



# Analiza multidimensională a stigmei asociate tuberculozei în Republica Moldova

Publicat în Chișinău, 2025



# Mulțumiri

---

Studiul privind Analiza multidimensională a stigmei asociate tuberculozei în Republica Moldova a fost realizat de către Asociația Națională a Bolnavilor de Tuberculoză din Republica Moldova „SMIT” (Societatea Moldovei împotriva Tuberculozei) la solicitarea Programului Național de Răspuns la Tuberculoză (PNRT) cu suportul Centrului pentru Politici și Analize în Sănătate și Coaliției Europene pentru Tuberculoză, din resursele Fondului Global de luptă împotriva HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei și Partneriatului Stop TB, găzduit de UNOPS.

Mulțumim Departamentului de coordonare a PNRT pentru oferirea informațiilor și suportului relevant pe parcursul realizării cercetării. De asemenea, suntem profund recunoscători organizațiilor active în controlul tuberculozei, membre a Platformei TB și echipei Imaps Expert, care au fost implicați în colectarea și analiza datelor.

Sincere mulțumiri aducem tuturor respondenților, care au participat în cadrul studiului și le mulțumim tuturor pentru timpul acordat, pentru implicare, deschidere, încredere și informațiile valoroase oferite în timpul discuțiilor de grup și interviurilor aprofundate.

Ne exprimăm recunoștința față de experții care au revizuit raportul și au contribuit la definitivarea acestuia.

Raportul de cercetare reflectă opinia autorilor și nu prezintă neapărat punctul de vedere al donatorului sau al oricărei alte organizații afiliate.



# Cuprins

|                                                                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Mulțumiri .....                                                                                                    | i  |
| Cuprins .....                                                                                                      | ii |
| Lista figurilor .....                                                                                              | iv |
| Lista tabelelor.....                                                                                               | v  |
| Abrevieri și acronime .....                                                                                        | vi |
| Abstract.....                                                                                                      | 1  |
| Situație de fundal .....                                                                                           | 3  |
| Metodologie.....                                                                                                   | 4  |
| Scop și obiective .....                                                                                            | 4  |
| Scop .....                                                                                                         | 4  |
| Obiective.....                                                                                                     | 4  |
| Design-ul studiului .....                                                                                          | 4  |
| Volumul eșantionului .....                                                                                         | 5  |
| Colectarea datelor .....                                                                                           | 6  |
| Metodologia de analiză .....                                                                                       | 7  |
| Considerații etice.....                                                                                            | 8  |
| Participanți la studiu .....                                                                                       | 9  |
| Persoane cu tuberculoză .....                                                                                      | 9  |
| Membrii familiilor persoanelor cu tuberculoză.....                                                                 | 12 |
| Membrii ai comunităților afectate de tuberculoză .....                                                             | 13 |
| Personal medical din sistemul de sănătate .....                                                                    | 14 |
| Radarul stigmei și intensitatea atitudinilor stigmatizante .....                                                   | 15 |
| Radarul stigmei.....                                                                                               | 15 |
| Intensitatea atitudinilor stigmatizante .....                                                                      | 16 |
| Dimensiunea invizibilă a tuberculozei: analiză psihometrică a efectelor stigmatizării .....                        | 17 |
| Persoane cu tuberculoză .....                                                                                      | 17 |
| Scala auto-stigmatizare .....                                                                                      | 17 |
| Autoidentificarea în raport cu afirmațiile standardizate despre tuberculoză: analiza percepțiilor subiective ..... | 18 |
| Indicatori ai stigmatizării și impactului emoțional .....                                                          | 19 |
| Nivelul estimat de auto-stigmatizare.....                                                                          | 20 |
| Factori asociați cu percepția înaltă a stigmei: persoane cu tuberculoză .....                                      | 21 |
| Membrii familiilor persoanelor cu tuberculoză .....                                                                | 25 |
| Scala auto-stigmatizare .....                                                                                      | 25 |
| Indicatori ai stigmatizării și impactului emoțional în mediul familial .....                                       | 27 |
| Nivel estimat de auto-stigmatizare în mediul familial .....                                                        | 28 |
| Factori asociați cu percepția înaltă a stigmatizării în mediul familial .....                                      | 29 |
| Membrii ai comunităților afectate de tuberculoză .....                                                             | 30 |
| Scala auto-stigmatizare .....                                                                                      | 30 |
| Indicatori ai stigmatizării și impactului emoțional în mediul comunitar.....                                       | 31 |



|                                                                                                                                  |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Nivel estimat de auto-stigmatizare în mediul comunitar .....                                                                     | 32        |
| Factori asociați cu percepția înaltă a stigmatizării în mediul comunitar .....                                                   | 33        |
| Personal medical din sistemul de sănătate .....                                                                                  | 34        |
| Atitudini stigmatizante ale personalului medical față de persoanele cu tuberculoză .....                                         | 34        |
| Indicatori privind atitudinile stigmatizante ale personalului medical față de persoanele cu tuberculoză .....                    | 35        |
| <b>Stigma experimentată.....</b>                                                                                                 | <b>37</b> |
| Persoane cu tuberculoză .....                                                                                                    | 37        |
| Dimensiuni ale stigmatizării experimentate de către persoanele cu TB.....                                                        | 37        |
| Experimentarea stigmei în calea accesării serviciilor de sănătate pentru tuberculoză .....                                       | 48        |
| Membrii familiilor persoanelor cu tuberculoză .....                                                                              | 49        |
| Dimensiuni ale stigmatizării experimentate în mediul familial.....                                                               | 49        |
| Experimentarea stigmei de către membrii familiilor în calea accesării serviciilor de sănătate pentru tuberculoză .....           | 50        |
| Personal medical din sistemul de sănătate .....                                                                                  | 51        |
| Dimensiuni ale stigmatizării experimentate de către personalul medical.....                                                      | 51        |
| <b>Stigma observată .....</b>                                                                                                    | <b>52</b> |
| Stigma reflectată: percepția persoanelor cu tuberculoză asupra stigmatizării altor persoane cu tuberculoză.....                  | 52        |
| Stigma reflectată: percepția stigmatizării în calea accesării serviciilor de sănătate de către alte persoane cu tuberculoză .... | 52        |
| Stigma reflectată: percepția stigmatizării altor familii în procesul de îngrijire a persoanelor cu tuberculoză .....             | 54        |
| Stigma reflectată: percepția stigmatizării în mediul comunitar.....                                                              | 55        |
| Stigma reflectată: percepția stigmatizării în rândul personalului medical.....                                                   | 56        |
| <b>Analiză calitativă a stigmei asociate tuberculozei în calea accesării serviciilor de sănătate .....</b>                       | <b>58</b> |
| Persoane cu tuberculoză – experiențe personale .....                                                                             | 58        |
| Persoane cu tuberculoză – stigma observată.....                                                                                  | 59        |
| Membrii familiilor persoanelor cu tuberculoză .....                                                                              | 60        |
| Membri ai comunităților afectate de tuberculoză .....                                                                            | 61        |
| Personal medical din sistemul de sănătate .....                                                                                  | 61        |
| <b>Evaluarea mediului de drept și politici.....</b>                                                                              | <b>63</b> |
| Mediul legislativ și de politici .....                                                                                           | 63        |
| Rezultate focus-grup .....                                                                                                       | 64        |
| <b>Discuții.....</b>                                                                                                             | <b>71</b> |
| <b>Limitările studiului .....</b>                                                                                                | <b>78</b> |
| <b>Concluzii .....</b>                                                                                                           | <b>79</b> |
| <b>Recomandări .....</b>                                                                                                         | <b>82</b> |
| <b>Bibliografie .....</b>                                                                                                        | <b>84</b> |
| <b>Anexa 1. Sugestii pentru eliminarea stigmei asociate tuberculozei – sinteză tematică din interviuri .....</b>                 | <b>87</b> |



# Lista figurilor

|                                                                                                                                                                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 1. Radarul stigmatizării: persoane cu tuberculoză.....                                                                                                                                             | 15 |
| Figura 2. Intensitatea atitudinilor stigmatizante: persoane cu tuberculoză.....                                                                                                                           | 16 |
| Figura 3. Impactul psihosocial al tuberculozei măsurat în baza scalei auto-stigmatizare în rândul persoanelor cu tuberculoză.....                                                                         | 18 |
| Figura 4. Auto-identificare cu percepțiile despre tuberculoză și impactul asupra accesului la servicii.....                                                                                               | 19 |
| Figura 5. Nivel de stigmatizare în rândul persoanele cu tuberculoză.....                                                                                                                                  | 21 |
| Figura 6. Impactul psihosocial al tuberculozei asupra familiei persoanelor cu tuberculoză măsurat în baza scalei auto-stigmatizare.....                                                                   | 26 |
| Figura 7. Nivelul de stigmatizare resimțit în mediul familial .....                                                                                                                                       | 29 |
| Figura 8. Impactul psihosocial al tuberculozei asupra membrilor comunității măsurat în baza scalei de auto-stigmatizare .....                                                                             | 30 |
| Figura 9. Nivelul de stigmatizare resimțit în mediul comunitar .....                                                                                                                                      | 33 |
| Figura 10. Atitudini stigmatizante ale personalului medical față de persoanele cu tuberculoză măsurat în baza itemilor standardizați .....                                                                | 34 |
| Figura 11. Dimensiuni ale stigmatizării: experiențe și mediile unde a fost resimțită .....                                                                                                                | 37 |
| Figura 12. Experimentarea stigmei în funcție de caracteristicile demografice,% (n=336) .....                                                                                                              | 38 |
| Figura 13. Experimentarea stigmei în funcție de profilul socio-economic, % (n=336) .....                                                                                                                  | 39 |
| Figura 14. Experimentarea stigmei în dependență de factorii sociali de vulnerabilitate, % (n=336) .....                                                                                                   | 41 |
| Figura 15. Experimentarea stigmei în raport cu factorii de expunere la tuberculoză și modalitatea de referire către serviciul de tuberculoză pentru diagnostic , % (n=336).....                           | 42 |
| Figura 16. Experimentarea stigmei în funcție de caracteristicile clinice, % (n=336) .....                                                                                                                 | 44 |
| Figura 17. Experimentarea stigmei în raport cu spitalizarea și situația privind tratamentul pentru tuberculoză, % (n=336) .....                                                                           | 45 |
| Figura 18. Experimentarea stigmei în raport cu unele condiții asociate tuberculozei,% (n=336) .....                                                                                                       | 47 |
| Figura 19. Experimentarea stigmatizării de-a lungul traseului de acces la serviciile de sănătate .....                                                                                                    | 49 |
| Figura 20. Dimensiuni ale stigmatizării în mediul familial: experiențe și mediile unde a fost resimțită .....                                                                                             | 50 |
| Figura 21. Stigmatizarea resimțită de membrii familiei în procesul de îngrijire a persoanelor cu tuberculoză: variații în funcție de context și etapă .....                                               | 51 |
| Figura 22. Dimensiuni ale stigmatizării în rândul personalului medical: experiențe și mediile unde stigma a fost resimțită .....                                                                          | 51 |
| Figura 23. Dimensiuni ale stigmatizării indirecte și locul de resimțire a stigmei de alte persoane cu TB .....                                                                                            | 52 |
| Figura 24. Stigma indirectă: locurile în care persoanele cu TB au observat stigmatizarea altora pe traseul de acces la servicii de sănătate .....                                                         | 54 |
| Figura 25. Dimensiuni ale stigmatizării indirecte și locul de resimțire a stigmei de alte familii .....                                                                                                   | 55 |
| Figura 26. Dimensiuni ale stigmatizării în mediul comunitar: experiențe și mediile unde a fost resimțită .....                                                                                            | 55 |
| Figura 27. Stigma indirectă: locurile în care membrii comunității cu TB au fost observați că au experimentat stigmatizarea pe traseul de acces la serviciile de sănătate pentru TB (cifre absolute) ..... | 56 |
| Figura 28. Dimensiuni ale stigmatizării în mediul comunitar: experiențe și mediile unde a fost resimțită .....                                                                                            | 57 |
| Figura 29. Mediul legislativ și de politici (media a 7 drepturi).....                                                                                                                                     | 64 |



## Lista tabelelor

|                                                                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelul 1. Structura demografică a populației studiate: persoane cu tuberculoză.....                                                                                              | 9  |
| Tabelul 2. Profilul educațional, situație ocupațională și statut de asigurat: persoane cu tuberculoză .....                                                                       | 9  |
| Tabelul 3. Factori sociali de vulnerabilitate în rândul participanților la studiu: persoane cu tuberculoză.....                                                                   | 10 |
| Tabelul 4. Factori de expunere și referirea către serviciul de tuberculoză pentru diagnosticare .....                                                                             | 10 |
| Tabelul 5. Profil clinic și terapeutic al participanților la studiu: persoane cu tuberculoză .....                                                                                | 11 |
| Tabelul 6. Condiții asociate cu tuberculoza în rândul persoanelor cu tuberculoză .....                                                                                            | 12 |
| Tabelul 7. Structura demografică a populației studiate: membrii familiilor persoanelor cu tuberculoză .....                                                                       | 12 |
| Tabelul 8. Profilul relațiilor de rudenie în cazul persoanelor cu tuberculoză .....                                                                                               | 13 |
| Tabelul 9. Structura demografică a populației studiate: membrii comunității .....                                                                                                 | 13 |
| Tabelul 10. Număr persoane cu tuberculoză cunoscute personal în comunitate .....                                                                                                  | 13 |
| Tabelul 11. Structura demografică și profesională a populației studiate: personal medical .....                                                                                   | 14 |
| Tabelul 12. Statistici descriptive și consistența internă a itemilor scalei auto-stigmatizării .....                                                                              | 20 |
| Tabelul 13. Factori demografici asociați cu percepția stigmatizării înalte.....                                                                                                   | 21 |
| Tabelul 14. Factori socio-economici asociați cu percepția stigmatizării înalte.....                                                                                               | 22 |
| Tabelul 15. Factori sociali de vulnerabilitate asociați cu percepția stigmatizării înalte .....                                                                                   | 23 |
| Tabelul 16. Factori de expunere și traseul de diagnosticare asociați cu percepția stigmatizării înalte.....                                                                       | 23 |
| Tabelul 17. Factori clinici și terapeutici asociați cu percepția stigmatizării înalte .....                                                                                       | 24 |
| Tabelul 18. Condiții asociate tuberculozei în raport cu percepția stigmatizării înalte .....                                                                                      | 25 |
| Tabelul 19. Statistici descriptive și consistența internă a itemilor scalei auto-stigmatizării: membrii familiei<br>persoanelor cu tuberculoză.....                               | 28 |
| Tabelul 20. Factori demografici asociați cu percepția stigmatizării înalte în mediul familial .....                                                                               | 29 |
| Tabelul 21. Relații de rudenie - factori asociați cu percepția stigmatizării înalte în mediul familial .....                                                                      | 29 |
| Tabelul 22. Statistici descriptive și consistența internă a itemilor scalei auto-stigmatizării: membrii comunității.....                                                          | 32 |
| Tabelul 23. Factori demografici asociați cu percepția stigmatizării înalte în mediul comunitar .....                                                                              | 33 |
| Tabelul 24. Asocierea dintre percepția stigmatizării înalte în mediul comunitar și numărul persoanelor cu<br>tuberculoză cunoscute personal.....                                  | 34 |
| Tabelul 25. Statistici descriptive și consistența internă a itemilor scalei privind atitudinile stigmatizante ale<br>personalului medical față de persoanele cu tuberculoză ..... | 36 |
| Tabelul 26. Experimentarea stigmei în funcție de caracteristicile demografice și locul de percepție .....                                                                         | 38 |
| Tabelul 27. Experimentarea stigmei în funcție de profilul socio-economic și locul de percepție .....                                                                              | 40 |
| Tabelul 28. Experimentarea stigmei în raport cu factorii sociali de vulnerabilitate și locul de percepție .....                                                                   | 41 |
| Tabelul 29. Experimentarea stigmei în raport cu factorii de expunere la tuberculoză și referirea către serviciul de<br>tuberculoză pentru diagnostic și locul de percepție.....   | 43 |
| Tabelul 30. Experimentarea stigmei în funcție de caracteristicile clinice și locul de percepție .....                                                                             | 44 |
| Tabelul 31. Experimentarea stigmei în raport cu spitalizare, situația tratamentului și locul de percepție .....                                                                   | 46 |
| Tabelul 32. Experimentarea stigmei în raport cu condițiile asociate tuberculozei și locul de percepție .....                                                                      | 47 |
| Tabelul 33. Participanți la focus grup privind evaluarea mediului de drept și politici.....                                                                                       | 64 |
| Tabelul 34. Rezultatele evaluării mediului de drept și politici, malul drept .....                                                                                                | 65 |



## Abrevieri și acronime

| Abreviere              | Definire                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Centrul PAS            | Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate                                                                                                                                                                   |
| DOT                    | Tratament direct observat a tuberculozei                                                                                                                                                                         |
| DS                     | Deviația standard                                                                                                                                                                                                |
| EMA                    | Eroarea maxima admisă                                                                                                                                                                                            |
| IÎ                     | Interval de încredere                                                                                                                                                                                            |
| HIV                    | Virusul imunodeficienței umane ( <i>Human Immunodeficiency Virus</i> )                                                                                                                                           |
| MDR                    | Multi-drogrezistență                                                                                                                                                                                             |
| MAI                    | Ministerul Afacerilor Interne                                                                                                                                                                                    |
| MJ                     | Ministerul Justiției                                                                                                                                                                                             |
| MMPS                   | Ministerul Muncii și Protecției Sociale                                                                                                                                                                          |
| MS                     | Ministerul Sănătății                                                                                                                                                                                             |
| OR                     | Odds Ratio (Rata Șanselor)                                                                                                                                                                                       |
| PNRT                   | Program Național de Răspuns la Tuberculoză                                                                                                                                                                       |
| RR                     | Rezistență la rifampicină                                                                                                                                                                                        |
| SIDA                   | Sindromul imunodeficienței umane dobândite                                                                                                                                                                       |
| SMIT                   | Societatea Moldovei împotriva Tuberculozei                                                                                                                                                                       |
| Parteneriat<br>STOP TB | Stop TB Partnership – Rețea globală de organizații care colaborează pentru eliminarea TB ca problemă de sănătate publică, prin promovarea accesului la diagnostic, tratament și reducerea stigmei asociate bolii |
| TB                     | Tuberculoză                                                                                                                                                                                                      |
| VST                    | Tratamentul video susținut (asistat)                                                                                                                                                                             |



# Abstract

---

**Context.** Stigma asociată tuberculozei este un fenomen complex, sistemic și multidimensional, care afectează nu doar persoanele diagnosticate, ci și familiile acestora, comunitățile din care fac parte și chiar personalul medical, fiind adesea alimentată de factori structurali, precum lipsa de informare, stereotipurile sociale, deficiențele legislative și aplicarea inegală a drepturilor fundamentale. Evaluările anterioare, inclusiv studiul național din 2022, au evidențiat niveluri alarmante de stigmatizare anticipată în diferite contexte, inclusiv comunitate și în rândul personalului medical, precum și o rată ridicată de auto-stigmatizare. Pentru a documenta experiențele și progresele în abordarea stigmei, s-a propus realizarea studiului „Analiza multidimensională a stigmei asociate tuberculozei în Republica Moldova”.

**Metode.** Design-ul studiului este descriptiv-analitic, cu o abordare mixtă (cantitativă și calitativă) prin aplicarea de chestionare semi-structurate, validate internațional, în rândul persoanelor cu tuberculoză (336), membrii familiilor acestora (37), reprezentanți ai comunității (43) și personal medical (35), persoanele cu tuberculoză fiind selectate prin eșantionare aleatorie stratificată, pe baza datelor din SIME TB (sistem informațional de monitorizare și evaluare a tuberculozei), cu asigurarea reprezentativității geografice și demografice. Componenta calitativă a inclus organizarea unui focus grup cu participarea informatorilor cheie (factori de decizie, reprezentanți ai societății civile, experți în drepturile omului și reprezentanți mass-media) în vederea evaluării cadrului legislativ și politic privind stigmatizarea asociată tuberculozei prin utilizarea unei matrice de analiză a politicilor, conform metodologiei propuse de Parteneriatul Stop TB. Datele în 14 unități administrative ale Republicii Moldova și sistemul penitenciar, malul drept al râului Nistru, au fost colectate de 19 operatori de teren instruiți, în perioada 14 martie – 5 mai 2025. Un total de 38 de documente au fost analizate, printre care legi și reglementări guvernamentale, ordine executive, rapoarte naționale, etc. Cadrul de analiză s-a concentrat pe cuantificarea gradului de stigmatizare resimțit de persoanele cu tuberculoză, utilizând instrumente validate internațional și adaptate contextului național (scalele Van Rie, Arcencio și Corrigan); identificarea și descrierea formelor de stigmatizare (auto-stigmatizare, stigmatizare percepută și experimentată) în diverse medii sociale și instituționale (familie, comunitate, la locul de muncă și în sistemul medical); evaluarea impactului stigmatizării și a barierelor întâmpinate în calea accesării serviciilor de sănătate pe traseul terapeutic (de la recunoașterea simptomelor până la finalizarea tratamentului și reintegrarea socială post-tratament); identificarea factorilor determinanți care ar putea favoriza experimentarea stigmatizării; investigarea modului în care stigma asociată tuberculozei este percepută, interiorizată și manifestată în mediul familial și comunitar; evaluarea percepției stigmei în rândul personalului medical, inclusiv experiențele proprii de stigmatizare și atitudinile față de persoanele cu tuberculoză; explorarea stigmei observată de către persoanele cu tuberculoză, familiile acestora și personalul medical, în vederea înțelegerii caracterului sistemic și al răspândirii fenomenului în diverse contexte sociale și instituționale. S-a obținut consimțământul scris de la toți respondenții și informatorii cheie, iar protocolul de cercetare a fost examinat și aprobat de către Comitetul Național de Expertiză Etică a Studiului Clinic prin decizia nr. 1850 din 10 februarie 2025.

**Rezultate.** Studiul relevă caracterul omniprezent și persistent al stigmei, care influențează profund viața persoanelor afectate și accesul acestora la servicii de sănătate. Radarul stigmei și intensitatea atitudinilor stigmatizante confirmă caracterul multidimensional al fenomenului și evidențiază distribuția inegală a stigmatizării în funcție de context, cu niveluri ridicate de auto-stigmatizare, urmate de stigmatizarea în comunitate și la locul de muncă.



Intensitatea atitudinilor stigmatizante este cea mai mare în comunitate (81%), dar rămâne semnificativă și în familie (57%), în percepția de sine (49%) și în mediul medical (43%). Un șir de factori pot influența perceperea și experimentarea stigmei printre care: genul; statutul ocupațional; nivelul educațional scăzut, lipsa asigurării medicale, condițiile nesatisfăcătoare de trai. O descoperire interesantă a studiului a fost constatarea faptului că statutul de pacient este de fapt un factor protector în sistemului penitenciar, posibil datorită unei adaptări sociale diferite sau a unei redefiniri a normelor în rândul persoanelor cu experiență carcerală. Alți factori determinanți includ: confirmarea bacteriologică care amplifică stigmatizarea; suprapunerea stigmatelor determinată de unele condiții (HIV și consum de droguri). Studiul a subliniat că stigma afectează toate etapele traseului terapeutic, iar mediul medical reprezintă un spațiu paradoxal, care este adesea perceput ca stigmatizant, în pofida faptului că ar trebui să ofere suport și îngrijire persoanelor afectate. Familiile resimt stigmatizarea prin asociere, iar comunitatea contribuie la perpetuarea stigmei care persistă și după vindecare. Evaluarea mediului de drept și a politicilor publice relevă existența unor lacune semnificative care, cu toate că nu derivă exclusiv din cadrul legislativ, afectează capacitatea sistemului de a proteja și de a sprijini persoanele afectate de TB.



## Situație de fundal

---

Tuberculoza (TB) rămâne una dintre cele mai persistente provocări de sănătate publică în Republica Moldova, în ciuda progreselor înregistrate în diagnostic, tratament și prevenire. Clasificată de Organizația Mondială a Sănătății printre cele 18 țări prioritare din regiunea europeană și printre cele 30 de țări cu povară înaltă a TB multidrogrezistente (MDR-TB), Republica Moldova se confruntă nu doar cu o problemă medicală, ci și cu una profund socială: stigmatizarea asociată bolii [1,2].

Stigma asociată TB este un fenomen complex, sistemic și multidimensional, care afectează nu doar persoanele diagnosticate, ci și familiile acestora, comunitățile din care fac parte și chiar personalul medical [3]. Aceasta se manifestă prin atitudini negative, discriminare, izolare socială și auto-stigmatizare, influențând profund comportamentele de căutare a îngrijirii, aderența la tratament și reintegrarea post-terapeutică [4–6]. În același timp, stigma TB este alimentată de factori structurali, precum lipsa de informare, stereotipurile sociale, deficiențele legislative și aplicarea inegală a drepturilor fundamentale.

Evaluările anterioare, inclusiv studiul național din 2021–2022, au evidențiat niveluri alarmante de stigmatizare anticipată în comunitate și în rândul personalului medical, precum și o rată ridicată de auto-stigmatizare [7]. Aceste date au fost confirmate și extinse în cadrul celei de-a doua runde de evaluare a stigmatizării desfășurate în 2025, care a utilizat metodologia standardizată a Parteneriatului Stop TB și a inclus o abordare integrată, calitativă și cantitativă, centrată pe experiențele directe ale persoanelor afectate.

Studiul actual și-a propus să ofere o înțelegere aprofundată a stigmatizării TB în Republica Moldova, analizând-o din multiple perspective: individuală, familială, comunitară, instituțională și legislativă. Prin această abordare, se urmărește nu doar documentarea fenomenului, ci și identificarea factorilor determinanți, a barierelor de acces la servicii și a lacunelor din cadrul normativ. În plus, evaluarea explorează dimensiunea reflectată a stigmei – modul în care aceasta este percepută și observată de către ceilalți – și impactul său asupra reintegrării sociale post-tratament.

Într-un context în care dreptul la sănătate este recunoscut, dar adesea compromis de practici discriminatorii, acest raport devine un instrument esențial pentru formularea de politici bazate pe dovezi, pentru consolidarea cadrului de protecție a drepturilor persoanelor cu TB și pentru dezvoltarea unor intervenții eficiente de reducere a stigmatizării. Astfel, evaluarea nu este doar un exercițiu de cercetare, ci și o intervenție strategică pentru promovarea echității, demnității și incluziunii în sistemul de sănătate și în societate.



# Metodologie

---

## Scop și obiective

### Scop

- Scopul cercetării este de a evalua nivelul și distribuția stigmatizării asociate tuberculozei în Republica Moldova, utilizând instrumentul standardizat [8] și ajustat în contextul țării
- Studiul a urmărit identificarea formelor de stigmatizare resimțite de persoanele cu tuberculoză, familiile acestora, comunitate și personalul medical, precum și analiza impactului stigmei asupra accesului la servicii și a cadrului legislativ și politic relevant.

### Obiective

În vederea realizării unei evaluări riguroase și multidimensionale a stigmatizării asociate tuberculozei în Republica Moldova, studiul și-a propus următoarele obiective specifice:

1. Cuantificarea gradului de stigmatizare resimțit de persoanele cu tuberculoză, utilizând instrumente validate internațional și adaptate contextului național, precum scalele Van Rie, Arcencio și Corrigan.
2. Identificarea și descrierea formelor de stigmatizare (auto-stigmatizare, stigmatizare percepută și experimentată) în diverse medii sociale și instituționale, inclusiv în familie, comunitate, la locul de muncă și în sistemul medical.
3. Evaluarea impactului stigmatizării și a barierelor întâmpinate în calea accesării serviciilor de sănătate pe traseul terapeutic: de la recunoașterea simptomelor până la finalizarea tratamentului și reintegrarea post-tratament.
4. Identificarea factorilor determinanți care ar putea favoriza experimentarea stigmatizării, inclusiv în diverse contexte sociale și instituționale: auto-stigmatizare, familie, comunitate, loc de muncă și sistemul medical.
5. Analiza percepției stigmatizării în rândul familiilor și comunității prin investigarea modului în care stigma asociată tuberculozei este percepută, interiorizată și manifestată în mediul familial și comunitar.
6. Evaluarea percepției stigmei în rândul personalului medical, inclusiv experiențele proprii de stigmatizare și atitudinile față de persoanele cu tuberculoză.
7. Explorarea stigmei observată de către persoanele cu tuberculoză, familiile acestora și personalul medical, în vederea înțelegerii caracterului sistemic și al răspândirii fenomenului în diverse contexte sociale și instituționale.
8. Investigarea existenței și aplicabilității prevederilor legale și a politicilor relevante privind protecția drepturilor persoanelor cu tuberculoză, precum și identificarea eventualelor bariere structurale care pot contribui la perpetuarea stigmatizării.

## Design-ul studiului

Design-ul studiului este descriptiv-analitic, cu o abordare mixtă (cantitativă și calitativă), orientat spre evaluarea multidimensională a stigmatizării asociate TB în Republica Moldova, conceput în conformitate cu



metodologia și instrumentele utilizate, adaptate contextului național prin consultări cu actorii relevanți și testări preliminare.

Componenta cantitativă a studiului a cuprins aplicarea de chestionare semi-structurate, validate internațional, în rândul mai multor categorii de respondenți: persoane cu TB, membri ai familiilor acestora, reprezentanți ai comunității și personal medical. Selecția respondenților (persoane cu TB) s-a realizat prin eșantionare aleatorie stratificată, pe baza datelor extrase din SIME TB (sistem informațional de monitorizare și evaluare a TB), cu asigurarea reprezentativității geografice și demografice. Pentru investigarea elementelor care influențează percepția stigmei, au fost integrate în analiză informații extrase din SIME TB privind profilul demografic, condițiile sociale, istoricul medical și expunerea la factori de risc ale persoanelor incluse în studiu. Componenta calitativă a inclus organizarea unui focus grup cu participarea factorilor de decizie, reprezentanților societății civile, experților în drepturile omului și reprezentanților mass-mediei, în vederea evaluării cadrului legislativ și politic privind stigmatizarea asociată tuberculozei. În cadrul acestuia a fost utilizată o matrice de analiză a politicilor, conform metodologiei Parteneriatului Stop TB.

Studiul s-a desfășurat în Republica Moldova, malul drept al râului Nistru.

### **Implicarea persoanelor care au trecut prin experiența tuberculozei și a femeilor în desfășurarea studiului**

Procesul de elaborare și implementare a studiului a fost conceput într-un mod participativ, asigurând implicarea activă a persoanelor care au trecut prin experiența TB, inclusiv a femeilor, în toate etapele-cheie. Încă din faza de planificare, organizația SMIT — structură condusă de persoane cu experiență directă de TB și cu leadership feminin — a fost parte integrantă a echipei de lucru, colaborând strâns cu PNCT în definirea obiectivelor, dezvoltarea metodologiei și stabilirea criteriilor de eșantionare.

În etapa de colectare a datelor, membri ai organizațiilor de foști pacienți TB au fost implicați în facilitarea accesului la comunități și în asigurarea unei abordări sensibile la nevoile participanților. Ulterior, în procesul de analiză a datelor și formulare a concluziilor, aceștia au contribuit activ la interpretarea rezultatelor din perspectiva experienței trăite.

## **Volumul eșantionului**

### **Persoane cu tuberculoză**

- persoana cu TB - persoana care urmează tratamentul pentru TB sau care l-a finalizat într-o perioadă nu mai mare de 12 luni.
- eșantionul este reprezentat de 336 persoane.

### **Metoda de eșantionare a persoanelor cu TB (malul drept)**

Eșantionarea persoanelor cu TB a fost realizată printr-o abordare multietajată, bazată pe principii epidemiologice și demografice, pentru a asigura reprezentativitatea națională și echilibrul între diversele grupuri de populații cu TB.

**Etapa 1. Stratificarea teritorială după incidența TB:** Cele 35 de unități administrativ-teritoriale ale țării (32 raioane, 2 municipii, 1 unitate autonomă) au fost stratificate în trei categorii, în funcție de rata incidenței TB: înaltă, medie și joasă. Din fiecare categorie au fost selectate aleatoriu teritorii administrative, rezultând un total de 14 unități (12 raioane, 2 municipii) și sectorul penitenciar, reflectând astfel distribuția geografică a poverii TB.



**Etapa 2. Selecția respondenților din baza de date SIME TB:** Au fost extrase listele persoanelor aflate în evidență cu TB în anul 2024, precum și ale celor care au finalizat tratamentul cu cel mult 12 luni înainte de data extragerii. Această selecție a permis includerea atât a cazurilor active, cât și a celor recent tratate.

**Etapa 3. Respectarea proporțiilor demografice și vulnerabilități:** Eșantionul a fost construit pentru a reflecta structura populației cu TB, conform datelor statistice naționale. Astfel, s-a urmărit menținerea unui raport de aproximativ 3:1 între bărbați și femei și de 1,4:1 între mediul rural și urban. De asemenea, s-a acordat atenție includerii proporționale a grupurilor vulnerabile (persoane fără adăpost, persoane care trăiesc cu HIV, persoane cu dizabilități, consumatori de droguri, persoane cu istoric de detenție sau migrație).

**Etapa 4. Selecția aleatorie a respondenților:** Intervievarea s-a realizat pe baza listelor extrase, utilizând un pas de eșantionare de 5. În cazul în care o persoană nu a putut fi contactată, nu a fost disponibilă sau și-a exprimat refuzul a fost selectată următoarea persoană de pe listă în mod consecutiv.

### Membrii familiilor

- persoane adulte cu vârsta 18 ani și mai mult, care au avut un rol direct în suportul persoanelor cu TB
- părinți, copii, parteneri de viață, frați sau surori sau alți membri apropiați ai familiei, precum și îngrijitori informali care au oferit suport emoțional, material sau medical.
- eșantionul a constituit 37 persoane.

### Membrii ai comunității

- persoane adulte cu vârsta 18 ani și mai mult care au o poziție formală sau informală de influență în comunitățile în care locuiesc persoanele cu TB
- vecini sau persoane apropiate de persoanele cu TB, lideri comunitari (formali sau informali), reprezentanți ai autorităților publice locale (APL), asistenți sociali, personal nemedical din sistemul penitenciar (psihologi, asistenți sociali, personal educativ) care au rol de reprezentare comunitară în cadrul instituțiilor penitenciare.
- eșantionul a constituit 43 persoane.

### Personal medical

- profesioniști din domeniul sănătății (medici ftiziopneumologi, asistenți medicali) care oferă servicii medicale directe sau indirecte persoanelor cu TB, în cadrul instituțiilor medicale publice.
- eșantionul a constituit 35 persoane.

### Focus-grup

- factori de decizie politici, reprezentanți ai organizațiilor societății civile, experți în drepturile omului și reprezentanți ai mass-mediei care au expertiză sau implicare în domeniul tuberculozei și al cadrului legislativ și politic relevant.
- 1 focus- grup din 27 participanți.

## Colectarea datelor

Colectarea datelor s-a realizat în perioada 14 martie – 5 mai 2025, utilizând o abordare mixtă, care a combinat metode cantitative și calitative, în conformitate cu metodologia elaborată de Parteneriatul STOP TB și adaptată contextului Republicii Moldova.



## Instrumente utilizate

- Instrumentele elaborate de Parteneriatul STOP TB: *TB Stigma Assessment data collection tools*, inclusiv *Stigma Assessment Workbook v2* [8]
- Chestionare semi-structurate aplicate în rândul persoanelor cu TB, membrilor familiilor acestora, reprezentanților comunității și personalului medical. Acestea au fost construite pe baza unor scale validate internațional (Van Rie, Arcencio, Corrigan) și au fost adaptate lingvistic și cultural
- Ghid de discuție pentru focus-grup, utilizat pentru evaluarea cadrului legislativ și politic privind stigmatizarea TB
- Matrice de evaluare a politicilor și legislației, completată în cadrul focus-grupului cu experți și factori de decizie

## Procedura de colectare

- Interviuurile au fost realizate de 19 interviuatori instruiți în 14 unități teritoriale ale țării, care au respectat principiile etice fundamentale: consimțământul informat, confidențialitatea și voluntariatul participării.
- Datele au fost înregistrate, codificate și introduse într-un fișier Excel centralizat *Stigma Assessment Workbook (v2)*[8], structurat pe categorii de respondenți și tipuri de scale.
- Pentru componenta calitativă, focus-grupul a fost facilitat de un moderator cu experiență, iar discuțiile au fost documentate prin luarea de note, cu acordul participanților.

## Metodologia de analiză

### Analiza datelor cantitative

Analiza datelor a fost realizată printr-o combinație de metode statistice descriptive și inferențiale, adaptate specificului fiecărui grup de respondenți și tipului de instrument aplicat. Răspunsurile la itemii din chestionare au fost colectate utilizând o scală Likert cu 5 trepte, de la 0 (deloc de acord) la 4 (absolut de acord), ceea ce a permis cuantificarea gradului de acord cu afirmațiile stigmatizante. Pentru a evalua consistența internă a instrumentelor aplicate, a fost calculat coeficientul Cronbach's Alpha pentru fiecare scală. Valorile obținute au fost interpretate conform standardelor metodologice: valori  $\geq 0.70$  au fost considerate acceptabile,  $\geq 0.80$  bune, iar  $\geq 0.90$  excelente, indicând o fidelitate ridicată a măsurării.

Analiza descriptivă a inclus calculul frecvențelor simple, proporțiilor și mediilor pentru variabilele relevante. Pentru itemii cu distribuție redusă ( $n < 30$ ), a fost utilizat testul exact Fisher în locul testului chi-pătrat, pentru a asigura validitatea inferențelor statistice. În toate celelalte cazuri, testul chi-pătrat a fost aplicat pentru a evalua asocierile dintre variabilele socio-demografice și nivelul stigmatizării, cu respectarea condiției ca frecvențele așteptate să fie  $\geq 0.05$ .

Pentru estimarea riscului de stigmatizare asociat fiecărui factor independent, au fost calculate rapoarte de șanse (odds ratio, OR) în cadrul unor analize bivariate. Interpretarea OR s-a realizat astfel: valori  $> 1$  au indicat o asociere pozitivă între factorul analizat și probabilitatea de a experimenta stigmatizare, valori  $< 1$  au sugerat o asociere negativă, iar valorile apropiate de 1 au fost considerate neutre. Intervalele de încredere (95%) au fost utilizate pentru a evalua precizia estimărilor, iar semnificația statistică a fost stabilită la un prag de  $p < 0.05$ .

Pentru interpretarea scorurilor obținute la itemii privind stigmatizarea, au fost definite categorii distincte pentru fiecare grup de respondenți, în funcție de distribuția scorurilor medii individuale, calculate pe baza scale Likert cu cinci trepte (0–4).



Pentru persoanele cu TB, au fost definite categoriile: fără stigmatizare (scor=0.00), stigmatizare scăzută (0.01–1.33), stigmatizare moderată (1.34–2.66) și stigmatizare ridicată (2.67–4.00). Pentru analiza inferențială, aceste scoruri au fost recodificate într-o variabilă binară: scoruri  $\leq 1.33$  au fost considerate ca indicând absența stigmatizării sau un nivel scăzut, iar scoruri  $\geq 1.34$  au fost interpretate ca reflectând un nivel moderat sau ridicat de stigmatizare.

În cazul membrilor familiilor persoanelor cu TB, au fost definite categoriile: fără stigmatizare (scor=0.00), stigmatizare scăzută (0.01–1.49), stigmatizare moderată (1.50–2.24) și stigmatizare ridicată (2.25–3.00). Pentru facilitarea analizelor comparative, scorurile au fost recodificate într-o variabilă binară, în care scorurile  $\leq 1.49$  au fost considerate ca indicând stigmatizare scăzută sau absentă, iar scorurile  $\geq 1.50$  au fost interpretate ca reflectând un nivel moderat sau ridicat.

Pentru membrii comunității, au fost definite categoriile: fără stigmatizare (scor=0.00), stigmatizare scăzută (0.01–1.98), stigmatizare moderată (1.99–2.92) și stigmatizare ridicată (2.93–4.00). Recodificarea pentru analiza inferențială a fost realizată în mod similar: scorurile  $\leq 1.98$  au fost considerate ca indicând stigmatizare scăzută sau absentă, iar scorurile  $\geq 1.99$  au fost interpretate ca reflectând un nivel moderat sau ridicat de stigmatizare.

Analizele statistice au fost realizate cu ajutorul programului specializat IBM SPSS Statistics, versiunea 20.

### Analiza datelor calitative

Datele colectate în cadrul focus-grupului au fost analizate tematic, utilizând o matrice de codificare dezvoltată pe baza ghidului Parteneriatului Stop TB [8].

Informațiile privind cadrul legislativ și politic au fost sintetizate în funcție de domeniile-cheie: protecția drepturilor, accesul la servicii, mecanisme de combatere a discriminării.

## Considerații etice

Studiul a fost conceput și implementat cu respectarea principiilor etice fundamentale aplicabile cercetărilor care implică ființe umane, în conformitate cu Declarația de la Helsinki, Ghidul Bunei Practici Clinice și legislația națională relevantă din Republica Moldova privind protecția datelor cu caracter personal și drepturile pacienților.

Participarea la studiu a fost voluntară, iar fiecare respondent a fost informat în prealabil cu privire la scopul, obiectivele și metodologia cercetării. Consimțământul informat a fost obținut în scris, anterior aplicării instrumentelor de colectare a datelor. Participanții au fost informați că pot refuza să răspundă la întrebări sau se pot retrage din studiu în orice moment, fără consecințe negative.

Pentru protejarea confidențialității, toate datele colectate au fost codificate și anonimizate. Intervievatorii au fost instruiți în privința respectării confidențialității și au semnat acorduri de nedivulgare. Înregistrările audio, notele scrise și fișierele electronice au fost stocate în condiții de securitate, iar accesul la date a fost restricționat doar la membrii autorizați ai echipei de cercetare. După finalizarea studiului, datele vor fi păstrate timp de 12 luni, după care vor fi distruse conform procedurilor standard.

Protocolul de cercetare a fost examinat și aprobat de către Comitetul Național de Expertiză Etică a Studiului Clinic prin decizia nr. 1850 din 10 februarie 2025.



# Participanți la studiu

## Persoane cu tuberculoză

Majoritatea dintre respondenți au fost bărbați (76%), provenind în principal din mediul rural (57%). Distribuția pe grup de vârstă este reprezentată de persoanele cu vârsta de 55 ani și peste (28%), urmată de grupele 35–44 ani (25%) și 45–54 ani (24%). Grupurile mai tinere, 18–24 ani și 25–34 ani, însumează împreună 22% din totalul de respondenți (Tabelul 1). Vârsta medie a fost de 46.5 ani, cu o deviație standard de 14.6 ani, iar mediana de 45 ani, ceea ce reflectă o variabilitate moderată a vârstelor. Cel mai tânăr respondent a avut 18 ani, iar cel mai vârstnic 86 ani.

Tabelul 1. Structura demografică a populației studiate: persoane cu tuberculoză

| Denumire variabilă        | n (%)      |
|---------------------------|------------|
| <b>Total</b>              | <b>336</b> |
| <b>Sex</b>                |            |
| Bărbați                   | 254 (75.6) |
| Femei                     | 82 (24.4)  |
| <b>Grup de vârstă</b>     |            |
| 18 – 24 ani               | 22 (6.5)   |
| 25 – 34 ani               | 52 (15.5)  |
| 35 – 44 ani               | 85 (25.3)  |
| 45 – 54 ani               | 82 (24.4)  |
| ≥ 55 ani                  | 95 (28.3)  |
| <b>Mediu de reședință</b> |            |
| Urban                     | 143 (42.6) |
| Rural                     | 193 (57.4) |

Din punct de vedere a statutului educațional, au predominat persoanele cu studii medii (46%), dar și cei cu studii primare sau fără studii (32%), în timp ce 2.7% au fost cu studii superioare. În ceea ce privește statutul de persoană cu asigurare medicală anterior diagnosticării cu TB, mai mult de jumătate dintre respondenți (52%) nu aveau asigurare în sănătate. În 42% dintre cazuri, respondenții aveau statut de salariați oficiali sau obțineau venituri din alte surse (Tabelul 2).

Tabelul 2. Profilul educațional, situație ocupațională și statut de asigurat: persoane cu tuberculoză

| Denumire variabilă                                      | n (%)      |
|---------------------------------------------------------|------------|
| <b>Total</b>                                            | <b>336</b> |
| <b>Nivel de studii</b>                                  |            |
| Fără studii sau studii primare                          | 107 (31.8) |
| Medii (învățământ secundar)                             | 155 (46.1) |
| Medii (specialitate)                                    | 65 (19.3)  |
| Superioare                                              | 9 (2.7)    |
| <b>Statut de asigurat anterior diagnosticării cu TB</b> |            |
| Da                                                      | 161 (47.9) |
| Nu                                                      | 175 (52.1) |
| <b>Salariat sau alte venituri*</b>                      |            |
| Da                                                      | 141 (42.0) |



| Denumire variabilă | n (%)      |
|--------------------|------------|
| Nu                 | 195 (58.0) |

\*Include orice tip de venit provenit din salariu, indemnizații, burse, pensii sau venituri din alte surse

Datele evidențiază prezența unor factori sociali cu potențial impact asupra riscului de îmbolnăvire și aderenței la tratament în rândul persoanelor cu TB. În circa 10% cazuri, respondenți nu aveau domiciliu stabil, iar 14% au indicat istoric de migrație recentă. În plus, 15% au avut antecedente de detenție, dintre care 8.9% în ultimii doi ani până la stabilirea diagnosticului de TB. Evaluarea subiectivă a condițiilor de viață, realizată de către medicul ftiziopneumolog, arată că 62% dintre participanții la studiu aveau condiții satisfăcătoare de trai, iar un procent semnificativ (31%) se confruntau cu condiții nesatisfăcătoare, în timp ce pentru 7.4% dintre cazuri condițiile nu au putut fi evaluate (Tabelul 3).

Tabelul 3. Factori sociali de vulnerabilitate în rândul participanților la studiu: persoane cu tuberculoză

| Denumire variabilă           | n (%)       |
|------------------------------|-------------|
| <b>Total</b>                 | <b>336</b>  |
| <b>Condiții de trai*</b>     |             |
| Satisfăcătoare               | 208 (61.9)  |
| Nesatisfăcătoare             | 103 (30.7)  |
| Necunoscute                  | 25 (7.4)    |
| <b>Fără domiciliu stabil</b> |             |
| Da                           | 33 (9.8)    |
| Nu                           | 90.2 (90.2) |
| <b>Istoric de migrație*</b>  |             |
| Da                           | 47 (14.0)   |
| Nu                           | 289 (86.0)  |
| <b>Istoric de detenție*</b>  |             |
| Da, interval necunoscut      | 20 (6.0)    |
| Da, în ultimii 2 ani         | 30 (8.9)    |
| Nu                           | 286 (85.1)  |

\*Condiții de viață – evaluare estimativă, subiectivă apreciată de către medicul ftiziopneumolog în cadrul consultului; Istoric de migrație – persoana a locuit în afara granițelor țării pentru o perioadă de cel puțin 3 luni în ultimele 12 luni anterioare diagnosticării cu TB; Istoric de detenție – persoana a fost privată de libertate (în detenție) ultimele 24 luni sau mai mult înainte de stabilirea diagnosticului TB.

Datele evidențiază situații de risc și surse posibile de contractare a TB în rândul respondenților. Majoritatea persoanelor incluse în studiu (70%) au fost identificate ca având un risc sporit pentru TB, ceea ce reflectă o expunere semnificativă în medii vulnerabile. În ceea ce privește sursa probabilă de contagiare, în peste 62% dintre cazuri aceasta a rămas necunoscută, în timp ce 12% dintre respondenți se presupune că au contractat TB în mediul domiciliat, iar 9.2% în mediul penitenciar (Tabelul 4).

Referitor la modalitatea de referire către serviciul de specialitate TB, în circa jumătate (45%) de cazuri, respondenții au fost îndrumați de către medicul de familie, iar în 12% cazuri, aceștia s-au prezentat la medicul specialist TB din proprie inițiativă. Alții 6% au fost depistați cu TB în cadrul controlului medical la intrare în penitenciar (Tabelul 4).

Tabelul 4. Factori de expunere și referirea către serviciul de tuberculoză pentru diagnosticare

| Denumire variabilă            | n (%)      |
|-------------------------------|------------|
| <b>Total</b>                  | <b>336</b> |
| <b>Risc sporit pentru TB*</b> |            |
| Da                            | 234 (69.6) |



| Denumire variabilă                            | n (%)      |
|-----------------------------------------------|------------|
| Nu                                            | 102 (30.4) |
| <b>Sursa probabilă de contagiare</b>          |            |
| Domiciliu                                     | 41 (12.2)  |
| Penitenciar                                   | 31 (9.2)   |
| Alte surse cunoscute, nespecificate           | 55 (16.4)  |
| Necunoscut                                    | 209 (62.2) |
| <b>Referire către medicul ftziopneumolog:</b> |            |
| Adresare directă                              | 41 (12.2)  |
| Control la intrare în penitenciar             | 20 (6.0)   |
| Medic de familie                              | 152 (45.2) |
| Medic specialist (ftziopneumolog)             | 123 (36.6) |

\*Sursa probabilă de contagiare: alte – include alte surse cunoscute în afară de domiciliu; Risc sporit pentru TB – angajați în instituții medicale TB, azil bătrâni sau boschetari, instituții penitenciare, foști deținuți, alte locații cu risc pentru TB; Sursa probabilă de contagiare (Alte presupune surse cunoscute, dar nespecificate)

Caracteristicile clinice relevă predominarea formei pulmonare de TB (93%) și confirmarea bacteriologică (71%). TB multidrogrezistentă sau rezistentă la rifampicină (MDR/RR-TB) a fost diagnosticată la 16% dintre respondenți. Majoritatea cazurilor (73%) au fost cazuri noi, iar proporția cumulată a re-tratamentelor a format mai mult de o cincime (27%). Spitalizarea a fost observată în 92% dintre cazuri, iar în ceea ce privește tratamentul, 62% dintre respondenți l-au finalizat, în timp ce 34% se aflau în tratament, iar alții 3.9% deși l-au inițiat nu îl mai urmau la momentul interviului (Tabelul 5).

Tabelul 5. Profil clinic și terapeutic al participanților la studiu: persoane cu tuberculoză

| Denumire variabilă                                    | n (%)      |
|-------------------------------------------------------|------------|
| <b>Total</b>                                          | <b>336</b> |
| <b>Localizarea bolii</b>                              |            |
| Pulmonară                                             | 313 (93.2) |
| Extra pulmonară                                       | 23 (6.8)   |
| <b>Bacteriologic confirmat</b>                        |            |
| Da                                                    | 238 (70.8) |
| Nu                                                    | 98 (29.2)  |
| <b>MDR/RR-TB</b>                                      |            |
| Da                                                    | 55 (16.4)  |
| Nu                                                    | 281 (83.6) |
| <b>Tip de caz TB la înregistrare</b>                  |            |
| Caz nou                                               | 246 (73.2) |
| Caz recurent (recidivă)                               | 59 (17.6)  |
| Re-tratament după pierdere din supravegherea medicală | 10 (3.0)   |
| Re-tratament după eșec                                | 21 (6.2)   |
| <b>Spitalizat</b>                                     |            |
| Da                                                    | 310 (92.3) |
| Nu                                                    | 26 (7.7)   |
| <b>Situația privind tratamentul TB*</b>               |            |
| Tratament finalizat                                   | 210 (62.5) |
| Nu urmează tratament                                  | 13 (3.9)   |
| În tratament                                          | 113 (33.6) |

\*Situația privind tratamentul TB (tratament finalizat – vindecat sau tratament încheiat; nu urmează tratament – a inițiat tratamentul, dar nu l-a finalizat)



Datele prezentate în Tabelul 6 evidențiază o serie de condiții asociate cu TB, reflectând comorbidități și condiții de risc relevante din punct de vedere clinic și epidemiologic, iar printre acestea se remarcă infecția cu HIV, cu o prevalență de 12%, subliniind o corelare între cele două patologii. Diabetul zaharat este prezent la 2.1% dintre participanți, indicând o posibilă influență asupra evoluției bolii, în timp ce consumul excesiv de alcool, raportat în 9.5% dintre cazuri, poate contribui la agravarea stării de sănătate și la scăderea aderenței la tratament. Consumul de droguri (orice tip), deși raportat în 1.2% cazuri, rămâne un factor de risc important în contextul transmiterii TB în grupurile vulnerabile, iar afecțiunile psihice, prezente la 2.4% dintre participanți, pot complica suplimentar gestionarea terapeutică a TB. În 8.6% cazuri, respondenții au fost identificați ca persoane cu dizabilități, ceea ce poate reprezenta o barieră suplimentară în accesarea serviciilor de sănătate, dar și în menținerea continuității îngrijirii (Tabelul 6).

Tabelul 6. Condiții asociate cu tuberculoza în rândul persoanelor cu tuberculoză

| Denumire variabilă               | n (%)      |
|----------------------------------|------------|
| <b>Total</b>                     | <b>336</b> |
| <b>HIV</b>                       |            |
| Pozitiv                          | 39 (11.6)  |
| Negativ                          | 297 (88.4) |
| <b>Diabet zaharat</b>            |            |
| Da                               | 7 (2.1)    |
| Nu                               | 329 (97.9) |
| <b>Consum excesiv de alcool*</b> |            |
| Da                               | 32 (9.5)   |
| Nu                               | 304 (90.5) |
| <b>Consum droguri*</b>           |            |
| Da                               | 4 (1.2)    |
| Nu                               | 332 (98.8) |
| <b>Afecțiuni psihice</b>         |            |
| Da                               | 8 (2.4)    |
| Nu                               | 328 (97.6) |
| <b>Persoană cu dizabilitate</b>  |            |
| Da                               | 29 (8.6)   |
| Nu                               | 307 (91.4) |

\*Consum excesiv de alcool, consum droguri – condiții apreciate subiectiv de către medic în cadrul consultului medical

## Membrii familiilor persoanelor cu tuberculoză

Grupul analizat reprezintă persoane apropiate pacienților cu TB — membri ai familiei sau alte legături de rudenie — care au oferit sprijin în timpul procesului de depistare și tratament al TB. Acesta a fost reprezentat în 78% (29) de femei, iar grupul de vârstă predominant (41%) a fost între 45 și 64 ani, urmat de cei cu vârsta cuprinsă între 25 și 44 ani (32%) (Tabelul 7).

Tabelul 7. Structura demografică a populației studiate: membrii familiilor persoanelor cu tuberculoză

| Denumire variabilă | n (%)     |
|--------------------|-----------|
| <b>Total</b>       | <b>37</b> |
| <b>Sex</b>         |           |
| Bărbați            | 8 (21.6)  |
| Femei              | 29 (78.4) |



| Denumire variabilă    | n (%)     |
|-----------------------|-----------|
| <b>Grup de vârstă</b> |           |
| 18 – 24 ani           | 2 (5.4)   |
| 25 – 44 ani           | 12 (32.4) |
| 45 – 64 ani           | 15 (40.5) |
| ≥ 65 ani              | 8 (21.6)  |

Cei mai mulți dintre participanți au fost alte rude ale persoanei cu TB (54%, 20), indicând o implicare extinsă a familiei largite. Părinții pacienților au reprezentat 22% (8), copiii acestora 11% (4), frații și surorile au format 8.1% (3), iar nepoții – 5.4% (2) (Tabelul 8).

**Tabelul 8. Profilul relațiilor de rudenie în cazul persoanelor cu tuberculoză**

| Denumire variabilă | n (%)     |
|--------------------|-----------|
| <b>Total</b>       | <b>37</b> |
| Părinte            | 8 (21.6)  |
| Copil              | 4 (10.8)  |
| Frate sau soră     | 3 (8.1)   |
| Nepot sau nepoată  | 2 (5.4)   |
| Alte rude          | 20 (54.1) |

## Membrii ai comunităților afectate de tuberculoză

Eșantionul studiat, alcătuit din membrii ai comunității, a inclus un total de 43 de participanți. Din punct de vedere al distribuției pe sexe, se remarcă o predominanță a femeilor, care au reprezentat aproximativ 84% din total. În ceea ce privește repartizarea pe grupe de vârstă, 44% s-au încadrat în intervalul 25–44 de ani, în timp ce 46% au avut vârste cuprinse între 45 și 64 de ani, iar 9.3% au fost persoane cu vârsta de 65 de ani sau mai mult (Tabelul 12).

**Tabelul 9. Structura demografică a populației studiate: membrii comunității**

| Denumire variabilă    | n (%)     |
|-----------------------|-----------|
| <b>Total</b>          | <b>43</b> |
| <b>Sex</b>            |           |
| Bărbați               | 7 (16.3)  |
| Femei                 | 36 (83.7) |
| <b>Grup de vârstă</b> |           |
| 18 – 24 ani           | 0 (0.0)   |
| 25 – 44 ani           | 19 (44.2) |
| 45 – 64 ani           | 20 (46.5) |
| ≥ 65 ani              | 4 (9.3)   |

Din cei 43 de respondenți, majoritatea 60% – au menționat că din comunitatea sa cunosc două sau mai multe persoane care au avut sau au TB. În peste o cincime cazuri (21%), aceștia au indicat că cunosc o singură persoană, în timp ce 16% au afirmat că nu cunosc pe nimeni cu TB în comunitatea sa. Doar un singur respondent (2.3%) a declarat că nu cunoaște dacă este sau nu cineva cu TB în anturajul său (Tabelul 10).



Tabelul 10. Număr persoane cu tuberculoză cunoscute personal în comunitate

| Denumire variabilă          | n (%)     |
|-----------------------------|-----------|
| <b>Total</b>                | <b>43</b> |
| O persoană                  | 9 (20.9)  |
| Două sau mai multe persoane | 26 (60.5) |
| Nu sunt                     | 7 (16.3)  |
| Nu cunosc                   | 1 (2.3)   |

## Personal medical din sistemul de sănătate

Eșantionul angajaților din sistemul de sănătate este reprezentat în special de către femei (91%). Structura pe grupe de vârstă indică o concentrare semnificativă în segmentul 45–64 de ani (63%), iar grupa de vârstă 25–44 de ani este reprezentată în peste o treime (31%) din cazuri. Structura profesională a personalului medical inclus în eșantionul de studiu evidențiază o predominare a medicilor, aceștia reprezentând 63% (Tabelul 11).

Tabelul 11. Structura demografică și profesională a populației studiate: personal medical

| Denumire variabilă            | n (%)     |
|-------------------------------|-----------|
| <b>Total</b>                  | <b>35</b> |
| <b>Sex</b>                    |           |
| Bărbați                       | 3 (8.6)   |
| Femei                         | 32 (91.4) |
| <b>Grup de vârstă</b>         |           |
| 18 – 24 ani                   | 1 (2.9)   |
| 25 – 44 ani                   | 11 (31.4) |
| 45 – 64 ani                   | 22 (62.9) |
| ≥ 65 ani                      | 1 (2.9)   |
| <b>Structura profesională</b> |           |
| Medic                         | 22 (62.9) |
| Asistentă medicală            | 13 (37.1) |



# Radarul stigmei și intensitatea atitudinilor stigmatizante

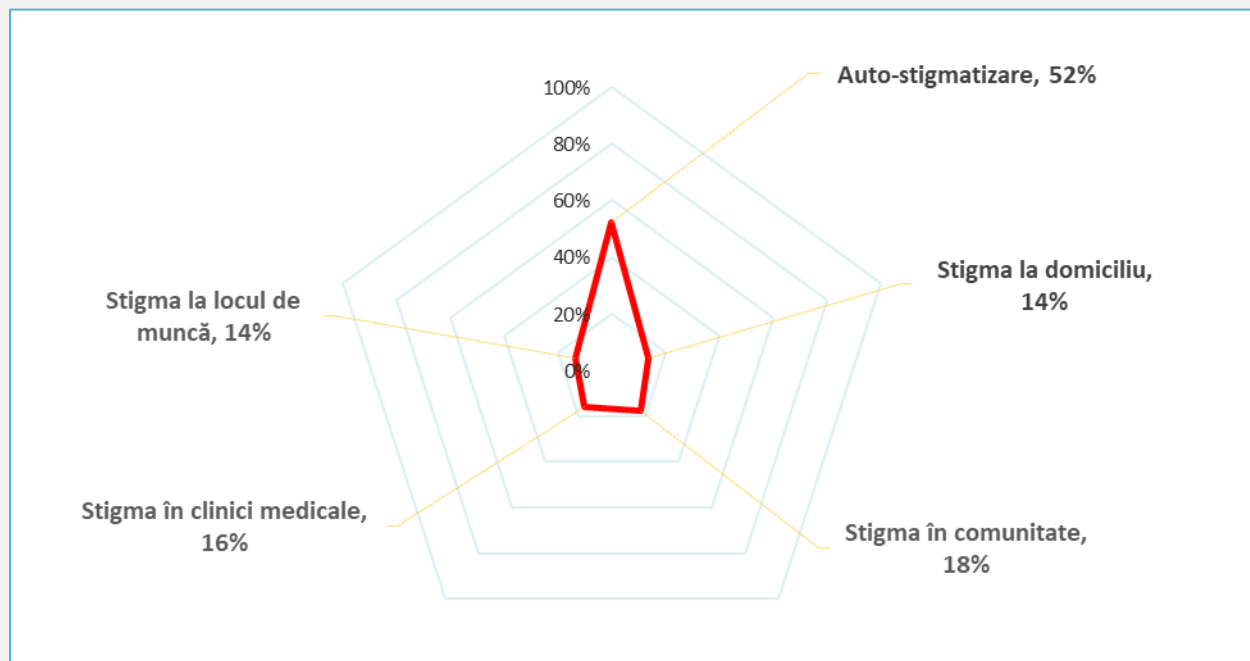
## Radarul stigmei

Radarul stigmei oferă o reprezentare vizuală concentrată asupra diferitelor forme de stigmatizare resimțite de persoanele cu TB în diverse contexte sociale și instituționale (288 din 336). Forma graficului, cu cele cinci axe radiale, permite o înțelegere comparativă a intensității percepute a stigmei în dependență de mediul în care aceasta s-a manifestat (Figura 1).

Radarul stigmei este reprezentat într-o formă neregulată, dar coerentă, sugerând că stigmatizarea nu este uniform distribuită. Aceasta variază semnificativ în dependență de context. Cel mai ridicat nivel este înregistrat în cazul auto-stigmatizării (52%), ceea ce indică o povară psihologică internă considerabilă, reflectând rușinea, vinovăția sau teama de respingere pe care o resimt persoanele cu TB. Urmează stigmatizarea în comunitate (18%) și în instituțiile medicale (16%), două spații sociale esențiale pentru integrarea și susținerea persoanei, dar care, în acest caz, devin surse de excludere. Stigma la locul de muncă și cea din mediul familial (câte 14%) sunt cu un nivel mai redus, sugerând faptul că inclusiv mediile care, de fapt ar trebui să fie cele de suport și îngrijire, persoanele cu TB se simt marginalizate (Figura 1).

În context, reprezentarea vizuală a radarului oferă și o imagine clară a complexității stigmatizării asociate TB, subliniind faptul că stigmatizarea este un fenomen multidimensional, care afectează individul în moduri diferite, în dependență de mediul în care se află.

Figura 1. Radarul stigmatizării: persoane cu tuberculoză



Proporția persoanelor cu tuberculoză care au indicat că stigmatizarea drept o barieră în accesarea serviciilor de sănătate pentru TB  
Inclusiv discriminarea (stigmatizare vizibilă)



## Intensitatea atitudinilor stigmatizante

Datele prezentate în Figura 2 ilustrează caracterul sistemic și multidimensional al stigmatizării asociate TB. Este de remarcat faptul că această formă de stigmatizare este omniprezentă și se manifestă cu o intensitate ridicată în toate sferele vieții persoanelor cu TB – de la percepția de sine, la relațiile familiale, comunitare și până la interacțiunile cu sistemul medical.

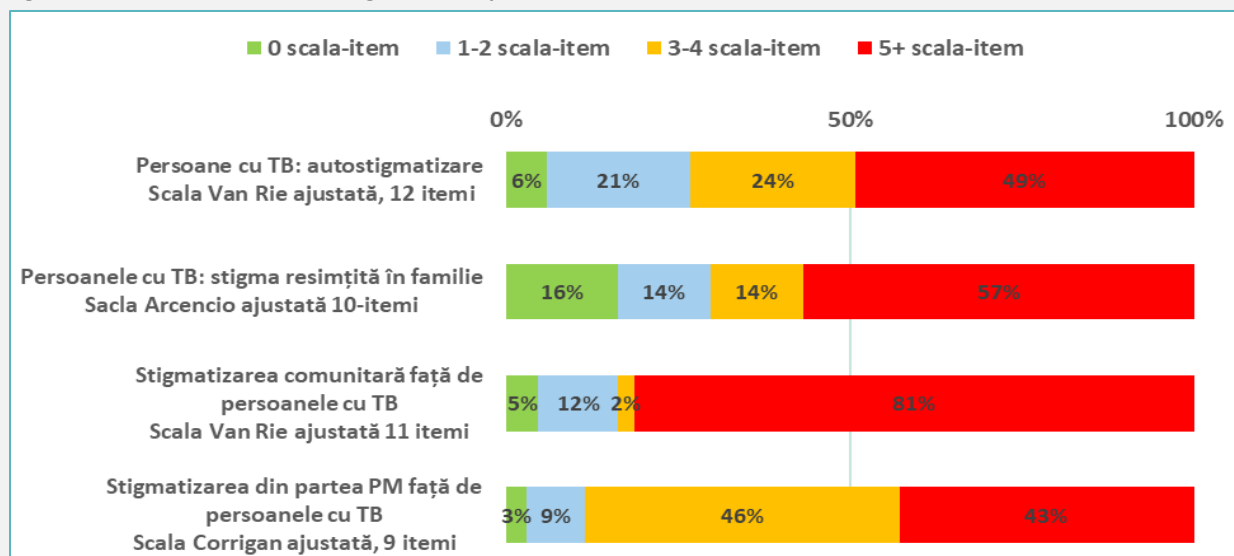
Stigmatizarea comunitară este percepută ca fiind cea mai intensă: 81% dintre persoanele cu TB au indicat prezența a cinci sau mai mulți itemi de stigmatizare, ceea ce sugerează o atitudine socială profund negativă față de persoanele cu TB. Valoarea ridicată indică o internalizare colectivă a prejudecăților și stereotipurilor, care poate avea efecte directe asupra comportamentului comunității față de pacienți, inclusiv prin izolare, respingere sau discriminare (Figura 2).

Stigmatizarea resimțită în familie este semnificativă, cu 57% dintre participanți indicând niveluri ridicate de stigmatizare. Rezultatul este îngrijorător, având în vedere că familia ar trebui să constituie un spațiu de suport. Prezența stigmei în acest cadru poate duce la suferință psihologică, ascunderea diagnosticului și chiar abandonarea tratamentului (Figura 2).

Auto-stigmatizarea este pronunțată: circa jumătate dintre persoanele cu TB (49%) au indicat prezența a cinci sau mai mulți itemi de stigmatizare, indicând internalizare stigmei și afectarea profundă a stimei de sine și a comportamentului de căutare a ajutorului. Această dimensiune este esențială, deoarece influențează direct aderența la tratament și calitatea vieții persoanelor afectate (Figura 2).

Stigmatizarea din partea personalului medical, deși ușor mai echilibrată, rămâne îngrijorătoare: 43% dintre participanții la studiu au niveluri ridicate, iar 46% niveluri moderate privind intensitatea stigmei. Deși mai puțin severă decât stigmatizarea comunitară, prezența stigmei în sistemul de sănătate este deosebit de problematică, întrucât poate afecta relația pacient–sistem de sănătate și poate compromite accesul la îngrijire de calitate (Figura 2).

Figura 2. Intensitatea atitudinilor stigmatizante: persoane cu tuberculoză



Intensitatea atitudinilor stigmatizante exprimă gradul în care respondenții au exprimat acordul cu afirmațiile expuse în itemi. Fiecare dimensiune este evaluată printr-o scală validată și ajustată (Van Rie, Arcencio, Corrigan), iar distribuția răspunsurilor este exprimată în funcție de numărul de itemi de stigmatizare raportați (0, 1–2, 3–4, 5+).



# Dimensiunea invizibilă a tuberculozei: analiză psihometrică a efectelor stigmatizării

## Persoane cu tuberculoză

### Scala auto-stigmatizare

În analiza răspunsurilor participanților la studiu privind impactul TB asupra stării emoționale și sociale, bazate pe 12 itemi, se remarcă o tendință semnificativă a răspunsurilor de *acord* și *absolut de acord* cu afirmațiile care reflectă stigmatizarea, vinovăția și izolarea socială (Figura 3).

Un procent considerabil dintre respondenți (71%, 239) au afirmat că păstrează distanța față de ceilalți pentru a evita răspândirea TB, ceea ce sugerează o conștientizare crescută a riscului de transmitere, dar și o posibilă autoizolare voluntară, care poate contribui la sentimentul de singurătate. Această izolare este susținută și de faptul că 39% (131) dintre respondenți se simt singuri, iar peste o treime (33%, 111) simt că își pierd prietenii atunci când se dezvăluie că suferă de TB (Figura 3).

Unul dintre pregnantele aspecte este frica de a-și dezvălui diagnosticul. Mai mult de jumătate dintre participanți (56%, 189) au declarat că aleg cu grijă cui să spună că au TB, iar 44% (147) le este frică să le spună celor din afara familiei, de frică să nu fie judecați sau respinși.

Frica de dezvăluire este prezentă și în cadrul familial: 16% (54) dintre respondenți recunosc că le este frică să le spună membrilor familiei că au TB, ceea ce indică o lipsă de siguranță emoțională chiar și în cercul celor apropiați.

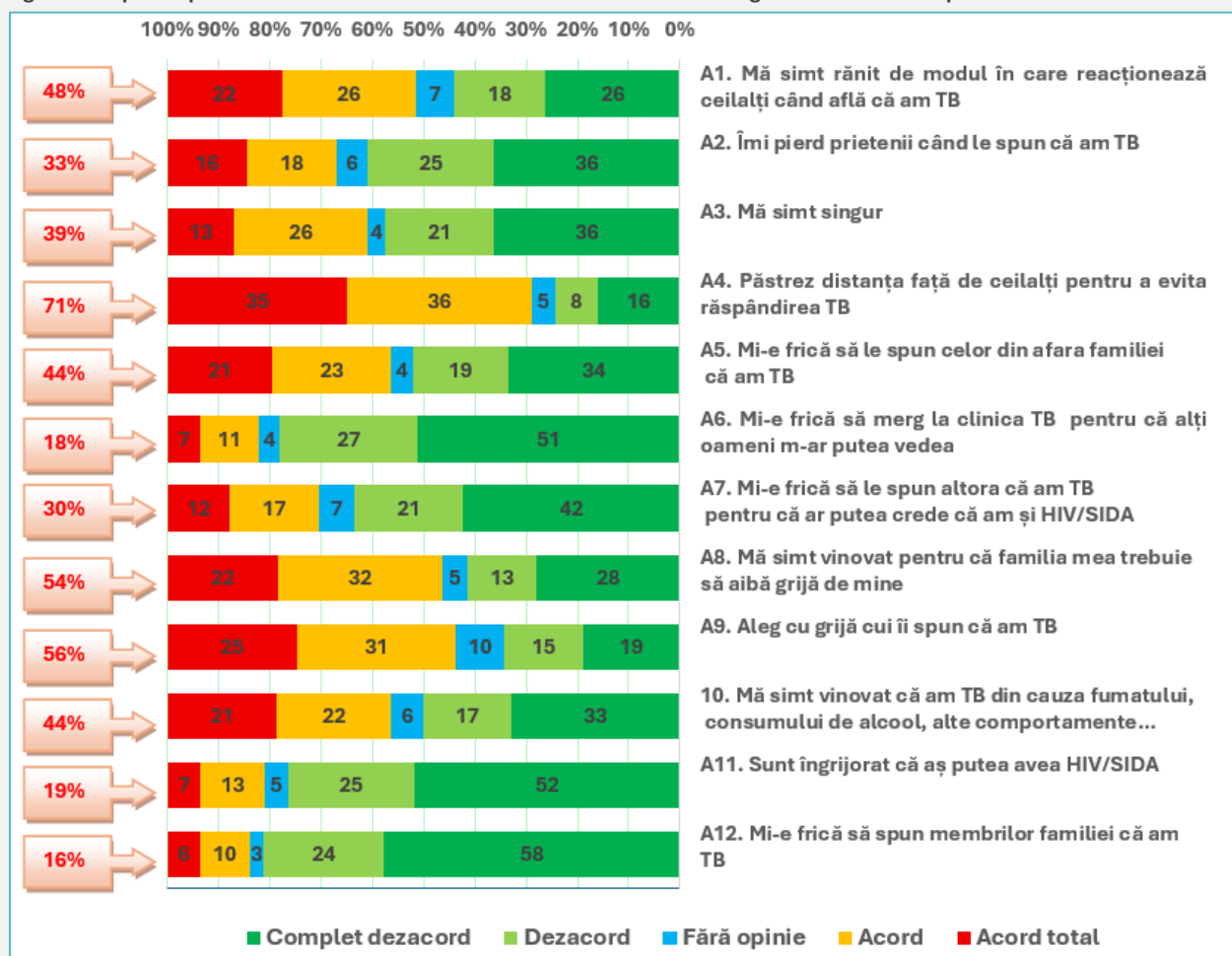
În circa o treime cazuri (30%, 99) respondenților le este frică să spună că au TB, din motivul că aceștia pot presupune că au și HIV/SIDA, ceea ce denotă o asociere stigmatizantă între cele două boli în percepția publică. Această asociere stigmatizantă între TB și HIV/SIDA este întărită de faptul că 19% (64) dintre respondenți sunt îngrijorați că ar putea avea HIV/SIDA, ceea ce reflectă nu doar frica de boală, ci și anxietatea legată de percepția socială (Figura 3).

Vinovăția - un alt sentiment frecvent întâlnit. În 54% (180) cazuri, respondenți se simt vinovați pentru că familia trebuie să aibă grijă de ei, iar în 44% (147) cazuri respondenții consideră că au contractat TB din cauza unor comportamente neglijente, inclusiv din cauza fumatului sau consumului de alcool (Figura 3).

Stigmatizarea socială este resimțită și în interacțiunile cotidiene. În 49% (163) cazuri respondenții au afirmat că se simt răniți de modul în care reacționează ceilalți când află că au TB, iar în 18% (60) cazuri, acestora le este frică să meargă la clinicile TB pentru a nu fi văzuți de alți oameni (Figura 3).



Figura 3. Impactul psihosocial al tuberculozei măsurat în baza scalei auto-stigmatizare în rândul persoanelor cu tuberculoză



## Autoidentificarea în raport cu afirmațiile standardizate despre tuberculoză: analiza percepțiilor subiective

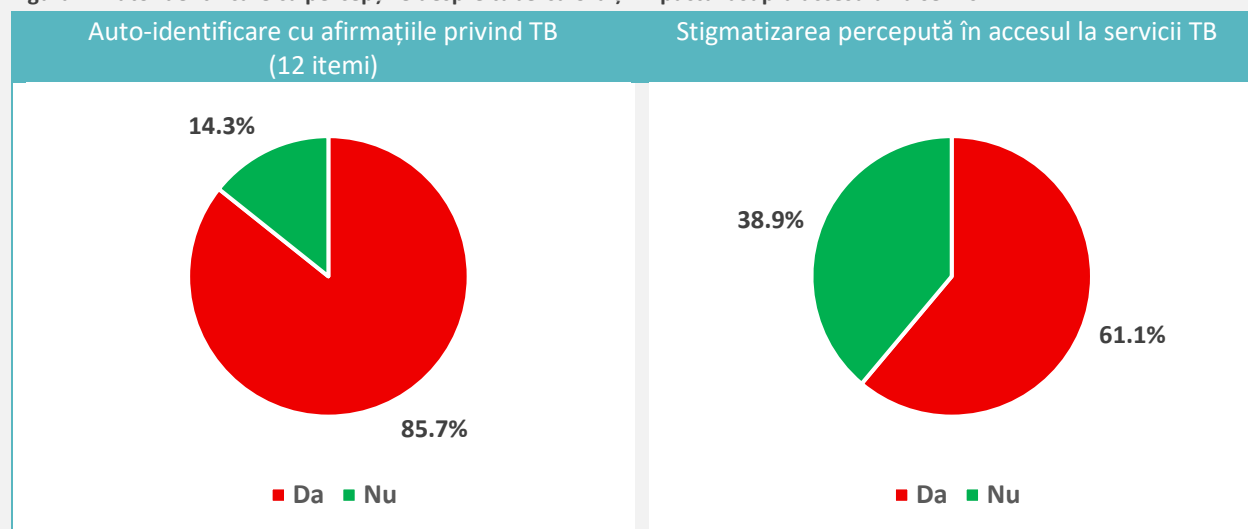
Respondenților li s-a adresat întrebarea dacă *se regăsesc în oricare dintre cele 12 afirmații (itemi) referitoare la modul în care se simt în legătură cu TB* (Figura 1). Scopul acestei întrebări a fost evaluarea gradului de identificare subiectivă cu afirmațiile standardizate privind TB, în special în ceea ce privește percepția stigmatizării și impactul emoțional al bolii. Rezultatele arată că marea majoritate a participanților (85.7%, 288), au răspuns afirmativ, indicând că cel puțin una dintre cele 12 afirmații reflectă propria sa experiență sau percepție legată de TB, iar 18% (61) au declarat că nu se regăsesc în niciuna dintre afirmații (Figura 4).

În continuare, a fost formulată întrebarea *dacă vreunul dintre sentimentele resimțite față de TB i-a împiedicat să solicite sau să acceseze serviciile medicale pentru TB*. Scopul acestei întrebări a fost de a evalua în ce măsură percepțiile și trăirile subiective legate de boală au influențat comportamentul de accesare a îngrijirilor medicale. Din totalul celor 288 de respondenți, 61% (176) au declarat că sentimentele lor legate de TB i-au împiedicat să caute sau să acceseze serviciile de sănătate. În 39% (112) cazuri, participanții au afirmat că aceste trăiri nu au reprezentat vreo barieră.



Prin urmare, deși o parte dintre participanți nu au perceput propriile trăiri ca obstacol, există o majoritate semnificativă – peste jumătate – pentru care stigmatizarea, frica, rușinea sau alte emoții asociate cu boala au constituit un obstacol real în calea accesului la îngrijire (Figura 4).

Figura 4. Auto-identificare cu percepțiile despre tuberculoză și impactul asupra accesului la servicii



### Indicatori ai stigmatizării și impactului emoțional

Rezultatele prezentate în Tabelul 1 reflectă o evaluare detaliată a impactului emoțional asupra persoanelor care suferă sau au suferit de TB, utilizând scala compusă din 12 itemi (Figura 3). Scorul total mediu al scalei este de 19.83, indicând o variabilitate semnificativă în răspunsurile participanților. Media scorului de auto-stigmatizare per item egală cu 1.65 indică un nivel moderat spre scăzut de auto-stigmatizare, ceea ce sugerează că, în medie, participanții nu se identifică puternic cu afirmațiile care exprimă stigmatizare internă. Cu alte cuvinte, majoritatea tind să fie mai degrabă în dezacord sau neutri față de aceste afirmații, deși există variații individuale. Coeficientul Cronbach's Alpha, cu valori între 0.779 și 0.811 pentru fiecare item, sugerează o consistență internă ridicată a scalei, confirmând fiabilitatea măsurării percepțiilor legate de stigmatul TB în eșantionul studiat (Tabelul 12).

Itemii cu cele mai ridicate medii sunt A4.*Păstrez distanța față de ceilalți pentru a evita răspândirea TB* cu o medie de 2.66 și A9.*Aleg cu grijă cui îi spun că am TB* cu o medie de 2.28, indicând o preocupare accentuată pentru protejarea celorlalți și pentru controlul informației personale. Aceste comportamente pot fi interpretate atât ca *forme de responsabilitate socială*, cât și ca *mecanisme de apărare împotriva stigmatizării* (Tabelul 12).

Pe de altă parte, itemii A12.*Mi-e frică să spun membrilor familiei că am TB* și A11.*Sunt îngrijorat că aș putea avea HIV/SIDA* au cele mai scăzute medii, 0.83 și respectiv 0.97, sugerând că, în ciuda stigmatului, frica de reacția familiei sau de asocierea cu HIV/SIDA nu este predominantă în rândul respondenților. Totuși, aceste valori nu exclud existența unor cazuri individuale în care aceste temeri sunt acute (Tabelul 12).

Vinovăția este o dimensiune relevantă, reflectată în itemii A8.*Mă simt vinovat pentru că familia mea trebuie să aibă grijă de mine* și A10.*Mă simt vinovat că am TB din cauza fumatului, consumului de alcool, alte comportamente neglijente*, cu medii de 2.06 și 1.82, indicând că mulți respondenți resimt o povară morală legată de îngrijirea oferită de familie sau de comportamentele percepute ca factori de risc. Aceste trăiri pot contribui la izolarea socială și la afectarea stigmei de sine (Tabelul 12).



Din perspectiva consistenței interne, cei mai bine corelați itemi cu scorul total al scalei sunt A2. *Îmi pierd prietenii când le spun că am TB* (corelație = 0.561), A3. *Mă simt singur* (corelație = 0.548) și A7. *Mi-e frică să le spun altora că am TB pentru că ar putea crede că am și HIV/SIDA* (corelație = 0.563). Acești itemi par să fie cei mai relevanți pentru constructul măsurat, fiind cei mai strâns corelați cu scorul total al scalei, ceea ce indică faptul că dimensiunea centrală a auto-stigmatizării în rândul persoanelor cu TB este profund legată de izolarea socială și de frica de respingere. Aceste aspecte constituie nucleul experienței stigmatizante exprimând cel mai clar dimensiunea centrală a stigmatizării sociale și a izolării percepute (Tabelul 12).

În ansamblu, analiza evidențiază faptul că stigmatizarea TB este resimțită în special prin comportamente de evitare, vinovăție și control al informației, mai degrabă decât prin rușine profundă sau teamă de reacția familiei. Cu alte cuvinte, persoanele afectate par mai preocupate să nu fie judecate de ceilalți sau să nu răspândească informația despre boală, decât să se simtă rușinate în mod direct sau să se teamă de respingerea celor apropiați. Acest tip de stigmatizare este mai subtil, dar poate avea efecte semnificative asupra stării emoționale și a relațiilor sociale, motiv pentru care intervențiile ar trebui să se concentreze pe reducerea izolării și încurajarea comunicării deschise.

**Tabelul 12. Statistici descriptive și consistența internă a itemilor scalei auto-stigmatizării**

| Denumire item                                                                                          | Media răspunsurilor<br>± deviația standard | Corelație<br>item-total | Coeficientul<br>Cronbach's<br>Alpha |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| A1. Mă simt rănit de modul în care reacționează ceilalți când află că am TB                            | 2.01 ±1.54                                 | 0.466                   | 0.789                               |
| A2. Îmi pierd prietenii când le spun că am TB                                                          | 1.51 ±1.50                                 | <b>0.561</b>            | 0.779                               |
| A3. Mă simt singur                                                                                     | 1.58 ±1.51                                 | <b>0.548</b>            | 0.781                               |
| A4. Păstrez distanța față de ceilalți pentru a evita răspândirea TB                                    | 2.66 ±1.44                                 | 0.389                   | 0.796                               |
| A5. Mi-e frică să le spun celor din afara familiei că am TB                                            | 1.79 ±1.59                                 | 0.517                   | 0.783                               |
| A6. Mi-e frică să merg la clinica TB pentru că alți oameni m-ar putea vedea                            | 0.95 ±1.26                                 | 0.533                   | 0.784                               |
| A7. Mi-e frică să le spun altora că am TB pentru că ar putea crede că am și HIV/SIDA                   | 1.36 ±1.47                                 | <b>0.563</b>            | 0.779                               |
| A8. Mă simt vinovat pentru că familia mea trebuie să aibă grijă de mine                                | 2.06 ±1.56                                 | 0.478                   | 0.787                               |
| A9. Aleg cu grijă cui îi spun că am TB                                                                 | 2.28 ±1.47                                 | 0.366                   | 0.798                               |
| A10. Mă simt vinovat că am TB din cauza fumatului, consumului de alcool, alte comportamente neglijente | 1.82 ±1.59                                 | 0.234                   | 0.811                               |
| A11. Sunt îngrijorat că aş putea avea HIV/SIDA                                                         | 0.97 ±1.29                                 | 0.234                   | 0.803                               |
| A12. Mi-e frică să spun familiei că am TB                                                              | 0.83 ±1.24                                 | 0.234                   | 0.788                               |
| <b>Scorul total mediu al scalei</b>                                                                    | <b>19.83 ±9.88</b>                         | -                       | -                                   |
| <b>Media scorului per item</b>                                                                         | <b>1.65 ±0.82</b>                          | -                       | -                                   |
| <b>Coeficientul Cronbach's Alpha</b>                                                                   | -                                          | -                       | <b>0.804</b>                        |

## Nivelul estimat de auto-stigmatizare

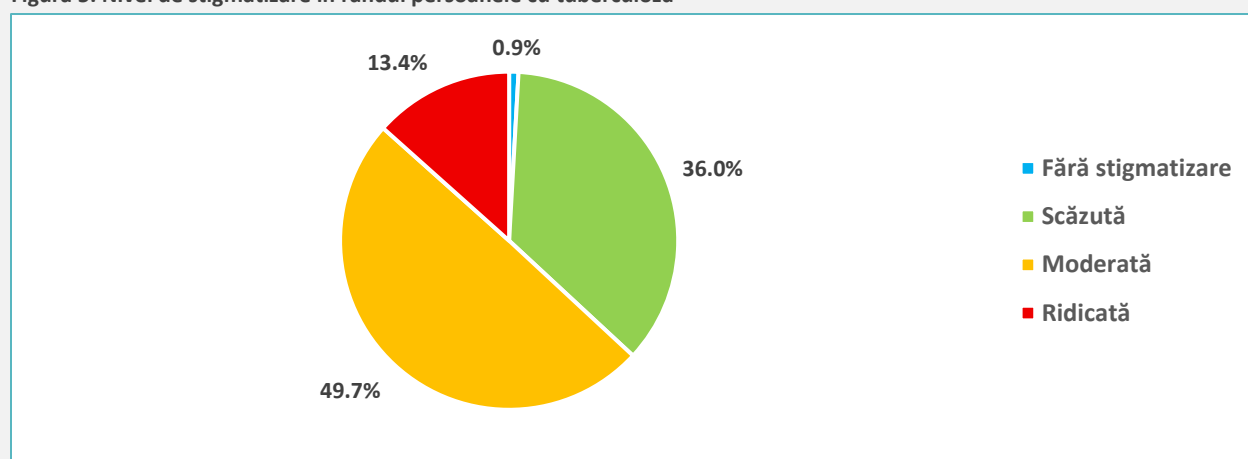
Distribuția percepției stigmatizării în rândul persoanelor cu TB oferă o perspectivă esențială asupra impactului social al bolii. Pe baza răspunsurilor oferite la setul de 12 itemi (Figura 3), s-a calculat o medie individuală per



item per respondent, ceea ce a permis construirea unei scale de măsurare a nivelului de auto-stigmatizare. Scala astfel obținută a permis delimitarea a patru niveluri distincte de auto-stigmatizare: fără stigmatizare, nivel scăzut, nivel moderat și nivel ridicat.

Astfel, cea mai mare proporție dintre respondenții (50%, 167), s-au încadrat în categoria stigmatizării moderate, ceea ce sugerează că, deși nu se confruntă cu forme extreme de respingere socială, aceștia percep totuși o presiune socială semnificativă legată de TB. Un procent considerabil (36%, 121) se includ în categoria cu un nivel scăzut de stigmatizare, ceea ce poate indica fie o acceptare mai mare în comunitățile din care provin, fie o reziliență personală crescută în fața reacțiilor negative. Este important de menționat că doar 0,9% (3) dintre respondenți nu au prezentat deloc auto-stigmatizare. În plus, 13% (45) dintre participanți se confruntă cu un nivel ridicat de stigmatizare, cu potențial impact negativ asupra aderenței la tratament, stării emoționale și integrării sociale (Figura 5).

Figura 5. Nivel de stigmatizare în rândul persoanele cu tuberculoză



### Factori asociați cu percepția înaltă a stigmei: persoane cu tuberculoză

Sub-capitolul dat analizează factorii care pot fi asociați cu un nivel ridicat de percepție a stigmatizării în rândul persoanelor cu TB. Pentru această analiză, nivelul estimat de auto-stigmatizare, derivat din scala compusă pe baza celor 12 itemi, a fost recodificat în două categorii: **stigmatizare redusă** (care include nivelurile fără stigmatizare și stigmatizare scăzută) și **stigmatizare înaltă** (care include nivelurile stigmatizare moderată și stigmatizare ridicată). Recodificarea binară a permis examinarea relației dintre percepția înaltă a stigmatizării și o serie de variabile demografice, sociale, clinice și contextuale. În context, analiza dată permite identificarea factorilor determinanți care ar putea contribui la intensificarea sentimentului de stigmatizare în rândul persoanelor cu TB, ce va permite punctarea intervențiilor de reducere a stigmei.

### Factori demografici asociați cu percepția înaltă a stigmatizării

Analiza relației dintre caracteristicile demografice și nivelul perceput de stigmatizare nu prezintă asocieri semnificative statistice. Rezultate sugerează că stigmatizarea înaltă asociată bolii de TB este un fenomen transversal, care afectează indivizii indiferent de sex, vârstă sau mediu de reședință ( $p > 0.05$ , Tabelul 13).

Tabelul 13. Factori demografici asociați cu percepția stigmatizării înalte

| Denumire variabilă | Stigmatizare  |               | OR<br>[Î:95%] | Valoarea p |
|--------------------|---------------|---------------|---------------|------------|
|                    | Înaltă, n (%) | Redusă, n (%) |               |            |
| <b>Total</b>       | <b>212</b>    | <b>124</b>    |               |            |



| Denumire variabilă        | Stigmatizare  |               | OR<br>[Î:95%]    | Valoarea p |
|---------------------------|---------------|---------------|------------------|------------|
|                           | Înaltă, n (%) | Redusă, n (%) |                  |            |
| <b>Sex</b>                |               |               |                  |            |
| Bărbați                   | 159 (75.0)    | 95 (76.6)     | 0.91 [0.54-1.53] | 0.746      |
| Femei                     | 53 (25.0)     | 29 (23.4)     | ref              |            |
| <b>Grup de vârstă</b>     |               |               |                  |            |
| ≤ 44 ani                  | 102 (48.1)    | 57 (46.0)     | 1.09 [0.69-1.69] | 0.706      |
| ≥ 45 ani                  | 110 (51.9)    | 67 (54.0)     | ref              |            |
| <b>Mediu de reședință</b> |               |               |                  |            |
| Urban                     | 86 (40.6)     | 57 (46.0)     | 0.80 [0.51-1.25] | 0.337      |
| Rural                     | 126 (59.4)    | 67 (54.0)     | ref              |            |

### Factori socio-economici asociați cu percepția înaltă a stigmatizării

Analiza asocierii dintre nivelul perceput de stigmatizare și variabilele socioeconomice evidențiază relații semnificative statistic, sugerând că statutul educațional, asigurarea medicală și ocuparea profesională influențează percepția stigmatizării în rândul persoanelor cu TB. În ceea ce privește nivelul de studii, respondenții fără studii sau cu studii primare prezintă o probabilitate aproape dublă de a percepe o stigmatizare înaltă comparativ cu cei cu studii medii de specialitate sau superioare (OR=1.99, p=0.026). Această asocierie este și mai pronunțată în rândul celor cu studii medii generale (învățământ secundar), unde riscul perceperii stigmatizării înalte este de peste două ori mai mare (OR=2.3; p=0.005). În context, rezultatele sugerează că un nivel educațional mai scăzut este un factor de vulnerabilitate în fața percepției unei stigmatizări sociale înalte (Tabelul 14).

Statutul de persoană cu asigurare medicală anterior diagnosticării TB este, de asemenea, un determinant semnificativ. Persoanele neasigurate au o probabilitate de două ori mai mare de a percepe stigmatizare ridicată comparativ cu cele asigurate (OR=2.0; p=0.002). Lipsa accesului la servicii medicale poate contribui la sentimentul de marginalizare și la percepția negativă asupra propriei condiții (Tabelul 14).

Cu referire la statutul ocupațional, persoanele nesalariate (fără venituri) prezintă un risc dublu de a percepe stigmatizare înaltă (OR=2.0; p=0.003), comparativ cu persoanele cu venituri (Tabelul 14).

Tabelul 14. Factori socio-economici asociați cu percepția stigmatizării înalte

| Denumire variabilă                                      | Stigmatizare  |               | OR<br>[Î:95%]    | Valoarea p   |
|---------------------------------------------------------|---------------|---------------|------------------|--------------|
|                                                         | Înaltă, n (%) | Redusă, n (%) |                  |              |
| <b>Total</b>                                            | <b>212</b>    | <b>124</b>    |                  |              |
| <b>Nivel de studii</b>                                  |               |               |                  |              |
| Fără studii sau studii primare                          | 70 (33.0)     | 37 (29.8)     | 1.99 [1.09-3.65] | <b>0.026</b> |
| Medii (învățământ secundar)                             | 106 (50.0)    | 49 (39.5)     | 2.28 [1.29-4.02] | <b>0.005</b> |
| Medii (specialitate) sau superioare                     | 36 (17.0)     | 38 (30.6)     | ref              |              |
| <b>Statut de asigurat anterior diagnosticării cu TB</b> |               |               |                  |              |
| Da                                                      | 88 (41.5)     | 73 (58.9)     | ref              |              |
| Nu                                                      | 124 (58.5)    | 51 (41.1)     | 2.01 [1.28-3.16] | <b>0.002</b> |
| <b>Salariat sau alte venituri*</b>                      |               |               |                  |              |
| Da                                                      | 76 (35.8)     | 65 (52.4)     | ref              |              |
| Nu                                                      | 136 (64.2)    | 59 (47.6)     | 1.97 [1.25-3.09] | <b>0.003</b> |

\*Include orice tip de venit provenit din salariu, indemnizații, burse, pensii sau venituri din alte surse



## Factori sociali de vulnerabilitate asociați cu percepția înaltă a stigmatizării

Analiza relației dintre percepția stigmatizării înalte și factorii sociali de vulnerabilitate relevă absența unor asocieri semnificative statistic ( $p > 0.05$ , Tabelul 15).

Tabelul 15. Factori sociali de vulnerabilitate asociați cu percepția stigmatizării înalte

| Denumire variabilă           | Stigmatizare  |               | OR<br>[Î:95%]    | Valoarea p |
|------------------------------|---------------|---------------|------------------|------------|
|                              | Înaltă, n (%) | Redusă, n (%) |                  |            |
| <b>Total</b>                 | <b>212</b>    | <b>124</b>    |                  |            |
| <b>Condiții de trai*</b>     |               |               |                  |            |
| Satisfăcătoare               | 128 (60.4)    | 80 (64.5)     | ref              |            |
| Nesatisfăcătoare             | 65 (30.7)     | 38 (30.6)     | 1.06 [0.65-1.74] | 0.792      |
| Necunoscute                  | 19 (9.0)      | 6 (4.8)       | 1.97 [0.75-5.16] | 0.161      |
| <b>Fără domiciliu stabil</b> |               |               |                  |            |
| Da                           | 21 (9.9)      | 12 (9.7)      | 1.02 [0.48-2.16] | >0.999     |
| Nu                           | 191 (90.1)    | 112 (90.3)    | ref              |            |
| <b>Istoric de migrație*</b>  |               |               |                  |            |
| Da                           | 29 (13.7)     | 18 (14.5)     | 0.93 [0.49-1.76] | 0.951      |
| Nu                           | 183 (86.3)    | 106 (85.5)    | ref              |            |
| <b>Istoric de detenție*</b>  |               |               |                  |            |
| Da                           | 32 (15.1)     | 18 (14.5)     | 1.04 [0.56-1.95] | >0.999     |
| Nu                           | 180 (84.9)    | 106 (85.5)    | ref              |            |

\*Condiții de viață – evaluare estimativă, subiectivă apreciată de către medicul ftiziopneumolog în cadrul consultului; Istoric de migrație – persoana a locuit în afara granițelor țării pentru o perioadă de cel puțin 3 luni în ultimele 12 luni anterioare diagnosticării cu TB; Istoric de detenție – persoana a fost privată de libertate (în detenție) ultimele 24 luni sau mai mult înainte de stabilirea diagnosticului TB.

## Asocieri între expunerea la risc, referire către serviciul tuberculoză pentru diagnostic și percepția stigmatizării înalte

Analiza relației dintre percepția stigmatizării înalte în raport cu riscul sporit pentru TB, contractarea bolii în penitenciar, dar și referire către medicul ftiziopneumolog relevă absența unor asocieri semnificative statistic ( $p > 0.05$ , Tabelul 16).

Cu toate acestea, analiza sursei probabile de contagiare indică o tendință interesantă: persoanele pentru care nu se cunoaște sursa de contagiare au o probabilitate mai mare de a percepe stigmatizare ridicată (65% vs. 57%, OR=1.6), valoarea p fiind aproape de pragul de semnificație ( $p=0.052$ ). Deși rezultatul nu este statistic semnificativ, acesta poate sugera o relație între incertitudinea privind originea bolii și sentimentul de stigmatizare, posibil prin accentuarea anxietății sau a sentimentului de vinovăție.

Tabelul 16. Factori de expunere și traseul de diagnosticare asociați cu percepția stigmatizării înalte

| Denumire variabilă                   | Stigmatizare  |               | OR<br>[Î:95%]    | Valoarea p   |
|--------------------------------------|---------------|---------------|------------------|--------------|
|                                      | Înaltă, n (%) | Redusă, n (%) |                  |              |
| <b>Total</b>                         | <b>212</b>    | <b>124</b>    |                  |              |
| <b>Risc sporit pentru TB</b>         |               |               |                  |              |
| Da                                   | 146 (68.9)    | 88 (71.0)     | 0.90 [0.55-1.46] | 0.691        |
| Nu                                   | 66 (31.1)     | 36 (29.0)     | ref              |              |
| <b>Sursa probabilă de contagiare</b> |               |               |                  |              |
| Domiciliu sau alte*                  | 53 (25.0)     | 43 (34.7)     | ref              |              |
| Penitenciar                          | 21 (9.9)      | 10 (8.1)      | 1.70 [0.72-4.00] | 0.307*       |
| Necunoscut                           | 138 (65.1)    | 71 (57.3)     | 1.57 [0.96-2.58] | <b>0.052</b> |



| Denumire variabilă                | Stigmatizare  |               | OR<br>[Î:95%]    | Valoarea p |
|-----------------------------------|---------------|---------------|------------------|------------|
|                                   | Înaltă, n (%) | Redusă, n (%) |                  |            |
| Referire către serviciul TB:      |               |               |                  |            |
| Adresare directă                  | 23 (10.8)     | 18 (14.5)     | 0.73 [0.37-1.41] | 0.446*     |
| Control la intrare în penitenciar | 14 (6.6)      | 6 (4.8)       | 1.33 [0.49-3.57] | 0.755*     |
| Medic de familie sau specialist   | 175 (82.5)    | 100 (80.6)    | ref              |            |

\*Risc sporit pentru TB – angajați în instituții medicale TB, azil bătrâni sau boschetari, instituții penitenciare, foști deținuți, alte locații cu risc pentru TB; Sursa probabilă de contagiare (Alte presupune surse cunoscute, dar nespecificate)

### Factori clinici și terapeutici asociați cu percepția înaltă a stigmatizării

Respondenții cu TB confirmată bacteriologic au prezentat o probabilitate semnificativ mai mare de a percepe un nivel înalt de stigmatizare, estimându-se șanse duble (OR=1.71; p=0,030), rezultat care poate fi interpretat prin prisma vizibilității crescute a bolii în cazul confirmării bacteriologice, care poate atrage atenția asupra statutului de pacient TB și poate amplifica percepția stigmatului social. Alți factori clinic, precum localizarea bolii, TB MDR/RR, tipul de caz, spitalizarea și situația privind tratamentul TB nu au prezentat asocieri semnificative statistic cu percepția stigmatizării înalte (p>0.05, Tabelul 17).

Tabelul 17. Factori clinici și terapeutici asociați cu percepția stigmatizării înalte

| Denumire variabilă                      | Stigmatizare  |               | OR<br>[Î:95%]    | Valoarea p   |
|-----------------------------------------|---------------|---------------|------------------|--------------|
|                                         | Înaltă, n (%) | Redusă, n (%) |                  |              |
| <b>Total</b>                            | <b>212</b>    | <b>124</b>    |                  |              |
| <b>Localizarea bolii</b>                |               |               |                  |              |
| Pulmonară                               | 200 (94.3)    | 113 (91.1)    | 1.62 [0.69-3.79] | 0.273        |
| Extra pulmonară                         | 12 (5.7)      | 11 (8.9)      | ref              |              |
| <b>Bacteriologic confirmat</b>          |               |               |                  |              |
| Da                                      | 159 (75.0)    | 79 (63.7)     | 1.71 [1.06-2.76] | <b>0.030</b> |
| Nu                                      | 53 (25.0)     | 45 (36.3)     | ref              |              |
| <b>MDR/RR-TB</b>                        |               |               |                  |              |
| Da                                      | 35 (16.5)     | 20 (16.1)     | 1.02 [0.56-1.87] | >0.999       |
| Nu                                      | 177 (83.5)    | 104 (83.9)    | ref              |              |
| <b>Tip de caz TB la înregistrare</b>    |               |               |                  |              |
| Caz nou                                 | 149 (70.3)    | 97 (78.2)     | ref              |              |
| Re-tratament                            | 63 (29.7)     | 27 (21.8)     | 1.51 [0.90-2.55] | 0.113        |
| <b>Spitalizat</b>                       |               |               |                  |              |
| Da                                      | 195 (92.0)    | 115 (92.7)    | 0.96 [0.71-1.28] | 0.816        |
| Nu                                      | 17 (8.0)      | 9 (7.3)       | ref              |              |
| <b>Situația privind tratamentul TB*</b> |               |               |                  |              |
| Tratament finalizat                     | 127 (59.9)    | 83 (66.9)     | ref              |              |
| Nu urmează tratament                    | 7 (3.3)       | 6 (4.8)       | 0.76 [0.24-2.34] | 0.843        |
| În tratament                            | 78 (36.8)     | 35 (28.2)     | 1.45 [0.89-2.36] | 0.129        |

\*Situația privind tratamentul TB: tratament finalizat (vindecat sau tratament încheiat); nu urmează tratament (a inițiat tratamentul, dar nu l-a finalizat)

### Condiții asociate tuberculozei în relație cu percepția ridicată a stigmatizării

Unul dintre cele mai relevante rezultate este asocierea semnificativă dintre infecția cu HIV și percepția stigmatizării. S-a estimat un nivel ridicat de stigmatizare în rândul persoanelor cu HIV într-o proporție semnificativ mai mare comparativ cu cele HIV-negative (15% vs. 6.5%), acestea având de aproximativ 2.5 ori mai multe șanse de a se confrunta cu o stigmatizare înaltă (OR=2.48; p=0.035); asociere explicată prin



suprapunerea stigmatelor sociale asociate celor două afecțiuni – TB și HIV – ambele fiind percepute, în multe contexte, ca boli „rușinoase” sau asociate cu comportamente stigmatizante (Tabelul 18).

Consumul de droguri a prezentat, de asemenea, o asociere semnificativă cu stigmatizarea percepută (OR=12.7; p=0.040). Deși numărul de cazuri este redus, rezultatul sugerează că stigmatizarea este mult mai intensă în rândul persoanelor cu istoric de consum de droguri, probabil din cauza suprapunerii stigmatelor sociale asociate cu dependența și boala infecțioasă (Tabelul 18).

Alte condițiilor asociate TB, precum prezența diabetului zaharat, consumul excesiv de alcool, afecțiuni psihice, prezența dizabilităților relevă o relație limitată cu percepția stigmatizării, nesemnificative din punct de vedere statistic (p>0.05, Tabelul 18).

**Tabelul 18. Condiții asociate tuberculozei în raport cu percepția stigmatizării înalte**

| Denumire variabilă               | Stigmatizare  |               | OR<br>[ÎI:95%]     | Valoarea p   |
|----------------------------------|---------------|---------------|--------------------|--------------|
|                                  | Înaltă, n (%) | Redusă, n (%) |                    |              |
| <b>Total</b>                     | <b>212</b>    | <b>124</b>    |                    |              |
| <b>Persoane cu HIV</b>           |               |               |                    |              |
| Da                               | 31 (14.6)     | 8 (6.5)       | 2.48 [1.09-5.52]   | <b>0.035</b> |
| Nu                               | 181 (85.4)    | 116 (93.5)    | ref                |              |
| <b>Diabet zaharat</b>            |               |               |                    |              |
| Da                               | 6 (2.8)       | 1 (0.8)       | 3.58 [0.42-30.11]  | 0.399        |
| Nu                               | 206 (97.2)    | 123 (99.2)    | ref                |              |
| <b>Consum excesiv de alcool*</b> |               |               |                    |              |
| Da                               | 18 (8.5)      | 14 (11.3)     | 0.72 [0.34-1.52]   | 0.510        |
| Nu                               | 194 (91.5)    | 110 (88.7)    | ref                |              |
| <b>Consum droguri*</b>           |               |               |                    |              |
| Da                               | 3 (1.4)       | 1 (0.8)       | 12.72 [1.27-126.8] | <b>0.040</b> |
| Nu                               | 209 (98.6)    | 123 (99.2)    | ref                |              |
| <b>Afecțiuni psihice</b>         |               |               |                    |              |
| Da                               | 4 (1.9)       | 4 (3.2)       | 0.57 [0.14-2.34]   | 0.667        |
| Nu                               | 208 (98.1)    | 120 (96.8)    | ref                |              |
| <b>Persoană cu dizabilitate</b>  |               |               |                    |              |
| Da                               | 19 (9.0)      | 10 (8.1)      | 1.12 [0.50-2.49]   | 0.9469       |
| Nu                               | 193 (91.0)    | 114 (91.9)    | ref                |              |

\*Consum excesiv de alcool, consum droguri – condiții apreciate subiectiv de către medic în cadrul consultului medical

## Membrii familiilor persoanelor cu tuberculoză

### Scala auto-stigmatizare

Analiza celor 10 itemi referitori la impactul TB asupra stării emoționale și sociale a membrilor de familie evidențiază o tendință clară de acord și acord total cu afirmațiile care reflectă stigmatizare, vinovăție și izolare socială. În context, răspunsurile indică un impact psihosocial profund, marcat de disconfort emoțional, teamă de expunere și comportamente de ascundere, specifice fenomenului de auto-stigmatizare (Figura 6).

Majoritatea (73%, 27) membrilor familiilor au menționat că au observat schimbări comportamentale la ruda sa din moment ce aceasta a fost diagnosticată cu TB, ceea ce sugerează o conștientizare profundă a efectelor bolii asupra comportamentului și stării generale a persoanei bolnave. În 57% (21) cazuri, rudele au specificat despre



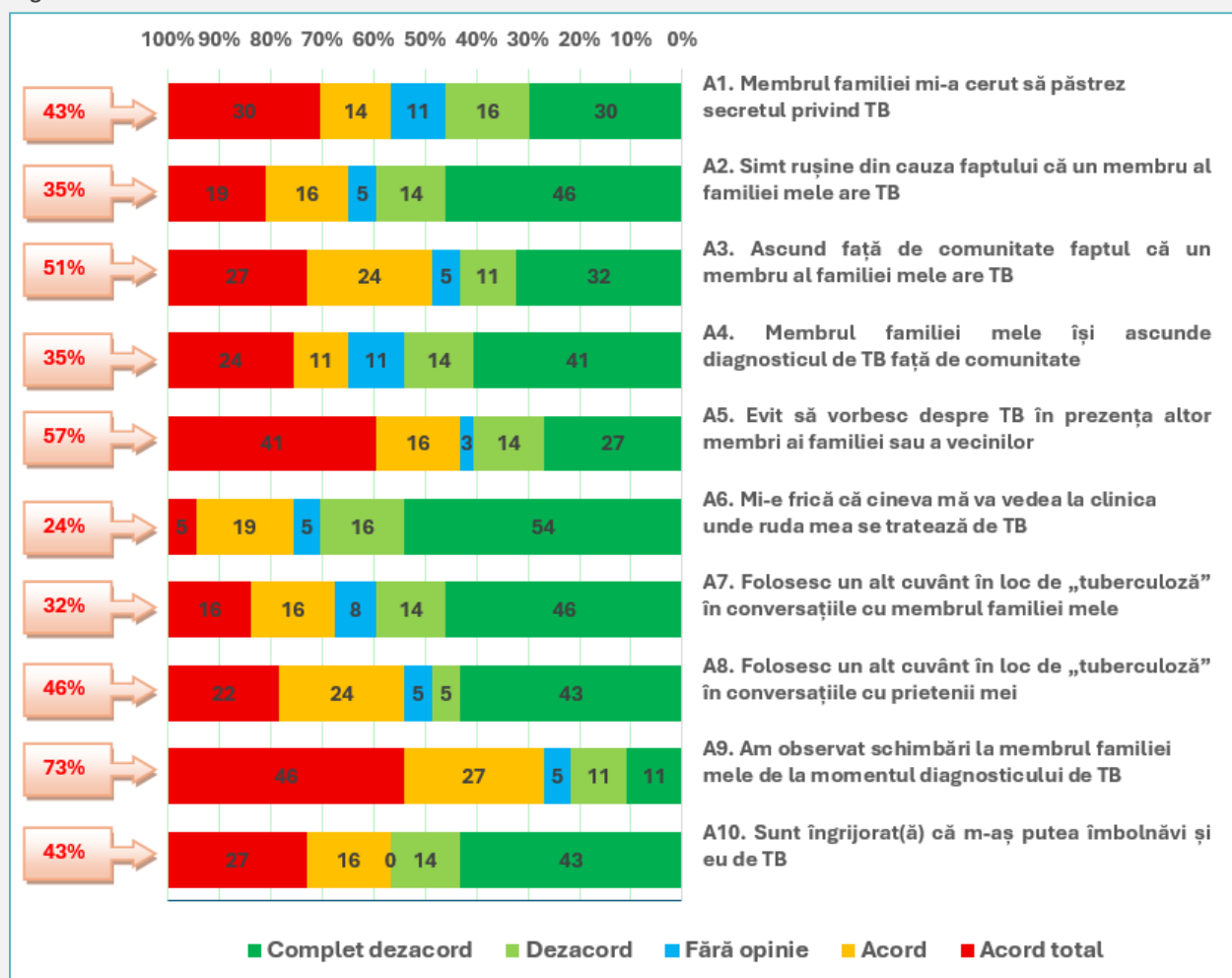
evitarea discuțiilor referitoare la TB în prezența altor membri ai familiei sau vecinilor ceea ce indică o tendință clară de evitare socială, posibil din frica de stigmatizare (Figura 6).

În peste jumătate (51%, 19) cazuri, rudele au recunoscut că ascund față de comunitate faptul că un membru al familiei sale are TB. În 46% dintre cazuri (17), aceștia folosesc eufemisme — înlocuiesc cuvântul „tuberculoză” în discuțiile cu prietenii — ceea ce reflectă mecanisme de apărare și rușine asociate cu boala; un comportament similar este observat și în conversațiile cu membrii familiei, unde 32% (12) evită utilizarea directă a termenului (Figura 6). De asemenea, 43% (16) dintre membrii familiilor au indicat că sunt îngrijorați că s-ar putea îmbolnăvi și ei de TB, iar alții 43% (16) au afirmat că familia i-a cerut să păstreze diagnosticul în secret, ceea ce subliniază o presiune internă și externă de a menține tăcerea (Figura 6).

Peste o treime (35%, 13) dintre rudele persoanelor cu TB se simt rușinate din cauza faptului că un membru al familiei sale are TB.

Pentru circa o pătrime (24%, 9) dintre membrii familiei, simpla prezență la instituția medicală unde este tratată ruda sa bolnavă de TB provoacă disconfort, din frica de a fi recunoscuți, reflectând o preocupare reală pentru imaginea socială (Figura 6).

Figura 6. Impactul psihosocial al tuberculozei asupra familiei persoanelor cu tuberculoză măsurat în baza scalei auto-stigmatizare



## Indicatori ai stigmatizării și impactului emoțional în mediul familial

Analiza statistică a celor 10 itemi care compun scala de auto-stigmatizare în rândul membrilor de familie ai persoanelor cu TB evidențiază o consistență internă bună și o variabilitate semnificativă în percepțiile și reacțiile respondenților. Scorul total mediu al scalei este de 18.24 (cu o deviație standard de 10.01), ceea ce indică o variabilitate considerabilă în răspunsurile participanților. Media scorului de auto-stigmatizare per item este de 1.94 (deviația standard 0.57), ceea ce indică un nivel moderat de acord cu afirmațiile scalei, sugerând că percepțiile respondenților sunt în general omogene, fără variații extreme între itemi, reflectând o tendință comună de a resimți stigmatul într-o formă moderată și constantă. Coeficientul Cronbach's Alpha, cu o valoare de 0.818, reflectă o consistență internă ridicată a scalei, confirmând fiabilitatea măsurării dimensiunilor psihosociale asociate stigmatului TB în eșantionul studiat (Tabelul 19).

La nivelul itemilor individuali, itemii cu cele mai ridicate scoruri medii sunt A9. *Am observat schimbări la membrul familiei mele de la momentul diagnosticului de TB* (media = 2.86) și A5. *Evit să vorbesc despre TB în prezența altor membri ai familiei sau vecinilor* (media = 2.30). Rezultatele indică o percepție clară a impactului bolii asupra persoanei afectate, dar și o tendință de evitare a subiectului în contexte sociale apropiate. Aceste comportamente pot fi interpretate ca mecanisme de protecție împotriva stigmatizării, dar și ca semnale ale disconfortului emoțional și al tensiunilor din cadrul familial (Tabelul 19).

Ascunderea diagnosticului față de comunitate (A3. *Ascund faptul că un membru al familiei are TB de comunitate*, media = 2.03) și presiunea de a păstra secretul în cadrul familial (A1. *Membrul familiei mi-a cerut să păstrez secretul privind TB*", media = 1.97) indică o preocupare constantă pentru controlul informației și evitarea stigmatizării externe, rezultate care sugerează că stigmatul perceput din partea comunității joacă un rol important în modelarea comportamentelor de izolare și tănuire (Tabelul 19).

În mod similar, utilizarea unor termeni alternativi pentru a face referire la TB, atât în conversațiile cu prietenii A8. *Folosesc alt cuvânt pentru TB în conversațiile cu prietenii* (media = 1.76), cât și cu membrii familiei - A7. *Folosesc alt cuvânt pentru TB în conversațiile cu membrul familiei* (media = 1.43), reflectă o strategie subtilă de eufemizare, menită să reducă tensiunea și să evite confruntarea directă cu realitatea bolii (Tabelul 19).

Îngrijorarea legată de posibilitatea infectării personale (A10. *Mă tem că mă voi infecta*, media = 1.70) și percepția că persoana afectată își ascunde diagnosticul (A4. *Membrul familiei își ascunde diagnosticul de TB de comunitate*, media = 1.65) sugerează o combinație între anxietate și protecție socială, fără a atinge însă niveluri alarmante (Tabelul 19).

Nivelul rușinii personale legate de boală este relativ scăzut A2. *Mă simt rușinat(ă) că un membru al familiei are TB*, media = 1.49), ceea ce poate indica o atitudine mai puțin stigmatizantă la nivel individual. În contrast, teama de a fi văzut la instituția medicală unde este tratat membrul familiei (A6. *Mi-e teamă că cineva mă va vedea la instituția medicală unde este tratat membrul familiei*, media = 1.05) este aproape inexistentă, sugerând o acceptare mai mare a serviciilor medicale sau o percepție redusă a riscului de stigmatizare în instituțiile medicale (Tabelul 19).

Din perspectiva consistenței interne, cei mai bine corelați itemi cu scorul total al scalei sunt A3. *Ascund față de comunitate faptul că un membru al familiei mele are TB* și A4. *Membrul familiei mele își ascunde diagnosticul de TB față de comunitate*, cu corelații corectate item-total de 0.623 și 0.617. Acești itemi par a fi cei mai relevanți pentru constructul măsurat (ceea ce măsoară chestionarul), reflectând dimensiunea centrală a stigmatizării sociale sau în alte cuvinte exprimă cel mai bine ideea principală a stigmatizării sociale (Tabelul 19).



În ansamblu, datele indică un nivel moderat de stigmatizare percepută, cu accent pe evitarea comunicării și protejarea imaginii sociale, mai degrabă decât pe rușine personală sau teamă de expunere. Aceste rezultate sugerează că stigmatul TB este resimțit mai ales în relația cu comunitatea și în gestionarea informației despre boală, în timp ce dimensiunile legate de rușine internă sau frică de asociere publică sunt mai puțin pronunțate (Tabelul 19).

**Tabelul 19. Statistici descriptive și consistența internă a itemilor scalei auto-stigmatizării: membrii familiei persoanelor cu tuberculoză**

| Denumire item                                                                               | Media<br>răspunsurilor<br>± deviația standard | Corelație<br>item-total | Coeficientul<br>Cronbach's Alpha |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| A1. Membrul familiei mi-a cerut să păstrez secretul privind TB                              | 1.97 ±1.66                                    | 0.493                   | 0.803                            |
| A2. Simt rușine din cauza faptului că un membru al familiei mele are TB                     | 1.49 ±1.64                                    | 0.378                   | 0.815                            |
| A3. Ascund față de comunitate faptul că un membru al familiei mele are TB                   | 2.03 ±1.67                                    | <b>0.623</b>            | 0.788                            |
| A4. Membrul familiei mele își ascunde diagnosticul de TB față de comunitate                 | 1.65 ±1.67                                    | <b>0.617</b>            | 0.789                            |
| A5. Evit să vorbesc despre TB în prezența altor membri ai familiei sau a vecinilor          | 2.30 ±1.73                                    | 0.552                   | 0.796                            |
| A6. Mi-e frică că cineva mă va vedea la instituția medicală unde ruda mea se tratează de TB | 1.05 ±1.37                                    | 0.396                   | 0.812                            |
| A7. Folosesc un alt cuvânt în loc de „TB” în conversațiile cu membrul familiei mele         | 1.43 ±1.59                                    | 0.576                   | 0.794                            |
| A8. Folosesc un alt cuvânt în loc de „tuberculoză” în conversațiile cu prietenii mei        | 1.76 ±1.71                                    | 0.545                   | 0.797                            |
| A9. Am observat schimbări la membrul familiei mele de la momentul diagnosticului de TB      | 2.86 ±1.39                                    | 0.386                   | 0.821                            |
| A10. Sunt îngrijorat(ă) că m-aș putea îmbolnăvi și eu de TB                                 | 2.86 ±1.40                                    | 0.512                   | 0.801                            |
| <b>Scorul total mediu al scalei</b>                                                         | <b>18.24 ±10.01</b>                           | -                       | -                                |
| <b>Media scorului per item</b>                                                              | <b>1.94±0.57</b>                              | -                       | -                                |
| <b>Coeficientul Cronbach's Alpha</b>                                                        | -                                             | -                       | <b>0.818</b>                     |

## Nivel estimat de auto-stigmatizare în mediul familial

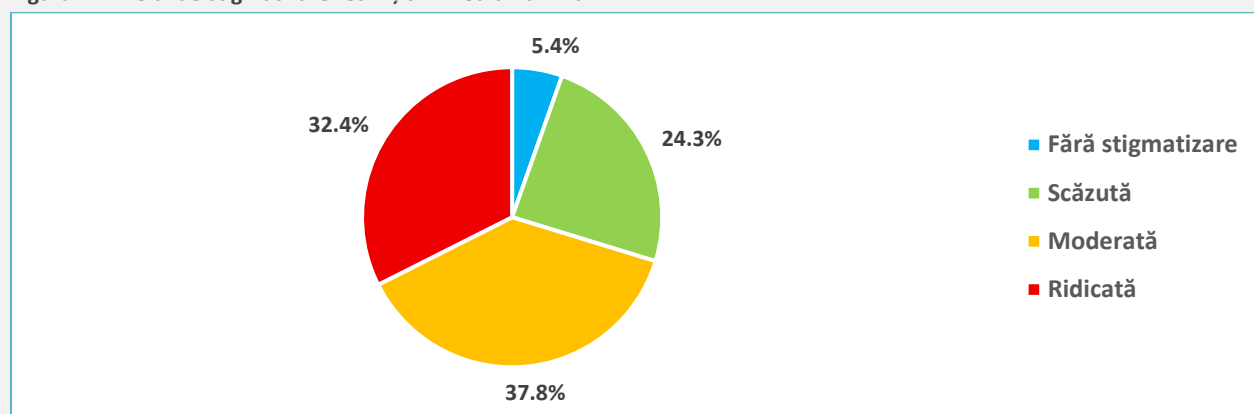
Pe baza răspunsurilor oferite la setul de 10 itemi (Figura 6), s-a calculat o medie individuală per item per respondent, ceea ce a permis construirea unei scale de măsurare a nivelului de auto-stigmatizare. Scala astfel obținută a permis delimitarea a patru niveluri distincte de auto-stigmatizare: fără stigmatizare, nivel scăzut, nivel moderat și nivel ridicat.

Din totalul de 37 de participanți, doar 2 persoane (5.4%) nu au prezentat deloc semne de stigmatizare, ceea ce sugerează că absența completă a stigmatului este rară în mediul familial afectat. Un număr de 9 respondenți (24%) s-au încadrat în categoria stigmatizării scăzute, pentru 14 persoane (38%), a fost estimat un nivel moderat de stigmatizare, ceea ce indică prezența unor trăiri emoționale semnificative și a unor comportamente



de evitare. În același timp, 12 dintre participanți (32%) au fost încadrați în categoria stigmatizării ridicate (Figura 7).

Figura 7. Nivelul de stigmatizare resimțit în mediul familial



### Factori asociați cu percepția înaltă a stigmatizării în mediul familial

Nivelul estimat de auto-stigmatizare, derivat din scala compusă pe baza celor 10 itemi, a fost recodificat în două categorii: **stigmatizare redusă** (care include nivelurile fără stigmatizare și stigmatizare scăzută) și **stigmatizare înaltă** (care include nivelurile stigmatizare moderată și stigmatizare ridicată). Recodificarea binară a permis examinarea relației dintre percepția înaltă a stigmatizării și factorii demografici și de rudenie.

În context, analiza după sex și vârstă, nu a identificat diferențe notabile pentru un nivel înalt de stigmatizare, iar valoarea p mai mare de 0.05 indică o asociere nesemnificativă statistic, ceea ce sugerează că acești factori nu influențează în mod clar nivelul de stigmatizare perceput în familie (Tabelul 20).

Tabelul 20. Factori demografici asociați cu percepția stigmatizării înalte în mediul familial

| Denumire variabilă    | Stigmatizare  |               | OR<br>[ÎI:95%]   | Valoarea p |
|-----------------------|---------------|---------------|------------------|------------|
|                       | Înaltă, n (%) | Redusă, n (%) |                  |            |
| <b>Total</b>          | 26            | 11            |                  |            |
| <b>Sex</b>            |               |               |                  |            |
| Bărbați               | 4 (15.4)      | 4 (36.4)      | 3.18 [0.62-1.62] | 0.326      |
| Femei                 | 22 (84.6)     | 7 (63.6)      | ref              |            |
| <b>Grup de vârstă</b> |               |               |                  |            |
| ≤ 44 ani              | 10 (38.5)     | 4 (36.4)      | 1.09 [0.25-4.71] | 0.999      |
| ≥ 45 ani              | 16 (61.5)     | 7 (63.6)      | ref              |            |

Analiza statistică, exprimată prin raportul de șanse (OR=1.28), indică o ușoară tendință ca stigmatizarea să fie mai frecvent percepută în relațiile de rudenie directe, dar intervalul larg de încredere și valoarea p>0.999 sugerează că această diferență nu este semnificativă din punct de vedere statistic (Tabelul 21).

Tabelul 21. Relații de rudenie - factori asociați cu percepția stigmatizării înalte în mediul familial

| Denumire variabilă         | Stigmatizare  |               | OR<br>[ÎI:95%]   | Valoarea p |
|----------------------------|---------------|---------------|------------------|------------|
|                            | Înaltă, n (%) | Redusă, n (%) |                  |            |
| <b>Total</b>               | 26            | 11            |                  |            |
| Relații de rudenie directe | 11 (42.3)     | 4 (36.4)      | 1.28 [0.29-5.49] | >0.999     |
| Alte relații de rudenie    | 15 (57.7)     | 7 (63.6)      | ref              |            |

Relații de rudenie directe: copil, părinte, frate, soră; Alte relații de rudenie: alte rude



## Membrii ai comunităților afectate de tuberculoză

### Scala auto-stigmatizare

Analiza celor 11 itemi referitori la percepțiile sociale față de persoanele cu TB, în rândul membrilor comunităților (43 persoane), evidențiază o tendință clară de evitare, respingere și distanțiere socială față de persoanele cu TB (Figura 8).

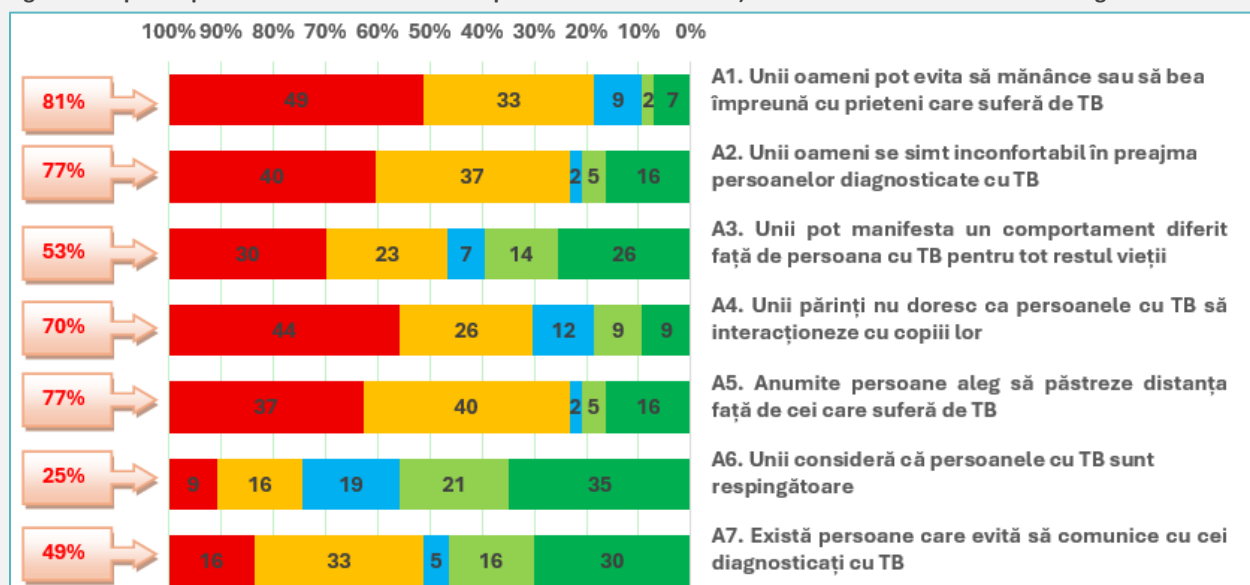
Cea mai mare proporție (81%, 35) dintre participanți au indicat că există persoane care evită să mănânce sau să bea împreună cu prieteni diagnosticați cu TB. Această atitudine de evitare în cercul apropiat este susținută și de faptul că majoritatea (câte 77%, 33) au observat disconfortul resimțit în preajma celor care au TB, tendința de a păstra distanța sau de a manifesta frică față de persoanele cu TB (Figura 8).

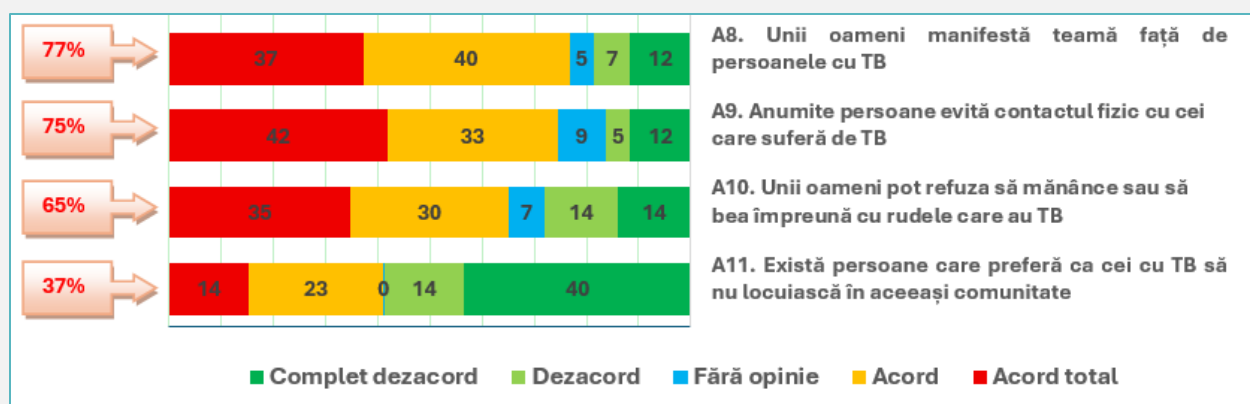
Comportamentele de evitare fizică sunt de asemenea frecvente: 75% (32) dintre respondenți au menționat că unii evită contactul fizic cu cei care au TB. În 70% (30), participanții susțin că unii părinți nu permit interacțiunea persoanelor bolnave cu propriii copii. De asemenea, în 65% (28) cazuri, participanții au observat că unele persoane refuză să mănânce sau să bea împreună cu rudele bolnave de TB, ceea ce sugerează o percepție de risc persistent chiar și în cadrul familial (Figura 8).

Percepția stigmatului de durată este prezentă în 53% (23) dintre cazuri, unde participanții au remarcat că unii oameni își schimbă definitiv comportamentul față de o persoană diagnosticată cu TB. În planul comunicării, 49% (21) au observat tendința de a evita dialogul cu persoanele cu TB, ceea ce poate contribui la izolarea socială a acestora (Figura 8).

La polul opus, 37% (16) dintre respondenți au specificat că unii oameni preferă ca persoanele cu TB să nu locuiască în aceeași comunitate, iar 25% (11) au indicat că unii oameni consideră persoanele cu TB ca fiind respingătoare (Figura 8).

Figura 8. Impactul psihosocial al tuberculozei asupra membrilor comunității măsurat în baza scalei de auto-stigmatizare





## Indicatori ai stigmatizării și impactului emoțional în mediul comunitar

Analiza statistică a celor 11 itemi care compun scala de percepție a stigmatizării în mediul comunitar față de persoanele cu TB evidențiază o consistență internă ridicată și o variabilitate moderată în răspunsurile participanților. Scorul total mediu al scalei este de 26.95 (deviație standard 10.43), ceea ce indică o dispersie relativ mare a percepțiilor în cadrul eșantionului. Media scorului per item este de 2.45, ceea ce sugerează un nivel moderat de susținere a afirmațiilor care reflectă stigmatul social, fără extreme evidente. Coeficientul Cronbach's Alpha, egal cu 0.876, confirmă o consistență internă foarte bună a scalei, ceea ce indică faptul că itemii măsoară în mod coerent dimensiunea percepută a stigmatizării. Această valoare susține fiabilitatea instrumentului în evaluarea atitudinilor sociale față de TB în cadrul eșantionului studiat (Tabelul 22).

La nivelul itemilor individuali, cele mai ridicate scoruri medii au fost înregistrate pentru A9. *Unii oameni încearcă să nu atingă persoanele cu TB* (media = 2.88), A4. *Unii oameni nu doresc ca persoanele cu TB să se joace cu copiii lor* (media = 2.86) și A8. *Unii oameni se tem de persoanele cu TB* (media = 2.84). Aceste rezultate indică o percepție clară a riscului de contractare a TB și o tendință de evitare fizică, ceea ce reflectă o formă de stigmatizare bazată pe frică și protecție personală (Tabelul 22).

Itemii A2. *Unii oameni se simt inconfortabil în preajma celor cu TB* (media = 2.79) și A5. *Unii oameni păstrează distanța față de persoanele cu TB* (media = 2.77) susțin această tendință de distanțare socială, sugerând că TB este percepută ca o amenințare latentă în interacțiunile cotidiene. De asemenea, A10. *Unii oameni evită să mănânce sau să bea împreună cu rudele care au TB* (media = 2.58) indică o reticență chiar și în cadrul familial apropiat (Tabelul 22).

În contrast, cele mai scăzute scoruri medii au fost înregistrate pentru A6. *Unii oameni consideră că persoanele cu TB sunt dezgustătoare* (media = 1.44), A11. *Unii preferă ca persoanele cu TB să nu locuiască în aceeași comunitate* (media = 1.58) și A7. *Există persoane care evită să comunice cu cei diagnosticați cu TB* (media = 1.88). Aceste valori sugerează că, deși există comportamente de evitare, ele nu sunt întotdeauna însoțite de atitudini ostile sau devalorizante explicite (Tabelul 22).

Din perspectiva consistenței interne, cei mai bine corelați itemi cu scorul total al scalei sunt A9 (corelație item-total = 0.806), A2 (0.752) și A5 (0.729). Acești itemi par a fi cei mai relevanți pentru constructul măsurat, reflectând dimensiunea centrală a stigmatizării sociale – distanțarea fizică și disconfortul în interacțiune (Tabelul 22).



Tabelul 22. Statistici descriptive și consistența internă a itemilor scalei auto-stigmatizării: membrii comunității

| Denumire item                                                                                                                                           | Media<br>răspunsurilor<br>± deviația standard | Corelație<br>item-total | Coeficientul<br>Cronbach's Alpha |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| A1. Unii oameni pot evita să mănânce sau să bea împreună cu prieteni care suferă de TB                                                                  | 3.14 ±1.47                                    | 0.475                   | 0.872                            |
| A2. Unii oameni se simt inconfortabil în preajma persoanelor diagnosticate cu TB                                                                        | 2.79 ±1.44                                    | <b>0.752</b>            | 0.854                            |
| A3. Dacă o persoană este diagnosticată cu TB, unii membri ai comunității pot manifesta un comportament diferit față de aceasta pentru tot restul vieții | 2.19 ±1.62                                    | 0.512                   | 0.871                            |
| A4. Unii părinți nu doresc ca persoanele cu TB să interacționeze cu copiii lor                                                                          | 2.86 ±1.334                                   | 0.546                   | 0.868                            |
| A5. Anumite persoane aleg să păstreze distanța față de cei care suferă de TB                                                                            | 2.77 ±1.43                                    | <b>0.729</b>            | 0.855                            |
| A6. Unii consideră că persoanele cu TB sunt respingătoare                                                                                               | 1.44 ±1.37                                    | 0.555                   | 0.867                            |
| A7. Există persoane care evită să comunice cu cei diagnosticați cu TB                                                                                   | 1.88 ±1.55                                    | 0.545                   | 0.869                            |
| A8. Unii oameni manifestă teamă față de persoanele cu TB                                                                                                | 2.84 ±1.33                                    | 0.650                   | 0.861                            |
| A9. Anumite persoane evită contactul fizic cu cei care suferă de TB                                                                                     | 2.88 ±1.33                                    | <b>0.806</b>            | 0.851                            |
| A10. Unii indivizi pot refuza să mănânce sau să bea împreună cu rudele care au TB                                                                       | 2.58 ±1.45                                    | 0.449                   | 0.875                            |
| A11. Există persoane care preferă ca cei cu TB să nu locuiască în aceeași comunitate                                                                    | 1.58 ±1.55                                    | 0.453                   | 0.875                            |
| <b>Scorul total mediu al scalei</b>                                                                                                                     | <b>26.95 ±10.43</b>                           | -                       | -                                |
| <b>Media scorului per item</b>                                                                                                                          | <b>2.45 ±0.58</b>                             | -                       | -                                |
| <b>Coeficientul Cronbach's Alpha</b>                                                                                                                    | -                                             | -                       | <b>0.876</b>                     |

## Nivel estimat de auto-stigmatizare în mediul comunitar

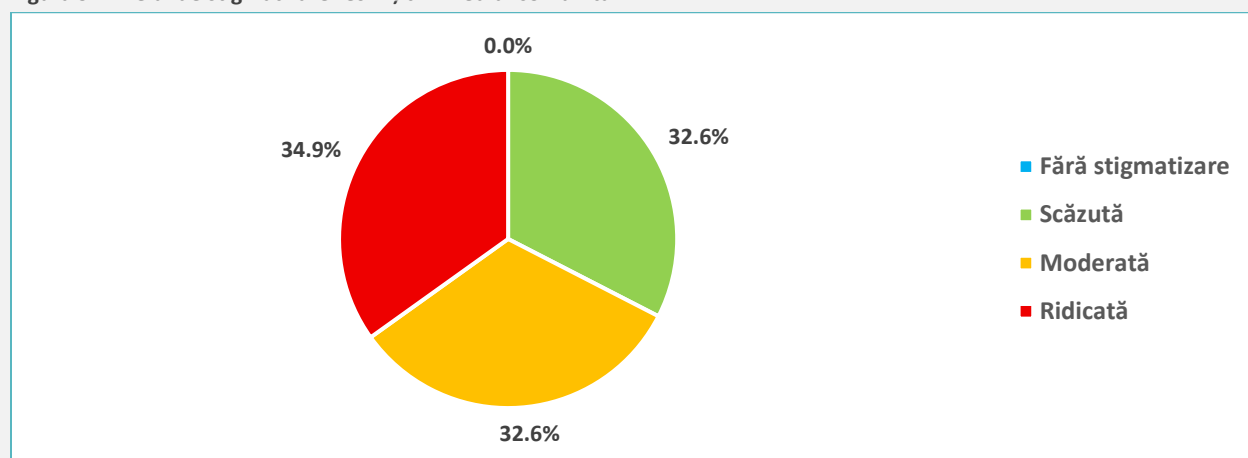
Pe baza răspunsurilor oferite la setul de 11 itemi (Figura 8), s-a calculat o medie individuală per item per respondent, ceea ce a permis construirea unei scale de măsurare a nivelului de auto-stigmatizare. Scala astfel obținută a permis delimitarea a patru niveluri distincte de auto-stigmatizare: fără stigmatizare, nivel scăzut, nivel moderat și nivel ridicat.

Cu referire la nivelul perceput al stigmatizării în mediul comunitar față de persoanele cu TB, rezultatele studiului indică o tendință echilibrată, dar semnificativă, spre forme moderate și înalte ale stigmatului. Din totalul de 43 de participanți, nici unul nu a înregistrat un scor egal cu zero, ceea ce înseamnă că absența completă a stigmatizării nu a fost prezentă în acest eșantion. Un număr de 14 respondenți (33%) s-au încadrat în categoria stigmatizării scăzute, reflectând asupra unei percepții relativ reținută față de persoanele cu TB. Alții 14 respondenți (33%) au fost încadrați în categoria stigmatizării moderate, fapt ce indică o prezență semnificativă a unor resimțiri ambivalente, în care pot coexista atât empatia, cât și comportamente de evitare sau frică. Cea mai mare proporție a fost înregistrată în categoria stigmatizării ridicate, unde 15 respondenți (35%) au prezentat scoruri care indică susținerea frecventă a afirmațiilor stigmatizante. Această categorie este



cea mai îngrijorătoare, deoarece reflectă o percepție profund negativă asupra persoanelor cu TB, cu potențial de excludere socială, discriminare și afectare a accesului la sprijin și servicii (Figura 9).

Figura 9. Nivelul de stigmatizare resimțit în mediul comunitar



### Factori asociați cu percepția înaltă a stigmatizării în mediul comunitar

Nivelul estimat de auto-stigmatizare, derivat din scala compusă pe baza celor 11 itemi, a fost recodificat în două categorii: **stigmatizare redusă** (include nivelurile fără stigmatizare și stigmatizare scăzută) și **stigmatizare înaltă** (include nivelurile stigmatizare moderată și stigmatizare ridicată). Recodificarea binară a permis examinarea relației dintre percepția înaltă a stigmatizării și factorii demografici și mediul TB.

Analiza asocierii factoriilor demografici și percepția stigmatizării înalte în mediul comunitar relevă diferențe semnificative în funcție de vârstă. Respondenții cu vârsta de 45 de ani sau mai mult au fost semnificativ mai predispuși să perceapă un nivel ridicat de stigmatizare (24 persoane), comparativ cu cei din grupul cu stigmatizare redusă (1 persoană). Această diferență este susținută de o asociere statistic semnificativă ( $p < 0.001$ ) și un raport de șanse foarte ridicat ( $OR = 408$ ), însă valoarea extremă a OR și intervalul larg de încredere sugerează că estimarea trebuie interpretată cu prudență, în contextul dimensiunii reduse a eșantionului (Tabelul 23).

Tabelul 23. Factori demografici asociați cu percepția stigmatizării înalte în mediul comunitar

| Denumire variabilă    | Stigmatizare  |               | OR<br>[Î:95%]     | Valoarea p |
|-----------------------|---------------|---------------|-------------------|------------|
|                       | Înaltă, n (%) | Redusă, n (%) |                   |            |
| <b>Total</b>          | 25            | 18            |                   |            |
| <b>Sex</b>            |               |               |                   |            |
| Bărbați               | 3 (12.0)      | 4 (22.2)      | 0.47 [0.09-2.46]  | 0.627      |
| Femei                 | 22 (88.0)     | 14 (77.8)     | ref               |            |
| <b>Grup de vârstă</b> |               |               |                   |            |
| ≤ 44 ani              | 1 (4.0)       | 17 (94.4)     | ref               |            |
| ≥ 45 ani              | 24 (96.0)     | 1 (5.6)       | 408 [23.83 -6986] | <0.001     |

Cunoașterea despre existența persoanelor cu TB în comunitate pare a fi un factor asociat semnificativ cu percepția stigmatizării înalte. Respondenții care au declarat că cunosc două sau mai multe persoane cu TB au perceput mult mai frecvent stigmatizare ridicată (19 persoane), comparativ cu cei care cunosc cel mult o persoană (6 persoane).



Această diferență este susținută de o asociere statistic semnificativă ( $p=0.018$ ) și un raport de șanse de ( $OR=4.97$ ), ceea ce sugerează că expunerea mai frecventă la cazuri de TB este asociată cu o probabilitate crescută de a percepe stigmatul ca fiind intens. Totuși, având în vedere dimensiunea relativ redusă a eșantionului și intervalul de încredere destul de larg, această estimare trebuie interpretată cu prudență (Tabelul 24).

Tabelul 24. Asocierea dintre percepția stigmatizării înalte în mediul comunitar și numărul persoanelor cu tuberculoză cunoscute personal

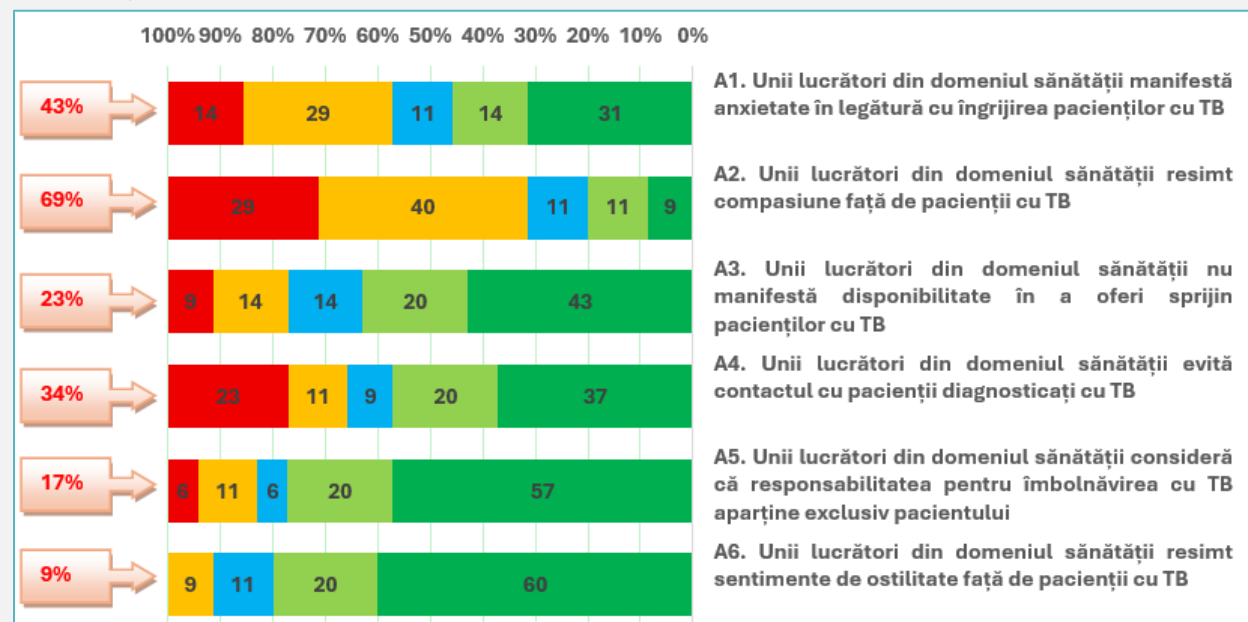
| Denumire variabilă              | Stigmatizare  |               | OR<br>[ÎI:95%]    | Valoarea p   |
|---------------------------------|---------------|---------------|-------------------|--------------|
|                                 | Înaltă, n (%) | Redusă, n (%) |                   |              |
| <b>Total</b>                    | <b>25</b>     | <b>18</b>     |                   |              |
| Nu sunt sau cel mult o persoană | 6 (24.0)      | 7 (38.9)      | ref               | <b>0.018</b> |
| Două sau mai multe              | 19 (76.0)     | 11 (61.1)     | 4.97 [1.33-18.61] |              |

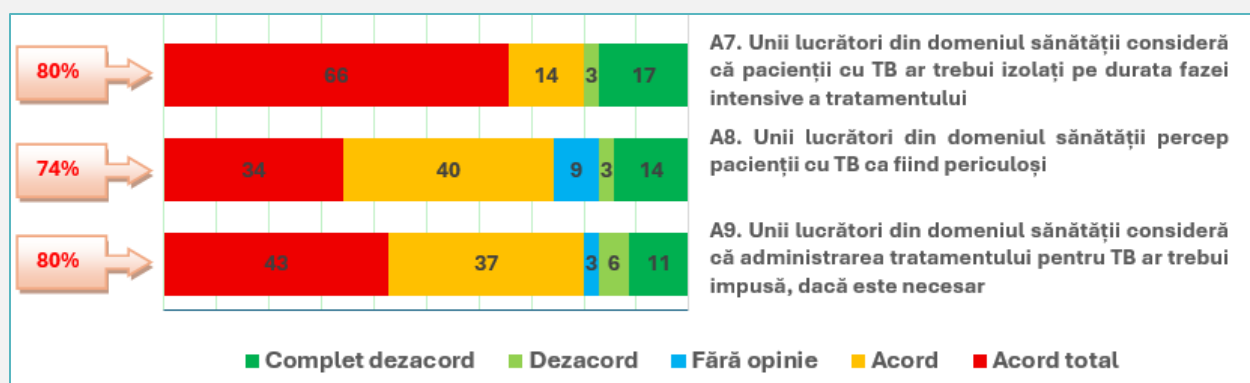
## Personal medical din sistemul de sănătate

### Atitudini stigmatizante ale personalului medical față de persoanele cu tuberculoză

Analiza celor nouă itemi referitori la percepțiile personalului medical față de pacienții cu TB evidențiază o serie de atitudini care pot contribui la perpetuarea stigmatului asociat acestei boli. O proporție semnificativă dintre respondenți (80%, 28) consideră că tratamentul pentru TB ar trebui impus, dacă este necesar, ceea ce sugerează o abordare autoritară, posibil motivată de percepția bolii ca fiind o amenințare pentru sănătatea publică. Această tendință este susținută de faptul că 74% (26) dintre participanți percep pacienții cu TB ca fiind periculoși, ceea ce poate alimenta frica și distanțarea față de aceștia (Figura 10).

Figura 10. Atitudini stigmatizante ale personalului medical față de persoanele cu tuberculoză măsurat în baza itemilor standardizați





Izolarea pacienților în faza intensivă a tratamentului este susținută de un procent identic (80%, 28), indicând o preferință clară pentru separarea fizică a bolnavilor, cu potențial impact negativ asupra stării lor psihosociale. Alte 9% (3) dintre participanți recunosc existența unor sentimente de ostilitate față de pacienții cu TB, ceea ce sugerează că stigmatul nu este întotdeauna conștient sau exprimat direct, ci poate fi manifestat prin alte forme de comportament, precum evitarea sau lipsa de sprijin (Figura 10).

Responsabilizarea exclusivă a pacientului pentru îmbolnăvirea cu TB este o opinie împărțită de 17% (6) dintre respondenți, ceea ce indică o tendință de culpabilizare, cu riscul de a reduce empatia și disponibilitatea de a oferi sprijin. Această lipsă de disponibilitate este reflectată și în faptul că 23% (8) dintre participanți consideră că unii lucrători medicali nu manifestă sprijin față de pacienți, în timp ce 34% (12) admit evitarea contactului cu aceștia (Figura 10).

Pe de altă parte, există și semne clare de empatie: 69% (24) dintre respondenți afirmă că unii lucrători medicali resimt compasiune față de pacienții cu TB, ceea ce poate contrabalansa parțial atitudinile stigmatizante. Totuși, anxietatea în legătură cu îngrijirea acestor pacienți este prezentă în 43% (15) dintre cazuri, ceea ce poate influența negativ calitatea actului medical și relația terapeutică (Figura 10).

## Indicatori privind atitudinile stigmatizante ale personalului medical față de persoanele cu tuberculoză

Analiza statistică a celor 9 itemi care compun scala de percepție a stigmatizării în rândul personalului medical față de pacienții cu TB evidențiază o consistență internă acceptabilă și o variabilitate moderată în răspunsurile participanților. Scorul total mediu al scalei este de 17.74 (deviație standard = 6.95), ceea ce indică o dispersie relativ mare a percepțiilor în cadrul eșantionului. Media scorului per item este de 1.97 (deviația standard = 1.36), ceea ce sugerează un nivel moderat de susținere a afirmațiilor care reflectă stigmatul profesional, fără extreme evidente. Coeficientul Cronbach's Alpha, egal cu 0.729, confirmă o consistență internă rezonabilă a scalei, indicând faptul că itemii măsoară în mod coerent dimensiunea percepută a stigmatizării în contextul profesional în cadrul eșantionului studiat (Tabelul 25).

La nivelul itemilor individuali, cele mai ridicate scoruri medii au fost înregistrate pentru A7. *Unii lucrători din domeniul sănătății consideră că pacienții cu TB ar trebui izolați pe durata fazei intensive a tratamentului* (media = 3.09), A9. *Unii lucrători din domeniul sănătății consideră că tratamentul TB ar trebui impus, dacă este necesar* (media = 2.94) și A8. *Unii lucrători din domeniul sănătății percep pacienții cu TB ca fiind periculoși* (media = 2.77). Aceste rezultate indică o percepție clară a riscului de transmitere a TB și o tendință de control și izolare, reflectând o formă de stigmatizare bazată pe frică și protecție instituțională ori considerente de sănătate publică invocate (Tabelul 25).



Itemul A2. *Unii lucrători din domeniul sănătății resimt compasiune față de pacienții cu TB* (media = 2.69) oferă o nuanță diferită, sugerând că, în ciuda percepțiilor de pericol, există și o componentă empatică în relația cu pacienții. Totuși, această atitudine nu este dominantă în ansamblul scalei (Tabelul 25). În contrast, cele mai scăzute scoruri medii au fost înregistrate pentru A6. *Unii lucrători resimt sentimente de ostilitate față de pacienții cu TB* (media = 0.69), A5. *Unii consideră că responsabilitatea pentru îmbolnăvire aparține exclusiv pacientului* (media = 0.89) și A3. *Unii nu manifestă disponibilitate în a oferi sprijin pacienților cu TB* (media = 1.26). Aceste valori sugerează că, deși există comportamente de evitare sau control, ele nu sunt întotdeauna însoțite de atitudini ostile sau devalorizante explicate (Tabelul 25).

Din perspectiva consistenței interne, cei mai bine corelați itemi cu scorul total al scalei sunt A6. *Unii lucrători din domeniul sănătății resimt sentimente de ostilitate față de pacienții cu TB* (corelație item-total = 0.594), A4. *Unii lucrători din domeniul sănătății evită contactul cu pacienții diagnosticați cu TB* (0.579) și A7. *Unii lucrători din domeniul sănătății consideră că pacienții cu TB ar trebui izolați pe durata fazei intensive a tratamentului* (0.575). Acești itemi par a fi cei mai relevanți pentru constructul măsurat, reflectând dimensiunea centrală a stigmatizării profesionale – distanțarea fizică, percepția de pericol și nevoia de izolare (Tabelul 25).

**Tabelul 25. Statistici descriptive și consistența internă a itemilor scalei privind atitudinile stigmatizante ale personalului medical față de persoanele cu tuberculoză**

| Denumire item                                                                                                                      | Media<br>răspunsurilor<br>± deviația<br>standard | Corelație<br>item-total | Coeficientul<br>Cronbach's Alpha |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|
| A1. Unii lucrători din domeniul sănătății manifestă anxietate privind îngrijirea pacienților cu TB                                 | 1.80 ±1.51                                       | 0.390                   | 0.708                            |
| A2. Unii lucrători din domeniul sănătății resimt compasiune față de pacienții cu TB                                                | 2.69 ±1.25                                       | 0.040                   | 0.760                            |
| A3. Unii lucrători din domeniul sănătății nu manifestă disponibilitate în a oferi sprijin pacienților cu TB                        | 1.26 ±1.38                                       | 0.525                   | 0.683                            |
| A4. Unii lucrători din domeniul sănătății evită contactul cu pacienții diagnosticați cu TB                                         | 1.63 ±1.62                                       | <b>0.579</b>            | 0.558                            |
| A5. Unii lucrători din domeniul sănătății consideră că responsabilitatea pentru îmbolnăvirea cu TB aparține exclusiv pacientului   | 0.89 ±1.28                                       | 0.425                   | 0.701                            |
| A6. Unii lucrători din domeniul sănătății resimt sentimente de ostilitate față de pacienții cu TB                                  | 0.69 ±0.993                                      | <b>0.594</b>            | 0.683                            |
| A7. Unii lucrători din domeniul sănătății consideră că pacienții cu TB ar trebui izolați pe durata fazei intensive a tratamentului | 3.09 ±1.54                                       | <b>0.575</b>            | 0.670                            |
| A8. Unii lucrători din domeniul sănătății percep pacienții cu TB ca fiind periculoși                                               | 2.77 ±1.35                                       | 0.352                   | 0.714                            |
| A9. Unii lucrători din domeniul sănătății consideră că administrarea tratamentului pentru TB ar trebui impusă, dacă este necesar   | 2.94 ±1.32                                       | 0.212                   | 0.736                            |
| <b>Scorul total mediu al scalei</b>                                                                                                | <b>26.95 ±10.43</b>                              | -                       | -                                |
| <b>Media scorului per item</b>                                                                                                     | <b>1.97 ±1.36</b>                                | -                       | -                                |
| <b>Coeficientul Cronbach's Alpha</b>                                                                                               | -                                                | -                       | <b>0.729</b>                     |



## Stigma experimentată

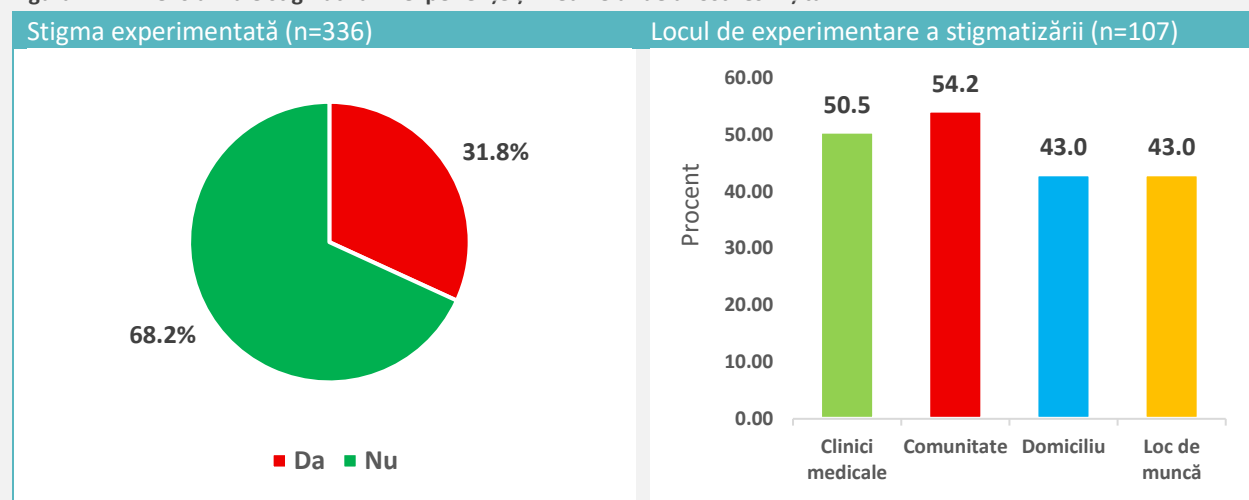
Sub-capitolul dat urmărește explorarea stigmatizării experimentate (recunoscută și trăită). Analiza se concentrează pe identificarea locurilor în care stigma a fost experimentată, precum instituții medicale, comunitate, domiciliu și locul de muncă, dar și pe investigarea factorilor de risc (demografici, sociali, clinici, alte contexte) care ar putea influența sau determina aceste experiențe. În plus, au fost analizate atât relațiile dintre acești factori și stigma experimentată, cât și legătura acestora cu contextul (locurile) în care stigma se manifestă.

## Persoane cu tuberculoză

### Dimensiuni ale stigmatizării experimentate de către persoanele cu TB

Experiențele de stigmatizare relevă o imagine complexă a modului în care respondenții percep și trăiesc stigmatul în diverse contexte sociale. Dintr-un total de 336 de respondenți, o treime (32%, 107) au specificat că au experimentat stigmatizare. În rândul acestora, 50.5% (54 din 107) au menționat că aceasta a avut loc în incinta instituțiilor medicale, sugerând existența unor deficiențe în etica profesională și în asigurarea unui acces echitabil la servicii de sănătate. În același timp, stigmatizarea în comunitate s-a constatat în 54% cazuri (58 din 107), ceea ce evidențiază o presiune socială persistentă și o lipsă de acceptare în mediul cotidian, contribuind la izolarea și marginalizarea acestor persoane. Locul de muncă a reprezentat un alt spațiu vulnerabil, unde 43% (46 din 107) dintre respondenți au menționat experiențe de stigmatizare, ceea ce ar putea afecta nu doar starea psihologică a individului, ci și performanța profesională. În alte 43% (46 din 107) respondenți au specificat stigmatizare în mediul lor domiciliu (Figura 11).

Figura 11. Dimensiuni ale stigmatizării: experiențe și mediile unde a fost resimțită



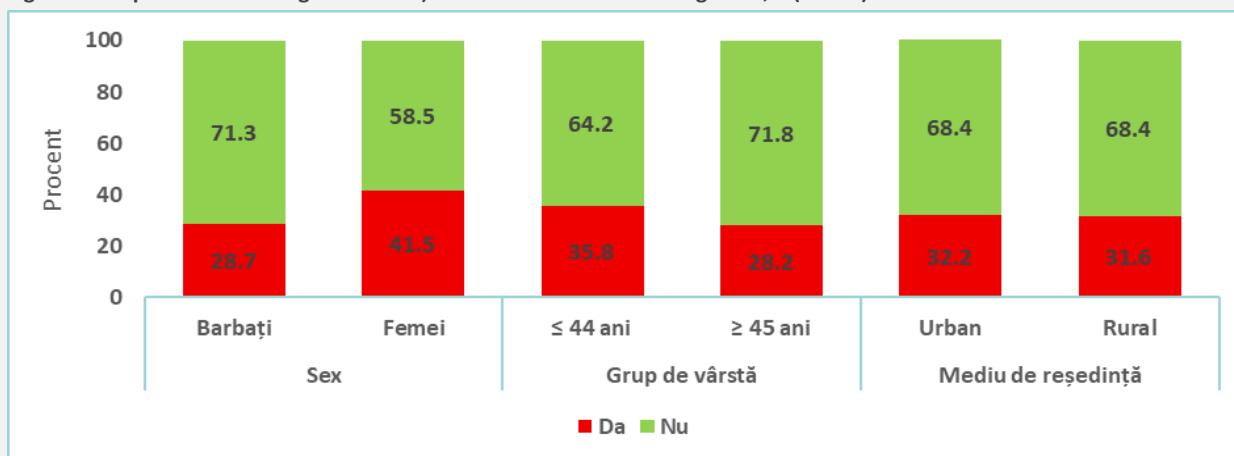
### Experimentarea stigmei și profilul demografic al persoanelor cu tuberculoză

Analiza datelor privind experiența stigmatizării în funcție de caracteristicile demografice ale respondenților evidențiază diferențe semnificative în ceea ce privește sexul, dar nu și în funcție de vârstă sau mediu de reședință. Distribuția pe sexe arată o diferență semnificativă statistic privind faptul că femeile au experimentat mai frecvent stigmatizare comparativ cu bărbații (OR=1.75; Î95%:1.04-2.94; p=0.023). În ceea ce privește



vârsta și mediul de reședință, acestea nu au influențat semnificativ probabilitatea de a experimenta stigmatizare ( $p>0.05$ , Figura 12).

Figura 12. Experimentarea stigmei în funcție de caracteristicile demografice,% (n=336)



În urma analizei relației dintre caracteristicile demografice — sex, vârstă și mediu de reședință — și percepția stigmei asociate TB în patru contexte distincte (comunitate, loc de muncă, instituții medicale și domiciliu), se evidențiază influența semnificativă a vârstei și a mediului de reședință asupra acestei percepții. Stigma este mai frecvent raportată în rândul persoanelor tinere și al celor care locuiesc în mediul rural, ceea ce sugerează o vulnerabilitate crescută în aceste grupuri.

Prin urmare, în comunitate, diferențele sunt marcante. Persoanele sub 44 de ani (64%) prezintă o probabilitate de peste două ori mai mare de a percepe stigma ( $OR=2.55$ ;  $Î95\%: 1.16-5.58$ ), iar cei din mediul rural (71%) manifestă un risc similar crescut ( $OR=2.41$ ;  $Î95\%: 1.042-5.58$ ). Valorile  $p$  asociate (0.014 și 0.002) confirmă semnificația statistică a acestor asocieri, sugerând că stigmatizarea este mai intens resimțită în contexte sociale mai puțin informate sau mai conservatoare (Tabelul 26).

La domiciliu, deși datele sunt mai fragmentate, se menține aceeași tendință: stigma este mai frecvent raportată de persoanele din mediul rural (67%), cu o asociere statistică marginal semnificativă ( $OR=2.13$ ;  $Î95\%: 0.964-4.72$ ;  $p=0.045$ ). Aceste rezultate indică faptul că spațiul privat nu este neapărat un refugiu față de stigmatizare, mai ales în comunitățile rurale (Tabelul 26).

În mediul medical, percepția stigmei nu a variat semnificativ în funcție de sex sau vârstă, ceea ce indică o distribuție relativ uniformă a experienței stigmatizării în acest cadru. Cu toate acestea, persoanele din mediul rural (61%) tind să raporteze mai frecvent astfel de experiențe, deși diferențele nu ating pragul de semnificație statistică ( $p=0.252$ , Tabelul 26).

Tabelul 26. Experimentarea stigmei în funcție de caracteristicile demografice și locul de percepție

| Denumire variabilă | Instituții medicale |              |               | Comunitate   |              |               | Domiciliu    |              |               | Loc de muncă |              |               |
|--------------------|---------------------|--------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|---------------|--------------|--------------|---------------|
|                    | Da<br>n (%)         | Nu<br>n (%)  | Valoarea<br>p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoarea<br>p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoarea<br>p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoarea<br>p |
| Total (n=107)      | 54                  | 53           |               | 58           | 49           |               | 46           | 61           |               | 46           | 61           |               |
| <b>Sex</b>         |                     |              |               |              |              |               |              |              |               |              |              |               |
| Bărbați            | 36<br>(66.7)        | 37<br>(69.8) | 0.444         | 39<br>(67.2) | 34<br>(69.4) | 0.489         | 35<br>(76.1) | 38<br>(62.3) | 0.95          | 34<br>(73.9) | 39<br>(63.9) | 0.188         |
| Femei              | 18<br>(33.3)        | 16<br>(39.2) |               | 19<br>(32.8) | 15<br>(30.6) |               | 11<br>(23.9) | 23<br>(37.7) |               | 12<br>(26.1) | 22<br>(36.1) |               |

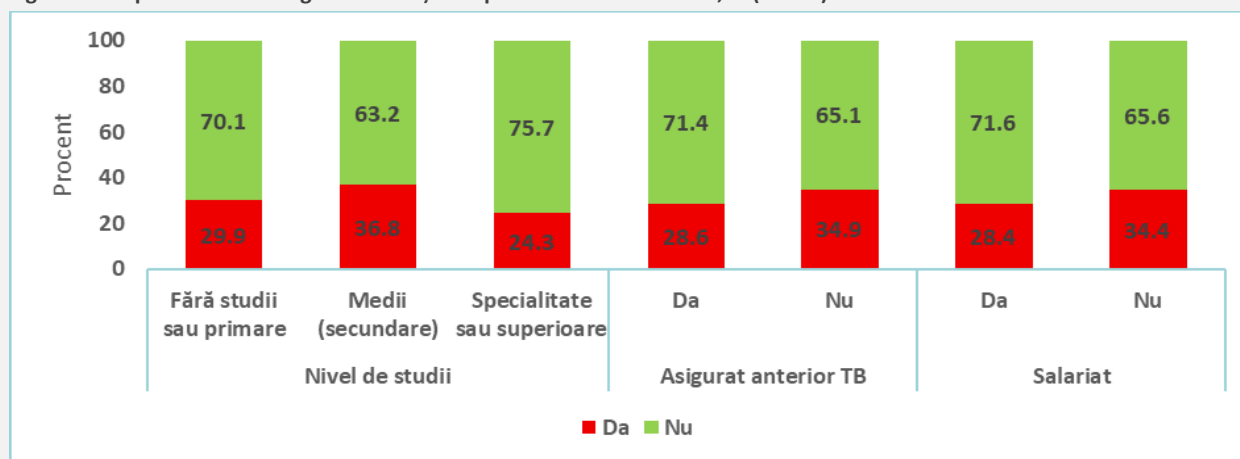


| Denumire variabilă | Instituții medicale |              |                   | Comunitate   |              |                   | Domiciliu    |              |                   | Loc de muncă |              |                   |
|--------------------|---------------------|--------------|-------------------|--------------|--------------|-------------------|--------------|--------------|-------------------|--------------|--------------|-------------------|
|                    | Da<br>n (%)         | Nu<br>n (%)  | <i>Valoarea p</i> | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | <i>Valoarea p</i> | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | <i>Valoarea p</i> | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | <i>Valoarea p</i> |
| Total (n=107)      | 54                  | 53           |                   | 58           | 49           |                   | 46           | 61           |                   | 46           | 61           |                   |
| Grup de vârstă     |                     |              |                   |              |              |                   |              |              |                   |              |              |                   |
| ≤ 44 ani           | 30<br>(55.6)        | 27<br>(50.9) | 0.388             | 37<br>(63.8) | 20<br>(40.8) | 0.014             | 26<br>(56.5) | 31<br>(50.8) | 0.349             | 26<br>(56.5) | 31<br>(50.8) | 0.349             |
| ≥ 45 ani           | 24<br>(44.4)        | 26<br>(49.1) |                   | 21<br>(36.2) | 29<br>(59.2) |                   | 20<br>(43.5) | 30<br>(49.2) |                   | 20<br>(43.5) | 30<br>(49.2) |                   |
| Mediu de reședință |                     |              |                   |              |              |                   |              |              |                   |              |              |                   |
| Urban              | 21<br>(38.9)        | 25<br>(47.2) | 0.252             | 17<br>(29.3) | 29<br>(59.2) | 0.002             | 15<br>(32.6) | 31<br>(50.8) | 0.045             | 17<br>(37.0) | 29<br>(47.5) | 0.185             |
| Rural              | 33<br>(61.1)        | 28<br>(52.8) |                   | 41<br>(70.7) | 20<br>(40.8) |                   | 31<br>(67.4) | 30<br>(49.2) |                   | 29<br>(63.0) | 32<br>(52.5) |                   |

### Experimentarea stigmei și profilul socio-economic al persoanelor cu tuberculoză

Datele privind experimentarea stigmei în funcție de nivelul de educație, statutul de asigurare medicală anterior diagnosticului de TB și ocuparea profesională sugerează existența unor diferențe între subgrupuri, însă acestea nu par a fi foarte pronunțate, nici unul dintre factori nefiind asociat cu experimentarea stigmei ( $p > 0.05$ , Figura 13).

Figura 13. Experimentarea stigmei în funcție de profilul socio-economic, % (n=336)



Salariat include orice tip de venit provenit din salariu, indemnizații, burse, pensii sau alte venituri

Analiza variabilelor socio-economice — nivelul de educație și statutul de persoană asigurată medical anterior diagnosticului de TB — nu a evidențiat o asociere semnificativă statistic cu experimentarea stigmatizării, indiferent de contextul în care aceasta a fost percepută: în instituții medicale, comunitate, la domiciliu sau la locul de muncă ( $p > 0.05$ ). Aceste rezultate sugerează că, în cadrul eșantionului analizat, caracteristicile enumerate nu au influențat în mod semnificativ percepția stigmei asociate TB (Tabelul 27).

În schimb, statutul de salariat a demonstrat o asociere semnificativă statistic cu percepția stigmei în contextul instituțiilor medicale ( $p = 0.030$ ). Persoanele nesalariate — definite ca neavând venituri din salarii, pensii, burse sau alte surse — au raportat stigmatizare într-o proporție semnificativ mai mare (72%), comparativ cu salariații. Estimarea riscului ( $OR = 2.32$ ;  $Î95\%: 1.04-5.18$ ) indică faptul că nesalariații au o probabilitate de peste două ori mai mare de a experimenta stigmatizare în mediul medical. Această diferență poate reflecta o vulnerabilitate socială și economică crescută, care influențează modul în care aceștia sunt percepuți și tratați în instituțiile medicale (Tabelul 27).



Referitor la percepția stigmei la domiciliu, persoanele neangajate (nesalariații) au raportat stigmatizare într-o proporție de 61%, ceea ce indică o posibilă influență a statutului socio-economic asupra modului în care stigma este resimțită în spațiul privat. Deși această relație nu este confirmată statistic, valoarea p de 0.067 sugerează o tendință spre semnificație, indicând că diferențele observate ar putea reflecta un efect real, dar insuficient susținut de datele disponibile pentru a fi considerat semnificativ din punct de vedere statistic (Tabelul 27).

**Tabelul 27. Experimentarea stigmei în funcție de profilul socio-economic și locul de percepție**

| Denumire variabilă             | Instituții medicale |              |            | Comunitate   |              |            | Domiciliu    |              |            | Loc de muncă |              |            |
|--------------------------------|---------------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|
|                                | Da<br>n (%)         | Nu<br>n (%)  | Valoarea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoarea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoarea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoarea p |
| Total (n=107)                  | 54                  | 53           |            | 58           | 49           |            | 46           | 61           |            | 46           | 61           |            |
| Nivel de studii                |                     |              |            |              |              |            |              |              |            |              |              |            |
| Primare sau fără studii        | 15<br>(27.8)        | 17<br>(32.1) | 0.394      | 21<br>(36.2) | 11<br>(22.4) | 0.179      | 17<br>(37.0) | 15<br>(24.6) | 0.335      | 11<br>(23.9) | 21<br>(34.4) | 0.489      |
| Medii secundare                | 32<br>(59.3)        | 25<br>(47.2) |            | 30<br>(51.7) | 27<br>(55.1) |            | 23<br>(50.0) | 34<br>(55.7) |            | 27<br>(58.7) | 30<br>(49.2) |            |
| Specialitate sau superioare    | 7<br>(13.0)         | 11<br>(20.8) |            | 7<br>(12.1)  | 11<br>(22.4) |            | 6<br>(13.0)  | 12<br>(19.7) |            | 8<br>(17.4)  | 10<br>(16.4) |            |
| Statut de asigurat anterior TB |                     |              |            |              |              |            |              |              |            |              |              |            |
| Da                             | 21<br>(38.9)        | 25<br>(47.2) | 0.252      | 23<br>(39.7) | 23<br>(46.9) | 0.287      | 20<br>(43.5) | 26<br>(42.6) | 0.543      | 21<br>(45.7) | 25<br>(41.0) | 0.387      |
| Nu                             | 33<br>(61.1)        | 28<br>(52.8) |            | 35<br>(60.3) | 26<br>(53.1) |            | 26<br>(56.5) | 35<br>(57.4) |            | 25<br>(54.3) | 25<br>(54.3) |            |
| Salariat sau alte venituri     |                     |              |            |              |              |            |              |              |            |              |              |            |
| Da                             | 15<br>(27.8)        | 25<br>(47.2) | 0.030      | 20<br>(34.5) | 20<br>(40.8) | 0.317      | 13<br>(28.3) | 27<br>(44.3) | 0.067      | 18<br>(39.1) | 22<br>(36.1) | 0.450      |
| Nu                             | 39<br>(72.2)        | 28<br>(52.8) |            | 38<br>(65.5) | 29<br>(59.2) |            | 33<br>(71.7) | 34<br>(55.7) |            | 28<br>(60.9) | 39<br>(63.9) |            |

\* Salariat include orice tip de venit provenit din salariu, indemnizații, burse, pensii sau venituri din alte surse

### Experimentarea stigmei în raport cu factorii sociali de vulnerabilitate

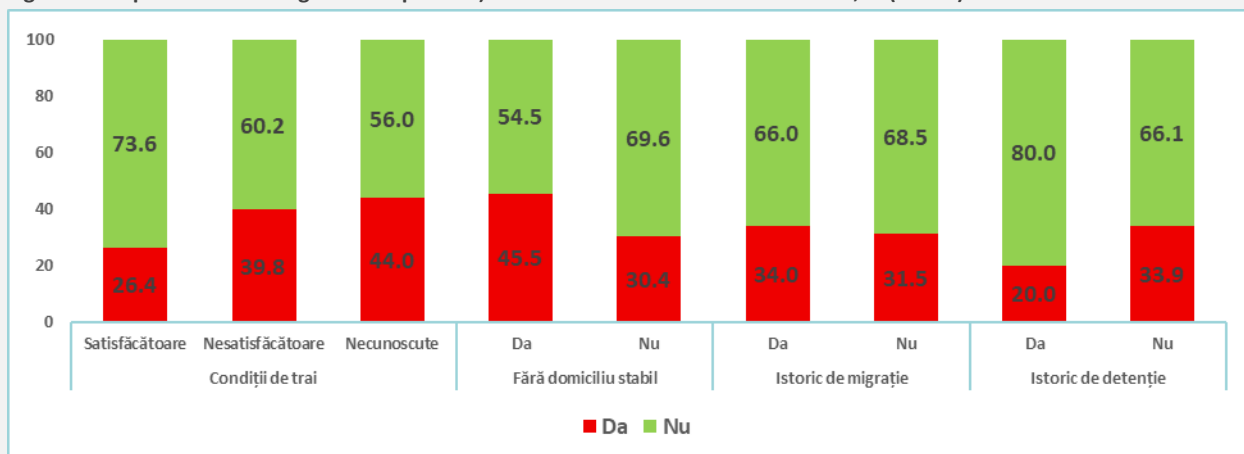
Cu referire la analiza relației dintre experimentarea stigmei și factorii sociali de vulnerabilitate evidențiază o asociere semnificativă statistic între condițiile de trai și experiența stigmatizării. Persoanele care trăiesc în condiții nesatisfăcătoare au prezentat un risc semnificativ mai mare de experimentare a stigmatizării comparativ cu cele care beneficiază de condiții satisfăcătoare (OR = 1.84; IC95%: 1.11–3.03; p = 0.023).

De asemenea, istoricul de detenție se asociază semnificativ cu experiența stigmei, însă în acest caz, detenția pare să acționeze ca un factor protectiv, reducând probabilitatea perceperii stigmatizării în comunitate (OR = 0.48; IC95%: 0.23–1.11; p=0.034) (Figura 14).

Alți doi factori analizați — istoricul de migrație și lipsa unui domiciliu stabil — nu par să influențeze semnificativ experiența stigmei, deși valoarea p de 0.061 pentru persoanele fără adăpost și experiența stigmei este aproape de pragul semnificației, ceea ce înseamnă că există o posibilitate ca această asociere să nu fie întâmplătoare, dar nu este suficient de puternică pentru a fi considerată semnificativă din punct de vedere statistic (Figura 14).



Figura 14. Experimentarea stigmei în dependență de factorii sociali de vulnerabilitate, % (n=336)



Condiții de viață – evaluare estimativă, subiectivă apreciată de către medicul ftiziopneumolog în cadrul consultului; Istoric de migrație – persoana a locuit în afara granițelor țării pentru o perioadă de cel puțin 3 luni în ultimele 12 luni anterioare diagnosticării cu TB; Istoric de detenție – persoana a fost privată de libertate (în detenție) ultimele 24 luni sau mai mult înainte de stabilirea diagnosticului TB.

O imagine detaliată asupra relației dintre factorii sociali de vulnerabilitate și percepția stigmei în patru contexte distincte: comunitate, loc de muncă, instituții medicale și domiciliu este prezentată în Tabelul 28. În acest context, factorii precum condițiile de trai, lipsa unui domiciliu stabil și istoricul de migrație nu par să fi influențat în mod semnificativ experimentarea stigmei în funcție de locul în care aceasta a fost percepută ( $p > 0.05$ ).

În contrast, istoricul de detenție se asociază semnificativ statistic cu o probabilitate mai scăzută de a percepe stigmatizare (OR=0.128; Î95%:0.16–1.24;  $p=0.025$ ), ceea ce indică un posibil efect protectiv în anumite contexte sociale, în special în comunitate (3.4%) și la domiciliu (2.2%). Această relație inversă poate reflecta o adaptare socială diferită sau o percepție modificată a stigmei în rândul persoanelor cu experiență de detenție, care poate influența modul în care acestea interpretează sau internalizează atitudinile stigmatizante din jurul lor (Tabelul 28).

Tabelul 28. Experimentarea stigmei în raport cu factorii sociali de vulnerabilitate și locul de percepție

| Denumire<br>variabilă | Instituții medicale |              |                | Comunitate   |              |                | Domiciliu    |              |                | Loc de muncă |              |                |
|-----------------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|
|                       | Da<br>n (%)         | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p |
| Total (n=107)         | 54                  | 53           |                | 58           | 49           |                | 46           | 61           |                | 46           | 61           |                |
| Condiții de trai      |                     |              |                |              |              |                |              |              |                |              |              |                |
| Satisfăcătoare        | 28<br>(51.9)        | 27<br>(50.9) | 0.940          | 24<br>(41.4) | 31<br>(63.3) | 0.067          | 21<br>(45.7) | 34<br>(55.7) | 0.104          | 23<br>(50.0) | 32<br>(52.5) | 0.965          |
| Nesatisfăcătoare      | 21<br>(38.9)        | 20<br>(37.7) |                | 26<br>(44.8) | 15<br>(30.6) |                | 17<br>(37.0) | 24<br>(39.3) |                | 18<br>(39.1) | 23<br>(37.7) |                |
| Necunoscute           | 5<br>(9.3)          | 6<br>(11.3)  |                | 8<br>(13.8)  | 3<br>(6.1)   |                | 8<br>(17.4)  | 3<br>(4.9)   |                | 5<br>(10.9)  | 6<br>(9.8)   |                |
| Fără domiciliu stabil |                     |              |                |              |              |                |              |              |                |              |              |                |
| Da                    | 8<br>(14.8)         | 7<br>(13.2)  | 0.516          | 7<br>(12.1)  | 8<br>(16.3)  | 0.361          | 7<br>(15.2)  | 8<br>(13.1)  | 0.485          | 7<br>(15.2)  | 8<br>(13.1)  | 0.485          |
| Nu                    | 46<br>(85.2)        | 46<br>(86.8) |                | 51<br>(87.9) | 41<br>(83.7) |                | 39<br>(84.8) | 53<br>(86.9) |                | 39<br>(84.8) | 53<br>(86.9) |                |
| Istoric de migrație*  |                     |              |                |              |              |                |              |              |                |              |              |                |
| Da                    | 8<br>(14.8)         | 8<br>(15.1)  | 0.591          | 7<br>(12.1)  | 9<br>(18.4)  | 0.261          | 7<br>(15.2)  | 9<br>(14.8)  | 0.578          | 6<br>(13.0)  | 10<br>(16.4) | 0.422          |



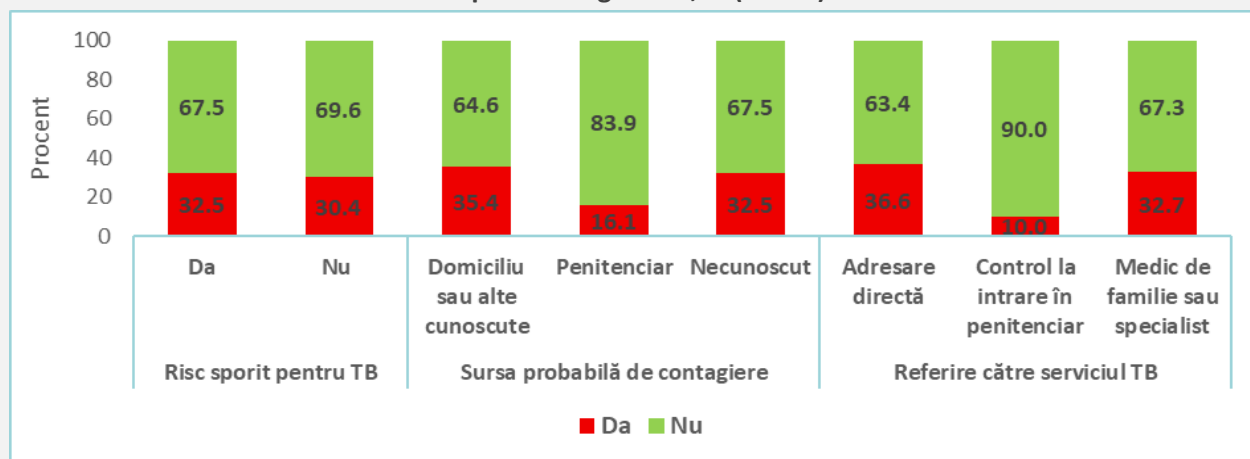
| Denumire variabilă          | Instituții medicale |              |            | Comunitate   |              |            | Domiciliu    |              |            | Loc de muncă |              |            |
|-----------------------------|---------------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|
|                             | Da<br>n (%)         | Nu<br>n (%)  | Valoarea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoarea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoarea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoarea p |
| Total (n=107)               | 54                  | 53           |            | 58           | 49           |            | 46           | 61           |            | 46           | 61           |            |
| Nu                          | 46<br>(85.2)        | 45<br>(84.9) |            | 51<br>(87.9) | 40<br>(81.6) |            | 39<br>(84.8) | 52<br>(85.2) |            | 40<br>(87.0) | 51<br>(85.0) |            |
| <b>Istoric de detenție*</b> |                     |              |            |              |              |            |              |              |            |              |              |            |
| Da                          | 6<br>(11.1)         | 4<br>(7.5)   | 0.383      | 2<br>(3.4)   | 8<br>(16.3)  | 0.034      | 1<br>(2.2)   | 9<br>(14.8)  | 0.025      | 2<br>(4.3)   | 8<br>(13.1)  | 0.112      |
| Nu                          | 48<br>(88.9)        | 49<br>(92.5) |            | 56<br>(96.6) | 41<br>(83.7) |            | 45<br>(97.8) | 52<br>(85.2) |            | 44<br>(95.7) | 53<br>(86.9) |            |

\*Condiții de viață – evaluare estimativă, subiectivă apreciată de către medicul ftiziopneumolog în cadrul consultului; Istoric de migrație – persoana a locuit în afara granițelor țării pentru o perioadă de cel puțin 3 luni în ultimele 12 luni anterioare diagnosticării cu TB; Istoric de detenție – persoana a fost privată de libertate (în detenție) ultimele 24 luni sau mai mult înainte de stabilirea diagnosticului TB.

### Experimentarea stigmei în raport cu factorii de expunere și referire către serviciul TB

Variabilele analizate, precum condiții de risc sporit pentru contractarea TB, sursele probabile de contagiare, dar și modalitatea de referire către serviciul TB, nu au prezentat asocieri semnificative statistic cu experiența stigmei ( $p > 0.05$ ) (Figura 15).

**Figura 15. Experimentarea stigmei în raport cu factorii de expunere la tuberculoză și modalitatea de referire către serviciul de tuberculoză pentru diagnostic, % (n=336)**



\*Risc sporit pentru TB – angajați în instituții medicale TB, azil bătrâni sau boschetari, instituții penitenciare, foști deținuți, alte locații cu risc pentru TB; Sursa probabilă de contagiare (Alte presupune surse cunoscute, dar nespecificate)

În cele patru contexte analizate – comunitate, loc de muncă, instituții medicale și domiciliu – variabilele privind riscul sporit pentru TB, precum și cele referitoare la sursa probabilă de contagiare au evidențiat variații în frecvența percepției stigmei. Cu toate acestea, nu toate diferențele observate au atins pragul de semnificație statistică ( $p > 0.05$ ), ceea ce sugerează că, deși există tendințe, acestea nu pot fi considerate concludente (Tabelul 29).

Analiza modului de referire către serviciul TB evidențiază o tendință clară de trimitere prin intermediul medicilor de familie sau al specialiștilor, indiferent de contextul în care este percepută stigmatizarea ( $p = 0.047$ ). În ceea ce privește percepția stigmei în comunitate, la domiciliu și la locul de muncă, nu au fost identificate diferențe semnificative statistic în funcție de tipul de referire. Totuși, în cazul persoanelor care au raportat stigmatizare în instituții medicale, adresarea directă către serviciul TB a fost semnificativ asociată cu această percepție, sugerând existența unei relații relevante din punct de vedere statistic între tipul de trimitere și



contextul instituțional. Mai exact, 22% dintre cei care s-au adresat direct la serviciul TB au experimentat stigmatizare, iar analiza estimării efectului a arătat că aceștia au avut o probabilitate de peste patru ori mai mare de a percepe stigmatizare comparativ cu persoanele referite de un cadru medical (OR=4.78; Î95%: 1.23–18.10; p=0.015) (Tabelul 29).

**Tabelul 29. Experimentarea stigmei în raport cu factorii de expunere la tuberculoză și referirea către serviciul de tuberculoză pentru diagnostic și locul de percepție**

| Denumire<br>variabilă                | Instituții medicale |              |                | Comunitate   |              |                | Domiciliu    |              |                | Loc de muncă |              |                |
|--------------------------------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|
|                                      | Da<br>n (%)         | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p |
| Total (n=107)                        | 54                  | 53           |                | 58           | 49           |                | 46           | 61           |                | 46           | 61           |                |
| <b>Risc sporit pentru TB</b>         |                     |              |                |              |              |                |              |              |                |              |              |                |
| Da                                   | 37<br>(68.5)        | 39<br>(73.6) | 0.358          | 42<br>(72.4) | 34<br>(69.4) | 0.447          | 34<br>(73.9) | 40<br>(65.6) | 0.111          | 36<br>(78.3) | 40<br>(65.6) | 0.111          |
| Nu                                   | 17<br>(31.5)        | 14<br>(26.4) |                | 16<br>(27.6) | 15<br>(30.6) |                | 12<br>(26.1) | 21<br>(34.4) |                | 10<br>(21.7) | 21<br>(34.4) |                |
| <b>Sursa probabilă de contagiare</b> |                     |              |                |              |              |                |              |              |                |              |              |                |
| Domiciliu sau alte*                  | 16<br>(29.6)        | 18<br>(34.0) | 0.385          | 22<br>(37.9) | 12<br>(24.5) | 0.324          | 14<br>(30.4) | 20<br>(32.8) | 0.118          | 14<br>(30.4) | 20<br>(32.8) | 0.519          |
| Penitenciar                          | 4<br>(7.4)          | 1<br>(1.9)   |                | 0<br>(0.0)   | 5<br>(10.2)  |                | 0<br>(0.0)   | 5<br>(8.2)   |                | 1<br>(2.2)   | 4<br>(6.6)   |                |
| Necunoscut                           | 34<br>(63.0)        | 34<br>(64.2) |                | 36<br>(62.1) | 32<br>(65.3) |                | 32<br>(69.6) | 36<br>(59.0) |                | 31<br>(67.4) | 37<br>(60.7) |                |
| <b>Referire către serviciul TB</b>   |                     |              |                |              |              |                |              |              |                |              |              |                |
| Adresare directă                     | 12<br>(22.2)        | 3<br>(5.7)   | 0.047          | 6<br>(10.3)  | 9<br>(18.4)  | 0.226          | 5<br>(10.9)  | 10<br>(16.4) | 0.199          | 10<br>(21.7) | 5<br>(8.2)   | 0.129          |
| Control la intrare în penitenciar    | 1<br>(1.9)          | 1<br>(1.9)   |                | 2<br>(3.4)   | 0<br>(0.0)   |                | 2<br>(4.3)   | 0<br>(0.0)   |                | 1<br>(2.2)   | 1<br>(1.6)   |                |
| Medic de familie sau specialist      | 41<br>(75.9)        | 49<br>(92.5) |                | 50<br>(86.2) | 40<br>(81.6) |                | 39<br>(84.8) | 51<br>(83.6) |                | 35<br>(76.1) | 55<br>(90.2) |                |

\*Risc sporit pentru TB – angajați în instituții medicale TB, azil bătrâni sau boschetari, instituții penitenciare, foști deținuți, alte locații cu risc pentru TB; Sursa probabilă de contagiare (Alte presupune surse cunoscute, dar nespecificate)

### Experimentarea stigmei în raport cu caracteristicile clinice

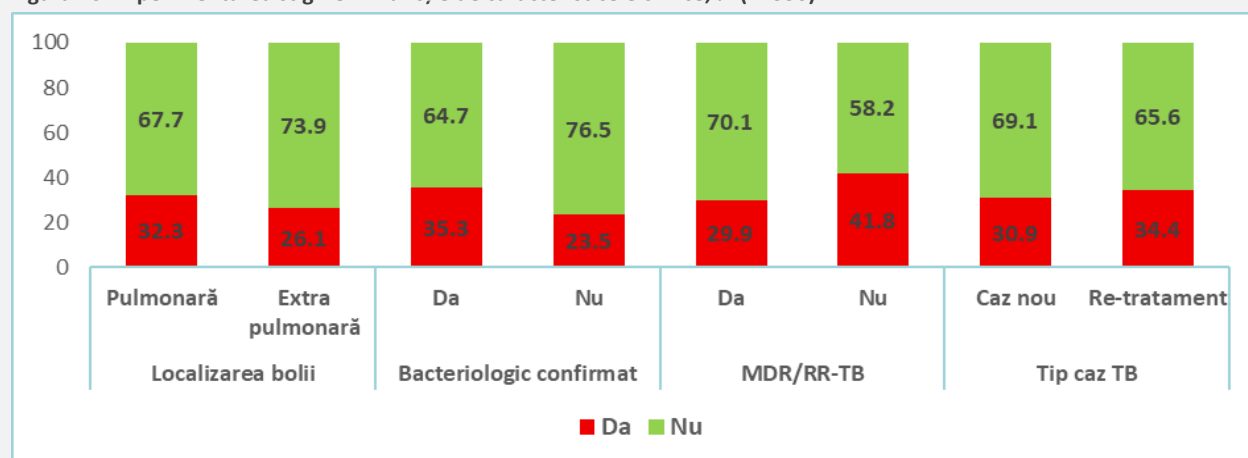
Relația dintre caracteristicile clinice ale TB și experimentarea stigmei evidențiază anumite variații în funcție de tipul de diagnostic și localizarea bolii, însă neatingând pragul de semnificație statistică. Astfel, respondenții cu TB pulmonară și cei cu re-tratamente au experimentat stigmatizare într-o proporție mai mare comparativ cu cei cu forme extra pulmonare și cazurile noi, însă diferența nu este semnificativă statistic ( $p > 0.05$ ), sugerând că localizarea și tipul cazului nu influențează în mod decisiv experiența stigmatizării. Cât privește TB MDR/RR, proporția celor care au raportat stigmatizare a fost mai scăzută comparativ cu cei fără această formă, iar valoarea p egală cu de 0.059 indică o tendință spre semnificație statistică. În context, deși nu se atinge pragul convențional de semnificație, această diferență ar putea semnală o relație potențială (Figura 16).

Persoanele cu TB confirmată bacteriologic au prezentat o probabilitate semnificativ mai mare de a percepe stigmatizare comparativ cu cele fără confirmare bacteriologică. Analiza statistică indică o asociere semnificativă între confirmarea bacteriologică și experimentarea stigmei (OR=1.78; Î95%:1.03–3.04;  $p = 0.022$ ), ceea ce



sugerează că persoanele cu TB confirmată bacteriologic au aproximativ de două ori mai multe șanse de a experimenta stigmatizare (Figura 16).

Figura 16. Experimentarea stigmei în funcție de caracteristicile clinice, % (n=336)



O analiză detaliată a modului în care percepția stigmei variază în funcție de caracteristicile clinice ale TB și de contextul în care aceasta este resimțită — comunitate, loc de muncă, instituții medicale și domiciliu — evidențiază diferențe relevante, dar nu toate susținute statistic (Tabelul 30).

În ceea ce privește localizarea bolii, majoritatea cazurilor au fost cu TB pulmonară, iar distribuția percepției stigmei este similară între persoanele afectate, indiferent de contextul analizat. Valorile p, toate peste pragul de semnificație ( $p > 0.05$ ), indică faptul că localizarea bolii nu influențează semnificativ percepția stigmei. De asemenea, nici prezența TB MDR/RR și nici tipul cazului la notificare (caz nou vs. recurent) nu au fost asociate semnificativ ( $p > 0.05$ ) cu percepția stigmei în niciunul dintre cele patru contexte, ceea ce sugerează că aceste caracteristici clinice nu determină în mod direct stigmatizarea resimțită (Tabelul 30).

O diferență semnificativă din punct de vedere statistic se remarcă în cazul TB confirmate bacteriologic. În contextul instituțiilor medicale, 87% dintre persoanele care au raportat stigmatizare aveau boala confirmată bacteriologic, comparativ cu 70% dintre cele care nu au experimentat stigmatizare. Estimarea riscului indică de aproape trei ori mai multe șanse de a experimenta stigmatizare în rândul celor cu diagnostic confirmat bacteriologic (OR = 2.9; Î95%: 1.08–7.79;  $p = 0.033$ ). Această asociere este și mai pronunțată în contextul domiciliului, unde 89% dintre persoanele care au experimentat stigmatizare aveau confirmare bacteriologică. În acest caz, riscul experimentării stigmei este de peste trei ori mai mare (OR = 3.43; Î95%: 1.16–10.1;  $p = 0.002$ ). Aceste rezultate sugerează că prezența diagnosticului bacteriologic confirmat, asociat adesea cu contagiozitate crescută și măsuri de izolare, poate amplifica percepția stigmei, în special în mediile apropiate și instituționale (Tabelul 30).

Tabelul 30. Experimentarea stigmei în funcție de caracteristicile clinice și locul de percepție

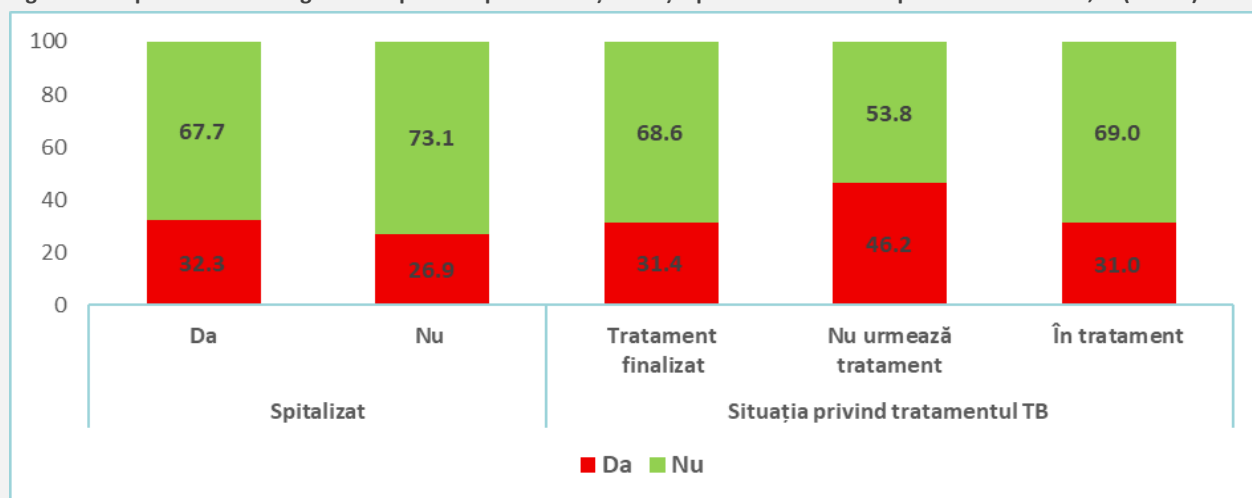
| Denumire variabilă       | Instituții medicale |              |            | Comunitate   |              |            | Domiciliu    |              |            | Loc de muncă |              |            |
|--------------------------|---------------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|
|                          | Da<br>n (%)         | Nu<br>n (%)  | Valoarea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoarea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoarea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoarea p |
| Total (n=107)            | 54                  | 53           |            | 58           | 49           |            | 46           | 61           |            | 46           | 61           |            |
| <b>Localizarea bolii</b> |                     |              |            |              |              |            |              |              |            |              |              |            |
| Pulmonară                | 50<br>(92.6)        | 51<br>(96.2) | 0.348      | 55<br>(94.8) | 46<br>(93.9) | 0.577      | 43<br>(93.5) | 58<br>(95.1) | 0.519      | 45<br>(97.8) | 56<br>(91.8) | 0.182      |
| Extra pulmonară          | 4<br>(7.4)          | 2<br>(3.8)   |            | 3<br>(5.2)   | 3<br>(6.1)   |            | 3<br>(6.5)   | 3<br>(4.9)   |            | 1<br>(2.2)   | 5<br>(8.2)   |            |



| Denumire<br>variabilă   | Instituții medicale |              |                | Comunitate   |              |                | Domiciliu    |              |                | Loc de muncă |              |                |
|-------------------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|
|                         | Da<br>n (%)         | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p |
| Total (n=107)           | 54                  | 53           |                | 58           | 49           |                | 46           | 61           |                | 46           | 61           |                |
| Bacteriologic confirmat |                     |              |                |              |              |                |              |              |                |              |              |                |
| Da                      | 47<br>(87.0)        | 37<br>(69.8) | 0.033          | 46<br>(79.3) | 38<br>(77.6) | 0.505          | 41<br>(89.1) | 43<br>(70.5) | 0.002          | 38<br>(82.6) | 46<br>(75.4) | 0.477          |
| Nu                      | 7<br>(13.0)         | 16<br>(30.2) |                | 12<br>(20.7) | 11<br>(22.4) |                | 5<br>(10.9)  | 18<br>(29.5) |                | 8<br>(17.4)  | 15<br>(24.6) |                |
| MDR/RR-TB               |                     |              |                |              |              |                |              |              |                |              |              |                |
| Da                      | 40<br>(74.1)        | 44<br>(83.0) | 0.187          | 43<br>(74.1) | 41<br>(83.7) | 0.169          | 35<br>(76.1) | 49<br>(80.3) | 0.384          | 35<br>(76.1) | 49<br>(80.3) | 0.384          |
| Nu                      | 14<br>(25.9)        | 9<br>(17.0)  |                | 15<br>(25.9) | 8<br>(16.3)  |                | 11<br>(23.9) | 12<br>(19.7) |                | 11<br>(23.9) | 12<br>(19.7) |                |
| Tip caz TB              |                     |              |                |              |              |                |              |              |                |              |              |                |
| Caz nou                 | 37<br>(68.5)        | 39<br>(73.6) | 0.358          | 41<br>(70.7) | 35<br>(71.4) | 0.553          | 32<br>(69.6) | 44<br>(72.1) | 0.469          | 34<br>(73.9) | 42<br>(68.9) | 0.363          |
| Re-tratament            | 17<br>(31.5)        | 14<br>(26.4) |                | 17<br>(29.3) | 14<br>(28.6) |                | 14<br>(30.4) | 17<br>(27.9) |                | 12<br>(26.1) | 19<br>(31.1) |                |

Resimțirea stigmei în raport cu statutul de spitalizare sau situația privind tratamentul TB nu a evidențiat diferențe semnificative statistice. Persoanele spitalizate au raportat stigmatizare într-o proporție ușor mai mare comparativ cu cele care nu au fost spitalizate, însă valoarea p egală cu 0.374 indică faptul că această diferență nu este semnificativă din punct de vedere statistic (Figura 17).

Figura 17. Experimentarea stigmei în raport cu spitalizarea și situația privind tratamentul pentru tuberculoză, % (n=336)



\*Situația privind tratamentul TB (tratament finalizat – vindecat sau tratament încheiat; nu urmează tratament – a inițiat tratamentul, dar nu l-a finalizat)

În ceea ce privește situația tratamentului, proporția celor care au experimentat stigmatizare este relativ similară între pacienții care au finalizat tratamentul și cei aflați în tratament, în timp ce o proporție mai mare a fost observată în rândul celor care nu urmează tratament (l-au inițiat dar nu-l mai continuă). Rezultatele obținute reflectează tendința, dar nu oferă suficiente dovezi pentru a susține o relație clară între starea tratamentului și percepția stigmei (p=0.527) (Figura 17).

Cu referire la experimentarea stigmatizării în dependență de spitalizare și situația tratamentului TB, raportată la patru contexte, precum: instituții medicale, comunitate, loc de muncă și domiciliu nu a evidențiat asocieri semnificative statistice. În ceea ce privește spitalizarea, proporția persoanelor care au raportat stigmatizare este



ușor mai ridicată în rândul celor care au fost spitalizați, comparativ cu cei care nu au fost spitalizați, în toate cele patru contexte analizate. Totuși, aceste diferențe nu sunt susținute de semnificație statistică ( $p>0.05$ ), ceea ce indică faptul că experiența spitalizării nu influențează în mod semnificativ resimțirea stigmei (Tabelul 31).

În mod similar, analiza situației tratamentului arată că persoanele care au finalizat tratamentul tind să raporteze stigmatizare într-o proporție mai mare, în special în contextul profesional și comunitar. Cu toate acestea, nici aceste diferențe nu sunt statistic semnificative ( $p>0.05$ ), sugerând că stadiul tratamentului — fie în curs, fie finalizat — nu constituie un factor determinant în percepția stigmei (Tabelul 31).

**Tabelul 31. Experimentarea stigmei în raport cu spitalizare, situația tratamentului și locul de percepție**

| Denumire<br>variabilă           | Instituții medicale |              |                | Comunitate   |              |                | Domiciliu    |              |                | Loc de muncă |              |                |
|---------------------------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|
|                                 | Da<br>n (%)         | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p |
| Total (n=107)                   | 54                  | 53           |                | 58           | 49           |                | 46           | 61           |                | 46           | 61           |                |
| Spitalizat                      |                     |              |                |              |              |                |              |              |                |              |              |                |
| Da                              | 52<br>(96.3)        | 48<br>(90.6) | 0.211          | 54<br>(93.1) | 46<br>(93.9) | 0.594          | 43<br>(93.5) | 57<br>(93.4) | 0.655          | 43<br>(93.5) | 57<br>(93.4) | 0.655          |
| Nu                              | 2<br>(3.7)          | 5<br>(9.4)   |                | 4<br>(6.9)   | 3<br>(6.1)   |                | 3<br>(6.5)   | 4<br>(6.6)   |                | 3<br>(6.5)   | 4<br>(6.6)   |                |
| Situația privind tratamentul TB |                     |              |                |              |              |                |              |              |                |              |              |                |
| Tratament<br>finalizat          | 32<br>(59.3)        | 34<br>(64.2) | 0.688          | 37<br>(63.8) | 29<br>(59.2) | 0.633          | 28<br>(60.9) | 38<br>(62.3) | 0.091          | 31<br>(67.4) | 35<br>(57.4) | 0.325          |
| Nu urmează<br>tratament         | 4<br>(7.4)          | 2<br>(3.8)   |                | 4<br>(6.9)   | 2<br>(4.1)   |                | 6<br>(13.0)  | 0<br>(0.0)   |                | 1<br>(2.2)   | 5<br>(8.2)   |                |
| În tratament                    | 18<br>(33.3)        | 17<br>(32.1) |                | 17<br>(29.3) | 18<br>(36.7) |                | 12<br>(26.1) | 23<br>(37.7) |                | 14<br>(30.4) | 21<br>(34.4) |                |

\*Situația privind tratamentul TB (tratament finalizat – vindecat sau tratament încheiat; nu urmează tratament – a inițiat tratamentul, dar nu l-a finalizat)

### Experimentarea stigmei în raport cu unele condiții asociate tuberculozei

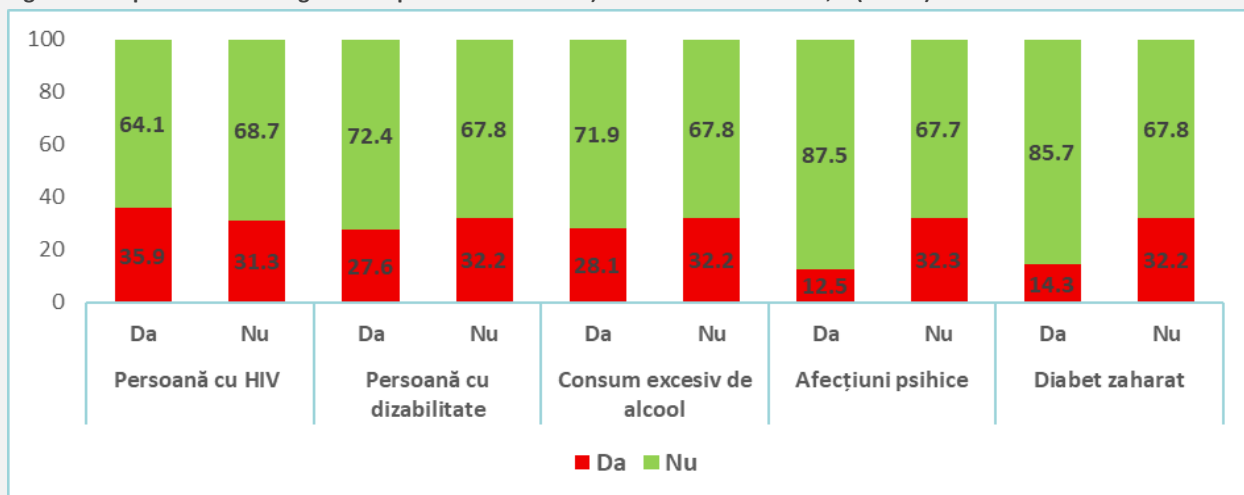
Cu referire la relația dintre prezența unor condiții asociate — precum infecția HIV, dizabilitatea, consumul excesiv de alcool, afecțiunile psihice și diabetul zaharat — și experimentarea stigmei nu a evidențiat asocieri semnificative statistic.

Astfel, dintre persoanelor care trăiesc cu HIV, 36% au experimentat, comparativ cu 31% dintre cei fără HIV ( $p=0.341$ ), o diferență care nu este statistic semnificativă. Situații similare se observă și în cazul altor condiții: persoanele cu dizabilități (28% vs. 32%;  $p=0.387$ ), consum excesiv de alcool (28% vs. 32%;  $p=0.399$ ), afecțiuni psihice (12% vs. 32%;  $p = 0.217$ ) și diabet zaharat (14% vs. 32%;  $p=0.289$ ) au resimțit stigmatizare într-o proporție mai mică decât cei fără aceste condiții, dar diferențele nu sunt susținute statistic.

În context, în toate cazurile, valorile p sunt mai mari decât pragul convențional de semnificație ( $p>0.05$ ), ceea ce indică faptul că aceste condiții nu influențează în mod semnificativ probabilitatea de a experimenta stigmatizare în rândul persoanelor cu TB (Figura 18).



Figura 18. Experimentarea stigmei în raport cu unele condiții asociate tuberculozei,% (n=336)



Experimentarea stigmatizării în raport cu condițiile asociate TB și cele patru contexte sociale, precum comunitatea, locul de muncă, instituțiile medicale și domiciliu este prezentată în Tabelul 32.

Dintre toate variabilele analizate, singura asociere semnificativă statistic este observată în cazul persoanelor care trăiesc cu HIV în contextul instituțiilor medicale. Aici, 20% dintre persoanele care au experimentat stigmatizare aveau HIV, comparativ cu doar 5.7% dintre cele care nu au resimțit-o ( $p=0.023$ ). Această diferență sugerează că infecția HIV poate amplifica percepția stigmei în mediile instituționale, posibil din cauza suprapunerii stigmatizării asociate ambelor afecțiuni — TB și HIV — și a unei sensibilități crescute în interacțiunea cu personalul medical. În celelalte contexte (comunitate, domiciliu și loc de muncă), proporțiile sunt relativ apropiate între grupurile care au perceput și cele care nu au perceput stigmatizare, iar valorile  $p$  (toate  $> 0.05$ ) indică lipsa unei asocieri semnificative. Cât privește dizabilitatea și consumul excesiv de alcool, nu s-au identificat diferențe semnificative statistic în niciunul dintre cele patru contexte ( $p>0.05$ , Tabelul 32).

Tabelul 32. Experimentarea stigmei în raport cu condițiile asociate tuberculozei și locul de percepție

| Denumire<br>variabilă    | Instituții medicale |              |                | Comunitate   |              |                | Domiciliu    |              |                | Loc de muncă |              |                |
|--------------------------|---------------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|----------------|
|                          | Da<br>n (%)         | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p | Da<br>n (%)  | Nu<br>n (%)  | Valoa<br>rea p |
| Total (n=107)            | 54                  | 53           |                | 58           | 49           |                | 46           | 61           |                | 46           | 61           |                |
| Persoană cu HIV          |                     |              |                |              |              |                |              |              |                |              |              |                |
| Da                       | 11<br>(20.4)        | 3<br>(5.7)   | 0.023          | 8<br>(13.8)  | 6<br>(12.2)  | 0.523          | 7<br>(15.2)  | 7<br>(11.5)  | 0.387          | 5<br>(10.9)  | 9<br>(14.8)  | 0.386          |
| Nu                       | 43<br>(79.6)        | 50<br>(94.3) |                | 50<br>(86.2) | 43<br>(87.8) |                | 39<br>(84.8) | 54<br>(88.5) |                | 41<br>(89.1) | 52<br>(85.2) |                |
| Persoană cu dizabilitate |                     |              |                |              |              |                |              |              |                |              |              |                |
| Da                       | 5<br>(9.3)          | 3<br>(5.7)   | 0.368          | 5<br>(8.6)   | 3<br>(6.1)   | 0.456          | 5<br>(10.9)  | 3<br>(4.9)   | 0.215          | 3<br>(6.5)   | 5<br>(8.2)   | 0.524          |
| Nu                       | 49<br>(90.7)        | 50<br>(94.3) |                | 53<br>(91.4) | 46<br>(93.9) |                | 41<br>(89.1) | 58<br>(95.1) |                | 43<br>(93.5) | 56<br>(91.8) |                |
| Consum excesiv de alcool |                     |              |                |              |              |                |              |              |                |              |              |                |
| Da                       | 49<br>(90.7)        | 49<br>(92.5) | 0.512          | 7<br>(12.1)  | 2<br>(4.1)   | 0.128          | 4<br>(8.7)   | 5<br>(8.2)   | 0.596          | 4<br>(8.7)   | 5<br>(8.2)   | 0.596          |
| Nu                       | 5<br>(9.3)          | 4<br>(7.5)   |                | 51<br>(87.9) | 47<br>(95.9) |                | 42<br>(91.3) | 56<br>(91.8) |                | 42<br>(91.3) | 56<br>(91.8) |                |

\*Consum excesiv de alcool, consum droguri – condiții apreciate subiectiv de către medic în cadrul consultului medical



## Experimentarea stigmei în calea accesării serviciilor de sănătate pentru tuberculoză

Dintre cei 336 de respondenți, 107 (32%) au menționat experiențe de stigmatizare. Dintre aceștia, 54 (51%) au menționat stigmatizare în cadrul instituțiilor medicale, 58 (54%) în comunitate, 46 (43%) în mediul domiciliar și 46 (43%) la locul de muncă. Analiza detaliată a acestor experiențe, în funcție de locul în care stigma a fost percepută pe traseul îngrijirilor medicale, relevă diferențe în impactul stigmei asupra accesului la servicii și continuității tratamentului pentru persoanele cu TB (Figura 19).

În cadrul instituțiilor medicale, stigma a fost cel mai frecvent resimțită în etapa stabilirii diagnosticului corect (56%, 30 din 54), ceea ce sugerează dificultăți în relația pacient–personal medical. În circa jumătate cazuri, respondenții au resimțit stigmatizare în etapele de inițiere a tratamentului (46%, 25 din 54), suport pentru aderență (46%, 25 din 54) și recunoașterea simptomelor (46%, 25 din 54). Solicitarea îngrijirilor medicale a fost afectată în 46% (23 din 54), iar accesarea serviciilor post-tratament în 39% (21 din 54), indicând o influență sistemică a stigmei asupra întregului parcurs terapeutic (Figura 19).

În comunitate, stigma a fost intens resimțită în etapa de suport pentru aderență (41%, 24 din 58) și inițierea tratamentului (40%, 23 din 58), urmate de solicitarea îngrijirilor medicale (36%, 21 din 58) și recunoașterea simptomelor (34%, 20 din 58).

Stabilirea diagnosticului a fost afectată în 31% (18 din 58), iar accesarea serviciilor post-tratament în 28% (16 din 58). Aceste date sugerează că presiunea socială și teama de judecată publică pot întârzia accesul la tratament și pot compromite continuitatea acestuia (Figura 19).

În mediul domiciliar, stigmatizarea a fost cel mai frecvent experimentată în etapa de recunoaștere a simptomelor (41%, 19 din 46), ceea ce indică bariere psihosociale timpurii în procesul de îngrijire. Finalizarea tratamentului a fost afectată în 37% (17 din 46), iar suportul pentru aderență în 24% (11 din 46). De asemenea, accesarea serviciilor post-tratament a fost afectată în 24% (11 din 46), iar stabilirea diagnosticului în 22% (10 din 46), ceea ce sugerează o influență persistentă a stigmei în mediul domiciliar (Figura 19).

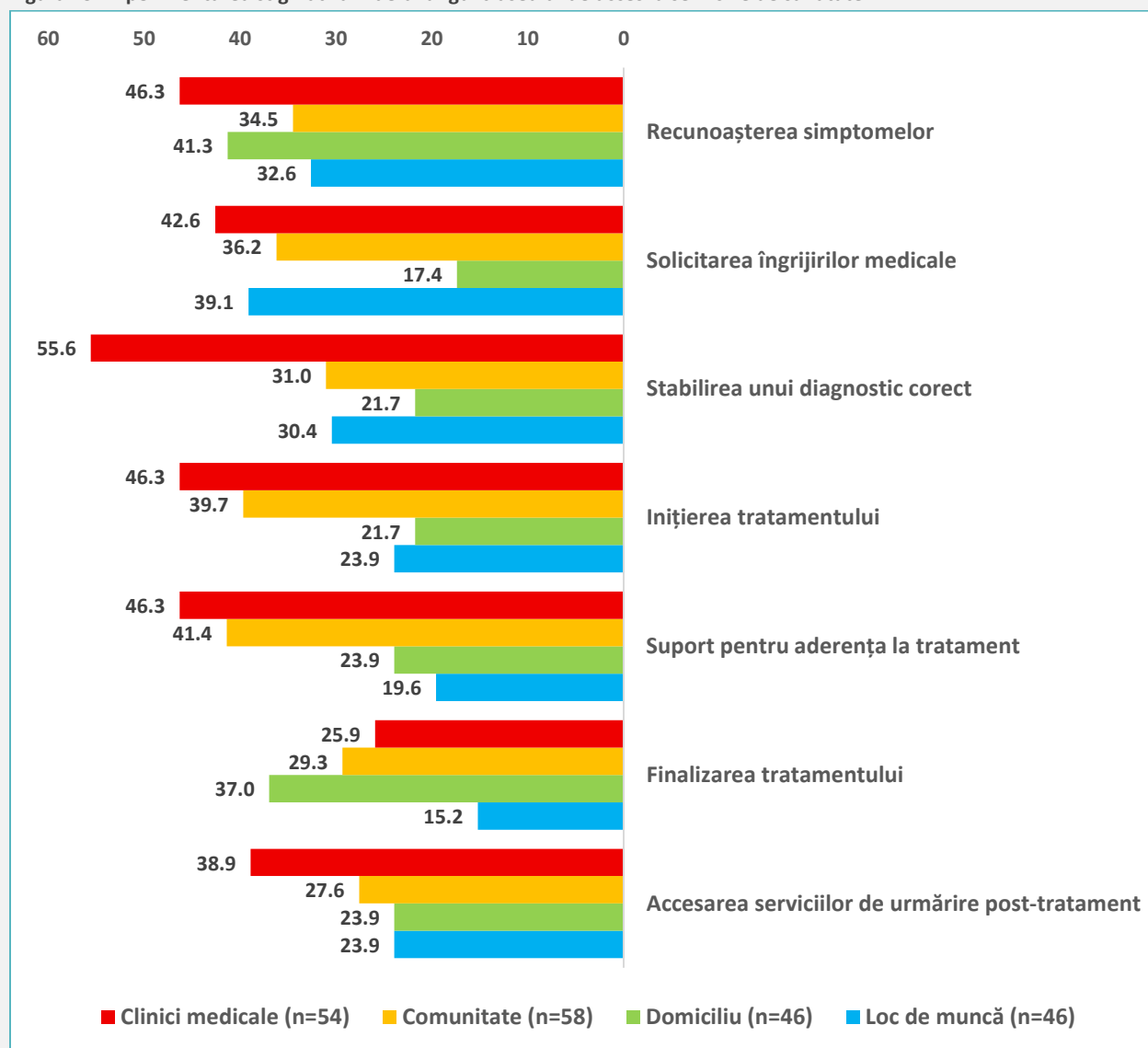
La locul de muncă, stigmatizarea a fost cel mai frecvent resimțită în etapa de solicitare a îngrijirilor medicale (39%, 18 din 46) și recunoaștere a simptomelor (33%, 15 din 46), ceea ce reflectă teama de discriminare profesională.

Stabilirea diagnosticului a fost afectată în 30% (14 din 46), iar inițierea tratamentului în 24% (11 din 46). Accesarea serviciilor post-tratament (24%, 11 din 46) și suportul pentru aderență (20%, 9 din 46) au fost specificate mai rar (Figura 19).

În context, rezultatele analizei evidențiază faptul că stigmatizarea persoanelor cu TB afectează în mod semnificativ fiecare etapă a traseului terapeutic, de la recunoașterea simptomelor până la accesarea serviciilor post-tratament. Deși intensitatea și formele stigmei au variat în funcție de contextul în care aceasta este experimentată — instituții medicale, comunitate, domiciliu sau loc de muncă — impactul său este constant.



Figura 19. Experimentarea stigmatizării de-a lungul traseului de acces la serviciile de sănătate



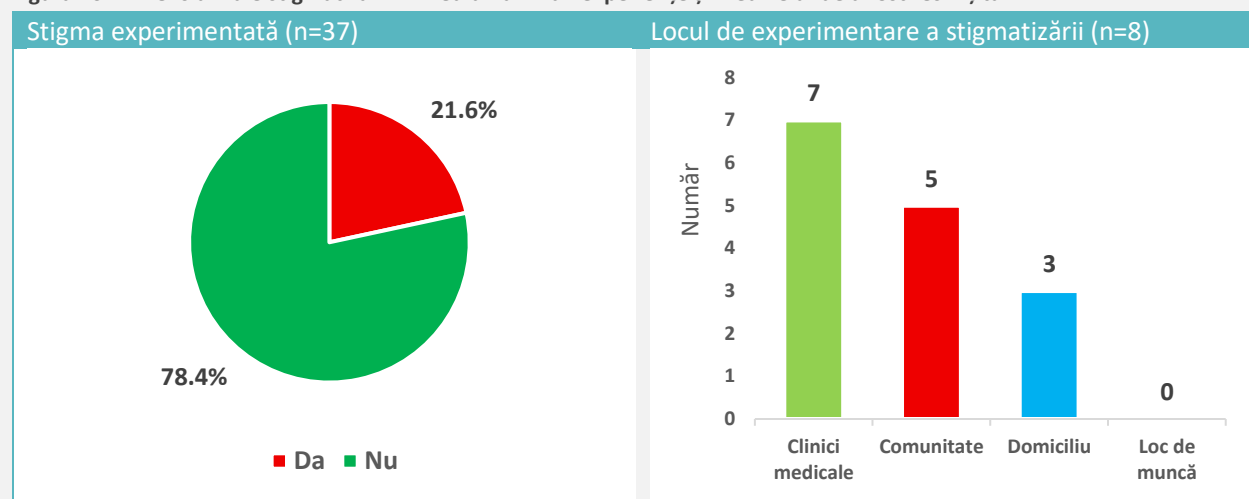
## Membrii familiilor persoanelor cu tuberculoză

### Dimensiuni ale stigmatizării experimentate în mediul familial

Experiențele de stigmatizare în mediul familial relevă faptul că în peste o cincime din membrii de familie a persoanelor cu TB (22%, 8/37) au menționat că au resimțit stigmatizare. În rândul celor 8 participanți care au raportat experiențe de stigmatizare, mediul spitalicesc a fost cel mai frecvent menționat, fiind indicat de 7 persoane. Comunitatea a fost menționată de 5 respondenți, în timp ce mediul domiciliu a fost asociat cu stigmatizarea de către 3 persoane. La locul de muncă, niciun respondent nu a specificat astfel de experiențe. Aceste rezultate sugerează că percepția stigmatizării variază în funcție de context, fiind mai pronunțată în mediile instituționale și comunitare, și mai puțin prezentă în cele familiale sau profesionale (Figura 20).



Figura 20. Dimensiuni ale stigmatizării în mediul familial: experiențe și mediile unde a fost resimțită



### Experimentarea stigmei de către membrii familiilor în calea accesării serviciilor de sănătate pentru tuberculoză

Datele evidențiază experiențele de stigmatizare trăite de membrii familiei care au îngrijit o persoană cu TB din familie, în diverse etape ale procesului de îngrijire, și în patru contexte: instituții medicale, comunitate, domiciliu și locul de muncă.

Stigmatizarea a fost cel mai frecvent resimțită în interacțiunea cu sistemul medical, în special în etapele de stabilire a diagnosticului și solicitare a îngrijirilor (câte 5 din 7), dar și la etapa de solicitare a suportului pentru aderența la tratament (4 din 7) și finalizarea tratamentului (4 din 7); rezultate care sugerează că instituțiile medicale pot reprezenta un spațiu vulnerabil în apariția stigmatizării, chiar și în momentele în care sprijinul familiei este esențial (Figura 21).

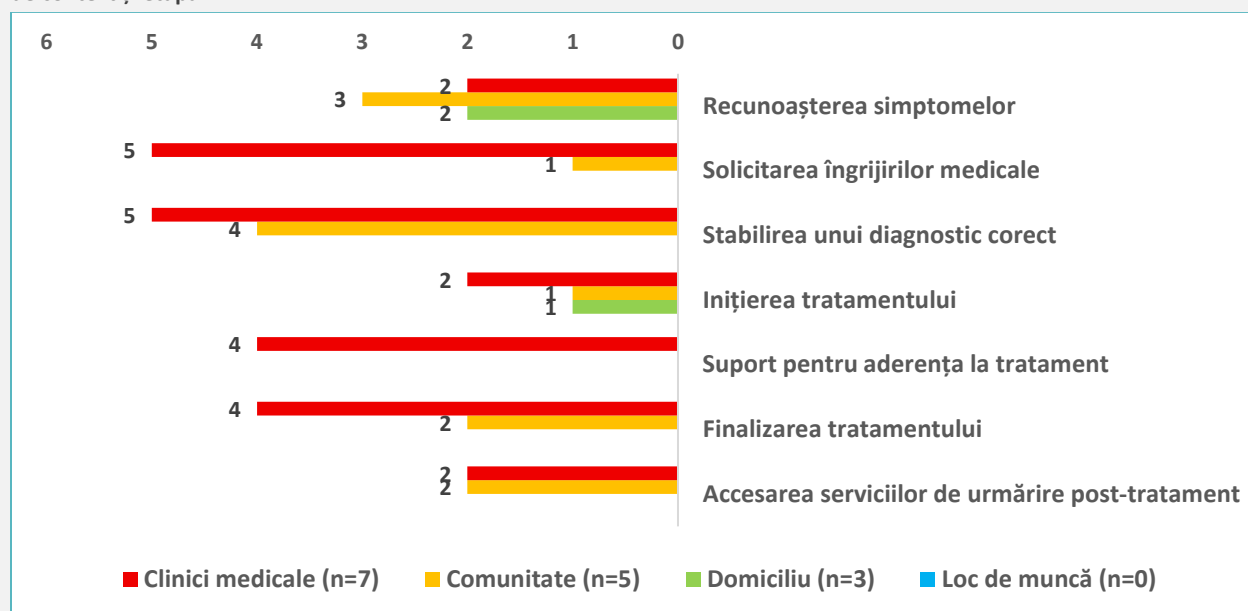
În comunitate, stigmatizarea a fost resimțită în special în etapa de recunoaștere a simptomelor (3 din 5), dar și la etapele stabilirii diagnosticului (4 din 5) și accesării serviciilor post-tratament (2 din 5), ceea ce ar putea indica o expunere socială crescută în fazele incipiente ale bolii, când suspiciunea sau lipsa de informare pot genera reacții negative (Figura 21).

Stigmatizarea a fost experimentată mai rar în mediul domiciliar, dar nu a fost absentă. Aceasta a fost experimentată la etapa de recunoaștere a simptomelor (2 din 3) și inițierii tratamentului (1 din 3), ceea ce sugerează că, în anumite situații, chiar și mediul domiciliar poate deveni un loc al tensiunii și al judecății (Figura 21).

La locul de muncă, nu a fost menționată nicio experiență de stigmatizare, ceea ce poate reflecta fie o lipsă de expunere, fie o reticență în a discuta despre boală în acest context (Figura 21).



Figura 21. Stigmatizarea resimțită de membrii familiei în procesul de îngrijire a persoanelor cu tuberculoză: variații în funcție de context și etapă

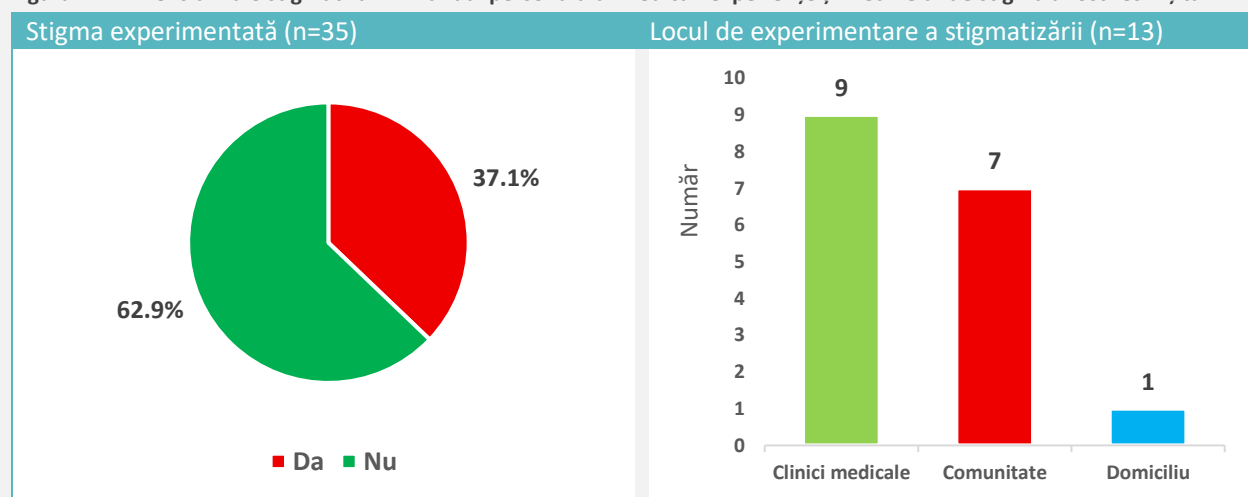


## Personal medical din sistemul de sănătate

### Dimensiuni ale stigmatizării experimentate de către personalul medical

Analiza datelor privind experiențele directe de stigmatizare în rândul personalului medical conturează o imagine complexă, în care stigmatul legat de TB continuă să fie prezent în anumite contexte sociale și profesionale.

Figura 22. Dimensiuni ale stigmatizării în rândul personalului medical: experiențe și mediile unde stigma a fost resimțită



Mai mult de o treime din respondenți (37.1%, 13) au specificat că au fost expuși unor forme de stigmatizare, ceea ce subliniază persistența acestui fenomen. Dintre cei care au resimțit stigmatizarea (13), nouă au indicat că au fost stigmatizați în instituțiile medicale; șapte – în mediul comunitar, iar unul dintre respondenți a indicat că s-a simțit stigmatizat în mediul familiei (Figura 22).



## Stigma observată

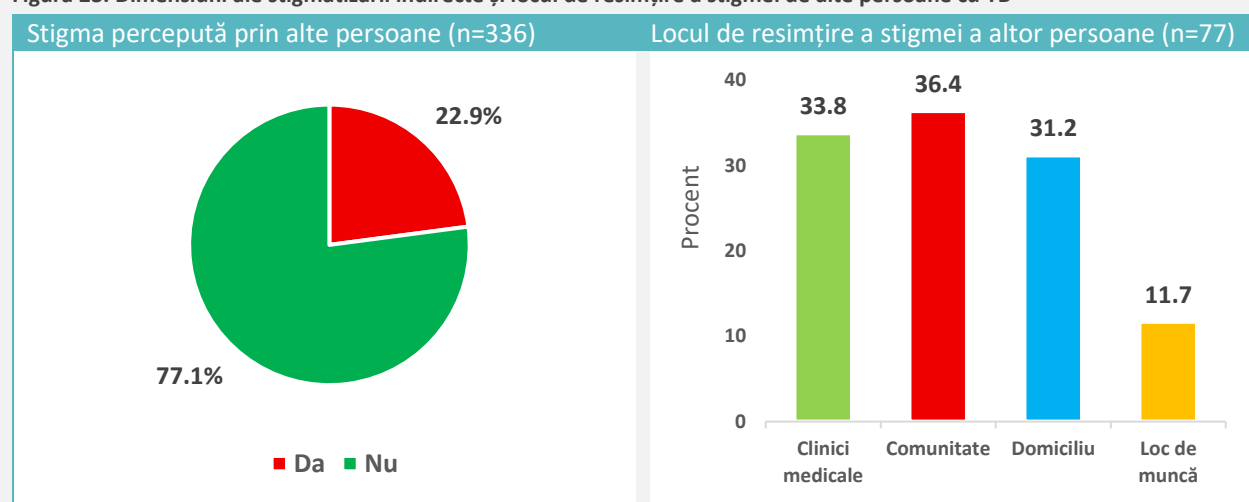
### Stigma reflectată: percepția persoanelor cu tuberculoză asupra stigmatizării altor persoane cu tuberculoză

În cadrul prezentului studiu a fost analizată percepția indirectă a stigmei, reflectată prin observațiile persoanelor cu TB asupra experiențelor altor persoane cu TB.

Astfel, Figura 23 reflectă percepția indirectă a stigmatizării în rândul participanților la studiu, prin întrebarea *Cunoașteți alte persoane care au fost stigmatizate?*. Rezultatele arată că 23% (77/336) dintre respondenți au specificat că cunosc despre alte persoane care au experimentat stigmatizare.

A fost observată stigmatizarea altora atât în centre medicale și în comunitate, dar și în mediul domiciliar sau la locul de muncă, cu variații între aceste locuri. Instituțiile medicale au fost menționate în 34% (26 din 77) cazuri, drept loc unde au observat stigmatizarea altor persoane cu TB. Comunitatea a fost percepută ca un spațiu stigmatizant de 36% (28 din 77) dintre respondenți, iar mediul domiciliar - de 31% (24 din 77), ceea ce indică faptul că stigma poate fi prezentă chiar și în spațiul care ar trebui să ofere cel mai mult sprijin emoțional. Locul de muncă a fost cel mai puțin menționat, doar 12% (9 din 77) dintre respondenți specificând că au observat stigmatizarea altora în acest context (Figura 23).

Figura 23. Dimensiuni ale stigmatizării indirecte și locul de resimțire a stigmei de alte persoane cu TB



### Stigma reflectată: percepția stigmatizării în calea accesării serviciilor de sănătate de către alte persoane cu tuberculoză

Percepția indirectă a stigmei, reflectată prin observațiile persoanelor cu TB asupra modului în care alte persoane cu TB au fost tratate, oferă o perspectivă valoroasă asupra punctelor vulnerabile din sistemul de sănătate și din mediile sociale.

Astfel, în instituțiile medicale, stigmatizarea altor persoane cu TB fost cel mai frecvent observată la etapa de inițiere a tratamentului și de solicitare a îngrijirilor medicale (ambele 77%, 20 din 26), urmată de etapa de stabilire a diagnosticului și de finalizare a tratamentului (ambele 73%, 19 din 26). De asemenea, a fost observată frecvent stigmatizarea la etapa de recunoaștere a simptomelor, dar și în perioada solicitării suportului pentru aderență (ambele 65%, 17 din 26). Stigmatizarea altor persoane cu TB în timpul accesării de către acestea a



serviciilor post-tratament a fost observată mai rar (35%, 9 din 26). În context, rezultatele obținute ar putea sugera că stigma poate fi prezentă pe tot parcursul interacțiunii cu sistemul medical, afectând încrederea pacienților în îngrijirea oferită (Figura 24).

În comunitate, stigmatizarea altor persoane cu TB a fost percepută ca fiind intensă la etapa de solicitare a îngrijirilor medicale, de recunoaștere a simptomelor (ambele 79%, 22 din 28), dar și la etapa acordării suportului pentru aderență (75%, 21 din 28).

La etapele de inițiere a tratamentului, de finalizare a tratamentului și de accesare a serviciilor de post-tratament stigmatizarea altor persoane cu TB a fost observată de către 71% dintre participanți (câte 20 din 28). Stigmatizarea la etapa de stabilire a diagnosticului a fost observată 68% (19 din 28) cazuri. Rezultatele date pot reflecta o presiune socială puternică, care poate descuraja persoanele cu TB să caute ajutor sau să urmeze tratamentul în mod deschis (Figura 24).

În mediul domiciliar, stigmatizarea altor persoane cu TB a fost observată în special în etapa de acordare a suportului pentru aderență (62%, 15 din 24) și de recunoaștere a simptomelor (54%, 13 din 24). La etapele de solicitare a îngrijirilor medicale și de accesare a serviciilor post-tratament, stigmatizarea altor persoane cu TB a fost observată de jumătate dintre respondenți (ambele 50%, 12 din 24).

Într-o frecvență mai mică a fost observată stigmatizarea altor persoane cu TB la etapa de stabilire a diagnosticului (46%, 11 din 24), de inițiere a tratamentului (33.3%, 8 din 24) și de finalizare a acestuia (42%, 10 din 24).

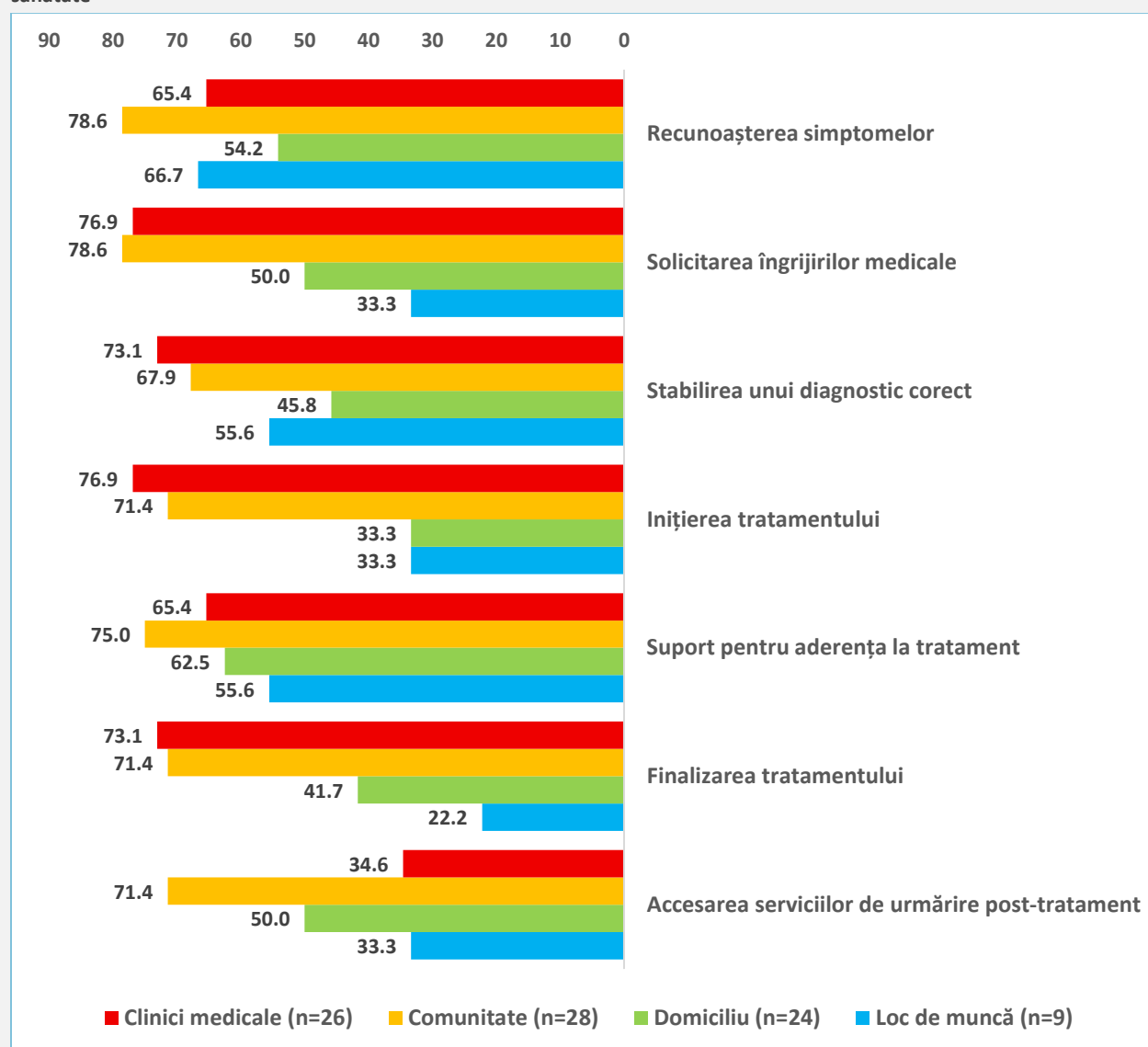
La locul de muncă, deși doar 9 respondenți au indicat acest context, stigmatizarea altor persoane cu TB a fost observată în etapa de recunoaștere a simptomelor (6 din 9), de stabilire a diagnosticului și de acordarea a suportului pentru aderență (câte 5 din 9).

La etapa de solicitare a îngrijirilor medicale, de inițiere a tratamentului (3 din 9) și de accesare a serviciilor post-tratament stigmatizarea altor persoane cu TB a fost observată de trei dintre participanții la studiu (câte 3 din 9), iar la etapa de finalizare a tratamentului de către doi dintre respondenți (2 din 9). Deși, stigmatizarea observată la locul de muncă a fost menționată în proporții mai puțin frecvente pentru toate etapele, aceasta indică totuși de prezență a stigmei și în acest spațiu.

În context, percepția indirectă a stigmei sau stigma observată confirmă faptul că stigmatizarea persoanelor cu TB este un fenomen răspândit și persistent, care se manifestă la toate etapele îngrijirii și în diverse contexte sociale.



Figura 24. Stigma indirectă: locurile în care persoanele cu TB au observat stigmatizarea altora pe traseul de acces la servicii de sănătate



## Stigma reflectată: percepția stigmatizării altor familii în procesul de îngrijire a persoanelor cu tuberculoză

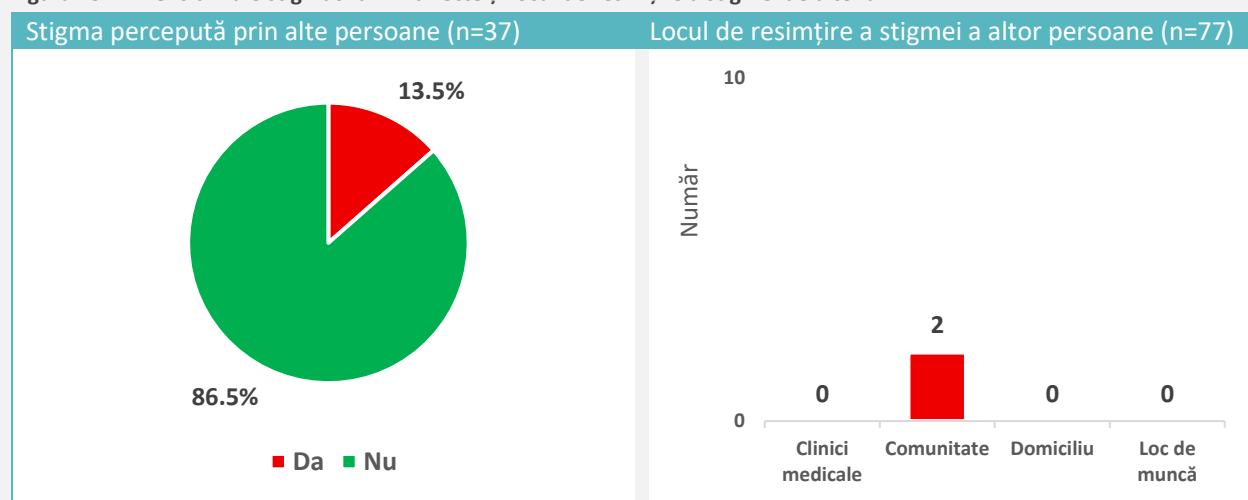
În cadrul prezentului studiu a fost analizată percepția indirectă a stigmei, reflectată prin observațiile membrilor familiilor care și-au îngrijit membrii familiei cu TB asupra experiențelor altor familii în care sunt persoane cu TB.

Rezultatele arată că 13% (5 din 37) au specificat că știu despre alte familii care au fost stigmatizate în timp ce sprijineau un membru bolnav de TB. Cu toate acestea, atunci când se analizează distribuția acestor percepții în funcție de contextul social — instituții medicale, comunitate, domiciliu sau loc de muncă — se observă o vizibilitate extrem de redusă a stigmatizării. Singurul mediu în care au fost raportate astfel de cazuri este comunitatea, unde doar două persoane au menționat cunoașterea unor familii afectate. Această tendință



sugerează că stigmatizarea altor familii este rar recunoscută sau discutată, ceea ce poate reflecta fie o realitate pozitivă, fie o lipsă de conștientizare sau comunicare în jurul acestui fenomen.

Figura 25. Dimensiuni ale stigmatizării indirecte și locul de resimțire a stigmei de alte familii

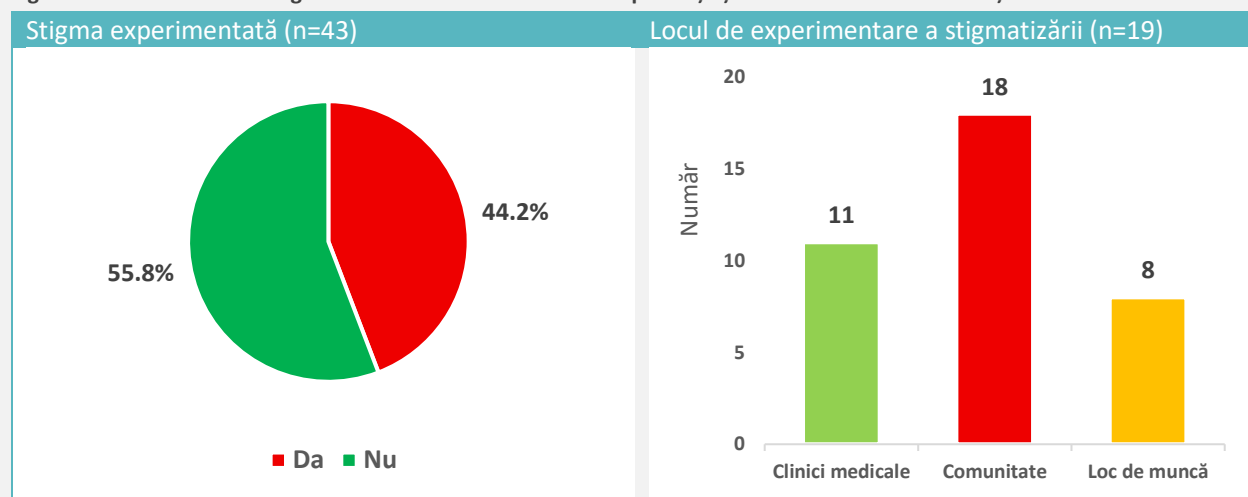


### Stigma reflectată: percepția stigmatizării în mediul comunitar

Percepția directă a stigmatizării în comunitate a fost evaluată prin întrebarea *Ați văzut sau auzit vreodată membri ai comunității stigmatizând persoane cu TB?*. Din totalul de 43 de participanți, 44% (19) au răspuns că au avut o astfel de experiență (Figura 24).

Dintre cei 19 respondenți care au specificat experiențe directe sau indirecte de stigmatizare, majoritatea au indicat că aceste comportamente au fost observate în cadrul Instituțiilor medicale (11 persoane). De asemenea, 18 respondenți au menționat mediul comunitar ca loc în care au fost martori ai stigmatizării, iar 8 au indicat locul de muncă (Figura 26).

Figura 26. Dimensiuni ale stigmatizării în mediul comunitar: experiențe și mediile unde a fost resimțită



Datele analizate reflectă reacții stigmatizante ale persoanelor cu TB în diverse etape privind accesul la servicii de sănătate, observate de către comunitate și anume: în comunitate, instituțiile medicale și locuri de muncă.

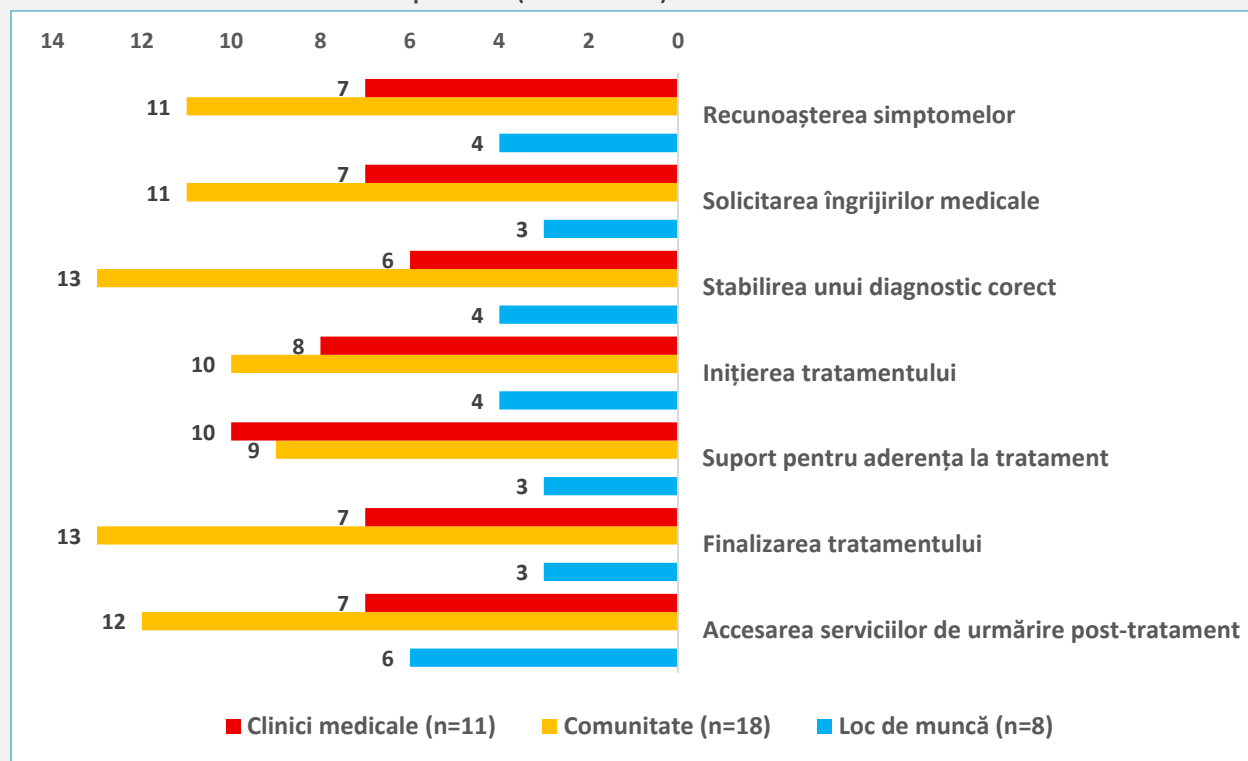


Comunitatea a fost identificată ca spațiul în care stigmatizarea a fost cel mai frecvent observată. Cele mai multe mențiuni au fost înregistrate la etapa de finalizare a tratamentului (13 din 18), stabilire a diagnosticului corect (13 din 18) și accesarea serviciilor post-tratament (12 din 18). De asemenea, recunoașterea simptomelor (11), solicitarea îngrijirilor (11) și inițierea tratamentului (10) au fost etape marcate de stigmatizare. Aceste rezultate sugerează că expunerea socială în comunitate, în special în fazele de început și de încheiere ale tratamentului, poate amplifica riscul de stigmatizare.

Instituțiile medicale au fost al doilea context ca frecvență a mențiunilor. Stigmatizarea a fost cel mai des observată în etapa de suport pentru aderența la tratament (10 din 11), urmată de etapa de inițiere a tratamentului (8), recunoașterea simptomelor (7), solicitarea îngrijirilor (7) și finalizarea tratamentului (7). Aceste date indică faptul că interacțiunea cu sistemul medical poate deveni un moment vulnerabil pentru pacienți, în special în etapele care presupun contact repetat cu personalul medical.

La locul de muncă, stigmatizarea a fost observată mai rar, dar nu a fost absentă. Cele mai multe mențiuni au fost înregistrate în etapa de accesare a serviciilor post-tratament (6 din 8), urmată de etapa de stabilire a diagnosticului (4), recunoașterea simptomelor (4) și inițierea tratamentului (4). Deși mai puțin frecvent, acest context rămâne relevant, mai ales în ceea ce privește reintegrarea socială și profesională a persoanelor afectate.

Figura 27. Stigma indirectă: locurile în care membrii comunității cu TB au fost observați că au experimentat stigmatizarea pe traseul de acces la serviciile de sănătate pentru TB (cifre absolute)



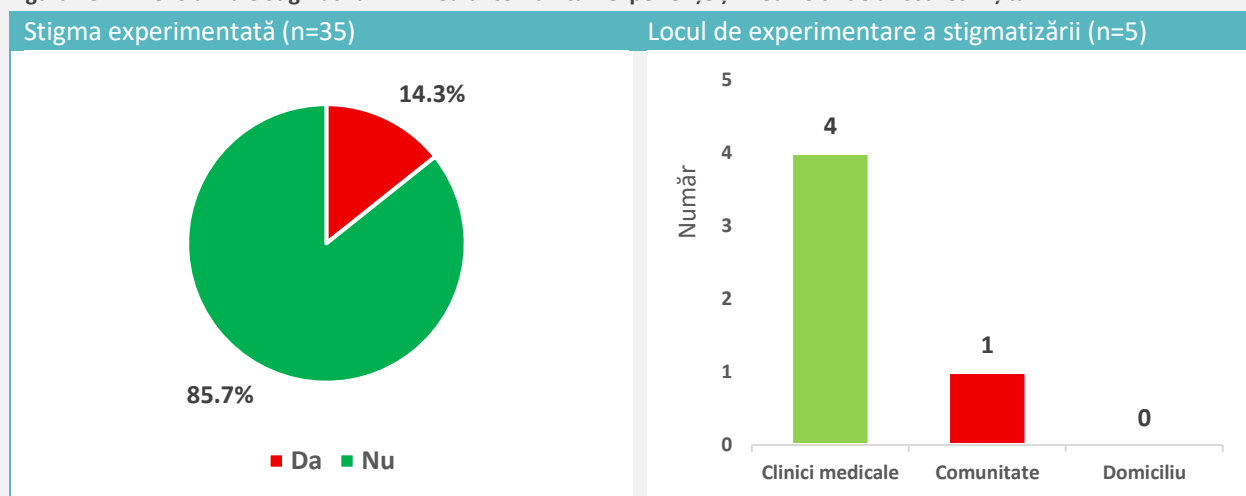
### Stigma reflectată: percepția stigmatizării în rândul personalului medical

Percepția directă a stigmatizării în mediul medical a fost evaluată prin întrebarea *Ați văzut sau auzit vreodată ca alți lucrători din mediul medical să fie stigmatizați în legătură cu TB?* Din totalul de 35 de participanți, 14% (5 persoane) au răspuns afirmativ, indicând că au avut o astfel de experiență (Figura 24).



Dintre cei cinci respondenți care au menționat experiențe indirecte de stigmatizare, patru au menționat că aceste comportamente au fost observate în cadrul instituțiilor medicale, iar unul a indicat că stigmatizarea a avut loc în comunitate (Figura 26).

Figura 28. Dimensiuni ale stigmatizării în mediul comunitar: experiențe și mediile unde a fost resimțită



# Analiză calitativă a stigmei asociate tuberculozei în calea accesării serviciilor de sănătate

## Persoane cu tuberculoză – experiențe personale

Stigmatizarea asociată TB poate influența negativ întregul parcurs al pacientului – de la recunoașterea simptomelor până la finalizarea tratamentului și reintegrarea socială. Această analiză calitativă explorează percepțiile și experiențele pacienților cu TB privind stigmatizarea, pe baza unui set de răspunsuri libere colectate în cadrul studiului. Și-au expus părerile în acest sens peste o treime dintre persoanele cu TB (32%, 107 din 336).

**Recunoașterea simptomelor TB (4 din 107).** Majoritatea dintre participanți nu au menționat dificultăți în recunoașterea simptomelor, însă câțiva au indicat conștientizarea bolii prin simptome precum tusea severă și senzația de sufocare. Alții au menționat că au căutat informații din surse externe (internet, experiențe familiale), ceea ce sugerează o nevoie de educație medicală mai accesibilă și structurată.

*„Bunicul meu a avut tuberculoză, iar fratele lui a murit de tuberculoză acum trei ani, așa că mi-a fost frică să nu mă îmbolnăvesc și eu”* – în context, frica de îmbolnăvire, alimentată de istorii familiale marcate de TB, reflectă persistența stigmatizării sociale. Această teamă poate influența negativ comportamentele de căutare a ajutorului medical, subliniind nevoia de intervenții educaționale și de reducere a stigmatului asociat bolii.

**Solicitarea îngrijirilor medicale (7 din 107).** Accesul la îngrijire a fost afectat de bariere administrative și sociale. Participanții au menționat dificultăți în obținerea investigațiilor medicale, lipsa de sprijin din partea medicilor de familie și discriminare în contextul accesării altor servicii medicale. Lipsa permisului de ședere (persoană refugiată), dar și statutul socio-economic precar au fost menționate drept bariere suplimentare în accesarea îngrijirilor medicale.

*„Pentru că nu am permis de ședere, am avut probleme în accesarea tratamentului”*, subliniind impactul excluderii sociale asupra accesului la serviciile esențiale. În plus, stigmatizarea se manifestă și în interacțiunile cu sistemul medical: *„Din cauza diagnosticului, refuză să mă interneze pentru alte probleme de sănătate”*, ceea ce indică o discriminare directă și periculoasă.

**Stabilirea unui diagnostic corect (4 din 107).** Obținerea unui diagnostic corect în cazul TB a fost în cele mai dese cazuri îngreunată nu doar de dificultăți logistice, ci și de atitudini stigmatizante din partea personalului medical. Participanții au semnalat probleme în accesarea investigațiilor de bază, precum radiografia pulmonară, dar și lipsa de empatie și profesionalism în interacțiunile cu personalul medical.

*„Am avut mari dificultăți în a face o radiografie pulmonară”*, evidențiind obstacolele birocratice și organizatorice care pot întârzia diagnosticarea. În plus, reacțiile negative ale personalului medical, precum *„Personalul medical, inclusiv medicul de familie, nu a reacționat calm când a aflat diagnosticul”*, contribuie la accentuarea stigmei și la crearea unui mediu ostil pentru persoana bolnavă. Experiențele din centrele medicale, inclusiv lipsa de respect și ironia din partea personalului, contribuie la sentimentul de marginalizare și la percepția că pacienții cu TB sunt tratați inferior – toate acestea afectând în mod direct încrederea în sistemul de sănătate, dar și descurajarea în solicitarea și accesarea serviciilor de sănătate.



**Inițierea tratamentului (3 din 107).** Deși unii pacienți au recunoscut că TB este o boală tratabilă, alții au menționat dificultăți în inițierea tratamentului, în special din cauza lipsei de sprijin și a stigmatizării precoce.

**Suport pentru aderența la tratament (5 din 107).** Suportul pentru aderența la tratamentul TB rămâne unul fragmentar, reflectând lacune într-un cadru de susținere coerent, ceea ce contribuie la vulnerabilizarea persoanelor. Deși unii au beneficiat de sprijin psihologic, acest ajutor este perceput ca fiind limitat: „Am primit sprijin doar psihologic”. Participanții au subliniat nevoia de un sprijin concret și continuu din partea personalului medical și a organizațiilor implicate, precum și importanța accesului la informații clare și utile: „Avem nevoie de sprijin și informații, și ar trebui să primim ajutor de la personalul medical și organizații.”

Totodată, lipsa unor măsuri de protecție socială adecvate, cum ar fi acordarea concediului medical pe întreaga durată a tratamentului, generează insecuritate profesională și financiară: „Nu se oferă concediu medical pentru întreaga durată a tratamentului, îmi este frică că îmi voi pierde locul de muncă.” Aceste dificultăți pot afecta negativ continuitatea tratamentului și starea psihosocială a pacienților.

**Finalizarea tratamentului (3 din 107).** Finalizarea tratamentului pentru TB nu marchează întotdeauna sfârșitul dificultăților pentru persoanele afectate. Participanții au relatat experiențe negative în interacțiunea cu instituțiile publice și sistemul medical, unde au fost tratați cu indiferență sau respinși: „La Direcția de Asistență Socială m-au ignorat și tratat dur” și „Am fost evitată în alte spitale, nu pot obține un loc de muncă, nici ambulanța nu mă ia”. Aceste situații reflectă o lipsă de informare și empatie din partea instituțiilor, care perpetuează stigma și afectează accesul la servicii esențiale.

Pe de altă parte, unele persoane au ales să nu își dezvăluie diagnosticul tocmai pentru a evita stigmatizarea: „Pentru că nu am spus nimănui, nu am fost stigmatizată.” Această tăcere, deși protectivă pe termen scurt, poate duce la izolare și lipsă de sprijin.

**Accesarea serviciilor de supraveghere post-tratament (7 din 107) și reintegrarea socială (28 din 107).** Răspunsurile participanților arată că stigmatizarea persistă și după încheierea tratamentului, influențând negativ reintegrarea socială și profesională.

Mărturiile reflectă o respingere persistentă din partea comunității, colegilor, prietenilor și chiar a familiei: „Toți prietenii m-au ignorat de când m-am îmbolnăvit”, „Am pierdut complet legătura cu fratele meu din cauza stimei”. Excluderea din activități sociale sau educaționale: „Am fost respinsă din grupul de dans”, marginalizarea în propriul mediu de viață: „Vecinii spun că nu e bine să te asociezi cu mine”.

Stigmatizarea se manifestă și în spațiul profesional prin concedieri și evitări de către colegi: „La muncă, colegii mă evită și mă ignoră”; „Am fost concediată. La alt loc de muncă, au refuzat să mă angajeze.”

## Persoane cu tuberculoză – stigma observată

Analiză calitativă care a explorat percepțiile a pacienților cu TB privind stigma observată în baza unui set de răspunsuri libere colectate în cadrul studiului. Și-au expus părerile în acest sens 23% dintre persoanele cu TB (77 din 336).

**Recunoașterea simptomelor TB (5 din 39).** Conștientizarea parțială a simptomelor tuberculozei, persistența percepțiilor greșite despre boală - situații care contribuie la stigmatizarea persoanelor afectate de TB, alimentată de frica și necunoașterea de către comunitate.



**Solicitarea îngrijirilor medicale (7 din 39).** Stigmatizarea este sugerată de idei precum izolarea pacienților înainte de confirmarea diagnosticului. „*Pacienții noi trebuie izolați până la confirmarea diagnosticului*”.

**Stabilirea unui diagnostic corect (5 din 39).** Lipsa de transparență, comunicare insuficientă și neglijarea drepturilor pacienților în timpul diagnosticării TB. Confidențialitatea este o preocupare majoră, iar stigmatizarea se manifestă prin tratamente inegale și lipsa accesului la beneficii: „*Diagnosticul ar trebui să fie anonim, iar confidențialitatea respectată*”.

**Inițierea tratamentului (4 din 39).** Lipsa de informare contribuie la stigmatizare, mai ales când persoanele bolnave nu cunosc că nu mai sunt contagioși după începerea tratamentului: „*Pacienții trebuie să știe că există tratamente moderne și că nu mai sunt contagioși*”.

**Suport pentru aderența la tratament (5 din 39).** Dificultăți sociale și economice experimentate în timpul tratamentului, care amplifică stigmatizarea și afectează aderența: „*Am pierdut locul de muncă și am acumulat datorii. Am nevoie de sprijin financiar*”.

**Finalizarea tratamentului (6 din 39).** Confruntarea cu efecte sociale și emoționale persistente, dificultățile în reintegrarea profesională care induc stigmatizarea: „*După tratament, statutul de pacient TB nu este uitat și îngreunează angajarea la muncă*”.

**Accesarea serviciilor de urmărire post-tratament (7 din 39).** Situații de discriminare și excludere socială: „*Sunt evitat în transportul public*”, „*Să fim tratați cu respect și să nu fim etichetați*”.

## Membrii familiilor persoanelor cu tuberculoză

Și-au expus opiniile – 24% dintre participanți (9 din 37).

Deși o parte semnificativă dintre membrii familiilor afirmă că nu au întâlnit situații de stigmatizare, experiențele celor care au trecut prin astfel de episoade arată cât de profund poate afecta TB întreaga familie. În unele cazuri, diagnosticul este ascuns chiar de către persoana bolnavă, din frica reacțiilor celor apropiați: „*Cumnatul meu și-a ascuns inițial diagnosticul. Soacra mea se temea că ne vom infecta și a avut conflicte cu prietenii lui, crezând că de la ei s-a îmbolnăvit*”.

Stigmatizarea s-a extins adesea și asupra membrilor familiei, în special asupra copiilor, care au fost izolați în mediul școlar sau preșcolar: „*Îmi resping copilul la școală*” sau „*A fost scoasă din clasă de profesoară, iar un cadru didactic i-a divulgat diagnosticul. Toți copiii au început să arate cu degetul spre ea*” sau „*Copilul învață la o școală din Chișinău, iar Clinica din Chișinău a refuzat să o ia în evidență*”, ceea ce a obligat familia să facă deplasări săptămânale la Nisporeni pentru a ridica medicamentele, astfel încât eleva să își poată continua studiile în Chișinău.

Au fost menționate și alte forme de excludere: copii care nu au fost primiți la grădiniță în timpul tratamentului, bunei care nu au mai fost acceptați în activități publice sau la locul de muncă, precum și tineri retrași social, lipsiți de încredere în sistemul medical.

Toate aceste exemple arată că stigmatizarea nu afectează doar persoana diagnosticată, ci și întreaga familie, influențând profund relațiile sociale, accesul la servicii și calitatea vieții.



## Membri ai comunităților afectate de tuberculoză

Și-au expus opiniile – 44% dintre participanți (19 din 43).

Stigmatizare profundă și persistentă a persoanelor diagnosticate cu TB, manifestată prin respingere, marginalizare și discriminare este regăsită în diverse contexte sociale. Cu toate că mai multe persoane participante la studiu au afirmat că nu au observat astfel de situații, majoritatea celor care au avut contact direct cu persoane cu TB descriu o realitate marcată de frică, rușine și excludere.

Un aspect frecvent menționat este refuzul de a accepta persoanele cu TB în comunitate, inclusiv din partea rudelor apropiate: „*Nu este acceptat de rude și de societate*” Această respingere se extinde și în sfera serviciilor sociale, unde persoanele bolnave sunt excluse din cantine sociale sau centrele de îngrijire, iar copiii acestora sunt marginalizați în școli. În cămine, vecinii le interzic accesul la bucătării sau băi comune, ceea ce accentuează izolarea și sentimentul de nedreptate.

Frica de stigmatizare determină uneori pacienții să își ascundă boala, să evite tratamentul sau să nu își dezvăluie diagnosticul nici măcar celor apropiați. Un exemplu elocvent este cel al unei persoane care „*Nu a urmat tratamentul de frică să nu aflu rudele și vecinii că are TB.*” În alte cazuri, persoanele bolnave au fost date afară din casă sau excluse din comunitate după ce diagnosticul a devenit cunoscut: „*Soțul, fiind bolnav, a fost dat afară din casă pentru că nu a spus că e bolnav, iar rudele au aflat de la vecini.*”

Discriminarea la locul de muncă este o altă formă gravă de stigmatizare. Mai multe persoane au menționat refuzul angajării, pierderea locului de muncă sau excluderea din colectiv, chiar și după finalizarea tratamentului. Unele persoane bolnave au fost nevoite să-și ascundă simptomele sau diagnosticul pentru a nu-și pierde sursa de venit. Într-un caz, o persoană cu dizabilitate cauzată de TB a fost nevoită să divorțeze și să solicite plasament într-o instituție de stat, unde diagnosticul i-a fost confirmat abia ulterior.

Stigmatizarea se manifestă și în spațiile publice: „*Nu i s-a permis să intre în magazin și a fost servit de afară*”. Astfel de comportamente nu doar că încalcă drepturile fundamentale ale persoanelor afectate, dar contribuie la perpetuarea fricii și a dezinformării în rândul populației.

În context, aceste mărturii arată că stigmatizarea în comunitate nu este un fenomen izolat, ci o realitate care afectează profund viața persoanelor cu TB.

## Personal medical din sistemul de sănătate

Și-au expus opiniile – 37% dintre participanți (13 din 35).

**Experiențe personale și percepții privind stigmatizarea asociată tuberculozei.** Cu toate că o parte dintre personalul medical afirmă că nu au trăit direct situații de stigmatizare, mărturiile celor care au avut contact cu persoanele cu TB – ca profesioniști din domeniul medical – conturează o realitate complexă, marcată de frică, prejudecăți și excludere socială.

Stigmatizarea nu a fost legată de boală în sine, ci de simplul fapt că lucrează cu persoanele cu TB. Un cadru medical povestește cum a fost evitat de colegi din alte departamente, care preferau să comunice telefonic sau prin fereastră, iar în comunitate, unii dintre prieteni s-au îndepărtat. „*Colegii mi-au spus să-mi schimb locul de muncă*” sau „*Am fost întrebat direct dacă nu îmi este frică să intru în contact cu persoanele bolnave de TB*” – remarci care reflectă presiunea socială și lipsa de înțelegere față de profesioniștii implicați în îngrijirea acestor pacienți.



Stigmatizarea se manifestă și în rândul personalului medical, unde unii medici-specialiști refuză să consulte persoanele cu TB cu forme bacteriologic confirmate, iar alții evită contactul direct cu persoana bolnavă. Această atitudine nu doar că afectează calitatea îngrijirii, dar transmite un mesaj de frică și respingere, amplificând izolarea persoanelor bolnave.

În unele cazuri, stigmatizarea a dus la conflicte directe și defăimare: medicul a fost insultat în curtea blocului de către un membru al familiei unei persoane cu TB.

Aceste experiențe arată că stigmatizarea TB nu este doar o problemă medicală, ci una profund socială, care afectează nu doar persoanele bolnave, ci și pe cei care le oferă îngrijiri medicale.

**Stigmatizarea observată în rândul colegilor din sistemul de sănătate.** Stigmatizarea asociată TB nu se limitează doar la persoanele cu TB. Aceasta se extinde subtil, dar persistent, și asupra celor care îi îngrijesc – lucrătorii medicali care, prin natura profesiei lor, intră în contact direct cu boala. Mărturiile colectate conturează o realitate în care personalul medical din sănătate devin, la rândul lor, victime ale prejudecăților și ale fricii colective.

Pentru unii, stigmatizarea a început chiar din interiorul sistemului medical. Un medic care a fost diagnosticat cu TB nu a mai fost lăsat să profeseze în specialitatea sa, fiind restricționat doar la domeniul TB. Această decizie nu doar că i-a limitat cariera, dar a transmis un mesaj clar de marginalizare profesională. Într-un alt caz, o colegă a fost considerată „inferioară” de către alți medici, doar pentru că lucra cu pacienți TB.

Această atitudine se reflectă și în comportamentele cotidiene ale colegilor medicali din alte departamente, care păstrează distanța, poartă măști în mod excesiv și evită interacțiunile directe. Deși aceste gesturi pot fi justificate prin prudență, ele sunt adesea încărcate de frică și lipsă de informare, ceea ce contribuie la izolarea profesională a celor care lucrează în domeniul TB.

Stigmatizarea nu se oprește la ușa instituțiilor medicale. În comunitate, lucrătorii medicali care prestează servicii medicale pentru persoanele cu TB sunt în unele cazuri excluși din viața socială. Unii nu mai sunt invitați la reuniuni de familie, iar părinții din grădinițe limitează contactul copiilor lor cu aceștia, de frică că ar putea transmite boala.

În ciuda acestor provocări, unii dintre profesioniști medicali aleg să vorbească deschis în apărarea persoanelor bolnave, să combată limbajul stigmatizant și să promoveze empatia.



# Evaluarea mediului de drept și politici

## Mediul legislativ și de politici

Figura 29 reflectă o evaluare sintetică a cadrului normativ și de politici publice din perspectiva existenței, aplicării și acoperirii mass-mediei a drepturilor fundamentale ale persoanelor cu TB.

**Existența cadrului legislativ și de politici.** Republica Moldova dispune de un cadru legislativ relativ bine conturat în ceea ce privește protecția drepturilor persoanelor cu TB, incluzând:

- interzicerea discriminării
- accesul la informații și servicii
- consimțământul informat
- confidențialitatea datelor medicale
- dreptul la muncă sigură

Evaluarea arată că acest cadru este adesea incomplet sau inexistent în ceea ce privește protecția împotriva detenției arbitrare și izolării involuntare. De asemenea, există discrepanțe semnificative între regiunile țării, în special între malul drept și regiunea de est, unde accesul la date și aplicarea legislației sunt limitate.

**Aplicarea cadrului legislativ și de politici.** Aplicarea efectivă a legilor și politicilor este inegală și adesea deficitară. Deși legislația este în vigoare, implementarea ei este afectată de:

- insuficiența instruirii personalului medical,
- resurse financiare și umane insuficiente,
- infrastructură inadecvată, în special în zonele rurale și izolate,
- reticența victimelor de a raporta abuzurile.

Această situație este reflectată în scorurile scăzute pentru aplicare, în special în ceea ce privește dreptul la un loc de muncă sigur și protecția împotriva detenției arbitrare.

**Mediatizarea drepturilor și politicilor.** Mediatizarea este una dintre cele mai slabe componente ale cadrului de protecție. Drepturile persoanelor cu TB sunt rar promovate în mass-media, iar campaniile de informare sunt ocazionale, adesea dependente de finanțări externe. Lipsa unei strategii de comunicare coerente reduce impactul politicilor și contribuie la menținerea stigmei și discriminării.

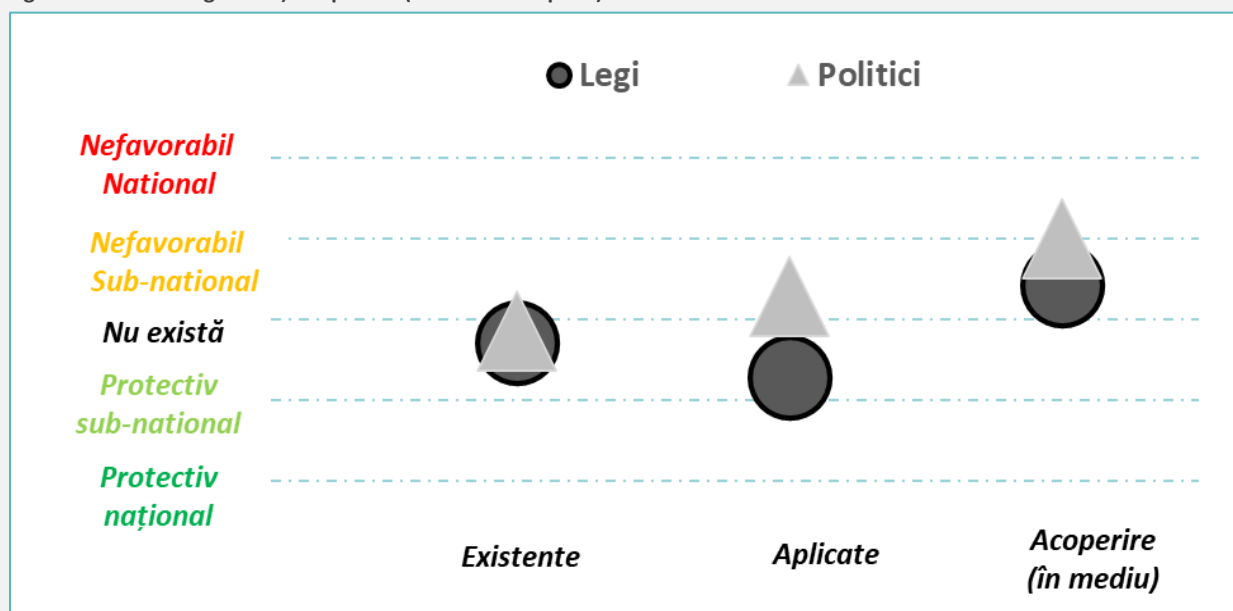
**Rezultate sintetice.** Conform diagramei (Figura 29), scorurile medii pentru cele 7 drepturi analizate sunt:

- Legi: 1.71 (existență), 1.28 (aplicare), 2.43 (medie)
- Politici: 1.86 (existență), 2.29 (aplicare), 3.00 (medie)

Aceste rezultate indică o ușoară superioritate a politicilor față de cadrul legislativ în ceea ce privește aplicarea și acoperirea, dar ambele domenii necesită îmbunătățiri semnificative.



Figura 29. Mediul legislativ și de politici (media a 7 drepturi)



## Rezultate focus-grup

În corespundere cu metodologia cercetării, a fost organizat un focus grup pentru evaluarea mediului de drept și politici. În acest sens, au fost transmise invitații pentru participare online pentru circa 60 persoane din mediul guvernamental, neguvernamental și mass-media. În final, în cadrul focus grupului au fost prezente 27 persoane, reprezentantă în corespundere cu datele de mai jos (Tabelul 33).

Tabelul 33. Participanți la focus grup privind evaluarea mediului de drept și politici

| Denumire sector        | Denumire serviciu              | Număr | Total     |
|------------------------|--------------------------------|-------|-----------|
| <b>Guvernamental</b>   | Serviciul ftiziopneumologie    | 3     | 6         |
|                        | Asistența medicală primară     | 1     |           |
|                        | Personalul medical penitenciar | 2     |           |
| <b>Neguvernamental</b> | OSC active în răspunsul la TB  | 17    | 19        |
|                        | Jurist                         | 2     |           |
| <b>Mass media</b>      |                                | 2     | 2         |
| <b>Total</b>           |                                |       | <b>27</b> |

În cadrul discuțiilor în Focus Grup cu privire la existența, aplicarea și mediatizarea corespunzătoare a cadrului legal și de politici, desfășurate în rândul actorilor guvernamentali și neguvernamentali, inclusiv cu participarea reprezentanților mass-media, au fost evaluate 7 drepturi fundamentale: (1) Dreptul la libertatea de a nu fi discriminat; (2) Dreptul de acces la informații; (3) Dreptul de acces la servicii; (4) Dreptul la confidențialitate; (5) Dreptul la consimțământul informat; (6) Dreptul la libertatea de a nu fi supus arestului/detenției arbitrare și izolării involuntare; (7) Dreptul la un loc de muncă sigur. Scorurile acumulate au fost introduse, conform instrumentelor aplicate, în radarul stigmatizării.

Exercițiul de evaluare a fost realizat doar pentru malul drept al râului Nistru, partea stângă a r. Nistru (regiunea de est ori autoproclemata Transnistria) nefiind inclusă și evaluată din lipsa accesului la date.



Tabelul 34. Rezultatele evaluării mediului de drept și politici, malul drept

| Drept/score                                                                                  | 2021                                   |                                           | 2025                                   |                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|
|                                                                                              | Matrice de drept<br>maxim 12<br>puncte | Matrice de politici<br>maxim 12<br>puncte | Matrice de drept<br>maxim 12<br>puncte | Matrice de politici<br>maxim 12<br>puncte |
| Dreptul la libertatea de a nu fi discriminat                                                 | 10                                     | 10                                        | 7                                      | 6                                         |
| Dreptul de acces la informații                                                               | 10                                     | 11                                        | 9                                      | 6                                         |
| Dreptul de acces la servicii                                                                 | 10                                     | 10                                        | 9                                      | 6                                         |
| Dreptul la confidențialitate                                                                 | 9                                      | 10                                        | 7                                      | 6                                         |
| Dreptul la consimțământul informat                                                           | 9                                      | 10                                        | 7                                      | 6                                         |
| Dreptul la libertatea de a nu fi supus arestului/detenției arbitrare și izolării involuntare | 9                                      | 10                                        | 4                                      | 2                                         |
| Dreptul la un loc de muncă sigur                                                             | 9                                      | 10                                        | 3                                      | 2                                         |
| <b>Total</b>                                                                                 | <b>66/84</b>                           | <b>71/84</b>                              | <b>44/84</b>                           | <b>34/84</b>                              |

Opiniile participanților la focus grup cu referire la mediul de drept și politici sunt descrise în corespundere cu drepturile enunțate.

|                                                        |          |          |
|--------------------------------------------------------|----------|----------|
| <b>Dreptul la libertatea de a nu fi discriminat</b>    | <b>7</b> | <b>6</b> |
| Existența cadrului legislativ/politicii                | 3        | 3        |
| Aplicarea cadrului legislativ/ politicilor             | 3        | 2        |
| Mediatizarea aplicării cadrului legislativ/politicilor | 1        | 1        |

**Drept.** Republica Moldova dispune de un cadru legislativ care interzice discriminarea pe motive de stare de sănătate, inclusiv TB. Legea nr. 60/2012 privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități, Codul muncii, precum și alte acte normative reglementează protecția persoanelor împotriva discriminării în domeniul ocupării forței de muncă și accesului la servicii medicale. De asemenea, Planul Național de Răspuns la TB (2022–2025) recunoaște explicit importanța respectării drepturilor omului. Deși legislația este existentă, aplicarea acesteia este adesea deficitară în special în regiunea de est (autoproclamata Transnistria). Raportările ONG-urilor arată că pacienții cu TB se confruntă cu discriminare în sistemul medical și la locul de muncă. Există dificultăți în accesul la justiție, lipsa de instruire a cadrelor medicale în domeniul drepturilor pacienților și reticența victimelor discriminării de a depune plângeri din cauza fricii sau necunoașterii drepturilor lor. Cazurile de discriminare a persoanelor cu TB și aspectele legate de drepturile acestora sunt rar reflectate în mass-media națională. Există inițiative ale societății civile, însă acestea nu beneficiază de o acoperire largă. De asemenea, campaniile publice de informare cu privire la drepturile pacienților cu TB sunt rare și insuficiente pentru a schimba percepția publică.

**Politici.** Republica Moldova are legislație care protejează populația de discriminare, inclusiv persoanele cu TB. PNRT este un document care reglementează acțiunile statului în acest domeniu care conține politici de prevenire, diagnostic, tratament și reducerea discriminării. Deși există politici naționale, aplicarea lor este variabilă în diferite regiuni ale țării. Unele zone rurale sau mai puțin dezvoltate nu beneficiază de accesul complet la tratamente sau infrastructură medicală adecvată. Resursele financiare pentru implementarea eficientă a acestor politici sunt insuficiente în anumite teritorii, în special regiunea de est. Există dificultăți în implementarea uniformă a tratamentelor DOT/VST, mai ales în localitățile izolate și cu deficit de resurse umane în sănătate. Mediatizarea și promovarea politicilor de protejare a persoanelor cu TB este limitată. Campaniile



publice și informațiile destinate educării populației și a personalului medical nu sunt suficient de vizibile. Mass-media nu promovează în mod regulat progresul sau deficiențele în implementarea acestor politici.

| Dreptul de acces la informații                         | 9 | 6 |
|--------------------------------------------------------|---|---|
| Existența cadrului legislativ/politicii                | 3 | 3 |
| Aplicarea cadrului legislativ/ politicilor             | 3 | 2 |
| Mediatizarea aplicării cadrului legislativ/politicilor | 3 | 1 |

**Drept.** Republica Moldova dispune de un cadru legislativ general care garantează dreptul la informație, inclusiv în domeniul sănătății. Legea nr. 982/2000 privind accesul la informație și Legea nr. 411/1995 privind ocrotirea sănătății reglementează dreptul cetățenilor de a fi informați corect și complet despre starea de sănătate, metodele de tratament și riscurile asociate. În plus, ghidurile clinice și strategiile naționale în domeniul TB includ prevederi privind informarea pacientului. În practică, dreptul la informare este deseori aplicat inconsistent. Personalul medical nu dispune întotdeauna de timpul sau instruirea necesară pentru a explica corect regimul de tratament și importanța aderenței. Unele persoane analfabete sau din grupuri vulnerabile nu înțeleg informațiile furnizate, este insuficientă de materiale educaționale adaptate (în limbaj simplificat sau în limbi minoritare, cum ar fi romani). Mass-media abordează rar tematica accesului la informație în contextul TB, ceea ce contribuie la persistența stigmei și percepțiilor eronate despre boală în rândul populației Republicii Moldova.

**Politici.** Politicile se aliniază cu standardele internaționale și includ măsuri pentru informarea publicului și a persoanelor afectate de TB despre opțiunile de tratament, prevenire și protecție. PNRT reglementează activitățile guvernamentale în acest domeniu, iar politica de sănătate publică include măsuri pentru accesul universal la tratamente și pentru combaterea discriminării celor afectați de TB. Deși există politici naționale, implementarea lor variază în diferite regiuni ale țării, în special în autoproclamata Transnistria. În zonele rurale sau mai puțin dezvoltate, aplicarea acestor politici este insuficientă sau inegală cu un accent mai mare pe zonele urbane și mai puțină resursă în regiunile rurale. Există programe de informare, dar aplicarea și resursele (umane, financiare) sunt insuficiente pentru a asigura o acoperire completă și uniformă la nivelul întregii țări. Mediatizarea politicilor de protejare a persoanelor cu TB este limitată. Campaniile de conștientizare nu sunt destul de vizibile la nivel național, iar accesul publicului larg la informații legate de drepturile lor în contextul TB, iar mass-media nu promovează suficient aceste subiecte.

| Dreptul de acces la servicii                           | 9 | 6 |
|--------------------------------------------------------|---|---|
| Existența cadrului legislativ/politicii                | 3 | 3 |
| Aplicarea cadrului legislativ/ politicilor             | 3 | 2 |
| Mediatizarea aplicării cadrului legislativ/politicilor | 3 | 1 |

**Drept.** Republica Moldova dispune de un cadru legislativ și de politici naționale care garantează accesul universal la servicii de sănătate, inclusiv pentru TB. PNRT și Legea ocrotirii sănătății (nr. 411/1995) recunosc explicit accesul la servicii gratuite de diagnostic, tratament și îngrijire pentru TB. De asemenea, tratamentul este acoperit din fonduri publice și internaționale (inclusiv Fondul Global). Deși cadrul legal este existent, în practică accesul la servicii este inegal. În regiunile rurale sau în rândul populațiilor vulnerabile (persoane fără adăpost, romi, migranți), accesul fizic la servicii este îngreunat de lipsa infrastructurii sau a transportului (inclusiv regiunea de est). Informațiile despre serviciile TB disponibile gratuit și drepturile pacienților sunt promovate suficient în spațiul public, doar că campaniile de informare sunt adesea ocazionale și dependente de finanțare externă. Necunoașterea serviciilor este mai stringentă în comunitățile vulnerabile și marginalizate.



**Politici.** Republica Moldova a implementat politici și strategii naționale pentru combaterea tuberculozei, inclusiv accesul la diagnostic și tratament pentru toate persoanele afectate de TB, fără discriminare, reglementate prin PNRT, care include măsuri de prevenire, tratament și sprijin pentru pacienți, inclusiv pentru grupurile vulnerabile. Deși există o politică națională bine structurată, aplicarea acestor politici poate varia semnificativ în funcție de regiune (aceste politici nu funcționează în regiunea de est, care se află sub controlul autorităților autoproclamate). În unele zone rurale și izolate, accesul la tratamentele necesare poate fi limitat din cauza unor factori precum infrastructura precară și lipsa de resurse. Mediatizarea politicilor este limitată și nu este realizată la o scară largă. Informațiile legate de drepturile pacienților și de opțiunile de tratament, inclusiv tratamentul în condiții de ambulator nu sunt promovate eficient în mass-media națională. Mediatizarea și educația publică sunt priorități ale PNRT, campaniile de conștientizare sunt suficiente la număr, dar publicul larg nu este întotdeauna bine informat despre opțiunile de tratament și accesul la serviciile de sănătate.

| Dreptul la confidențialitate                           | 7 | 6 |
|--------------------------------------------------------|---|---|
| Existența cadrului legislativ/politicii                | 3 | 3 |
| Aplicarea cadrului legislativ/ politicilor             | 3 | 2 |
| Mediatizarea aplicării cadrului legislativ/politicilor | 1 | 1 |

**Drept.** Republica Moldova dispune de un cadru legal care garantează confidențialitatea datelor medicale: (1) Legea privind drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263/2005 stipulează că datele despre starea de sănătate sunt informații cu caracter personal și nu pot fi dezvăluite fără consimțământul persoanei. (2) Legea nr. 133/2011 privind protecția datelor cu caracter personal oferă garanții suplimentare pentru prelucrarea datelor sensibile. (3) Protocoalele din sistemul de sănătate prevăd măsuri de protecție a datelor în cazul investigațiilor de contact și a raportărilor de caz. Deși legea este clară, în practică au fost semnalate probleme când statutul TB al pacienților a fost dezvăluit în mod informal de personal medical sau în comunitate, iar investigațiile de contact au fost realizate fără suficientă discreție, expunând identitatea pacientului. Uneori, în procesul diagnosticării TB sunt dezvăluite și alte informații sensibile (ex. HIV, consum de droguri), fără consimțământ explicit. Nu există suficiente campanii publice sau instruiri pentru personalul medical și comunitate privind importanța confidențialității. Acest subiect nu este abordat în mod constant de autorități sau mass-media, iar pacienții nu sunt informați sistematic despre drepturile lor privind protecția datelor medicale.

**Politici.** În Republica Moldova există un cadru legislativ care asigură protecția dreptului la confidențialitate în domeniul sănătății conform legii privind protecția datelor personale și legea privind drepturile pacientului. Confidențialitatea persoanelor afectate de TB este reglementată prin politici naționale care garantează protecția datelor personale ale pacienților, inclusiv informațiile despre starea lor de sănătate și tratamentele pe care le urmează. În practică, aplicarea politicilor de confidențialitate variază în funcție de regiunile țării (în special malul stâng a r. Nistru). În zonele urbane, reglementările sunt adesea respectate corect, însă în zonele rurale pot exista lacune în implementarea corectă a măsurilor de protejare a confidențialității. Formarea personalului medical cu privire la gestionarea confidențialității pacienților și protejarea datelor este un punct de îmbunătățire, mai ales în regiunile cu acces limitat la instruire profesională continuă. Mediatizarea politicilor privind confidențialitatea în domeniul sănătății și protejarea drepturilor pacienților cu TB nu este suficientă. Publicul larg nu este pe deplin informat despre măsurile existente pentru protecția datelor și confidențialitate, ceea ce poate duce la o lipsă de încredere în sistemul medical. Campaniile de sensibilizare pe teme de confidențialitate și drepturi de protecție a datelor sunt limitate, iar pacienții nu sunt întotdeauna conștienți de drepturile lor în acest domeniu.



| Dreptul la consimțământul informat                     | 7 | 6 |
|--------------------------------------------------------|---|---|
| Existența cadrului legislativ/politicii                | 3 | 3 |
| Aplicarea cadrului legislativ/ politicilor             | 3 | 2 |
| Mediatizarea aplicării cadrului legislativ/politicilor | 1 | 1 |

**Drept.** Republica Moldova dispune de prevederi legale care garantează consimțământul informat: (1) Legea nr. 263/2005 privind drepturile pacientului afirmă dreptul fiecărei persoane de a fi informată asupra diagnosticului, tratamentului și posibilelor riscuri, precum și dreptul de a accepta sau refuza tratamentul. (2) Normele din sistemul medical impun obținerea consimțământului scris înainte de inițierea tratamentului TB. (3) Legea interzice testarea și tratamentul forțat, cu excepții limitate și reglementate (în cazuri de risc public major). Cu toate că legislația este clară, în practică nu toate persoanele cu nivel scăzut de educație sau din grupuri vulnerabile primesc explicații suficient de clare despre tratamentul TB și opțiunile acestora. Există cazuri de testare HIV involuntară pentru pacienții cu TB, fără o informare prealabilă adecvată sau convocare involuntară la tratament, inclusiv cu implicarea poliției, fără decizii judiciare clare. Dreptul la consimțământ informat nu este suficient promovat în rândul populației generale sau al grupurilor vulnerabile. Campaniile de informare sunt rare și nu ating suficient comunitățile vulnerabile, marginalizate sau afectate de TB, iar educarea pacienților despre drepturile lor legale în relația cu sistemul medical nu poartă un caracter sistematic.

**Politici.** Consimțământul informat pentru tratamentul TB este reglementat de legislația națională, incluzând prevederi privind drepturile pacienților de a fi informați despre tratamentele lor și de a lua decizii informate cu privire la îngrijirea lor. În prezent, există cadru legislativ clar care protejează dreptul pacienților la consimțământul informat înainte de a începe tratamentele pentru TB, respectând standardele internaționale. În unele regiuni ale Republicii Moldova, aplicarea politică a consimțământului informat nu este întotdeauna uniformă (reg. de est). Formarea personalului medical și procedurile de informare a pacienților sunt implementate, dar pot fi insuficient de consecvente în toate instituțiile medicale, în special în zone rurale. Mediatizarea politicilor de consimțământ informat este limitată. Publicul nu este întotdeauna suficient informat despre drepturile lor legale, inclusiv despre consimțământul informat. De asemenea, nu există suficiente campanii educaționale în masă care să explice clar și accesibil ce presupune consimțământul informat în contextul tratamentului TB.

| Dreptul la libertatea de a nu fi supus arestului/detenției arbitrar și izolării involuntare | 4 | 2 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| Existența cadrului legislativ/politicii                                                     | 0 | 0 |
| Aplicarea cadrului legislativ/ politicilor                                                  | 3 | 1 |
| Mediatizarea aplicării cadrului legislativ/politicilor                                      | 1 | 1 |

**Drept.** Constituția Republicii Moldova garantează dreptul la libertate și securitate personală și interzice detenția arbitrară, inclusiv în context medical. Legea nr. 411 din 28.03.1995 privind ocrotirea sănătății, art. 58, alin. (2) prevede că în cazul bolilor transmisibile social periculoase (inclusiv tuberculoza), autoritățile sanitare pot aplica izolarea obligatorie și tratamentul forțat, cu condiția respectării legislației și a drepturilor fundamentale. Legea sănătății publice nr. 10/2009 permite izolarea persoanelor cu boli transmisibile doar în condiții strict reglementate, cu garanții legale, inclusiv control judiciar. Legea nr. 23 din 16.02.2007 privind controlul și prevenirea tuberculozei, art. 12 prevede aplicarea măsurilor coercitive dacă o persoană bolnavă de TB contagioasă: (1) refuză tratamentul, sau (2) întrerupe tratamentul fără justificare, și (3) prezintă pericol pentru sănătatea publică, atunci autoritatea sanitară poate sesiza instanța de judecată pentru internare forțată, tratament forțat, izolare obligatorie. Codul de executare al Republicii Moldova (nr. 443 din 24.12.2004) reglementează executarea silită a hotărârilor judecătorești, inclusiv cele care impun tratamentul forțat. Codul Penal al Republicii Moldova, art. 215 – Răspândirea bolilor epidemice, pedepsește cu închisoare persoanele



care, știind că sunt infectate (de exemplu, cu TB activă), refuză tratamentul și infectează alte persoane. În practică, izolarea forțată a pacienților cu TB este aplicată foarte rar și se realizează în spitalele specializate (ex: Institutul de Pneumologie „Chiril Draganiuc”), iar măsurile sunt coordonate cu Agenția Națională pentru Sănătate Publică. În penitenciare, izolarea nu respectă întotdeauna standardele medicale și de protecție a drepturilor omului. Cazurile de detenție arbitrară sau izolare involuntară sunt rareori abordate public, iar lipsa raportărilor oficiale transparente și a implicării organizațiilor civice face dificilă evaluarea extinderii fenomenului. Nu există campanii sau mecanisme publice clare de informare a pacienților despre dreptul de a refuza tratamentul și limitele legale ale izolării [9].

**Politici.** În Republica Moldova există politici naționale care protejează drepturile persoanelor cu TB, inclusiv dreptul de a nu fi supus arestului sau izolării involuntare fără justificare legală clară. Legislația națională prevede măsuri excepționale care pot include izolarea involuntară în condiții de sănătate publică, dar acestea sunt aplicate doar în cazuri foarte stricte, cu respectarea procedurilor legale și a principiilor de necesitate și proporționalitate. Deși există politici naționale care protejează persoanele cu TB, aplicarea lor este variabilă la nivel local. În anumite regiuni, este posibil ca măsurile de protecție și tratament pentru persoanele cu TB să nu fie implementate uniform. Aplicarea măsurilor de izolare și detenție este reglementată, dar în practică, se pot observa încă cazuri în care pacienții sunt izolați involuntar sau supuși unor măsuri mai drastice, în special în instituții de detenție. Mediatizarea politicii este limitată, iar publicul larg nu este suficient de informat cu privire la drepturile legale ale persoanelor cu TB. Aceasta include dreptul de a nu fi izolați sau supuși detenției arbitrar. Nu există campanii publice sau măsuri adecvate de informare a populației sau a persoanelor cu TB despre măsurile de protecție a acestora, ceea ce poate duce la abuzuri sau erori de aplicare a legislației. Adicional, creșterea în ultimii ani a ratelor de spitalizare, din cauza nealinerii capacității instituțiilor de spitalizare pentru TB din Republica Moldova [10], care este considerabil mai mare decât necesarul real determină furnizorii de servicii TB să mențină practici ineficiente, precum internarea nejustificată a pacienților cu TB, internarea repetată, spitalizările nejustificate pentru diagnostice etc este extrem de îngrijorătoare și potențial atentează la libertatea de alege opțiunea tratamentului în condiții de ambulator din prima zi, recomandat de Organizația Mondială a Sănătății.

| Dreptul la un loc de muncă sigur                       | 3 | 2 |
|--------------------------------------------------------|---|---|
| Existența cadrului legislativ/politicii                | 1 | 0 |
| Aplicarea cadrului legislativ/ politicilor             | 1 | 1 |
| Mediatizarea aplicării cadrului legislativ/politicilor | 1 | 1 |

**Drept.** Legea privind securitatea și sănătatea în muncă (Legea nr. 186/2008) garantează dreptul lucrătorilor la un mediu de muncă sigur, inclusiv protecția împotriva riscurilor de expunere la boli infecțioase, precum TB. Codul Muncii al Republicii Moldova (Legea nr. 154/2003) interzice discriminarea angajaților pe baza stării de sănătate, inclusiv în cazul persoanelor cu TB. Există reglementări care impun măsuri de prevenire a riscurilor infecțioase, inclusiv în sectorul medical și în instituțiile de detenție, unde riscurile de transmitere a tuberculozei sunt mai mari.

În practică, există deficiențe în implementarea măsurilor de protecție împotriva riscurilor de expunere la TB în locurile de muncă, în special în spațiile medicale și închisori, unde ventilația și igiena sunt adesea insuficiente. Lucrătorii din domeniul sănătății și din alte sectoare cu risc (ex: penitenciare, spitale) sunt expuși unui risc crescut de infecție din cauza condițiilor de muncă necorespunzătoare (aerisire și ventilare slabă). Totodată, problema tuberculozei în rândul angajaților organelor de drept cu statut special din Republica Moldova (polițiști, angajați SIS, penitenciare etc.) este una delicată, la intersecția dintre sănătatea publică, dreptul muncii și regimul strict disciplinar al acestor funcții. În special, cazurile de sechele post-tuberculoase, perioade



extinse de tratament și imposibilitatea prelungirii concediului medical mai mult de 12 luni ridică probleme juridice și administrative. Legea nr. 320/2012 privind activitatea poliției și statutul polițistului și Legea nr. 300 din 21.12.2017 cu privire la sistemul administrației penitenciare prevăd condițiile de aptitudine medicală și obligația menținerii capacității de muncă, care este evaluată de comisiile medico-militare din subordine. Concedierea este posibilă dacă se constată inaptitudine medicală permanentă sau se depășește durata maximă legală a concediului medical. Codul Muncii al RM (nr. 154/2003), în art. 86 lit. t) prevede că contractul individual de muncă poate înceta dacă salariatul a beneficiat de concediu medical timp de 180 zile cumulative într-un an calendaristic. Concediul medical în Republica Moldova poate avea maxim 180 zile într-un an, cu posibilitate de prelungire până la 240 zile pentru boli grave (cu aprobarea Consiliului consultativ de expertiză medico-socială - CEMD), iar peste 240 zile – numai în scop de recuperare și doar în condiții excepționale (foarte rar aprobat). Dacă nu se poate prelungi concediul, iar angajatul nu este apt să revină la muncă, angajatorul poate iniția concedierea. Totuși, în cazul angajaților organelor de drept, decizia finală revine comisiei medico-militare care poate propune prelungirea perioadei de tratament sub alt regim (fără statut activ), concedierea din motive medicale sau pensionarea pe caz de boală. Regulamentul privind modul de efectuare a expertizei medicale a capacității de muncă și a stării de sănătate a angajaților și candidaților pentru funcții în organele de drept (MAI, SIS, ANP etc.), conține *Lista bolilor care exclud angajarea* în funcții cu statut special, clasificând bolile în funcție de *gradul de incompatibilitate* cu serviciul. Sechelele post-tuberculoase nu exclud automat angajarea în organele de drept, dacă persoana este vindecată, nu are afectări funcționale importante, și nu există contraindicații specifice conform regulamentului medico-militar și funcția dorită [11].

În sectorul privat, există mai multe cazuri de discriminare la angajare sau concediere a persoanelor cu TB, iar angajatorii nu aplică întotdeauna măsuri de protecție corespunzătoare.

Lipsa campaniilor de sensibilizare referitoare la drepturile persoanelor cu TB în ceea ce privește locul de muncă face ca aceste persoane să fie puțin informate despre protecția lor. Nu există campanii publice eficiente care să informeze angajatorii și angajații despre măsurile de protecție necesare și despre drepturile lor legale. Organizațiile sindicale și ONG-urile nu sunt suficient implicate în promovarea și monitorizarea respectării drepturilor persoanelor cu TB în domeniul muncii.

**Politici.** Republica Moldova dispune de politici naționale care reglementează protecția lucrătorilor, inclusiv pentru persoanele cu TB, în ceea ce privește condițiile de muncă sigure. Aceste politici stipulează obligațiile angajatorilor de a asigura un mediu de muncă care să prevină riscurile de transmitere a TB. Ele prevăd măsuri privind ventilarea spațiilor de lucru și asigurarea de condiții sanitaro-igienice adecvate în locurile de muncă, în special în instituțiile medicale sau penitenciare. Deși există politici naționale, aplicarea acestora poate fi uneori inconsistentă în funcție de regiune și de sectorul de activitate. În anumite locuri, măsurile de protecție a lucrătorilor cu TB sunt implementate parțial sau mai puțin eficient. În instituțiile medicale, există o aplicare mai riguroasă a măsurilor de prevenire a riscurilor de contaminare, dar în alte sectoare, cum ar fi locurile de detenție sau alte locuri de muncă cu risc mai mare, ventilația și siguranța în muncă pot fi insuficiente, fapt confirmat prin statistica cazurilor de TB în anumite grupuri profesionale. Mediatizarea acestor politici este limitată, iar informațiile nu sunt accesibile sau distribuite în mod eficient publicului larg sau lucrătorilor. Deși există reglementări care protejează persoanele cu TB la locul de muncă, multe dintre ele sunt puțin cunoscute de angajatori și angajați. Campaniile de sensibilizare privind siguranța locului de muncă pentru persoanele cu TB sunt insuficiente, ceea ce face ca aplicarea acestor măsuri să fie mai puțin eficientă.



## Discuții

Stigmatizarea asociată TB este un fenomen complex, multidimensional și persistent, afectând nu doar accesul la servicii, ci și calitatea vieții, relațiile sociale și încrederea în instituții.

Prezentul studiu a explorat în profunzime fenomenul stigmatizării asociat TB, abordându-l nu doar ca o reacție socială vizibilă, ci ca o experiență complexă, stratificată și adesea invizibilă. Printr-o abordare integrată, cercetarea a analizat multiple dimensiuni ale stigmei: de la auto-stigmatizarea resimțită la nivel individual, la stigmatizarea experimentată direct în interacțiunea cu mediul social și instituțional, până la stigmatizarea observată în cazul altor persoane afectate. Această perspectivă permite o înțelegere nuanțată a modului în care stigmatul se manifestă, se perpetuează și influențează comportamentele, relațiile și accesul la servicii.

În paralel, studiul a evaluat mediul de drept și politicile publice relevante, oferind o imagine clară asupra cadrului legislativ existent, a aplicabilității acestuia și a gradului de mediatizare. Componentul dat evidențiază tensiunile dintre normele formale și realitățile practice, precum și rolul esențial al instituțiilor în combaterea sau, dimpotrivă, în perpetuarea stigmatizării.

În plus, implicarea persoanelor care au trecut prin experiența TB și a femeilor în design-ul studiului și în procesul de colectare a datelor, analiza și interpretarea rezultatelor a contribuit esențial la relevanța și aplicabilitatea concluziilor formulate. Această abordare participativă a asigurat integrarea vocii celor afectați direct de TB în toate etapele procesului, consolidând legitimitatea și utilitatea recomandărilor propuse.

Prin analiza datelor cantitative și calitative, se conturează o realitate în care stigmatul TB nu este un fenomen marginal, ci unul sistemic, care afectează profund viața persoanelor cu TB, a familiilor acestora, a comunităților și chiar a profesioniștilor din domeniul sănătății. Discuțiile care urmează sintetizează aceste constatări, punând în lumină implicațiile sociale, psihologice și instituționale ale stigmatizării, precum și direcțiile posibile de intervenție.

În context, studiul evidențiază o dimensiune profundă și adesea invizibilă a impactului TB asupra vieții persoanelor bolnave – stigmatizarea socială și auto-stigmatizarea evidentă atât în imaginea radarului stigmatizării, cât și în aplicarea itemilor referitori la auto-stigmatizare. În context, auto-stigmatizarea apare ca dimensiunea cea mai pronunțată. Aplicarea scalei de auto-stigmatizare evidențiază o realitate psihosocială complexă, în care TB nu este percepută doar ca o afecțiune medicală, ci și ca o sursă de disconfort emoțional, izolare socială și vinovăție.

Tendința de autoizolare a persoanelor cu TB, reflectată prin păstrarea distanței față de alte persoane, nu reprezintă doar o măsură de protecție, ci și un mecanism de evitare a stigmatizării, fenomen relatat și în alte studii care confirmă că persoanele cu TB, confruntate cu frica de judecată sau respingere, aleg adesea să se autoizoleze [12]. Această alegere este adesea întărită de sentimentul de singurătate și de pierderea relațiilor sociale, ceea ce indică o afectare profundă a rețelilor de sprijin social [13].

Lipsa de siguranță emoțională și internalizare a stigmei este evidentă prin frica de dezvăluire a diagnosticului. Datele literaturii confirmă că stigmatul asociat TB este adesea legat de rușine, frică de respingere și pierderea statutului social, ceea ce determină ca persoanele să evite dezvăluirea diagnosticului chiar și celor apropiați [12], acest comportament fiind de fapt un mecanism de protecție împotriva discriminării, dar care contribuie la izolare și accesarea tardivă a serviciilor de sănătate [14].



Vinovăția - o altă dimensiune, în special mai ales în relația cu familia și în legătură cu comportamentele percepute ca fiind cauzatoare ale bolii. Vinovăția, deși uneori poate stimula comportamente de reparare, este adesea însoțită de auto-critică persistentă, care poate duce la scăderea stimei de sine și la retragere socială [15]. În contextul TB, sentimentul de vinovăție este amplificat de stigmatul social și de percepția că boala este rezultatul unor alegeri personale greșite, ceea ce accentuează izolarea și suferința emoțională [12].

Analiza intensității atitudinilor stigmatizante confirmă caracterul sistemic al fenomenului. Stigma este resimțită în mod semnificativ în patru contexte sociale majore: instituții medicale, comunitate, domiciliu și locul de muncă. Stigmatizarea comunitară este percepută ca fiind cea mai intensă, ceea ce sugerează o internalizare colectivă a prejudecăților și stereotipurilor legate de TB. Persoanele cu TB au avut experiențe de stigmatizare, într-o proporție vizibilă, inclusiv în mediul medical, rezultate indică faptul că stigma nu este limitată numai la interacțiunile sociale informale, ci pătrunde și în instituțiile care ar trebui să ofere suport și protecție. Datele literaturii confirmă că stigmatizarea TB este alimentată de mituri și concepții greșite în comunitate, dar și de practici discriminatorii în instituțiile medicale, unde pacienții pot fi tratați cu lipsă de empatie sau excluși din procesul decizional privind tratamentul [16]. În plus, stigmatizarea persistentă în aceste contexte contribuie la izolarea socială, afectarea sănătății mintale, dar și la întârzieri în accesul la servicii de sănătate [4].

Factori demografici precum sexul, vârsta sau mediul de reședință nu au fost asociați cu o probabilitate de percepție a stimei înalte. Cu toate acestea, studiul demonstrează că femeile au fost mai expuse stigmatizării decât bărbații [17], iar persoanele tinere și cele din mediul rural resimt stigma mai intens, în special în comunitate și la domiciliu, fapt probabil influențată de normele sociale și culturale, care pot fi mai rigide în mediile rurale unde nivelul de informare este adesea mai scăzut [18].

Nivelul educațional scăzut, lipsa asigurării medicale și absența veniturilor sunt asociate cu o probabilitate crescută de percepere a stigmatizării înalte. Stigmatul TB este adesea alimentat de mituri, iar în asociere cu un nivel de educație mai jos, poate contribuie la întârzierea accesului la diagnostic și inițierea tratamentului, în special în rândul celor cu statut socio-economic precar [12]. Datele literaturii arată că TB afectează în mod disproporționat persoanele din medii defavorizate, iar costurile catastrofale asociate bolii pot duce la marginalizare socială și economică [19–22].

Statutul ocupațional joacă un rol important în experimentarea stimei. Persoanele nesalariate au resimțit stigmatizarea într-o proporție semnificativ mai mare în instituțiile medicale, ceea ce poate reflecta o vulnerabilitate structurală și o percepție negativă în mediul medical – mecanism de excludere socială, care amplifică inegalitățile deja existente și afectează accesul echitabil la serviciile de sănătate [6].

Persoanele cu condițiile de trai nesatisfăcătoare au probabilități mai mari de a experimenta stigmatizare [23], iar istoricul de detenție pare să acționeze paradoxal ca un factor protector, posibil datorită unei adaptări sociale diferite sau a unei percepții modificate asupra stimei [24], reflectând o reziliență crescută în fața stigmatizării sau o redefinire a normelor sociale în rândul persoanelor cu experiență de detenție.

Pe plan clinic, confirmarea bacteriologică a TB este asociată cu o stigmatizare înaltă, posibil din cauza vizibilității crescute a bolii și a riscului perceput de contagiozitate. Studiile arată că pacienții cu TB bacteriologic confirmată sunt mai susceptibili să fie percepuți ca „*periculoși*” sau „*contagioși*”, ceea ce amplifică stigmatul social și poate duce la izolare sau discriminare [25]. În plus, metodele moderne de diagnostic, deși mai rapide și mai precise, pot accentua vizibilitatea bolii și, implicit, stigmatizarea, mai ales în comunități unde înțelegerea bolii este limitată [26]. În plus, confirmarea bacteriologică a TB este asociată semnificativ cu experimentarea stimei în instituțiile medicale și la domiciliu. Persoanele cu diagnosticul de TB confirmat bacteriologic au de



două până la trei ori mai multe șanse de a experimenta stigmatizare, ceea ce poate fi explicat prin asocierea cu contagiozitatea și măsurile de izolare.

Alte caracteristici clinice, precum localizarea bolii, tipul de caz (nou vs. recurent) sau TB MDR/RR, nu au fost asociate semnificativ cu stigmatizarea, constatare în concordanță cu rezultatele altor cercetări care subliniază că percepția stigmei este mai degrabă influențată de vizibilitatea și percepția riscului de transmitere decât de complexitatea clinică a cazului [27].

Suprapunerea stigmatelor este evidentă în cazul persoanelor cu HIV sau cu istoric de consum de droguri, care prezintă un risc semnificativ mai mare de a percepe stigmatizare înaltă. În cazul persoanelor care trăiesc cu HIV, stigma este adesea dublată de prejudecăți legate de moralitate, comportamente sexuale sau consum de substanțe, ceea ce induce vulnerabilitate la multiple forme de excludere socială [28,29]. Infecția HIV a fost asociată cu o percepție crescută a stigmei în instituțiile medicale, reflectând suprapunerea stigmatelor asociate celor două afecțiuni. Studiile internaționale arată că persoanele care trăiesc cu HIV se confruntă cu stigmatizare la toate nivelele sistemului ecologic — de la familie și comunitate până la instituții medicale — ceea ce afectează negativ sănătatea mintală, aderența la tratament și accesul la serviciile de sănătate [30]. În plus, stigmatul HIV în mediul medical este amplificat de atitudinile negative ale personalului medical, care pot influența calitatea îngrijirii și pot descuraja pacienții să acceseze serviciile medicale și de suport [31].

Alte condiții asociate cu TB, precum dizabilitatea, consumul de alcool, afecțiunile psihice sau diabetul, nu au evidențiat asocieri semnificative cu percepția stigmei în contextul TB. Datele literaturii subliniază că, deși aceste condiții pot fi stigmatizante în alte contexte, în cazul TB, ele nu par să influențeze semnificativ experiența stigmatizării percepute [12,14].

Cu referire la impactul asupra accesului la serviciile de sănătate, în rândul persoanelor cu TB, stigmatizarea afectează toate etapele traseului terapeutic: de la recunoașterea simptomelor, stabilirea diagnosticului, inițierea și aderența la tratament, până la finalizarea tratamentului și accesarea serviciilor post-tratament. Datele literaturii confirmă că stigma asociată TB contribuie semnificativ la întârzierea accesării serviciilor de sănătate, la ezitarea adresării pentru diagnosticare, dar și la întreruperea tratamentului, afectând astfel controlul asupra bolii, dar și a rezultatelor de tratament [12].

În mediul medical, stigma este resimțită cel mai intens la etapa de diagnosticare, unde pacienții sunt uneori tratați cu lipsă de empatie sau excluși din procesul decizional, ceea ce reflectă existența unor „*culturi ale stigmei*” în acest mediu [32]. În context, stigmatizarea din partea personalului medical (43%), rămâne problematică, întrucât acesta afectează direct relația pacient–sistem de sănătate și poate compromite accesul la îngrijiri de calitate.

În comunitate și la locul de muncă, stigmatizarea este frecvent asociată cu frica de judecată și discriminare, în special la etapele de solicitare a serviciilor de sănătate și de recunoaștere a simptomelor, ceea ce poate duce la întârzierea intervențiilor medicale și la agravarea stării de sănătate [31]. Astfel, stigma nu doar afectează starea emoțională, ci compromite accesul la îngrijire și continuitatea tratamentului, cu implicații directe asupra sănătății publice.

**Mediul familial.** Auto-stigmatizarea în mediul familial al persoanelor cu TB relevă o realitate psihosocială marcată de tensiuni subtile, dar persistente, față de boală și a modului în care aceasta este percepută și gestionată în cadrul familiei. Stigmatizarea nu se manifestă doar la nivelul persoanei bolnave, ci se extinde și asupra celor apropiați, generând comportamente de rușine, evitare, vinovăție, tăinuire și disconfort emoțional – fenomen cunoscut ca „*stigmatizare prin asociere*” (*courtesy stigma*) [33].



Tendința de a ascunde diagnosticul față de comunitate persistentă și în mediul familial, reflectând o preocupare constantă referitoare la imaginea în societate [12]. În cele mai dese cazuri membrii familiei aleg să evite discuțiile despre boală, chiar și în cercuri apropiate, ceea ce sugerează o internalizare a stigmei și o dificultate de a integra experiența bolii într-un discurs deschis și acceptat social [33,34].

Comportamentele de eufemizare — înlocuirea termenului „*tuberculoză*” cu expresii mai vagi sau neutre — indică o strategie de distanțare simbolică față de boală. Acest mecanism poate fi interpretat ca o formă de protecție psihologică, dar și ca o expresie a disconfortului profund resimțit în fața unei realități percepute ca stigmatizante. Studiile arată că evitarea termenilor direcți și utilizarea unui limbaj ambiguu sunt frecvente în familiile afectate de TB, reflectând frica de etichetare și dorința de a controla percepția socială [12,34]. În același timp, presiunea de a păstra secretul în mediul familial accentuează sentimentul de izolare și contribuie la consolidarea unei culturi a tăcerii privind TB. Literatura despre „*secretele de familie*” subliniază că astfel de tănuiri pot deveni „*toxice*”, afectând comunicarea, relațiile și sănătatea emoțională a membrilor familiei [34]. În cazul TB, această tăcere este adesea alimentată de rușine, frică și dorința de a proteja reputația familiei, ceea ce face ca boala să fie nu doar o problemă medicală, ci și una profund relațională și culturală [17]. Astfel de trăiri emoționale indică o ambivalență între dorința de a proteja persoana bolnavă și nevoia de a se proteja pe sine, atât fizic, cât și social [12].

Un alt element important este percepția schimbărilor comportamentale la persoana bolnavă, observate către membrii familiei, sugerând despre faptul unei conștientizări profunde a impactului bolii asupra stării emoționale și sociale a celui afectat, dar și o posibilă reflectare a propriilor temeri și proiecții. Astfel, boala devine nu doar o problemă medicală, ci și un catalizator al unor procese psihosociale complexe în mediul familial [14].

În ansamblu, rezultatele sugerează că stigmatul familial asociat TB este resimțit în principal în relația cu exteriorul — comunitatea, vecinii, cercul de prieteni — și mai puțin în planul rușinii personale directe. Deși doar o cincime dintre membrii familiilor au menționat experiențe directe de stigmatizare, distribuția acestora în funcție de context este revelatoare. Stigmatizarea a fost cel mai frecvent resimțită în instituțiile medicale, urmate de comunitate și domiciliu — rezultate care sugerează că spațiile instituționale și comunitare, unde interacțiunea cu persoane din afara cercului familial este mai intensă, sunt percepute ca fiind cele mai stigmatizante. Absența menționării locului de muncă drept unul stigmatizant poate reflecta fie o lipsă de expunere, fie o reticență în a discuta despre boală în acest mediu.

Etapele traseului terapeutic în care membrii familiei au resimțit cel mai frecvent stigmatizarea sunt: stabilirea diagnosticului, solicitarea serviciilor medicale și obținerea suportului necesar pentru aderența la tratament — momente esențiale pentru succesul terapeutic, care presupun o colaborare strânsă între pacient, familie și sistemul medical. Faptul că stigmatizarea apare în aceste etape indică despre existența unei rupturi în comunicare și în încrederea acordată instituțiilor de sănătate.

**Membrii comunităților afectate de TB.** Datele studiului sugerează că stigmatizarea persoanelor cu TB în comunitate este un fenomen complex, alimentat de frică, necunoaștere și norme sociale rigide. Rezultatele obținute conturează o imagine clară a stigmatizării sociale persistente, manifestată prin comportamente de evitare, distanțare și respingere față de persoanele diagnosticate cu TB în mediul comunitar, reflectând frica, dar și o percepție profund înrădăcinată a bolii ca fiind una periculoasă, rușinoasă din punct de vedere social [12,35].



Se evidențiază tendința de păstrare a distanței fizice și emoționale față de persoanele cu TB. Evitarea contactului fizic, refuzul de a împărți spații comune sau obiecte, precum și reticența de a permite interacțiunea persoanelor cu TB cu copiii sunt comportamente care indică o percepție persistentă a riscului, chiar și în absența unei înțelegeri clare a modului de transmitere a bolii [5,35].

Pe lângă comportamentele de evitare, se remarcă și o formă subtilă, dar constantă, de disconfort în prezența persoanelor cu TB. Această stare de tensiune socială contribuie la izolarea celor afectați și poate duce la marginalizarea lor în comunitate. Deși nu toate atitudinile sunt explicit ostile, ele creează un climat de excludere tăcută, în care persoanele cu TB sunt percepute ca fiind „*altfel*” sau „*periculoase*”[5,12].

Percepțiile comunitare nu sunt uniforme [35]. Există o parte a populației care manifestă atitudini mai reținute sau chiar empaticе, ceea ce sugerează că stigmatul nu este universal, ci influențat de factori precum nivelul de informare, experiențele personale sau vârsta.

**Personal medical din sistemul de sănătate.** Rezultatele obținute în rândul personalului medical relevă o serie de atitudini ambivalente față de persoanele diagnosticate cu TB, care pot contribui la perpetuarea stigmatizării în mediul medical. Deși ostilitatea directă este rar exprimată, se conturează o tendință clară de distanțare și control, reflectată prin susținerea izolării pacienților și a impunerii tratamentului, atitudini care sugerează o percepție dominantă a TB ca fiind o amenințare pentru sănătatea publică, ceea ce poate justifica, în ochii profesioniștilor, măsuri restrictive și autoritare [36]. Literatura de specialitate confirmă că astfel de abordări sunt frecvent întâlnite în așa-numitele „*culturi ale stigmatului*” din instituțiile medicale, unde normele organizaționale favorizează practici coercitive și o atmosferă punitivă, în detrimentul îngrijirii centrate pe pacient [32].

Perceperea persoanelor cu TB ca fiind periculoase sau contagioase alimentează frica și poate duce la comportamente de evitare, chiar și în rândul celor care ar trebui să ofere servicii medicale și de suport. Stigmatizarea nu este întotdeauna conștientă sau exprimată direct, ci se poate manifesta prin atitudini subtile, precum lipsa de empatie, reticența în a avea contact direct sau tendința de a responsabiliza excesiv pacientul pentru propria boală [37]. Totuși, există și exemple de compasiune și empatie în rândul personalului medical, ceea ce reflectă o diversitate de perspective și o posibilă deschidere către schimbare.

Un aspect deosebit de relevant este faptul că o parte dintre personalul medical a menționat experiențe proprii de stigmatizare, în special în mediul medical și comunitare, fenomen care sugerează că stigmatul TB nu afectează doar pacienții, ci poate influența și percepția și comportamentul profesioniștilor din sănătate, mai ales în contexte în care aceștia sunt asociați cu boala prin natura activității lor. Astfel, stigmatizarea devine un proces bidirecțional, care afectează atât cei care oferă servicii medicale, cât și pe cei care le primesc. Datele literaturii confirmă că stigmatizarea poate deveni un proces bidirecțional, mai ales în contexte dominate de frică, dezinformare sau norme instituționale punitivе [5]. În astfel de medii, stigmatul poate fi internalizat de către personalul medical, afectându-le starea emoțională, încrederea profesională și calitatea relației cu pacienții [32].

**Stigma reflectată.** Percepția indirectă a stigmatizării a fost analizată din mai multe dimensiuni, precum observată de către persoanele cu TB, observată în alte medii familiare și comunitare, dar și de către personalul din sănătate.

Modul în care persoanele cu TB observă și interpretează experiențele altora oferă o perspectivă valoroasă asupra răspândirii și profunzimii fenomenului stimei. Se conturează o imagine clară a stigmatizării ca fenomen omniprezent, manifestat în multiple contexte – de la instituții medicale și comunitate, până la domiciliu și locul



de muncă. Deosebit de îngrijorător este faptul că stigma este observată chiar și în spații care, teoretic, ar trebui să ofere sprijin și protecție, cum ar fi familia sau instituțiile medicale – realitate care sugerează că stigmatizarea nu este doar un act izolat, ci un proces sistemic, care poate afecta întregul traseu de îngrijire al persoanei cu TB. Etapele cele mai vulnerabile observate, par a fi cele de începutul și de la sfârșitul tratamentului – momente în care expunerea socială este mai mare, iar suportul comunitar este esențial [38].

Un alt aspect important este percepția stigmatizării în rândul familiilor care îngrijesc persoanele cu TB. Deși mai puțin frecvent recunoscută, această formă de stigmatizare reflectă o realitate subtilă, în care nu doar persoana bolnavă, ci și cei apropiați pot deveni ținta prejudecăților. Lipsa de vizibilitate a acestui fenomen poate fi rezultatul unei tăceri colective sau al unei lipse de conștientizare.

În mod similar, percepția stigmatizării în rândul personalului medical – atât ca observatori, cât și ca potențiali subiecți ai stigmei – evidențiază caracterul bidirecțional al acestui fenomen [5]. Atunci când personalul din sănătate este asociat cu TB prin profesie, ei devin la rândul lor vulnerabili la stigmatizare, ceea ce poate afecta calitatea serviciilor terapeutice, dar și încrederea în sistemul de sănătate.

În ansamblu, percepția indirectă a stigmei confirmă faptul că stigmatizarea persoanelor cu TB este un fenomen răspândit, persistent și complex, care se manifestă în toate etapele îngrijirii și în diverse contexte sociale.

**Stigmatizarea post TB.** După finalizarea tratamentului TB, procesul de reintegrare socială se dovedește adesea a fi o etapă dificilă și încărcată emoțional pentru foștii pacienți. Deși vindecarea clinică marchează încheierea intervenției medicale, stigmatul social persistă, afectând profund capacitatea individului de a-și relua viața în mod normal. Mărturiile persoanelor afectate indică faptul că, în această perioadă, acestea se confruntă cu respingere, neîncredere și discriminare – nu doar în spațiul public sau la locul de muncă, ci uneori chiar în cadrul familial. Această realitate reflectă faptul că stigmatul nu dispare odată cu boala, ci continuă să modeleze percepțiile și comportamentele celor din jur. În lipsa unor mecanisme clare de sprijin post-tratament – precum consiliere psihosocială, măsuri de protecție socială sau campanii comunitare de informare – reintegrarea devine un proces fragmentat, vulnerabil și adesea solitar. Astfel, perioada post-tratament nu ar trebui privită ca o simplă revenire la normalitate, ci ca o etapă critică ce necesită intervenții coordonate, empatie instituțională și implicare comunitară pentru a preveni recăderile și a susține cu adevărat recuperarea completă a persoanei [12].

**Mediul de drept și politici.** În paralel, studiul a evaluat mediul de drept și politicile publice relevante, oferind o imagine clară asupra cadrului legislativ existent, a aplicabilității acestuia și a gradului de mediatizare. Această componentă evidențiază tensiunile dintre normele formale și realitățile practice, precum și rolul esențial al instituțiilor în combaterea sau, dimpotrivă, în perpetuarea stigmatizării.

Evaluarea mediului de drept și a politicilor publice în contextul TB scoate în evidență o serie de disfuncționalități sistemice care contribuie la perpetuarea stigmatizării persoanelor afectate. Cu toate că Republica Moldova dispune de un cadru legislativ relativ bine conturat în ceea ce privește protecția drepturilor fundamentale ale pacienților cu TB, aplicarea acestor prevederi este adesea inegală, fragmentară și slab mediatizată.

Un prim aspect critic este discrepanța dintre existența legislației și aplicarea sa efectivă. Cu toate că dreptul la nediscriminare, acces la informație, servicii, confidențialitate și consimțământ informat sunt garantate prin legi și politici naționale, în practică, aceste drepturi sunt adesea încălcate sau ignorate, în special în regiunile rurale, în comunitățile vulnerabile și în zonele cu acces limitat la servicii. Lipsa instruirii personalului medical, reticenta victimelor de a raporta abuzurile și absența mecanismelor eficiente de monitorizare contribuie la menținerea unui climat de neîncredere și excludere.



Deosebit de îngrijorătoare este situația dreptului la un loc de muncă sigur și la protecție împotriva detenției arbitrare sau izolării involuntare. În aceste domenii, scorurile obținute în evaluare indică o regresie semnificativă față de anii anteriori. Practicile de izolare forțată, deși rare, continuă să fie aplicate în mod neuniform, iar lipsa transparenței și a informării publice alimentează percepțiile de abuz. În plus, în detrimentul îngrijirii ambulatorii, practicile crescute de spitalizare, inclusiv pe motiv de vulnerabilitate socială, chiar și în absența unor indicații pur clinice contribuie la menținerea percepțiilor de „*pericol, contagiozitate și amenințare pentru sănătatea publică*”. În același timp, persoanele cu TB se confruntă cu discriminare la angajare, pierderea locului de muncă și lipsa unor măsuri de protecție socială adecvate, în special în cazul angajaților din sectoarele cu risc crescut, cum ar fi sănătatea și sistemul penitenciar.

Un alt punct vulnerabil este mediatizarea insuficientă a drepturilor pacienților și a politicilor existente. Insuficiența campaniilor de informare, a materialelor educaționale adaptate și a implicării active a mass-mediei contribuie la menținerea stigmei și la perpetuarea miturilor despre TB. Deși există inițiative ale PNRT și societății civile, acestea nu beneficiază de sprijin financiar suficient în abordarea stigmei și nu reușesc să atingă un public larg.



## Limitările studiului

---

Prezentul studiu prezintă o serie de limitări metodologice care trebuie luate în considerare în interpretarea rezultatelor.

În primul rând, datele colectate se bazează exclusiv pe auto-raportare, ceea ce implică un risc inerent de *bias* de răspuns. Participanții pot fi influențați de factori precum dorința de a oferi răspunsuri social acceptabile, dificultăți în rememorarea experiențelor sau reticenta de a divulga informații sensibile, în special în ceea ce privește percepția stigmei și experiențele de discriminare.

În al doilea rând, procentele aferente subgrupurilor cu un număr absolut de cazuri mai mic de 30 sunt raportate în scop descriptiv și informativ. Interpretarea acestora trebuie realizată cu prudență, întrucât estimările pot fi afectate de instabilitate statistică și variații proporționale semnificative. În astfel de cazuri, o mică modificare în numărul de respondenți poate conduce la diferențe procentuale considerabile, ceea ce limitează generalizarea rezultatelor.

În al treilea rând, designul transversal al studiului nu permite stabilirea relațiilor cauzale între variabilele analizate. Asocierile identificate între stigmatizare și factorii individuali, sociali sau instituționali trebuie interpretate ca relații de corelație, nu de cauzalitate.

În al patrulea rând, datele au fost colectate exclusiv în localități situate pe malul drept al râului Nistru din Republica Moldova – delimitare geografică care a restrâns posibilitatea de a realiza comparații între populațiile de pe cele două maluri, limitând astfel generalizarea rezultatelor la întreg teritoriul țării.

De asemenea, o altă limitare a studiului constă în faptul că instrumentele *TB Stigma Assessment data collection tools* [8] au ajustate și extinse într-o formă mai cuprinzătoare, ceea ce a făcut imposibilă comparabilitatea datelor obținute cu cele din studiul anterior care au utilizat versiuni precedente ale instrumentelor.

În fine, deși eșantionul a fost stratificat și a inclus grupuri vulnerabile relevante, reprezentativitatea națională completă nu poate fi garantată, în special pentru anumite subpopulații greu accesibile sau subreprezentate în baza de date utilizată pentru selecția participanților.



## Concluzii

**Stigma este un fenomen sistemic și multidimensional.** Stigmatizarea asociată TB nu este un simplu act de respingere socială, ci un proces complex, înrădăcinat în structurile sociale, culturale și instituționale. Aceasta afectează indivizii la nivel psihologic, relațional și instituțional, manifestându-se în moduri variate – de la auto-stigmatizare profundă, până la atitudini stigmatizante exprimate în comunitate, familie, la locul de muncă și în mediul medical. Studiul relevă caracterul omniprezent și persistent al stigmei, care influențează profund viața persoanelor afectate și accesul acestora la servicii de sănătate.

**Radarul stigmei și intensitatea atitudinilor stigmatizante confirmă caracterul multidimensional al fenomenului.** Reprezentarea vizuală a stigmei prin radar evidențiază distribuția inegală a stigmatizării în funcție de context, cu niveluri ridicate de auto-stigmatizare, urmate de stigmatizarea în comunitate și la locul de muncă. Intensitatea atitudinilor stigmatizante este cea mai mare în comunitate (81%), dar rămâne semnificativă și în familie (57%), în percepția de sine (49%) și în mediul medical (43%), date care confirmă că stigmatizarea asociată TB este un fenomen sistemic, care afectează profund viața persoanelor afectate în toate sferele sociale și relaționale.

**Auto-stigmatizarea este cea mai pronunțată formă.** Persoanele diagnosticate cu TB tind să se autoizoleze, nu doar ca măsură de protecție epidemiologică, ci și ca mecanism de evitare a judecății sociale. Această izolare este întărită de pierderea rețelelor de sprijin și de dificultatea de a comunica deschis despre boală. Frica de a dezvălui diagnosticul, sentimentul de vinovăție și rușinea contribuie la întârzierea accesării serviciilor de sănătate, afectând astfel atât sănătatea individuală și cea publică.

**Factorii favorizanți care pot influența perceperea și experimentarea stigmei:**

- Femeile, persoanele tinere și cele din mediul rural sunt mai expuse stigmatizării, în special în comunitate și în familie.
- Statutul ocupațional joacă, de asemenea, un rol important, persoanele nesalariate resimțind mai intens stigmatizarea în mediul medical.
- Nivelul educațional scăzut și lipsa asigurării medicale sunt asociate cu o probabilitate crescută de a percepe stigmatizare înaltă.
- Condițiile de trai nesatisfăcătoare se corelează, de asemenea, cu o probabilitate mai mare de a experimenta stigmatizare.
- Istoricul de detenție - factor protector, posibil datorită unei adaptări sociale diferite sau a unei redefiniri a normelor în rândul persoanelor cu experiență carcerală, ceea ce sugerează o reziliență crescută în fața stigmei.

**Confirmarea bacteriologică amplifică stigmatizarea.** Vizibilitatea crescută a bolii și percepția de contagiozitate determină o stigmatizare mai accentuată în cazul pacienților cu TB confirmată bacteriologic. Alte caracteristici clinice, precum localizarea bolii sau tipul de caz, nu influențează semnificativ percepția stigmei.

**Suprapunerea stigmatelor.** Persoanele care trăiesc cu HIV sau care au un istoric de consum de droguri prezintă un risc semnificativ mai mare de a percepe stigmatizare înaltă. În aceste cazuri, stigma asociată TB este amplificată de prejudecăți legate de moralitate, comportamente sexuale sau consum de substanțe, ceea ce duce la o vulnerabilitate multiplă și la excludere socială severă. În schimb, alte comorbidități precum



dizabilitatea, consumul de alcool, afecțiunile psihice sau diabetul nu au evidențiat o influență semnificativă asupra percepției stigmei în contextul TB.

**Stigma afectează toate etapele traseului terapeutic.** De la recunoașterea simptomelor și stabilirea diagnosticului, până la inițierea, aderența și finalizarea tratamentului, stigmatizarea influențează negativ comportamentele de sănătate. Persoanele afectate ezită să solicite ajutor medical, se confruntă cu dificultăți în menținerea relației cu sistemul de sănătate și pot abandona tratamentul din cauza presiunii sociale.

**Mediul medical este un spațiu paradoxal.** În pofida că ar trebui să ofere suport și protecție, mediul medical este adesea perceput ca stigmatizant. Pacienții relatează experiențe de lipsă de empatie, excludere din procesul decizional și atitudini discriminatorii. Aceste practici reflectă existența unor „culturi ale stigmei” în instituțiile de sănătate, unde normele organizaționale favorizează distanțarea și controlul în detrimentul îngrijirii centrate pe pacient.

**Familiiile resimt stigmatizarea prin asociere.** Stigmatizarea nu se limitează la persoana bolnavă, ci se extinde și asupra membrilor familiei, care pot experimenta rușine, tănuirea diagnosticului și evitarea discuțiilor despre boală. Utilizarea unui limbaj eufemistic și presiunea de a păstra secretul reflectă o cultură a tăcerii, care afectează comunicarea și sprijinul emoțional în cadrul familial.

**Comunitatea contribuie la perpetuarea stigmei.** Comportamentele de evitare, distanțare și respingere sunt frecvente în comunitate, chiar și în lipsa unei înțelegeri clare a modului de transmitere a bolii. Deși nu toate atitudinile sunt ostile, acestea creează un climat de excludere tăcută, în care persoanele cu TB sunt percepute ca fiind „altfel” sau „periculoase”.

**Personalul medical – între rol de sprijin și sursă de stigmatizare.** Studiul relevă o serie de atitudini ambivalente în rândul personalului medical față de persoanele cu TB, care pot contribui la perpetuarea stigmatizării în mediul medical. Ostilitatea directă este rar exprimată, mai mult se conturează o tendință clară de distanțare și control, reflectată prin susținerea izolării pacienților și impunerea tratamentului. Aceste atitudini sugerează o percepție dominantă a TB ca amenințare pentru sănătatea publică, ceea ce poate justifica, în ochii profesioniștilor, măsuri restrictive și autoritare.

**Stigma observată – o confirmare indirectă a caracterului sistemic.** Persoanele cu TB observă frecvent stigmatizarea altora în contexte precum instituții medicale, comunitate, domiciliu și locul de muncă, ceea ce confirmă caracterul răspândit și persistent al fenomenului. Stigma este percepută chiar și în spații care ar trebui să ofere suport, precum familia sau instituțiile medicale. Familiile și personalul medical pot deveni, la rândul lor, ținte ale stigmatizării, ceea ce evidențiază natura bidirecțională a procesului. Această dimensiune reflectată subliniază faptul că stigmatizarea nu este un act izolat, ci un proces colectiv și sistemic, cu impact asupra întregului ecosistem de îngrijire.

**Stigmatizarea persistă și după vindecare.** Reintegrarea socială după finalizarea tratamentului este o etapă dificilă, marcată de respingere, neîncredere și discriminare. Lipsa unor mecanisme de sprijin – precum consilierea psihosocială sau campaniile de informare – face ca această perioadă să fie vulnerabilă și adesea solitară. Vindecarea clinică nu echivalează cu dispariția stigmei, care continuă să modeleze percepțiile și comportamentele celor din jur.

**Cadrul legal și politicile publice necesită consolidare pentru a combate eficient stigmatizarea.** Evaluarea mediului de drept și a politicilor publice relevă existența unor lacune semnificative care, cu toate că nu derivă exclusiv din cadrul legislativ, afectează capacitatea sistemului de a proteja și sprijini persoanele afectate de TB.



Pentru a reduce stigmatizarea și a garanta drepturile fundamentale, este necesară o abordare integrată care să combine reforme legislative cu măsuri eficiente de implementare, instruire profesională, monitorizare instituțională și comunicare publică susținută.



# Recomandări

---

Pentru a reduce stigmatizarea asociată TB în Republica Moldova și a îmbunătăți accesul echitabil la servicii de sănătate, este necesară o intervenție multisectorială, coerentă și susținută. Pe baza constatărilor studiului, se recomandă următoarele direcții de acțiuni:

## **Consolidarea cadrului normativ și instituțional**

- Revizuirea și armonizarea legislației privind drepturile persoanelor cu TB, cu accent pe protecția împotriva discriminării, confidențialitatea datelor medicale și accesul echitabil la servicii.
- Asigurarea aplicării uniforme a prevederilor legale în toate regiunile țării, inclusiv în partea de est și în zonele rurale.
- Consolidarea mecanismelor de monitorizare și raportare a cazurilor de discriminare și stigmatizare în sistemul de sănătate și în accesarea altor servicii publice

## **Formarea și sensibilizarea personalului medical**

- Includerea modulelor despre stigma TB și drepturile pacienților în programele de formare continuă pentru lucrătorii medicali.
- Promovarea unei culturi organizaționale bazate pe empatie, comunicare centrată pe pacient și respectarea demnității umane.
- Încurajarea auto-reflecției și a recunoașterii propriilor atitudini stigmatizante în rândul personalului medical.

## **Campanii de informare și educare publică**

- Dezvoltarea și implementarea campaniilor naționale de informare despre TB, axate pe combaterea miturilor, reducerea fricii și promovarea incluziunii.
- Adaptarea materialelor educaționale la nivelul de alfabetizare al populației și traducerea acestora în limbile minorităților.
- Implicarea mass-mediei și a liderilor comunitari în promovarea mesajelor anti-stigmă.

## **Suport psihosocial pentru persoanele afectate**

- Asigurarea accesului la servicii de consiliere psihologică pentru persoanele cu TB și familiile acestora, inclusiv în perioada post-tratament.
- Dezvoltarea și consolidarea grupurilor de suport și rețelelor comunitare care să faciliteze reintegrarea socială și profesională.
- Promovarea implicării persoanelor cu experiență trăită de TB în activități de la egal la egal (peer-support) și advocacy.

## **Intervenții țintite pentru grupurile vulnerabile**

- Elaborarea de strategii specifice pentru reducerea stigmatizării în rândul populațiilor cheie: persoane cu HIV, persoane cu istoric de detenție, consumatori de droguri, persoane din mediul rural.
- Asigurarea accesului prioritar la servicii de diagnostic, tratament și suport pentru aceste grupuri.
- Colaborarea cu organizațiile societății civile care lucrează direct cu aceste comunități.

## **Integrarea dimensiunii anti-stigmă în politicile publice**

- Includerea reducerii stigmatizării ca obiectiv explicit în Programul Național de Răspuns la TB și în strategiile de sănătate publică.



- Alocarea de resurse dedicate pentru implementarea intervențiilor de combatere a stigmei.
- Monitorizarea periodică a nivelului stigmei prin studii naționale și utilizarea rezultatelor pentru ajustarea politicilor.



## Bibliografie

1. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe. 2025 [cited 2025 Jul 5]; Available from: <https://www.who.int/about/who-we-are/publishing-poli->
2. World Health Organization. WHO releases new global lists of high-burden countries for TB, HIV-associated TB and drug-resistant TB [Internet]. WHO Library Cataloguing. 2021 [cited 2025 Mar 4]. Available from: <https://www.who.int/news/item/17-06-2021-who-releases-new-global-lists-of-high-burden-countries-for-tb-hiv-associated-tb-and-drug-resistant-tb>
3. Craig GM, Daftary A, Engel N, O'Driscoll S, Ioannaki A. Tuberculosis stigma as a social determinant of health: a systematic mapping review of research in low incidence countries. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2025 Jul 4];56:90–100. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S120197121631195X>
4. Ingram I, Kelly PJ. Isolation, Loneliness and Mental Health. In: *Existential Concerns and Cognitive-Behavioral Procedures: An Integrative Approach to Mental Health* [Internet]. Springer, Cham; 2022. p. 115–33. Available from: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-06932-1\\_7](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-06932-1_7)
5. Parekh R, Childs EW. Stigma and prejudice: Touchstones in understanding diversity in healthcare. [Internet]. 2016 [cited 2025 Jul 3]. 23–40 p. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2016-29706-000>
6. Liamputtong P, Rice ZS. Stigma, Discrimination, and Social Exclusion. *Handb Soc Incl* [Internet]. 2021;1–17. Available from: [https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-3-030-48277-0\\_6-1](https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-3-030-48277-0_6-1)
7. Evaluarea barierelor privind implicarea comunitară, drepturile omului, aspectele de gen și nivelul de stigmă asociată Tuberculozei în Republica Moldova [Internet]. Available from: <https://smitmd.wordpress.com/2022/12/14/evaluarea-barierelor-privind-implicarea-comunitara-drepturile-omului-aspectele-de-gen-si-nivelul-de-stigma-asociata-tuberculozei-in-republica-moldova/>
8. Stop TB Partnership. Stop TB Stigma Assessment Tool Implementation Handbook | Stop TB Partnership [Internet]. 2022. Available from: <https://www.stoptb.org/tb-stigma-assessment-tool>
9. Rucsineanu O. Tuberculosis Legal Environment and Human Rights Scorecard Republic of Moldova.
10. Evaluarea necesității de asistență specializată de staționar pentru tuberculoză în condițiile tranziției epidemiologice și a recomandărilor OMS 2021 privind tratamentul tuberculozei multidrog rezistente [Internet]. [cited 2025 Jul 6]. Available from: <https://pas.md/ro/PAS/Studies/Details/317>
11. GHID NAȚIONAL CRITERII ȘI NORME DE DIAGNOSTIC, EVALUARE ȘI EXPERTIZĂ MEDICALĂ ÎN CADRUL MINISTERULUI AFACERILOR INTERNE, CENTRULUI NAȚIONAL ANTICORUPȚIE ȘI ADMINISTRAȚIA NAȚIONALĂ A PENITENCIARELOR EDIȚIA II, revăzută și actualizată mun. Chișinău-2025.
12. Kamboj A, Lause M, Kamboj K. The Problem of Tuberculosis: Myths, Stigma, and Mimics. *Integr Sci* [Internet]. 2023;11:1047–62. Available from: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-15955-8\\_50](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-15955-8_50)
13. Lim MH, Holt-Lunstad J, Badcock JC. Loneliness: contemporary insights into causes, correlates, and consequences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2020 Jul 1;55(7):789–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32529475/>
14. Njie GJ, Khan A. Prevalence of Tuberculosis and Mental Disorders Comorbidity: A Systematic Review and Meta-analysis [Internet]. Vol. 24, *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2022. Available from: <https://www.mendeley.com/catalogue/87f39564-5452-3e83-a904-89ffd7e4229c>
15. Kim S, Thibodeau R, Jorgensen RS. Shame, Guilt, and Depressive Symptoms: A Meta-Analytic Review. *Psychol Bull* [Internet]. 2011;137(1). Available from: <https://www.mendeley.com/catalogue/5f1eb84f-5a90-32bb-a9d1-2a0584b2a83d>



16. Blodgett JM, Tiley K, Harkness F, Musella M. What works to reduce loneliness: a rapid systematic review of 101 interventions [Internet]. Vol. 46, *Journal of Public Health Policy*. Palgrave Macmillan; 2025. p. 245–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40050496/>
17. Brüggemann R, Schlumberger F, Chinshailo F, Willis M, Kadyrov A, Kalmambetova G, et al. Stigmatization and discrimination of female tuberculosis patients in Kyrgyzstan – a phenomenological study. *Int J Equity Heal* 2025 241 [Internet]. 2025 Jul 1;24(1):1–14. Available from: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-025-02566-4>
18. Dabitoa D, Bishai WR. Sex and Gender Differences in Tuberculosis Pathogenesis and Treatment Outcomes. In: *Current Topics in Microbiology and Immunology* [Internet]. Springer, Cham; 2023. p. 139–83. Available from: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-35139-6\\_6](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-35139-6_6)
19. Baena IG, Floyd K, Cunnama L. The Global and Individual Economics of Tuberculosis. *Essent Tuberc* [Internet]. 2021 Jan 1;375–82. Available from: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-66703-0\\_41](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-66703-0_41)
20. Ciobanu A, Plesca V, Doltu S, Manea M, Domete L, Dadu A. Determinant of catastrophic costs associated with treatment for rifampicin-resistant TB in households in the Republic of Moldova. *IJTL Open* [Internet]. 2024 Jun 14;1(6):266–73. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11249656/>
21. Ciobanu A, Plesca V, Doltu S, Manea M, Domete L, Dadu A. TB and poverty: the effect of rifampicin-resistant TB on household income. *IJTL Open* [Internet]. 2024 Apr 1 [cited 2025 Jul 4];1(4):181–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38988411/>
22. Evaluarea cheltuielilor catastrofale asociate tratamentului tuberculozei suportate de gospodăriile afectate din Republica Moldova [Internet]. Available from: <https://www.pas.md/ro/PAS/Studies/Details/447>
23. Courtwright A, Turner AN. Tuberculosis and stigmatization: Pathways and interventions. *Public Health Rep* [Internet]. 2010;125(SUPPL. 4):34–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20626191/>
24. Dara M, Acosta CD, Melchers NVSV, Al-Darraj HAA, Chorgoliani D, Reyes H, et al. Tuberculosis control in prisons: Current situation and research gaps. Vol. 32, *International Journal of Infectious Diseases*. 2015. p. 111–7.
25. Bares SH, Swindells S. Latent Tuberculosis and HIV Infection [Internet]. Vol. 22, *Current Infectious Disease Reports*. Springer; 2020. p. 1–8. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11908-020-00726-x>
26. Alagna R, Cabibbe AM, Tortoli E, Cirillo DM. Microbiological Diagnosis of Tuberculosis Disease. In: *Essential Tuberculosis* [Internet]. Springer, Cham; 2021. p. 87–96. Available from: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-66703-0\\_10](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-66703-0_10)
27. Achour W, Chebbi Y. Pathophysiology of Tuberculosis and Microbiological Diagnosis. In: *Medical Radiology* [Internet]. Springer, Cham; 2022. p. 15–27. Available from: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-07040-2\\_2](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-07040-2_2)
28. Greenwood GL, Wilson A, Bansal GP, Barnhart C, Barr E, Berzon R, et al. HIV-Related Stigma Research as a Priority at the National Institutes of Health. *AIDS Behav* [Internet]. 2022 Jan 1;26(Suppl 1):5–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33886010/>
29. Earnshaw VA, Chaudoir SR. From conceptualizing to measuring HIV stigma: A review of HIV stigma mechanism measures [Internet]. Vol. 13, *AIDS and Behavior*. *AIDS Behav*; 2009. p. 1160–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19636699/>
30. Sharma BB, Small E, Patel M, Mwima S, Okumu M. Understanding the Intersecting Roles of Culture, Misinformation, and Socioecological Systems on HIV Stigma and Coping. *Glob Soc Welf* [Internet]. 2024 Oct 17;1–16. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40609-024-00362-6>
31. Ahmed RFM, Hawk M, Kay ES, Coulter RWS, Friedman MR, Yu L. Associations Between Healthcare



- Providers' Stigmatizing Attitudes Toward People Living with HIV and People Who Use Drugs: A Canonical Correlation Analysis. *AIDS Behav* [Internet]. 2025 Jun 16;1–16. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-025-04794-9>
32. Stuart H, Knaak S. Measuring aspects of stigma cultures in healthcare settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2025 May 1;60(5):1239–47. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-024-02780-5>
  33. van der Sanden RLM, Pryor JB, Stutterheim SE, Kok G, Bos AER. Stigma by association and family burden among family members of people with mental illness: the mediating role of coping. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2016 Sep 1;51(9):1233–45. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-016-1256-x>
  34. Deslypere E, Rober P. Family Secrecy – A Challenge for Researchers. In Springer, Cham; 2020. p. 191–204. Available from: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-36560-8\\_11](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-36560-8_11)
  35. Becker G, Arnold R. Stigma as a Social and Cultural Construct. In: *The Dilemma of Difference* [Internet]. Springer, Boston, MA; 1986. p. 39–57. Available from: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-7568-5\\_3](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4684-7568-5_3)
  36. Healy M, Richard A, Kidia K. How to Reduce Stigma and Bias in Clinical Communication: a Narrative Review. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2025 Jul 4];37(10):2533. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9360372/>
  37. Moudatsou M, Stavropoulou A, Philalithis A, Koukouli S. The role of empathy in health and social care professionals [Internet]. Vol. 8, *Healthcare (Switzerland)*. MDPI AG; 2020. p. 26. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7151200/>
  38. Authors, Ritchie L, Horton J. Community Supports for People With Tuberculosis. *Community Support People With Tuberc CADTH Heal Technol Rev* [Internet]. 2023; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK601825/>



# Anexa 1. Sugestii pentru eliminarea stigmei asociate tuberculozei – sinteză tematică din interviuri

Sugestiile participanților reflectă o înțelegere profundă a impactului stigmei asociate TB și oferă direcții clare pentru intervenții. Corelate cu cele șase recomandări generale, propunerile evidențiază nevoia unei abordări integrate: educație, suport psihosocial, reforme instituționale și politici publice anti-stigmă. Vocea pacienților, familiilor, comunităților și profesioniștilor în sănătate conturează un cadru coerent pentru acțiuni care pot transforma TB dintr-o sursă de excludere într-o provocare tratabilă cu demnitate și solidaritate.

| Recomandare                                            | Sugestii din partea participanților<br>Numărul de respondenți și tipul                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Citatele participanților                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Consolidarea cadrului normativ și instituțional</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Necesitatea protejării datelor personale și a confidențialității (5 persoane cu TB)</li> <li>Stabilirea gradului de invaliditate la diagnostic și menținerea acestuia post-tratament (5 persoane cu TB)</li> <li>Acces egal la tratament, fără discriminare (6 persoane cu TB)</li> <li>Necesitatea unor politici de reintegrare profesională și socială (8 persoane TB)</li> <li>Necesitatea unor condiții decente în spitale (6 persoane cu TB și membri ai familiilor)</li> <li>Obligația instituțiilor de a asigura tratament accesibil și eficient (comunitate)</li> </ul> | <p>„Diagnosticul TB ar trebui să fie anonim, iar datele personale protejate în toate etapele tratamentului” (persoană cu TB)</p> <p>„Gradul de dizabilitate ar trebui stabilit încă din momentul diagnosticării” (persoană TB)</p> <p>„Pacienții cu TB extra pulmonară sau care respectă tratamentul nu ar trebui să fie tratați la fel ca cei cu forme contagioase” (persoană cu TB)</p> <p>„După tratament, statutul de fost pacient TB continuă să afecteze șansele de angajare” (persoană cu TB)</p> <p>„Tratamentul trebuie să fie disponibil imediat, eficient și susținut de controale medicale regulate” (comunitate)</p> |
| <b>Formarea și sensibilizarea personalului medical</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Necesitatea unei atitudini empatică și respectuoase (6 persoane cu TB și membri ai familiilor)</li> <li>Evitarea reacțiilor stigmatizante la diagnostic (5 persoane cu TB)</li> <li>Comunicarea clară despre boală și tratament (5 persoane cu TB și personal medical)</li> <li>Respectarea confidențialității (5 persoane cu TB și personal medical)</li> <li>Implicarea personalului medical în educația comunității (personal medical și membri ai comunităților afectate).</li> </ul>                                                                                       | <p>„Personalul medical, în special medicii de familie, trebuie să evite reacțiile exagerate sau stigmatizante” (persoană cu TB)</p> <p>„Respect și demnitate din partea personalului medical, să nu fie discriminați sau etichetați” (persoană cu TB)</p> <p>„Empatie și respect în relația cu pacienții, pentru a evita comportamentele arogante” (membru al familiei)</p> <p>„Cadrele medicale trebuie să trateze pacienții cu demnitate, să păstreze confidențialitatea diagnosticului” (personal medical)</p> <p>„Medicii ar trebui să explice cauzele, riscurile și pașii de urmat în tratament” (personal medical)</p>      |
| <b>Campanii de informare și educare publică</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nevoia de informare corectă și constantă despre TB (6; membri ai comunităților și personal medical)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>„Comunitatea trebuie informată că pacienții tratați nu mai sunt contagioși” (persoană cu TB)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |



| Recomandare                                                     | Sugestii din partea participanților<br>Numărul de respondenți și tipul                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Citatele participanților                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Educație timpurie în școli și grădinițe (5 persoane cu TB, familii și comunități)</li> <li>Informarea că persoanele tratate nu mai sunt contagioase (8 persoane cu TB, toate categoriile)</li> <li>Campanii media și materiale informative (personal medical și comunități afectate)</li> <li>Combaterea stereotipurilor și a fricii prin educație (membri ai familiilor și comunității).</li> </ul>                                                                                   | <p>„Campaniile publice ar trebui să explice că persoanele tratate nu mai sunt contagioase” (membru al comunității)</p> <p>„Este nevoie de programe educaționale în școli, grădinițe și comunități” (membru al comunității)</p> <p>„Campanii media, anunțuri publice și materiale informative care să explice clar cum se transmite TB” (personal medical)</p> <p>„Combaterea stereotipurilor legate de TB prin educație timpurie și deschidere în comunicare” (membru al familiei)</p>                                                                                                                                                    |
| <b>Suport psihosocial pentru persoanele afectate</b>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nevoia de consiliere psihologică pentru pacienți și familii (6 persoane cu TB, familii și personal medical)</li> <li>Sprrijin emoțional în timpul tratamentului (5 persoane cu TB și comunități)</li> <li>Combaterea singurătății și izolării (5 persoane cu TB)</li> <li>Acceptarea în familie și comunitate (8 persoane cu TB și comunități)</li> <li>Respect și tratament uman în spitale (6 persoane cu TB și familii)</li> </ul>                                                  | <p>„Spitalele trebuie să ofere un mediu decent, cu sprijin psihologic și respect pentru pacienți” (persoană cu TB)</p> <p>„Sprijin psihologic pentru pacienți și familii: servicii de consiliere pentru a gestiona stresul, frica de stigmatizare” (membru al familiei)</p> <p>„Suport psihologic și social pentru a face față efectelor post-tratament și reintegrării” (persoană cu TB)</p> <p>„Acceptare în comunitate: respectare și acceptare în spațiile publice și în relațiile sociale” (persoană cu TB)</p> <p>„Pacienții au nevoie de susținere emoțională, alimentație sănătoasă și ajutor social” (membru al comunității)</p> |
| <b>Intervenții țintite pentru grupurile vulnerabile</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratament gratuit și accesibil pentru persoanele fără adăpost (menționată de 7 persoane cu TB)</li> <li>Opțiunea tratamentului la domiciliu, fără internare obligatorie (7 persoane cu TB)</li> <li>Măsuri speciale pentru pacienții care nu respectă tratamentul (6 persoane TB)</li> <li>Educație și prevenție în comunități marginalizate (comunități afectate și personal medical)</li> <li>Măsuri de izolare temporară cu respectarea demnității (comunități afectate)</li> </ul> | <p>„Persoanele fără adăpost trebuie să beneficieze de tratament gratuit și accesibil” (persoană cu TB)</p> <p>„Persoanele bolnave ar trebui să aibă opțiunea de a urma tratamentul la domiciliu” (persoană cu TB)</p> <p>„Pacienții care nu respectă tratamentul trebuie monitorizați” (persoană cu TB)</p> <p>„Este nevoie de programe educaționale în comunități, pentru a combate frica și discriminarea” (membru al comunității)</p> <p>„În cazurile contagioase se sugerează separare și monitorizare medicală, dar cu respectarea demnității persoanei” (membru al comunității).</p>                                                |
| <b>Integrarea dimensiunii anti-stigmă în politicile publice</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Combaterea percepției TB ca o etichetă permanentă (5 persoane cu TB)</li> <li>Necesitatea reintegrării profesionale și sociale (8 persoane cu TB și comunități)</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p>„Combaterea percepției de ‘condamnare’: diagnosticul de TB nu ar trebui să fie perceput ca o etichetă permanentă” (persoană cu TB)</p> <p>„Reintegrare profesională: suport în angajarea la muncă și nediscriminați la angajare” (persoană cu TB)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |



| Recomandare                                                              | Sugestii din partea participanților<br>Numărul de respondenți și tipul                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Citatele participanților                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informarea angajatorilor că TB se tratează (familii și comunități)</li> <li>• Respect și demnitate pentru foștii pacienți (toate categoriile de respondenți)</li> <li>• Politici care să susțină acceptarea în comunitate și la locul de muncă (persoane cu TB și personal medical).</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <p>„Informarea angajatorilor că TB se tratează și nu e un motiv să evite foștii pacienți” (membru al familiei)</p> <p>„Respect și demnitate pentru persoanele cu TB: tratarea cu respect, fără etichete sau marginalizare” (membru al familiei)</p> <p>„Comunitatea trebuie încurajată să fie mai înțelegătoare, iar pacienții să fie sprijiniți în reintegrarea socială” (personal medical)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Alte sugestii de recomandări din partea participanților la studiu</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interzicerea consumului de alcool în spitale (6 persoane cu TB)</li> <li>• Monitorizarea pacienților care nu respectă tratamentul (6 persoane cu TB)</li> <li>• Implicarea familiei în procesul de tratament (personal medical și persoane cu TB)</li> <li>• Alimentație sănătoasă ca parte a sprijinului (comunități afectate)</li> <li>• Solidaritate și empatie socială (comunități afectate și personal medical);</li> <li>• Necesitatea controalelor medicale regulate (personal medical);</li> <li>• Inițierea obligatorie a tratamentului în cazuri grave (comunități afectate).</li> </ul> | <p>- „Consumul de alcool în spitale trebuie interzis” (persoană cu TB);</p> <p>- „Pacienții care nu respectă tratamentul trebuie monitorizați” (persoană cu TB)</p> <p>„Medicii ar trebui să implice și familia în procesul de suport” (personal medical)</p> <p>„Pacienții au nevoie de alimentație sănătoasă și ajutor social” (membru al comunității)</p> <p>„Comunitatea trebuie încurajată să fie mai înțelegătoare” (personal medical)</p> <p>„Tratamentul trebuie să fie susținut de controale medicale regulate” (personal medical)</p> <p>„În unele cazuri, inițierea tratamentului ar trebui să fie obligatorie pentru a proteja comunitatea” (membru al comunității)</p> |

