

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
52. Effective communication 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.

Rezumat

Subiectul acestui articol este evaluarea eficienței activităților de comunicare pentru schimbare comportamentală cu referire la tuberculoză în Șapte din penitenciarele Republicii Moldova.

În domeniul tuberculozei, comunicarea este parte a strategiei numită Advocacy (pledoarie), comunicare și schimbare comportamentală. Aceasta este parte a documentelor de politici internaționale, regionale și locale și de fapt este indicată și sectorului penitenciar, care este caracterizat de factori precum indicatori ai tuberculozei, tuberculozei multirezistente de zeci de ori mai înalți decât în sectorul civil, suprapopulare, cunoștințe joase și practici de risc mai evidențiate decât în alte medii de trai. Eficiența activităților de comunicare ține de modificări comportamentale precum adresarea la medic, creșterea nivelului de cunoștințe de la 10 la 20% ca rezultat al intervențiilor.

Actualitatea

Activitățile de advocacy, comunicare și mobilizare socială cu referire la tuberculoză sunt reflectate în documentele de politici și strategiile globale și regionale de control ale tuberculozei și măsurarea intervențiilor acestea în diferite țări ale lumii au demonstrat eficiența pentru domenii precum îmbunătățirea depistării cazurilor și compliancei la tratament, reducerea stigmei și discriminării, împuternicirea persoanelor afectate de tuberculoză și mobilizare a angajamentului politic și resurselor financiare [1,2,4,7,8]. Multiple studii efectuate printre deținuți în Moldova în special cele bio-comportamentale privind HIV/SIDA atestă că deținuții au un nivel mai jos de cunoștințe decât cele măsurate în alte populații de risc. Astfel, indicatorul integrat de cunoștințe HIV pentru deținuți, anul 2009, este de 30,8% față de 64,4% în utilizatori de droguri injectabile și 57,7% pentru lucrătoarele sexului comercial[9]. Aceasta ne poate indica faptul că aceste diferențe de cunoștințe sunt posibile și cu referire la tuberculoză.

Indicatorii epidemiologici privind tuberculoza, tuberculoza multirezistentă care sunt de zeci de ori mai înalți în penitenciare decât în sectorul civil, condițiile de detenție care sunt nesatisfăcătoare, suprapopularea din penitenciare, cunoștințele joase cu referire la tuberculoză și practicile de risc printre deținuți, dar și considerarea de către personalul medical din penitenciare a intervențiilor de comunicare pentru schimbare comportamentală ca puțin eficiente și utile, relevă faptul că acesta este un subiect important, care necesită a fi abordat într-un mod comprehensiv și exhaustiv[5]. Cunoștințele joase, atitudinile negative, practicile de risc sunt factori care influențează comportamentul de adresare la medic, și respectiv depistarea la timp tuberculozei, factori ce influențează atât asupra rezultatului tratamentului, dar în special asupra procesului de răspândire a maladiei[5], ori conform datelor OMS fiecare persoană cu tuberculoză poate infecta în medie între 10 și 15 persoane anual [3,11].

Campania de comunicare „Tuberculoza poate fi prevenită” și-a propus în anul 2009 să încurajeze deținuții din 7 instituții penitenciare IP 1 Taraclia, IP2 Lipcani, IP3 Leova, IP 4 Cricova, IP 6 Soroca, IP 15 Cricova, IP 18 Brănești să se adreseze la medic la apariția simptomelor TB și a făcut-o prin mesajul „Adresează-te la medic, dacă tușești mai mult de 3 săptămâni”, să aerisească încăperile/camerele cât mai des prin mesajul „Aerisește camera de cel puțin 5-6 ori pe zi” și să respecte regulile de igienă a tusei prin mesajul „Acoperă gura și nasul când tușești și strănuți” prezente în diferite tipuri de materiale. Deținuții au fost implicați în această campanie începând cu elaborarea materialelor informaționale, dar și distribuire de mesaje etc.

Materiale și metode

Pentru analiza eficienței activităților de comunicare cu referire la tuberculoză în penitenciare au fost realizate studii de cunoștințe, atitudini și practici la etapa de pre-intervenție și post-intervenție (studiu descriptiv selectiv). Mărimea eșantionului a fost calculată în

conformitate cu formula elaborată de organizația „Sănătatea Familiei la nivel internațional”/„Family Health International. Behavior Surveillance Surveys: guidelines for repeated behavioral survey in population at risk for HIV”, 2004 [6]. Numărul respondenților pentru fiecare penitenciar este prezentat în tabelul 2.

Tabelul 1. Distribuția respondenților în cadrul eșantionului, deținuți, Republica Moldova (malul drept al Nistrului), 2010

Nume	Localitate	Număr
Instituția Penitenciară N1	Taraclia	36
Instituția Penitenciară N2	Lipcani	26
Instituția Penitenciară N3	Leova	20
Instituția Penitenciară N4	Cricova	27
Instituția Penitenciară N6	Soroca	37
Instituția Penitenciară N15	Cricova	20
Instituția Penitenciară N 18	Brănești	28
Total	7 locații	194

Același eșantion de respondenți a fost utilizat la etapa de chestionare pre-intervenție și post-intervenție.

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

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{ES1^2 + ES2^2}}$$

Au fost considerate concludente diferențele cu probabilitatea de peste 95% ($p < 0,05$) [10].

De asemenea, pentru a măsura eficiența activităților de comunicare a fost calculat coeficientul de corelație între creșterea cunoștințelor deținuților și creșterea adresării la medic. Formula de calcul utilizată a fost:

$$r_{xy} = \pm \frac{\sum d_x d_y}{\sqrt{\sum d_x^2 \sum d_y^2}}$$

Pentru interpretarea intensității legăturii de dependență dintre fenomene au fost utilizate următoarele criterii:

- valoarea coeficientului de corelație cuprinsă între ± 1 denotă o corelație foarte puternică între fenomene;
- valoarea coeficientului de corelație cuprinsă între $\pm 0,99$ și $\pm 0,70$ denotă o corelație puternică între fenomene;
- valoarea coeficientului de corelație cuprinsă între $\pm 0,69$ și $\pm 0,30$ denotă o corelație medie între fenomene;
- valoarea coeficientului de corelație cuprinsă între $\pm 0,0$ și $\pm 0,29$ denotă o corelație slabă între fenomene[10].

Rezultate și discuții

Majoritatea respondenților din studiu aparțin grupului de vîrstă mai mare de 22 ani - peste 73%, după criteriul de educație majoritatea respondenților au 8/9 clase sau mai puțin - în jur de 42%, , conform criteriului de statut marital respondenții se încadrează în următoarea structură:

singuri -45,8% (89 respondenți); căsătoriți - 24,4% (47 respondenți); divorțați - 19,5% (divorțați); în concubinaj – 6,2% (12 respondenți); văduvi -4,1% (8 respondenți).

Indicatorul integrat de cunoștințe a fost măsurat ca rezultat al răspunsurilor corecte pentru toate 7 întrebări cu referire la cunoștințele despre TB, care a cuprins întrebările despre tipul maladiei, simptomatică, tratament, metode de prevenire, căi de transmitere a TB. Conform acestui indicator cel mai înalt grad de cunoștințe se atestă la penitenciarul de la Lipcani, P2 de 61,5% și cel mai scăzut grad de cunoștințe se atestă printre deținuții de la Leova P3, de 41,7% la nivel de pre-intervenție (Tabelul 2). Pentru toate penitenciarele, diferența între indicatorul integrat de cunoștințe de la etapa de pre-intervenție și post intervenție este semnificativă statistic.

Diferența dintre media indicatorului pentru toate penitenciarele la etapa de pre-intervenție 50,3±3,69 și media indicatorului post-intervenție 64,5±3,53 ($p<0,01$) este semnificativă, și de fapt acesta constituie 14,2% ($p<0,01$).

Este interesant, că se atestă diferențe semnificative între nivelul integrat de cunoștințe de la Penitenciarul de la Lipcani - 61,5±3,59 și Penitenciarul de la Leova - 41,7%±3,64 ($p<0,001$), dar aceste semnificații nu se regăsesc între celelalte penitenciare Cricova P 15 - 51,7±3,58 și Leova P3 - 41,7±3,64 ($p>0,05$), Lipcani fiind penitenciarul în care nivelul de studii superioare este cel mai înalt. Aceasta ne poate induce la concluzia, că de fapt, este legătură între nivelul de cunoștințe și nivelul de educație al persoanelor, dar pentru a demonstra aceasta este necesar de asemenea, de calculat coeficientul de corelație.

Același fenomen se atestă la analiza indicatorului integrat de cunoștințe la etapa de post-intervenție. Astfel, diferența dintre nivelul de cunoștințe post-intervenție 81,5%±2,87 și nivelul cel mai înalt de cunoștințe atestat ca rezultat al intervențiilor post-intervenție în Cricova P 15 - 65±3,52, $p<0,001$ este semnificativă, ceea ce înseamnă că diferențele cu penitenciarele în care nivelul de cunoștințe este mai jos vor fi de asemenea semnificative.

S-a realizat analiza diferenței indicatorului integrat de cunoștințe pentru penitenciarul în care a fost atestat cel mai înalt nivel de cunoștințe Cricova P 15 - 65±3, 52 și cel mai mic nivel de cunoștințe Cricova P 4 - 55,9±3,67 $p>0,05$, care este ne semnificativ statistic. Concluzia acestei analize este că eficiența campaniilor de comunicare este mai mare pentru penitenciarul în care nivelul de educație al deținuților este mai mare – Lipcani P2 (în care se dețin foști colaboratori ai Ministerelor de forță și majoritatea dintre aceștia au studii superioare, față de penitenciarele celelalte – în care majoritatea deținuților – peste 40% au nivel de educație de 8-9 clase și mai puțin).

Tabel 2. Tabel comparativ al indicatorului de cunoștințe integrat, pre-I și post-I, deținuți, KAP, 2009

Penitenciar	P±ES%, pre-I	P±ES%, post-I	p
Lipcani maturi, P2	61,5±3,59	81,5±2,87	<0,001
Leova P3	41,7±3,64	61,7±3,59	<0,001
Cricova P4	43,6±3,66	55,9±3,67	<0,05
Soroca P6	52,7±3,58	63,8±3,55	<0,05
Brănești, P18	50,5±3,71	62,7±3,57	<0,05
Cricova P15	51,5±3,67	65±3,52	<0,01
Taraclia P1	50,6±3,62	61,4±3,59	<0,05
Media	50,3±3,69	64,5±3,53	<0,01

Cea mai înaltă creștere a cunoștințelor se atestă pentru penitenciarele de la Lipcani către 81,5% ($p<0,001$) și pentru Penitenciarul de la Leova – 61,7% ($p<0,001$) – (Figura 1). Cea mai mică diferență între media indicatorului pre-intervenție și post-intervenție se atestă la Penitenciarele din Soroca P6, Cricova P4, Brănești P18, Taraclia P1. Ca rezultat al intervenției de comunicare, cel mai scăzut nivel de cunoștințe se atestă pentru penitenciarele Cricova P4 – 55,9%, Taraclia P1 – 61,4% și Leova P3 – 61,7%. (Figura 15)

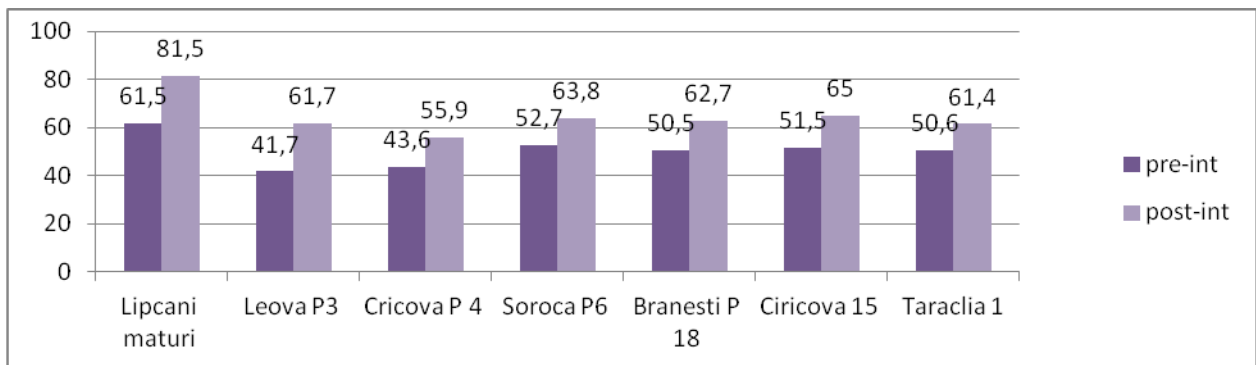


Figura 1. Indicator integrat de cunoștințe (simptome, aerisire, cultura tusei), %, sistem penitenciar, 2009, Pre-I și post-I, KAP, 2009

Cunoștințele deținuților au fost măsurate și separat per fiecare întrebare. La toate întrebările se atestă diferențe semnificative între etapa de pre-intervenție și post-intervenție cu excepția celei ce ține de ventilarea încăperilor/camerelor, probabil legate de elemente puternice de sub-cultură și condiții proaste de trai, care condiționează comportamentul acoperirii ferestrelor mai ales pe timp rece.

La întrebarea “Care este una din cele mai eficiente metode de prevenire a răspândirii tuberculozei” (răspunsul corect fiind legat de ventilare), deținuții au demonstrat un nivel foarte jos de cunoștințe – 25,9% și nivelul de creștere a indicatorului respectiv este la fel foarte mic. De fapt, deținuții cred ca o metodă eficientă de prevenire a răspândirii infecției ar fi să se facă tratament profilactic cu una – două pastile (peste 50%).

Pentru toate penitenciarele indicatorul de 25,9%±3,14 care crește către 33,2%±3,38 ($p>0,05$) este nesemnificativ statistic pentru această întrebare. De fapt, doar pentru penitenciarul de la Lipcani, se atestă o creștere semnificativă a cunoștințelor printre deținuți ca rezultat al intervenției 34,6%±3,41 (pre-I) către 70%±3,29 (post-I) pentru $p<0,001$ (Figura 13).

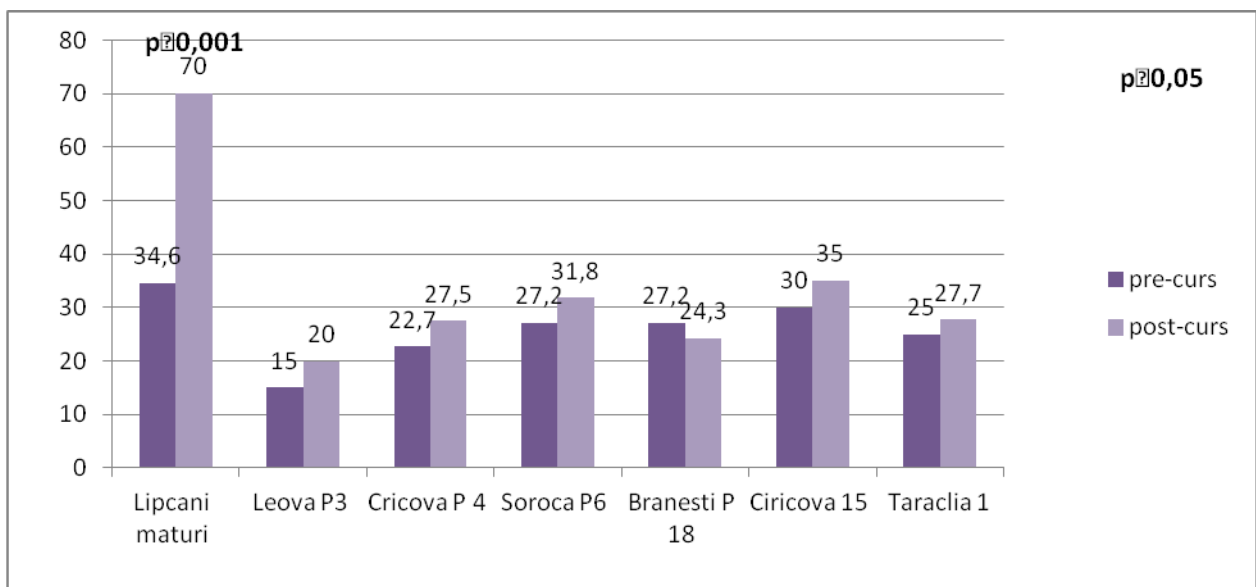


Figura 2. Cunoștințele privind metoda de prevenire – ventilare/aerisire, deținuți, Pre-I și post-I, KAP, 2009

Deoarece pentru toate celelalte întrebări, diferențele între nivelul de cunoștințe la etapa de pre-intervenție și post-intervenție sunt semnificative, se poate deduce că această campanie de comunicare este una eficientă și de fapt, cunoștințele deținuților au crescut cu 14,2% (conform

revistei literaturii acest % de creștere atestă eficiență), la etapa de pre-intervenție indicatorul integrat de cunoștințe era de $50,3 \pm 3,69$ și indicatorul post-intervenție $64,5 \pm 3,5$, $p < 0,01$.

Eficiența intervențiilor de comunicare a fost determinată prin calcularea coeficientului de corelație. A fost realizată corelația între creșterea nivelului de cunoștințe pentru fiecare penitenciar (%) și creșterea nivelului de adresare la medic (%). Pentru fiecare penitenciar a fost calculat % de creștere și inserat în tabelul 3, cu ajutorul căruia se poate calcula coeficientul de corelație.

Tabel 3. Tabelul corelării

	%, cunoștințe	adresari	dx	dy	d2x	d2y	dxdy
Taraclia P1	10,8	14,2	3,4	-1,3	11,56	1,69	-4,42
Lipcani P2	20	19,1	-5,8	-6,2	33,64	38,44	35,96
Leova P3	20	8,1	-5,8	4,8	33,64	23,04	-27,84
Cricova P4	12,3	11	1,9	1,9	3,61	3,61	3,61
Soroca P6	11,1	10,5	3,1	2,4	9,61	5,76	7,44
Cricova 15	13,5	14,4	0,7	-1,5	0,49	2,25	-1,05
Branesti 18	12,2	13,6	2	-0,7	4	0,49	-1,4
Total	99,9	90,9			96,55	75,28	12,3
media	14,2	12,9				25,62	

$$r_{xy} = 12,3 / 25,62 = 0,48$$

Astfel, indicatorul de corelare este $r_{xy} = 0,48$. Indicatorul respectiv poate fi interpretat în felul următor: Există o legătură de corelație directă medie cuprinsă între $\pm 06,9$ și $\pm 0,30$ egală cu $r_{xy} = 0,48$ între nivelul de creștere al cunoștințelor deținuților și nivelul de creștere al adresării la medic.

Concluzii

1. Campania de comunicare este una eficientă, deoarece a reușit creșterea nivelului de cunoștințe al deținuților cu 14,2%.
2. Diferența dintre media indicatorului integrat de cunoștințe la etapa de pre-intervenție $50,3 \pm 3,69$ și indicatorului post-intervenție $64,5 \pm 3,5$, $p < 0,01$ este semnificativă, ceea ce demonstrează încă odată eficiența acestei campanii de comunicare.
3. Pentru toate penitenciarele indicatorul cu referire la ventilare este de $25,9\% \pm 3,14$ care crește către $33,2\% \pm 3,38$ ($p > 0,05$) și este de fapt nesemnificativ statistic, cu excepția Penitenciarului P2, Lipcani, în care se atestă creștere semnificativă: $34,6\% \pm 3,41$ (pre-I) către $70\% \pm 3,29$ (post-I) pentru $p < 0,001$. Aceasta demonstrează faptul că există mituri privind metodele de prevenire a tuberculozei, și deținuții nu cunosc informația corectă și respectiv, practica ventilării încăperilor este foarte joasă.
4. Între fenomenul de creștere a nivelului de cunoștințe și creștere a nivelului adresării la medic există o legătură directă medie $r_{xy} = + 0,48$.

Bibliografie

1. *Actions for Life. Towards a World free of tuberculosis. The Global Plan to Stop TB 2006-2015.* Stop TB department, World Health Organization, 2006
2. *Advocacy, Communication and social mobilization, a handbook for country managers,* Stop TB Department, World Health Organization, 2007
3. Arandottir T., *Tuberculosis and Public Health,* IUATLD, 2009
4. Chicu V., Curocichin G., Nemerenco A. *Comunicarea în promovarea sănătății, în situații de risc și de criză (Ghid pentru medicii de familie),* Chișinău, 2009

5. Dara M., Grzemska M., Kimerling M., Reyes H., Zagorskiy A. *Guidelines of tuberculosis control in prisons*, TCTA and ICRC, 2009
6. FHI, *Behavior surveillance surveys: Guidelines for repeated behavioral survey in population at risk for HIV*, Family Health International, 2004
7. Lozan-Tîrșu C., Guțu L., Cojocaru R. *Comunicare pentru schimbare comportamentală*, Chișinău, 2008
8. Nemerenco A., Căraruș M., LozanTîrșu-Carolina, Guțu L. *Noțiuni de comunicare. Comunicarea în sănătatea publică*, SMSPP, Chișinău, 2009
9. Report “Integrated bio-behavioral study, Moldova 2009-2010”, NCHM, AIDS Centre, Chisinau 2010
10. Spinei L., Lozan O., Badan V. *Biostatistica*, Școala de Management în Sănătate Publică, Chișinău, 2009
11. http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html

PARTICULARITĂȚI ALE COMUNICĂRII ÎN CADRUL RELAȚIEI MEDIC – PACIENT

Gheorge Roșu

Școala de Management în Sănătate Publică

Summary

The particularities of communication within the relationship physician – patient

This article describes different models of communication between a doctor and a patient (parental, technical, contractual, and collegiate). There are summarized the two functions of the communicative act between the doctor and the patient: an informative one (reciprocal, between the doctor and the patient) and the therapeutically one. There are also highlighted the peculiarities of the communication in stationary and ambulatory conditions.

Rezumat

În acest articol sunt descrise diferite modele (parental, tehnic, contractual, colegial) de comunicare dintre medic și pacient. Sunt rezumate două funcții ale actului comunicativ dintre medic și pacient: una informativă (reciprocă, între medic și bolnav) și cealaltă terapeutică. Sunt evidențiate particularitățile comunicării în condiții de staționar și ambulator.

Actualitatea

Relația interpersonală dintre medic și pacient apare ca un fenomen inerent practicării profesiei medicale. Multiple implicații și particularități ale acestei relații au impus-o ca principal obiect de studiu al psihologiei medicale, cu atât mai mult că nu există aspect al practicii medicale care să nu depindă de relațiile medic – pacient.

Fiind o relație interpersonală duală, având drept protagoniști bolnavul care solicită ajutor calificat și medicul care este în măsură să acorde acest ajutor – se desfășoară, în trei planuri fundamentale intelectual (predominant informațional) afectiv și moral.

Studierea caracteristicilor psihologice precum și înțelegerea profundă a semnificației actului intersubiectiv care ia naștere din întâlnirea celor două persoane (medic – bolnav), permite cunoașterea aspectelor care le unesc și desparte în scopul optimizării aspectelor pozitive, în multiple valențe de comunicare în practici prin oferirea pentru omul suferind a unui suport afectiv și moral, având consecințe benefice de necontestat în procesul însănătoșirii.

Așadar raportul medic-bolnav depinde în egală măsură de bolnav (de structura sa psihofiziologică individuală), de medic (de experiența pregătirii medicale, scopul pe care-l urmărește prin tratamentul său) și de boala, afecțiunea de care suferă bolnavul. Știința medicală nu presupune doar aducerea în practică a unor principii științifice bine determinate, ci și luarea în