

grupurile social-vulnerabile, precum și calitatea supravegherii ulterioare în funcție de riscul determinat.

### **Bibliografie**

1. ABABII I., BIVOL G., CUROCICHIN G. , NEMERENCO A. Dezvoltarea medicinei de familie în Republica Moldova. Congresul II al Medicilor de familie din Republica Moldova. Medicina de familie. Chișinău, 2006.
2. CERBU A. Sănătatea Publică a națiunii ca suma sănătăților individuale. Chișinău, 2002.
3. ETCO C. , REABOVA E. , CIOBANU M. Managementul serviciilor în sectorul asistenței medicale primare: cheltuieli, eficiența, calitate. Chișinău, 2000, p 23-42.
4. LEGEA REPUBLICII MOLDOVA. Ocrotirea sănătății. nr. 411-XIII din 28.03.95. art.3(1,2). Orientarea profilactică a asigurării sănătății populației.
5. NEMERENCO ALA. Asistența medicală primară - noțiuni, principii. Chișinău, 2007, p.147.
6. NEMERENCO ALA. Optimizarea serviciilor de asistență medicală primară prin implementarea metodelor manageriale contemporane. Chișinău, 2008.
7. OPREA S., OPREA R., SORINA POP, ONACĂ E. Locul și rolul medicului de familie în cadrul fiului sistem de Sănătate Publică. Clujul Medical 2010, vol.LXXXIII.
8. Ordinele Ministerului Sănătății nr.225 din 29.04.2011 și nr.743 din 04.10.2011 Cu privire la intensificarea activităților profilactice în asistența medicală primară.
9. RESTIAN A. Diagnosticul de Sănătate în Bazele Medicinei de Familie. 2001. București, p111-116
10. POLITICA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE 2007-2021. Chișinău, 2007.
11. STRATEGIA DE DEZVOLTARE A SISTEMULUI DE SĂNĂTATE în perioada 2008-2017. Chișinău, 2007.
12. STRATEGIA ORGANIZAȚIEI MONDIALE A SĂNĂTĂȚII "SĂNĂTATE PENTRU TOȚI în secolul XXI", 2010.
13. STRATEGIA EUROPEANĂ ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII "ÎMPREUNĂ PENTRU SĂNĂTATE" Bruxelles, 2007.
14. TINTIUC D., SAVIN M., MORARU C. Managementul asistenței medicale primare în Republica Moldova. USMF Nicolae Testemițanu. Chișinău. 2005, p280.

## **REVISTA LITERATURII PRIVIND ASPECTE DE EVALUARE A COMUNICĂRII PENTRU SCHIMBARE COMPORTAMENTALĂ ÎN CONTROLUL TUBERCULOZEI**

**Svetlana Plămădeală, Viorel Soltan**

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Școala de Management în Sănătate Publică

### **Summary**

#### ***Literature review related to aspects of behavior change communication in TB control***

Tuberculosis represents a major public health problem for Moldova. In penitentiaries it is tenth times higher than in civil sector due to overcrowding, poor living conditions, inadequate ventilation, stress, poor knowledge and risky behaviors among prisoners [12]. One of the important aspects of international standards, to which Moldova is aligned relates to the behavior change communication. In tuberculosis control, there is an own model developed called advocacy, communication and social mobilization. It is very important to measure and evaluate those efforts in order to understand what the effects and results they produce are at the individual and community levels. The evaluation of communication interventions generates valuable information which can be used for several goals: improving the communication efforts; using data as basis for pledging on the need of those efforts and influencing certain policies;

consolidating the efforts of empowering and involving people living and affected by the disease as well as the endemic communities to be part of the national response to the disease.

### **Rezumat**

Tuberculoza este o problemă majoră de sănătate publică în Moldova. În penitenciare, această problemă este de zeci de ori mai mare, fiind condiționată de factori precum suprapopulare, condiții precare de trai, ventilare inadecvată, condiții de stres, malnutriție, cunoștințe și practici de risc printre deținuți [12]. Unul din aspectele importante ale strategiilor internaționale, la care s-a aliniat Republica Moldova în controlul acestei maladii este comunicarea pentru schimbarea comportamentală. În domeniul controlului tuberculozei comunicarea pentru schimbare comportamentală se încadrează în modelul standardizat numit advocacy (pledoarie), comunicare și mobilizare socială. Este foarte important ca aceste intervenții să fie măsurate și evaluate, pentru a înțelege care sunt efectele pe care le-au produs la nivel de individ și comunitate. Evaluarea intervențiilor de comunicare generează informație importantă care poate fi utilizată în câteva scopuri: modelarea ulterioară a eforturilor într-o formă îmbunătățită; argumentarea eficienței și eficacității acestora și influențarea deciziilor și politicilor; consolidarea eforturilor de responsabilizare a persoanei și comunităților afectate și implicării acestora în efortul de răspuns național la această maladie.

**Cuvinte cheie:** control TB, comunicare pentru schimbare comportamentală, implicare a comunității, mobilizare a comunității.

### **Introducere**

Tuberculoza este o problemă majoră de sănătate publică pentru Republica Moldova. Chiar dacă incidența globală a tuberculozei cunoaște o stabilizare și chiar descreștere în ultimii ani (2008 – 128‰; 2009 - 116‰) [37], Republica Moldova rămâne a fi un focar de răspândire a infecției și este una din țările din regiunea Europeană a OMS de înaltă prioritate în controlul tuberculozei [13, 32, 36].

Incidența prin tuberculoză în Moldova printre rîndurile deținuților înregistrează cifre de zeci de ori mai mare decît în sectorul civil, în anul 2009: 1097‰ (de aproximativ 10 ori mai mare) [37]. Această situație epidemiologică a tuberculozei este similară țărilor din regiunea Europei de Est, în care se înregistrează cele mai înalte rate a populației penitenciare din lume, pentru anul 2011: Moldova – 175 deținuți la 100 mii populație, Armenia – 165 deținuți la 100 mii populație, față de Elveția sau Suedia care înregistrează 78 deținuți la 100 000 populație [12], iar serviciile de control ale tuberculozei sunt insuficient integrate în cele civile.

Deținuții au riscuri mai mari de a se îmbolnăvi și deceda de tuberculoză decît populația generală, datorită condițiilor proaste de trai din închisori, precum suprapopulare, ventilare inadecvată, malnutriție, condiții igienice și de îngrijire și tratament inadecvate [12]. Cunoștințele joase despre tuberculoză și tratamentul acesteia reprezintă un fenomen comun printre deținuți, iar acestea influențează negativ adresarea la serviciile de sănătate și aderența ulterioară la tratament. De asemenea, campaniile de educare printre deținuți sunt mai puțin disponibile în comparație cu cele din sectorul civil. Studiile realizate la nivel mondial demonstrează existența printre deținuți și personalul medical din închisori a concepțiilor și cunoștințelor greșite despre etiologia, prevenirea și tratamentul tuberculozei [12].

Populația penitenciară reprezintă astfel un sol fertil pentru răspândirea TB și TB-MDR printre alți deținuți, personal și comunitate.

**Scopul** acestui articol este de a evidenția factorii ce determină eficiența comunicării pentru schimbare comportamentală și metodele de evaluare a impactului și efectelor produse de comunicare, în special în controlul tuberculozei.

## Metode

A fost efectuată analiza literaturii de referință autohtone și internaționale la subiectul abordat. Pentru identificarea resurselor on-line au fost folosite următoarele sintagme "comunicare pentru schimbare comportamentală", "eficiență, eficacitate, evaluare comunicare". În total au fost identificate în jur de 50 referințe relevante. Criteriile de selectare și analiză a materialelor s-au bazat pe următoarele variabile:

- factorii de succes sau insucces în comunicare pentru s
- metode de evaluare a efectelor, eficienței sau eficacității produse de intervențiile de comunicare pentru schimbare comportamentală în diferite domenii, în particular în controlul tuberculozei, inclusiv în penitenciare.

## Rezultate

### Noțiuni și definiții de comunicare

Comunicarea, reprezintă un element și mijloc esențial al vieții individuale și sociale. Rolul acesteia în domeniul sănătății ține de relația între medic și pacient, cât și modificarea comportamentului în sănătate, de la unul de risc către unul sănătos. Schimbarea comportamentală stă la baza a multiple modele și teorii de comunicare actuale și reprezintă o finalitate către care tinde orice act de comunicare. Comunicarea pentru schimbare comportamentală este definită drept un proces interactiv de dezvoltare a mesajelor și abordărilor cu utilizarea unui mixaj de canale de comunicare cu scopul de a încuraja și a menține un comportament pozitiv și adecvat [8, 26, 28]. Definiția OMS a comunicării pentru schimbare comportamentală evidențiază că aceasta are scopul de a schimba cunoștințe, atitudini și practici în diverse grupuri de oameni [3].

Pentru controlul tuberculozei, la nivel internațional a fost adoptat modelul de „advocacy, comunicare și mobilizare socială” (ACMS), iar termenul de comunicare al acestui model se referă de fapt la comunicarea pentru schimbare comportamentală. Modelul ACMS este utilizat în majoritatea documentelor de politici internaționale și naționale de control a tuberculozei. Aceasta reiterează faptul că mesajele și comunicarea eficientă de schimbare a comportamentului necesită să transmită mai mult decât fapte medicale, deoarece acestea nu neapărat motivează persoanele să se adreseze la medic sau să completeze/finalizeze tratamentul. Mesajele trebuie să exploreze motivele persoanelor de a nu acționa atunci când primesc sau posedă anumite informații și să se focalizeze pe schimbarea comportamentului actual, adresând cauzele identificate – norme sociale sau atitudini personale, de exemplu. Comunicarea pentru schimbare comportamentală creează un mediu în care comunitățile afectate pot discuta, dezbate, organiza și comunica perspectivele personale asupra tuberculozei. Aceasta are scopul de a convinge persoanele care au simptome de tuberculoză să caute tratament, iar cele bolnave de tuberculoză să adere și să fie compleante la tratament pentru a se vindeca și trata completamente, favorizând astfel, schimbarea socială [3].

### Documente de politici internaționale

Comunicarea pentru schimbare comportamentală, în cadrul modelului "**Advocacy (pledoarie), comunicare și mobilizare socială**" este parte a strategiilor internaționale de mitigare a impactului tuberculozei în lume. **Strategia globală de control a tuberculozei pentru anii 2011-2015** lansată de către Parteneriatul STOP-TB în ianuarie 2006 se axează pe următoarele 6 scopuri majore: 1) extinderea de înaltă calitate și consolidarea strategiei DOTS bazată pe tratamentul direct supravegheat de scurtă durată; 2) adresarea co-infecției TB și HIV; 3) contribuirea la fortificarea sistemelor de sănătate; 4) implicarea tuturor prestatorilor de servicii; 5) împuternicirea și implicarea persoanelor afectate de tuberculoză și a comunităților 6) promovarea cercetării [2, 3, 5, 10, 44].

Activitățile ACMS pot contribui la realizarea tuturor acestor șase obiective și de fapt, se consideră că incorporarea activităților ACMS în cadrul Programelor Naționale de control a tuberculozei reprezintă o abordare de eficiență a controlului acestei maladii [3].

Obiectivele formulate în cadrul strategiei globale de control ale tuberculozei reprezintă repere pentru documentele de politici de nivel regional și național.

Astfel, **Planul de combatere a tuberculozei în cele 18 țări înalt prioritară a regiunii Europene a OMS**, printre care și RM stipulează și detaliază obiectivele strategiei globale "împuternicirea persoanelor cu TB și ale comunităților, după cum urmează: dezvoltarea sau extinderea inițiativelor comunității, crearea cererii de servicii prin activități specifice ACMS, inclusiv promovarea dreptului de a primi îngrijire adecvată și dezvoltarea mecanismelor de implicare a pacienților și comunității în diverse aspecte de control ale tuberculozei"[32]. Planul conține recomandări per fiecare obiectiv strategic al său pentru grupuri de țări europene, problemele Moldovei de control ale tuberculozei fiind adresate împreună cu cele ale Ucrainei și Belarusului. Pentru obiectivul 5, al planului european ce adresează situația în grupul de țări din care face parte Moldova sunt enumerate următoarele recomandări: de dezvoltare a planurilor naționale scrise ACMS, asigurarea resurselor financiare și umane adecvate, implementarea activităților ACMS bazate pe evidență și specifice fiecăreia din țări; evaluarea impactului activităților ACMS prin studii populaționale; explorarea și utilizarea oportunităților pentru îngrijirea comunitară în controlul TB [32].

ACMS este parte a politicilor de control și profilaxie a tuberculozei în penitenciare, de asemenea. În acest context, "**Ghidul controlului tuberculozei în penitenciare**" enunță faptul că una din strategiile de bază STOP TB ține de protejarea populațiilor vulnerabile și afectate de sărăcie de TB, TB/HIV și TB-MDR[12]. Nici unul din tipurile de așezări umane nu evidențiază aceste necesități mai bine decât penitenciarele. Convergența grupurilor cu multipli factori de risc antrenează necesitatea evaluărilor și răspunsurilor speciale la situația din aceste așezăminte. Strategia subliniază cinci componente strategice, care implementate în sinergie vor conduce spre atingerea scopului și obiectivelor propuse. Acest scop, se consideră că poate fi atins prin implementarea strategiilor de ACMS, care să își propună drept țintă prevenirea răspândirii și controlul tuberculozei.

Modelul ACMS al Parteneriatului STOP TB folosește următoarele trei definiții:

- Advocacy, sau pledoarie care ține de convingerea factorilor de decizie despre importanța activităților de control ale tuberculozei;
- Comunicare care ține de utilizarea tuturor formelor media relevante pentru a informa, convinge și genera acțiune și schimbare printre persoane în ce privește tuberculoza;
- Mobilizare socială ce vizează angajarea și împuternicirea (implicarea) comunităților și persoanelor afectate de tuberculoză în lupta împotriva acestei maladii [3, 12,13].

Deși, de fapt, inițiativele ACMS adresează populația generală, nu poate fi subestimată necesitatea aplicabilității acestora în penitenciare. Închisorile reprezintă comunități dezvoltate, închise, descrise de particularități bine determinate, precum: suprapopulare, ierarhii interne specifice cu reguli și valori proprii, factor de securitate, finanțare inferioară decât cea disponibilă pentru populația generală, riscuri mai mari pentru sănătate, provocările astfel fiind de câteva ori mai mari. Deținuții, deci, necesită servicii ce țin de controlul tuberculozei, care este necesar să se focalizeze pe identificarea activă a cazurilor noi de tuberculoză (screening și intervenții de investigare a cazurilor contactilor cu bolnavii TB) [3, 12,13]. Aceste servicii trebuie să includă și activități ACMS.

**Un alt document de politici de nivel internațional și regional este Carta pacientului**, care este elaborată de pacienți cu tuberculoză și reprezintă un document esențial care se bazează pe principiul implicării active a persoanelor cu tuberculoză. Acesta afirmă că împuternicirea persoanelor cu tuberculoză este catalizator pentru o colaborare eficientă cu prestatorii de servicii și autorități și este esențial în reducerea poverii tuberculozei și atingerii obiectivelor de dezvoltare ale mileniului. Această carte este primul standard de îngrijire elaborat de pacient și centrat pe acesta, reprezintă un instrument cooperativ, pentru o cauză comună pentru întreaga comunitate a pacienților cu tuberculoză. Acesta descrie drepturile (la asistența, informare, demnitate, alegere, confidență, justiție, organizare, confidențialitate) și responsabilitățile

pacientului (ofere informații, urmarea tratamentului, demonstrarea solidarității, suportul sănătății comunitare) [31].

### **Documente de politici naționale**

La nivel național, o multitudine de politici adresează problemele promovării sănătății și profilaxiei maladiilor, obiective propuse a fi atinse inclusiv prin activități de comunicare. **Politica Națională de Sănătate pentru anii 2007-2021** formulează drept scop major „crearea condițiilor optime pentru realizarea maximă a potențialului de sănătate al fiecărui individ pe parcursul întregii vieți și atingerea unor standarde adecvate de calitate a vieții populației” [8]. În capitolul „Promovarea sănătății și prevenirea maladiilor” al Politicii Naționale de Sănătate se menționează că „Procesul de promovare a sănătății și prevenire a maladiilor va purta un caracter complex și se va desfășura cu implicarea întregii societăți, iar măsurile vor fi realizate la toate nivelurile: de stat (ca putere de decizie), de unități administrativ-teritoriale (raioane, municipii, orașe, sate), de unități economice, de familie și individ”. [8] Promovarea sănătății este reglementată, inclusiv prin **Legea Republicii Moldova privind supravegherea de stat a sănătății publice**, care definește promovarea sănătății drept „proces de difuzare a informației, de instruire și educare în scopul formării unor cunoștințe și deprinderi individuale sănătoase de consultare și implicare a publicului, de creare a parteneriatelor care oferă individului și colectivității posibilități de a-și controla și îmbunătăți sănătatea din punct de vedere fizic, psihic și social și de a contribui la reducerea inechităților în domeniul sănătății”. [8, 24]. Politica enumeră printre activitățile de bază în supravegherea de stat a sănătății publice, articolul 4 promovarea sănătății prin informare, educare și comunicare, enumerând de asemenea acest aspect și la capitolul domeniilor de bază ale politicii, articolul 5 [24]. **Legea Republicii Moldova cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei** se referă la activitățile de profilaxie prin comunicare în capitolul 3 al său „Profilaxia tuberculozei” și stipulează următoarele: „Sensibilizarea opiniei publice la nivel național se asigură prin activități de informare, educare, comunicare și prin campanii ale mass-mediei de promovare a unui mod de viață sănătos, a comportamentelor responsabile și inofensive, a nediscriminării și compasiunii” [25].

Aspectele ce țin de informare, educare și comunicare inclusiv pentru schimbare comportamentală sunt abordate în **Programul Național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2011-2015**, prin care se transpun în viață prevederile Legii privind supravegherea de stat a sănătății publice. Programul reiterează următoarele în definirea scopului și obiectivelor sale: „Promovarea în societate a unui mod sănătos de viață se impune ca un imperativ actual și prevede un ansamblu de măsuri organizatorice, metodologice și tehnice, care au drept scop însușirea de către populație a cunoștințelor necesare în domeniul sanogenezei, protecției mediului, igienei individuale, igienei alimentației, prevenirii îmbolnăvirilor; evitarea abuzului de medicamente și alcool, renunțarea la droguri, cunoașterea și identificarea timpurie a principalelor semne de boală, luarea unei poziții active față de sănătatea individuală și colectivă” [22]. Una din direcțiile prioritare de activitate ale Programului ține de „intensificarea acțiunilor de prevenire și combatere a bolilor transmisibile, punând accent pe bolile social-condiționate (tuberculoza, infecția cu HIV/SIDA, infecțiile cu transmitere sexuală, alcoolismul, narcomania, toxicomania etc.) [22].

Răspunsul național de control al tuberculozei, tuberculozei multirezistente este reflectat în **Programele Naționale de control și profilaxie a acestei maladii**. Începând cu Programul Național pentru anii 2006-2010, și următorul pentru perioada 2011-2015 reflectă asupra necesității eforturilor de prevenire a tuberculozei prin activități de informare, educare și comunicare. Astfel, strategia 9, a PNPCT pentru anii 2006-2010, își propunea scopul de „informare a populației și a personalului medical privind căile de transmitere a tuberculozei, dezrădăcinarea concepțiilor greșite privind tratamentul tuberculozei, reducerea stigmatizării bolnavilor de tuberculoză și a familiilor acestora” [22]. Activitățile programului respectiv vizau campanii de comunicare mass media inclusiv în penitenciare și vizau de fapt efecte la nivel de sensibilizare, îmbunătățire de cunoștințe și schimbare de atitudini față de propriul comportament, dar și față de persoanele bolnave sau afectate de această maladie.

**Programul Național de Control al tuberculozei pentru anii 2011-2015** reflectă amplu asupra interconexiunii prevenirii și profilaxiei tuberculozei și activităților de pledoarie, comunicare și mobilizare socială. Astfel, în analiza situației, acesta descrie următoarele tipuri de probleme: „Este redus numărul de acțiuni intersectoriale, de sensibilizare a opiniei publice și de creștere a rolului autorităților administrației publice locale în activitățile de control al tuberculozei, care determină o constrângere fundamentală în elaborarea și implementarea unor programe eficiente de control al tuberculozei. Mobilizarea socială nu a atins nivelul la care să fie mobilizate toate resursele și capacitățile în lupta cu tuberculoza, iar educarea pacienților, prestatorilor de servicii de sănătate și informarea publicului încă nu sînt considerate activități de importanță majoră, fapt confirmat de studiul „Tuberculoza: Cunoștințe, atitudini și practici”, realizat de Ministerul Sănătății în anul 2008. În cadrul studiului jumătate din respondenții care au auzit de tuberculoză consideră că o persoană care se îmbolnăvește de tuberculoză s-ar strădui să ascundă aceasta de cei ce-l înconjoară, iar 61,0% din respondenți consideră că, în caz de îmbolnăvire de tuberculoză, cei din jur și-ar schimba atitudinea [22, 40]. Programul își propune în acest sens, un obiectiv pe de o parte ambițios: „Sporirea către anul 2015 a nivelului de cunoștințe al populației despre tuberculoză la un nivel de cel puțin 80%”, dar care rămîne a măsura doar cunoștințele, impactul și eficacitatea în comunicare măsurîndu-se prin schimbările comportamentale [22]. Acest obiectiv este prevăzut a fi realizat prin activități de sensibilizare a opiniei publice, informare și comunicare [22].

În scopul realizării Programelor Naționale de control și prevenire a tuberculozei au fost elaborate Ordine ale Ministerului Sănătății cu privire la implementarea acestora, care de fapt reprezintă și niște planuri măsurabile de acțiuni [29, 30]. Planurile respective de activitate, își propun să măsoare prin indicatorii concreți gradul de realizare a obiectivelor ce țin de pledoarie, comunicare și mobilizare socială. Indicatorii stabiliți totuși își propun să măsoare schimbarea dar la nivel de cunoștințe și număr de activități realizate în acest sens [29, 30], și mai puțin să măsoare efectele ce țin de schimbările comportamentale.

#### **Efectiv, eficient, eficace. Ce este caracteristic procesului de comunicare?**

Un aspect important analizat prin revista literaturii ține de evaluarea eforturilor de pledoarie, comunicare și mobilizare socială în general, și cele ce țin de profilaxia tuberculozei, în special care se exprimă în efecte și rezultate produse. Pentru a determina nivelurile evaluării: producere de efecte, eficiență, eficacitate autorul și-a propus să studieze interpretarea acestor noțiuni în literatură.

Conform Dicționarului Explicativ al Limbii Române, ediția a II, București, 1998, se dau definițiile a cîtorva noțiuni: efect, efectiv, eficace, eficacitate.

Termenul „efect” este definit drept fenomen care rezultă în mod necesar dintr-o anumită cauză, fiind într-o legătură indestructibilă cu acesta. De asemenea termenul este asociat cu cel de rezultat, urmare, consecință. Pentru sintagma „a-și face efectul” este propusă interpretarea de „a da un anumit rezultat, a avea consecința scontată”. Etimologic cuvîntul provine de la latinescul effectus (cu sens. Fr - effet). Noțiunea de „efectiv”/ă, ca adjectiv semnifică „real, adevărat, care are un anumit efect, care se încununează cu efecte, rezultate reale, adevărate”, iar substantivul „efectiv” se pare nu are nici o legătură cu niveluri de atingere a rezultatelor pentru că de fapt, semnifică numărul indivizilor care face parte dintr-o anumită colectivitate, mai ales dintr-o forță sau unitate militară. Termenii „eficace”, „eficient” sunt tratate ca sinonime și semnifică „care produce efectul pozitiv, așteptat”. Noțiunile de „eficacitate” și „eficiență” sunt explicate ca și calitatea de a produce efectul (pozitiv) așteptat, eficiență (etimologic provine din francezescul "Efficacite".

Dicționarele explicative engleze (Wikipedia) atestă diferențe între termenii "eficiență" și "eficacitate". Astfel noțiunea de "eficient" semnifică capacitatea de a realiza sau funcționa în maniera cea mai bună posibilă, utilizînd minim de resurse, inclusiv de timp și efort, cunoștințe, abilități și instrumente necesare și adecvate. Eficiența astfel, se referă la măsura în care timpul sau efortul au fost utilizate adecvat pentru a realiza o anumită sarcină sau scop.

"Eficacitatea" reprezintă capacitatea de a produce efecte și rezultate și de a atinge țintele propuse. Totuși, este necesar de atras atenție la diverse domenii de activitate, care au însușit acești termeni într-un mod diferit.

O modalitate simplă pentru a face diferență între acești termeni, este propusă de dicționarul wikipedia, care se referă la "eficiență" ca modalitatea de a face anumite lucruri în cel mai economic mod (analiza intrărilor versus ieșirilor, în sens de resurse), iar la termenul de "eficacitate" ca atingere a țintelor propuse.

Pentru domeniul comunicării pentru schimbare comportamentală, autorii naționali operează cu termenii de efectiv și eficient. Strategiile efective de comunicare pentru schimbare comportamentală constau în totalitatea planurilor pe un termen lung și de largă cuprindere, prin care se stabilește modul cum va interacționa organizația cu mediul, avînd ca scop atingerea obiectivelor stabilite [29, 30]. Pentru ca o strategie de comunicare să fie efectivă, aceasta trebuie să includă următoarele etape: dezvoltarea viziunii, implicarea persoanelor cheie, analiza situației, stabilirea audienței primare, conducerea evaluării formative a CSC, conducerea evaluării CSC, planificarea, prioritizarea segmentării audienței, obiectivele CSC.

Eficiența sau eficacitatea comunicării pentru schimbare comportamentală este abordată foarte mult în contextul evaluării activităților respective. Astfel, autori naționali determină diferite niveluri de evaluare, care de fapt țin de rezultatele și impactul obținut în relație cu eforturile depuse și atingerea obiectivelor preconizate. O evaluare eficace, astfel, acoperă toate nivelurile unei campanii de comunicare. Nivelurile unei evaluări se referă la reacții și gânduri; însușiri și cunoștințe; deprinderi și comportamente; eficacitate. Eficacitatea este definită ca o schimbare urmărită ca rezultat al comportamentului modificat, care de fapt, ne spune dacă cele planificate au condus la rezultatul scontat. De exemplu, dacă acele comportamente dominante la nivel de comunitate s-au schimbat, a condus oare aceasta la ameliorarea stării sănătății în comunitate. Eficacitatea este strîns legată de scopuri ale campaniei, care pot fi atinse doar cu eforturi comune și în congruență cu alte eforturi decît comunicare [8, 16].

Pentru a face o deosebire clară între nivel de eficiență și eficacitate a comunicării pentru schimbare comportamentală, autorii utilizează și abordarea prin prisma întrebărilor la care fiecare din acestea trebuie să răspundă. Astfel, pentru a determina eficiența unei campanii este necesar să se răspundă la următoarele întrebări: "Au fost lucrurile îndeplinite corect? Ce activități au fost efectuate pentru a obține rezultatele proiectului, programului, campaniei? Aceste rezultate au putut fi obținute cu resurse economice mai modeste? Au fost activitățile îndeplinite la timp? A fost repartizarea timpului reușită? A fost reușit aleasă metoda de implementare?" [8]. Pentru aspectele de eficacitate, este necesar de răspuns la următoarele întrebări: "Au fost realizate corect prevederile planului, au fost realizate toate prevederile planului de implementare a unei campanii de comunicare? Cît de eficace au fost strategiile și activitățile proiectului/programului/campaniei de comunicare în atingerea obiectivelor?" [8, 16].

Manualul de advocacy, comunicare și mobilizare socială pentru controlul tuberculozei prezintă două tipuri de evaluare:

- Evaluarea de rezultat (obiectiv) sau eficiență. Aceasta măsoară cît de bine intervenția ACMS a realizat obiectivele și ce trebuie de schimbat pentru a îmbunătăți eforturile ulterioare de ACMS. O astfel de evaluare va cuprinde următorii pași: determinarea informației necesare a fi evaluate, definirea datelor care vor fi colectate, luarea deciziilor privind metodele de colectare a datelor, dezvoltarea și pre-testarea instrumentelor de colectare a datelor, colectarea datelor, procesarea datelor, analiza datelor pentru a răspunde la întrebările evaluării, scrierea și diseminarea raportului de evaluare. Pentru că de fapt, ar putea apărea multiple limitări și constrîngeri ce țin de realizarea unei astfel de evaluări, este recomandabil să se conducă evaluări la scară mică, care ar fi mai valoroase decît cele la scară largă și care presupun o pregătire îndelungată și costisitoare.

- Evaluarea de impact sau eficacitate face legătura între schimbarea comportamentului și efectele de sănătate individuală/comunitară sau sociale. O evaluare de impact va răspunde la întrebarea: „persoanele care au adoptat noi experiențe sau comportamente au avut schimbări la nivel de sănătate și bunăstare a sa sau a comunității sale?” Evaluarea de impact nu este utilizată des de specialiști, pentru că aceasta implică costuri mari, dar de asemenea presupune evaluarea altor factori care contribuie la atingerea rezultatelor de impact[3,11].

Mai multe surse bibliografice sugerează de fapt, în contextul realizării oricărui tip sau nivel de evaluare, de utilizat indicatori, care să fie măsurabili. Se identifică indicatori de nivel individual și comunitar. Indicatorii individuali țin de cunoștințe, atitudini, convingeri, practici, comportamente, date demografice. Indicatorii comunitari utilizează datele din partea organizațiilor, agențiilor publice, sau altor grupuri care pot arăta tendințele de schimbare la o scară mai largă. O metodă cheie de urmărire a indicatorilor comunitari ține de observarea comportamentelor persoanelor sau factorilor relevanți ai comunității. Aceștia măsoară schimbarea la nivel de politici și reglementări, accesibilitatea la informație, comportament, norme sociale, inclusiv stigma și prezența sau mobilizarea rețelelor sociale[3, 8, 26, 28]. Instrumentele sau metodele utilizate pentru colectarea datelor pot cuprinde: studii repetate (de bază și final); istorii, jocuri de rol pentru a prezenta informația importantă sau anumite evenimente, interviuri în profunzime cu participarea beneficiarilor campaniei sau observatorilor, discuții focus-grup, revizuirea propunerilor de proiect, rapoarte sau documente.

Metodele de colectare a datelor sunt cantitative și calitative. Metodele calitative se referă la interviurile în profunzime, discuțiile focus-grup, studii bazate pe observații (urmărirea vizuală a persoanelor în comunități fără a explica aceasta și observând comportamentele). Metodele cantitative pot include date despre vânzări, statistică și studii [3, 8, 26, 28]. Este bine și recomandabil de utilizat metode participative care permit includerea persoanelor bolnave sau afectate de tuberculoză în acest proces [3].

#### **Rolul, efectul, eficiența, eficacitatea, impactul comunicării în articole științifice**

Numeroase articole, în jur de 20 identificate de autor comunică despre rolul, efectul, eficiența, eficacitatea, impactul comunicării sau fac legătura între intervențiile de comunicare și schimbările la nivel de cunoștințe, atitudini, practici, norme comunitare și/sau sociale. Astfel, pentru activitățile de comunicare pentru schimbare comportamentală în sănătatea reproductivă, realizată pentru o perioadă de trei ani, în una din regiunile Indiei, evaluarea impactului a demonstrat creșteri semnificative statistic la nivel de cunoștințe de până la 50% și de schimbări de comportamente de până la 20% [15]. Evaluări similare privind eficacitatea intervențiilor de CSC utilizând modelul COMBI în Sudan cu referire la utilizarea paturilor tratate cu insecticide în controlul malariei, demonstrează o creștere semnificativă a utilizării acestora de la 8% (evaluarea inițială) la 48% (evaluarea post-intervenție) (OR=4.8) [16].

Analiza mai multor articole ce țin de controlul tuberculozei, la nivel internațional au demonstrat de asemenea, că intervențiile ACSM sau CSC pot fi atât eficiente, cât și eficace. Majoritatea articolelor atestă, ca rezultate, de realizare a intervențiilor de comunicare în controlul tuberculozei, creșteri semnificative la nivel de cunoștințe și atitudini de la 10 la 20%. Evaluări au fost realizate în lumea întreagă, de la fostul spațiu ex-sovietic către statele continentului american și african. Eficacitatea intervențiilor de comunicare, în sensul schimbării comportamentelor și influențării indicatorilor ce țin de controlul tuberculozei: rata depistării active sau pasive, cât și influențarea indicatorilor de succes a tratamentului atestă creșteri începând cu 5% și până la 10-12%. Sumarul articolelor respective, este prezentat în tabelul de mai jos.



Tabelul 1. Sumarul a 21 articole privind „Eficiența și/sau eficacitatea intervențiilor de comunicare” (în ordinea datei de publicare)

Țara	Anul	Metoda	Rezultate	Tematica centrală
Moldova [39]	2004	Studiu de cunoștințe, atitudini și practici	70% din populație cunoaște simptomele TB, 62% cunoaște că aceasta se transmite prin aer și tuse, doar 13% consideră că tuberculoza poate fi tratată, doar 60% s-ar adresa la medic dacă ar observa simptomele tuberculozei	Cunoștințe, atitudini și practici TB, design campanie de comunicare TB
Vietnam [14]	2004	Studiu transversal de evaluare a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor	A crescut nivelul de KAP pînă la 80% (nu prezintă valoarea de bază), cît și numărul de cazuri TB per 100 000, ca rezultat al extensiei DOTS și intervențiilor de comunicare.	DOTS Comunicare Depistare timpurie a TB
Uzbekistan [46]	2005	Analiză SWOT	Rigiditatea medicilor privind DOTS, cunoștințe, atitudini și practici joase ale populației, încrederea mică a pacienților în medici	Provocări DOTS, depistare tîrzie a TB
Zambia [43]	2005	Studiu calitativ	Creșterea depistării active și pasive a tuberculozei, acceptarea DOT de către pacienți	Efect comunicare, depistare timpurie TB, acceptare DOT
Lituania [18]	2005	Metoda nu este descrisă	Rată înaltă de aderență la tratament (87%), numărul pacienților care au întrerupt tratamentul a scăzut cu 5% de la 7% la 1,5%.	Eficiența comunicării asupra aderenței la tratament
Uzbekistan [20]	2005	Analiza documentației medicale	Creșterea numărului de cazuri noi pozitive de la 35.5% la 44.9% într-o perioadă de trei ani, RST a crescut de la 80,0% la 84,8% în regiunea unde au fost realizate activități IEC	Eficacitate IEC Depistare TB și RST
Mexico [4]	2005	Analiza documentației medicale	RST – 77%, eșec doar în 1,7%	Eficacitate CSC, tuberculoză, penitenciare
Moldova [47]	2006	Instruire a lucrătorilor outreach și voluntari	500 beneficiari acoperiți cu materiale IEC, testare	Advocacy TB, persoane care

			la TB a 34 UDI	trăiesc cu HIV
Sudan [16]	2006	Studiu bazat pe design quasi-experimental constituit din două grupuri: de control și experimental.	Creștere semnificativă a utilizării acestora de la 8% (evaluarea inițială) la 48% (evaluarea post-intervenție) (OR=4.8) [16]	Eficacitate CSC, model Combi, controlul malariei
SUA [33]	2006	Analiza documentației medicale	Creșterea depistării timpurii a tuberculozei, cu aprox. 5% timp de 1 an	Educație de la egal la egal, tuberculoza în închisori, eficacitate CSC
România [34]	2006	Studiu printre populația romă	Acoperirea cu servicii a 13000 persoane, identificarea a 450 persoane contacti cu TB	Eficiență comunicare, populații vulnerabile, depistare timpurie TB
Indonezia [42]	2006	Studiu calitativ	Cunoștințe eronate și mituri despre tuberculoză existente. Prezența stigmei în special printre comunități	Factori de risc, adresarea la medic, cunoștințe și practici, stigmă
Filipine [48]	2006	Studii pre și post intervenție	Îmbunătățirea depistării active și RST cu 5%	Eficacitate CSC
India, Bihar [15]	2008	Studii pre și post intervenție	Creșteri semnificative statistice la nivel de cunoștințe de pînă la 50% și de schimbări de comportamente de pînă la 20%	Comunicare în sănătate Sănătatea comunitară Sănătatea reproducerii
Moldova [40]	2008	Studiul privind cunoștințele, atitudinile și practicile în tuberculoză	Se atestă o creștere între perioada comparată 2004: 2008 la nivel de cunoștințe TB. Cea mai mare creștere ține de cunoașterea faptului că TB poate fi tratată, cu aprox. 25%, TB se transmite prin aer – 20%.	KAP, tuberculoză, comparație KAP
Moldova [37]	2008	Studiu repetat, transversal	Indicator integrat cunoștințe HIV este mai jos printre deținuți (aprox. 40%) decît alte grupuri de risc, în civil (aprox. 48%) cu aprox. 8%	HIV/SIDA, comportamental, grupuri de risc, inclusiv penitenciare
Moldova [6]	2009	Studiu național	Succesul RST legat de managementul pacienților, calitatea monitorizării, continuitatea monitorizării, cunoștințele pacientului despre	Factori de risc RST în TB, cunoștințele despre tratament

			tuberculoză și tratament	
Moldova [27]	2009	Analiza documentației medicale	Identificarea prin metoda depistării pasive a 49 cazuri noi TB pozitive (60% din totalul cazurilor depistate).	Eficiență CSC, TB, penitenciare
Croația [17]	2010	Nu este descrisă metoda exactă a studiului	Cele mai comune motive de adresare târzie la medic țin de necunoașterea simptomelor (34.5%) și subestimarea acestora (32.9%).	Motive de adresare târzie după servicii TB Influența nivelului de cunoștințe asupra fenomenului
Bolivia [49]	2010	Studiu calitativ KAP	Cunoștințe joase ale deținuților și personalului penitenciarelor despre TB, stigmatizare înaltă	TB penitenciare KAP
Moldova [35]	2010	Cercetare integrată, bazată pe studiul epidemiologic analitic cu elemente de studiu descriptiv	Doar 18% din pacienți cu TB-MDR au cunoștințe înalte pentru indicatorul integrat ce țin de tratamentul maladiei Pe parcursul tratamentului încrederea în medic scade cu aprox. 10%	Factori de risc asociați aderenței la tratament a TB MDR, semnificația factorilor de cunoștințe, factorul relație medic-pacient
Moldova [36]	2010	Analiza comprehensivă a documentației medicale și SIME-TB	Analiza indicatorilor TB prin prisma indicatorilor OMS	Indicatori și situație TB
Moldova [38]	2010	Studiu repetat, transversal	Indicator integrat cunoștințe HIV este mai jos printre deținuți (aprox. 43%) decât alte grupuri de risc, în civil (aprox. 53%) cu aprox. 10%	HIV/SIDA, comportamental, grupuri de risc, inclusiv penitenciare

## Concluzii

- Închisorile reprezintă comunități dezvoltate, închise, descrise de particularități bine determinate, precum: suprapopulare, ierarhii interne specifice cu reguli și valori proprii, factor de securitate, finanțare inferioară decât pentru populația generală, riscuri mai mari pentru sănătate, inclusiv ce țin de răspândirea tuberculozei. Tuberculoza în penitenciare (incidența) este de zeci de ori mai mare decât în sectorul civil, în Moldova în anul 2009, această diferență fiind de aproximativ 9 ori mai mare.
- Comunicarea pentru schimbare comportamentală este o intervenție care și-a demonstrat eficacitatea în diferite domenii ale sănătății publice. Pentru domeniul tuberculozei, conform standardelor OMS, aceasta se înscrie în modelul numit Advocacy (pledoarie), comunicare și mobilizare socială, și care a fost preluat de documentele de politici internaționale, regionale, naționale și poartă implicații inclusiv pentru penitenciare.
- Intervențiile de comunicare pentru schimbare comportamentală produc efecte măsurate la nivel de
  - rezultate de produs** – îmbunătățire a cunoștințelor și atitudinilor într-un anumit domeniu (de la 10% și chiar 30 -40% dacă intervenția este realizată pentru perioade de peste 3 ani). Acest tip de efecte amplasează eforturile de comunicare ca fiind efective.

- b) **Rezultate de obiectiv** – schimbare a comportamentelor (de la 5% la 10%) pentru diferite tipuri de probleme. Pentru domeniul tuberculozei acestea țin de adresarea la medic sau aderența la tratament. **Acest tip de efect este de nivelul eficienței comunicării.**
- c) **Rezultate de impact sau scop al campaniei de comunicare** - schimbări ale indicatorilor esențiali de sănătate și schimbări ale sănătății comunitare. Pentru domeniul tuberculozei aceasta ține de rata depistării și a succesului tratamentului. Prin intervenții sistematice de comunicare, s-au atestat progrese de la 3 la 5%. **Acest tip de efect este de nivelul eficacității comunicării.**
4. Metodele de măsurare și evaluare sunt în special, studiile care evaluează cunoștințele, atitudinile și practicile înainte și post intervenție, de asemenea și analiza statisticii medicale, studii transversale etc.

### **Bibliografie**

1. *A guide to developing knowledge, attitude and practice survey*, World Health Organization, 2008
2. *Actions for Life. Towards a World free of tuberculosis. The Global Plan to Stop TB 2006-2015*. Stop TB Department, World Health Organization, 2006
3. *Advocacy, Communication and social mobilization, a handbook for country managers*, Stop TB Department, World Health Organization, 2007
4. Arand D. and co-authors, *Impact of active search and social mobilisation on tuberculosis in prisons of Mexico*, The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, volume 9, nr 11, November IUATLD 2005
5. Arandottir T., *Tuberculosis and Public Health*, IUATLD, 2009
6. Bivol S., Scutelnicuic O., Soltan V. *Raport de studiu "Factorii de risc asociați cu situațiile de abandon și eșec al tratamentului strict supravegheat al tuberculozei în Republica Moldova"*, Chișinău, 2009
7. Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate, *"Studiu privind cunoștințele, atitudinile și practicile populației referitor la tuberculoză"*, București, 2007
8. Chicu V., Curocichin G., Nemerenco A. *Comunicarea în promovarea sănătății, în situații de risc și de criză (Ghid pentru medicii de familie)*, Chișinău, 2009
9. Chicu Valeriu, *Supravegherea și controlul bolilor infecțioase*, Chișinău 2007, p. 86riat
10. Colombani P, Banatvala N, Zaleskis R, Maher D. *European framework to decrease the burden of TB/HIV*, World Health Organization, 2003, EUR/03/5037600
11. *Communication for Better Health, Evaluation, Family planning Programmes*, Series J, N 56 <http://www.k4health.org/pr/j56/index.shtml>
12. Dara M., Grzemska M., Kimerling M., Reyes H., Zagorskiy A. *Guidelines of tuberculosis control in prisons*, TCTA and ICRC, 2009
13. Dara M. *TB infection control in European high TB priority countries*, The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, volume 12, nr 11, November IUATLD 2008
14. Do Huu Thoy and co-authors, *Health communication insights: the role of communication in Vietnam's fight against tuberculosis*, Health Communication partnership, September, 2004
15. Elkan E., Rekha M., Mizanur R., *The effect of community-based reproductive health communication interventions on contraceptive use among married couples in Bihar, India*, December 1, 2008
16. Elsheikh I., *Effectiveness of communication for behavioral impact (COMBI)*, April 1, 2007
17. Jurcev-Savicevic A, Kardum G. *Health-care seeking behaviour for tuberculosis symptoms in Croatia*, Eur J Public Health, 2010 Sep 15
18. Gajanskiene V., *DOT implementation in Lithuania: patient training*, The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, volume 9, nr 11, November IUATLD 2005
19. *Informing patients about TB*, Guidelines, WHO&StopTBPartnership, 2003

20. Khodjkanov M., Usakova S. *Effectiveness of a comprehensive TB communication campaign on rayon level*, The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, volume 9, nr 11, November IUATLD 2005
21. Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova Nr. 1409 din 30 decembrie 2005 “Cu privire la aprobarea Programului Național de prevenire și control al tuberculozei pentru anii 2006-2010” (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 27 ianuarie 2006, nr. 16-19, p.II, art. 87)
22. Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova Nr. 658 din 12.06.2007 “Cu privire la Programul național de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2007-2015”(Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 15.06.2007 Nr. 82-85, art Nr : 676)
23. Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova Nr. 1171 din 21 decembrie 2010 “Cu privire la aprobarea Programului Național de control al tuberculozei pentru anii 2006-2010” (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 31.12.2010, nr. 259-263, art. 1316)
24. Legea Nr. 10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 03.04.2009 Nr. 67, art Nr : 183)
25. Legea Nr. 153 din 04.07.2008 cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 05.08.2008, Nr. 143-144, art Nr : 583)
26. Lozan-Tîrșu C., Guțu L., Cojocaru R. *Comunicare pentru schimbare comportamentală*, Chișinău, 2008
27. Morosan V, Plamadeala S., Corloteanu A., Taranu V, Burisnchi V., Feit M., *Improving early TB detection through peer education in prisons*, Moldova, IUATLD abstract book, Paris, 2009, p.249
28. Nemerenco A., Cărăruș M., LozanTîrșu-Carolina, Guțu L. *Noțiuni de comunicare. Comunicarea în sănătatea publică*, SMSP, Chișinău, 2009
29. Ordinul MS al RM nr. 180 din 08.05.2007 “Cu privire la optimizarea activităților de control și profilaxie a tuberculozei în Republica Moldova”
30. Ordinul MS al RM nr. 571 din 14.07.2011 “Cu privire la implementarea Programului național de control al tuberculozei pentru anii 2011-2015”
31. *Patients’ Charter for Tuberculosis Care*, 2006 World Care Council [www.worldcarecouncil.org](http://www.worldcarecouncil.org)
32. *Plan to Stop TB in 18 High-priority Countries in the WHO European Region, 2007–2015*, World Health Organization 2007
33. *Peer educators to promote TB care finding in prisons in USA*, The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, volume 10, nr 11, November IUATLD 2006
34. Radulescu G., Dev A. *Tuberculosis control among the Roma in Romania: a community approach*, The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, volume 10, nr 11, November IUATLD 2006
35. Raport de studiu “Evaluarea factorilor de risc asociați aderenței la tratament a pacienților cu tuberculoză multidrogrezistentă (MDR-TB) înrolați în tratamentul DOTS plus”, Chișinău, 2010
36. Raport anual “Tuberculoza în Republica Moldova pentru anul 2009”, CNMS, 2010
37. Report “Behavioral and seroprevalence study, Moldova 2007”, NCHM, NCPCPM, Chisinau 2008
38. Report “Integrated bio-behavioral study, Moldova 2009-2010”, NCHM, AIDS Centre, Chisinau 2010
39. Scurt raport al sondajului sociologic “Tuberculoza în Moldova: cunoștințe, atitudini și practici în comportamentul populației”, Chișinău, 2004
40. Tuberculoza în Moldova: cunoștințe, atitudini și practici”, CNMS, MS, Chișinău, 2008
41. Soltan Viorel, „*Managementul colaborativ al serviciilor de control al infecțiilor HIV/SIDA și tuberculoză*”. Autoreferatul tezei de doctor în medicină, Chișinău 2010

42. Suharna S., Purwanta P., *Health care seeking behavior of TB patients in Indonesia*, The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, volume 10, nr 11, November IUATLD 2006
43. Tauba L., Sichinga K. *Scale up TB control: development of IEC for behavior change*, The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, volume 9, nr 11, November IUATLD 2005
44. *The power of partnership*, WHO, Global Partnership to STOP TB, Geneva, 2003
45. *TB training and education materials*, <http://www.findtbresources.org/>
46. Youldashev A., Uzakov G. *Challenges of tuberculosis case detection in Uzbekistan*, The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, volume 9, nr 11, November IUATLD 2005
47. Zatusovski I., Soltan V., *TB advocacy among people living with HIV/AIDS: experience of Moldova*, The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, volume 10, nr 11, November IUATLD 2006
48. Villanueva R., *Finding and curing TB cases in Phillipines*, The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, volume 10, nr 11, November IUATLD 2006
49. Waisbord S., *Participatory communication for tuberculosis control in prisons in Bolivia, Ecuador, and Paraguay*, pubmed, 2010 Mar;27(3):168-74.
50. <http://www.cdc.gov/tb/education/patientedmaterials.htm>
51. Evaluation guide of TB communication programmes [http://www.cdc.gov/tb/programs/Evaluation/Guide/AppC\\_logic\\_models.htm#IV](http://www.cdc.gov/tb/programs/Evaluation/Guide/AppC_logic_models.htm#IV)
52. Effective communication [http://www.comminit.com/global/search/apachesolr\\_search/effective%20communication?filters=tid:36](http://www.comminit.com/global/search/apachesolr_search/effective%20communication?filters=tid:36)
53. 10-Step Promotion Program Toolkit: Helping Service Professionals Improve Water, Sanitation and Hygiene Programs, USAID <http://www.10step-toolkit.org/>

**EFICIENȚA ACTIVITĂȚILOR DE COMUNICARE PENTRU SCHIMBARE  
COMPORTAMENTALĂ CU REFERIRE LA TUBERCULOZĂ ÎN PENITENCIARELE  
DIN REPUBLICA MOLDOVA**

**Svetlana Plămădeală, Viorel Soltan**

Școala de Management în Sănătate Publică, USMF „Nicolae Testemițanu”

**Summary**

*Efficiency of behavior change communication interventions  
in TB field in penitentiaries from Republic of Moldova*

The evaluation of the efficiency of behavior change communication referring to TB in penitentiary system of the Republic of Moldova is the main subject discussed in this article.

In TB field, communication is part of the strategy called Advocacy, Communication and Social Mobilization. This strategy is reflected in international, regional and local policy documents and is also recommended for the penitentiaries. This recommendation is in line with the factors that describes the penitentiaries: TB and MDR TB ten times higher indicators than in civil sector, overcrowded spaces, poor ventilation, weak knowledge and risky behaviors of inmates, which appear to be also weaker than in general population or other risky groups. The efficiency of the communication activities is measured by the increase of knowledge from 10 to 20% in the targeted group and modification of behavior like addressability to the doctor.