte rară a serviciilor medicale până la detenție, aflarea îndelungată în spații închise, suprapopularea, stigma, discriminarea, lipsa veniturilor după eliberare, lipsa de resocializare, sărăcia, indiferența persoanelor din anturajul lor și iresponsabilitatea personală.
- Mulți participanți din diferite grupuri au menționat diverse bariere pentru deținuți: dependența de acțiunile ANP în accesarea serviciilor medicale specializate; defectarea frecventă a echipamentului radiologic în acest sector; lipsa accesului la examinările radiologice de 2 ori pe an; condiții de suprapopulare în penitenciare; risc de întrerupere a tratamentului TB din cauza deficiențelor în asigurarea cu preparate; multiple probleme de sănătate mintală, influența subculturii criminale; lipsa de informații și multitudinea necesităților care sunt mai urgente decât aspectele de sănătate.
- Pentru persoanele eliberate din detenție, au fost subliniate: lipsa poliței de asigurare, probleme cu reintegrarea în comunitate, probleme socio-economice, lipsa locului de trai, stigma și discriminarea în instituțiile medicale și în căutarea unui loc de muncă, risc înalt de revenire în penitenciar, risc înalt de abandon al tratamentului TB.
- Deținuții consideră că izolarea și carantina adecvată a nou-veniților în sistem trebuie să fie obligatorie, timp în care să se facă analizele necesare. Dotarea penitenciarelor și a izolatoarelor cu echipament de investigație ar facilita identificarea timpurie a TB, dar și îmbunătățirea condițiilor de detenție (încăperi neaerisite, cu umiditate ridicată și mucegai, alimentație precară).

Persoane din regiunea transnistreană/fără cetățenie, inclusiv pacienți cu TB

- Respondenții structurilor guvernamentale menționează printre bariere, pentru persoanele din regiunea transnistreană/fără cetățenia RM: lipsa poliței de asigurare, nerespectarea protocoalelor naționale de tratament, întrerupere în asigurarea cu medicamente, stigma.

- Mulți participanți nu au actele necesare (certIFICATE de naștere) și nu își pot perfecta cetățenia Republicii Moldova pentru a putea călători, pentru a pleca la muncă peste hotare și pentru a beneficia de serviciile sociale. Unor pacienți nu li s-a contabilizat toată experiența de muncă pentru calculul pensiei. Alții au fost deposedați de locuințe fie de către membrii propriei familii, fie de către persoane terțe. Mulți dintre ei se simt nedreptățiți, în special, foștii deținuți și persoanele fără adăpost.
- Există percepția că serviciile sociale (pensii, alocații, ajutoare materiale etc.) și cele de îngrijire a sănătății (spitalizare, tratament, investigații medicale), pe malul drept al Nistrului, sunt de o calitate mai înaltă și sunt mai accesibile decât cele din Transnistria. Unii preferă să se trateze de diverse boli la Chișinău, deși locuiesc în Transnistria.

Membrii familiilor persoanelor cu TB

- Participanții și respondenții au subliniat: creșterea catastrofală a costurilor, pierderea unicului întreținător pe o perioadă lungă, stigma și discriminarea din partea celor din jur, modalitatea de realizare a măsurilor de dezinfecție la domiciliu ca fiind una stigmatizantă, izolarea socială și pierderea prietenilor, inclusiv stigmatizarea sau respingerea copiilor la școală, activitatea de screening la TB, dependentă de AMP, iar uneori lipsa interesului din partea AMP pentru anumite grupuri de populație.

Persoane fără adăpost

- Principalele bariere pentru această populație: lipsa locului de trai, lipsa poliței medicale și a actelor de identitate și a informațiilor, refuzul evidenței la medicul de familie, rata înaltă de abuz de alcool motiv frecvent pentru externare din staționar, lipsa posibilității de tratament în staționar de TB MDR în Chișinău, stigma și hărțuirea în instituții medicale din partea personalului și a altor pacienți, lipsa suportului psihologic și medierii conflictelor pe durata internării, lipsa suportului motivațional pe durata tratamentului, lipsa îmbrăcăminte și încălțăminte de sezon și alimentare insuficientă, pe alocuri lipsa totală.
- În opinia unor respondenți, comunitatea (populația generală) evită aceste categorii de oameni din cauza stereotipurilor înrădăcinate, menționând că este mai benefic să presupunem că fiecare dintre noi nu are nicio legătură cu aceste persoane.
- Provocările și barierele pentru populațiile-cheie menționate de respondenți atestă un amestec, iar perspectiva respondenților, în dependență de grupul din care vin, joacă un rol decisiv în identificarea unor provocări sau bariere. Unele bariere pe care un grup le concepe ca pe o provocare sunt concepute ca o barieră de către celălalt grup.

Tabel nr. 3 Opinii și percepții ale respondenților guvernamentali și non-guvernamentali privind barierele și provocările în diagnosticul și îngrijirea TB pentru populațiile-cheie

	Respondenți guvernamentali	Respondenți non-guvernamentali
Bariere	discriminarea; lipsa documentelor și lipsa informațiilor; gradul de alfabetizare și educație sanitară, dar și condițiile precare de trai/detenție; evitarea interacțiunii cu aceste categorii; iresponsabilitatea față de propria sănătate; servicii medicale minime la nivel de localitate; lipsa actelor de identitate;	lipsa informației și a surselor financiare pentru diagnostic; acces redus la asistență medicală la nivel de comunitate; lipsa înregistrării la medicul de familie; discriminarea; consumul de substanțe psihoactive; lipsa programelor de reintegrare, lipsa de abordare complexă; servicii medicale „dezechilibrate”.
Provocări	lipsa locuințelor, veniturilor și documentelor; lipsa educației și a înțelegerii unde să meargă pentru a-și rezolva problemele (deținuții până la detenție nu accesează serviciile medicale, adesea vin în detenție în stare precară de sănătate, cu adicții, predispunere spre comportament autodistructiv); amplasarea la distanță a instituțiilor medicale și lipsa informațiilor complete despre aceste categorii de populație; lipsa surselor de existență, marginalizarea.	stigma și discriminarea; nedorința sistemului de sănătate de a avea astfel de pacienți; informare insuficientă; motivație pentru a avea grijă de sănătatea proprie; statut psiho-social nefavorabil; maladii concomitente; lipsa de bani; accesibilitatea redusă la servicii de diagnostic din cauza apartenenței la grup social dezavantajat; probleme socio-economice care duc la abandon și tratament neregulat; examinarea redusă la TB care depinde de interesul financiar al centrelor de sănătate; dependențele de alcool, droguri, care prevalează asupra urgențelor de sănătate; lipsa statutului de șomer pentru stabilirea ajutorului social.

DIAGNOSTIC

- Mai mult de jumătate dintre participanți, pacienți cu TB, afirmă că practicau automedicația înainte de a se adresa la medic, fapt confirmat și de către personalul medical. Unii pacienți ajung târziu la medic, pentru că au fost diagnosticați cu alte boli inițial, adesea: Covid-19, pneumonie, cancer, etc.
- Majoritatea celor care se adresează la medic cu simptome moderate și nu bănuiesc că ar putea avea TB. Excepție fac cei cărora boala le este cunoscută fie pentru că au un istoric familial (membri ai familiei au mai fost bolnavi anterior), fie pentru că au avut anterior episoade de TB.
- O parte dintre pacienți ajung să fie diagnosticați în stare avansată după ce se adresează (destul de târziu) la medic, având simptome grave: tuse, scădere considerabilă în greutate (până la 40-50% din greutatea inițială), lipsa poftei de mâncare, febră, transpirație excesivă, oboseală intensă.

Noi toți de la început ne gândim că aceasta este o răceală, o să mă descure singur, mă duc să cumpăr pastile, prafuri... și singur încerci să te lecuiești pentru că, cum a spus Cristina, la medic să ajungi este foarte complicat și, de obicei, aceasta se face prin intermediul telefonului, pe tine chiar nimeni nu te controlează.... [FG1-F3]

- Pentru pacienții care nu aveau simptome puternice (sau deloc nu aveau simptome), de cele mai multe ori, diagnosticul de TB a fost stabilit în urma controalelor medicale de rutină aferente locului de muncă (prin screening anual sau în momentul perfectării actelor pentru angajare) sau atunci când a fost nevoie să facă diverse intervenții chirurgicale (la fel în momentul screeningului medical). Deseori vestea îmbolnăvirii cu TB este, pentru ei, una total neașteptată. Reacția inițială la aflarea diagnosticului a fost, pentru cei mai mulți pacienți, una de șoc emoțional, atât în cazul femeilor, cât și al bărbaților.

Eu, ca toți oamenii, normal am căzut, stupoare, o lună am stat în stupoare și mă gândeam de ce anume mie, ședeam așa și mă gândeam că viața mea este terminată, dar pe urmă mie sora mi-a spus: mult mai ai de stat și în pod să te uiți? Du-te la medici! Du-te, tratează-te! Ce stai și aștepți? [I4, M, Bender]

Nu m-a împiedicat nimic, pur și simplu eu nu știam, adică, poate, înțelegeam că am tuberculoză după simptomele pe care le aveam eu, dar, dintr-o parte, îmi era frică să merg la spital să-mi spună că ai tuberculoză. Nu știu... Uite, așa stăteam și nu știam ce vreau... [I6, F, Soroca]

- Există câteva categorii de cauze care împiedică accesarea serviciilor de diagnostic și tratament în timp util. Prima categorie o reprezintă cauzele financiare/situația materială precară. A doua categorie ține de aspectele socio-emoționale (frică și rușine). A treia categorie o reprezintă cauzele sistemice, cele care țin de organizarea sistemului medical. Pentru pacienții din satele îndepărtate, pentru cei care lucrează ilegal peste hotare, dar și pentru cei care nu au un loc de trai – accesul la serviciile medicale este dificil, pentru că, de cele mai multe ori, ei nu dețin polița de asigurare medicală.

Vina este a noastră că nu am finisat tratamentul. Nu am fost la medic în sat undeva tot din cauza împrejurimilor. Nu am fost în sat, pentru că îmi era rușine, când anume trebuia să mă duc la medic. [FG3-B1]

- Percepția că medicii cer (sau așteaptă) bani pentru a trata pacienții este, în general, răspândită, fie că este bazată pe experiențe proprii, fie din auzite, dar de multe ori această percepție este un impediment important în adresarea la medic. Unii pacienți afirmă că oamenii pierd încrederea în medici și, astfel, nu mai merg nici la un control de rutină.

Cine are bani acela are prioritate. [FG5-F1]

- Gradul ridicat de sărăcie a populației duce la adresări tardive, oamenii fiind preocupați de alte probleme cotidiene și de asigurare a existenței.

Circa trei săptămâni. Și de la lucru nu puteam să mă eliberez, nu am vrut să renunț, pentru că e singurul venit. Apoi, când a apărut puțin timp liber la lucru, am mers la fluorografie și iată. [I1, M, Bender]

- Unii medici afirmă că echipamentul de screening mobil, pentru a efectua examinări radiologice în sate, este necesar și binevenit și ar trebui ca la acest serviciu să aibă acces întreaga populație, nu doar persoanele vulnerabile. La fel, analiza bacteriologică a sputei ar trebui să fie o metodă constantă de identificare a TB, iar, pentru anumite categorii sociale (persoane fără adăpost, fără loc de muncă etc.) lipsa poliției de asigurare medicală duce la adresări întârziate. În consecință, multe persoane ajung în stare gravă la spital.

TRATAMENT

- Majoritatea participanților care urmează tratamentul în staționar au o opinie pozitivă față de condițiile din spitale, atitudinea personalului medical și rezultatele tratamentului. Cei care sunt nemulțumiți se plâng de durata tratamentului, atmosfera obositoare, lipsa plimbărilor în aer liber.

Nu este plăcut, în primul rând, dar al doilea diagnosticul care îl avem noi este nevoie de aer curat, de soare, atmosferă pozitivă să nu o îngreueze starea, dar tu stai în acea încăpere închisă de dimineață până seară și în fiecare zi la fel: dimineața te trezești, pastilele și restul și toată ziua la fel, într-o poziție, în aceeași încăpere. Eu vă zic: sunt a 7-a săptămână, foarte am obosit, aș vrea acasă... [FG1-F4]

- Alte provocări menționate de pacienții internați în staționar sunt: reacțiile adverse ale medicamentelor și lipsa unei surse de venit (pentru că nu pot munci). La fel, a fost menționată necesitatea de a organiza îngrijirea copiilor rămași acasă pe durata tratamentului în spital. Mai ales femeile întâmpină dificultatea cu cine să își lase copiii.
- Cei mai satisfăcuți de condițiile din staționar sunt persoanele fără loc de trai, deoarece găsesc în spital un adăpost temporar.
- Participanții la studiu, pacienții de TB, au menționat că cea mai mare provocare în tratamentul TB sunt bolile asociate (sau bolile cronice) pe care le au. Mulți pacienți se plâng că AMP nu oferă alt tratament decât cel pentru TB, iar alte boli și/sau reacțiile adverse nu sunt tratate. Cel mai des au fost menționate lipsa tratamentului în cazul bolilor de ficat și de stomac.

Ca să mai ducă aici în spital pastile, aici îi doare stomacul, pastile nu le dau, doare dintele, ei nu au pastile, ce să faci, iată mă durea dintele, o durere îngrozitoare, întreb de pastile – nu au la moment cu ce, un analgin poate să ajute la dinte? [FG3-B2]

- Unii pacienți cu TB din regiunea transnistreană afirmă că li s-au aplicat amenzi contravenționale nejustificate, iar căutarea dreptății și respectării drepturilor personale nu poate fi realizată, pentru că, efectiv, nu au unde să se plângă.
- Participanții menționează că spitalizarea persoanelor cu TB în Transnistria se face contrar voinței. Unii preferă să nu meargă la medic, fiindu-le frică că vor fi internați în Spitalul de tuberculoză pe o perioadă mai lungă, fără să li se permită ieșirea „la libertate”. De asemenea, unii s-au plâns de lipsa de respect (jigniri, ofense) din partea personalului medical.

Toate acestea se fac prin intermediul ofițerilor de poliție. Nu te pot obliga, dar vin cu forța și o iau.. Da. Autoritățile noastre acționează foarte dur... chiar și în cătușe, chiar și în cătușe. Oamenii se tem.. În secția curentă de tuberculoză, desigur, chiar și aici, în Bender, la spitalul de tuberculoză, oamenii se tem, pentru că nu pot ieși de acolo... [FG2-M7]

- Participanții la studiu au afirmat că principiul confidențialității este respectat de către medicii de specialitate. Pacienții au relatat că, în toate cazurile, diagnosticul le-a fost comunicat de către medic într-un spațiu separat, medicul manifestând disponibilitate de a explica și a discuta cu pacientul. Informațiile despre boală sunt oferite persoanelor terțe doar cu acordul pacientului. Pacienții pot solicita, în formă scrisă, extrase de fișele medicale care conțin toate informațiile despre tratament și evoluția bolii.
- Pacienții nu-și pot alege tratamentul sau influența în vreun fel schema de tratament, însă pot comunica medicului efectele adverse. În acest caz, tratamentul poate fi ajustat.

- S-a menționat necesitatea de eliminare a practicii de externare din spital, atunci când un pacient are comportament „rău” (abuz de alcool, mai ales în cazul persoanelor fără adăpost). Totuși nu au fost prezentate practici alternative pentru soluționarea provocărilor cauzate de comportamentele dificile ale pacienților aflați în tratament staționar.
- Tratatamentul la domiciliu este o soluție potrivită, dar există și multe critici atât din partea medicilor, cât și din partea pacienților la adresa acestui tip de tratament pentru unele categorii de pacienți. Personalul medical invocă, cel mai des, riscurile întreruperii de către pacienți a tratamentului. Medicii de familie sunt deseori suprasolicitați. Pacienții fără loc de trai sau cei fără venituri și care trăiesc în condiții precare sunt mai predispuși să întrerupă tratamentul după externare. În cazul acestor pacienți, afirmă medicii, cea mai bună soluție este continuarea tratamentului în staționar până la vindecarea completă.
- În cazul pacienților ale căror rude pot supraveghea administrarea tratamentului la domiciliu, medicii uneori decid să ofere pastilele pentru o săptămână, astfel încât să nu fie nevoie de vizitele zilnice la centrul medical.

...După ce voi merge să finisez tratamentul după spital și voi sta în rând după pastile la acel dispensar...nu mi-a fi confortabil și aceasta nu voi vrea... pentru că, iarăși, orașul unde eu locuiesc este foarte mic și, dacă eu am venit în cabinet unde se dau pastile, atunci va fi clar pentru ce am venit acolo, în acest sens. [FG1-F4]

- În schimb, pentru pacienții care au un loc de trai și au familii care îi susțin, tratamentul la domiciliu este o soluție potrivită. Cei care practică tratamentul video asistat s-au declarat a fi foarte mulțumiți, deoarece nu trebuie să meargă zilnic la centrul medical din localitate (sau din raion) pentru administrarea pastilelor, dar și pentru că, astfel, se păstrează confidențialitatea și pacienții nu sunt expuși stigmatizării. Alți pacienți au zis că despre această opțiune și ar fi vrut să o practice, dar nu li s-a oferit posibilitatea.
- Pacienții care merg zilnic la centrul medical pentru a lua pastilele sunt, mai degrabă, nemulțumiți, în principal din câteva motive: 1) starea de sănătate (se simt slăbiți, oboșiți, inclusiv din cauza efectelor secundare ale tratamentului); 2) stigmatizarea; 3) imposibilitatea de a se angaja la un loc de muncă și a avea un venit.
- În scopul protejării celorlalți, mulți participanți din toate grupurile, femeii și bărbații, au manifestat o atitudine deschisă față de diagnosticul și tratamentul contrar voinței pacientului, inclusiv prin forță.
- În unele cazuri refuzul tratamentului (sau întreruperea intenționată) are la bază dorința de a prelungi boala și de a menține grupa de invaliditate. Pentru unii pacienți, indemnizația de invaliditate este singura sursă de venit pe care nu doresc să o piardă.

Pacienții, după ce se externează, ei nu sunt susținuți și, de aceea, ei vin înapoi, ei nu au unde să se ducă și, chiar dacă vor, nu-i angajează nimeni, nu pot supraviețui. [FG4-F3]

El știe că are grad de dizabilitate și, dacă s-ar trata, până la final, i s-ar retrage gradul de dizabilitate, și vine pe vreo 4-5 luni acolo și, hop, abandonează. [FG4-B1]

- Personalul medical afirmă că este necesară pregătirea psihologică a bolnavilor pentru tratament. Pacienții trebuie să fie informați din timp referitor la durata tratamentului și condițiile de spitalizare. Astfel, e nevoie de o mai bună colaborare între pacienți și medicii din teritoriu.
- Una dintre nemulțumirile personalului medical este anularea unor beneficii suplimentare pentru lucrătorii medicali care îngrijesc bolnavii de TB, odată cu majorarea salariilor tuturor lucrătorilor medicali. Personalul medical din aceste spitale și-ar dori păstrarea unor beneficii precum: zilele suplimentare de concediu plătit; calculul diferențiat al anilor pentru pensionare; sporurile pentru lucrul în condiții nocive/ de risc.
- Majoritatea participanților din cadrul OSC menționează printre bariere care împiedică finalizarea tratamentului pentru TB la bărbați/femei/persoane transgender: frica și lipsa confidențialității, maladiile concomitente și cunoștințe insuficiente despre riscurile întreruperii tratamentului. Femeile au necesitatea de a avea grijă de familie, copii, casă, gospodărie; bărbații au necesitatea de a asigura bunăstarea familiei.
- Pe durata pandemiei COVID-19, din cauza implicării spitalelor de TB în servicii COVID-19, accesul la servicii medicale pentru persoanele cu TB confirmată ori prezumtivă a devenit și mai limitat din cauza restricțiilor de vizitare, fricii de îmbolnăvire cu COVID-19, dar și, în cazul femeilor, nevoia de a avea grijă de copii și lipsa timpului liber din motivul nefuncționării școlilor și grădinițelor.

- Odată cu aflarea diagnosticului, în viața multor pacienți cu TB se schimbă relațiile cu ceilalți. De obicei, relația cu soțul/soția, frații/surorile și copiii rămân la fel sau chiar se îmbunătățesc. Pacienții cu tuberculoză au susținere și primesc încurajări din partea acestor persoane apropiate, dar se îndepărtează de ceilalți.
- Unii afirmă că e necesar un grup de sprijin reciproc al bolnavilor de TB. Informal, unii pacienți mai țin legătura unii cu alții, chiar și după externarea din spital. Alții însă preferă anonimatul și se izolează din punct de vedere social, pentru a evita stigmatizarea.
- Mulți pacienți trăiesc o adevărată dramă personală, un stres profund. Unii manifestă mecanisme de adaptare inefficiente, precum: negarea, evitarea, retragerea în singurătate, consumul de alcool sau amânarea tratamentului, fenomene asociate cu autostigmatul.
- Mulți pacienți se simt singuri în fața bolii și a problemelor social-economice. Cel mai des ei au fie sprijinul familiei (dacă au o familie), fie sprijinul medicilor care îi tratează. Cei care au susținerea familiei acceptă mai rapid diagnosticul și încep tratamentul. În acest sens, familia joacă un rol important.
- Cei care nu au familie se bazează cel mai mult pe suportul psihologic al medicilor, al altor pacienți din spital, precum și pe propria persoană. În această categorie, cel mai des se regăsesc deținuții și persoanele fără adăpost. Cei mai afectați de lipsa unui sprijin sunt persoanele fără adăpost.

După nume, oamenii care au fost cu noi în același salon, ei desigur m-au susținut, nu m-au lăsat în neceaz și, desigur, medicii... Mulțumesc și lor. [FG7-B5]

- Pacienții externați se confruntă cu mai multe probleme. Mulți nu-și pot găsi un loc de muncă, ei nu sunt acceptați din cauza bolii. Aceasta este o dificultate, în special, în cazul bărbaților care deseori sunt singurii întreținători ai familiei.
- Cu referire la grupuri de sprijin pentru pacienții cu TB sau consultații psihologice oferite pacienților cu TB, respondenții guvernamentali consideră că această funcție ar trebui îndeplinită de ONG-uri) sau prin intermediul organizațiilor publice din domeniu, centrelor de asistență a persoanelor în dificultate și al programelor de suport pentru tratament în detenție și după eliberare.
- Pacienții din Transnistria se confruntă cu un șir de probleme sociale. Unii pacienți au menționat organizații care sprijină bolnavii de tuberculoză și HIV. Mai mulți pacienți au declarat că au beneficiat de ajutor (pachete cu produse alimentare, igienice și sprijin juridic în perfectarea actelor) din partea acestora.

Stigmatizarea

- Stigmatizarea bolnavilor de tuberculoză este răspândită, în general. Unii prieteni, vecinii sau colegii de lucru evită contactul, se feresc, se retrag sau chiar întrerup orice legătură. Relațiile sociale devin mai reci și mai distante, iar cercul social se îngustează mult.
- Copiii bolnavilor de tuberculoză, la fel, devin victime ale stigmatizării. Pentru a-i proteja pe copii de eventuale discriminări, unii părinți preferă să ascundă boala de restul comunității.
- În cazul persoanelor fără adăpost, persoanelor HIV infectate și al deținuților, stigmatizarea este mai intensă. Inclusiv membrii familiei resping această categorie de bolnavi. Se consideră că bolnavii de tuberculoză din aceste categorii duc un mod de viață dezorganizat.
- Mulți bolnavi de tuberculoză preferă să nu spună altora despre propria boală de frica stigmatizării. Unii afirmă că îi vor minți pe ceilalți referitor la diagnostic, pentru a se proteja de excluderea socială, deoarece se consideră rușinos să fii bolnav de tuberculoză.
- Cei care decid totuși să facă public diagnosticul (mai des bărbații) o fac pentru a-i proteja pe ceilalți. Unii bolnavi se autoizolează de frica să nu fie acuzați că au infectat pe alți membri ai comunității.
- Respingerea din partea angajatorilor este o altă fațetă a stigmatizării. Unii bolnavi au relatat că ei (sau persoane cunoscute) au fost dați afară de la serviciu din cauza tuberculozei. Găsirea unui loc de muncă este dificilă pentru mulți bolnavi. Unii pacienți au relatat stigmatizare din partea autorităților locale; bolnavilor li s-a refuzat ajutorul la nivel local.

Eu nu știu, oamenii, dacă au părerea că tu ești bolnav de tuberculoză și poți să molipsești, el poate, în genere, să nu te primească la lucru și așa va rămâne în capul lui, asta nu se schimbă cu legea. Nu cred că poate schimba mentalitatea omului, aici depinde de părerea fiecăruia cum o face, mulți sunt speriați, prea tare boala aceasta, s-a spus la oameni că e așa de rea... Doamne ferește! [FG3-B1]

- Majoritatea pacienților consideră că există lipsă de informare a populației privind formele TB, condițiile de infectare și transmisibilitate, iar aceasta duce la stereotipuri și atitudini reticente față de bolnavii de tuberculoză. Cei care au trecut prin boală sau persoanele care au rude apropiate/ membri ai familiei bolnavi de tuberculoză au cea mai tolerantă atitudine.

2.5 Evaluarea eficienței răspunsului național la TB și sugestii de îmbunătățire

ROLURILE OPERAȚIONALE ALE ACTORILOR IMPLICAȚI ÎN RĂSPUNSUL LA TB

- În opinia participanților guvernamentali, rolurile actuale și potențiale ale acestora în răspunsul TB constau în reprezentarea autorităților locale în prevenirea și suportul în tuberculoză, organizarea și contribuirea la îmbunătățirea calității serviciilor de asistență medicală prestată pacienților.
- Percepțiile reprezentanților guvernamentali privitor la eforturile naționale în activitățile de răspuns la tuberculoză, în Republica Moldova, în raport cu reprezentanții populațiilor-cheie, sunt: implicarea în procesul decizional, realizarea de programe specifice de screening și suport pentru deținuți, persoane fără adăpost și social-dezavantajate. Totodată, respondenții au menționat că orice persoană merită atenție și această categorie de oameni are mai mult nevoie de o atitudine atentă. Prin urmare, trebuie, în primul rând, de schimbat cu grijă mentalitatea societății pentru orice persoană, indiferent de sex, vârstă și statut. La fel, ca activități potențiale, s-a menționat necesitatea de servicii de asistență socială, depistarea locurilor de aflare a acestor persoane, raiduri la stânele din localități.
- Toți participanții OSC menționează că rolurile actuale și potențiale ale OSC în răspunsul TB constau în furnizarea de servicii de screening și investigații pentru depistarea precoce a TB în grupuri vulnerabile și greu de atins și suport în menținerea în tratamentul TB.
- Mai mulți respondenți au menționat rolul de advocacy (pentru acces îmbunătățit, finanțare, politici, inovații și introducerea accelerată a unor noi instrumente etc.) și furnizarea de servicii (identificarea cazurilor, îngrijirea și sprijinul persoanelor afectate de TB, informare și comunicare). Un număr nesemnificativ de respondenți din cadrul OSC au menționat: implicarea pentru respectarea drepturilor omului, reducerea stigmei și discriminării persoanelor cu TB și mobilizarea comunitară; și doar unii respondenți au menționat roluri precum: monitorizarea condusă de comunitate; cercetarea condusă de comunitate; mobilizarea comunității; abilitarea și consolidarea comunității; implicarea în reducerea barierelor structurale și stigmei; crearea de parteneriate și consolidare a coalițiilor.

PROGRESE ȘI PROVOCĂRI ÎN RĂSPUNSUL TB

- În opinia respondenților guvernamentali, în Republica Moldova, există servicii care răspund nevoilor speciale ale populațiilor-cheie, subiecți ai prezentei evaluări:
 - ✓ Asistență socială pentru refacerea documentelor și, cel puțin, angajarea temporară (eventual muncă la distanță, muncă online).
 - ✓ Orientare pe grupuri-cheie, creșterea gradului de toleranță și acceptare, suportul în accesarea serviciilor medicale, reducerea stigmei și discriminării.
 - ✓ Asistență individuală, consiliere, sprijin social.
- Printre serviciile prietenoase acestor populații-cheie, respondenții OSC au subliniat serviciile rapide și accesibile de diagnostic, screening și suport pentru tratament sistematic (psihologic, material, social, juridic) în condiții de staționar și ambulatoriu.
- Cu referire la eficiența răspunsului național la TB, reprezentanții guvernamentali menționează necesitatea de dezvoltare de noi programe de control TB, cu implicarea tuturor actorilor relevanți: departamentul financiar, organizații publice din domeniu, sănătate publică, directori de spitale și clinici, reprezentanți ai serviciilor farmaceutice. Respondenții guvernamentali au prezentat opinii diferite cu referire la politicile naționale privind TB

și considerarea nevoilor sensibile la gen și populațiilor-cheie, în mare parte, având cunoștințe limitate privitor la aspectele specifice legate de nevoile grupurilor vulnerabile sau de gen.

- Conform reșponderților OSC, există unele lacune specifice care limitează implicarea comunitară, cum ar fi: reticența, lipsa de interes și voința autorităților publice de a implica OSC din cauza lipsei de credibilitate din partea unor instituții statale, numărul redus al OSC active în domeniu, în raport cu amploarea problemei, potențialul redus al majorității OSC în abordare complexă și lipsa sustenabilității financiare. Pe de altă parte, cauzele care limitează alte ONG-uri să se implice în prevenirea și controlul TB sunt: lipsa cunoștințelor și experienței de lucru cu persoanele TB, frica de a se infecta, lipsa surselor financiare.
- Printre provocările menționate de OSC în raport cu reprezentanții populațiilor-cheie sunt: colaborarea între sectoare, deseori formală, care nu facilitează accesul anumitor grupuri la servicii (în special, cu Administrația națională a penitenciarelor), existența cadrului legal, dar lipsa de interes din partea medicinei primare pentru examinarea populațiilor-cheie (unele grupuri nu se regăsesc în lista celor la risc sau cu vigoare sporită) și preferința în utilizarea echipamentului mobil de screening finanțat din alte surse decât din bugetul AMP, lipsa intervențiilor la nivelul acestor grupuri sau intervenții formale/artificiale; multitudinea de sarcini puse pe seama medicinei de familie, care are interes redus în TB; implicarea redusă a cabinetelor fiziologice în mobilizarea AMP și îmbunătățirea accesului la servicii pentru grupurile vulnerabile și greu de atins. S-a subliniat că sunt slab dezvoltate intervențiile integrate de asistență socială, psihologică, juridică pentru grupurile-cheie, cu accent preponderent pe screening și suportul doar în cazul celor neaderenți.
- Cunoștințele privind strategiile planificate pentru consolidarea comunității TB ca parte a programului național TB sau a altor programe naționale de sănătate sunt limitate. Puțini respondenți au menționat existența strategiei de comunicare care include consolidarea capacității comunităților-cheie afectate și existența resurselor specifice pentru consolidarea comunității în cadrul grantului curent al FG 2021-2023.
- Principala sursă de finanțare pentru consolidarea sistemului comunitar/OSC, dar și pentru intervențiile în grupurile-cheie, sunt realizate prin OSC, depind de finanțarea externă (FG), fiind nesustenabile, mai puțin menționate autoritățile naționale (CNAM și autoritățile publice locale). În opinia respondenților, CNAM asigură finanțarea programelor de screening TB din fondul de profilaxie pentru grupuri vulnerabile, dar finanțarea, de asemenea, nu este sustenabilă, deoarece depinde de prioritățile anual stabilite de Ministerul Sănătății. ONG-urile au capacități reduse de accesare a fondurilor CNAM din cauza cerințelor dure de gestionare față de banii publici.

MODIFICĂRI SUGERATE

- Responderții guvernamentali sugerează următoarele modificări pentru a îmbunătăți serviciile TB pentru a răspunde aspectelor de gen și vârstă și necesităților populațiilor-cheie: (1) Îmbunătățirea suportului psihosocial pentru cei care sunt la tratament, (2) Crearea condițiilor bune pentru tratament și spitalizare (astfel încât oamenii, în special, cei vulnerabili social, să valorizeze existența acestora). (3) Extinderea tratamentului în condiții de ambulator/domiciliu. (4) Creșterea gradului de acceptare, resocializare a reprezentanților din populațiile-cheie (eliminarea discriminării, asigurarea confidențialității, delicatețea în muncă a personalului medical, lucrul psihologic cu pacienții). (5) Îmbunătățirea colaborării intersectoriale și fortificarea activităților realizate de PNRT – angajamente bugetare pentru acoperirea costurilor privind screeningul, diagnosticul și tratamentul deținuților; îmbunătățirea comunicării intersectoriale privind transferul de caz. (6) Schimbarea mentalității populației generale și a AMP.
- Principalele modificări sugerate de către respondenții din partea OSC pentru îmbunătățirea răspunsului la TB pentru aceste grupuri: (1) Mai multe garanții sociale, asistență, suport din partea autorităților pentru persoanele cu TB, să se acorde prioritate și, respectiv, să se aloce resurse financiare cu o direcționare mai specifică și mai eficientă; (2) Reforma serviciului medical/, programe de reintegrare/reabilitare pentru deținuți și foști deținuți; (3) Programe integrate medico-sociale, indicatori separați pentru medicina de familie (screening și tratament); (4) Mai multă implicare intersectorială pentru reducerea inegalităților, promovarea drepturilor omului în contextul TB; (5) Monitorizarea cheltuielilor de examinare la TB a categoriilor defavorizate din bugetul AMP din partea CNAM; (6) Îmbunătățirea cadrului legal: evaluarea situației (riscurilor, barierelor, oportunităților) pentru fiecare grup în parte, elaborarea unor planuri de acțiuni, strategii de control pentru fiecare grup în parte, simplificarea accesului la servicii de diagnostic, inclusiv apropierea acestora de grupuri, sporirea modalităților de suport în cadrul tratamentului, suport material pentru menținerea persoanei în tratament); (7) Crearea unui centru de plasament temporar pentru persoanele cu TB fără adăpost, cu abuz de alcool.

- Totuși respondenții au menționat și unele aspecte care ar opri sau ar stimula implementarea modificărilor sugerate printre care: instabilitatea politică, pandemia și regresarea economică, angajamentele statului, suportul extern.

2.6 Concluzii: cercetarea calitativă a barierelor privind implicarea comunitară, drepturile omului, aspectele de gen și stigmatizare, aferente tuberculozei în Republica Moldova

1. Analiza calitativă a obstacolelor privind implicarea comunitară, drepturile omului și aspectele de gen a confirmat existența unui șir întreg de bariere și provocări în accesul la servicii de diagnostic, tratament și suport în contextul TB atât pentru pacienții cu TB, cât și pentru reprezentanții populațiilor-cheie. Printre barierele și provocările în acesarea serviciilor TB se regăsesc atât cele determinate de vulnerabilitatea economică și aspectele psiho-emoționale și educație sanitară, cât și cele sistemice, care țin de organizarea sistemului medical și cel social și adaptarea serviciilor nevoilor grupurilor-cheie.
2. În opinia respondenților, vulnerabilitatea deosebită la TB a reprezentanților grupurilor-cheie este determinată de vulnerabilitatea socială și economică, printre care: condițiile nesatisfăcătoare de trai sau lipsa unui loc stabil de trai, absența unui loc stabil de lucru, lipsa poliței de asigurare medicală, educație sanitară scăzută și iresponsabilitate față de propria sănătate, comportamente de risc (abuzul de alcool și consumul de droguri etc.), acces limitat la serviciile medicale și sociale, lipsa suportului din partea APL, stigmatizarea asociată diagnosticului de TB, amplificată de atitudini negative față de apartenența la un anumit grup în instituțiile medicale și societate, dar și lipsa interesului din partea prestatorilor de servicii pentru aceste grupuri, în vederea asigurării accesului la servicii TB.
3. Genul nu este considerat un impediment de adresare la medic. Majoritatea celor intervievați în procesul evaluării calitative din toate grupurile au percepții gender tradiționale. Percepțiile generale despre rolul bărbaților/femeilor în familie și societate sunt bazate pe roluri distincte ale femeilor de a avea grijă de familie, copii, casă și pe rolul bărbaților de a face bani și de a sprijini familia/gospodăria. Însă se consideră că femeile se adresează mai des și mai repede la medic, comparativ cu bărbații, fapt determinat de responsabilitatea întreținerii familiei, bărbații, deseori fiind unicii în asigurarea venitului din familie, dar și mai *delăsători* în privința propriei sănătăți, comparativ cu femeile care sunt mai *îngrijorate* de propria sănătate, chiar dacă acestea poartă răspunderea pentru a avea grijă de familie, copii, casă, gospodărie. În același timp, respondenții sugerează necesitatea de a îmbunătăți serviciile TB pentru a răspunde aspectelor de gen și vârstă și necesităților populațiilor-cheie, iar sistemul electronic de supraveghere (SIME TB) necesită perfectări pe segmentul aspectelor de gen și standardizarea indicatorilor în conformitate cu necesitățile naționale și recomandările organismelor internaționale privind aspectele de gen.
4. Lipsa clarității privind garanțiile sociale în caz de TB, suportul limitat, unele abordări privind măsurile coercitive și stigmatizante (spitalizarea, amenzile contravenționale etc.) și asigurarea confidențialității trebuie abordate pentru a fi aliniate recomandărilor internaționale, iar fricile și cunoștințele insuficiente despre TB, maladiile concomitente, stigmatizare, aspecte de gen și drepturile omului, inclusiv alte subiecte importante pentru sănătatea publică trebuie integrate în programe comprehensive de educație sanitară.
5. Un sistem aparent eficient de acordare a serviciilor TB la nivel de serviciu centralizat (spitalicesc și penitenciare) devine extrem de vulnerabil în ceea ce privește acordarea serviciilor la nivel de comunitate și în perioada de tranziție de la tratamentul spitalicesc la cel ambulator, fiind determinat, în mare măsură, de o insuficientă colaborare intersectorială și scăderea priorității intervențiilor în domeniul TB pentru actorii comunitari în comparație cu alte urgențe.
6. Necătând la cadrul legislativ și de politici aparent bun, la disponibilitatea metodelor și inițiativelor inovative de diagnostic, tratament și suport, progresul în răspunsul la TB pare a fi determinat nu doar de lipsa de resurse umane sau financiare, ci și de o lipsă de coordonare/nealiniere intersectorială, interregională (Transnistria și penitenciarele), inclusiv de lipsa liderismului și a voinței politice.
7. Adicional, situația în regiunea Transnistria, necătând la eforturile PNRT și OSC, necesită o abordare care depășește competențele și atribuțiile acestor actori, legate de cadrul normativ și abordările diferite în managementul TB dintre ambele maluri ale râului Nistru. Acest subiect necesită integrare în eforturile Biroului de Reintegrare și agenda Comisiei Unificate de Control.

III. REZULTATELE EVALUĂRII CANTITATIVE A GRADULUI DE STIGMATIZARE AFERENTĂ TUBERCULOZEI

3.1 Structura eșantionului

Tabel nr. 4 Structura-eșantion a Malului drept, N=260

Malul drept		Număr	Procent
Sexul	Bărbat	194	74,6
	Femeie	66	25,4
Categorie vârstă	18-35 ani	68	26,2
	36-45 ani	79	30,4
	46-59 ani	81	31,2
	60+ ani	32	12,3
Statut civil	Căsătorit/ă	114	43,8
	Necăsătorit/ă	146	56,2
Capul gospodăriei	Da	159	61,2
	Nu	101	38,8
Copii în gospodărie	Da	75	28,8
	Nu	185	71,2
Venituri	Sub 2000 lei	76	29,2
	2001 - 3000 lei	71	27,3
	3001 - 5000 lei	56	21,5
	Mai mult de 5000 lei	30	11,5
	Nu răspund	27	10,4
Tipul localității	Urban	114	43,8
	Rural	146	56,2
Total		260	100,0

Tabel nr. 5 Structura-eșantion a Malului stâng, N=109

Malul stâng		Număr	Procent
Sexul	Bărbat	81	74,3
	Femeie	28	25,7
Categorie vârstă	18-35 ani	23	21,1
	36-45 ani	44	40,4
	46-59 ani	39	35,8
	60+ ani	3	2,8
Statut civil	Căsătorit/ă	67	61,5
	Necăsătorit/ă	42	38,5
Capul gospodăriei	Da	81	74,3
	Nu	28	25,7
Copii în gospodărie	Da	47	43,1
	Nu	62	56,9
Venituri	Sub 2000 lei	16	14,7
	2001 - 3000 lei	15	13,8
	3001 - 5000 lei	63	57,8
	Mai mult de 5000 lei	13	11,9
	Nu răspund	2	1,8
Tipul localității	Urban	89	81,7
	Rural	20	18,3
Total		109	100

Analizând structura generală a eșantionului, identificăm că majoritatea respondenților cu TB au fost reprezentați de bărbați – 74,6 %, femeile constituind 25,4 %. Analizând structura respondenților din regiunea transnistreană, identificăm că distribuția pe criteriul de sex a fost, de asemenea, preponderent masculină (74,3 %).

Conform criteriul de vârstă s-a constatat că respondenții cu vârsta cuprinsă între 46-59 de ani, cu o pondere de 31,2%, reprezintă majoritatea persoanelor cu TB. Pe locul doi, conform criteriului de vârstă, se identifică persoanele cu vârsta cuprinsă între 36-45 de ani, cu o pondere de 30,4 %. Conform criteriului de vârstă, identificăm că, în cazul respondenților de pe malul stâng, cei cu vârsta cuprinsă între 36-45 de ani cu o pondere de 40,4%, reprezintă majoritatea persoanelor cu TB. Pe locul doi, conform criteriului de vârstă, se identifică respondenții cu vârsta cuprinsă între 46-59 de ani, cu o pondere de 35,8 %, preponderent din mediul urban pe malul stâng – 81,7%; și, din mediu rural, în partea dreaptă – 56,2 % . Necăsătoriți – 56,2%, pe malul drept; și majoritatea căsătoriți, pe malul stâng – 61,5%; fără copii, pe malul drept – 71,2%, și, pe malul stâng – 43,1%. O mare parte din respondenți au menționat că la moment urmează tratamentul pentru TB – 81,5% de pe malul drept, semnificativ fiind pentru respondenți cu vârsta cuprinsă între 18-35 de ani – 85,3%, 84,4% din respondenți din regiunea stângă a Nistrului. Alții – 14,7% din regiunea transnistreană și 13,1% din respondenți de pe malul drept al Nistrului au confirmat că tratamentul TB l-au finalizat în anul curent.

84,4% din respondenții din regiunea transnistreană au afirmat că au fost diagnosticați cu TB DS, semnificativ fiind pentru respondenți cu vârsta cuprinsă între 36-45 de ani – 88,6%. De asemenea, 42,3% de pe malul drept a Nistrului au confirmat că au TB sensibilă. Pe lângă acestea, 27,3% din respondenții de pe malul drept au menționat că au fost diagnosticați cu tuberculoză rezistentă la medicamente.

3.2 Confruntarea cu stigma și mediul de manifestare

- Mai mult de jumătate din respondenți din stânga Nistrului – 54,1% au menționat că au fost stigmatizați din cauza statutului lor TB. Totuși 60,8% din respondenții din dreapta Nistrului au afirmat că nu s-au confruntat cu stigmatizarea din cauza statutului lor TB, semnificativ pentru respondenți cu vârsta de 60+ ani – 75,0%.
- Majoritatea respondenților din partea stângă a Nistrului – 84,7%, au menționat că s-au confruntat cu stigmatizarea în instituțiile medicale, ceea ce ulterior i-a împiedicat să solicite în continuare servicii TB, cu o pondere mare a respondenților cu vârsta de 46-59 de ani – 90,5%. Totodată, 56,5% din respondenții din dreapta Nistrului au afirmat că nu s-au simțit stigmatizați în spitale/clinici din cauza statutului lor TB; deci, ulterior, au putut să solicite servicii cu referire la TB.
- Majoritatea respondenților din regiunea transnistreană au menționat că s-au confruntat cu stigmatizarea din partea comunității, ceea ce i-a împiedicat să solicite și să se adreseze pentru serviciile TB. Pe când respondenții din dreapta Nistrului au menționat că, în mare parte – 51,8% din respondenți – nu s-au confruntat cu stigmatizarea din partea comunității sau a vecinilor, semnificativ fiind pentru respondenții din mediul urban – 60,7%.
- Majoritatea respondenților au menționat că nu s-au confruntat cu stigmatizarea acasă – 88,1% din respondenții de pe malul stâng și 83,1% din respondenți de pe malul drept. Totodată, doar 15,7% din respondenții din partea dreaptă a Nistrului au afirmat că se confruntă cu stigmatizarea acasă. De asemenea, 11,9% din respondenți din regiunea transnistreană au menționat faptul că sunt stigmatizați acasă, aceasta împiedicându-i să solicite servicii TB.
- Majoritatea respondenților, atât din dreapta Nistrului – 77,1%, cât și din stânga Nistrului – 83,1%, semnificativ pentru respondenți cu vârsta cuprinsă între 18 și 35 de ani (91,7%), au menționat că nu s-au confruntat cu stigmatizarea la locul de muncă. Totuși, 18,1% din dreapta Nistrului și 15,3% din stânga Nistrului au menționat că s-au confruntat cu stigmatizarea la locul de muncă, iar asta i-a împiedicat să se adreseze pentru a solicita sau accesa servicii TB.
- 39,4% de respondenți din regiunea transnistreană și 37,7% de pe malul drept au menționat că nu s-au confruntat cu situații de stigmatizare din cauza statutului TB. Totodată, 20,2% de respondenți au menționat că au avut cazuri de comunicare nerespectuoasă din partea personalului medical. Și doar 5,4% de respondenți de pe malul drept au sesizat astfel de cazuri.

Fenomenul stigmatizării în raport cu persoanele cu TB se manifestă diferit, în funcție de contextul în care se află persoana. Din relatările respondenților s-au evidențiat următoarele împrejurări în care aceștia s-au confruntat cu stigmatizarea: (1) familie, comunitate, locul de muncă, spații publice, instituțiile medicale, accesarea serviciilor de urgență 112.

Mamei, desigur, i-a părut milă de mine, dar și ea s-a ferit de mine, vase separate;

Se feresc de parcă am ciură cei mai apropiați;

O vecină care a aflat diagnoza mi-a interzis să intru la dansa în ogradă, fiul ei este prietenul meu;

Nu m-au lăsat nici nici măcar să vin la lucru după acte, după ce au aflat de TB;

La magazin vânzătoarea m-a numit „tubic” și eu, în prezența altor oameni, am fost nevoit să mă îndreptățesc;

Când m-am îmbolnăvit de TB, nu numai că am fost diagnosticat greșit la început, dar m-au și tratat ca pe un criminal deosebit de periculos;

Când veneam la medicul de familie, mereu mă alunga afară să nu stau în preajma ei, să nu apar în ochii ei;

Am chemat salvarea și nu a venit.

3.3 Constatări privind stigmatizarea în comunitate, autoizolarea și autostigmatizarea

- 31,5% din respondenți din dreapta Nistrului au menționat că sunt de acord cu afirmația: „Mă simt jignit(ă) cum reacționează alții când află ca am TB”, semnificativ fiind pentru persoanele cu vârsta cuprinsă între 18-35 de ani – 36,8%. Totodată, 31,2% din respondenți din stânga Nistrului se simt jigniți de felul în care reacționează

alte persoane, atunci când află despre statutul TB al persoanei, în mare proporție pentru respondenții-femei – 50,0 %.

- În mare măsură, respondenții din ambele regiuni au menționat că nu sunt de acord cu faptul că își pierd prietenii, atunci când le spun despre diagnoza lor – 47,3 % din respondenții din dreapta Nistrului, semnificativ fiind pentru respondenți din mediul urban – 55,3 %, și 45,9 % din respondenții din stânga Nistrului. Cu toate acestea, se atestă un procent semnificativ de respondenți care sunt de acord cu această afirmație – 33,0 % dintre aceștia din regiunea transnistreană, dintre care, într-o proporție mai mare, sunt persoane cu vârsta de 60+ – 66,7 %.
- O mare parte din respondenți – 49,5 % din regiunea transnistreană, preponderent pentru cei din mediul rural – 60,0 %, și 48,1 % din dreapta Nistrului, au afirmat că nu sunt de acord cu faptul că se simt singuri din cauza diagnozei lor TB. Totuși, 30,3 % din respondenții din stânga Nistrului au menționat că se simt în singurătate din motiv că sunt diagnosticați cu TB.
- Mai mult de jumătate din respondenții din stânga Nistrului (76,1 %, mai puțin semnificativ fiind pentru respondenți femei – 67,9 %) și mai puțin de jumătate din dreapta Nistrului (41,2 %) au afirmat că se țin la distanță pentru a nu îmbolnăvi alte persoane, Totuși s-a înregistrat un procent de 16,9 % dintre respondenții din dreapta Nistrului care au menționat că nu sunt de acord cu afirmația dată.
- Cu referire la frica de a anunța membrii familiei despre TB, opinia respondenților s-a împărțit. Astfel, 48,6 % din respondenții din stânga Nistrului, semnificativ fiind pentru respondenții cu vârsta de 36-45 de ani – 52,3 %, și 34,2 % din respondenții din dreapta Nistrului au afirmat că nu sunt de acord cu această afirmație. Pe când, 38,5 % din respondenții din stânga Nistrului și 30,8 % din respondenții din dreapta Nistrului au menționat că se regăsesc în afirmația dată.
- Majoritatea respondenților au menționat că nu sunt de acord cu afirmația: „*Mi-e teamă să merg la instituțiile medicale unde se tratează TB, pentru că s-ar putea să fiu văzut de alții*” – 56,9 % din respondenți din stânga Nistrului și 51,2 % din respondenții din dreapta Nistrului, semnificativ este pentru respondenții din mediul urban – 61,4% . Cu toate acestea, se atestă respondenți care au menționat că din cauza TB le este teamă să meargă în instituții medicale specializate în tratarea TB, deoarece le este frică să fie observați de alții – 22,9% din respondenți din stânga Nistrului.
- 47,3 % din respondenții din dreapta Nistrului, ne semnificativ este pentru respondenții cu vârsta de 46-59 de ani – 38,3 %, și 46,8 % din respondenții din stânga Nistrului au menționat că nu sunt de acord cu afirmația: „*Mi-e teamă să le spun altora că am TB, deoarece ei ar putea crede că am și HIV/SIDA*”. Totuși, 37,6 % din respondenți din stânga Nistrului au afirmat că această afirmație nu le este caracteristică, cu un procent mai mare fiind pentru respondenții cu un venit mai mare de 5000 de lei – 53,8 %.
- Mai mult de jumătate din respondenți din stânga Nistrului – 70,6 %, cu o pondere mai mare pentru respondenții cu un venit de 3001-5000 de lei – 84,1 %, au menționat că sunt de acord cu faptul că se simt vinovați, deoarece familia trebuie să aibă grijă de ei. Cu referire la respondenții din dreapta Nistrului, opiniile s-au împărțit: 35 % din respondenți nu sunt de acord cu afirmația dată, pe când 31,2 % din respondenți au afirmat că se simt vinovați din motiv că unul din membrii familiei trebuie să aibă grijă de ei.
- 55 % din respondenți din stânga Nistrului și 36,5 % din respondenții din dreapta Nistrului, semnificativ pentru respondenții cu vârsta de 18-35 de ani – 47,1 %, au menționat că sunt de acord cu afirmația: “*Aleg/alegeam cu atenție cui să-i spun că am TB*”. De asemenea, 34,2 % din respondenții de pe malul drept și 18,3 % din respondenții din stânga Nistrului au afirmat că sunt total de acord cu această afirmație. Astfel, totalul procentului de respondenți care sunt de acord cu această afirmație este 70,7 % , din dreapta Nistrului și 84,2 % respondenți din stânga Nistrului.
- Mai mult de jumătate din respondenții din stânga Nistrului – 62,4 %, preponderent pentru respondenții cu un venit de 3001-5000 de lei – 82,5 %, au afirmat că sunt de acord cu faptul că se simte vinovat că s-au infectat cu TB. Totuși, respondenții din dreapta Nistrului au menționat că nu sunt de acord cu această afirmație.
- 46,2 % din respondenții din dreapta Nistrului, semnificativ pentru respondenții cu un venit de mai mult de 5000 de lei – 66,7 %, au menționat că nu sunt deloc de acord cu afirmația: „*Sunt îngrijorat(ă) de faptul că aș putea avea HIV/SIDA*”. Totuși, mai mulți respondenți din stânga Nistrului – 40,4 %, au afirmat că sunt de acord cu această afirmație. Totodată, 26,6 % din respondenți au afirmat că sunt de acord. Astfel, 67 % din respondenții din stânga Nistrului sunt de acord cu faptul că se îngrijorează că ar putea avea HIV/SIDA.
- Majoritatea respondenților din dreapta Nistrului – 77,9 %, semnificativ pentru respondenți cu vârsta de 60+ - 89,7 % și 49,1 % din respondenții din regiunea transnistreană au menționat că nu au evitat solicitarea sau accesarea serviciilor legate de TB din motiv că au fost stigmatizați. Totuși, cu o diferență mică, 48,1 % din

respondenți din regiunea transnistreană au afirmat că, din cauza stigmatizării, au evitat să solicite servicii legate de TB.

3.4 Mărturisiri privind stigmatizarea persoanelor afectate de TB

- 6,4 % de respondenți din regiunea transnistreană au menționat că au fost martori la cazuri de stigmatizare a persoanelor cu tuberculoză în instituțiile medicale și anume „*Lipsa de respect în instituțiile medicale.*”. De asemenea, astfel de cazuri au fost menționate de 3,8 % de respondenți de pe malul drept a Nistrului.

Comparativ cu situațiile cu care s-au confruntat personal pacienții cu TB, atunci când au fost rugați să relateze situații privind stigmatizarea la alte persoane cunoscute, în mare parte contextul nu diferă, dar cu un mare accent pe situații cum ar fi: copiii la școală, interzicerea utilizării fântânilor comune, părăsirea persoanei de către partenerul de viață. În continuare vom dezvălui fiecare situație în parte:

„La școală au aflat copiii că persoana are TB și nu voiau să comunice”;
„O persoană bolnavă de TB nu i se dădea voie să ia apă de la fântână și nici nu era primit în magazin după cumpărături”;
„A avut parte de interzicere la solicitarea unui serviciu public din cauza diagnozei”;
„Copiii nu erau acceptați la școală, la început au fost nevoiți să stea acasă”;
„Prietenul meu, venind la policlinică, a stat la coadă, purta mască și a spus că este bolnav de TB, o bunica din afară a început să țipe la el și să-i spună să plece să nu molipsească pe alții, a fost foarte jignit.”
„Familia l-a părăsit, soția s-a recăsătorit, copiii îl ocolesc”; „A plecat soțul de la ea că era bolnavă”.
„Am fost martor când o persoană care a fost depistată cu TB a fost eliberată forțat de la serviciu”.
„Ne-a fost teamă să aflăm diagnosticul exact și să începem tratamentul pentru a nu ne pierde locul de muncă.”
„O persoană a venit la policlinică, s-a uitat la el și i-au vorbit de parcă ar fi fost de clasa a doua”;
„Prietena mea, fiind în tratament TB, s-a adresat stomatologului și, când el a aflat că este infectată, el s-a distanțat de la ea”; „Nu avea loc de trai permanent, în spital a fost numit „răpănos” ”.
„Cunosc persoana care a fost infectată de TB și a fost mereu înlăturată de toți, a găsit ieșirea din situație prin sinucidere”;
„Prin sat, ciobanii erau alungați după ce s-a aflat că au TB”.

3.5 Stigma și cele 7 etape ale traseului TB

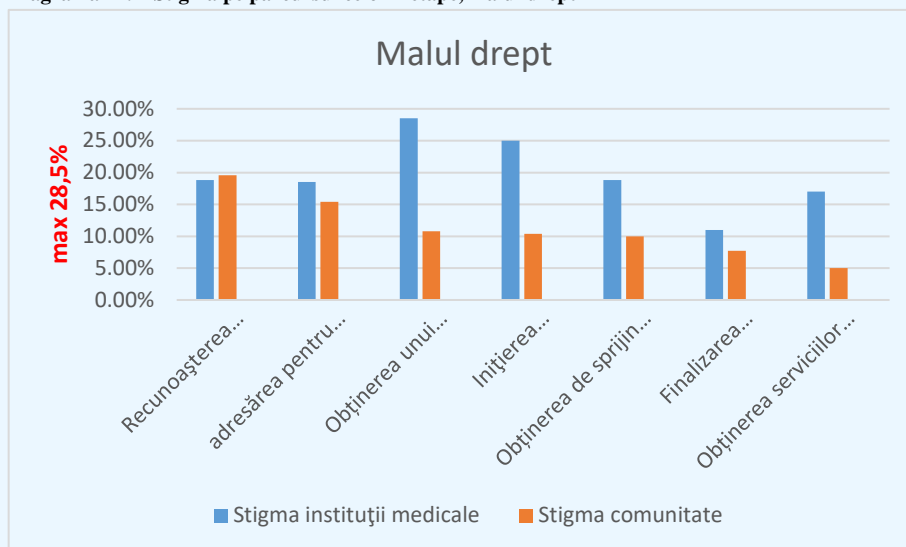
Stigma și traseul persoanei cu TB

Urmărind cele 7 etape ale traseului persoanei cu TB de la recunoașterea simptomelor, până la obținerea serviciilor post-tratament, putem afirma că stigma se regăsește printre impedimentele întâlnite la fiecare etapă a traseului persoanei cu TB, manifestându-se atât în comunitate și la locul de muncă, cât și în instituțiile medicale.

Tabel nr. 6 Stigma și traseul persoanei cu TB

Stigma						
Etapa 1. Recunoașterea simptomelor	Etapa 2. În căutarea îngrijirii/adresării pentru servicii	Etapa 3. Obținerea unui diagnostic precis	Etapa 4. Inițierea tratamentului	Etapa 5. Obținerea de sprijin pentru aderența la tratament	Etapa 6. Finalizarea tratamentului	Etapa 7. Obținerea serviciilor post-tratament (follow-up)
47,7 % din respondenții din stânga Nistrului, cu o pondere de 14,7 % printre femei, au menționat stigmatizarea în spitale/ clinici; 37,6 % din respondenții din stânga Nistrului au afirmat stigmatizarea din partea comunității sau vecinilor; 19,6 % respondenți din dreapta Nistrului au menționat stigmatizarea din partea comunității sau vecinilor; 18,8% au menționat stigmatizarea din partea instituțiilor medicale.	44 % din respondenți din regiunea transnistreană au menționat că sunt stigmatizați în instituțiile medicale, iar 21,1 % pe malul stâng au confirmat stigmatizarea din partea comunității; 18,5 % din respondenți de pe malul drept, nesemnificativ fiind pentru persoane cu vârsta 60+ de ani (2,3 %), au menționat stigmatizarea în instituțiile medicale; 4,2 % au afirmat stigmatizarea din partea colegilor sau angajaților de la locul de muncă, ceea ce i-a împiedicat ca să solicite servicii de îngrijire.	32,1 % din respondenții din partea stângă și 28,5 % din respondenții din dreapta Nistrului au confirmat stigmatizarea din instituțiile medicale; 10,8 % din respondenți de pe malul drept și 7,3 % din respondenți din regiunea transnistreană, au menționat că au fost stigmatizați de către comunitate sau vecini, ceea ce, ulterior, i-a împiedicat să obțină un diagnostic precis.	25,0 % din respondenții din dreapta Nistrului și 11 % din respondenții din regiunea transnistreană au afirmat că s-au confruntat cu stigmatizarea în instituțiile medicale, ceea ce i-a împiedicat să înceapă un tratament; 10,4% din respondenții de pe malul drept, nesemnificativ pentru respondenții-femei – 1,2 %, și 6,4 % din respondenții de pe malul drept au menționat stigmatizarea din partea comunității.	18,8 % de respondenții din dreapta Nistrului au afirmat despre stigmatizarea din partea instituțiilor, cu o pondere mică pentru respondenți cu vârsta de 60+ ani (2,7 %); 10 % din respondenți au confirmat că sunt stigmatizați de comunitate; 8,3 % din respondenții din regiunea transnistreană au afirmat că sunt stigmatizați în spitale.	Cu o diferență de 0,3 %, 11,5 % și 11,2 % din respondenții de pe malul drept au menționat că sunt stigmatizați atât în instituțiile medicale cât și acasă. În ambele cazuri ponderea respondenților femei este mai mică – 5,0 % și, respectiv, 2,3 %. 6,4 % din respondenții de pe malul stâng au confirmat stigmatizarea din partea comunității.	17,3 % din respondenții de pe malul drept au menționat că s-au confruntat cu stigmatizarea în instituții medicale, cu o pondere nesemnificativă pentru persoanele cu vârsta de 60+ de ani – 1,5 %. 7,3 % din respondenții de pe malul stâng au afirmat că sunt stigmatizați atât de comunitate, cât și de familie, astfel că ei nu au întreprins nimic pentru a obține servicii de supraveghere post-tratament.

Diagrama nr. 1 Stigma pe parcursul celor 7 etape, malul drept

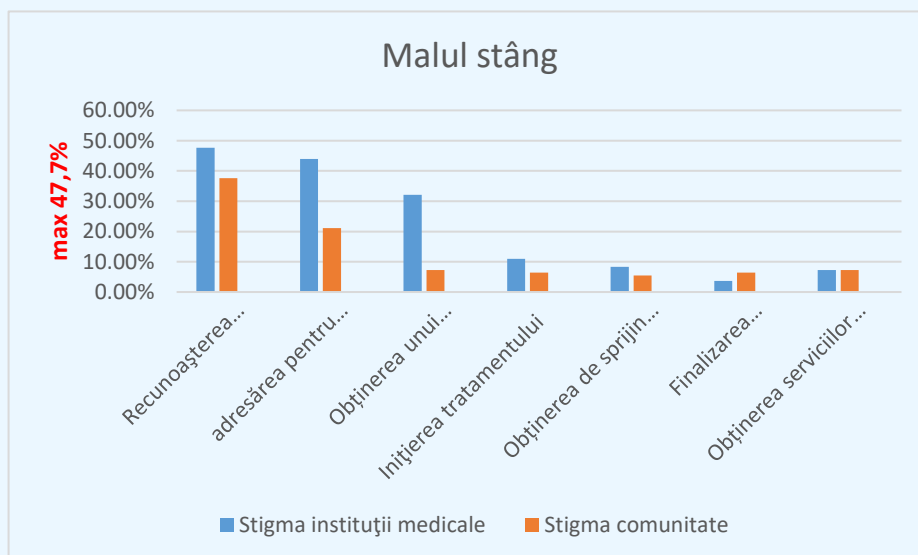


Se observă un nivel mai înalt de stigmatizare la etapele de recunoaștere a simptomelor, adresare pentru servicii, obținere a unui diagnostic și inițiere a tratamentului.

Un grad semnificativ de manifestare a stigmei în instituțiile medicale se atestă la primele 3 etape ale traseului persoanei cu TB, cu o pondere mai mare în regiunea transnistreană. Cu toate acestea, de la etapa de inițiere a tratamentului, până la etapa de obținere a serviciilor post-

tratament, respondenții din dreapta Nistrului au raportat o rată mai înaltă de stigmatizare în instituțiile medicale decât în regiunea transnistreană.

Diagrama nr. 2 Stigma pe parcursul celor 7 etape, malul stâng



Pentru respondenții din partea dreapta a Nistrului, fenomenul stigmatizării are o manifestare relativ constantă pentru toate etapele traseului. Pe de altă parte, pentru regiunea transnistreană, se evidențiază o descreștere a ratei de stigmatizare pe parcursul etapelor. Spre finele tratamentului, respondenții din partea stângă a Nistrului au raportat mai mult confruntarea cu stigma din partea comunității și familiei.

De concluzionat că nivelul de stigmatizare crește pe ambele maluri la etapa de obținere a serviciilor post-tratament, adică, propriu-zis, la etapa de incluziune/resocializare după finalizarea tratamentului, ceea ce denotă respingere și practici alimentate de atitudini/cunoștințe incorecte privind caracterul incurabil al TB.

Persoanele cu TB despre experiențele altor pacienți pe parcursul celor 7 etape

Mai mult de jumătate de respondenți de pe malul drept – 61,5 %, semnificativ fiind pentru respondenți cu vârsta 60+ ani (81,3 %), au menționat că nu cunosc alte persoane cu TB care au fost stigmatizate din cauza statutului lor TB. Pe de altă parte, 38,5 % de respondenți din regiunea transnistreană au menționat că cunosc persoane cu statut de TB care au fost marginalizate și stigmatizate.

Cu privire la experiențele altor pacienți pe care îi cunosc, procentul respondenților care au raportat problema stigmatizării este mai mare, în mediu, de 2 ori. Indiferent de situație, fie din propria experiență, fie din experiența altor pacienți cunoscuți de respondenți, tendințele manifestării stigmei sunt aceleași. În același timp, se observă că respondenții sunt mai dispuși să vorbească despre experiențele altora decât despre cele proprii.

Tabel nr. 7 Persoanele cu TB despre experiențele altor pacienți

Recunoașterea simptomelor	64,3 % din respondenții de pe malul stâng, nesemnificativ pentru femei – 14,3 %, au menționat că persoanele cu TB pe care le cunosc s-au confruntat cu stigmatizarea în instituțiile medicale, Totodată, 36,8 % din respondenții din dreapta Nistrului au menționat, de asemenea, despre stigmatizarea altor persoane cu TB în instituțiile medicale.
În căutarea îngrijirii/adresării pentru servicii	Majoritatea respondenților din stânga Nistrului au menționat că persoanele cu TB pe care le cunosc au fost stigmatizate în spitale sau clinici, ceea ce, ulterior, i-a împiedicat să solicite servicii de îngrijire – 64,3 %. De asemenea, 31,0 % din respondenți au menționat despre stigmatizarea în comunitate a persoanelor cu TB, Cu referire la respondenții din dreapta Nistrului, 36,8 %, cu o pondere mai mică pentru respondenții din mediul urban – 14,7 %, au menționat că persoanele cu TB pe care le cunosc au fost stigmatizate în instituții medicale. Alții – 27,9 % din respondenți, au afirmat că persoanele cu TB sunt stigmatizate de către comunitate sau vecini.
Obținerea unui diagnostic precis	Mai mult de jumătate de respondenții de pe malul drept – 52,9 %, nesemnificativ pentru respondenții cu vârsta mai mare de 60+ ani (2,9 %), au menționat că persoanele cu TB pe care le cunosc au fost stigmatizate în spitale sau clinici. Totodată, 17,6 % din respondenți au afirmat că persoanele cu TB sunt stigmatizate de către comunitate. Cu referire la respondenții din regiunea transnistreană, 45,2 % au menționat că cunosc persoane cu TB care s-au confruntat cu stigmatizarea în spitale sau clinici. Cu toate acestea, 4,8 % de respondenți din regiunea transnistreană au menționat că persoanele cu TB pe care le cunosc au fost stigmatizate acasă sau de către familie, iar aceasta le-a împiedicat să obțină un diagnostic precis.
Inițierea tratamentului	42,6 % respondenți din partea dreaptă a Nistrului și 35,7 % de respondenți din stânga Nistrului, cu o pondere mai mică pentru respondenții din mediul rural – 9,5 %, au menționat că cunosc persoane care s-au confruntat cu stigmatizarea în spitale sau clinici. Pe lângă aceasta, 20,6 % de respondenții din dreapta Nistrului și 14,3 % de respondenți de pe malul stâng au afirmat că persoanele s-au confruntat cu stigmatizarea în comunitate, ceea ce le-a împiedicat să înceapă un tratament.
Obținerea de sprijin pentru aderența la tratament	36,8 % de respondenți din dreapta Nistrului și 21,4 % de respondenți din stânga Nistrului, cu o pondere mică a respondenților cu un venit mai mare de 5000 de lei (2,4 %), au menționat că cunosc persoane care se confruntă cu stigmatizarea în spitale sau clinici. Alții – 19,1 % respondenți din dreapta Nistrului și 9,5 % din stânga Nistrului, au afirmat că cunosc persoane care au fost stigmatizate în comunitate sau vecinătate sau stigmatizate de comunitate, iar aceasta le-a împiedicat să obțină suportul pentru aderență la tratament.
Finalizarea tratamentului	Cu privire la finalizarea tratamentului, 29,4 % respondenți din dreapta Nistrului, nesemnificativ fiind procentul de femei – 8,8 %, au menționat că cunosc persoane cu statut TB care au fost stigmatizate în spitale și clinici. De asemenea, 16,7 % respondenți din stânga Nistrului au menționat că cunosc persoane care se confruntă cu stigmatizarea. Totodată, 17,6 % de respondenți de pe malul drept și 9,5 % de respondenți de pe malul stâng au menționat că persoanele pe care le cunosc au fost stigmatizate în comunitate, ceea ce le-a împiedicat să finalizeze tratamentul.
Obținerea serviciilor post-tratament (follow-up)	27,9 % respondenți de pe malul drept au menționat că cunosc persoane care s-au confruntat cu stigmatizarea în spitale și clinici, ceea ce le-a împiedicat obțină serviciile de supraveghere post-tratament. Alții – 14,3 % de persoane din regiunea transnistreană, cu o pondere nesemnificativă fiind respondenții cu vârsta cuprinsă între 18-35 de ani – 2,4 %, au menționat că cunosc persoane care se confruntă cu stigmatizarea în spitale; astfel, aceasta le-a împiedicat să obțină un serviciu post-tratament.

Perspectiva comunității privind stigmatizarea persoanelor cu TB pe parcursul celor 7 etape

În ceea ce privește respondenții reprezentanți ai comunității, majoritatea au afirmat că cunosc persoane cu TB ce au fost stigmatizate la toate etapele traseului persoanei cu TB. Pentru 5 din 7 etape, majoritatea au afirmat că cunosc persoane care au suferit de stigmatizare în raport cu etapele de obținere de sprijin pentru aderența la tratament și obținere a serviciilor post-tratament, unde s-au expus 10 și, respectiv, 9 din 20 de respondenți.

Tabel nr. 8 Comunitatea despre experiențele persoanelor cu TB

Recunoașterea simptomelor	18 din 20 de respondenți au afirmat că cunosc persoane cu TB care au fost stigmatizate, ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să recunoască simptomele. Cel mai des a fost menționată stigmatizarea în comunitate/vecinătate și la locul de muncă.
În căutarea îngrijirii/adresării pentru servicii	16 din 20 de respondenți au afirmat că cunosc persoane cu TB ce au fost stigmatizate, ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să se adreseze la servicii specializate pentru îngrijire. În egală măsură, a fost menționată stigmatizarea în spitale/clinici, comunitate/vecinătate și la locul de muncă.
Obținerea unui diagnostic precis	13 din 20 de respondenți au afirmat că cunosc persoane cu TB care au fost stigmatizate, ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să obțină un diagnostic precis. Cel mai des a fost menționată stigmatizarea în spitale/clinici.
Inițierea tratamentului	17 din 20 de respondenți au afirmat că cunosc persoane cu TB care au fost stigmatizate, ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să inițieze tratamentul. Cel mai des a fost menționată stigmatizarea în comunitate/vecinătate.
Obținerea de sprijin pentru aderența la tratament	10 din 20 de respondenți au afirmat că cunosc persoane cu TB care au fost stigmatizate, ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să se adreseze la servicii specializate pentru obținerea de sprijin pentru aderența la tratament. Cel mai des a fost menționată stigmatizarea în comunitate/vecinătate.
Finalizarea tratamentului	16 din 20 de respondenți au afirmat că cunosc persoane cu TB care au fost stigmatizate, ceea ce, ulterior, i-a împiedicat să finalizeze tratamentul. Cel mai des a fost menționată stigmatizarea în comunitate/vecinătate, urmat de spitale/clinici și locul de muncă.
Obținerea serviciilor post-tratament (follow-up)	9 din 20 de respondenți au afirmat că cunosc persoane cu TB care au fost stigmatizate ceea ce ulterior, i-a împiedicat să obțină servicii de supraveghere post-tratament. În egală măsură a fost menționată stigmatizarea în spitale/clinici, comunitate/vecinătate și la locul de muncă.

3.6 Opinii ale membrilor familiei persoanei cu TB

Membrii familiilor afectate de TB, adesea devin victime ale stigmatizării secundare, din cauza unui membru de familie diagnosticat cu TB. 21 de membri ai familiilor persoanelor cu TB au povestit experiențele trăite, 14 fiind rude de gradul I și II (părinți, copii, surori sau frați) și o treime din respondenți fiind în relație de rudenie de gradul III și IV cu o persoană diagnosticată cu TB. Chiar dacă la unele întrebări familiile au expus opinii diametral opuse, întrebările repetate, formulate în alt mod, relevă, per ansamblu, experiențe similare.

- Opinia respondenților de pe malul drept s-a divizat printre cei care au menționat că sunt de acord și cei care nu sunt de acord cu afirmația: „*Membrul familiei mele îmi cere să păstrez diagnosticul TB în secret*”, pe când majoritatea respondenților din regiunea transnistreană, au fost de acord cu această afirmație.
- Cea mai mare parte de respondenți de pe malul drept au menționat că nu sunt de acord cu afirmația: „*Îmi este rușine, pentru că un membru al familiei mele are TB*”, comparativ cu majoritatea respondenților de pe malul stâng, care sunt de acord cu această afirmație. În același timp, majoritatea respondenților de pe ambele maluri sunt de acord cu afirmațiile: „*Ascund de comunitate faptul ca un membru al familiei mele are TB*”, „*Un membru al familiei mele ascunde diagnosticul TB de comunitate*”, „*Evit să vorbesc despre TB în prezența altor membri ai familiei sau a vecinilor*”.
- Cea mai mare parte de respondenți de pe malul drept au menționat că nu sunt de acord cu afirmația: „*Mă tem că cineva mă va vedea la instituția medicală unde este tratată ruda mea*”, comparativ cu majoritatea respondenților de pe malul stâng, care sunt de acord cu această afirmație.
- Opinia respondenților din regiunea malului drept s-a divizat aproximativ egal între cei care au menționat că sunt de acord și cei care nu sunt de acord cu afirmația: „*Am observat schimbări la membrul meu de familie de când am fost diagnosticat cu TB*”. Cu referire la aceeași afirmație, majoritatea respondenților din regiunea transnistreană au fost de acord cu această afirmație.
- Majoritatea respondenților de pe malul drept al Nistrului au menționat că nu s-au simțit stigmatizați din cauza statutului TB al unui membru de familie și, invers, toți respondenții din stânga Nistrului au afirmat că s-au simțit stigmatizați din cauza membrului de familie cu statut TB.

Famiiliile afectate despre experiențele altor pacienți

La rugămintea de a povesti dacă au văzut sau auzit de alte familii stigmatizate din cauza statutului TB al unuia din membrii familiei, majoritatea respondenților din partea dreaptă a Nistrului au menționat că nu cunosc astfel de cazuri. Totuși, o parte din respondenți au afirmat că cunosc astfel de familii.

- Situații de stigmatizare au fost notificate de majoritatea membrilor familiilor persoanelor cu TB, în diverse contexte: instituțiile medicale și stigmatizarea din partea personalului medical; stigmatizarea din partea comunității sau vecinilor, autoritățile publice locale. În urma analizei secvențelor, putem concluziona că membrii familiilor persoanelor cu TB sunt mai des stigmatizați de către personalul medical, decât de celelalte categorii de persoane cu care interacționează.

...așa a aflat tot blocul despre diagnoză și noi ne-am simțit foarte jigniți – soție, 61 de ani;

...mi-au vorbit cu atâta dispreț, m-au forțat să trec și eu toate testele, – mamă, 72 de ani;

... au venit vecinii și au văzut, apoi a aflat toată casa - s-au ferit, a fost groaznic - bine că totul s-a terminat, – mamă, 64 de ani;

...un comportament agresiv față de persoană infectată, din partea APL din localitate. – rudă, 38 de ani.

- Alt grup de persoane care au relatat că au fost martore ale unui diagnostic greșit din partea personalului medical.

... Ei bine, iată prietena mea, fiul ei nu a fost diagnosticat corect, așa că aproape că a murit. – bunică, 65 de ani;

... și fiul ei s-a îmbolnăvit, după cum am auzit - nu a fost diagnosticat corect, e bine că au rezolvat-o mai târziu, ... – bunică, 72 de ani;

3.7 Opinii privind stigma în comunitate

În cadrul tuturor comunităților, TB a alimentat întotdeauna temeri de infecție, este adesea asociată cu sărăcia și coinfecții precum HIV. Stigmatul tuberculozei are rădăcini sociale, culturale și medicale. De-a lungul istoriei (și până în ziua de azi), persoanele cu TB suferă adesea, pe lângă boală, de insulte, respingere, izolare și, uneori, sunt alungate din casele lor. Puterea stigmatizării tuberculozei a reprezentat întotdeauna o provocare, în special, atunci când însăși comunitatea este agresorul persoanelor cu TB. În urma analizei celor 20 de chestionare semistructurate, adresate membrilor comunității din partea dreaptă (14 chestionare) și stânga Nistrului (6 chestioare), putem constata un nivel înalt de stigmatizare a persoanelor cu TB.

Tabel nr. 9 În ce măsură sunteți sau nu de acord cu fiecare dintre următoarele afirmații? N=20

Afirmațiile	Malul drept					Malul stâng				
	Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord
Este posibil ca unele persoane să nu dorească să mănânce sau să bea cu prietenii care au TB.	0	0	0	7	7	1	0	0	1	4
Unii oameni se simt incomod să se afle în apropierea persoanelor cu TB.	0			10	4	1			2	3
Dacă o persoană are TB, unii membri ai comunității se vor comporta diferit față de acea persoană pentru tot restul vieții.	0	0	2	9	2	1	1	0	2	2
Unii oameni nu doresc ca cei cu TB să se joace cu copiii lor.	0	1		8	5	1	0		4	1
Unii oameni se țin la distanță față de persoanele cu TB.	0			7	7	1			5	0
Unii oameni cred că persoanele cu TB sunt dezgustătoare.	0	5		5	2	1	2		3	0
Unii oameni nu vor să vorbească cu persoanele cu TB.	0	1		10	3	1	2		3	0
Unii oameni se tem de cei cu TB.	0			9	5	1			4	1
Unii oameni încearcă să nu-i atingă pe cei cu TB.	0	1		9	4	1	2		3	0
Este posibil ca unele persoane să nu dorească să mănânce sau să bea împreună cu rudele care au TB.	0	4		6	4	1	0		4	1
Unii oameni preferă ca persoanele cu TB să nu trăiască în comunitatea lor.	0	3		8	3	1	1		3	1

Astfel, majoritatea respondenților de pe malul drept au confirmat practica, în comunitate, de a evita aflarea în apropierea persoanelor cu TB sau șederea la aceeași masă. La fel, majoritatea respondenților sunt de acord sau absolut de acord cu existența practicilor, în comunitate, de a evita dialogul și contactul fizic cu persoanele cu TB și, ca oameni, nu doresc ca cei cu TB să se joace cu copiii lor și au confirmat dorința de a exclude persoanele cu TB din comunitatea lor. În urma analizei chestionarelor efectuate în regiunea transnistreană nu au fost găsite răspunsuri identice, cu toate acestea, majoritatea respondenților au confirmat aceleași practici de stigmatizare a persoanelor cu TB ca și pe malul drept.

Stigmatizarea în sânul comunității se manifestă în mod diferit, de la ignoranță, la discriminare și atitudini ostile. Cu referire la cazuri de stigmatizare în comunitate, observate de respondenți, asupra persoanelor cu TB, s-au identificat 3 categorii: (1) stigmatizarea persoanelor cu TB din partea comunității și a vecinilor; (2) stigmatizarea membrilor familiei persoanei care are TB; (3) cazuri când persoana cu TB nu înștiințează familia sau comunitatea despre diagnostic, din frica de a fi stigmatizat (autostigmatizare).

...vecinii nu vorbeau cu bolnavul și familia lui, copiii erau stigmatizați, femeie, 61 de ani;

Am auzit că copiii pacienților cu TB sunt discriminați, numiți la școală, în mahala, sunt izolați de ceilalți. femeie, 61 de ani;

... fiul prietenei mele a avut TB și nu a spus despre diagnosticul său de la început, nu a vrut să o facă, ... femeie, 52 de ani;
Persoana cu TB a refuzat să dezvăluie statutul său membrilor familiei – femeie, 67 de ani

*Ei ascund diagnoza lor chiar și de rude, pentru că toți consideră că este boala săracilor, femeie, 61 de ani;
Îmi pare rău, dar vecinul meu are o formă deschisă de TB, de ce ar trebui să comunic bine cu el, femeie, 48 de ani.*

3.8 Opinii privind stigma în rândul lucrătorilor medicali

La studiu au participat 20 de lucrători medicali, dintre care 7 din regiunea transnistreană., Respondenții au fost preponderent de gen feminin – 19 persoane, și doar o singură persoană de sex masculin. Din 20 persoane chestionate, 12 persoane au fost asistente medicale; 4 – medici. 5 persoane au declarat că dețin alte funcții în instituțiile medicale în care sunt angajate.

- „Majoritatea lucrătorilor medicali sunt tensionați în legătură cu tratarea pacienților cu TB.” Astfel, majoritatea lucrătorilor medicali de pe ambele maluri au fost de acord cu această afirmație, doar o treime dintre lucrătorii medicali nu sunt de acord cu afirmația dată.
- Situația este similară și în cazul afirmației: „Unii lucrători din domeniul sănătății simt milă față de pacienții cu TB”. Astfel, majoritatea lucrătorilor medicali din ambele regiuni au fost de acord că unii lucrători din domeniul sănătății simt milă față de pacienții cu TB. Deși numărul lucrătorilor medicali care au fost de acord cu afirmația dată a fost mai mare, comparativ cu cel al celor care au avut o părere contrară, diferența dintre rezultate este destul de mică.
- Circa jumătate din lucrătorii medicali din ambele regiuni au afirmat că nu sunt de acord și deloc de acord cu afirmația: „Unor lucrători din domeniul sănătății nu le place să-i ajute pe pacienții cu TB”, iar altă jumătate consideră că unor lucrători medicali nu le place să se ocupe de pacienții cu TB.
- Majoritatea respondenților de pe malul drept și toți respondenții de pe malul stâng au fost de părere că lucrătorii medicali se țin la distanță de pacienții cu TB.
- Lucrătorii medicali, în mare parte, nu sunt de acord cu afirmația: „Unii lucrători din domeniul sănătății consideră că persoana este vinovată că s-a infectat cu TB”. De asemenea, un număr mai mare din respondenți consideră că lucrătorii medicali nu simt furie față de pacienții cu TB. Toți participanții la studiu au fost de acord și absolut de acord cu afirmația: „Unii lucrători din domeniul sănătății consideră că cel mai bine ar fi ca pacienții cu TB să fie izolați în timpul fazei intensive de tratament”.
- Domină convingerea că pacienții cu TB sunt periculoși. Astfel, majoritatea respondenților au fost de acord cu afirmația: „Unii lucrători din domeniul sănătății consideră că pacienții cu TB sunt periculoși”.
- Personalul medical din dreapta Nistrului, comparativ cu cel din regiunea transnistreană, a avut o poziție mai fermă în legătură cu tratamentul persoanelor cu TB. Astfel, majoritatea din respondenții din dreapta Nistrului au afirmat că sunt absolut de acord cu afirmația: „Unii lucrători din domeniul sănătății consideră că tratamentul cu TB trebuie impus cu forța, dacă este necesar”, în timp ce, în stânga Nistrului, mai puțin de jumătate au oferit acest răspuns.
- Majoritatea respondenților din dreapta și din stânga Nistrului au afirmat că sunt stigmatizați din motiv că activitatea lor implică interacțiunea cu persoane cu TB.
- Se atestă un grad sporit de stigmatizare a lucrătorilor medicali în cadrul instituțiilor medicale, a comunității în care locuiesc, precum și în cadrul propriei lor familii. Acest lucru a fost observat îndeosebi pe malul drept al Nistrului, unde practic toți respondenții au afirmat că, din cauza interacțiunii lor cu persoane cu TB, au fost stigmatizați fie în diferite instituții medicale, fie în comunitatea în care locuiesc, fie în cadrul propriei lor familii.
- În regiunea transnistreană, o singură persoană, care a fost și unica persoană interogată, a confirmat faptul că a fost stigmatizată în cadrul comunității în care locuiește.
- Circa jumătate dintre respondenții de pe ambele maluri ale Nistrului au afirmat că au auzit sau au văzut situații în care colegii din domeniul sănătății au fost stigmatizați din cauza că activitatea pe care o au implică interacțiune cu persoane cu statut TB.
- Pe malul drept al Nistrului majoritatea respondenților au menționat că cunosc colegi din domeniul sănătății care s-au confruntat cu stigmatizarea fie la locul de muncă (cel mai des), fie în comunitatea în care locuiesc, fie în cadrul propriei lor familii.
- În regiunea transnistreană, situația este un pic diferită: circa jumătate din respondenți nu cunosc situații în care colegii lor au fost stigmatizați la locul de muncă, iar altă jumătate – cunosc situații în care lucrătorii medicali s-au confruntat cu stigmatizarea în cadrul comunității în care locuiesc, la locul de muncă și în cadrul propriei lor familii.

3.9 Modificări sugerate pentru a combate stigmatizarea

32,5 % din respondenții de pe malul drept și 18,3 % din regiunea transnistreană au menționat că nu au obiecții cu referire la schimbările ce ar putea fi făcute în serviciile, legile și politicile privind TB pentru a combate stigmatizarea legată de TB. De asemenea 8,1 % din respondenții de pe malul drept au menționat că ar dori difuzarea, în mass-media, a mai multe emisiuni informative despre TB pentru a combate stigmatizarea, și doar 5,5 % respondenți de pe malul stâng au menționat aspecte similare. În urma analizei chestionarelor completate de cele 4 grupuri-țintă: persoane cu TB, membrii de familie a persoanelor cu TB, membrii comunității și lucrătorii medicali de profil, au fost identificate câteva sugestii pentru a combate stigmatizarea asociată tuberculozei în societate.

Tabel nr. 10 Recomandări pentru combaterea stigmatizării din partea respondenților, ambele maluri

Perspectiva pacienților	
Recomandări	Citate
<ol style="list-style-type: none"> 1. Respectarea confidențialității; 2. Schimbarea atitudinii medicilor față de pacienții cu statut TB, încrederea în pacient, oferirea suportului psihologic 3. Respectarea drepturilor la locul de muncă și în societate; 4. Mediatizarea măsurilor de protecție și profilaxie; 5. Spulberarea miturilor privind TB; 6. Reducerea fenomenului stigmatizării prin informarea populației prin diverse canale. 	<p>„Să fie pedepsit pentru diseminarea informației, de exemplu, admin. pedeapsă”;</p> <p>„Să fie personalul AMP mai responsabil față de pacienții TB, este distrugere psihică”;</p> <p>„Personalul medical, asistentele, să vorbească puțin mai politicos.” „Dacă am fost de acord să încep tratamentul, să aibă încredere în mine că voi lua tabletele”;</p> <p>„Aș dori ca oamenii să înțeleagă că toată lumea se poate îmbolnăvi”; „Boala nu alege”;</p> <p>„Aș dori ca psihologii să explice că toate acestea sunt tratate și susținute.” „Să fie comunicat în detalii despre TB, cum și cât va dura tratamentul”;</p> <p>„Să fie personalul AMP mai responsabil față de pacienții TB, este distrugere psihică”;</p> <p>„Atitudinea să se schimbe și să fie mai înțelegători, ne pun în categoria oamenilor de nimic”;</p> <p>„Să fie mai de treabă cu noi, să nu ne sperie că vom muri dacă nu bem pastilele”</p> <p>„Să fie mai multă informație despre TB, oamenii să cunoască că această boală nu este rușinoasă și nu depinde de noi”;</p> <p>„De combătut mitul că poți să te îmbolnăvești având un mod de viață neglijent”.</p>
Perspectiva membrilor de familie a persoanelor cu TB	
Recomandări	Citate
<ol style="list-style-type: none"> 1. Menținerea confidențialității diagnosticului din partea personalului medical și schimbarea atitudinii personalului medical; 2. Schimbarea atitudinii comunității asupra persoanelor cu TB; 3. Informații adiționale despre tuberculoză și persoane infectate cu TB; 4. Ajutor material din partea statului. 	<p>„Totul trebuie păstrat confidențial” – părinte, 64 de ani;</p> <p>„Ar fi bine ca angajații medicali să păstreze în secret diagnoza TB și să fie pedepsiți dacă încalcă această regulă” – rudă, 38 de ani;</p> <p>„...atitudinea personalului medical în unele instituții, față de pacienții cu TB” – frate, 32 de ani;</p> <p>„Personalul medical să fie mai responsabil, să nu divulge diagnoza, iar, dacă au divulgat, să fie amendate.” – rudă, 61 de ani;</p> <p>„Atitudinile societății să devină mai îngăduitoare”. – rudă, 41 de ani;</p> <p>„Comunicare mai corectă cu familiile pacientului” – mamă, 72 de ani „Mai multă informație și exemple pentru cei care au frică de TB, că nu e așa chiar de periculos.” – rudă, 54 de ani;</p> <p>„Bolnavii trebuie să aibă careva ajutor material, dar nu numai taloane la mâncare, fiindcă asemenea ajutor nu ne ajunge.” – părinte, 49 de ani.</p>
Perspectiva comunității	
Recomandări	Citate
<ol style="list-style-type: none"> 1. Informarea și sensibilizarea comunității cu referire la TB; 2. Izolarea socială a persoanelor cu TB; 3. Confidențialitatea diagnosticului din partea personalului medical sau a altor membri ai comunității. 	<p>„Mai multă informație ce este TB..” – bărbat, 23 de ani;</p> <p>„...să informeze mai mult, să arate la televizor filme, emisiuni cu persoane TB ca oamenii să își schimbe atitudinea” – femeie, 29 de ani</p> <p>„izolați-i de societate” – femeie, 48 de ani;</p> <p>„Nu știi, dar trebuie separați cumva de societate” – femeie, 64 de ani;</p> <p>„izolează-i de societate când sunt bolnavi, ca să nu se ducă acasă și să se infecteze” – femeie, 56 de ani;</p> <p>„pentru ca medicii și lucrătorii medicali să nu dezvăluie secretul, eu nu spun că o face toată lumea” – femeie, 52 de ani;</p> <p>„...confidențialitatea persoanei cu TB” – bărbat, 23 de ani.</p>

Perspectiva lucrătorilor medicali	
Recomandări	Citate
1. Informarea și sensibilizarea populației generale și a lucrătorilor medicali cu referire la tuberculoză, utilizând diverse canale de informare în masă.	„Este nevoie de informarea în masă a populației, inclusiv prin mass-media” – asistent medical, 31 de ani; „...campanii informative, informația trebuie să fie simplă și accesibilă.” – asistent medical, 31 de ani; „...educarea și sensibilizarea populației în teritoriu” – medic, 41 de ani; „Să fie mai reținuți – nu este vina pacienților că s-au îmbolnăvit.” – asistentă medicală, 32 de ani.

Pentru a concluziona, este important de subliniat că importanța respectării confidențialității datelor cu caracter personal cu privire la diagnosticul medical este menționată de toți respondenții, în afară de cei care dețin informația primară și trebuie să păstreze confidențialitatea (lucrătorii medicali). Recomandări privind creșterea gardului de informare și sensibilizare privind TB, cu utilizarea tuturor surselor și mecanismelor de informare, sunt expuse de toți respondenții. Totodată, extrem de alarmant este faptul că printre recomandările de combatere a stigmei din partea membrilor comunității parvin sugestii de izolare și excludere socială a persoanelor cu TB.

Reieșind din problemele cu care se confruntă persoanele cu TB, respondenții au solicitat mai mult schimbări pe plan material/financiar (mai multă susținere din partea statului și a instituțiilor responsabile de elaborarea și implementarea politicilor în domeniu); medical (majoritatea și-ar dori eficientizarea și scurtarea duratei tratamentului, îmbunătățirea condițiilor în staționar, în același timp, schimbarea atitudinii și comportamentului personalului medical în raport cu pacienții, pedepsirea pentru divulgarea statutului/diagnosticului TB de către personalul medical); moral/psihologic, educațional (diversificarea gamei de servicii de suport psiho-emoțional și îmbunătățirea procesului de comunicare între medic și pacient; informarea publicului larg privind specificul infecției TB).

Tabel nr. 11 Sugestii pe lângă recomandările privind combaterea stigmatizării, Persoane cu TB, ambele maluri

Sugestii	Citate
Material –financiare:	
1. Majorarea alocațiilor lunare (pachete alimentare și diversificarea pachetului alimentar. 2. Îmbunătățirea condițiilor de trai. 3. Simplificarea procedurilor de acordare a facilităților sociale.	„Mai mult suport material și sprijin din partea statului, pentru că orice altă persoană ar fi putut fi în locul nostru”; „Îmbunătățirea condițiilor de viață” „Majorarea listei produselor alimentare în magazinele sociale de unde bolnavii de TB primesc bonuri alimentare”; „Să fie elaborat un mecanism pe țară centralizat de eliberare a produselor alimentare”; „Simplificați procedura de solicitare a asistenței.”
Medicale	
1. Implicarea pacientului în decizia privind administrarea tratamentului (diversificarea opțiunilor de tratament (staționar/domiciliu), micșorarea numărului de vizite pentru primirea medicamentelor etc. 2. Compensarea medicamentelor pentru efectele adverse ale tratamentului. 3. Creșterea calificărilor medicilor și informarea detaliată a pacientului și a rudelor acestuia.	„Mi-aș dori ca tratamentul să nu fie atât de lung.”; „Eu nu pot să beau pastilele dimineața, aș prefera să le iau seara, dar nu-i posibil. Pastilele au o formă care se înghite greu.”; „Pot reduce cantitatea de medicamente, sunt foarte rele.” „Medicamente pentru reacții adverse nu prea nu dau.” „Creșteți nivelul de cunoștințe medicale la locul de muncă și calificarea.”; „Mai multe finanțări pentru medicină, îmbunătățiți nutriția.” „Mă deranjează faptul că trebuie să vin zilnic după tratament, pierd timp, nu pot munci. Bani de drum nu sunt suficienți pentru a acoperi nevoile.” „Ar fi bine ca să fie permis tuturor pacienților să participe la tratament experimental scurt, să avem suport emoțional, cu cine să vorbim.”

3.10 Rezultate ale evaluării mediului de drept și politici

În cadrul discuțiilor în FG cu privire la existența, aplicarea și mediatizarea corespunzătoare a cadrului legal și de politici, desfășurate în rândul actorilor guvernamentali și neguvernamentali, inclusiv cu participarea reprezentanților mass-media, au fost evaluate 7 drepturi fundamentale – (1) Dreptul la libertatea de a nu fi discriminat; (2) Dreptul de acces la informații; (3) Dreptul de acces la servicii; (4) Dreptul la confidențialitate; (5) Dreptul la consimțământul informat; (6) Dreptul la libertatea de a nu fi supus arestului/detenenței arbitrar și izolării involuntare; (7) Dreptul la un loc de muncă sigur. Scorurile acumulate au fost introduse, conform instrumentelor aplicate, în radarul stigmatizării. Exercițiul de evaluare a fost realizat doar pentru malul drept al râului Nistru, partea stângă (Transnistria) nefiind evaluată din lipsa accesului la date, dar și nefiind, inițial, un obiectiv stabilit în cadrul cercetării.

Tabel nr. 12 Rezultatele evaluării mediului de drept și politici, malul drept

	Scor Matrice de drept (max 12 puncte)	Scor Matrice de politici (max 12 puncte)
Drepturi la libertatea de a nu fi discriminat	10	10
Drepturi de acces la informații	10	11
Drepturi de acces la servicii	10	10
Drepturi la confidențialitate	9	10
Drepturi la consimțământul informat	9	10
Drepturi la libertatea de a nu fi supus arestului/detenției arbitrare și izolării involuntare	9	10
Drepturi la un loc de muncă sigur	9	10
TOTAL	66/84	71/84

- Se constată o situație mai bună la capitolul politici, dat fiind faptul că politicile se ajustează cu o regularitate relativ previzibilă. În același timp, se conturează necesitatea revizuirii actelor legislative (legea TB) pentru uniformizarea abordărilor în conformitate cu recomandările OMS;
- Protocoalele de tratament și suport al persoanelor cu TB de pe malul stâng și malul drept al Nistrului sunt diferite la unele aspecte;
- Drepturile persoanelor cu TB sunt realizate la nivel subnațional, fiind neuniformă în rândul unor prestatori de servicii și teritorii (ANP, partea stângă a Nistrului, unele raioane);
- La nivel de mediatizare a aplicării cadrului legislativ, dar și de politici, se constată lacune pentru ambele componente și cooperare slabă cu mass-media, mai degrabă ad-hoc, decât în baza unei regularități/ comunicări organizate;
- Se constată percepții confuze privind diferențele dintre procesul de diseminare a informației prin actori guvernamentali (AMSA, AMP), neguvernamentali (ONG) și mass-media (ziare, televiziuni, posturi radio etc);
- Se constată lacune privind accesul și diseminarea informațiilor specifice pentru fiecare aspect de drept (Drepturi la libertatea de a nu fi discriminat, la confidențialitate, consimțământ informat, dreptul la un loc de muncă sigur, dreptul de a nu fi supus izolării involuntare) atât pentru populațiile-țintă, cât și pentru publicul general.

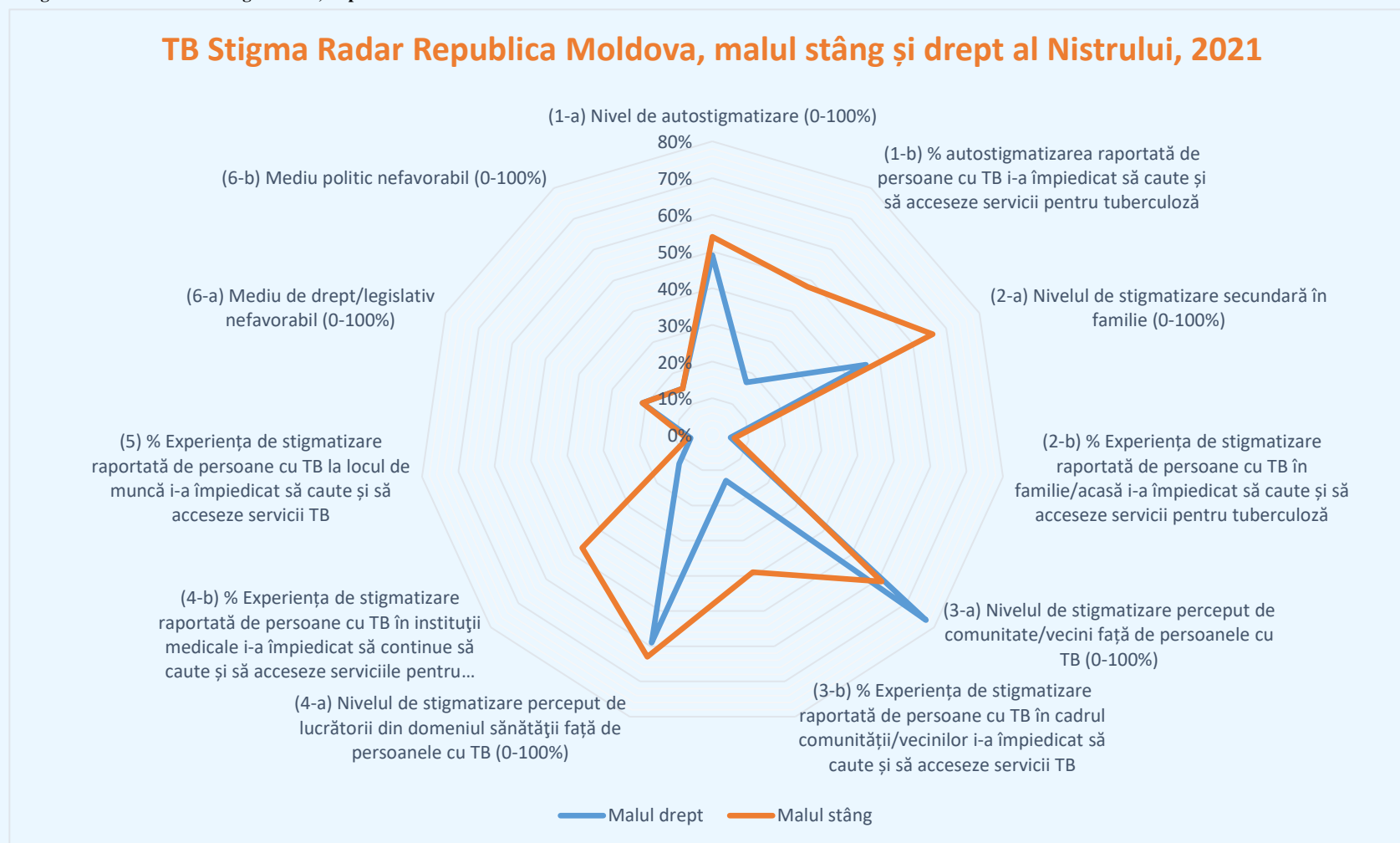
Recomandări sugerate pentru planul de acțiuni

- Revizuirea Legislației privind TB, cu un accent pe drepturile pacienților, obligații pentru prestatorii de servicii și guvern și garanții clare sociale pentru pacienți;
- În vederea revizuirii cadrului legislativ în domeniul TB, este nevoie de realizarea unui Dialog Național cu toți actorii relevanți guvernamentali și neguvernamentali (MS, MPS; MJ; ONG, Mass-media) luând în considerare constatările și recomandările în urma evaluării CRG și stigma;
- Este nevoie de mai multă implicare și de liderism din partea actorilor de pe ambele maluri pentru a ajusta și a uniformiza cadrul de politici și cadrul legislativ;
- Realizarea campaniilor mediatice în grupuri-țintă, cu informație privind DO (Drepturi la libertatea de a nu fi discriminat, la confidențialitate, consimțământ informat, dreptul la un loc de muncă sigur, dreptul de a nu fi supus izolării involuntare, garanții sociale etc.) și TB;
- Colaborarea cu mass-media, dezvoltarea unei strategii de conlucrare specifică, pentru a crește mediatizarea subiectelor de drepturi ale pacienților cu TB.

3.11 Radarul stigmei cauzate de tuberculoză în Republica Moldova

Radarul de stigmatizare este o evaluare standardizată cuprinzătoare a stigmatizării asociate TB, care include stigmatizarea internalizată, impactul stigmatizării asupra accesului la servicii, stigmatizarea în familie, comunitate și în rândul lucrătorilor din domeniul sănătății, precum și mediul legislativ și politic privind stigmatizarea. Fiecare indicator este evaluat pe o scară de la 0 % la 100 %. Cu cât raza radarului este mai mare, cu atât este mai probabil ca persoanele afectate de tuberculoză să se confrunte cu bariere în căutarea și accesarea serviciilor TB din cauza stigmatizării și discriminării.

Diagrama nr. 3 Radarul de stigmatizare, Republica Moldova



Rezultatele evaluării în baza cărora s-a realizat radarul stigmatizării arată că situația privind fenomenul de stigmatizare este prezent în Republica Moldova, fiind prezent atât pe malul drept, cât și pe malul stâng al râului Nistru. Nivelurile de stigmatizare cele mai alarmante, de pe ambele maluri ale Nistrului, vizează stigmatizarea anticipată în comunitate/vecini (72 %) și în rândul personalului medical (61 %). Stigmatul anticipat de la acești actori duce, cel mai probabil, la un nivel ridicat de stigmatizare secundară în familie (52 %) și la autostigmatizarea în rândul persoanelor cu TB (51 %). Chiar dacă nivelul de autostigmatizare la persoanele cu TB este înalt pe ambele maluri, situația pare mai problematică pe malul stâng, deoarece este raportată ca inhibitor pentru a căuta îngrijire și de a accesa serviciile de TB. Respondenții de pe malul stâng raportează, de asemenea, un nivel ridicat de stigmatizare în instituțiile medicale, care îi împiedică să continue să caute și să acceseze serviciile TB, situație care este de 3 ori mai puțin raportată pe malul drept.

Radarul stigmatizării arată că situația de pe malul drept al Nistrului este mai gravă la capitolul stigmatizare anticipată în comunitate/vecini (77 %) și lucrătorii din domeniul sănătății (59 %), acest lucru conducând, cel mai probabil, la un nivel ridicat de autostigmatizare (49 %), precum și la stigmatizarea secundară trăită de membrii familiilor persoanelor cu TB (46 %). Pe de altă parte, pe malul stâng al Nistrului, situația este mai gravă cu privire la stigmatizarea secundară a familiilor afectate (66 %) și stigmatizarea anticipată din partea lucrătorilor medicali (63 %) și comunitate (61 %), aceasta ducând, cel mai probabil, la un nivel ridicat de autostigmatizare în rândul persoanelor cu TB (54 %).

Raza radarului stigmatizării pentru malul stâng este mai mare decât pentru malul drept, ceea ce atestă că persoanele afectate de tuberculoză întâmpină dificultăți mai mari și mai numeroase la etapele de căutare și accesare a serviciilor TB, din cauza stigmatizării și discriminării în regiunea Transnistria. Cele mai relevante diferențe se atestă prin experiențele negative de stigmatizare raportate de persoane cu TB în instituțiile medicale – 12 % malul drept vs 47 % malul stâng. De asemenea, diferențe substanțiale se conturează prin nivelurile de autostigmatizare raportate de persoanele cu TB – 17 % pe malul drept vs 48 % pe malul stâng. În contrast, nivelul de stigmatizare perceput de comunitate/vecini față de persoanele cu TB este mai înalt pe malul drept (77 %) decât pe malul stâng (61 %).

Tabel nr. 13 Descifrarea % a Radarului de stigmatizare, Republica Moldova

Diagrama Radarului	Ambele maluri	Malul drept	Malul stâng
(1-a) Nivel de autostigmatizare (0-100%)	51%	49%	54%
(1-b) % Autostigmatizarea raportată de persoane cu TB i-a împiedicat să caute și să acceseze servicii pentru tuberculoză.	26%	17%	48%
(2-a) Nivelul de stigmatizare secundară în familie (0-100%)	52%	46%	66%
(2-b) % Experiența de stigmatizare raportată de persoane cu TB în familie/acasă i-a împiedicat să caute și să acceseze servicii pentru tuberculoză	5%	5%	6%
(3-a) Nivelul de stigmatizare perceput de comunitate/vecini față de persoanele cu TB (0-100%)	72%	77%	61%
(3-b) % Experiența de stigmatizare raportată de persoane cu TB în cadrul comunității/vecinilor i-a împiedicat să caute și să acceseze servicii TB.	21%	13%	39%
(4-a) Nivelul de stigmatizare perceput de lucrătorii din domeniul sănătății față de persoanele cu TB (0-100%)	61%	59%	63%
(4-b) % Experiența de stigmatizare raportată de persoane cu TB în instituții medicale i-a împiedicat să continue să caute și să acceseze serviciile pentru tuberculoză.	22%	12%	47%
(5) % Experiența de stigmatizare raportată de persoane cu TB la locul de muncă i-a împiedicat să caute și să acceseze servicii TB.	6%	6%	7%
(6-a) Mediu de drept/legislativ nefavorabil (0-100%)*	21%	21%	21%
(6-b) Mediu politic nefavorabil (0-100%)**	15%	15%	15%

*** Exercițiul de evaluare a mediului de drept și politici a fost realizat doar pentru malul drept al râului Nistru.

3.12 Concluzii privind cercetarea cantitativă a nivelului de stigmatizare asociată tuberculozei în Republica Moldova

- Stigma se regăsește printre impedimentele întâlnite la fiecare din cele 7 etape ale traseului persoanei cu TB în Republica Moldova, manifestându-se atât în comunitate și la locul de muncă, cât și în instituțiile medicale.
- Mai mult de 1/3 dintre respondenții din dreapta și stânga Nistrului au menționat că se simt jigniți de felul în care reacționează alte persoane atunci când află despre diagnosticul de TB.
- Chiar dacă, în mare măsură, respondenții de pe ambele maluri au menționat că nu consideră că își pierd prietenii atunci când le spun altora despre diagnosticul de TB, mai mult de jumătate din respondenții din stânga Nistrului și mai mult de 1/3 dintre respondenții din dreapta Nistrului menționează că preferă să se țină la distanță de alte persoane.
- Mai mult de jumătate dintre respondenții din stânga Nistrului și mai mult de 1/3 din partea dreaptă au menționat că se simt vinovați pentru faptul că familia trebuie să aibă grijă de ei. În plus, mai mult de jumătate dintre respondenții din stânga Nistrului se simt vinovați că s-au infectat cu TB.
- Se constată un decalaj semnificativ dintre nivelurile de percepție a stigmei pe malul drept, comparativ cu cel stâng, fiind mai înalt pe malul stâng.
- Majoritatea respondenților din partea stângă a Nistrului au menționat că s-au confruntat cu stigmatizarea în instituțiile medicale. Totodată, mai mult de jumătate dintre respondenții din dreapta Nistrului au afirmat că nu s-au simțit stigmatizați în spitale/clinici din cauza statutului lor TB.
- Majoritatea respondenților din regiunea transnistreană au menționat că s-au confruntat cu stigmatizarea din partea comunității, pe când respondenții din dreapta Nistrului au menționat că, în mare parte, nu s-au confruntat cu stigmatizarea din partea comunității sau vecinilor, semnificativ fiind pentru respondenții din mediul urban.
- Stigmatizarea se manifestă diferit, în funcție de contextul în care se află persoana cu TB. Din relatările respondenților, s-au evidențiat următoarele împrejurări în care aceștia s-au confruntat cu stigmatizarea: familie, comunitate, locul de muncă, spații publice, instituțiile medicale, accesarea serviciilor de urgență.
- Cea mai mare parte de respondenți din rândul membrilor familiilor persoanelor cu TB de pe malul drept au menționat că nu sunt de acord cu afirmația: „*Îmi este rușine, pentru că un membru al familiei mele are TB*”, comparativ cu majoritatea respondenților de pe malul stâng, care sunt de acord cu această afirmație.
- Majoritatea respondenților din rândul membrilor familiilor persoanelor cu TB din ambele regiuni „*ascund de comunitate faptul ca un membru al familiei are TB*” și „*evită să vorbească despre TB în prezența altor rude, membri ai comunității sau a vecinilor*”.
- Cea mai mare parte de respondenți din rândul membrilor familiilor persoanelor cu TB de pe malul drept au menționat că nu sunt de acord cu afirmația: „*mă tem că cineva mă va vedea la instituția medicală unde este tratată ruda mea*”, comparativ cu majoritatea respondenților de pe malul stâng care sunt de acord cu această afirmație. Adicional, toți respondenții din stânga Nistrului au afirmat că s-au simțit stigmatizați din cauza membrului de familie cu statut de persoană cu tuberculoză.
- În urma analizei secvențelor, se atestă că membrii familiilor persoanelor cu TB sunt mai des stigmatizați de către personalul medical decât de celelalte categorii de persoane cu care interacționează.
- Majoritatea respondenților din rândul comunității (vecini, rude etc.) de pe malul drept și stâng au confirmat că evită aflarea în apropierea persoanelor cu TB. La fel, majoritatea de pe malul drept atestă practici în comunitate de a evita dialogul și contactul fizic cu persoanele cu TB, evită ca cei cu TB să se joace cu copiii lor, au confirmat dorința de a exclude persoanele cu TB din comunitatea lor, stigmatizarea în sânul comunității manifestându-se în mod diferit – de la ignoranță la discriminare și atitudini ostile.
- Majoritatea lucrătorilor medicali sunt tensionați în legătură cu tratarea persoanelor cu TB, iar majoritatea au fost de părere că lucrătorii medicali, per general, se țin la distanță și evită comunicarea cu pacienții cu TB.
- Extrem de alarmantă este constatarea că printre recomandările de combatere a stigmei din partea membrilor comunității au parvenit sugestii de izolare și excludere socială a persoanelor cu TB din comunitate.
- În rândul lucrătorilor medicali domină convingerea că pacienții cu TB sunt periculoși, manifestând o poziție fermă în legătură cu tratamentul persoanelor cu TB, fiind de acord cu afirmația: „*Unii lucrători din domeniul sănătății consideră că tratamentul TB trebuie impus cu forța, dacă este necesar*”, „*Unii lucrători din domeniul sănătății consideră că cel mai bine ar fi ca pacienții cu TB să fie izolați în timpul fazei intensive de tratament*”.
- Se atestă un grad sporit de stigmatizare pentru lucrătorii medicali în cadrul instituțiilor medicale, a comunității în care locuiesc, precum și în cadrul propriei lor familii din cauza interacțiunii lor cu persoane cu TB, preponderent observat îndeosebi pe malul drept al Nistrului.

- În cadrul discuției în focus-grupuri cu privire la existența și aplicarea cadrului legal și de politici privind protejarea persoanelor împotriva TB, se constată o situație mai bună la capitolul politici. În același timp, se atestă necesitatea revizuirii actelor legislative pentru uniformizarea abordărilor în conformitate cu recomandările OMS și cele mai bune practici. În context, la nivel de mediatizare a aplicării cadrului legislativ, dar și de politici, se constată lacune pentru ambele componente și cooperare slabă cu mass-media.

RECOMANDĂRI GENERALE

A. Autoritățile Publice Centrale

1. Armonizarea cadrului legal privind controlul și profilaxia tuberculozei cu aspecte specifice pentru eliminarea barierelor legate de implicare comunitară, respectarea drepturilor omului (inechitate, suport pe durata tratamentului, reabilitare medicală și socială după tratament), aspectele de gen și stigmă în lumina concluziilor evaluării realizate și corelarea cu alte inițiative legislative și integrarea unor indicatori comuni de monitorizare și evaluare.
2. Armonizarea cadrului legislativ privind *supravegherea și tratamentul bolnavilor cu boli contagioase* (la care se referă și tuberculoza), în cadrul instituțiilor medicale private (asistența medicală primară), și completarea bazei de date a indicatorilor social-economici cu indicatori de eficiență privind răspunsul la maladiile social-condiționate.
3. Armonizarea cadrului legislativ privind responsabilitățile și atribuțiile APL în domeniul sănătății la nivel de comunitate, elaborarea mecanismelor de implicare durabilă a APL, cu asigurarea liniei bugetare distincte și resurselor necesare în vederea intervențiilor în domeniul sănătății.
4. Armonizarea cadrului normativ privind angajarea în câmpul muncii a persoanelor aflate la evidență cu TB, în tratament ambulatoriu sau cu grad de dizabilitate.
5. Revizuirea și aprobarea cadrului normativ de procurare a medicamentelor antituberculoase, echipamentelor și consumabilelor de laborator prin mecanisme internaționale, inclusiv pentru sistemul penitenciar.
6. Revizuirea actelor normative intersectoriale și interdepartamentale privind organizarea asistenței medicale pentru persoanele cu tuberculoză (MAI, MJ, MMPS).

B. Ministerul Sănătății

1. Asigurarea accesului persoanelor fără poliță medicală la servicii TB prin reevaluarea și reajustarea mecanismelor existente, inclusiv prin finanțare distinctă și indicatori de monitorizare la toate nivelurile.
2. Dezvoltarea și implementarea mecanismelor intersectoriale de asigurare a accesului populațiilor vulnerabile la servicii integrate medicale, de reabilitare post-tratament (în special persoane fără adăpost, consumatori de droguri, persoane eliberate din detenție).
3. Implementarea managementului de caz referitor la conduita copiilor afectați de tuberculoză, cu promovarea dezinstituționalizării și modelelor de implicare comunitară, inclusiv dezvoltarea și implementarea tratamentului VST pentru minorii eligibili.
4. Dezvoltarea și implementarea mecanismelor de asigurare continuă și neîntreruptă a serviciilor medicale și de reducere a riscului în caz de spitalizare a persoanelor la care a fost depistată coinfecția HIV și TB, la fel dependența de opioide.
5. Revizuirea valorii/mărimii suportului și mecanismului actual de oferire a suportului pentru aderență la tratamentul TB și adaptarea lui în vederea îmbunătățirii calității serviciilor.
6. Revizuirea Regulamentului privind donarea de sânge și asigurarea criteriilor nediscriminatorii la persoane cu TB/foști bolnavi din lista potențialilor donatori.
7. Elaborarea și aprobarea regulamentului/mecanismului de contractare a serviciilor OSC active în controlul TB din sursele Ministerului Sănătății.
8. Elaborarea și aprobarea standardelor minime de calitate pentru tuberculoză (ftiziopneumologie, asistența medicală primară, organizații neguvernamentale), incluzând costificarea serviciilor în tuberculoză.
9. Prevederea liniilor bugetare pentru PNRT în cadrul bugetar pe termen mediu.
10. Dezvoltarea și implementarea mecanismului de redirecționare a resurselor financiare obținute în urma optimizării fondului de paturi de profil ftiziopneumologie pentru fortificarea tratamentului în condiții de ambulator și dezvoltarea intervențiilor la nivel comunitar.
11. Ajustarea indicatorilor de performanță pentru asistența medicală primară, inclusiv a tarifelor și modalităților de plată pentru serviciile medico-sanitare, în concordanță cu nevoile serviciului ftiziopneumologic.

C. Programul Național de Răspuns la Tuberculoză

1. Realizarea exercițiului de estimare a numărului persoanelor din grupuri de risc și vigilență sporită la TB la nivel teritorial și național.

2. Standardizarea indicatorilor în conformitate cu necesitățile naționale și recomandările organismelor internaționale privind implicarea comunitară, drepturile omului, aspectele de gen și stigmă, cu integrarea acestora în sistemul național de evidență, evaluare și monitorizare a TB.
3. Dezvoltarea și implementarea modelului centrat pe nevoile persoanei cu luarea în considerare a aspectelor de gen și vârstă, cu accent asupra tratamentului ancorat în comunitate pentru toate formele de tuberculoză.
4. Implementarea activităților multidimensionale și intersectoriale între serviciile de asistență medicală primară, sănătate publică, fiziopneumologie și actorii comunitari (autorități locale, OSC), în vederea fortificării activităților colaborative în controlul TB.
5. Dezvoltarea și implementarea unui modul de instruire pentru prestatorii de servicii medicale și sociale, în aplicarea schemelor de suport pentru familiile afectate de TB pentru asigurarea implementării abordării centrate pe familie, drepturile omului în tuberculoză.
6. Dezvoltarea și implementarea unui modul de instruire pentru AMP, privind realizarea activităților de control al TB la nivel comunitar, inclusiv dezvoltarea competențelor de mobilizare și conlucrare cu APL.

D. Donatorii, Agențiile internaționale și Organizațiile Necomerciale

1. Consolidarea capacităților persoanelor cu TB, comunităților și organizațiilor societății civile pentru furnizarea serviciilor de advocacy, comunicare și mobilizare socială.
2. Promovarea accesului persoanelor afectate de TB la serviciile juridice, instrumentele digitale mobile destinate realizării monitorizării conduse de comunitate (I LIKE VOT și HIV Scorecard), a calității serviciilor în tuberculoză, în raport cu respectarea drepturilor omului și reducerea stigmei.
3. Realizarea campaniilor anuale și intervențiilor specifice privind consecințele inegalității de gen între bărbați și femei/marginalizarea populațiilor-cheie în contextul TB. Realizarea campaniilor mediatice în grupuri-țintă, cu informație privind DO (Drepturi la libertatea de a nu fi discriminat, la confidențialitate, consimțământ informat, dreptul la un loc de muncă sigur, dreptul de a nu fi supus izolării involuntare, garanții sociale etc.) și TB.
4. Dezvoltarea unor module de instruire pentru actorii comunitari, inclusiv APL de nivelul I și nivelul II, privind activitățile comunitare și respectarea drepturilor omului în domeniul TB, inclusiv la subiectul stigmei și discriminării.
5. Realizarea cercetărilor pentru identificarea barierelor specifice, în dependență de gen în continuumul serviciilor TB, în diferite tipuri de instituții – instituții publice, instituții private/autonome și departamentale.

ANEXE

Anexa nr. 1. Plan național estimativ de acțiuni pentru eliminarea barierelor de comunitate, gen, drepturi și stigmă legate de tuberculoză, 2023-2025

Obiectiv I. Promovarea drepturilor omului în tuberculoză, armonizarea cadrului normativ din perspectiva egalității de gen, abordării și implicării comunităților, și reducerea stigmei în tuberculoză						
	Direcție de acțiune / Intervenție / Activitate	Autoritatea responsabilă	Termen de realizare			Indicatori de monitorizare
			2023	2024	2025	
1.1	Instituirea unui GTL intersectorial/interministerial pentru asigurarea realizării unor măsuri necesare pentru aprobarea și implementarea Planului de acțiuni pentru eliminarea barierelor de comunitate, gen, drepturi și stigmă legate de tuberculoză în Republica Moldova	MS MMPS MJ	x	x	x	GTL constituit
1.2	Ajustarea și completarea Legii Nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei cu aspecte specifice, pentru eliminarea barierelor legate de drepturi, stigmă, inechitate, gen, suport, reabilitare medicală și socială după tratament și alte aspecte în lumina Raportului CRG	MS MMPS MJ	x			Proiect de lege elaborat
1.3	Completarea bazei de date a indicatorilor socio-economici cu indicatori de eficiență privind răspunsul la maladiile social-condiționate	ME MS	x	x	x	Nr. indicatori incluși în baza de date
1.4	Prevederea liniilor bugetare pentru PNRT în cadrul bugetar pe termen mediu	MS, MJ, MF	x	x	x	Cadrul bugetar cu linie bugetară pentru PNRT
1.5	Revizuirea actelor normative intersectoriale și interdepartamentale privind organizarea asistenței medicale persoanelor cu tuberculoză (MAI, MJ, MMPS)	MS, MMPS, MJ, MAI, CNAM	x	x		Nr. de acte normative revizuite, ajustate și aprobate
1.6	Dezvoltarea și implementarea mecanismului de redirecționare a resurselor financiare obținute în urma optimizării fondului de paturi de profil fiziopneumologie pentru fortificarea tratamentului în condiții de ambulator și dezvoltarea intervențiilor la nivel comunitar	MS, MF	x	x	x	Mecanism de redirecționare elaborat și aprobat Ponderea resurselor financiare redirecționate
1.7	Revizuirea și aprobarea cadrului normativ de procurare a medicamentelor antituberculoase și testelor pentru monitorizarea de laborator a tratamentului prin mecanisme internaționale, inclusiv pentru sistemul penitenciar.	MS, MJ, MF	x	x		Cadru normativ ajustat și aprobat
1.8	Elaborarea și aprobarea mecanismului/regulamentului de contractare a serviciilor organizațiilor neguvernamentale active în controlul TB din sursele Ministerului Sanatatii	MS, MF, MJ	x	x		Regulament aprobat

1.9	Revizuirea mecanismului actual de oferire a suportului pentru aderență la tratamentul TB și adaptarea lui în vederea îmbunătățirii calității serviciilor	MS, MMPS, MJ, MAI, CNAM	x	x		Regulament ajustat și aprobat
1.10	Dezvoltarea și implementarea mecanismelor de asigurare continuă și neîntreruptă a serviciilor medicale și de reducere a riscului în caz de spitalizare a persoanelor cu coinfecția HIV și TB, la fel, a dependenței de opioide	MS, MJ, MAI	x		x	Mecanism dezvoltat și aprobat
1.11	Dezvoltarea și implementarea mecanismului de asigurare la tratament VST pentru copii	MS	x		x	Mecanism dezvoltat și aprobat
1.12	Dezvoltarea și implementarea mecanismelor de asigurare a accesului persoanelor neasigurate la servicii TB, inclusiv finanțare distinctă și indicatori de monitorizare la toate nivelurile	MS, MJ, MF, MAI	x		x	Mecanism dezvoltat și aprobat
1.13	Elaborarea și aprobarea standardelor minime de calitate pentru tuberculoză (ftizio pneumologie, asistența medicală primară, organizații neguvernamentale)	MS, MJ	x		x	Standarde dezvoltate și aprobate
1.14	Revederea/ajustarea tarifelor pentru serviciile medico-sanitare la nevoile serviciului ftizio pneumologic (anexa nr.3 la Hotărârea Guvernului nr. 1020 din 29.12.2011)	MS, MF	x		x	Tarife revizuite
1.15	Armonizarea cadrului legislativ privind <i>supravegherea și tratamentul bolnavilor cu boli contagioase</i> (la care se referă și tuberculoza) în cadrul instituțiilor medicale private (asistența medicală primară)	MS, MJ	x		x	Cadru normativ ajustat și aprobat
1.16	Armonizarea cadrului legal privind responsabilitatea APL în domeniul sănătății la nivel de comunitate, inclusiv asigurarea cu resursele necesare	MS, MJ, MF	x		x	Cadru normativ ajustat și aprobat
1.17	Revizuirea Regulamentului privind donarea de sânge și asigurarea criteriilor nediscriminatorii persoanelor cu TB/foștilor bolnavi din lista potențialilor donatori	MS	x		x	Regulament revizuit și aprobat
1.18	Armonizarea/revizuirea cadrului normativ privind angajarea în câmpul muncii a persoanelor aflate la evidență cu TB, în tratament ambulatoriu sau cu grad de dizabilitate	MS, MJ	x		x	Cadru normativ ajustat și aprobat
1.19	Costificarea serviciilor medicale în tuberculoză	MS, MJ, MF	x		x	Costificare realizată și aprobată
Obiectiv II. Promovarea implicării comunităților cheie-afectate și abordării intervențiilor centrate pe nevoile persoanei afectate de TB						
2.1	Dezvoltarea și implementarea mecanismelor/programe specifice de asigurare a accesului populațiilor vulnerabile la servicii medicale integrate, de reabilitare post-tratament și incluziune socială (în special persoane fără adăpost, consumatori de droguri, foști deținuți)	MS, MJ, MF	x		x	Programe distincte dezvoltate și implementate
2.2	Dezvoltarea unui modul de instruire inițială pentru APL de nivelul I și nivelul II privitor la activitățile comunitare de control al TB și respectarea drepturilor omului în TB	MS	x		x	Modul dezvoltat și aprobat

2.3	Implementarea managementului de caz în conduita copiilor afectați de tuberculoză, cu promovarea dezinstituționalizării și modelelor de implicare comunitară	MS, MJ, MF	x	x		Management de caz elaborat și aprobat Ponderea copiilor dezinstituționalizați
2.4	Implementarea mecanismului de monitorizare a calității serviciilor în tuberculoză în raport cu respectarea drepturilor persoanei cu TB, cu implicarea comunităților și ONG-urilor	MS, MMPS, ME	x	x	x	mecanisme distincte dezvoltate și implementate
2.5	Consolidarea capacităților persoanelor cu TB, comunităților și organizațiilor societății civile pentru furnizarea serviciilor de advocacy, comunicare și mobilizare socială.	MS, MJ	x	x	x	Nr. de persoane instruite
2.6	Implementarea de activități multidimensionale și intersectoriale între serviciile de asistență medicală primară, sănătate publică, fiziopneumologie și actorii comunitari (autorități locale, OSC) – program de granturi mici pentru activități colaborative în controlul TB	MS, MJ, MF	x	x	x	Nr. de proiecte lansate și finanțate
2.7	Ajustarea indicatorilor de performanță pentru asistența medicală primară, inclusiv a modalităților de plată	MS, CNAM, MF	x	x	x	Indicatori pentru AMP ajustați și implementați
2.8	Promovarea accesului persoanelor afectate de TB la instrumente digitale mobile destinate realizării monitorizării conduse de comunitate (I LIKE VOT și HIV Scorecard) și rețeaua de parajuriști	MS	x	x	x	Nr. de persoane instruite
2.9	Realizarea cercetărilor pentru a identifica barierele specifice, în dependență de gen, în continuumul serviciilor TB în diferite tipuri de instituții – instituții publice, instituții private/autonome și departamentale.	MS, MJ	x	x	x	Nr. de cercetări realizate Nr. de rapoarte publice disponibile
2.10	Elaborarea și implementarea curriculei de instruire pentru AMP privind realizarea activităților de control al TB la nivel comunitar, inclusiv dezvoltarea competențelor de conlucrare cu APL	MS, Școala de Management	x	x		Curriculă dezvoltată și aprobată
2.11	Realizarea exercițiului de estimare a persoanelor din grupuri de risc și vigilență sporită la TB la nivel național și teritorial	MS	x	x	x	Raport de estimare realizat
Obiectiv III. Promovarea Egalității de gen și eliminarea diferențelor						
3.1	Dezvoltarea și implementarea modelului centrat pe nevoile persoanei, cu luarea în considerare a aspectelor de gen și vârstă, cu accent asupra tratamentului în condiții de ambulator pentru toate formele de tuberculoză (bărbați, femei, copii)	MS	x	x	x	Model adaptat și implementat
3.2	Dezvoltarea indicatorilor specifici și colectarea datelor privind dimensiunea de gen a TB, cu accent pe nevoile femeilor și fetelor afectate și respectarea drepturilor omului în TB	MS	x	x	x	Indicatori și date sensibile la gen colectate și diseminate
3.3	Dezvoltarea și implementarea unui modul de instruire pentru prestatorii de servicii medicale și sociale privind Drepturile omului în tuberculoză	MS	x	x	x	Modul dezvoltat și aprobat
3.4	Realizarea campaniilor anuale și intervențiilor specifice privind consecințele inegalității de gen între bărbați și femei / marginalizarea unor populații în contextul TB și al drepturilor omului	MS, MJ	x	x	x	Campanie realizată anual, privind DO în TB
3.5	Ajustarea SIME TB și standardizarea indicatorilor în conformitate cu necesitățile naționale și recomandările organismelor internaționale privind aspectele de gen	MS	x	x	x	SIME TB ajustată

Obiectiv IV. Promovarea nediscriminării și reducerea stigmei față de persoanele cu tuberculoză						
4.1	Dezvoltarea strategiei de incluziune socială a persoanelor cu TB la nivel comunitar prin implicarea APL de comun cu ONG	MS MMPS	x	x	x	Strategie dezvoltată
4.2	Elaborarea mecanismelor de implicare durabilă a autorităților locale și a altor actori comunitari în activități de prevenire și suport în TB	MS, MMPS, ME	x	x	x	Mecanisme de implicare dezvoltate
4.3	Instruirea personalului medical și social în aplicarea schemelor de suport pentru familiile afectate de TB pentru asigurarea implementării abordării centrate pe familie	MS MMPS	x	x	x	Nr. de persoane instruite
4.4	Dezvoltarea și implementarea indicatorilor de evaluare a stigmei, cu integrarea în sistemul național de evidență, evaluare și monitorizare a TB	MS, MJ, MAI	x	x	x	Indicatori și date colectate și diseminate
4.5	Elaborarea și implementarea curriculei de instruire pentru reprezentanții APL în controlul TB, inclusiv la subiectul stigmei și discriminării	MS, Academia Administrare Publică, Școala de Management	x	x		Curriculă dezvoltată și aprobată

Anexa nr. 2. Informație privind eșantionul cercetării și colectarea datelor CRG

Tablel nr. 11 Informații privind metoda utilizată pentru culegere a datelor, grupul-țintă cercetat, data și ora când au avut loc interviurile, regiunea, locația unde s-au desfășurat interviurile, modalitatea de realizare, limba și sexul participanților în cadrul CRG.

N/o	Metoda	Grupul-țintă	Data și ora	Regiunea	Locația	Modalitatea	Limba de realizare	F	B
1	Focus- grup	Persoane afectate de TB (femei)	26.11, ora 11:00	Malul drept	Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”	Față în față	mixt	6	0
2	Focus- grup	Persoane din reg. transnistreană, cu sau fără cetățenie	26.11, ora 11:00	Malul stâng	Bender	Față în față	rusă	1	8
3	Focus-grup	Persoane afectate de TB (bărbați)	29.11, ora 11:00	Malul drept	Spitalul de tuberculoză Vorniceni	Față în față	mixt	0	7
4	Focus-grup	Lucrători din domeniul sănătății (AMP, IFP, AMSA, SPITALE TB, PNRT)	29.12, ora 13:00	Malul drept	Spitalul de tuberculoză Vorniceni	Față în față	română	4	2
5	Focus-grup	Persoane fără adăpost	30.11, ora 10:00	Malul drept	Spitalul Clinic de Ftiziopneumologie din Chișinău	Față în față	mixt	3	4
6	Focus-grup	Lucrători zilieri, ciobani și membrii familiilor lor	01.12, ora 10:00	Malul drept	Primăria Căușeni	Față în față	română	5	4
7	Focus-grup	Deținuți cu TB și persoane eliberate din detenție	02.12, ora 11:00	Malul drept	Penitenciarul nr. 16 „Pruncul”	Față în față	mixt	0	7
8	Focus-grup	Membrii familiilor persoanelor cu TB/contact	06.12, ora 10:00	Malul drept	CS Dondușeni	Față în față	română	7	3
9	Interviu	Pacient TB	03.12	Malul stâng	Bender	Prin telefon	rusă		1
10	Interviu	Pacient TB	03.12	Malul drept	Șoldănești	Prin telefon	română		1
11	Interviu	Pacient TB	03.12	Malul drept	Soroca	Prin telefon	română		1
12	Interviu	Pacient TB	06.12	Malul stâng	Bender	Prin telefon	rusă		1
13	Interviu	Pacient TB	07.12	Malul drept	Soroca	Prin telefon	română	1	
14	Interviu	Fostă deținută, pacient TB	08.12	Malul drept	Orhei	Prin telefon	rusă	1	
15	Interviu	ONG TB	27.11.2021	Malul drept	Căușeni	online	română	1	
16	Interviu	ONG HIV	30.11.2021	Malul drept	Chișinău	online	română	1	
17	Interviu	ONG TB și HIV	02.12.2021	Malul drept	Chișinău	online	română	1	
18	Interviu	ONG TB	27.11.2021	Malul drept	Anenii Noi	online	română	1	

N/o	Metoda	Grupul-țintă	Data și ora	Regiunea	Locația	Modalitatea	Limba de realizare	F	B
19	Interviu	ONG TB	28.11.2021	Malul drept	Bălți	online	română		1
20	Interviu	ONG HIV și TB	01.12.2021	Malul drept	Bălți	online	română	1	
21	Interviu	ONG TB	01.12.2021	Malul drept	Soroca	online	română	1	
22	Interviu	ONG TB și HIV	28.11.2021	Malul stâng	Bender	online	română		1
23	Interviu	PT Transnistria	03.12.2021	Malul stâng	Tiraspol	online	rusă	1	
24	Interviu	ANP	07.12.2021	Malul drept	Chișinău	online	română	1	
25	Interviu	PTRT	23.12.2021	Malul drept	Bălți	online	română	1	
26	Interviu	APL	23.12.2021	Malul drept	Căușeni	online	română	1	

Tabelul nr. 12 Lista ONG-urilor active în domeniul TB în Republica Moldova, 2021

Organizația	Persoana	Raioane acoperite*	Date de contact
AFI, Chișinău	Svetlana Doltu, 069777405, sdoltu@afi.md	Chișinău, Strășeni, Ialoveni	mun. Chișinău, st. Varșovia 7, of. 2, MD-2060, Tel.: (+ 373) 022 60 04 89, 022 60 04 90, www.afi.md
Asociația Națională a Bolnavilor de Tuberculoză (ANBT) din Republica Moldova „SMIT”, Bălți	Oxana Rucșineanu 079335142 oxana_rucs@yahoo.com	Florești, Dondușeni Edineț, Drochia Sângerei	mun. Bălți, str. Calea Ieșilor 27 E, MD-3101 Tel.: (+ 373) 0 231 35698 https://smit.md/
Медико Социальные Программы/Programa Medico-Sociale, Bender	Moroșan Vitalie 069324987 morosanvitalie@yahoo.com	Bender, Tiraspol	mun. Bender, str. Moscovei 59, of. 205. Tel/fax: 0037355226080
Uniunea pentru prevenirea HIV și Reducerea Riscurilor	Ala Iațco 079571441 protineret@yahoo.com	Bălți, Fălești, Ungheni, Sângerei	mun. Bălți, str. Victoriei 7A Tel/fax: (231) 6 14 72 http://uorn.md/
Speranța Terrei, Bălți	Feodora Rodiucova 069615982 rodiucova@gmail.com	Bălți, Ungheni Râșcani	mun. Bălți, str. Decebal 101 https://www.facebook.com/Speranta.Terrei/
Centrul de Asistență Socială „Casa Speranțelor”, Soroca	Valentina Onica 069921994 casasperan@yandex.ru	Soroca, Soldănești	or. Soroca str. Alexandru cel Bun 36/39/6 https://www.facebook.com/Centrul-de-Asisten%C8%9B%C4%83-Social%C4%83-Casa-Speran%C8%9Belor-105458274257677/
Asociația Psihologilor din Tighina, Căușeni	Vera Ciuchitu 069086731 v_ciuchitu@yahoo.com	Cimișlia, Căușeni, Hâncești, Comrat	or. Căușeni Str. A. Mateevici 1/105 http://aptighina.causeni.org/
AFI-Anenii Noi, Anenii Noi	Ina Pușoi 060449871 innapushoi@gmail.com	Anenii Noi, Criuleni	or. Anenii Noi https://www.facebook.com/afianeniinoi/
ACTIV, Bender	Victoria Ursachii 060758811 v.ursachii@gmail.com	Slobozia, Râbnîța	or. Bender str.Suvorov 28, of.403

*teritoriile acoperite nu sunt stabile, depind de volumul finanțării și capacitatea de extindere a organizației

Anexa nr. 4. Rezultatele studiului cantitativ pe Stigmă, realizat în rândul persoanelor cu TB

1. Vă rog să-mi spuneți în ce măsură sunteți sau nu de acord cu fiecare dintre următoarele afirmații:

1.1.1. Mă simt jignit(ă) cum reacționează alții când află că am TB. Malul drept, N=260

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	9,3%	28,9%	4,6%	32,0%	23,7%	1,5%
	Femeie	12,1%	21,2%	3,0%	30,3%	30,3%	3,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	10,3%	27,9%	2,9%	36,8%	19,1%	2,9%
	36-45 ani	6,3%	22,8%	3,8%	34,2%	30,4%	2,5%
	46-59 ani	13,6%	28,4%	3,7%	27,2%	25,9%	1,2%
	60+ ani	9,4%	31,3%	9,4%	25,0%	25,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	7,9%	29,8%	3,5%	33,3%	24,6%	0,9%
	Necăsătorit/ă	11,6%	24,7%	4,8%	30,1%	26,0%	2,7%
Capul gospodăriei	Da	10,7%	27,0%	3,8%	31,4%	25,8%	1,3%
	Nu	8,9%	26,7%	5,0%	31,7%	24,8%	3,0%
Copii în gospodărie	Da	9,3%	16,0%	2,7%	40,0%	29,3%	2,7%
	Nu	10,3%	31,4%	4,9%	28,1%	23,8%	1,6%
Venituri	Sub 2000 lei	14,5%	26,3%	1,3%	28,9%	27,6%	1,3%
	2001 - 3000 lei	8,5%	19,7%	5,6%	33,8%	31,0%	1,4%
	3001 - 5000 lei	3,6%	30,4%	3,6%	32,1%	28,6%	1,8%
	Mai mult de 5000 lei	16,7%	33,3%	6,7%	33,3%	10,0%	0,0%
	Nu răspund	7,4%	33,3%	7,4%	29,6%	14,8%	7,4%
Tipul localității	Urban	12,3%	29,8%	5,3%	32,5%	18,4%	1,8%
	Rural	8,2%	24,7%	3,4%	30,8%	30,8%	2,1%
	Total	10,0%	26,9%	4,2%	31,5%	25,4%	1,9%

1.1.2. Mă simt jignit(ă) cum reacționează alții când află că am TB. Malul stâng, N=109

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	33,3%	22,2%	1,2%	18,5%	24,7%	0,0%
	Femeie	7,1%	14,3%	0,0%	28,6%	50,0%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	34,8%	17,4%	0,0%	30,4%	17,4%	0,0%
	36-45 ani	22,7%	25,0%	2,3%	20,5%	29,5%	0,0%
	46-59 ani	28,2%	15,4%	0,0%	12,8%	43,6%	0,0%
	60+ ani	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	26,9%	19,4%	0,0%	14,9%	38,8%	0,0%
	Necăsătorit/ă	26,2%	21,4%	2,4%	31,0%	19,0%	0,0%
Capul gospodăriei	Da	30,9%	24,7%	1,2%	18,5%	24,7%	0,0%
	Nu	14,3%	7,1%	0,0%	28,6%	50,0%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	29,8%	23,4%	2,1%	19,1%	25,5%	0,0%
	Nu	24,2%	17,7%	0,0%	22,6%	35,5%	0,0%
Venituri	Sub 2000 lei	0,0%	31,3%	0,0%	31,3%	37,5%	0,0%
	2001 - 3000 lei	26,7%	26,7%	0,0%	33,3%	13,3%	0,0%
	3001 - 5000 lei	33,3%	17,5%	0,0%	15,9%	33,3%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	30,8%	15,4%	0,0%	23,1%	30,8%	0,0%
	Nu răspund	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	25,8%	19,1%	1,1%	21,3%	32,6%	0,0%
	Rural	30,0%	25,0%	0,0%	20,0%	25,0%	0,0%
	Total	26,6%	20,2%	0,9%	21,1%	31,2%	0,0%

1.2.1. Îmi pierd prietenii când le împărtășesc că am TB. Malul drept, N=260

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	7,7%	46,9%	3,1%	26,8%	13,9%	1,5%
	Femeie	10,6%	48,5%	4,5%	22,7%	13,6%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	5,9%	60,3%	1,5%	23,5%	8,8%	0,0%
	36-45 ani	3,8%	40,5%	5,1%	30,4%	19,0%	1,3%
	46-59 ani	13,6%	45,7%	1,2%	23,5%	14,8%	1,2%
	60+ ani	12,5%	40,6%	9,4%	25,0%	9,4%	3,1%
Statut civil	Căsătorit/ă	9,6%	45,6%	2,6%	28,9%	12,3%	0,9%
	Necăsătorit/ă	7,5%	48,6%	4,1%	23,3%	15,1%	1,4%
Capul gospodăriei	Da	8,8%	42,1%	3,8%	29,6%	15,1%	0,6%
	Nu	7,9%	55,4%	3,0%	19,8%	11,9%	2,0%

Copii în gospodărie	Da	8,0%	40,0%	2,7%	29,3%	18,7%	1,3%
	Nu	8,6%	50,3%	3,8%	24,3%	11,9%	1,1%
Venituri	Sub 2000 lei	6,6%	38,2%	1,3%	34,2%	19,7%	0,0%
	2001 - 3000 lei	9,9%	49,3%	1,4%	28,2%	9,9%	1,4%
	3001 - 5000 lei	5,4%	55,4%	3,6%	23,2%	12,5%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	13,3%	46,7%	6,7%	16,7%	13,3%	3,3%
	Nu răspund	11,1%	51,9%	11,1%	11,1%	11,1%	3,7%
Tipul localității	Urban	9,6%	55,3%	6,1%	20,2%	7,0%	1,8%
	Rural	7,5%	41,1%	1,4%	30,1%	19,2%	0,7%
	Total	8,5%	47,3%	3,5%	25,8%	13,8%	1,2%

1.2.2. Îmi pierd prietenii când le împărtășesc că am TB. Malul stâng, N=109

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	12,3%	54,3%	0,0%	28,4%	4,9%	0,0%
	Femeie	3,6%	21,4%	0,0%	46,4%	21,4%	7,1%
Categorie vârstă	18-35 ani	8,7%	43,5%	0,0%	39,1%	8,7%	0,0%
	36-45 ani	11,4%	40,9%	0,0%	36,4%	9,1%	2,3%
	46-59 ani	10,3%	53,8%	0,0%	23,1%	10,3%	2,6%
	60+ ani	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	7,5%	53,7%	0,0%	26,9%	9,0%	3,0%
	Necăsătorit/ă	14,3%	33,3%	0,0%	42,9%	9,5%	0,0%
Capul gospodăriei	Da	11,1%	54,3%	0,0%	28,4%	6,2%	0,0%
	Nu	7,1%	21,4%	0,0%	46,4%	17,9%	7,1%
Copii în gospodărie	Da	8,5%	51,1%	0,0%	31,9%	6,4%	2,1%
	Nu	11,3%	41,9%	0,0%	33,9%	11,3%	1,6%
Venituri	Sub 2000 lei	0,0%	37,5%	0,0%	31,3%	25,0%	6,3%
	2001 - 3000 lei	20,0%	33,3%	0,0%	26,7%	20,0%	0,0%
	3001 - 5000 lei	9,5%	52,4%	0,0%	36,5%	1,6%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	7,7%	46,2%	0,0%	30,8%	7,7%	7,7%
	Nu răspund	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	12,4%	42,7%	0,0%	32,6%	10,1%	2,2%
	Rural	0,0%	60,0%	0,0%	35,0%	5,0%	0,0%
	Total	10,1%	45,9%	0,0%	33,0%	9,2%	1,8%

1.3.1. Mă simt singur(ă)? Malul drept, N=260

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	7,7%	49,5%	2,6%	29,4%	9,3%	1,5%
	Femeie	18,2%	43,9%	1,5%	22,7%	9,1%	4,5%
Categorie vârstă	18-35 ani	10,3%	51,5%	1,5%	25,0%	8,8%	2,9%
	36-45 ani	5,1%	55,7%	2,5%	26,6%	6,3%	3,8%
	46-59 ani	13,6%	39,5%	2,5%	30,9%	12,3%	1,2%
	60+ ani	15,6%	43,8%	3,1%	28,1%	9,4%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	11,4%	55,3%	2,6%	22,8%	7,9%	0,0%
	Necăsătorit/ă	9,6%	42,5%	2,1%	31,5%	10,3%	4,1%
Capul gospodăriei	Da	10,1%	44,0%	1,9%	31,4%	11,3%	1,3%
	Nu	10,9%	54,5%	3,0%	21,8%	5,9%	4,0%
Copii în gospodărie	Da	14,7%	53,3%	2,7%	20,0%	8,0%	1,3%
	Nu	8,6%	45,9%	2,2%	30,8%	9,7%	2,7%
Venituri	Sub 2000 lei	11,8%	42,1%	0,0%	35,5%	7,9%	2,6%
	2001 - 3000 lei	8,5%	43,7%	4,2%	29,6%	11,3%	2,8%
	3001 - 5000 lei	7,1%	64,3%	0,0%	17,9%	10,7%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	20,0%	56,7%	3,3%	16,7%	0,0%	3,3%
	Nu răspund	7,4%	33,3%	7,4%	33,3%	14,8%	3,7%
Tipul localității	Urban	11,4%	56,1%	2,6%	24,6%	2,6%	2,6%
	Rural	9,6%	41,8%	2,1%	30,1%	14,4%	2,1%
	Total	10,4%	48,1%	2,3%	27,7%	9,2%	2,3%

1.3.2. Mă simt singur(ă). Malul stâng, N=109

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	16,0%	58,0%	0,0%	22,2%	3,7%	0,0%
	Femeie	10,7%	25,0%	0,0%	53,6%	10,7%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	13,0%	56,5%	0,0%	26,1%	4,3%	0,0%

	36-45 ani	18,2%	45,5%	0,0%	34,1%	2,3%	0,0%
	46-59 ani	12,8%	48,7%	0,0%	28,2%	10,3%	0,0%
	60+ ani	0,0%	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	11,9%	58,2%	0,0%	25,4%	4,5%	0,0%
	Necăsătorit/ă	19,0%	35,7%	0,0%	38,1%	7,1%	0,0%
Capul gospodăriei	Da	14,8%	55,6%	0,0%	24,7%	4,9%	0,0%
	Nu	14,3%	32,1%	0,0%	46,4%	7,1%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	17,0%	51,1%	0,0%	29,8%	2,1%	0,0%
	Nu	12,9%	48,4%	0,0%	30,6%	8,1%	0,0%
Venituri	Sub 2000 lei	6,3%	25,0%	0,0%	50,0%	18,8%	0,0%
	2001 - 3000 lei	20,0%	40,0%	0,0%	26,7%	13,3%	0,0%
	3001 - 5000 lei	11,1%	61,9%	0,0%	25,4%	1,6%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	30,8%	38,5%	0,0%	30,8%	0,0%	0,0%
	Nu răspund	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	14,6%	47,2%	0,0%	32,6%	5,6%	0,0%
	Rural	15,0%	60,0%	0,0%	20,0%	5,0%	0,0%
	Total	14,7%	49,5%	0,0%	30,3%	5,5%	0,0%

1.4.1. Mă țin la distanță de ceilalți pentru a evita răspândirea bacteriilor TB. Malul drept, N=260

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	2,1%	18,6%	4,1%	40,2%	34,0%	1,0%
	Femeie	3,0%	12,1%	3,0%	43,9%	33,3%	4,5%
Categorie vârstă	18-35 ani	2,9%	19,1%	2,9%	45,6%	25,0%	4,4%
	36-45 ani	0,0%	20,3%	7,6%	34,2%	38,0%	0,0%
	46-59 ani	2,5%	9,9%	1,2%	45,7%	39,5%	1,2%
	60+ ani	6,3%	21,9%	3,1%	37,5%	28,1%	3,1%
Statut civil	Căsătorit/ă	1,8%	16,7%	1,8%	39,5%	39,5%	0,9%
	Necăsătorit/ă	2,7%	17,1%	5,5%	42,5%	29,5%	2,7%
Capul gospodăriei	Da	3,1%	17,0%	2,5%	40,9%	35,8%	0,6%
	Nu	1,0%	16,8%	5,9%	41,6%	30,7%	4,0%
Copii în gospodărie	Da	2,7%	20,0%	1,3%	33,3%	40,0%	2,7%
	Nu	2,2%	15,7%	4,9%	44,3%	31,4%	1,6%
Venituri	Sub 2000 lei	3,9%	10,5%	1,3%	53,9%	28,9%	1,3%
	2001 - 3000 lei	0,0%	19,7%	2,8%	38,0%	35,2%	4,2%
	3001 - 5000 lei	1,8%	23,2%	5,4%	41,1%	28,6%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	6,7%	16,7%	0,0%	23,3%	50,0%	3,3%
	Nu răspund	0,0%	14,8%	14,8%	33,3%	37,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	2,6%	23,7%	7,0%	40,4%	23,7%	2,6%
	Rural	2,1%	11,6%	1,4%	41,8%	41,8%	1,4%
	Total	2,3%	16,9%	3,8%	41,2%	33,8%	1,9%

1.4.2. Mă țin la distanță de ceilalți pentru a evita răspândirea bacteriilor TB. Malul stâng, N=109

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	4,9%	1,2%	1,2%	13,6%	79,0%	0,0%
	Femeie	3,6%	3,6%	0,0%	25,0%	67,9%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	13,0%	0,0%	0,0%	21,7%	65,2%	0,0%
	36-45 ani	2,3%	4,5%	2,3%	13,6%	77,3%	0,0%
	46-59 ani	0,0%	0,0%	0,0%	15,4%	84,6%	0,0%
	60+ ani	33,3%	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	3,0%	0,0%	0,0%	14,9%	82,1%	0,0%
	Necăsătorit/ă	7,1%	4,8%	2,4%	19,0%	66,7%	0,0%
Capul gospodăriei	Da	3,7%	2,5%	1,2%	11,1%	81,5%	0,0%
	Nu	7,1%	0,0%	0,0%	32,1%	60,7%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	2,1%	0,0%	2,1%	21,3%	74,5%	0,0%
	Nu	6,5%	3,2%	0,0%	12,9%	77,4%	0,0%
Venituri	Sub 2000 lei	0,0%	0,0%	0,0%	31,3%	68,8%	0,0%
	2001 - 3000 lei	20,0%	0,0%	0,0%	33,3%	46,7%	0,0%
	3001 - 5000 lei	1,6%	3,2%	0,0%	4,8%	90,5%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	0,0%	0,0%	0,0%	38,5%	61,5%	0,0%
	Nu răspund	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	5,6%	2,2%	1,1%	13,5%	77,5%	0,0%

	Rural	0,0%	0,0%	0,0%	30,0%	70,0%	0,0%
	Total	4,6%	1,8%	0,9%	16,5%	76,1%	0,0%

1.5.1. Mi-e teamă să le spun celor din afara familiei mele că am TB. Malul drept, N=260

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	9,8%	36,6%	2,1%	32,5%	17,5%	1,5%
	Femeie	9,1%	27,3%	3,0%	25,8%	33,3%	1,5%
Categorie vârstă	18-35 ani	5,9%	26,5%	2,9%	44,1%	19,1%	1,5%
	36-45 ani	6,3%	49,4%	2,5%	17,7%	22,8%	1,3%
	46-59 ani	16,0%	29,6%	0,0%	29,6%	22,2%	2,5%
	60+ ani	9,4%	25,0%	6,3%	37,5%	21,9%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	7,0%	31,6%	1,8%	35,1%	23,7%	0,9%
	Necăsătorit/ă	11,6%	36,3%	2,7%	27,4%	19,9%	2,1%
Capul gospodăriei	Da	10,1%	35,2%	1,9%	30,8%	21,4%	0,6%
	Nu	8,9%	32,7%	3,0%	30,7%	21,8%	3,0%
Copii în gospodărie	Da	6,7%	32,0%	0,0%	30,7%	30,7%	0,0%
	Nu	10,8%	35,1%	3,2%	30,8%	17,8%	2,2%
Venituri	Sub 2000 lei	9,2%	30,3%	0,0%	39,5%	19,7%	1,3%
	2001 - 3000 lei	8,5%	35,2%	1,4%	29,6%	23,9%	1,4%
	3001 - 5000 lei	10,7%	44,6%	1,8%	26,8%	14,3%	1,8%
	Mai mult de 5000 lei	10,0%	26,7%	3,3%	30,0%	30,0%	0,0%
	Nu răspund	11,1%	29,6%	11,1%	18,5%	25,9%	3,7%
Tipul localității	Urban	9,6%	35,1%	2,6%	34,2%	16,7%	1,8%
	Rural	9,6%	33,6%	2,1%	28,1%	25,3%	1,4%
	Total	9,6%	34,2%	2,3%	30,8%	21,5%	1,5%

1.5.2. Mi-e teamă să le spun celor din afara familiei mele că am TB. Malul stâng, N=109

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	4,9%	59,3%	0,0%	34,6%	1,2%	0,0%
	Femeie	0,0%	17,9%	0,0%	50,0%	32,1%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	0,0%	43,5%	0,0%	43,5%	13,0%	0,0%
	36-45 ani	2,3%	52,3%	0,0%	38,6%	6,8%	0,0%
	46-59 ani	7,7%	48,7%	0,0%	33,3%	10,3%	0,0%
	60+ ani	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	0,0%	53,7%	0,0%	37,3%	9,0%	0,0%
	Necăsătorit/ă	9,5%	40,5%	0,0%	40,5%	9,5%	0,0%
Capul gospodăriei	Da	4,9%	59,3%	0,0%	33,3%	2,5%	0,0%
	Nu	0,0%	17,9%	0,0%	53,6%	28,6%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	0,0%	59,6%	0,0%	34,0%	6,4%	0,0%
	Nu	6,5%	40,3%	0,0%	41,9%	11,3%	0,0%
Venituri	Sub 2000 lei	6,3%	37,5%	0,0%	18,8%	37,5%	0,0%
	2001 - 3000 lei	6,7%	40,0%	0,0%	46,7%	6,7%	0,0%
	3001 - 5000 lei	3,2%	58,7%	0,0%	38,1%	0,0%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	0,0%	30,8%	0,0%	53,8%	15,4%	0,0%
	Nu răspund	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	4,5%	46,1%	0,0%	39,3%	10,1%	0,0%
	Rural	0,0%	60,0%	0,0%	35,0%	5,0%	0,0%
	Total	3,7%	48,6%	0,0%	38,5%	9,2%	0,0%

1.6.1. Mi-e teamă să merg în instituțiile medicale unde se tratează tuberculoza, pentru că s-ar putea să fiu văzut de alții. Malul drept, N=260

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	17,0%	53,6%	2,6%	18,0%	7,7%	1,0%
	Femeie	22,7%	43,9%	0,0%	16,7%	15,2%	1,5%
Categorie vârstă	18-35 ani	11,8%	48,5%	2,9%	20,6%	14,7%	1,5%
	36-45 ani	17,7%	59,5%	1,3%	15,2%	6,3%	0,0%
	46-59 ani	25,9%	40,7%	2,5%	19,8%	8,6%	2,5%
	60+ ani	15,6%	62,5%	0,0%	12,5%	9,4%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	15,8%	44,7%	1,8%	24,6%	13,2%	0,0%

	Necăsătorit/ă	20,5%	56,2%	2,1%	12,3%	6,8%	2,1%
Capul gospodăriei	Da	21,4%	51,6%	1,3%	17,6%	7,5%	0,6%
	Nu	13,9%	50,5%	3,0%	17,8%	12,9%	2,0%
Copii în gospodărie	Da	20,0%	37,3%	0,0%	25,3%	17,3%	0,0%
	Nu	17,8%	56,8%	2,7%	14,6%	6,5%	1,6%
Venituri	Sub 2000 lei	19,7%	51,3%	0,0%	21,1%	5,3%	2,6%
	2001 - 3000 lei	18,3%	45,1%	2,8%	21,1%	11,3%	1,4%
	3001 - 5000 lei	14,3%	57,1%	1,8%	10,7%	16,1%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	20,0%	56,7%	0,0%	23,3%	0,0%	0,0%
	Nu răspund	22,2%	48,1%	7,4%	7,4%	14,8%	0,0%
Tipul localității	Urban	15,8%	61,4%	1,8%	12,3%	7,9%	0,9%
	Rural	20,5%	43,2%	2,1%	21,9%	11,0%	1,4%
	Total	18,5%	51,2%	1,9%	17,7%	9,6%	1,2%

1.6.2. Mi-e teamă să merg în instituțiile medicale unde se tratează tuberculoza, pentru că s-ar putea să fiu văzut de alții. Malul stâng, N=109

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	17,3%	65,4%	1,2%	14,8%	1,2%	0,0%
	Femeie	3,6%	32,1%	0,0%	46,4%	17,9%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	17,4%	43,5%	0,0%	26,1%	13,0%	0,0%
	36-45 ani	11,4%	65,9%	2,3%	18,2%	2,3%	0,0%
	46-59 ani	15,4%	56,4%	0,0%	23,1%	5,1%	0,0%
	60+ ani	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	14,9%	61,2%	0,0%	17,9%	6,0%	0,0%
	Necăsătorit/ă	11,9%	50,0%	2,4%	31,0%	4,8%	0,0%
Capul gospodăriei	Da	17,3%	67,9%	1,2%	12,3%	1,2%	0,0%
	Nu	3,6%	25,0%	0,0%	53,6%	17,9%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	19,1%	57,4%	2,1%	17,0%	4,3%	0,0%
	Nu	9,7%	56,5%	0,0%	27,4%	6,5%	0,0%
Venituri	Sub 2000 lei	0,0%	43,8%	0,0%	37,5%	18,8%	0,0%
	2001 - 3000 lei	20,0%	46,7%	0,0%	26,7%	6,7%	0,0%
	3001 - 5000 lei	14,3%	71,4%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	23,1%	23,1%	0,0%	46,2%	7,7%	0,0%
	Nu răspund	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	16,9%	50,6%	1,1%	24,7%	6,7%	0,0%
	Rural	0,0%	85,0%	0,0%	15,0%	0,0%	0,0%
	Total	13,8%	56,9%	0,9%	22,9%	5,5%	0,0%

1.7.1. Mi-e teamă să le spun altora că am TB, deoarece ei ar putea crede că am și HIV/SIDA. Malul drept, N=260

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	17,0%	48,5%	5,2%	17,0%	9,3%	3,1%
	Femeie	21,2%	43,9%	3,0%	15,2%	12,1%	4,5%
Categorie vârstă	18-35 ani	16,2%	48,5%	4,4%	19,1%	10,3%	1,5%
	36-45 ani	12,7%	55,7%	6,3%	11,4%	11,4%	2,5%
	46-59 ani	24,7%	38,3%	3,7%	18,5%	9,9%	4,9%
	60+ ani	18,8%	46,9%	3,1%	18,8%	6,3%	6,3%
Statut civil	Căsătorit/ă	17,5%	44,7%	2,6%	23,7%	7,9%	3,5%
	Necăsătorit/ă	18,5%	49,3%	6,2%	11,0%	11,6%	3,4%
Capul gospodăriei	Da	20,1%	48,4%	3,1%	15,7%	8,8%	3,8%
	Nu	14,9%	45,5%	6,9%	17,8%	11,9%	3,0%
Copii în gospodărie	Da	16,0%	45,3%	1,3%	17,3%	16,0%	4,0%
	Nu	18,9%	48,1%	5,9%	16,2%	7,6%	3,2%
Venituri	Sub 2000 lei	23,7%	44,7%	2,6%	18,4%	7,9%	2,6%
	2001 - 3000 lei	19,7%	43,7%	5,6%	14,1%	12,7%	4,2%
	3001 - 5000 lei	14,3%	55,4%	0,0%	17,9%	10,7%	1,8%
	Mai mult de 5000 lei	10,0%	50,0%	0,0%	23,3%	6,7%	10,0%
	Nu răspund	14,8%	44,4%	22,2%	7,4%	11,1%	0,0%
Tipul localității	Urban	19,3%	47,4%	4,4%	16,7%	8,8%	3,5%
	Rural	17,1%	47,3%	4,8%	16,4%	11,0%	3,4%
	Total	18,1%	47,3%	4,6%	16,5%	10,0%	3,5%

1.7.2. Mi-e teamă să le spun altora că am TB, deoarece ei ar putea crede ca am și HIV/SIDA. Malul stâng, N=109

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	9,9%	51,9%	2,5%	33,3%	1,2%	1,2%
	Femeie	7,1%	32,1%	0,0%	50,0%	10,7%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	17,4%	47,8%	0,0%	30,4%	4,3%	0,0%
	36-45 ani	9,1%	47,7%	4,5%	34,1%	4,5%	0,0%
	46-59 ani	5,1%	46,2%	0,0%	43,6%	2,6%	2,6%
	60+ ani	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	7,5%	47,8%	1,5%	40,3%	3,0%	0,0%
	Necăsătorit/ă	11,9%	45,2%	2,4%	33,3%	4,8%	2,4%
Capul gospodăriei	Da	9,9%	49,4%	2,5%	34,6%	2,5%	1,2%
	Nu	7,1%	39,3%	0,0%	46,4%	7,1%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	10,6%	53,2%	4,3%	27,7%	2,1%	2,1%
	Nu	8,1%	41,9%	0,0%	45,2%	4,8%	0,0%
Venituri	Sub 2000 lei	0,0%	43,8%	0,0%	37,5%	18,8%	0,0%
	2001 - 3000 lei	20,0%	46,7%	0,0%	26,7%	6,7%	0,0%
	3001 - 5000 lei	6,3%	54,0%	1,6%	38,1%	0,0%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	15,4%	23,1%	0,0%	53,8%	0,0%	7,7%
	Nu răspund	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	10,1%	43,8%	1,1%	40,4%	3,4%	1,1%
	Rural	5,0%	60,0%	5,0%	25,0%	5,0%	0,0%
	Total	9,2%	46,8%	1,8%	37,6%	3,7%	0,9%

1.8.1. Mă simt vinovat(ă), pentru că familia trebuie să aibă grijă de mine. Malul drept, N=260

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	9,8%	36,6%	5,7%	32,5%	11,9%	3,6%
	Femeie	13,6%	30,3%	4,5%	27,3%	19,7%	4,5%
Categorie vârstă	18-35 ani	5,9%	38,2%	10,3%	32,4%	10,3%	2,9%
	36-45 ani	6,3%	30,4%	5,1%	38,0%	15,2%	5,1%
	46-59 ani	18,5%	33,3%	2,5%	25,9%	16,0%	3,7%
	60+ ani	12,5%	43,8%	3,1%	25,0%	12,5%	3,1%
Statut civil	Căsătorit/ă	11,4%	29,8%	2,6%	41,2%	14,0%	0,9%
	Necăsătorit/ă	10,3%	39,0%	7,5%	23,3%	13,7%	6,2%
Capul gospodăriei	Da	13,2%	39,0%	3,8%	28,9%	12,6%	2,5%
	Nu	6,9%	28,7%	7,9%	34,7%	15,8%	5,9%
Copii în gospodărie	Da	12,0%	22,7%	4,0%	38,7%	18,7%	4,0%
	Nu	10,3%	40,0%	5,9%	28,1%	11,9%	3,8%
Venituri	Sub 2000 lei	10,5%	39,5%	1,3%	32,9%	11,8%	3,9%
	2001 - 3000 lei	11,3%	33,8%	7,0%	29,6%	15,5%	2,8%
	3001 - 5000 lei	7,1%	37,5%	1,8%	35,7%	16,1%	1,8%
	Mai mult de 5000 lei	13,3%	30,0%	6,7%	26,7%	16,7%	6,7%
	Nu răspund	14,8%	25,9%	18,5%	25,9%	7,4%	7,4%
Tipul localității	Urban	9,6%	42,1%	3,5%	30,7%	8,8%	5,3%
	Rural	11,6%	29,5%	6,8%	31,5%	17,8%	2,7%
	Total	10,8%	35,0%	5,4%	31,2%	13,8%	3,8%

1.8.2. Mă simt vinovat(ă), pentru că familia trebuie să aibă grijă de mine. Malul stâng, N=109

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	3,7%	18,5%	1,2%	70,4%	6,2%	0,0%
	Femeie	10,7%	7,1%	0,0%	71,4%	10,7%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	17,4%	17,4%	0,0%	60,9%	4,3%	0,0%
	36-45 ani	2,3%	13,6%	2,3%	77,3%	4,5%	0,0%
	46-59 ani	2,6%	12,8%	0,0%	71,8%	12,8%	0,0%
	60+ ani	0,0%	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	4,5%	13,4%	1,5%	77,6%	3,0%	0,0%
	Necăsătorit/ă	7,1%	19,0%	0,0%	59,5%	14,3%	0,0%
Capul gospodăriei	Da	3,7%	13,6%	1,2%	74,1%	7,4%	0,0%

	Nu	10,7%	21,4%	0,0%	60,7%	7,1%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	6,4%	12,8%	2,1%	76,6%	2,1%	0,0%
	Nu	4,8%	17,7%	0,0%	66,1%	11,3%	0,0%
Venituri	Sub 2000 lei	6,3%	18,8%	0,0%	50,0%	25,0%	0,0%
	2001 - 3000 lei	13,3%	20,0%	0,0%	40,0%	26,7%	0,0%
	3001 - 5000 lei	1,6%	12,7%	1,6%	84,1%	0,0%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	7,7%	23,1%	0,0%	69,2%	0,0%	0,0%
	Nu răspund	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	6,7%	13,5%	0,0%	73,0%	6,7%	0,0%
	Rural	0,0%	25,0%	5,0%	60,0%	10,0%	0,0%
	Total	5,5%	15,6%	0,9%	70,6%	7,3%	0,0%

1.9.1. Aleg/alegeam cu atenție cui să-i spun că am TB. Malul drept, N=260

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	9,3%	16,0%	5,7%	37,1%	30,4%	1,5%
	Femeie	0,0%	16,7%	1,5%	34,8%	45,5%	1,5%
Categorie vârstă	18-35 ani	1,5%	10,3%	4,4%	47,1%	35,3%	1,5%
	36-45 ani	7,6%	29,1%	5,1%	30,4%	25,3%	2,5%
	46-59 ani	9,9%	12,3%	2,5%	29,6%	44,4%	1,2%
	60+ ani	9,4%	6,3%	9,4%	46,9%	28,1%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	7,0%	12,3%	0,9%	37,7%	42,1%	0,0%
	Necăsătorit/ă	6,8%	19,2%	7,5%	35,6%	28,1%	2,7%
Capul gospodăriei	Da	8,8%	18,2%	3,8%	35,8%	32,1%	1,3%
	Nu	4,0%	12,9%	5,9%	37,6%	37,6%	2,0%
Copii în gospodărie	Da	4,0%	12,0%	0,0%	37,3%	46,7%	0,0%
	Nu	8,1%	17,8%	6,5%	36,2%	29,2%	2,2%
Venituri	Sub 2000 lei	6,6%	13,2%	0,0%	47,4%	31,6%	1,3%
	2001 - 3000 lei	5,6%	18,3%	5,6%	38,0%	32,4%	0,0%
	3001 - 5000 lei	7,1%	16,1%	7,1%	32,1%	35,7%	1,8%
	Mai mult de 5000 lei	10,0%	16,7%	0,0%	26,7%	46,7%	0,0%
	Nu răspund	7,4%	18,5%	14,8%	22,2%	29,6%	7,4%
Tipul localității	Urban	3,5%	15,8%	7,0%	42,1%	30,7%	0,9%
	Rural	9,6%	16,4%	2,7%	32,2%	37,0%	2,1%
	Total	6,9%	16,2%	4,6%	36,5%	34,2%	1,5%

1.9.2. Aleg/alegeam cu atenție cui să-i spun că am TB. Malul stâng, N=109

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	4,9%	25,9%	1,2%	54,3%	13,6%	0,0%
	Femeie	0,0%	10,7%	0,0%	57,1%	32,1%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	0,0%	21,7%	0,0%	60,9%	17,4%	0,0%
	36-45 ani	4,5%	27,3%	2,3%	52,3%	13,6%	0,0%
	46-59 ani	2,6%	17,9%	0,0%	53,8%	25,6%	0,0%
	60+ ani	33,3%	0,0%	0,0%	66,7%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	1,5%	22,4%	0,0%	59,7%	16,4%	0,0%
	Necăsătorit/ă	7,1%	21,4%	2,4%	47,6%	21,4%	0,0%
Capul gospodăriei	Da	3,7%	27,2%	1,2%	54,3%	13,6%	0,0%
	Nu	3,6%	7,1%	0,0%	57,1%	32,1%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	0,0%	23,4%	2,1%	59,6%	14,9%	0,0%
	Nu	6,5%	21,0%	0,0%	51,6%	21,0%	0,0%
Venituri	Sub 2000 lei	0,0%	18,8%	0,0%	43,8%	37,5%	0,0%
	2001 - 3000 lei	6,7%	20,0%	0,0%	46,7%	26,7%	0,0%
	3001 - 5000 lei	4,8%	27,0%	0,0%	60,3%	7,9%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	0,0%	7,7%	0,0%	61,5%	30,8%	0,0%
	Nu răspund	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	4,5%	19,1%	1,1%	57,3%	18,0%	0,0%
	Rural	0,0%	35,0%	0,0%	45,0%	20,0%	0,0%

	Total	3,7%	22,0%	0,9%	55,0%	18,3%	0,0%
--	--------------	-------------	--------------	-------------	--------------	--------------	-------------

1.10.1. Mă simt vinovat(ă) că m-am infectat cu TB din cauza fumatului, băuturii sau a altor comportamente neglijente. Malul drept, N=260

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	8,2%	31,4%	2,6%	36,1%	21,1%	0,5%
	Femeie	28,8%	42,4%	3,0%	15,2%	9,1%	1,5%
Categorie vârstă	18-35 ani	13,2%	39,7%	2,9%	27,9%	14,7%	1,5%
	36-45 ani	10,1%	30,4%	2,5%	35,4%	20,3%	1,3%
	46-59 ani	14,8%	33,3%	3,7%	30,9%	17,3%	0,0%
	60+ ani	18,8%	34,4%	0,0%	25,0%	21,9%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	14,9%	35,1%	1,8%	28,1%	20,2%	0,0%
	Necăsătorit/ă	12,3%	33,6%	3,4%	32,9%	16,4%	1,4%
Capul gospodăriei	Da	13,8%	29,6%	1,9%	33,3%	20,1%	1,3%
	Nu	12,9%	41,6%	4,0%	26,7%	14,9%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	20,0%	36,0%	4,0%	22,7%	16,0%	1,3%
	Nu	10,8%	33,5%	2,2%	34,1%	18,9%	0,5%
Venituri	Sub 2000 lei	11,8%	28,9%	2,6%	35,5%	21,1%	0,0%
	2001 - 3000 lei	14,1%	26,8%	4,2%	36,6%	16,9%	1,4%
	3001 - 5000 lei	12,5%	41,1%	0,0%	28,6%	17,9%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	16,7%	56,7%	3,3%	10,0%	13,3%	0,0%
	Nu răspund	14,8%	29,6%	3,7%	29,6%	18,5%	3,7%
Tipul localității	Urban	13,2%	45,6%	1,8%	28,1%	11,4%	0,0%
	Rural	13,7%	25,3%	3,4%	32,9%	23,3%	1,4%
	Total	13,5%	34,2%	2,7%	30,8%	18,1%	0,8%

1.10.2. Mă simt vinovat(ă) că m-am infectat cu TB din cauza fumatului, băuturii sau a altor comportamente neglijente. Malul stâng, N=109

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	3,7%	19,8%	2,5%	67,9%	6,2%	0,0%
	Femeie	21,4%	28,6%	0,0%	46,4%	0,0%	3,6%
Categorie vârstă	18-35 ani	17,4%	43,5%	0,0%	39,1%	0,0%	0,0%
	36-45 ani	0,0%	15,9%	4,5%	72,7%	6,8%	0,0%
	46-59 ani	12,8%	12,8%	0,0%	69,2%	5,1%	0,0%
	60+ ani	0,0%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%
Statut civil	Căsătorit/ă	9,0%	19,4%	1,5%	67,2%	3,0%	0,0%
	Necăsătorit/ă	7,1%	26,2%	2,4%	54,8%	7,1%	2,4%
Capul gospodăriei	Da	3,7%	18,5%	2,5%	69,1%	4,9%	1,2%
	Nu	21,4%	32,1%	0,0%	42,9%	3,6%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	4,3%	21,3%	4,3%	66,0%	4,3%	0,0%
	Nu	11,3%	22,6%	0,0%	59,7%	4,8%	1,6%
Venituri	Sub 2000 lei	31,3%	37,5%	0,0%	25,0%	0,0%	6,3%
	2001 - 3000 lei	20,0%	33,3%	0,0%	33,3%	13,3%	0,0%
	3001 - 5000 lei	0,0%	12,7%	1,6%	82,5%	3,2%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	0,0%	38,5%	0,0%	53,8%	7,7%	0,0%
	Nu răspund	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	10,1%	19,1%	1,1%	64,0%	4,5%	1,1%
	Rural	0,0%	35,0%	5,0%	55,0%	5,0%	0,0%
	Total	8,3%	22,0%	1,8%	62,4%	4,6%	0,9%

1.11.1. Sunt îngrijorat(ă) de faptul ca aş putea avea HIV/SIDA. Malul drept, N=260

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	21,1%	46,9%	3,1%	17,5%	7,7%	3,6%
	Femeie	33,3%	43,9%	1,5%	10,6%	9,1%	1,5%
Categorie vârstă	18-35 ani	22,1%	54,4%	0,0%	14,7%	8,8%	0,0%
	36-45 ani	24,1%	40,5%	7,6%	16,5%	8,9%	2,5%
	46-59 ani	22,2%	44,4%	0,0%	16,0%	9,9%	7,4%
	60+ ani	34,4%	46,9%	3,1%	15,6%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	26,3%	45,6%	0,9%	21,9%	2,6%	2,6%
	Necăsătorit/ă	22,6%	46,6%	4,1%	11,0%	12,3%	3,4%
Capul gospodăriei	Da	25,2%	40,3%	3,1%	18,2%	10,1%	3,1%

	Nu	22,8%	55,4%	2,0%	11,9%	5,0%	3,0%
Copii în gospodărie	Da	29,3%	45,3%	1,3%	13,3%	10,7%	0,0%
	Nu	22,2%	46,5%	3,2%	16,8%	7,0%	4,3%
Venituri	Sub 2000 lei	27,6%	38,2%	0,0%	21,1%	9,2%	3,9%
	2001 - 3000 lei	26,8%	43,7%	2,8%	14,1%	9,9%	2,8%
	3001 - 5000 lei	21,4%	50,0%	0,0%	21,4%	5,4%	1,8%
	Mai mult de 5000 lei	23,3%	66,7%	3,3%	6,7%	0,0%	0,0%
	Nu răspund	14,8%	44,4%	14,8%	3,7%	14,8%	7,4%
Tipul localității	Urban	22,8%	55,3%	2,6%	11,4%	4,4%	3,5%
	Rural	25,3%	39,0%	2,7%	19,2%	11,0%	2,7%
	Total	24,2%	46,2%	2,7%	15,8%	8,1%	3,1%

1.11.2. Sunt îngrijorat(ă) de faptul ca așa putea avea HIV/SIDA. Malul stâng, N=109

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	3,7%	12,3%	0,0%	23,5%	43,2%	17,3%
	Femeie	10,7%	7,1%	0,0%	35,7%	32,1%	14,3%
Categorie vârstă	18-35 ani	0,0%	4,3%	0,0%	39,1%	30,4%	26,1%
	36-45 ani	4,5%	13,6%	0,0%	29,5%	34,1%	18,2%
	46-59 ani	7,7%	10,3%	0,0%	15,4%	56,4%	10,3%
	60+ ani	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	6,0%	11,9%	0,0%	20,9%	50,7%	10,4%
	Necăsătorit/ă	4,8%	9,5%	0,0%	35,7%	23,8%	26,2%
Capul gospodăriei	Da	2,5%	9,9%	0,0%	25,9%	45,7%	16,0%
	Nu	14,3%	14,3%	0,0%	28,6%	25,0%	17,9%
Copii în gospodărie	Da	2,1%	14,9%	0,0%	23,4%	40,4%	19,1%
	Nu	8,1%	8,1%	0,0%	29,0%	40,3%	14,5%
Venituri	Sub 2000 lei	12,5%	0,0%	0,0%	31,3%	25,0%	31,3%
	2001 - 3000 lei	6,7%	6,7%	0,0%	26,7%	26,7%	33,3%
	3001 - 5000 lei	3,2%	11,1%	0,0%	25,4%	50,8%	9,5%
	Mai mult de 5000 lei	7,7%	30,8%	0,0%	23,1%	30,8%	7,7%
	Nu răspund	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%
Tipul localității	Urban	6,7%	9,0%	0,0%	27,0%	41,6%	15,7%
	Rural	0,0%	20,0%	0,0%	25,0%	35,0%	20,0%
	Total	5,5%	11,0%	0,0%	26,6%	40,4%	16,5%

1.12.1. Mi-e teamă să le spun membrilor familiei că am TB. Malul drept, N=260

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	21,6%	49,5%	3,6%	13,9%	7,7%	3,6%
	Femeie	34,8%	36,4%	4,5%	12,1%	12,1%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	25,0%	47,1%	5,9%	16,2%	5,9%	0,0%
	36-45 ani	20,3%	48,1%	2,5%	12,7%	11,4%	5,1%
	46-59 ani	30,9%	40,7%	3,7%	12,3%	8,6%	3,7%
	60+ ani	21,9%	53,1%	3,1%	12,5%	9,4%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	25,4%	43,9%	1,8%	17,5%	11,4%	0,0%
	Necăsătorit/ă	24,7%	47,9%	5,5%	10,3%	6,8%	4,8%
Capul gospodăriei	Da	26,4%	45,9%	2,5%	13,8%	9,4%	1,9%
	Nu	22,8%	46,5%	5,9%	12,9%	7,9%	4,0%
Copii în gospodărie	Da	29,3%	41,3%	1,3%	12,0%	14,7%	1,3%
	Nu	23,2%	48,1%	4,9%	14,1%	6,5%	3,2%
Venituri	Sub 2000 lei	27,6%	47,4%	0,0%	17,1%	6,6%	1,3%
	2001 - 3000 lei	21,1%	42,3%	7,0%	16,9%	8,5%	4,2%
	3001 - 5000 lei	19,6%	58,9%	1,8%	7,1%	12,5%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	36,7%	36,7%	3,3%	13,3%	6,7%	3,3%
	Nu răspund	25,9%	37,0%	11,1%	7,4%	11,1%	7,4%
Tipul localității	Urban	19,3%	52,6%	6,1%	11,4%	7,0%	3,5%
	Rural	29,5%	41,1%	2,1%	15,1%	10,3%	2,1%
	Total	25,0%	46,2%	3,8%	13,5%	8,8%	2,7%

1.12.2. Mi-e teamă să le spun membrilor familiei că am TB. Malul stâng, N=109

		Nu sunt deloc de acord	Nu sunt de acord	Nu am o părere	Sunt de acord	Sunt absolut de acord	NR
Sexul	Bărbat	8,6%	82,7%	1,2%	2,5%	2,5%	2,5%
	Femeie	21,4%	64,3%	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	13,0%	73,9%	4,3%	4,3%	4,3%	0,0%
	36-45 ani	6,8%	88,6%	0,0%	4,5%	0,0%	0,0%
	46-59 ani	17,9%	66,7%	0,0%	7,7%	2,6%	5,1%
	60+ ani	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	9,0%	86,6%	0,0%	3,0%	1,5%	0,0%
	Necăsătorit/ă	16,7%	64,3%	2,4%	9,5%	2,4%	4,8%
Capul gospodăriei	Da	9,9%	84,0%	1,2%	2,5%	1,2%	1,2%
	Nu	17,9%	60,7%	0,0%	14,3%	3,6%	3,6%
Copii în gospodărie	Da	6,4%	91,5%	0,0%	0,0%	2,1%	0,0%
	Nu	16,1%	67,7%	1,6%	9,7%	1,6%	3,2%
Venituri	Sub 2000 lei	31,3%	43,8%	0,0%	18,8%	0,0%	6,3%
	2001 - 3000 lei	26,7%	66,7%	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%
	3001 - 5000 lei	4,8%	88,9%	1,6%	3,2%	1,6%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	7,7%	84,6%	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%
	Nu răspund	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	14,6%	74,2%	1,1%	6,7%	2,2%	1,1%
	Rural	0,0%	95,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%
	Total	11,9%	78,0%	0,9%	5,5%	1,8%	1,8%

2.1. Careva dintre cele 12 afirmații de mai sus descrie modul în care dvs. vă simțiți cu privire la TB? Malul drept, N=260

		Da, cel puțin o afirmație	Nu, niciuna dintre cele 12 afirmații	Nu răspund
Sexul	Bărbat	86,1%	9,3%	4,6%
	Femeie	89,4%	6,1%	4,5%
Categorie vârstă	18-35 ani	91,2%	7,4%	1,5%
	36-45 ani	89,9%	5,1%	5,1%
	46-59 ani	79,0%	12,3%	8,6%
	60+ ani	90,6%	9,4%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	92,1%	7,9%	0,0%
	Necăsătorit/ă	82,9%	8,9%	8,2%
Capul gospodăriei	Da	85,5%	8,8%	5,7%
	Nu	89,1%	7,9%	3,0%
Copii în gospodărie	Da	93,3%	5,3%	1,3%
	Nu	84,3%	9,7%	5,9%
Venituri	Sub 2000 lei	94,7%	2,6%	2,6%
	2001 - 3000 lei	81,7%	11,3%	7,0%
	3001 - 5000 lei	85,7%	14,3%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	93,3%	6,7%	0,0%
	Nu răspund	74,1%	7,4%	18,5%
Tipul localității	Urban	86,8%	8,8%	4,4%
	Rural	87,0%	8,2%	4,8%
	Total	86,9%	8,5%	4,6%

2.2. Careva dintre cele 12 afirmații de mai sus descrie modul în care dvs. vă simțiți cu privire la TB? Malul stâng, N=109

		Da, cel puțin o afirmație	Nu, niciuna dintre cele 12 afirmații	Nu răspund
Sexul	Bărbat	98,8%	0,0%	1,2%
	Femeie	100,0%	0,0%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	100,0%	0,0%	0,0%
	36-45 ani	97,7%	0,0%	2,3%
	46-59 ani	100,0%	0,0%	0,0%
	60+ ani	100,0%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	100,0%	0,0%	0,0%
	Necăsătorit/ă	97,6%	0,0%	2,4%

Capul gospodăriei	Da	98,8%	0,0%	1,2%
	Nu	100,0%	0,0%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	97,9%	0,0%	2,1%
	Nu	100,0%	0,0%	0,0%
Venituri	Sub 2000 lei	100,0%	0,0%	0,0%
	2001 - 3000 lei	100,0%	0,0%	0,0%
	3001 - 5000 lei	100,0%	0,0%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	100,0%	0,0%	0,0%
	Nu răspund	50,0%	0,0%	50,0%
Tipul localității	Urban	98,9%	0,0%	1,1%
	Rural	100,0%	0,0%	0,0%
	Total	99,1%	0,0%	0,9%

3.1. S-a întâmplat că din cauza unora dintre aceste sentimente legate de TB să evitați solicitarea și accesarea serviciilor de TB? Malul drept, N=260

		Da	Nu	Nu știu	Nu răspund
Sexul	Bărbat	19,2%	78,4%	1,8%	0,6%
	Femeie	20,3%	76,3%	1,7%	1,7%
Categorie vârstă	18-35 ani	27,4%	72,6%	0,0%	0,0%
	36-45 ani	14,1%	78,9%	4,2%	2,8%
	46-59 ani	21,9%	76,6%	1,6%	0,0%
	60+ ani	10,3%	89,7%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	17,1%	81,9%	1,0%	0,0%
	Necăsătorit/ă	21,5%	74,4%	2,5%	1,7%
Capul gospodăriei	Da	20,6%	78,7%	0,7%	0,0%
	Nu	17,8%	76,7%	3,3%	2,2%
Copii în gospodărie	Da	21,4%	77,1%	1,4%	0,0%
	Nu	18,6%	78,2%	1,9%	1,3%
Venituri	Sub 2000 lei	20,8%	76,4%	1,4%	1,4%
	2001 - 3000 lei	13,8%	82,8%	1,7%	1,7%
	3001 - 5000 lei	22,9%	75,0%	2,1%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	14,3%	85,7%	0,0%	0,0%
	Nu răspund	30,0%	65,0%	5,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	14,1%	81,8%	3,0%	1,0%
	Rural	23,6%	74,8%	0,8%	0,8%
	Total	19,5%	77,9%	1,8%	0,9%

3.2. S-a întâmplat că din cauza unora dintre aceste sentimente legate de TB să evitați solicitarea și accesarea serviciilor de TB? Malul stâng, N=109

		Da	Nu	Nu știu	Nu răspund
Sexul	Bărbat	46,3%	50,0%	3,8%	0,0%
	Femeie	53,6%	46,4%	0,0%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	52,2%	47,8%	0,0%	0,0%
	36-45 ani	46,5%	48,8%	4,7%	0,0%
	46-59 ani	48,7%	48,7%	2,6%	0,0%
	60+ ani	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	41,8%	55,2%	3,0%	0,0%
	Necăsătorit/ă	58,5%	39,0%	2,4%	0,0%
Capul gospodăriei	Da	40,0%	56,3%	3,8%	0,0%
	Nu	71,4%	28,6%	0,0%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	41,3%	56,5%	2,2%	0,0%
	Nu	53,2%	43,5%	3,2%	0,0%
Venituri	Sub 2000 lei	56,3%	43,8%	0,0%	0,0%
	2001 - 3000 lei	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%
	3001 - 5000 lei	42,9%	54,0%	3,2%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	53,8%	38,5%	7,7%	0,0%
	Nu răspund	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	44,3%	52,3%	3,4%	0,0%

	Rural	65,0%	35,0%	0,0%	0,0%
	Total	48,1%	49,1%	2,8%	0,0%

4.1. V-ați simțit vreodată că ați fost stigmatizat/ă din cauza statutului TB? Malul drept, N=260

		Da	Nu	Nu știu	Nu răspund
Sexul	Bărbat	31,4%	60,3%	6,7%	1,5%
	Femeie	33,3%	62,1%	4,5%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	38,2%	57,4%	2,9%	1,5%
	36-45 ani	32,9%	58,2%	7,6%	1,3%
	46-59 ani	30,9%	60,5%	7,4%	1,2%
	60+ ani	18,8%	75,0%	6,3%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	30,7%	63,2%	5,3%	0,9%
	Necăsătorit/ă	32,9%	58,9%	6,8%	1,4%
Capul gospodăriei	Da	32,1%	62,3%	5,7%	0,0%
	Nu	31,7%	58,4%	6,9%	3,0%
Copii în gospodărie	Da	33,3%	58,7%	6,7%	1,3%
	Nu	31,4%	61,6%	5,9%	1,1%
Venituri	Sub 2000 lei	39,5%	53,9%	6,6%	0,0%
	2001 - 3000 lei	32,4%	59,2%	5,6%	2,8%
	3001 - 5000 lei	35,7%	64,3%	0,0%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	20,0%	70,0%	6,7%	3,3%
	Nu răspund	14,8%	66,7%	18,5%	0,0%
Tipul localității	Urban	24,6%	65,8%	7,0%	2,6%
	Rural	37,7%	56,8%	5,5%	0,0%
	Total	31,9%	60,8%	6,2%	1,2%

4.2. V-ați simțit vreodată că ați fost stigmatizat/ă din cauza statutului TB? Malul stâng, N=109

		Da	Nu	Nu știu	Nu răspund
Sexul	Bărbat	53,1%	32,1%	13,6%	1,2%
	Femeie	57,1%	32,1%	7,1%	3,6%
Categorie vârstă	18-35 ani	52,2%	34,8%	8,7%	4,3%
	36-45 ani	54,5%	27,3%	15,9%	2,3%
	46-59 ani	53,8%	35,9%	10,3%	0,0%
	60+ ani	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	52,2%	35,8%	11,9%	0,0%
	Necăsătorit/ă	57,1%	26,2%	11,9%	4,8%
Capul gospodăriei	Da	44,4%	39,5%	14,8%	1,2%
	Nu	82,1%	10,7%	3,6%	3,6%
Copii în gospodărie	Da	46,8%	40,4%	12,8%	0,0%
	Nu	59,7%	25,8%	11,3%	3,2%
Venituri	Sub 2000 lei	62,5%	31,3%	6,3%	0,0%
	2001 - 3000 lei	66,7%	20,0%	13,3%	0,0%
	3001 - 5000 lei	52,4%	33,3%	12,7%	1,6%
	Mai mult de 5000 lei	38,5%	46,2%	15,4%	0,0%
	Nu răspund	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%
Tipul localității	Urban	53,9%	31,5%	12,4%	2,2%
	Rural	55,0%	35,0%	10,0%	0,0%
	Total	54,1%	32,1%	11,9%	1,8%

5.1. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea în spitale sau policlinici, ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să continuați să solicitați și să accesați serviciile TB? Malul drept, N=260

		Da	Nu	Nu știu	Nu răspund
Sexul	Bărbat	41,0%	54,1%	1,6%	3,3%
	Femeie	31,8%	63,6%	4,5%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	38,5%	57,7%	3,8%	0,0%
	36-45 ani	34,6%	61,5%	3,8%	0,0%
	46-59 ani	44,0%	48,0%	0,0%	8,0%

	60+ ani	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	37,1%	60,0%	0,0%	2,9%
	Necăsătorit/ă	39,6%	54,2%	4,2%	2,1%
Capul gospodăriei	Da	37,3%	58,8%	0,0%	3,9%
	Nu	40,6%	53,1%	6,3%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	40,0%	60,0%	0,0%	0,0%
	Nu	37,9%	55,2%	3,4%	3,4%
Venituri	Sub 2000 lei	46,7%	50,0%	0,0%	3,3%
	2001 - 3000 lei	39,1%	60,9%	0,0%	0,0%
	3001 - 5000 lei	40,0%	55,0%	5,0%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	16,7%	83,3%	0,0%	0,0%
	Nu răspund	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%
Tipul localității	Urban	25,0%	64,3%	7,1%	3,6%
	Rural	45,5%	52,7%	0,0%	1,8%
	Total	38,6%	56,6%	2,4%	2,4%

5.2. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea în spitale sau policlinici, ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să continuați să solicitați și să accesați serviciile TB? Malul stâng, N=109

		Da	Nu	Nu știu	Nu răspund
Sexul	Bărbat	81,4%	16,3%	2,3%	0,0%
	Femeie	93,8%	6,3%	0,0%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	83,3%	16,7%	0,0%	0,0%
	36-45 ani	83,3%	12,5%	4,2%	0,0%
	46-59 ani	90,5%	9,5%	0,0%	0,0%
	60+ ani	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%
	Necăsătorit/ă	91,7%	4,2%	4,2%	0,0%
Capul gospodăriei	Da	83,3%	13,9%	2,8%	0,0%
	Nu	87,0%	13,0%	0,0%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	81,8%	13,6%	4,5%	0,0%
	Nu	86,5%	13,5%	0,0%	0,0%
Venituri	Sub 2000 lei	80,0%	20,0%	0,0%	0,0%
	2001 - 3000 lei	70,0%	30,0%	0,0%	0,0%
	3001 - 5000 lei	90,9%	9,1%	0,0%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Nu răspund	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	83,3%	14,6%	2,1%	0,0%
	Rural	90,9%	9,1%	0,0%	0,0%
	Total	84,7%	13,6%	1,7%	0,0%

6.1. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea din partea vecinilor din comunitatea/satul/orașul în care locuiți, ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să solicitați și să accesați serviciile TB? Malul drept, N=260

		Da	Nu	Nu știu	Nu răspund
Sexul	Bărbat	41,0%	50,8%	6,6%	1,6%
	Femeie	40,9%	54,5%	0,0%	4,5%
Categorie vârstă	18-35 ani	46,2%	42,3%	7,7%	3,8%
	36-45 ani	34,6%	65,4%	0,0%	0,0%
	46-59 ani	48,0%	40,0%	8,0%	4,0%
	60+ ani	16,7%	83,3%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	37,1%	57,1%	5,7%	0,0%
	Necăsătorit/ă	43,8%	47,9%	4,2%	4,2%
Capul gospodăriei	Da	49,0%	43,1%	3,9%	3,9%
	Nu	28,1%	65,6%	6,3%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	44,0%	48,0%	4,0%	4,0%
	Nu	39,7%	53,4%	5,2%	1,7%
Venituri	Sub 2000 lei	46,7%	50,0%	3,3%	0,0%
	2001 - 3000 lei	52,2%	39,1%	8,7%	0,0%
	3001 - 5000 lei	20,0%	75,0%	0,0%	5,0%
	Mai mult de 5000 lei	50,0%	33,3%	16,7%	0,0%

	Nu răspund	25,0%	50,0%	0,0%	25,0%
Tipul localității	Urban	21,4%	60,7%	10,7%	7,1%
	Rural	50,9%	47,3%	1,8%	0,0%
	Total	41,0%	51,8%	4,8%	2,4%

6.2. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea din partea vecinilor din comunitatea/satul/orașul în care locuiți, ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să solicitați și să accesați serviciile TB? Malul stâng, N=109

		Da	Nu	Nu știu	Nu răspund
Sexul	Bărbat	69,8%	27,9%	2,3%	0,0%
	Femeie	68,8%	25,0%	6,3%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%
	36-45 ani	62,5%	37,5%	0,0%	0,0%
	46-59 ani	81,0%	14,3%	4,8%	0,0%
	60+ ani	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	65,7%	28,6%	5,7%	0,0%
	Necăsătorit/ă	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%
Capul gospodăriei	Da	75,0%	22,2%	2,8%	0,0%
	Nu	60,9%	34,8%	4,3%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	81,8%	18,2%	0,0%	0,0%
	Nu	62,2%	32,4%	5,4%	0,0%
Venituri	Sub 2000 lei	90,0%	10,0%	0,0%	0,0%
	2001 - 3000 lei	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%
	3001 - 5000 lei	69,7%	27,3%	3,0%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%
	Nu răspund	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	68,8%	27,1%	4,2%	0,0%
	Rural	72,7%	27,3%	0,0%	0,0%
	Total	69,5%	27,1%	3,4%	0,0%

7.1. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea la locul de muncă, ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să solicitați și să accesați serviciile TB?

Malul drept, N=260

		Da	Nu	Nu știu	Nu răspund
Sexul	Bărbat	13,1%	83,6%	0,0%	3,3%
	Femeie	31,8%	59,1%	9,1%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	23,1%	73,1%	0,0%	3,8%
	36-45 ani	23,1%	73,1%	3,8%	0,0%
	46-59 ani	12,0%	80,0%	4,0%	4,0%
	60+ ani	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	25,7%	74,3%	0,0%	0,0%
	Necăsătorit/ă	12,5%	79,2%	4,2%	4,2%
Capul gospodăriei	Da	17,6%	78,4%	2,0%	2,0%
	Nu	18,8%	75,0%	3,1%	3,1%
Copii în gospodărie	Da	20,0%	76,0%	4,0%	0,0%
	Nu	17,2%	77,6%	1,7%	3,4%
Venituri	Sub 2000 lei	23,3%	76,7%	0,0%	0,0%
	2001 - 3000 lei	26,1%	73,9%	0,0%	0,0%
	3001 - 5000 lei	5,0%	85,0%	5,0%	5,0%
	Mai mult de 5000 lei	16,7%	66,7%	16,7%	0,0%
	Nu răspund	0,0%	75,0%	0,0%	25,0%
Tipul localității	Urban	14,3%	75,0%	3,6%	7,1%
	Rural	20,0%	78,2%	1,8%	0,0%
	Total	18,1%	77,1%	2,4%	2,4%

7.2. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea la locul de muncă, ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să solicitați și să accesați serviciile TB?

Malul stâng, N=109

		Da	Nu	Nu știu	Nu răspund
Sexul	Bărbat	11,6%	88,4%	0,0%	0,0%
	Femeie	25,0%	68,8%	0,0%	6,3%

Categorie vârstă	18-35 ani	0,0%	91,7%	0,0%	8,3%
	36-45 ani	16,7%	83,3%	0,0%	0,0%
	46-59 ani	19,0%	81,0%	0,0%	0,0%
	60+ ani	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	14,3%	82,9%	0,0%	2,9%
	Necăsătorit/ă	16,7%	83,3%	0,0%	0,0%
Capul gospodăriei	Da	11,1%	88,9%	0,0%	0,0%
	Nu	21,7%	73,9%	0,0%	4,3%
Copii în gospodărie	Da	18,2%	77,3%	0,0%	4,5%
	Nu	13,5%	86,5%	0,0%	0,0%
Venituri	Sub 2000 lei	30,0%	60,0%	0,0%	10,0%
	2001 - 3000 lei	30,0%	70,0%	0,0%	0,0%
	3001 - 5000 lei	3,0%	97,0%	0,0%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	20,0%	80,0%	0,0%	0,0%
	Nu răspund	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	18,8%	79,2%	0,0%	2,1%
	Rural	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
	Total	15,3%	83,1%	0,0%	1,7%

8.1.1. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să întreprindeți următoarele acțiuni: recunoașterea simptomelor? Malul drept, N=260

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de muncă	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	14,2	16,5	4,2	6,9	7,7	37,7
	Femeie	4,6	3,1	1,9	1,9	1,2	15,4
Categorie vârstă	18-35 ani	3,8	4,2	1,5	1,9	1,9	14,6
	36-45 ani	6,9	5,0	1,5	2,7	2,7	16,5
	46-59 ani	6,5	7,3	2,3	3,5	4,2	15,4
	60+ ani	1,5	3,1	0,8	0,8	0,0	6,5
Statut civil	Căsătorit/ă	6,9	9,2	1,5	5,0	2,7	24,6
	Necăsătorit/ă	11,9	10,4	4,6	3,8	6,2	28,5
Capul gospodăriei	Da	12,3	13,5	4,2	5,0	6,2	31,2
	Nu	6,5	6,2	1,9	3,8	2,7	21,9
Copii în gospodărie	Da	6,9	3,5	1,2	3,1	1,9	16,2
	Nu	11,9	16,2	5,0	5,8	6,9	36,9
Venituri	Sub 2000 lei	8,1	9,6	1,9	3,1	3,1	11,5
	2001 - 3000 lei	5,4	5,0	2,3	1,2	1,9	13,8
	3001 - 5000 lei	4,2	2,3	1,5	3,1	2,3	11,9
	Mai mult de 5000 lei	0,4	1,5	0,0	0,4	1,2	8,5
	Nu răspund	0,8	1,2	0,4	1,2	0,4	7,3
Tipul localității	Urban	7,3	8,1	1,5	2,3	2,3	25,8
	Rural	11,5	11,5	4,6	6,5	6,5	27,3
	Total	18,8	19,6	6,2	8,8	8,8	53,1

8.1.2. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să întreprindeți următoarele acțiuni: recunoașterea simptomelor? Malul stâng, N=109

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de munca	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	7,3	2,8	0,0	1,8	1,8	61,5
	Femeie	3,7	3,7	0,9	3,7	0,0	20,2
Categorie vârstă	18-35 ani	1,8	1,8	0,0	0,0	0,0	17,4
	36-45 ani	6,4	0,9	0,0	0,9	1,8	31,2
	46-59 ani	2,8	3,7	0,9	3,7	0,0	31,2
	60+ ani	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	1,8
Statut civil	Căsătorit/ă	1,8	4,6	0,0	4,6	0,0	55,0
	Necăsătorit/ă	9,2	1,8	0,9	0,9	1,8	26,6
Capul gospodăriei	Da	3,7	2,8	0,0	0,9	1,8	66,1
	Nu	7,3	3,7	0,9	4,6	0,0	15,6

Copii în gospodărie	Da	1,8	1,8	0,0	0,9	0,9	38,5
	Nu	9,2	4,6	0,9	4,6	0,9	43,1
Venituri	Sub 2000 lei	2,8	3,7	0,9	2,8	0,0	10,1
	2001 - 3000 lei	4,6	1,8	0,0	1,8	0,0	6,4
	3001 - 5000 lei	2,8	0,9	0,0	0,0	0,9	53,2
	Mai mult de 5000 lei	0,9	0,0	0,0	0,9	0,0	11,0
	Nu răspund	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9
Tipul localității	Urban	8,3	6,4	0,9	5,5	1,8	66,1
	Rural	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	15,6
	Total	11,0	6,4	0,9	5,5	1,8	81,7

8.2.1. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să întreprindeți următoarele acțiuni: solicitarea serviciilor de îngrijire? Malul drept, N=260

		Spitale/ Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de munca	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	13,1	12,3	5,4	3,1	6,9	42,7
	Femeie	5,4	3,1	1,5	1,2	1,2	15,8
Categorie vârstă	18-35 ani	3,5	2,3	2,3	1,2	0,8	18,1
	36-45 ani	6,5	4,2	1,9	1,5	2,3	17,3
	46-59 ani	6,2	6,9	1,2	1,2	3,5	17,3
	60+ ani	2,3	1,9	1,5	0,4	1,5	5,8
Statut civil	Căsătorit/ă	9,2	7,7	3,8	1,9	4,2	22,3
	Necăsătorit/ă	9,2	7,7	3,1	2,3	3,8	36,2
Capul gospodăriei	Da	11,5	10,8	4,6	1,9	5,8	34,2
	Nu	6,9	4,6	2,3	2,3	2,3	24,2
Copii în gospodărie	Da	6,9	3,8	2,7	1,5	1,2	15,8
	Nu	11,5	11,5	4,2	2,7	6,9	42,7
Venituri	Sub 2000 lei	7,7	7,7	3,5	1,2	3,5	10,8
	2001 - 3000 lei	3,5	1,9	3,1	0,4	0,8	18,1
	3001 - 5000 lei	5,8	3,5	0,4	1,5	2,3	13,1
	Mai mult de 5000 lei	0,4	1,9	0,0	1,2	0,8	7,7
	Nu răspund	1,2	0,4	0,0	0,0	0,8	8,8
Tipul localității	Urban	5,8	5,0	3,1	3,1	2,7	28,1
	Rural	12,7	10,4	3,8	1,2	5,4	30,4
	Total	18,5	15,4	6,9	4,2	8,1	58,5

8.2.2. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să întreprindeți următoarele acțiuni: solicitarea serviciilor de îngrijire? Malul stâng, N=109

		Spitale/ Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de munca	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	30,3	11,9	0,9	2,8	1,8	36,7
	Femeie	13,8	9,2	0,9	3,7	0,0	9,2
Categorie vârstă	18-35 ani	9,2	3,7	0,9	0,0	0,9	9,2
	36-45 ani	18,3	5,5	0,0	1,8	0,9	18,3
	46-59 ani	15,6	11,9	0,9	3,7	0,0	17,4
	60+ ani	0,9	0,0	0,0	0,9	0,0	0,9
Statut civil	Căsătorit/ă	26,6	15,6	0,0	4,6	0,9	27,5
	Necăsătorit/ă	17,4	5,5	1,8	1,8	0,9	18,3
Capul gospodăriei	Da	27,5	11,0	0,9	1,8	0,0	40,4
	Nu	16,5	10,1	0,9	4,6	1,8	5,5
Copii în gospodărie	Da	17,4	8,3	0,0	1,8	1,8	21,1
	Nu	26,6	12,8	1,8	4,6	0,0	24,8
Venituri	Sub 2000 lei	6,4	6,4	0,9	2,8	0,9	5,5
	2001 - 3000 lei	5,5	1,8	0,0	1,8	0,9	5,5
	3001 - 5000 lei	26,6	11,0	0,9	0,0	0,0	28,4
	Mai mult de 5000 lei	5,5	1,8	0,0	0,9	0,0	5,5
	Nu răspund	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,9
Tipul localității	Urban	34,9	17,4	1,8	6,4	0,9	37,6
	Rural	9,2	3,7	0,0	0,0	0,9	8,3
	Total	44,0	21,1	1,8	6,4	1,8	45,9

8.3.1. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să întreprindeți următoarele acțiuni: obținerea unui diagnostic precis? Malul drept, N=260

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de munca	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	20,8	8,1	1,9	1,2	4,6	46,2
	Femeie	7,7	2,7	0,8	0,8	0,8	14,6
Categorie vârstă	18-35 ani	8,1	1,5	0,4	0,4	0,4	16,9
	36-45 ani	9,2	3,1	1,2	0,8	2,3	17,7
	46-59 ani	8,5	5,0	0,4	0,8	2,7	18,5
	60+ ani	2,7	1,2	0,8	0,0	0,0	7,7
Statut civil	Căsătorit/ă	11,5	6,2	1,5	0,8	2,7	25,8
	Necăsătorit/ă	16,9	4,6	1,2	1,2	2,7	35,0
Capul gospodăriei	Da	16,9	7,7	1,9	1,2	4,6	35,8
	Nu	11,5	3,1	0,8	0,8	0,8	25,0
Copii în gospodărie	Da	9,6	3,5	0,8	0,8	1,2	16,5
	Nu	18,8	7,3	1,9	1,2	4,2	44,2
Venituri	Sub 2000 lei	11,2	5,4	0,8	1,2	3,8	12,3
	2001 - 3000 lei	8,1	1,9	0,4	0,0	0,0	17,3
	3001 - 5000 lei	6,9	1,5	0,8	0,4	1,5	13,5
	Mai mult de 5000 lei	0,4	1,5	0,8	0,4	0,0	9,2
	Nu răspund	1,9	0,4	0,0	0,0	0,0	8,5
Tipul localității	Urban	8,8	4,6	1,5	1,5	0,4	30,0
	Rural	19,6	6,2	1,2	0,4	5,0	30,8
	Total	28,5	10,8	2,7	1,9	5,4	60,8

8.3.2. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să întreprindeți următoarele acțiuni: obținerea unui diagnostic precis? Malul stâng, N=109

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de munca	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	22,0	3,7	0,0	1,8	1,8	47,7
	Femeie	10,1	3,7	0,9	3,7	0,0	13,8
Categorie vârstă	18-35 ani	7,3	1,8	0,0	0,0	0,9	11,9
	36-45 ani	16,5	1,8	0,0	0,9	0,9	22,0
	46-59 ani	7,3	3,7	0,9	3,7	0,0	26,6
	60+ ani	0,9	0,0	0,0	0,9	0,0	0,9
Statut civil	Căsătorit/ă	14,7	5,5	0,0	4,6	0,9	41,3
	Necăsătorit/ă	17,4	1,8	0,9	0,9	0,9	20,2
Capul gospodăriei	Da	18,3	2,8	0,0	0,9	0,0	53,2
	Nu	13,8	4,6	0,9	4,6	1,8	8,3
Copii în gospodărie	Da	11,9	2,8	0,0	0,9	1,8	28,4
	Nu	20,2	4,6	0,9	4,6	0,0	33,0
Venituri	Sub 2000 lei	5,5	4,6	0,9	2,8	0,9	6,4
	2001 - 3000 lei	4,6	1,8	0,0	1,8	0,9	6,4
	3001 - 5000 lei	15,6	0,9	0,0	0,0	0,0	41,3
	Mai mult de 5000 lei	5,5	0,0	0,0	0,9	0,0	6,4
	Nu răspund	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
Tipul localității	Urban	26,6	6,4	0,9	5,5	0,9	49,5
	Rural	5,5	0,9	0,0	0,0	0,9	11,9
	Total	32,1	7,3	0,9	5,5	1,8	61,5

8.4.1. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să întreprindeți următoarele acțiuni: începerea tratamentului? Malul drept, N=260

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de munca	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	18,1	9,2	3,1	1,2	4,2	43,8
	Femeie	6,9	1,2	1,9	1,2	1,5	15,0
Categorie vârstă	18-35 ani	5,4	2,7	0,8	1,2	1,5	16,2
	36-45 ani	7,7	1,5	2,7	1,2	1,9	18,1
	46-59 ani	9,2	3,5	1,2	0,0	2,3	17,7
	60+ ani	2,7	2,7	0,4	0,0	0,0	6,9
Statut civil	Căsătorit/ă	10,0	6,9	1,2	1,2	3,1	25,8

	Necăsătorit/ă	15,0	3,5	3,8	1,2	2,7	33,1
Capul gospodăriei	Da	14,2	7,3	3,1	1,2	4,2	35,8
	Nu	10,8	3,1	1,9	1,2	1,5	23,1
Copii în gospodărie	Da	6,9	2,7	1,9	1,5	1,9	16,9
	Nu	18,1	7,7	3,1	0,8	3,8	41,9
Venituri	Sub 2000 lei	9,2	4,6	2,7	1,2	3,8	11,9
	2001 - 3000 lei	6,9	2,3	1,5	0,4	1,2	16,2
	3001 - 5000 lei	5,0	1,5	0,4	0,8	0,8	14,2
	Mai mult de 5000 lei	0,8	1,5	0,4	0,0	0,0	9,6
	Nu răspund	3,1	0,4	0,0	0,0	0,0	6,9
Tipul localității	Urban	10,0	4,2	2,3	1,5	0,0	27,7
	Rural	15,0	6,2	2,7	0,8	5,8	31,2
	Total	25,0	10,4	5,0	2,3	5,8	58,8

8.4.2. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să întreprindeți următoarele acțiuni: începerea tratamentului? Malul stâng, N=109

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de munca	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	7,3	2,8	0,0	1,8	1,8	61,5
	Femeie	3,7	3,7	0,9	3,7	0,0	20,2
Categorie vârstă	18-35 ani	1,8	1,8	0,0	0,0	0,0	17,4
	36-45 ani	6,4	0,9	0,0	0,9	1,8	31,2
	46-59 ani	2,8	3,7	0,9	3,7	0,0	31,2
	60+ ani	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	1,8
Statut civil	Căsătorit/ă	1,8	4,6	0,0	4,6	0,0	55,0
	Necăsătorit/ă	9,2	1,8	0,9	0,9	1,8	26,6
Capul gospodăriei	Da	3,7	2,8	0,0	0,9	1,8	66,1
	Nu	7,3	3,7	0,9	4,6	0,0	15,6
Copii în gospodărie	Da	1,8	1,8	0,0	0,9	0,9	38,5
	Nu	9,2	4,6	0,9	4,6	0,9	43,1
Venituri	Sub 2000 lei	2,8	3,7	0,9	2,8	0,0	10,1
	2001 - 3000 lei	4,6	1,8	0,0	1,8	0,0	6,4
	3001 - 5000 lei	2,8	0,9	0,0	0,0	0,9	53,2
	Mai mult de 5000 lei	0,9	0,0	0,0	0,9	0,0	11,0
	Nu răspund	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9
Tipul localității	Urban	8,3	6,4	0,9	5,5	1,8	66,1
	Rural	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	15,6
	Total	11,0	6,4	0,9	5,5	1,8	81,7

8.5.1. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să întreprindeți următoarele acțiuni: obținerea suportului pentru aderența la tratament? Malul drept, N=260

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de munca	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	16,2	9,6	5,4	0,8	5,8	45,4
	Femeie	2,7	0,4	4,2	0,0	0,4	18,5
Categorie vârstă	18-35 ani	3,1	2,7	1,9	0,4	1,2	17,7
	36-45 ani	5,4	2,3	3,1	0,0	1,9	20,0
	46-59 ani	7,7	3,8	3,1	0,4	3,1	18,5
	60+ ani	2,7	1,2	1,5	0,0	0,0	7,7
Statut civil	Căsătorit/ă	8,8	5,4	2,3	0,4	3,1	28,5
	Necăsătorit/ă	10,0	4,6	7,3	0,4	3,1	35,4
Capul gospodăriei	Da	12,3	8,5	6,9	0,8	5,0	36,2
	Nu	6,5	1,5	2,7	0,0	1,2	27,7
Copii în gospodărie	Da	3,8	2,3	3,5	0,4	1,5	19,2
	Nu	15,0	7,7	6,2	0,4	4,6	44,6
Venituri	Sub 2000 lei	9,2	5,8	3,8	0,4	3,8	12,3
	2001 - 3000 lei	4,6	1,5	3,5	0,0	0,4	18,1
	3001 - 5000 lei	3,5	2,3	1,2	0,0	1,2	15,4
	Mai mult de 5000 lei	0,0	0,4	0,0	0,4	0,4	10,4
	Nu răspund	1,5	0,0	1,2	0,0	0,4	7,7
Tipul localității	Urban	6,5	3,1	4,6	0,8	1,2	29,2

	Rural	12,3	6,9	5,0	0,0	5,0	34,6
	Total	18,8	10,0	9,6	0,8	6,2	63,8

8.5.2. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să întreprindeți următoarele acțiuni: obținerea suportului pentru aderența la tratament? Malul stâng, N=109

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de munca	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	3,7	1,8	0,0	0,9	0,0	68,8
	Femeie	4,6	3,7	0,9	3,7	0,0	19,3
Categorie vârstă	18-35 ani	1,8	1,8	0,0	0,0	0,0	17,4
	36-45 ani	3,7	0,0	0,0	0,9	0,0	36,7
	46-59 ani	2,8	3,7	0,9	3,7	0,0	31,2
	60+ ani	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8
Statut civil	Căsătorit/ă	2,8	3,7	0,0	3,7	0,0	56,0
	Necăsătorit/ă	5,5	1,8	0,9	0,9	0,0	32,1
Capul gospodăriei	Da	3,7	1,8	0,0	0,9	0,0	68,8
	Nu	4,6	3,7	0,9	3,7	0,0	19,3
Copii în gospodărie	Da	3,7	0,9	0,0	0,9	0,0	38,5
	Nu	4,6	4,6	0,9	3,7	0,0	49,5
Venituri	Sub 2000 lei	1,8	3,7	0,9	2,8	0,0	11,0
	2001 - 3000 lei	3,7	1,8	0,0	0,9	0,0	8,3
	3001 - 5000 lei	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	56,9
	Mai mult de 5000 lei	0,9	0,0	0,0	0,9	0,0	11,0
	Nu răspund	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
Tipul localității	Urban	5,5	5,5	0,9	4,6	0,0	72,5
	Rural	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	15,6
	Total	8,3	5,5	0,9	4,6	0,0	88,1

8.6.1. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să întreprindeți următoarele acțiuni: finalizarea tratamentului? Malul drept, N=260

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de munca	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	8,8	7,7	6,5	0,8	1,2	51,5
	Femeie	2,3	0,0	5,0	0,4	0,4	18,5
Categorie vârstă	18-35 ani	1,9	2,3	2,7	0,8	0,4	18,8
	36-45 ani	3,1	1,5	3,8	0,0	0,0	22,7
	46-59 ani	4,6	2,3	3,8	0,4	1,2	20,4
	60+ ani	1,5	1,5	1,2	0,0	0,0	8,1
Statut civil	Căsătorit/ă	5,0	4,2	2,7	0,4	0,8	31,9
	Necăsătorit/ă	6,2	3,5	8,8	0,8	0,8	38,1
Capul gospodăriei	Da	6,9	5,8	7,3	1,2	1,2	41,5
	Nu	4,2	1,9	4,2	0,0	0,4	28,5
Copii în gospodărie	Da	2,3	1,5	3,8	0,8	0,8	20,8
	Nu	8,8	6,2	7,7	0,4	0,8	49,2
Venituri	Sub 2000 lei	6,2	3,8	3,8	0,4	0,8	15,8
	2001 - 3000 lei	3,1	2,3	3,8	0,0	0,0	18,8
	3001 - 5000 lei	1,5	1,2	1,9	0,4	0,4	16,9
	Mai mult de 5000 lei	0,0	0,4	0,4	0,4	0,4	10,0
	Nu răspund	0,4	0,0	1,5	0,0	0,0	8,5
Tipul localității	Urban	3,5	2,7	6,2	1,2	0,8	31,5
	Rural	7,7	5,0	5,4	0,0	0,8	38,5
	Total	11,2	7,7	11,5	1,2	1,5	70,0

8.6.2. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să întreprindeți următoarele acțiuni: finalizarea tratamentului? Malul stâng, N=109

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de munca	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	0,9	2,8	0,0	0,9	0,9	69,7
	Femeie	2,8	3,7	0,9	3,7	0,0	21,1
Categorie vârstă	18-35 ani	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	19,3
	36-45 ani	0,9	0,9	0,0	0,9	0,9	37,6

	46-59 ani	2,8	3,7	0,9	3,7	0,0	31,2
	60+ ani	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8
Statut civil	Căsătorit/ă	1,8	4,6	0,0	3,7	0,0	56,0
	Necăsătorit/ă	1,8	1,8	0,9	0,9	0,9	34,9
Capul gospodăriei	Da	0,9	2,8	0,0	0,9	0,9	69,7
	Nu	2,8	3,7	0,9	3,7	0,0	21,1
Copii în gospodărie	Da	0,9	0,9	0,0	0,9	0,9	40,4
	Nu	2,8	5,5	0,9	3,7	0,0	50,5
Venituri	Sub 2000 lei	2,8	3,7	0,9	2,8	0,0	10,1
	2001 - 3000 lei	0,0	1,8	0,0	0,9	0,0	11,9
	3001 - 5000 lei	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	56,9
	Mai mult de 5000 lei	0,9	0,0	0,0	0,9	0,0	11,0
	Nu răspund	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9
Tipul localității	Urban	3,7	6,4	0,9	4,6	0,9	72,5
	Rural	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,3
	Total	3,7	6,4	0,9	4,6	0,9	90,8

8.7.1. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să întreprindeți următoarele acțiuni: obținerea serviciilor de supraveghere post-tratament? Malul drept, N=260

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de munca	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	12,3	4,2	4,2	1,5	3,5	55,4
	Femeie	5,0	0,8	1,2	0,4	0,8	17,3
Categorie vârstă	18-35 ani	3,1	0,4	1,2	0,8	0,4	20,8
	36-45 ani	6,2	1,5	0,8	0,4	1,2	22,3
	46-59 ani	6,5	1,5	2,3	0,8	2,7	21,5
	60+ ani	1,5	1,5	1,2	0,0	0,0	8,1
Statut civil	Căsătorit/ă	6,9	1,9	3,1	1,5	1,9	32,3
	Necăsătorit/ă	10,4	3,1	2,3	0,4	2,3	40,4
Capul gospodăriei	Da	9,6	4,2	5,0	1,5	4,2	43,1
	Nu	7,7	0,8	0,4	0,4	0,0	29,6
Copii în gospodărie	Da	4,6	0,0	2,3	1,2	1,2	20,8
	Nu	12,7	5,0	3,1	0,8	3,1	51,9
Venituri	Sub 2000 lei	7,7	3,1	3,5	1,2	3,1	15,4
	2001 - 3000 lei	4,6	1,2	1,2	0,4	0,4	20,0
	3001 - 5000 lei	3,5	0,4	0,8	0,4	0,8	17,3
	Mai mult de 5000 lei	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	10,8
	Nu răspund	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	9,2
Tipul localității	Urban	4,2	1,9	3,1	0,4	0,4	33,8
	Rural	13,1	3,1	2,3	1,5	3,8	38,8
	Total	17,3	5,0	5,4	1,9	4,2	72,7

8.7.2. V-ați confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, v-a împiedicat să întreprindeți următoarele acțiuni: obținerea serviciilor de supraveghere post-tratament? Malul stâng, N=109

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de munca	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	4,6	3,7	0,9	0,9	0,0	67,0
	Femeie	2,8	3,7	0,9	3,7	0,0	21,1
Categorie vârstă	18-35 ani	0,9	2,8	0,0	0,0	0,0	18,3
	36-45 ani	4,6	0,9	0,9	0,9	0,0	34,9
	46-59 ani	1,8	3,7	0,9	3,7	0,0	32,1
	60+ ani	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,8
Statut civil	Căsătorit/ă	2,8	5,5	0,0	3,7	0,0	55,0
	Necăsătorit/ă	4,6	1,8	1,8	0,9	0,0	33,0
Capul gospodăriei	Da	2,8	3,7	0,0	0,9	0,0	68,8
	Nu	4,6	3,7	1,8	3,7	0,0	19,3
Copii în gospodărie	Da	2,8	1,8	0,0	0,9	0,0	39,4
	Nu	4,6	5,5	1,8	3,7	0,0	48,6
Venituri	Sub 2000 lei	1,8	3,7	0,9	2,8	0,0	11,0
	2001 - 3000 lei	0,9	1,8	0,0	0,9	0,0	11,0
	3001 - 5000 lei	2,8	1,8	0,9	0,0	0,0	54,1

	Mai mult de 5000 lei	0,9	0,0	0,0	0,9	0,0	11,0
	Nu răspund	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
Tipul localității	Urban	7,3	7,3	1,8	4,6	0,0	69,7
	Rural	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	18,3
	Total	7,3	7,3	1,8	4,6	0,0	88,1

9.1. Cunoașteți alte persoane care au sau au avut TB și care au fost stigmatizate din cauza statutului TB? Malul drept, N=260

		Da	Nu	Nu știu	Nu răspund
Sexul	Bărbat	25,8%	60,8%	11,3%	2,1%
	Femeie	27,3%	63,6%	6,1%	3,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	30,9%	57,4%	11,8%	0,0%
	36-45 ani	26,6%	60,8%	7,6%	5,1%
	46-59 ani	29,6%	58,0%	11,1%	1,2%
	60+ ani	6,3%	81,3%	9,4%	3,1%
Statut civil	Căsătorit/ă	19,3%	70,2%	8,8%	1,8%
	Necăsătorit/ă	31,5%	54,8%	11,0%	2,7%
Capul gospodăriei	Da	25,8%	62,9%	10,1%	1,3%
	Nu	26,7%	59,4%	9,9%	4,0%
Copii în gospodărie	Da	24,0%	72,0%	1,3%	2,7%
	Nu	27,0%	57,3%	13,5%	2,2%
Venituri	Sub 2000 lei	35,5%	52,6%	9,2%	2,6%
	2001 - 3000 lei	19,7%	70,4%	8,5%	1,4%
	3001 - 5000 lei	26,8%	58,9%	10,7%	3,6%
	Mai mult de 5000 lei	26,7%	70,0%	3,3%	0,0%
	Nu răspund	14,8%	59,3%	22,2%	3,7%
Tipul localității	Urban	26,3%	60,5%	8,8%	4,4%
	Rural	26,0%	62,3%	11,0%	0,7%
	Total	26,2%	61,5%	10,0%	2,3%

9.2. Cunoașteți alte persoane care au sau au avut TB și care au fost stigmatizate din cauza statutului TB? Malul stâng, N=109

		Da	Nu	Nu știu	Nu răspund
Sexul	Bărbat	40,7%	18,5%	40,7%	0,0%
	Femeie	32,1%	39,3%	28,6%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	30,4%	30,4%	39,1%	0,0%
	36-45 ani	52,3%	15,9%	31,8%	0,0%
	46-59 ani	30,8%	28,2%	41,0%	0,0%
	60+ ani	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	35,8%	25,4%	38,8%	0,0%
	Necăsătorit/ă	42,9%	21,4%	35,7%	0,0%
Capul gospodăriei	Da	39,5%	17,3%	43,2%	0,0%
	Nu	35,7%	42,9%	21,4%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	40,4%	21,3%	38,3%	0,0%
	Nu	37,1%	25,8%	37,1%	0,0%
Venituri	Sub 2000 lei	25,0%	37,5%	37,5%	0,0%
	2001 - 3000 lei	26,7%	33,3%	40,0%	0,0%
	3001 - 5000 lei	46,0%	15,9%	38,1%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	30,8%	30,8%	38,5%	0,0%
	Nu răspund	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	38,2%	27,0%	34,8%	0,0%
	Rural	40,0%	10,0%	50,0%	0,0%
	Total	38,5%	23,9%	37,6%	0,0%

10.1.1. Acele persoane s-au confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să întreprindă următoarele acțiuni: recunoașterea simptomelor? Malul drept, N=260

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de muncă	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	29,4	17,6	10,3	16,2	11,8	16,2
	Femeie	7,4	4,4	4,4	1,5	1,5	10,3
Categorie vârstă	18-35 ani	7,4	7,4	5,9	4,4	4,4	8,8
	36-45 ani	13,2	2,9	1,5	5,9	2,9	11,8

	46-59 ani	13,2	10,3	7,4	5,9	4,4	5,9
	60+ ani	2,9	1,5	0,0	1,5	1,5	0,0
Statut civil	Căsătorit/ă	11,8	10,3	5,9	5,9	2,9	5,9
	Necăsătorit/ă	25,0	11,8	8,8	11,8	10,3	20,6
Capul gospodăriei	Da	25,0	16,2	10,3	8,8	10,3	13,2
	Nu	11,8	5,9	4,4	8,8	2,9	13,2
Copii în gospodărie	Da	7,4	5,9	2,9	2,9	1,5	7,4
	Nu	29,4	16,2	11,8	14,7	11,8	19,1
Venituri	Sub 2000 lei	19,1	11,8	8,8	5,9	7,4	7,4
	2001 - 3000 lei	7,4	2,9	1,5	4,4	2,9	7,4
	3001 - 5000 lei	8,8	2,9	1,5	2,9	2,9	5,9
	Mai mult de 5000 lei	1,5	2,9	1,5	2,9	0,0	2,9
	Nu răspund	0,0	1,5	1,5	1,5	0,0	2,9
Tipul localității	Urban	13,2	7,4	5,9	11,8	4,4	13,2
	Rural	23,5	14,7	8,8	5,9	8,8	13,2
	Total	36,8	22,1	14,7	17,6	13,2	26,5

10.1.2. Acele persoane s-au confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să întreprindă următoarele acțiuni: recunoașterea simptomelor? Malul stâng, N=109

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de muncă	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	50,0	33,3	14,3	4,8	4,8	7,1
	Femeie	14,3	11,9	2,4	0,0	0,0	0,0
Categorie vârstă	18-35 ani	11,9	7,1	4,8	2,4	0,0	0,0
	36-45 ani	33,3	23,8	4,8	2,4	4,8	7,1
	46-59 ani	19,0	14,3	7,1	0,0	0,0	0,0
	60+ ani	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Statut civil	Căsătorit/ă	38,1	23,8	9,5	2,4	0,0	4,8
	Necăsătorit/ă	26,2	21,4	7,1	2,4	4,8	2,4
Capul gospodăriei	Da	50,0	33,3	11,9	4,8	2,4	7,1
	Nu	14,3	11,9	4,8	0,0	2,4	0,0
Copii în gospodărie	Da	31,0	16,7	9,5	4,8	2,4	7,1
	Nu	33,3	28,6	7,1	0,0	2,4	0,0
Venituri	Sub 2000 lei	7,1	4,8	4,8	0,0	0,0	0,0
	2001 - 3000 lei	7,1	4,8	2,4	2,4	0,0	0,0
	3001 - 5000 lei	40,5	35,7	7,1	2,4	4,8	4,8
	Mai mult de 5000 lei	9,5	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0
	Nu răspund	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4
Tipul localității	Urban	50,0	33,3	14,3	2,4	4,8	7,1
	Rural	14,3	11,9	2,4	2,4	0,0	0,0
	Total	64,3	45,2	16,7	4,8	4,8	7,1

10.2.1. Acele persoane s-au confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să întreprindă următoarele acțiuni: solicitarea serviciilor de îngrijire? Malul drept, N=260

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de muncă	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	26,5	25,0	8,8	13,2	7,4	16,2
	Femeie	10,3	2,9	2,9	0,0	1,5	13,2
Categorie vârstă	18-35 ani	8,8	10,3	1,5	4,4	2,9	8,8
	36-45 ani	16,2	7,4	2,9	2,9	1,5	10,3
	46-59 ani	8,8	8,8	7,4	4,4	2,9	10,3
	60+ ani	2,9	1,5	0,0	1,5	1,5	0,0
Statut civil	Căsătorit/ă	14,7	8,8	7,4	4,4	1,5	5,9
	Necăsătorit/ă	22,1	19,1	4,4	8,8	7,4	23,5
Capul gospodăriei	Da	22,1	20,6	8,8	7,4	5,9	14,7
	Nu	14,7	7,4	2,9	5,9	2,9	14,7
Copii în gospodărie	Da	8,8	7,4	4,4	1,5	1,5	7,4
	Nu	27,9	20,6	7,4	11,8	7,4	22,1
Venituri	Sub 2000 lei	16,2	13,2	7,4	5,9	4,4	8,8
	2001 - 3000 lei	7,4	5,9	1,5	2,9	1,5	8,8
	3001 - 5000 lei	8,8	5,9	1,5	2,9	2,9	2,9
	Mai mult de 5000 lei	1,5	2,9	1,5	1,5	0,0	5,9
	Nu răspund	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9

Tipul localității	Urban	14,7	8,8	4,4	7,4	4,4	14,7
	Rural	22,1	19,1	7,4	5,9	4,4	14,7
	Total	36,8	27,9	11,8	13,2	8,8	29,4

10.2.2. Acele persoane s-au confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să întreprindă următoarele acțiuni: solicitarea serviciilor de îngrijire? Malul stâng, N=109

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de muncă	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	50,0	19,0	11,9	4,8	4,8	9,5
	Femeie	14,3	11,9	2,4	0,0	0,0	0,0
Categorie vârstă	18-35 ani	9,5	4,8	4,8	2,4	0,0	2,4
	36-45 ani	35,7	14,3	2,4	2,4	4,8	4,8
	46-59 ani	19,0	11,9	7,1	0,0	0,0	2,4
	60+ ani	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Statut civil	Căsătorit/ă	35,7	16,7	7,1	2,4	0,0	9,5
	Necăsătorit/ă	28,6	14,3	7,1	2,4	4,8	0,0
Capul gospodăriei	Da	50,0	21,4	9,5	4,8	2,4	9,5
	Nu	14,3	9,5	4,8	0,0	2,4	0,0
Copii în gospodărie	Da	28,6	9,5	4,8	4,8	2,4	7,1
	Nu	35,7	21,4	9,5	0,0	2,4	2,4
Venituri	Sub 2000 lei	7,1	4,8	4,8	0,0	0,0	0,0
	2001 - 3000 lei	7,1	4,8	2,4	0,0	0,0	0,0
	3001 - 5000 lei	40,5	21,4	4,8	2,4	4,8	9,5
	Mai mult de 5000 lei	9,5	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0
	Nu răspund	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0
Tipul localității	Urban	50,0	21,4	11,9	2,4	4,8	9,5
	Rural	14,3	9,5	2,4	2,4	0,0	0,0
	Total	64,3	31,0	14,3	4,8	4,8	9,5

10.3.1. Acele persoane s-au confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să întreprindă următoarele acțiuni: obținerea unui diagnostic precis? Malul drept, N=260

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de muncă	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	36,8	14,7	7,4	7,4	8,8	19,1
	Femeie	16,2	2,9	1,5	0,0	1,5	8,8
Categorie vârstă	18-35 ani	16,2	4,4	1,5	4,4	2,9	7,4
	36-45 ani	16,2	4,4	1,5	0,0	2,9	14,7
	46-59 ani	17,6	8,8	5,9	2,9	2,9	5,9
	60+ ani	2,9	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0
Statut civil	Căsătorit/ă	20,6	7,4	5,9	1,5	1,5	4,4
	Necăsătorit/ă	32,4	10,3	2,9	5,9	8,8	23,5
Capul gospodăriei	Da	27,9	16,2	7,4	4,4	8,8	14,7
	Nu	25,0	1,5	1,5	2,9	1,5	13,2
Copii în gospodărie	Da	14,7	5,9	2,9	0,0	1,5	5,9
	Nu	38,2	11,8	5,9	7,4	8,8	22,1
Venituri	Sub 2000 lei	22,1	5,9	5,9	4,4	5,9	10,3
	2001 - 3000 lei	10,3	2,9	1,5	1,5	1,5	7,4
	3001 - 5000 lei	10,3	5,9	0,0	1,5	2,9	5,9
	Mai mult de 5000 lei	7,4	2,9	1,5	0,0	0,0	1,5
	Nu răspund	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	2,9
Tipul localității	Urban	23,5	1,5	2,9	4,4	2,9	13,2
	Rural	29,4	16,2	5,9	2,9	7,4	14,7
	Total	52,9	17,6	8,8	7,4	10,3	27,9

10.3.2. Acele persoane s-au confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să întreprindă următoarele acțiuni: obținerea unui diagnostic precis? Malul stâng, N=109

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de muncă	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	33,3	9,5	2,4	0,0	4,8	33,3
	Femeie	11,9	4,8	2,4	0,0	0,0	4,8
Categorie vârstă	18-35 ani	7,1	2,4	0,0	0,0	0,0	7,1
	36-45 ani	23,8	7,1	0,0	0,0	4,8	21,4
	46-59 ani	14,3	4,8	4,8	0,0	0,0	9,5

	60+ ani	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Statut civil	Căsătorit/ă	23,8	7,1	2,4	0,0	0,0	26,2
	Necăsătorit/ă	21,4	7,1	2,4	0,0	4,8	11,9
Capul gospodăriei	Da	35,7	9,5	2,4	0,0	2,4	31,0
	Nu	9,5	4,8	2,4	0,0	2,4	7,1
Copii în gospodărie	Da	19,0	0,0	0,0	0,0	2,4	23,8
	Nu	26,2	14,3	4,8	0,0	2,4	14,3
Venituri	Sub 2000 lei	7,1	2,4	4,8	0,0	0,0	0,0
	2001 - 3000 lei	7,1	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0
	3001 - 5000 lei	26,2	7,1	0,0	0,0	4,8	31,0
	Mai mult de 5000 lei	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8
	Nu răspund	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4
Tipul localității	Urban	35,7	9,5	4,8	0,0	4,8	31,0
	Rural	9,5	4,8	0,0	0,0	0,0	7,1
	Total	45,2	14,3	4,8	0,0	4,8	38,1

10.4.1. Acele persoane s-au confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să întreprindă următoarele acțiuni: începerea tratamentului? Malul drept, N=260

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă/Familie	Locul de muncă	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	30,9	16,2	8,8	7,4	7,4	14,7
	Femeie	11,8	4,4	4,4	0,0	1,5	8,8
Categorie vârstă	18-35 ani	10,3	7,4	4,4	4,4	1,5	5,9
	36-45 ani	16,2	2,9	2,9	1,5	2,9	11,8
	46-59 ani	13,2	10,3	5,9	1,5	2,9	5,9
	60+ ani	2,9	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0
Statut civil	Căsătorit/ă	11,8	8,8	7,4	0,0	2,9	5,9
	Necăsătorit/ă	30,9	11,8	5,9	7,4	5,9	17,6
Capul gospodăriei	Da	25,0	16,2	10,3	1,5	7,4	13,2
	Nu	17,6	4,4	2,9	5,9	1,5	10,3
Copii în gospodărie	Da	8,8	10,3	5,9	0,0	1,5	5,9
	Nu	33,8	10,3	7,4	7,4	7,4	17,6
Venituri	Sub 2000 lei	19,1	5,9	7,4	1,5	5,9	7,4
	2001 - 3000 lei	7,4	4,4	2,9	4,4	1,5	4,4
	3001 - 5000 lei	7,4	2,9	1,5	1,5	1,5	8,8
	Mai mult de 5000 lei	2,9	5,9	1,5	0,0	0,0	2,9
	Nu răspund	5,9	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Tipul localității	Urban	20,6	5,9	4,4	7,4	2,9	10,3
	Rural	22,1	14,7	8,8	0,0	5,9	13,2
	Total	42,6	20,6	13,2	7,4	8,8	23,5

10.4.2. Acele persoane s-au confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să întreprindă următoarele acțiuni: începerea tratamentului? Malul stâng, N=109

		Spitale/Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de muncă	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	33,3	9,5	0,0	2,4	4,8	31,0
	Femeie	2,4	4,8	2,4	0,0	0,0	14,3
Categorie vârstă	18-35 ani	4,8	2,4	0,0	0,0	0,0	9,5
	36-45 ani	21,4	7,1	0,0	2,4	4,8	21,4
	46-59 ani	9,5	4,8	2,4	0,0	0,0	14,3
	60+ ani	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Statut civil	Căsătorit/ă	21,4	7,1	0,0	0,0	0,0	28,6
	Necăsătorit/ă	14,3	7,1	2,4	2,4	4,8	16,7
Capul gospodăriei	Da	33,3	9,5	0,0	2,4	2,4	31,0
	Nu	2,4	4,8	2,4	0,0	2,4	14,3
Copii în gospodărie	Da	19,0	0,0	0,0	2,4	2,4	21,4
	Nu	16,7	14,3	2,4	0,0	2,4	23,8
Venituri	Sub 2000 lei	0,0	2,4	2,4	0,0	0,0	7,1
	2001 - 3000 lei	7,1	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0
	3001 - 5000 lei	26,2	7,1	0,0	0,0	4,8	31,0
	Mai mult de 5000 lei	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1

	Nu răspund	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0
Tipul localității	Urban	26,2	9,5	2,4	2,4	4,8	38,1
	Rural	9,5	4,8	0,0	0,0	0,0	7,1
	Total	35,7	14,3	2,4	2,4	4,8	45,2

10.5.1. Acele persoane s-au confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să întreprindă următoarele acțiuni: obținerea suportului pentru aderența la tratament? Malul drept, N=260

		Spitale/Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de muncă	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	26,5	14,7	10,3	5,9	5,9	27,9
	Femeie	10,3	4,4	4,4	0,0	1,5	13,2
Categorie vârstă	18-35 ani	8,8	8,8	2,9	2,9	1,5	11,8
	36-45 ani	13,2	4,4	5,9	0,0	1,5	16,2
	46-59 ani	13,2	5,9	5,9	2,9	2,9	11,8
	60+ ani	1,5	0,0	0,0	0,0	1,5	1,5
Statut civil	Căsătorit/ă	13,2	5,9	4,4	0,0	1,5	13,2
	Necăsătorit/ă	23,5	13,2	10,3	5,9	5,9	27,9
Capul gospodăriei	Da	23,5	16,2	11,8	2,9	5,9	17,6
	Nu	13,2	2,9	2,9	2,9	1,5	23,5
Copii în gospodărie	Da	7,4	7,4	4,4	0,0	1,5	10,3
	Nu	29,4	11,8	10,3	5,9	5,9	30,9
Venituri	Sub 2000 lei	20,6	8,8	8,8	2,9	2,9	11,8
	2001 - 3000 lei	4,4	4,4	2,9	1,5	1,5	11,8
	3001 - 5000 lei	8,8	2,9	1,5	1,5	1,5	8,8
	Mai mult de 5000 lei	1,5	2,9	1,5	0,0	0,0	5,9
	Nu răspund	1,5	0,0	0,0	0,0	1,5	2,9
	Tipul localității	Urban	11,8	4,4	7,4	4,4	4,4
	Rural	25,0	14,7	7,4	1,5	2,9	20,6
	Total	36,8	19,1	14,7	5,9	7,4	41,2

10.5.2. Acele persoane s-au confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să întreprindă următoarele acțiuni: obținerea suportului pentru aderența la tratament? Malul stâng, N=109

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de muncă	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	21,4	7,1	0,0	0,0	2,4	50,0
	Femeie	0,0	2,4	2,4	0,0	0,0	19,0
Categorie vârstă	18-35 ani	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7
	36-45 ani	14,3	4,8	0,0	0,0	2,4	35,7
	46-59 ani	7,1	4,8	2,4	0,0	0,0	16,7
	60+ ani	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Statut civil	Căsătorit/ă	4,8	2,4	0,0	0,0	0,0	50,0
	Necăsătorit/ă	16,7	7,1	2,4	0,0	2,4	19,0
Capul gospodăriei	Da	19,0	7,1	0,0	0,0	0,0	52,4
	Nu	2,4	2,4	2,4	0,0	2,4	16,7
Copii în gospodărie	Da	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	38,1
	Nu	14,3	9,5	2,4	0,0	2,4	31,0
Venituri	Sub 2000 lei	0,0	2,4	2,4	0,0	0,0	7,1
	2001 - 3000 lei	7,1	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0
	3001 - 5000 lei	9,5	2,4	0,0	0,0	2,4	54,8
	Mai mult de 5000 lei	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1
	Nu răspund	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Tipul localității	Urban	14,3	7,1	2,4	0,0	2,4
	Rural	7,1	2,4	0,0	0,0	0,0	11,9
	Total	21,4	9,5	2,4	0,0	2,4	69,0

10.6.1. Acele persoane s-au confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să întreprindă următoarele acțiuni: finalizarea tratamentului? Malul drept, N=260

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de muncă	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	20,6	13,2	10,3	7,4	5,9	33,8
	Femeie	8,8	4,4	5,9	1,5	1,5	8,8
Categorie vârstă	18-35 ani	5,9	7,4	2,9	2,9	1,5	13,2
	36-45 ani	11,8	2,9	4,4	2,9	1,5	14,7

	46-59 ani	10,3	5,9	7,4	1,5	2,9	13,2
	60+ ani	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Statut civil	Căsătorit/ă	11,8	8,8	7,4	1,5	2,9	13,2
	Necăsătorit/ă	17,6	8,8	8,8	7,4	4,4	29,4
Capul gospodăriei	Da	19,1	13,2	11,8	2,9	4,4	20,6
	Nu	10,3	4,4	4,4	5,9	2,9	22,1
Copii în gospodărie	Da	5,9	8,8	5,9	1,5	1,5	8,8
	Nu	23,5	8,8	10,3	7,4	5,9	33,8
Venituri	Sub 2000 lei	19,1	2,9	5,9	2,9	1,5	13,2
	2001 - 3000 lei	4,4	5,9	7,4	2,9	2,9	8,8
	3001 - 5000 lei	4,4	2,9	1,5	2,9	2,9	10,3
	Mai mult de 5000 lei	1,5	4,4	1,5	0,0	0,0	5,9
	Nu răspund	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	4,4
Tipul localității	Urban	7,4	5,9	10,3	7,4	2,9	20,6
	Rural	22,1	11,8	5,9	1,5	4,4	22,1
	Total	29,4	17,6	16,2	8,8	7,4	42,6

10.6.2. Acele persoane s-au confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să întreprindă următoarele acțiuni: finalizarea tratamentului? Malul stâng, N=109

		Spitale /Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de muncă	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	16,7	7,1	2,4	0,0	2,4	52,4
	Femeie	0,0	2,4	2,4	0,0	0,0	19,0
Categorie vârstă	18-35 ani	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7
	36-45 ani	11,9	4,8	2,4	0,0	2,4	35,7
	46-59 ani	4,8	4,8	2,4	0,0	0,0	19,0
	60+ ani	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Statut civil	Căsătorit/ă	4,8	2,4	0,0	0,0	0,0	50,0
	Necăsătorit/ă	11,9	7,1	4,8	0,0	2,4	21,4
Capul gospodăriei	Da	14,3	7,1	2,4	0,0	0,0	54,8
	Nu	2,4	2,4	2,4	0,0	2,4	16,7
Copii în gospodărie	Da	7,1	0,0	2,4	0,0	0,0	35,7
	Nu	9,5	9,5	2,4	0,0	2,4	35,7
Venituri	Sub 2000 lei	0,0	2,4	2,4	0,0	0,0	7,1
	2001 - 3000 lei	7,1	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0
	3001 - 5000 lei	7,1	2,4	0,0	0,0	2,4	57,1
	Mai mult de 5000 lei	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	7,1
	Nu răspund	0,0	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0
Tipul localității	Urban	11,9	7,1	4,8	0,0	2,4	57,1
	Rural	4,8	2,4	0,0	0,0	0,0	14,3
	Total	16,7	9,5	4,8	0,0	2,4	71,4

10.7.1. Acele persoane s-au confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să întreprindă următoarele acțiuni: obținerea serviciilor de supraveghere post-tratament? Malul drept, N=260

		Spitale/Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de muncă	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	17,6	5,9	5,9	4,4	7,4	44,1
	Femeie	10,3	2,9	2,9	0,0	1,5	13,2
Categorie vârstă	18-35 ani	5,9	1,5	1,5	2,9	2,9	19,1
	36-45 ani	8,8	2,9	2,9	0,0	2,9	20,6
	46-59 ani	11,8	4,4	4,4	1,5	2,9	16,2
	60+ ani	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
Statut civil	Căsătorit/ă	11,8	2,9	1,5	0,0	1,5	17,6
	Necăsătorit/ă	16,2	5,9	7,4	4,4	7,4	39,7
Capul gospodăriei	Da	17,6	7,4	5,9	1,5	8,8	30,9
	Nu	10,3	1,5	2,9	2,9	0,0	26,5
Copii în gospodărie	Da	7,4	2,9	1,5	0,0	2,9	14,7
	Nu	20,6	5,9	7,4	4,4	5,9	42,6
Venituri	Sub 2000 lei	14,7	1,5	7,4	1,5	4,4	20,6
	2001 - 3000 lei	7,4	1,5	0,0	1,5	0,0	11,8
	3001 - 5000 lei	4,4	2,9	0,0	1,5	1,5	13,2
	Mai mult de 5000 lei	1,5	1,5	1,5	0,0	1,5	7,4

	Nu răspund	0,0	1,5	0,0	0,0	1,5	4,4
Tipul localității	Urban	10,3	2,9	5,9	4,4	2,9	23,5
	Rural	17,6	5,9	2,9	0,0	5,9	33,8
	Total	27,9	8,8	8,8	4,4	8,8	57,4

10.7.2. Acele persoane s-au confruntat vreodată cu stigmatizarea în aceste instituții (dreapta), ceea ce, ulterior, le-a împiedicat să întreprindă următoarele acțiuni: obținerea serviciilor de supraveghere post-tratament? Malul stâng, N=109

		Spitale/Clinici	Comunitate /Vecinătate	Acasă /Familie	Locul de muncă	Alte instituții	NR
Sexul	Bărbat	11,9	7,1	0,0	0,0	2,4	59,5
	Femeie	2,4	2,4	2,4	0,0	0,0	16,7
Categorie vârstă	18-35 ani	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3
	36-45 ani	7,1	4,8	0,0	0,0	2,4	42,9
	46-59 ani	4,8	4,8	2,4	0,0	0,0	19,0
	60+ ani	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Statut civil	Căsătorit/ă	2,4	2,4	0,0	0,0	0,0	52,4
	Necăsătorit/ă	11,9	7,1	2,4	0,0	2,4	23,8
Capul gospodăriei	Da	9,5	7,1	0,0	0,0	0,0	61,9
	Nu	4,8	2,4	2,4	0,0	2,4	14,3
Copii în gospodărie	Da	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0	38,1
	Nu	7,1	9,5	2,4	0,0	2,4	38,1
Venituri	Sub 2000 lei	0,0	2,4	2,4	0,0	0,0	7,1
	2001 - 3000 lei	7,1	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0
	3001 - 5000 lei	0,0	2,4	0,0	0,0	2,4	64,3
	Mai mult de 5000 lei	4,8	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8
	Nu răspund	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tipul localității	Urban	9,5	7,1	2,4	0,0	2,4	61,9
	Rural	4,8	2,4	0,0	0,0	0,0	14,3
	Total	14,3	9,5	2,4	0,0	2,4	76,2

11.1. Care dintre următoarele afirmații este corectă despre dvs.? Malul drept, N=260

		Tratamentul TB finalizat cu peste un an în urma	Tratamentul TB finalizat anul curent	În prezent aflat în tratament TB	Nu am primit niciodată tratament TB	Nu răspund
Sexul	Bărbat	2,6%	13,4%	83,0%	1,0%	0,0%
	Femeie	7,6%	12,1%	77,3%	3,0%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	4,4%	10,3%	85,3%	0,0%	0,0%
	36-45 ani	2,5%	12,7%	84,8%	0,0%	0,0%
	46-59 ani	1,2%	16,0%	80,2%	2,5%	0,0%
	60+ ani	12,5%	12,5%	68,8%	6,3%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	5,3%	16,7%	77,2%	0,9%	0,0%
	Necăsătorit/ă	2,7%	10,3%	84,9%	2,1%	0,0%
Capul gospodăriei	Da	2,5%	13,2%	82,4%	1,9%	0,0%
	Nu	5,9%	12,9%	80,2%	1,0%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	5,3%	14,7%	78,7%	1,3%	0,0%
	Nu	3,2%	12,4%	82,7%	1,6%	0,0%
Venituri	Sub 2000 lei	6,6%	9,2%	82,9%	1,3%	0,0%
	2001 - 3000 lei	5,6%	14,1%	77,5%	2,8%	0,0%
	3001 - 5000 lei	0,0%	17,9%	82,1%	0,0%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	3,3%	20,0%	73,3%	3,3%	0,0%
	Nu răspund	0,0%	3,7%	96,3%	0,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	4,4%	13,2%	79,8%	2,6%	0,0%
	Rural	3,4%	13,0%	82,9%	0,7%	0,0%
	Total	3,8%	13,1%	81,5%	1,5%	0,0%

11.2. Care dintre următoarele afirmații este corectă despre dvs.? Malul stâng, N=109

		Tratamentul TB finalizat cu peste un an în urma	Tratamentul TB finalizat anul curent	În prezent aflat în tratament TB	Nu am primit niciodată tratament TB	Nu răspund
Sexul	Bărbat	1,2%	11,1%	87,7%	0,0%	0,0%

	Femeie	0,0%	25,0%	75,0%	0,0%	0,0%
Categorie vârstă	18-35 ani	0,0%	13,0%	87,0%	0,0%	0,0%
	36-45 ani	0,0%	22,7%	77,3%	0,0%	0,0%
	46-59 ani	0,0%	5,1%	94,9%	0,0%	0,0%
	60+ ani	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	1,5%	9,0%	89,6%	0,0%	0,0%
	Necăsătorit/ă	0,0%	23,8%	76,2%	0,0%	0,0%
Capul gospodăriei	Da	0,0%	13,6%	86,4%	0,0%	0,0%
	Nu	3,6%	17,9%	78,6%	0,0%	0,0%
Copii în gospodărie	Da	0,0%	8,5%	91,5%	0,0%	0,0%
	Nu	1,6%	19,4%	79,0%	0,0%	0,0%
Venituri	Sub 2000 lei	0,0%	25,0%	75,0%	0,0%	0,0%
	2001 - 3000 lei	6,7%	6,7%	86,7%	0,0%	0,0%
	3001 - 5000 lei	0,0%	14,3%	85,7%	0,0%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	0,0%	15,4%	84,6%	0,0%	0,0%
	Nu răspund	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%
Tipul localității	Urban	1,1%	15,7%	83,1%	0,0%	0,0%
	Rural	0,0%	10,0%	90,0%	0,0%	0,0%
	Total	0,9%	14,7%	84,4%	0,0%	0,0%

12.1. Cu ce tip de TB ați fost diagnosticat(ă) ultima dată? Malul drept, N=260

		TB sensibilă	TB rezistentă la medicamente	TB extra pulmonară	Nu știu	Nu răspund
Sexul	Bărbat	42,3%	29,4%	2,6%	25,3%	0,5%
	Femeie	42,4%	21,2%	7,6%	27,3%	1,5%
Categorie vârstă	18-35 ani	54,4%	22,1%	5,9%	17,6%	0,0%
	36-45 ani	35,4%	34,2%	3,8%	26,6%	0,0%
	46-59 ani	38,3%	28,4%	1,2%	29,6%	2,5%
	60+ ani	43,8%	18,8%	6,3%	31,3%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	52,6%	20,2%	4,4%	22,8%	0,0%
	Necăsătorit/ă	34,2%	32,9%	3,4%	28,1%	1,4%
Capul gospodăriei	Da	39,0%	28,3%	3,1%	28,9%	0,6%
	Nu	47,5%	25,7%	5,0%	20,8%	1,0%
Copii în gospodărie	Da	50,7%	17,3%	8,0%	24,0%	0,0%
	Nu	38,9%	31,4%	2,2%	26,5%	1,1%
Venituri	Sub 2000 lei	46,1%	34,2%	3,9%	14,5%	1,3%
	2001 - 3000 lei	40,8%	25,4%	1,4%	31,0%	1,4%
	3001 - 5000 lei	35,7%	32,1%	7,1%	25,0%	0,0%
	Mai mult de 5000 lei	60,0%	13,3%	6,7%	20,0%	0,0%
	Nu răspund	29,6%	18,5%	0,0%	51,9%	0,0%
Tipul localității	Urban	44,7%	29,8%	6,1%	17,5%	1,8%
	Rural	40,4%	25,3%	2,1%	32,2%	0,0%
	Total	42,3%	27,3%	3,8%	25,8%	0,8%

12.2. Cu ce tip de TB ați fost diagnosticat(ă) ultima dată? Malul stâng, N=109

		TB sensibilă	TB rezistentă la medicamente	TB extra pulmonară	Nu știu	Nu răspund
Sexul	Bărbat	87,7%	4,9%	0,0%	2,5%	4,9%
	Femeie	75,0%	0,0%	0,0%	10,7%	14,3%
Categorie vârstă	18-35 ani	82,6%	8,7%	0,0%	4,3%	4,3%
	36-45 ani	88,6%	4,5%	0,0%	2,3%	4,5%
	46-59 ani	79,5%	0,0%	0,0%	7,7%	12,8%
	60+ ani	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Statut civil	Căsătorit/ă	89,6%	0,0%	0,0%	4,5%	6,0%
	Necăsătorit/ă	76,2%	9,5%	0,0%	4,8%	9,5%
Capul gospodăriei	Da	87,7%	3,7%	0,0%	2,5%	6,2%
	Nu	75,0%	3,6%	0,0%	10,7%	10,7%

Copii în gospodărie	Da	91,5%	0,0%	0,0%	2,1%	6,4%
	Nu	79,0%	6,5%	0,0%	6,5%	8,1%
Venituri	Sub 2000 lei	56,3%	6,3%	0,0%	18,8%	18,8%
	2001 - 3000 lei	66,7%	13,3%	0,0%	6,7%	13,3%
	3001 - 5000 lei	95,2%	1,6%	0,0%	1,6%	1,6%
	Mai mult de 5000 lei	92,3%	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%
	Nu răspund	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%
Tipul localității	Urban	80,9%	4,5%	0,0%	5,6%	9,0%
	Rural	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Total	84,4%	3,7%	0,0%	4,6%	7,3%