

**RAPORT DE STUDIU**

**FACTORII DE RISC ASOCIAȚI CU SITUAȚIILE DE ABANDON ȘI EȘEC AL  
TRATAMENTULUI STRICT SUPRAVEGHEAT AL TUBERCULOZEI ÎN  
REPUBLICA MOLDOVA**

CHIȘINĂU 2009

## CONTRIBUȚII

Stela Bivol, *Centrul PAS*. Elaborarea metodei studiului, analiza datelor și scrierea raportului, studiul de caz-martor.

Natalia Vlădicescu, *CBS AXA*. Coordonatorul colectării datelor, analiza datelor și scrierea raportului, studiu calitativ.

Otilia Scutelnicu, *Monitorizarea și Evaluarea Programelor Naționale de Sănătate, Centrul Național de Management de Sănătate*. Viorel Soltan, *Centrul PAS*. Coordonatorii studiului.

Carolina Coșcodan, *Monitorizarea și Evaluarea Programelor Naționale de Sănătate, Centrul Național de Management de Sănătate*. Asistent al studiului.

Ana Ciobanu, *Monitorizarea și Evaluarea Programelor Naționale de Sănătate, Centrul Național de Management de Sănătate*. Andrei Rotaru, *CBS AXA*. Coordonator de colectare a datelor, studiu cantitativ.

Valeriu Pleșca, Igor Condrat, *Monitorizarea și Evaluarea Programelor Naționale de Sănătate, Centrul Național de Management de Sănătate*. Asistență statistică.

Eugenia Berzan, *Ministerul Sănătății*. Propuneri de studiu.

## AGENȚIILE DE IMPLEMENTARE

Centrul Național de Management în Sănătate

Compania Sociologică CBS AXA

Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (PAS)

Studiul a fost implementat cu sprijinul proiectului de Fortificare a Controlului Tuberculozei în Moldova, realizat de *Alianța Americană pentru Sănătate (AIHA)*, și finanțat de *Guvernul Statelor Unite, Agenția Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională (USAID)* și *Organizația Mondială a Sănătății, Biroul pentru Regiunea Europeană*.

## CUPRINS

Lista graficelor și a tabelor .....	4
1 Informații generale.....	5
2 Studiu de caz-martor .....	8
2.1 Scopul studiului .....	8
2.2 Metodele studiului .....	8
2.2.1 Evaluare prealabilă și cartografiere.....	8
2.2.2 Definiții pentru caz, martor și criterii de selectare .....	8
2.2.3 Mărimea eșantionului.....	9
2.2.4 Recrutarea respondenților .....	9
2.2.5 Colectarea datelor .....	9
2.2.6 Considerații etice.....	10
2.2.7 Lucrul în teren.....	10
2.2.8 Validarea și înregistrarea datelor.....	10
2.2.9 Analiza datelor .....	10
2.3 Rezultatele studiului.....	11
2.3.1 Caracteristicile sociodemografice ale eșantionului.....	11
2.3.2 Distribuirea factorilor majori de risc în cele două grupuri de comparație.....	12
2.3.3 Analiza probabilităților și a factorilor de risc.....	16
2.4 Interpretarea rezultatelor și discuții.....	20
2.5 Limitări ale studiului.....	21
2.6 Concluzii și recomandări .....	22
3 Studiu calitativ.....	23
3.1 Obiectivele studiului calitativ .....	23
3.2 Metodele studiului calitativ .....	23
3.3 Rezultate sumare .....	24
3.3.1 Atitudinile lucrătorilor medicali față de tratamentul strict supravegheat al tuberculozei.....	24
3.3.2 Interacțiunile lucrătorilor medicali cu pacienții de TB în tratament DOT.....	24
3.3.3 Factorii de risc conform opiniei lucrătorilor medicali .....	24
3.3.4 Propuneri de ameliorare a situației TB .....	25
3.4 Rezultate detaliate .....	26
3.4.1 Percepția situației generale a tuberculozei .....	26
3.4.2 Percepții despre <i>Programul Național de Combatere a Tuberculozei</i> .....	26
3.4.3 Cunoștințe și atitudini.....	27
3.4.4 Atitudinea lucrătorilor medicali față de tratamentul DOT .....	27
3.4.5 Interacțiunea cu Pacienții TB .....	29
3.4.6 Factorii de risc ce pot influența eșecul și abandonul tratamentului .....	30
3.4.7 Preparatele antituberculoase .....	32
3.4.8 Spitale de profil .....	33
3.4.9 Implicarea altor instituții în tratamentul TB .....	33
3.4.10 Bolnavii de TB și HIV/SIDA .....	34
3.4.11 Atitudinea populației față de tuberculoză .....	34
3.4.12 Campaniile mass-media.....	34
3.4.13 Perspective de viitor.....	35
4 Anexă. Factori asociați cu rezultatele tratamentului.....	36
5 Lista referințelor .....	37

## Lista graficelor

<i>Graficul 1. Rata de detecție a cazurilor de TB (toate cazurile noi), Republica Moldova, 2000-2007, în procente</i>	6
<i>Graficul 2. Rata de succes a tratamentului pentru cazurile noi de TB cu spută pozitivă, Republica Moldova, 2000-2006, în procente</i>	6
<i>Graficul 3. Rata de eșec a tratamentului pentru cazurile noi de TB cu spută pozitivă, Republica Moldova, 2001-2007</i>	7
<i>Graficul 4. Rata de abandon a tratamentului pentru cazurile noi de TB cu spută pozitivă, Republica Moldova, 2001-2007</i>	7

## Lista tabelelor

<i>Tabelul 1. Selectarea cazurilor de TB și a pacienților din grupul martor.....</i>	10
<i>Tabelul 2. Compararea caracteristicilor socio-demografice între cazuri și subiecții din grupul martor.....</i>	11
<i>Tabelul 3. Distribuirea factorilor asociați cu debutul TB și cu abandon și eșecul tratamentului.....</i>	12
<i>Tabelul 4. Distribuirea factorilor ce determină tratamentul, aderența și corelația acestora cu abandonul și eșuarea tratamentului TB.....</i>	14
<i>Tabelul 5. Distribuirea factorilor referitori la interacțiunea medic-pacient, cunoștințele și înțelegerea bolii și a tratamentului TB.....</i>	15
<i>Tabelul 6. Distribuirea factorilor personali și economici.....</i>	16
<i>Tabelul 7. Rapoartele ajustate și neajustate ale probabilităților pentru expunerea la risc sporit de abandon sau eșec al tratamentului TB.....</i>	17
<i>Tabelul 8. Rapoarte ajustate și neajustate pentru expunerea la risc redus de abandon sau eșec al tratamentului TB..</i>	18
<i>Tabelul 9. Rapoartele ajustate și neajustate ale probabilităților pentru expunerea fără asociere cu riscul de abandon sau eșec al tratamentului TB.....</i>	19
<i>Tabelul 10. Participanții incluși în focus-grupurile studiului calitativ.....</i>	23

## 1 Informații generale

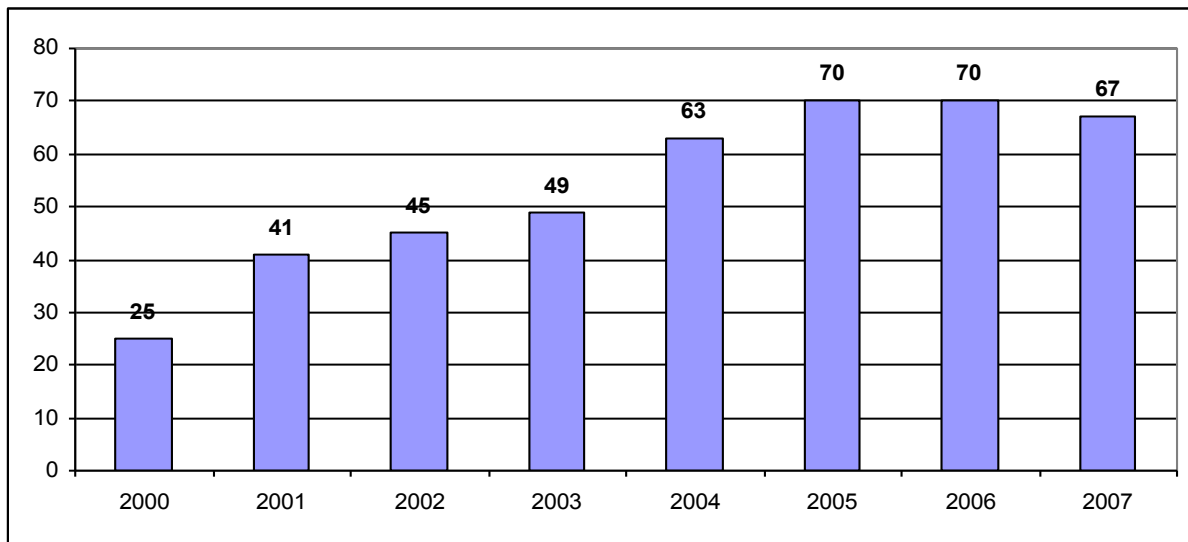
Tuberculoza (TB) este cea de-a doua cauză de deces la adulți provocată de un singur agent infecțios. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a estimat că în 2004, la nivelul întregii lumi, existau în jur de 9 milioane de cazuri noi de TB și aproximativ 2 milioane de decesuri provocate de TB [1]. Și în regiunea Europei de Est, TB rămâne o importantă problemă de sănătate publică. Factori ca incidența înaltă a TB în multe țări din regiune, nivelul înalt de TB multirezistentă, apariția tuberculozei extensive drog-rezistente, răspândirea TB la persoanele cu HIV, al căror număr este în creștere, și la populația numeroasă din penitenciare, a transformat TB într-o urgență regională și una din cele mai grave probleme din regiune [2].

Răspândirea tuberculozei în Republica Moldova a ajuns la stadiul de epidemie în anii 1990, fiind favorizată de criza socio-economică, finanțarea insuficientă a sistemului sănătății, lipsa medicamentelor anti-TB în anii 1997-2000, precum și situația defavorabilă din penitenciare. Incidența globală a TB în Moldova a fost în ascensiune în perioada anilor 2000-2005, dar începând cu 2006 situația a început să se amelioreze. În 2006, în Republica Moldova au fost înregistrate 5471 de cazuri de TB (132,5 cazuri la 100,000 de persoane), în 2007: 5325 cazuri TB (129,4 cazuri la 100,000 persoane), iar în 2008: 4936 de cazuri noi (120,0 la 100,000 persoane) [3]. Rata mortalității persoanelor cu TB a înregistrat, de asemenea, o ușoară creștere în ultimii ani, crescând de la 15,5 în 2002 la 18,9 în 2007 [3].

Republica Moldova a adoptat în 2001 strategia OMS în controlul tuberculozei (DOTS), angajându-se să atingă nivelul global de detecție a 70% din cazurile de TB, cu un procent de 85% de tratament cu succes al cazurilor. Strategia DOTS a fost aplicată rapid, acoperind întreaga țară în ianuarie 2004 [4]. Moldova a întreprins acțiuni importante de control al TB în ultimii ani, instituind standarde internaționale pentru întărirea măsurilor de diagnostic, tratament, supraveghere și comunicare publică. Controlul TB a fost integrat în sistemul de asistență medicală primară din Moldova conform Ordinului 180 din 2001 [5]. În perioada 2004-2005, medicii de familie au fost instruiți în diagnosticare și faza de continuare a tratamentului. Au fost, de asemenea, organizate campanii de informare pentru medici, mass media și publicul general. În perioada 2004-2005, rețeaua de laboratoare TB a fost substanțial modernizată. Laboratorul Național de Referință (LNR) și trei Laboratoare Regionale de Referință (LRR) au fost renovate și re-echipate cu tehnologii de ultimă oră, în conformitate cu standardele internaționale. S-a realizat instruirea personalului de laborator și revizuirea ghidurilor pentru microscopie, cultură și controlul calității rezultatelor de laborator [5].

Drept urmare, rata de detecție a cazurilor de TB cu spută pozitivă a crescut semnificativ începând din 2000, ajungând la 67% în 2007, în comparație cu 25% în 2000 (Figura 1) [6]. Deși această rată se află sub ținta de 70% stabilită de OMS, creșterea înregistrată indică succesul intervențiilor pentru dezvoltarea infrastructurii și a capacităților de diagnostic, pentru sensibilizarea publicului și remodelarea sistemelor de înregistrare și raportare.

Graficul 1. Rata de detecție a cazurilor de TB (toate cazurile noi), Republica Moldova, 2000-2007, în procente

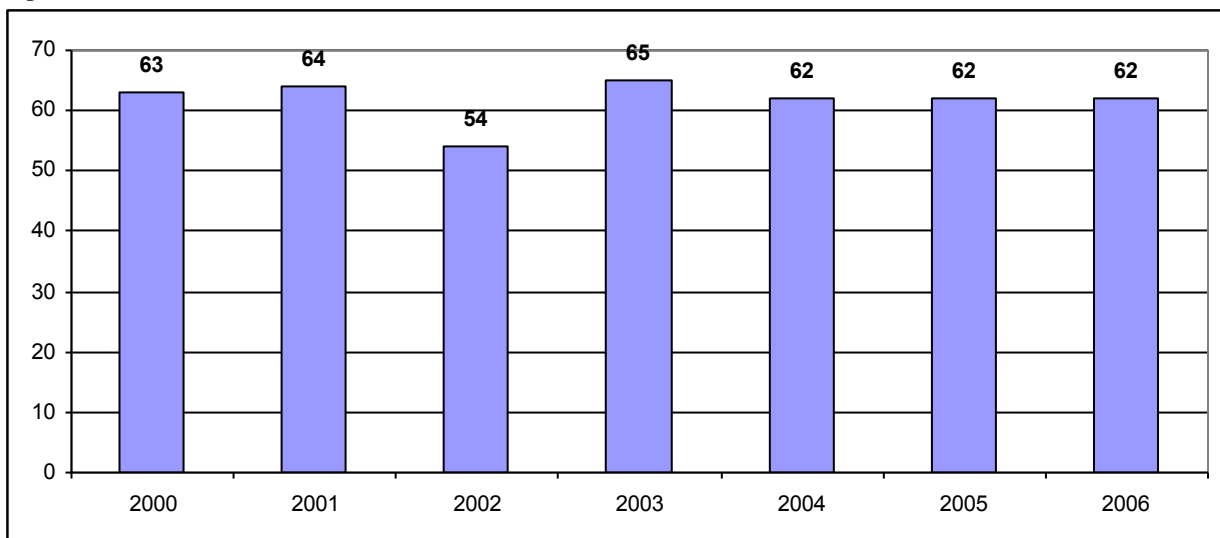


În conformitate cu ordinul nr. 180 din 2001, tratamentul empiric pentru noile cazuri de TB pulmonar și extrapulmonar (Categorie I) constă într-o combinație de patru medicamente: *Isoniazidă* (H), *Rifampicină* (R), *Pirazinamidă* (Z) și *Etambutol* (E), administrate zilnic în faza intensivă, iar în cazuri excepționale, de trei ori pe săptămână, în mod intermitent [4]. În cazul reacțiilor adverse la *Etambutol* (E), acesta e substituit cu *Streptomicină* (S). De regulă, tratamentul în faza intensivă are loc în spital. Se fac excepții pentru pacienții care preferă tratamentul ambulatoriu. În acest caz, lucrătorul medical asigură administrarea tratamentului strict supravegheat (DOT) la o unitate medicală din apropierea locuinței pacientului, în coordonare cu centrul medical raional (sau de sector) corespunzător. Faza intensivă a tratamentului este prelungită pentru a treia lună dacă nu a fost înregistrată conversia sputei la sfârșitul celei de a doua luni.

Faza de continuare a tratamentului constă în administrarea RH în regim ambulatoriu de trei ori pe săptămână, pe o perioadă de șase luni. În cazurile de retratament (Categorie II) se adăugă *Streptomicina* (S) în faza intensivă, iar tratamentul este prelungit până la 8 luni și întărit cu *Etambutol* pe tot parcursul tratamentului [4].

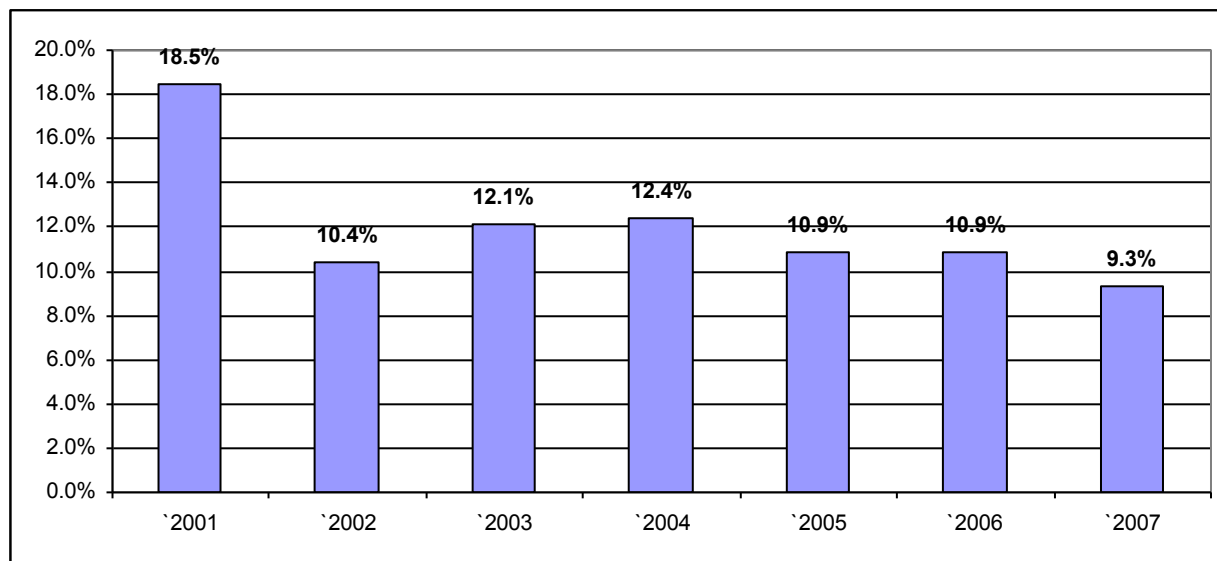
Este important de menționat faptul că, în pofida tuturor măsurilor întreprinse pentru a optimiza acceptarea și accesul la tratament, rata de succes a tratamentului strict supravegheat (DOT) pentru noile cazuri TB cu spută pozitivă nu a crescut în ultimii ani. Rata de succes a DOT pentru noi cazuri de TB cu spută pozitivă a rămas în perioada 2004-2006 la nivelul de 62% (vezi Figura 2) [6], în timp ce scopul programului DOTS este să vindece cel puțin 85% din pacienții cu spută pozitivă [4].

Graficul 2. Rata de succes a tratamentului pentru cazurile noi de TB cu spută pozitivă, Republica Moldova, 2000-2006, în procente



Cazurile de abandon și eșec al tratamentului sunt principala cauză a ratei reduse de succes a tratamentului în Moldova. Astfel, din numărul total de cazuri noi de TB cu spută pozitivă care au început tratamentul TB în 2005 și 2006, 10,9% au fost pacienți în cazul cărora tratamentul a eșuat (Figura 3) [7].

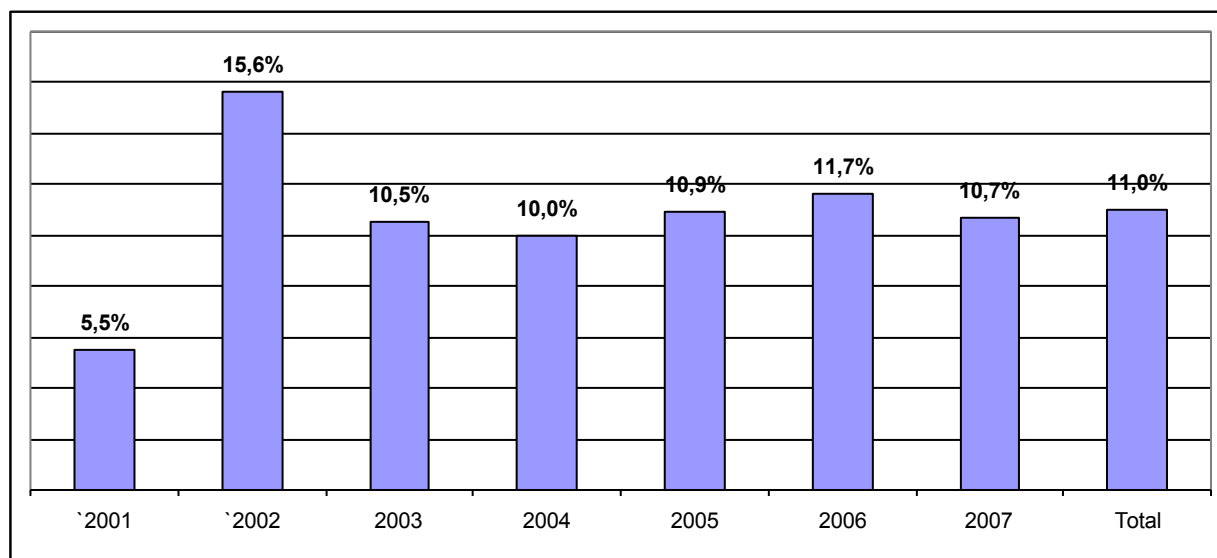
**Graficul 3. Rata de eșec a tratamentului pentru cazurile noi de TB cu spută pozitivă, Republica Moldova, 2001-2007**



\* Datele pentru 2007 sunt preliminare.

De asemenea, din numărul total de cazuri noi de TB cu spută pozitivă care au început tratamentul strict supravegheat în perioada 2001-2007, 11% au abandonat tratamentul (Figura 4) [7].

**Graficul 4. Rata de abandon a tratamentului pentru cazurile noi de TB cu spută pozitivă, Republica Moldova, 2001-2007**



În concluzie, în timp ce rata de detecție a cazurilor noi de TB a crescut constant în Republica Moldova, rezultatele tratamentului sunt caracterizate printr-o rată relativ stabilă dar modestă de succes a tratamentului și o rată înaltă de cazuri de abandon și eșec al tratamentului. Este necesar să fie determinați factorii de risc asociați cu eșecul și abandonul tratamentului, pentru a propune măsurile eficiente de sporire a ratei de succes a tratamentului. Prezentul studiu a fost elaborat pentru a examina în mod cantitativ și calitativ factorii asociați cu cazurile de abandon și eșec al tratamentului. Partea cantitativă a studiului examinează factorii asociați cu abandonul și eșecul tratamentului la pacienții cu TB, în timp ce studiul calitativ investighează opiniile prestatorilor de servicii de sănătate (specialiștii în medicină de familie și ftiziatri) referitor la factorii care determină rezultatele slabe ale tratamentului.

## 2 Studiu de caz-martor

### 2.1 Scopul studiului

Identificarea și măsurarea factorilor asociați cu abandonul și eșecul tratamentului strict supravegheat, pentru a propune măsuri adecvate de sporire a ratei de succes a tratamentului.

### 2.2 Metodele studiului

#### 2.2.1 Evaluare prealabilă și cartografiere

A fost întreprinsă o cercetare documentară preliminară a informațiilor de rutină, colectate în baza de date de Unitatea M&E a *Programului Național al Centrului Științifico-Practic de Sănătate Publică și Management Sanitar*. Cercetarea documentară a pus la dispoziție informații referitoare la numărul total de cazuri TB înregistrate și raportate în perioada dintre 1 ianuarie 2006 și 31 martie 2007, incluzând toate rezultatele posibile ale tratamentului (vindecare, tratament încheiat, eșec al tratamentului, deces, abandon al tratamentului, transfer). Din baza de date au fost selectate 169 de cazuri potențiale care au corespuns atât criteriilor de includere, cât și celor de excludere.

#### 2.2.2 Definiții pentru caz, martor și criterii de selectare

*Populația sursă.* Populația sursă a fost formată din toți pacienții noi înregistrați cu TB pulmonară activă cu spută pozitivă în perioada 1 ianuarie 2006 - 31 martie 2007 și care au început tratamentul pentru TB, cu rezultate cunoscute sau nu.

*Definiția cazului.* Cazuri de TB pulmonară activă cu spută pozitivă care au intrat în tratament în perioada 1 ianuarie 2006 - 31 martie 2007 și al căror tratament s-a soldat cu eșec sau abandon. Prin *eșec al tratamentului* numim cazul unui pacient nou cu TB care rămâne pozitiv la examenul de spută după 5 sau mai multe luni de tratament [8]. Prin *abandon al tratamentului* numim cazul unui pacient nou cu TB care a întrerupt tratamentul pentru 2 luni sau mai mult [8].

*Criterii de includere a cazului:*

- Vârsta mai mare de 18 ani
- Cazuri noi active de TB pulmonară cu spută pozitivă înregistrate în Moldova, în partea dreaptă a Nistrului, în sectorul civil, fără perioade de detenție cuprinse în istoricul bolii.
- A început tratamentul în perioada 1 ianuarie 2006 - 31 martie 2007 în regiunea de pe malul drept al Nistrului, în sectorul civil, fără perioade de detenție cuprinse în istoricul bolii.
- A înregistrat eșec sau abandon al tratamentului în perioada 1 ianuarie 2006 - 31 martie 2007.
- Este prezent fizic în Republica Moldova în momentul când este efectuată selectarea.

*Criterii de excludere a cazului:*

- Cazuri noi active de TB pulmonară cu spută pozitivă cu alte rezultate ale tratamentului (vindecat, tratament încheiat, deces, transfer).
- Alte forme de TB pulmonară și extrapulmonară (cu spută negativă)
- Tipuri diferite de pacienți: pacienți cu recidive, pacienți cronici, pacienți cu tratament inițiat în străinătate.
- Cazuri înregistrate în regiunea din stînga Nistrului.
- Cazuri înregistrate în penitenciare.
- Perioade de detenție cuprinse în istoricul bolii TB.
- Tratament inițiat în afara perioadei cuprinse, 1 ianuarie 2006 - 31 martie 2007.
- Lipsa de abilitate fizică și psihică pentru a oferi răspunsuri în cadrul unui interviu structurat, față în față.
- Nu a fost exprimat consimțământul de a participa la studiu.



*Definiția martorului.* Orice caz activ de TB cu spută pozitivă care a fost identificat și înregistrat în perioada 1 ianuarie 2006 - 31 martie 2007, care a început tratamentul și încă se află sub tratament la data de selectare a martorului (rezultatele fiind încă necunoscute). Pacienți din grupul martor trebuie să corespundă tuturor criteriilor de includere și excludere.

*Criterii de includere a martorului:*

- Vârsta mai mare de 18 ani.
- Caz nou activ de TB pulmonară cu spută pozitivă înregistrat în perioada 1 ianuarie 2006 - 31 martie 2007.
- A început tratamentul în perioada 1 ianuarie 2006 - 31 martie 2007, în regiunea de pe malul drept al Nistrului, în sectorul civil, fără perioade de detenție cuprinse în istoricul bolii.
- A urmat tratamentul TB timp de mai mult de trei luni (faza de continuare) în regiunea din dreapta Nistrului, în sectorul civil, fără perioade de detenție cuprinse în istoricul bolii TB.
- Nu au fost înregistrate rezultate ale tratamentului la data selectării martorului
- Este prezent fizic în Republica Moldova în momentul când este efectuată selectarea martorului.

*Criterii de excludere a martorului:*

- Caz nou activ de TB pulmonară cu spută pozitivă cu rezultat cunoscut al tratamentului.
- Alte forme de TB pulmonară și extrapulmonară (cu spută negativă).
- Tipuri diferite de pacienți: pacienți cu recidive, pacienți cronici, pacienți cu tratament inițiat în străinătate.
- Tratament inițiat în afara perioadei 1 ianuarie 2006 - 31 martie 2007.
- Cazuri înregistrate în regiunea de pe malul stîng al Nistrului.
- Cazuri înregistrate în penitenciare.
- Perioade de detenție cuprinse în istoricul bolii TB.
- Lipsa de abilitate fizică și psihică pentru a oferi răspunsuri în cadrul unui interviu structurat, față în față.
- Nu a fost exprimat consimțământul de a participa la studiu.

### **2.2.3 Mărimea eșantionului**

Mărimea eșantionului constă din 99 de cazuri și 198 de martori care au fost combinați conform criteriilor de sex și vîrstă (corespundere în intervale de 5 ani).

### **2.2.4 Recrutarea respondenților**

Cazurile au fost selectate oferind posibilitatea de a participa la studiu fiecărui pacient care a înregistrat abandon sau eșec al tratamentului în perioada 1 ianuarie 2006-31 martie 2007.

Doi pacienți din grupul de martori au fost selectați pentru fiecare caz individual conform criteriilor de vîrstă ( $\pm 5$  ani) și sex. Pacienții din grupul de martori au fost selectați din rîndul pacienților fără un rezultat al tratamentului înregistrat la data interviului. Din 154 de cazuri potențiale care corespundeau criteriului de selectare în lista actualizată de pacienți TB, au fost interviuate 118 cazuri și 219 martori (vezi *Tabelul 1*).

### **2.2.5 Colectarea datelor**

Au fost studiați o serie de factori care ar putea contribui la rezultatele tratamentului TB. Întrebările cu privire la aceștia au fost introduse în urma unei evaluări a literaturii științifice din *Medline* referitoare la aderența tratamentului TB (vezi *Anexa 1*) [10].

Pentru colectarea datelor a fost utilizat un chestionar cu întrebări închise. Chestionarul a cuprins întrebări care au evaluat factorii personali de comportament, comunicarea pacient-medic, severitatea bolii și simptomele raportate la începutul studiului, evoluția bolii, factorii socio-economici, aderența și complianța pacientului, precum și cunoștințele despre TB și tratamentul acesteia. Chestionarul a fost elaborat de un grup de experți locali, a fost tradus în rusă și pretestat pe 6 subiecți.

## 2.2.6 Considerații etice

Protocolul de studiu a fost revizuit și aprobat pentru consistența principiilor etice de efectuare a studiilor pe subiecți umani de către Grupul Tehnic de Lucru (GTL), Monitorizarea și Evaluarea Consiliului Național de Coordonare pentru Programele Naționale de Prevenire și Control TB și HIV/SIDA/ITS și de către Comitetul Național de Etică. Protocolul studiului a fost aprobat de Comitetul Național de Etică la data de 22 iunie 2007.

Tabelul 1. Selectarea cazurilor de TB și a pacienților din grupul martor

	Număr de cazuri	Număr de martori
Numărul de cazuri potențiale TB și pacienți din grupul martor	154	304
Excluși înainte de interviu	27	43
Motivele de excludere		
erori de clasificare (alte forme de TB, în majoritatea cazurilor MDR TB)	22	40
se aflau în afara țării	5	3
nu au fost intervievați	9	33
Refuz	4	7
imposibilitatea localizării	3	26
Deces	2	0
Intervievați	118	228
Nu au fost incluși în studiu	17	30
Motivele excluderii		
Triplete incomplete, pacienți din grupul de martori sau cazuri necorespunzătoare	15	26
Calitatea necorespunzătoare a interviului	2	4
Numărul final de cazuri și martori intervievați	99	198

## 2.2.7 Lucrul în teren

Chestionarul a fost elaborat de echipa de cercetare, care a instruit, de asemenea, interviatorii. Aceștia din urmă sînt lucrători ai unei agenții subcontractate, care au participat la un curs de instruire de o zi. În cadrul cursului au fost discutate conținutul chestionarului, metode specifice de interviu pentru cazurile TB, și instrucțiunile de securitate pentru personal. Datele au fost colectate în vara anului 2007. Trei persoane au fost responsabile pentru supravegherea colectării datelor. Datele au fost colectate în baza interviurilor față în față. Înainte de a demara interviul a fost dat citirii consimțămîntul informat și s-a obținut acordul. După completarea chestionarului, participantul a primit remunerare (80 MDL).

## 2.2.8 Validarea și înregistrarea datelor

Fiecare chestionar a fost validat, împreună cu interviatorul, de către coordonatorul lucrului în teren. Înregistrarea datelor a fost efectuată cu ajutorul programului SPSS de către o echipă de la *Centrul Național de Management în Sănătate*. Calitatea a fost asigurată prin introducerea dublă a datelor.

## 2.2.9 Analiza datelor

Toate analizele datelor au fost efectuate cu ajutorul programului SPSS. Analiza datelor a început prin revizuirea caracteristicilor cazului în conformitate cu factorii de aderență și apoi s-a orientat asupra

asociațiilor bidimensionale, utilizând testele  $\chi^2$  pentru datele categorice și calculând raportul probabilităților pentru principalele rezultate ce prezintă interes. Analiza rapoartelor probabilităților (*odds ratios*) a fost efectuată prin urmărirea corespondențelor după sex.

## 2.3 Rezultatele studiului

### 2.3.1 Caracteristicile sociodemografice ale eșantionului

Grupurile caz și martor sînt similare în ceea ce privește sexul, vîrsta, statutul civil, reședința, naționalitatea, angajarea în cîmpul muncii și nivelul veniturilor, fără diferențe statistice semnificative între grupuri (*Tabelul 2*). În comparație cu caracteristicile generale ale populației (*Datele recensămîntului din Moldova, 2004*), atît în rîndul cazurilor cît și a pacienților grupului martor, se înregistrează o proporție mare de bărbați, respondenți care locuiesc în regiunea urbană și nu au studii superioare.

*Tabelul 2. Compararea caracteristicilor socio-demografice între cazuri și subiecții din grupul martor.*

Caracteristici generale	Cazuri	Martori	Valoarea P
<b>Sex</b>			1
Bărbați	79,8%	79,8%	
Femei	20,2%	20,2%	
<b>Vîrsta</b>			0,979
18-30 ani	22,2%	20,7%	
31-40 ani	23,2%	24,2%	
41-50 ani	35,4%	33,8%	
51-60 ani	14,1%	16,7%	
61 și mai mult	5,1%	4,5%	
<b>Studii</b>			0,214
Primare	27,3%	23,2%	
Secundare	69,7%	68,7%	
Superioare	3,0%	8,1%	
<b>Statutul civil</b>			0,51
Celibatar	25,3%	25,9%	
Căsătorit/concubinaj	52,5%	57,4%	
Divorțat/văduv	22,2%	16,8%	
<b>Reședința</b>			0,728
Municipii	13,1%	15,7%	
Orășele	69,7%	65,2%	
Localități rurale	17,2%	19,2%	
<b>Etnie</b>			0,931
Moldovenească/Română	83,8%	80,7%	
Rusă	5,1%	6,1%	
Ucraineană	7,1%	8,6%	
Altele	4,0%	4,6%	

<b>Caracteristici generale</b>	<b>Cazuri</b>	<b>Martori</b>	<b>Valoarea-P</b>
<b>Limba maternă</b>			0,81
Moldovenească/Română	81,8%	77,8%	
Rusă	15,2%	19,2%	
Ucraineană	2,0%	1,5%	
Altele	1,0%	1,5%	
<b>Angajarea în câmpul muncii</b>			0,219
Mediu clerical	1,4%	1,8%	
Profesional/managerial	2,7%	10,4%	
Muncă necalificată	14,9%	17,8%	
Agricultură	4,1%	4,9%	
Liber-profesioniști	0,0%	3,1%	
Șomeri	52,7%	43,6%	
Studenti/pensionari/concediu de maternitate	24,3%	18,4%	
<b>Venit</b>			0,213
Fără surse de venit	50,0%	40,3%	
Mai puțin de 10 MDL/zi	7,1%	8,7%	
10-100 MDL /zi	40,8%	44,4%	
Mai mult de 100 MDL/zi	2,0%	6,6%	
A lipsit de acasă mai mult de o lună în anul precedent	48,5%	52,0%	0,566

### 2.3.2 Distribuirea factorilor majori de risc în cele două grupuri de comparație

#### A. Factorii asociați cu debutul TB

În primul rând au fost determinați factorii asociați cu boala și tratamentul TB: prezența anumitor simptome clinice severe (hemoptizie) și severitatea bolii (debutul rapid și sever al bolii, forme distructive ale TB). Rezultatele au arătat că aproximativ o treime din pacienți (atât cazurile cât și pacienții din grupul martor) au avut hemoptizie la început de boală, fără a se înregistra o diferență semnificativă între cazuri și pacienții din grupul martor (*Tabelul 3*).

*Tabelul 3.* Distribuirea factorilor asociați cu debutul TB și cu abandon și eșecul tratamentului.

<b>Factorii asociați cu debutul TB</b>	<b>n</b>	<b>Cazuri</b>	<b>Martori</b>	<b>Valoarea P</b>
Hemoptizie raportată la debut de boală	297	29,3%	24,2%	0,56
Debut TB rapid și simptomatic	297	23,2%	16,7%	0,18
Simptomele au determinat adresarea la medic	297	86,9%	87,9%	0,80
Formă distructivă de TB	229	32,3%	38,4%	0,32

## **B. Factorii asociați cu tratamentul TB și aderența la tratament**

Factorii asociați cu tratamentul în faza intensivă (primele două luni de internare în spital, sau trei luni dacă pacientul nu este negativ la examenul de spută de la sfârșitul celei de a doua luni) și cu cel din faza de continuare (3-6 luni sau 4-7 luni dacă pacientul este negativ la examenul de spută de la sfârșitul celei de-a treia luni de spitalizare) includ: durata de spitalizare, cunoașterea regimului de administrare a medicamentelor, supravegherea de către o persoană a administrării medicamentelor, manifestarea efectelor adverse, aprovizionarea cu medicamente TB gratuite. Majoritatea respondenților (82.8% din cazuri și 88.9% din pacienții grupului martor) au fost internați în spital în timpul fazei intensive pentru 50-60 de zile, iar administrarea medicamentelor a fost aproape întodeauna supravegheată de personalul medical (96.0% din cazuri și 95.5% din pacienții grupului martor). Majorității respondenților li s-au oferit medicamente gratis, dar diferența dintre cazuri (92.9%) și pacienții din grupul martor (98.9%) e semnificativă din punct de vedere statistic ( $p=0,03$ ), constituind unicul factor din faza intensivă asociat cu riscul sporit de abandon sau eșec al tratamentului. Aproximativ jumătate (53.5% de cazuri și 54.0% de subiecți ai grupului martor) au avut reacții adverse în faza intensivă (*Tabelul 4*).

În ceea ce privește factorii fazei de continuare a tratamentului, au fost evaluate următoarele variabile: continuarea tratamentului TB după faza de spitalizare, vizitarea medicului în primele cinci zile după eliberarea din spital, supravegherea modului în care pacientul ia medicamentele. Majoritatea pacienților au continuat tratamentul după faza intensivă, însă diferența e semnificativă: numai 90.8% de cazuri în comparație cu 99.0% de pacienți din grupul martor. Nivelul valorii  $p<0.001$  arată aici corelația evidentă dintre întreruperea tratamentului și abandonul tratamentului. 94.3% de cazuri și 98.9% de pacienți din grupul martor au raportat vizite la medic după faza de spitalizare, dar numai 72.4% de cazuri și 81.2% de pacienți din grupul martor au vizitat un medic în primele cinci zile după externare. În faza de continuare, s-au înregistrat valori reduse de tratament strict supravegheat: 77.8% de cazuri și 78.5% de pacienți din grupul martor au declarat că au fost supravegheați la administrarea medicamentelor.

Aderența la tratament a fost evaluată atât în faza intensivă cât și în cea de continuare. Numai 11.2% de cazuri și 4.6% de pacienți din grupul martor au raportat omiterea dozelor de medicamente la sfârșit de săptămână, în perioada de spitalizare, iar 13.1% de cazuri și 7.1% de pacienți din grupul martor au raportat omiterea a cel puțin unei doze în perioada de internare. În același timp, numai 64.9% de cazuri și 71.6% de pacienți din grupul martor au raportat luarea medicației TB până la sfârșitul celor două luni de fază intensivă.

În faza de continuare, numărul celor care au raportat omiterea dozelor de medicamente a fost mai mare: 44.4% de cazuri și 19.9% de pacienți din grupul martor au raportat omiterea a cel puțin unei doze. La întrebarea de câte ori pe săptămână au mers la medic pentru administrarea medicamentelor TB în perioada de continuare, numai 21.3% de cazuri și 33.2% de pacienți din grupul martor au răspuns "de trei ori pe săptămână", adică numărul corect de vizite. În același timp, 30.3% de cazuri și 25.5% de pacienți din grupul martor au susținut că au făcut de mai mult de 3 ori pe săptămână vizite la medic pentru obținerea medicamentelor, ceea ce indică faptul că răspunsul nu este corect și onest. Alte 23.6% de cazuri și 19.9% de pacienți din grupul martor au raportat 1-2 vizite la medic pe săptămână, iar 19.1% de cazuri și 19.9% din martori mai puțin de o dată pe săptămână.

Tabelul 4. Distribuția factorilor ce determină tratamentul, aderența și corelația acestora cu abandonul și eșuarea tratamentului TB.

	n	Cazuri	Martori	Valoarea P
<b>Factorii ce determină tratamentul în faza intensivă</b>				
Au fost internați în spital timp de 50-60 de zile	297	82,8%	88,9%	0,15
Cunosc medicamentele luate pentru TB	296	43,9%	43,4%	0,93
Li s-a oferit medicamente gratuite	294	92,9%	98,0%	0,03
Au fost supravegheați când au luat medicamentele	297	96,0%	95,5%	0,84
Au luat medicamente timp de două luni complete	297	64,9%	71,6%	0,25
Au avut efecte adverse	297	53,5%	54,0%	0,93
<b>Factorii ce determină tratamentul în faza de continuare</b>				
Au continuat să ia medicamente TB după 2 luni	296	90,8%	99,0%	<0,001
Au vizitat medicul după externarea din spital	272	94,3%	98,9%	0,02
Au mers la medic în primele 5 zile după externare	297	55,6%	74,2%	0,001
Au fost supravegheați când au luat medicamentele	285	77,8%	78,5%	0,90
Sursa de medicamente	284			0,27
Personalul medical a vizitat pacientul la domiciliu		11,1%	10,8%	
Pacientul a mers la medic		41,1%	51,0%	
Medicul a distribuit medicamentele		44,4%	37,1%	
A fost o altă persoană responsabilă de distribuția medicamentelor	295	14,1%	15,7%	0,73
<b>Aderența la tratamentul TB</b>				
Au omis dozele cel puțin o dată la sfârșit de săptămână în perioada de spitalizare	295	11,2%	4,6%	0,03
Au omis dozele de medicamente cel puțin o dată în perioada de spitalizare	297	13,1%	7,1%	0,09
Au omis dozele de medicamente cel puțin o dată în faza de continuare	286	44,4%	19,9%	<0,001
Au vizitat de trei ori pe săptămână medicul pentru obținerea medicamentelor TB în faza de continuare	285	21,3%	33,2%	0,02

### C. Factorii asociați cu comunicarea pacient-medic și cunoștințele pacienților despre boală și tratament

Majoritatea respondenților au afirmat că au avut încredere în medici (82.7% de cazuri și 88.3% de pacienți din grupul martor) și că au urmat instrucțiunile acestora (99.0% de cazuri și 99.5% de pacienți din grupul martor). Numai un număr redus de pacienți au raportat faptul că au solicitat o a doua opinie referitoare la boala și tratamentul TB (7.1% de cazuri și 3.5% de pacienți din grupul martor). Majoritatea respondenților au susținut, de asemenea, că medicul i-a informat despre schimbările din regimul de tratament (77.6% de cazuri și 82.3% de pacienți din grupul martor).

Respondenții au demonstrat cunoștințe corecte despre faptul că TB este o boală infecțioasă (86.0% de cazuri și 92.6% de pacienți din grupul martor), că poate fi tratată (91.7% de cazuri și 94.7% de pacienți din grupul martor), arătând în același timp cunoștințe mai modeste despre tratament (62.8% de cazuri, față de 80.2% de martori știau durata corectă a tratamentului) și despre faptul că cea mai bună metodă de tratare a TB este un regim medicamentos corect (67.8% de cazuri, respectiv 80.0% din martori).

Cunoștințele cumulate despre tratament au fost evaluate prin răspunsul corect la patru întrebări:

- TB poate deveni rezistentă la medicamente dacă pacientul nu respectă regimul prescris.
- Tratamentul nu poate fi întrerupt dacă testele arată că pacientul nu mai este contagios.
- Se consideră că TB a fost tratată dacă după un an de la începutul tratamentului pacientul are trei teste consecutive de spută cu rezultat negativ.
- Dacă o doză de medicament TB a fost omisă, pacientul nu trebuie să ia o doză dublă ziua următoare.

Au fost determinate cunoștințe cumulate corecte numai la 21.2% de cazuri și 31.3% de pacienți din grupul de martori.

*Tabelul 5. Distribuirea factorilor referitori la interacțiunea medic-pacient, cunoștințele și înțelegerea bolii și a tratamentului TB*

	n	Cazuri	Martori	Valoarea P
<b>Interacțiunea medic-pacient</b>				
Încrederea în medic	294	82,7%	88,3%	0,19
Informarea pacientului referitor la deciziile de tratament	266	77,6%	82,3%	0,37
Au urmat instrucțiunile medicilor	296	99,0%	99,5%	0,62
Au cerut o a doua opinie	297	7,1%	3,5%	0,18
<b>Cunoștințe și opinii</b>				
Indicatorul integrat de cunoștințe corecte despre tratamentul TB	297	21,2%	31,3%	0,07
Opinia că TB este o boală gravă	286	65,6%	66,5%	0,63
Cunoașterea faptului că TB este o boală infecțioasă	283	86,0%	92,6%	0,08
Cunoașterea faptului că TB poate fi tratată	286	91,7%	94,7%	0,31
Cunoștințe despre durata tratamentului	250	62,8%	80,2%	0,003
Cunoștințe despre metodele de tratament TB	265	67,8%	80,0%	0,03
A primit materiale informative cu referire la TB	295	28,6%	28,9%	0,95
Dorința de a urma tratamentul	296	99,0%	99,0%	0,99

#### **D. Factori personali și economici**

Factorii personali includ fumatul în prezent sau în trecut, consumul moderat sau pronunțat de alcool (de 4 ori pe săptămână sau mai mult), auto-raportarea stării de sănătate și prezența altor boli. Majoritatea respondenților au fumat în trecut (81.8% de cazuri și 77.2% de pacienți din grupul martor) sau sunt fumători (59.6% de cazuri și 55.1% de pacienți din grupul martor). 21.9% de cazuri în comparație cu 10.8% de martori au raportat consum de alcool de 4 ori pe săptămână sau mai mult, cu o diferență semnificativă între grupuri (p=0.03). În ceea ce privește starea de sănătate a respondenților, 57.6% de cazuri și 50.3% de pacienți din grupul martor au raportat o stare de sănătate excelentă sau bună, iar 29.6% de cazuri și 21.2% de martori au afirmat că au alte boli asociate.

Deși factorii economici par să nu fi influențat rezultatele tratamentului, s-au înregistrat câteva variații între cazuri și pacienții din grupul martor. Numai 50% de cazuri și 59.7% de martori au declarat că au o sursă de venit, iar respondentul este cel care întreține familia numai în 46.4% de cazuri și 37.6% de pacienți din grupul martor. În același timp, 58.8% de cazuri și 53.4% de pacienți din grupul martor au raportat că au rămas fără sursă de venit din cauza tratamentului TB, iar 76.8% de cazuri și 82.9% de pacienți din grupul martor au trebuit să achiziționeze diferite articole în perioada de spitalizare. 39.4% de cazuri și 30.3% de pacienți din grupul martor au primit bani și subvenții în timpul tratamentului și numai 6.1% de cazuri și 3.0% de pacienți din grupul martor au primit pachete cu produse alimentare sau produse igienice în timpul tratamentului.

**Tabloul 6.** Distribuția factorilor personali și economici

	n	Cazuri	Martori	Valoarea P
<b>Factori personali</b>				
Fumatul	297	59,6%	55,1%	0,46
Practicarea fumatului în trecut	296	81,8%	77,2%	0,36
Consum de alcool moderat sau pronunțat	230	21,9%	10,8%	0,03
Utilizarea drogurilor injectabile în ultimele 12 luni	297	1,0%	2,0%	0,52
Starea de sănătate excelentă sau bună	296	57,6%	50,3%	0,23
Prezența altor boli	282	29,6%	21,2%	0,12
<b>Factori economici</b>				
Nivelul veniturilor (nici un venit/orice venit)	294	50,0%	59,7%	0,11
A primit produse alimentare și ajutor material	297	6,1%	3,0%	0,21
A primit subsidii bănești	297	39,4%	30,3%	0,12
Pacientul TB este principala persoană care întreține familia	294	46,4%	37,6%	0,15
Pierderea sursei de venit din cauza TB	291	58,8%	53,4%	0,20
A trebuit să procure articole în perioada internării	282	76,8%	82,9%	0,22

### 2.3.3 Analiza probabilităților și a factorilor de risc

La cel de al doilea stadiu al analizei a fost determinat raportul probabilităților (RP). Deoarece la elaborarea studiului a fost introdusă corespondența pe bază de sex, a fost determinat raportul probabilităților dezagregat de sex. S-a considerat că raportul probabilităților cu valoare mai mare de 1.5 evidențiază o asociație directă cu riscul sporit de abandon și eșec al tratamentului TB, că raportul probabilităților cu valoare mai mică de 0.8 evidențiază un risc redus de abandon și eșec al tratamentului TB, și că raportul probabilităților cu valori între 0.8 și 1.5, precum și cel care include valoarea 1.0 în intervalul de încredere, nu sînt asociate cu risc sporit sau redus.

#### A. Factori asociați cu riscul sporit de abandon sau eșec al tratamentului TB

- Consumul moderat sau avansat de alcool, la bărbați.
- Practicarea fumatului în trecut, la femei.
- Afecțiuni de ficat sau diabet.
- Hemoptizie raportată la început de boală, la femei.
- Prezența simptomelor pronunțate care l-au determinat pe pacient să se adreseze medicului din propria inițiativă, la femei.
- Omiterea dozelor de medicamente cel puțin o singură dată în perioada de internare.



- Omiterea dozelor de medicamente la sfârșit de săptămână în perioada de internare.
- Omiterea dozelor de medicamente cel puțin o singură dată în perioada de continuare.
- A solicitat o a doua opinie.

Tabelul 7. Rapoartele ajustate și neajustate ale probabilităților pentru expunerea la risc sporit de abandon sau eșec al tratamentului TB

Variabile	Cazuri	RP Neajustat			RP Ajustat		
		n	Valoarea RP	Interval de încredere		Bărbați	Femei
				Inferior	Superior		
Practicarea fumatului în trecut	296	1,33	0,07	2,45	1,28	3,00	
Consum de alcool moderat sau pronunțat	230	2,31	1,09	4,89	2,26	N/A	
Prezența afecțiunilor de ficat sau diabet	282	1,56	0,89	2,73	1,53	1,68	
Hemoptizie raportată la debut de boală	295	1,31	0,76	2,24	1,12	3,21	
Simptome care au determinat pacientul să se adreseze medicului	297	1,57	0,82	3,00	1,35	6,88	
A omis dozele de medicamente cel puțin o dată în weekend-uri, în perioada de spitalizare	295	2,64	1,06	6,61	2,15	3,22	
A omis dozele de medicamente cel puțin o singură dată în perioada de spitalizare	297	1,99	0,90	4,41	1,66	3,22	
A omis dozele de medicamente cel puțin o dată în perioada de continuare	286	3,22	1,87	5,55	2,98	6,17	
A primit produse alimentare și ajutor material	297	2,07	0,65	6,58	2,52	1,51	
A primit subvenții bănești	297	1,50	0,90	2,48	1,67	1,00	
A solicitat o a doua opinie	297	2,08	0,71	6,09	1,71	4,33	

## B. Factorii asociați cu riscul redus de abandon sau eșec al tratamentului TB

- Forme mai severe de TB atât la bărbați cât și la femei.
- Starea bună de sănătate la femei.
- Internarea în spital pentru o perioadă de 50-60 de zile.
- Aprovizionarea cu medicamente TB gratuite.
- Continuarea administrării medicamentelor după faza intensivă.
- Au vizitat medicul în perioada de continuare.
- Vizita la medic în primele 5 zile în perioada de continuare după externarea la femei.
- Asistat de doctor la administrarea medicamentelor.
- Opinia că TB este o boală gravă la femei.
- Cunoașterea faptului că TB se transmite de la om la om, la bărbați.
- Cunoașterea faptului că TB poate fi tratată.
- Cunoașterea duratei corecte a tratamentului.
- Cunoașterea faptului că administrarea medicamentelor este cea mai eficientă metodă de tratament.
- Cunoașterea importanței de a lua toate medicamentele, la bărbați.

- Indicatorul integrat de cunoaștere despre TB și tratament.
- Încrederea în doctor, la bărbați.
- O bună comunicare pacient-medic, la femei.
- Informarea pacientului despre deciziile de tratament, la bărbați.
- Urmarea recomandărilor medicale, la femei.
- Disponerea de o sursă de venit la bărbați.
- Studii medii sau superioare.
- Existența unei familii, la bărbați.

Tablul 8. Rapoarte ajustate și neajustate pentru expunerea la risc redus de abandon sau eșec al tratamentului TB

Variabile	Cazuri n	RP Neajustat Valoarea RP	Interval de încredere		RP Ajustat	
			Inferior	Superior	Bărbați	Femei
Utilizarea drogurilor injectabile în trecut	297	0,50	0,06	4,49	0,49	N/A
Starea sănătății	296	0,74	0,46	1,21	0,83	0,49
Forme de TB	215	0,77	0,43	1,36	0,80	0,65
A fost internat în spital timp de 50-60 de zile	297	0,60	0,30	1,20	0,56	0,81
A primit medicamente TB gratuite	296	0,27	0,08	0,95	0,29	0,24
A fost supravegheat la administrarea medicamentelor TB	297	1,13	0,34	3,77	1,53	0,32
Durata lungă de luat medicamente	294	0,74	0,44	1,24	0,64	1,42
A continuat să ia medicamente TB după 2 luni	296	0,10	0,02	0,48	0,13	0,31
A vizitat medicul după externare	272	0,18	0,03	0,94	0,15	0,22
A vizitat medicul local în primele 5 zile după externare	257	0,61	0,32	1,13	0,82	0,21
A fost supravegheat de medic la luarea medicamentelor	222	0,64	0,34	1,19	0,63	0,67
A avut cheltuieli suplimentare în perioada internării în spitalul TB	282	0,69	0,37	1,26	0,59	1,08
Opinia că TB este o boală gravă	286	1,13	0,68	1,90	1,39	0,49
Cunoașterea faptului că TB este o boală infecțioasă	283	0,49	0,22	1,09	0,63	0,19
Cunoașterea modului în care se transmite TB de la o persoană la alta	26	0,43	0,08	2,28	0,50	2,00
Cunoașterea faptului că TB poate fi tratată	286	0,61	0,23	1,60	0,80	0,30
Cunoaștințe despre durata tratamentului	250	0,42	0,23	0,75	0,48	0,22

Variabile	Cazuri	RP Neajustat			RP Ajustat		
		n	Valoarea RP	Interval de încredere		Bărbați	Femei
				Inferior	Superior		
Cunoștințe despre cele mai eficiente metode de tratament TB	265	0,53	0,30	0,94	0,53	0,53	
Cunoștințe despre importanța luării tuturor medicamentelor	290	0,66	0,61	0,72	0,67	N/A	
Cunoștințe cumulate despre tratament	297	0,59	0,34	1,04	0,54	0,80	
Încrederea în medic	294	0,63	0,32	1,25	0,47	3,35	
Comunicarea medic-pacient	294	1,06	0,48	2,34	0,78	0,64	
Informarea pacientului referitor la deciziile de tratament	266	0,75	0,39	1,41	0,71	1,32	
Au urmat instrucțiunile medicului	296	0,50	0,03	8,08	6,64	0,32	
Nivelul de venituri (existența oricărui venit)	294	0,68	0,41	1,10	0,60	1,11	
Studii (medii și superioare)	297	0,70	0,43	1,14	0,66	0,82	
Statutul civil (familie)	296	0,82	0,51	1,34	0,77	1,05	

### C. Factorii care nu sunt asociați cu riscul de abandon sau eșec al tratamentului TB

- Factori clinici legați de TB (simptomele clinice ale TB și debutul bolii, forme severe de TB la bărbați, reacții adverse).
- Fumatul în trecut și în prezent la bărbați.
- Prezența altor boli asociate.
- Administrarea medicamentelor prescrise pentru o altă afecțiune decât TB.
- Factori asociați cu tratamentul TB: cunoștințe despre medicamentele administrate, durata regimului medicamentos, administrarea altor medicamente decât cele pentru TB, asistența la administrarea medicamentelor în spital.
- Factori personali, cum ar fi dorința de a urma tratamentul, opinia că TB este o boală gravă.

Tabela 9. Rapoartele ajustate și neajustate ale probabilităților pentru expunerea fără asociere cu riscul de abandon sau eșec al tratamentului TB

Variabile	Cazuri	RP Neajustat			RP Ajustat		
		n	Valoarea RP	Interval de încredere		Bărbați	Femei
				Inferior	Superior		
Fumatul	297	1,20	0,74	1,97	1,39	0,47	
Practicarea fumatului în trecut	296	1,33	0,07	2,45	1,28	3,00	
Luarea de medicamente prescrise pentru altă afecțiune decât TB	296	1,14	0,64	2,06	1,06	1,48	
Prezența altor boli	296	1,09	0,65	1,81	1,08	1,11	
Hemoptizie raportată la debut de boală	295	1,31	0,76	2,24	1,12	3,21	
Un debut TB rapid și simptomatic	296	0,94	0,58	1,53	0,95	0,90	
Cunoașterea medicamentelor luate pentru tratamentul TB	294	1,02	0,63	1,67	0,91	1,60	

Variabile	Cazuri	RP Neajustat		RP Ajustat			
		n	Valoarea RP	Interval de încredere		Bărbați	Femei
				Inferior	Superior		
A fost asistat la luarea medicamentelor TB	297	1,13	0,34	3,77	1,53	0,32	
A suferit efecte adverse	297	0,98	0,60	1,59	0,98	1,00	
Supravegheat de cineva la administrarea medicamentelor în perioada de internare	296	0,88	0,45	1,75	0,85	1,00	
Pacientul TB este principala persoană care întreține familia	291	1,43	0,88	2,35	1,45	1,39	
Pierderea sursei de venit din cauza TB	290	1,38	0,84	2,26	1,47	1,24	
Opinia că TB este o boală gravă	286	1,13	0,68	1,90	1,39	0,49	
Dorința de a se trata	296	0,99	0,09	11,05	0,99	N/A	
A primit materiale informative referitoare la TB	295	0,98	0,58	1,68	0,88	1,59	
Nu a fost acasă în ultimele 12 luni	297	0,87	0,54	1,41	1,05	0,40	

## 2.4 Interpretarea rezultatelor și discuții

Analiza distribuției factorilor asociați cu tratamentul și cea a rapoartelor de probabilități (RP) a demonstrat că aderența în faza de spitalizare a fost mult mai bună decât în faza de ambulator a tratamentului. Atât cazurile cât și pacienții din grupul martor au raportat o rată înaltă de aderență și nivel DOT în perioada de spitalizare. În pofida regimului strict de supraveghere în spital, numai 65% de cazuri și 71.6% de pacienți din grupul martor au declarat luarea medicamentelor timp de 2 luni complete. Factorii asociați cu faza de spitalizare a tratamentului TB au arătat că pacienții sînt mai complianți în perioada de spitalizare și în cazul internării pe o perioadă mai îndelungată.

Aproximativ 10% din cazuri au raportat că nu au luat medicamente după două luni de tratament; alți 5% constituie cazuri de abandon în perioada de tranziție de la faza de spitalizare la cea de ambulator. Numai jumătate din cazurile externate au mers la medicul de sector în primele 5 zile după externare. Raportul probabilităților a demonstrat că unul din cei mai importanți factori asociați cu aderența este continuitatea îngrijirii în perioada de tranziție de la faza de spitalizare la cea de ambulator. Această continuitate reprezintă un factor major de pronostic a riscului redus de abandon al tratamentului. Rezultatele confirmă, astfel, importanța intervențiilor pentru îmbunătățirea continuității îngrijirii în perioada de tranziție de la faza de spitalizare la cea de ambulator, și pentru îmbunătățirea gestionării pacienților și a transferului de pacienți.

Rata de aderență raportată a fost mare în timpul fazei de spitalizare și mult mai redusă în faza de ambulator a tratamentului. Există suspiciuni că ar putea fi vorba de o supra-raportare a aderenței, atât de către cazuri cât și de către pacienții din grupul martor. Deși doar 44.4% de cazuri au admis omiterea unei doze cel puțin o dată în faza de continuare a tratamentului, respondenții au relatat că unor pacienți le-a fost frică de faptul că ar putea fi implicată poliția pentru a-i face să adere la tratament. E rezonabil să presupunem că pacienții au fost prudenți atunci cînd au raportat aderența la tratament, fiind îngrijorați de faptul că s-ar putea lua măsuri de pedeapsă împotriva lor. O întrebare specială, concepută pentru a verifica numărul de vizite ale pacientului la medic în scopul obținerii de medicamente TB în faza de continuare, a evidențiat faptul că numai 21.3% de cazuri și 33.2% de pacienți din grupul martor au raportat trei vizite pe săptămîină. La aceeași întrebare, 30.3% de cazuri și 25.5% de pacienți din grupul martor au declarat că au efectuat vizite mai mult de 3 ori pe săptămîină, ceea ce demonstrează că respondenții nu au fost sinceri, fiindcă în faza de continuare pacientul nu primește medicamente TB mai

des de 3 ori pe săptămână. Această întrebare a relevat nerespectarea condițiilor de tratament strict supravegheat în mai mult de 70% de cazuri. În consecință, se impun măsuri de ameliorare a continuității tratamentului TB în faza de ambulator, și probabil o abordare mai proactivă pentru a asigura respectarea DOT.

O altă dimensiune a cercetării a urmărit factorii personali sau economici ce ar putea influența ratele de aderență. Rezultatele au demonstrat că majoritatea factorilor economici (nivelul veniturilor, pierderea sursei de venit din cauza tratamentului TB, responsabilitatea de a întreține familia) nu au un impact considerabil asupra rezultatului tratamentului TB. Nu au existat diferențe semnificative între grupuri. Concomitent, jumătate din respondenți au raportat lipsa oricărei surse de venit și majoritatea au declarat că au fost nevoiți să aibă cheltuieli suplimentare în timpul spitalizării. În același timp, furnizarea gratuită a medicamentelor TB a fost un factor protector în reducerea riscului de abandon al tratamentului TB.

Analiza comportamentului de risc a demonstrat că mai mult de jumătate din pacienți fumează și o proporție mult mai mare consumă alcool în mod excesiv sau moderat. Rata utilizării drogurilor injectabile este scăzută, atât la cazuri, cât și la pacienții din grupul martor. Consumul moderat sau pronunțat de alcool la bărbați și practicarea fumatului la femei au sporit riscul de abandon și eșec al tratamentului.

Majoritatea factorilor clinici asociați cu TB au fost distribuiți uniform între cazuri și pacienții din grupul martor, fără diferențe semnificative. Prezența altor boli și administrarea medicamentelor pentru alte afecțiuni decât TB nu a sporit riscul de abandon. Doar prezența afecțiunilor de ficat și diabet a crescut riscul de abandon și eșec.

Cunoașterea mai bună a TB și a specificului tratamentului TB constituie factori protectori împotriva abandonului tratamentului TB. Numai o cincime din cazuri și o treime din pacienții grupului martor au dovedit cunoștințe cumulate bune despre tratamentul tuberculozei. Dat fiind faptul că pacienții trebuie să urmeze tratamentul pentru cel puțin 6 luni, ar fi normal ca fiecare să știe măcar durata corectă a tratamentului. 40% de cazuri nu au știut-o. Numai aproximativ 29% din respondenți au menționat că au primit materiale informaționale cu referire la tratamentul TB. Aceasta demonstrează necesitatea unei mai bune informări a pacienților TB despre afecțiunea lor și despre tratament, precum și necesitatea îmbunătățirii consilierii referitoare la tratament.

Relația medic-pacient a demonstrat un nivel ridicat de încredere a pacienților față de medici. Supravegherea pacienților de către medic la administrarea medicamentelor a redus riscul de abandon. O bună comunicare pacient-medic, respectarea instrucțiunilor date de medic și informarea pacientului referitor la deciziile de tratament constituie așadar factori protectori ce reduc cazurile de abandon și eșec.

## **2.5 Limitări ale studiului**

Există câteva limitări ale studiului care trebuie luate în considerare înainte de adoptarea concluziilor. Echipa de cercetare a recrutat un număr mai mic de respondenți decât cel preconizat în proiectul studiului. În afară de aceasta, în jur de 15-20% de potențiale cazuri și pacienți din grupul martor nu se aflau în țară în momentul colectării datelor. Prin urmare, rezultatele pot fi generalizate doar pentru pacienții TB care nu au emigrat la muncă în perioada de tratament. Numărul mai redus de respondenți are un efect asupra puterii statistice a studiului, în special în ceea ce privește analiza datelor dezagregată pe bază de sex. Mărimea redusă a eșantionului a prevenit o analiză dezagregată aprofundată pe bază de vîrstă.

Toate datele sînt autoraportate, ceea ce înseamnă că ar putea exista erori de rememorare. Sînt posibile erori de rememorare, datorită faptului că participanții au fost rugați să-și amintească evenimente care au avut loc cu 3-6 luni mai devreme. Cu toate acestea, diferențele mici în distribuția diversilor factori dintre cazuri și pacienții din grupul martor (perioadă de amintire mai lungă pentru cazuri, în comparație cu pacienții din grupul martor, care erau în curs de tratament cu rezultat necunoscut în momentul culegerii datelor) ne permit să considerăm că aceste erori au fost minime.

Există posibilitatea ca presiunea normei sociale să fi influențat raportarea nivelului de aderență la tratament. În unele cazuri, interviuatorii au raportat că unii pacienți din grupul de caz erau speriați că doctorii ar putea trimite în urma chestionarului poliția pentru impunerea aderenței la tratamentul TB. Din acest motiv, considerăm că ratele bune de aderență la tratamentul TB sunt exagerate de către respondenți.

## **2.6 Concluzii și recomandări**

Analiza a arătat că rata de succes a tratamentului TB depinde mai puțin de factorii clinici, personali sau economici ce caracterizează pacienții TB, fiind influențată în primul rând de factorii ce țin de prestatorii de servicii medicale, și anume gestionarea pacienților, calitatea serviciilor, informațiile oferite pacientului despre TB și despre tratamentul bolii. Considerăm, de aceea, că cele mai eficiente intervenții ar fi cele direcționate în sensul asigurării continuității serviciilor de îngrijire a TB de către prestatori.

În primul rând sunt necesare intervenții administrative pentru a institui un sistem mai eficient de referire a pacienților în faza de tranziție de la perioada de spitalizare la cea de regim ambulatoriu. Mulți pacienți întrerup tratamentul în această perioadă de tranziție și se adresează medicului de ambulator cu întârziere. Se impune abordarea mai personalizată a procedurii de monitorizare a transferului fiecărui pacient, deoarece aceasta reprezintă unul dintre cele mai critice momente în continuitatea îngrijirii medicale.

În al doilea rând, este necesar să fie promovată continuitatea tratamentului în faza de ambulator, fiindcă aderența în această fază este mai redusă decât în timpul spitalizării. Este important să fie instituit DOT de facto de trei ori pe săptămână în această perioadă. Analiza a demonstrat că pacienții evoluează mai bine dacă primesc medicamentele de la medici.

În al treilea rând, deși s-a dovedit că factorii economici nu au impact asupra rezultatelor tratamentului TB, furnizarea medicamentelor TB gratuite a fost un factor protector semnificativ. Prin urmare, lărgirea numărului de medicamente oferite gratis pacienților ar putea îmbunătăți rezultatele tratamentului.

În al patrulea rând, deoarece cunoștințele mai bune despre tratamentul TB reduc riscul de abandon și eșec, se impune sporirea eforturilor pentru instruirea pacienților. Rezultatele tratamentului vor fi influențate de dezvoltarea capacității de consiliere a lucrătorilor medicali și de sporirea eficacității de distribuire a materialelor informaționale.

### 3 Studiu calitativ

#### 3.1 Obiectivele studiului calitativ

- Evaluarea atitudinii lucrătorilor medicali față de tratamentul strict supravegheat al tuberculozei (DOT).
- Evaluarea interacțiunii lucrătorilor medicali cu pacienții TB aflați în tratament DOT.
- Evaluarea raportului comunicațional dintre lucrătorii medicali și pacienți.
- Explorarea percepțiilor medicilor față de factorii de risc ai pacienților ce pot influența eșecul și abandonul tratamentului.
- Formularea de propuneri pentru îmbunătățirea rezultatelor tratamentului DOT.

#### 3.2 Metodele studiului calitativ

Au fost realizate șase focus-grupuri (FG) cu lucrători medicali implicați în tratamentul tuberculozei.

Grupurile includ următoarele categorii:

- medici ftiziopneumologi din municipii și centre raionale;
- medici ftiziopneumologi din spitalele de profil;
- medicii de familie;
- asistente medicale.

Discuțiile de grup au fost organizate în municipiul Chișinău. O discuție a durat în medie 2-2,5 ore.

*Tabela 10. Participanții incluși în focus-grupurile studiului calitativ*

Cod	Categoria interviuată	Numărul de participanți	Numărul discuțiilor de grup realizate
FT	medici ftiziopneumologi din municipii și centre raionale	18 persoane	2 FG
MF	medici de familie	8	1 FG – medici din raioane
SM	asistente medicale	9	1 FG – asistente din raioane
MCH SCH	medici și asistente medicale	9	1 FG - din Chișinău
FTS	medici ftiziopneumologi din spitalele de profil	13	1 FG

### 3.3 Rezultate sumare

#### 3.3.1 Atitudinile lucrătorilor medicali față de tratamentul strict supravegheat al tuberculozei

Lucrătorii medicali consideră tratamentul DOT clar și strict, dar irealizabil în condițiile practice din Republica Moldova.

##### A. Aspecte pozitive:

- Asigurarea cu medicamente antituberculoase necesare tratamentului TB după schema DOT.
- Atragerea fondurilor din străinătate pentru realizarea programului.
- Preocuparea privind instruirea personalului medical și campaniile informaționale asociate.

##### B. Aspecte negative:

- Deși există reguli și principii clar stabilite, nu sunt create condițiile necesare pentru respectarea acestora. De exemplu, medicul ftiziatru din raion transmite medicamente medicului de familie din localități regionale prin metode informale, dat fiind faptul că nu sunt disponibile resurse financiare pentru transportarea acestora; în multe localități pacientul TB își ia medicația din același cabinet al medicului de familie unde sunt primiți copiii, femeile însărcinate și alți pacienți.
- Probleme de procedură: dreptul pacientului de a refuza tratamentul; criteriile riguroase de includere a pacienților în schema DOT; medicamentele procurate sunt cele mai ieftine de pe piață, însă adeseori acestea nu sunt și cele mai bune.
- Tratamentul TB nu este privit în complexitate: preparatele antituberculoase sunt suficiente, dar nu s-a pus accentul și pe medicamente de protecție, pe vitamine și în special pe alimentația pacienților TB, toate acestea constituind condiții necesare pentru succesul tratamentului.
- S-a redus numărul de paturi în spitale și sunt create liste de așteptare. Programul a cauzat ignorarea bolnavilor TB cronici și a celor cu rezistență multiplă la droguri.

#### 3.3.2 Interacțiunile lucrătorilor medicali cu pacienții de TB în tratament DOT

Pacienții sunt informați în general despre importanța și condițiile tratamentului TB. Medicii ftiziatri din municipii și centre raionale, și mai ales medicii de familie recunosc însă că nu au suficient timp pentru a discuta cu pacienții așa cum ar fi necesar. Pacienții primesc mai multă informație în spitale.

Deși regulamentul privind tratamentul DOT stipulează că medicul de familie este responsabil pentru tratamentul strict supravegheat în faza de continuare, schemele practicate în acest sens sînt diferite. De tratamentul strict supravegheat poate fi responsabil oricine, de la medicul ftiziatru pînă la delegarea responsabilității unei asistente medicale care se ocupă exclusiv cu bolnavii TB. Unii medici de familie refuză totalmente să cureze bolnavii TB.

#### 3.3.3 Factorii de risc conform opiniei lucrătorilor medicali

##### A. Factori generali

- Sărăcia, reflectată în special printr-o alimentație inadecvată.
- Situația socială vulnerabilă a pacienților. Cele mai mari dificultăți survin din partea consumatorilor de alcool și a foștilor deținuți.
- Atitudinea pacienților și nivelul de conștientizare a necesității tratamentului, sau lipsa de dorință a pacienților de a se trata.
- Lunga durată a tratamentului. Pacienții au senzația eronată că s-au tratat deja după o perioadă, și că le poate face mai mult rău decît bine continuarea tratamentului.
- Reacțiile adverse. Nu toți pacienții își pot procura medicamentele de protecție prescrise.
- Dăruirea și motivația personalului medical implicat. Schema de motivare a personalului medical nu este una funcțională: pentru a primi bani pentru „caz nou depistat” trebuie parcurs un proces birocratic, care conduce și la divergențe între medicii de familie și ftiziatri. Nici motivația „caz



tratat” nu are succes, din moment ce mulți lucrători medicali raportează că nu și-au primit banii, iar alții că au fost remunerați, dar pînă la 200 lei, pentru că banii se distribuie la mai mulți lucrători medicali.

#### **B. Factori de risc al abandonului în spital**

- Condițiile proaste din spitale. Unii bolnavi refuză din start spitalizarea, alții nu rezistă și abandonează spitalizarea înainte de termenul prescris.
- Comportamentul unor angajați din spitale: atitudine arogantă, plăți suplimentare necesare, solicitarea muncii în schimbul unor servicii medicale.
- Categoriile social-vulnerabile ale celor spitalizați: preluarea unor comportamente de către pacienții nou veniți (refuz de a lua medicamentele, simularea luării medicamentelor).
- Externarea din spital pe motiv de încălcare a disciplinei (consum de alcool, comportament violent etc.).
- Lipsa unui regim de supraveghere strict și de izolare față de cei din jur. Pacienții baciliferi care sunt de fapt internați în spital pot fi întâlniți oriunde: în transportul public, plimbîndu-se prin oraș sau, după caz, muncind cu ziua la localnici.

#### **C. Factori de risc al abandonului în faza de continuare a tratamentului**

- În unele cazuri e imposibilă acordarea de medicamente pacienților pentru o perioadă mai îndelungată. Unii pacienți pleacă peste hotare în această perioadă și contactarea acestora devine imposibilă.
- Unii medici le dau totuși pacienților medicamente pentru mai multe zile, de la cîteva zile pînă la două săptămîni, dar nu există nici o siguranță că aceștia își iau medicația.
- Condițiile socio-economice: necesitatea de a munci pentru a-și întreține familia, lipsa resurselor financiare pentru a se adresa la medic.

#### **3.3.4 Propuneri de ameliorare a situației TB**

- Tuberculoza este o problemă națională, este necesară implicarea tuturor structurilor, de la administrația centrală, autorități publice locale și pînă la fiecare cetățean.
- Angajarea unor resurse umane care s-ar ocupa doar cu această problemă, fiindcă medicul de familie nu este cea mai bună soluție.
- Controlul profilactic, depistarea precoce a cazurilor noi. În acest sens se impune instituirea unor controale anuale pentru toate categoriile de persoane. De asemenea, promovarea unei culturi a sănătății, astfel ca cetățenii să se adreseze medicului la apariția primelor simptome de boală.
- Izolarea focarelor de infecție prin tratament forțat, în instituții de tip închis, pentru cei care refuză sau abandonează tratamentul.
- Stimularea materială a pacienților disciplinați (de ex. după o săptămîină de prezență regulată la tratament, să li se ofere un colet cu alimente). Ajutoarele materiale și financiare de la donatori să fie direcționate direct către pacient.
- Preocupare deosebită pentru tratamentul bolnavilor cu rezistență multiplă la droguri.
- Crearea unor condiții alternative în faza de continuare: staționare de tip sanatoriu în care pacienții să primească medicamentele, să fie alimentați corespunzător și să poată totodată munci, pentru a avea o ocupație prin care să își asigure un venit minim.

### 3.4 Rezultate detaliate

#### 3.4.1 Percepția situației generale a tuberculozei

În prezent, în Republica Moldova este epidemie de tuberculoză. Medicii nu-și explică de ce nu se iau măsurile necesare într-o asemenea situație. Îngrijorător este și faptul că formele atipice de tuberculoză și tuberculoza multirezistentă (MDR) sunt în creștere. A crescut semnificativ incidența tuberculozei la copii, tineri și femei însărcinate.

În 2007, numărul cazurilor noi depistate a crescut în majoritatea localităților. În regiunea de nord a țării situația este mai bună, medicii raportând că incidența fie a rămas la același nivel, fie s-a micșorat puțin. Deși proporția celor care sunt depistați în faze incipiente este diferită de la o localitate la alta, predomină pacienții care ajung la medic într-o stare tardivă de evoluție a bolii.

Atât medicii de familie, cât și unii ftiziatri au declarat că în general nu se fac controale profilactice, nefiind disponibile resursele umane și financiare pentru aceasta. Ca urmare, incidența reală a tuberculozei poate fi mult mai mare decât cea declarată. Se consideră că, pe lângă cei depistați, numărul real poate fi dublu sau chiar triplu. *„Am controlat un sat de 3 mii de locuitori, la cei care nu au putut veni am dat mașini și am ajuns la o incidență de îmbolnăvire cu tuberculoză de 600, prevalența a ajuns la 900”* (FT, Sud).

Medicii se arată foarte preocupați de MDR: *„în toată republica mișună MDR, e mai serioasă decât SIDA la moment, de SIDA te-ai protejată – știi cum, dar tuberculoza circulă în atmosferă... la momentul de față avem 1415 cazuri de care noi știm, dar ei sunt cu mult mai mulți”*(FT, Centru).

#### 3.4.2 Percepții despre Programul Național de Combatere a Tuberculozei

Participanților le-a fost solicitată opinia despre Programul Național de Combatere a Tuberculozei. Prima reacție a respondenților în ambele discuții de grup cu medicii ftiziatri a fost că există o ruptură între organele statului și oamenii direct implicați în proces, iar succesul *„depinde 20% de medicină și 80% de atitudinea guvernului și a statului față de persoanele acestea”*. S-au evidențiat câteva probleme de natură organizatorică:

- *„un program național trebuie să fie de stat”*, nu trebuie să fie lăsat pe seama Casei Naționale de Asigurări Sociale (CNAS). *„Dacă am depistat, nu-l putem interna la Soroca, că nu-i asigurat, fără poliță la Vorniceni nu putem să-l ducem”* (FT, Nord).
- CNAS impune standarde care nu pot fi aplicate întotdeauna în cazul TB: *„banii trebuie să fie dați de stat și mulți, compania să ne ajute pe noi, nu trebuie să-i pună așa pe frunte 2 luni și gata, pacientul X trebuie să se trateze 2 luni de zile și-i normal, dar Y trebuie să se trateze 3-4 luni de zile”* (FT, Centru).
- lipsește cadrul legal care ar stabili clar drepturile și obligațiile pacientului TB, precum și cele ale medicului, un act normativ care ar institui presiuni asupra bolnavilor TB în vederea asigurării unui mediu sănătos pentru ceilalți pacienți: *„cetățeanul care refuză tratamentul face o crimă, el trebuie să fie persecutat de lege, sunt care au abandonat tratamentul din condiții obiective că ceva s-a întâmplat cu familia... dar când pacientul îți spune în față că nu vrea - eu mă iscălesc, că nu-mi trebuie...”* (FT, Centru). *„Trebuie să avem lege cu tratament forțat, să nu fie eliberați acei care nu vor să se trateze să fie izolați”* (FT, Nord).
- finanțarea preponderent din surse externe: *„Cît o să umblăm cu mâna întinsă și o să ne bazăm numai pe fondul global și OMS, pe toți partenerii care dau bani, niciodată nu vom avea succese”* (FT, Centru). Participanții apreciază că nu este corect și eficient ca Programul Național de Combatere a Tuberculozei să se bazeze exclusiv pe DOT. Acest program este apreciat pentru că oferă niște facilități materiale necesare în Republica Moldova, însă trebuie să se intervină și prin alte mecanisme pentru a se asigura succesul, să fie create și alte programe guvernamentale adiacente DOTS, care să sporească eficiența acestuia.

### 3.4.3 Cunoștințe și atitudini

#### A. Grupurile de risc

Condițiile socio-economice și sărăcia creează în opinia participanților la studiu un mediu propice pentru răspândirea infecției TB. Deși este considerată o „boală a sărăciei”, modul de răspândire prin aer a tuberculozei extinde pericolul la orice persoană care are imunitatea scăzută.

Incidența cea mai mare a TB apare în rândul persoanelor fără adăpost și a foștilor deținuți, recent eliberați. Foștii deținuți sunt în grupul de risc: fiind în mod frecvent puși în libertate în stare baciliferă, ei sînt focare de infecție pentru cei din jur. Totodată, e dificil tratamentul acestei categorii în condiții de ambulatoriu, subiecții refuzînd cooperarea cu medicii. Unii medici se întrebă de ce nu se lucrează din penitenciare cu deținuții, fiindcă într-o instituție de tip închis ar fi mult mai ușor de aplicat, în opinia lor, tratamentul strict supravegheat.

O altă categorie de risc sînt persoanele cu istorie de emigrare – în special cu destinația Rusia, identificată ca sursă de infecție: „mulți din cei care sunt depistați acum primar, sunt veniți de peste hotare, în special de la Moscova” (FT, Centru).

#### B. Teama de infectare

În rândul medicilor, și mai ales a medicilor ftiziatri, persistă teama că s-ar putea infecta. Această temere este alimentată de mai multe cazuri cînd colegii lor de breaslă s-au molipsit de TB, dar și de faptul că medicii cunosc situația din instituțiile medicale, în care este practic imposibil să se respecte măsurile elementare de protecție. În toate discuțiile de grup au fost aduse mai multe exemple concrete de lucrători medicali care s-au infectat cu TB în ultimii 5 ani.

#### C. Modalități de protecție a angajaților din instituțiile medicale

Aerisirea încăperilor și igienizarea acestora prin dezinfectare sunt principalele metode utilizate de lucrătorii medicali, și adeseori singurele. Profilaxia noilor angajați din secțiile de ftiziopneumologi e asigurată prin administrarea *Isoniazidei* profilactice. Unii medici au respins însă acest remediu pentru că poate provoca rezistență. S-a remarcat că folosirea măștilor protectoare de tifon dăunează mai mult decît protejează, pentru că în tifon se acumulează microbi. Cu toate acestea, unii medici continuă să folosească măștile.

#### D. Remunerarea lucrătorilor medicali

Salariile mici sînt o problemă pentru majoritatea persoanelor angajate din Republica Moldova, în special pentru cei din sfera bugetară. Lucrătorii medicali nu fac excepție de la acest capitol. Medicii ftiziatri din municipii și raioane nu înțeleg de ce coeficientul de salarizare este diferit de la un raion la altul (poate este vorba de necunoaștere sau netransparență). Acest coeficient variază de la 2 pînă la 3,75, dar în mare parte se situează în jurul valorii de 2,5.

### 3.4.4 Atitudinea lucrătorilor medicali față de tratamentul DOT

Lucrătorii medicali au în general o atitudine pozitivă față de tratamentul DOT, dar există anumite probleme de ordin organizatoric: s-a standardizat schema tratamentului, prevederile sînt clare, dar nu s-au creat condiții pentru aplicarea în practică a acestora.

#### Aprecieri pozitive

- A dispărut criza de medicamente din anii 1990: sînt asigurate medicamentele necesare tratamentului TB. Preparatele antituberculoase sunt oferite gratuit, ceea ce e important pentru un astfel de tratament de lungă durată.
- Atragerea fondurilor din străinătate.
- Preocuparea cu instruirea personalului medical și informarea populației. Se investesc multe resurse în această direcție și lucrul acesta se resimte. Toți participanții la studiu, indiferent de statut, au participat cel puțin o dată la cursuri de instruire cu tematica tuberculozei.

## Aprecieri negative

### A. Aspecte negative procedurale

- Toate medicamentele sunt procurate de la un singur furnizor. De obicei sunt luate cele mai ieftine medicamente, care nu sunt însă și cele mai bune.
- În program nu sunt incluși pacienții MDR. Numărul acestora este în creștere, iar posibilitatea de intervenție a medicilor este redusă. Pacienții baciliferi sînt un real pericol pentru membrii comunității unde locuiesc.
- Tratamentul este benevol, iar aceasta „nu permite izolarea sursei de infecție”. În discuțiile de grup cu medicii de familie și ftiziatrii din raioane, dar și cu cei din staționar, s-a dezbătut, pe de o parte, dreptul pacienților TB de a decide să se trateze sau nu, iar pe de altă parte dreptul celorlalți cetățeni de a trăi într-un mediu sănătos.
- Diagnosticul/tratamentul persoanelor neasigurate. Ar fi bine ca pacienților ce provin din familii vulnerabile să le fie eliberat un certificat de la primărie, și atunci ar putea beneficia fără plată de anumite investigații și tratamente asociate. În tratamentul gratuit nu sînt incluse medicamente ajutătoare, protectoare, vitamine, care sunt absolut necesare. Tratamentul tuberculozei este gratuit, dar dacă există boli asociate (și de obicei sînt, în special afecțiuni stomacale sau hepatice, și diabet zaharat), în acest caz bolnavii neasigurați trebuie să achite singuri investigațiile și tratamentul. De multe ori pacienții nu au resursele financiare necesare, iar ftiziatrii sunt nevoiți să se roage la colegii lor pentru a face totuși investigațiile necesare luării unei decizii de tratament.
- S-a redus numărul de paturi și se formează listă de așteptare în rîndul pacienților: „la Bălți 3 bolnavi pe pat, 2 din oraș și unul din raion, cei din oraș vin, își iau medicamentele, își fac procedurile și se duc acasă, acel din raion rămîne mai departe... Chișinăul tot e plin” (FT, Nord).
- Nu sînt condiții bune pentru administrarea medicamentelor după DOT. O problemă este și faptul că pacienții TB vin să-și ia medicația la medicul de familie, în același cabinet unde acesta primește copii, femei însărcinate și alți pacienți, riscul infectării acestora fiind mare. Aceste situații generează și stări conflictuale între pacienți, care nu înțeleg de ce cineva intră la doctor fără a-și aștepta rîndul. „Într-un cabinet de 12 m<sup>2</sup> fac consultație doi medici cu două schimburi și asistentele medicale, eu trebuie să întrerup consultația cu un alt pacient și să dau pastilele, că pacientul TB nu așteaptă (pentru siguranța celorlalți bolnavi care stau în rînd la medicul de familie) și medicamentele se păstrează tot în cabinetul de primire” (MF, Centru).

### B. Aspecte negative legate de resursele umane

- Nu există personal care să se ocupe exclusiv de prevenirea și tratamentul tuberculozei.
- Chiar la nivel raional sînt insuficiente cadre specializate, iar celor mai mulți medici ftiziatri le revine un număr foarte mare de cetățeni: „la 39 mii de locuitori e un singur specialist, cum se poate de lucrat, ar trebui să fie 5 ftiziatri” (FT, Centru).

### C. Aspecte negative legate de alte scheme de tratament al TB

- În general se utilizează schema DOT de tratament. Au fost totuși cîțiva ftiziatri care au recunoscut că în anumite situații recomandă pacienților un alt tratament, dar lucrul acesta se face mai puțin transparent. Sînt utilizate scheme individuale pentru tratamentul pacienților cu anumite reacții la medicamentele administrate. Problema cea mai mare este că aceștia nu pot procura preparate antituberculoase din Republica Moldova. Pacienții le cumpără sau aranjează să le fie trimise din afara țării, cel mai des de la Moscova. Este cel mai simplu să urmezi întru totul schema DOT, dar aceasta nu garantează întotdeauna eficacitatea tratamentului. În acest sens medici sînt constrînși să acționeze după anumite standarde, chiar dacă nu le consideră cele mai potrivite, iar dacă iau o altă decizie trebuie să treacă printr-un sistem birocratic care le creează cel mai des probleme personale. Fiindcă cei care nu se conformează trebuie să dea explicații de durată și se pot alege și cu sancțiuni, cel mai simplu este să respecte regulamentul. S-a menționat totuși că, în comparație cu 1,5-2 ani în urmă, situația s-a schimbat puțin, apărînd un grad de libertate în decizia medicului: „acum ni se mai dă voie să facem tratament cu abateri de la schemă, dar cu un an și jumătate în urmă am stat 3 ore să lămuresc comisie de ce am făcut așa și nu altfel” (FT, Chișinău). „Pacientul are nevoie de 10-

*12 luni, dar noi conștient îl închidem la 6 luni, pentru că mă îmbolnăvesc eu, ce îmi trebuie pentru acestea 2 luni care i-am dat în plus îmi iau pe cap comisii și îmi fac probleme, dar permanent știi că pacientul acesta dă recidivă” (FT, Chișinău).*

#### **D. Aspecte negative legate de accesibilitatea tratamentului în faza de continuare**

- Faza de continuare pune pacientul în situația de fi responsabil pentru reușita tratamentului. În mare parte succesul sau eșecul acestuia depinde de atitudinea pacientului și rigurozitatea cu care vine la medic pentru a-și lua medicamentele. Succesul sau eșecul depind însă și de atitudinea, interesul și motivația lucrătorilor medicali: *„La tratamentul în faza de continuare, dacă se ajunge la „caz tratat” sunt prevăzuți 700 lei, din aceștia 398 se dau medicului de familie și restul la asistentă, dacă medicul trebuie să se deplaseze la pacient cu rutiera tur-retur – 6 lei, 3 prize pe săptămână, 4 luni ... practic nu-i acoperă nici cheltuielile de transport” (FT, Chișinău).*
- Aceeași problemă, de ordin economic, apare și în cazul pacientului: lipsa resurselor financiare pentru drum, dar și a celor de timp pentru a se prezenta la medic. În contextul acesta, cea mai mare problemă în viziunea participanților la discuție este alimentația inadecvată și condițiile de trai precare.

### **3.4.5 Interacțiunea cu Pacienții TB**

#### **A. Depistarea pacienților bolnavi de TB**

În majoritatea cazurilor, pacienții se adresează doctorului abia când prezintă forme distructive grave sau MDR. Medicii au declarat că sînt foarte puține situațiile când se depistează TB precoce. Depistarea în faze incipiente se face întîmplător: *„la noi toți cei care au vite dau laptele la stat, iată de unde găsim noi tuberculoza – fluoropozitivi, forme incipiente” (FT, Nord).*

După instituirea remunerării pentru „caz depistat”, unii medici de familie îi trimit pe majoritatea pacienților care se adresează la ei cu suspecție de TB la ftiziaturu, mai ales pe cei din grupul de risc. Uneori sunt depistați și pacienți cu forme incipiente. Remunerarea medicilor de familie cu 500 de lei pentru un caz nou depistat este un stimul pentru medicii de familie, în opinia ftiziatrilor. Medicii de familie și asistentele medicale au declarat însă că este greu să obții acești bani, fiindcă trebuie să îndeplinești condiții care îi pun pe lucrători în situații jenante: în referirea către ftiziaturu trebuie menționat în scris „suspecție de tuberculoză”, aceasta trebuie justificat cu argumente, iar în cazul când cazul nu se adeverește, medicul de familie poate avea probleme cu administrația. Unii medici ftiziatri infirmă cazul și după o perioadă de timp își atribuie cazul depistat.

Creșterea incidenței TB la copii alarmează medicii din două motive: atît datorită faptului că vaccinarea acestora nu asigură imunitatea, dar și pentru că tratamentul TB la copii este mai dificil.

#### **B. Administrarea strict supravegheată a tratamentului**

În funcție de localitate, tratamentul strict supravegheat se face de către medicul de familie sau asistenta medicală, sau de către ftiziaturu, în special în unele centre raionale și în municipiul Chișinău. Unii medici ftiziatri au remarcat că, deși în regulament este stipulat că tratamentul sub supraveghere trebuie să fie făcut de medicul de familie, acesta refuză să trateze pacienții TB. La rîndul lor, medicii de familie au evidențiat faptul că, în condițiile în care lipsa de cadre este acută, mai multe asistente medicale au amenințat cu demisia dacă li se dă în responsabilitate lucrul cu pacienții TB.

În discuțiile de grup, în diferite contexte s-a utilizat fraza: *„DOTS prevede, dar nu întotdeauna poți realiza”*. Această situație se aplică în cazul administrării strict supravegheate a medicamentelor, în care se interzice oferirea de pastile care să acopere o perioadă mai îndelungată de timp. Sunt înregistrate deseori abateri de la această regulă: astfel, pentru așa numiții „pacienți disciplinați”, medicamentele sunt date pentru o perioadă mai lungă, de la cîteva zile pînă la 1-2 săptămîni. Uneori se recurge la o altă persoană din anturajul pacienților, membri din familie, rude sau chiar vecini: *„el se prezintă la mine o dată în săptămînă, dar persoana de contact îl vede în fiecare zi, în cazurile acestea, de obicei eficacitatea este foarte bună” (FT, Chișinău).*

#### **C. Comunicarea lucrătorilor medicali cu pacienții TB**

Medicii folosesc diferite tehnici pentru a convinge pacienții TB de necesitatea tratamentului:

- discuții privind complexitatea bolii, tratamentul de lungă durată și pericolul de infectare a celor din jur.
- comunicarea cu membrii familiei: „am chemat soția și i-am spus: „dragă, dacă tu vrei ca el în continuare să te întrețină, tu trebuie să-l convingi ca el să meargă cel puțin pentru 2 luni la spital, ca mai departe să nu ai acasă un incubator de bacili” (FT, Chișinău).
- informarea vecinilor, care deja fac presiuni asupra celor bolnavi de TB pentru a se trata.

#### **D. Monitorizarea tratamentului TB**

*Investigații ajutătoare.* Examinarea periodică a pacienților prin microscopie și radiologie și compararea în timp a acestora permite evaluarea eficacității tratamentului. Unii medici obișnuiesc să prescrie pacienților și analiza urinei, pentru a se convinge că aceștia iau medicamentele prescrise, dar ei nu sunt informați despre aceasta: „Pacienților le spunem – noi vrem să vedem cum primește organismul, ori mărim doza, ori o micșorăm, așa le spunem la toți” (FT, Nord). Se apelează și la alte investigații, la alți specialiști în cazul maladiilor asociate. Investigații hepatice se fac întotdeauna.

*Echipele de monitorizare.* Medicii ftiziatri din municipii și centre raionale au menționat că sunt mai multe echipe care monitorizează activitatea lor. Cel puțin o dată pe trimestru au o asemenea vizită. Unii au declarat chiar că sunt obosiți de acestea: „nu reușesc să mă încadrez de la una la cealaltă, în noiembrie a venit echipa de monitorizare, în februarie – martie – Institutul de Ftiziopneumologie, între timp a mai venit Medicina Preventivă cu 25 de întrebări și o bună parte din cele care se discută se repetă” (FT, Chișinău). Au fost identificate și următoarele efecte pozitive ale acestor vizite: se atrage atenția conducerii instituțiilor medicale asupra problemelor din activitatea medicilor ftiziopneumologi; se fac vizite în teritoriu, în localitățile unde sunt focare de infecție și astfel se sensibilizează administrația publică locală și chiar populația.

#### **3.4.6 Factorii de risc ce pot influența eșecul și abandonul tratamentului**

*Atitudinea pacienților.* Conștientizarea și atitudinea pacientului față de tratament este în opinia personalului medical un factor primordial în reușita tratamentului. Problema apare deoarece o parte semnificativă din pacienți refuză în mod conștient tratamentul: „vorbim despre un tratament bine standardizat, dar dacă cultura pacientului nu este aceea care trebuie, noi n-o să avem succes niciodată nu poți să-i dai cu dea sila, îți spune nu vreau –lasă-mă să mor liniștit sau cât voi trăi atît voi trăi ” (FT, Centru). Mai grav e faptul că unii pacienți își expun membrii familiei, inclusiv copiii, la riscuri și chiar le interzic acestora să urmeze un tratament de profilaxie, să meargă la sanatoriu sau chiar la medic.

*Consumul de alcool.* Consumul de alcool este o barieră esențială în tratamentul TB. Problema apare în primul rând datorită indiferenței acestei categorii față de propria sănătate: „ce ai cu mine cât voi trăi, atîta va fi”. De aici rezultă un complex de factori: dificultatea de a contacta acești pacienți, în special în cazul tratamentului ambulatoriu, refuzul acestora de a lua medicația, și nu în ultimul rând, diminuarea efectelor medicamentelor pe fondul consumului de alcool. Participanții la discuții au adus mai multe exemple: unii pacienți au venit să-și ia medicamentele cu bere sau vodcă în loc de apă; asistenta medicală face vizită la domiciliu pentru a administra medicamentele, dar găsește pacientul în stare de ebrietate.

*Reacții adverse.* Acestea apar ca motiv de abandon pentru un număr mai mic de pacienți, care consideră că efectele adverse le pot dăuna mai mult decît tuberculoza. Ponderea acestor pacienți este mică în opinia medicilor, pentru că în cazul în care apar anumite reacții la medicamente, ftiziatrii înlocuiesc aceste preparate, fie, după caz, prescrie anumite medicamente de protecție.

Preparatele antituberculoase acutizează adeseori bolile hepatice. De asemenea, apar frecvent stări de vomă și slăbiciune. În cazul preparatelor combinate apar erupții pe corp. Problema cea mai mare apare în cazul celor care consumă alcool în exces, și care au de obicei probleme hepatice și „îi dor picioarele”. Apar probleme în tratamentul TB atunci cînd pacienții au boli asociate ca infecția HIV sau diabetul zaharat.

*Tratamentul de lungă durată.* Tratamentul tuberculozei este de lungă durată și pacienților le este greu să facă față, fiindcă aceasta presupune efort și întreruperea unor activități. Totodată, după o anumită perioadă, unii pacienți se simt mai bine și consideră că s-au tratat deja, iar continuarea tratamentului mai mult le va dăuna sănătății.

*Aspecte socio-economice.* În opinia medicilor ftiziopneumologi, apar situații în care pacienții sunt nevoiți să abandoneze tratamentul datorită situației din familie: „*la bază stă sărăcia... are familie, trebuie să-i hrănească, să lucreze, să prelucreze pământul și-i abandon nu că el nu vrea, dar e impus de situația pe care i-a creat-o familia, de societate*” (FT, Centru). Cu toate acestea, stimulentele în bani pentru pacienții TB nu este considerat de medici ca o practică pozitivă; coletele cu produse alimentare sînt mai apreciate, cu toate că sînt și în această situație cazuri în care produsele alimentare sînt schimbate pe băuturi alcoolice. Există pacienți care nu au bani pentru a se deplasa atît de frecvent la medicul de familie, deși practica demonstrează că acest factor nu este unul esențial în abandon, fiindcă în mediul rural deplasarea la Centrul Medicilor de Familie nu presupune de obicei cheltuieli. A fost o tentativă de a achita transportul tur-retur într-un sector din Chișinău, dar fără rezultate pozitive: „*Pretura a luat așa o hotărîre ca să le plătească drumul nu la troleu, dar la rutieră și ori dimineața sau la amiază sînt aghesmuiți (beți) încît ei nu mai ajung la policlinică*” (MF, Chișinău).

*Emigrarea.* Plecarea la muncă peste hotare este un factor negativ din mai multe perspective: pe de o parte, datorită condițiilor în care locuiesc sau muncesc emigranții, în special cei plecați la muncă în Rusia, cînd mai multe persoane locuiesc într-un spațiu restrîns. Pe de altă parte, pacienții aflați în tratament renunță la acesta, iar contactarea și observarea pacienților este practic imposibilă: „*25% din cei luați la evidență sînt plecați la Moscova*” (F, FT, Nord). După o perioadă, mulți din cei plecați la muncă peste hotare și care au abandonat tratamentul se întorc cu forme avansate de TB sau MDR.

*Condițiile proaste de spitalizare.* Un număr semnificativ de persoane refuză spitalizarea sau renunță la tratamentul din spital din două motive principale: în primul rînd, datorită condițiilor mizere din spital, iar pentru anumite categorii de persoane, datorită contingentului social vulnerabil cu care intră în contact în spital.

*Durata tratamentului în spital.* În opinia medicilor, perioada de spitalizare pe 1,5-2 luni este un termen foarte redus pentru tratamentul pacienților TB, chiar și pentru abacilarea acestora. Condițiile de viață ale majorității bolnavilor TB sînt precare, și posibilitățile de alimentare a acestora sînt reduse. Oferirea coletelor cu produse alimentare este benefică / ar fi benefică, însă nu rezolvă nici pe departe problema alimentației adecvate a pacienților, pentru că familiile lor se alimentează tot din aceste colete, iar cota care ajunge nemijlocit la beneficiar este foarte mică. Marea majoritate a participanților au remarcat că este necesară o perioadă mai îndelungată de spitalizare, principalele argumente fiind: supravegherea mai bună a tratamentului, practic imposibil de realizat în condiții ambulatorii; asigurarea unei alimentații minime; evitarea ori diminuarea cazurilor de MDR datorită abandonului tratamentului. Tratamentul pacienților MDR este mai dificil și totodată mai costisitor pentru stat.

Mulți din medicii ftizatri din raioane, cu o experiență mai mare de 30 de ani în domeniu, au rememorat practicile pozitive anterioare, cînd pacienții erau spitalizați o perioadă mai îndelungată: „*înainte în staționar noi aveam 100 de paturi și pînă nu închideam cavernele, nu le dădeam voie acasă, asta putea să dureze 6-8 luni. Deci pînă nu era abacilat – acasă nu mergea*” (FT, Nord).

Părerile sînt împărțite însă: unii medici consideră că nu merită totuși să fie cheltuite afîtea resurse pentru spitalizare dacă există posibilitatea tratamentului ambulatoriu, fiindcă aceste resurse pot fi direcționate în altă parte. Cert este faptul că toți medicii sînt de acord că trebuie create condiții de staționar, sub formă de izolatoare, pentru cei care refuză sau abandonează tratamentul în faza de continuare și pentru cei care nu au condiții minime de viață acasă.

*Etape ale abandonului.* În funcție de pacienți, au fost identificate următoarele faze critice în abandonul tratamentului TB:

- Renunțarea la spitalizare și cel mai des și la tratament. Aici se încadrează pacienții indisciplinați, care au încălcat regulamentul intern al spitalului.
- Finalizarea fazei intensive. Odată cu externarea se întrerupe și tratamentul, iar pacientul nu ajunge la ftiziatrul din raion sau la medicul de familie.
- Abandonul în faza de continuare. Aici se înregistrează cele mai multe cazuri de abandon, care se exprimă în două moduri: a) abandon total (refuzul de a mai primi medicația), respectiv b) abandon parțial (neprezentarea regulată pentru a-și lua medicamentele).

*Tratamentul în staționar vis-a-vis de tratamentul ambulatoriu în faza de inițiere.* Indiscutabil, tratamentul în staționar este mult mai apreciat de lucrătorii medicali, indiferent de profilul acestora. Regimul din spital izolează, în primul rând, focarul de infecție, limitând contactul cu alte persoane. Totodată, posibilitățile de control și intervenție sînt mult mai mari în staționar. Deși condițiile din spitale nu sunt din cele mai bune, conform respondenților se asigură un minim de care mulți pacienți nu dispun acasă. Din păcate, se înregistrează cazuri de abateri de la regulile din staționar, atît din partea pacienților, cît și din partea medicilor. E importantă și atitudinea medicilor din staționar, pentru că apar chiar în spital abateri de la prevederile regulamentului privind tratamentul DOT: „vine după această fază de staționar la ambulatoriu și îi spui: „de azi înainte veți veni de 3 ori pe săptămînă ca să-ți primești medicamentele”. Ei îți spun: „Cum? Acolo îmi dădeau tabletele pentru o săptămînă.”... atunci despre ce fel de tratament direct controlat mai putem vorbi noi” (FT, Chișinău).

### 3.4.7 Preparatele antituberculoase

#### A. Accesibilitatea medicamentelor TB

Pacienților TB incluși în schema DOT li se asigură medicamente, însă apar probleme în procesul de distribuire a acestora, de la medicul ftiziatru la medicii de familie din localități. Se întîmplă ca medicii să aibă un stoc limitat de medicamente sau să lipsească unele medicamente, pentru anumite perioade, datorită unor situații greu de prevăzut:

- Medicamentele se repartizează în raioane în conformitate cu necesitățile pentru faza de continuare (cînd preparatele sunt administrate de 3 ori pe săptămînă), dar uneori medicii ftiziatru de raion inițiază tratamentul unor bolnavi în faza intensivă în condiții de ambulatoriu, din cauza lipsei locurilor în spital (cînd preparatele se administrează zilnic), aceasta ducînd la epuizarea stocului de medicamente mai devreme decît este planificat.
- Necesarul de medicamente e calculat trimestrial. Pentru aceasta, se consideră numărul de pacienți depistați, plus 50%. Apar însă cazuri cînd se trece de acest plafon, iar pentru a obține un nou stoc trebuie trecut printr-un proces birocratic, care durează.

Chiar în momentul efectuării studiului, cîteva sectoare din municipiul Chișinău nu aveau *izoniazidă*. Ftiziatru s-au adresat la mai multe instituții și administrația publică locală (APL) a promis că va interveni. Medicul nu poate interveni dacă nu sunt preparate în stoc, iar bolnavilor nu li se oferă nici posibilitatea de a cumpăra. Părerile referitoare la lipsa preparatelor antituberculoase în farmacii sînt împărțite: unii consideră că ar fi necesar să existe această alternativă: „nu-i normal ca în cazul cînd părintele vrea să cumpere pentru copilul lui să nu aibă de unde să cumpere, într-o țară” (FT, Chișinău). Alții, dimpotrivă, consideră că: „e normal, pentru că unii pacienți decid să-și facă singuri tratamentul și apoi chiar tratamentul chimioprofilactic trebuie făcut de multe ori cu precauție pentru că face rezistență” (FT, Centru). Mulți medici consideră că, deși aceste preparate nu sînt comercializate în farmaciile din Moldova, aceasta nu înseamnă că pacienții nu au acces total la aceste medicamente. După necesitate și posibilități financiare, pacienții apelează la rude ori cunoscuți din străinătate și fac rost de preparate.

Există situații în care medicii (în funcție de cine face tratamentul în faza de continuare: medicul ftiziatru sau medicul de familie) sunt puși între ciocan și nicovală, alegînd dacă să dea sau nu medicamente pacienților. Pe de o parte ei nu au voie să încalce prevederile regulamentului DOTS, iar pe de altă parte sunt situații în care, după opinia medicului, ar trebui să facă totul pentru a trata pacientul. Au fost menționate o serie de situații care îi pun în dificultate pe medici:

- pacientul renunță pentru o perioadă la tratament;
- pacientul nu poate să se prezinte zilnic la medic pentru a-și lua medicamentele;



- diferența dintre viza de reședință și locul de trai (unii medici refuză tratamentul pacienților TB care nu sunt din sectorul lor).

În cazul pacienților cu scheme individuale de tratament, medicii ftiziatri sînt nevoiți să înlocuiască preparatele prescrise la externare, pentru că nu au în stoc aceste medicamente. Există probleme în aprovizionarea cu medicamente pentru pacienții MDR, iar preparatele de linia a doua lipsesc.

### **B. Eficiența preparatelor antituberculoase**

„*Noi lucrăm cu ce ni se dă*” – acesta a fost răspunsul spontan al ftiziatrilor. Ei afirmă însă că medicamentele disponibile nu sunt și preparatele cele mai eficiente, dat fiind faptul că țara noastră optează de obicei pentru cele mai ieftine medicamente, cumpărate prin licitație, și care nu sunt cele mai calitative. Aprecierea calității acestora se face după succesul tratamentului. Mai mulți medici ftiziatri au remarcat că preparatele antituberculoase care sînt cumpărate în prezent din India nu sunt la fel de eficiente ca cele din Germania, cu care se lucra anterior. Mai mult, unii medici recomandă pacienților care își pot permite să procure *Isoniazidă* de la Moscova, pentru că au observat o eficiență superioară: „*din Rusia vin bolnavi cu tuberculoză, se nimerește că vin alții cu medicamentele lor, Isoniazidă în fiole merge extraordinar*” (FT, Nord).

Alții trag concluzii după niște experiențe mai puțin obișnuite: „*la noi la spital aduc cîini și îi lasă... și înainte le dădeau cîte două pastile de Isoniazidă și ei piereau, acum le dau cîte 10 pastile și ei nu mor. Nu că au făcut rezistență, am în vedere că noi nu știm calitatea medicamentelor*” (FT, Nord).

Au fost situații cu doi-trei ani în urmă cînd medicii ftiziatri au primit în stoc medicamente cu termenul expirat. Fără a da detalii, medicii bănuiesc că ar putea fi vorba de o problemă de ordin managerial: „*medicamentele s-au reținut undeva*”. S-a menționat că preparatul combinat *isoniazidă+rifampicină* provoacă adesea reacții adverse.

### **3.4.8 Spitale de profil**

*Abandonul tratamentului în spital.* Medicii de familie din localități și ftiziatrarii din centrele raionale s-au arătat indignați de faptul că pacienții dificili pe care i-au convins cu greu să se spitalizeze, uneori chiar cu intervenția reprezentanților primăriei sau a poliției, sînt externați din spital pe motivul încălcării „*regimului din spital*”, deși reprezintă un adevărat pericol pentru sănătatea celorlalți membri ai comunității. În opinia participanților la studiu, pentru această categorie de pacienți ar trebui să existe „*izolatoare*” cu personal calificat pentru menținerea ordinii.

*Reguli informale - probleme în tratament.* Medicii ftiziatri din raioane au remarcat că au colegi al căror comportament cu pacienții nu e corespunzător. Cîțiva bolnavi au abandonat tratamentul în spital tocmai din acest motiv. Unii lucrători medicali au o atitudine arogantă, sugerează răsplată informală sau iau pacienții la munci agricole. Deși nu este un comportament agreeat de medicii din ambulatoriu, aceștia își înțeleg colegii, pentru că este foarte greu să lucreze în asemenea condiții, cu salariul pe care îl primesc.

### **3.4.9 Implicarea altor instituții în tratamentul TB**

*Rolul familiei în succesul tratamentului.* Climatul familial este un factor important în reușita tratamentului, dat fiind faptul că bolnavii TB au nevoie atît de încurajare și susținere psihologică, cît și de ajutor financiar. De aceea medicii recurg adesea și la discuții cu membrii familiei despre importanța tratamentului, atît pentru bolnavul TB cît și pentru întreaga familie. Pentru unele persoane, în funcție și de relațiile anterioare ale acestora, depistarea tuberculozei poate cauza destrămarea familiei, refuzul partenerului de viață de a mai locui împreună. Reacțiile rudelor de gradul I se manifestă dual: pe de o parte ajută și insistă ca bolnavul TB să se trateze, pe de altă parte se observă o respingere din sentimentul firesc de auto-protecție.

*Administrația publică locală și bolnavii TB.* Administrația publică locală intervine de obicei în două situații care privesc bolnavii TB: pe de o parte susțin angajații din sfera sănătății în demersul de a convinge bolnavii să se spitalizeze sau să își continue tratamentul, iar pe de altă parte intervin direct

(prin alocații de la bugetul local) sau indirect (resurse venite de la alți donatori) în ajutorul acestor categorii aflate în situație de risc.

*Conlucrarea dintre poliție și personalul medical.* Poliția intervine în cazurile pacienților dificili, atunci când medicii nu pot convinge singuri bolnavul de necesitatea tratamentului. Conlucrarea cu organele de poliție e foarte importantă în lucrul cu bolnavii TB alcoolici și foștii deținuți.

În conlucrarea cu forțele de ordine survin însă câteva probleme. În primul rând, de natură juridică, fiindcă pînă în prezent nu există prevederi clare despre baza și condițiile în care poate interveni poliția. Unii pacienți reproșează organelor: „*cu forța nu aveți dreptul să mă luați*”. În al doilea rând, o problemă este indiferența din partea lucrătorilor poliției, care nu refuză solicitarea medicului de a interveni, însă o amîna de la o zi la alta. Conlucrarea eficientă dintre lucrătorii medicali și poliție depinde foarte mult de relațiile personale dintre medic și polițistul de sector.

#### **3.4.10 Bolnavii de TB și HIV/SIDA**

Persoanele care se adresează la ftiziateru și sînt depistate cu TB sînt supuse obligatoriu și testului HIV. Pacienții sînt informați despre HIV/SIDA, se discută cu ei despre acest subiect. Unii medici de familie și ftiziatru din spitalele de profil au remarcat că pacienții nu le mărturisesc medicilor statutul lor HIV, chiar dacă îl știu. În Bălți sînt înregistrate câteva cazuri asociate de consum de droguri, tuberculoză și HIV.

#### **3.4.11 Atitudinea populației față de tuberculoză**

Tuberculoza este considerată de populație ca o „boală rușinoasă”. Din acest motiv, pacienții din familii medii și mai sus de mediu nu vor ca cei care îi înconjoară sau cei cu care intră în contact să afle despre starea lor de boală. Cei care totuși au curajul să-i informeze pe cei din jur, din responsabilitatea ca aceștia să treacă un control profilactic, sînt izolați. Persistă atitudinea de respingere a bolnavilor TB. Caracteristic pentru mediul rural este faptul că unii pacienți care lucrau ca zilier își pierd sursa de existență, iar situația este și mai dificilă cînd toți întreținătorii sînt încadrați în acest tip de muncă. Astfel de situații sînt însă uneori folosite de medici ca modalitate de convingere: trebuie să se trateze, altfel toți din localitate vor afla și nimeni nu îl va mai lua cu ziua la muncă.

Medicii consideră că populația are în general cunoștințe despre tuberculoză, care mai este cunoscută în rîndul populației mai vîrstnice sub denumirea de „oftică”. Persistă teama față de această infecție, iar, după mărturia lucrătorilor medicali, mulți cetățeni ai Republicii Moldova cu studii primare o consideră încă o boală incurabilă.

Atitudinea de repulsie și desconsiderare o simt nu numai bolnavii TB, dar și medicii ftiziopneumologi, care au menționat că această atitudine se observă și în comportamentul administrației centrale și locale, și chiar în atitudinea colegilor de breaslă care au o altă specializare: „*Noi suntem singuri. Eu ca medic nu mă simt protejată administrativ, juridic, fizic... nu am în vedere doar față de boală. Dacă ești ftiziopneumolog - nu ești medic, știți cît trebuie să lupți pentru ca pe tine să te stimeze într-un centru raional.*” (FT, Nord)

#### **3.4.12 Campaniile mass-media**

Participanții la discuțiile de grup au remarcat că sînt vizibile deja anumite efecte ale campaniilor publicitare de informare. Au apărut cetățeni care s-au adresat personal medicului sau au venit pentru a se interesa dacă vecinii lor care au anumite simptome nu ar putea fi bolnavi de tuberculoză: „*Anul trecut rula la TV o publicitate că tuberculoza poate fi tratată... venea lumea direct la biroul ftiziopulmonologului, fără să treacă pe la etapa medicului de familie.*” (FT, Centru).

Sloganul „*Tuberculoza poate fi tratată*” nu este considerat ca fiind cel mai potrivit pentru a promova în rîndul populației adresarea la medic în scopuri profilactice, sau în perioada incipientă a bolii. În opinia participanților, accentul trebuie să fie pus pe consecințele îmbolnăvirii, atît asupra sănătății proprii, cît și a familiei și vieții în general.

### 3.4.13 Perspective de viitor

Se impun câteva măsuri necesare pentru îmbunătățirea tratamentului DOT:

- *izolarea focarelor de infecție*. În toate discuțiile de grup, s-a accentuat în diferite contexte faptul că trebuie instituit un mecanism pentru „*tratamentul forțat al tuberculozei*”. A apărut în toate discuțiile de grup ideea că bolnavii baciliferi trebuie să fie izolați până la abacilare, indiferent de statutul lor.
- *profilaxia*. Pentru depistarea precoce a cazurilor noi se impune instituirea unor controale, cel puțin anuale, pentru toate categoriile de persoane.

Au mai fost făcute următoarele sugestii:

- *Stimularea materială a pacienților care urmează tratamentul regulat*, prin oferirea bonurilor de masă sau colete cu produse alimentare. Aceasta este o metodă de motivare a pacienților testată și eficientă, în opinia lucrătorilor medicali.
- *Condiții alternative în faza de continuare*: un staționar de tip sanatoriu în care pacienții să poată primi medicamentele, să fie alimentați corespunzător și să poată totodată munci, pentru a avea o ocupație care să le asigure un venit minim. Trebuie asigurate condiții pentru tratamentul și profilaxia bolnavilor cronici: „*vara aceștia care-s cronici ies prin grădină, pe afară, dar în timp de iarnă sînt toți la gura sobei, la moment ei trebuie internați de păzit, de găsit modalități de deschis staționare*” (FT, Nord). S-a sugerat că ar fi benefic ca bolnavii, în special cei din familii vulnerabile, să fie supuși după tratament unei cure de reabilitare, pentru a evita recidiva, care crește riscul de MDR.
- *Munca în echipe inter-disciplinare*: medic - asistent social – psiholog. Aceasta e necesară pentru ca medicul să se ocupe preponderent de tratament, și fiindcă acesta nu reușește să facă la nivel satisfăcător consiliere psihologică și să se preocupe de problemele socio-economice ale pacientului.
- *Campanii de informare*, educare și responsabilizare a populației față de propria sănătate. Fiecare pacient trebuie să înțeleagă că tratamentul îi este necesar în primul rînd lui, și că medicul doar îl asistă prin munca care o îndeplinește.

*Așteptări vis-a-vis de evoluția situației tuberculozei în Republica Moldova (peste 5 ani)*. Dacă se va continua aceeași politică de stat, de a lăsa tuberculoza pe seama donatorilor străini, și nu se va interveni pentru a impune tratamentul obligatoriu (forțat) al tuberculozei, situația se va agrava. Unii lucrători prevăd lipsa în masă a cadrelor specializate: mulți ftiziopneumologi sînt persoane în etate, iar alții renunță să practice, pentru că nu sunt mulțumiți de remunerație, iar tinerii specialiști în domeniu sînt o raritate.

Deși predomină pesimismul, respondenții optimiști susțin că din cauza nivelului mare de incidență a tuberculozei, dacă nu se vor lua măsuri concrete de acțiune la nivel guvernamental, vor veni constrîngeri din afara țării. Cetățenii Republicii Moldova circulă în întreaga lume, iar cei din străinătate, gîndindu-se în primul rînd la propria sănătate, vor investi resurse pentru a diminua și combate acest „focar de infecție”.

## 4 Anexă. Factori asociați cu rezultatele tratamentului

Factorii asociați cu rezultatele tratamentului sînt sistematizați conform recenziei literaturii disponibile în arhiva *Medline* [10].

### Factori asociați cu aderența bună la tratamentul TB

Dorința de vindecare  
Cunoașterea faptului că TB poate fi tratată  
Hemoptizie în anamneză  
Informarea pacienților despre consecințele  
tratamentului incomplet  
Sexul feminin  
Angajarea în câmpul muncii  
Comunicarea cu alți pacienți TB  
Percepția despre starea de sănătate  
Atitudinea referitoare la TB  
Cunoștințe privind tratamentul TB  
Sprijin social  
Spută pozitivă  
Utilizarea schemelor scurte de tratament  
Tratament anterior de TB  
Dacă pacientul s-a întors pentru un frotiu repetat  
Dacă pacientul nu a schimbat locul de tratament după  
finalizarea fazei intensive  
Ameliorarea stării generale după faza intensivă

### Factori asociați cu aderența scăzută la tratamentul TB

Prezența efectelor adverse  
Deficiențe în sistemul de sănătate  
Erori și comportament neadecvat din partea prestatorilor  
de servicii  
Timp de călătorie lung  
Comunicarea insuficientă dintre pacient și prestatorii de  
servicii  
Șomajul  
Ocupații cu statut social inferior  
Venit mic  
Costurile de transport la locul tratamentului  
Condițiile proaste de trai  
Nivelul de alfabetizare  
Dificultatea de a acoperi costurile tratamentului  
Ameliorarea stării sănătății  
Lipsa cunoștințelor privind beneficiul finalizării  
tratamentului  
Terminarea rezervei de pastile la domiciliu  
Preparatele antituberculoase prea puternice  
Slaba educația pentru sănătate a pacientului  
Cunoștințe slabe ale pacientului referitoare la TB  
Diabetul ca maladie asociată  
Abuzul de alcool  
Hepatite  
Fumatul

## 5 Lista referințelor

1. WHO 2006. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2006*. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2006.362). Referință online, accesată la 29 Martie 2009: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2006/pdf/full\\_report.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2006/pdf/full_report.pdf).
2. WHO 2007. *Plan to Stop TB in 18 High-priority Countries in the WHO European Region, 2007–2015*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Referință online, accesată la 14 Martie 2008: <http://www.euro.who.int/document/E91049.pdf>.
3. Institutul Național de Fitziopneumologie “Ch.Draganiuc”, Republica Moldova. Raport anual 2007, nepublicat.
4. Ministerul Sănătății, *Programul Național de Control a Tuberculozei în Republica Moldova 2001-2005*, 28 Iunie 2001, aprobat prin Ordinul 180 / 10 August 2001 al Ministerului Sănătății.
5. Soltan Viorel, Khalid Henry A. et al, 2008. Increasing tuberculosis case detection: lessons from the Republic of Moldova. *Bulletin of the World Health Organization* 2008; 86:71–76.
6. WHO Report 2008. *Global Tuberculosis Control. TB country profile. Republic of Moldova*. Online reference, accessed on March 28, 2009: [http://www.who.int/GlobalAtlas/predefinedReports/TB/PDF\\_Files/mda.pdf](http://www.who.int/GlobalAtlas/predefinedReports/TB/PDF_Files/mda.pdf).
7. Centrul Național de Management de Sănătate, Unitatea de Monitorizare și Evaluare, *SIME TB Database*. Referință online, accesată la 28 Martie 2009: <http://monitoring.mednet.md>.
8. WHO 1997. *Treatment of Tuberculosis: Guidelines for national programs*. Second edition, 1997.2
9. Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, *Recensământul populației 2004*. Referință online, accesată la 30 Martie 2009: <http://www.statistica.md/pageview.php?l=ro&idc=295&id=2234>.
10. Wares DF, Singh S, et al. Non-adherence to tuberculosis treatment I the eastern Tarai of Nepal. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2003 7(4):327-35. Mishra P, Hansen EH, Sabroe S, Kafle KK. Adherence is associated with the quality of professional-patient interaction in Directly Observed Treatment Short-course, DOTS. *Patient Educ Couns*, 2006 63(1-2):29-37. Mishra P, Hansen EH, Sabroe S, Kafle KK. Socio-economic status and adherence to tuberculosis treatment: a case-control study in a district of Nepal. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2005 9(10):1134-9. Lertmaharit S, Kamol-Ratankul P et al. Factors associated with compliance among tuberculosis patients in Thailand. *J Med Assoc Thai* . 88 (Suppl4): S149-56. Nuwaha F. Factors influencing completion of treatment among tuberculosis patients in Mbarara District, Uganda. *East Afr Med J*. 1997 Nov;74(11):690-3. Kaona FA, Tuba M, et al. An assessment of factors contributing to treatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment. *BMC Public Health*. 2004 Dec 29;4:68. Morsy AM, Zaher HH et al. Predictors of treatment failure among tuberculosis patients under DOTS strategy in Egypt *East Mediterr Health J*. 2003 Jul;9(4):689-701. Chakaya JM, Kibuga D. Tuberculosis re-treatment outcomes within the public service in Nairobi, Kenya. *East Afr Med J*. 2002 Jan;79(1):11-5. Helbling P, Medinger C et al. Outcome of treatment of pulmonary tuberculosis in Switzerland in 1996. *Swiss Med Wkly*. 2002 Sep 7;132(35-36):517-22. Szczuka I. Cohort analysis for treatment outcomes TB pulmonary cases bacteriologically confirmed in Poland. *Pneumonol Alergol Pol*. 2005;73(3):245-53. Salami AK, Oluboyo PO. Management outcome of pulmonary tuberculosis: a nine year review in Ilorin. *West Afr J Med*. 2003 Jun;22(2):114-9.