

SUFERINȚA ÎNTRE PRACTICA MEDICALĂ ȘI ACTUL MORAL

Leontin Popescu PhD.

Universitatea „Dunărea de Jos”, Galați, Romania

SUFFERING: BETWEEN MEDICAL PRACTICE AND MORAL ACT

The medical world has nowadays become an interesting place of inter-disciplinarity, a place where natural, humanist, religious sciences, with their corresponding personalities, come together, they are dedicated to helping the ill / the suffering. The greatest challenge, from this point of view, is exactly the capability of integrating various components so as to provide the patient with the best assistance. However, contemporariness shows us that the development of medical means in a sole naturalist direction has lead to objectifying disease which becomes itself a reality, independent, looked upon from an exclusively biological perspective, without the spiritual ad moral connections of the person experiencing illness and suffering. This resulted in depriving the ill person of his disease, many physicians treating not the person who is ill, but the specific illness or organ.

Introducere. Suferința nu e un fenomen, o simplă întâmplare sau o realitate care este externă sau care stă alături omului, ci un eveniment, mai bine zis, o experiență autobiografică care se încrustează adânc în trăirea persoanei umane [1, p.117]. Boala, suferința, mai ales bolile incurabile ating intim, profund conștiința persoanei umane care devine fragilă, sensibilă, instabilă [2, p.78-79]. Boala, suferința sunt trăite ca un pericol: amenințarea propriei identități fizice, psihice și sociale. Și ceea ce însoțește în mod paralizant mai ales spiritual este frica; teama că totul este pierdut, că nu se poate controla prin intermediul medicinei pentru a ajunge la cea mai mare frică: spaima de moarte [3, p.80].

Actul medical și vindecarea trupească. Există păreri, care la prima vedere par ireconciliabile, conform cărora boala nu poate fi abordată decât unilateral, medical sau teologic. Pentru a instaura dialogul între știință și credință în ceea ce privește suferința și cauzele care o generează este de preferat găsirea unui punct de vedere comun, astfel încât cele două domenii să devină complementare.

Judecând astfel lucrurile vom reuși să înțelegem cum cunoștințele științifice stimulează inteligența, permițând totodată dezvoltarea unor dimensiuni mai profunde ale credinței, în dubla convingere potrivit căreia

cunoștințele științifice permit o mai bună înțelegere a textelor fondatoare ale credinței creștine și drept urmare suscită un spațiu de libertate în care știința se dezvoltă spre binele umanității. Din punct de vedere al medicinei laice pragurile de semnificație ale patologicului, de trecere de la normal la anormal și morbid nu sunt nete, nici în cazul suferinței somatice și cu atât mai puțin în cazul celei mentale, unde limitele dintre normalitate și patologic impun un grad ridicat de fluctuații.

În anul 1958 Organizația Mondială a Sănătății a încercat să definească sănătatea ca pe “o stare perfecta de bunăstare fizică, psihică și socială și nu constă doar într-o absență a bolilor și a infirmităților” [4, p.124]. Această punctare de termeni, deși are avantajul de a influența mentalități și de a implementa noi modalități de abordare a practicilor de sănătate, tinde să sugereze că cineva nu poate fi sănătos fără acea “stare perfectă de bine”. Mai mult definiția poate fi completată cu dimensiunea morală a sănătății omului și acesta pentru că multe boli derivă din alegerile morale ale persoanei: drog, alcoolism, SIDA, violență [5, p.82]. Judecând astfel lucrurile, ar însemna ca programele de sănătate trebuie să fie în așa fel concepute, încât fiecare individ să fie adus la o stare de bine, fizic, mental și social, conform unor standarde, uneori “străine” de modul în care el își concepe viața, și poate, chiar împotriva voinței lui. Pentru a avea această stare integrală de bine, omul trebuie să interacționeze cu lumea, cu tot ceea ce îl înconjoară prin toată ființa sa: trup și suflet [6, p.78]. Trupul uman nu poate fi redus doar la semnificația sa de rețea determinată de reguli biologice. Trupul uman nu reprezintă un recipient, ci este un organ al spiritului. El este corp, adică un dat în spațiu, materie și timp, pe care știința îl studiază cu precizie și competență. Dar trupul nu reprezintă nimic în afară principiului său de unitate. El nu este materie primă condusă de un spirit străin lui.

Trupul uman este ființa considerată în materialitatea sa, în timp ce sufletul este ființa considerată în spiritualitatea sa. Rezultă de aici că trupul uman este purtătorul unui proiect de viață. El este purtătorul unei dorințe de viață, efort la autonomie și participare. Dorința se definește ca pornirea lăuntrică a unei persoane de a face sau de a avea ceva [7, p.316]. Autonomia reprezintă capacitatea individului de a concepe și întreprinde un ansamblu de acțiuni capabile să dea un sens vieții sale [7, p. 74]. Prin participare se înțelege “a lua parte”. Prin urmare patru sunt dimensiunile sănătății care se intersectează și se întrepătrund: cea organică, cea psihică și mentală, di-

mensiunea ecologico-socială și dimensiunea morală [5, p.83].

Boala nu reprezintă doar o problemă biologică, ci și o problema existențială. Ea nu înseamnă numai suferință, durere și izolare, ci și o provocare pentru credință. Omul poate să vadă un lat om ca și un simplu ”trup”, însă îi va fi aproape imposibil să se experimenteze pe sine doar ”trupește”. Orice experiență conștientă a propriei structuri este totdeauna un eveniment total, corporal-sufletească și nu doar o experiență a corpului. Acest lucru este valabil și în sens invers, pentru experiența morală care nu este doar una sufletească, internă, ci o experiență totală care implică și dimensiunea corporală. Înclinațiile, nevoile și sentimentele aparent ”naturale” nu sunt niciodată experimentate ca fiind pur biologice, ci ele devin parte a conștiinței morale [8, p.15]. Originea unei boli trebuie atribuită întotdeauna concomitenței diferitelor componente: fizică, psihică, socială și morală.

Din punct de vedere teologic, sănătatea corespunde cu starea normală a naturii omenești, cea a condiției paradisiace, și de aceea ea poate fi considerată ca un bun în sine. Dar pentru om sănătatea trupului nu poate fi un bun dobândit în mod definitiv. Mai mult, în această lume, ea nu există niciodată în mod absolut și pentru totdeauna, nu este altceva decât un echilibru parțial și provizoriu și chiar s-ar putea spune, o stare de mai puțină boală.

Din punct de vedere medical, dezvoltarea unei relații între doctor și pacient se face în etape. Întâlnirea dintre doctor și pacient este o întâlnire ce se face între două personalități diferite, care stau pe poziții diferite. Starea spirituală a fiecăruia contribuie primordial la încheierea relației. Aici va trebui să intervină starea de acomodare dintre cei doi descătușându-se psihologic tendințele, sentimentele, convingerile și prejudecățile personale [9, p.147]. Odată intrat în relație cu doctorul, prin expunerea verbală și gestuală a simptomelor, pacientul așteaptă un răspuns competent-profesional [9, p.135] care să atenueze sau chiar să elimine acele simptome. Pacientul poate emite anumite pretenții despre informațiile privind boala sa dar acestea pot duce de multe ori la neînțelegeri și greutăți în desfășurarea procesului de tratare și vindecare a bolii. Pacientul are drepturi și îndatoriri care, dacă sunt respectate, îl direcționează spre câștigarea sănătății. Mulți bolnavi suferă fiindcă nu-i ascultă nimeni. Dorința de vindecare a bolnavilor și de profilaxie a bolilor la pacienți trebuie să fie de ordin primordial [10, p.54] în rațiunea doctorului. După acestea urmează implicit datoria care-l face

să fie conștient de misiunea sa de tămăduitor al celor bolnavi. Următoarea este obligația, explicitată prin reguli medicale de conduită socială, ș.a., care țin voința și rațiunea doctorului în limitele morale și de demnitate umană atât ale sale cât și ale pacientului. Tot ceea ce poate face doctorul pentru menținerea sănătății, vindecarea bolilor și susținerea vieții pacienților trebuie făcut cu conștiință, profesionalism, angajament, considerare și dragoste. Și din acest punct de vedere, potrivit definiției clasice, doctorul este acel vir bonus sanandi peritus și virtutea lui esențială este filantropia [11, p.180]. Ascultarea, interviul, conversația, depistarea bolii și personalității bolnavului, prescrierea tratamentului, sfatul și atenționările sunt câteva din punctele cu care doctorul lucrează asupra pacientului, la care trebuie să adauge și pe cele de ordin religios-creștin. Medicul manifestă în acest sens către bolnav o funcție paternală, asemenea unei relații materne sau paterne [11, p.80]. Prin acest model – patern sau matern- mulți studiosi înțeleg [12, p.122] faptul că medicul nu trebuie să-l intereseze doar vindecarea trupească a pacientului, ci și starea morală, psihologică și spirituală a lui [13, p.33]. Acest model de relație medic-pacient, este cunoscut în lumea bioeticii drept modelul ”prieteniei medicale” . Această ”prietenie” tradusă și printr-o alianță [13, p.33], apropiere terapeutică reprezintă starea în care medicul este capabil de compasiune sau milă. Aici modelul clasic al Bisericii este modelul Samarineanului Milostiv (Lc. 10, 29-37) a cărui milă se traduce prin AGAPE [11, p.183], o dedicare aproape religioasă prin manifestarea sentimentelor de simpatie, bunăvoință și umanism din partea medicului. Pe de altă parte, cea a bolnavului, manifestarea sentimentului de încredere, ca răspuns la atitudinea terapeutică a medicului [14, p.280]. Cu cât practica medicală este mai puțin paternalistă, cu atât crește litigiozitatea profesională. Acest fapt cât și utilitarismul conduc spre o medicină cu un pronunțat caracter „expertal”, din ce în ce mai specializat, dar din ce în ce mai puțin responsabilizant față de pacientul ca întreg [15, p.57]. Cu cât asistenții medicali și doctorii sunt mai informați atât în sferile științei dar și a religiei creștine [9, p.9], cu atât crește încrederea lor în șansele de vindecare a pacientului prin metodele și mijloacele ce le aplică, iar în același timp, pacientul capătă încredere în competența celor ce-l îngrijesc. În funcție de prestigiul doctorului, pacientul îl abordează cu o oarecare încredere sau suspiciune. A fi medic mai înseamnă a împăca două laturi aparent opuse: binele tău (ca medic) și binele celorlalți (cei pe care încerci să îi faci bine);

proporția este stabilită de normele și regulile practicii medicale (norme și legi) [15, p.54].

Astfel, pacientul își poate deschide sufletul și prezintă doctorului toate modurile de manifestare a bolii dar și cauzele apariției acesteia ceea ce va duce la o apropiere a celor doi prin supunerea pacientului îndeplinind indicațiile doctorului, a încrederii doctorului că pacientul colaborează în tratament și deci o bună relaționare ce va duce la o grabnică însănătoșire.

Doctorul este cel ce deține informațiile despre apariția bolilor, despre modul de manifestare a acestora și metode de tratament adecvate fiecărei boli în parte [16, p.1137]; nu numai ca deține aceste informații dar prin practică pune în aplicare metodele specifice de îndepărtare a bolii, aceasta făcându-se în relație directă cu pacientul care trebuie să colaboreze în cele trei faze de însănătoșire: să prezinte toate manifestările bolii, să asculte și să devină conștient de diagnostic supunându-se tratamentului și în al treilea rând să participe la procesul de vindecare prin îndeplinirea prescripțiilor doctorului.

Această relație doctor-pacient este o relație de comunicare existențială. Doctorul este în fața bolnavului instrumentul vrednic și înzestrat cu daruri de tămăduire din partea lui Dumnezeu spre a sluji aproapelui său în vindecare, iar bolnavul la rândul său este în fața doctorului cu statut de persoană demnă de vindecare ce are drepturi și autonomie fără discriminări sau preetichetări. Astfel, pacientul, pentru o bună relaționare a sa cu tot ceea ce îl înconjoară, tinde spre însănătoșirea pe care o poate găsi îndreptându-se spre doctor, iar doctorul la rândul său, pentru punerea în scenă a elementelor pe care le deține spre folosul celor ce au nevoie, se apleacă asupra bolnavului. Vedem așadar că între doctor și bolnav există o relație de interdependență: doctorul nu-și are rostul fără existența unui bolnav, iar bolnavul nu se poate însănătoși singur. Relația doctor-pacient are un timp de manifestare, un loc, stări diferite ale doctorului și bolnavului, se desfășoară în etape succesive cu legătură între ele, urmează diferite modele de relație și este extinsă prin intervenția în ea a Doctorului Hristos.

Ceea ce trebuie însă reținut este faptul că toți operatori sanitari trebuie să respecte principiul moral al respectului și identificării valorilor umane ale bolnavului. Acest principiu trebuie să determine pe orice operator medical: brancardier, asistent, medic să vadă în orice bolnav o persoană și nu un obiect, sau un client. Statutul de persoană nu se dobândește odată cu dezvoltarea graduală fizică sau culturală, așa după cum nu se pierde statu-

tul de persoană chiar dacă nu se exercită funcțiile personale. În consecință, persoană este Zigotul, embrionul, fetusul uman, nou născutul, copilul, tot așa cum sunt persoane muribundul, bătrânul, handicapatul, omul în comă. De aceea demnitatea de persoană a omului nu depinde de sănătatea psihobiologică, nici de buna funcționare a ADN-ului, ci de sacralitatea vieții investită de însuși Dumnezeu în fiecare om [17, p.86].

În fața tuturor categoriilor de bolnavi, unii imposibili, nedoriți, dificili, primul lucru pe care medicul nu trebuie să-l facă este acela de nu eticheta. Etichetarea bolnavului semnifică punerea unei bariere în comunicarea cu bolnavul fie cu privire la aspectul terapeutic cât și la acordarea respectului și respectării drepturilor bolnavului. Unul dintre aceste drepturi este și cel al autonomiei bolnavului [11, p.183] în virtutea căruia bolnavul ca orice persoană are dreptul de avea libertatea de autodeterminare, dreptul de a face alegeri, dreptul de a fi informat cu privire la diagnoza, terapia, riscurile, beneficiile, avantajele și dezavantajele unei terapii anume. În virtutea principiului autonomiei, medicul nu se poate pune în situația de arbitru în ceea ce privește sănătatea bolnavului [11, p.183]. Competența profesională din acest punct de vedere trebuie pusă la dispoziția binelui integral al pacientului numai în urma unei autorizări în mod implicit sau explicit din partea pacientului. Cu alte cuvinte, pacientul trebuie să fie conștient și coresponsabil de intervențiile la care va fi supus. Importanța consensului vine din rațiunea că el este expresia principală a libertății persoanei și din dreptul său de a-și gestiona propria vindecare [2, p.93]. Consensul în actele medicale este implicit [18, p.34] atunci când pacientul se supune terapiilor care îi sunt prescrise: pacientul e sigur că medicul este interesat și-i vrea binele, iar medicul știe că bolnavul care i s-a adresat are toată încrederea în competența lui morală și profesională. Un consens explicit este totuși necesar atunci când este vorba de o procedură medicală ce poate duce la un risc pentru integritatea psihofizică sau poate fi în contrast cu convingerile morale sau religioase ale pacientului. Un caz tipic este sterilizarea după operația de cezariană repetată, care în anumite cazuri este practică fără anunțarea pacientului [11, p.184]. Pe de altă parte, medicul poate refuza o intervenție sau terapie cerută în mod expres de pacient. O situație delicată care în România este din ce în ce mai frecventă este refuzul consensului medical din motive religioase [19, p.30]. De exemplu, transfuziile de sânge în cazul adepților cultului Adventist și al Martorilor lui Iehova care văd în

transfuzia de sânge o încălcare a legii divine. În acest caz, medicul nu va adopta forța și violența fizică sau psihologică, ci se va adresa autorităților competente, fie pentru ajutorul pacientului, fie pentru a nu fi acuzat de infracțiune prin omiterea săvârșirii unui anume act medical. În această situație, numită în mediul medical îndârjire, încăpățănare terapeutică [2, p.262], un rol important îl are discernământul atât pentru pacient cât și pentru medic. Dar și aici, numai pacientul este în măsura de a avea o viziune integrală a valorilor ce sunt în joc în cazul său. Medicul are datoria de a-l informa pe pacient despre situația sa reală: diagnoză, terapie, prognoză cu păstrarea secretului profesional – privacy [11, p.188-189]. Deși rolurile sunt distincte și diverse, trebuie să spunem că în cazul medicului și al pacientului amândoi își împart statutul de ființă umană ce experimentează suferința ca un dat existențial, în mod sigur nu ca ceva străin, și dacă ne gândim la medic, și el se îmbolnăvește, poate avea experiența îmbolnăvirii membrilor propriei familii, și deci atinge cu propria sa ființă atât suferința lui cât și altora [18, p.34].

Medicul nu trebuie să se transforme în predicator ori în misionar. Însă povățuirea spirituală rămâne un rost înalt al profesiei sale, pe care se cuvine să-l împlinească pe cât se poate, fără nici o constrângere, cu delicatețe și respectând convingerile bolnavului, fără a profita de starea lui de slăbiciune, nesiguranță și confuzie [20, p.96-97].

Medicul creștin este obligat moral să satisfacă nevoia de stimă, siguranță și respect al bolnavului; morala creștină îl obligă să respecte valorile umane, demnitatea, ideile, sentimentele, convingerile religioase ale bolnavului. De aceea calitatea cea mai de preț a unui medic creștin este smerenia [21, p.150-151]. Medicul creștin este persoana ce are o viață morală demnă de vocația sa și care se conformează exigențelor Moralei Creștine în situații concrete ale profesiei sale. În virtutea moralei, medicul creștin se va abține de la orice acțiune ce ar contraveni principiilor enunțate de Evanghelie cu privire la om, viață, slujirea semenului.

O a doua problemă pe care o putem observa în realitate este aceea care evidențiază faptul că indiferent dacă se practică o medicină curativă sau una profilactică, scopul este dobândirea sănătății trupesti a omului, ignorându-se în fond, problemele spirituale ale sale (excepție de la aceasta fac bolile ce țin de domeniul psihiatriei).

Presupun că această abordare unidimensională a problemei sănătății

omului se datorează mai multor factori: pe de o parte, una dintre paradigmele carteziene ce stă la baza științelor moderne, afirmă că omul este un mecanism însuflețit. Astfel, trupul este văzut ca o realitate de sine stătătoare, existentă autonom față de suflet. Boala ar fi prin urmare o defectare a acestui mecanism, medicina fiind știința ce se ocupă cu repararea lui. În momentul în care mecanismul va fi repus în starea lui de funcționare obișnuită, automat și spiritul va putea să aibă la dispoziție mașinăria pe care să o conducă după bunul său plac. Este evidentă în această concepție presupusa dihotomie a individului, care ar fi doar o alăturare, fără interacțiune lăuntrică, între trupul omului și spiritul lui. Vindecarea omului nu este o sumă a vindecării organelor lui. Vindecarea cu orice risc nu este indicatorul corect pentru a evalua calitatea actului medical. Este însă un indicator de eficiență al sistemului medical în ansamblul său, considerând că în acest sistem se include și pacientul ca parte contribuind spre interesul propriu la vindecare [15, p.54].

Pe de altă parte, o altă rădăcină a acestei prejudecăți prin care omul este considerat sănătos dacă trupul lui nu suferă, se datorează mentalității implicit materialiste, care consideră ca existentă în mod autentic, doar ceea ce poate fi sub o formă sau alta perceput prin simțuri (fie acestea chiar întărite cu tot felul de aparate, amplificându-le puterile). Noțiunile de suflet și de trup fac posibilă buna desfășurare a funcționării ființei umane. Dar omul reprezintă ceva mai mult decât atât, el este o persoană. Felul în care trebuie privită și tratată ființa umană în perspectiva creștină se întemeiază pe faptul că omul a fost creat după chipul și asemănarea lui Dumnezeu (Fac. 1, 27). Deci, fiecare om poartă acest chip, inalienabil în însuși conștiința sa, în profunzimea ființei sale. Acesta înseamnă că omul este mai mult decât ceea ce se vede [22, p.32]. La acest punct trebuie să spunem că Biserica a fost totdeauna atentă, chiar dacă deseori se aud voci, mai ales la adresa Ortodoxiei, că Biserica este conservatoare și nu este în pas cu vremea. Nu trebuie să ne ducem prea departe pentru a spune că Biserica a vorbit dintotdeauna despre om ca persoană de dialog cu Dumnezeu și cu semenii. Termenul de persoană în Ortodoxie are o valoare atât de mare încât Teologia Ortodoxă explică prin el atât Întruparea Fiului lui Dumnezeu [23, p.113], cât și toate actele mântuitoare ale Acestuia tocmai pentru că omul este acea ființă care se orientează către Dumnezeu [24, p.40-41] și poartă în el chipul Său. Din acest punct de vedere Morala Creștină își afirmă caracterul său prosopo-

centric (în centrul atenției stă persoana. De la grecescul o - persoană) prin care Bioetica se poate orienta și mai bine în aplicarea principiilor morale.

Modul de abordare al Moralei Creștine este totdeauna legat de modul de valorizare a persoanei. Fără o concepție corectă privind persoana umană, nu putem să avem o descifrare a valorilor Bioeticii și a scopului ei. Și prima regulă de aur în cazul Moralei creștine este cea enunțată de Evanghelie: „Toate câte vreți să vă faceți vouă oamenii, faceți și voi lor asemenea” (Matei 7, 21). Omul este chemat să se pună pe el în locul celui alt și să acționeze față de el așa cum ar dori să acționeze celălalt față de sine. Cu alte cuvinte, regula se adresează persoanei umane și se pune în lucrare prin înțelegerea și solidaritatea față de aproapele [25, p.155].

Concluzii. Astăzi, mai mult de ca în trecut, se poate vorbi de cel puțin, de un proiect de ”umanizare” [5, p.76] a medicinei, dacă nu de o convertire la morala creștină. Umanizarea actului medical este preambulul evanghelizării actului medical [26, p.243]. Ceea ce dă sens actului medical din punct de vedere moral este tocmai recunoașterea principiului autorității care nu trebuie confundat cu singura competența medicală. În virtutea acestui principiu [19, p.29-38], autoritatea o deține pacientul/reprezentantul său și nu medicul, iar încălcarea fățișă sau tacită a acestui principiu poate fi o sursă importantă de conflicte. Acest principiu a devenit elementul dominant în luarea unei decizii medicale. Un pacient apt și bine informat are dreptul moral de a consimți sau refuza intervenția medicală [27, p.30].

Bibliografie

1. Made Vittorio. La sofferenza nella cultura contemporanea. În: Gian Maria Comolli e Italo Monticelli. Manuale di pastorale sanitaria. Torino: Edizioni Camilliane, 1999, p. 117-123.
2. Aramini Michele. Bioetica per tutti. Torino: Edizione Paoline, 2006. 132 p.
3. Gavrilovici Cristina. Sfârșitul vieții la începutul vieții. În: Medicii și Biserica. Vol. VI. Cluj-Napoca: Editura Renașterea, 2008, p. 78-96.
4. Organizația Mondială a Sănătății. Organizația mondială a sănătății 1958-1962:o bibliografie. Geneva, 1964. 101 p.
5. Sgreccia Elio. Manual de Bioetică. București, 2001. 282 p.
6. Pașca-Tușa Stelian. Trupul morții și al salvei-perspectiva biblică și bioetică. In: Studia Universitatis Babeș-Bolyai. Bioethica, (Cluj-Napoca), 2013, Vol. 58, Nr. 2, p. 67-83.
7. Dictionarul Explicativ al limbii romane. București: Editura Univers

Enciclopedic, 2006.1060 p.

8. Machinek Marian. Despre controversa ce privește dimensiunea normativă a corporalității umane. În: *Studia Universitatis Babeș-Bolyai. Bioethica* (Cluj-Napoca), 2013, Vol. 58, Nr. 2, p. 9-16.

9. Rășcanu Ruxandra. Psihologie medicală și asistență socială. București: Editura Știință și Tehnică. 1996. 352 p.

10. Nicolau Sebastian. Bioetică - manual pentru învățământul universitar și preuniversitar. București: Editura Universul, 1998. 206 p.

11. Faggioni Maurizio Pietro. La vita nelle nostre mani. Torino: Edizioni Camilliane, 2009. 359 p.

12. Cattorini Paulo. Introduzione allo studio della bioetica. Milano: Europa Scienze Umane Editrice, 1996. 558 p.

13. Cattorini Paulo. Alleanza terapeutica. In: *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*. Torino: Edizioni Camilliane, 1997, p. 30-37.

14. Gullien Gracia, Orientamenti e tendenze della Bioetica nell'area linguistica spagnola. In: *Viafora Corrado*. (coord). *Vent'anni di bioetica. Idee protagonisti istituzioni*. Padova: Edizione Fondazione Lanza, 1990, p. 280-284.

15. Curcă George Cristian. Aspecte conceptuale privind răspunderea deontologică și malpractica medicală. În: *Revista Română de Bioetică* (Iași), 2010, Vol. 8, Nr. 1, p. 51-59.

16. Spinsanti Sandro. Salute, malattia, morte, In: *Francesco Compagnoni. Nuovo Dizionario di Teologia Morale*. Torino: Edizione San Paulo, 1990, p. 1134-1143.

17. Breck John . Prunc s-a născut nouă. Etica ortodoxă și copilul care vine pe lume. În: *Bioetica și taina persoanei*. București: Editura Bizantină, 2006, p. 75-91.

18. Girolami Paulo. La deontologia medica, il codice deontologico e l'eutanasia. I motivi di un No. In: *Studia Bioethica* (Roma, Italy), 2010, Vol. 3, Nr. 1-2, p. 31-39.

19. Crișan Horațiu. Abordări teoretice ale deciziilor controversate în etica medicală. În: *Studia Universitatis Babeș-Bolyai. Bioethica* (Cluj-Napoca), 2013, Vol. 58, Nr. 2, p. 29-38.

20. Larchet J. C. Creștinul în fața bolii, suferinței și morții. București: Sofia, 2004. 304 p.

21. Chirilă Pavel. Principii de bioetică. O abordare ortodoxă. București: Christiana, 2008. 239 p.

22. Bută Mircea G., Chirilă Pavel, Rebeleanu Adina, Bioetica și identitatea persoanei umane. În: Revista Română de Bioetică (Iași), 2010, Vol. 8, Nr. 3, p. 29-35.

23. Stăniloae Dumitru. Teologia Dogmatică Ortodoxă. Vol. III. București: Editura IBMBOR, 2003.

24. Beaufils Dominique. Bioetica și Taina persoanei. Perspective ortodoxe. București: Bizantină. 2005. 140 p.

25. Mantzaridis Georgios. Globalizare și Universalitate. Himeră și Adevăr. București: Bizantină, 2002. 192 p.

26. Comolli Gian Maria. Umanizzazione del mondo sanitario. În: Gian Maria Comolli e Italo Monticeli (coord). Manuale di pastorale sanitaria. Torino: Edizioni Camilliane, 1999, p. 237-244.

27. Cimpoșu Diana, Rotariu Irinel, Costache Irina, Petriș Antoniu. Decizia "de a nu resuscita" (II). Etică și lege în resuscitarea cardiopulmonară. În: Revista Română de Bioetică(Iași), 2012, Vol. 10, Nr. 2, p. 29-41.

O FILOSOFIE A INOVĂRII ÎN PROCESUL EDUCAȚIONAL

Ana Pascaru, dr. hab. în filos., conf. cercet.

Institutul de Istorie

THE PHILOSOPHY OF INNOVATION IN THE EDUCATIONAL PROCESSES

The issue in this paper identify the socio-philosophical aspects of innovation in the education. Its try to statements the necessity connect innovation in education into continuums level through philosophy. Also, the importance to involve for participation in this path the public –private capital who could be sustain and insurances a logistic and scholars levels.

Revendicarea aspectelor evidențiate asupra inovării decurge din provocările societății contemporane și febra căutărilor de soluții. Provocări care după gradul lor de intensitate nu numai că nu se înscriu în experiența acumulată în procesul cunoașterii. Dar că și însuși procesul cunoașterii este asaltat și influențat de efectele provocărilor. În condițiile în care provocările sunt rodul deschiderilor Erei Informaționale. Deschideri care insuficient conștientizate, dar și sensibilizate la toate nivelurile ierarhiei sociale după anii 60 ai sec. XX sunt mai mult utilizate decât valorificate. Discutăm de insuficiențe pe mai multe niveluri, unele dintre acestea datorându-se în