

# STEPS

PREVALENȚA FACTORILOR DE RISC PENTRU  
BOLILE NETRANSMISIBILE ÎN  
**REPUBLICA MOLDOVA, 2021**





# STEPS

PREVALENȚA FACTORILOR DE RISC PENTRU  
BOLILE NETRANSMISIBILE ÎN  
**REPUBLICA MOLDOVA, 2021**

## > Rezumat

Bolile netransmisibile (BNT) reprezintă o amenințare majoră în adresa dezvoltării umane și economice. Povara impusă de BNT poate fi diminuată prin reducerea principalilor factori de risc comportamentali și metabolici ai acestora. Studiul național al gospodăriilor privind factorii de risc pentru BNT a fost realizat în Republica Moldova în 2021, fiind utilizată abordarea standardizată STEPwise aprobată de OMS pentru supravegherea factorilor de risc pentru BNT (STEPS). Scopul studiului a fost de a determina prevalența actuală a factorilor de risc modificabili comuni în rândul populației țării, de a evalua tendințele în comparație cu rezultatele și concluziile studiului STEPS din 2013 și de a contribui la monitorizarea și evaluarea implementării diferitor programe naționale în domeniul prevenirii și controlului BNT. Studiul populațional a fost realizat în rândul adulților cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani, în trei etape, care au cuprins chestionarea, măsurătorile fizice și biochimice. La selectarea participanților din rândul populației-țintă a fost aplicat procedeul de eșantionare în cuiburi în trei etape, astfel încât să fie reprezentativ la nivel național. Raportul prezintă prevalența actuală a factorilor de risc pentru BNT în rândul populației adulte din Republica Moldova, la nivel general și în opt grupe de vârstă/sex și în zonele rurale/urbane de reședință.

## > Cuvinte cheie

Boli netransmisibile  
Factori de risc  
Republica Moldova  
Tutun  
Consum de alcool  
Regim alimentar  
Activitate fizică  
Obezitate  
Tensiune arterială  
Colesterol  
Boală cardiovasculară

## © Organizația Mondială a Sănătății, 2022

**Unele drepturi rezervate.** Această lucrare este disponibilă sub licența Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO. [CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>].

În conformitate cu termenii acestei licențe, puteți copia, redistribui și adapta lucrarea în scopuri necomerciale, cu condiția ca lucrarea să fie citată în mod corespunzător, după cum se indică mai jos. În orice utilizare a acestei lucrări, nu trebuie să se sugereze că OMS susține o anumită organizație, produse sau servicii. Nu este permisă utilizarea logo-ului OMS. Dacă adaptați lucrarea, trebuie să aveți licență pentru lucrarea dvs. în baza aceleiași licențe Creative Commons sau a unei licențe echivalente. Dacă traduceți această lucrare, trebuie să adăugați următoarea clauză de renunțare la răspundere, împreună cu citarea sugerată: „Traducerea nu aparține Organizației Mondiale a Sănătății (OMS). OMS nu este responsabilă pentru conținutul sau acuratețea acestei traduceri. Ediția originală în limba engleză este ediția obligatorie și autentică: STEPS: prevalence of noncommunicable disease risk factors in the Republic of Moldova, 2021. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.

Orice mediere referitoare la litigiile care apar în temeiul licenței se desfășoară în conformitate cu normele de mediere ale Organizației Mondiale a Proprietății Intelectuale. (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

**Citare sugerată.** STEPS: prevalența factorilor de risc pentru bolile netransmisibile în Republica Moldova, 2021. Copenhaga: Biroul Regional OMS pentru Europa; 2022. Licență: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Date de catalogare în publicație (CIP).** Datele CIP sunt disponibile la adresa <http://apps.who.int/iris>.

**Vânzări, drepturi și licențe.** Pentru a procura publicațiile OMS, consultați <http://apps.who.int/bookorders>. Pentru a trimite cereri de utilizare comercială și întrebări privind drepturile și licențele, consultați <http://www.who.int/about/licensing>.

**Materialele părților terțe.** Dacă doriți să reutilizați materiale din această lucrare care sunt atribuite unei terțe părți, cum ar fi tabele, figuri sau imagini, este responsabilitatea dvs. să stabiliți dacă este necesară permisiunea pentru această reutilizare și să obțineți permisiunea de la deținătorul drepturilor de autor. Riscul pretențiilor rezultate din încălcarea oricărei componente deținute de părțile terțe din lucrare revine exclusiv utilizatorului.

**Denegare de responsabilitate.** Denumirile folosite și prezentarea materialului din această publicație nu implică exprimarea vreunui punct de vedere din partea OMS cu privire la statutul juridic al vreunei țări, teritoriu, oraș sau zonă sau al autorităților sale, sau cu privire la delimitarea frontierelor sau a limitelor sale. Liniile marcate cu puncte sau liniuțe pe hărți reprezintă linii de frontieră aproximative pentru care este posibil să nu existe încă un acord deplin.

Menționarea unor anumite companii sau a produselor anumitor producători nu înseamnă că acestea sunt aprobate sau recomandate de OMS în detrimentul altor produse de natură similară care nu sunt menționate. Cu excepția erorilor și omisiunilor, denumirile produselor brevetate se disting prin majuscule inițiale.

OMS a luat toate măsurile de precauție rezonabile pentru a verifica informațiile din această publicație. Cu toate acestea, materialul publicat este distribuit fără nici un fel de garanție, explicită sau implicită. Responsabilitatea pentru interpretarea și utilizarea materialului revine cititorului. În nici un caz, OMS nu va răspunde pentru daunele care decurg din utilizarea acestuia.

# > Cuprins

Mulțumiri	vi
Abrevieri	vii
Lista contribuitorilor	viii
Sumar executiv	xi
<hr/>	
<b>1. Context</b>	<b>1</b>
1.1 Bolile netransmisibile la nivel mondial	1
1.2 Bolile netransmisibile în Republica Moldova	2
1.3 Prevalența factorilor de risc ai BNT în Republica Moldova	3
<hr/>	
<b>2. Scopul și obiectivele studiului</b>	<b>5</b>
2.1 Scopul studiului	5
2.2 Obiectivele studiului	5
2.3 Raționamentul studiului	5
<hr/>	
<b>3. Metodologia studiului</b>	<b>7</b>
3.1 Designul studiului	7
3.2 Populația studiului	7
3.3 Mărimea eșantionului	8
3.4 Eșantionarea	9
3.5 Perioada de realizare	10
3.6 Angajarea și instruirea colectorilor de date	10
3.7 Colectarea pilot a datelor	11
3.8 Considerații de ordin etic	11
3.9 Instrumentul și procesul de colectare a datelor	12
3.10 Colectarea datelor studiului	16
3.11 Monitorizarea colectării datelor	17
3.12 Curățarea și ponderarea datelor	18
3.13 Analiza datelor	19

<b>4. Rezultatele studiului</b>	<b>20</b>
4.1 Indicatorii demografici	20
4.2 Utilizarea de tutun	23
4.3 Politica privind tutunul	30
4.4 Consumul de alcool	31
4.5 Regimul alimentar	36
4.6 Sănătatea orală	39
4.7 Activitatea fizică	43
4.8 Simptome depresive	47
4.9 Istoricul tensiunii arteriale crescute	48
4.10 Istoricul diabetului	49
4.11 Istoricul colesterolului total crescut	52
4.12 Istoricul BCV	53
4.13 Sfaturi privind modul sănătos de viață	54
4.14 Screeningul la cancerul de col uterin	55
4.15 Măsurătorile fizice	56
4.16 Măsurătorile biochimice	60
4.17 Riscul de BCV	64
4.18 Rezumat al factorilor de risc combinați	65

<b>5. Discuție</b>	<b>66</b>
5.1 Principalele rezultate și comparația cu STEPS 2013	66
5.2 Punctele forte și limitările	75

<b>6. Concluzii</b>	<b>77</b>
---------------------	-----------

<b>Referințe</b>	<b>82</b>
------------------	-----------

<b>Tabel comparativ -</b> Principalele rezultate ale studiilor STEPS din 2013 și din 2021	85
---	----

**Anexa web 1.** Prevalența factorilor de risc ai bolilor netransmisibile în Republica Moldova – STEPS 2021, indicatorii cheie  
<https://apps.who.int/iris/>

**Anexa web 2.** Instrumentul STEPS al OMS pentru studiul național al gospodăriilor: prevalența factorilor de risc ai bolilor netransmisibile în Republica Moldova STEPS 2021  
<https://apps.who.int/iris/>

**Anexa web 3.** Cartea de date aferentă studiului OMS STEPS 2021: prevalența factorilor de risc pentru BNT în Republica Moldova  
<https://apps.who.int/iris/>

## > Mulțumiri

Studiul STEPS a fost organizat de Ministerul Sănătății al Republicii Moldova și Organizația Mondială a Sănătății în cadrul Acordului de finanțare dintre Republica Moldova și Asociația Internațională pentru Dezvoltare, semnat pe 11 iulie 2014 și ratificat prin Legea nr. 35 din 19 martie 2015, și în cadrul Acordului de colaborare bienală 2018-2019 dintre Ministerul Sănătății al Republicii Moldova și OMS.

Studiul a fost realizat de Biroul OMS din Republica Moldova în colaborare cu Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Societatea Igieniştilor din Republica Moldova, Agenția Națională pentru Sănătate Publică, Biroul Național de Statistică și o serie de instituții de asistență medicală primară.

Suportul tehnic general a fost asigurat de Ștefan Savin, de la Cartierul General OMS din Geneva, și Ivo Rakovac, de la Biroul European al OMS pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile din cadrul Biroului Regional OMS pentru Europa. Zinaida Bezverhni și Rodica Munteanu din cadrul Biroului OMS în Republica Moldova, sub conducerea Miljanei Grbic, reprezentanta OMS în Republica Moldova și Galinei Obreja de la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, au asigurat procesul de coordonare și suport tehnic pe tot parcursul studiului.

Mulțumiri sunt aduse tuturor membrilor Comitetului de Coordonare STEPS pentru sprijinul acordat în ajustarea metodologiei și instrumentelor STEPS, Biroului Național de Statistică pentru suportul tehnic oferit în implementarea metodologiei STEPS, precum și Angelei Ciobanu, Nataliei Fedkina, Mariei Neufeld, lui Artyom Gil, Enrique Loyola și Ștefan Savin pentru comentariile valoroase în cadrul peer review-ului.

Mulțumiri speciale tuturor participanților, inclusiv respondenților care și-au dat consimțământul pentru a fi intervievați, instituțiilor de asistență medicală primară pentru suportul tehnic în organizarea procesului de colectare a datelor, echipelor de colectori de date pe teren pentru desfășurarea studiului și altor contribuitori.

Studiul STEPS a fost realizat cu suportul financiar al Băncii Mondiale în cadrul Acordului de finanțare dintre Republica Moldova și Banca Mondială - Operațiunea „Modernizarea sectorului sănătății în Republica Moldova”, implementat de Ministerul Sănătății.



## > Abrevieri

<b>AMP</b>	asistență medicală primară
<b>DALY</b>	ani de viață ajustați la dizabilitate
<b>BCV</b>	boli cardiovasculare
<b>BÎZ</b>	băutură îndulcită cu zahăr
<b>BNT</b>	boală netransmisibilă
<b>EMS</b>	echivalentul metabolic al sarcinii
<b>GJA</b>	glicemie a jeun alterată
<b>GPS</b>	sistem de poziționare globală
<b>IÎ</b>	interval de încredere
<b>IMC</b>	indicele masei corporale
<b>ISCED</b>	Clasificarea internațională standard a educației
<b>HDL</b>	lipoproteine de densitate înaltă
<b>ODD</b>	Obiectiv de Dezvoltare Durabilă
<b>OMS</b>	Organizația Mondială a Sănătății
<b>PTÎFA</b>	produs din tutun încălzit fără ardere
<b>STEPS</b>	Abordarea etapizată pentru supravegherea factorilor de risc ai BNT
<b>TAD</b>	tensiune arterială diastolică
<b>TAS</b>	tensiune arterială sistolică
<b>UPE</b>	unitate primară de eșantionare
<b>SR</b>	sector de recensământ

## > Lista contribuitorilor

### Organizații participante

Ministerul Sănătății al Republicii Moldova

Organizația Mondială a Sănătății

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Agenția Națională pentru Sănătate Publică

Societatea Igieniştilor din Republica Moldova

Biroul Național de Statistică

Instituțiile de asistență medicală primară

### Consultanți internaționali

Ștefan Savin, MD, MSP, ofițer tehnic, Supraveghere, monitorizare și raportare, Departamentul de boli netransmisibile, Cartierul general OMS din Geneva

Ivo Rakovac, PhD, MSc, consilier regional, Supravegherea bolilor netransmisibile, Biroul european al OMS pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile

### Cercetător principal, coordonator STEPS

Galina Obreja, MD, MSP, dr. șt. med., conferențiar universitar, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

### Comitetul de coordonare STEPS din cadrul Ministerului Sănătății

Zinaida Bezverhni, MSP, dr. șt. farm., Secretar de Stat, Ministerul Sănătății

Svetlana Cotelea, MD, MSP, Secretar de Stat, Ministerul Sănătății

Tatiana Zatic, MD, șef al secției Politici în domeniul asistenței medicale primare și comunitare, Ministerul Sănătății

Daniela Demișcan, MD, șef al Direcției Politici în domeniul Sănătății Publice și Urgențe de Sănătate Publică, Ministerul Sănătății

Nicolae Furtună, MD, șef al Direcției prevenirea și controlul bolilor

transmisibile, Agenția Națională pentru Sănătate Publică

Ion Șalaru, MD, MSP, director adjunct, Agenția Națională pentru Sănătate Publică

Galina Obreja, MD, MSP, dr. șt. med., conferențiar universitar, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, coordonator STEPS

Larisa Spinei, MD, dr. hab. șt. med., profesor universitar, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Rodica Munteanu, MSP, ofițer de comunicare, Biroul OMS în Republica Moldova

Aurelia Spataru, director adjunct, Biroul Național de Statistică

## **Echipa de analiză statistică**

Ștefan Savin, MD, MSP, ofițer tehnic, Supraveghere, monitorizare și raportare, Departamentul de boli netransmisibile, Cartierul general OMS din Geneva

Galina Obreja, MD, MSP, dr. șt. med., conferențiar universitar, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Sergey Bychkov, MSc, consultant, Biroul European al OMS pentru Prevenirea și Controlul Bolilor Netransmisibile

Ivo Rakovac, PhD, MSc, consilier regional, Supravegherea bolilor netransmisibile, Biroul European al OMS pentru Prevenirea și Controlul Bolilor Netransmisibile

## **Raport întocmit de**

Galina Obreja, MD, MSP, dr. șt. med., conferențiar universitar, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Ivo Rakovac, PhD, MSc, Consilier regional, Supravegherea bolilor netransmisibile, Biroul european al OMS pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile

## Recenzenți

Angela Ciobanu, MD, MSP, dr. șt. med., ofițer tehnic, Controlul tutunului, Biroul european al OMS pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile

Natalia Fedkina, MSc, Biroul european al OMS pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile

Artyom Gil, MD, MSP, consultant, Biroul european al OMS pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile

Maria Neufeld, PhD, consultant, Biroul european al OMS pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile

Enrique Loyola, PhD, consultant, Biroul european al OMS pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile

Ștefan Savin, MD, MSP, ofițer tehnic, Supraveghere, monitorizare și raportare, Departamentul de boli netransmisibile, Cartierul General OMS din Geneva

## Echipele de colectare a datelor și monitorizare ale studiului STEPS

De la Agenția Națională pentru Sănătate Publică: Ala Halacu, MD, MSP, șef al Direcției de laborator; Natalia Silitrari, MD, șef al Direcției de promovare a sănătății

Din partea Societății Igieniştilor din Republica Moldova: Ion Băhnarel, MD, dr. hab. șt. med., profesor universitar, Președinte; Ion Salaru, MD, MSP, Vicepreședinte; Aliona Pistriuga, MD, Cristina Mereuță, MD, Elena Revenco, MD, Ion Bolboceanu, MD, Mariana Gîncu, MD, Veaceslav Carp, MD, Ecaterina Șalaru, MD, Iurie Cojocar, MD, Mircea Pritenschi, Edgar Pistriuga, MD, Mariana Șepilov, MD, Liliana Tofan, MD, Liudmila Baraboi, MD, Rodica Țugui, MD, Ecaterina Ceban, MD, Constantin Vacarciuc, MD, Mariana Bucățele, Oleg Eremciuc, MD, Daniela Constantinovici, Stanislav Ovcinikov, MD, Iulia Carp, Victor Șalaru, Victoria Șimon, MD, Lucia Babin, MD, Tudor Puiu, MD, Ina Secu, MD, Stela Pritenschi, Mariana Chișca, Tatiana Ghervas, Ina Rusu, Irina Iaroslavțev, Nina Ursu, Liviu Bordea, Virginia Coțofană, Emilia Andriușcenco, Doina Lazurcă

De la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”: Ovidiu Tafuni, MD, dr. șt. med., conferențiar universitar

Ruslan Erkaboev, specialist IT

## > Sumar executiv

Cel de-al doilea studiu național transversal privind factorii de risc pentru bolile netransmisibile (BNT) în Republica Moldova a fost realizat în perioada august 2021 – ianuarie 2022. Procesul de pregătire a studiului s-a desfășurat în perioada iunie 2019 – august 2021 și a inclus crearea Comitetului de Coordonare a abordării etapizate a supravegherii (STEPS) al OMS în cadrul Ministerului Sănătății; pregătirea și ajustarea instrumentului STEPS al OMS; procurarea echipamentului; selectarea echipei de proiect și instruirea echipelor de interviatori. Pandemia de COVID-19 a tergiversat procesul de colectare a datelor în teren, proces planificat inițial pentru primăvara anului 2020. După o amânare, colectarea datelor în teren a început la 23 august 2021 și s-a încheiat la 9 noiembrie 2021. Analiza datelor și elaborarea raportului s-au desfășurat în perioada noiembrie 2021 – ianuarie 2022.

Scopul studiului a fost de a determina prevalența actuală a factorilor de risc modificabili comuni pentru BNT în populația Republicii Moldova, aplicându-se metode aprobate de OMS; de a evalua tendințele în paralel cu rezultatele și constatările studiului STEPS din 2013; și de a contribui la monitorizarea și evaluarea implementării diverselor programe naționale în domeniul prevenirii și controlului BNT.

Principalele obiective ale studiului au fost de a determina:

- prevalența principalilor factori de risc comportamental pentru BNT – utilizarea tutunului, consumul de alcool, alimentația nesănătoasă și activitatea fizică insuficientă – în rândul populației cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani;
- prevalența factorilor principali de risc biologici pentru BNT – hipertensiunea, hipercolesterolemia, hiperglicemia, supraponderabilitatea și obezitatea – în rândul populației cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani;
- diferențele în ceea ce privește prevalența factorilor de risc între sexe și zone de reședință și grupele de vârstă; și
- diferențele în ceea ce privește prevalența factorilor de risc între rezultatele obținute în cadrul studiului STEPS din 2013 și 2021.

Alte aspecte legate de BNT evaluate în cadrul studiului au inclus sănătatea orală și depresia.

Mărimea calculată a eșantionului a constituit 5,760 de participanți, presupunând o prevalență a factorului de risc (de exemplu, supraponderabilitatea) de 50%, un interval de încredere de 95%, cu o marjă de eroare acceptabilă de 5%, un coeficient al efectului designului de eșantionare complexă de 1,5, opt grupe de vârstă/sex și o rată de non-răspuns de 20%. În baza metodologiei

de eşantionare în cuiburi în mai multe etape, 5,760 de gospodării au fost selectate în mod aleatoriu pentru studiu, fiind abordate de către intervievari. În total, 4,097 de subiecți cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani din 5,760 de gospodării au participat la studiu, ceea ce reprezintă o rată de răspuns de 71,1%.

În Republica Moldova, 29,9% din participanții la studiu au raportat că erau utilizatori actuali de **tutun**, cu o prevalență de aproximativ șapte ori mai mare în rândul bărbaților (52,0%) decât în rândul femeilor (7,7%). Circa 27,6% din respondenți au menționat că erau fumători actuali, iar 24,4% - fumători zilnici. Fumatul de tutun era mult mai frecvent în rândul bărbaților decât al femeilor (48,9% față de 6,3%), în timp ce femeile din zonele urbane aveau o probabilitate de aproape patru ori mai mare de a fi fumătoare actuale decât femeile din zonele rurale (10,0% față de 2,4%). Vârsta medie pentru începerea fumatului a fost de 18,3 ani pentru ambele sexe (18,1 ani pentru bărbați și 19,8 ani pentru femei). Țigaretile fabricate erau singurul produs utilizat de fumătorii zilnici (100,0%). Numărul mediu de țigarette fumate pe zi de către fumătorii zilnici era de 15,8, bărbații fumând cu aproape 37,2% mai multe țigarette decât femeile. Produsele din tutun încălzit fără ardere (PTÎFA) erau utilizate de 2,6% din populație și erau mai populare în rândul persoanelor mai tinere.

Studiul a constatat că televiziunea era principala sursă mass media ce oferă informații despre pericolele fumatului (menționată de 70,0% din populație) și încuraja oamenii să renunțe la fumat. Promovarea sau publicitatea la țigarette a fost remarcată de mai puțin de 1% din populație. Nouă din 10 fumători actuali (91,6%) au observat avertismentele privind dauna fumatului de pe pachetele de țigarette, însă doar 38,9% dintre aceștia au luat în considerare posibilitatea de a renunța la fumat.

Doar 5,7% din populație era abstinentă de la **alcool** pe tot parcursul vieții (3,0% dintre bărbați și 8,5% dintre femei), în timp ce 11,2% se abținuseră în ultimele 12 luni (9,4% dintre bărbați și 12,9% dintre femei). Aproape două treimi din populație (63,2%) erau consumatori actuali de alcool (adică consumaseră alcool în ultimele 30 de zile): trei din patru bărbați (73,1%) și fiecare a doua femeie (53,2%). O persoană din șapte (13,8%) consumase șase sau mai multe băuturi la o singură ocazie (consum episodic abuziv de alcool) cel puțin o dată în ultimele 30 de zile. Acest pattern de consum de alcool era mult mai frecvent la bărbați (24,5%) decât la femei (3,1%). Aproape jumătate dintre consumatorii actuali de alcool (47,2%) consumaseră alcool neînregistrat (alcool produs în condiții de casă și alte forme neimpozitate) în ultimele șapte zile (53,2% dintre bărbați și 38,9% dintre femei). Alcoolul neînregistrat a reprezentat 41,5% din totalul consumului în rândul consumatorilor actuali de alcool și ponderea acestuia a fost mai mare în zonele rurale decât în cele urbane (49,5% față de 34,9%).

**Consumul de fructe și legume** a fost în general unul scăzut: 63,4% din populație a consumat mai puțin de cinci porții de fructe și legume pe zi, nerespectând astfel recomandările OMS și prezentând un risc mai mare de BNT. Nu a existat nicio diferență semnificativă din punct de vedere statistic între sexe și grupe de vârstă. Băuturile îndulcite cu zahăr (BÎZ) erau consumate zilnic de 5,3% din populație și de 4-6 ori pe săptămână de 13,5% din aceasta.

Una din 11 persoane (9,1%) nu respecta recomandările OMS privind **activitatea fizică pentru sănătate**, fără diferențe semnificative între bărbați și femei. Procentul a crescut odată cu vârsta, atingând un vârf în grupa de vârstă 60-69 de ani (10,8%). Nerespectarea recomandărilor OMS privind activitatea fizică pentru sănătate a fost de peste două ori mai frecventă în rândul populației urbane (12,9%) decât în rândul celor din mediul rural (5,0%). Durata totală a timpului petrecut zilnic pentru activitate fizică a constituit, în medie, 217,8 minute, fiind considerabil mai mare în rândul bărbaților (241,3 minute) decât în rândul femeilor (194,1 minute).

Fiecare al doisprezecelea adult (8,3%) avea simptome compatibile cu **depresia**, prevalența fiind de două ori mai mare în rândul femeilor (10,8%) decât în rândul bărbaților (5,8%). Doar una din șapte persoane cu depresie probabilă (1,7% din totalul persoanelor) a fost informată de un medic sau de un lucrător medical că suferă de depresie. Puțin peste jumătate dintre persoanele diagnosticate cu depresie (54,5%) urmau un tratament, fie cu medicamente antidepresive, fie terapie psihologică.

În ceea ce privește **sănătatea orală**, aproape trei sferturi din întreaga populație (73,8%) aveau 20 sau mai mulți dinți naturali, proporție care scădea semnificativ odată cu vârsta. Dintre persoanele care aveau dinți naturali, doar una din 10 (10,5%) a raportat că dinții lor erau într-o stare proastă sau foarte proastă. Doar o treime dintre persoane (33,8%) consultaseră un stomatolog în ultimele 12 luni, numărul femeilor fiind semnificativ mai mare decât cel al bărbaților (40,2% vs. 27,3%). Marea majoritate a populației (86,5%) își curăța dinții zilnic.

Mai mult de jumătate din populație primise sfaturi privind un **stil de viață sănătos** din partea unui medic sau a unui alt lucrător medical în ultimele 12 luni.

Aproape două treimi din totalul femeilor (65,1%) fuseseră supuse cel puțin o dată în viață unui **screening pentru cancerul de col uterin**.

Tensiunea arterială sistolică medie (TAS) în rândul tuturor adulților, inclusiv a celor care administrează medicamente pentru **tensiune arterială crescută** sau hipertensiune arterială, constituia 129,2 mmHg; cifra corespunzătoare pentru tensiunea arterială diastolică (TAD) constituia 84,2 mmHg. S-a constatat o diferență semnificativă din punct de vedere statistic între bărbați

(131,5/85,1 mmHg) și femeii (126,8/83,4 mmHg). Peste o treime din populație (34,4%) avea hipertensiune arterială (TAS  $\geq$  140 mmHg, TAD  $\geq$  90 mmHg sau administra în mod curent medicamente pentru tensiune arterială crescută), fără diferențe semnificative între sexe. Jumătate dintre toți adulții (50,1%) cu tensiune arterială crescută nu luau medicamente pentru a o trata, cu o proporție semnificativ mai mare printre bărbați (59,0%) decât femeii (40,9%). Doar 13,4% din populația cu hipertensiune arterială avea tensiunea arterială controlată (TAS < 140 mmHg, TAD < 90 mmHg) – 10,7% dintre bărbați și 16,1% dintre femeii.

În ceea ce privește **supraponderabilitatea și obezitatea**, indicele mediu al masei corporale (IMC) pentru populație constituia 26,9 kg/m<sup>2</sup>. Mai mult de șase din 10 adulți (63,9%) erau supraponderali (IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>), cu o proporție semnificativ mai mare de bărbați (70,8%) decât femeii (57,0%). Aproape un sfert din populație (22,7%) era obeză (IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>), fără diferențe semnificative din punct de vedere statistic între sexe. Circumferința medie a taliei constituia 87,3 cm pentru femeii și 93,6 cm pentru bărbați. Raportul dintre circumferința taliei și circumferința șoldurilor era de 0,9 atât pentru bărbați, cât și pentru femeii – la limita inferioară a riscului substanțial crescut de complicații metabolice pentru bărbați și peste această limită pentru femeii.

La fiecare a zecea persoană (9,9%) s-a constatat că avea glicemia a jeun alterată sau prediabet (glicemie plasmatică a jeun 6,1–6,9 mmol/l), iar 6,3% aveau fie **diabet, fie glicemie crescută** (glicemie plasmatică a jeun  $\geq$  7,0 mmol/l sau luau medicamente antidiabetice). Mai mult de un sfert din populație (27,7%) avea un **nivel crescut al colesterolului total** ( $\geq$  5 mmol/l sau lua medicamente pentru hipercolesterolemie), fără diferențe semnificative din punct de vedere statistic între sexe.

BNT și principalii factori de risc ai acestora (utilizarea de tutun și de alcool și alimentația nesănătoasă) au fost abordate prin intermediul unor politici de sănătate publică, iar din 2013 au fost înregistrate anumite progrese în ceea ce privește reducerea acestora.

Au fost adoptate și puse în aplicare intervenții comprehensive privind reducerea utilizării de tutun. Cu toate acestea, s-au înregistrat doar progrese modeste. S-a înregistrat o întârziere de 0,6 ani la ambele sexe în ceea ce privește vârsta medie de începere a fumatului în perioada 2013–2021, care a fost mai accentuată la bărbați (cu 0,6 ani).

Prevalența consumului episodic abuziv de alcool a scăzut cu 29,2% la ambele sexe, cu o scădere deosebit de impresionantă (aproape de trei ori) în rândul femeilor. Acest lucru a contribuit la atingerea Obiectivului de Dezvoltare Durabilă (ODD) și a țintelor privind BNT pentru 2025 privind reducerea consumului



nociv de alcool.

Nu s-a înregistrat nicio creștere a prevalenței obezității la ambele sexe în perioada 2013–2021, iar la femei s-a înregistrat o scădere relativă de 15,8%. Acest lucru a contribuit la atingerea țintei privind BNT pentru 2025, privind stoparea obezității.

TAS medie la nivelul întregii populații a scăzut cu 3,6 mmHg (de la 132,8 mmHg la 129,2 mmHg) între 2013 și 2021: cu 3,1 mmHg la bărbați și cu 4,1 mmHg la femei. Prevalența hipertensiunii arteriale la ambele sexe a scăzut cu 12,6%: la bărbați de la 40,3% la 35,2% și la femei de la 39,3% la 34,4%. Astfel, s-a contribuit la atingerea țintei de reducere a prevalenței hipertensiunii arteriale către 2025, stabilită pentru BNT. Procentul de persoane cu hipertensiune arterială netratată a scăzut cu 34,4% între 2013 și 2021: cu 29,8% la bărbați și cu 39,4% la femei.

S-a constatat, de asemenea, o mai bună diagnosticare și control al diabetului și al colesterolului total ridicat. Procentul persoanelor cu vârste cuprinse între 40 și 69 de ani cu un risc de BCV pe 10 ani  $\geq$  30% sau cu BCV existente s-a redus aproape la jumătate (de la 23,0 % în 2013 la 12,6 % în 2021), cu o scădere mai mare în cazul femeilor. Mai mult de 50% dintre persoanele eligibile au fost consiliate și primeau tratament medicamentos pentru a preveni atacurile de cord și accidentele vasculare cerebrale.

Fiecare a treia persoană (31,8%) avea 3-5 factori de risc selectați pentru BNT. Proporția bărbaților cu 3-5 factori de risc era de două ori mai mare decât cea a femeilor, iar prevalența a crescut odată cu vârsta atât la bărbați, cât și la femei. O creștere de trei ori mai mare a fost constatată la femeile cu vârste cuprinse între 45 și 69 de ani în comparație cu cele cu vârste cuprinse între 18 și 44 de ani. Doar 8,5% din populație nu avea niciunul dintre cei cinci factori de risc de BNT.

Progresele înregistrate în ceea ce privește reducerea factorilor de risc biologici ai BNT s-au datorat în principal îmbunătățirii depistării precoce, diagnosticării și monitorizării pacienților cu boli cronice, în special în cadrul asistenței medicale primare, precum și îmbunătățirii accesului la medicamente esențiale pentru tratamentul și prevenirea BNT și a complicațiilor acestora. Adoptarea și punerea în aplicare a unor politici de sănătate publică robuste, aplicarea și monitorizarea eficientă a politicilor respective și consolidarea colaborării multisectoriale sunt esențiale în lupta împotriva BNT și a factorilor de risc ale acestora.



# 1. Context

## 1.1 Bolile netransmisibile la nivel mondial

Principalele boli netransmisibile (BNT), cum ar fi accidentele vasculare cerebrale, bolile cardiace, diabetul, bolile respiratorii cronice și cancerul (neoplasmele), reprezintă peste 70% din numărul total al deceselor, dintre care aproape jumătate se înregistrează la persoanele cu vârsta mai mică de 60 de ani (1). Prevalența ridicată a BNT reprezintă o amenințare majoră pentru persoane, familii și comunități, și constituie un obstacol în calea dezvoltării durabile. S-a estimat că, în perioada 2011-2025, pierderile economice globale cumulate cauzate de cele patru BNT principale vor depăși 51 de trilioane de dolari SUA. Costul inacțiunii în țările cu venituri mici și mijlocii în aceeași perioadă se estimează că va fi de peste 7 trilioane de dolari SUA, iar costul acțiunii în țările respective este estimat la 170 de miliarde de dolari SUA (2). Pandemia de COVID-19 a demonstrat relația crucială dintre bolile transmisibile și cele netransmisibile. Riscul de a face o formă gravă de COVID-19 este de câteva ori mai mare la persoanele cu comorbidități - BNT, în cazul în care acestea se infectează.

Bolile cardiovasculare (BCV) sunt responsabile de cele mai multe dintre decesele cauzate de BNT, cu 17,9 milioane de persoane anual, urmate de cancer (9,3 milioane), boli respiratorii (4,1 milioane) și diabet (1,5 milioane) (1).

Utilizarea de tutun și de alcool, alimentația nesănătoasă și inactivitatea fizică sunt principalii factori de risc comportamental care contribuie la apariția BNT. Factorii de risc care pot fi preveniți reprezintă aproape jumătate din anii de viață sănătoasă pierduți în întreaga lume (3). Tutunul este responsabil pentru 7,2 milioane de decese în fiecare an, urmat de consumul excesiv de sare/sodiu, cu 4,1 milioane de decese anuale; consumul nociv de alcool, cu mai mult de jumătate din cele 3,3 milioane de decese atribuibile alcoolului din cauza BNT (inclusiv cancerele); și activitatea fizică insuficientă, căreia i se pot atribui 1,6 milioane de decese în fiecare an (1).

Alături de factorii de risc comportamentali, există patru factori metabolici cheie care duc la creșterea riscului de BNT: tensiunea arterială ridicată, supraponderabilitatea/ obezitatea, hiperglicemia și hipercolesterolemia (hiperlipidemia). Numai hipertensiunea arterială duce la 19% din decesele la nivel mondial, urmată de supraponderalitate/ obezitate și hiperglicemie. Hipertensiunea arterială, fumatul și indicele masei corporale (IMC) ridicat au fost principalele riscuri responsabile de cea mai mare proporție de ani de viață ajustați în funcție de dizabilitate (DALY) în 2019 (4).

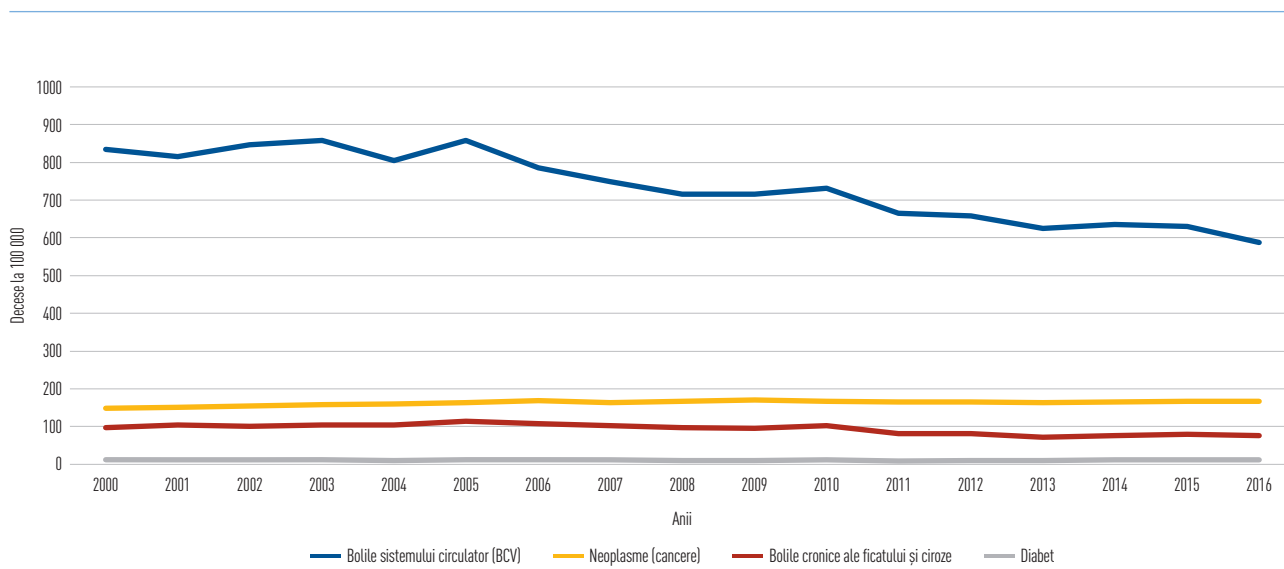
Pentru a reduce povara BNT, Declarația politică a Organizației Națiunilor Unite de la reuniunea la nivel înalt a Adunării Generale privind prevenirea și controlul bolilor netransmisibile a fost aprobată de șefii statelor și de guvern în mai 2011 (5); aceasta a fost urmată de Planul global de acțiuni pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile pentru anii 2013-2020 (6) și Cadrul global de monitorizare

convenit în cadrul celei de-a șaiszeci și șasea Adunări Mondiale a Sănătății din 2013. În acest context, statele membre ale OMS au convenit asupra următoarelor ținte de reducere a prevalenței factorilor de risc ai BNT până în 2025: o reducere relativă de 30% a prevalenței utilizării actuale de tutun; o reducere relativă de cel puțin 10% a consumului nociv de alcool; o reducere relativă de 10% a prevalenței activității fizice insuficiente; oprirea creșterii obezității; o reducere relativă de 25% a prevalenței tensiunii arteriale crescute și stoparea creșterii diabetului (6). Reducerea mortalității premature cauzate de BNT este, de asemenea, inclusă ca o țintă specifică în cadrul Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă (ODD) ale Organizației Națiunilor Unite și în Cadrul de monitorizare a Programului european de activitate al OMS – „Acțiuni comune pentru o sănătate mai bună” (7). În Regiunea Europeană a OMS, Strategia europeană a OMS pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile (8) și Planul de acțiuni pentru punerea în aplicare a Strategiei europene de prevenire și control al bolilor netransmisibile pentru anii 2012-2016 (9) au fost aprobate de statele membre. Ulterior, domeniile de acțiuni și intervențiile prioritare au fost actualizate și extinse în noul Plan de acțiuni pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile în regiunea europeană a OMS pentru anii 2016-2025 (10).

## 1.2 Bolile netransmisibile în Republica Moldova

BNT sunt responsabile de peste 80% din totalul deceselor din Republica Moldova. Pe lângă aceasta, bolile aparatului circulator (BCV), cancerul, diabetul și bolile respiratorii sunt responsabile pentru circa patru din 10 cazuri de dizabilitate primară și circa 80% din mortalitate (11). Deși mortalitatea prin BCV a scăzut în ultimii 10 ani, aceasta rămâne principala cauză de deces; fiind aproape de patru ori mai frecventă decât decesele cauzate de cancer, care la rândul lor sunt mai frecvente decât decesele cauzate de bolile cronice ale ficatului și cirozele. Deși mortalitatea din cauza BCV, a bolilor cronice ale ficatului și cirozelor a înregistrat o scădere în perioada 2010-2016, bolile respective rămân cauze generale semnificative de mortalitate în Republica Moldova (Fig. 1) (12).

**Fig. 1.** Rata standardizată a mortalității cauzată de principalele BNT, toate vârstele, Republica Moldova (2000-2016)



Sursa: European Health Information Gateway (12)

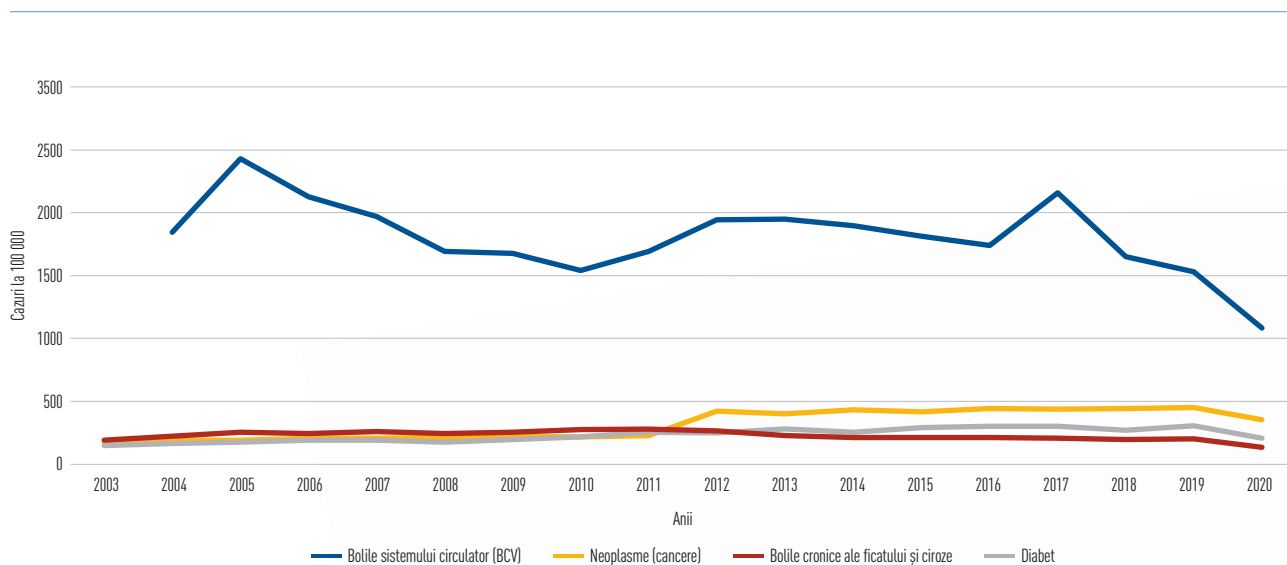
Incidența cancerului și a diabetului a crescut de peste două ori în ultimii 20 de ani: toate tipurile de cancer au crescut de la 177 de cazuri la 100,000 de locuitori în 2003 la 451 de cazuri în 2019, iar diabetul a crescut de la 150 de cazuri la 100,000 de locuitori în 2003 la 306 cazuri în 2019, ceea ce indică o creștere comparabilă a factorilor de risc respectivi ai acestora (11). Deși incidența bolilor aparatului circulator (BCV) rămâne cea mai ridicată (cu 1,528 de cazuri la 100,000 în 2019), aceasta s-a stabilizat în ultimii zece ani și a urmat o ușoară tendință de scădere generală (11). Incidența bolilor cronice ale ficatului și a cirozei a avut, de asemenea, tendința de a scădea în ultimii zece ani (Fig. 2) (11).

### 1.3 Prevalența factorilor de risc ai BNT în Republica Moldova

Studiul de referință cu privire la abordarea etapizată a supravegherii factorilor de risc ai BNT (STEPS), realizat în 2013, a relevat o prevalență ridicată a tuturor celor patru factori de risc comportamentali principali (alimentație nesănătoasă, fumat, consum de alcool și activitate fizică insuficientă), precum și a factorilor de risc metabolici - supraponderabilitatea/obezitatea, tensiunea arterială crescută, colesterolul total crescut și glicemia crescută (13). Un sfert din populație (25,3%) era fumătoare, cu o proporție semnificativ mai mare de bărbați decât femei (43,6% față de 5,6%). Șase din 10 adulți (61,9%) erau consumatori actuali de alcool, dintre care aproape 20% au fost implicați în consumul episodic abuziv de alcool (șase sau mai multe băuturi la o singură ocazie în ultimele 30 de zile). Consumul de fructe și legume era scăzut, doar o treime din populație declarând că a consumat zilnic cinci și mai multe porții de fructe și legume.

Șase din 10 cetățeni erau supraponderali sau obezi, cu o proporție mai mare printre femei, în special în zonele rurale. Patru din 10 cetățeni aveau hipertensiune arterială, fără diferențe între sexe, iar trei sferturi (76,2%) dintre aceștia nu luau medicamente pentru tensiunea arterială crescută. Una din trei persoane (29,4%)

**Fig. 2.** Incidența principalelor BNT, Republica Moldova (2003–2020)



Sursa: Agenția Națională pentru Sănătate Publică (11)

avea colesterolul total ridicat, iar una din 15 (6,8%) avea glicemia a jeun crescută (glucoza plasmatică a jeun  $\geq 7,0$  mmol/l) sau lua la moment medicamente pentru glicemia ridicată.

O treime din populație (30,3%) avea trei sau mai mulți factori de risc pentru BNT, iar 61,7% aveau 1-2 factori de risc.

BCV au fost principala cauză a DALY. Factorii de risc ai BNT menționați mai sus, comportamentali și metabolici, au reprezentat 98,5% din povara bolii, dintre care circa 60% se datorează factorilor alimentari, tensiunii arteriale crescute, utilizării de tutun și consumului nociv de alcool (14).

Guvernul Republicii Moldova și-a exprimat în mod repetat angajamentul de a aborda povara tot mai mare a BNT. Astfel, în 2012, prima Strategie națională privind prevenirea și controlul bolilor netransmisibile (2012-2020) a fost aprobată de Parlament (15). În același an, două programe naționale, privind controlul tutunului (2012-2016) (16) și controlul alcoolului (2012-2020) (17), au fost aprobate de Guvern. În 2014, Guvernul a aprobat un program național în domeniul alimentației și nutriției (2014-2020) (18) și un program național de prevenire și control al bolilor cardiovasculare (2014-2020) (19). Ulterior, în 2016, Guvernul a aprobat un plan național de acțiuni privind implementarea Strategiei naționale de prevenire și control al BNT (2016-2020), în care au fost transpuse la nivel național țintele voluntare ale OMS privind BNT (20). Alte două programe naționale – privind controlul cancerului (2017-2025) (21) și prevenirea și controlul diabetului (22) – au fost aprobate în 2016 și, respectiv, 2017. Un nou program național de prevenire și control al BNT prioritar (2022-2030), alături de un plan de acțiuni privind implementarea acestuia (2022-2025), este în curs de elaborare sub conducerea Ministerului Sănătății.

De asemenea, au fost puse în practică numeroase intervenții destinate să reducă povara BNT. Printre acestea se numără:

- reducerea nivelului legal de alcoolemie în sânge pentru toți conducătorii auto, de la 0,5 la 0,3 g/l, în 2013 (23);
- interdicția totală a fumatului în spațiile publice închise, introdusă în 2016;
- avertismente privind dauna fumatului care acoperă 65% din partea frontală și posterioară a pachetelor de țigarete, împreună cu avertismente pictoriale, introduse în 2018;
- interzicerea expunerii vizibile a produselor din tutun și a produselor ce conțin tutun în spațiile comerciale accesibile publicului, introdusă în 2018 (24);
- educația și consilierea privind comportamentele sănătoase în cadrul asistenței medicale primare (AMP), introduse treptat începând cu 2017;
- îmbunătățirea screening-ului BNT și a factorilor de risc ai acestora, precum și monitorizarea pacienților cu boli cronice; și
- îmbunătățirea accesului la medicamente esențiale pentru tratamentul și prevenirea BNT și a complicațiilor acestora.

## **2. Scopul și obiectivele studiului**

### **2.1 Scopul studiului**

Studiul privind factorii de risc ai BNT a fost realizat cu scopul de a determina prevalența actuală a factorilor de risc modificabili comuni ai BNT în rândul populației Republicii Moldova. Studiul a utilizat metode aprobate de OMS pentru a evalua datele și a compara tendințele cu rezultatele studiului STEPS din 2013 și pentru a contribui la monitorizarea și evaluarea implementării diverselor programe naționale în domeniul prevenirii și controlului BNT.

### **2.2 Obiectivele studiului**

Obiectivele studiului au fost:

- determinarea prevalenței principalilor factori de risc comportamentali pentru BNT – utilizarea de tutun, consumul de alcool, alimentația nesănătoasă și activitatea fizică insuficientă – în rândul populației cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani;
- determinarea prevalenței principalilor factori de risc biologici pentru BNT – hipertensiune arterială, hipercolesterolemie, hiperglicemie și supraponderabilitate/obezitate – în rândul populației cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani;
- determinarea diferențelor în ceea ce privește prevalența factorilor de risc între sexe și zonele de reședință și grupele de vârstă; și
- determinarea diferențelor în ceea ce privește prevalența factorilor de risc între rezultatele studiului STEPS, obținute în 2013, și actualul studiu STEPS.

Alte aspecte legate de BNT evaluate în cadrul studiului au inclus sănătatea orală și depresia.

### **2.3 Raționamentul studiului**

Supravegherea factorilor de risc ai BNT este importantă ca mijloc de obținere a datelor necesare pentru evaluarea situației cu privire la sănătate, care include stabilirea priorităților și obiectivelor, planificarea strategiilor și programelor de sănătate publică și facilitarea implementării eficace și eficiente a acestora.

În consecință, principalele obiective ale studiilor STEPS includ:

- ghidarea procesului de instituire a sistemelor de supraveghere a factorilor de risc în țări, asigurând un cadru și o abordare adecvată și eficientă;
- asigurarea disponibilității datelor care să contribuie la informarea, monitorizarea și evaluarea politicilor și programelor privind BNT;
- facilitarea elaborării profilurilor populației în ceea ce privește factorii de risc ai BNT; și
- consolidarea capacității umane și instituționale pentru supravegherea BNT.

Deoarece STEPS are seturi de întrebări și protocoale standardizate, este posibilă compararea datelor nu doar pentru monitorizarea tendințelor din interiorul țării, ci și între țări. Studiul STEPS utilizează un eșantion reprezentativ al populației studiate, ce permite generalizarea rezultatelor la nivelul întregii populații. Actualul studiu STEPS a fost realizat ca parte a sistemului de supraveghere a factorilor de risc ai BNT, stabilit în 2013. A fost realizat pentru a măsura impactul măsurilor care au fost implementate, pentru a evalua diferite programe naționale de prevenire și control al BNT și al factorilor de risc ai acestora, și pentru a monitoriza tendințele. Studiul a fost realizat cu ajutorul metodologiei OMS.



## 3. Metodologia studiului

### 3.1 Designul studiului

Studiul privind prevalența factorilor de risc ai BNT a fost realizat cu scopul de a determina prevalența actuală a factorilor de risc comuni ai BNT; de a evalua și compara tendințele cu rezultatele obținute în cadrul studiului STEPS din 2013; și de a contribui la monitorizarea și evaluarea implementării diverselor programe naționale în domeniul prevenirii și controlului BNT.

Studiul a fost realizat în trei etape consecutive, conform principiului OMS de a utiliza o abordare etapizată a supravegherii factorilor de risc ai BNT și luând în considerare cerințele și resursele locale. Etapele 1 și 2 au fost realizate în gospodării, iar Etapa 3 a fost realizată într-o instituție medicală.

**Etapa 1** a presupus un interviu realizat cu ajutorul instrumentului STEPS al OMS pentru supravegherea factorilor de risc ai BNT (Anexa 2). Aceasta a presupus un interviu față în față, în cadrul căruia a fost utilizat un chestionar pentru a colecta date cu privire la: informații demografice; utilizarea de tutun și de produse care conțin tutun, politica privind tutunul; consumul de alcool; regimul alimentar, inclusiv consumul de fructe și legume și de băuturi îndulcite cu zahăr; sănătatea orală; activitatea fizică; simptome depresive; istoric de tensiune arterială crescută și/sau colesterol crescut; istoric de diabet și de BCV; consiliere privind stilul de viață; și screening-ul pentru cancerul de col uterin.

**Etapa 2** a cuprins următoarele măsurători fizice: greutatea și înălțimea corpului, circumferința taliei și a șoldurilor, tensiunea arterială și ritmul cardiac.

**Etapa 3** a cuprins o serie de măsurători biochimice în sângele capilar, folosind metode chimice umede. Măsurătorile au inclus glucoza sanguină, colesterolul total și colesterolul din lipoproteine cu densitate **înaltă** (HDL).

Instrumentul STEPS al OMS pentru supravegherea factorilor de risc ai BNT a fost tradus în limbile română și rusă, tradus înapoi, și ajustat, ținându-se cont de caracteristicile și cerințele specifice ale țării.

### 3.2 Populația studiului

Populația-țintă a cuprins toți adulții cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani, rezidenți ai tuturor raioanelor, ai Unității Teritoriale Autonome Gagauz-Yeri și ai municipiilor Chișinău și Bălți. Studiul nu a cuprins Unitățile Teritoriale Administrative din stânga Nistrului și din municipiul Tighina.

Pentru a fi înscrși ca participanți la studiu, persoanele trebuiau să întrunească următoarele criterii:

- să aibă vârsta între 18 și 69 de ani;
- să locuiască într-o gospodărie neinstituționalizată<sup>1</sup>;
- să semneze formularele scrise de consimțământ informat, furnizate de echipa de studiu; și
- să nu aibă nicio incapacitate care să le împiedice să răspundă la întrebările interviului.

Au fost excluse din sondaj persoanele care:

- erau vizitatori în gospodăria în care s-a efectuat studiul pe teren;<sup>2</sup> SAU
- aveau o deficiență cognitivă la un nivel care îi împiedica să înțeleagă întrebările studiului și să dea răspunsuri clare și corecte.

Femeile însărcinate nu au participat la părțile studiului ce au presupus măsurarea înălțimii și greutateii.

### 3.3 Mărimea eșantionului

Pentru a calcula mărimea eșantionului, prevalența factorilor de risc ai BNT în cadrul populației țintă a fost estimată la o rată de 50% (13), presupunând un interval de încredere (ÎI) de 95% ( $Z = 1,96$ ), o marjă de eroare acceptabilă de 5%, un coeficient de efect al designului de eșantionare complex de 1,5 și opt grupuri pentru comparație (patru grupuri de vârstă pentru fiecare sex, presupunând o distribuție uniformă a grupurilor de vârstă și a sexelor în eșantion). Prevalența majorității factorilor de risc ai BNT tinde să crească odată cu vârsta și există, de asemenea, modele diferite în funcție de sex. În conformitate cu recomandările STEPS și pentru a asigura estimări pentru grupuri de vârstă specifice pentru fiecare sex, la calcularea mărimii eșantionului au fost luate în considerare patru grupuri de vârstă/sex: 18-29 de ani; 30-44 de ani; 45-59 de ani; și 60-69 de ani.

Calcululele au dus la o mărime a eșantionului de 4.608 persoane. S-a anticipat o rată de răspuns de 80%, care a fost utilizată pentru a se ajusta pentru lipsa de răspuns și pentru erorile de înregistrare. Astfel, mărimea eșantionului a fost majorată cu 20%, conform următoarei formule:

$$n = (Z)^2 \frac{P(1 - P)}{e^2} \quad n = (1,96)^2 \frac{0,50(1 - 0,50)}{0,05^2} = 384$$

(1)  $n * \text{efectul designului} * \text{factorul de vârstă/sex} = 384 * 1,5 * 8 = 4.608$

(2)  $n / \text{probabilitatea de non-răspuns} = 4.608 / 0,80 = 5.760$ .

Astfel, mărimea finală a eșantionului a constituit 5.760.

1 Persoanele care locuiau de obicei în gospodărie în mod permanent sau pe termen lung (șase luni sau mai mult).  
2 Vizitatorii au fost definiți ca fiind persoanele care fac o vizită și care stau mai puțin de șase luni în gospodărie.

## 3.4 Eșantionarea

În conformitate cu recomandările OMS pentru studiul STEPS, a fost utilizată o strategie de eșantionare în cuiburi în mai multe etape. Pentru a selecta participanții din rândul populației-țintă, a fost realizată o procedură de eșantionare în cuiburi în trei etape. Ca unitate de bază, au fost utilizate sectoarele de recensământ (SR) (sectoare cuiburi) de la recensământul populației din 2014, furnizate de Biroul Național de Statistică (25).

### 3.4.1 Selectarea unităților primare de eșantionare

În prima etapă, populația țintă a fost stratificată în funcție de cele patru regiuni de dezvoltare, apoi în zone de reședință urbane și rurale, pentru a asigura o alocare proporțională per strat. Proporția din populația-țintă pentru fiecare dintre cele patru regiuni de dezvoltare (și pentru zonele de reședință din cadrul fiecărei regiuni) a fost calculată și utilizată pentru a realiza o alocare proporțională a unităților primare de eșantionare (UPE) pentru fiecare regiune, în total și pe zone de reședință (Tabelul 1).

Regiune	Proporția populației totale	UPE
Nord	0,273	109
Centru	0,303	121
Sud	0,193	77
Chișinău	0,233	93
<b>Total</b>	<b>1,0</b>	<b>400</b>

**Tabelul 1.** Proporția populației pe regiune și numărul de UPE selectate

Ulterior, SR au fost sortate geografic de la nord la sud în cadrul fiecărui strat și în cadrul fiecărei dintre cele patru regiuni de dezvoltare. În cadrul fiecărui strat, UPE (SR) au fost selectate cu o probabilitate proporțională cu mărimea SR de la recensământul populației din 2014 (adică echivalentă cu numărul de locuitori din SR, furnizate de recensământ). Au fost excluse SR cu populație zero sau doar cu persoane instituționalizate, iar SR învecinate din punct de vedere geografic și de dimensiuni foarte mici au fost unite.

Un total de 400 de cuiburi care reprezintă 400 de SR (același număr ca și în studiul STEPS anterior din 2013) a fost selectat dintr-un total de 10,612 SR de recensământ. Din cele 400 de cuiburi selectate, 244 erau rurale și 156 urbane. Un registru de lucru în format Excel, furnizat de OMS, a fost utilizat ca instrument pentru selectarea UPE-urilor.

### 3.4.2 Selectarea unităților de eșantionare secundare

În cea de-a doua etapă, au fost selectate aleatoriu câte 15 gospodării în cadrul fiecărei UPE ca unități secundare de eșantionare. În această etapă de selecție au fost utilizate adresele poștale ale SR de la recensământul populației din 2014 pentru zonele urbane și unele zone rurale. Baza de date furnizată de Biroul Național de Statistică conținea informații despre tipul de clădire la momentul

recensământului; aceasta conținea, de asemenea, un cod de identificare unic de 15 caractere (ID) pentru fiecare clădire de locuit din țară, împreună cu coordonatele GPS (*Global Positioning System* – sistemul de poziționare globală) asociate. Clădirile nedestinate locuințelor și casele de vacanță au fost excluse din selecție, iar în localitățile fără adresă poștală (171 de SR), pentru selectarea gospodăriilor au fost utilizate ID-urile. Cele 15 gospodării selectate aleatoriu în acest mod pentru fiecare UPE au fost transferate pe Google Maps. O aplicație special dezvoltată, care conținea harta cu coordonatele GPS ale gospodăriilor selectate a fost încărcată pe fiecare tabletă, utilizată pentru colectarea datelor. În total, au fost selectate 5,760 de gospodării din 400 de cuiburi.

### 3.4.3 Selecția unităților de eșantionare terțiare

În cea de-a treia etapă, fiecare gospodărie selectată aleatoriu a fost vizitată de până la trei ori, dacă a fost necesar. Intervievatorii au explicat scopul studiului, iar după obținerea consimțământului, au enumerat toate persoanele eligibile din gospodărie. Una dintre acestea a fost selectată aleatoriu pentru a participa la studiu cu ajutorul aplicației STEPS Android (26). În cazul în care persoana selectată nu se afla acasă, a fost lăsată o notificare în care se specifica ora la care colectorii de date urmau să revină pentru a doua sau a treia vizită.

## 3.5 Perioada de realizare

Studiul STEPS în Republica Moldova a fost realizat în perioada iunie 2019 – ianuarie 2022. Planificarea și pregătirea procedurii logistice și a colectării datelor pe teren au fost realizate între iunie 2019 și februarie 2020. Programată inițial pentru perioada martie-mai 2020, instruirea de o săptămână pentru colectorii de date pe teren și colectarea ulterioară a datelor pe teren au fost amânate din cauza pandemiei de COVID-19. Instruirea amânată pentru intervieutori s-a desfășurat în perioada 16-20 august 2021, iar colectarea datelor în teren a început la 23 august și s-a încheiat la 9 noiembrie 2021. Analiza datelor și elaborarea raportului s-au desfășurat în perioada noiembrie 2021 – ianuarie 2022.

## 3.6 Angajarea și instruirea colectoarelor de date

Nouă echipe formate din 36 de colectori de date pe teren au fost recrutate de către Societatea Igieniştilor din Republica Moldova. Fiecare echipă a fost compusă dintr-un supervisor, doi intervieutori, un laborant și un șofer cu mașină.

Un atelier de lucru de cinci zile cu privire la studiul STEPS privind prevalența factorilor de risc pentru BNT și metodologia de colectare a datelor a fost organizat pentru colectorii de date. Instruirea colectoarelor de date a fost realizată de coordonatorul STEPS și grupul de lucru tehnic al studiului, care au fost implicați în studiul STEPS anterior (din 2013), în colaborare cu Cartierul General al OMS și cu Biroul european al OMS pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile. În primele două zile

ale atelierului, participanții au fost familiarizați cu metodele de eșantionare la nivel de gospodărie și de obținere a consimțământului informat al respondenților selectați pentru studiu. Instruirea s-a axat în principal pe chestionarul de studiu, colectarea și testarea sângelui capilar și pe competențele necesare pentru a utiliza tabletele pentru introducerea datelor și pentru a identifica o gospodărie, folosindu-se coordonatele GPS în cuiburile rurale în care localitățile nu aveau adrese poștale. De asemenea, instruirea a cuprins sesiuni interactive pentru a introduce metodele de colectare a datelor pentru etapele 1, 2 și 3 ale studiului (a se vedea secțiunea 3.1 de mai sus), identificarea unei gospodării cu ajutorul GPS și accelerometria (o măsurătoare obiectivă a activității fizice). O sesiune suplimentară a fost dedicată măsurilor de siguranță și protecție împotriva COVID-19.

### 3.7 Colectarea pilot a datelor

Colectorii de date instruiți au efectuat teste pilot de colectare a datelor, care au cuprins toate cele trei etape ale studiului, în orașul Chișinău și raionul Orhei. Peste 60 de persoane au participat la colectarea pilot a datelor. Procesul a început cu selectarea unei persoane în cadrul unei gospodării, utilizând aplicația eSTEPS pentru Android, și diseminarea informațiilor despre studiu. Fiecare dintre cele nouă echipe de colectare a datelor pe teren a colectat date din chestionar, a efectuat măsurători fizice și teste de laborator la 2-3 persoane. Aplicația eSTEPS pentru Android a fost utilizată pentru introducerea datelor la toate cele trei etape. Datele introduse au fost transmise către platforma centrală STEPS a OMS. Testarea prealabilă a avut ca scop validarea competențelor colectorilor de date de pe teren în ceea ce privește utilizarea chestionarului studiului, efectuarea de măsurători fizice, testele de laborator și utilizarea Android. Rezultatele testării preliminare au fost discutate în cea de-a cincea zi a atelierului de instruire, aducându-se clarificările necesare.

### 3.8 Considerații de ordin etic

Aprobarea etică a studiului a fost obținută de la Comitetul Național de Expertiză Etică a Studiului Clinic al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova. Au fost obținute două consimțăminte informate separat de la fiecare participant la studiu: unul pentru etapele 1 și 2 și altul pentru etapa 3. Înaintea colectării datelor, participantul selectat în gospodărie a primit o scrisoare de informare și un formular de consimțământ, în care au fost explicate scopul și obiectivele studiului.

Pentru a asigura confidențialitatea tuturor datelor colectate și arhivate, fiecărui participant i-au fost atribuite numere unice de identificare, sub forma unor coduri QR (*quick response* – răspuns rapid), și numai acestea au fost utilizate în registrele de date. Scrisoarea de informare și formularul de consimțământ au fost disponibile în limbile română și rusă.

Interviurile și măsurătorile au fost efectuate respectându-se pe deplin confidențialitatea și viața privată a participanților la studiu.

## 3.9 Instrumentul și procesul de colectare a datelor

Studiul a fost realizat în trei etape consecutive, conform metodologiei STEPS a OMS, ținându-se cont de necesitățile și resursele locale. Chestionarul STEPS al OMS validat a cuprins elemente de bază și elemente extinse [27], similar cu chestionarul utilizat în cadrul studiului STEPS 2013, pentru a asigura comparabilitatea datelor, și trei module opționale privind politica în domeniul tutunului, sănătatea orală și simptomele depresive. Chestionarul a fost tradus în limbile română și rusă și ajustat la necesitatea țării și tradus din nou în limba engleză. Versiunea finală a chestionarului a fost aprobată de Comitetul de coordonare STEPS și utilizată pentru colectarea datelor din cadrul studiului.

### 3.9.1 Etapa 1. Chestionarul studiului

Chestionarul a fost utilizat pentru a colecta date cu privire la statutul demografic și socioeconomic al respondenților; utilizarea de tutun și de produse ce conțin tutun; politica privind tutunul; consumul de alcool; regimul alimentar, inclusiv consumul de fructe și legume și consumul de băuturi îndulcite cu zahăr (BÎZ); sănătatea orală; activitatea fizică; simptomele depresive; istoricul de tensiune arterială crescută, diabet, colesterol ridicat și BCV; sfaturi privind stilul de viață; și screeningul pentru cancerul de col uterin.

#### 3.9.1.1 Utilizarea de tutun și de produse ce conțin tutun

Utilizarea de tutun și de produse ce conțin tutun a fost evaluată în ceea ce privește utilizarea actuală și anterioară, durata utilizării, cantitatea de produse din tutun utilizate, consumul de produse din tutun care nu se aprind, consumul de produse din tutun încălzit fără ardere, utilizarea țiğărilor electronice și expunerea la fumatul pasiv. Colectorii de date au folosit fișe de prezentare, demonstrând cinci tipuri de produse din tutun utilizate în mod obișnuit, două tipuri de produse din tutun care nu se aprind, un tip de produs din tutun încălzit fără ardere și un tip de țigară electronică.

#### 3.9.1.2 Politica privind tutunul

Politica privind tutunul a fost evaluată din punct de vedere al expunerii la mass-media și publicitate, al promovării țiigaretelor și al avertismentelor privind dauna fumatului, precum și al achiziționării de țigarete.

#### 3.9.1.3 Consumul de alcool

Consumul de alcool a fost evaluat folosindu-se conceptul de băutură standard. O băutură standard reprezintă orice băutură ce conține circa 10 g de alcool pur. Colectorii de date au folosit fișe de prezentare, demonstrând trei tipuri de băuturi alcoolice consumate în mod obișnuit ca băuturi standard.

Respondenții care au declarat că au consumat alcool în luna precedentă au fost clasificați drept consumatori actuali de alcool. Cele trei categorii de risc utilizate pentru clasificarea respondenților care au consumat alcool au fost definite în

funcție de cantitatea medie de alcool consumată pe zi. Aceste categorii sunt prezentate în Tabelul 2.

Sexul	Categoria 1	Categoria 2	Categoria 3
Bărbați	< 40,0 g	40,0–59,9 g	> 60,0 g
Femei	< 20,0 g	20,0–39,9 g	> 40,0 g

<sup>a</sup> Unitățile se referă la cantitatea de alcool consumată în medie pe zi.  
Sursa: OMS (26)

**Tabelul 2.** Categoriile de risc asociate cu nivelurile de consum de alcool, pe sexe<sup>a</sup>

Consumul episodic abuziv de alcool a fost definit ca fiind consumul a șase sau mai multe băuturi standard la o singură ocazie. Această definiție a fost aceeași atât pentru bărbați, cât și pentru femei.

### 3.9.1.4 Regimul alimentar

Pentru a evalua patternul alimentar al populației interviewate, respondenții au fost întrebați cu privire la frecvența consumului de fructe și legume, numărul mediu de porții din aceste alimente consumate zilnic și frecvența consumului de BÎZ. Consumul de fructe și legume a fost evaluat în funcție de numărul de porții (o porție = 80 g). S-au utilizat carduri de prezentare pentru a colecta date privind consumul de fructe și legume într-o zi obișnuită și frecvența consumului de BÎZ.

### 3.9.1.5 Sănătatea orală

Sănătatea orală a fost evaluată în ceea ce privește numărul de dinți naturali; starea dinților, a gingiilor și a gurii; ultima vizită la stomatolog și motivul vizitei; practicile de curățare a dinților; și problemele cu care s-au confruntat respondenții în ultimele 12 luni din cauza stării dinților, a gingiilor și a gurii.

### 3.9.1.6 Activitatea fizică

Activitatea fizică a fost evaluată cu ajutorul Chestionarului privind activitatea fizică globală (GPAO) (28). Pe scurt, au fost colectate date privind intensitatea, durata și frecvența activității fizice într-o săptămână obișnuită în trei contexte: la muncă, în timpul deplasării și în timpul liber, folosindu-se un set standardizat de 16 întrebări. Echivalentul metabolic al sarcinii (EMS) a fost atribuit activității fizice raportate în minute (Tabelul 3). Un EMS este definit ca fiind costul energetic al șederii liniștite și este echivalent cu un consum caloric de 1 kcal/kg/oră.

Contextul	Valoarea EMS
Munca	Valoarea moderată a EMS = 4,0 Valoarea viguroasă a EMS = 8,0
Deplasarea dintr-un loc în altul	Valoarea EMS în timpul ciclismului și mersului pe jos = 4,0
Timpul liber	Valoarea moderată a EMS = 4,0 Valoarea viguroasă a EMS = 8,0

Sursa: OMS (26)

**Tabelul 3.** Valorile EMS pentru calcularea activității fizice totale a unei persoane

În conformitate cu ghidul *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour* [29], adulții ar trebui să facă cel puțin 150-300 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate moderată pe parcursul săptămânii, pentru beneficii substanțiale pentru sănătate sau cel puțin 75-150 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate viguroasă sau o combinație echivalentă de activitate de intensitate moderată și viguroasă. Adulții ar trebui să limiteze timpul petrecut în mod sedentar.

#### **3.9.1.7 Simptomele depresive**

Au fost evaluate istoricul depresiei diagnosticate de un lucrător medical și tratamentul ulterior prin mijloace farmacologice sau nefarmacologice. Au fost analizate anumite simptome depresive (tristețe, pierderea interesului, energie scăzută, pierderea poftei de mâncare, probleme de somn etc.) și au fost evaluate cu ajutorul unui algoritm stabilit, în concordanță cu simptomele clinice ale depresiei, utilizat și în cadrul studiului *WHO Study on global ageing and adult health* [30]. Modulul a inclus, de asemenea, întrebări despre gânduri, planuri și tentative de suicid.

#### **3.9.1.8 Istoricul BNT și a factorilor de risc ale acestora**

Istoricul diabetului, al BCV, tensiunii arteriale crescute și al colesterolului total crescut a fost evaluat întrebându-se dacă măsurătorile specifice în aceste scopuri au fost efectuate de un medic sau un lucrător medical. Participanții au fost, de asemenea, întrebați despre orice medicamente administrate și intervențiile ulterioare.

#### **3.9.1.9 Sfaturi privind stilul de viață**

Participanții au fost întrebați cu privire la orice sfat dat de un medic sau un lucrător medical în ultimele 12 luni privind reducerea factorilor de risc comuni pentru BNT.

#### **3.9.1.10 Statutul privind screening-ul pentru cancerul de col uterin**

Starea de screening pentru cancerul de col uterin a fost evaluată întrebându-se femeile participante la studiu dacă au efectuat un test VIA, un test Papanicolau și/ sau un test HPV. VIA (inspecție vizuală cu acid acetic) este o inspecție a suprafeței colului uterin după ce pe acesta a fost aplicat acidul acetic. Testul Papanicolau (numit după inventatorul său, Georgios Papanikolaou) și testul HPV (papiloma virusul uman) sunt proceduri medicale prin care se colectează o mostră de celule de pe colul uterin al unei femei și se întinde pe o lamelă de microscop, unde sunt examinate după colorarea cu un colorant. Această metodă este importantă în diagnosticul diferențial al leziunilor maligne, benigne, precanceroase și inflamatorii.

### **3.9.2 Etapa 2. Măsurătorile fizice**

Au fost efectuate o serie de măsurători fizice pentru a evalua supraponderabilitatea/ obezitatea (prin măsurarea greutateii corporale și a înălțimii, a circumferinței taliei și a șoldurilor), a tensiunii arteriale și a ritmului cardiac. Aceste măsurători au fost efectuate la toți participanții la studiu, cu excepția femeilor însărcinate.



### 3.9.2.1 Tensiunea arterială

Măsurarea tensiunii arteriale și a ritmului cardiac au fost efectuate cu ajutorul instrumentului Boso Medicus Uno cu manșetă universală și un monitor automat de tensiune arterială și ritm cardiac. Măsurătorile au fost efectuate de trei ori pe brațul drept al respondentului, în timp ce se afla în poziție șezândă. Media celei de-a doua și a treia măsurători a fost luată pentru analiză. Măsurătorile au fost efectuate după ce persoana s-a odihnit timp de 15 minute, cu o pauză de trei minute între fiecare măsurare.

Tensiunea arterială crescută a fost definită ca:

- tensiune arterială sistolică (TAS)  $\geq 140$  mmHg și/sau tensiune arterială diastolică (TAD)  $\geq 90$  mmHg sau administrarea curentă de medicamente pentru tensiune arterială crescută.

Pentru respondenții cu tensiune arterială crescută sau care administrează în prezent medicamente pentru tensiune arterială crescută, fiind tratată și/sau controlată, tensiunea arterială crescută a fost definită ca:

- administrarea medicamentelor și TAS  $< 140$  mmHg și TAD  $< 90$  mmHg
- administrarea medicamentelor și TAS  $\geq 140$  mmHg și/sau TAD  $\geq 90$  mmHg
- neadministrarea medicamentelor și TAS  $\geq 140$  mmHg și/sau TAD  $\geq 90$  mmHg.

### 3.9.2.2 IMC

Greutatea corporală a fost măsurată cu un cântar electronic Seca. Înălțimea corporală a fost măsurată cu un taliometru mecanic Seca. IMC a fost calculat în baza greutății și înălțimii.

IMC este un raport între greutatea corporală în kilograme (kg) și pătratul înălțimii corporale în metri (m), exprimat în  $\text{kg/m}^2$ , și se calculează după următoarea formulă:

$$\text{IMC} = \text{greutatea (kg)} / \text{înălțimea la pătrat (m}^2\text{)}.$$

Un IMC  $\geq 25$  indică faptul că persoana este supraponderală, iar un IMC  $\geq 30$  indică faptul că persoana este obeză.

### 3.9.2.3 Raportul talie-șolduri

Circumferințele taliei și șoldurilor au fost măsurate la cel mai apropiat milimetru cu ajutorul unei benzi neelastice MyoTape. Circumferința taliei a fost măsurată prin plasarea benzii în jurul abdomenului, la mijlocul distanței dintre marginea inferioară a ultimei vertebre palpabile și vârful osului iliac (osul șoldului). Circumferința șoldurilor a fost măsurată prin plasarea benzii în jurul abdomenului gol la circumferința maximă în jurul feselor. Raportul talie-șolduri a fost calculat folosindu-se măsurătorile circumferințelor taliei și șoldurilor tuturor respondenților, cu excepția femeilor însărcinate. Pentru a defini obezitatea au fost utilizate valorile de referință ale OMS pentru raportul talie-șolduri ca fiind peste 0,90 pentru bărbați și peste 0,86 pentru femei (31).

### 3.9.3 Etapa 3. Măsurătorile biochimice

Au fost efectuate măsurători biochimice pentru glicemie, colesterol total și colesterol HDL cu ajutorul analizoarelor CardioCheck PA. Probele de sânge capilar a jeun au fost obținute în ziua următoare etapelor 1 și 2 de colectare a datelor. Rezultatele testelor de laborator au fost evaluate și clasificate în conformitate cu definițiile prezentate în Tabelul 4 (26).

**Tabelul 4.** Indicatorii biochimici

Indicatorul biochimic	Normal	Expus riscului	Crescut
Glicemia a jeun	< 6,1 mmol/l	≥ 6,1 mmol/l and < 7,0 mmol/l	≥ 7 mmol/l sau administrarea medicamentelor care scad glucoza
Colesterolul total din sânge	< 5,0 mmol/l	≥ 5,0 mmol/l și < 6,1 mmol/l	Înalt ≥ 6,2 mmol/l
Colesterolul HDL			
Bărbați	≥ 1,03 mmol/l	< 1,03 mmol/l	
Femei	≥ 1,29 mmol/l	< 1,29 mmol/l	

Măsurarea obiectivă a activității fizice a fost realizată cu ajutorul accelerometrelor Axivity AX3 (dispozitive purtate la încheietura mâinii), care au fost purtate timp de opt zile. Toți participanții la studiu din orașul Chișinău au fost invitați să participe la accelerometrie (1,260 de gospodării).

### 3.10 Colectarea datelor studiului

Colectarea datelor studiului a fost realizată de nouă echipe a câte cinci persoane fiecare. Echipele studiului au fost formate dintr-un coordonator/supervizor/șef de echipă, doi interviatori, un laborant și un șofer cu mașină. Pentru a ajunge la gospodăriile selectate, s-a apelat la ghidarea unui medic de familie local, a unei asistente medicale sau a unui reprezentant al autorităților publice locale. În fiecare cuib pentru care era disponibilă o listă de adrese poștale ale gospodăriilor selectate, aceasta a fost transmisă șefului de echipă. În cazul celor 171 de cuiburi din zonele rurale fără adrese poștale, o aplicație special dezvoltată pe dispozitivul Android a utilizat un ID unic pentru fiecare gospodărie și coordonatele GPS corespunzătoare pentru a localiza cele 15 gospodării care fuseseră selectate anterior în mod aleatoriu.

În prima zi de colectare a datelor, gospodăriile selectate au fost vizitate și le-au fost oferite (verbal) informații generale despre scopul și obiectivele studiului. Ulterior, toți membrii eligibili ai gospodăriei au fost enumerați și un participant a fost selectat aleatoriu cu ajutorul aplicației STEPS Android. Participantului selectat i s-au oferit informații detaliate despre studiu și s-a obținut consimțământul

informat pentru etapele 1 și 2. Etapa 3, care a implicat colectarea de sânge capilar și analizele biochimice, a fost efectuată în ziua următoare etapelor 1 și 2 de colectare a datelor la o instituție AMP. Participanții au fost rugați să nu mănânce peste noapte înainte de recoltarea sângelui. Pentru etapa 3 s-a obținut un consimțământ informat separat.

### **3.10.1 Măsurile de protecție anti-COVID-19**

Colectarea datelor a fost realizată în timpul pandemiei de COVID-19. Pentru a contribui la protejarea sănătății și pentru a se proteja împotriva infecției de COVID-19, toți cei care au colectat date pe teren au fost vaccinați împotriva virusului SARS-CoV-2. Toate persoanele care au colectat datele au primit măști de protecție și dezinfectant pentru mâini, și au fost instruite cu privire la măsurile de protecție împotriva COVID-19 în timpul colectării datelor. Fiecărui participant i s-a pus la dispoziție o mască de față și un pix pentru a semna formularul de consimțământ. Distanța fizică a fost respectată în timpul colectării datelor din interviuri.

### **3.10.2 Introducerea datelor**

Softul eSTEPS al OMS a fost utilizat pe dispozitive Android pentru a colecta toate datele studiului. Utilizarea eSTEPS a permis verificarea imediată a erorilor și omiterea automată a întrebărilor inutile în timpul colectării datelor. Fiecare dispozitiv Android avea o cartelă SIM de la un operator național de telefonie mobilă ce a permis transmiterea zilnică a datelor către platforma eSTEPS a OMS.

## **3.11 Monitorizarea colectării datelor**

Pe parcursul întregului proces de colectare a datelor, datele studiului, transmise pe platforma eSTEPS a OMS, au fost accesibile coordonatorului de studiu și personalului de la Cartierul General al OMS și de la Biroul european al OMS pentru prevenirea și controlul bolilor netransmisibile. Coordonatorul studiului a efectuat săptămânal monitorizarea și analiza procesului de colectare a datelor. În plus, personalul de la Cartierul General al OMS și de la Biroul pentru BNT a furnizat rapoarte periodice privind calitatea datelor. Erorile de introducere a datelor și alte probleme legate de calitate au fost discutate cu supraveghetorii echipelor și cu interviatorii, corecțiile necesare fiind efectuate în baza de date de pe platforma eSTEPS a OMS.

Echipa de monitorizare a efectuat o urmărire telefonică a unui eșantion aleatoriu de 10% dintre participanții care au finalizat interviurile, pentru a verifica participarea acestora la studiu și pentru a verifica calitatea interviului. De asemenea, au fost efectuate vizite de monitorizare pe teren. Coordonatorul studiului și echipa de monitorizare au oferit sprijin tehnic și logistic echipelor de colectare a datelor pe tot parcursul procesului de colectare a datelor.

## 3.12 Curățarea și ponderarea datelor

### 3.12.1 Curățarea datelor

Curățarea datelor a fost efectuată în timpul procesului de colectare a datelor pe teren și după ce colectarea datelor a fost finalizată și toate informațiile colectate cu ajutorul dispozitivelor electronice au fost încărcate pe platforma eSTEPS a OMS. Scopul procedurii de curățare a datelor a fost de a identifica și corecta erorile care ar fi putut apărea în timpul colectării datelor de studiu și de a pregăti setul de date pentru analiză, minimizând astfel impactul erorilor asupra rezultatelor studiului. Una dintre sarcinile principale a fost identificarea duplicatelor. Identificarea și eliminarea duplicatelor s-a realizat în cadrul procedurii de monitorizare în timpul colectării datelor pe teren. Pentru a putea combina ulterior cele patru fișiere cu informațiile colectate în cele trei zile de studiu, a fost utilizat un cod QR unic pentru fiecare respondent. În timpul colectării datelor, codul QR a fost scanat pentru a se evita erorile de tastare. În cazuri excepționale, codul a fost introdus manual. Fișierele de date din etapele 1, 2 și 3 au fost unite în baza codului QR al fiecărui participant.

Numărul de erori a fost redus considerabil prin utilizarea instrumentelor electronice de colectare a datelor bazate pe softul ODK (Open Data Kit) care a permis ca introducerea datelor să fie limitată la intervale prestabilite. Utilizarea logicii de omitere a permis, de asemenea, participanților să urmeze un traseu optim prin intermediul chestionarului. În unele cazuri, au fost identificate și corectate neconcordanțele. Setul final de date cu 193 de variabile a fost considerat curat și pregătit pentru faza următoare.

### 3.12.2 Ponderarea datelor

S-a efectuat o ponderare a setului de date pentru ca rezultatele studiului să fie reprezentative pentru populația țintă: adulți cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani. Ponderarea datelor a fost efectuată utilizându-se ponderile eșantionului și ponderea de distribuție a populației. Dat fiind faptul că vârsta, sexul și alte caracteristici ale persoanelor care nu au răspuns nu erau cunoscute, rata de non-răspuns nu a fost aplicată în cadrul prezentului studiu.

Ponderile eșantioanelor au fost calculate folosind informațiile privind designul eșantionului, furnizate în documentația studiului. Ponderea finală a eșantionului a fost calculată ca fiind probabilitatea inversă de selecție în fiecare etapă de selecție până la nivel individual în cadrul gospodăriei. Tehnica de selecție a fost luată în considerare la calcularea probabilității de selecție în fiecare etapă. Prima etapă a selecției (PSU) a fost realizată cu ajutorul procedurii de probabilitate proporțională cu mărimea (PPS), iar probabilitatea de selecție a fost calculată corespunzător. Următoarea etapă de selecție a constat în selectarea gospodăriilor din cadrul unităților secundare de eșantionare, utilizând o procedură de selecție aleatorie. Iar etapa finală de selecție (unități de eșantionare terțiară) a fost selectarea unui membru eligibil al gospodăriei prin intermediul unei proceduri de selecție aleatorie.

Toate aceste probabilități de selecție au fost înmulțite și calculate pentru fiecare respondent. Probabilitatea inversă de selecție a fost ponderea eșantionului pentru fiecare respondent al studiului.

A doua etapă a ponderării datelor a constat în calcularea ponderii de distribuție a populației care permite corectarea suprareprezentării sau subreprezentării în eșantion a grupurilor de vârstă/sex vizate. Din acest motiv, atât populația țintă (18-69 de ani), cât și numărul ponderat al populației studiului au fost împărțite în 51 de grupe de vârstă/sex, calculându-se proporția fiecărui grup. Ponderea de distribuție a populației specifică grupului de vârstă/sex a fost calculată prin împărțirea proporției unui anumit grup din populația țintă la proporția aceluiași grup din populația studiului.

În cele din urmă, ponderea eșantionului pentru fiecare respondent a fost înmulțită cu ponderea de distribuție a populației specifice vârstei/grupului pentru a obține ponderea finală a studiului. Produsul dintre ponderea eșantionului și ponderea de ajustare a populației a fost utilizat în toate analizele ponderate. Ponderea finală a fost calculată pentru fiecare dintre cele trei etape ale studiului.

### 3.13 Analiza datelor

Analiza statistică a datelor studiului a fost efectuată cu ajutorul Epi Info versiunea 3.5.4 și R versiunea 4.2, utilizând programe elaborate de Cartierul General al OMS și Biroul european al OMS pentru prevenirea și controlul BNT. Acestea au fost adaptate pentru a fi utilizate în Republica Moldova, împreună cu metode adecvate pentru designul complex al eșantionului studiului.

S-au calculat probabilitățile de selecție în fiecare etapă de eșantionare și acestea au fost utilizate pentru a calcula ponderile populației.

A fost efectuată o procedură finală de ajustare a ponderării pentru a permite estimări la nivel național și la nivel urban/rural și pentru fiecare dintre cele opt grupe de vârstă.

Au fost estimate măsurile tendinței centrale și variației factorilor de risc pentru BNT. Marjele de eroare în ceea ce privește prevalența și măsurile tendinței centrale sunt reprezentate prin valori numerice pentru limitele inferioară și superioară ale ÎI 95%. Semnificația statistică a diferențelor în ceea ce privește indicatorii de efect (utilizarea de tutun, consumul de alcool etc.) între grupe (vârstă, sex și grupuri urbane/rurale) a fost evaluată cu ajutorul ÎI 95%. ÎI care nu se suprapun au fost considerate indicative pentru diferențe semnificative din punct de vedere statistic.

Rezultatele studiului privind prevalența factorilor de risc ai BNT și măsurile tendinței centrale pot fi considerate reprezentative pentru populația țintă, deoarece au fost ajustate cu ajutorul ponderilor populației și ale eșantionului.

## 4. Rezultatele studiului

### 4.1 Indicatorii demografici

Studiul a colectat informații privind caracteristicile sociale și demografice ale populației, inclusiv vârsta, sexul, educația, etnia, ocupația, starea civilă și veniturile gospodăriei. Datele analizate pentru aceste caracteristici sunt prezentate neponderate.

#### 4.1.1 Vârsta și sexul, zona de reședință

La studiu au participat în total 4,097 de respondenți cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani din 5,760 de gospodării, ceea ce reprezintă o rată de răspuns de 71,1%. Dintre cei 4,097 de respondenți, 1,774 au fost bărbați și 2,323 femei (Tabelul 5). În ceea ce privește distribuția pe vârste, 340 de respondenți aveau între 18 și 29 de ani, 1,099 între 30 și 44 de ani, 1,408 între 45 și 59 de ani și 1,250 între 60 și 69 de ani. În ceea ce privește zona de reședință, 2,487 de participanți proveneau din zonele rurale și 1,610 din zonele urbane (a se vedea Anexa 3).

**Tabelul 5.** Distribuția populației interviuate, pe grupe de vârstă și sexe (%)

Grupa de vârstă (ani)	Bărbați		Femei		Ambele sexe	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
18–29	146	42,9	194	57,1	340	8,3
30–44	469	42,7	630	57,3	1099	26,8
45–59	653	46,4	755	53,6	1408	34,4
60–69	506	40,5	744	59,5	1250	30,5
<b>18–69</b>	<b>1 774</b>	<b>43,3</b>	<b>2 323</b>	<b>56,7</b>	<b>4 097</b>	<b>100,0</b>

#### 4.1.2 Etnia

Din totalul respondenților la studiu, 84,9% erau români/moldoveni, 6,2% ruși, 3,8% ucraineni și 5,1% din alte grupuri etnice (Tabelul 6).

**Tabelul 6.** Distribuția populației participante la studiu, pe grupe de vârstă și etnie (%)

Grupa de vârstă (ani)	Grupul etnic al respondenților (ambele sexe)				
	<i>n</i>	Etnici români/moldoveni (%)	Etnici ucraineni (%)	Etnici ruși (%)	Alte grupuri etnice (%)
18–29	340	85,6	2,4	7,1	4,9
30–44	1096	86,2	3,8	6,1	3,9
45–59	1407	86,0	3,6	4,7	5,7
60–69	1247	82,4	4,3	7,6	5,7
<b>18–69</b>	<b>4 090</b>	<b>84,9</b>	<b>3,8</b>	<b>6,2</b>	<b>5,1</b>

### 4.1.3 Starea civilă

Două treimi (66,9%) dintre respondenții la studiu erau căsătoriți, 8,1% nu fuseseră niciodată căsătoriți, 10,9% erau văduvi, 7,9% erau divorțați, 3,4% erau concubini, iar 2,8% erau separați. Proporția persoanelor care nu fuseseră niciodată căsătorite a fost mai mare la bărbați (11,4%) decât la femei (5,6%), iar proporția celor care fuseseră văduve a fost de peste trei ori mai mare în rândul femeilor (15,9%) decât în rândul bărbaților (4,3%) (Anexa 3: Tabelele 7–9).

### 4.1.4 Educație

Numărul mediu de ani petrecuți în educație a fost de 11,7, bărbații petrecând în medie 11,5 ani, iar femeile - 11,8 ani (Tabelul 7). Grupele de vârstă mai tinere au avut tendința de a avea puțin mai mulți ani de școlarizare decât grupurile de vârstă mai mari, iar femeile puțin mai mulți ani decât bărbații.

Grupa de vârstă (ani)	Bărbați		Femei		Ambele sexe	
	<i>n</i>	Nr. mediu de ani	<i>n</i>	Nr. mediu de ani	<i>n</i>	Nr. mediu de ani
18–29	146	12,3	194	12,8	340	12,6
30–44	469	12,3	630	12,9	1099	12,7
45–59	653	11,2	755	11,6	1408	11,4
60–69	506	11,0	744	10,8	1250	10,8
<b>18–69</b>	<b>1 774</b>	<b>11,5</b>	<b>2 323</b>	<b>11,8</b>	<b>4 097</b>	<b>11,7</b>

**Tabelul 7.** Numărul mediu de ani de educație, pe sexe și grupa de vârstă

Studiul a relevat faptul că foarte puține persoane (0,1%) nu aveau studii formale sau nu absolviseră școala primară; 0,9% terminaseră școala primară; 16,0% absolviseră învățământul gimnazial (nivelul ISCED 2); 43,6% terminaseră învățământul liceal sau o școală de meserii (nivelul ISCED 3); 17,7% absolviseră un colegiu (nivelul ISCED 4 sau 5); 20,4% terminaseră studii superioare (nivelul ISCED 6 sau 7); și 1,3% terminaseră studii post-universitare (nivelul ISCED 8) (Tabelul 8) (32).

**Tabelul 8.** Cel mai înalt nivel de educație, în funcție de vârstă (%)

Grupa de vârstă (ani)	<i>n</i>	Fără școlarizare formală/ mai puțin de școala primară (%)	Școala primară absolvită (%)	Gimnaziul absolvit (%)	Școala secundară/ liceul/școala de meserii absolvită (%)	Colegiul absolvit (%)	Universitatea absolvită (%)	Studii post-universitare terminate (%)
18–29	340	0,0	0,3	17,9	40,0	17,4	22,4	2,1
30–44	1099	0,3	0,4	17,7	31,3	16,2	31,5	2,7
45–59	1408	0,0	0,4	12,6	47,6	21,5	17,3	0,7
60–69	1249	0,0	2,0	18,0	51,0	14,7	13,8	0,6
<b>18–69</b>	<b>4 096</b>	<b>0,1</b>	<b>0,9</b>	<b>16,0</b>	<b>43,6</b>	<b>17,7</b>	<b>20,4</b>	<b>1,3</b>

Compararea nivelului de educație în funcție de sex a arătat că femeile aveau mai multe șanse de a fi absolvit o facultate sau studii universitare sau post-universitare, iar bărbații aveau mai multe șanse de a fi terminat școala secundară, liceul sau o școală de meserii (Anexa 3: Tabelele 3-5). Proporția populației care a încheiat studiile universitare sau post-universitare a fost mai mare în grupele de vârstă mai tinere (18-29 de ani și 30-34 de ani) decât în rândul populației cu vârste cuprinse între 45-69 de ani, iar femeile au fost mai predispuse decât bărbații să fi absolvit aceste niveluri de educație.

#### 4.1.5 Statutul ocupațional

Puțin mai mult de jumătate (58,7%) din populație era angajată în câmpul muncii (64,5% bărbați și 54,5% femei), 20,9% fiind angajați la stat, 22,9% angajați neguvernamentali și 14,9% lucrători pe cont propriu (Tabelul 9). Bărbații erau preponderent angajați în organizații și instituții neguvernamentale (26,3%) sau lucrători pe cont propriu (23,2%), iar femeile aveau mai multe șanse de a fi angajate în instituții guvernamentale (25,5%) (Anexa 3: Tabelele 10-12).

**Tabelul 9.** Statutul ocupațional, în funcție de vârstă (%)

Grupa de vârstă (ani)	n	Angajat guvernamental (%)	Angajat neguvernamental (%)	Lucrător pe cont propriu (%)	Lucrător neremunerat sau șomer (%)
18-29	339	12,7	26,0	15,0	46,3
30-44	1098	22,6	34,7	21,2	21,5
45-59	1406	28,2	25,3	18,4	28,0
60-69	1250	13,5	9,1	5,4	72,0
<b>18-69</b>	<b>4 093</b>	<b>20,9</b>	<b>22,9</b>	<b>14,9</b>	<b>41,2</b>

Patru din 10 cetățeni (41,2%) erau neplătiți sau șomeri, cu o proporție mai mare de femei (45,5%) decât de bărbați (35,6%). Dintre aceste persoane neplătite, 4,6% erau studenți, 22,2% erau casnice, 50,9% erau pensionari, iar 3,3% erau alte persoane „neplătite” (Tabelul 10; Anexa 3: Tabelele 10-12). Dintre cei care erau șomeri, 15,1% erau apti de muncă, iar 3,9% - inapti de muncă. Numărul femeilor casnice și al pensionarilor era mai mare (30,1% și, respectiv, 52,7%) decât cel al bărbaților (9,0% și 47,8%). Erau mai mulți studenți în rândul bărbaților (5,6%) decât în rândul femeilor (4,1%). Proporția de șomeri bărbați apti de muncă (25,7%) era de trei ori mai mare decât cea a femeilor (8,8%).

**Tabelul 10.** Statutul persoanelor care prestează muncă neremunerată sau sunt șomeri, în funcție de vârstă (%)

Grupa de vârstă (ani)	n	Neplătiți (%)	Studenți (%)	Casnici (%)	Pensionari (%)	Neangajați	
						Apti de muncă (%)	Inapti de muncă (%)
18-29	157	1,9	49,0	31,8	0,0	15,9	1,3
30-44	236	5,5	0,4	58,1	0,0	32,2	3,8
45-59	394	8,4	0,0	35,3	12,4	33,8	10,2
60-69	900	0,8	0,0	5,4	89,9	2,3	1,6
<b>18-69</b>	<b>1 687</b>	<b>3,3</b>	<b>4,6</b>	<b>22,2</b>	<b>50,9</b>	<b>15,1</b>	<b>3,9</b>



### 4.1.6 Venitul gospodăriei

Veniturile gospodăriilor populației care a participat la studiu au fost evaluate pe baza veniturilor medii din anul precedent. Un total de 3,095 dintre cei 4,097 de respondenți la studiu au răspuns la întrebarea „Care a fost venitul mediu al gospodăriei în ultimul an?”, luându-se în considerare veniturile comune ale adulților apți de muncă (cu vârsta de 18 ani și mai mult). Venitul mediu anual raportat pe cap de locuitor a constituit 81.452 lei.<sup>3</sup>

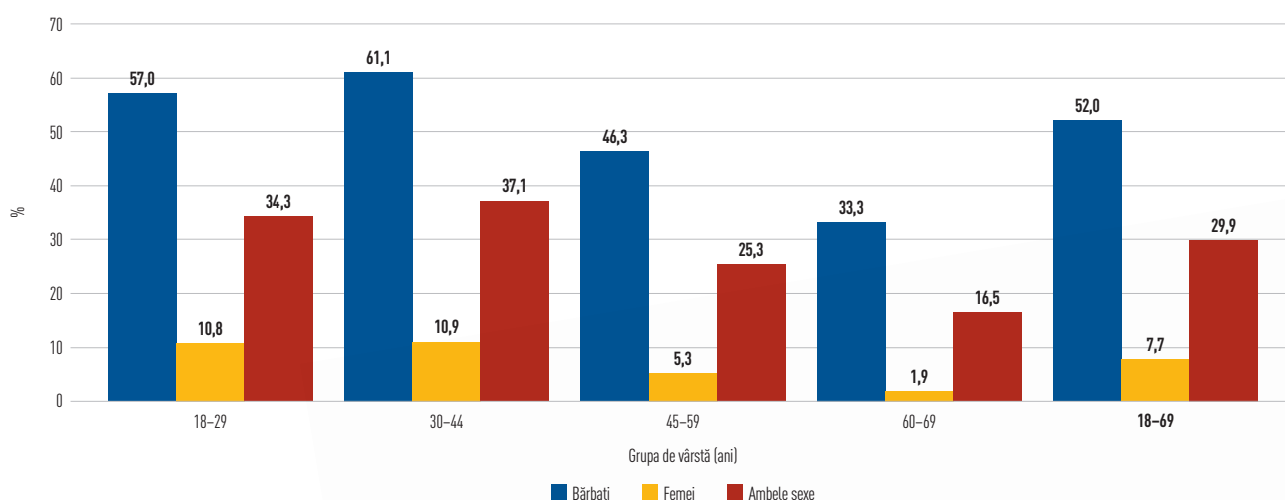
## 4.2 Utilizarea de tutun

Participanții la studiu au fost întrebați cu privire la statutul lor actual de utilizatori de tutun, tipurile de tutun utilizate, experiența actuală și anterioară de fumat, vârsta la care au început să fumeze, cantitatea de țigarete fumate zilnic, utilizarea produselor din tutun care nu se aprind, utilizarea produselor din tutun încălzit fără ardere (PTÎFA) și/sau a țigărilor electronice, încercările de a renunța la fumat și expunerea la fumatul pasiv.

### 4.2.1 Utilizatorii actuali de tutun

Utilizatorii zilnici și non-zilnici de tutun de fumat și produse din tutun care nu se aprind și utilizatorii de PTÎFA au fost considerați utilizatori actuali de tutun. Trei din 10 persoane (29,9%) erau utilizatori actuali de tutun, cu o rată de aproximativ șapte ori mai mare în rândul bărbaților (52,0%) decât în rândul femeilor (7,7%) (Fig. 3). Prevalența utilizării actuale de tutun a scăzut odată cu vârsta, cu o scădere de aproape două ori la bărbați și de cinci ori la femei între grupa de vârstă cea mai înaintată a studiului și grupa de vârstă 30-44 de ani. Fiecare a patra persoană (26,2%) a utilizat zilnic produse din tutun, cu o proporție de opt ori mai mare la bărbați (46,6%) decât la femei (5,8%) (Anexa 3: Tabelele 45 și 46).

**Fig. 3.** Procentul de utilizatori actuali de tutun, pe sexe și vârste (%)



3 La data de 15 iulie 2022, 1 leu moldovenesc (MDL) = 0,051 euro.

## 4.2.2 Tutunul pentru fumat

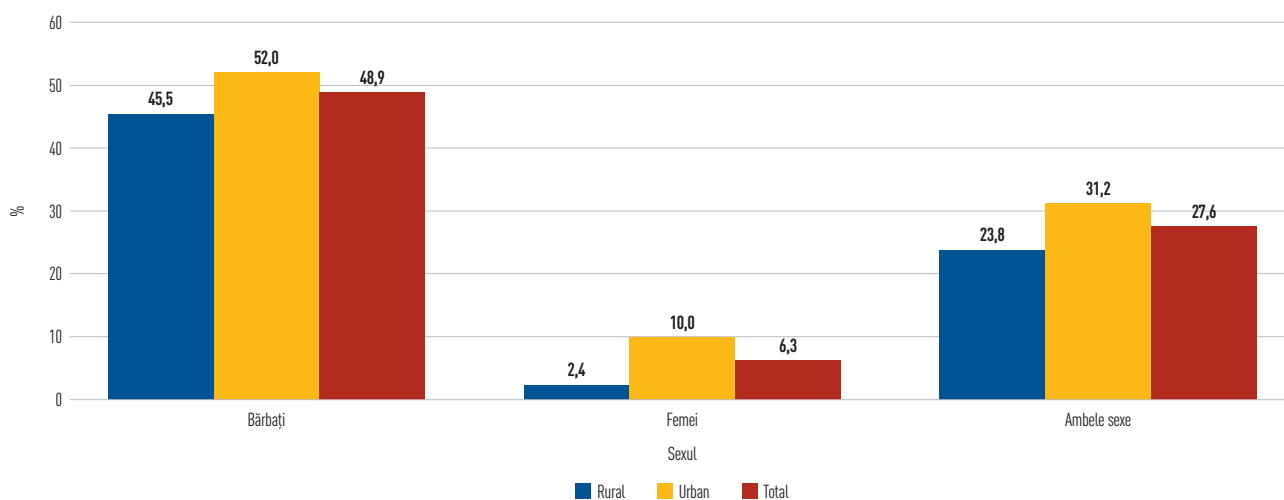
Aproape toți utilizatorii actuali de tutun erau fumători (zilnici și non-zilnici) de produse din tutun, reprezentând mai mult de un sfert din populație (27,6%) (Tabelul 11). Prevalența fumatului a fost de aproape opt ori mai mare la bărbați (48,9%) decât la femei (6,3%) și de 1,3 ori mai mare în zonele urbane (31,2%) decât în zonele rurale (23,8%). Proporția fumătorilor a fost mai mare în rândul persoanelor mai tinere, atingând un vârf în grupa de vârstă 30-44 de ani, atât la bărbați (56,1%), cât și la femei (9,8%). Prevalența fumatului a avut tendința de a scădea după vârsta de 45 de ani la ambele sexe.

**Tabelul 11.** Procentul de fumători actuali de tutun, pe vârste și sexe (%)

Grupa de vârstă (ani)	Bărbați			Femei			Ambele sexe		
	<i>n</i>	Fumător actual (%)	IÎ 95%	<i>n</i>	Fumător actual (%)	IÎ 95%	<i>n</i>	Fumător actual (%)	IÎ 95%
18-29	146	51,4	41,8-61,0	194	6,6	3,1-10,0	340	29,4	23,5-35,3
30-44	469	56,1	50,9-61,2	630	9,8	6,8-12,8	1099	33,9	30,5-37,4
45-59	653	46,3	41,8-50,8	755	4,8	2,9-6,7	1408	25,1	22,6-27,6
60-69	506	33,3	28,0-38,6	744	1,9	0,7-3,1	1250	16,5	13,6-19,3
<b>18-69</b>	<b>1 774</b>	<b>48,9</b>	<b>45,5-52,2</b>	<b>2 323</b>	<b>6,3</b>	<b>4,9-7,8</b>	<b>4 097</b>	<b>27,6</b>	<b>25,5-29,7</b>

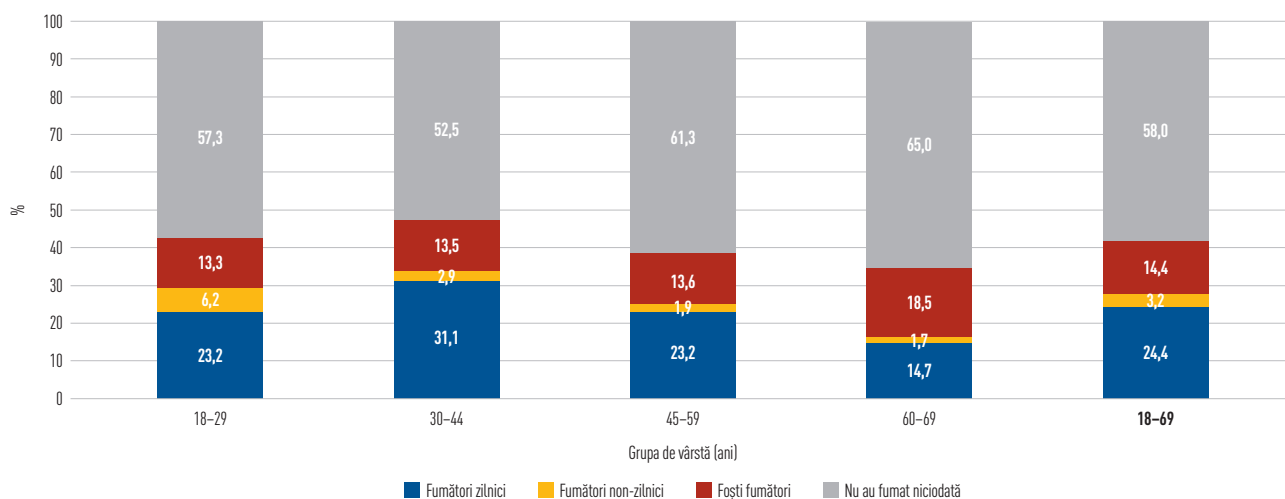
**Fig. 4.** Procentul de fumători actuali de tutun, pe sexe și zone de reședință (%)

Proporția femeilor care erau fumătoare actuale de tutun a fost de patru ori mai mare în zonele urbane (10,0%) decât în zonele rurale (2,4%), iar diferența observată la bărbați nu a fost semnificativă din punct de vedere statistic (Fig. 4).



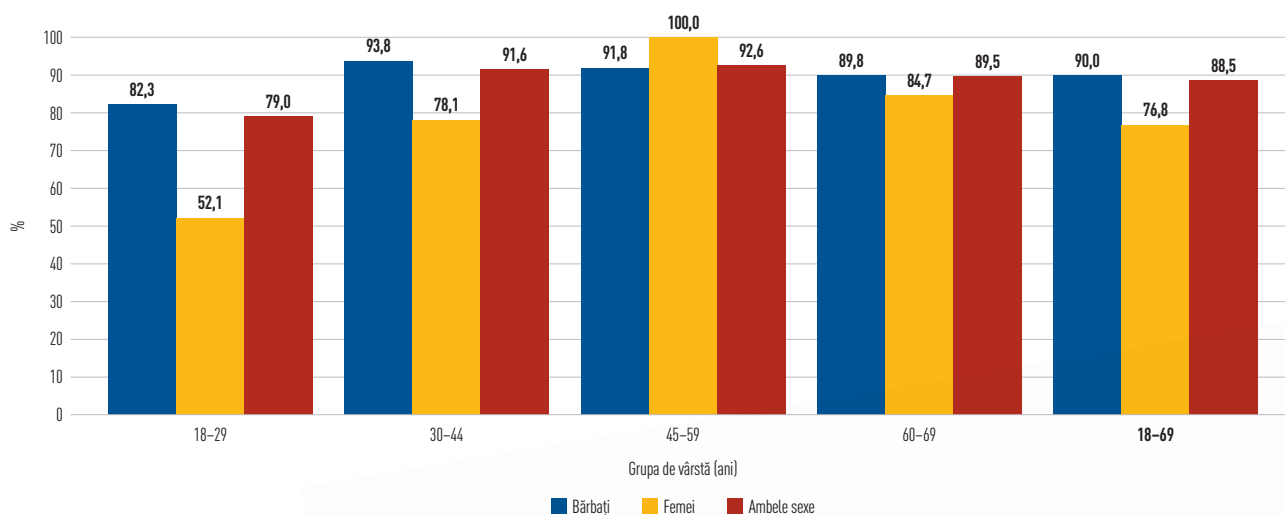
Proporția fumătorilor actuali zilnici și non-zilnici a fost mai mare la grupele de vârstă mai tinere, atât la bărbați, cât și la femei (Fig. 5).

**Fig. 5.** Statutul de fumător de tutun, în funcție de vârstă (%)

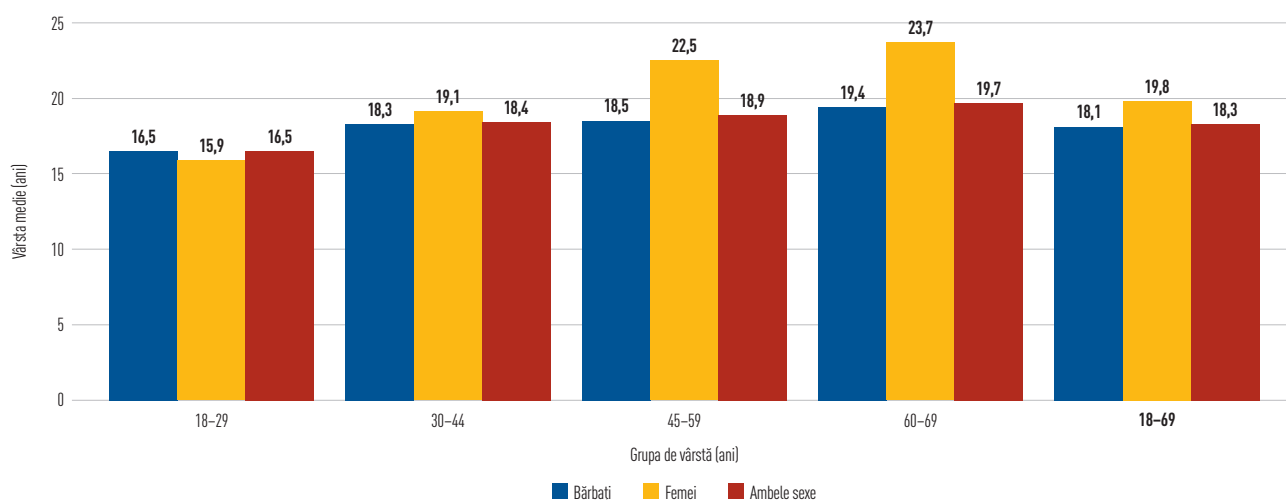


Nouă din 10 fumători actuali (88,5%) de ambele sexe fumau zilnic (Fig. 6). Prevalența fumatului zilnic a fost mai mare în rândul bărbaților (90,0%) decât în rândul femeilor (76,8%), dar cea mai mare prevalență a fost înregistrată în rândul femeilor cu vârste cuprinse între 45-59 de ani (100,0%).

**Fig. 6.** Procentul fumatului zilnic actual în rândul fumătorilor de tutun, pe sexe și grupe de vârstă (%)

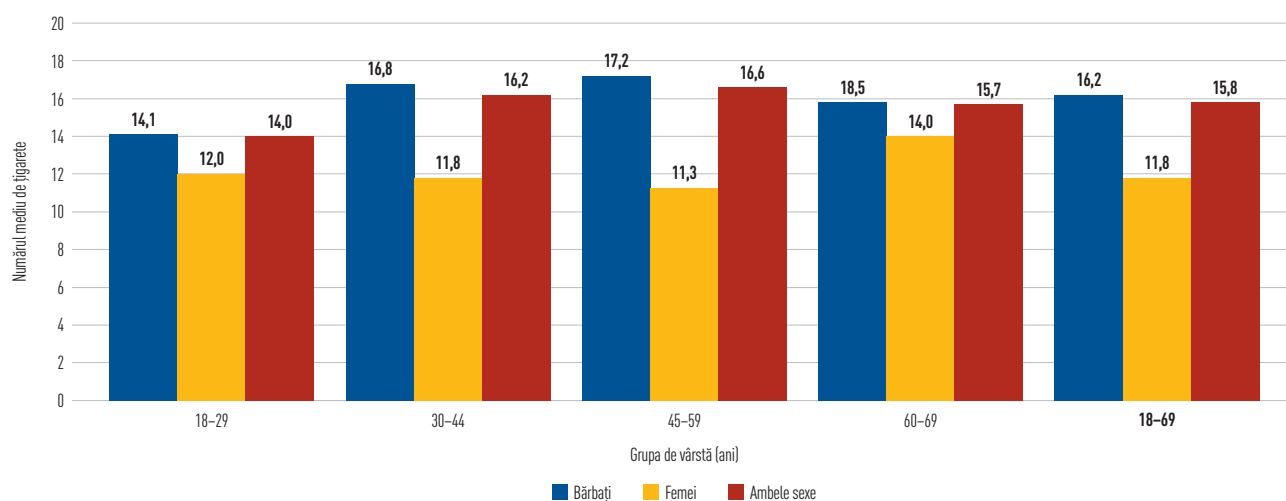


**Fig. 7.** Vârsta medie de începere a fumatului, pe sexe și vârste



Vârsta medie de inițiere a fumatului a fost de 18,3 ani; bărbații au început să fumeze mai devreme decât femeile (vârsta medie pentru bărbați a fost de 18,1 ani, iar pentru femei de 19,8 ani). Grupele de vârstă mai tinere, atât la populația masculină, cât și la cea feminină, au început să fumeze mai devreme decât grupele de vârstă mai mari (Fig. 7).

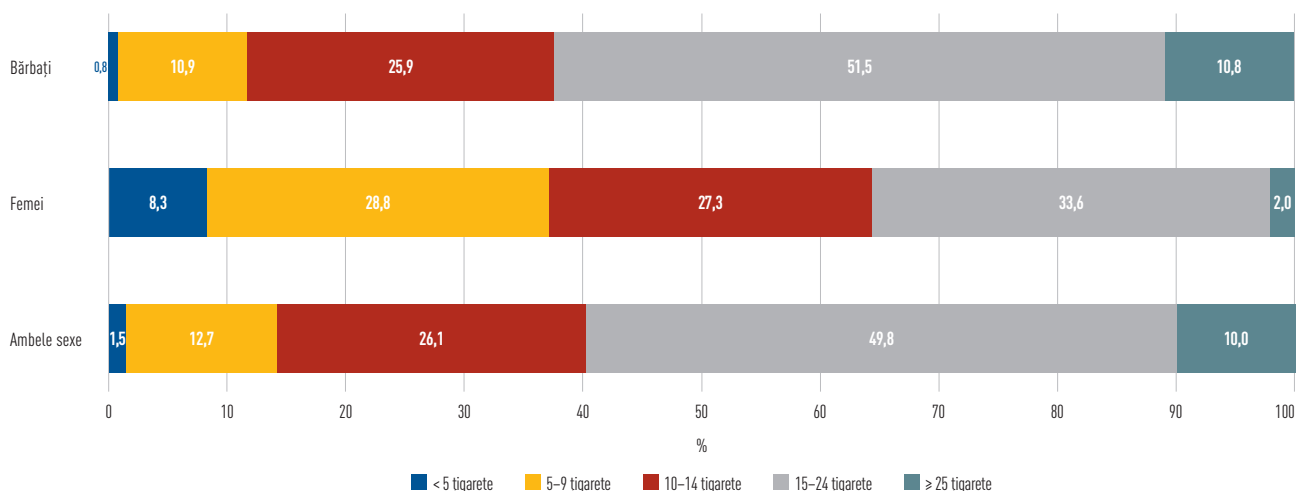
**Fig. 8.** Numărul mediu de țigarete fabricate fumate pe zi de către fumătorii zilnici, pe sexe și grupe de vârstă



Toți fumătorii zilnici de tutun (100,0%) fumau țigarete fabricate. Numărul mediu de țigarete fumate pe zi de către fumătorii zilnici de ambele sexe a fost de 15,8. Bărbații fumau în medie 16,2 țigarete pe zi, iar femeile 11,8. Cel mai mare număr de țigarete fumate pe zi a fost constatat în rândul bărbaților cu vârste cuprinse între 45-59 de ani și al femeilor cu vârste cuprinse între 60-69 de ani (Fig. 8).

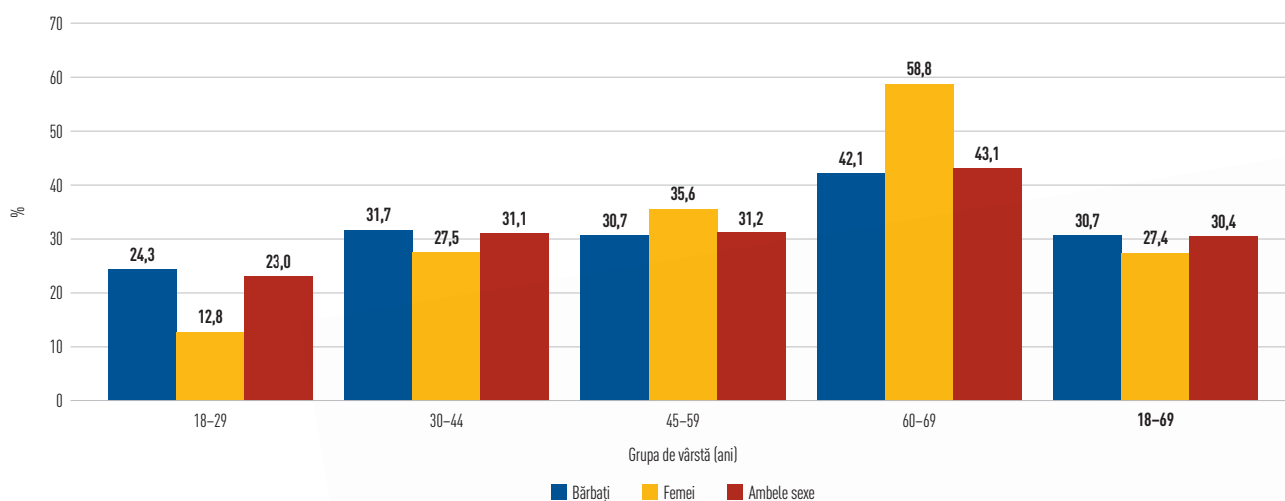
Majoritatea fumătorilor zilnici (85,9%) fumau peste 10 țigarete pe zi (Fig. 9). Circa jumătate dintre bărbații fumători zilnici (51,5%) fumau 15-24 de țigarete pe zi, în comparație cu 33,6% dintre femeile care fumau aceeași cantitate.

**Fig. 9.** Distribuția fumătorilor zilnici de țigarete în funcție de cantitatea de țigarete fabricate fumate pe zi, pe sexe (%)



Dintre toți cei care erau fumători actuali, circa o treime (30,4%) au încercat să renunțe la fumat în ultimul an (30,7% dintre bărbați și 27,4% dintre femei) (Fig. 10). Proporția celor care au încercat să se lase de fumat a crescut odată cu vârsta, atât la bărbați, cât și la femei; aceasta a fost cea mai mare în rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 60 și 69 de ani (42,1% dintre bărbați și 58,8% dintre femei). În rândul fumătorilor actuali care vizitaseră un medic sau un alt lucrător medical în ultimele 12 luni, șase din 10 bărbați (61,0%) și patru din 10 femei (42,3%) fuseseră sfătuiți să renunțe la fumat.

**Fig. 10.** Procentul fumătorilor actuali de tutun care au încercat să renunțe la fumat în ultimele 12 luni, pe sexe și grupe de vârstă (%)



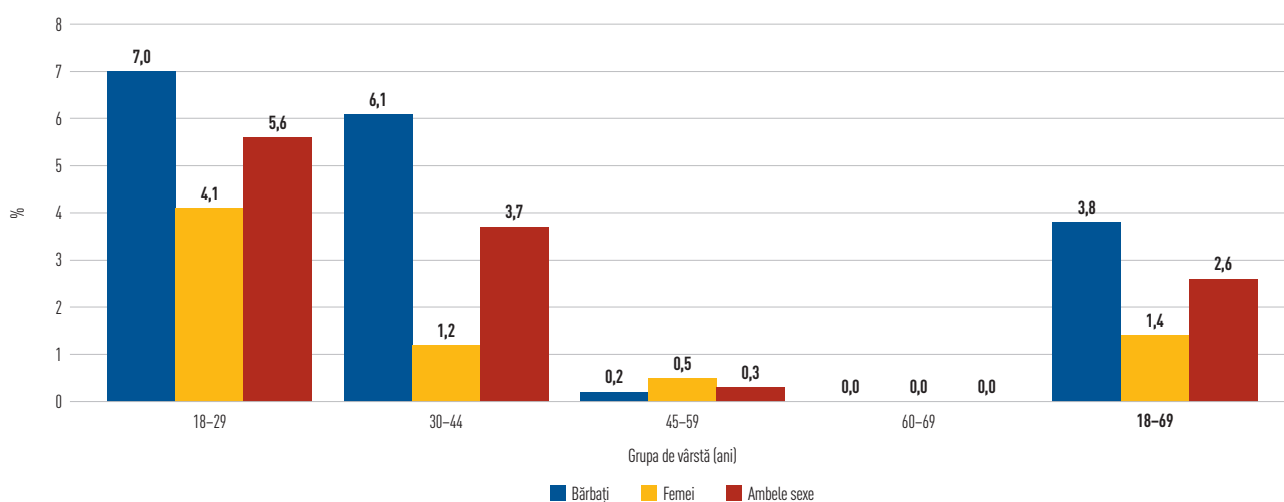
### 4.2.3 Produse din tutun care nu se aprind

Utilizarea produselor din tutun care nu se aprind nu a fost una caracteristică. Mai puțin de 1% din populație era consumator actual de produse din tutun care nu se aprind: 0,2% erau utilizatori non-zilnici, 0,5% erau foști utilizatori și nici o persoană (0,0%) nu era utilizator zilnic (Anexa 3: Tabelele 41-43).

### 4.2.4 PTÎFA

PTÎFA erau utilizate de 2,6% din populație, mai frecvent de bărbați (3,8%) decât de femei (1,4%) (Fig. 11) și de către locuitorii din mediul urban (3,3%) decât de către cei din mediul rural (1,9%), dar diferențele nu au fost semnificative din punct de vedere statistic. Utilizarea acestui tip de produs din tutun a fost mai răspândită în rândul grupurilor de vârstă mai tinere. Mai mult de trei sferturi (77,2%) dintre utilizatorii de PTÎFA le foloseau zilnic.

**Fig. 11.** . Procentul de utilizatori actuali de PTÎFA, în funcție de vârstă și sex (%)



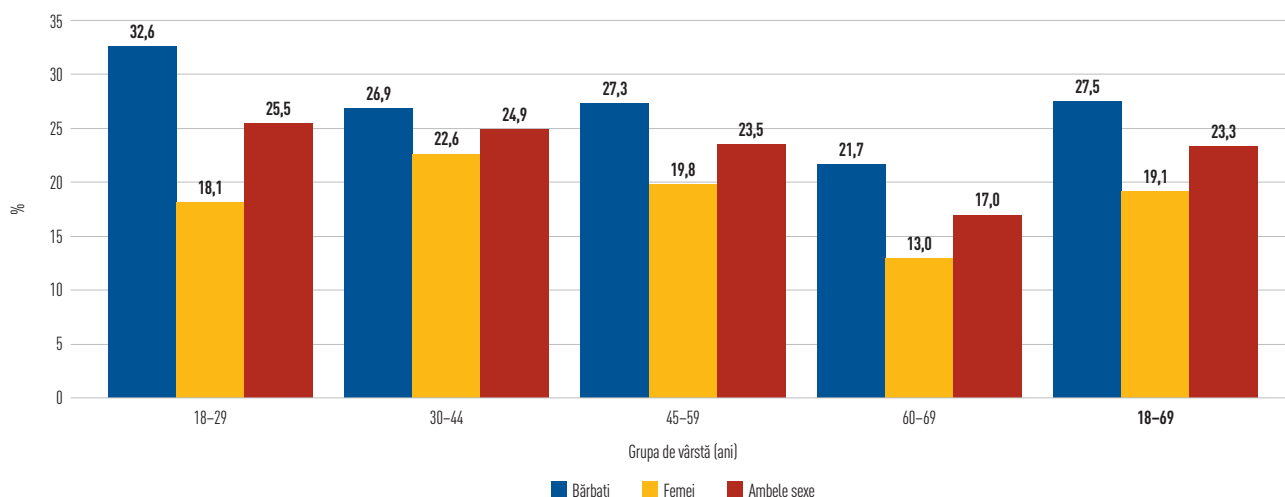
### 4.2.5 Țigările electronice

Țigările electronice erau utilizate de 0,7% din populație. Acestea erau utilizate mai frecvent de bărbați (1,2%) decât de femei (0,2%) și de populația urbană (1,0%) decât de cea rurală (0,3%). Utilizarea Țigărilor electronice a fost mai populară în rândul grupurilor de vârstă mai tinere, atât la bărbați, cât și la femei (Anexa 3: Tabelele 54 și 55).

#### 4.2.6 Expunerea la fumatul pasiv

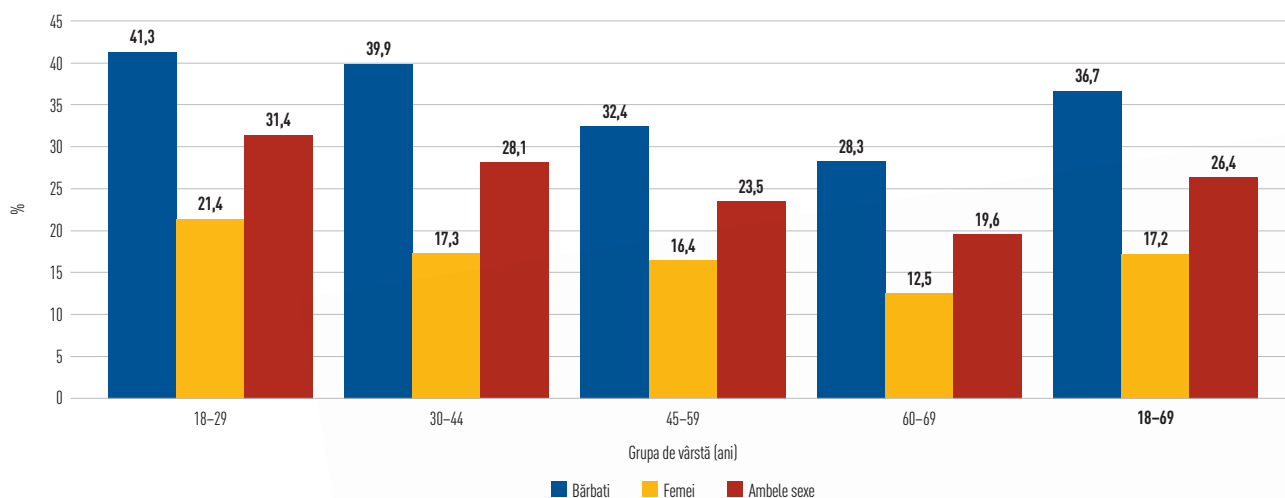
Circa un sfert (23,3%) din populație a fost expusă la fumatul pasiv în locuință în ultimele 30 de zile. Bărbații au fost expuși la fumatul pasiv în locuință de 1,4 ori mai frecvent decât femeile (27,5% dintre bărbați față de 19,1% dintre femei). Grupele de vârstă mai tinere au fost expuse mai frecvent decât grupele de vârstă mai mari (Fig. 12).

**Fig. 12.** Procentul populației expuse la fumatul pasiv în locuință în ultimele 30 de zile, în funcție de sex și vârstă (%)



Un sfert din populație (26,4%) a fost expusă la fumatul pasiv în spații închise la locul de muncă, bărbații fiind de două ori mai susceptibili de a fi afectați decât femeile (36,7% față de 17,2%). Grupa de vârstă cea mai tânără (18-29 de ani) atât a bărbaților (41,3%), cât și a femeilor (21,4%) a fost cea mai expusă (Fig. 13).

**Fig. 13.** Procentul populației expuse la fumatul pasiv la locul de muncă în ultimele 30 de zile, în funcție de sex și vârstă (%)



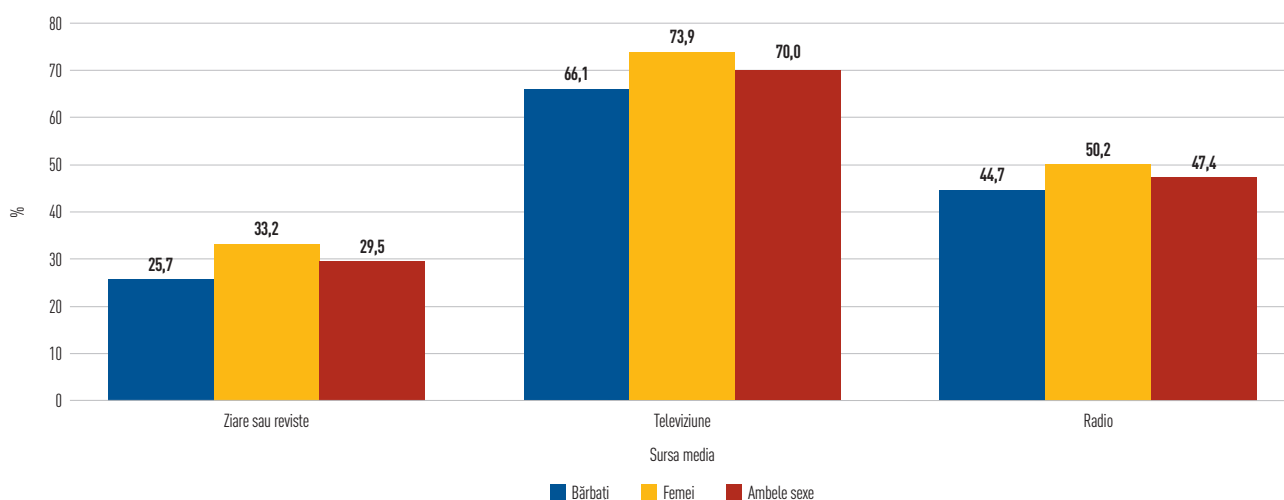
## 4.3 Politica privind tutunul

Participanții la studiu au fost întrebați dacă au observat în ultimele 30 de zile informații despre dauna fumatului în diverse surse mass-media, cum ar fi ziare, reviste, televizor sau radio, care să îi avertizeze cu privire la pericolele fumatului sau să îi încurajeze să renunțe la fumat.

Televiziunea a fost menționată de șapte din 10 persoane (70,0%) ca principala sursă de informare în masă despre pericolele fumatului și încurajarea renunțării la fumat; radioul a fost menționat de circa jumătate din populație (47,4%); iar ziarele sau revistele de circa una din trei persoane (29,5%) (Fig. 14). Femeile și persoanele în vârstă au observat informații de avertizare în canalele mass-media mult mai frecvent decât bărbații și persoanele tinere (Anexa 3: Tabelele 59-61).

Nouă din 10 fumători actuali (91,6%) au observat avertismentele privind dauna fumatului de pe pachetele de țigarete în ultimele 30 de zile, dar mai puțin de jumătate dintre ei (38,9%) s-au gândit să renunțe la fumat din cauza avertismentelor privind dauna fumatului pe care le-au văzut; nu a existat nicio diferență semnificativă din punct de vedere statistic între sexe (Anexa 3: Tabelele 69 și 70).

**Fig. 14.** Procentul populației care a observat informații despre pericolele fumatului sau renunțarea la fumat în ultimele 30 de zile, pe sexe și surse media [%]



Promovarea vânzărilor de țigarete prin intermediul publicității sau panourilor de promovare a țigaretelor în magazinele care vând țigarete nu a fost una caracteristică. În ultimele 30 de zile, doar 2,0% din populație a observat acest tip de publicitate sau promovare a țigaretelor. Mai puțin de 1,0% din populație (variind de la 0,3% la 0,8%) au observat diverse tipuri de activități de promovare a țigaretelor în ultimele 30 de zile (Anexa 3: Tabelele 62-68).



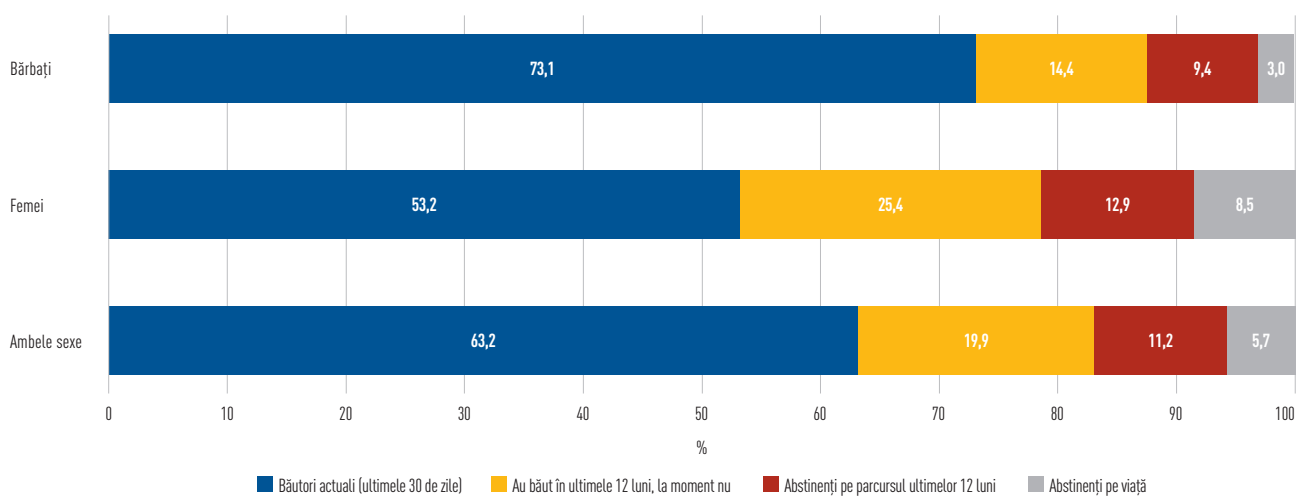
## 4.4 Consumul de alcool

Nivelul consumului de alcool, frecvența consumului de alcool și consumul episodic abuziv, consumul de alcool neînregistrat și efectele adverse ale consumului de alcool au fost studiate în funcție de sex, vârstă și reședința populației.

### 4.4.1 Starea consumului de alcool

Dintre toți adulții cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani, 63,2% au consumat alcool în ultimele 30 de zile (Fig. 15).

**Fig. 15.** Consumul de alcool, pe sexe (%)

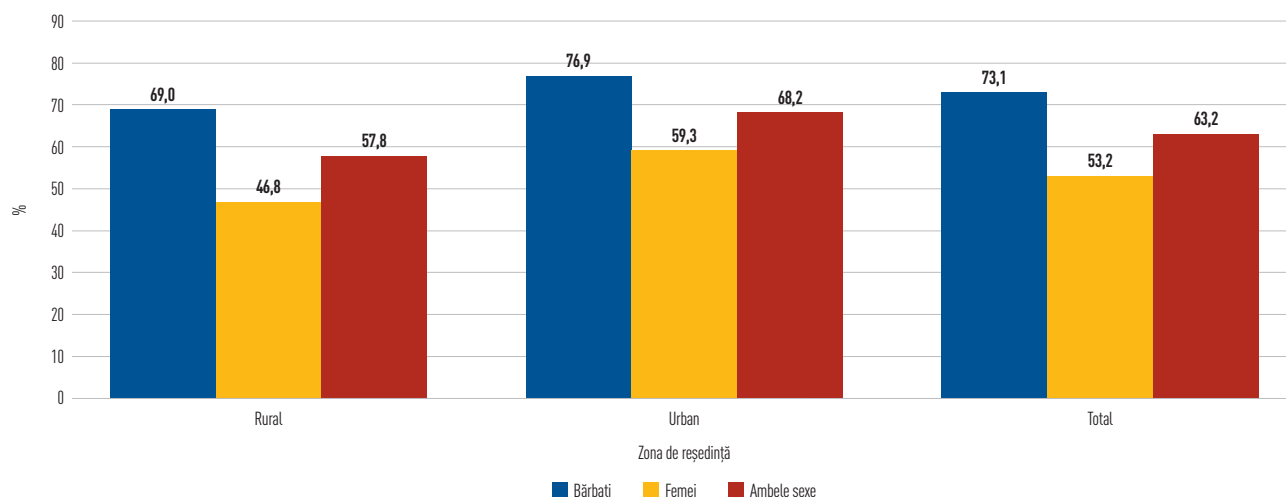


Proporția bărbaților (73,1%) a fost de 1,4 ori mai mare decât cea a femeilor (53,2%), dar frecvențele lor relative au fost similare în diferite grupe de vârstă (Tabelul 12). Totodată, o cincime (19,9%) dintre persoanele care nu consumau alcool în prezent au consumat alcool în ultimele 12 luni, cu o proporție semnificativ mai mare de femei (25,4%) decât de bărbați (14,4%). Una din 10 persoane (11,2%) se abținuse de la consumul de alcool în ultimele 12 luni, fără diferențe semnificative între sexe (9,4% pentru bărbați față de 12,9% pentru femei). O proporție mai mică de persoane erau abstinente pe viață (5,7%), cu mai multe femei care nu băuseră niciodată (8,5%) decât bărbați (3,0%).

**Tabelul 12.** Proporția populației care consumă în prezent alcool, pe sexe și vârstă (%)

Grupa de vârstă (ani)	Bărbați			Femei			Ambele sexe		
	n	%	IÎ 95%	n	%	IÎ 95%	n	%	IÎ 95%
18–29	146	73,5	65,5–81,5	194	48,2	39,8–56,6	340	61,1	54,7–67,5
30–44	469	74,9	70,2–79,6	630	59,1	54,4–63,8	1099	67,3	63,7–71,0
45–59	653	72,6	68,5–76,8	755	52,4	47,9–56,9	1408	62,3	58,7–65,9
60–69	506	69,5	64,5–74,5	744	50,0	45,4–54,6	1250	59,0	55,6–62,5
<b>18–69</b>	<b>1 774</b>	<b>73,1</b>	<b>69,8–76,4</b>	<b>2 323</b>	<b>53,2</b>	<b>49,8–56,6</b>	<b>4 097</b>	<b>63,2</b>	<b>60,3–66,0</b>

**Fig. 16.** Distribuția consumatorilor actuali de alcool, în funcție de sex și de zona de reședință [%]

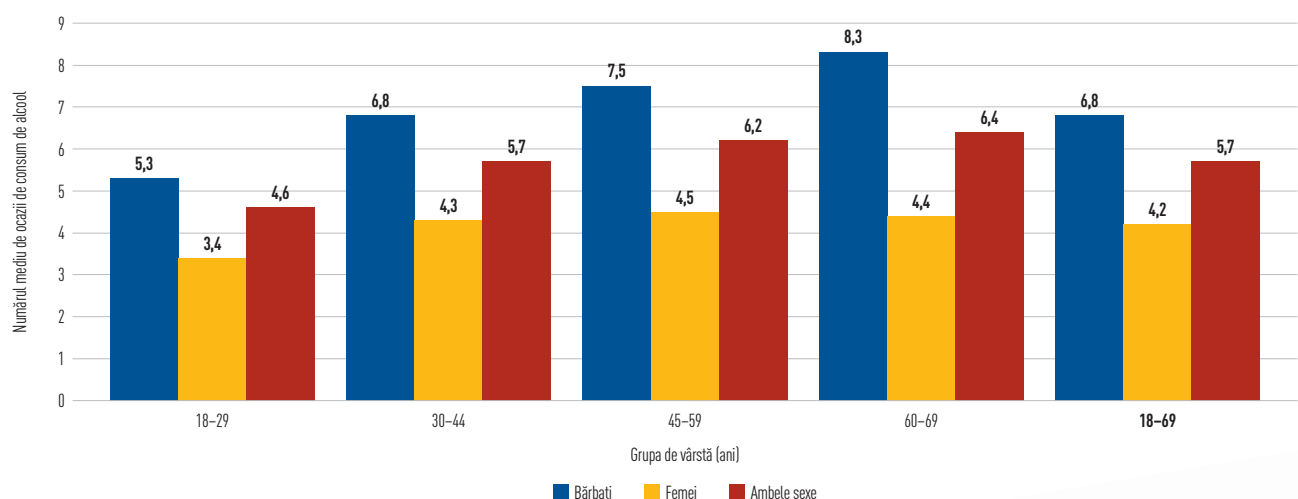
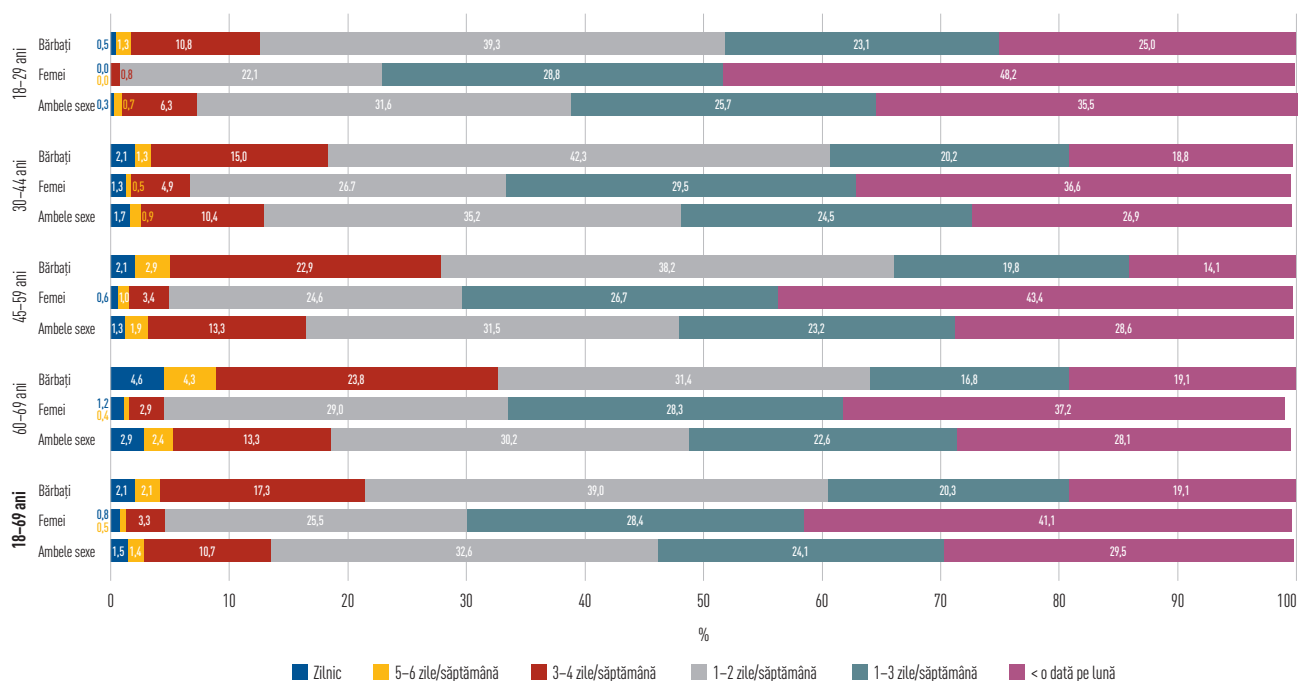


#### 4.4.2 Pattern-urile consumului de alcool

Cel mai frecvent pattern al consumului de alcool în ultimele 12 luni a fost consumul de alcool 1-2 zile pe săptămână, care a fost raportat de 32,6% din populație; acest pattern a fost semnificativ mai frecvent în rândul bărbaților (39,0%) decât al femeilor (25,5%) (Fig. 17). Fiecare a zecea persoană (10,7%) a consumat alcool 3-4 zile pe săptămână; acest pattern a fost de cinci ori mai frecvent în rândul bărbaților (17,3%) decât în rândul femeilor (3,3%). Alcoolul a fost consumat 5-6 zile pe săptămână de 1,4% dintre adulți și consumat zilnic de 1,5%. În schimb, un sfert dintre persoane (24,1%) au consumat alcool 1-3 zile pe lună, proporția femeilor (28,4%) fiind semnificativ mai mare decât cea a bărbaților (20,3%). În cele din urmă, trei din 10 persoane (29,5%) consumaseră alcool mai puțin de o dată pe lună (19,1% dintre bărbați și 41,1% dintre femei).

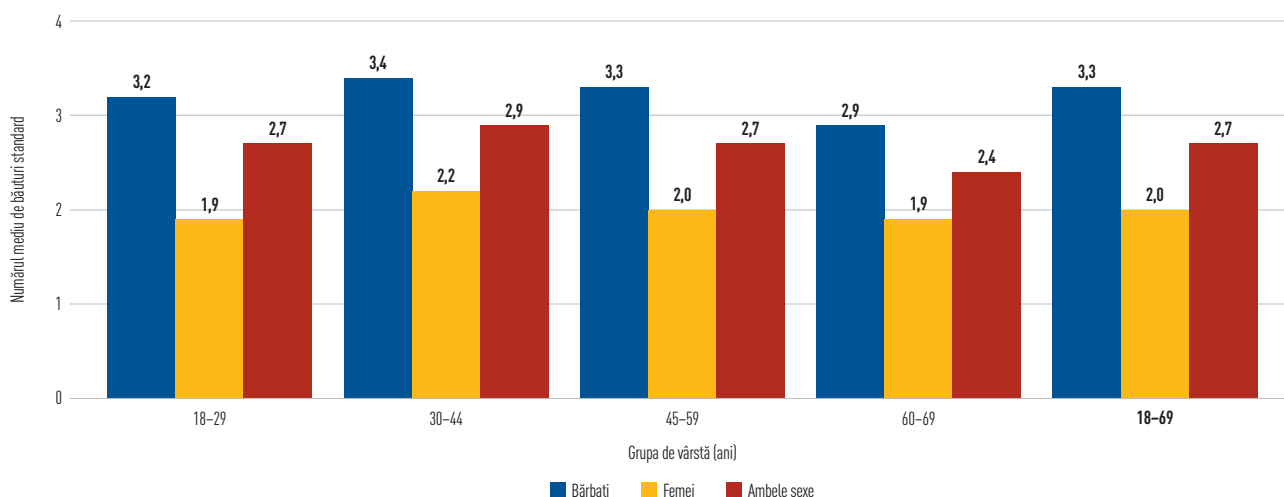
În ultimele 30 de zile băutorii actuali consumaseră alcool în medie la 5,7 ocazii; bărbații au avut semnificativ mai multe ocazii de consumat alcool (6,8) decât femeile (4,2) (Fig. 18). Numărul de ocazii de consum de alcool a crescut în funcție de vârstă, în special în rândul bărbaților. Cel mai mare număr de ocazii de consum de alcool la ambele sexe (6,4 ocazii) a fost constatat la persoanele cu vârste cuprinse între 60 și 69 de ani, bărbații din această grupă de vârstă având în medie 8,3 ocazii. Nu a existat nicio diferență semnificativă între populația urbană și cea rurală (Anexa 3: Tabelul 82).

**Fig. 17.** Frecvența consumului de alcool în ultimele 12 luni, pe sexe și vârste (%)



Băutorii actuali consumau în medie 2,7 băuturi standard la fiecare ocazie de consum de alcool, bărbații consumând de aproape 1,5 ori mai mult decât femeile (3,3 băuturi față de 2,0 pentru femei) (Fig. 19). Nu au fost observate diferențe semnificative din punct de vedere statistic în ceea ce privește numărul mediu de ocazii de consum de alcool între diferitele grupe de vârstă sau între populația rurală și cea urbană (Anexa 3: Tabelul 84).

**Fig. 18.** Numărul mediu de ocazii de consum de alcool în ultimele 30 de zile la băutorii actuali, în funcție de sex și vârstă



**Fig. 19.** Numărul mediu de băuturi standard consumate la fiecare ocazie de consum de către băutorii actuali, pe sexe și vârste

Riscul asociat consumului de alcool a fost evaluat la consumatorii actuali de alcool pe baza nivelului lor de consum, care s-a bazat pe cantitatea medie de alcool consumată de aceștia la fiecare ocazie de consum în ultimele 30 de zile. Astfel, rezultatele studiului au arătat că 8,5% dintre toți consumatorii actuali de alcool prezentau un risc ridicat (9,6% dintre bărbați și 7,1% dintre femei); 38,6% prezentau un risc mediu, proporția femeilor fiind de aproape trei ori mai mare decât cea a bărbaților (61,2% față de 22,2%) și peste jumătate (52,9%) prezentau un risc scăzut, cu o proporție mai mare de bărbați (68,3%) decât de femei (31,7%) (Tabelul 13). Consumul cu risc ridicat a fost mai frecvent la grupele de vârstă mai tinere, atât la populația masculină, cât și la cea feminină (Anexa 3: Tabelele 88-90).

**Tabelul 13.** Nivelul consumului de alcool în rândul băutorilor actuali în ultimele 30 de zile, pe sexe (%)

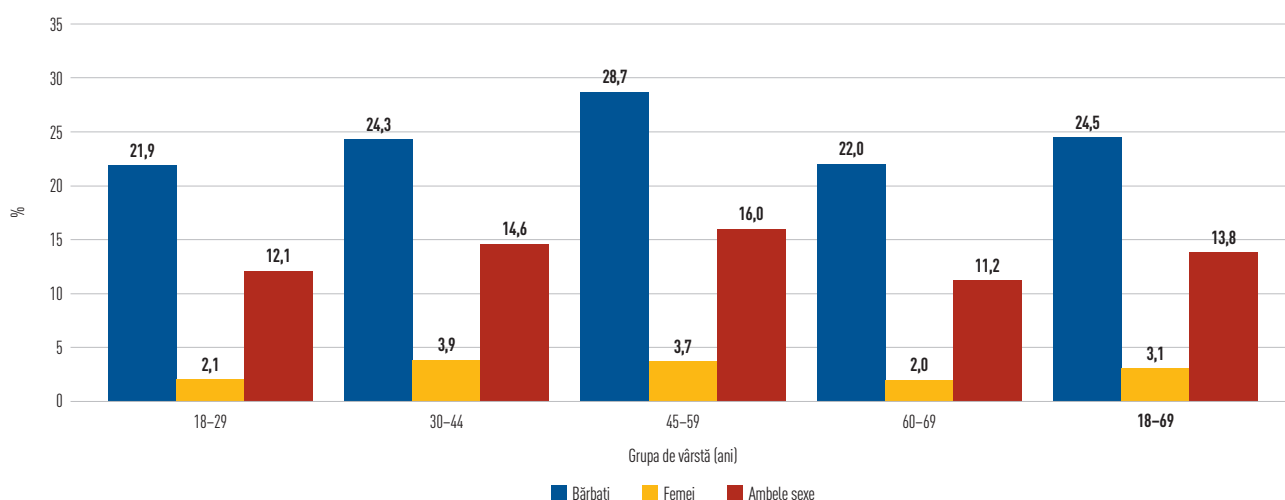
Sexul	n	Nivel ridicat de consum <sup>a</sup> (%)	Î 95%	Nivel mediu de consum <sup>b</sup> (%)	Î 95%	Nivel scăzut de consum <sup>c</sup> (%)	Î 95%
Bărbați	1233	9,6	6,7–12,4	22,2	18,6–25,7	68,3	63,6–72,9
Femei	1151	7,1	5,1–9,0	61,2	57,6–64,8	31,7	28,1–35,3
<b>Ambele sexe</b>	<b>2 384</b>	<b>8,5</b>	<b>6,5–10,6</b>	<b>38,6</b>	<b>35,6–41,5</b>	<b>52,9</b>	<b>49,4–56,4</b>

<sup>a</sup> Nivel ridicat: bărbații ≥ 60 g de alcool pur în medie pe ocazie de consum; femeile ≥ 40 g.

<sup>b</sup> Nivel mediu: bărbații 40–55,9 g de alcool pur în medie pe ocazie de consum; femeile: 20–39,9 g.

<sup>c</sup> Nivel scăzut: bărbații < 40 g de alcool pur în medie pe ocazie de consum; femeile: < 20 g.

Una din șapte persoane (13,8%) a consumat șase sau mai multe băuturi la o singură ocazie („consum episodic abuziv”) cel puțin o dată în ultimele 30 de zile, cu o rată de raportare a unui astfel de eveniment de opt ori mai mare la bărbați decât la femei (24,5% față de 3,1%) (Fig. 20). Deși s-a observat o tendință de creștere în rândul persoanelor cu vârsta sub 60 de ani, nu a existat nicio diferență semnificativă între grupele de vârstă.



Aproape jumătate (47,2%) dintre consumatorii actuali de alcool consumaseră alcool neînregistrat (alcool produs în gospodărie, adus de peste hotare, care nu era destinat consumului sau alt alcool neimpozitat) în ultimele șapte zile; au existat diferențe semnificative între bărbați (53,2%) și femei (38,9%) și între populațiile rurale (57,1%) și urbane (39,5%) (Tabelul 14). Prevalența consumului de alcool neînregistrat a crescut treptat odată cu vârsta, atât la populația masculină, cât și la cea feminină (Anexa 3: Tabelul 98).

**Fig. 20.** Consumul episodic abuziv de alcool (șase sau mai multe băuturi la o singură ocazie, cel puțin o dată în ultimele 30 de zile), în funcție de vârstă și sex (%)

**Tabelul 14.** Procentul de consumatori actuali de alcool care au consumat alcool neînregistrat în ultimele șapte zile, în funcție de sex și de zona de reședință (%)

Zona de reședință	Bărbați			Femei			Ambele sexe		
	n	%	IÎ 95%	n	%	IÎ 95%	n	%	IÎ 95%
Rurală	740	61,9	56,4–67,3	638	50,0	45,0–55,1	1378	57,1	53,3–60,9
Urbană	501	46,2	40,1–52,3	506	30,6	25,0–36,2	1007	39,5	35,2–43,9
<b>Total</b>	<b>1 241</b>	<b>53,2</b>	<b>49,1–57,4</b>	<b>1 144</b>	<b>38,9</b>	<b>34,9–42,8</b>	<b>2 385</b>	<b>47,2</b>	<b>44,2–50,2</b>

Consumul de alcool neînregistrat este cunoscut ca fiind relativ ridicat în Republica Moldova datorită tradițiilor locale de fabricare a alcoolului în gospodărie (în special a vinului). Din tot alcoolul consumat de consumatorii actuali, 41,5% era alcool neînregistrat: 42,9% în rândul bărbaților și 37,2% în rândul femeilor; 49,5% în rândul populației rurale și 34,9% în rândul populației urbane. Vinul preparat în gospodărie era principalul tip de alcool neînregistrat consumat de către consumatorii actuali de ambele sexe (59,3%): 57,8% dintre bărbați și 64,6% dintre femei; băuturile spirtoase preparate în gospodărie erau consumate de 31,0% dintre consumatorii actuali: 33,5% dintre bărbați și 22,1% dintre femei (Anexa 3: Tabelele 101-105).

### 4.4.3 Efectele adverse ale consumului de alcool

Aproape jumătate (46,9%) dintre foștii băutori (cei care nu consumaseră alcool în ultimele 12 luni, dar care consumaseră alcool de-a lungul vieții) au încetat să mai bea din motive de sănătate, din cauza impactului negativ al consumului de alcool asupra sănătății lor sau la recomandarea unui medic sau al unui alt lucrător medical. Proporția celor care au încetat să consume alcool din motive de sănătate a crescut odată cu vârsta (Anexa 3: Tabelul 77).

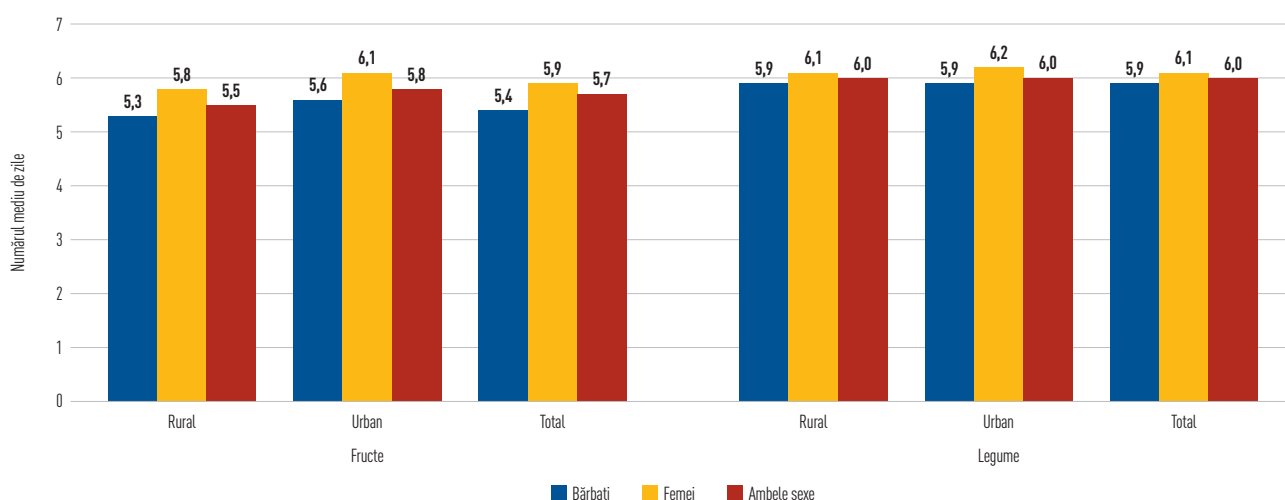
Dintre persoanele care au consumat alcool în ultimele 12 luni, 6,0% nu au putut să renunțe la alcool după ce au început să consume (10,3% dintre bărbați și 1,2% dintre femei). Unul din 11 dintre acești consumatori de alcool (9,2%) nu reușise să facă ceea ce se aștepta în mod normal de la ei în ultimele 12 luni ca urmare a consumului de alcool (14,3% dintre bărbați și 3,7% dintre femei). Consumul de alcool dimineața, după o sesiune de consum abuziv de alcool, a fost raportat de 9,7% dintre aceste persoane (17,2% dintre bărbați și 1,3% dintre femei). La nivelul întregii populații, unul din nouă (10,9%) a avut probleme în familie sau cu partenerul în ultimele 12 luni din cauza consumului de alcool de către o altă persoană: 12,7% dintre bărbați și 9,0% dintre femei. O zecime din totalul persoanelor (10,1%) au avut astfel de probleme mai puțin de o dată pe lună, iar 0,8% lunar sau mai frecvent. Prevalența efectelor adverse ale consumului de alcool a crescut odată cu vârsta, în special la bărbați (Anexa 3: Tabelele 106-117).

## 4.5 Regimul alimentar

### 4.5.1 Consumul de fructe și legume

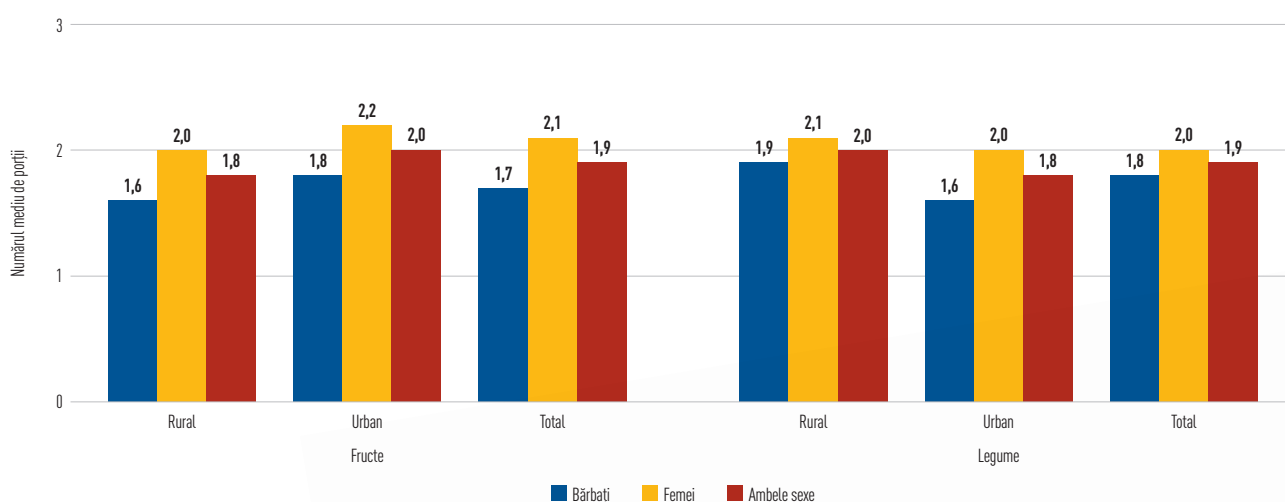
Numărul mediu de zile pe săptămână în care au fost consumate fructe și legume a fost de 5,7 (pentru fructe) și 6,0 (pentru legume) (Fig. 21). Consumul atât de fructe, cât și de legume a fost semnificativ mai frecvent la femei decât la bărbați. Femeile au consumat fructe în medie 5,9 zile pe săptămână, iar bărbații 5,4 zile pe săptămână; consumul de legume s-a situat la 6,1 zile pe săptămână pentru femei și 5,9 zile pentru bărbați. Numărul mediu de zile în care s-au consumat fructe a fost mai mare în rândul populației urbane decât în rândul populației rurale. Atât bărbații, cât și femeile din grupa de vârstă mai înaintată, 60-69 de ani, consumau fructe mai puțin decât grupele de vârstă mai tinere, iar legumele erau consumate mai mult în cadrul grupei de vârstă mai înaintată (Anexa 3: Tabelele 118-121). Trebuie remarcat faptul că colectarea datelor s-a efectuat toamna, când disponibilitatea sezonieră a fructelor și legumelor în țară este la apogeu.

Oamenii consumau în medie 1,9 porții de fructe pe zi (Fig. 22). În zonele



urbane s-au consumat mai multe fructe (2,0 porții pe zi) decât în zonele rurale (1,8 porții pe zi), în timp ce populația rurală a consumat mai multe legume pe zi (2,0 porții) decât populația urbană (1,8 porții). Numărul de porții de fructe și legume a fost semnificativ mai mare în rândul femeilor (2,1 porții de fructe și 2,0 porții de legume pe zi) decât în rândul bărbaților (1,7 porții de fructe și 1,8 porții de legume pe zi). Persoanele mai tinere, atât bărbații, cât și femeile, au consumat mai multe porții de fructe, în timp ce grupele mai în vârstă au consumat mai multe porții de legume (Anexa 3: Tabelele 122-125).

**Fig. 21.** Numărul mediu de zile în care au fost consumate fructe și legume într-o săptămână obișnuită, în funcție de sex și de zona de reședință

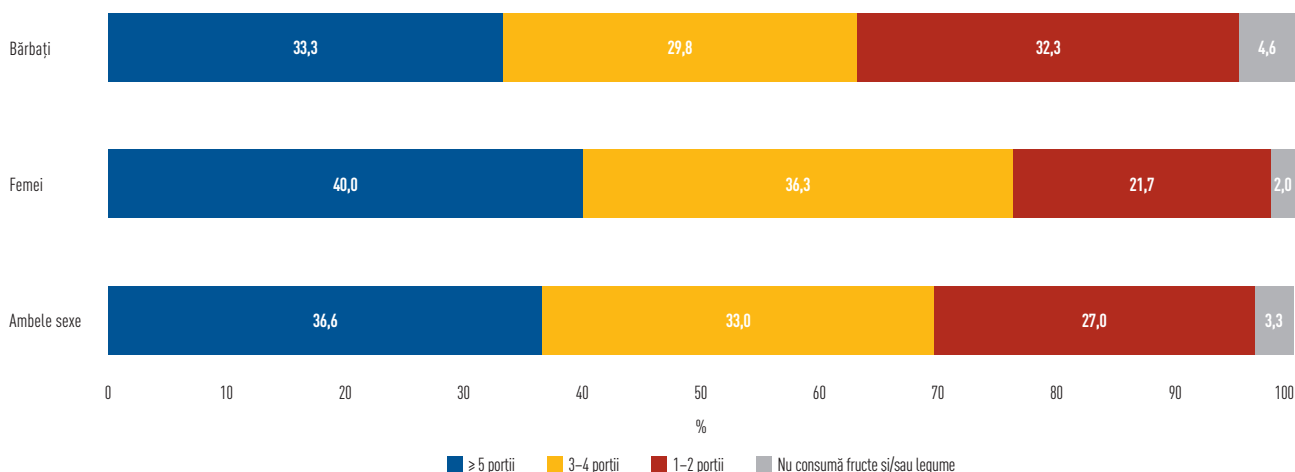


**Fig. 22.** Numărul mediu de porții de fructe și legume consumate pe zi, în funcție de sex și zona de reședință

Numărul mediu de porții de fructe și legume pe zi a fost de 4,0, cu o diferență semnificativă între bărbați (3,7 porții pe zi) și femei (4,3 porții pe zi) și cu un număr ușor mai mare de porții consumate de grupurile mai tinere. Numărul mediu de porții de fructe și legume a fost similar la populațiile rurale și urbane (Anexa 3: Tabelele 126 și 127).

Doar o treime din populație (36,6%) a consumat cinci sau mai multe porții de fructe și legume pe zi, fără diferențe semnificative din punct de vedere statistic între sexe (40,0% dintre femei și 33,3% dintre bărbați) (Fig. 23). O altă treime din populație (33,0%) a consumat 3-4 porții de fructe și legume pe zi, 27,0% a consumat 1-2 porții, iar 3,3% nu a consumat deloc fructe și legume.

**Fig. 23.** Numărul de porții de fructe și legume consumate pe zi, pe sexe (%)



**Tabelul 15.** Procentul populației care a consumat mai puțin de cinci porții de fructe și/sau legume în medie pe zi, în funcție de vârstă și sex (%)

Șase din 10 persoane (63,4%) au consumat mai puțin de cinci porții de fructe și legume pe zi și, prin urmare, nu au respectat recomandările OMS pentru consumul de fructe și legume; nu a existat nicio diferență semnificativă din punct de vedere statistic între sexe (66,7% dintre bărbați și 60,0% dintre femei) (Tabelul 15).

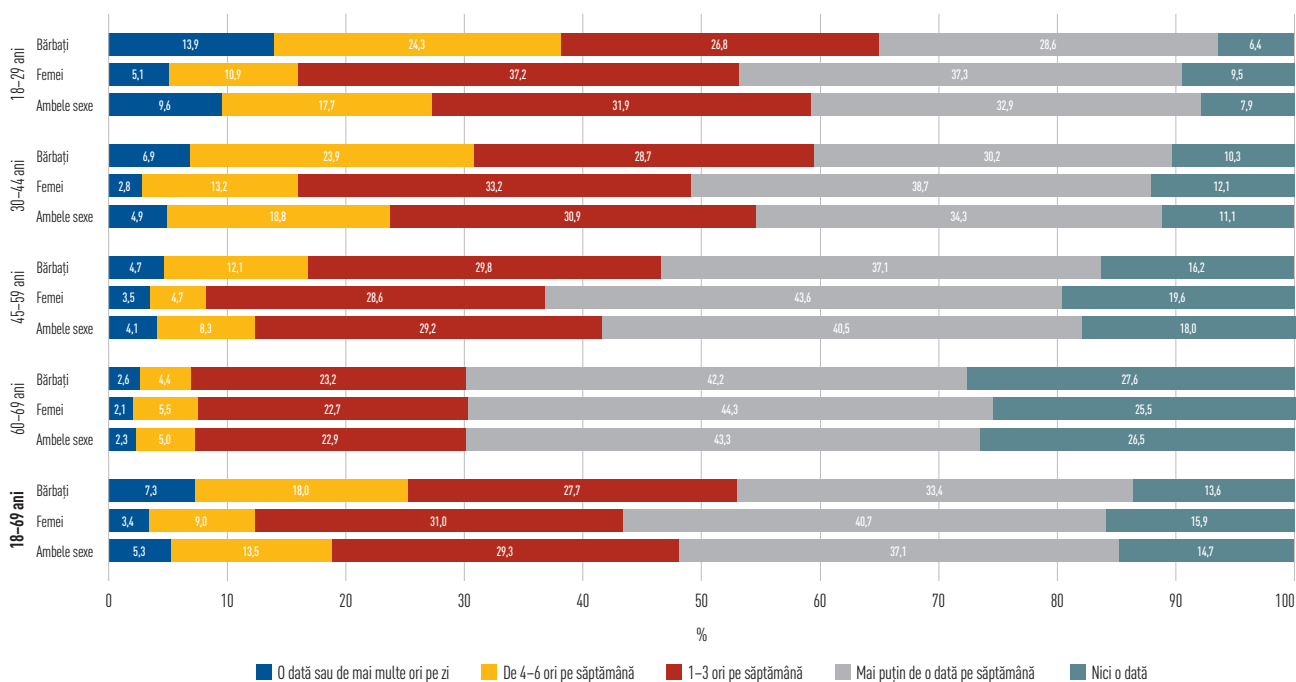
Grupa de vârstă (ani)	Bărbați			Femei			Ambele sexe		
	n	< 5 porții pe zi (%)	IÎ 95%	n	< 5 porții pe zi (%)	IÎ 95%	n	< 5 porții pe zi (%)	IÎ 95%
18-29	144	65,2	56,1-74,2	193	52,4	44,3-60,5	337	58,9	52,5-65,2
30-44	458	68,0	62,5-73,4	624	59,7	54,8-64,6	1082	64,0	60,1-67,8
45-59	640	66,1	61,2-71,1	749	65,0	60,5-69,6	1389	65,6	61,9-69,2
60-69	499	67,2	61,8-72,5	736	63,0	58,5-67,5	1235	64,9	61,1-68,8
<b>18-69</b>	<b>1 741</b>	<b>66,7</b>	<b>63,0-70,4</b>	<b>2 302</b>	<b>60,0</b>	<b>56,7-63,4</b>	<b>4 043</b>	<b>63,4</b>	<b>60,5-66,2</b>



## 4.5.2 Consumul de băuturi îndulcite cu zahăr

La nivelul întregii populații, 5,3% au consumat băuturi îndulcite cu zahăr (BÎZ) o dată sau de mai multe ori pe zi, 13,5% de 4-6 ori pe săptămână, 29,3% de 1-3 ori pe săptămână, 37,1% mai puțin de o dată pe săptămână, iar 14,7% nu au consumat BÎZ (Fig. 24). Persoanele mai tinere au consumat BÎZ mai frecvent decât cele mai în vârstă, iar bărbații mai frecvent decât femeile.

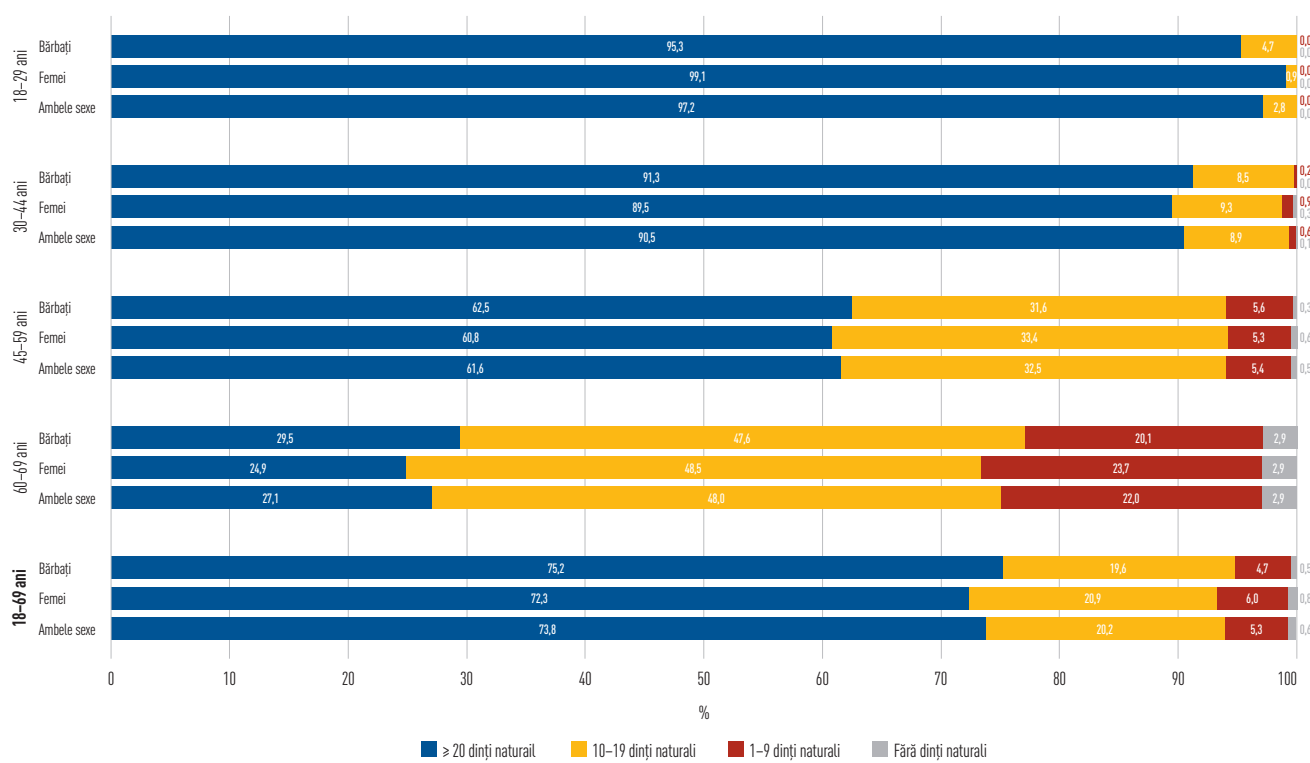
**Fig. 24.** Frecvența consumului de BÎZ, pe sexe și vârste (%)



## 4.6 Sănătatea orală

La nivelul întregii populații, 73,8% aveau 20 sau mai mulți dinți naturali, 20,2% - 10-19 dinți, 5,3% - 1-9 dinți, iar 0,6% nu aveau dinți naturali (Fig. 25). Nu a existat nicio diferență semnificativă în ceea ce privește numărul de dinți naturali între bărbați și femei. În mod previzibil, aproape toate persoanele din grupa de vârstă 18-29 de ani (97,2%) aveau 20 sau mai mulți dinți naturali, iar numărul acestora a scăzut substanțial odată cu vârsta, cu circa 20% pentru fiecare grupă de vârstă succesivă. Astfel, în grupa de vârstă 60-69, puțin peste un sfert (27,1%) dintre persoane aveau 20 sau mai mulți dinți naturali, cu o proporție ușor mai mare de bărbați (29,5%) decât de femei (24,9%).

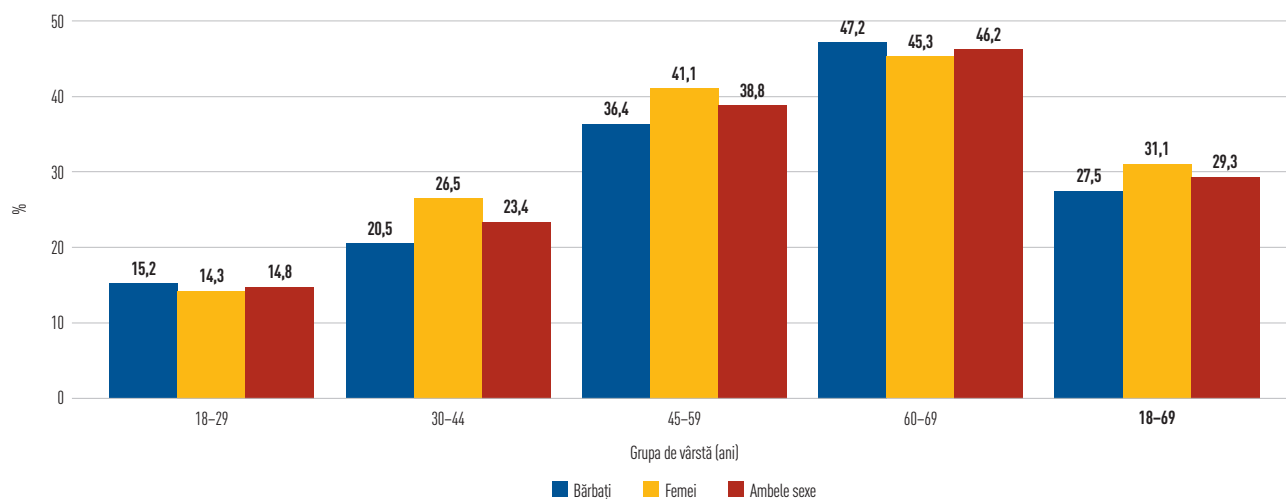
Dintre cei care aveau dinți naturali, unul din 10 (10,5%) a raportat că dinții săi erau într-o stare proastă sau foarte proastă, iar 4,8% au raportat că gingiile lor erau într-o stare proastă sau foarte proastă. Prevalența dinților sau a gingiilor într-o stare proastă sau foarte proastă a crescut odată cu vârsta, atât la bărbați, cât și la femei. În general, una din 20 de persoane (5,3%) avea proteze dentare amovibile, crescând la una din cinci (21,2%) în grupa de vârstă 60-69 (Anexa 3: Tabelele 138-140).



**Fig. 25.** Procentul populației cu un număr diferit de dinți naturali, pe sexe și vârste (%)

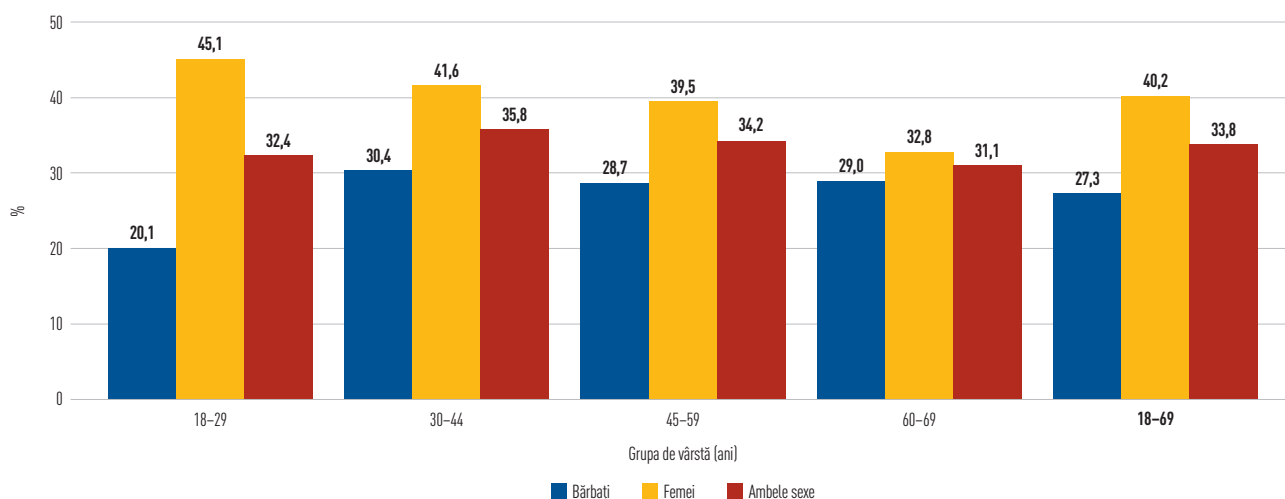
**Fig. 26.** Procentul populației care a raportat durere sau disconfort oral în ultimele 12 luni, în funcție de sex și vârstă (%)

Aproape una din trei persoane (29,3%) avusese dureri sau disconfort provocat de dinți sau de cavitatea bucală în ultimele 12 luni (Fig. 26). Proportia celor care aveau dureri sau disconfort oral a crescut odată cu vârsta, de la una din șapte persoane (14,8%) în grupa de vârstă 18-29 ani la aproape fiecare a doua persoană (46,2%) în grupa de vârstă 60-69 ani. Nu a existat nicio diferență semnificativă în ceea ce privește raportarea durerii sau disconfortului oral între bărbați și femei.



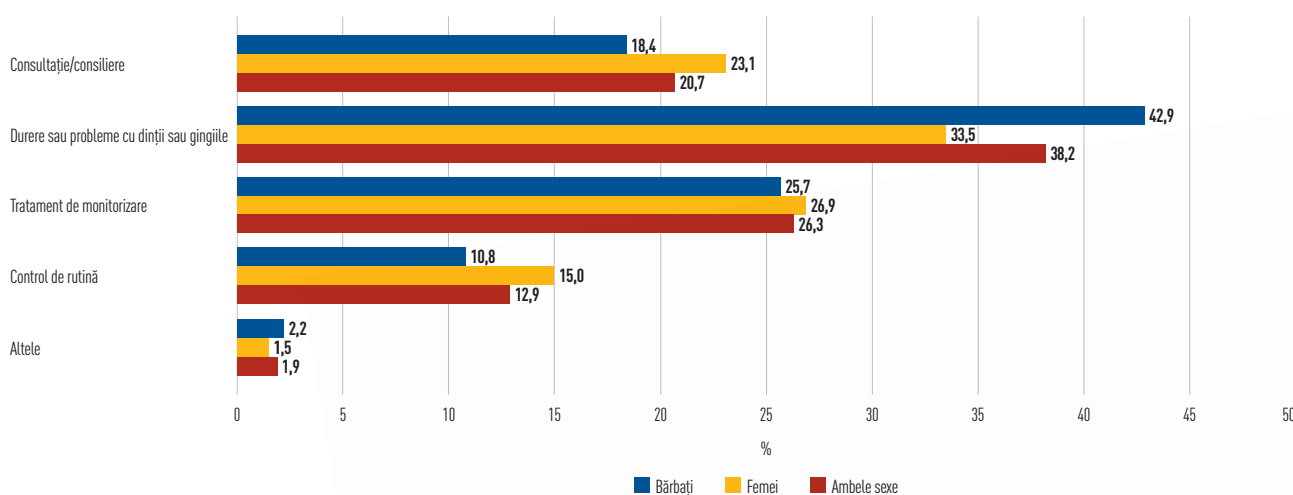
Doar o treime din populație (33,8%) consultase un stomatolog în ultimele 12 luni (Fig. 27). Un număr semnificativ mai mare de femei (40,2%) decât de bărbați (27,3%) vizitase un stomatolog, dar frecvența a scăzut odată cu vârsta în rândul femeilor (spre deosebire de bărbați, unde frecvența s-a modificat mai puțin odată cu vârsta). O proporție mică de persoane (1,7%) nu primise niciodată asistență stomatologică (2,6% dintre bărbați și 0,8% dintre femei) (Anexa 3: Tabelul 146).

**Fig. 27.** Procentul populației care consultase un stomatolog în ultimele 12 luni, pe sexe și vârste (%)

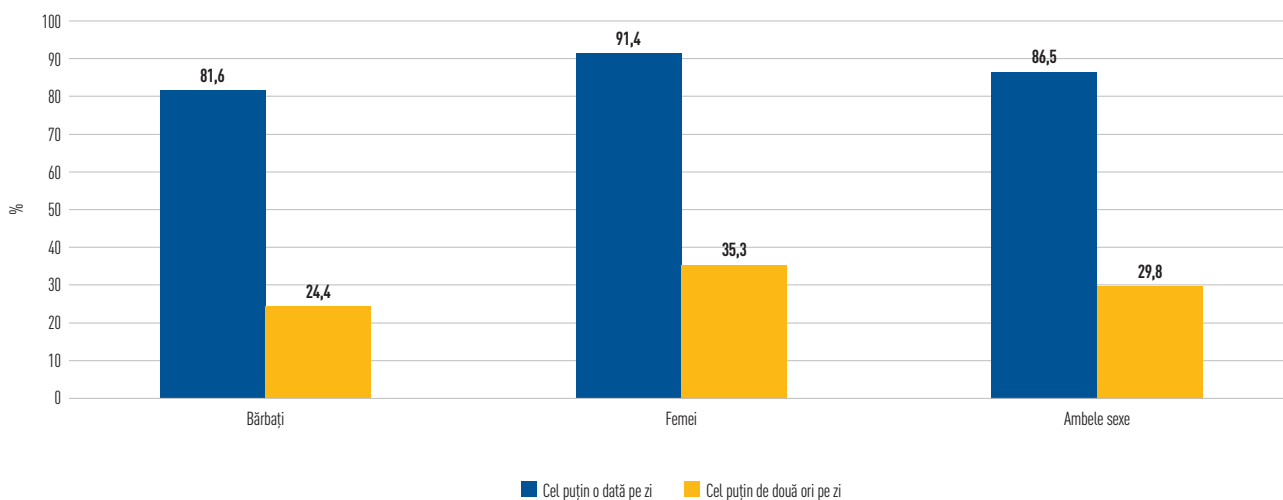


Printre cei care au vizitat vreodată un stomatolog, durerea sau problemele cu dinții sau gingiile au fost principalul motiv al ultimei vizite (38,2%) (Fig. 28). Acest motiv a fost invocat mult mai frecvent de către bărbați (42,9%) decât de către femei (33,5%). Circa un sfert din populație (26,3%) a raportat că motivul principal al ultimei vizite la stomatolog a fost un tratament de monitorizare, 20,7% - o consultație sau consiliere, 12,9% - un control de rutină și 1,9% - alte motive. Proporția persoanelor care vizitase un stomatolog pentru o consultație sau consiliere a scăzut odată cu vârsta, atât la bărbați, cât și la femei, iar proporția persoanelor care vizitase un stomatolog din cauza durerii sau a problemelor cu dinții sau gingiile sau pentru un tratament de monitorizare creștea odată cu vârsta (Anexa 3: Tabelele 147-149).

**Fig. 28.** Motivul principal al ultimei vizite la stomatolog în rândul celor care au vizitat vreodată un stomatolog, pe sexe (%)



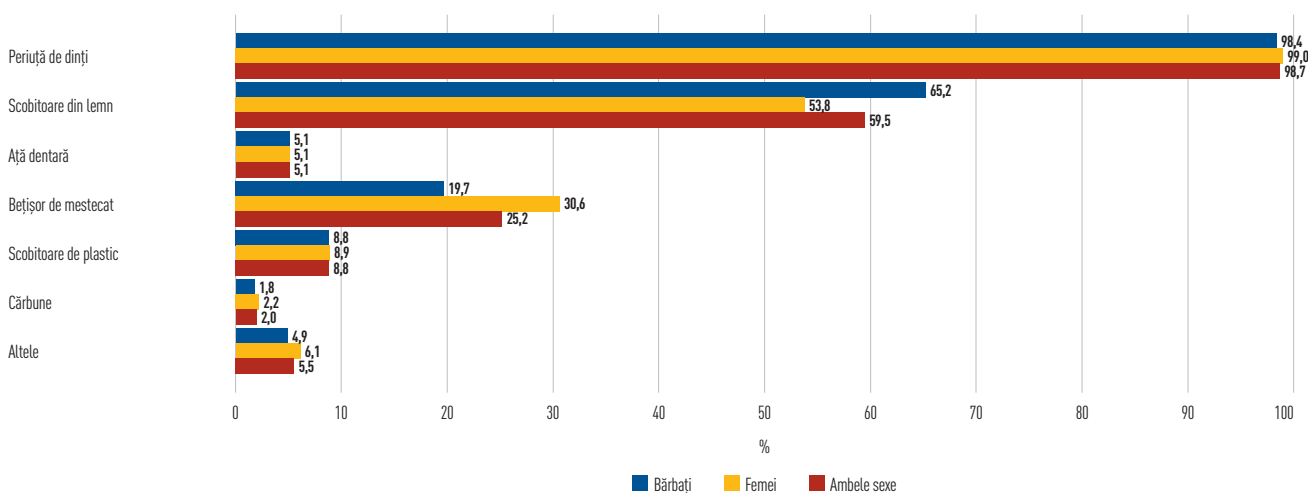
**Fig. 29.** Frecvența curățării zilnice a dinților, pe sexe (%)



Aproape toți cei care își curățau dinții foloseau pastă de dinți (99,3%). Dintre cei care foloseau pastă de dinți, opt din 10 (79,1%) foloseau pastă de dinți care conținea fluor, cu puține diferențe între populația masculină și cea feminină (Anexa 3: Tabelele 152 și 153).

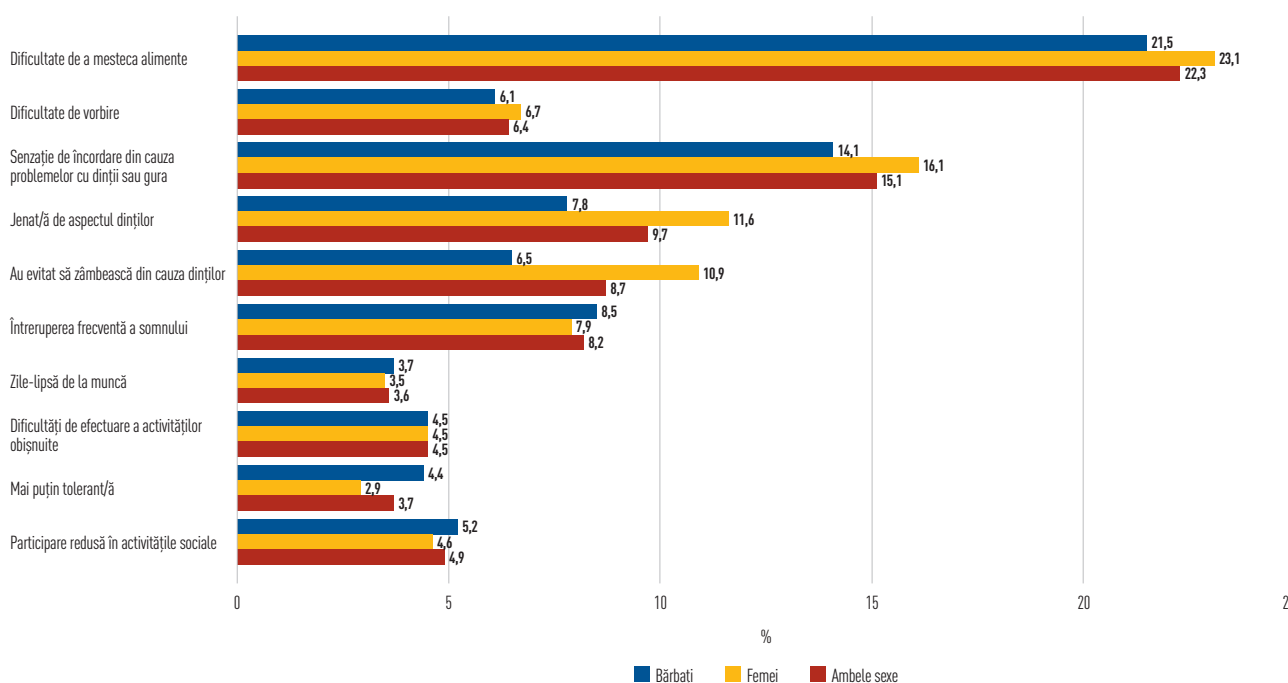
Dintre cei care își curățau dinții, aproape toți (98,7%) foloseau periută de dinți, 59,5% - scobitoare din lemn (65,2% dintre bărbați și 53,8% dintre femei), 5,1% - scobitoare din plastic (similar la bărbați și femei), 25,2% - ață dentară (19,7% dintre bărbați și 30,6% dintre femei), și 8,8% - bețișor de mestecat (miswak) (similar la bărbați și femei) (Fig. 30).

**Fig. 30.** Procentul populației care își curăța dinții, folosind diverse instrumente în acest scop, pe sexe (%)



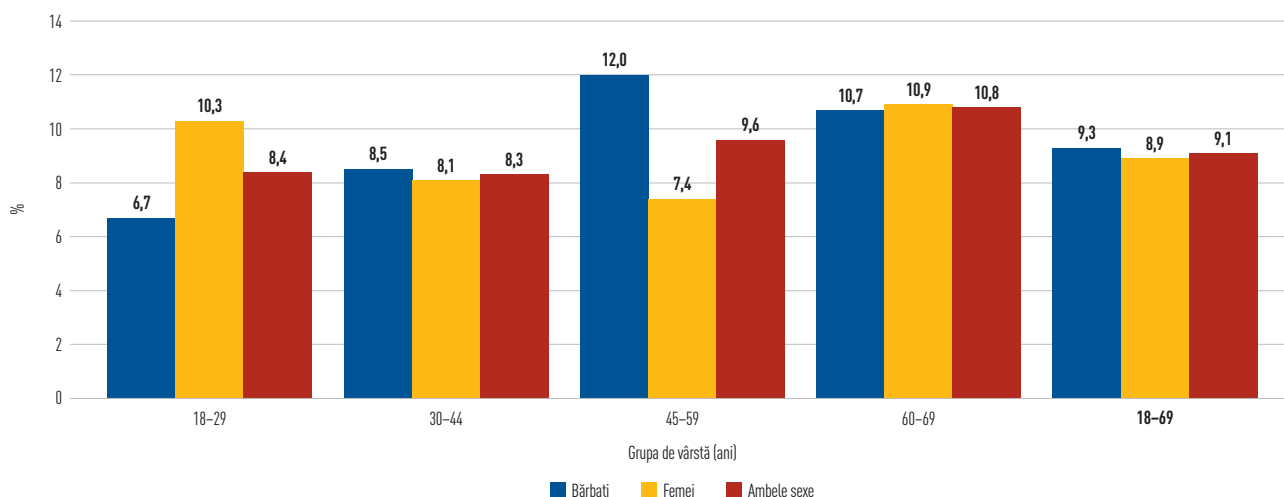
Oamenii au fost întrebați despre problemele cu care s-au confruntat în ultimele 12 luni din cauza stării dinților, gingiilor sau a cavității bucale (Fig. 31). Dificultatea de a mesteca alimentele era principala problemă, raportată de peste o cincime (22,3%) din populație, fără diferențe semnificative între bărbați și femei. Fiecare a șaptea persoană (15,1%) a raportat că se simte încordată; 8,2% aveau somnul frecvent întrerupt; iar 6,4% aveau dificultăți de vorbire. La nivelul întregii populații, 9,7% se simțeau jenați de aspectul dinților lor, iar 8,7% evitau să zâmbească din cauza dinților; în ambele cazuri, exista o proporție semnificativ mai mare de femei decât de bărbați (jenate: 11,6% față de 7,8%; evitau să zâmbească: 10,9% față de 6,5%).

**Fig. 31.** Probleme întâmpinate în ultimele 12 luni din cauza stării dinților, gingiilor sau a cavității bucale, pe sexe (%)



## 4.7 Activitatea fizică

Rezultatele studiului au arătat că aproximativ una din 10 persoane (9,1%) nu respecta recomandările OMS privind activitatea fizică pentru sănătate: efectuarea a cel puțin 150 de minute de activitate fizică de intensitate moderată (sau echivalentul) pe săptămână (29) (Fig. 32). Nu s-a observat nicio diferență semnificativă între bărbați (9,3%) și femei (8,9%). Cu toate acestea, la persoanele în vârstă, în special la bărbații în vârstă, s-a evidențiat o tendință tot mai mare de a nu respecta recomandările OMS.



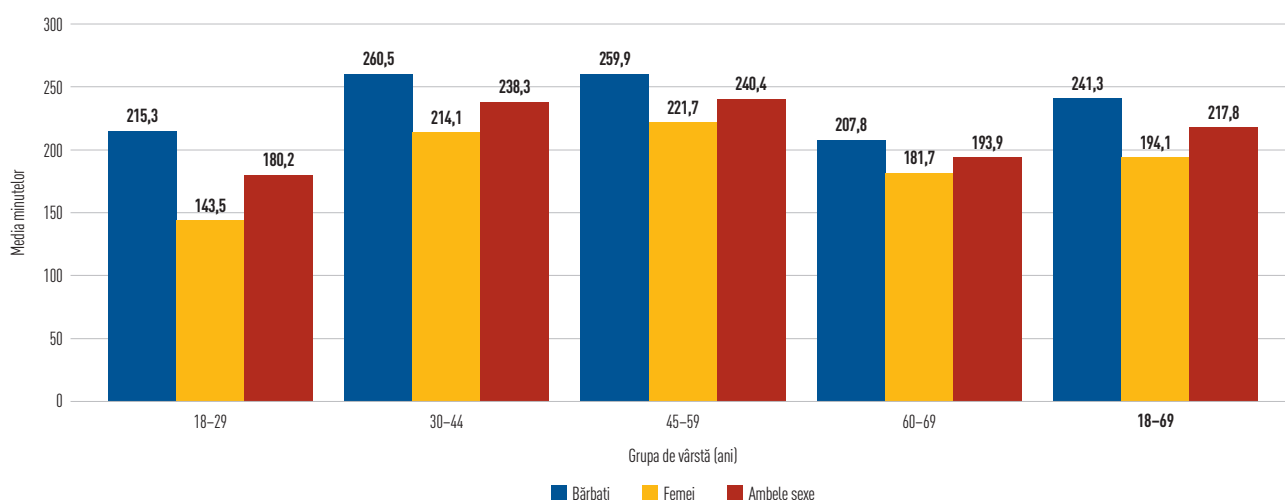
**Fig. 32.** Procentul populației care nu respectă recomandările OMS privind activitatea fizică pentru sănătate, pe sexe și vârste (%)

S-au observat diferențe semnificative între populațiile rurale și urbane, atât la bărbați, cât și la femei. Prevalența nerespectării recomandărilor OMS privind activitatea fizică era de peste două ori mai mare la populațiile urbane (Tabelul 16).

Zona de reședință	Bărbați			Femei			Ambele sexe		
	n	%	Î 95%	n	%	Î 95%	n	%	Î 95%
Rural	1084	4,1	2,6–5,6	1347	5,8	4,0–7,6	2431	5,0	3,6–6,4
Urban	670	13,9	10,5–17,3	931	11,9	9,0–14,7	1601	12,9	10,6–15,2
<b>Total</b>	<b>1 754</b>	<b>9,3</b>	<b>7,3–11,3</b>	<b>2 278</b>	<b>8,9</b>	<b>7,2–10,7</b>	<b>4 032</b>	<b>9,1</b>	<b>7,7–10,5</b>

**Tabelul 16.** Procentul populației care nu respectă recomandările OMS privind activitatea fizică pentru sănătate, în funcție de sex și de zona de reședință (%)

Activitatea fizică totală raportată pe zi a cuprins activități legate de muncă, de deplasare dintr-un loc în altul și de recreere. În general, populația cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani efectua în medie 217,8 minute de activitate fizică pe zi, cu o diferență semnificativă între bărbați (241,3 minute) și femei (194,1 minute) (Fig. 33). Persoanele cu vârste cuprinse între 30 și 59 de ani, atât bărbații, cât și femeile, au raportat semnificativ mai mult timp petrecut în activități fizice în comparație cu cei cu vârste cuprinse între 18 și 29 de ani și 60 și 69 de ani.



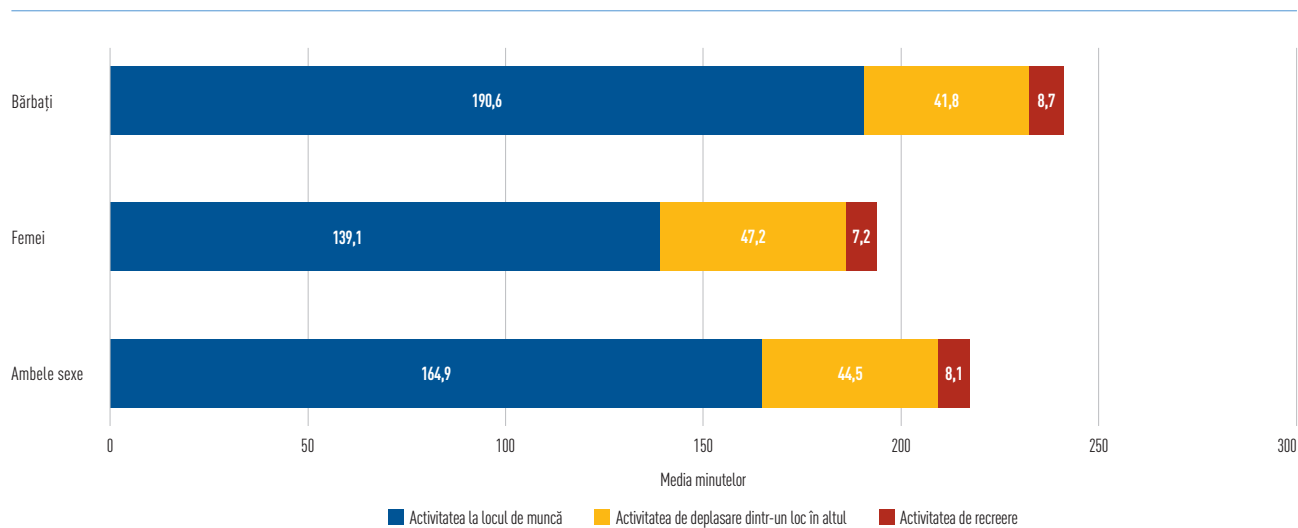
Locuitorii din mediul rural petreceau în medie mai mult timp pe zi în activități fizice (273,4 minute) decât cei din mediul urban (166,7 minute) (Tabelul 17). Cea mai mare diferență a fost între femeile din mediul rural, care petreceau în medie 246,9 minute de activitate fizică, și femeile din mediul urban, care petreceau doar 144,5 minute.

**Fig. 33.** Numărul mediu de minute de activitate fizică totală raportate pe zi, pe sexe și vârste

Zona de reședință	Bărbați			Femei			Ambele sexe		
	<i>n</i>	Nr. mediu de minute	Îl 95%	<i>n</i>	Nr. mediu de minute	Îl 95%	<i>n</i>	Nr. mediu de minute	Îl 95%
Rurală	1084	300,3	279,0–321,6	1347	246,9	229,8–264,1	2431	273,4	256,9–289,9
Urbană	670	188,4	165,7–211,0	931	144,5	128,0–161,1	1601	166,7	150,5–183,0
<b>Total</b>	<b>1 754</b>	<b>241,3</b>	<b>225,4–257,2</b>	<b>2 278</b>	<b>194,1</b>	<b>181,6–206,6</b>	<b>4 032</b>	<b>217,8</b>	<b>205,8–229,7</b>

Cea mai mare parte a activității fizice era legată de muncă, cu o medie de 164,9 minute pe zi (Fig. 34). Volumul de activitate fizică legată de muncă era de 1,4 ori mai mare la bărbați (190,6 minute) decât la femei (139,1 minute) și aproape de două ori mai mare la populația rurală (219,3 minute) decât la populația urbană (115,1 minute) (Anexa 3: Tabelele 175 și 176).

**Tabelul 17.** Numărul mediu de minute de activitate fizică pe zi, în funcție de sex și de zona de reședință

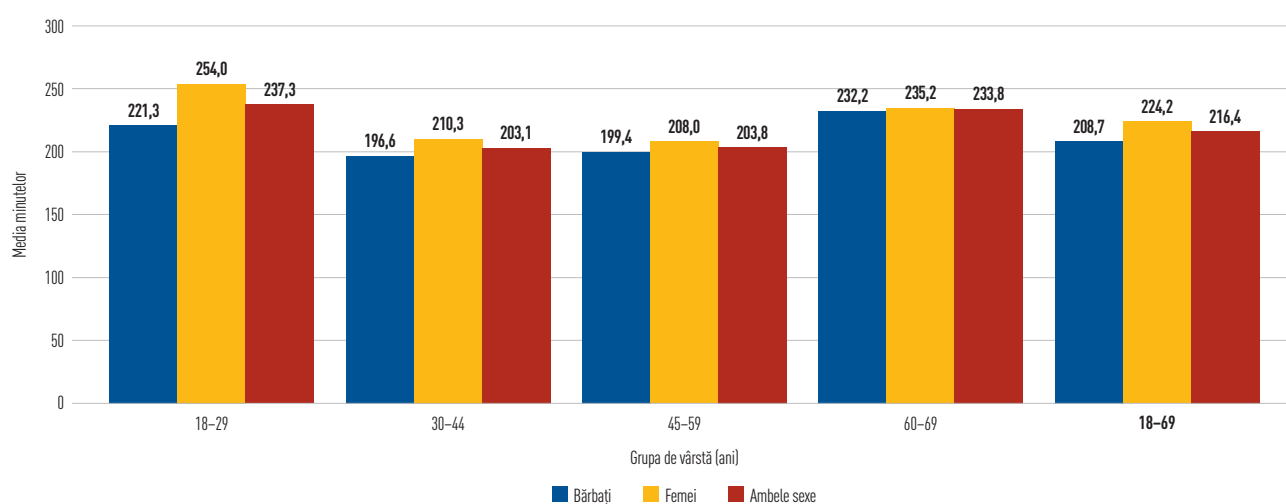


**Fig. 34.** Numărul mediu de minute de activitate fizică pe zi, în funcție de sex și de tipul de activitate

La nivelul întregii populații, 34,0% dintre persoane nu desfășurau nicio activitate fizică legată de locul de muncă (31,4% dintre bărbați și 36,6% dintre femei); 16,6% nu desfășurau nicio activitate fizică legată de deplasarea dintr-un loc în altul (20,5% dintre bărbați și 12,7% dintre femei); și 75,6% nu desfășurau nicio activitate legată de recreere (75,3% dintre bărbați și 76,0% dintre femei). Aproape trei sferturi din populație (71,7%) nu practica nicio activitate fizică viguroasă; proporția femeilor (88,7%) era de 1,6 ori mai mare decât cea a bărbaților (54,9%) (Anexa 3: Tabelele 184-186, 193).

Comportamentele sedentare au fost frecvente atât la bărbați, cât și la femei, cu o medie generală de 216,4 minute petrecute zilnic în activități sedentare (Fig. 35). Grupele de vârstă mai tinere (18-29 de ani) și mai în vârstă (60-69 de ani) petreceau mai mult timp în activități sedentare decât cele cu vârste cuprinse între 30 și 59 de ani. Atât bărbații din mediul urban (238,2 minute), cât și femeile (251,6 minute) petreceau mai mult timp în activități sedentare decât omologii lor din mediul rural, bărbați (176,6 minute) și femei (195,3 minute) (Anexa 3: Tabelele 195 și 197).

**Fig. 35.** Numărul mediu de minute de activități sedentare pe zi, în funcție de sex și vârstă



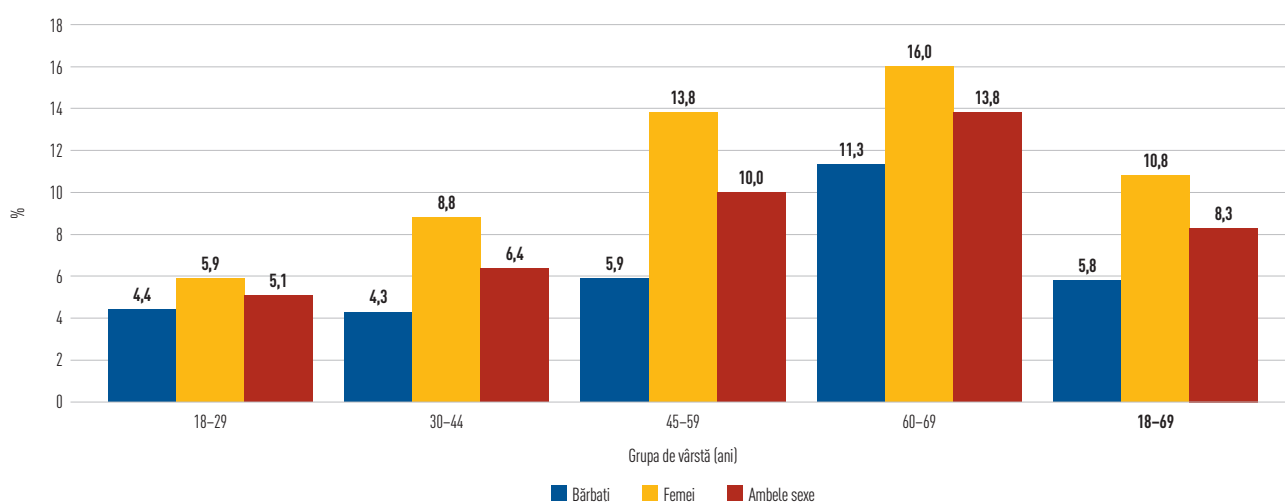


## 4.8 Simptome depresive

Prezența simptomelor depresive a fost evaluată cu ajutorul unui algoritm. Participanții la studiu au fost întrebați dacă avuseseră simptome depresive care au durat câteva zile în ultimele 12 luni. Simptomele selectate au inclus: sentimentul de tristețe, gol sau depresie; pierderea interesului pentru majoritatea lucrurilor, cum ar fi relațiile personale, munca și hobby-urile, care le plăceau de obicei; și/sau sentimentul că au mai puțină energie sau că sunt obosiți tot timpul.

Aproximativ fiecare al 12-lea adult (8,3%) din Republica Moldova a raportat simptome compatibile cu depresia, aplicându-se un algoritm stabilit (Fig. 36).

**Fig. 36.** Procentul populației care a raportat simptome depresive în ultimele 12 luni, pe sexe și vârste (%)



Prevalența era de aproximativ două ori mai mare în rândul femeilor (10,8%) decât în rândul bărbaților (5,8%) și în rândul populației rurale (11,2%) decât în rândul populației urbane (5,6%) (Tabelul 18). S-a observat o tendință de creștere odată cu vârsta. Cu toate acestea, doar una din șapte persoane cu depresie probabilă (1,7% din populație) fusese informată de un medic sau de un lucrător medical că suferă de depresie. Prevalența depresiei diagnosticate era de peste două ori mai mare în rândul femeilor (2,5%) decât în rândul bărbaților (1,0%). Locuitorii din zonele rurale fuseseră diagnosticați cu depresie mai des decât omologii lor din mediul urban (3,0% și, respectiv, 0,6%). Fiecare a doua persoană diagnosticată cu depresie (54,5%) primea tratament - medicamente antidepressive sau terapie psihologică.

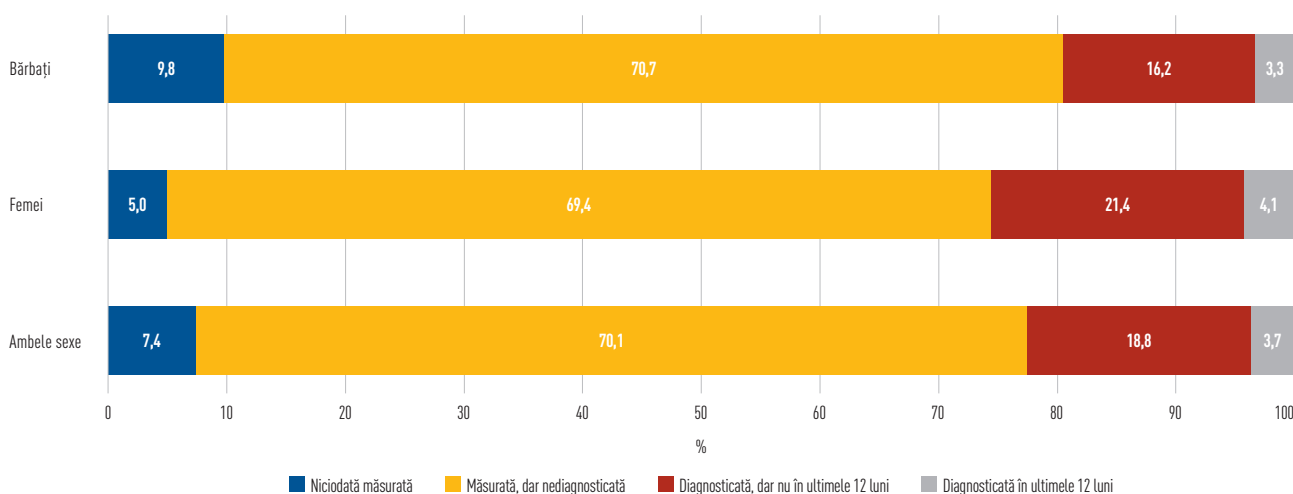
**Table 18.** Prevalența simptomelor depresive raportate în ultimele 12 luni, în funcție de sex și zona de reședință (%)

Zona de reședință	Bărbați			Femei			Ambele sexe		
	n	Simptome depresive (%)	IÎ 95%	n	Simptome depresive (%)	IÎ 95%	n	Simptome depresive (%)	IÎ 95%
Rurală	1020	8,8	6,1–11,4	1298	13,6	11,1–16,0	2318	11,2	9,3–13,1
Urbană	627	3,2	1,5–4,9	859	8,1	5,7–10,4	1486	5,6	4,0–7,2
<b>Total</b>	<b>1 647</b>	<b>5,8</b>	<b>4,3–7,4</b>	<b>2 157</b>	<b>10,8</b>	<b>9,1–12,5</b>	<b>3 804</b>	<b>8,3</b>	<b>7,1–9,6</b>

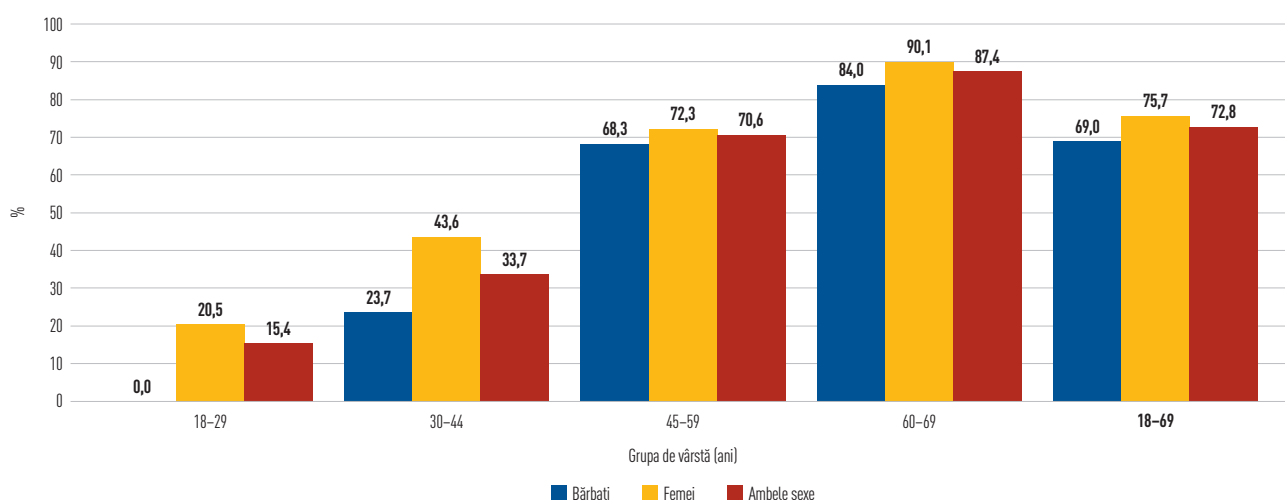
## 4.9 Istoricul tensiunii arteriale crescute

Fiecare a 14-a persoană (7,4%) nu și-a măsurat niciodată tensiunea arterială cu ajutorul unui medic sau altui lucrător medical, proporția bărbaților (9,8%) fiind de două ori mai mare decât cea a femeilor (5,0%); 70,1% și-au măsurat tensiunea arterială, dar nu au fost diagnosticați cu hipertensiune arterială, fără diferențe între bărbați și femei; 18,8% fuseseră diagnosticați cu hipertensiune arterială, dar nu în ultimele 12 luni (16,2% bărbați și 21,4% femei); și 3,7% fuseseră diagnosticați cu hipertensiune arterială în ultimele 12 luni (3,3% bărbați și 4,1% femei) (Fig. 37). Proporțiile celor care nu și-au măsurat niciodată tensiunea arterială într-o instituție medicală și ale celor care și-au măsurat tensiunea arterială, dar nu au fost diagnosticați cu tensiune arterială crescută, erau mai mari la grupele de vârstă mai tinere. În schimb, proporția celor diagnosticați cu tensiune arterială crescută în ultimele 12 luni sau mai devreme era mai mare în grupele de vârstă mai înaintate și creștea cu 20-35 de puncte procentuale cu fiecare grupă de vârstă succesivă în rândul femeilor (mai devreme) și al bărbaților (mai târziu) (Anexa 3: Tabelele 210-212).

**Fig. 37.** Distribuția populației în funcție de măsurarea tensiunii arteriale și diagnostic, pe sexe (%)



Dintre cei care fuseseră diagnosticați cu tensiune arterială crescută, trei din patru (72,8%) luau medicamente prescrise de un medic, fără diferențe semnificative între bărbați (69,0%) și femei (75,7%) (Fig. 38). Diferențele între grupele de vârstă erau semnificative din punct de vedere statistic, cu o creștere treptată a proporției celor care luau medicamente de la 15,4% în rândul celor cu vârste cuprinse între 18 și 29 de ani până la 87,4% în grupa de vârstă 60-69 de ani.

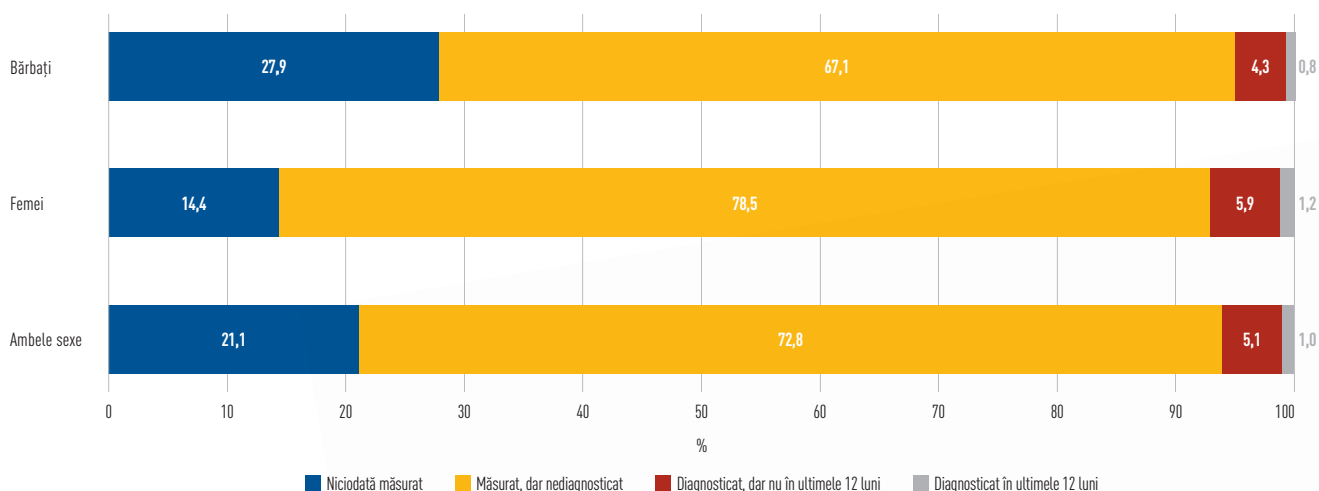


## 4.10 Istoricul diabetului

Una din cinci persoane (21,1%) nu și-a măsurat niciodată nivelul de zahăr în sânge, iar trei sferturi (72,8%) au fost supuse testului, dar nu au fost diagnosticate cu diabet (Fig. 39).<sup>4</sup> Un total de 5,1% din populație fusese diagnosticată cu diabet cu mai mult de 12 luni înainte de studiu și 1,0% în ultimele 12 luni. Proporțiile de persoane cărora nu li s-a măsurat niciodată nivelul de zahăr în sânge și ale celor care au fost supuse unui test, dar nu au fost diagnosticate cu diabet, au fost semnificativ mai mari în grupele de vârstă mai tinere decât în cele mai în vârstă. A existat o asocierie pozitivă între diagnosticul de glicemie crescută sau diabet și vârstă: proporția celor diagnosticați cu diabet în ultimele 12 luni sau mai devreme a crescut treptat odată cu vârsta (Anexa 3: Tabelele 216-218).

**Fig. 38.** Procentul populației diagnosticate cu tensiune arterială crescută care ia în prezent medicamente prescrise de un medic, pe sexe și vârste (%)

**Fig. 39.** Distribuția populației în funcție de măsurarea nivelului de zahăr în sânge și diagnostic, pe sexe (%)

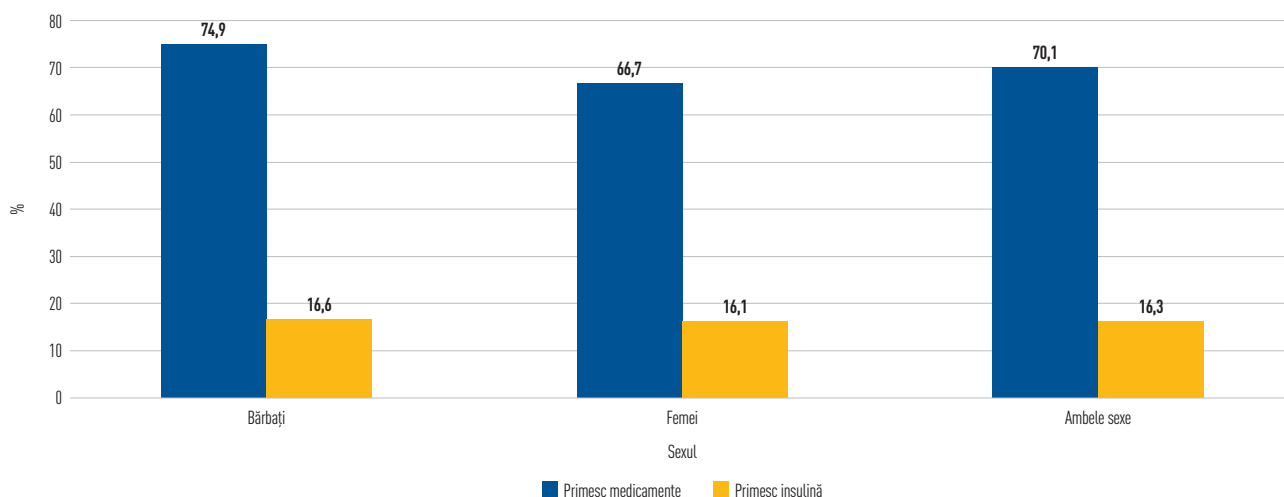


<sup>4</sup> Trebuie remarcat faptul că OMS și Federația Internațională de Diabet promovează screening-ul pentru diabet doar pentru persoanele cu risc crescut de diabet, nu pentru toți adulții.

S-au constatat diferențe semnificative între sexe în ceea ce privește măsurarea nivelului de zahăr în sânge: procentul bărbaților care nu și-au măsurat niciodată nivelul de zahăr în sânge (27,9%) era de două ori mai mare decât cel al femeilor (14,4%). Procentul de femei cărora li s-a testat nivelul de zahăr în sânge, dar nu au fost diagnosticate cu diabet (78,5%) era semnificativ mai mare decât cel al bărbaților (67,1%). Nu s-au constatat diferențe semnificative din punct de vedere statistic între bărbați și femei în ceea ce privește proporția persoanelor diagnosticate cu nivelul de zahăr în sânge ridicat.

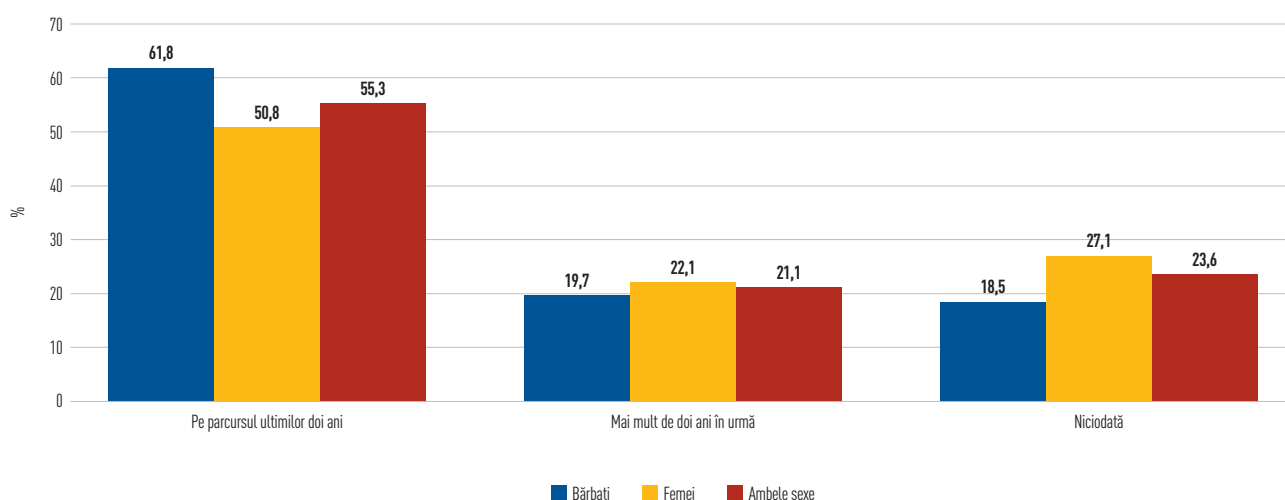
Dintre toți cei care fuseseră diagnosticați anterior cu nivelul de zahăr în sânge crescut sau diabet, 70,1% luau în prezent medicamente pentru diabet, prescrise de un medic; această proporție era de 74,9% în cazul bărbaților și de 66,7% în cazul femeilor, dar diferența nu era semnificativă din punct de vedere statistic. În plus, 16,3% dintre toți cei diagnosticați anterior cu diabet luau insulină, cu proporții similare de bărbați (16,6%) și femei (16,1%) (Fig. 40).

**Fig. 40.** Procentul populației diagnosticate anterior cu nivelul de zahăr în sânge crescut sau diabet care ia insulină sau medicamente prescrise de un medic, pe sexe (%)



Dintre persoanele diagnosticate anterior cu diabet, șapte din 10 (67,7%) efectuaseră cel puțin două teste HbA1C (hemoglobina glicată) în anul precedent, ca parte a controlului diabetului; nu existau diferențe semnificative între bărbați și femei, grupe de vârstă și zone de reședință (Anexa 3: Tabelul 223).

La mai mult de jumătate dintre cei cu diabet diagnosticat anterior (55,3%) li s-au examinat ochii în ultimii doi ani, fără diferențe semnificative între bărbați (61,8%) și femei (50,8%) (Fig. 41). Fiecărei a cincea persoană cu

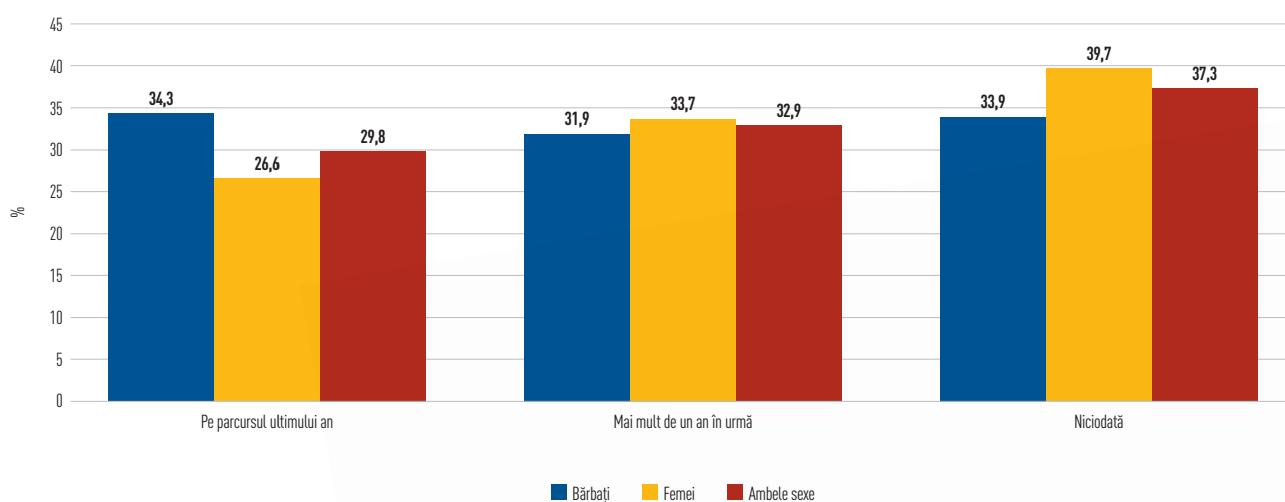


diabet diagnosticat anterior (21,1%) i se examinase ochii cu mai mult de doi ani în urmă (19,7% dintre bărbați și 22,1% dintre femei), iar aproape unui sfert (23,6%) nu i se examinase niciodată ochii, cu o proporție ușor mai mare de femei (27,1%) decât de bărbați (18,5%).

**Fig. 41.** Timpul de la cea mai recentă examinare a ochilor în rândul persoanelor cu diabet diagnosticat anterior, pe sexe (%)

Dintre cei care au fost diagnosticați anterior cu diabet, la aproape la o treime (29,8%) le-au fost examinate picioarele în cursul anului precedent ca parte a controlului diabetului: 34,3% dintre bărbați și 26,6% dintre femei (Fig. 42). La o altă treime (32,9%) li s-au examinat picioarele cu mai mult de un an în urmă, iar la aproape patru din 10 (37,3%) nu le-au fost examinate niciodată picioarele.

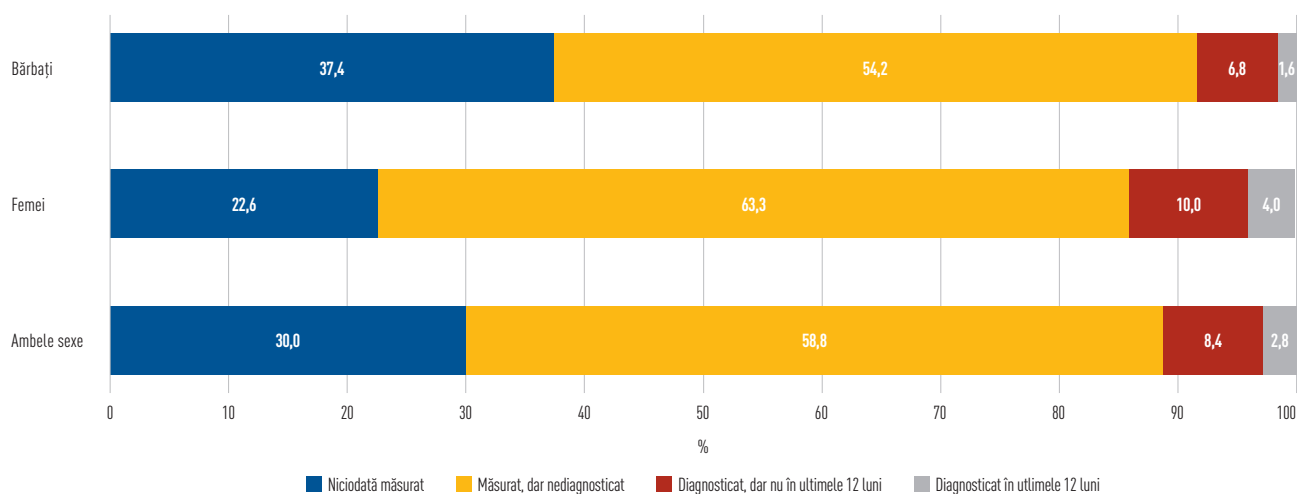
**Fig. 42.** Timpul de la cea mai recentă examinare a picioarelor în rândul persoanelor cu diabet diagnosticat anterior, pe sexe (%)



## 4.11 Istoricul colesterolului total crescut

Aproape o treime (30,0%) din populație nu și-a măsurat niciodată colesterolul total în sânge cu ajutorul unui medic sau altui lucrător medical, iar 58,8% și-au făcut un test pentru colesterolul total în sânge, dar nu au fost diagnosticați cu un nivel ridicat de colesterol total (Fig. 43). La nivelul întregii populații, 8,4% dintre aceștia fuseseră diagnosticați cu un nivel ridicat al colesterolului total în sânge cu mai mult de 12 luni înainte de studiu și alți 2,8% în ultimele 12 luni. Proportia celor cărora nu li s-a măsurat niciodată colesterolul total în sânge era semnificativ mai mare în grupele de vârstă mai tinere, atât la bărbați, cât și la femei, iar proporția celor care au fost supuși unui test pentru colesterolul total în sânge și au fost diagnosticați cu un nivel ridicat al colesterolului total în sânge era mai mare în grupele de vârstă mai înaintate, în special la bărbați. Un număr semnificativ mai mare de femei decât de bărbați au fost diagnosticate cu un nivel ridicat al colesterolului total nu doar cu mai mult de 12 luni înainte de studiu (10,0% față de 6,8%), ci și în ultimele 12 luni (4,0% față de 1,6%) (Anexa 3: Tabelele 230-232).

**Fig. 43.** Distribuția populației în funcție de măsurarea colesterolului total și diagnostic, pe sexe (%)

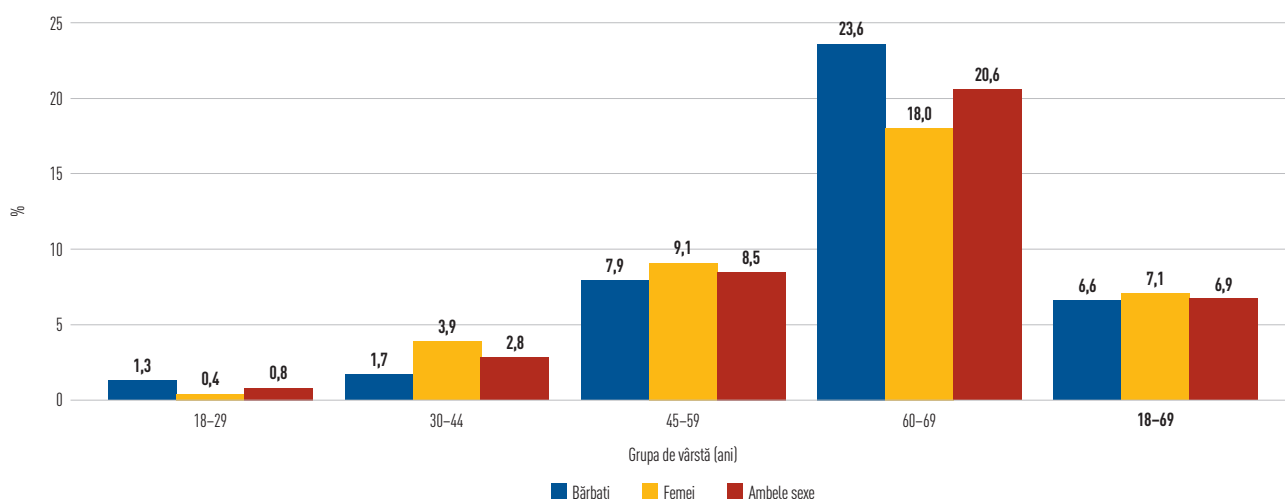


Dintre persoanele diagnosticate anterior cu colesterolul total ridicat, o treime (34,6%) administraseră medicamente pentru colesterolul total ridicat prescrise de un medic sau de un alt lucrător medical în ultimele două săptămâni: 32,2% dintre bărbați și 36,0% dintre femei. Proportia persoanelor care au luat medicamente prescrise pentru colesterolul total ridicat a crescut odată cu vârsta, în special la bărbați (Anexa 3: Tabelul 233).

## 4.12 Istoricul BCV

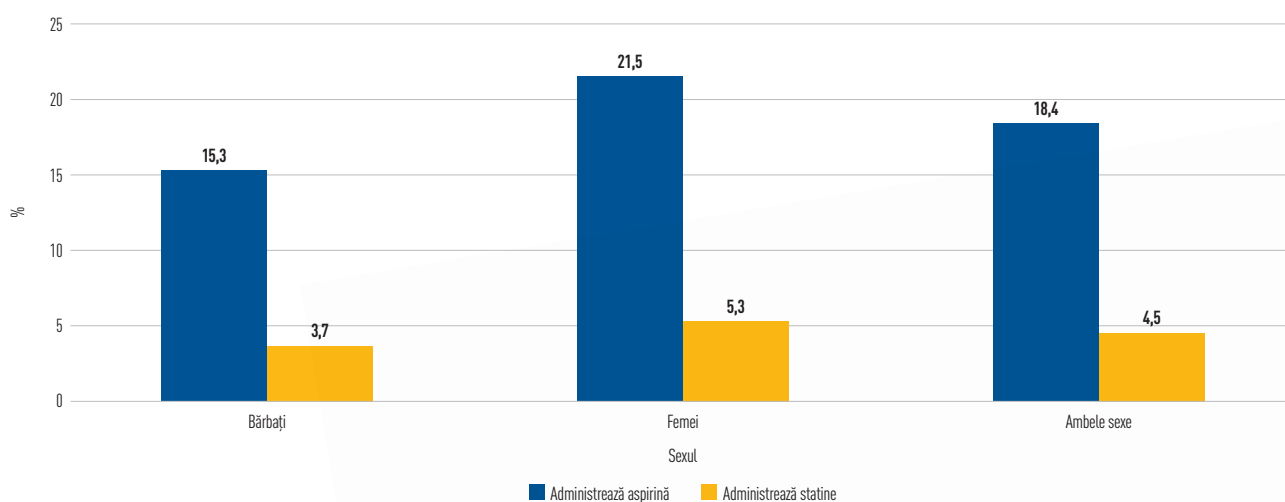
La nivelul întregii populații, 6,9% dintre persoane au suferit un atac de cord sau dureri în piept din cauza unei boli de inimă sau a unui accident vascular cerebral; exista o diferență mică între bărbați (6,6%) și femei (7,1%) (Fig. 44). Prevalența a cunoscut o creștere bruscă (de circa trei ori) cu fiecare grupă de vârstă succesivă, crescând de la 0,8% în grupa de vârstă 18-29 de ani la 20,6% în grupa de vârstă 60-69 de ani.

**Fig. 44.** Procentul populației care suferise un atac de cord sau durere în piept din cauza unei boli de inimă sau a unui accident vascular cerebral, pe sexe și vârste (%)



Aproape o cincime (18,4%) din populație administra aspirină în mod regulat pentru a preveni sau trata un atac de cord; 4,5% administrau statine din același motiv (Fig. 45). Proporția femeilor care folosesc aspirină în mod regulat (21,5%) a fost mai mare decât cea a bărbaților (15,3%), la fel și în cazul statinelor (5,3% față de 3,7%).

**Fig. 45.** Procentul populației care administrează la moment aspirină și/sau statine în mod regulat pentru prevenirea sau tratarea atacului de cord, pe sexe (%)



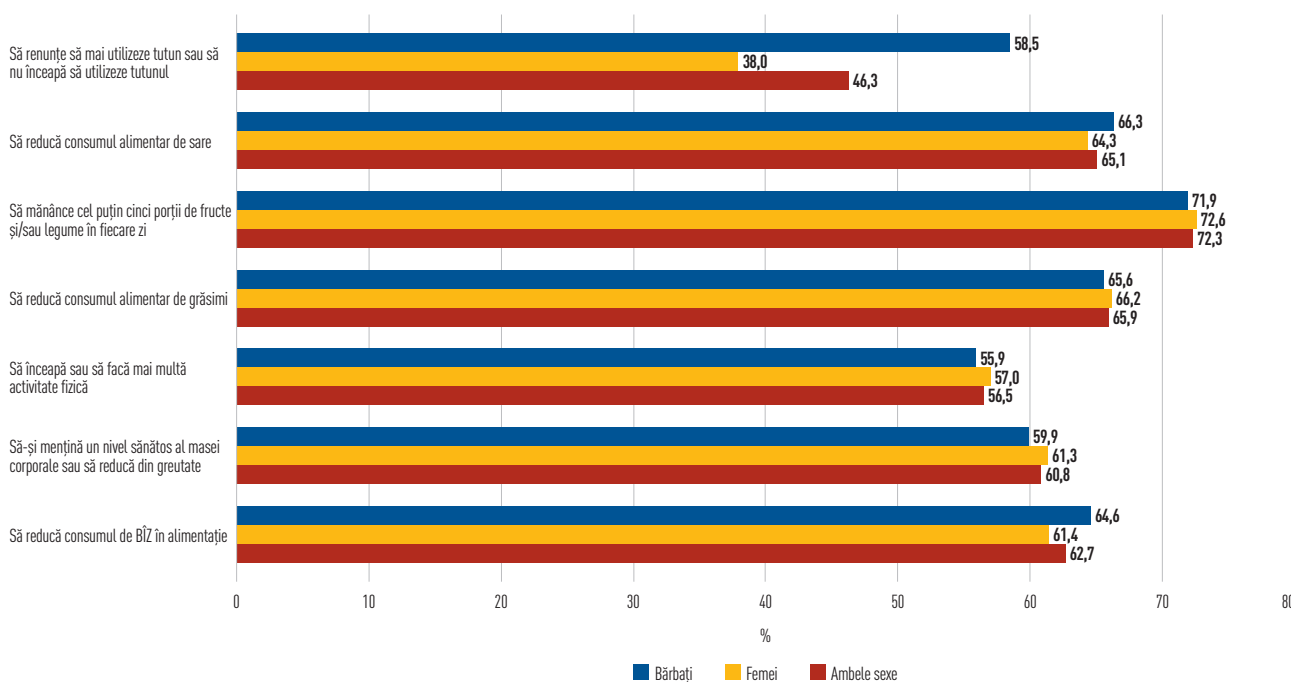
## 4.13 Sfaturi privind modul sănătos de viață

Fig. 46 arată proporția populației care a primit diverse sfaturi privind stilul de viață din partea unui medic sau a unui alt lucrător medical în ultimele 12 luni:

- 46,3% fuseseră sfătuiți să renunțe la utilizarea de tutun sau să nu înceapă: 58,5% în rândul bărbaților și 38,0% în rândul femeilor.
- 65,1% fuseseră sfătuiți să reducă cantitatea de sare din regimul lor alimentar: 66,3% în rândul bărbaților și 64,3% în rândul femeilor.
- 72,3% fuseseră sfătuiți să consume cel puțin cinci porții de fructe și/sau legume în fiecare zi: 71,9% în rândul bărbaților și 72,6% în rândul femeilor.
- 65,9% fuseseră sfătuiți să reducă grăsimile din regimul lor alimentar: 65,6% în rândul bărbaților și 66,2% în rândul femeilor.
- 56,5% fuseseră sfătuiți să înceapă să facă sau să facă mai multă activitate fizică: 55,9% dintre bărbați și 57,0% dintre femei.
- 60,8% fuseseră sfătuiți să mențină o greutate corporală sănătoasă sau să slăbească: 59,9% dintre bărbați și 61,3% dintre femei.
- 62,7% fuseseră sfătuiți să reducă BÎZ din regimul lor alimentar: 64,6% în rândul bărbaților și 61,4% în rândul femeilor.

**Fig. 46.** Procentul populației care a primit diverse sfaturi privind stilul de viață din partea unui medic sau a unui alt lucrător medical în ultimele 12 luni, pe sexe (%)

În ceea ce privește sfaturile privind stilul de viață oferite de un medic sau de un alt lucrător medical, s-au constatat foarte puține diferențe între diferitele grupe de vârstă.

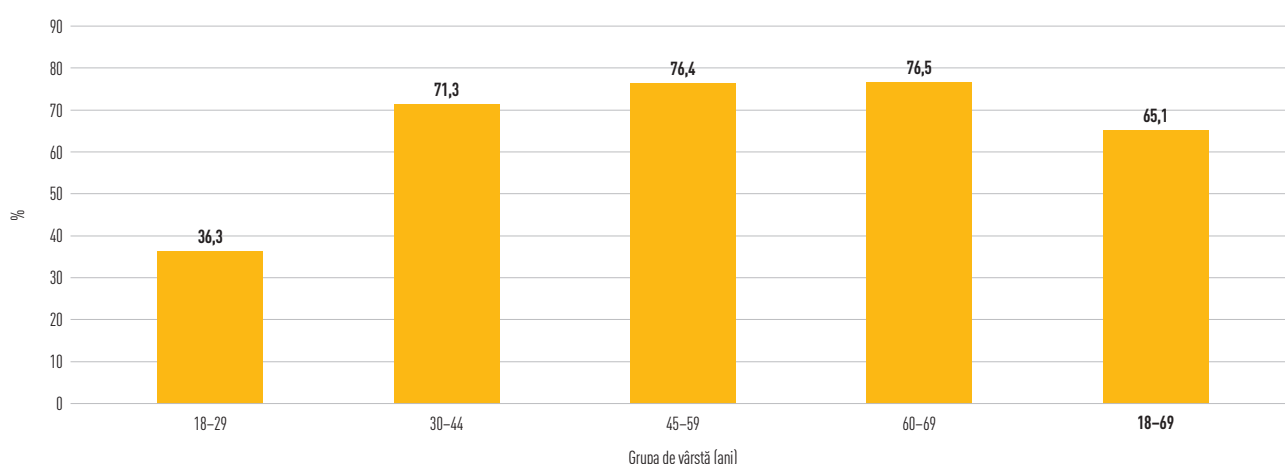




## 4.14 Screening-ul la cancerul de col uterin

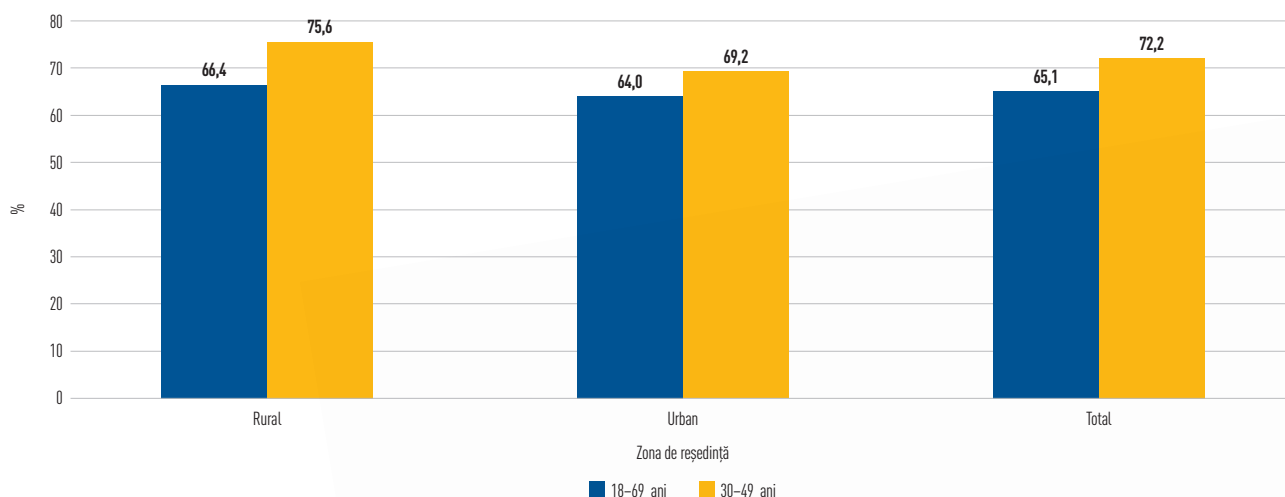
Dintre toate femeile cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani, 65,1% au fost supuse vreodată unui test de screening pentru cancerul de col uterin (Fig. 47). Cea mai mare prevalență a testării pentru depistarea cancerului de col uterin a fost constatată în rândul femeilor cu vârste cuprinse între 45-59 de ani (76,4%) și 60-69 de ani (76,5%); cea mai mică a fost în grupa de vârstă 18-29 de ani (36,3%). Proportia femeilor din mediul rural de toate

**Fig. 47.** Procentul de femei testate la cancerul de col uterin, în funcție de vârstă (%)



vârstele (66,4%) și a celor cu vârste cuprinse între 30 și 49 de ani (75,6%) care au efectuat vreodată un test de depistare a cancerului de col uterin era mai mare decât cea a femeilor din mediul urban (64,0% și 69,2%), dar diferența nu era semnificativă din punct de vedere statistic (Fig. 48).

**Fig. 48.** Procentul de femei testate la cancerul de col uterin, în funcție de zona de reședință (%)

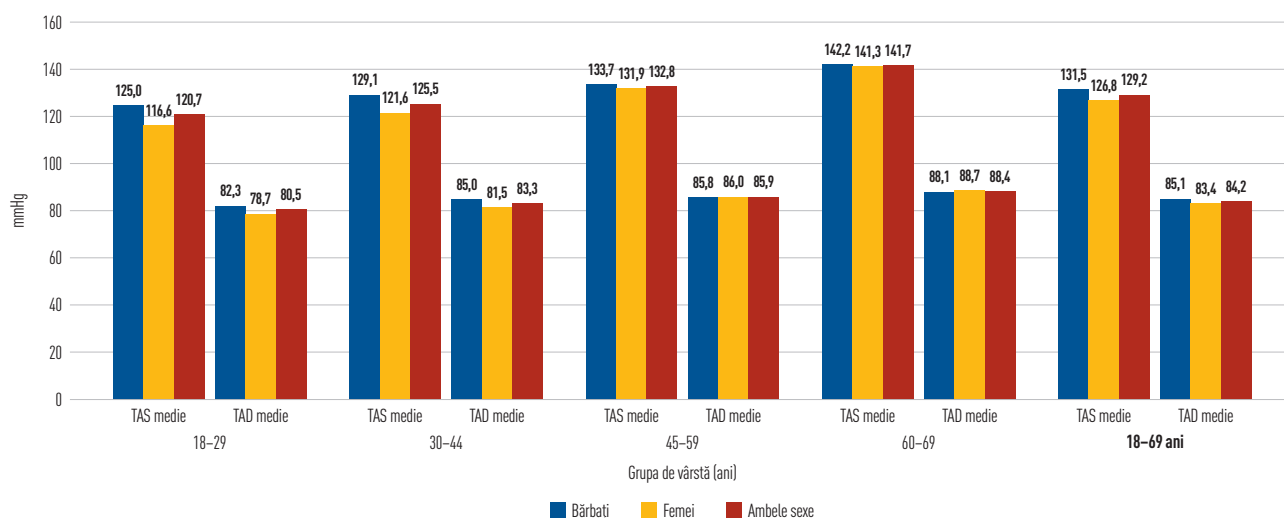


## 4.15 Măsurătorile fizice

### 4.15.1 Tensiunea arterială și ritmul cardiac

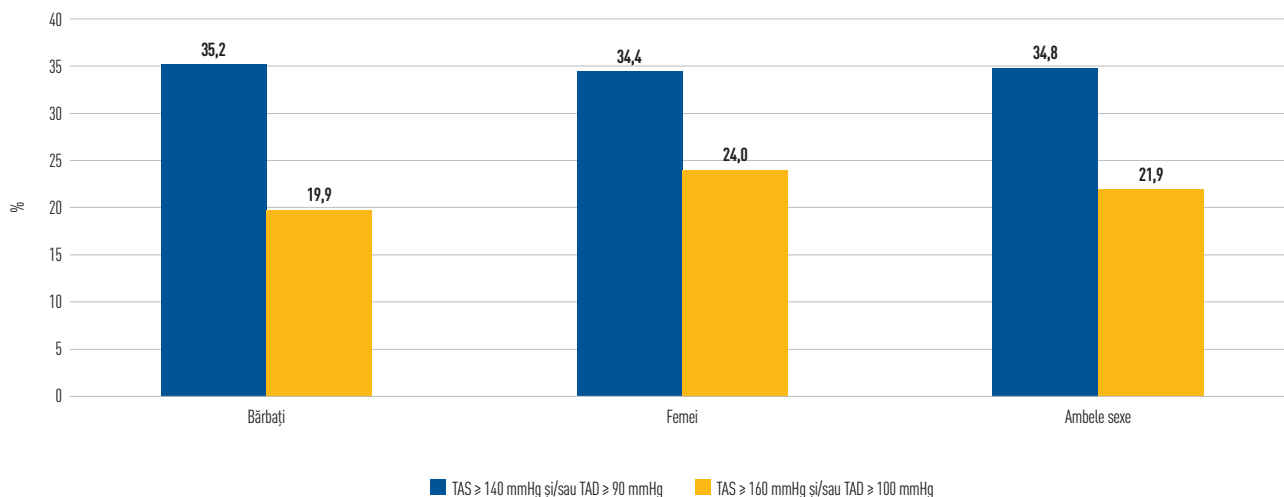
TAS medie în rândul tuturor adulților, inclusiv a celor care administrează medicamente pentru tensiune arterială crescută, constituia 129,2 mmHg, cu o diferență semnificativă între bărbați (131,5 mmHg) și femei (126,8 mmHg) (Fig. 49). TAD medie constituia 84,2 mmHg la toate persoanele cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani; era semnificativ mai mare în rândul bărbaților (85,1 mmHg) decât în rândul femeilor (83,4 mmHg). S-a constatat că valorile medii atât ale TAS, cât și ale TAD cresc treptat odată cu vârsta.

**Fig. 49.** Mediile TAS și TAD în populație, pe sexe și vârste



Prevalența tensiunii arteriale crescute sau a hipertensiunii arteriale în populație, definită ca TAS  $\geq$  140 mmHg și/sau TAD  $\geq$  90 mmHg, sau administrarea curentă a medicamentelor pentru tensiune arterială crescută, era de 34,8%, fără diferențe semnificative între bărbați (35,2%) și femei (34,4%) (Fig. 50). Procentul de persoane cu tensiune arterială crescută a crescut brusc odată cu vârsta, de la 11,4% în grupa de vârstă cea mai tânără

**Fig. 50.** Procentul populației cu tensiune arterială crescută sau care la moment administrează medicamente pentru tensiune arterială crescută, pe sexe (%)

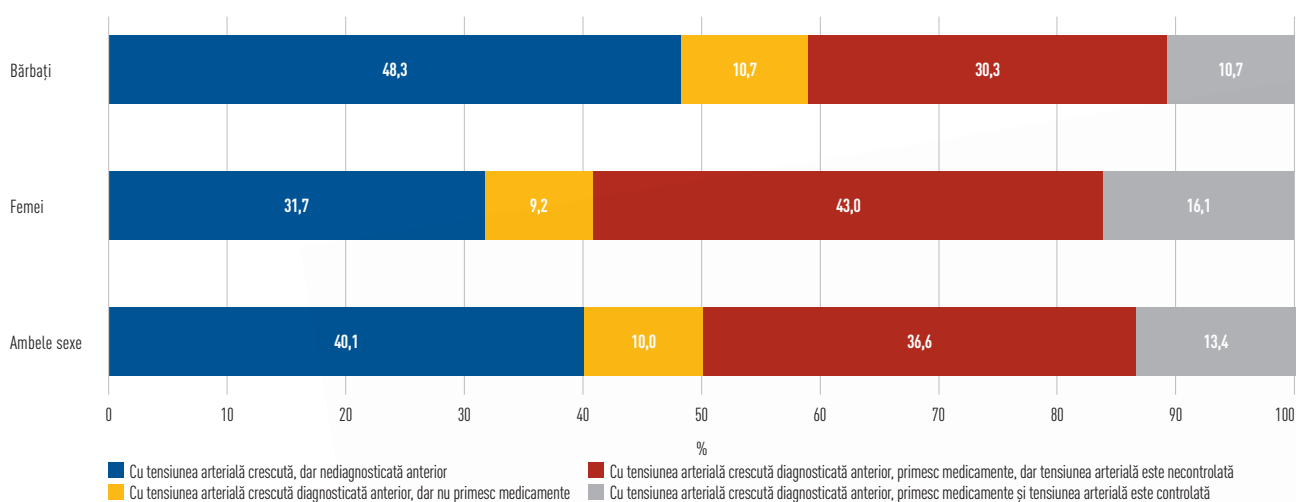


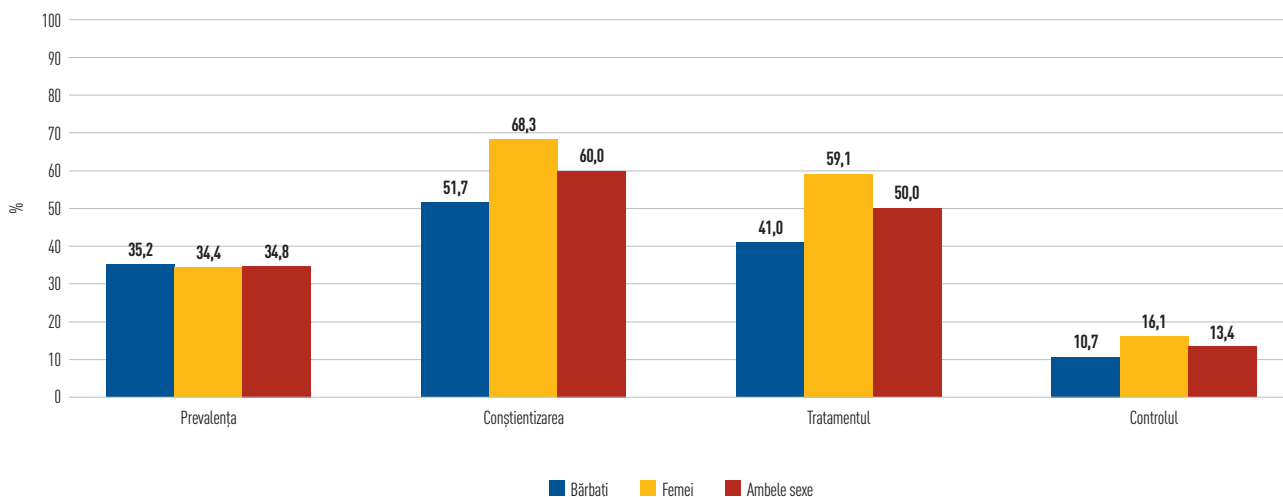
la 77,7% în grupa de vârstă cea mai înaintată. Una din cinci persoane (21,9%) avea TAS  $\geq$  160 mmHg și/sau TAD  $\geq$  100 mmHg, sau administra medicamente pentru hipertensiune arterială; 19,9% în rândul bărbaților și 24,0% în rândul femeilor (Anexa 3: Tabelele 254 și 255).

Dintre toți cei depistați cu tensiune arterială crescută - adică TAS  $\geq$  140 mmHg și/sau TAD  $\geq$  90 mmHg sau care iau în prezent medicamente pentru tensiune arterială crescută - 40,1% nu fuseseră diagnosticați anterior, cu o proporție semnificativ mai mare de bărbați (48,3%) decât de femei (31,7%) (Fig. 51). Proporția de persoane cu tensiune arterială crescută care nu fusese diagnosticată anterior era mult mai mare în grupele de vârstă mai tinere decât în cele mai în vârstă: de cinci ori mai mare în grupa de vârstă 18-29 (83,9%) decât în grupa de vârstă 60-69 (16,7%). Dintre cei diagnosticați anterior cu tensiune arterială crescută, fiecare a zecea persoană (10,0%) nu lua medicamente pentru a o controla: 10,7% dintre bărbați și 9,2% dintre femei. Mai mult de o treime (36,6%) dintre persoanele cu tensiune arterială crescută care fuseseră diagnosticate anterior luau medicamente pentru a o controla, dar tensiunea arterială era încă necontrolată; proporția era de 1,5 ori mai mare în rândul femeilor (43,0%) decât în rândul bărbaților (30,3%). Doar 13,4% dintre persoanele cu tensiune arterială crescută care fuseseră diagnosticate anterior și administrau medicamente își controlau starea: 10,7% dintre bărbați și 16,1% dintre femei.

Fig. 52 arată prevalența tensiunii arteriale crescute și nivelurile de realizare la fiecare etapă de îngrijire în cascadă (conștientizare, tratament și control). Șase din 10 persoane cu tensiune arterială crescută (60,0%) erau conștiente de afecțiunea lor (hipertensiune arterială - TAS  $\geq$  140 mmHg și/sau TAD  $\geq$  90 mmHg - diagnosticată anterior de un prestator de servicii medicale), cu o prevalență mai mare a femeilor (68,3%) decât a bărbaților (51,7%). Jumătate dintre cei cu hipertensiune arterială diagnosticată anterior (adică conștienți de afecțiunea lor) (50,0%) luau medicamente pentru a o trata, cu semnificativ mai multe femei (59,1%) decât bărbați (41,0%). Unul din șapte (13,4%) dintre cei care administrau medicamente antihipertensive avea tensiunea arterială sub control (TAS/TAD < 140/90 mmHg), cu semnificativ mai multe femei (16,1%) decât bărbați (10,7%).

**Fig. 51.** Distribuția persoanelor cu tensiune arterială crescută sau care administrează medicamente pentru tensiune arterială crescută în funcție de diagnostic, tratament și starea de control, pe sexe (%)





**Fig. 52.** Prevalența, conștientizarea, tratamentul și controlul (cascada de îngrijire) tensiunii arteriale crescute, pe sexe (%)

Ritmul cardiac mediu la nivelul întregii populații era de 75,2 bătăi pe minut – 76,0 bătăi pe minut în rândul bărbaților și 75,1 bătăi pe minut în rândul femeilor.

#### 4.15.2 Înălțimea, greutatea, circumferința taliei și a șoldurilor

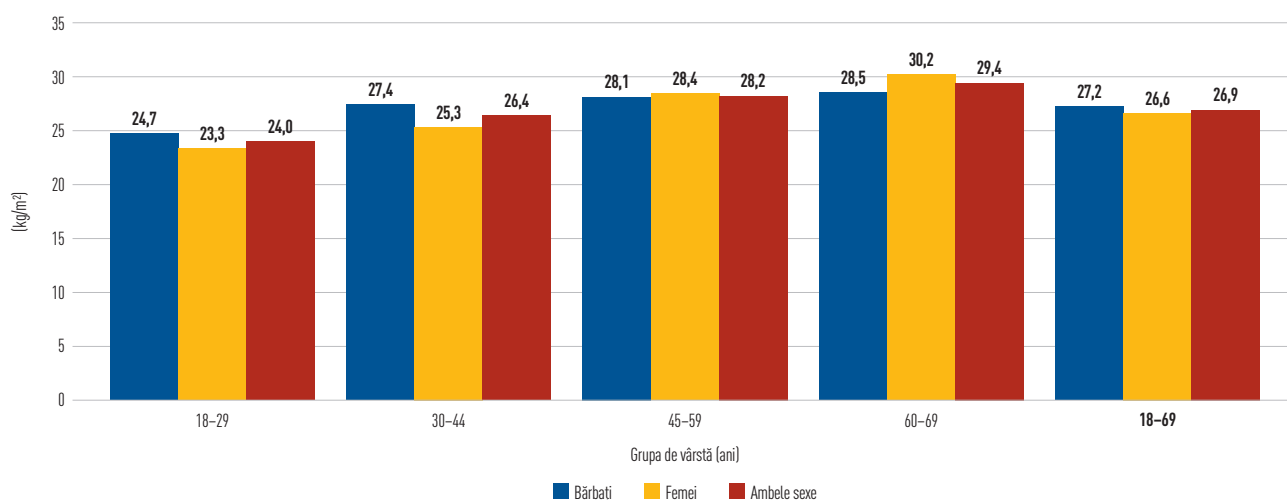
În medie, bărbații aveau o înălțime de 175,3 cm și o greutate de 83,5 kg; femeile aveau, în medie, o înălțime de 164,9 cm și o greutate de 72,3 kg. Înălțimea medie a prezentat o tendință de scădere cu vârsta, în special în rândul bărbaților, de la 176,4 cm în grupa de vârstă cea mai tânără (18-29 de ani) la 173,0 cm în grupa de vârstă cea mai înaintată (60-69 de ani). În schimb, greutatea medie a crescut odată cu vârsta atât la bărbați (de la 76,9 kg în grupa de vârstă 18-29 la 85,5 kg în grupa de vârstă 60-69), cât și la femei (de la 63,1 kg în grupa de vârstă 18-29 la 80,6 kg în grupa de vârstă 60-69) (Anexa 3: Tabelele 263 și 264).

Circumferința medie a taliei la toți bărbații era de 93,6 cm, iar la femei – de 87,3 cm. Circumferința medie a șoldurilor în rândul bărbaților era de 99,5 cm, iar în rândul femeilor, de 102,6 cm. Circumferințele medii ale taliei și șoldurilor au crescut treptat odată cu vârsta, atât la bărbați, cât și la femei (Anexa 3: Tabelele 272 și 273).

Raportul mediu între talie și șolduri era de 0,9 atât pentru bărbați, cât și pentru femei și a crescut odată cu vârsta (Anexa 3: Tabelul 274). Acesta s-a situat la limita inferioară a riscului substanțial crescut de complicații metabolice pentru bărbați și peste această limită pentru femei.

#### 4.15.3 IMC

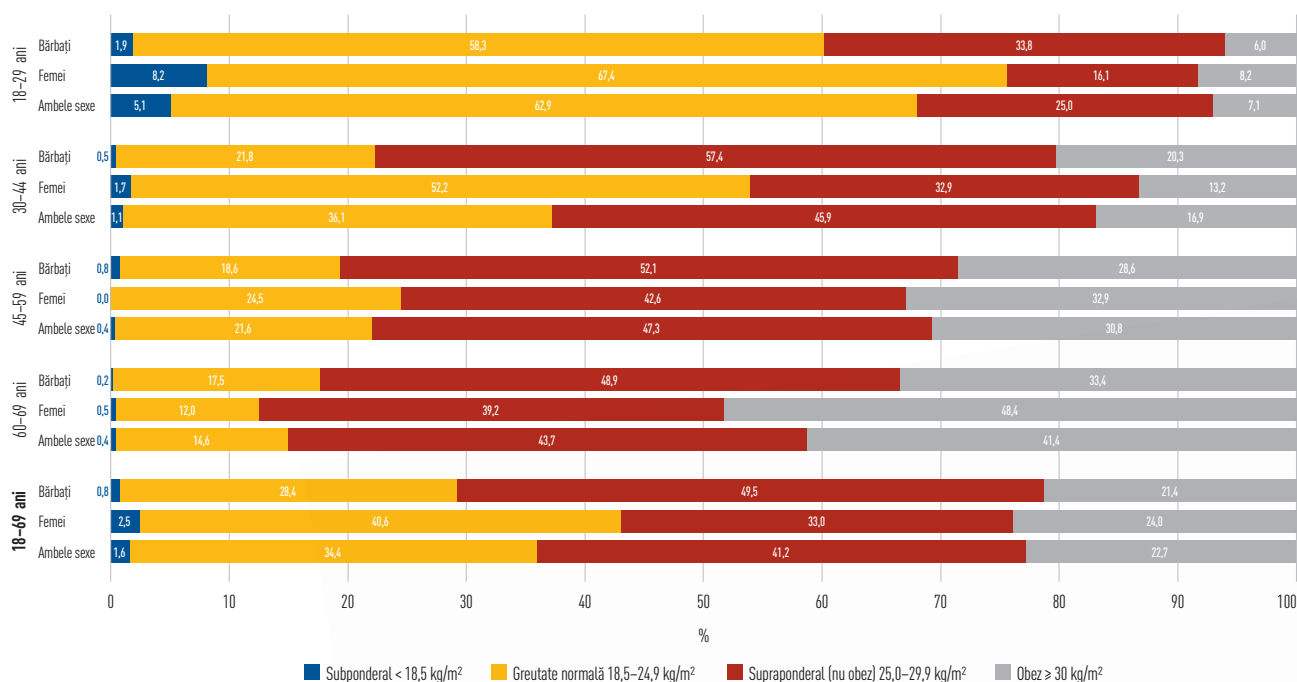
IMC mediu la nivelul întregii populații era de 26,9 kg/m<sup>2</sup>; acesta a fost semnificativ mai mare pentru bărbați (27,2 kg/m<sup>2</sup>) decât pentru femei (26,6 kg/m<sup>2</sup>) (Fig. 53). O diferență similară a fost observată la populația rurală (27,3 kg/m<sup>2</sup>) și la populația urbană (26,5 kg/m<sup>2</sup>). S-a constatat că IMC-ul mediu crește brusc odată cu vârsta: pentru bărbați, de la 24,7 kg/m<sup>2</sup> în grupa de vârstă 18-29 la 28,5 kg/m<sup>2</sup> în grupa de vârstă 60-69; pentru femei, de la 23,3 kg/m<sup>2</sup> în grupa de vârstă 18-29 la 30,2 kg/m<sup>2</sup> în grupa de vârstă 60-69 (Anexa 3: Tabelele 265 și 266).

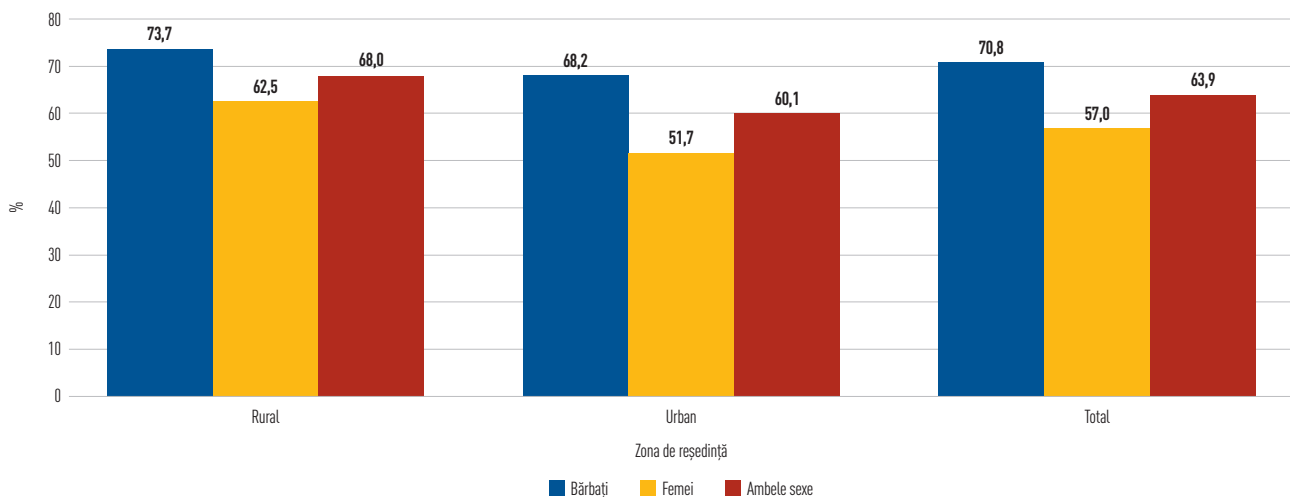


**Fig. 53.** IMC mediu, pe sexe și vârstă

Mai mult de șase din 10 persoane (63,9%) erau supraponderale ( $\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) și 22,7% erau obeze ( $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) [Fig. 54]. Prevalența supraponderabilității era de 70,8% în rândul bărbaților și de 57,0% în rândul femeilor. Mai mulți bărbați (49,5%) decât femeii (33,0%) aveau un IMC cuprins între 25,0 și 29,9  $\text{kg/m}^2$ . Prevalența obezității ( $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) era de 22,7%, fără nicio diferență semnificativă din punct de vedere statistic între sexe (24,0% în rândul femeilor și 21,4% în rândul bărbaților). Supraponderabilitatea, inclusiv obezitatea, erau mai puțin răspândite în cele mai tinere grupe de vârstă, atât la bărbați, cât și la femei, și au crescut semnificativ odată cu vârsta. Bărbații erau cei mai predispuși să aibă un IMC între 25,0 și 29,9  $\text{kg/m}^2$  la vârste cuprinse între 30 și 44 de ani (57,4%); femeile la vârste cuprinse între 45 și 59 de ani (42,6%). Prevalența obezității a crescut dramatic odată cu vârsta la ambele sexe: la bărbați, de la 6,0% în grupa de vârstă 18-29 de ani la 33,4% în grupa de vârstă 60-69 de ani; la femei, de la 8,2% în grupa de vârstă cea mai tânără la 48,4% în grupa de vârstă cea mai înaintată.

**Fig. 54.** Distribuția populației în funcție de categoria IMC, sex și vârstă (%)





**Fig. 55.** Prevalența supraponderabilității (inclusiv a obezității), pe sexe și zone de reședință (%)

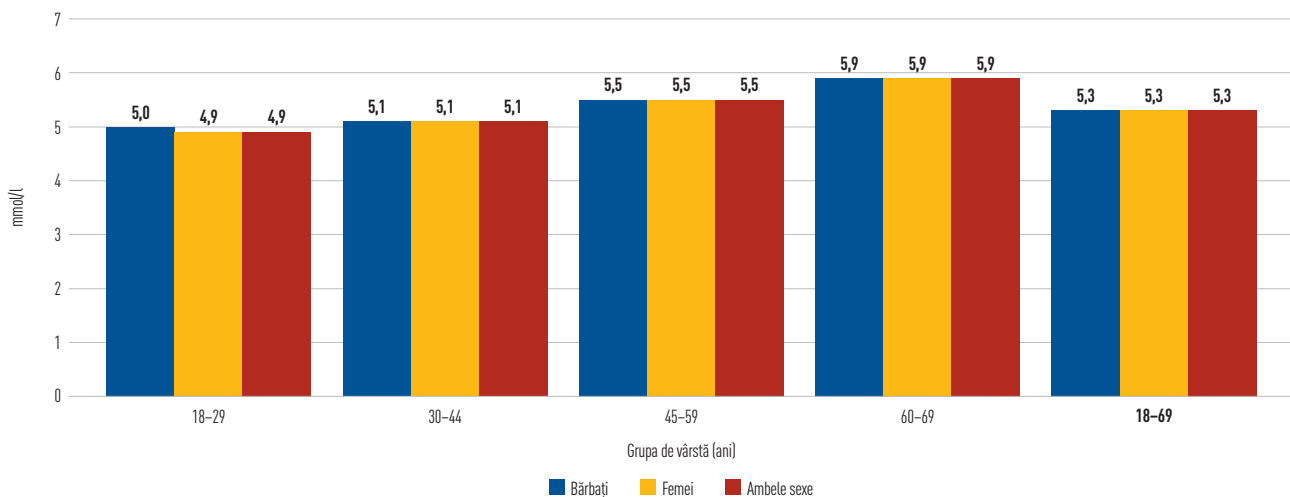
La femei, prevalența supraponderalității (inclusiv a obezității) era semnificativ mai mare în zonele rurale (62,5%) decât în cele urbane (51,7%) (Fig. 55).

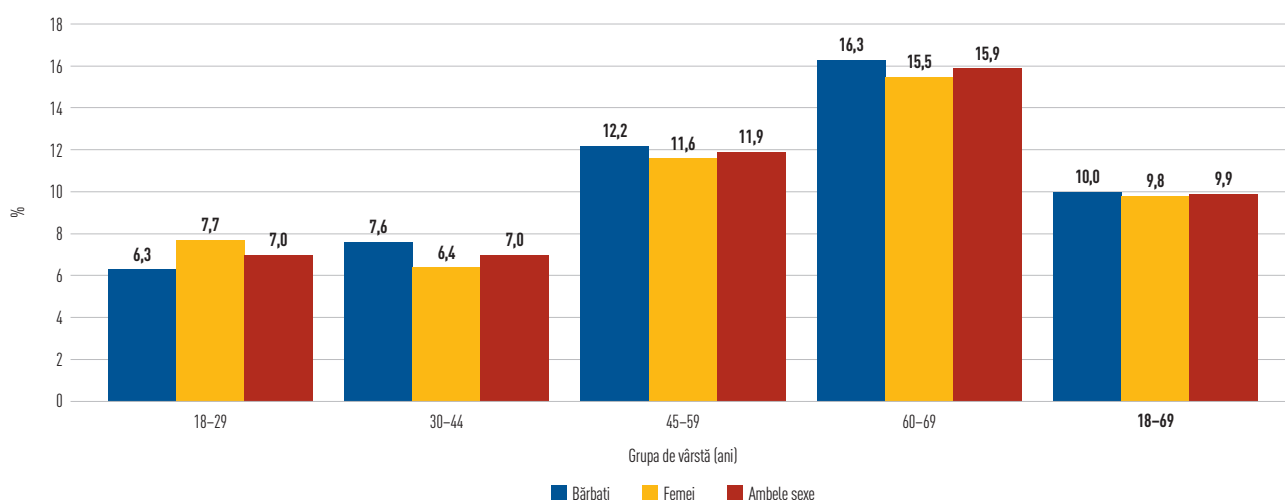
## 4.16 Măsurătorile biochimice

### 4.16.1 Glicemia

**Fig. 56.** Nivelul mediu al glicemiei a jeun, în funcție de sex și vârstă

Nivelul mediu de glucoză plasmatică a jeun la nivelul întregii populații, inclusiv a celor care iau în prezent medicamente pentru diabet, era de 5,3 mmol/l, la fel pentru bărbați și femei (Fig. 56). S-a constatat că acesta crește odată cu vârsta atât la bărbați (de la 5,0 mmol/l la grupa de vârstă 18-29 de ani la 5,9 mmol/l la grupa de vârstă 60-69 de ani), cât și la femei (de la 4,9 mmol/l la grupa de vârstă 18-29 de ani la 5,9 mmol/l la grupa de vârstă 60-69 de ani).



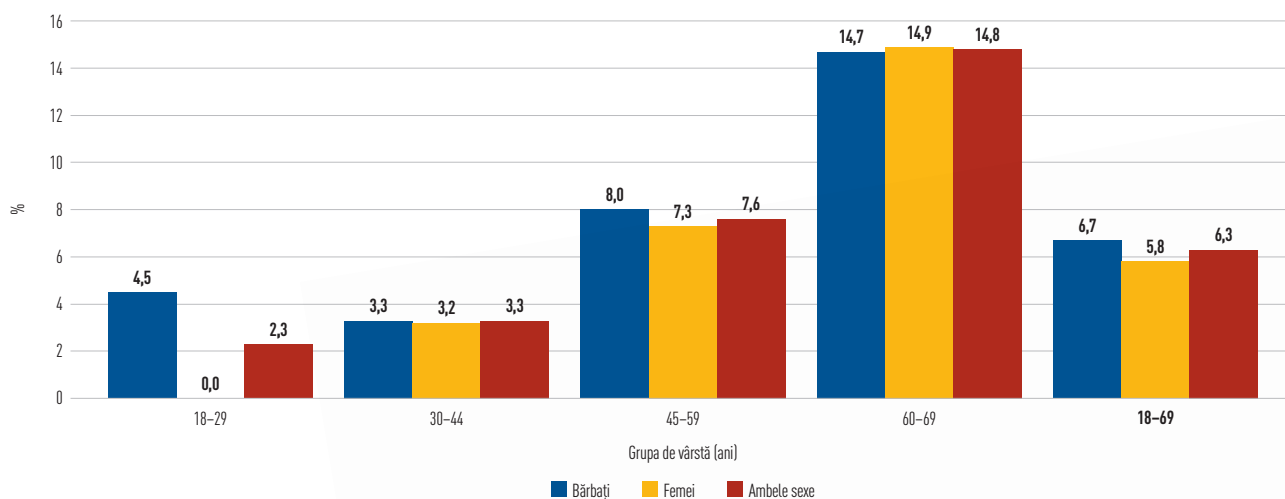


**Fig. 57.** Prevalența GJA, în funcție de sex și vârstă (%)

La fiecare a zecea persoană (9,9%) s-a constatat o glicemie a jeun alterată (GJA) sau prediabet, fără diferențe semnificative între bărbați (10,0%) și femei (9,8%) (Fig. 57). Prevalența GJA a crescut treptat odată cu vârsta la nivelul întregii populații și atât la bărbați, cât și la femei: prevalența în grupa de vârstă 60-69 era de peste două ori mai mare decât cea din grupa de vârstă 18-29 (7,0% vs. 15,9%).

Un total de 6,3% dintre persoane aveau un nivel de glucoză plasmatică  $\geq 7,0$  mmol/l sau administrau medicamente pentru diabet; 6,7% dintre bărbați și 5,8% dintre femei (Fig. 58). Proportia persoanelor cu glicemie crescută a crescut de la 2,3% în grupa de vârstă 18-29 la 14,8% în grupa de vârstă 60-69, cu cea mai semnificativă creștere în grupele de vârstă 45-59 și 60-69 de ani.

**Fig. 58.** Fig. 58. Procentul populației cu glicemie ridicată sau care la moment administrează medicamente pentru diabet, pe sexe și vârste (%)



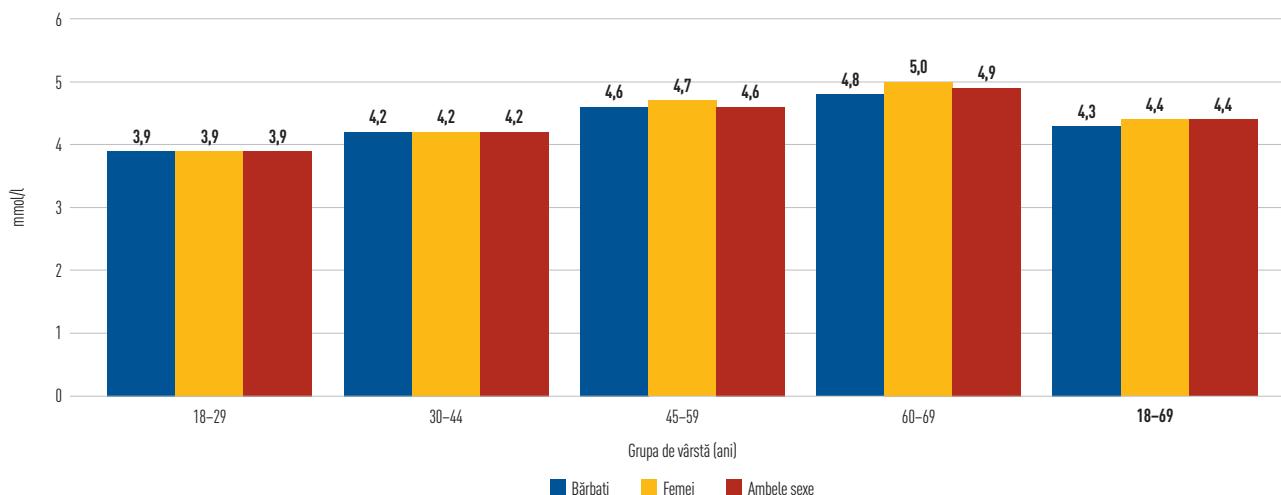
**Tabelul 19.** Distribuția populației în funcție de diagnostic și tratamentul glicemiei crescute (%)

Sexul	n	Glicemie crescută, nediagnosticată anterior (%)	IÎ 95%	Glicemie crescută, diagnosticată anterior, nu iau medicamente (%)	IÎ 95%	Glicemie crescută, diagnosticată anterior, sub tratament medicamentos (%)	IÎ 95%
Bărbați	1400	4,5	2,4–6,5	1,2	0,7–1,8	4,2	3,3–5,2
Femei	1923	3,2	2,3–4,1	2,1	1,4–2,8	5,3	4,3–6,3
<b>Ambele sexe</b>	<b>3323</b>	<b>3,8</b>	<b>2,6–5,1</b>	<b>1,7</b>	<b>1,2–2,1</b>	<b>4,8</b>	<b>4,0–5,5</b>

#### 4.16.2 Colesterolul din sânge

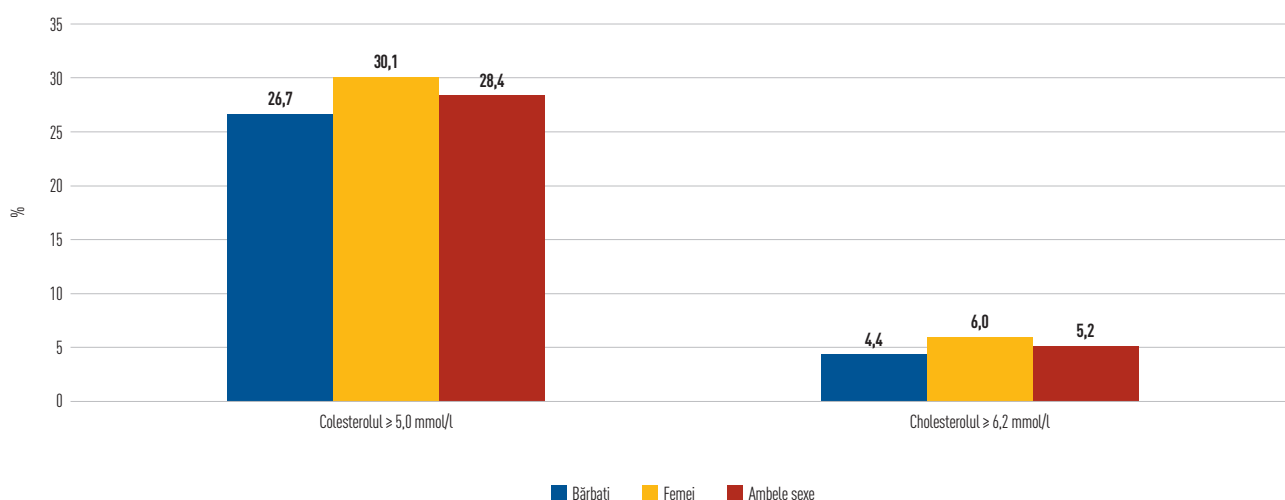
Nivelul mediu al colesterolului total din sânge în populație, inclusiv al celor care iau în prezent medicamente pentru colesterol ridicat, era de 4,4 mmol/l, similar la bărbați și femei (Fig. 59). Nivelurile medii ale colesterolului total din sânge au avut tendința de a crește treptat odată cu vârsta, atât la bărbați, cât și la femei, iar diferențele au fost semnificative din punct de vedere statistic.

**Fig. 59.** Colesterolul total mediu, în funcție de sex și vârstă



Un total de 28,4% din populație avea nivelul de colesterol în sânge  $\geq 5,0$  mmol/l, iar 5,2% avea nivel  $\geq 6,2$  mmol/l (Fig. 60). Prevalența colesterolului total ridicat a crescut odată cu vârsta, atât la bărbați, cât și la femei. Proporția femeilor din ambele categorii era mai mare decât cea a bărbaților, dar diferența nu era semnificativă din punct de vedere statistic.

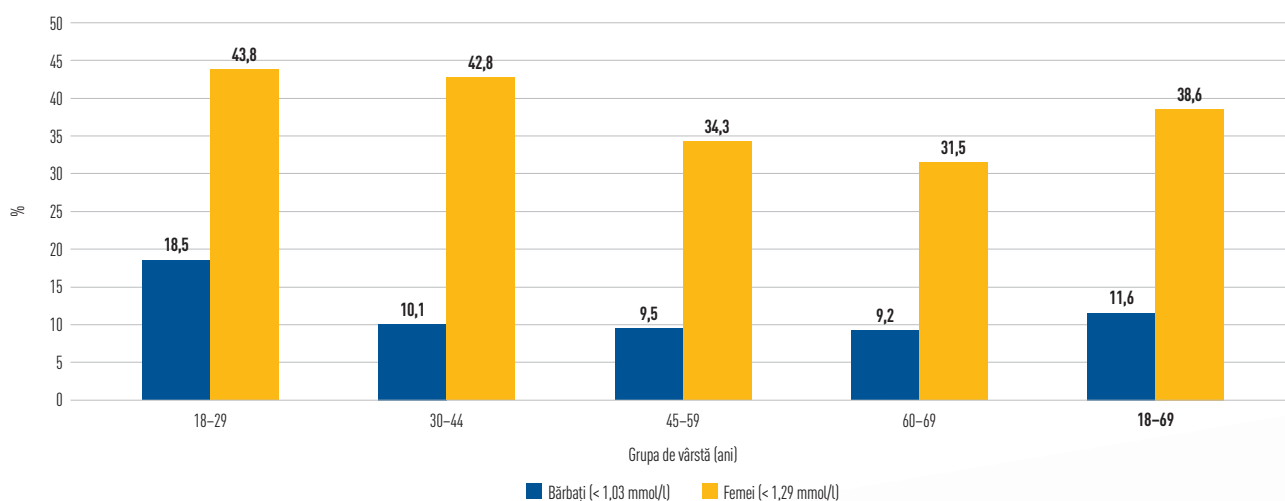




Nivelul mediu general al colesterolului HDL în populație era de 1,4 mmol/l, similar la bărbați și femei (anexa 3: Tabelul 287). Patru din 10 femei (38,6 %) aveau un nivel scăzut de colesterol HDL (< 1,29 mmol/l) (Fig. 61). Proporția respectivă era de peste trei ori mai mare decât cea a bărbaților, dintre care 11,6% aveau un nivel scăzut de HDL (< 1,03 mmol/l). S-a constatat că nivelurile de HDL diferă între grupele de vârstă, dar diferențele nu erau semnificative din punct de vedere statistic.

**Fig. 60.** Procentul populației cu un nivel al colesterolului total în sânge ≥ 5,0 mmol/l și ≥ 6,2 mmol/l sau care la moment administrează medicamente pentru colesterol ridicat, pe sexe (%)

**Fig. 61.** Procentul de populație cu colesterol HDL scăzut, pe sexe și vârste (%)



## 4.17 Riscul de BCV

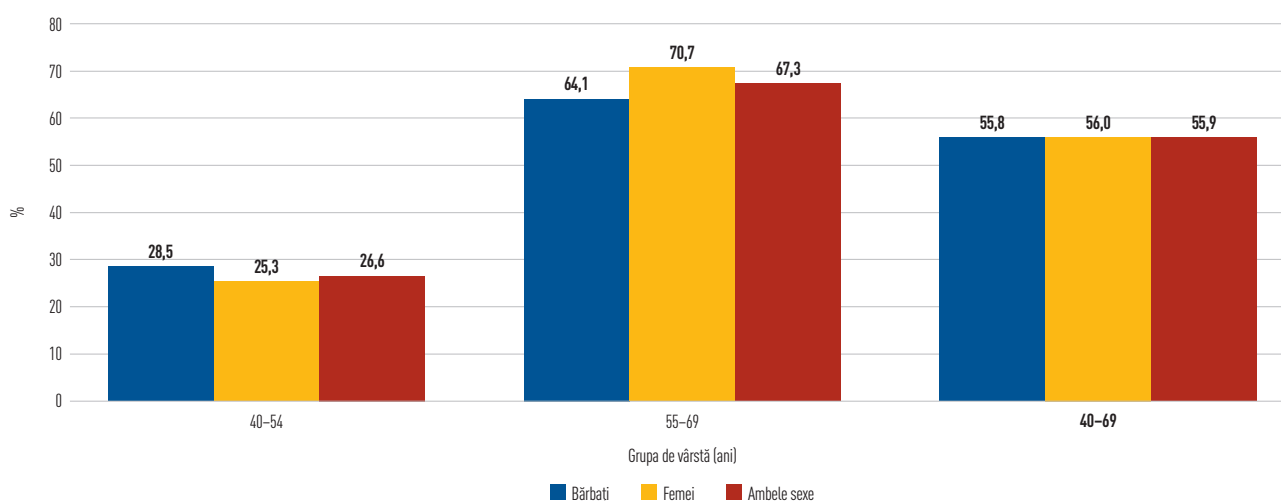
Riscul de 10 ani pentru BCV  $\geq 30\%$  a fost definit în funcție de vârstă, sex, statutul de fumător, istoricul de diabet și BCV, TAS, glicemie a jeun și colesterolul total. Procentul de persoane cu vârste cuprinse între 40 și 69 de ani care se încadrează în categoria de risc de BCV pe 10 ani  $\geq 30\%$  sau cu BCV existente constituia 12,6%, fără diferențe semnificative între bărbați (12,5%) și femei (12,8%) (Tabelul 20). În rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 55 și 69 de ani, s-a constatat că 18,5% dintre acestea prezentau un risc de BCV pe 10 ani  $\geq 30\%$  sau BCV existente; acest procent era de 2,5 ori mai mare decât cel al persoanelor cu vârste cuprinse între 40 și 54 de ani (7,0%).

**Tabelul 20.** Procentul populației cu un risc de BCV pe 10 ani  $\geq 30\%$  sau cu BCV existente, pe sexe și vârstă (%)

Grupa de vârstă (ani)	Bărbați			Femei			Ambele sexe		
	n	%	IÎ 95%	n	%	IÎ 95%	n	%	IÎ 95%
40–54	440	5,5	2,9–8,0	532	8,5	5,7–11,4	972	7,0	4,9–9,0
55–69	607	20,4	16,4–24,4	836	16,8	13,4–20,1	1443	18,5	15,6–21,3
<b>40–69</b>	<b>1047</b>	<b>12,5</b>	<b>10,0–15,0</b>	<b>1386</b>	<b>12,8</b>	<b>10,4–15,1</b>	<b>2415</b>	<b>12,6</b>	<b>10,7–14,5</b>

Dintre toți cei cu vârste cuprinse între 40 și 69 de ani cu un risc de BCV pe 10 ani  $\geq 30\%$  sau cu BCV existente, 55,9% administrau tratament medicamentos și consiliere (inclusiv controlul glicemiei) pentru a preveni atacurile de cord și accidentele vasculare cerebrale (Fig. 62). Consilierea a fost definită ca fiind sfatul primit de la un medic sau de la un alt lucrător medical de a renunța la utilizarea de tutun sau de a nu începe, de a reduce sarea din alimentație, de a consuma cel puțin cinci porții de fructe și/sau legume pe zi, de a reduce grăsimile din alimentație, de a începe să facă (sau de a face mai multă) activitate fizică și de a menține o greutate corporală sănătoasă sau de a pierde în greutate. Nu s-a constatat nicio diferență semnificativă între sexe, dar exista o diferență semnificativă între cele două grupe de vârstă: 26,6% în grupa de vârstă 40–54 față de 67,3% în grupa de vârstă 55–69.

**Fig. 62.** Procentul populației cu un risc de BCV pe 10 ani  $\geq 30\%$  sau cu BCV existente care beneficiază de terapie medicamentoasă și consiliere pentru prevenirea atacurilor de cord și a accidentelor vasculare cerebrale, pe sexe și vârstă (%)



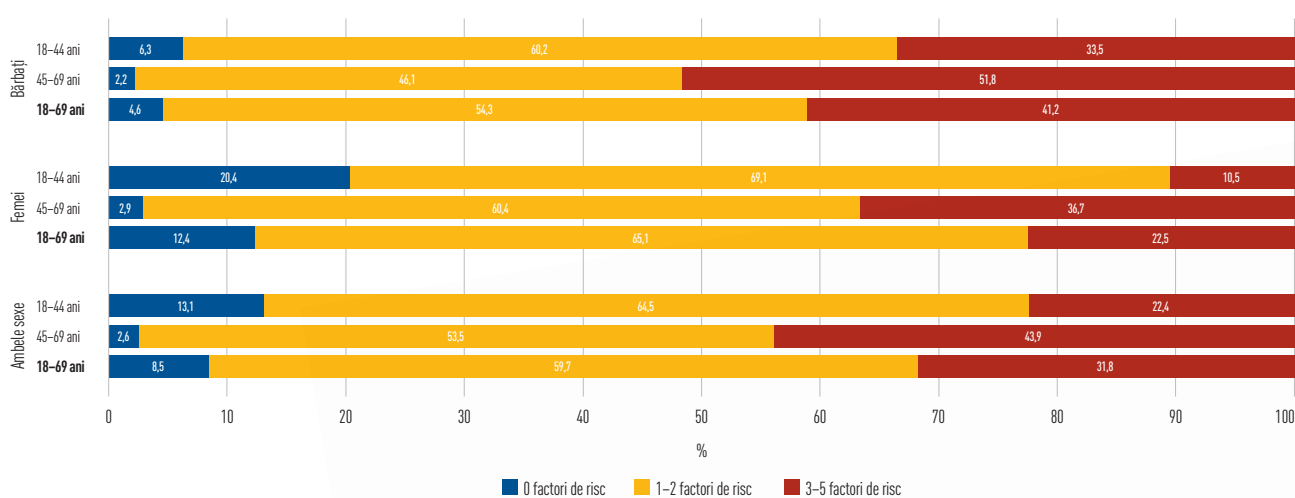
## 4.18 Rezumatul factorilor de risc combinați

Au fost analizați factorii de risc combinați de BCV la populație. În baza rezultatelor interviurilor și a măsurătorilor fizice și biochimice, au fost utilizați următorii factori de risc:

- fumatul zilnic actual;
- mai puțin de cinci porții de fructe și/sau legume pe zi;
- nerespectarea recomandărilor OMS privind activitatea fizică pentru sănătate (adică mai puțin de 150 de minute de activitate de intensitate moderată pe săptămână sau echivalentul);
- supraponderalitate sau obezitate ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ );
- tensiune arterială crescută ( $TAS \geq 140 \text{ mmHg}$  și/sau  $TAD \geq 90 \text{ mmHg}$  sau care iau în prezent medicamente pentru tensiune arterială crescută).

La nivelul întregii populații, 8,5% nu au avut niciunul dintre cei cinci factori de risc de mai sus; 59,7% au avut 1-2 factori de risc; și 31,8% au avut 3-5 factori de risc (Fig. 63). Prevalența a 3-5 factori de risc combinați era semnificativ mai mare în grupa de vârstă 45-69 (43,9%), iar prevalența a 1-2 factori de risc era mai mare în grupa de vârstă 18-44 (64,5%). De asemenea, proporția bărbaților cu 3-5 factori de risc (41,2%) era aproape de două ori mai mare decât cea a femeilor (22,5%), iar proporția femeilor cu 1-2 factori de risc (65,1%) era mai mare decât cea a bărbaților (54,3%). În timp ce proporția bărbaților cu 3-5 factori de risc creștea de 1,5 ori odată cu vârsta, cea a femeilor creștea de peste trei ori, deși la niveluri mai scăzute. Niciunul dintre factorii de risc menționați mai sus nu a fost găsit la 4,6% dintre bărbați și 12,4% dintre femei.

**Fig. 63.** Distribuția populației în funcție de numărul de factori de risc combinați, pe sexe și grupa de vârstă (%)



## 5 Discuție

Actualul studiu STEPS este cel de-al doilea studiu național privind prevalența factorilor de risc ai BNT efectuat în rândul populației adulte cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani din Republica Moldova și a fost realizat ca parte a sistemului național de supraveghere a BNT și a factorilor de risc ai acestora. Studiul oferă noi informații și date privind prevalența BNT și a principalilor factori de risc ai acestora, care sunt comparabile la nivel național și internațional datorită metodologiei standardizate utilizate. Astfel, rezultatele permit monitorizarea stării de sănătate a populației și a factorilor determinanți pentru sănătate, evaluarea programelor de sănătate și analiza în timp a tendințelor.

La studiu au participat adulți cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani, de ambele sexe, rezidenți din toate raioanele, din Unitatea Teritorială Autonomă Gagauz-Yeri și din municipiile Chișinău și Bălți. Studiul nu a cuprins unitățile administrativ-teritoriale din stânga Nistrului și municipiul Tighina.

Designul studiului și ponderarea datelor înseamnă că rezultatele pot fi considerate reprezentative nu numai pentru întreaga populație adultă în vârstă de 18-69 de ani din Republica Moldova, ci și pentru opt grupe de vârstă/sex și pentru zonele rurale/urbane de reședință.

Nivelurile de participare la studiu au variat în funcție de grupele de vârstă și de sex; au existat mai mulți participanți în grupele de vârstă mai înaintate decât în cele mai tinere și mai multe femei decât bărbați. Rata generală de răspuns a fost de 71,1% și a fost similară pentru zonele rurale și urbane. Rata generală de non-răspuns a fost de 28,9% și a inclus: nimeni acasă/nu a răspuns nimeni sau casă abandonată (16,6%); doar locuitori în vârstă ( $\geq 70$  de ani) care trăiesc în casă (8,7%); și refuzul de a participa (3,6%). Faptul că colectarea datelor s-a desfășurat în timpul pandemiei de COVID-19 este posibil să fi afectat rata de răspuns.

### 5.1 Principalele rezultate și comparația cu STEPS 2013

Ambele studii STEPS (2013 și 2021) au relevat o prevalență ridicată spre foarte ridicată a factorilor de risc comportamentali și metabolici în rândul populației adulte din Republica Moldova (a se vedea Anexa 4).

#### 5.1.1 Utilizarea de tutun

În 2021, trei din 10 persoane (29,9%) erau utilizatori actuali de tutun (inclusiv fumatul, consumul de produse din tutun care nu se aprinde și PTÎFA). Prevalența utilizării de tutun la ambele sexe a crescut cu 18% între 2013 și 2021, în special

în rândul bărbaților (19%). Fumatul de tutun este în continuare cel mai popular mod de utilizare a tutunului și nu s-au atestat diferențe semnificative în ceea ce privește frecvența fumatului de tutun în 2013 și 2021. Mai mult de un sfert dintre adulții cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani erau fumători actuali de tutun (25,3% în 2013 și 27,6% în 2021). A existat o mare discrepanță între sexe, bărbații fiind mult mai susceptibili de a fi fumători actuali de tutun decât femeile: în ambele studii, raportul dintre bărbații și femeile fumători de tutun a fost de circa 8:1. În 2021 s-a constatat o diferență semnificativă între mediul urban și cel rural în ceea ce privește fumatul actual de tutun, cu o prevalență mai mare în rândul rezidenților din mediul urban (31,2%) decât în rândul omologilor lor din mediul rural (23,8%). Raportul dintre fumătorii actuali de tutun din mediul urban și rural a crescut de la 1,13 în 2013 la 1,31 în 2021. Țigaretile fabricate au fost produsul de tutun cel mai des utilizat, iar numărul de țigarette fumate pe zi a continuat să fie ridicat.

S-au înregistrat progrese modeste în combaterea epidemiei de tabagism, în pofida adoptării și punerii în aplicare a unei game cuprinzătoare de măsuri politice: impozitarea tutunului; interzicerea publicității, promovării și sponsorizării; restricții de vânzare (interzicerea vânzărilor către persoanele sub 18 ani, interzicerea expunerii vizibile a produselor din tutun în spațiile comerciale accesibile publicului, îndepărtarea fizică a punctelor de vânzare a tutunului de instituțiile de învățământ și medicale); etichetarea și trasabilitatea produselor din tutun; avertismente privind dauna fumatului (inclusiv pictograme); și sancțiuni în caz de încălcare (24, 33, 34). O întârziere medie de 0,6 ani în inițierea fumatului a fost atestată între 2013 și 2021 la ambele sexe, în special la bărbați (0,6 ani); în același timp, datele studiului au arătat o creștere a prevalenței utilizării de tutun. Acest lucru poate indica necesitatea de a revizui unele dintre conținuturile și strategiile utilizate pentru a crește gradul de conștientizare a efectelor fumatului asupra sănătății, alături de eforturile de consolidare a punerii în aplicare și monitorizării. Între timp, produsele noi din tutun, cum ar fi PTÎFA și țigările electronice, au devenit populare, în special în rândul persoanelor tinere: 5,6% dintre persoanele din grupa de vârstă 18-29 de ani au utilizat PTÎFA, ceea ce ar putea fi un factor care să contribuie la creșterea utilizării de tutun. Legislația privind tutunul a fost modificată recent (în 2021) pentru a include produsele noi din tutun (24).

Prevalența fumatului pasiv la domiciliu a crescut cu 41% la ambele sexe între cele două studii – o creștere semnificativă, care a fost deosebit de accentuată în rândul bărbaților (59%). A existat o diferență tot mai mare între sexe în ceea ce privește fumatul pasiv la domiciliu, proporția bărbaților expuși în 2021 fiind de 1,4 ori mai mare decât cea a femeilor, în creștere de la 1,1 în 2013. În pofida faptului că fumatul în spațiile publice închise, inclusiv la locurile de muncă, a fost interzis începând cu 2016 (24), aproximativ un sfert din populație (26,2% în 2013 și 26,4% în 2021) a continuat să fie expusă la fumatul pasiv la locul de muncă, proporția bărbaților fiind de două ori mai mare decât cea a femeilor. Dacă mulți dintre cei expuși sunt nefumători, înseamnă că expunerea globală la tutun în rândul bărbaților adulți de vârstă mijlocie din întreaga populație ar putea fi de peste 75%. Prevalența ridicată a fumatului activ și pasiv sugerează că s-au

Înregistrat puține progrese în ceea ce privește controlul tutunului și reducerea poverii BNT - în special în ceea ce privește atingerea țintei ODD 3.a, care se axează pe îmbunătățirea controlului tutunului, a țintei internaționale privind BNT pentru 2025 de reducere cu 30% a utilizării de tutun și a țintei naționale privind BNT pentru 2020 de reducere cu 3%. Acest lucru indică necesitatea unei implementări și monitorizări eficiente a legislației privind tutunul, inclusiv a spațiilor publice fără fum de tutun.

În 2021 televiziunea a fost principala sursă mass-media de informare cu privire la pericolele fumatului și la recomandările de renunțare la fumat. Mai puțin de 2% din populație observase panourile de promovare a țigaretelor în magazinele care vând țigaretete și mai puțin de 1% observase alte forme de promovare a țigaretelor, cum ar fi promoțiile de preț și marca. Mai mult de 90% dintre fumătorii actuali văzuseră avertismentele privind dauna fumatului de pe pachetele de țigaretete, dar mai puțin de jumătate (38,9%) luaseră în considerare posibilitatea de a renunța la fumat. Pe lângă îmbunătățirile în ceea ce privește aplicarea și punerea în aplicare a legislației privind controlul tutunului, este necesară o mai bună conștientizare a pericolelor pentru a reduce riscurile de BNT.

### 5.1.2 Consumul de alcool

Deși consumul de alcool, o altă problemă majoră de sănătate publică, una generală în Republica Moldova, s-au înregistrat progrese în reducerea consumului episodic abuziv. Prevalența acestui tip de consum de alcool a scăzut la ambele sexe cu 29% din 2013, cu o reducere substanțială (de trei ori) la femei, dar nu și la bărbați. Această reducere este o contribuție la realizarea țintei ODD 3.5, care se referă la consumul nociv de alcool, a țintei internaționale privind BNT pentru 2025 de reducere cu 10% a consumului nociv de alcool și a țintei naționale privind BNT pentru 2020 de reducere cu 5%. Pentru a reduce accesibilitatea alcoolului, în 2019 a fost adoptată o creștere treptată (2021-2023) a accizelor la băuturile alcoolice, inclusiv la bere, pusă în aplicare din 2021 (34). Alți factori care ar putea avea un efect sunt introducerea unui registru al podgoriilor și al vinurilor în 2017 (35), ceea ce limitează producția de vin pentru consumul casnic; și o posibilă reducere sezonieră a disponibilității vinului de casă neînregistrat, deoarece colectarea datelor a început la sfârșitul lunii august în 2021 și în octombrie în 2013. În pofida acestei schimbări pozitive modeste, fiecare al șaptelea adult – și fiecare al patrulea bărbat – era un consumator episodic abuziv de alcool în 2021. Pe lângă o gamă largă de probleme de sănătate, acest tip de consum de alcool dă naștere la probleme sociale, cum ar fi violența în familie și în comunitate, tulburarea liniștii publice și performanțe slabe la locul de muncă. De aceea, problema trebuie abordată multilateral.

Prevalența abstenențelor pe viață, la ambele sexe, a scăzut de aproximativ 2,5 ori între 2013 și 2021. În aceeași perioadă, prevalența celor care s-au abținut în ultimele 12 luni a crescut cu 60%. Aceste schimbări în pattern-ul de consum de alcool pot fi rezultatul unor probleme de sănătate, în cazul abstenențelor de 12 luni, precum și al publicității consumului moderat de alcool de către

industrie . Vânzarea de alcool minorilor (sub 18 ani) și între orele 22.00 și 08.00 este interzisă, (36) dar insuficient pusă în aplicare. Berea a fost recunoscută ca fiind o băutură alcoolică abia în 2017 – înainte de aceasta i se făcea multă publicitate și cei vizați în special erau adolescenții. Legislația recent adoptată privind publicitatea (37) a introdus unele restricții, interzicând (printre altele) „publicitatea care încurajează consumul excesiv de alcool”, dar nu descurajează consumul moderat sau abținerea de alcool. Publicitatea pentru alcool este, prin urmare, o problemă care trebuie abordată pe deplin pentru a reduce povara tot mai mare a BNT din cauza consumului de alcool, precum și impactul social și economic al acestuia.

Prevalența generală a consumatorilor actuali de alcool a fost ridicată și a rămas în mare parte neschimbată (61,9% în 2013 și 63,2% în 2021). În zonele urbane, aproape șapte din 10 persoane (68,2%) erau consumatori actuali de alcool în 2021, comparativ cu 57,8% în zonele rurale. Pattern-urile consumului de alcool s-au schimbat între 2013 și 2021: consumul de alcool a crescut în zonele urbane, de la 59,0% la 68,2%, iar în zonele rurale a scăzut de la 64,5% la 57,8%. Spre deosebire de deciziile ferme luate în ceea ce privește controlul tutunului, politicile de sănătate care vizează reducerea consumului nociv de alcool au trebuit să concureze cu considerentele economice. Republica Moldova este o țară producătoare de vin, iar producția de vin din struguri este considerată în general o parte importantă a sectorului agricol și a economiei. Vinul este utilizat pe scară largă pentru promovarea turismului (38), și este, de asemenea, unul dintre principalele exporturi ale țării. (39). Vinul nu este supus accizelor în Republica Moldova (34).

Aproape jumătate din populație a consumat alcool neînregistrat, nivelul de consum fiind puțin schimbat între 2013 (46,6%) și 2021 (47,2%). Cu toate acestea, în rândul populației urbane, frecvența consumului de alcool neînregistrat a crescut cu 51% (de la 26,2% în 2013 la 39,5% în 2021). Ca pondere din totalul alcoolului consumat, consumul de alcool neînregistrat a crescut de la 37,0% în 2013 la 41,5% în 2021, dar creșterea nu a fost uniformă la nivelul întregii populații. Consumul de băuturi spirtoase preparate la domiciliu s-a dublat între 2013 (15,1%) și 2021 (31,0%), iar consumul de vinuri preparate la domiciliu a scăzut în aceeași perioadă cu 25% (de la 78,7% în 2013 la 59,3% în 2021). Aceste schimbări în pattern-urile consumului de alcool neînregistrat au fost atestate atât la bărbați, cât și la femei și în toate grupele de vârstă din studiu. În mod clar, este nevoie de o reglementare mai eficientă și mai amplă pentru a combate consumul de alcool. Aceasta ar trebui să includă interzicerea oricărui tip de publicitate și sponsorizare a alcoolului; punerea în aplicare, aplicarea și monitorizarea reglementărilor ulterioare; și măsuri de sensibilizare cu privire la riscurile pentru sănătate asociate cu orice cantitate de alcool consumată.

### 5.1.3 Regimul alimentar

Obiceiurile alimentare nesănătoase erau frecvente în Republica Moldova. Chiar dacă datele studiului au fost colectate toamna, când fructele și legumele locale

erau cele mai disponibile, mai mult de șase din 10 persoane (63,4%) consumau mai puțin decât cele cinci sau mai multe porții recomandate de fructe și legume pe zi în 2021, fără diferențe semnificative între bărbați și femei. Situația a rămas neschimbată față de 2013, când cifra corespunzătoare era de 66,6 %. Creșterea consumului de fructe și legume a fost un aspect-cheie al „creării unui mediu alimentar sănătos” în cadrul Programului național în domeniul alimentației și nutriției (18), dar intervențiile reale au fost limitate la educație pentru sănătate. Consumul de BÎZ a fost de două ori mai răspândit în rândul bărbaților decât în rândul femeilor: 7,3% dintre bărbați consumau BÎZ zilnic, iar 18,0% - de 4-6 ori pe săptămână, în timp ce în rândul femeilor cifrele corespunzătoare au fost de 3,4% și 9,0%. Consumul de BÎZ era, de asemenea, mult mai mare în grupele de vârstă mai tinere. A fost luată o decizie de impozitare a BÎZ (18), dar care nu este încă adoptată. Alături de alte măsuri de sănătate publică, impozitarea BÎZ face parte din proiectul noului Program național de prevenire și control al BNT prioritar pentru anii 2022-2030 și din planul de acțiuni al acestuia. Mai degrabă în practică decât pe hârtie, eforturile de creștere a consumului de fructe și legume trebuie să fie îmbrățișate de politica de sănătate publică.

#### 5.1.4 Sănătatea orală

Sănătatea orală în rândul populației adulte a fost evaluată în cadrul studiului STEPS 2021. Rezultatele au arătat o scădere de patru ori a proporției de persoane cu cel puțin 20 de dinți naturali în grupa de vârstă 60-69 (27,1%) în comparație cu grupa de vârstă 18-29 (97,2%). Consultarea unui stomatolog în mod regulat nu a era o practică obișnuită la nivelul întregii populații. Doar o treime din populație (33,8%) a consultat un stomatolog în ultimele 12 luni, cu o proporție mai mare de femei (40,2%) decât de bărbați (27,3%). Durerea sau problemele cu dinții sau gingiile au fost principalul motiv (38,2%) pentru cea mai recentă vizită la stomatolog. Doar una din cinci persoane (20,7%) a vizitat un stomatolog pentru o consultație sau consiliere. O constatare pozitivă este faptul că aproape nouă din zece persoane (86,5%) își curăță dinții cel puțin o dată pe zi, folosind pastă de dinți. Cu toate acestea, este nevoie de o strategie pentru a-i ajuta pe cei care prezintă un risc mai mare, continuând în același timp să se stimuleze practicile de igienă orală în rândul persoanelor mai tinere.

#### 5.1.5 Activitatea fizică

Unul din 10 adulți în 2021 (9,1%) nu a respectat recomandările OMS privind activitatea fizică pentru sănătate, cu puține schimbări față de 2013 (10,1%). Proporția populației rurale care nu a respectat recomandările OMS a scăzut cu 43% între 2013 și 2021 (de la 8,7% la 5,0%), iar proporția populației urbane a rămas în mare parte neschimbată, la 11,6% în 2013 și 12,9% în 2021. Adulții au petrecut în medie mai puțin timp (în scădere cu 24%) făcând activitate fizică în 2021 decât în 2013 (în scădere cu 20% în zonele rurale și cu 26% în zonele urbane). Scăderea timpului de activitate fizică a fost constatată la ambele sexe și la toate grupele de vârstă. Mai mult de jumătate (55,2%) din totalul activității



fizice era legată de muncă în 2021, 36,5% de deplasarea dintr-un loc în altul și doar 7,6% de timpul liber. Timpul zilnic mediu de sedentarism la nivelul întregii populații a crescut cu aproximativ 24% între 2013 și 2021, cu o creștere mai mare la femei (28,3%) decât la bărbați (20,4%) și la populația rurală (42,0%) decât la omologii lor din mediul urban (10,0%). Lipsa de activitate fizică este un factor de risc pentru supraponderabilitate și obezitate, BCV și diabet.

### 5.1.6 Depresia

Fiecare al 12-lea adult (8,3%) a raportat simptome compatibile cu depresia în 2021. Cu toate acestea, doar 1,7% din populația totală a fost informată de un medic că suferă de depresie și doar aproximativ jumătate dintre cei care au fost diagnosticați (54,5%) au primit tratament. Prevalența simptomelor de depresie raportate și a depresiei diagnosticate a fost mai mică decât cea din Ucraina (12,4% și, respectiv, 3,0% în 2019) (40). Depistarea și tratamentul depresiei sunt abordate prin Programul național de sănătate mintală pentru anii 2017-2021 și planul de acțiune al acestuia (41), și sunt disponibile medicamente compensate (42). Centrele speciale oferă comunităților servicii de sănătate mintală (inclusiv pentru depresie). Un nou proiect de program național de sănătate mintală este în curs de elaborare de către Ministerul Sănătății.

### 5.1.7 Tensiunea arterială crescută

În 2021 fiecare a cincea persoană (22,5%) fusese diagnosticată anterior cu tensiune arterială crescută, cu o proporție mai mare de femei (25,5%) decât de bărbați (19,5%). Aceste valori s-au schimbat puțin față de cele obținute în studiul din 2013. Dintre persoanele diagnosticate cu hipertensiune arterială, trei sferturi (72,8%) luau în prezent medicamente pentru tensiune arterială crescută – o creștere de 58% față de cifra din 2013. În 2013 prevenirea și controlul BNT au devenit intervenții de bază în cadrul AMP: măsurarea tensiunii arteriale la adulții cu vârsta de 18 ani și peste, precum și depistarea timpurie, tratamentul și controlul hipertensiunii arteriale au fost stabilite ca indicatori de performanță și a fost introdusă plata pentru performanță (43). Tot atunci au fost stabilite, de asemenea, o listă de medicamente antihipertensive (revizuită și extinsă periodic) și un mecanism de compensare (42).

Între 2013 și 2021, TAS medie în populația totală a scăzut cu 3,6 mmHg (o scădere de 2,8%): cu 3,1 mmHg (scădere de 2,4%) la bărbați și cu 4,1 mmHg (scădere de 3,2%) la femei. S-a înregistrat o scădere de 12,6% a proporției persoanelor cu tensiune arterială crescută sau hipertensiune arterială (TAS  $\geq$  140 și/sau TAD  $\geq$  90 mmHg) sau care iau în prezent medicamente pentru tensiune arterială crescută, în special în grupele de vârstă 30-44 și 45-60 de ani. Această scădere a hipertensiunii arteriale a avut o contribuție semnificativă la atingerea țintei internaționale aferente privind BNT pentru 2025 (reducerea cu 25% a tensiunii arteriale crescute) și a țintei naționale privind BNT pentru 2020 (reducere cu 10%). Proporția persoanelor de ambele sexe cu tensiune arterială crescută, dar care nu iau în prezent medicamente pentru a o trata, a scăzut cu 34,4%

între 2013 și 2021: cu 29,8% la bărbați și cu 39,4% la femei. S-au înregistrat progrese în ceea ce privește creșterea proporției celor cu hipertensiune arterială diagnosticată anterior care au avut tensiunea arterială crescută sub control (de la 4,1% în 2013 la 13,4% în 2021), dar proporția a fost încă scăzută, ceea ce sugerează necesitatea îmbunătățirii măsurilor de monitorizare. Este posibil ca aceste evoluții pozitive să se fi datorat mai multor factori, inclusiv intervențiilor implementate la nivelul AMP, cum ar fi măsurarea tensiunii arteriale la toți adulții la fiecare vizită la medicul de familie; depistarea și diagnosticarea timpurie a hipertensiunii arteriale (44); accesul îmbunătățit la medicamente antihipertensive (compensare parțială sau totală) (42); includerea depistării precoce, a diagnosticului și a controlului hipertensiunii arteriale ca indicator de plată pentru performanță în cadrul AMP (45); și furnizarea mai largă de consiliere privind stilul de viață și educație pentru sănătate. Deși situația din 2021 era mai bună decât în 2013, este nevoie să se acorde o atenție mai mare depistării precoce, tratamentului și controlului hipertensiunii arteriale, atât în ceea ce privește implementarea, cât și în ceea ce privește eficiența.

### 5.1.8 Supraponderabilitatea și obezitatea

Supraponderabilitatea și obezitatea reprezintă o problemă importantă de sănătate publică, care reprezintă o povară mare pentru sistemele de sănătate; ele reprezintă unul dintre principalii factori de risc pentru BCV și diabet și, mai recent, au fost adesea asociate cu efecte mai grave ale COVID-19. IMC mediu la ambele sexe a fost similar în cele două studii (26,6 kg/m<sup>2</sup> în 2013 și 26,9 kg/m<sup>2</sup> în 2021), deși s-a atestat o creștere semnificativă față de cifra din 2013 (cu 3,8 % sau 1 kg/m<sup>2</sup>) la bărbați, în special în rândul populației rurale (5,8 % sau 1,5 kg/m<sup>2</sup>).

Prevalența obezității la ambele sexe a fost similară în 2013 (22,9%) și 2021 (22,7%); la femei, însă, a scăzut cu 15,6%, mai ales în grupele de vârstă 30-44 și 45-60 de ani. Acest lucru se datorează probabil faptului că femeile au devenit mai preocupate de aspectul lor, deoarece nu au fost implementate măsuri specifice, cu excepția mesajelor generale din mass-media și a sfaturilor medicale pentru a pierde în greutate și pentru a menține o greutate corporală sănătoasă. Stoparea creșterii obezității contribuie la realizarea țintelor internaționale și naționale privind BNT legate de stoparea obezității, a căror durabilitate reprezintă o provocare.

Prevalența generală a supraponderabilității (IMC ≥ 25 kg/m<sup>2</sup>) a crescut alarmant, cu 14,3%, între 2013 și 2021; acest lucru s-a datorat, în special, unei creșteri considerabile (26,4%) a supraponderabilității în rândul bărbaților. O reducere a nivelurilor de activitate fizică și o creștere a timpului petrecut în mod sedentar, combinate cu un aport caloric ridicat, au fost factorii care au determinat probabil creșterea prevalenței supraponderabilității. Raportul mediu talie-șolduri a crescut la femei de la 0,8 în 2013 la 0,9 în 2021, iar la bărbați a rămas neschimbat la 0,9. Conform definiției OMS (31), raportul mediu talie/șolduri la bărbați se afla la limita inferioară a riscului substanțial crescut de complicații metabolice, iar la femei se situa deasupra acestei limite. Luate împreună, obiceiurile alimentare nesănătoase, comportamentele din ce în ce mai sedentare și creșterea supraponderabilității ar

putea duce la o creștere a diabetului, a BNT și a diferitelor tipuri de cancer. Prin urmare, supraponderabilitatea trebuie abordată în continuare printr-o gamă largă de măsuri inter- și multisectoriale.

### 5.1.9 Glicemia crescută

Prevalența glicemiei ridicate sau a diabetului diagnosticat anterior a fost de 6,1% în totalul populației în 2021 și a fost similară cu prevalența din 2013, de 5,5%. Proporția celor cărora nu li s-a măsurat niciodată glicemia s-a înjumătățit în 2021 (21,1%) față de 2013 (40,3%); o scădere semnificativă a fost atestată în toate grupele de vârstă și la ambele sexe. Dintre persoanele diagnosticate anterior cu diabet, șapte din 10 (70,1%) luau medicamente antidiabetice în 2021, ceea ce reprezintă o proporție dublă față de 2013 (36,2%); fiecare a șasea persoană (16,3%) lua insulină în 2021, față de fiecare a noua (11,7%) în 2013. Aceste constatări indică o schimbare pozitivă a atitudinilor și practicilor populației în ceea ce privește măsurile de prevenire a BNT, împreună cu îmbunătățiri în prestarea de servicii de prevenire în cadrul serviciilor de AMP pentru populație. Alături de tratamentul și controlul diabetului, screening-ul diabetului, inclusiv măsurarea glicemiei pentru adulții cu vârstă de 45 de ani și peste, și pentru cei care fac parte din grupa de risc pentru diabet, este unul dintre serviciile de bază prestate de AMP, inclus în indicatorii de plată pentru performanță pentru AMP (45,46).

Media glicemiei a jeun a fost similară în 2013 (5,2 mmol/l) și 2021 (5,3 mmol/l) la nivelul întregii populații, fără diferențe semnificative între bărbați și femei. Prevalența GJA la ambele sexe a crescut de aproape 1,5 ori (45,6%) între 2013 și 2021, în special la bărbați (de 1,7 ori, sau 72,0%). Proporția celor cu glicemie crescută sau care iau în prezent medicamente pentru diabet a fost similară în cele două studii (5,4% în 2013 și 6,3% în 2021), în rândul bărbaților și al femeilor luate în considerare împreună și separat. În același timp, proporția populației diagnosticate cu diabet și care ia medicamente pentru a-l controla aproape s-a dublat între 2013 și 2021 (de la 2,2% la 4,9%).

În ceea ce privește calitatea îngrijirii bolnavilor de diabet constatată în studiul din 2021, două din trei persoane care trăiesc cu diabet (67,7%) au fost supuse la cel puțin două teste HbA1C (hemoglobina glicată) în anul precedent; mai mult de jumătate (55,3%) au fost examinate la ochi în ultimii doi ani; iar 29,8% au fost examinate la picioare în ultimul an. Testul HbA1C și examinarea ochilor și a picioarelor pacienților cu diabet sunt prescrise ca măsuri de monitorizare în Protocolul clinic național privind diabetul (46).

### 5.1.10 Nivelul crescut al colesterolului în sânge

Mai mult de una din 10 persoane (11,2%) a declarat în cadrul studiului din 2021 că a fost diagnosticată anterior cu un nivel ridicat al colesterolului total în sânge, mai mult decât dublu față de procentul din 2013 (4,9%). Proporția femeilor a fost de aproape 1,9 (2013) și de 1,7 (2021) ori mai mare decât cea a bărbaților. Prevalența colesterolului total ridicat diagnosticat anterior a crescut de peste

două ori între 2013 (4,9%) și 2021 (11,2%). Dintre cei diagnosticați anterior cu colesterolul total ridicat, 34,6% luau medicamente hipolipemice, o creștere de 40,7% față de cifra din 2013.

Nivelul mediu al colesterolului total în populația totală a scăzut cu 2,2% între 2013 și 2021, în special cel al femeilor, care a scăzut cu 4,3%. Prevalența colesterolului total ridicat ( $> 5$  mmol/l) sau a tratamentului medicamentos în prezent a fost similară (29,4% în 2013 și 28,4% în 2021). Nivelul mediu de HDL a fost de 1,4 mmol/l, fără diferențe între sexe și fără modificări majore față de 2013. Proporția bărbaților cu un nivel scăzut de HDL ( $< 1,03$  mmol/l) a scăzut cu un factor de 2,4, în special în rândul celor cu vârste cuprinse între 30 și 69 de ani, iar proporția femeilor cu un nivel scăzut de HDL ( $< 1,29$  mmol/l) a suferit puține modificări (39,8% în 2013 și 38,6% în 2021).

### 5.1.11 Istoricul de BCV, riscul de BCV

În 2021, una din 15 persoane (6,9%) a suferit un atac de cord sau avea dureri în piept din cauza unei boli de inimă sau a unui accident vascular cerebral. Prevalența s-a redus aproape la jumătate din 2013, când era de 12,9%. Una din cinci persoane (18,4%) lua în prezent aspirină în mod regulat pentru a preveni sau trata atacul de cord, în creștere de la 7,3% în 2013; și 4,5% luau regulat statine, în creștere de la 2,0% în 2013.

Între 2013 și 2021 s-a înregistrat o schimbare pozitivă în direcția reducerii riscului de BCV. În 2021, fiecare a opta persoană (12,6%) cu vârste cuprinse între 40 și 69 de ani avea un risc de BCV pe 10 ani  $\geq 30\%$  sau o BCV existentă, proporția în rândul celor cu vârste cuprinse între 55 și 69 de ani fiind de peste două ori mai mare (18,5%) decât în rândul celor cu vârste cuprinse între 40 și 54 de ani (7,0%). La nivelul întregii populații și în cadrul ambelor grupe de vârstă, aceste proporții au fost aproape la jumătate față de cele din 2013. Scăderea riscului de BCV  $\geq 30\%$  a fost mai pronunțată în rândul femeilor (cu 52,6% sau de 2,1 ori) decât în rândul bărbaților (cu 32,4% sau de 1,5 ori). Procentul de persoane eligibile care beneficiază de terapie medicamentoasă și consiliere pentru prevenirea atacurilor de cord și a accidentelor vasculare cerebrale s-a îmbunătățit ușor (de la 51,3% în 2013 la 55,9% în 2021) și a fost peste ținta stabilită pentru BNT de acoperire de cel puțin 50% (6).

### 5.1.12 Screening-ul cancerului de col uterin

Două treimi din totalul femeilor din 2021 (65,1%) au făcut vreodată un test de screening pentru cancerul de col uterin: 66,4% dintre femeile din mediul rural și 64,0% dintre femeile din mediul urban. În grupa de vârstă cea mai expusă la risc, 30-49 de ani, 72,2% dintre femei făcuseră vreodată un test de screening pentru cancerul de col uterin. Proporția de femei testate pentru cancerul de col uterin s-a îmbunătățit ușor între 2013 și 2021, crescând cu 1,9 puncte procentuale în toate grupele de vârstă și cu 2,5 puncte procentuale în grupa de vârstă 30-49 de ani. Cu toate acestea, în pofida unei acoperiri relativ ridicate a screening-ului

pentru cancerul de col uterin, incidența prin cancer de col uterin și mortalitatea cauzată de cancerul de col uterin ridicate au persistat (11). Deși programul de screening cervical a fost revizuit și îmbunătățit în ultimii ani, această problemă necesită în continuare o atenție sporită. Alături de prevenirea, depistarea precoce și controlul hipertensiunii arteriale, al BCV și al diabetului, screening-ul cancerului de col uterin face parte din răspunsul la epidemia de BNT, determinat de AMP, și este unul dintre indicatorii de plată pentru performanță în cadrul AMP (45).

### 5.1.13 Factori de risc combinați, sfaturi privind stilul de viață

O treime (31,8%) din populație avea 3-5 factori de risc de BNT în 2021; proporția a fost de două ori mai mare în rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 45 și 69 de ani (43,9%) decât în rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 18 și 44 de ani (22,4%). Deși prevalența persoanelor cu 3-5 factori de risc la nivelul întregii populații s-a schimbat puțin între 2013 și 2021 (când cifrele au fost de 30,3% și, respectiv, 31,8%), diferența dintre bărbați și femei s-a mărit: în 2013, prevalența în rândul bărbaților era de 1,4 ori mai mare decât în rândul femeilor, iar în 2021 aceasta a crescut la 1,8 ori. Trebuie remarcat faptul că discrepanța de gen a crescut, de asemenea, odată cu vârsta: în 2021, prevalența femeilor cu vârste cuprinse între 45 și 69 de ani cu 3-5 factori de risc a fost de 3,5 ori mai mare decât cea a femeilor cu vârste cuprinse între 18 și 44 de ani (deși această diferență s-a redus din 2013, când era de 4,1 ori mai mare). În aceeași perioadă, prevalența la bărbații în vârstă de 45-69 de ani cu 3-5 factori de risc a fost de 1,6 ori mai mare decât la bărbații în vârstă de 18-44 de ani (deși acest decalaj s-a redus din 2013, când a fost de 1,8 ori mai mare).

Fiecare a cincea până la fiecare a șaptea persoană primise diverse sfaturi privind stilul de viață din partea unui medic sau a unui alt lucrător medical în ultimele 12 luni. Proporțiile persoanelor care au primit astfel de sfaturi au crescut între 2013 și 2021.

## 5.2 Punctele forte și limitările

Studiile STEPS sunt robuste și oferă o sursă unică și solidă de informații privind principalii factori de risc ai BNT. Acestea utilizează o metodologie extrem de standardizată a OMS care permite obținerea de date comparabile la nivel național și internațional.

Studiul a utilizat eșantionarea „în cuiburi” în mai multe etape, iar mărimea eșantionului de aproximativ 6,000 de participanți a fost calculată pe baza unui număr de factori, cum ar fi nivelul de încredere, marja de eroare acceptabilă, efectul estimat al designului, nivelul de bază estimat al factorilor de risc care urmează să fie măsurați, opt grupe de vârstă/sex și o rată anticipată de non-răspuns. În consecință, datele sunt reprezentative la nivel național și permit realizarea de estimări pentru cele opt grupe de vârstă/sex și pentru straturile rurale/urbane.

Datele privind mai mulți factori de risc au fost colectate simultan, ceea ce a permis: (a) estimarea progreselor înregistrate în atingerea țintelor acceptate/convenite în materie de BNT; (b) calcularea riscului total; (c) estimarea riscului de BCV pe 10 ani  $\geq$  30%.

Utilizarea eSTEPS a permis verificarea imediată a erorilor, utilizarea tiparelor de omitere automată și economii considerabile de timp și de cheltuieli pentru colectarea datelor.

Măsurătorile obiective efectuate în etapele 2 și 3 ale studiului au permis efectuarea unei estimări în cazul persoanelor cu afecțiuni, dar care nu erau conștiente de prezența acestora sau de eficacitatea tratamentului.

Studiul a avut, de asemenea, unele limitări. Rata de răspuns la studiu a fost mai mică decât se anticipa. Datele de la cel mai recent recensământ al populației, efectuat în 2014, au fost utilizate pentru procedurile de eșantionare a studiului, fără o listă actualizată a gospodăriilor. Două probleme majore care afectează în prezent Republica Moldova – emigrarea forței de muncă și îmbătrânirea populației – pot fi considerate drept principalele cauze ale non-răspunsului. Listarea gospodăriilor înainte de începerea colectării datelor pe teren ar trebui să fie abordată în următorul studiu STEPS, pentru a contribui la îmbunătățirea ratei de răspuns. Colectarea datelor în timpul pandemiei de COVID-19 a influențat, de asemenea, în mod negativ rata de răspuns.

Culegerea de date cu ajutorul accelerometriei a fost un modul nou, ce nu fusese utilizat în studiul STEPS din 2013. Accelerometria efectuată în orașul Chișinău a avut o rată de răspuns foarte scăzută (9%), astfel încât analiza datelor nu a fost posibilă. Principalul motiv de refuz invocat de participanții la studiu a fost nedorința de a purta dispozitive pe mână timp de opt zile.

## 6 Concluzii

BNT și factorii de risc ai acestora au reprezentat un domeniu prioritar al sănătății publice în Republica Moldova, în special în ultimii ani. Au fost introduse politici de sănătate publică dedicate pentru a aborda incidența crescândă a principalelor BNT, inclusiv a BCV, a cancerului și diabetului; prevalența crescândă a celor patru factori de risc comportamentali comuni ai BNT – utilizarea de tutun, consumul de alcool, alimentația nesănătoasă și inactivitatea fizică; și cei patru factori de risc metabolici majori – supraponderalitatea și obezitatea, hipertensiunea arterială, hiperglicemia și hipercolesterolemia. Pentru a fundamenta și evalua aceste politici, au fost colectate date privind incidența și prevalența bolilor și mortalitatea prin intermediul statisticilor medicale oficiale. Datele privind prevalența principalilor factori de risc ai BNT au fost colectate prin intermediul unor studii la nivelul populației.

Studiul actual privind prevalența factorilor de risc ai BNT este cel de-al doilea studiu STEPS efectuat în Republica Moldova în rândul adulților cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani. Acesta a fost realizat utilizându-se abordarea standardizată etapizată, elaborată de OMS – aceeași metodologie, care a fost utilizată în 2013 – care produce date comparabile la nivel național și internațional. Studiul a furnizat informații importante cu privire la prevalența actuală a principalilor factori de risc ai BNT și la progresele înregistrate în realizarea ODD și a Țintelor relevante pentru BNT și factorii de risc ai BNT.

În perioada dintre cele două studii, au fost adoptate și implementate o serie de strategii și programe, inclusiv strategia națională privind prevenirea și controlul BNT; programe și planuri de acțiuni naționale privind controlul principalilor factori de risc ai BNT (inclusiv utilizarea de tutun și de alcool), nutriția, precum și prevenirea și controlul anumitor BNT, cum ar fi BCV, cancerul și diabetul; și diverse inițiative care vizează sănătatea mintală și promovarea sănătății. În același timp, au fost stabilite diferite ținte naționale privind BNT (în conformitate cu angajamentele internaționale) care trebuie atinse până în 2020 și au fost adoptate o serie de intervenții pentru atingerea Țintelor respective, atât la nivel intra-, cât și intersectorial, în numeroase sectoare. Răspunsul sistemului de sănătate la epidemia de BNT a fost, de asemenea, consolidat, în special prin prestarea de servicii de AMP privind prevenția primară, depistarea precoce, diagnosticarea și tratamentul BNT și prevenirea complicațiilor care decurg din acestea.

De asemenea, au fost adoptate și puse în aplicare măsuri robuste pentru a reduce utilizarea de tutun, inclusiv: creșterea treptată a accizelor la produsele din tutun; interzicerea publicității, promovării și sponsorizării tutunului; trasabilitatea și etichetarea produselor (inclusiv avertismente pictograme privind dauna fumatului); interzicerea fumatului în spațiile publice închise,

inclusiv la locurile de muncă; restricții privind vânzarea produselor din tutun minorilor (sub 18 ani); interzicerea expunerii vizibile a produselor din tutun pentru vânzare; distanțarea fizică a punctelor de vânzare a tutunului de instituțiile educaționale și medicale; sancțiuni în caz de încălcare; un mecanism național de coordonare multisectorială; și inițiative de educație pentru sănătate. Prevalența utilizării actuale de tutun (inclusiv fumatul tradițional și utilizarea produselor din tutun care nu se aprind și de PTÎFA) la ambele sexe a crescut cu 17,7% între 2013 și 2021, în special la bărbați (19,0%). Numărul mediu de țigarete fumate pe zi de către fumătorii zilnici (15,8 pentru ambele sexe în 2021), coroborat cu inițierea timpurie a fumatului, reprezintă un risc foarte ridicat pentru BCV și cancer pulmonar. Aproximativ jumătate dintre bărbații de vârstă mijlocie fumează și, de obicei, fumează mult (15-24 de țigarete pe zi). Produsele noi din tutun devin populare în rândul tinerilor. Vârsta medie de inițiere a fumatului de 18,3 ani pentru ambele sexe și scăderea vârstei medii pentru cei mai tineri din grupa de vârstă (18-29 de ani), împreună cu o prevalență ridicată la vârste cuprinse între 30 și 59 de ani și fumatul intens, sugerează că expunerea la tutun este extinsă și de lungă durată, în special în rândul bărbaților; acest lucru este probabil responsabil pentru o parte semnificativă a BCV, a cancerelor (în special cel pulmonar) și a bolilor respiratorii cronice și a deceselor. Fumatul pasiv era larg răspândit, mai mult de un sfert din populație declarând că a fost expusă la domiciliu și la locul de muncă. Dacă mulți dintre cei expuși sunt nefumători, expunerea globală la tutun în rândul bărbaților adulți de vârstă mijlocie, la nivelul întregii populații, ar putea fi de peste 75%. Mai mult de 90% dintre fumătorii actuali au văzut avertismentele privind dauna fumatului pe pachetele de țigarete, dar mai puțin de jumătate s-au gândit să renunțe la fumat. Prevalența ridicată a fumatului activ și pasiv sugerează că s-au înregistrat puține progrese în ceea ce privește controlul tutunului și, prin urmare, în ceea ce privește atingerea țintelor privind BNT și a ODD pentru 2025 și, respectiv, 2030. Aplicarea și monitorizarea deficitară a punerii în aplicare a politicilor, interferența industriei tutunului și promovarea de noi produse din tutun, precum și contrabanda, toate acestea ar fi putut afecta eficacitatea măsurilor de protecție a sănătății și de prevenire a bolilor care au fost adoptate. E nevoie de abordat toate aceste aspecte, dacă se dorește reducerea riscului ridicat de BNT. În special, expunerea pe scară largă la fumatul pasiv arată necesitatea de punere în aplicare și monitorizare a spațiilor publice fără fum de tutun.

Prevalența generală a consumului episodic abuziv de alcool a scăzut cu 29,2% din 2013, în special înregistrându-se o scădere de trei ori mai mare în cazul femeilor (dar nu și al bărbaților). Aceasta este o contribuție la realizarea țintei ODD 3.5 care abordează consumul nociv de alcool, a țintei internaționale privind BNT pentru 2025 de reducere cu 10% a consumului nociv de alcool și a țintei naționale privind BNT pentru 2020 de reducere cu 5%. Nu s-au constatat schimbări semnificative în ceea ce privește consumul curent de alcool și consumul neînregistrat de alcool. Prevalența persoanelor care s-au abținut pe parcursul vieții a scăzut, iar a persoanelor care s-au abținut în ultimele



12 luni a crescut; acest lucru sugerează, schimbări în pattern-ul consumului care ar fi putut apărea ca urmare a problemelor de sănătate, precum și a promovării de către industrie a consumului moderat de alcool și a asocierii acestuia cu consumul de alimente. Intervențiile adoptate pentru a reduce povara consumului de alcool au fost mai puțin cuprinzătoare, deoarece interesele de sănătate publică trebuie să concureze cu cele ale agriculturii și ale economiei în general. Nu există o cantitate „sigură” de consum de alcool, iar așa-numitul consum moderat de alcool poate avea un impact semnificativ asupra sănătății în timp, ducând la hipertensiune, accident vascular cerebral, diverse tipuri de cancer și probleme de sănătate mintală. Pe lângă o gamă largă de probleme de sănătate, consumul de alcool ridică probleme sociale grave pentru persoane, comunități și societate în ansamblu, inclusiv violență, auto-vătămare și vătămare a altora, probleme financiare și scăderea performanțelor la locul de muncă. Restricțiile limitate privind disponibilitatea și accesibilitatea alcoolului, lipsa unei legislații cuprinzătoare care să interzică publicitatea și nivelul ridicat al consumului de alcool neînregistrat sunt probabil principalii factori care au împiedicat reducerea consumului de alcool. Acești factori trebuie să fie abordați în continuare prin cooperare și angajament inter- și multisectorial.

Unul din patru adulți era obez, iar prevalența a fost similară în studiile din 2013 și 2021. Acest lucru sugerează că creșterea obezității a fost oprită și, prin urmare, că s-au înregistrat progrese în direcția atingerii țintei internaționale privind BNT pentru 2025 și a țintei naționale privind BNT pentru 2020 privind stoparea obezității. Cu toate acestea, progresele înregistrate în vederea atingerii acestor obiective sunt greu de susținut, deoarece prevalența supraponderabilității a crescut cu 14,3% între 2013 și 2021, în special în rândul bărbaților (26,4%). Două treimi din populație consumă mai puțin de cinci porții de fructe și legume pe zi, iar din 2013 nu s-a înregistrat niciun progres în acest domeniu. Combinația dintre creșterea comportamentelor sedentare, dietele nesănătoase cu un consum scăzut de fructe și legume și consumul ridicat de BZÎ indică faptul că supraponderabilitatea poate duce la o creștere a incidenței diabetului, a BCV și a cancerelor (în special de sân, colon, uter și vezică biliară). Această problemă ar trebui abordată în continuare prin adoptarea și punerea în aplicare eficientă a unor măsuri cost-eficace și prin consolidarea colaborării intersectoriale.

Prevalența GJA, sau prediabetul, a crescut de 1,5 ori la ambele sexe și de 1,7 ori în rândul bărbaților. Este posibil ca supraponderabilitatea să fi contribuit la această creștere. Aproape o treime din populație avea colesterolul total ridicat – o ușoară scădere față de 2013. Proporția persoanelor cărora nu li s-a măsurat niciodată glicemia s-a înjumătățit între 2013 și 2021, iar proporția persoanelor care administrează medicamente antidiabetice s-a dublat. S-a observat, de asemenea, o creștere a proporției de persoane care iau medicamente hipolipemice.

Prevenirea și controlul hipertensiunii – în special depistarea precoce, diagnosticarea și tratamentul – s-au îmbunătățit substanțial. Tensiunea arterială medie, la ambele sexe și la nivelul întregii populații, a scăzut

cu 3,6 mmHg (o scădere de 2,8%), contribuind astfel la atingerea țintei internaționale de reducere cu 25% a tensiunii arteriale crescute pentru 2025 și a țintei naționale de reducere cu 10% a tensiunii arteriale crescute pentru 2020. Proporția adulților de ambele sexe care aveau tensiunea arterială crescută și care nu luau în prezent medicamente pentru tratarea acesteia a scăzut de 1,5 ori între 2013 și 2021.

O treime din populație avea trei sau mai mulți factori de risc pentru BNT, cu o proporție de două ori mai mare în grupa de vârstă (45-69 de ani) decât în rândul persoanelor mai tinere (18-44 de ani). Nu s-a înregistrat niciun progres în reducerea acestui parametru din 2013; într-adevăr, decalajul dintre femei și bărbați (în detrimentul celor din urmă) s-a mărit.

Proporția populației cu un risc de BCV pe 10 ani  $\geq$  30% s-a redus aproape la jumătate, iar peste 50% dintre cei eligibili au beneficiat de terapie medicamentoasă și consiliere pentru a preveni atacurile de cord și accidentele vasculare cerebrale, contribuind astfel la atingerea țintei ODD 3.4 privind reducerea mortalității premature cauzate de BNT și a țintelor internaționale și naționale privind BNT de cel puțin 50% de acoperire cu terapie medicamentoasă și consiliere. Constatările menționate mai sus privind hipertensiunea, hiperglicemia și colesterolul total ridicat denotă schimbări pozitive atât în atitudinile și practicile la nivelul populației față de măsurile de prevenire și control al BNT la nivelul AMP, cât și îmbunătățiri ale răspunsului sistemului de sănătate prin prestarea de servicii de AMP (inclusiv disponibilitatea și accesibilitatea serviciilor) pentru populație.

Deși situația s-a îmbunătățit din 2013, ar trebui să se abordeze în continuare implementarea depistării precoc, a diagnosticării și a tratamentului hipertensiunii arteriale, a diabetului, a cancerului și a BCV, cu măsuri de creștere a eficienței.

Nouă din 10 persoane și-au curățat dinții zilnic folosind pastă de dinți. Cu toate acestea, trebuie să existe o strategie pentru a-i ajuta pe cei cu risc mai mare, continuând în același timp să se încurajeze practicile de igienă orală în rândul populației tinere.

Progresele înregistrate în reducerea factorilor de risc ai BNT s-au bazat în principal pe răspunsul sistemului de sănătate la BNT, în special prin furnizarea de servicii de AMP. Reducerea factorilor de risc ai BNT și atingerea celor nouă ținte privind BNT, precum și a țintelor ODD, implică adoptarea, implementarea sau asigurarea respectării unor măsuri complexe care vizează prevenirea și controlul atât al factorilor de risc comportamentali, cât și al celor metabolici. Cooperarea și angajamentul în cadrul și între o serie de sectoare sunt esențiale pentru reducerea eficientă a prevalenței factorilor de risc ai BNT și, prin urmare, a poverii acestora. Republica Moldova se confruntă cu îmbătrânirea rapidă a populației și, dacă nu se iau măsuri prompte pentru a aborda această problemă în mod eficient și eficace, povara asupra dezvoltării economice și sociale va crește semnificativ.

Constatările studiului STEPS actual (2021) sunt reprezentative pentru populația adultă cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani, atât la nivel global, cât și pentru opt grupe de vârstă/sex și zone rurale/urbane de reședință. Prin urmare, rezultatele sunt valoroase și permit monitorizarea și evaluarea:

- stării de sănătate a populației și a factorilor determinanți ai acesteia;
- tendințelor în timp ale factorilor de risc ai BNT;
- implementării politicilor naționale de sănătate publică și a progreselor înregistrate în prevenirea și controlul BNT și al factorilor de risc ai acestora; și
- realizării obiectivelor și ȋintelor naționale și internaționale în materie de sănătate la care țara s-a angajat.

Dacă fondurile permit, se recomandă ca următorul studiu STEPS în Republica Moldova să fie realizat până în anul 2025.

## > Referințe<sup>5</sup>

1. Noncommunicable diseases: key facts. 13 April 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>).
2. WHO global coordination mechanism on the prevention and control of noncommunicable diseases: final report. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/312273>).
3. Global burden of disease 2019. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>).
4. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396(10258):1223–49. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30752-2.
5. Resolution 66/2. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. A/RES/66/2. New York: United Nations General Assembly; 2011 (<https://digitallibrary.un.org/record/720106?ln=en>).
6. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384>).
7. European programme of work 2020–2025: united action for better health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/339209>).
8. Gaining health: the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107787>).
9. Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2012–2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352659>).
10. Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region 2016–2025. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341522>).
11. Anuar statistic al sistemului de sănătate din Moldova, 2020. Chișinău: Agenția Națională pentru Sănătate Publică; 2021 (<https://drive.cloud.gov.md/index.php/s/ksctWJqXnstjRRW?path=%2F3.ANUARE%20%20STATISTICE%20%20AL%20%20SISTEMULUI%20%20DE%20%20S%C4%82N%C4%82TATE%20%20DIN%20%20MOLDOVA%2FSanatatea%20publica%20in%20Moldova%202020>).
12. European Health Information Gateway: health for all explorer. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer>).
13. Prevalence of noncommunicable disease risk factors in the Republic of Moldova: STEPS 2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/363481>).

5 Toate adresele web au fost accesate la 6 iulie 2022, cu excepția cazului în care se specifică altfel.

14. GBD profile: Moldova. Global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2010. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2010 ([https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country\\_profiles/GBD/ihme\\_gbd\\_country\\_report\\_moldova.pdf](https://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_moldova.pdf)).
15. Hotărârea Parlamentului nr. 82 din 12 aprilie 2012 pentru aprobarea Strategiei naționale de prevenire și control al bolilor netransmisibile pe anii 2012-2020. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova; 2012 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=17816&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=17816&lang=ro)).
16. Hotărârea Guvernului nr. 100 din 16 februarie 2012 cu privire la aprobarea Programului național privind controlul tutunului pentru anii 2012-2016. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova; 2012 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=19917&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=19917&lang=ro)).
17. Hotărârea Guvernului nr. 360 din 6 iunie 2012 cu privire la aprobarea Programului național privind controlul alcoolului pe anii 2012-2020. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova; 2012 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=86898&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=86898&lang=ro)).
18. Hotărârea Guvernului nr. 730 din 8 septembrie 2014 cu privire la aprobarea Programului național în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2014-2020 și planurilor de acțiuni privind implementarea acestuia. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova; 2014 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=103083&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=103083&lang=ro)).
19. Hotărârea Guvernului nr. 300 din 24 aprilie 2014 cu privire la aprobarea Programului național de prevenire și control al bolilor cardiovasculare pentru anii 2014-2020. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova; 2014 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=19139&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=19139&lang=ro)).
20. Hotărârea Guvernului nr. 403 din 6 aprilie 2016 pentru aprobarea Planului național de acțiuni pentru anii 2016-2020 privind implementarea Strategiei naționale de prevenire și control al bolilor netransmisibile pe anii 2012-2020. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova; 2016 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=91957&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=91957&lang=ro)).
21. Hotărârea Guvernului nr. 1291 din 2 decembrie 2016 cu privire la aprobarea Programului național de control al cancerului pentru anii 2016-2025. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova; 2016 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=96628&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=96628&lang=ro)).
22. Hotărârea Guvernului nr. 1030 din 30 noiembrie 2017 cu privire la aprobarea Programului național de prevenire și control al diabetului zaharat pentru anii 2017-2021 și a Planului de acțiuni privind implementarea acestuia. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova; 2017 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=101734&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=101734&lang=ro)).
23. Hotărârea Guvernului nr. 296 din 16 aprilie 2009 cu privire la aprobarea Regulamentului privind testarea alcoolică și examinarea medicală pentru stabilirea stării de ebrietate și naturii ei. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova; 2009 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=15495&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=15495&lang=ro)).
24. Legea nr. 278 din 14 decembrie 2007 cu privire la tutun și la articolele din tutun. Modificată prin Legea nr. 124 din 29 mai 2015. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova; 2015 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=84368&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=84368&lang=ro)).

25. Recensământul populației și al locuințelor 2014 [pagina web]. Chișinău: Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova; 2014 (<https://recensamant.statistica.md>).
26. WHO STEPS surveillance manual. Section 3: data collection process. Last updated 26 January 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 ([https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/steps/steps-manual\\_f0075411-1e6d-46ef85be-fe826d2b9c47.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/steps/steps-manual_f0075411-1e6d-46ef85be-fe826d2b9c47.pdf)).
27. STEPS instruments for NCD risk factors (core and expanded version 1.4): the WHO STEPwise approach to surveillance of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2001 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/68346>).
28. Global physical activity questionnaire (GPAQ). Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/m/item/global-physical-activity-questionnaire>).
29. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>).
30. Arokiasamy P, Uttamacharya, Kowal P, Capistrant BD, Gildner TE, Thiele E et al. Chronic noncommunicable diseases in 6 low- and middle-income countries: findings from Wave 1 of the World Health Organization's Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE). *Am J Epidemiol.* 2017;185(6):414–28. doi: 10.1093/aje/kww125.
31. Waist circumference and waist-hip ratio: report of a WHO expert consultation. Geneva, 8–11 December 2008. Geneva: World Health Organization; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44583>).
32. Codul nr. 152 din 17 iulie 2014. Codul educației al Republicii Moldova. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova; 2014 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=110112&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=110112&lang=ro)).
33. Codul nr. 218 din 24 octombrie 2008. Codul contravențional al Republicii Moldova. Modificat prin Legea nr. 97 din 26 iulie 2019. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova; 2017 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=115921&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=115921&lang=ro)).
34. Codul nr. 1163 din 24 aprilie 1997. Codul fiscal al Republicii Moldova. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova; 2017 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=79111&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=79111&lang=ro)).
35. Hotărârea Guvernului nr. 292 din 10 mai 2017 pentru aprobarea Regulamentului privind modul de ținere a Registrului vitivinicol al Republicii Moldova. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova 2017 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=114402&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=114402&lang=ro)).
36. Legea nr. 1100 din 30 iunie 2000 cu privire la fabricarea și circulația alcoolului etilic și a producției alcoolice. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova; 2000 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=131004&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=131004&lang=ro)).
37. Legea nr. 62 din 17 martie 2022 cu privire la publicitate. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova; 2022 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=130742&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=130742&lang=ro)).
38. Invest Moldova: touristic offer. Chisinau: Invest Moldova (<https://invest.gov.md/en/touristic-offer/index.php?pag=comunicate&opa=view&id=1106&start=&l=>).
39. Banca de date statistice: statistica economică. Chișinău: Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova (<https://statbank.statistica.md/PxWeb/pxweb/en/40%20Statistica%20economica/?rxid=b2ff27d7-0b96-43c9-934b-42e1a2a9a774>).

40. STEPS: prevalence of noncommunicable disease risk factors in Ukraine 2019. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336642>).
41. Hotărârea Guvernului nr. 337 din 26 mai 2017 pentru aprobarea Programului național privind sănătatea mintală pe anii 2017-2021 și a Planului de acțiuni pentru implementarea acestuia. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova; 2017 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=100948&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=100948&lang=ro)).
42. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 492/139-A din 22 aprilie 2013 cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova; 2013 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=129700&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=129700&lang=ro)).
43. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1239/253 din 10 decembrie 2012 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. Chișinău: Monitorul Oficial al Republicii Moldova; 2012 ([https://www.legis.md/cautare/getResults?doc\\_id=37431&lang=ro](https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=37431&lang=ro)).
44. Ordinul nr. 200 din 28 februarie 2020 privind aprobarea protocolului clinic național „Hipertensiunea arterială la adult”. Chișinău: Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova; 2020 (<https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/02/PCN-1-Hipertensiunea-arteriala-la-adult.pdf>).
45. Ordinul nr. 1516/376-A din 31 decembrie 2019 cu privire la indicatorii de performanță în Asistența Medicală Primară. Chișinău: Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale/Compania Națională de Asigurări în Medicină; 2019.
46. Ordinul nr. 528 din 24 aprilie 2019 cu privire la aprobarea protocolului clinic național „Diabetul zaharat necomplicat”. Chișinău: Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova; 2019 (<https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/02/PCN-33-DZ.pdf>).

## > Tabel comparativ

Principalele rezultate ale studiilor STEPS din 2013 și 2021

Rezultate pentru adulții cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani [incl. Î 95%]						
	2013			2021		
	Bărbați	Femei	Ambele sexe	Bărbați	Femei	Ambele sexe
<b>Utilizarea de tutun</b>						
Prevalența utilizării actuale de tutun (%)	43,7 [40,6–46,7]	5,7 [4,5–6,8]	25,4 [23,5–27,3]	52,0 [48,6–55,3]	7,7 [6,1–9,3]	29,9 [27,7–32,1]
Prevalența fumatului actual de tutun (%)	43,6 [40,6–46,7]	5,6 [4,5–6,7]	25,3 [23,4–27,2]	48,9 [45,5–52,2]	6,3 [4,9–7,8]	27,6 [25,5–29,7]
<b>Pentru cei care fumează tutun zilnic</b>						
Vârsta medie de inițiere a fumatului (ani)	17,5 [17,3–18,0]	19,5 [18,3–20,6]	17,7 [17,3–18,0]	18,1 [17,8–18,4]	19,8 [18,6–21,0]	18,3 [18,0–18,6]
Procentul de fumători zilnici care fumează țigarete fabricate (%)	98,8 [97,9–99,7]	99,7 [99,2–100,0]	98,9 [98,1–99,7]	100	100	100
Numărul mediu de țigarete fabricate fumate pe zi (de către fumătorii de țigarete fabricate)	17,2 [16,3–18,2]	11,4 [9,6–13,2]	16,7 [15,8–17,6]	16,2 [15,5–16,9]	11,8 [10,2–13,5]	15,8 [15,1–16,4]
Expunerea la fumatul pasiv la domiciliu (%)	17,3 [14,6–20,0]	15,7 [13,2–18,2]	16,5 [14,4–18,7]	27,5 [23,8–31,2]	19,1 [16,6–21,6]	23,2 [20,9–25,7]
Expunerea la fumatul pasiv la locul de muncă (%)	35,0 [31,1–38,9]	17,2 [14,4–19,9]	26,2 [23,5–28,9]	36,7 [32,3–41,0]	17,2 [14,5–20,0]	26,4 [23,6–29,2]
<b>Consumul de alcool</b>						
Prevalența consumului episodic abuziv de alcool (șase sau mai multe băuturi la orice ocazie în ultimele 30 de zile) (%)	29,0 [25,4–32,6]	9,2 [7,6–10,9]	19,5 [17,3–21,7]	24,5 [21,6–27,5]	3,1 [2,1–4,1]	13,8 [12,1–15,5]
Prevalența consumatorilor actuali (au consumat alcool în ultimele 30 de zile) (%)	69,8 [66,3–73,2]	53,5 [50,5–56,4]	61,9 [59,3–64,6]	73,1 [69,8–76,4]	53,2 [49,8–56,6]	63,2 [60,3–66,0]
Prevalența abstenențelor pe parcursul vieții (%)	10,8 [8,5–13,2]	17,4 [15,0–19,8]	14,0 [12,1–15,8]	3,0 [2,1–4,0]	8,5 [6,7–10,2]	5,7 [4,7–6,8]
Prevalența abstenențelor în ultimele 12 luni (%)	5,7 [4,4–7,0]	8,5 [7,1–9,8]	7,0 [6,0–8,1]	9,4 [7,2–11,5]	12,9 [11,1–14,8]	11,2 [9,6–12,7]
Prevalența consumului de alcool neînregistrat (%)	51,2 [46,6–55,9]	40,2 [36,1–44,2]	46,6 [42,9–50,3]	53,2 [49,1–57,4]	38,9 [34,9–42,8]	47,2 [44,2–50,2]
<b>Regimul alimentar</b>						
Prevalența persoanelor care consumă mai puțin de cinci porții în total (400 g) de fructe și legume pe zi (%)	65,8 [62,1–69,5]	67,5 [64,5–70,6]	66,6 [63,9–69,4]	66,7 [63,0–70,4]	60,0 [56,7–63,4]	63,4 [60,5–66,2]
<b>Activitatea fizică</b>						
Prevalența persoanelor insuficient de active (definite ca fiind mai puțin de 150 de minute de activitate de intensitate moderată pe săptămână sau echivalentul) (%)	10,7 [8,5–12,9]	9,4 [7,7–11,1]	10,1 [8,6–11,5]	9,3 [7,3–11,3]	8,9 [7,2–10,7]	9,1 [7,7–11,1]
Proporția femeilor cu vârste cuprinse între 30 și 49 de ani supuse cel puțin o dată screening-ului pentru cancerul de col uterin (%)	–	69,7 [65,7–73,7]	–	–	72,2 [68,0–76,5]	–
<b>Măsurătorile fizice</b>						



Rezultate pentru adulții cu vârste cuprinse între 18 și 69 de ani [incl. IÎ 95%]						
	2013			2021		
	Bărbați	Femei	Ambele sexe	Bărbați	Femei	Ambele sexe
Indicele mediu de masă corporală (IMC) (kg/m <sup>2</sup> )	26,2 [26,0–26,5]	27,0 [26,7–27,4]	26,6 [26,4–26,9]	27,2 [26,9–27,4]	26,6 [26,3–26,9]	26,9 [26,7–27,1]
Prevalența supraponderalității (definită ca IMC ≥ 25 kg/m <sup>2</sup> ) (%)	56,0 [52,7–59,4]	55,9 [53,1–58,7]	55,9 [53,7–58,2]	70,8 [67,5–74,1]	57,0 [54,0–59,9]	63,9 [61,7–66,2]
Prevalența obezității (definită ca IMC ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> ) (%)	17,8 [15,6–20,0]	28,5 [26,3–30,7]	22,9 [21,2–24,6]	21,4 [18,8–23,9]	24,0 [21,8–26,2]	22,7 [20,9–24,5]
Tensiunea arterială sistolică medie (TAS) (mmHg)	134,6 [133,2–136,0]	130,9 [129,6–132,3]	132,8 [131,8–133,9]	131,5 [130,7–132,3]	126,8 [125,9–127,8]	129,2 [128,5–129,8]
Prevalența tensiunii arteriale crescute (definită ca TAS ≥ 140 mmHg și/sau TAD ≥ 90 mmHg sau în prezent sub tratament medicamentos pentru tensiune arterială crescută) (%)	40,3 [37,0–43,7]	39,3 [36,6–42,1]	39,8 [37,5–42,2]	35,2 [32,2–38,3]	34,4 [31,8–37,0]	34,8 [32,7–37,0]
Procentul de persoane cu tensiune arterială crescută (definită ca TAS ≥ 140 mmHg și/sau TAD ≥ 90 mmHg) care nu iau în prezent medicamente pentru tensiune arterială crescută (%)	84,1 [80,9–87,3]	67,5 [63,9–71,0]	76,2 [73,3–78,8]	59,0 [54,3–63,7]	40,9 [36,7–45,1]	50,0 [46,4–53,7]
Măsurătorile biochimice						
Prevalența glicemiei a jeun alterată, definită ca o concentrație de glucoză plasmatică a jeun ≥ 6,1 mmol/l și < 7,0 mmol/l (%)	5,8 [4,3–7,4]	7,8 [6,5–9,1]	6,8 [5,8–7,9]	10,0 [7,6–12,3]	9,8 [7,8–11,8]	9,9 [8,1–11,7]
Prevalența glicemiei crescute/diabetului (definită ca o concentrație de glucoză plasmatică a jeun ≥ 7,0 mmol/l sau sub medicație pentru glicemie crescută) (%)	5,6 [4,4–6,9]	5,2 [4,3–6,2]	5,4 [4,6–6,2]	6,7 [4,4–7,7]	5,8 [4,5–7,1]	6,3 [4,8–7,7]
Colesterolul total mediu (mmol/l)	4,4 [4,4–4,5]	4,6 [4,5–4,7]	4,5 [4,5–4,6]	4,3 [4,3–4,4]	4,4 [4,3–4,4]	4,4 [4,3–4,4]
Prevalența colesterolului total ridicat (definit ca fiind colesterolul total ≥ 5,0 mmol/l sau în prezent sub tratament medicamentos pentru colesterol ridicat) (%)	26,7 [23,5–29,9]	32,0 [29,3–34,8]	29,4 [27,1–31,7]	26,2 [22,8–29,5]	29,3 [26,4–32,1]	27,7 [25,4–30,0]
Riscul de BCV						
Procentul persoanelor cu vârste cuprinse între 40 și 69 de ani cu un risc de BCV pe 10 ani ≥ 30% sau cu BCV existente (%)	18,5 [14,8–22,3]	27,0 [24,1–29,8]	23,0 [20,5–25,4]	12,5 [10,0–15,0]	12,8 [10,4–14,5]	12,6 [10,7–14,5]
Proporția de persoane eligibile (definite ca având vârste cuprinse între 40 și 69 de ani, cu un risc de BCV pe 10 ani ≥ 30%, inclusiv cele cu BCV existente) care beneficiază de terapie medicamentoasă și consiliere (inclusiv controlul glicemiei) pentru a preveni atacurile de cord și accidentele vasculare cerebrale (%)*	43,8 [34,3–53,3]	55,9 [49,9–61,9]	51,3 [46,0–56,6]	55,8 [46,0–65,7]	56,0 [47,0–65,0]	55,9 [48,8–63,1]
Sumarul factorilor de risc combinați						
Procentul de persoane cu 3-5 factori de risc, cu vârste cuprinse între 18-69 de ani (%)	35,2 [31,8–38,6]	25,0 [22,4–27,5]	30,3 [28,0–32,6]	41,2 [37,9–44,5]	22,5 [20,4–24,6]	31,8 [29,7–34,0]

\* Riscul de BCV pe 10 ani de ≥ 30% este definit în funcție de vârstă, sex, tensiune arterială, statut de fumător (fumători actuali sau cei care au renunțat la fumat cu mai puțin de un an înainte de evaluare), colesterolul total și diabet (diagnosticat anterior sau cu o concentrație plasmatică de glucoză a jeun de >7,0 mmol/l).

### Biroul Regional OMS pentru Europa

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) este o agenție specializată a Națiunilor Unite, creată în 1948, cu responsabilitatea principală pentru problemele internaționale de sănătate și sănătate publică.

Biroul Regional OMS pentru Europa este unul dintre cele șase birouri regionale din lume, fiecare cu propriul program de activitate, adaptat condițiilor de sănătate specifice țărilor cărora le este acordat suport tehnic.

### Statele Membre

Albania	Grecia	Regatul Unit
Andorra	Islanda	Republica Cehă
Armenia	Irlanda	Republica Moldova
Austria	Israel	România
Azerbaidjan	Italia	Federația Rusă
Belarus	Kazakhstan	San Marino
Belgia	Kyrgyzstan	Serbia
Bosnia și Herțegovina	Latvia	Slovakia
Bulgaria	Lituania	Slovenia
Croația	Luxembourg	Spania
Cipru	Malta	Suedia
Danemarca	Monaco	Tajikistan
Elveția	Montenegro	Turcia
Estonia	Macedonia de Nord	Turkmenistan
Finlanda	Norvegia	Ucraina
Franța	Olanda	Ungaria
Georgia	Polonia	Uzbekistan
Germania	Portugalia	

### ORGANIZAȚIA MONDIALĂ A SĂNĂȚĂȚII BIROUL REGIONAL PENTRU EUROPA

UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø,  
Denmark

Tel.: +45 45 33 70 00

Fax: +45 45 33 70 01

E-mail: [euwhocontact@who.int](mailto:euwhocontact@who.int)

Web: [www.who.int/europe](http://www.who.int/europe)