

SĂNĂTATEA, MEDICINA ȘI BIOETICA ÎN SOCIETATEA CONTEMPORANĂ:

STUDII INTER ȘI PLURIDISCIPLINARE
Ediția a V-a

HEALTH, MEDICINE AND BIOETHICS IN CONTEMPORARY SOCIETY:

INTER- AND PLURIDISCIPLINARY STUDIES
5th edition

Materialele Conferinței Științifice Internaționale
7-8 octombrie 2022

CHIȘINĂU 2022



**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA**
*NICOLAE TESTEMIȚANU STATE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY OF THE
REPUBLIC OF MOLDOVA*

CENTRUL NAȚIONAL DE BIOETICĂ DIN REPUBLICA MOLDOVA
NATIONAL BIOETHICS CENTER OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA

INSTITUTUL NAȚIONAL DE PATOLOGIE „VICTOR BABEȘ”, BUCUREȘTI, ROMANIA
VICTOR BABEȘ NATIONAL INSTITUTE OF PATHOLOGY, BUCHAREST, ROMANIA

UNIVERSITATEA NAȚIONALĂ DE SĂNĂTATE „P.SHUPYK” DIN UCRAINA
P.SHUPYK NATIONAL UNIVERSITY OF HEALTHCARE OF UKRAINE

INSTITUTUL DE FIZIOLOGIE ȘI SANOCREATOLOGIE, REPUBLICA MOLDOVA
INSTITUTE OF PHYSIOLOGY AND SANOCREATOLOGY, REPUBLIC OF MOLDOVA

SĂNĂTATEA, MEDICINA ȘI BIOETICA ÎN SOCIETATEA CONTEMPORANĂ: STUDII INTER ȘI PLURIDISCIPLINARE

Ediția a V-a

HEALTH, MEDICINE AND BIOETHICS IN CONTEMPORARY SOCIETY: INTER- AND PLURIDISCIPLINARY STUDIES

5th edition

**Materialele Conferinței Științifice Internaționale
7-8 octombrie 2022**

**Redactor responsabil și coordonator
dr. hab. în filos., conf. univ.
Vitalie Ojovanu**

**PRINT
CARO**

Chișinău, 2022

Aprobat spre publicare de către Colegiul de redacție al Conferinței Științifice Internaționale
proces verbal nr. 01 din 12 octombrie 2022

Colegiul de redacție:

Vitalie Ojovanu (Chișinău, R.Moldova) dr. hab., conf. univ.	– redactor responsabil
Teodor N. Țirdea (Chișinău, R.Moldova) dr. hab., prof. univ.	– membru al colegiului
Mircea Leabu (București, România) dr., prof. univ.	– membru al colegiului
Svetlana Pustovit (Kiev, Ucraina) dr. hab., prof. univ.	– membru al colegiului
Ion Mereuță (Chișinău, R.Moldova) dr. hab., prof. univ.	– membru al colegiului
Marius Dumitrescu (Iași, România) dr., prof. univ.	– membru al colegiului
Ana Pascaru (Chișinău, R.Moldova) dr. hab., conf. cercet.	– membru al colegiului
Valeriu Capcelea (Bălți, R.Moldova) dr. hab., conf. univ.	– membru al colegiului
Ecaterina Lozovanu (Chișinău, R.Moldova) dr., conf. univ.)	– membru al colegiului
Anatolie Eșanu (Chișinău, R.Moldova) dr., conf. univ.)	– membru al colegiului
Ludmila Rubanovici (Chișinău, R.Moldova) dr., conf. univ.)	– membru al colegiului

Culegerea include materiale ce reflectă subiectele prezentate la ședințele Conferinței Științifice Internaționale: „Sănătatea, Medicina și Bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare”, ediția a V-a, din diverse domenii ale științei și filosofiei, relevând cu predilecție problemele vieții și sănătății umane în condițiile societății contemporane, caracterizată prin diverse și complexe procese în toate sferile de activitate, fapt ce plasează omenirea în fața unor noi provocări. Ediția cuprinde cele mai recente și interesante valorificări științifice ale cercetătorilor din țară și de peste hotare incluse în trei compartimente: „Medicina și societatea între realizări și probleme presante”, „Cadru spiritual și asigurarea calității vieții, bunăstării și siguranței în sănătate”, „Viața și sănătatea omului contemporan din perspectivă multidimensională” și subsecția: „Probleme actuale de fiziologie umană și sănătate în abordare interdisciplinară”. Culegerea debutează cu articole elaborate în baza cuvântărilor de omagiere aduse prof. univ. Teodor Țirdea cu ocazia aniversării a 85 ani de la naștere.

Publicația este destinată cercetătorilor științifici, specialiștilor practicieni ai diverselor domenii de activitate, doctoranzilor, mediciniștilor.

Recenzenți:

Ana Pascaru, doctor habilitat în filosofie, conferențiar cercetător
Tudor Grejdean, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Materialele sunt publicate în redacția autorilor

Toți autorii și-au dat acordul pentru postarea pe internet a materialelor din culegere

Această culegere de articole și rezumate științifice a fost realizată în cadrul proiectului „Abordarea interdisciplinară bioetică-socio-medicală a contingentului vulnerabil de populație cu stare severă de sănătate și posibilitățile de reabilitare” din cadrul Programului de Stat 2020-2023, cod 20.80009.8007.36

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

“Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare”, conferință științifică internațională (5 ; 2022 ; Chișinău). Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare = Health, Medicine and Bioethics in Contemporary Society: Inter- and Pluridisciplinary Studies : Materialele Conferinței Științifice Internaționale, Ediția a 5-a, 7-8 octombrie 2022 / redactor responsabil și coordonator: Vitalie Ojovanu. – Chișinău : Print-Caro, 2022. – 312 p. : fig., tab.

Antetit: Univ. de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu” din Rep. Moldova, Centrul Naț. de Bioetică din Rep. Moldova, Inst. Naț. de Patologie “Victor Babeș”, București, Romania [et al.]. – Texte : lb. rom., engl., rusă. – Rez.: lb. rom., engl., fr. etc. – Referințe bibliogr. la sfârșitul art. – În red. aut. – 100 ex.

ISBN 978-9975-165-12-9.

C U P R I N S
TABLE OF CONTENTS

APORT EXCEPȚIONAL ÎN ȘTIINȚĂ ȘI FILOSOFIE
Profesirul universitar, doctorul habilitat în filosofie Teodor N. Țirdea
la aniversarea de 85 ani
EXCEPTIONAL CONTRIBUTION IN SCIENCE AND PHILOSOPHY
University professor, PhD in philosophy Teodor N. Țirdea on his 85th birthday

DESPRE A PATRA DIMENSIUNE ȘI ENTUZIASMUL ÎNVĂȚĂTURII
PROFESORULUI UNIVERSITAR TEODOR N. ȚÎRDEA

(Profesorul universitar Teodor N. Țirdea la 85 de ani)

ABOUT THE FOURTH DIMENSION AND THE ENTHUSIASM OF
LEARNING OF THE UNIVERSITY PROFESSOR TEODOR N. ȚÎRDEA

(University professor, PhD in philosophy Teodor N. Țirdea on his
85th birthday)

Ludmila Rubanovici, Viorica Leancă, Chișinău, R. Moldova..... 12

TEODOR N. ȚÎRDEA – FONDATOR AL ȘCOLII ȘTIINȚIFICE
NAȚIONALE DE BIOETICĂ

TEODOR N. TIRDEA – FOUNDER OF THE NATIONAL SCIENTIFIC
SCHOOL OF BIOETHICS

Vitalie Ojovanu, Ion Banari, Chișinău, R. Moldova..... 21

CONCEPTUL DE BIOETICĂ GLOBALĂ ÎN CONTEXTUL OPEREI
TEORETICO-METODOLOGICE A ACADEMICIANULUI,
PROFESORULUI UNIVERSITAR TEODOR ȚÎRDEA.

85 DE ANI DE LA NAȘTERE

THE CONCEPT OF GLOBAL BIOETHICS IN THE CONTEXT OF THE
THEORETICAL-METHODOLOGICAL WORK OF THE ACADEMICIAN,
PROFESSOR TEODOR ȚIRDEA. 85 YEARS FROM BIRTH

Anatolie Eșanu, Chișinău, R. Moldova..... 27

BIOETICA SOCIALĂ ÎN CREAȚIA ȘTIINȚIFICĂ A PROFESORULUI
UNIVERSITAR, ACADEMICIANULUI TEODOR N. ȚÎRDEA

SOCIAL BIOETHICS IN THE SCIENTIFIC CREATION OF UNIVERSITY
PROFESSOR, ACADEMICIAN TEODOR N. TIRDEA

Ion Banari, Vitalie Ojovanu, Chișinău, R. Moldova..... 41

I.
MEDICINA ȘI SOCIETATEA ÎNTRE REALIZĂRI
ȘI PROBLEME PRESANTE
MEDICINE AND SOCIETY BETWEEN ACHIEVEMENTS
AND PRESSING PROBLEMS

RESPONSABILITATEA ÎN ETICA SOCIETĂȚII POST-PANDEMIE <i>RESPONSIBILITY IN SOCIETY'S ETHICS IN POST-PANDEMIC</i> Ana Pascaru, Chișinău, R. Moldova	50
DESCIFRÂND SOCIETATEA PRIN CRIZA COVID-19 <i>DECIPHERING SOCIETY BY COVID-19 CRISIS</i> Mircea Leabu, București, România.....	56
ФИЛОСОФСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ В КОНТЕКСТЕ РОССИЙСКОЙ АГРЕССИИ ПРОТИВ УКРАИНЫ: СНОВА О ЧЕЛОВЕКЕ МАССЫ И БАНАЛЬНОСТИ ЗЛА <i>PHILOSOPHICAL ANTHROPOLOGY IN THE CONTEXT OF THE</i> <i>RUSSIAN AGGRESSION AGAINST UKRAINE: AGAIN ABOUT THE</i> <i>MASS MAN AND THE BANALITY OF EVIL</i> Светлана Пустовит, Киев, Украина	58
RISURILE ȘI DEZASTRELE PENTRU SĂNĂTATEA ȘI SUPRAVIEȚUIREA OMENIRII <i>HEALTH RISKS AND DISASTERS AND THE SURVIVAL OF HUMANITY</i> Ion Mereuță, Chișinău, R. Moldova.....	67
ОБЪЕКТІА ДЕ КОНȘТИНȚĂ ÎН ДОМЕНІУЛ МЕДИСАЛ: СОНСІДЕРАȚІИ ЕТІСЕ <i>CONSCIOUS OBJECTION IN THE MEDICAL FIELD: ETHICAL</i> <i>CONSIDERATIONS</i> Маріа Алуаș, Cluj-Napoca, România	72
BIOETHICS AND AXIOLOGY UNDER CONDITIONS OF GLOBAL CRISES <i>BIOÉTHIQUE ET AXIOLOGIE DANS DES CONDITIONS</i> <i>DE CRISES MONDIALES</i> Nataliia Boichenko, Kiyv, Ukraine	77

**THE HUMAN BEING AS A PRISONER OF THE ARTIFICIAL
CULTURE IN THE AGE OF SOCIAL NETWORKING ADDICTION**

*L'ÊTRE HUMAIN COMME PRISONNIER DE LA CULTURE ARTIFICIELLE
À L'ÈRE DE LA DÉPENDANCE AUX RÉSEAUX SOCIAUX*

Marius Dumitrescu, Iași, România 79

**IMPORTANȚA ASPECTELOR MORALE ȘI ETICE ALE BUNEI-
CREDINȚE PENTRU SOCIETATEA CONTEMPORANĂ**

*THE IMPORTANCE OF THE MORAL AND ETHICAL ASPECTS OF
GOOD FAITH FOR CONTEMPORARY SOCIETY*

Valeriu Capcelea, Bălți, R. Moldova 87

**PARADIGMA ANULUI JUBILIAR ÎN CONTEXTUL PANDEMIEI
COVID-19**

*THE PARADIGM OF THE JUBILEE YEAR IN THE CONTEXT
OF THE COVID-19 PANDEMIC*

Adelia Furdui (Florea), Timișoara, România 93

**ASIGURAREA SECURITĂȚII UMANE PRIN FORTIFICAREA
SIGURANȚEI PERSOANEI**

*ENSURING HUMAN SECURITY BY FORTIFYING SAFETY OF
THE PERSON*

Serghei Sprincean, Chișinău, R. Moldova 97

**PHILOSOPHY, IDEOLOGY AND EXISTENTIAL OF HUMAN LIFE
ФИЛОСОФИЯ, ИДЕОЛОГИЯ И СУЩНОСТЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ**

Borys I. Ostapenko, Canada 104

**VALOAREA VIEȚII UMANE CA OBIECT DE ANALIZĂ FILOSOFICĂ
THE VALUE OF HUMAN LIFE AS AN OBJECT OF PHILOSOPHICAL**

ANALYSIS

Stela Spînu, Chișinău, R. Moldova 110

**CONTROLUL SUBIECTIV ȘI SĂNĂTATEA MENTALĂ
PERCEIVED CONTROL AND MENTAL HEALTH**

Ioana Todor, Alba Iulia, România 116

**AUTOSTIGMATIZAREA PACIENȚILOR ÎN PSIHIATRIE
SELF-STAGMATIZATION OF PATIENTS IN PSYCHIATRY**

Svetlana Condrațiu, Chișinău, R. Moldova 121

**DIMENSIUNI CONCEPTUALE ÎN ABORDAREA VULNERABILITĂȚII
LA PERSOANE CU PROBLEME DE SĂNĂTATE**

*CONCEPTUAL DIMENSIONS IN APPROACHING VULNERABILITY IN
PEOPLE WITH HEALTH PROBLEMS*

Vitalie Ojovanu, Chișinău, R. Moldova 125

**SUFERINȚA – STARE DE VULNERABILITATE A PACIENTULUI
ÎNCARCERAT**

*SUFFERING – A STATE OF VULNERABILITY OF THE IMPRISONED
PATIENT*

Viorel Cojocaru, Chișinău, R. Moldova 127

**ASPECTUL MULTIDIMENSIONAL AL VULNERABILITĂȚII
LA VÂRSTNICII DIN REPUBLICA MOLDOVA**

*THE MULTIDIMENSIONAL ASPECT OF VULNERABILITY IN THE
ELDERLY FROM THE REPUBLIC OF MOLDOVA*

Ana Popescu, Gabriela Șoric, Chișinău, R. Moldova 134

**ASPECTE BIOETICE ALE ACUPUNCTURII ÎN MEDICINA
MODERNĂ**

BIOETHICAL ASPECTS OF ACUPUNCTURE IN MODERN MEDICINE

Tudor Turchin, Chișinău, R. Moldova 136

II

**CADRUL SPIRITUAL ȘI ASIGURAREA CALITĂȚII VIETII,
BUNĂSTĂRII ȘI SIGURANȚEI ÎN SĂNĂTATE**

*THE SPIRITUAL FRAMEWORK AND THE ASSURANCE OF QUALITY
OF LIFE, WELL-BEING AND HEALTH SAFETY*

**LIBERTATEA VOINȚEI - INTERPRETĂRILE MULTIASPECTUALE
CONTEMPORANE**

*FREEDOM OF THE WILL - CONTEMPORARY MULTIASPECTUAL
INTERPRETATIONS*

Ecaterina Lozovanu, Chișinău, R. Moldova 143

VALOAREA NATURII

VALUE OF NATURE

Niadi-Corina Cernica, Suceava, România 145

STRESUL DE ACULTURAȚIE ÎN CONTEXT MULTICULTURAL

ACCULTURATION STRESS IN A MULTICULTURAL CONTEXT

Stela Spînu, Chișinău, R. Moldova 149

**EDUCAȚIA ÎN EPOCA MASS-MEDIA: IMPLICAȚII ALE
CONSUMULUI DE MASS-MEDIA ASUPRA COPIILOR ȘI
ADOLESCENȚILOR**

*EDUCATION IN THE MASS MEDIA AGE: IMPACT OF MASS MEDIA ON
CHILDREN AND ADOLESCENTS*

Dorin Opriș, Alba Iulia, România 153

INTERPRETAREA KAIROS ÎN MODELUL CULTURAL NOICIAN
KAIROS INTERPRETATION IN THE NOIKA'S CULTURAL MODEL

Vera Panfil, Chișinău, R. Moldova 163

**PROTECTION AND PROMOTION OF THE RIGHTS OF THE
CHILD: A DIACHRONIC APPROACH**

*PROTEȚIA ȘI PROMOVAREA DREPTURILOR COPILULUI:
O ABORDARE DIACRONICĂ*

Remus Runcan, Arad, Romania,

Patricia Runcan, Timisoara, Romania 174

ASPECTE BIOETICE ÎN CONSULTUL MEDICO-GENETIC
BIOETHICAL ASPECTS IN MEDICO-GENETIC CONSULTATION

Mariana Sprincean, **Svetlana Hadjiu**, **Stela Racovița**, **Olga Tihai**,

Cristina Popa, **Aliona Dumitraș**, **Ninel Revenco**, Chișinău, R. Moldova.... 185

**ОРГАНИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ
АКТИВНОСТЬЮ С ПОЗИЦИЙ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО
ПОДХОДА**

*ORGANIZATION OF MOTOR ACTIVITY MANAGEMENT BY THE
PSYCHOPHYSIOLOGICAL APPROACH*

Татьяна Дегтяренко, **Владислав Коджебаш**, Одесса, Украина 192

**ASPECTE PRACTICE ALE CONSILIERII PSIHOLOGICE A
PERSOANELOR DIAGNOSTICATE CU DEPRESIE**

*PRACTICAL ASPECTS OF PSYCHOLOGICAL COUNSELING OF PEOPLE
DIAGNOSED WITH DEPRESSION*

Cristina Boderscova, Chișinău, R. Moldova 199

MÂNCARE, ZAHĂR, DEPENDENȚĂ. JURNAL DE LECTURĂ
FOOD, SUGAR, ADDICTION. JOURNAL READING

Ioan Scheau, Alba Iulia, România 203

**ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ
ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА
В МЕЖДУНАРОДНОМ И НАЦИОНАЛЬНОМ ПРАВЕ**
*PROBLEMS OF LEGAL REGULATION OF HUMAN ORGAN AND TISSUE
TRANSPLANTATION IN INTERNATIONAL AND NATIONAL LAW*
Игорь Арсени, Комрат, Р. Молдова207

**CONFIGURAREA UNOR PERSPECTIVE ALE ACTIVITĂȚII
ASISTENTULUI MEDICAL GENERALIST ÎN STOMATOLOGIE**
*CONFIGURING SOME PERSPECTIVES OF THE ACTIVITY
OF THE GENERAL MEDICAL ASSISTANT IN DENTISTRY*
Ala Ojovan, Chișinău, R. Moldova.....213

EUTHANASIA FROM THE PERSPECTIVE OF LIFE
EUTANASIA DIN PERSPECTIVA VIEȚII
Adelia Furdui (Florea), Timișoara, România221

**SECURITATEA ȘI SĂNĂTATEA ÎN ACTIVITATEA
PERSONALULUI MEDICAL DIN INSTITUȚIILE MEDICO -
SANITARE PUBLICE**
*SAFETY AND HEALTH IN THE ACTIVITY OF MEDICAL STAFF IN
PUBLIC MEDICAL AND SANITARY INSTITUTIONS.....226*
**Iurii Lupacescu, Ludmila Sochircă, Tudor Grejdean,
Chișinău, R. Moldova.226**

**MANAGEMENTUL DATELOR ÎN PROCESUL DE CERCETARE
MEDICALĂ**
DATA MANAGEMENT IN THE MEDICAL RESEARCH PROCESS
Vitalina Ojovan, Chișinău, R. Moldova232

**ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ
ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА В
ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАНАХ**
*LEGAL REGULATION OF THE PROCEDURE OF TRANSPLANTATION OF
HUMAN ORGANS AND TISSUES IN THE COUNTRIES OF EUROPE*
Игорь Арсени, Комрат, Р. Молдова233
DECIZIA MORALĂ ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ
THE MORAL DECISION IN THE PALLIATIVE CARE
Marinela Rusu, Chișinău, R. Moldova.....240

III.
VIATA ȘI SĂNĂTATEA OMULUI CONTEMPORAN DIN
PERSPECTIVĂ MULTIDIMENSIONALĂ
THE LIFE AND HEALTH OF THE CONTEMPORARY MAN
FROM A MULTIDIMENSIONAL PERSPECTIVE

- OPINIA REFERITOR LA INFLUENȚA FACTORILOR**
MODULUI DE VIAȚĂ CE INFLUENȚEAZĂ STAREA DE
SĂNĂTATE A POPULAȚIEI 80 ANI ȘI PESTE
OPINION REGARDING THE INFLUENCE OF LIFESTYLE FACTORS
THAT INFLUENCE THE HEALTH STATUS OF THE POPULATION
AGE 80 AND OVER
Tudor Grejdean, Anatol Negară, Elena Mihăilași,
Gabriela Șoric, Chișinău, R. Moldova244
- OPORTUNITATEA REABILITĂRII MINORILOR CU DIABET**
ZAHARAT DE TIP 1
THE OPPORTUNITY FOR THE REHABILITATION OF MINORS
WITH TYPE 1 DIABETES
Vitalina Ojovan, Chișinău, R. Moldova249
- THE RELATIONSHIP BETWEEN PATIENT SAFETY GRADE**
AND ADVERSE EVENTS REPORTING IN NEUROSURGICAL
DEPARTMENTS FROM MOLDOVA
LEGĂTURA DINTRE FENOMENUL DE RAPORTARE A
EVENIMENTELOR ADVERSE ȘI SIGURANTA PACIENTULUI DE PROFIL
NEUROCHIRURGICAL ÎN MOLDOVA
Silvia Danu, Chișinău, R. Moldova256
- ASPECTE CONCEPTUALE ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII**
POPULAȚIEI LA NIVEL COMUNITAR
CONCEPTUAL ASPECTS IN HEALTH PROMOTING FOR THE
POPULATION AT THE COMMUNITY LEVEL
Angela Baroncea, Tudor Grejdean, Chișinău, R. Moldova.....258
- ASPECTE TEORETICE ȘI METODOLOGICE PRIVIND ANXIETATEA**
BENEFICIARILOR DE SERVICII STOMATOLOGICE
THEORETICAL AND METHODOLOGICAL ASPECTS OF ANXIETY IN
DENTAL SERVICES
Alina Vechiu, Chișinău, R. Moldova263

EVOLUĂRI POSIBILE ALE POLITICILOR PRIVITOR LA DOPAJUL ÎN SPORT. POZIȚIONĂRI TEORETICE

POSSIBLE POLICY EVOLUTIONS REGARDING DOPING IN SPORTS. THEORETICAL POSITIONS

Vitalie Ojovanu, Chișinău, R. Moldova271

VACCINAREA ANTI COVID -19 PRIN PRISMA BIOETICII CONTEMPORANE

VACCINATION AGAINST COVID-19 THROUGH THE PRISM OF CONTEMPORARY BIOETHICS

Marina Benzari, Chișinău, R. Moldova273

ABORDARE BIOETICĂ A DILEMELOR MORALE ÎN CONTEXTUL ACTULUI MEDICAL HEPATIC

THE BIOETHICAL APPROACH OF MORAL DILEMMA IN THE CONTEXT OF THE HEPATIC ACT

Adela Cazacu, Chișinău, R. Moldova.....274

ABORDAREA MEDICO-ETICĂ A VULNERABILITĂȚII ÎN CONTEXTUL ACTULUI MEDICAL HEPATIC

THE MEDICAL-ETHICAL APPROACH OF VULNERABILITY IN THE CONTEXT OF THE HEPATIC ACT

Daniela Afteniuc, Chișinău, R. Moldova.....276

PROBLEME ACTUALE DE FIZIOLOGIE UMANĂ ȘI SĂNĂTATE ÎN ABORDARE INTERDISCIPLINARĂ
CURRENT ISSUES OF HUMAN PHYSIOLOGY AND HEALTH IN AN INTERDISCIPLINARY APPROACH

INSTITUTUL DE FIZIOLOGIE ȘI SANOCREATOLOGIE, REPUBLICA MOLDOVA

INSTITUTE OF PHYSIOLOGY AND SANOCREATOLOGY, REPUBLIC OF MOLDOVA

SEMNIFICAȚIA CALITĂȚII GRĂSIMILOR CONSUMATE ȘI A STIMULĂRII HIPOTERMALE ÎN MECANISME ANTIINFLAMATOARE ȘI ÎN PREVENȚIA OBEZITĂȚII

THE SIGNIFICANCE OF THE QUALITY OF CONSUMED FATS AND HYPOTHERMAL STIMULATION IN ANTI-INFLAMMATORY MECHANISMS AND IN THE PREVENTION OF OBESITY

Vasile Fedas, Chișinău, R. Moldova279

LIPID PROFILE AND LIPOTOXICITY IN PEOPLE WITH HYPOTALAMIC (MORBID) OBESITY

PROFILUL LIPIDIC ȘI LIPOTOXICITATEA LA PERSOANE CU OBEZITATE HIPOTALAMICĂ (MORBIDĂ)

Boris Varsan, Anatolie Baci, Vasile Fedash, Ion Mereuta,
Chișinău, R. Moldova 285

ROLUL PLANTELOR MEDICINALE ONCOPROTECTOARE ÎN MODIFICAREA MICROBIOTEI INTESTINALE

THE ROLE OF ONCOPROTECTIVE MEDICINAL PLANTS IN MODIFYING THE INTESTINAL MICROBIOTA

Ana Leorda, Vlada Furdui, Dorina Tolstenco, Chișinău, R. Moldova 291

ACTUALITATEA CRIOCONSERVĂRII ÎN PĂSTRAREA RESURSELOR GENETICE

CURRENTITY OF CRYOPSERVATION IN THE PRESERVATION OF GENETIC RESOURCES

Ion Balan, Nicolae Roșca, Sergiu Balacci, Vladimir Buzan, Vasile Harea, Roman Crețu, Gheorghe Bacu, Artiom Filippov, Iulia Olaru,
Chișinău, R. Moldova 297

ASPECTE PSIHOsocIALE ALE DIABETULUI ZAHARAT DE TIP 1 LA COPII

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF TYPE 1 DIABETES IN CHILDREN

Vitalina Ojovan, Chișinău, R. Moldova 299

ВЛИЯНИЕ КАЛЬЦИЯ НА ЯИЧНУЮ ПРОДУКТИВНОСТЬ ПРОМЫШЛЕННОГО ПТИЦЕВОДСТВА

INFLUENCE OF CALCIUM ON EGG PRODUCTIVITY OF INDUSTRIAL POULTRY FARMING

Igor Petcu, Ion Balan, Boris Demcenco, Feodora Roșca, Ana Gramovici, Chișinău, R. Moldova 301

MODIFICARI MORFOLOGICE A MIOCARDULUI LA ANIMALELE DE LABORATOR IN CONDIȚIILE ISCHEMIE/REPREFUZIE

MORPHOLOGICAL CHANGES OF THE MYOCARDIUM IN LABORATORY ANIMALS UNDER CONDITIONS OF ISCHEMIA/REPERFUSION

Simion Marga, Gheorghe Apostol, Chișinău, R. Moldova 304

APOPTOZA ȘI CANCERUL

APOPTOSIS AND CANCER

Simion Marga, Gheorghe Apostol, Chișinău, R. Moldova 309

APORT EXCEPȚIONAL ÎN ȘTIINȚĂ ȘI FILOSOFIE
Profesirul universitar, doctorul habilitat în filosofie
Teodor N. Țirdea la aniversarea de 85 ani

EXCEPTIONAL CONTRIBUTION IN SCIENCE AND
PHILOSOPHY
University professor, PhD in philosophy
Teodor N. Țirdea on his 85th birthday

DESPRE A PATRA DIMENSIUNE ȘI ENTUZIASMUL
ÎNVĂȚĂTURII PROFESORULUI UNIVERSITAR
TEODOR N. ȚIRDEA
(Profesorul universitar Teodor N. Țirdea la 85 de ani)

Ludmila Rubanovici, dr. în filos., conf. univ.

Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova
ludmila.rubanovici@usmf.md

Viorica Leancă, dr. în filos., conf. univ.

Academia Militară a Forțelor Armate „Alexandru cel Bun” din
Republica Moldova
viorica.leanca@yahoo.com

ABOUT THE FOURTH DIMENSION AND THE ENTHUSIASM OF
LEARNING OF THE UNIVERSITY PROFESSOR TEODOR N. ȚIRDEA
(University professor Teodor N. Țirdea on his 85th birthday)

Teodor N. Țirdea is a member of the Noosphere International Academy (Sustainable Development) and the International Informatization Academy attached to the UN, the Informatics Academy of Ukraine, doctor of philosophy, former head of the Department of Philosophy and Bioethics (1999-2008), illustrious scientist who made a great contribution to the development of philosophical, scientific and cultural ideas in the Republic of Moldova and beyond its borders. It should be noted that the name of university professor T.N. Țirdea marked the initial moment of the process

of developing new paradigms for the survival of mankind, new ways of managing social systems and viable forms of interaction between nature and society, as well as the spread of innovative ideas and the promotion of this knowledge in the higher education in our country.

Momentul inițial al procesului de elaborare a noilor paradigme de supraviețuire a omenirii, de trasare a noilor căi de gestionare a sistemelor sociale și forme viabile de interacțiune a naturii și a societății și de răspândire a ideilor novatoare în Republica Moldova și, ulterior, de promovare a acestor cunoștințe în instituțiile superioare de învățământ sunt indispensabil legate de numele profesorului universitar Teodor N. Țirdea – membru titular (academician) al Academiei de Informatică a Ucrainei, al Academiei Internaționale de Noosferă (Dezvoltare durabilă) și al Academiei Internaționale de Informatizare de pe lângă ONU, doctor habilitat în științe filosofice, ex-șeful Catedrei de filosofie și bioetică (1999-2008), ilustru om de știință care a adus un mare aport în dezvoltarea ideilor filosofice, științifice și culturale din țara noastră și dincolo de hotarele ei. Numele Domniei sale vorbește despre propria persoană mult mai mult decât toate cuvintele luate în ajutor pentru a fixa niște momente, pentru a creiona niște trăsături specifice, îl fac deosebit în lumea filosofiei contemporane. Profesorul Teodor Țirdea a intuit importanța decisivă a cercetărilor în domeniul filosofiei securității umane, informației, a sinergeticii, sociocognitologiei, noosferologiei, bioeticii etc., discipline pentru dezvoltarea durabilă a omenirii și, în special, pentru medicină în condițiile informatizării, tehnicizării acesteia încă la finele sec. XX-lea și continuă să prezinte în sine atmosfera științifică a timpului pe care-l trăim.

Începând de la biografia spirituală a filosofului care cuprinde diverse tendințe și remarcând caracterul său educațional enciclopedic, pedantis-mul, perseverența, dragostea față de tinerii cercetători, față de toți cei care au ales să facă știință, noi, discipolii dumnealui avem să învățăm, să ne inspirăm multe de la profesorul Teodor Țirdea pentru a înfrunta variațiile imprevizibile ale vieții precum și a reuși în plan profesional. Anume inter-esul științific sporit față de problemele informatizării și intelectualizării sociumului, a securității dezvoltării sistemului natură-societate-umanitate, protecția ecologică, problemele demografice etc., au sensibilizat atenția și interesul nostru, studente fiind la Universitatea de Stat din Moldova, Fa-cultatea Asistență socială, Sociologie și Filosofie, specialitatea Filosofie.

De asemenea, învățătura profesorului Teodor Țirdea despre problemele de etică, morală, deontologie ne-au copleșit desăvârșit și interesul de a studia aceste domenii a crescut intrigant. Astfel, modul, felul de gândire, de manifestare a părerilor, concepțiilor inovatoare și de împărtășire cu ucenicii lui într-un domeniu clarobscur, ne-a determinat să ne continuăm studiile de doctorat la specialitatea „Filosofia și Metodologia Științei”, la catedra de Filosofie și Bioetică a USMF „Nicolae Testemițanu”.

Sub îndrumarea științifică a domniei sale, am studiat asigurarea dezvoltării durabile la nivel global, caracterul general-științific și conceptual al securității, categoria filosofică de dezvoltare, noua concepție generală despre lume și viață – *filosofia securității* [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9]. Interesul vădit al domnului Țirdea față de problema asigurării securității existenței umane a „trezit” și nouă curiozitatea prin importanța acestei probleme filosofice atât de actuale, conferindu-i prin cercetare un conținut filosofic important. Anume de sfera rațiunii (noosfera) și categoria filosofică de securitate, afirmă academicianul [10], are nevoie civilizația contemporană în decursul trecerii ei spre o dezvoltare durabilă, inofensivă, asigurând siguranța și stabilitatea veritabilă a tuturor formelor de activitate vitală. Prin studiile realizate în colaborare cu domnia sa, am căutat argumente și am afirmat că securitatea este prezentată drept o stare concretă a civilizației și contribuie direct la supraviețuirea omenirii, iar interpretarea tradițională a noțiunii de securitate ca ocrotire de pericole și amenințări s-a dovedit a fi insuficientă. În acest sens este logic să reamintim învățăturile despre faptul că „Noosferizarea coincide cu procesul de supraviețuire a civilizației contemporane, asigurării dezvoltării durabile și inofensive ale acesteia, iar esența strategiei contemporane de devenire a noosferei prin dezvoltarea durabilă coincide cu principiul conservării biosferii” [11].

Convingerea certă pe care o înaintează academicianul T.N. Țirdea este expusă în citatul său: „Lumea va fi salvată nu de adevărul abstract, nu de bunul și nu de frumosul desenat pe hârtie, nu de credință și nu de dreptate, dar de toate împreună, dirijate de înțelepciunea reflexiei filosofice, de intelectualizare și de asigurarea strategiei de supraviețuire a omenirii” [12]. Viziunea lui T. Țirdea despre viață și securitatea globală trebuie să devină prioritatea supraviețuirii noastre, iar tendința de a obține o securitate globală în mecanismul dezvoltării durabile – un imperativ al timpului, chiar dacă această opinie pare a fi parte din a patra dimensiune. Axarea atenției asupra acestei probleme e determinată de faptul că omenirea domină multe

din condițiile ce asigură securitatea la diferite niveluri, iar ele par a fi incapabile să coexiste armonios.

Altă temă de interes științific reprezintă cercetarea *intelectului social* ca element creativ în viața societății, intelectualizarea societății ca proces legat de informatizare ca factor important în asigurarea unei dezvoltări stabile în supraviețuirea societății. Aceste însușiri de cunoștințe științifice mereu evidențiază direcțiile de bază în procesul de dezvoltare socială prin echilibrul, profunzimea neobișnuită și diversitatea, ce cuprind toate sferele vieții contemporane, dinamismul vieții spirituale, a omenirii [13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20; 21; 22].

Originalitatea investigațiilor filosofului moldovean rezidă și în corelarea tabloului sinergetic al lumii, a paradigmei aliniarității cu noosferizarea naturii și societății umane. T.N. Țirdea a realizat o sinteză a problematicii general-științifice ce ține de esența, conținutul și obiectul sinergeticii, preluând ceea ce i s-a părut a fi valoros în elaborările de acest gen apărute în literatura contemporană, exprimându-și, totodată, propriile sale puncte de vedere asupra materialului analizat. Cunoștințele sinergetico-noosferologice trebuie să devină o parte componentă a concepției despre lume, afirmă profesorul Țirdea. Paradigma aliniarității (sinergeticii), stilul de gândire sinergetic în știință schimbă radical conceperea dezvoltării proceselor sociale și a celor din natură. Ansamblul de reprezentări și de idei despre natură, societate, gândire, om și locul acestuia în lume etc. ale lui Teodor N. Țirdea menționează că paradigma sinergetică provoacă o nouă imagine a universului și un nou model de dezvoltare și de asigurare a securității umanității. Originalitatea investigațiilor profesorului Teodor N. Țirdea rezidă în corelarea tabloului sinergetic al lumii, a paradigmei aliniarității cu noosferizarea naturii și societății umane, subliniind că ritmul înalt al evoluției tehnice poate deveni util în calea spre soluționarea crizei ecologice, dacă factorul informațional-tehnologic va deveni „aliatul” ecologiei. Acest fapt poate avea loc doar în cazul când tehnologiile bazate pe epuizarea resurselor materiale vor fi transformate în tehnologii neprimejdioase, inofensive, prielnice sănătății. O atenție deosebită domnul Țirdea acordă noțiunilor cheie pentru domeniul interdisciplinar sinergetic: haos și ordine, necesitate și întâmplare, posibilitate și realitate, sisteme deschise, aliniere, dezechilibrate, entropie, fluctuație, diversitate, bifurcație, disipare, attractor, etc.

În contextul paradigmei sinergetice, academicianul T.N. Țirdea s-a dovedit a fi destul de productiv pentru științele medico-biologice și anume

în direcționarea examinării fenomenelor de autoorganizare în dezvoltarea biologică individuală și evoluția viului în ansamblu, în explicarea proceselor biologice periodice, în morfogeneză și în apariția imunității, în analiza diverselor aspecte ale funcționării organismului uman, ale sănătății și maladiei etc. Domnia sa a atenționat că pentru funcționarea optimală a tuturor sistemelor de activitate vitală a omului este necesar un oarecare regim intermediar dintre haos și ordine, de regimul haosului determinat.

Tranziția spre o societate informațională indică savantului o viziune nouă referitoare la dezvoltarea socială, acordând prioritate factorilor informațional-comunicativi (intelectuali) ce constituie un sistem complicat autoorganizat al cărui nivel de funcționare este determinat de intensitatea informatizării, computerizării și mediatizării sociumului. O atenție deosebită savantul acordă nu intelectului individual, sau al unei pătri speciale, ci intelectului social care în baza interconexiunilor informaționale tinde a favoriza o atitudine creativă față de rezolvarea problemelor în fiecare sferă de activitate umană: „În concepția intelectualismului momentul central îi aparține transformării cunoștințelor în forță socială și îndeosebi, în cea de producție” [23]. Astfel, academicianul T. Țirdea, având o viziune profundă, noua concepție a intelectualismului nu o reduce numai la sfera spirituală, fiind un punct de reper în procesul informațional (acumularea, prelucrarea, translarea și utilizarea informației), cunoștințele devin o forță materială, realizându-se în sisteme tehnologice noi.

Drept urmare a intelectualizării sociumului, profesorul T. Țirdea menționează că civilizația va avea posibilitatea de a pretinde la o dezvoltare durabilă. Intelectualizarea, după părerea sa, se manifestă prin creșterea rolului și influenței muncii spirituale în activitatea profesională, prin sporirea funcțiilor creative ca rezultat al complicării muncii umane ce ține de revoluția tehnologică informațională contemporană. Astfel, intelectualizarea reprezintă cuplarea facultăților intelectuale individuale cu posibilitățile tehnicii informaționale. La etapa actuală savantul propune soluții concrete de realizare a acestui proces prin scientizare: „Conștiința individuală, intelectul individual depășește substanțial conștiința socială, intelectul planetar. În așa situație știința trebuie să accelereze în modificarea sa. E nevoie de o transformare radicală a ei în dependență de gradul de năzuință a omenirii spre *un viitor durabil*. La acest capitol în fața științei se înaintează două țeluri: *primul* ține de supraviețuirea omenirii și de ocolire a crizei antropoecologice planetare, *al doilea* – de soluționarea problemelor globa-

le și eliminarea negativelor globalizării. În dependență de faptul cum ea (știința) v-a reuși să realizeze aceste scopuri depinde viitorul nostru, soarta (destinul) planetei” [24].

Axând concepțiile sale pe o filosofie a supraviețuirii Teodor N. Țirdea propagă paradigma noosferică, conform căreia supraviețuirea omenirii poate fi asigurată de asemenea în cazul în care dezvoltarea societății se va orienta spre traiectoria noosferică. Adică se va înfăptui dirijarea inteligentă a transformării lumii. Savantul atenționează că noosfera nu este biosfera reorganizată, ci *sociosfera transformată* [25]. Sfera rațiunii presupune prioritatea și dominarea mai întâi de toate a intelectului, a *intelectului planetar (noosferic)* și nu a celui individual. Devenirea acestuia este posibilă datorită elaborării metodelor noi, netradiționale de cercetare ce ar evidenția importanța aspectelor bioetice, umanistice, informaționale, cosmice ale noosferei. Noosferizarea sociumului, presupunând printre multitudinea de funcții intelectualizarea, umanizarea, ecologizarea, axiologizarea progresului social, corespunde cu practica de supraviețuire a omului și a societății, cu tendințele acestora spre dezvoltarea durabilă. Astfel, în lucrările sale, autorul ne vorbește despre mentalitatea, conștiința noosferică, despre intelectul noosferic și paralel despre societatea noosferică bazată pe înțelepciune, rațiune, înțelegere, toleranță, interpretare, integrare, diversitate, unicitate etc., care în ansamblu ar sta la baza Demnității planetare, globale.

Savantul este ferm convins că dezvoltarea noosferică reprezintă prin sine schimbarea inofensivă, sistemică și complexă a realității. În acest context consideră, că este necesar de a scoate la iveală totalitatea scopurilor pe care se va orienta noosferogeneza: creșterea calitativă și mai apoi depășirea activității materiale de cea intelectuală; prerogativa științifică și sociopractică a principiului biosferocentric; diminuarea creșterii populației în mod egal pe întreaga Terra în concordanță cu legitățile noosferizării în domeniul proceselor demografice; stabilirea unei noi culturi și morală general-umană însoțită de conservarea diversității obișnuite existente; organizarea sistemelor de monitoring global și regional al resurselor socionaturale și utilizarea lor în concordanță cu necesitățile dezvoltării durabile și a principiilor bioetice; elaborarea sistemului internațional de acte juridice, ce ar putea fi baza evoluției noosferice și a conștiinței bioetice; noua ordine mondială nu poate fi impusă forțat de un stat sau altul, ea trebuie să fie stabilită de comunitatea mondială pe calea consensului.

Atenția învățătorului Teodor Țirdea este îndreptată mereu asupra activității sale personale, a discipolilor, a colegilor săi. Știe tot timpul să prețuiască virtuțile din care izvorăște această activitate. Domnia sa întâmpină acest jubileu în plină forță de muncă cu imense planuri pentru viitor. Foștii și prezenții săi colegi îl admiră ca pe un dascăl înțelegător, cu o erudiție și comportament exemplar. Este un om cu o voință și tenacitate excepțională, cu un spirit riguros, onestitate și sobrietate ce impun respect. Este exigent față de sine și față de alții, model de conduită în viață, la catedră și în activitatea științifică. Dedicându-se la maxim Almei Mater, este prezent la catedră zi de zi inspirând tinerii cercetători cu tainele miraculoase ale cunoașterii.

Preocuparea filosofului de multitudinea de probleme ce stau în fața omenirii îl caracterizează drept un reviriment în viața socială, modul de gândire perimat și mediocru nu-l afectează, nu-l împiedică de a fi în țară un promotor al cognitologiei, nosferologiei, bioeticii etc. Neobosita-i insistență creatoare și-o manifestă în operele sale, în succesele ucenicilor săi, în dedicarea ca îndrumător metodic și mentor științific. Spiritul temerar de Filosof, Savant și Mare Virtuoz persistă la Teodor N. Țirdea prin perseverența sa de om al științei, prin toleranța sa față de colegii săi, prin admirația celora ce-l înconjoară.

La această aniversare onorabilă, impozantă este de obligația noastră, a discipolilor dumnealui, continuatorilor doctrinei principiilor sistemului său științific de a readuce în prim plan și de a exprima prin cuvinte prețuirea, stima față de meritul pe care îl are Domnia sa. Continuăm să învățăm, să ne inspirăm de la profesorul Teodor Țirdea pentru a înfrunța variațiile imprevizibile ale vieții precum și a reuși în plan profesional. Îi urăm îndrumătorului nostru, dascălului, profesorului remarcabil, profesionistului de valoare multă sănătate, noi realizări în domeniul științei și în viața de zi cu zi. Și nu în ultimul rând, multă sănătate familiei și celor dragi.

Referințe bibliografice:

1. Rubanovici L. Dimensiunea axiologică a conceptului de securitate pentru existența umană. În: Strategia supraviețuirii din perspectiva bioeticii, filosofiei și medicinei. Culegere de articole științifice cu participare internațională. Vol.4 (20). Chișinău: CEP „Medicina”, 2014, pp.205-209.
2. Bostan (Rubanovici) L., Leancă V. Strategia de supraviețuire în contextul securității globale și dezvoltării durabile. În: Anale Științifice ale Universității de

Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Vol. 2. Ed.VI. Chișinău: „Medicina”, 2005, pp.394- 397.

3. Rubanovici L. Securitatea persoanei – subiect actual în procesul de implementare al bioeticii medicale. În: Conferința științifică internațională. Galați, 2015, pp.135-144.
4. Țirdea T. N., Leancă V., Bostan (Rubanovici) L. Impactul securității în perfecționarea intelectului social. În: Materialele Conferinței a X-a Științifice Internaționale. Chișinău, 2005, pp.101-107.
5. Bostan (Rubanovici) L. Securitatea umană în contextul asigurării dezvoltării durabile. În: Securitatea Informațională. Conferința Internațională, ASEM. Chișinău, 2005, pp.21-22.
6. Bostan (Rubanovici) L. Aspectul uman al conceptului de securitate. În: Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina în strategia de asigurare a securității umane. Materialele Conferinței a XI-a Științifice Internaționale, Chișinău, 2006. Chișinău: C.E.P. „Medicină”; 2006, pp.94-96.
7. Bostan (Rubanovici) L. Semnificația valorică a existenței sociale în contextul securității globale. În: Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina în strategia de asigurare a securității umane. Materialele Conferinței a XII-a Științifice Internaționale dedicată semicentenarului catedrei Filosofie și Bioetică și jubileului de 70 de ani a prof. universitar, dr. hab. în filosofie Teodor N. Țirdea. Chișinău, 2007, pp.204-208.
8. Bostan (Rubanovici), L. Directiva securitologică – o perspectivă în supraviețuirea sistemului socionatural. În: Bioetica, Filosofia, Economia și Medicina în strategia de asigurare a securității umane. Materialele Conferinței a XIII-a Științifice Internaționale. Chișinău, 2008, pp.75-79.
9. Țirdea T.N., Bostan (Rubanovici) L. Problema securității economice din perspectiva dezvoltării socio-naturale. În: Filosofia în contextul științei contemporane. Conferință științifică internațională. ASEM. Chișinău, 2009, pp.27-34.
10. Țirdea T.N. Securitatea ca noțiune fundamentală a noosferologiei. În: Progresul tehnico-științific, Bioetica și Medicina: probleme de existență umană. Materialele Conferinței a VI-a științifice internaționale. 25-26 aprilie, 2001. Chișinău, 2021.
11. Țirdea T.N. Binomul „Bioetica - Nooetica” - un nou imperativ cheie al teoriei morale în epoca tehnologiilor planetare avansate: abordare discursiv sistemică. În: Strategia supraviețuirii din perspectiva bioeticii, antropologiei, filosofiei și medicinei. Materialele Conferinței a 25-a Științifice Internaționale. Culegere de articole științifice. Chișinău: CEP „Medicina”, 2019, pp.47-48.
12. Țirdea T.N. Securitatea ca noțiune fundamentală a noosferologiei. În: Progresul tehnico-științific, Bioetica și Medicina: probleme de existență umană.

Materialele Conferinței a VI-a științifice internaționale. 25-26 aprilie, 2001. Chișinău, 2021.

13. Leancă V., Țirdea T.N. Impactul intelectului social în realizarea dezvoltării durabile. În: Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”. Vol. 1. Probleme medico-biologice, farmaceutice, de sănătate publică și management. Chișinău, 2003, pp.483–489.
14. Leancă V. Implicația procesului de globalizare în sporirea forței intelectuale a societății. În: Sănătate publică, economie și management. Revistă științifico-practică. Chișinău. 2004, Nr.3, pp.42-44.
15. Leancă V. Rolul intelectului social în orientarea schimbării mentalității umane. În: Legea și viața. Noiembrie. Chișinău, 2004, pp.46-47.
16. Leancă V. Direcționarea intelectuală prin ascensiunea moralității. În: Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”. Vol. 2. Problemele actuale de sănătate publică și management. Chișinău, 2008, pp.175-179.
17. Leancă V., Țirdea T. Intelectul social din perspectiva supraviețuirii. Chisinau: CEP „Medicina”, 2008.
18. Leancă V. Cultura intelectuală în consolidarea stabilității globale. În: Studii de securitate și apărare. Revistă militară. 2011, Nr. 1(5), pp.40-44.
19. Leancă V. Impactul educației asupra intelectului social în contextul dezvoltării personalității. În: Revista militară. Studii de securitate și apărare. Publicație științifică. Nr. 1 (9)/2013, p.95-99.
20. Leancă V. Dezvoltarea societății în contextul securității globale. În: Political science, international relations and security studies. International conference proceedings the VIIIth edition. May, 23-25. Sibiu, 2014, p.508-513.
21. Leancă V. Sinergia eforturilor intelectuale întru obținerea securității umane. În: Dezvoltarea Armatei Naționale în contextul aprofundării reformelor democratice. Matreialele conferinței interuniversitare, 01 martie 2018, Chișinău, 2018, pp.158-163.
22. Leancă V. Dilema de securitate în contextul procesului de globalizare. În: Strategia supraviețuirii din perspectiva bioeticii, antropologiei, filosofiei și medicinei. Materialele conferinței a XXV-a științifice internaționale. Chișinău, 2019, pp.121-124.
23. Țirdea T.N. Filosofie socială și sociocognitologie. Chișinău, 2001, p.80.
24. Țirdea T.N. Dezvoltarea durabilă – securitate, globalizare: probleme de interconexiune și interacțiune. În: Analele Universității Dunărea de Jos din Galați. 2004. Galați, 2004. pp.81-85.
25. Țirdea T.N. Dezvoltarea noosferică – o nouă treaptă a dezvoltării durabile. În: Bioetica, Filosofia, economia și Medicina în strategia de supraviețuire a omului: probleme de interconexiune. Materialele Conferinței a VIII-a științifice Internaționale. 23-24 aprilie 2003. Chișinău, 2001, pp.14-19.

TEODOR N. ȚÎRDEA – FONDATOR AL ȘCOLII ȘTIINȚIFICE NAȚIONALE DE BIOETICĂ

Vitalie Ojovanu, dr. hab. in filos, conf. univ., șef catedră

Ion Banari, dr. în filos., lect. univ.

Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R.Moldova

vitalie.ojovanu@usmf.md

ion.banari@usmf.md

TEODOR N. TIRDEA – FOUNDER OF THE NATIONAL SCIENTIFIC SCHOOL OF BIOETHICS

The reputation of the renowned university professor and researcher Teodor N. Țîrdea also expanded into the field of bioethics. He is the founder of the National Scientific School of Bioethics from the Republic of Moldova and the promoter of the most current ideas in bioethics. He has a special merit in the development of valuable and current scientific concepts related to the field of bioethics.

Personalitatea reputatului savant, neobositului profesor universitar și neobositului explorator al celor mai actuale subiecte privitor la securitate, dezvoltare inofensivă și supraviețuire *Teodor N. Țîrdea* s-a făcut remarcată și în promovarea bioeticii în spațiul autohton. Totodată ideile sale originale au fost discutate și dezvoltate de către colegii de breaslă din țările regiunii estice a Europei. Istoria contemporană a științei și filosofiei naționale a fixat temeinic pe paginile sale faptul că apariția, răspândirea și implementarea în practica științifică și cea socială a ideilor bioetice în Republica Moldova este legată de numele doctorului habilitat în filosofie, profesorului universitar Teodor N. Țîrdea care, încă la finele anilor '80 ai sec. XX-lea, când în fosta URSS puțini cine știa despre bioetică, a intuit importanța decisivă a acestei discipline pentru dezvoltarea durabilă a omenirii și, în special, pentru medicină, în condițiile progresului tehnico-științific și acutizării efectelor acestuia. Cu timpul, prin eforturile profesorului Teodor N. Țîrdea, apare o nouă etapă în activitatea științifică a Catedrei de filosofie a USMF „N. Testemițanu” caracterizată prin procesul de cristalizare a școlii științifice originale de bioetică, fiind prezente toate criteriile unei școli științifice

tradiționale: continuitate și consecutivitate; originalitate; potențial evident, activitate intensă; formarea discipolilor; cristalizarea unei paradigme teoretice corespunzătoare. De asemenea corespunde situației și sensul definiției școlii științifice: “Curent, mișcare științifică, literară, artistică ... care grupează în jurul ei numeroși adepți; baza teoretică a acestei mișcări” [1].

Până la finalizarea procesului de constituire a acestei școli științifice s-au perindat faze premergătoare, timp în care s-a pregătit „terenul” și a debutat procesul de implementare a bioeticii în rândurile intelectualității autohtone. Pentru a promovarea noilor idei, a căpăta adepți din rândul colegilor și factorilor de decizie, a face primii pași în implementarea acestor idei în mediul social, inclusiv în colectivul universitar, profesorul Teodor N.Țirdea a demonstrat multă îndrăzneală, cutezanță și perseverență.

Așa dar, evoluarea bioeticii în spațiul autohton a dus la constituirea și afirmarea tot mai evidentă a Școlii Științifice Naționale de Bioetică din Republica Moldova (ȘȘNBRM). Această școală are, înainte de toate, o importanță deosebită în investigarea unor subiecte teoretice și practice vitale, contribuind accentuat la îmbogățirea patrimoniului teoretic, și, prin aceasta, la dezvoltarea bioeticii. O misiune necesară s-a realizat și în promovarea, într-o manieră proprie, a cunoștințelor bioetice în rândurile tineretului studios și maselor largi ale populației, pregătirea cadrelor de specialiști în domeniu etc.

Prin eforturile insistente ale profesorului Teodor N.Țirdea a fost pusă o bază reală de răspândire a bioeticii în diverse domenii de activitate, mai ales în cel științific și didactic. Pe parcurs s-au întreprins noi modalități de afirmare teoretică și practică a eticii viului. Despre necesitatea instruirii a studenților și desfășurării cercetărilor științifice în acest domeniu, subiect important al medicinei contemporane și al supraviețuirii umane, la USMF “Nicolae Testemițanu” (mai concret – la Catedra de filosofie) au loc discuții din anul 1992. Prin susținerea administrației Universității, începând cu anul de studii 1993-1994, în planul tematic de instruire filosofică se implementează teme din domeniul bioeticii. În acest răstimp au fost întreprinse eforturi complexe de ordin organizatoric, precedate de implementarea cunoștințelor bioetice în mediul universitar, în instituțiile curative și de mediatizare a lor. Astfel a fost creat un program strategic de instituire a bioeticii ce includea o serie de măsuri organizatorice: lansarea învățământului și instruirii bioetice; organizarea unor dispute științifico-teoretice la ședințele catedrei și la seminarele științifice de profil; organizarea confe-

rințelor științifice naționale și internaționale; propagarea cunoștințelor bioetice în mass-media; ținerea cursurilor în colectivele medicale; asistență în organizarea comitetelor de bioetică în cadrul instituțiilor curative; fondarea organizațiilor obștești și profesionale de bioetică; organizarea activității editoriale și de cercetare. În rezultat s-a pus o bază reală de implementare a bioeticii în diverse domenii de activitate.

În programele de studii la filosofie pentru studenții facultăților Medicină generală, Stomatologie, Farmacie și cele ale cursului de pregătire pentru examenul de doctorat la „Filosofia științei și tehnicii” a fost introdus un bloc cu tematică bioetică. De pe poziții științifice competente se abordează tot mai frecvent probleme ale bioeticii teoretice și clinice. Începând cu anul 1995, în baza colectivului catedrei și sub egida profesorului Teodor N. Țirdea, anual se desfășoară conferințe științifice internaționale cu abordarea preponderent a subiectelor bioetice, de asemenea și a diferitor subiecte teoretice și filosofice ale medicinei în conexiune cu cunoștințele bioetice, din perspectiva supraviețuirii omenirii (XXV de ediții).

Tot în această perioadă se întreprind eforturi insistente în privința extinderii spațiului de însușire a cunoștințelor bioetice. Prof. univ. T.N. Țirdea începând cu anul 1995 ține cursuri de bioetică la Facultatea de Filosofie și Psihologie a Universității de Stat din Moldova (conform programei analitice de 60 ore) și la Institutul de Științe Reale al USM (respectiv 40 ore). Altă cale de implementare a noului domeniu (bioetic) a devenit emisiunile radio și TV prezentate de prof. univ. T.N. Țirdea, de alte cadre științifico-didactice. Au fost înregistrate performanțe deosebite în ceea ce privește investigarea aspectului teoretic al bioeticii. În acest sens a fost fundamentată extinderea modurilor de abordare în bioetică până la cel hermeneutic și realizarea principiului antipaternalist prin interpretare și acord informat, fapt sesizat deja în lucrările celei de-a V-a Conferințe Științifice Internaționale. Concomitent se argumentează cu prisosință că bioetica, alături de informatizare și noosferizare, constituie o altă latură a asigurării supraviețuirii omului, o parte componentă inevitabilă a paradigmei de supraviețuire a umanității, fapt argumentat cu prisosință în elaborările prof. univ. Teodor N. Țirdea.

Ulterior urmează intervalul de timp (*finele sec. al XX-lea – primul deceniu al sec. XXI*) în care s-a cristalizat definitiv Școala Științifică Națională de Bioetică, s-a consolidat și a început să activeze drept un veritabil focar științific Catedra de filosofie și Bioetică. Astfel, începutul unui nou secol și

mileniu, a coincis cu debutul noii școli științifice de bioetică în țara noastră, iar Catedra Filozofie, fiind reorganizată în anul 1999 în Catedra Filosofie și Bioetică, devine prima de acest gen din spațiul postsovietic și chiar din Sud-Estul Europei.

Cu concursul nemijlocit al colectivului catedrei sub îndrumările științifice ale profesorului Teodor N.Țirdea, se intensifică și se diversifică activitatea de cercetare, publicându-se importante materiale în domeniul bioeticii; continuă organizarea și desfășurarea conferințelor științifice internaționale; la catedră se organizează masteratul (1999), doctoratul și postdoctoratul (2003) în bioetică; sunt publicate primele manuale din domeniul respectiv; este organizată predarea eficientă a cunoștințelor bioetice; se restructurează radical programele analitice de formare universitară și postuniversitară, privitor la predarea bioeticii; se întocmesc programe de inițiere în bioetică a personalului medical de diferite niveluri; se stabilesc importante legături de colaborare cu organizații și specialiști de peste hotare și se face schimb de experiență; se intensifică participarea membrilor catedrei la foruri internaționale de peste hotare; începe colaborarea cu structurile UNESCO; se desfășoară o amplă activitate de iluminare a populației în probleme de bioetică, utilizându-se în acest sens toate mijloacele informaționale posibile – mass-media, cursuri, expoziții, participări la diverse întruniri, conferințe etc.; se amplifică colaborarea cu diverse organizații, structuri și unități științifice și științifico-didactice locale în privința eficientizării diverselor forme de activitate; se organizează primele mese rotunde cu participarea specialiștilor din domeniul medicinei teoretice și clinice; sunt organizate manifestări republicane (simpozioane, seminare) unde sunt puse în discuție diverse probleme; din anul 2003 se inițiază crearea *Comitetelor de Bioetică* pe lângă instituțiile medico-sanitare publice republicane, municipale, orașenești, raionale; instituțiile de cercetări științifice medico-sanitare și medico-biologice; se inaugurează *Asociația de Bioetică din Republica Moldova* (2001); începe activitatea fructuoasă a *Centrului Național de Bioetică* (2004); a fost conturată strategia activității imediate și de lungă durată în domeniul bioetic.

Este impunător rolul prof. univ. Teodor N.Țirdea în elaborarea noilor concepte și paradigme în domeniul bioeticii. Promovând conceptul pott-erian al eticii biologice, în sensul larg al cuvântului, Domnia sa definește bioetica drept un domeniu al științei și al filosofiei practice ce examinează relațiile în sistemul „om – biosferă” de pe pozițiile eticii clasice, eticii

normative. O astfel de interpretare a cunoștințelor bioetice îi permite să elaboreze imperative concrete față de diverse forme, genuri de activitate umană, inclusiv tratamentul medical, cercetările în biologie și medicină etc. Aspectul etic al proceselor nominalizate este evident, prin urmare configurația nominalizată presupune respectarea anumitor reguli morale, care ar oferi posibilitatea de a proteja sănătatea omului și a tuturor reprezentanților lumii vii – a plantelor și animalelor. În această ordine de idei profesorul universitar Teodor N. Țârdea, pentru prima oară în literatura de specialitate, argumentează destul de convingător necesitatea analizei problemei coraportului dintre principiile bioeticii și imperativele bioetice, delimitând aceste noțiuni atât după conținut, cât și după destinație. Tot premieră profesorul Teodor N. Țârdea abordează subiectul principiului biosferocentrist drept problemă fundamentală pentru bioetică (în sens larg), acest postulat fiind primordial în apariția, devenirea și dezvoltarea ulterioară a cunoștințelor bioetice. În așa mod nu antropocentrismul determină esența bioeticii, ci biosferocentrismul.

T.N. Țârdea elaborează și alte idei de pionierat în domeniul bioeticii cum ar fi: analiza lumii biomedicale într-o strânsă conexiune cu alte lumi cum ar fi cea spirituală, tehnică etc.; argumentarea inevitabilitatea asigurării unității bioetizării și noosferizării sociumului în strategia de supraviețuire a civilizației contemporane, în afara căreia a devenit imposibilă asigurarea dezvoltării inofensive a omenirii. Un aport aparte aduce în elaborarea noilor idei în domeniul cunoștințelor bioetice practice ce ține de stabilirea rolului eticii biomedicale (bioeticii medicale) în sistemul sănătății publice.

Într-o publicație de-a noastră încă în anul 2002 constatam că „în prezent (adică la acel moment – V.O.) asistăm la procesul constituirii unei școli științifice la catedră”, menționând sumar că sunt prezente „și criteriile unei școli științifice” [2]. Ulterior acest proces se încheie, finalizând cu constituirea unei „forje” intelectuale de o certă creativitate investigațională și organizațională. Unei atare situații corespunde și sensul universal al școlii științifice [3]. Istoria filosofiei și cea a științei ne dovedește destul de concludent, că realizările cele mai marcante, precedate de mari avânturi în respectivele domenii, se datorează școlilor științifice. Acestea constituie adevărate „locomotive ” ale gândirii științifice care asigură nu numai o sinteză a realizărilor anterioare, prezentând concomitent un torent nou și eficace de originale posibilități de cercetare, ci și trasează perspective certe în cadrul teoretico-practic, dispunând și de potențialul necesar. Școala ști-

ințifică constituie o verigă importantă în derularea vieții științifice actuale care, concomitent, este responsabilă de perpetuarea ei veridică în prosperitatea umanității. La concret, prezența școlii științifice denotă existența unui apreciabil potențial științific caracteristic unui grup de cercetători aflat sub egidă managerială reușită, care, aplicând cu succes capacitățile individuale, impune acest potențial să se manifeste.

Actualmente constatăm prezența unei *veritabile școli științifice de bioetică* în țara noastră, deoarece sunt de față *toate criteriile caracteristice* unui atare fenomen științific: 1) desfășurarea activității în baza unei unități sau instituții științifice ori științifico-didactice (universitare) ce întrunește cadre cu interese științifice comune și cu un mare potențial de activitate investigațională; 2) existența unui grup de cercetători (savanți) în frunte cu un maestru lider având posibilități științifice apreciabile și capacități organizatorice deosebite; 3) prezența unui subiect magistral de cercetare; 4) abordarea problemelor printr-o manieră originală; 5) obținerea unor rezultate investigaționale apreciabile; 6) recunoaștere, apreciere și prestigiu în interiorul țării și peste hotarele ei, manifestate inclusiv și prin legături strânse de colaborare, interes al schimbului de experiență, publicarea materialelor științifice și participare la diferite forumuri (conferințe, simpozioane congrese etc.) de nivel internațional; 7) devenirea noilor domenii de cercetare (înrudite sau conexe); 8) acumularea experienței veritabile în domeniu, exercitarea unei maniere proprii de implementare și transmitere a cunoștințelor și acceptarea sistemului propriu de valori [4].

ȘȘNBRM constituită prin contribuția profesorului Teodor N. Țirdea la moment își continuă activitatea în cele mai importante direcții: de cercetare; de predare la nivel universitar și postuniversitar; de educație și de „iluminarea bioetică” a diverselor categorii sociale din R. Moldova. Reieșind din faptul că o școală științifică se formează în preajma unei mari personalități care, pe lângă pregătire profesională deosebită și o ținută morală impecabilă, calități pe care le emană și colegilor, trebuie să dea dovadă de clarviziune și să intuiască perspectivele dezvoltării, constatăm că prof. univ., T.N. Țirdea pe deplin a devenit fondatorul acestei școli de bioetică și catalizatorul noilor abordări în domeniu. Datorită acestei situații Catedra de filosofie și bioetică a USMF „Nicolae Testemițanu”, Asociația de Bioetică din Republica Moldova, Centrului Național de Bioetică se află în procesul unei laborioase etape de activitate științifică în direcțiile trasate, având drept scop propagarea omniprezenței principiilor morale în biosferă,

al modalităților eficiente de supraviețuire a acesteia, a orientării umanității spre valorile supreme.

Referințe bibliografice

1. Dicționar explicativ al limbii române. Ed. II. București: Univers Enciclopedic, 1998, p.1053.
2. Ojovanu V. *Torță a înțelepciunii*. – Chișinău, 2002, p.30].
3. Dicționar Enciclopedic. Vol. VI. R-Ș. București: Editura Enciclopedică, 2006, p.618.
4. Ojovanu V. Dimensiunile performanței. Chișinău: Centru ed. al UASM, 2007, p.48.

CONCEPTUL DE BIOETICĂ GLOBALĂ ÎN CONTEXTUL OPEREI TEORETICO-METODOLOGICE A ACADEMICIANULUI, PROFESORULUI UNIVERSITAR TEODOR ȚIRDEA. 85 DE ANI DE LA NAȘTERE

Anatolie Eșanu, dr. în filos., conf. univ.

Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R.Moldova
anatolie.esanu@usmf.md

THE CONCEPT OF GLOBAL BIOETHICS IN THE CONTEXT OF THE THEORETICAL-METHODOLOGICAL WORK OF THE ACADEMICIAN, PROFESSOR TEODOR ȚIRDEA. 85 YEARS FROM BIRTH

In this article, the author continues the analysis of the contribution of Prof. T. Țirdea in the elaboration and development of the theoretical-methodological concept of global bioethics in his recent reference works and the scientific importance of the conceptualization of some categories and fundamental principles of this paradigm such as: social bioethics, universal ethics, ecogeic ideology, the axigen revolution, the survival strategy of contemporary civilization, the bioethicization of society, the biospheric-noospheric economy, the „bioethics-noethics” binomial, the societal in relation to the social, bioethical tolerance, etc. The author highlights

the essence and content of global bioethics, emphasizing its importance in building a space of global civilization in which authentic values of local civilization are preserved and developed. Educational factors in the creation and promotion of global bioethics are highlighted.

Anul acesta, la finele lui Gustar am marcat cu un profund sentiment de respectuoasă venerație aniversarea a 85 de ani de la nașterea eminentului savant și pedagog, doctorului habilitat în filosofie, academicianului, profesorului universitar, consultantului științific al Catedrei de filosofie și bioetică a USMF Nicolae Testemițanu din R. Moldova Teodor N. Țirdea. Distinsa Sa personalitate științifico-didactică, remarcată și înalt apreciată în comunitatea științifico-culturală românească, dar și în multe alte arealuri științifice internaționale pentru opera sa de o înaltă probitate teoretico-științifică, prof. univ. Teodor N. Țirdea reprezintă un pilon de orientare de o excepțională prestație academică și de reper moral pentru colectivitatea intelectuală națională și un exemplu demn de urmat pentru tânăra generație de cercetători. Multă, multă sănătate, forță de muncă remarcabilă, idei și paradigme științifice novatoare în domeniile în care D-voastră cu atâta talent, pasiune și perseverență realizați. Viață lungă și plină cu realizări de excepție Domnule profesor!

O contribuție definitorie la elaborarea și dezvoltarea conceptului de bioetică globală în contextul teoriei și metodologiei bioeticii naționale și internaționale îi aparține omagiatului nostru octogenar, profesorului universitar Teodor N. Țirdea. În lucrările sale de referință prof. univ. Teodor Țirdea a abordat aspecte importante ale fenomenului bioeticii globale, la unele din ele ne vom referi în continuare.

Un capitol important al valoroaselor investigații consacrate fenomenului dat prof. Țirdea îl dedică valorificării și interpretării dintr-o perspectivă actuală a tezaurului teoretic al fondatorului bioeticii contemporane Van Ransseler Potter [1], în speță, a conceptului său de bioetică globală. Domnia sa atrage atenție la faptul că bioetica pe parcursul celor 52 de ani de existență a parcurs în evoluția sa câteva trasee: bioetica precoce a lui V. R. Potter (bioetica în sens extins), bioetica lui Andre Hellegers (bioetica abordată în sens strict restrâns), etica biomedicală nord-americană, bioetica și biodreptul vest-european și în fine *bioetica globală* (bioetica tardivă) a lui V. R. Potter [2]. V. R. Potter, savant și filosof american (1911-2001), publică peste 300de lucrări științifice, printre care circa 60 de scrieri sunt

consacrate eticii științei și eticii biologice (bioeticii), inclusiv două monografii fundamentale: „*Bioetica: o punte spre viitor*” (1971) [3] și „*Bioetica globală, fundamentată pe moștenirea lui Oldo Leopold*” (1988) [4].

Savantul american consemnează faptul că integrând valorile morale cu știința naturală (cu biologia), luând în considerație faptul, că omul se află într-o dependență indiscutabilă de necesitățile biologice vitale și că el (omul) este ușor vulnerabil în lumea tehnologilor, inginerilor și politicienilor, V.R. Potter încă o dată ne amintește fapte destul de simple, dar extraordinar de importante (poate chiar cele mai indispensabile) în realizarea strategiei de asigurare a securității umane, a strategiei de supraviețuire a omenirii. În astfel de condiții, omul are nevoie de noi metode și abordări pentru asigurarea dezvoltării inofensive a vieții sale, iar savanților, filosofilor, medicilor practicieni etc. – concepții netradiționale în elaborarea strategiei de existență umană.

În această ordine de idei autorul evidențiază conceptul important al lui V. R. Potter despre cunoștințele periculoase constatând că cunoștințele contemporane pot genera *pericole*, deci pot deveni cunoștințe periculoase, iar știința și tehnologiile performante scientofage pot avea consecințe grave, care pot fi dificil prevăzute, neschimbând modul de gândire tradițional al savanților și a sociumului în genere. «Primejdioase sunt acele cunoștințe care se acumulează mai rapid decât înțelepciunea, cea din urmă fiind necesară pentru amenajarea acestora, sau, cu alte cuvinte, - continuă mai departe V.R. Potter, - ele sunt acele cunoștințe care le depășesc în dezvoltarea sa pe celelalte ramuri ale cunoștințelor umane, provocând în așa mod un dezechilibru social provizoriu» [5].

Cercetătorul precizează că la finele anilor '80 ai sec. al XX-lea V. R. Potter transformă paradigma de bioetică ca „o înțelepciune biologică” în concepția de *bioetică globală*, care în opinia lui întoarce etica biologică la 180 de grade. Bioetica globală în contextul „modului de viață” durabil trebuie să devină pentru individ, socium și civilizație pârghia principală în elaborarea strategiei de supraviețuire globală durabilă și a eticii respective, care ar include în mod obligatoriu și cunoștințele biologice. Scopul bioeticii globale este supraviețuirea *îndelungată* globală. Cea din urmă reprezintă nu altceva decât o supraviețuire *acceptabilă* și *durabilă*. Bioetica globală ca una universală și totală e chemată să promoveze întâi de toate mediul ambiant și, în al doilea rând, sănătatea omului prin intermediul moralei.

Dintr-o astfel de analiză atentă a conceptului potterian de bioetică globală savantul autohton ajunge la concluzia că bioetica globală întrunește în spațiul său de cercetare, de pe pozițiile eticii tradiționale, sferile biomedicale și ecologice de activitate umană. Potter elaborează concepția de Bioetică globală ca o etică *totală, atotcuprinzătoare*, scopul căreia este asigurarea *supraviețuirii acceptabile, admisibile a omenirii. Supraviețuirea acceptabilă* reprezintă nu doar o supraviețuire biologică, dar și o stabilitate socială, o dezvoltare durabilă a societății, o promovare și o evoluție sănătoasă a ecosistemului. Viitorul omenirii, în așa fel, se v-a determina și de faptul în ce măsură ea v-a însuși principiile *înțelepciunii noi, eticii universale atotcuprinzătoare* – bioeticii globale, care-i menită să micșoreze presiunea civilizației umane asupra mediului ambiant.

Autorul scoate în evidență un aspect foarte important al abordării potteriene, și anume faptul că la temelia bioeticii globale ale lui V.R. Potter se plasează concepția sănătății individuale și etica lui O. Leopold, adică etica ecocentristă a pământului. Bioetica globală a lui V.R. Potter întrunește două etici: *medicală și invairomentală*. Ele se manifestă aici nu doar fiecare aparte, dar se și completează una pe alta. Bioetica globală ia naștere din neliniștea și din îngrijorarea critică, ce țin de progresul științifico-tehologic în creștere. Ea realizează funcția eticii de avertizare, deoarece la baza ei se află frica (temerea) omului față de ceea ce face el în teorie și practică, distrugând fundamentele vieții însăși. Dacă considerăm că la originea filosofiei să află îndoiala și uimirea (mirarea), dacă acceptăm că însăși curiozitatea a provocat știința, atunci se poate afirma că neliniștea, îngrijorarea sunt puncte de reper ale bioeticii. Această afirmație este o dovadă în plus că bioetica trebuie să completeze la timpul convenit concepțiile științifice și cele filosofice, contribuind astfel la elaborarea strategiei de asigurare a securității umane. Savantul postulează ideea precum că bioetica globală, adică bioetica tardivă a lui V. R. Potter, devine cel de al *V-lea traseu* în dezvoltarea acesteia și concomitent cel de al *II-lea model teoretic* al acestor cunoștințe, prin urmare o bioetică interpretată în sens larg al cuvântului, o etică extinsă și asupra vietății, asupra biosferei, reunind în sine etica invairomentală și pe cea medicală

Profesorul Teodor Țirdea este un adept fervent al concepției potterine a bioeticii în general și a celei globale în special. Însă această adeziune a sa la această paradigmă nu este una mecanică, ci una critică, evolutivă și evaluativă, cu profundă tentă creatoare, de dezvoltare și de reinterpretare

a viziunii potteriene la o nouă etapă a evoluției planetare. Putem afirma cu certitudine că domnia sa reprezintă un continuator talentat al conceptului potterian în noile condiții istorice. Prin contribuția definitorie a domniei sale, în țara noastră, dar și în întreg spațiul științifico-cultural românesc, chiar de la etapa inițială s-a promovat și s-a dezvoltat bioetica potteriană, bioetica în sensul larg al cuvântului.

Școala de bioetică din R. Moldova, fondată de domnia sa, s-a cristalizat și sa stabilit în a doua jumătate a ultimului deceniu al sec. al XX-lea în cadrul catedrei de Filosofie și Bioetică a USMF „Nicolae Testemițanu”. Paradigma fundamentală a cercetărilor în direcția nominalizată din acest spațiu științific este una: cunoștințele bioetice se examinează în sens larg al cuvântului (în sens potterian), adică ele își generează influența morală și asupra animalelor și plantelor, asupra biosferii în general. Bioetica în acest aspect reprezintă un imperativ și mecanism eficient în realizarea măsurilor de asigurare a dezvoltării inofensive a sociumului, este un vector indispensabil în strategia de supraviețuire a umanității. Un studiu profund și adecvat, o instruire și o cultivare rațională a bioeticii în rândurile tineretului studios, populației în linii generale ar contribui esențial în soluționarea multor probleme ce țin de protejarea plantelor și animalelor, a vietății în integritate în condițiile crizei antropocologice globale.

În R. Moldova prin concursul și implicația directă a domniei sale s-a realizat și se realizează mult în această direcție: în a. 2001 a fost constituită Asociația de Bioetică din Republica Moldova, iar în a. 2004 – Centrul Național de Bioetică, care întrunește specialiștii din acest domeniu din toată țara. În scopul unei instruirii bioetice mai eficiente în a. 1999 prin ordinul rectorului USMF „Nicolae Testemițanu” catedra Filosofie a fost reorganizată în catedra *Filosofie și Bioetică*, care și-a asumat soluționarea tuturor problemelor ce țin de instruirea tinerei generații de medici sub aspect bioetic. La etapa actuală catedra a elaborat Programa analitică la Bioetică, s-au elaborat și editat câteva manuale, suporturi de curs, monografii, dicționare etc.,

Un alt aspect al conceptului de bioetică globală elaborat de prof. Țirdea îl constituie constatarea faptului că problema apariției și devenirii bioeticii globale actualmente este una absolut nouă și în aceeași măsură contradictorie, anevoioasă, dar și semnificativă, importantă pentru practica umană, pentru elaborarea strategiei de supraviețuire a omenirii în special [6]. Autorul constată că în literatura științifico-filosofică contemporană sunt vehiculate două abordări, care sunt mai mult declarative decât argumentate:

(1) existența normelor morale universale *alternează* cu o altă interpretare, conform căreia (2) diversitatea bioetică este o realitate aparte, adică totalmente se susține prezența divergențelor morale. În această ordine de idei apar câteva întrebări, la care nu-i atât de simplu de răspuns, dar e necesar. Ele ar putea fi formulate în felul următor: 1) Poate oare azi comunitatea mondială să prevadă apariția și să promoveze devenirea unei bioetici universale, globalizate, adică e posibil ca etica tradițională contemporană, diversificată la maximum, să se transforme pas cu pas în una planetară? 2) Dacă da, atunci când așa ceva se va întâmpla și care ar fi cauzele ce ar putea provoca aceste modificări? 3) În fine, se va face oare originea bioeticii globale o realitate specifică sau acest fapt va rămâne un basm, un vis neîmplinit al omenirii? [7].

Dezvoltând o polemică de o înaltă ținută științifică cu bioeticianul contemporan american Herman Tristram Engelhardt jr., care demonstrează un scepticism pronunțat referitor la posibilitatea existenței unei bioetici globale universaliste, fiind adeptul unei bioetici pluraliste, multilateraliste [8], prof. T. Țirdea se pronunță în mod tranșant pentru edificarea unei bioetici planetare, explicând și imperativitatea unei astfel de construcții prin faptul că civilizația actuală este amenințată în mod permanent de o criză antropoinvironmentală globală, plină de tot felul de contradicții, inclusiv de divergențe comportamentale, care se manifestă chiar și în forme violente, fiind pasibilă în orice moment de un omnicid planetar. În opinia domniei sale o asemenea abordare a problemei în cauză ne va impune să acceptăm o morală unică pentru majoritatea regiunilor lumii, pentru majoritatea confesiilor religioase, popoarelor și statelor Planetei (unii autori au botezat această teorie specifică a moralei – *nooetică*) [9], referitor doar, în viziunea domniei sale, la soluționarea unei probleme-cheie, la *elaborarea și implementarea în practică a strategiei de supraviețuire a civilizației contemporane*. Aici e vorba de așa noi strategii planetare cum ar fi combaterea sporirii populației (suprapopularea) pe Terra (asimilarea ideologiei *ecogeice* și realizarea în cadrul acesteia a revoluției *axigenice* [10], depășirea *consumismului* nejustificat, promovarea noilor tipuri de organizare a economiei, de exemplu, a *economiei biosferico-noosferice*, care ar substitui-o pe cea de economie de piață [11] și fără îndoială *suprimarea* diversității morale în lume, elaborarea unei bioetici universale plasată pe o anumită pistă, pe cea a asigurării securității umane în proporții planetare.

Autorul constată faptul, că nevalorificând la justa valoare moștenirea bioetică a lui V.R. Potter, și mai ales, conceptul său de bioetică globală,

conduce la consecințe negative prin prezența pluralității morale în diverse culturi ale lumii, nestimulând posibilitatea apariției și devenirii unei bioetici universale.

Savantul propune și un mecanism eficient, de sorginte teoretico-practică, ce ne-ar permite de a apropia bioetica pluralistă de cea globală, și anume, bioetizarea sociumului și adoptarea eticii biologice la fragmentele realității sociale. Bioetizarea, definită de domnia sa drept o activitate, axată spre implementarea principiilor metodologice și morale ale bioeticii, ale normelor și regulilor acesteia în mediul social, cu toate consecințele ce reiese din acest fapt și, înainte de toate, cu scopul de a perfecționa socializarea mediului uman, contribuind la realizarea strategiei de asigurare a securității umane, este „obligată” să-și aducă aportul său la constituirea conștiinței bioetice la majoritatea cetățenilor a unei sau altei părți ale lumii, dar poate chiar și a întregii planete, adică să se modifice într-un așa mecanism, care ar imprima bioeticii trăsături planetare. Astfel, v-a avea loc transformarea pas cu pas a eticii biologice în bioetică globală, tranziție deloc simplă, dar extrem de necesară să se producă, domnia sa fiind sigur, că acest lucru se v-a întâmpla.

Unul din elementele importante ale conceptului de bioetică globală dezvoltat de profesorul Teodor N. Țirdea îl reprezintă definirea principiilor teoretico-morale ale bioeticii globale. Autorul constată că în situația actuală de pe Terra este foarte importantă și necesară o autosesizare a procesului de constituire a bioeticii globale, o monitorizare multiaspectuală, multilaterală și adecvată a analizei sociopolitice ale celei din urmă, luând în considerație interesele și tradițiile forțelor, care vor fi implicate în elaborarea și realizarea noului program (cod) etic pentru viitoarea societate, edificat în baza principiilor socio-morale netradiționale ale dezvoltării comunității planetare. Esența acestor principii reiese în mod direct din temeliile sistemului pe care ele sunt obligate să le fortifice. Unul dintre postulatele socio-morale dominante ale bioeticii globale va deveni, în opinia autorului, cel al *cosmopolitismului*, care va impune anihilarea hotarelor suveranităților naționale și acceptarea unei noi structuri de relații ale puterilor statale.

În opinia cercetătorului actualmente devine imposibil a interpreta bioetica dezvoltării noosferico-durabile (sferei rațiunii) în afara transformării *pacifismului* într-un principiu moral al evoluției inofensive globale. În perfectarea dezvoltării relațiilor internaționale pe cale pașnică devine oportună necesitatea ca pacifismul să devină principiu socio-moral nu doar

pentru reprezentanții societății civile, dar înainte de toate pentru toți politicienii ce țin astăzi puterea în stat, îndeosebi în situația geopolitică actuală din Ucraina, Taiwan și alte puncte nevralgice de pe mapamond.

Un alt percept al bioeticii globale ce se edifică actualmente în cadrul conștiinței sociale, din punctul de vedere al reputatului autor, este cel al *invaironmentalismului*. Protejarea mediului a devenit astăzi nu doar o activitate vitală de asigurare a securității viului, dar și un câmp de luptă ideologică. Dintr-o altă perspectivă, dezvoltarea durabilă, socionaturală, admisibilă și inofensivă în proporții planetare nu se va realiza și în afara altui principiu teortico-moral al eticii planetare (globale) cum ar fi cel al *toleranței*. Acest principiu, în viziunea autorului, se referă și la biosferă, deci e necesar ca această regulă morală să fie consolidată în conștiința socială în mod obligatoriu în sens extins, larg. Toleranța ca principiu etic apare inițialmente în conștiința religioasă. Mai apoi el se transformă întrun imperativ spiritual ce include în sine reprezentările despre indulgență față de reprezentanții altor culturi, naționalități, față de minoritățile religioase, sexuale etc., despre care astăzi se discută destul de emotiv în societate, în comunitatea europeană, inclusiv în Republica Moldova.

Dn cele expuse supra, savantul conchide că principiul fundamental al bioeticii globale devine *umanismul*, care ar include în sine parțial și celelalte imperative descrise mai sus. Umanismul ca și demnitatea, în opinia autorului, se extinde și asupra vietății. Cu alte cuvinte, umanismul global actual devine afirmarea și conservarea dimensiunilor bioetice în hotarele adoptate de civilizație, deoarece în cele din urmă omul a fost și rămâne a fi „măsura tuturor lucrurilor”. Bioetica globală, fiind un construct teoretico-practic, elaborat de savanți, practicieni și filosofi poate evolua și e necesar să evolueze, în accepțiunea reputatului savant, doar într-o singură direcție – pe pista elaborării și implementării sistemului strategic de asigurare a securității globale umane, strategii de ocolire a omnicidului planetar. Pe această dimensiune nu pot exista alte paradigme, deci e necesar, constată autorul, de a exclude mai întâi pluralismul moral, derivata căruia în mod automat purcede spre o bioetică pluralistă, ceea ce nu contribuie la edificarea unei bioetici unice, universale în strategia de supraviețuire a omenirii [12].

Un alt aspect important al conceptului de bioetică globală abordat de reputatul savant în recentelesale lucrări de referință îl reprezintă analiza binomului «bioetica-noetica» drept un nou imperativ cheie al teoriei morale în epoca tehnologiilor planetare avansate. În versiunea autorului „noosfe-

rizarea” reprezintă o totalitate de tendințe, acțiuni (proces) de dezvoltare noosferică (noosferogeneză), dintre care cele mai importante fiind umanizarea și umanitarizarea, intelectualizarea și democratizarea, informatizarea și ecologizarea, axiologizarea și scientizarea etc.” Din această perspectivă, cercetătorul constată că noosferizarea coincide cu practica asigurării dezvoltării durabile și inofensive a civilizației contemporane, adică cu realizarea procedurii de supraviețuire a acesteia [13].

Pe de altă parte, direcționarea cunoștințelor în socium poate fi făcută nu doar de la paradigma sferei rațiunii spre teoria dezvoltării durabile, dar și în sens opus, exercitând o influență majoră asupra conceptului de noosferă. Printre aceste diferențieri autorul evidențiază prioritatea rațiunii moral-echitabile și a valorilor intelectual-spirituale asupra celor materiale. Așadar, în accepțiunea savantului, dezvoltarea durabilă în plan material devine o dezvoltare noosferică numai atunci, când ea este inspirată de rațiunea etică, care se va desfășura nu doar în baza rațiunii individuale, dar și celei colective, adică în rezultatul activității intelectuale planetare prin intermediul intelectului noosferic global. Rațiunea globală și activitatea intelectuală a omeniilor creează sfera rațiunii (noosfera). Autorul insistă ca teoria moralei inclusă în dirijarea activității intelectuale a societății este logic a fi etichetată drept *nooetică*, iar implementarea celei din urmă în procesul de noosferogeneză și de noosferizare se va califica drept *nooetizare* a sociumului [14].

Referitor la coraportul dintre componentele binomului «bioetică-nooetică», cercetătorul subliniază în mod tranșant deosebirea esențială dintre aceste două concepte, concomitent atenționând asupra faptului că ele au și multe tangențe : atât etica biologică, cât și cea noosferică caracterizează atitudinea morală față de anumite fenomene cum ar fi lumea vie și activitatea intelectuală umană. Ideea principală a eticii noosferice (nooeticii) pe care o promovează autorul o constituie interzicerea morală a oricărui experiment, a oricărui progres, dacă ele se realizează prin metodele de violență asupra persoanei sau asupra vietății. Nooetica, concepută drept o etică a orientării noosferice și a activității intelectuale a Homo Sapiens, trebuie să devină în opinia savantului un instrumentar moral de control al sferei rațiunii în condițiile dezvoltării vertiginoase a tehnologiilor avansate planetare, a crizei antropoinvironmentale globale.

Pe de altă parte, prima componentă a binomului «bioetica-nooetica» nu este înglobată de etica noosferică, nu este anihilată de ea, ci, acest binom există, funcționează concomitent, de sinestătător, completându-se unul pe

altul. Promotorul conceptului agreează ideea precum că binomul «bioetica-nooetica» devine un tandem, un „cuplu” și care se va manifesta la etapa actuală de dezvoltare a sociumului drept un imperativ moral cheie, nou al teoriei morale în epoca tehnologiilor planetare avansate, iar metodologia noocentristă se va întregi, se va complementa în mod permanent și sigur în mod reciproc cu cea biocentristă, având ca rezultat societatea bazată pe cunoștințe, pe informație și pe tehnologii scientofage globale.

În viziunea autorului, în societatea de orientare noosferică interacțiunea omului sau a sociumului cu lumea vie sau nevie are loc prin intermediul intelectului planetar, bazat pe intelectul artificial, pe sistemele de comunicare, în fine – pe intelectul colectiv, care nu reprezintă un fenomen pur social, nici unul pur tehnic. Intelectul noosferic, reprezentând intelectul social în proporții globale și devenind nucleul teoretico-practic al noosferei, are nevoie și de o nouă etică și de o nouă metodologie a acestei teorii a moralei. Doar binomul «bioetica-nooetica» poate îndeplini funcția noului imperativ moral în epoca noosferică, adică poate proteja moral atât lumea vie, cât și pe cea de activitate intelectuală a Homo Sapiens [15].

În formularea conceptului de bioetică globală prof. Țirdea realizează o analiză toretico-metodologică profundă a categoriilor de „societal” în raport cu „socialul” în bioetica potteriană. Savantul constată că socialul în bioetica potteriană prezintă nu altceva decât gradul de bioetizare a fragmentelor sociumului și nivelul de adaptare (acomodare) a eticii biologice la aceste segmente în practica cotidiană a Homo-Sapiens. Doar o atare abordare, în accepțiunea autorului, ne oferă posibilitatea de a obține rezultate așteptate, mai ales în medicina socială, în activitatea medicală cotidiană etc.

Referitor la evidențierea esenței și conținutului societalului în raport cu socialul în bioetica potteriană autorul utilizează abordările sale precedente raportat la ultimul fenomen (socialul). În viziunea savantului, „societalul” ca și „socialul” este absolut conexas de social, reflectă practic aceleași fenomene, dar sub un alt unghi de vedere, cu o altă profunzime și diversitate, din alte considerente, prin urmare „rădăcinile” acestor două concepte din socium în majoritatea absolută a cazurilor coincid. „Societalul” ca și „socialul” fără nici o rezervă se manifestă în bioetica socială prin intermediul proceselor de bioetizare a fragmentelor sociumului și de adaptare a eticii biologice la aceste segmente.

Dacă „socialul” în bioetica potteriană, în opinia autorului reprezintă schimbarea autentică a nivelului de bioetizare a sociumului și gradului de

acomodare a bioeticii la fragmentele acestuia (sociumului), apoi „societalul”, transpare drept o manifestare a gradului, a forței socialului în procesul de bioetizare a societății și de acomodare a bioeticii la socium. Societalul, menționează cercetătorul, necesită permanent un control (o verificare permanentă) moral în favoarea omenirii și din partea bioeticii. Actualmente civilizația contemporană sub tutela conceptului „dezvoltării durabile”, a altor paradigme ce țin de asigurarea securității umane utilizează la maximum instrumentariile morale alături de cele economice politice, ecologice, informaționale, noosferice etc. pentru a asigura o stabilitate necesară în diverse domenii de activitate umană [16].

O altă problematică pe care o abordează autorul în lucrările sale recente o reprezintă conceptualizarea bioeticii globale în contextul bioeticii sociale. Pornind de la definiția potteriană a bioeticii globale drept „o orientare a culturii spre utopiile mai vitale cu scopul de a supraviețui” autorul constată multiple variante posibile de interpretare a esenței și conținutului bioeticii planetare, unul dintre care este propus de domnia sa: examinarea eticii biologice la nivel planetar din perspectiva bioeticii sociale. Drept consecință, susține savantul, perspectiva interpretării bioeticii globale depinde în cea mai mare măsură de puterea manifestării mecanismelor ce dau naștere bioeticii sociale, adică a noțiunilor ei cheie: bioetizarea sociumului și adaptarea bioeticii. Bioetica globală, incluzând în sine etica medicală și pe cea a mediului înconjurător asigură o dezvoltare durabilă și acceptabilă.

În accepțiunea cercetătorului fenomenul dat, bioetica universală, ca un domeniu al cunoștințelor în devenire strâns legat de socio-bioetică, se manifestă și se definește prin intermediul acestui fenomen, în afara căruia, în opinia autorului, în mod univoc nu doar că nu se va dezvolta, dar nici nu va apărea. Bioetica la nivel planetar, practic în toate aspectele sale, este determinată de conținutul și gradul de manevrare al socio-bioeticii, de forța de acțiune a paradigmei bioetice asupra sociumului și de adaptarea ei rațională, rezonabilă la segmentele societății. În baza analizei exhaustive a fenomenului dat savantul formulează o definiție a Bioeticii globale, *drept o construcție aparte, artificială, dar și teoretico-aplicativă, ce își are punctele de plecare la teoreticieni și practicieni, la diverși experți, ce își doresc să edifice o etică biologică, în baza socio-bioeticii, care ar putea fi acceptată de majoritatea populației Terrei în cadrul și în numele doar a unei strategii: strategia de asigurare a securității civilizației contemporane* [17].

O atenție deosebită în analiza coraportului dintre bioetica globală și bioetica socială savantul acordă conceptualizării fenomenului de *toleranță bioetică*. Autorul precizează că bioetica socială poate fi prezentată ca un tip specific al eticii biologice, ca un fenomen complicat ce ține, pe de o parte, de devenirea toleranței bioetice și moralității socium-ului (colectivului) în raport cu toate nivelurile materiei vii (bioeticizarea societății), iar pe de altă parte, de reflectarea bioetică specială, considerată în cazul dat drept o înțelepciune nouă, drept un mod de viață aparte și o nouă mentalitate, drept o nouă ideologie a sănătății publice și o politică deosebită a statutului în raport cu problemele lumii biomedicale (adaptarea bioeticii) [18]. În accepțiunea cercetătorului bioeticizarea reprezintă, mai întâi de toate, o activitate comunicativă axată pe implementarea principiilor metodologice și morale ale bioeticii, a regulilor și normelor acesteia în mediul biosocial, cu toate consecințele ce reies din actul nominalizat. *O bioeticizare efecace, adecvată și bine acomodată la mediul socio-biologic, susține autorul, nu poate fi realizată în afara fenomenului de toleranță bioetică*. Același lucru îl putem afirma și despre acomodarea bioeticii. *Acomodarea bioeticii* reprezintă o armonizare, o aclimatizare a cunoștințelor bioetice la percepția unei anumite părți a populației Terrei, poate chiar la toată populația acesteia, dacă este vorba despre noosferizarea întregii societăți [19].

Cercetătorul menționează că toleranța bioetică, concept nou, netradițional în spațiul cunoștințelor bioetice potteriene, determină în mod integral nivelul și gradul manifestării socio-bioeticii și comunicării biosociale în realitatea biologică-socială. În afara acestor fenomene, nici nu poate fi vorba despre soluționarea problemelor ce țin de siguranța omului, a biosferei în ansamblu, de elaborarea noilor paradigme ale strategiei de supraviețuire a biosferei, a civilizației contemporane, în particular.

Așadar, traseul de constituire a bioeticii globale în accepțiunea prof. T.Țirdea reprezintă un proces de inițiere și devenire a eticii biologice în curs de globalizare, unde concomitent are loc în mod obligatoriu și o adaptare rezonabilă a bioeticii la fragmentele sociolumii. În așa fel, bioetica planetară, pe de o parte, incluzând în sine etica medicală și pe cea invațională, asigură o supraviețuire durabilă și acceptabilă, pe de altă parte – ea, ca o ramură de cunoștințe în devenire, este strâns legată cu bioetica socială, se manifestă prin intermediul acestui fenomen, deoarece sociobiologia apreciază gradul de bioetizare a sociumului și concomitent nivelul

de adoptare a eticii biologice la segmentele realității sociale [20], fără de care devine imposibilă apariția și devenirea bioeticii la proporții globale.

Referințe bibliografice

1. Țirdea Teodor N. Bioetica globală a lui V.R.Potter – cel de-al V-lea traseu istorico-noțional în evoluția eticii biologice: analiză metodologică În: Științele socio-umanistice și progresul tehnico-științific. Conferință științifică interuniversitară. Materialele comunicărilor științifice. Chișinău: UTM, 2012, p.3-9.
2. Țirdea Teodor N. Abordarea traiectorial-noțională a dezvoltării bioeticii: analiză teoretico-metodologică și comparativă. În: Strategia supraviețuirii din perspectiva bioeticii, filosofiei și medicinei. Culegere de articole științifice. Red. responsabil dr. hab. în filos., prof. univ. Teodor N. Țirdea. Chișinău: Prin-Caro, 2011, p.9-20.
3. Поттер. В.Р. Биоэтика: мост в будущее. Перев. с англ. языка. Київ: Видавець Вадим Карпенко, 2002.
4. Potter V.R. Global bioethics. Building on the Leopold Legacy. Michigan: Michigan state University Press, 1988.
5. Поттер В.Р. Биоэтика: мост в будущее. Пер. с англ. Київ: Видавець Вадим Карпенко, 2002, с.86.
6. Цырдя Т.Н. Ноосферная стратегия безопасного развития в контексте глобальной биоэтики: теоретико-методологический анализ. In: Матеріали І Міжнародної, міждисциплінарної науко-практичної конференції «Формування нового світогляду як основа стратегії сталого розвитку» присвяченої 150-річчю з дня народження академіка, першого президента Української Академії наук Володимира Івановича Вернадського. Львів: Видавництво РВВНЛТУ України, 2013, с.117-119.
7. Țirdea Teodor N. Bioetica globală: utopie sau realitate specifică? În: Științele socio-umanistice și progresul tehnico-științific. Conferință științifică interuniversitară. Materialele comunicărilor științifice. Chișinău: Editura „Tehnica-UTM”, 2013, p.3-8.
8. Engelhardt Herman Tristram jn. Fundamentele bioeticii creștine. Perspectiva ortodoxă. Sibiu: Deisis, 2005.
9. Запорожан В.Н. Нооэтика как этический кодекс современности În: Bioetica, Filosofia și Medicina în strategia de asigurare a securității umane cu desfășurarea în cadrul acesteia a Mesei rotunde „Fundamentele bioetice ale cercetărilor biomedicale și genetice”. Materialele Conferinței a XVI-a Științifice Internaționale. Chișinău: CEP „Medicina”, 2010, p.15-18.

10. Țirdea Teodor N. Securitatea demografică și dezvoltarea noosferică: aspecte socio-metodologice. În: Buletin științific, nr. 5. Iași: Academia Ecologică din România, 2001, p.112-119.
11. Цырдя Т.Н. .Биоэтизация социума и адаптация биоэтики – ключевые понятия в экспликации природы социальной биоэтики. In: Етичні проблеми профілактичної медицини: вплив довкілля, харчування та умов праціназдоров'я населення. Матеріали VI Міжнародного симпозіуму з біоетики. Київ: «Арктур-А», 2012, с.186-190.
12. Țirdea Teodor N. Principiile teoretico-morale ale bioeticii globale. În: Actualități în promovarea principiilor bioetice în Republica Moldova. Materialele Seminarului Științific Național. Ediția a 2-a. 17 decembrie 2018. Chișinău: Medicina, 2019, p.9-10.
13. Țirdea Teodor N. Binomul «bioetica-nooetica» – un nou imperativ cheie al teoriei morale în epoca tehnologiilor planetare avansate: abordare discursiv-sistemică. În: Strategia supraviețuirii din perspectiva bioeticii, antropologiei, filosofiei și medicinei: Materialele Conferinței a 25-a Științifice Internaționale: Culegere de articole științifice. Vol. 25. Chișinău: Medicina, 2019, p.47.
14. Ibidem, p.47.
15. Ibidem, p.48.
16. Țirdea Teodor N. „Societalul” în raport cu „socialul” în bioetica potteriană: abordare teoretico-metodologică. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare: Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 6-7 noiembrie 2020. Ediția a 3-a. Chișinău: Print-Caro, p.20-21.
17. Țirdea Teodor N. Bioetica globală în contextual bioeticii sociale: abordare teoretico-metodologică. În: Bioetica: teorii, instrumente, utilitate. Coord.: V. Ojovanu, M. Leabu. Chișinău; București; Cluj-Napoca: Print-Caro, 2021, p.37.
18. Ibidem, p.39.
19. Ibidem, p.40.
20. Цырдя Т.Н. Статус, предмет и проблемное поле социальной биоэтики: методологический анализ. In: Биоэтика. Федеральный научно-практический журнал. Волгоград. 2012, № 1 (9), с.10.

**BIOETICA SOCIALĂ ÎN CREAȚIA ȘTIINȚIFICĂ A
PROFESORULUI UNIVERSITAR, ACADEMICIANULUI
TEODOR N. ȚÎRDEA**

Ion Banari, dr. în filos., lector universitar

Vitalie Ojovanu, dr. hab. în filos., conf. univ., șef catedră

Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R.Moldova

ion.banari@usmf.md

vitalie.ojovanu@usmf.md

*SOCIAL BIOETHICS IN THE SCIENTIFIC CREATION OF
UNIVERSITY PROFESSOR, ACADEMICIAN TEODOR N. TIRDEA*

The scope of the researches of the university professor Teodor N. Țirdea marked the domestic and foreign philosophical thinking in the last decades. Moreover, he offered various studies and debates that had as their object of investigation changes and social phenomena to which only philosophy could give meaning to the contemporary existential climate. One of the many concerns of the scholar is the concept of social bioethics. We believe that this approach to the problems of life ethics was established by the bioethicist out of the desire and concern for future generations, to have a methodological tool that would evaluate the nature and moral perspective of new processes and social changes, so as not to be vulnerable or unprepared for the future.

Amplourea cercetărilor a doctorului habilitat în filosofie, profesorului universitar Teodor N. Țirdea a marcat în ultimele decenii gândirea filosofică autohtonă și de peste hotare. Mai mult, a oferit diverse studii și dezbateri ce au avut ca obiect de investigație o serie schimbări și fenomene sociale la care doar filosofia le putea contura sens și înțeles, mai ales în climatul existențial contemporan. Una din multele preocupări ale savantului este conceptul de bioetică socială. Considerăm că această direcție de abordare a problemelor eticii viului a fost constituit de bioetician din dorința și grija de viitoarele generații, de a avea un instrumentar metodologic ce ar evalua natura și perspectiva morală a noilor procese și schimbări sociale, pentru a nu fi vulnerabili sau nepregătiți pentru viitor.

Teodor N. Țârdea expune conținutul noțional al bioeticii sociale în câteva faze. **În prima**, prezintă câteva precizări conceptuale și epistemologice ce susține intenția și dorința de a delimita, de a defini și stabili statutul, obiectul de studiu și specificul problemelor bioeticii sociale, în cadrul cunoștințelor bioetice. Una ar fi procesele și schimbările societății actuale, respectiv ritmul și tempoul dezvoltării problemelor globale ale contemporaneității, a tehnologiilor avansate planetare (informaționale, umaniste, umanitare, biologicogenetice, nanotehnologiile etc.), ce generează o multitudine de „cunoștințe periculoase”, care în interpretarea noastră determină o serie de vulnerabilități unor grupuri sociale. Aceste consecințe negative pentru omenire necesită a fi prognozate și anticipate, analizate și evaluate din punct de vedere sociobioetic [1]. Faptul prezentat „va permite societății să implementeze în practica biomedicală instrumentarele și mecanismele cu un caracter moral, juridic și aplicativ-metodologic, să le folosească mai efectiv în scopul modernizării și transformării paradigmatelor contemporane ale sănătății, creării condițiilor de umanizare și umanitarizare a acesteia” [2]. Tot la această etapă, devine necesară următoarea concretizare susținută de filosof, și anume, literatura filosofico-științifică propagă conceptele „filosofie socială” și „sociocognitologie”, „biologie socială” și „medicină socială”, „cibernetică socială” și „informatică socială”, „informație socială” și „entropie socială”, „memorie socială” și „memorie biologică” etc., raționamente care tot mai des și eficient sunt folosite în activitatea practică. Respectiv, prin analogie, noțiunea de *bioetică socială*, poate să fie „introdusă în aparatul conceptual al științei contemporane (și în filosofie), concept care ar reflecta într-un mod mai adecvat și specific conținutul uman al cunoștințelor bioetice, esența și manifestarea specifică a unor fenomene sociale neobișnuite, mai întâi de toate, în domeniul sănătății publice, cum ar fi homosexualitatea, sterilizarea, incestul, sadomasochismul, stigmatizarea etc., precum și gradul lor de bioetizare, nivelul de adaptare sociocultural al bioeticii la tradițiile moral-religioase și la normele juridice în diferite fragmente ale realității sociale” [3]. Prin aceasta Teodor N. Țârdea nu pretinde la întrebuițarea noțiunii asemenea celor existente, dar înaintea o orientare nouă (sociobioetica) cu scopul de a „evidenția problema, a cărei profunzime ne-ar convinge în caracterul justificat (sau nejustificat) al acestui fenomen științific neobișnuit, care până acum, ... practic nu a fost folosit, dar care trebuie să fie implementat, pentru că așa o cere strategia de supraviețuire a civilizației contemporane, activitățile umane cotidiene în

lumea biomedicală și în sistemul sănătății publice” [4]. **A doua fază** cuprinde probleme ale definiției bioeticii sociale în scopul stabilirii statutului științific al acesteia. În înțelesul nostru acest fenomen social neordinar reprezintă un instrumentar metodologic, iar definirea ei este una decisivă. Astfel, de la bun început, autorul constată, că bioetica socială, nu cercetează manifestarea și impactul subiectelor analizate în cadrul său ca o latură socială sau ca o componentă a eticii viului. Atunci survine interogația: care latură a bioeticii poate fi considerată sociobioetică? Răspunsul nu este atât de evident, după cum ar părea la prima vedere, în plus, devine dificil, poate chiar imposibil, atunci când trebuie să specificăm respectiva dilemă. Un lucru este cert că bioetica în sens potterian este o știință a supraviețuirii, care „trebuie să fie nu doar o știință, dar o nouă înțelepciune, care ar reuni cele mai importante și necesare elemente – cunoștințele biologice și valorile umane” [5]. Mai târziu, V.R. Potter, într-o altă lucrare semnalează că „actualmente este necesară înțelepciunea (precum forța fizică în trecut) pentru a ne menține în perioada tranziției de la epoca A la epoca B și a supraviețui în epoca B (adică în viitor) și acest fapt reprezintă o problemă de importanță practică. De aceea trebuie să apreciem metodele care contribuie la sporirea înțelepciunii, de asemenea crearea unor fundamente ale comportamentului prin care oamenii se vor comporta de așa manieră „ca și cum” ei ar fi înzestrați cu înțelepciune” [6]. Respectiv, continuând raționamentul, bioetica se concepe ca „o orientare a culturii spre utopiile mai vitale cu scopul de a supraviețui” [7], ceea ce pentru umanitate marchează necesitatea de „asigurare a unui mediu ambiental în care reprezentanții tuturor raselor vor putea să-și dezvolte capacitățile lor individuale; să descopere ceva nou; să supună unui cercetări critice, să păstreze și să transmită cunoștințele, înțelepciunea și valorile ce garantează supraviețuirea generațiilor actuale și viitoare, cu sporirea calității vieții și păstrarea demnității umane” [8]. Tot în această fază se concretizează și metodologia care întemeiază statutul și obiectul de studiu al bioeticii sociale. Încercarea filosofului de a rezolva această problemă într-o manieră tradițională „prin diferențele de specie și de gen, pentru că sociobioetica în mod inerent, prin statutul său nu este genul (tipul) de etică biologică, evidențiată pe baza unor criterii formale, clar definite (sau atribute)” [9] este imposibilă. Statutul bioeticii sociale, pentru Teodor N. Țirdea este altul, nefiind asociat cu metoda tipologică (tradițională) de clasificare a fenomenelor (sistemelor). O astfel de abordare în vederea identificării esenței fenomenului cercetat, a obiectului său de

studiu din punct de vedere metodologic ar fi simplistă, poate chiar primitivă și nu permite să i se dezvăluie profunzimea, caracteristicile, specificul, precum și să i se determine câmpul de probleme ce intră în aria acesteia, locul și rolul ei în spațiul sănătății publice și a societății în general. În acest caz, cercetătorul caută variante mai flexibile, cu scopul de a determina statutul și obiectul de studiu al bioeticii sociale, precizând conținutul specific al acesteia. De exemplu, în baza acestor metode nestandarde ar fi posibil de a fixa esența conceptului, ceea ce ar permite elucidarea caracteristicilor sale specifice, cum ar fi: interdisciplinaritatea și subtilitatea, caracterul de sistem complex și de destinație aparte, structura socioculturală centaurică etc., luându-se în considerare faptul că aceasta reflectă fenomene complexe și contradictorii ale lumii moderne. Cele din urmă (contradicțiile), de regulă, sunt legate, pe de o parte, de caracteristicile morale ale oamenilor cu comportament negativ, cu tradiții și obiceiuri arhaice diverse în diferite regiuni ale lumii, iar, pe de altă parte – cu noile descoperiri în domeniul științei și tehnicii, cu evaluarea lor morală.

Forma și conținutul conceptual al acestor două faze permit dezvoltarea esenței statutului și obiectului de studiu al bioeticii sociale. Iar, momentul-cheie, în opinia savantului, devine necesitatea găsirii unor nuanțe specifice în procesele ce au loc în momentul „ciocnirii” (intersecției) sociumului și a cunoștințelor bioetice, în interacțiunea sociosferei cu principiile morale (norme și reguli) ale eticii biologice. În zona de contact al acestora se produce un efect sistemico-sinergetic, deci apar fenomene noi de o natură deosebită, care așteaptă să fie cercetate. Astfel, la Profesorul Teodor N. Țirdea identificăm idei precum că societatea și bioetica, fiind sisteme deschise, neliniare, neechilibrate și autoorganizate, interacționează mereu și se autoinfluențează. *Pe de o parte*, societatea se bioetizează treptat, tot mai mult se socializează sub influența cunoștințelor bioetice, iar, *pe de altă parte*, etica cu prefixul „bio”, contactând cu societatea și cu membrii ei, sub influența tradițiilor și obiceiurilor, dogmelor religioase și particularităților naționale etc., tot mai mult se adaptează la segmentele sociosferei, adică se acomodează sociocultural la valorile spirituale ale comunității, la normele morale și chiar juridice ale unui anumit stat sau regiune a lumii etc. Asistăm aici la apariția și formarea a două procese noi, neordinare, reciproc opuse de natură socioculturală – *bioetizarea societății și adaptarea bioeticii*, care trebuie studiate în mod detaliat, pentru a identifica tendințele

apariției și dezvoltării lor, pentru a găsi modalitatea de evaluare a acestora și chiar a fi măsurate cantitativ.

În a **treia fază** descrie mecanismul de aplicare a acestor două procese - *bioetizarea societății și adaptarea bioeticii*. Respectiv, pentru filosof, bioetizarea societății și adaptarea eticii biologice, fiind niște procese socioculturale noi și neordinare, sunt caracterizate prin indicatori calitativi și cantitativi. Este dificil, poate chiar imposibil, susține bioeticianul, să determinăm exact raportul lor, care variază în mod constant de la o țară la alta, de la o regiune la alta, de la o perioadă istorică la alta, de la o confesie religioasă la alta etc. Până în anii 70 ai sec. al XX-lea, când influența problemelor globale asupra dezvoltării durabile (socionaturale) a societății era aproape de zero, predominau, desigur, indicatorii calitativi ai acestor fenomene, care împreună cu caracteristicile cantitative erau ne semnificative. Criza antropoinvironmentală globală a sporit „arealul de activitate” atât a bioetizării societății, cât și a adaptării bioeticii, a multiplicat factorii calitativi care influențează dezvoltarea durabilă și a minimalizat factorii cantitativi. Maximizarea factorilor bioetici calitativi în strategia de dezvoltare socionaturală prin minimizarea celor cantitativi reprezintă o problemă bioetică complicată în contextul elaborării strategiei de supraviețuire a omenirii. Această problemă nu poate fi rezolvată fără studierea și modelarea preliminară a rolului și locului paradigmelor informaționale, intelectuale și noosferice în strânsa lor relație de interacțiune cu factorii bioeticii [10] în procesul de constituire a unui astfel de concept teoretic.

Acest aranjament rațional îl face pe savant să înainteze întrebarea, care ar fi esența noțiunii de *bioetizare* a segmentelor sociosferei? Bioetizarea, susține Teodor N. Țârdea, devine o sursă nelimitată, deoarece nu are tendințe să scadă datorită particularităților conținutului său ideal. Cu toate acestea, nu este corect să ne imaginăm că sporirea cantitativă, dar și calitativă, a conținutului fenomenului de bioetizare a societății este doar un proces de acumulare continuă a unor „unități” invariabile (neschimbătoare) de informație bioetică (norme, reguli, principii morale). Acumularea, într-adevăr are loc, dar nu printr-un proces pur cumulativ, adică pe parcursul transformării atât a informației bioetice stocate, cât și a celei primite și produse (în general, aceasta are loc sub forma diverselor interpretări ale fenomenelor biomedicale și biosociale, inclusiv evaluarea morală a cercetărilor științifice), dar într-un alt aspect. Acesta este, mai degrabă, modelul de „modificare (transformare) bioetică a sociumului”, unde informația

bioetică din nou produsă, recepționată și prelucrată nu doar se adaugă la cea depozitată (stocată), dar în mod substanțial o înnoiește și o generalizează în conformitate cu tradițiile fragmentului realității sociale existente, cu tezaurul moral și religios al acestuia, cu legile de ordine și de drept ale statului respectiv. În opinia bioeticianului, informația morală este cea mai importantă pentru bioetizarea societății, al cărei conținut îl constituie principiile și legile, normele și regulile sale, precum și tehnologiile planetare scientofage, cu scopul de a le difuza în spațiul social. Pe baza acestora se desfășoară procesul de „implantare” a eticii biologice în viața societății, provocând aici diferite tipuri de efecte pozitive și negative (consecințe), care, luate împreună, de asemenea, se încadrează în fenomenul de bioetizare. Cu toate acestea, bioetizarea nu poate fi interpretată doar în mod instrumentalist. Mai mult, pentru teoretician, o asemenea abordare pentru identificarea esenței sale se va pomeni doar mecanicistă, ce va reduce analiza bioetizării numai la partea tehnică a sa, adică la influența formală a eticii biologice asupra societății.

Astfel, teza pe care o împărtășește cercetătorul cu referire la acest aspect, descrie bioetizarea ca fiind o activitate axată pe implementarea principiilor metodologice și a imperativelor, normelor și regulilor bioeticii în mediul social, cu toate consecințele ce reies din aceasta [11]. În procesul sistemico-activațional de bioetizare interacționează toate componentele activității, adică subiectul, obiectul, mijloacele, necesitățile, condițiile, scopurile, rezultatele etc. Apariția și implementarea diferitelor cerințe (standarde și nestandarde) și principii ale eticii biologice în sociosferă, în lumea biomedicală, conduce la modernizarea și chiar transformarea întregului sistem de activitate a omului, cum ar fi cea biomedicală, științifică, de cercetare, tehnologică, informațională privind ingineria genetică etc., în care „se înscrie” bioetica. Elementele revoluționare care cauzează schimbări radicale în mediul social sunt noile mijloace de activitate, obiectivele, condițiile și rezultatele bioetizării, care, în cele din urmă, în comun acord cu adaptarea eticii biologice la socium, contribuie în mod decisiv la constituirea bioeticii globale [12].

Analiza definiției bioeticii sociale, statutul acesteia, obiectul de studiu și spectrul de probleme din punctul de vedere al abordărilor activațional-sistemice și sinergetice, trebuie să ia în considerare nu doar impactul permanent al cunoștințelor bioetice asupra societății, dar, așa cum s-a menționat anterior, și efectul advers al sociumului asupra eticii biologice

– *adaptarea acesteia*. Faptul nominalizat este un alt aspect important în procesul de studiere a obiectului sociobioeticii, a esenței acestui fenomen social. Important devine faptul că însăși bioetica, în rezultatul acestei interacțiuni suferă modificări esențiale profunde, uneori schimbând radical traiectoria evoluției sale. Adaptarea (acomodarea) la nivelul sociocultural este determinată, întâi de toate, de natura activă și energică a indivizilor. În societate, cea din urmă (natura activă) este determinată de scopul activității, de necesități și condiții, de normele și regulile sociale și moral-culturale, de modalitățile de realizare a acestora și de sancționarea pentru abaterea de la aceste imperative. Aici vorbim despre acomodarea cunoștințelor bioetice, adică despre adaptarea lor la percepția unei anumite părți a omenirii, iar în cazul în care ca obiectiv este pusă noosferizarea societății, atunci de către întreaga populație a planetei. Desigur, principiile și regulile morale ale bioeticii au purtătorii lor - oamenii, inclusiv savanți, filosofi, teologi, lideri religioși, practicieni ș.a. Din această cauză, când expunem adaptarea bioeticii, trebuie să luăm în calcul și intersecția punctelor de vedere ale acestor persoane cu conceptele și tradițiile morale existente în anumite fragmente ale sociumului, pe care dorim să le bioetizăm. Prin urmare, la nivelul relațiilor umane, adaptarea este identificată cu capacitatea unor oameni de a dialoga cu alții și, de asemenea, de a se înțelege și de a se interpreta reciproc, în loc să se respingă [13].

În final evidențiem câteva variante de interacțiune adaptivă a bioeticii și societății și, totodată, să minimalizăm perioada de acomodare, întâlnite în lucrările lui Teodor N. Țîrdea: (1) *actualizarea* conținutului bioeticii, adică cerințele sale etice se modifică în funcție de normele și regulile morale ale fragmentului concret al realității sociale, atunci când partea etico-morală a acestuia rămâne neschimbată, tradițională și nu suferă nici o transformare; (2) *subordonarea* fragmentului realității sociale la cerințele morale ale cunoștințelor bioetice, care, la rândul lor, nu se schimbă, ci se modifică, chiar, de regulă, transformă temeliile tradiționale și regulile bioetice ale sociumului dat. De exemplu, bioetica contemporană nu se reduce la etica Pământului sau la etica aplicativă și nici la etica medicală, etica sănătății, etica ecologică, etica invairomentală, etica deontologică, dar le include pe toate în structura sa ca părți componente. Fiind, în același timp, metodologie și ideologie a medicinei contemporane și un mod specific de viață, ea nici nu interzice nimic și nici nimic nu permite, dar recomandă și atrage atenția societății asupra aspectelor morale ale problemelor ecologice și bi-

omedicale, ale biotehnologiilor, asupra acțiunilor științei și tehnicii legate de posibilele amenințări ce pun în pericol viața pe Pământ și sănătatea umană. Ideologia (și metodologia) bioeticii, fiind mai conservativă, ține sub scopul său moral acele metode ale științei și practicii, noi tehnologii, care nu contribuie la dezvoltarea unei strategii adecvate pentru o dezvoltare durabilă a civilizației moderne și pentru o îmbunătățire a calității vieții individului; (3) *respingerea, ostilitatea* – nu este doar o subordonare (cucerire) a sociumului față de principiile morale vechi, ci o schimbare creativă, constructivă și radicală a acestuia, prin care cunoștințele bioetice noi renunță la scopurile general-recunoscute, nu reacționează brusc, dar propun scopuri noi și folosesc o metodologie nouă, noi modalități de atingere a acestora, ce corespund cerințelor strategiei contemporane de dezvoltare inofensivă a civilizației actuale.

Referințe bibliografice

1. Цырдя Т. Статус, предмет и проблемное поле социальной биоэтики: методологический анализ. В: Биоэтика. Федеральный научно-практический журнал. Волгоград, 2012. № 1, с.5-11; Цырдя Т. Проблема дефиниции социальной биоэтики: методологические аспекты. В: Актуальні питання сучасної біомедичної етики та деонтології. Матеріали Науково-практичного семінару 14 жовтня 2011. Київ: НАНУ, 2011, с.35-39.
2. Bioetică: repere teoretico-metodologice. Chișinău: CEP „Medicina”, 2015, p.37.
3. Țirdea T. Fenomenul «gender» în vizorul bioeticii sociale : analiză teoretico-metodologică. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 16-17 nov. 2018. Chișinău: CEP „Medicina”, 2018, p.8-16; Țirdea T. Bioetică: repere teoretico-metodologice. Chișinău: CEP „Medicina”, 2015, p.38.
4. Țirdea T., Banari I. Methodological and conceptual ambiguities in the interpretation of social bioethics: findings and details. In: VII Национальный конгресс з біоетики. 30 вересня–2 жовтня 2019 г. Київ, 2019; Цырдя Т. Статус, предмет и проблемное поле социальной биоэтики: методологический анализ. В: Биоэтика. Федеральный научно-практический журнал. Волгоград. 2012, № 1, с. 6-7.
5. Поттер В. Р. Биоэтика: мост в будущее. Київ, 2002, с.9.

6. Поттер В.Р. Глобальная биоэтика: движение культур к более жизненным утопиям с целью выживания. В: Практична філософія. 2004, № 1, с.4.
7. Поттер В.Р. Глобальная биоэтика: движение культур к более жизненным утопиям с целью выживания. В: Практична філософія. 2004, № 1, с.4.
8. Поттер В.Р. Глобальная биоэтика: движение культур к более жизненным утопиям с целью выживания. В: Практична філософія. 2004, № 1, с.13.
9. Поттер В.Р. Глобальная биоэтика: движение культур к более жизненным утопиям с целью выживания. В: Практична філософія. 2004, № 1, с.13.
10. Țirdea T. Bioetica globală în contextul bioeticii sociale: abordare teoretico-metodologică. În: Bioetica: teorii, instrumente, utilitate. Coordonator: Vitalie Ojovanu, Mircea Leabu. Chișinău; București; Cluj-Napoca, 2021, p.30-45; Țirdea T. Bioetică: repere teoretico-metodologice. Chișinău: CEP „Medicina”, 2015, p.43.
11. Țirdea T. Bioetica globală în contextul bioeticii sociale: abordare teoretico-metodologică. În: Bioetica: teorii, instrumente, utilitate. Coordonator: Vitalie Ojovanu, Mircea Leabu. Chișinău; București; Cluj-Napoca, 2021, p. 30-45; Țirdea T. Bioetica: curs de bază. Manual. Chișinău: CEP. „Medicina”, 2017, p.170-171.
12. Țirdea T., Banari I. Methodological and conceptual ambiguities in the interpretation of social bioethics: findings and details. In: VII Национальный конгресс з біоетики. 30 вересня – 2 жовтня 2019 г. Київ, 2019, с.19-20; Țirdea T. The subject, the status and the area of social bioethics problems in non-traditional interpretation. In: VII Национальный конгресс з біоетики. 30 вересня – 2 жовтня 2019 г. – Київ, 2019, с.18-19; Țirdea T. Bioetica: curs de bază. Manual. Chișinău: CEP. „Medicina”, 2017, p.175.
13. Țirdea T. The subject, the status and the area of social bioethics problems in non-traditional interpretation. In: VII Национальный конгресс з біоетики. 30 вересня – 2 жовтня 2019 г. – Київ, 2019, с.18-19; Цырдя Т. Проблема дефиниції соціальної біоетики: методологічні аспекти. В: Актуальні питання сучасної біомедицинської етики та деонтології. Матеріали Науково-практичного семінару 14 жовтня 2011. Київ: НАНУ, 2011, с.40-42.

I

MEDICINA ȘI SOCIETATEA ÎNTRE REALIZĂRI ȘI PROBLEME PRESANTE *MEDICINE AND SOCIETY BETWEEN ACHIEVEMENTS AND PRESSING PROBLEMS*

RESPONSABILITATEA ÎN ETICA SOCIETĂȚII POST-PANDEMIE

Ana Pascaru, dr. hab. în filos., conf. cercet., șef Secție Filosofie
Secția Filosofie, Institutul de Istorie, Chișinău, R. Moldova
apascaru2010@gmail.com

RESPONSIBILITY IN SOCIETY'S ETHICS IN POST-PANDEMIC

The issue of the article highlights the responsibility in society's ethics, after twodecades of the twenty-first century it becomes. The author tries to prove that responsibility in the society's ethics does not constitute an innovation for the fields of philosophy. Novelty is nothing more than a different way of understanding interference and elucidated in the responsibility that is otherwise und in the society's ethics, including in the post-pandemic once. It is analyzed by correlation the perspective of the fields of philosophy with the particular disciplines in order to investigate the interferences in responsibility in the ethics of society in the effigy of the contemporary context. Effigy in which the knowledge of complexity in the construction of difference develops through the openings of the Information Age. Openings, which the ir opportunities put in evidence highlight presence of lesser-known aspects, but also the need to elaborate an appropriate research paradigm. At the same time, with the help of the philosophy's instruments and the particular disciplines to focused on inter and multid is ciplinary and persevered in the study of responsibility in the society's ethics. Approached in this way the issue facilitates the knowledge of the challenges trig gyring energies that aggravate the social and environment problems,

equally capitalized by the changing's of responsibility in the matrix of society's ethics in post-pandemic time.

Emergența responsabilității în etica societății după două decenii de secol XXI ajunge a fi una de referință, chiar dacă pentru domeniile filosofiei nu constituie o inovație. Noutatea din perspectiva filosofiei se înscrie în modul de elucidare a înțelegerii [1] cu precădere a interferențelor în/și din responsabilitate reflectate în matricea eticii societății, inclusiv în post pandemie. Perspectiva filosofică a unei altfel de înțelegeri însemnând și o abordare în complex a problematicii invocate în societate sub asediul provocărilor vecinătății beligerante. Discutăm de o investigația cât mai complexă a responsabilității din funcționalitatea eticii societății în confruntare cu multiplele provocări. Astfel, în realizarea complexității problematicii domeniile filosofiei se corelează cu cele ale disciplinelor particulare sub efigia contextului contemporan. Efigie cu ajutorul căreia în procesul cunoașterii se descinde construcția diferenței responsabilă de configurarea responsabilității în matricea eticii societății și deopotrivă aprofundate prin deschiderile Erei Informaționale. Deschideri, oportunitățile căreia evidențiază prezența aspectelor mai puțin cunoscute, dar și nevoia de elaborare a unei paradigme de cercetare pe potrive cerințelor [2]. În acest sens recursul la instrumentarul filosofiei și cel particular al disciplinelor devine unul *non discutadum*, deoarece fiind axat pe inter și multidisciplinaritate se perseverează în studierea responsabilității din etica societății. Abordată astfel, problematica facilitează cunoașterea provocărilor declanșatoare de energii care acutizează problemele sociale și enviorementale [3], *reînnoirile* [4] se produc în responsabilitatea înglobată în etica societății, dar și modul în care acestea se valorifică datorită oportunităților EI.

Recursul la reflexivitatea filosofiei clarifică prim-planul contemporaneității responsabilității și aspectualizarea interferențelor acestei din matricea eticii societății. De ce? Deoarece, dincolo de nivelul de cunoaștere interferențele responsabilității contribuie la edificarea unei matrice a eticii societății, deopotrivă instrumentală și administrativă. Cu atât mai mult cu cât, în pandemie, s-a demonstrat crase insuficiențe la capitoul înțelegerii echilibrului dintre instrumental și administrativ în responsabilitatea eticii societății, și care nu este exclus să perpetue și în post pandemie. În condițiile în care pe timp de pandemie se constată că, IDN (indicele dezvoltării umane) a fost întârziată cu 5 ani din cauza COVID-19 și a altor crize s-a

coborât la nivelul din 2016 se susține în Raportul ONU „Vremuri nesigure, vieți nesigure” publicat în 08.2022 [5]. Simultan, solicitarea instrumentarului filosofiei dezvăluie încropeala interferențelor din responsabilitate simultan cu cel din matricea eticii societății. Vorbim de interferențe ce se *reînnoiesc* [4] și că pretarea lor cu aspecte mai puțin cunoscute se află sub incidența multiplilor provocări din secolul XXI. În această ordine de idei, filosofia responsabilității în etica societății adnotează complexitatea cercetării cu intra și inter relaționărilor dintre părți, inclusiv urgenta schimbare de optică. Or, responsabilitatea în etica societății sparge frontierele în și dintre norme acceptate de comunitate. Stare de fapt în care normele responsabilității se manifestă pe toate palierele eticii societale de la nivel individual, de grup, dintre grupuri până la cel societal și dintre societăți. Totodată se atestă că, deschiderile de noi orizonturi în EI au dezvoltat realitatea virtuală în care responsabilitatea în etica societății se încearcă a fi formalizată, marginalizându-i reperele axiologice. Este vorba de tendința de a se plia pe accesul nelimitat la informația științifică și mediatică, independent nivelul de educație sau pregătire profesională [6] sub umbrela cărorora nu areorei se pretează indivizi/grupuri ce derulează acțiuni cu un grad scăzut de responsabilitate și deturnare de la repere, ajungând periculoase nu doar pentru condiția umană, ci și enviorement.

Dezvoltând subiectul, susținem că, responsabilitatea în matricea societății sub asediul deschiderilor EI și efectul pandemic care cu siguranță se va regăsi și în pandemie se confruntă cu declanșarea de tendințe nemaiîntâlnite în istoria civilizațiilor. Tendințe care din punctul de vedere al filosofiei *reînnoirilor* nu se încadrează în mecanismele reglatorii și ale societății post pandemie și depășindu-le deja produc fisuri și în responsabilitate, dar și locul acesteia în matricea eticii. Or, proliferarea rețelelor sociale amplifică posibilitățile de a comunica și intensifică apetența de încadrare în arealul socializării virtuale [7]. Concomitent se atestă încercări de a declanșa dezbateri sub nicknames prin care să se eschiveze de la responsabilitate și menținerea unui nivel de etică elementară. În condițiile în care deschiderile de noi orizonturi împing imaginarul dincolo de hotarele cunoscutului. Hotare prin care se abandonează nu doar tiparele de odinioară, adică frontierele normelor responsabilității și eticii societății, dar și pe cele individuale. Cu cât mai puțin este educat și pregătit profesional este individul sau grupul, cu atât mai ușor au loc aceste abandonuri, vidul creat ajunge unul aglomerat deoarece perceperea timpului pentru întrebări nu se pretează [9].

Se constată o apetență tot mai scăzută de asumare a responsabilității participative în construcția eticii societății reale, în schimb s-a dezvoltat cea pentru una virtuală. De ce? Deoarece spre deosebire de cea reală în cea virtuală responsabilitatea este una formală, iar etica mărginește cu cât doresc sau cunosc eu pentru mine fără să se țină cont de celălalt. Altfel spus, ceea ce construiești virtual azi se poate demola la un click distanță fără a purta responsabilitate pentru aceasta. Totodată, fie din necunoaștere sau rea voință se trece cu vederea că, cea ce se construiește virtual nu doar pleacă în univers, dar afectează nivelul de responsabilitate și reperele eticii societății din care și virtualii sunt cotă parte.

Un alt exemplu deloc întâmplător, accesul nelimitat în comunicare prin rețelele net-working în raport cu nivelul de responsabilitate în etica societății. Raport care ajunge unul de referință deoarece pe de o parte deschiderile EI cu ajutorul oportunităților ridică comunicarea la un alt nivel. Pe de alta, comunicarea axată preponderent pe cea virtuală nu are areori este în detrimentul valorilor axiologice. Și nu în ultimul rând că, abandonarea în comunicare a reperelor, inclusiv responsabilitatea în matricea societății împing lucrurile spre simplism și fragmentare. Cu atât mai mult cu cât, rețelele au dezvoltat capacități și reziliențe în toate domeniile de activitate, valorificarea cărora presupune o comunicare responsabilă încadrată în etica societății. Simultan, comunicarea încă rămâne angajată în construcția realității [8], chiar dacă respectarea și reînnoirea reperelor axiologice sunt încercate și asediate de tendințe formalizate într-un content simplist și în care domină logica instrumentală decât cea administrativă.

Indubitabil, demersul responsabilității în etica societății eșuează deoarece mecanismele propuse nu areori sunt depășite. O explicație a acestor depășiri vin în contradicție cu interferențele responsabilității, deteriorând etica societății deoarece energofage fiind sporesc cumulul de provocări. Contradicție care dincolo de nevoia de a fi diminuată presupune o altfel de înțelegere a responsabilității în actul de activitate independent de domeniul de aplicare. Act în care totalitatea activităților includ și concomitent se raportează la responsabilitatea din etica societății. De ce? Deoarece deschiderile EI prin oportunitățile sale facilitează accesul la produsele obținute, independent de nivelul lor de pregătire al actorilor sociali. Cu toate acestea, producătorul sau cercetătorul continuă să rămână responsabili pentru produsul promovat. Parafrazându-l pe Robert Merton privind etica cercetătorului [10], extrapolând-o în responsabilitatea din etica societății, adnotăm

că, aceasta devine sine canonul perpetuării condiției umane, societății, dar și enviorementul.

În contextul dat, abordarea responsabilității în etica societății cu instrumentarul *reïnnoit* [4] al filosofiei i se creionează un alt nivel intra și inter societal. Nivel care asaltat de pandemia, post pandemia și starea beligeranță impune o reconceptualizare raportată la realitățile societății. Este vorba și de o schimbare de optică atât în tratarea problematicii respective, cât și în ceea ce privește pregătirea actorilor sociali de a le implementa. Depotrivă cu înțelegerea adecvată [1] că, sub asediul efectului pandemic responsabilitatea în etica societății interacționează cu cele anterioare. Și nu în ultimul rând că, întrunită în etica societății responsabilitatea se reflectă în toate domeniile de activitate și devine impetuos necesar de a se implementa și încetățeni pe întreg palierul relațiilor sociale, dar și în raport cu enviorementul. Or, conștientizarea că, lucrurile între ele se leagă, comunică mult mai intens decât se cunoaște și se influențează reciproc contribuie la prezența manifestă a responsabilității și celorlalte componente din etica societății în acțiuni, comportament individual și organizațional. Drept exemplu, asumarea responsabilității în pandemie pentru modul în care societatea a implementat inovațiile obținute din produsele cercetării pe parcursul celor două decenii de secol XXI pentru a soluționa problemele stringente, inclusiv în sistemul public de sănătate. Sau reacția întârziată privind schimbarea de optică în activitatea instituțiilor societale și implementarea instrumentalistă și nu administrativă a HUBURILOR [11].

Desigur subiectul responsabilității în etica societății prin recursul la interdisciplinaritate probează proiecția lor în realitatea socială și felul în care se manifestă, inclusiv prezența lor în soluțiile la problemele stringente. Este vorba de faptul că, responsabilitatea în etica societății imprimă problemelor stringente și un alt mod de gândire privind soluțiile din acțiunile preconizate în acest sens. Astfel, raționamentul implicării responsabilității și celorlalte componente ale eticii în noile împrejurări sunt direct proporționale modului de gândire privind dezvoltarea societății. Împrejurări care influențează matricea eticii societății, deoarece cele ale globalizării între timp sunt reorientate spre reglobalizare unde deja se influențează și comunică divers, divergent și beligerant [12]. Atmosfera împrejurărilor beligerante complică și mai mult starea de lucruri, inclusiv încercările de marginalizare a responsabilității în etica societății. Or, marginalizările *volens volens* suscită ascensiunea provocărilor extra societale care se pot revărsa

peste realitățile existente în comunitate. În acest sens, cunoașterea noilor împrejurări cu aportul reperelor istorico-axiologice paralel cu securizarea constituirii nivelului de responsabilitate în etica societății, dar și al gândirii critice nu face decât să probeze argumentele invocate.

Raționamentul gândirii critice privind responsabilitatea în etica societății în împrejurările beligerante care se pliază pe cele pandemice ajunge unul de referință. Or, gândirea critică îndeplinește în cazul dat și pavază, dar și evaluare pentru impunerea prezenței responsabilității pe toate palierele societale. De ce? Deoarece deschiderile de noi orizonturi facilitează accesul nu doar la informația științifică și mediatică, dar și atribuirea calității de cunoscător și expert. Atribuiri care grație rețelelor sociale se înmulțesc inimaginabil de rapid și prin care se încearcă deopotrivă marginalizarea profesioniștilor, experților, ocolirea responsabilității în etica societății, inclusiv înlocuirea realului cu virtualul responsabilității în etica societății [8]. Cu atât mai mult cu cât, responsabilitatea în etica societății de departe nu este încetățenită în *curricula* de pregătire pentru de a le cunoaște și ulterior transforma în oportunități în societate aceasta fiind și ea supusă simplificării [13]. Parafrazându-i pe filosofii antici subliniem că doar înțelegând primejdiile acestea pot fi transformate în oportunități și valorificate atât la nivel individual, cât și la cel de grup sau comunitate. Cu remarca înțelegerii necesității reflexiei filosofice care demonstrează că, lucrurile comunică între ele și necesită a fi tratate inter și multidisciplinar deoarece fiecare contribuie la perpetuarea responsabilității în etica societății, inclusiv în acțiunile societale și enviorement.

Referințe bibliografice

1. Hadot P. Filosofia ca mod de viață. Convorbiri cu Jeannie Carlier și Arnold I. Davidson. București: Editura Humanitas, 2019.
2. Kuhn Th. Structura revoluțiilor științifice. București: Editura Humanitas, 2008.
3. Morin Edgar. Leçons d'un Siècle de Vie. Paris: Editions Denoel, 2021.
4. Florian M. Recesivitatea structurii lumii. Vol.1. București: Editura Pro, 2003; Vol. II, 2004.
5. Nechita Diana. ONU susține că dezvoltarea umană a fost întârziată cu cinci ani din cauza COVID-19 și a altor crize. În: <https://alephnews.ro/guvern/onu-sus-tine-ca-dezvoltarea-umana-a-fost-intarziata-cu-inci-ani-din-cauza-covid-19-si-a-altor-crize/> (accesat: 08.09.2022).

6. Castelis M. The Information Age: Economy, Society, and Culture. Vol. 1. The Rise of the Network Society (1996). Vol. 2; The Power of Identity. 2nd ed. (2000). Vol. 3; End of Millennium. 2nd ed. Oxford: Blackwell, 1996-2000.
7. Carr N. Superficialii. Efectele Internetului asupra creierului uman. București: Editura Publica, 2012.
8. Nichols T. Sfârșitul competenței. Descreditarea experților și campania împotriva cunoașterii tradiționale. Iași: Editura Polirom, 2019.
9. Codoban A. Comunicarea construiește realitatea. Cluj-Napoca: Editura: Idea Dsign & Print, 2009.
10. Merton R K. Social theory and social structure. New York: Free Press, 1968.
11. Barabasi A-L. Linked – noua știință a rețelelor. Timișoara: Editura Brumar, 2017.
12. Harari Y.N. 21 de lecții pentru secolul XXI. Iași: Editura Polirom, 2018.
13. Ordine N. Utilitatea inutilului. Manifest (cu un eseu de A. Flexner). București: Editura: Spandugino, 2020.

DESCIFRÂND SOCIETATEA PRIN CRIZA COVID-19

Mircea Leabu, PhD, dr. în șt. med.

Cercetător științific gradul I, Director științific,

Institutul Național de Patologie „Victor Babeș”, București, Romania

Membru al Consiliului de conducere, Centrul de Cercetare în Etică

Aplicată, Universitatea din București

mircea.leabu@ivb.ro

mircea.leabu@gmail.com

DECIPHERING SOCIETY BY COVID-19 CRISIS

Any crisis carries in its pocket one or, even, several opportunities. This rule is also obeyed by our contemporary crisis: COVID-19 pandemic. Before assessing opportunities, we may point out that the outbreak of the COVID-19 pandemic has had a severe negative impact on the economic, social, and psychological well-being of most of people. This is a fact. However, this lecture will address one of the opportunities: decipher of our society mentality and rational level of its members. And do not forget: we face the beginning of the third millennium. Science and technology reached an amazing development. What about human being reaso-

ning and thinking? My lecture addresses these issues in a worried manner. Currently, a large amount of misinformation is spreading worldwide by the internet. The subject areas are similarly largely various, each one interesting a more or less number of people. COVID-19 pandemic offered the opportunity to spread misinformation for a single subject and interesting for the largest number of people. From suggestions, scientifically unproven, to treat the viral infection, to arguing that COVID-19 pandemic is a hoax, misinformation flourished on the internet, inducing high risks for public health. These all proved a huge amount of stupidity does exist in our society at the beginning of third millennium, despite the large amount of pathways for education and formation, to increase people cleverness, leading them to think with their own minds. COVID-19 crisis proved to be a tool for deciphering the cleverness of our society at the start of third millennium. Conclusions are not favorable to human species. But do not worry too much, I may urge the audience: "Hope springs eternal in the human breast". Alexander Pope is right.

Orice criză poartă în buzunar una sau chiar mai multe oportunități. Această regulă este respectată și de recenta criză: pandemia COVID-19. Înainte de a aborda problema oportunităților, trebuie să punctăm că izbucnirea și desfășurarea pandemiei COVID-19 a avut un impact negativ sever asupra bunăstării economice, sociale și psihologice a unei părți însemnate de populație. Iar acesta este un fapt cert. Însă, această prelegere va aborda una dintre oportunități: descifrarea mentalității societății noastre și nivelului rațional al membrilor ei. Să nu uităm: ne aflăm la începutul mileniului al treilea. Știința și tehnologiile au atins un nivel uimitor de dezvoltare. Dar capacitatea de raționament și gândirea oamenilor? Prezentarea mea vizează aceste aspecte cu oarecare îngrijorare. În zilele noastre, un mare număr de informații false și dezinformări sunt răspândite în lumea largă, prin intermediul internetului. Temele acestora sunt și ele de o mare diversitate, fiecare interesând un număr mai mare sau mai mic de persoane. Pandemia COVID-19 a oferit ocazia să se arunce pe internet dezinformări legate de un subiect anume (pandemia) care să intereseze cel mai mare număr de persoane. De la sugestii, șubrede din punct de vedere științific, destinate tratării infecției virale, până la „argumentări” cum că pandemia este o minciună, o înșelătorie, dezinformările au înflorit pe internet, atrăgând riscuri uriașe pentru sănătatea publică. Toate acestea dovedesc un mare

grad de prostie, care ne bântuie societatea, la început de mileniu trei, în ciuda imenselor căi de educare și instruire, care să sporească înțelepciunea oamenilor, determinându-i să gândească cu propria lor minte.

Criza COVID-19 s-a dovedit a fi un bun barometru pentru dezvoltarea inteligenței societății noastre la începutul mileniului al treilea. Concluziile de etapă nu sunt favorabile speciei umane. Totuși îngrijorarea nu trebuie să ne fie prea mare, astfel încât îmi permit să încurajez audiența: „Speranța naște pururi în pieptul omenesc”. Alexander Pope avea dreptate.

ФИЛОСОФСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ В КОНТЕКСТЕ РОССИЙСКОЙ АГРЕССИИ ПРОТИВ УКРАИНЫ: СНОВА О ЧЕЛОВЕКЕ МАССЫ И БАНАЛЬНОСТИ ЗЛА

Светлана Пустовит, доктор филос. наук, профессор, зав. кафедры
Кафедра философии
Национальный университет здравоохранения Украины
имени П.Л. Шупика, Киев, Украина
pustovit-sv@ukr.net

PHILOSOPHICAL ANTHROPOLOGY IN THE CONTEXT OF THE RUSSIAN AGGRESSION AGAINST UKRAINE: AGAIN ABOUT THE MASS MAN AND THE BANALITY OF EVIL

The article deals with the issues of philosophical anthropology concerning the political rights and freedoms of the individual, as well as its nature in a totalitarian society. Based on the example of an interview with a Ukrainian journalist with Russian prisoners of war, a conclusion is made about the relevance of further development of the issue of an authoritarian personality, about the independence and responsibility of his thoughts and actions, about freedom of choice and political responsibility.

Если к концу 19 века европейское общество пребывало в уверенности, что культурное развитие является поступательным и восходящим, то в середине 20 века, столкнувшись с ужасами, последовавшими за формированием тоталитарных систем, прежде всего в Германии и СССР, пережив трагический опыт второй мировой войны,

Аушвица, Холокоста и Гулага, это общество начало задумываться не только о международных механизмах и политических мерах недопущения в дальнейшем подобных трагедий, но и философских вопросах поиска новой идентичности европейца, новых смыслах гуманизма в условиях таких вызовов как пропаганда расизма, шовинизма, политические репрессии, военные преступления, террор открытая агрессия тоталитарных систем по отношению к своему народу и «чужим» странам. Ведущие политические философы Европы и Америки констатировали, что в отличие от диктатур и тираний, с тоталитарной формой правления невозможно никакое сосуществование остального просвещенного человечества (Х.Арендт, Х. Ортега-и-Гассет).

Трагические уроки Второй мировой войны стали началом формирования новых акцентов в философской антропологии. От представлений о человеке как существе: биосоциальном, биофизическом и духовном одновременно, эксцентрическом, лишенном равновесия, своего места (родины) и времени (Г.Плеснер); стремящемся к компенсации своей «биологической несостоятельности и ущербности» при помощи социальных институтов (А. Гелен); восходящем, благодаря силеразума и духа, до статуса всечеловека (М. Шелер), чуждого каким либо политическим формам деятельности, – к представлениям о его телесности, уязвимости, незащищенности, подверженности психологическим и физическим травмам – с одной стороны, а с другой - как о существе, безответственном и инфантильном, возлагающем надежды за свой выбор на политические авторитеты, склонном к агрессивному поведению и жестокости по отношению к «чужим», всем тем, кто подвергается «авторитеты» критике (Т. Адорно).

Как отмечает Х. Ортега-и-Гассет в своей работе «Восстание масс» все это произошло не случайно, а было подготовлено предыдущим развитием европейской цивилизации, научно-техническим прогрессом другими причинами [1]. Не только творческая элита профессионалов, создающая духовные и материальные ценности, но каждый средний, заурядный человек, обыватель, получил возможность принимать участие в жизни всего человечества. *Человек массы* почувствовал себя господином и хозяином своей судьбы, а целые цивилизации, политические формы правления которых имели неразвитый характер, были включены в западноевропейский духовный мир. Все это, изменило структуру человека заурядного: он стал похож на при-

митивного человека, «мятежного дикаря», внезапно очутившегося среди цивилизации и отождествляющего могущество этой цивилизации с собственным «могуществом». У нового человека сформировались как ощущение своего совершенства, своего права на вседозволенность, навязывания силой свои желания, идеи, мнения другим, так и нетерпимость и агрессия по отношению к «иноному», другому.

Ситуация человека массы значительно усложняется в условиях тоталитарной формы правления. Очевидно, гражданин той или иной страны оказывается встроенным в повседневные социальные практики тоталитарного общества, погруженным в существующие социальные габитусы и «порядки признания» со стороны своих соплеменников, а его представления о свободе и достоинстве определяются его политической природой и деятельностью (т.е. их отсутствием, неспособностью их реализовать).

Социологические исследования по проблемам формирования и воспроизводства авторитарной (подчиняющейся авторитету) личности, склонной к подчинению тоталитарной власти и влиянию фашистской пропаганды, проведенные Т. Адорно и другими представителями франкфуртской школы в 40-60-х годах 20 столетия, внесли значительный вклад в развитие послевоенной философской и социологической антропологии. В понятие авторитаризма Адорно вкладывал политический монополизм, существование в стране единственной или господствующей партии, отсутствие оппозиции, ограничение или же подавление политических свобод в обществе. Ведущим типом личности в таком обществе является *авторитарная личность* с присущими ей чертами: социальным консерватизмом; потребностью в иерархии и уважением силы; с ригидностью, негибкостью установок; стереотипным стилем мышления; с более или менее стадной враждебностью и агрессивностью (вплоть до садизма); с тревожностью по отношению к другим и невозможностью устанавливать с ними доверительные отношения [2].

В условиях начатой в феврале 2022 года беспрецедентной широкомасштабной агрессии Российской Федерацией против суверенного независимого государства Украины, уже унесшей около 100 тысяч жизней военнослужащих (суммарно с обеих сторон) и гражданского населения Украины, актуальным представляется один из важнейших

вопросов философско-антропологического знания - *современное понимание авторитарной личности.*

Практически все правовые системы предусматривают, что не санкционированное судом и государством убийство одним человеком другого является преступлением (за исключением самообороны). Однако субъект права всегда определяется самой правовой системой. Так, например, в границах Римского права преступлением считалось только убийство римского гражданина, но не убийство ребенка, варвара или раба, ибо они не были субъектами прав. Само понятие субъекта предполагает, что его свободные и ответственные действия не могут необходимым образом определяться чем-то другим, что не есть самим субъектом [3, с.336]. Предположение, что действия субъекта правовых отношений подчиняется чему-то или кому-то равнозначно допущению его неподсудности, недееспособности и неправомочности. Последние превращают такого субъекта в простую вещь, предполагают обращение с ним как с вещью, т.е. насилие по отношению к нему [3, с.338].

В тоталитарных системах создаются особенные условия для разрешения этого противоречия политической антропологии. В частности подмеченного еще Х. Аренд на судебном процессе 20 ст. над бывшим нацистским преступником Эйхманом, когда последний одновременно был готов понести наказание и в то же время не считал себя виновным в совершенных им преступлениях, трактуя их исключительно как «исполнение приказов сверху». Это феномен получил название «радикального и(одновременно)банального зла» [4]. В условиях радикального зла, как кульминации всех тоталитарных систем, происходит самоопределение личности, формирование идентичности, как безусловно ориентированной на авторитет вождя, не способной к саморефлексии и диалогу с другими, лишенной ответственности за свои поступки.

В тоталитарных обществах, когда любые формы политической свободы уже невозможны, радикальное зло подчиняет себе личность, планомерно и последовательно, в нем нет никакой спонтанности и непредсказуемости, как нет в нем субъекта свободы и ответственности [5]. Парадокс радикального зла заключается в том, что, возникая по абсолютно неочевидным причинам, лишь как побочное следствие устройства тоталитарного государства, оно функционирует очень

точно. Основным механизмом становится *обезличивание как жертв, так и самих исполнителей*. Система власти через различные институты уничтожает своих жертв или, если говорить в терминах Х. Арендт, делает людей *лишними*, лишая их права на какую-либо спонтанность, самостоятельности ответственность мыслей и поступков.

Несмотря на продолжающуюся военную агрессию РФ против Украины, бесчисленные военные преступления россиян против ее граждан (начиная с 24 февраля 2022 г.) – массовые убийства гражданского населения в Буче, Макаровском районе Киевской области, Кременчуге, Харькове, Николаеве, Изюме и других населенных пунктах, убийства пленных азовцев в Оленовке, пытки и изнасилования, совершенные в отношении гражданских лиц (в том числе и детей) и украинских военнослужащих, использование запрещенных видов оружия и нарушения всех правил ведения войны, закрепленных в Гаагских и Женевских конвенциях - в украинском обществе уже сейчас формируется *социальный и философский дискурс* о политической и гражданской ответственности военных преступников, о необходимости скорейшего признания их вины международными организациями, созданными для поддержания и укрепления международного мира и безопасности, об адекватности совершенным преступлениям и неотвратимости наказания, трибунала. Среди этих вопросов отдельным пунктом стоит вопрос об ответственности рядовых россиян и российских военнослужащих, оказавшихся на территории Украины в качестве оккупантов, за политические решения, принятые Кремлем и приведшие к геноциду украинского народа и гуманитарной катастрофе в Европе и мире.

В этой связи в качестве эмпирического материала представляет интерес созданный во время войны в Украине блог журналиста Владимира Золкина, состоящий из интервью с пленными российскими военными [6]. Проект имеет как минимум две гуманные цели – обмен украинских военнопленных на российских, возвращение их в Украину, и предотвращение отправки новых добровольцев на войну из России. Блог оказался очень популярным в украинском обществе (и в российском), а отдельные его видео набирали немало просмотров: например, разговор с пленным командиром специального отряда быстрого реагирования посмотрело более 1 млн человек. А беседу с российским военным Чингизом Дамбаевым, который также находится

в плену и рассказал о расстреле гражданских, просмотрели 1,4 млн раз.

Популярность указанного блога вызвана не только желанием украинской общественности узнать последние новости с места ведения боевых действий, но и также желанием понять мотивы и причины участия российских военных в так называемой «специальной операции», незаконной оккупации территории Украины, массовых обстрелах мирного населения, мародерстве и пр. Среди военнопленных оказались не только молодые люди, призванные на срочную службу, и оказавшиеся на территории Украины (часто не по своей воле), но также контрактники-непрофессионалы, бывшие и настоящие военные-профессионалы, представители различных национальностей России (русские, буряты, тувинцы, киргизы и др.) и украинцы, призванные или записавшиеся добровольно в армию, с оккупированных РФ территорий (так называемых ДНР и ЛНР). Несмотря на то, что российские военнопленные на вопросы о степени их участия в боевых действиях в целом давали уклончивые ответы, боясь юридической ответственности, последующей за их признаниями, анализ проведенной журналистом работы позволяет сделать следующие выводы.

Большинство российских военнопленных были представителями регионов, так называемой российской глубинки и происходили из малообеспеченных семей, не имеющих достаточного социального обеспечения, для которых служба в армии представляла возможность расплатиться с кредитами, материально обеспечить свою семью, реализовать себя. Это в большинстве своем люди, зомбированные российскими средствами массовой информации, подвергшиеся воздействию российской пропаганды. Многие из них попали на фронт уже через достаточно большой временной период, когда о войне можно было узнать не только из российских СМИ, но и из других источников, из многочисленных новостных лент, изданий, блогов в интернете.

Однако, несмотря на это, респонденты, как представляется, мало интересовались, что же на самом деле произошло, они не пытались самостоятельно проверить официальную версию о «специальной операции», выяснить подробности, оценить риски. Подключение к интервью родственников военнопленных подтверждает эту версию. Выясняется, что в их семьях либо безоговорочно доверяли пропаганде и верили во все, что говорилось про войну, либо им было безразлично и они

«не интересовались политикой». Во втором случае нельзя исключить, что такой ответ мог быть обусловлен страхом наказания и преследования в РФ за искренние признания, несовпадающие с официальной точкой зрения.

В интервью с журналистом, российские военнопленные, как правило, путались и не могли дать определения терминам, которые использовались ими для объяснения и оправдания их участия в «специальной операции» - «нацизм», «денацификация», «фашизм» и пр. Профессионалы-военные считали, что у них не было такого выбора - отказаться от участия в военных действиях, а в случае отказа их могли посадить в тюрьму, лишит законных привилегий и заработка. Их рассказы о своем непосредственном участии в военных действиях сводились к описанию элементарных технических действий по жизнеобеспечению: пошел, взял, поспал, увидел, приехал, выполнил приказ.

Российские военнопленные плохо ориентировались и разбিরались в названиях украинских населенных пунктов и городов, в которых они воевали. Как правило, они точно знали названия лишь тех пунктов, где им довелось долго стоять, ожидая боевых действий. Они создавали впечатление людей, плохо информированных даже в военном деле, не разобравшихся в себе людей, не имеющих четкой жизненной позиции, не отдающих себе отчет о соотношении рисков. Риск быть убитым на поле боя оказывался на одной чаше весов с риском отсутствия работы (высокооплачиваемой работы) и невозможностью обеспечения своей семье «достойного уровня проживания», риском несогласия с «предложением контракта», риском быть преданным осуждению со стороны близких, друзей, военного начальства. На вопрос «Зачем вы пришли воевать в Украину?» они не имели продуманной версии ответа, которая бы базировалась на собственных ценностях и идеалах. Часто они отвечали: «Да, наверное, ни за чем». В целом они считали, что их выбор и поступки, если и могли бы изменить их судьбу, будущее их детей и семей, но не смогли бы изменить ситуацию в стране.

Таким образом, сегодня в начале 21 века, как и в середине прошлого века, в центре философской антропологии оказывается человек массы и катастрофа второй, общественной природы человека, подготавливающей наступление реального ада, практического зла. В случае же с тоталитарным государством сумма маленьких банальных

зол разрастается до уровня радикального зла глобальных масштабов.

Сегодня в тоталитарной России царит ситуация, когда большинство отчуждено от политики. Государственная власть не воспринимается как то, что касается индивида. Лицо не считает себя ответственным за него, а только наблюдает, работает, не вмешиваясь в политику и действует или идет на войну в слепом послушании. Граждане РФ «терпят» политическую реальность как нечто чужое, стремятся хитростями использовать ее на собственное благо или живут в слепом пылу самопожертвования. Именно в этом заключается разница между политической свободой и политической диктатурой (К. Ясперс).

Однако, несмотря на то, что отдельный россиянин больше не решает, каким именно должно быть положение вещей в его стране, он также несет политическую ответственность и вину за происходящее и свое участие в нем. Ведь в контексте политической свободы важна не только возможность высказать свои продуманные мнения, сколько способность и смелость открыто сказать то, что волнует и вызывает вопросы у субъектов права, несмотря на то, что они за это могут пострадать. «В этой связи, - указывает российский философ В. Бибихин, - мы сами поймем, или другие поймут, что к чему. Возможно, нам придется дорого заплатить за свою искренность, но мы не должны жалеть о своей откровенности. Оно требует от нас глубокой искренности, конечно рискованной, опасной. Но без такой опасной свободы слова (*parresia*) нет мира. Основная черта мира (*dieWelt*), *the common* сводится к тому..., что каждый внутри пространства общего дела открыт для всех глаз, для всех ушей и всё, что он говорит, доступно любому» [7].

У непосредственного человека, человека, который живет полной жизнью, слово не обязательно следует за соображением, оно иногда предшествует мысли. Он имеет смелость не задумываясь о последствиях своей речи открыто сказать то, что ему представляется правдой. Слово в таком случае равнозначно поступку. В наше время не только способность мыслить, но и способность говорить, открыто излагать свою точку зрения, а также политические условия, позволяющие реализовать мысль как особого рода деятельность, выходят на передний план. Исторический смысл мировых и имеющих национальное измерение событий, защита и гарантии прав человека, гражданские свободы начинают выступать условием сознания и мысли, условием реализации

метафизической составляющей субъекта, его нравственных начал, его чести и достоинства - основой правовой антропологии.

Открытость мира, свобода слова как поступка предполагает такое устройство совместной жизни, когда ведущее место не принадлежит специалистам, выполняющим свои дискретные функции. Новые, невиданные ранее, возможности и реалии виртуального интернет-пространства для его пользователей создают уникальные и для реализации своей субъектностив социальных сетях. Информационные технологии уже сейчас активно влияют на институты общества, в частности и на государственную власть, они используются не только как площадка для ведения информационных войн, но и как возможности для открытости, прозрачности мира, презентации своей гражданской позиции, обсуждения современных подходов к феноменам справедливости и гуманизма.

Проблемам послевоенного устройства, «вины», «политической коллективной ответственности», «очищения» страны-агрессора, его отдельных представителей – еще предстоит войти в дискурс политической, социальной, философской антропологии в Украине. Для одних государств желание утвердить историческую и нравственную справедливость становится камнем преткновения в двусторонних отношениях, для других – открывает возможность примирения и прощения давних обид. Так, известен опыт публичного принесения извинений главами государств за преступления своего народа и его руководства. Однако этим не может ограничиваться решение «проблемы вины». По мнению немецкого философа Карла Ясперса, «проблема вины» требует глубинного нравственного и духовного преодоления, связанного не только с насильственным наказанием за совершенные преступления, но и с внутренним обновлением человека [8].

Библиография

1. Ортега-и-Гассет. Восстание масс. In: https://librebook.me/the_revolt_of_the_masses
2. Адорно Т. Исследование авторитарной личности. Москва: Астрель, Neoklassic, 2012.
3. Малеев К. Проблема визначення свободи. Вступ до правової антропології. Специфіка та визначальніві і мір і сучасного філософсько-антропологічного знання. Киев: Стилос, 2015, с. 336-378.

4. Арндт Х. Банальность зла: Эйхман в Иерусалиме. М.: Европа, 2008; Арндт Х. Источники тоталитаризма. Москва: ЦентКом, 1996.
5. Московская А. Связь между банальным и радикальным злом в этике Ханны Арндт. In:
6. <https://cyberleninka.ru/article/n/svyaz-mezhdu-banalnym-i-radikalnym-zlom-v-etike-hanny-arendt/viewer>
7. Интервью с пленными РФ. <https://www.youtube.com/c/volodymyrzoilkin>; 60 бесед с врагом. Интервью НВ с блогером из проекта Ищи своих, который выкладывает на YouTube разговоры с пленными оккупантами: <https://nv.ua/ukraine/events/plennye-voennye-rf-v-ukraine-ishchi-svoih-intervyu-s-youtube-blogerom-proekta-zolkinym-50232442.html>
8. Биbihин В. «Vitaactiva» Ханны Арндт. In: http://www.bibihin.ru/vita_aktiva_hanni_arendt
9. Ясперс К. О виновности. Москва: Прогресс, 1999.

RISCURILE ȘI DEZASTRELE PENTRU SĂNĂTATEA ȘI SUPRAVIEȚUIREA OMENIRII

Ion Mereuță, dr. hab. șt. med., prof. univ., director
Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, Chișinău, R. Moldova
ion.mereuta@usmf.md

HEALTH RISKS AND DISASTERS AND THE SURVIVAL OF HUMANITY

The article takes a philosophical look at the risks and disasters to human health and world survival. Both risks and disasters are described: natural, global, regional, geographical, biological, systemic, nuclear, anthropogenic, geological, cosmic, anthropogenic, existential, and others. It argues for the need to develop universal intellect, noospheric consciousness, awareness of nanotechnologies, artificial intellect, etc.

Pe parcursul apariției istoriei și dezvoltării, omenirea a fost supusă diferitor riscuri și amenințări. Fiecare epocă a dezvoltării sale, civilizațiile au fost apreciate de anumite fenomene atât biologice, cât și social-economice, ce au marcat viața umană. Chiar dacă specificul epocii noastre, a mileniului III este marcat de fenomenele globalizării, europenizării și

digitalizării, tehnologiile descoperite de *Homo Sapiens* și *Homo digitalus* pune în pericol biosfera, biodiversitatea și însăși viața. Omul în coabitare cu mediul ambiant, a conștientizat corelația om-natură-societate, dar și cosmosul, biosfera, procesele evolutive, pământul, civilizațiile, rasele și națiunile, interconexiunile, dar și pericolul separatismului, naționalismului și terorismului. Sub acest aspect, și fiind impus de împrejurări, se cere și studierea mai profundă a problemelor, riscurilor și dezastrelor, care pun în pericol existența umană și supraviețuirea omenirii. Așadar, evlavia pentru viață, bioetica și supraviețuirea însăși a speciei umane, devine o problemă globală chiar de însemnătate noosferică [1].

Aceasta induce cerința de la omul contemporan, de la civilizația umană, să dezvolte un intelect universal, o gândire noosferică, a dezideratelor de biosferohomocentrism și de divinitate. Mai mulți filosofi au argumentat diverse concepții, ca bioetizarea, homocentrismul, noosferizarea sau cosmoantropotehnologitar, necentrismul, a societății informaționale și altele. Alții au descris principiile securității Terei și omenirii, bioetica cosmică, divinitatea și eternitatea, ecologia și cultura, interconexiunea lor și altele [5].

Analitic și logic, e necesar, să evidențiem care sunt riscurile și dezastrele pentru sănătate și supraviețuirea omenirii la începutul mileniului III, în condițiile existenționale. Oportun și imperios se cere ca să expunem, să grupăm aceste riscuri în riscuri externe, regionale, globale, geografice, infecțioase, nucleare, sistemice, antropogene, neantropogene, geologice, cosmice, antropice, existențiale etc.

Omul, fiind o făptură a lui Dumnezeu și totodată biosocială, interacționează direct cu biosfera, cu mediul ambiant, căutând un echilibru al socialului și biologicului în el, dar și în viața cotidiană. În primul rând, omenirea a avut probleme cu dezastrele naturale, climaterice. Au fost desemnate în istorie circa 57 cele mai periculoase pentru supraviețuirea omenirii. Aceste fenomene – cutremure de pământ, inundații, alunecări de teren, erupții vulcanice, uragane și tornade, vânturi puternice și viscole, cicloni, hiper-cicloni și tsunami, incendii, secete și altele. Aceste dezastre, fenomene naturale au avut un impact distructiv pentru omenire și revitalizarea Terrei.

În procesul dezvoltării civilizațiilor, tehnologiilor, omenirea a fost amenințată și de accidente, catastrofe – biologice, nucleare, chimice, avarii la hidrocentrale, a liniilor de comunicații și telecomunicații, radioactivitate etc. [2].

Schimbările climatice sunt adevărate riscuri pentru omenire. Încălzirea globală este o provocare și variație anormală a climei asupra Pământului și a oamenilor. Valurile de căldură au consecințe nefaste asupra adaptabilității oamenilor, dar și a denaturării mișcării apei în natură. Fenomenele dezastuoase ale inundațiilor și a secetei, schimbările florei și faunei, induce lipsa apei și poluarea cu nitrați, nitriți, metale grele etc. Pericole și riscuri existenționale globale pot fi și de la erupțiile solare, explozii de raze gamma, erupții în centrul Galaxiei, diferite acumulări de poluare a biosferei, stratosferei, atmosferei. Aceste procese pot fi alimentate de la degradarea Soarelui, denaturarea orbitelor planetelor, chiar și de posibilitatea de a lovi Pământul de către asteroizi etc. [5].

Apariția naturală a diferitor bacterii și virusi de specii și tipuri noi, ce pot impune moartea gazdei, dar și a celor fabricați, formați în laboratoarele de biotehnologii, de arme virusologice sau bacteriologice ce pot induce mortalitatea în masă [3].

Apariția diferitor bacterii aerobe și anaerobe, clonate pe fondalul de antibioticoterapie nerațională, induce infecții generalizate și sepsisul, ca rezultat al antibioticorezistenței microorganismelor. Rezistența la antibiotice ne poate duce la selecția naturală și colapsul civilizației contemporane [3].

Un pericol pentru sănătatea umană și a supraviețuirii pot fi zoonozele și zooantroponozele. Apar diferiți paraziți, virusuri și bacterii, care pun în pericol sănătatea și viața oamenilor. Un rol important îi revine și omului, ce se ocupă cu clonarea virusurilor ucigașe [4].

Alt risc pentru sănătate și supraviețuire este războiul și distrugerea în masă a oamenilor. Cel mai mare pericol devine războiul nuclear. Posibilitatea avariilor la Centralele nucleare existente pe Pământ [5].

Totodată lipsa de responsabilitate a omenirii, poluării, deșeurilor duce la poluarea apelor oceanelor, mărilor, râurilor etc. Riscuri sunt induse și de poluarea aerului cu oxid de carbon, de termocentrale – pentoxid de vanadiu, oxid de sulf, automobilismul – hidrocarburi aromatice, policiclice, benzpiren, oxid de plumb, oxid de fier, oxid de cadmiu etc.

Pierderea biodiversității, atât a florei, cât și a faunei, denaturarea sănătății biosistemelor, dispariția plantelor și a speciilor de animale. Actualmente se estimează că în condițiile de risc pot dispărea cca 1 mln de specii [5].

Un risc pentru sănătatea Terrei și a sănătății este radioactivitatea. Sursele naturale, a centralelor atomice, a surselor ionizante – Uran 238, Stron-

țiu-90, Cesium-137, surse de radiații – centre, aparate de Roentgen, acceleratoare liniare, roci cu radon, vulcanice, beton etc.

Alimentarea nesănătoasă, cu alimente procesate, cu coloranți, conservanți, E-uri, uleiuri vegetale și de palmier, alimente și plante genetic modificate etc., sunt adevărate riscuri pentru sănătatea umană.

Riscuri prezintă și diferite arme de omucidere, virusologice, bacteriologice, chimice, climaterice, electromagnetice, terorismul și bioterorismul. Pericole provoacă și nanotehnologiile sub orice formă, bionano-, farmacnano-, ingineria genetică, asamblarea moleculară, dar și inteligența artificială, superinteligența, robotizarea, digitalizarea 5G și altele, care cer o abordare și cercetări specifice [3].

Institutul Umanității Viitoare a efectuat un pronostic cu privire la probabilitatea estimată a dispariției umanității înainte de 2100, argumentarea pericolelor – probabilitatea totală – 19%, armele care folosesc nanotehnologii – 5%, inteligența artificială – 5%, războaiele nonnucleare – 4%, pandemiile rezultat a manipulărilor biologice – 2%, război nuclear – 1%, accidente de nanotehnologii – 0,5%, pandemii naturale – 0,05%, terorism nuclear – 0,03%.

Unii cercetători descriu potopul, apocalipsa, dispariția lumii. Alții contrariu „Sistemul Casandra: în timp ce riscurile antropogene sunt minimizezate, atribuindu-le unor frici iraționale: dezastrele descrise în mituri sunt considerate exagerate de ignoranță și denaturarea amintirilor”.

În lume sunt multiple organizații care evaluează riscurile pentru omenire (Buletinul Atomiștii, 1947). Clubul de la Roma, în 2000 mulți savanți au creat Centre de studiere a riscurilor planetare ce pot fi induse de inteligența artificială. Fundația Liteboot, 2006 – cercetări tehnologiei în privința dezastrelor. Institutul Viitorului Vieții înființat în 2014 caută modalități de a proteja umanitatea în urma riscurilor tehnologiilor, finanțată de Elon Musk.

Crizele umanității pot deveni riscuri existențiale. Crizele financiare au o influență directă asupra omenirii, politicile monetare, creditar-bancare etc. la fel și criza energetică, criza alimentară, dezastrele vor induce atât riscuri, cât și migrația popoarelor.

În 2018 – au fost 1600 de dezastre, în urma cărora 17,2 mld de oameni și-au schimbat locul de reședință.

Cu studiul riscurilor existențiale se preocupă și Universitatea Oxford din 2005, Universitatea Cambridge din 2012, ce studiază riscurile – inteligența artificială, biotehnologiile, încălzirea globală și riscurile de război,

Universitatea Stanford, studiază politicile de cooperare pentru reducerea riscurilor catastrofelor planetare.

Și OMS are un departament Global Alert and Response (GAR) responsabil pentru coordonarea dintre statele membre în caz de Pandemii, USAID are un program similar. Există și alte organizații la nivel mondial, care studiază problemele de bio-securitate și de opunere terorismului, datele studiază alimentația, subnutriția, foamea. E de menționat că ONU, dispune de birou, ce se preocupă de reducerea riscurilor de dezastre (UN-DRR), care deduce prognosticurile în domeniu, prevederea viitorului și a minimalizării posibilelor dezastre.

Omenirea trebuie să conștientizeze riscurile și dezastrele pentru sănătatea și supraviețuirea omenirii și să elaboreze mecanisme și tehnologii de atenuare a lor.

Totul pentru sănătate și viață!!!

Referințe bibliografice

1. Melnic B. Cunoașterea conștiinței umane: curs didactic pentru studenți și liceeni. Chișinău: Ponto, 2002.
2. Mereuță I. Spre mileniul III. Dezvoltarea durabilă și problemele ei medico-sociale. Chișinău 1999.
3. Mereuță I. Biosfera, homocentrismul și bazele demnității umane ca concepții de dezvoltare durabilă și de supraviețuire a omenirii. În: Materialele conferinței a X-a științifică internațională, 2005, p.52-56.
4. Mereuță I. Biosfera, homocentrismul și divinitatea – concepția supremă a omenirii, 2010.
5. Țârdea T., Berlinschi P. Omul și unele probleme de supraviețuire a omenirii. În: Materialele Conferinței științifice internaționale, 27-28 martie, 1997, p.3-8.

OBIECȚIA DE CONȘTIINȚĂ ÎN DOMENIUL MEDICAL: CONSIDERAȚII ETICE

Maria Aluaș, conferențiar universitar,
Universitatea de Medicină și Farmacie Iuliu Hațieganu,
Centrul de Bioetică, Universitatea Babes-Bolyai, Cluj-Napoca,
Consilier juridic la Colegiul Medicilor, Alba, România.
maria.aluas@umfcluj.ro

„Știința fără conștiință nu este decât ruina sufletului”
François Rabelais (1484/1494-1553)

CONSCIOUS OBJECTION IN THE MEDICAL FIELD: ETHICAL CONSIDERATIONS

In this chapter, I will present the content and the relevance of conscientious objection with in medical field. Conciencious objection or the conscience clause refers to the healthcare professionals's rights to refuse to carry out medical procedures and interventions that they consider to be contrary with the irown convictions and beliefs.

Cazul Juliei Rynkiewicz. La 24 noiembrie 2020, *Daily Telegraph* [1] a prezentat cazul unei tinere studente de la Școala de moașe, în vârstă de 25 de ani, de la Universitatea din Nottingham, Marea Britanie, căreia instituția de învățământ i-a interzis să urmeze un stagiu în spital, din cauza apartenenței sale la mișcarea *pro-viață*. Oficialii școlii de moașe au depus o sesizare cu privire la faptul că Julia Rynkiewicz difuza materiale informative la un târg studentesc, în calitate de președinte al *Nottingham Students for Life*, un grup de studenți agreat de către universitate și care promovau viața umană de la concepere până la moartea naturală. A fost acuzată că a exprimat „opinii personale cu privire la sănătatea reproductivă în domeniul public (inclusiv în presă și pe rețelele de socializare) în așa fel încât opiniile ei ar putea avea un anume impact asupra pacienților sale. Timp de patru luni, universitatea a efectuat o anchetă pentru a-i evalua capacitatea de a practica meseria de moașă. În cele din urmă, universitatea a renunțat la interdicție și i-a permis tinerei să-și continue pregătirea. Cu toate acestea, procedura declanșată de către universitate, a dus la pierderea unui an de

studii. Oficialii universității s-au scuzat față de Julia, spunând că „se vor gândi cum să trateze un astfel de caz pe viitor”. Tânăra a declarat că există riscul ca „ceea ce i s-a întâmplat ei, să creeze teamă în rândul studenților în a-și exprima valorile și credințele religioase și etice”.

Un studiu publicat recent [2] printre studenții din Marea Britanie atestă că mai mult de un sfert dintre participanți nu îndrăznesc să-și exprime părerile în cadrul universității, temându-se că viitoarea lor carieră va fi afectată în mod negativ. Cazul Juliei Rynkiewicz este emblematic pentru exprimarea libertății de conștiință a personalului medical. În Marea Britanie, Legea privind avortul (*Abortion Act*) [3] garantează exprimarea obiecției de conștiință pentru profesioniștii din domeniul sănătății.

Ce este obiecția de conștiință? Acest concept face referire la dreptul medicului sau a personalului medical de a refuza realizarea unui act medical chiar autorizat de lege, dar pe care medicul/personalul medical îl consideră contrar propriilor convingeri personale, profesionale sau etice.

Obiecția de conștiință își are originea în Anglia secolului al XIX-lea unde „the conscience clause” putea fi invocată de către părinții care doreau să-și retragă copiii dintr-o instituție de învățământ unde primeau o educație contrară convingerilor lor religioase [4]. În Franța, se vorbește despre obiecția de conștiință la nivelul anului 1935 cu referire la jurnaliști [5]: în cazul schimbării politicii editoriale a publicației sau a vinderii ei, ziariștii puteau obține privilegiul de a-și rezilia contractul și de a beneficia de indemnizații.

Clauza de conștiință este recunoscută și în domeniul militar celor care, din motive religioase, refuză realizarea serviciului militar obligator. Astfel, la 8 martie 1995, Națiunile Unite pentru Drepturile Omului, prin Rezoluția 1995/83 [6] prevedea că persoanele care îndeplinesc serviciul militar ar trebui să aibă dreptul de a invoca obiecția de conștiință față de îndeplinirea serviciului militar”. Clauza a fost reafirmată prin Rezoluția 1998/77 [7] recunoscând celor care îndeplinesc serviciul militar dreptul de a putea obiecta pe criterii de conștiință. 15 mai este cunoscută ca fiind Ziua Internațională a Obiecției de Conștiință [8].

În domeniul dreptului muncii, prin invocarea clauzei de conștiință salariatul poate să refuze executarea unei activități care vine în contradicție cu conștiința proprie, însă astfel de situații trebuie convenite cu angajatorul anterior încheierii sau modificării contractului individual de muncă și sunt acceptate de angajator în mod conștient și liber. Motivele refuzului realizarea acestor activități pot fi de natură religioasă, morală, politică, științifică

etc. Temeiul acestei clauze este art. 29 alin. (1) din Constituția României care garantează „libertatea conștiinței”: „Libertatea gândirii și a opiniilor, precum și libertatea credințelor religioase nu pot fi îngrădite sub nici o formă. Nimeni nu poate fi constrâns să adopte o opinie ori să adere la o credință religioasă, contrare convingerilor sale”. Consecințele existenței unei astfel de clauze în conținutul unui contract individual de muncă au consecințe în ceea ce privește angajarea răspunderii disciplinare a salariatului. Astfel, angajatul care refuză executarea unui activități sau atribuții de serviciu nu va putea fi sancționat disciplinar, dacă această clauză este convenită cu angajatorul. Astfel, clauza de conștiință este asimilată cu o cauză contractuală de nerăspundere disciplinară a salariatului.

Obiecția de conștiință în domeniul medical. La 7 octombrie 2010, Adunarea parlamentară a Consiliului Europei, a supus la vot Rezoluția 1763 intitulată „Dreptul la obiecția de conștiință în cadrul îngrijirilor medicale legale” în vederea „reglementării dreptului la obiecția de conștiință” în domeniul medical [9]. În această rezoluție este stipulat faptul că niciun spital, instituție sau persoană nu poate face obiectul unor presiuni sau discriminări de niciun fel, în considerentul faptului că refuză realizarea sau asistarea unei întreruperi de sarcină, o practică a eutanasiiei, sau refuză îndeplinirea oricărui tip de intervenție care vizează distrugerea unui fetus sau al unui embrion uman, indiferent de motivele care stau la baza acestui refuz”.

Cu titlu de exemplu [10], enumerăm câteva situații în care acest drept poate fi invocat:

- Refuzul unui medic ginecolog de a efectua un avort la cerere;
- Refuzul medicului de a practica eutanasia (în țările unde aceste practici sunt reglementate);
- Refuzul unei asistente medicale de a asista un avort;
- Refuzul farmacistului de a elibera anumite produse care duc la întrerupere unei sarcini.

Vorbim despre dreptul de a realiza un act medical care deși este posibil de realizat și este încadrat din punct de vedere legal, medicul/personalul medical îl consideră contrar propriilor convingeri personale, profesionale sau morale. Motivul pentru care a fost reglementat acest drept, este acela conform căruia normele juridice pot, în anumite situații, să intre în conflict cu credințele sau cu valorile morale ale medicului sau ale personalului medical, iar aceste practici nu sunt, oarecum, compatibile cu profesia medicală: tratarea pacienților și salvarea vieții acestora.

Adunarea parlamentară a subliniat, în rezoluția menționată, necesitatea afirmării acestui drept și responsabilitatea Statelor de a asigura dreptul fiecărui pacient de a beneficia de un tratament medical într-un termen de timp adecvat.

Codul de Deontologie medicală [11], prevede (art. 34) faptul că în astfel de situații, „medicul îi va explica persoanei respective motivele care au stat la baza refuzului său, se va asigura că prin refuzul acordării serviciilor medicale viața sau sănătatea persoanei în cauză nu este pusă în pericol și, în măsura în care refuzul este bazat pe încălcarea convingerilor sale morale, va îndruma persoana în cauză spre un alt coleg sau o altă unitate medicală”.

Pot invoca studenții obiecția de conștiință? Cu privire la întreruperea sarcinii, fiind un act practicat de medic cunoscător al acestei specializări medicale, studenții la medicină sau asistență medicală cu siguranță nu vor putea să execute aceste proceduri de întreruperea sarcinii, putând doar asista sau ajuta medicul.

Studentul în formare are propriile standarde etice, propriile credințe și nu poate fi privat de acestea și nici de principiile etice care guvernează profesia medicală. Întrebarea s-a pus judecătorului european. Astfel, Curtea Europeană a drepturilor omului a fost sesizată printr-o cerere a trei asistente suedeze [12] care au urmat un curs de specializare de un an pentru a deveni moașe. Pentru a promova examenul, li s-a cerut să execute procedura de plasare a unui sterilet, ele refuzând acest lucru, care era contrar convingerilor lor. Prin urmare, nu au obținut diploma de moașe, iar ele au și-au cerut drepturile în justiție. În cele din urmă, statul le-a acordat diploma, însă s-a pus problema ce se va întâmpla în cazul în care, pe parcursul exercitării profesiei de medic obstetrician sau moașă vor trebui să execute astfel de proceduri și ei nu sunt pregătiți să le execute, întrucât nu au făcut-o nicio dată în timpul pregătirii lor profesionale?

Este evident că procedura de întreruperea sarcinii nu este un act medical obișnuit, fapt confirmat și de existența clauzei de conștiință. Pregătirea medicală specifică, cursurile și stagiile de obstetrică și ginecologie se fac în ciclul al doilea de studii (anul VI de studiu), iar apoi cei care doresc să urmeze această specializare vor urma programul de rezidențiat în această specialitate și vor obține diploma de medic specialist în obstetrică - ginecologie, iar procedura de întrerupere a sarcinii o vor efectua numai medicii care au urmat o pregătire corespunzătoare. Prin urmare, nu toți studenții la medicină sau la asistență medicală vor ajunge să lucreze în această speci-

alitate, iar cei care nu doresc să execute sau să asiste întreruperi de sarcini vor alege alte specialități medicale.

În concluzie, chiar dacă această temă face parte din conținutul curriculumului de bioetică, obiecția de conștiință nu este încadrată legal în România, iar invocarea acestei clauze de către personalul medical este o practică marginală despre care nu se vorbește aproape deloc în practica medicală curentă din România.

Referințe bibliografice

1. Swerling G. Banned Catholic pro-life midwifery student wins apology and payout. In: Daily Telegraph. 2020, 24 Nov. 2020. In: <https://www.telegraph.co.uk/news/2020/11/24/banned-catholic-pro-life-midwifery-student-wins-apology-payout/>, (accesat 16.09.2022).
2. Horan C., Zadeh PG., Rennison C., Hoggart L., Kavanagh J. *A qualitative analysis of medical students' attitudes to abortion education in UK medical schools*. In: BMJ Sex Reprod Health. 2022, Jul., 48 (3), pp.205-209. doi: 10.1136/bmj.srh-2021-201385. Epub 2022 Jan 31. PMID: 35102002.
3. United Kingdom. Abortion Act. 1967. In: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87/section/4> (accesat 16.09.2022).
4. Bernard-Douchez M.-H. Les paradoxes de la clause de conscience en droit médical. In: L'accès aux soins: Principes et réalités. Toulouse: Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole, 2010.
5. Loi du 29 mars 1935 modif. ; Code du Travail art. L. 7112-5 ; cf. R. LINDON, "La "clause de conscience" des journalistes". In : SJ/G. 1962, doctrine. 1669.
6. United Nations Human Rights Council, Conscientious objection to military service (Resolution 1995/83). In: <https://co-guide.info/interpretation/conscientious-objection-military-service-resolution-199583> (accesat 20.09.2022).
7. Office of the High Commissioner for Human Rights, *Conscientious objection to military service Resolution 1998/77*. In: https://www.ohchr.org/sites/default/files/E-CN_4-RES-1998-77.pdf. (accesat 20.09.2022).
8. 15 May: International Conscientious Objection Day. In: <https://web.archive.org/web/20140701035718/http://wri-irg.org/15May2014> (accesat 16.09.2022).
9. Council of Europe, Parliamentary Assembly, Resolution 1763 (2010), *The right to conscientious objection in lawful medical care*. In: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=17909>, (accesat 16.09.2022).
10. Institut Europeen de Bioethique. *Clauses de conscience au profit des professionnels de sante*. Bruxelles, 2013.

11. Colegiul medicilor din România. *Codul de Deontologie medicală*, publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 981/07 decembrie 2016.
12. European Court of Human Rights (12375/86) - Commission (Plenary) - Decision - Gerdas, Lindell and Linder v. Sweden. In: https://www.stradalex.eu/en/se_src_publ_jur_eur_cedh/document/echr_12375-86. (accesat 16.09.2022).

BIOETHICS AND AXIOLOGY UNDER CONDITIONS OF GLOBAL CRISES

Nataliia Boichenko, Doctor of Philosophical Sciences, Professor
Department of philosophy, P. Shupyk National Healthcare
University of Ukraine Kiyv, Ukraine
n_boychenko@ukr.net

BIOÉTHIQUE ET AXIOLOGIE DANS DES CONDITIONS DE CRISES MONDIALES

Pendant la guerre, la menace de la crise alimentaire et environnementale mondiale, la question de la révision des fondements axiologiques de la société dans son ensemble, de la théorie et de la pratique médicale en particulier, sont devenues particulièrement aiguës. Des problèmes qui nous semblaient lointains et hypothétiques acquièrent aujourd'hui un nouveau son. Les directives bioéthiques et les valeurs traditionnelles ne peuvent pas rester inchangées à l'heure actuelle.

Currently, during the war in Ukraine, the threat of a global food and environmental (due to the danger of damage to nuclear facilities) crisis, the question of revising the axiological foundation of society ingeneral, and medical theory and practice in particular, has become particularly acute. Problems that used to seem distant and hypothetical to us today acquire a new sound. During the war, millions of Ukrainians suffered and were forced to leave their homes, thousands lost their families and homes. Can bioethical guidelines and traditional values remain unchanged at this time? The question is rather hypothetical.

Increasingly, during crises, ethical/axiological problems are also manifested in the economic plane as a point of intersection of humanitarian and

natural, social and biological views in general and in the issue of human survival in particular. Bioethics today, in my opinion, is becoming more and more applied in nature, it is able not only to define the limits of human life, to outline the horizons of acceptable survival of people (as a species), but also to offer effective mechanisms, tools and SOPs (standard operating procedures) for responding to dilemmas that arise in crisis situations. Bioethics together with axiology have a sufficient basis in the form of various ethical theories: Aristotle's virtue ethics, Kant's practical ethics, Smith and Bentham's utilitarianism, Christian ethics, discursive ethics, etc. Based on such theoretical diversity, bioethics can act as applied ethics, applying appropriate (appropriate to a specific problem and situation) ethical norms or provisions to solve certain problems. A vivid, albeit sad, example of this statement is the use of medical triage in wartime. You can learn more about the features and future of moral theories, deontology and applied ethics, in particular their role in the field of health care, from the review of Torbjörn Tännsjö's work „SETTING HEALTH-CARE PRIORITIES” [1].

Today, more than ever before, the primary task of bioethics is the re-thinking on non-a priori grounds, but on the grounds of situational analysis of moral practices in medicine. Obviously, we (ethicists, philosophers, politicians) should remember a very important aspect related to the implementation of moral theories in real life, we are talking about significant differences in the determination of priorities by applied ethics in the situations of individual patients in need of medical assistance and in situations where large sections of the population need help [2].

Bibliography

1. Hubenko H., Boichenko N. The future of moral theories: reflecting on Torbjörn Tännsjö's book "Setting Health-Care Priorities". Arhe. 2020 XVII, 33. In: <https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/81191> (used 16.09.2022).
2. Бойченко Н. М. Етика, біоетика, медицина та політика в епоху пандемії. В сб.: Здоров'я, Медицина та Філософія: Стратегії виживання. Київ, 2021, с.23.

THE HUMAN BEING AS A PRISONER OF THE ARTIFICIAL CULTURE IN THE AGE OF SOCIAL NETWORKING ADDICTION

Marius Dumitrescu, doctor în filosofie, profesor universitar
Departamentul de Filosofie, Facultatea de Filosofie și Științe Social
Politice, Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași, România
dumitrescu.marius66@yahoo.com

L'ÊTRE HUMAIN COMME PRISONNIER DE LA CULTURE ARTIFICIELLE À L'ÈRE DE LA DÉPENDANCE AUX RÉSEAUX SOCIAUX

Au début du 21e siècle, la technologie informatique s'est développée rapidement et les réseaux sociaux basés sur Internet (par exemple, Facebook, Instagram, WeChat ou Tweeter) ont proliféré encore plus rapidement, devenant une partie très importante de la vie des gens. Mais ces dernières années, une dépendance à ces médias sociaux/sites de réseaux sociaux est apparue. Ce type de dépendance a été défini comme «l'utilisation irrationnelle et excessive des médias sociaux dans la mesure où elle interfère avec d'autres aspects de la vie quotidienne».

Dans ce présent article, nous présenterons l'addiction aux réseaux sociaux, qui peut transformer l'homme en véritable prisonnier d'un nouveau type de culture, qui, contrairement à la culture classique qui ne bénéficiait pas des «avantages de l'intelligence artificielle», peut sérieusement affecter son liberté de décision et peut lui nuire en termes de confort de sa propre vie.

Si la dépendance à la technologie définit l'humain même selon certains philosophes, il y a aussi des situations où elle se transforme en dépendance, aliénant l'homme de son essence même culturelle.

1. Introduction

Since ancient times, Aristotle, in his *Politics*, pointed out that man is a being without restraint in terms of nourishment, cruelty, lust and gluttony [1]. To be human meant for the Stagirite to be able to control by reason, by logos, this lack of a natural limitation of basic instincts. From the positions of an anthropology based on the idea of Spirit, Max Scheler believed that

the human essence consists precisely in this power that the Spirit (*Geist*) has to oppose the lack of measure that the vital drives claim on our being [2]. This category also includes aggression, which can very easily become violence, destruction, death.

Thus, in the case of man, the border, the limits between the good use of instinct and his thanatic deviation is a very fragile one. In the case of animals, such problems do not arise. In the animal kingdom there are rare exceptions and only in completely exceptional conditions, most of the time influenced by humans. It is the time when *hybris* appear, i.e. that lack of measure leading to intraspecific killing or self-destruction by disrupting a vital instinct such as feeding, sexuality, territorial dominance or extreme aggression.

Man is the exception in view of the fact that his entire evolution, based on technique, on artificial elements that he interposed as prostheses between him and nature, made him a being exposed to great risks precisely because of the loss of natural adjustment of basic behaviors, which, under the conditions of his new life, proved to be useless.

Expressions like «*the human being is an ascetic of life*» or even the famous definition of the human being as a „*Nay-sayer*” [2] or the one who can say NO! to the world of instincts, in fact show us that the danger to which man is exposed is addiction, dependence on certain behaviors that he can no longer master, he can no longer control through that *virtus estimativa*, through his reason.

In the present paper we will present the social media addiction, which can turn man into a real prisoner in a new type of culture, that, unlike the classical culture, which did not benefit from the „advantages of artificial intelligence”, can affect his freedom of decision and may harm him in terms of the comfort of his own life. We search the data base such as PubMed and Google Scholar using the key words: „social media addiction”, „social networking addiction”, „mental health”. We also used philosophy books regarding the effects of mass communication on human being.

2. The medical point of view on social networking addiction

Medical Definitions of social networking addiction

Social networking relies on mobile and web-based technologies in order to create interactive platforms between individuals and various communities. Social networking is itself a very large community that uses the Internet and a web-based installation that allows individual users to build

a profile identity and generate connections and subjective associations between him and his list of friends with whom to communicate. The individual entering the social networking universe actually builds an avatar, a new identity that belongs to a new society in which he is accepted. First, people connect with each other and then post news, information, fake news, etc., including their own or others' photos and videos. However, each network member can control the access to his profile by accepting or deleting friend request from other network members [3].

More than two decades ago, the British Professor Mark Griffiths was already drawing attention to the accumulation of numerous articles in the mass media that emphasized the existence of an excessive use of the Internet, which they called „Internet addiction”, „Internet Addiction Disorder” and „Internet Addiction Syndrome” [4].

He defined people addicted to online communication sites as those who irrationally and excessively use social networks because they spend most of their waking time „*surfing and chatting in this medium*”, neglecting other aspects of their everyday life [4, 5].

But, in recent years, numerous articles have appeared announcing the emergence of „social media addiction” or „social networking addiction” which they define as „*the irrational and excessive use of social media to the extent that it interferes with other aspects of daily life*”. Thus, in 2014, there were already around 350 million users who were addicted to social media sites [6].

Social networking addiction - the disease of the contemporary man

The symptoms of social networking overuse are similar to those experienced by people with chemical or non-chemical addictions. Addiction to social networking negatively affects self-esteem, mental health, ability to concentrate and academic performance of addicted individuals [7-9].

The higher the social networking addiction in adolescents, the more significant the stress, anxiety and depression, all of which lead to reduced academic performance and ultimately affect life satisfaction [10]. Insomnias caused by the excessive use of social networks can lead to changes in the perception of one's own person, anxiety, depressive mood and psycho-emotional lability, thus having a negative impact on the subjective well-being of pupils and students and on their relationship in the offline environment [9].

Once the user becomes addicted to social networking, he paradoxically enters a social isolation, even if he apparently has many virtual friends. The addicted user isolates himself from family, friends, and the real world.

He can no longer communicate in the real world, although he communicates very easily and effectively in the virtual world [11]. The mindset of the addicted user is changing. He lives in fantasy world. Almost half of users spy on the profile of their contacts [12] and experience the life, actions, way of behaving or dressing of others. For this reason, their self-esteem decreases if they believe that they cannot live up to those standards.

In the case of excessive use of social networks, users become too concerned with their image and especially with the response they can get after placing information on their personal profile. In the new context of social networks, especially Facebook, a new element appears, namely the evaluation of one's image through the „likes” of others. Being conditioned by permanent appreciations, the new self-image must be in a constant process of self-reinvention in order to capture the attention of other social networking users, who would otherwise be bored and no longer interested in that individual. In addition, some selfies can be associated with advertisements for certain products, becoming a source of income. Thus, a new type of image appears, this time intersubjective [13], in which the self-image is embedded in a level of expectation that puts permanent pressure on the one who actually sells the self-image.

In the age of social networking addiction, the user has even a desire to treat his own organic illness asking for medical opinions from friends on social networking list. Thus, even the doctor-patient relationship changes because, when the patient comes to the specialist, he is already informed about his illness [14] and considers that the doctor must give him the treatment he already knows about.

3. The philosophical point of view on social networking addiction *The paradox of a special case of addiction*

The addiction to social networking involves a certain paradox. If addictions to food, alcohol, sex, or even gambling are related to the disruption of some vital instincts, social networking addiction is more a lack of restraint in the plane of reason, i.e. the very element that should ensure the control of instincts. Thus, if we were to quote the French philosopher Jacques Derrida, social networking addiction, as an dependence of information, can be seen as a veritable „*madness within thought*”, born out of the natural desire, up to a point, to be informed and connected to the new, to be at the core problem, to be connected to other people [15]. This „*madness within*

thought”, transferred from the modern Cartesian man to the contemporary man, who is addicted to screens, gives the latter the feeling of being a true *Homo Deus*, possessor of a „*religion of data*”, as Yuval Noah Harari wrote in his recent Book [16].

Social networking is the direct consequence of the last great revolution in technical terms, namely the emergence of artificial intelligence. In this study we do not aim to see the impact of this revolution on the old man of the industrial age, but rather we are trying to capture the effects of the aggressive flooding of all human competencies by artificial intelligence. What interests us is to see the effects of artificial intelligence on some social categories that have developed a genuine dependence on the facilities it offers in the field of inter-subjective communication.

Such type of addiction on screens and the wonderful universe that they open can originate in the specifics of man in the contemporary post-war world dominated first by television and then by computers and, with them, by the Internet. Thus, since the middle of the 20th century, the German philosopher Günther Anders, in his work *Die Antiquiertheit des Menschen*, originally published in 1956, a period when television was beginning to assert itself in people’s homes, proved to be a visionary when he described the process of the transformation of the human being under the impact of mass reproduced images, at that time offered by television [17] and now by the screens of telephones, laptops and computers. He brought forward the idea that in the connecting to the images offered by the TV screen, of which sensational images have a priority role, there is also the source of the danger that the human being becomes unable to judge because, unlike the written text, which challenges the mind to complex interconnections and analyzes of ideational contents, images, especially when they overwhelm the viewer, offer only partial slices of the world: thus, by showing the world, they actually hide it. The world actually becomes „*phantom-like*”, unreal. Moreover, by bringing this new, technically prepared reality of the sensational image, television generates a certain type of man, a new sociological being, namely an „*isolated mass hermit*”, because, even though he is apparently connected to the whole global world, through TV screens „*the events come to us, not we to them*”, which means that the human being will be no longer „in the world” but actually they will turn into „*infantile beings, that is, into minors*” who will soon know alienation [17].

The human being as a prisoner of the artificial culture

All these transformations with the role of hypnotically connecting contemporary man to a world of images, thus amputating his reflective dimension, have led to a new phenomenon that some, such as the Italian scientist Giovanni Sartori, equate to a kind of imbecility or, in a more medical direction, it is a sort of functional illiteracy, in the metaphorical sense perhaps of a post-literary illiteracy, in which recent man can read, but he lost the ability to understand and to process the information he had read in the absence of images. *Homo sapiens* has transformed under the pressure of the mass media and more recently the Internet, which has opened „a gigantic new game”, into a *homo insipiens*, defined as a ”stupid and, as a corollary, ignorant, a being incapable of rationality and, therefore, he is a symbolic animal that is no longer able to support, much less to feed the world built by *homo sapiens*” [18].

We are discovering now, more than ever, how valid Anders’ ideas are. As 70 years ago, when man was conquered by television, today, on social networking platforms, we spend our existence in the company of fake acquaintances and continue our day under the aegis of these fake friends, but it seems that we will inevitably move towards an „*artificially produced schizophrenia*” [19].

This global phenomenon of real idiotization thanks to the screens, which offer sequences of images, is also captured by Giovanni Sartori, who launched the concept of ”post-thinking”, which would characterize the man who passes from „*the obligation to make oneself seen*” to „*the need to be seen*” [18]. This phenomenon of translation towards a priority of the image gives rise to the „pseudo-event, an event that happens only because there is a camera to record it and which otherwise would not exist” [18]. Like television, social networking offers us a new reality - artificial, technically prepared, magical in its essence, and which places us in a new space, a global one, built by the technical means of image reproduction and their transmission at a distance.

Are we returning to a new Middle Age?

The philosopher and sociologist of Polish origin Zygmunt Bauman, one of the most formidable analysts of this new global reality, considered in his book *Globalization: The Human Consequences* (1998) that being local in a globalized world is a sign of social inadequacy and degradation [20]. Now we have all entered the virtual space, where the masters are the „*celebri-*

ties” or „*the few*” - as the author called them, but whom we now know as global „*influencers*”, followed by millions of fans from all corners of the planet. Bauman compares the „*celebrities*” of the new synoptic world to the angels of medieval iconography, because they „*hover above the worlds of the locals*”. They are „*simultaneously inaccessible and within sight, lofty and mundane, infinitely superior yet setting a shining example for all inferiors to follow or to dream of following; admired and coveted at the same time – a royalty that guides instead of ruling*” [20]. These transformations make the contemporary era very much look like the Middle Ages, when the great mass of the illiterates was connected to religious culture only through the images painted on the walls of places of worship. Thus, the mobile or the screen acquires for the „recent man” a genuine sacred meaning similar to that of the icon in the medieval painting.

Dependence on artificial intelligence can make contemporary man a veritable prisoner of artificial culture by alienating him from his own essence precisely because he ends up abusing this essence. Social networking addiction most profoundly reflects this paradox that marks the entry of artificial intelligence into our lives by affecting our essence through our very essence. If the technique so far has replaced operations that the body did, for the first time artificial intelligence penetrates the territory of the human mind, replacing it. Thus, social networking addiction reflects man’s enslavement to a new power that is artificial intelligence, which is initially offered to him, then seduces him for his own good, but finally ends up subjugating him in a magical way.

4. Conclusions

To these recent challenges related to social networking addiction, the philosophy, medicine and psychology of the future will have to offer solutions by which man preserves his humanity and does not gradually transform into a being who comes to identify with his technical prosthesis, in this case artificial intelligence and all its gifts which can sometimes turn out to be poisoned. A separation of the apples from the basket, i.e. an orientation towards that type of social networking that really has a formative role, and this only quality education can do, would be a necessary first measure. Thus, a new type of education, in which the Internet should become an integral part of it, could be a starting solution by which the tendencies leading to an irrational and excessive use of social networking are

tempered. Man must be taught how to manage the wealth of information and inter-subjective connections that current technology makes available, how to select what is important for his life.

References

1. Aristotle. *Politics*. Translated by William Ellis. Enhanced Media, 2017, p. 9
2. Scheler Max. *The Human Place in the Cosmos*, Translated from the German by Manfred S. Frings, Introduction by Eugene Kelly. Evanston: Northwestern University Press, 2009, p. 39.
3. Naveen, Agarwal N. Social media & academic performances: an empirical analysis. In: *Cosmos. An International Journal of Art & Higher Education*. 2016, No 5(2), pp.5-7.
4. Griffiths M. D. Internet addiction: Time to be taken seriously? In: *Addiction Research*. 2000, No 8, pp.413–418.
5. Griffiths M. D. Facebook addiction: concerns, criticism, and recommendations-a response to Andreassen and colleagues. In: *Psychological Reports*. 2012, No 110, pp.518-520.
6. Prasad CA, Sanjay KV, Santosh Kumar BS, Babu YR. Social Media Addiction. *Engineering for Real World*, 2014; Batch: 223E. doi: 10.13140/2.1.2578.9448.
7. Saaid SA, Al-Rashid NAA, Abdullah Z. The Impact of Addiction to Twitter among University Students. In: *Lecture Notes in Electrical Engineering*. 2014, No 276, pp.231-236.
8. Ardiana RT, Tumanggor RO. Social Media Instagram Addiction and Self-Esteem in High School Students. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research. Proceedings of the 2nd Tarumanagara International Conference on the Applications of Social Sciences and Humanities. TICASH 2020*, 2020, No 478, pp.290-294.
9. Kircaburun K, Griffiths MD. Instagram addiction and the Big Five of personality: The mediating role of self-liking. In: *J Behav Addict*. 2018, No 7(1), pp.158–170.
10. Masoed ES, Thabet Omar RAA, El Magd ANA, Elashry RS. Social media addiction among adolescents: Its relationship to sleep quality and life satisfaction. In: *International Journal of Research in Paediatric Nursing*. 2021, No 3(1), pp. 69-78.
11. Desai S.S. Impact of social media on education: a review. In: H.V. Gaikwad, & S.S. Desai (Eds). *Golden Research Thoughts, Special Issue of International Conference on „Digitalization: Impact on Indian Society”, 2-4 March 2017*. Islampur: Inconrit, 2017, pp. 6-10.

12. Szczegielniak A., Pałka K., Krysta K. Problems associated with the use of social networks - a pilot study. In: *Psychiatria Danubina*. 2013, No 25(Suppl. 2), pp.212–215.
13. Dumitrescu M. A Journey Inside the Perception of the Self-Image - from the 15th Century Italian Portrait to the Glamorized Image on the Facebook. In: *Postmodern Openings*. 2021, No 12(3), pp.34-59.
14. Grecu V., Ojovanu V. Specificul dereglărilor endocrine la omul contemporan în optică medicală și bioetică. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei*. 2017, Nr.4(56), pp.131-133.
15. Derrida Jacques. *Writing and Difference*. Translated, with an introduction and notes by Alan Bass. Chicago: The University of Chicago, 1978, p.56.
16. Harari Yuval Noah. *Homo Deus*. Iași: Editura Polirom, 2018.
17. Günther Anders. The obsolescence of man. Vol I. Part 2: The world as phantom and as matrix: philosophical considerations on radio and television. In: <https://libcom.org/library/chapter-1-world-delivered-your-home>
18. Sartori Giovanni. *Homo videns*. Televisione e post-pensiero. Editura Laterza, 1999. In: <https://giuseppicapograssi.files.wordpress.com/2017/04/sartori-homo-videns.pdf>
19. Günther Anders. The obsolescence of man. Vol I. Part 2: The world as phantom and as matrix: philosophical considerations on radio and television. In: <https://libcom.org/library/chapter-2-phantom>
20. Bauman Zygmunt. *Globalization: The Human Consequences*. Oxford: Polity Press, 2005.

IMPORTANȚA ASPECTELOR MORALE ȘI ETICE ALE BUNEI-CREDINȚE PENTRU SOCIETATEA CONTEMPORANĂ

Valeriu Capcelea, dr. hab. în filos., conf. univ., șef secție
 Secția Nord a Academiei de Științe a Moldovei, Bălți, R. Moldova
vcapcelea@mail.ru

THE IMPORTANCE OF THE MORAL AND ETHICAL ASPECTS OF GOOD FAITH FOR CONTEMPORARY SOCIETY

In this article are analyzed aspects of good moral faith and its influence on contemporary society. Are exposed to the fundamentals of moral philosophical foundation of post-modern society and the fact that in this society people recognize the need for constructing a minimal debt, weak, which extends in a negative way. The following articles a characteristic of good

faith and bad faith, it is noted that good faiths an element that is located on the border between the right just morality, it connects by way of deep moral and law demonstrates that the rules of law shall, if not failure veils enter sin to agreement with an appropriate morality.

De câteva decenii există în rândurile filosofilor din Europa Occidentală o preocupare majoră pentru a găsi noi domenii ale întemeierii morale a societății contemporane. În acest sens, unul din celebrii eticieni ai ultimelor decenii, filosoful francez Gilles Lipovetsky în studiul *Amurgul datoriei. Etica nedureroasă a noilor timpuri democratice* a realizat și surprins dintr-o perspectivă post-modernă convulsiile fenomenului etic contemporan. În această lucrare s-a identificat faptul că societățile occidentale contemporane sunt dezinteresate de rigoarea de imperativ al datoriei manifestând o mare apetență pentru elaborarea de *Coduri de deontologie profesională*. Filosoful francez subliniază diversitatea, specificitatea și eficiența acestor coduri etice, în foarte multe dintre situațiile și zonele politice, sociale, culturale, economice, foarte concrete, pentru care au fost dezvoltate [1]. Totodată, el accentuează că astăzi are loc o importantă schimbare de repertoriu în câmpul social: cuvântul „trebuie” nu mai are conotații eroice ca odinioară și nici „datoria” nu mai capătă majusculă onorifică, nici în practica socială, culturală sau politică, așa cum se întâmpla cu vreo două secole în urmă.

În aceeași ordine de idei, eticianul român Alin Cristea, relevă că „epoca noastră este epoca post-datoriei, în care însă oamenii recunosc nevoia unei etici minimale, a unei datorii slabe” [2]. După el, societățile „post-moraliste” apelează la „trebuie” numai în situații excepționale și odată cu „amurgul datoriei” valorile pe care le recunoaștem sunt mai mult negative (să nu faci), decât pozitive (trebuie să). Ceea ce se invocă nu este norma, datoria, obligația de a ne raporta în mod altruist la Celălalt, ci responsabilitatea. Este o „morală nedureroasă debarasată de moralism și anti-moralism” [3].

Astfel, datoria morală ce se fundează pe noțiunea „trebuie”, actualmente nu mai este în vogă și, din această cauză, a acționa reieșind din datorie, adică din bună voință sprijinindu-se pe buna-credință nu este una obligatorie nu numai pentru un om în general, dar și pentru reprezentantul unei anumite profesii concrete. În această ordine de idei, este necesar de a trata conceptul de bună-credință nu numai din punctul de vedere al dreptului, dar și a moralei și eticii. În literatura de specialitate, buna-credință se caracterizează ca o calitate a omului care se află la frontiera dintre moralitate

și drept și, din această cauză, are implicații deosebite atât din punctul de vedere a moralei și eticii, cât și al dreptului. Totodată, se subliniază importanța deosebită a buna-credinței asupra deontologiei profesionale.

În *Dicționarul explicativ al limbii române*, buna-credință este tălmăcită ca o convingere intimă a cuiva, ca ceea ce face este bine; sinceritate, onestitate [4], iar rea-credință este atitudinea necorectă, necinstită; perfidie, necinste [5]. Sinonime ale buneii-credințe sunt: sinceritatea, *onestitatea, cumsecădenia, franchețea, fidelitatea, devotamentul, lealitatea, loialitatea*, iar sinonime a rea-credinței: *grosolănia, impertinența, impolitețea, indecența, insolența, lipsă de bună-credință, lipsă de respect, mitocănia, mojicia, neobrăzarea, nerușinarea, obrăznicia, obscenitatea*.

Din punctul de vedere al eticii, filosoful român Tănase Sârbu, referindu-se la dezaribilitatea virtuților, afirmă că există unele calități morale estimate ca fiind necesare atât pentru formarea și perfecționarea individuală, cât și pentru dăinuirea colectivă a poporului român, alături și împreună cu celelalte popoare [6]. În opinia lui, una dintre aceste virtuți este buna-credință, care reglementează raporturile noastre cu adevărul. Din punct de vedere psihologic, ea este un fapt etic, ce este respectat pentru adevăr. Buna-credință se află în relații de contradicție cu minciuna, ipocrizia, duplicitatea, cu toate formele de rea-credință, dar și cu eroarea. În acest context, omul de bună-credință spune ceea ce crede, chiar dacă se înșală și crede ceea ce spune. Totodată, buna-credință constituie, din punct de vedere etic, o datorie față de sine însăși.

Ca și fidelitatea și curajul, buna-credință nu întruchipează o virtute suficientă și completă, dar, totodată, ea este foarte necesară celorlalte virtuți umane. Buna-credință constituie virtutea oamenilor care merită să fie crezuți, deoarece iubesc adevărul și resping minciuna. Acești oameni urmează calea de mijloc între lăudăroșenie și disimulare, între fanfaronadă și secretomanie, între falsa glorie și falsa modestie. Ei reprezintă așa numiții oameni nobili, cărora le place să spună adevărul, dar nu rupt, ci împletit cu sinceritatea și cu alte virtuți [7].

În acest sens, are o însemnătate primordială, mai ales în condițiile contemporane, viziunea celebrului filosof german Immanuel Kant, conform căreia, minciuna este un dispreț și oarecum o distrugere a demnității umane. Un om care nu crede ce el însuși îi spune altui om... are o valoare încă și mai mică decât ar avea un lucru... El devine obiect de dispreț în ochii altuia, și ceea ce este mai rău, el devine în proprii săi ochi un obiect de dis-

preț, neavând demnitatea umanității în propria sa persoană” [8]. În cazul că am universaliza minciuna, am ajunge la prăbușirea totală a încrederii oricui în oricine. O astfel de stare ar fi autocontradictorie, că-căci nimeni nu s-ar mai baza pe nimeni și pe nimic. Caracterul perfect al acestor datorii derivă din aceea că nu admit nici o excepție, sunt obligații morale perfecte, arată ce trebuie să nu facem, sau să ne abținem să facem, oricând, oricare dintre oameni, indiferent de situație. Ambele datorii au formă negativă. Ele sunt formulate prin trebuie și vizează obligativitatea normei.

În ceea ce privește noțiunea de „bună-credință” tratată din punctul de vedere al dreptului, ea este definită de unii juriști francezi destul de simplu: „Este de bună-credință cel care are un comportament onest și conștiințios și cel ce observă un comportament loial, cinstit, lipsit de răutate” sau cel care „are bunăvoință, loialitatea, preocuparea de a suporta cheltuieli în profitul cocontractantului săi, de a colabora cu el, de a-i facilita situația, într-un cuvânt – de a-l iubi ca pe un frate” [9].

Prin urmare, niciun drept nu poate fi exercitat în scopul de a vătăma sau păgubi pe altul ori într-un mod excesiv și nerezonabil, contrar bunei-credințe. În acest sens, juristul român Felician Sergiu Cotea, scrie că „buna-credință presupune cu necesitate următoarele atribute: intenția sinceră, convingerea, liceitatea, certitudinea, diligența (sârguință, osteneală; zel, promptitudine), lealitatea (respectare a cuvântului dat, a angajamentului luat) și consecvența. Astfel, intenția sinceră își găsește corespondentul în două valori ale moralei – loialitatea (ce presupune o atitudine sinceră, cinstită, corectă) și franchețea (calitatea omului de a fi sincer și de a-și expune în mod deschis gândurile); credința sau convingerea este însuflețită de valoarea morală numită devotament; liceitatea se regăsește în planul moralei numită încredere, diligența provine din valoarea morală prudența, lealitatea (care presupune raportarea celor din jur, în sensul că o persoană de bună-credință este aceea care are și o atitudine corectă, cinstită și sinceră față de altă persoană), se regăsește în așa valori morale precum: onoarea, echitatea, cinstea, onestitatea, probitatea, fidelitatea și castitatea; consecvența, o statornicire, o neabatere de la principial, de la cuvântul dat, de la promisiunea făcută, se traduce în planul moralei prin fidelitate [10]. Prin urmare, elementele bunei-credințe reprezintă valorile juridice corespunzătoare valorilor morale ale onestității.

Totodată, rea-credința - indolența, opusă prudenței, licensiozitatea (care încalcă regulile bunei-cuviințe și ale moralei), opusul corectitudinii și inte-

grităţii, nesinceritatea, minciuna, ipocrizia (afişare a unei atitudini false) şi prefăcătoria, opuse loialităţii (însuşirea de a fi loial) şi francheţii (faptul de a-şi spune deschis gândurile; calitatea de a fi franc, de a da dovadă de sinceritate) care stau la baza sincerităţii; necinstea inechitatea şi infidelitatea, opusul cinstei, onoarei, onestităţii şi probităţii; lipsa convingerii, opusul devotamentului; inconsecvenţa, opusul fidelităţii, incertitudinea, opusul încrederii [11].

Aşadar, există multiple teorii ale buna-credinţei, dar, în viziunea noastră, cea mai acceptabilă este teoria unităţii conceptului de bună-credinţă. Susţinătorii acestei teorii, spre exemplu, juristul francez François Gorphe, încă în anii 20 al sec. al XX-lea, afirma că „noţiunea de bună-credinţă este, în acelaşi timp, complexă şi unică, cuprinzătoare şi vie, care legă în mod profund dreptul de psihologie şi, mai ales, de morală” [12]. Ea cuprinde conceptele psihologice de intenţie şi credinţă şi are un fundament moral, în sensul că intenţia trebuie să fie dreaptă, iar credinţa să fie conştiincioasă.

Buna-credinţă, după cum am afirmat anterior, reprezintă un element care se află la graniţa dintre dreptul pur şi moralitate. Deşi aflat pe un asemenea tărâm, conceptul, a fost ridicat la rang de principiu intitulat „*Pacta sunt servanda*” (Tratatele trebuie respectate), care a fost elaborat şi dezvoltat atât în cadrul eticii, cât şi a dreptului.

Trebuie să remarcăm că în prezent aspectele morale şi cele juridice ale bune-credinţei au o mare importanţă în dezvoltarea societăţii, deoarece de buna-credinţă depinde, în mare măsură, evoluţia de mai departe a relaţiilor sociale concrete, dar, mai ales, soarta de mai departe a umanităţii. În acest sens, un exemplu concludent îl constituie războiul declanşat de Rusia împotriva Ucrainei la 24 februarie 2022, care a încălcat lealitatea, adică nu a respectat cuvântul dat, angajamentului luat conform *Memorandumului de la Budapesta*, tratat internaţional semnat la 5 decembrie 1994 la Budapesta între Ucraina, Statele Unite ale Americii, Marea Britanie şi Federaţia Rusă, ce prevedea dezarmarea nucleară a Ucrainei şi prescria garanţii de securitate a independenţei sale. Prin acest tratat, Ucraina a renunţat la armele nucleare sovietice de pe teritoriul său care au fost transferate către Federaţia Rusă, iar în schimb, Statele Unite ale Americii, Marea Britanie şi Rusia s-au obligat să respecte suveranitatea şi frontierele Ucrainei. Cele trei ţări semnatare s-au angajat să se abţină de la ameninţări cu recurgerea la forţă sau utilizarea forţei împotriva integrităţii teritoriale ori independenţei Ucrainei şi să nu utilizeze niciodată forţe armate împotriva Ucrainei.

În acest sens, invazia Rusiei asupra Ucrainei reprezintă o ignorare directă a suveranității și integrității teritoriale a Ucrainei, o încălcare frauduloasă a acestui tratat internațional. Rusia se acoperă cu argumentul greșit pronunțat de ministrul de externe rus Serghei Lavrov, că, chipurile, ei nu au neglijat prevederile memorandumului, întrucât nu a amenințat Ucraina cu arme nucleare. Din păcate, neglijarea aspectelor morale și juridice ale bunei-credințe în respectarea tratatelor internaționale a devenit pentru Rusia ceva obișnuit, deoarece pentru a-și materializa ambițiile sale expansioniste de a restabili URSS-ul și a redeveni o forță mondială de temut în lume ei dau prioritate minciunii și resping adevărul încălcă în ultimele decenii sute de tratate internaționale, amenință pacea și securitatea de pe Terra, pun în pericol existența de mai departe a civilizației umane.

Referințe bibliografice

1. Lipovetsky G. Amurgul datoriei. Etica nedureroasă a noilor timpuri democratice, traducere și prefață de Victor-Dinu Vlădulescu. București: Ed. Babel, 1996, p.43.
2. Cristea A. Etica postmodernă. Paradoxuri. Antinomii. Echivocuri. În: www.revistaperspective.ro. (accesat: 10.08.2022).
3. Cristea A. Etica postmodernă. Paradoxuri. Antinomii. Echivocuri. În: www.revistaperspective.ro. (accesat: 10.08.2022).
4. Dicționarul explicativ al limbii române. Ediția a doua. București: Ed. Univers enciclopedic, 1996, p.119.
5. Dicționarul explicativ al limbii române. Ediția a doua. București: Ed. Univers enciclopedic, 1996, p.119.
6. Sârbu T. Etică, valori și virtuți morale. Iași: Ed. Societății academice Matei Teiu Botez, 2005, p.219.
7. Sârbu T. Etică, valori și virtuți morale. Iași: Ed. Societății academice Matei Teiu Botez, 2005, pp.237-238.
8. Kant Im. Critica rațiunii practice. București: Ed. Univers enciclopedic, 2010, p.9.
9. Flour J., Aubert J.-L., Savaux E. Les obligations. Tome 2: Le fait juridique. 10e édition. Paris: Armand Colin, 2003, p.278; Seriaux A. Les obligations. Paris: P.U.F., 1992, p.201.
10. Cotea F.S. Buna-credință: implicații privind dreptul de proprietate. București: Ed. Hamagiu, 2007, p.12.
11. Cotea F.S. Buna-credință: implicații privind dreptul de proprietate. București: Ed. Hamagiu, 2007, p.14.
12. Gorphe Fr. Le principe de la bonne foi. Paris: Dalloz, 1928, p.10.

PARADIGMA ANULUI JUBILIAR ÎN CONTEXTUL PANDEMIEI COVID-19

Adelia Furdui (Florea), lector
Departamentul de asistență socială,
Facultatea de sociologie și psihologie,
Universitatea de Vest, Timișoara, România
adelina.furdui73@e-uvt.ro

THE PARADIGM OF THE JUBILEE YEAR IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

This essay illustrates that the principles gleaned from Leviticus 25 can also be applied when we are going through the most difficult stages in our lives. Implementing these divine instructions, we will develop resilience skills that will allow us to get through any form of crisis more quickly.

Proclamarea unui an de veselie, un an în care tot ceea ce a fost la fel nu mai este, un an al eliberării un an al odihnei la toate nivelurile, un an al dezvoltării abilităților interpersonale și al renunțării de sine. Altfel spus, să-ți iei liber un an de la îngrijorări și să te abandonezi în brațul Celui care te-a creat. Acesta este anul descris în Levitic 25! [1].

Să fii bucuros atunci când știi că în curând ceea ce așteptai de multă vreme este gata să vină în ființă, da, e un motiv întemeiat pentru a te veseli! Dar oare cum este să alegi să fii jovial în circumstanțele vremii în care trăim? Pentru întreaga planetă anul 2020 este un an al provocărilor. Răspândirea virusului Covid-19 ne-a scos pe toți din starea de confort, astfel fiecare dintre noi a experimentat la început teama, furia, apoi acceptarea și, în cele din urmă, am învățat că avem puterea de a fi altfel.

Corelând principiile extrase din Levitic 25, vom evidenția faptul că aceleași principii se pot aplica și astăzi pentru a face posibilă schimbarea paradigmei gândirii cu care ne-am obișnuit până acum. Aceste principii sunt: Principiul odihnei, Principiul binecuvântării euharistice, Principiul eliberării și Principiul bucuriei.

Principiul odihnei. Levitic 25:4 „o vreme de odihnă pentru pământ, un Sabat ținut în cinstea Domnului”. Poporul și comunitatea evreiască sunt încurajate să găsească liniștea în Domnul. Ziua de odihnă a fost instituită de

Dumnezeu încă de la crearea universului (Geneza 2:2-3) transformându-se în normă divină pentru a preveni dependența de muncă pe care oamenii tind să o aibe (Exod 20:8). „Muncă asiduă face parte din ceea ce înseamnă să-L iubești pe Dumnezeu și pe aproapele tău, deși, dacă e dusă la extrem, poate să răpească timpul și implicit dragostea față de Dumnezeu și de aproape” [2]. Din acest motiv, Dumnezeu a instaurat ziua de odihnă (Geneza 2: 2-3) pentru a-i proteja pe oameni de dorința insașiabilă de a munci [3].

Workaholismul poate avea un impact negativ asupra relațiilor personale, a timpului liber și a sănătății; poate duce, de asemenea, la o creștere a stresului la locul de muncă; probleme de somn; epuizare la locul de muncă; și dificultăți de trezire, pe lângă oboseala de dimineață și disputele de la locul de muncă și din familie [4].

Principiul binecuvântării euharistice [5]. Levitic 25: 6,7 Renunțând de bunăvoie la recolta din acel an în favoarea celor oropsiți și a călătorilor străini, având încredere că Dumnezeu va furniza resurse suficiente pentru anii care vor veni [6]. În acest an proprietarii acestor pământuri fiind de fapt săracii. Renunțând la ce este al nostru de drept, Dumnezeu ne arată un model de bune practici de a conviețui împreună cu ceilalți fiind sensibili la nevoile persoanelor defavorizate [5].

Prin anul jubiliar se urmărește dezvoltarea abilităților comportamentului prosocial. Comportamentul prosocial este definit ca o acțiune voluntară, dezinteresată, pentru a satisface trebuințele unor persoane care se află în dificultate. Cele mai uzuale forme de comportament prosocial sunt: apostolatul, generozitatea, sacrificiul și altruismul [7]. Studiile din domeniu scoate în evidență consecințele psihologice pozitive ale comportamentului altruist – *fericirea* - obținută prin acțiuni de binefacere, caritate, donație [8].

Principiul eliberării - Eliberarea de păcate marcată de ziua ispășirii: Levitic 25:9 eliberarea sclavilor, redobândirea proprietății funciare înstrăinate numit și anul eliberării *șanathhaddeor* [6]. Principul eliberării poate fi corelat cu eliberarea prinșilor de război, respectiv iertarea. „Iertarea poate fi o modalitate prin care oamenii își dau sens în urma traumelor interumane” [9]. Iertarea este o alegere personală la o nedreptate făcută. Acțiunea iertării se realizează în termeni emoționali, verbali sau relaționali. Iertarea are beneficii fiziologice, mentale și sociale prin restabilirea relațiilor, iertarea produce sentimente pro sociale atât la victimă, cât și la agresor. Cercetările de specialitate arată că persoanele expuse mai mult către empatie au experimentat mai multă iertare [10, 11].

Principiul Bucuriei – Sărbătoarea jubileului este o certitudine că fiecare persoană dezavantajată va putea reveni la statutul social care l-a pierdut [5]. Un nou început unde cele vechi sau dus și iată că vin altele noi (2 Cor 5: 17).

Conform *dicționarului de psihologie APA* [12] bucuria este definită ca „un sentiment de bucurie extremă, încântare sau exaltare a spiritului care rezultă dintr-un sentiment de bună stare sau satisfacție. Sentimentul de bucurie poate lua două forme: pasivă și activă. *Bucuria pasivă* implică liniște și un sentiment de mulțumire față de lucrurile așa cum sunt. *Bucuria activă* implică dorința de a împărtăși sentimentele cu ceilalți”. După cum se poate constata din cele expuse anterior bucuria se poate asocia cu o axă unde pe plan orizontal constă din relațiile interumane și pe cel vertical în care persoana se acceptă așa cum este pe de-o parte, pe de altă parte persoana nu este îngrijorată de crizele vieții prin care poate trece la un moment dat.

Concluzii

O examinare a principiilor care au fost desprinse din Leviticul 25 arată că aceste norme sunt relevante în mod constant și în perioada contemporană. Aceste principii călăuzitoare au ca scop atingerea sănătății pe toate palierele - fizică, mentală și spirituală. După cum se poate observa, aceleași concepte pot fi folosite în zilele noastre pentru a face realizabilă schimbarea de paradigmă în gândire cu care suntem obișnuiți.

Principiul odihnei - Un timp de calitate pentru trup, suflet și familie scade riscul dependenței de muncă în favoarea sănătății fizice, psihice și spirituale.

Principiul binecuvântării euharistice – Prin acțiuni de întrajutorare beneficiile sunt de ambele părți implicate atât a beneficiarului, cât și a celui care oferă beneficii după cum scrie în Fapte 20:35 „Este mai fericit să dai decât să primești!”.

Principiul eliberării – Ceea ce se dorește în anul jubiliar este că fiecare să experimenteze iertarea pentru a dobândi abilități de empatie, de rezolvarea a problemelor, dezvoltarea relațiilor interpersonale dar și pentru o prevenție a bolilor mentale și o sănătate în trup optimă.

Principiul Bucuriei - Abilitatea de a te bucura este cheia principală din Lev. 25 să accepți să fii bucuros în orice vreme renunțând a te încrede pe propriile puteri, să găsești bucuria din a renunța la ce ți se cuvine de fapt pentru a fi o binecuvântare pentru alții.

Bucuria este o abilitatea care trebuie învățată, este o alegere *alegi să fii pesimist sau bucuros!*

„Bucurați-vă totdeauna în Domnul! Iarăși zic: Bucurați-vă!” (Filipeni 4:4)

Referințe bibliografice

1. Biblia sau Sfânta Scriptură a Vechiului și Noului Testament. Translated by N. Cornilescu. United Bible Societies, 1995.
2. Schluter Michael. Cum să construiești o societate bazată pe relații. Cambridge Papers nr. 3. Timișoara: Areopagus, 2018, pp.15-16.
3. Oates W. E. Confessions of a workaholic: The facts about work addiction. New York: World Publishing, 1971.
4. Andreassen C.S. Workaholism: An overview and current status of the research. În: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4117275/> (accesat: 26.05.2020).
5. Usca Ana, Usca Ioan Sorin. Vechiul Testament în tâlcuirea Sfinților Părinți (III): Leviticul. București: Christiana, 2003, pp.133-141.
6. Wenham Gordon J. Leviticul. Cluj-Napoca: Logos, 2004, pp.331-342.
7. Cristea D. Tratat de psihologie socială. Vol. II. București: Renaissance, 2011.
8. Dunn E.W., Aknin, L.B., and Norton M.I. Spending money on others promotes happiness. In: https://www.researchgate.net/publication/5494996_Spending_Money_on_Others_Promotes_Happiness (accesat: 26.05.2020).
9. Wade N., Schultz J.M., Schenkenfelder M. Chapter 5 - Forgiveness Therapy. Reconstruction of Meaning Following Interpersonal Trauma. In <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978012803015800005X?via%3Dihub> (accesat:26.05.2020).
10. MacLachlan, A. Mercy and Forgiveness. Encyclopedia of Applied Ethics. Second Edition. In: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123739322001794> (accesat: 26.05.2020).
11. Lichtenfeld S., Maier A. M., Buechner V, L., Capo M. F. (2019). The Influence of Decisional and Emotional Forgiveness on Attributions. In: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.01425/full> (accesat: 26.05.2020).
12. APA. Dictionary of Psychology. In: <https://dictionary.apa.org/joy> (accesat: 26.05.2020).

ASIGURAREA SECURITĂȚII UMANE PRIN FORTIFICAREA SIGURANȚEI PERSOANEI

Serghei Sprincean, dr. hab. în șt. polit., conf. univ.,
cercetător științific coordonator, secretar științific
Institutul de Cercetări Juridice, Politice și Sociologie,
Chișinău, R. Moldova
sprinceans@yahoo.com

ENSURING HUMAN SECURITY BY FORTIFYING SAFETY OF THE PERSON

Human security involves efforts to ensure the security of the individual, communities and society as a whole, which are reduced, for the most part, to building the social welfare, as well of the human being. The issue of personal safety involves not only the defense of social equity, human rights, but also the elimination or significant reduction of human risks in the context of global changes involving immediate and latent bio-hazards. Also, safety of the person as well the human security are related to the correlation with the bioethical issue, with the cooperation of the international community in the issue of preventing sociopolitical, military instability and regional conflicts.

Necesitatea imperativă a contractării amenințărilor globale contemporane la nivelul protecției persoanei umane poate fi îndeplinită prin reconceptualizare la scară locală, regională și globală, a perspectivelor consolidării securității umane [1]. Promovarea imperativelor de securitate este una dintre cele mai eficiente modalități de a depăși criza globală multidimensională contemporană pentru a asigura o dezvoltare durabilă viitoare pentru omenire [2]. Agravarea problemelor globale este corelată cu apariția și evoluția concepției de securitate umană, socială și de mediu [3]. Contracurarea riscurilor, evaluarea adecvată a beneficiilor, costurilor și vulnerabilităților specifice democratizării în condiții de globalizare sunt, de asemenea, foarte importante pentru a fi analizate de comunitatea științifică [4]. Criza globală contemporană se caracterizează prin complexitate și multidimensionalitate, determinând apariția unui șir de riscuri și amenințări la adresa securității naționale, regionale sau chiar globale [5].

Concepția securității umane devine un set de standarde morale din domeniul eticii aplicate, care stabilește exact limitele etice ale comportamentului și în relațiile internaționale. De asemenea, conceptul securității umane indică asupra unor finalități ultime bine definite, ale eforturilor de asigurare a securității ce se reduc, în mare parte, la edificarea bunăstării ființei umane [6]. Problematika securității umane a fost abordată prima dată de ONU în 1992 în „Agenda pentru Pace: diplomație preventivă, pacificarea și menținere a păcii” – un raport în care Secretarul general al ONU B. Boutros-Ghali marca necesitatea realizării unei „abordări integrate asupra securității umane” în contextul proceselor de pacificare în epoca de după finalizarea „războiului rece”, cu scopul de a elucida cauzele profunde ale conflictelor de diferit nivel din acea perioadă de pe mapamond și din Europa, cu impact determinant asupra domeniilor economic, social și politic [7]. La etapa actuală, securitatea prin această prismă nu mai e considerată simpla absență a războiului și a violenței într-o anumită regiune, ci constituie o abordare comprehensivă și complexă, bazându-se pe trei principii fundamentale: (1) Lipsa sau eliberarea de teamă, tratată și ca securitate contra violențelor; (2) Eliberarea de nevoi ce ține de asigurarea cu alimente și hrană a protecției personale, cu îngrijire medicală și securitatea sănătății sau de securitatea locuinței și mediului și (3) Libertatea de a trăi cu demnitate prin promovarea dezvoltării umane sustenabile și protecția drepturilor omului [8].

Dintre cei mai proeminenți teoreticieni ai concepției securității umane, stând la baza a numeroase direcții distincte și bine conturate în domeniu, se fac remarcări o serie de cercetători încă din anii '90 ai sec. XX, printre care se numără și L. C. Chen. Acest autor dezvoltă conceptul securității umane, bazat pe specificul civilizațional de percepție a bunăstării în diverse regiuni ale Terrei [9]. Mai târziu, fiind medic de profesie și un factor executiv – președinte al China Medical Board Inc., un ONG care promovează educația, cercetarea și cultura în domeniul sănătății în universitățile cu profil medical din China și Asia de Sud-Est, acest autor contribuie la elucidarea conexiunilor și interdependențelor dintre problematica securității umane și politicile în domeniul sănătății publice [10]. Aportul lui L. C. Chen la dezvoltarea conceptului securității umane rămâne a fi incontestabil de important, cu toate că, în abordarea sa, aspectele ce țin de corelația cu problematica bioetică, dar și de cooperarea comunității internaționale în problema prevenirii instabilității sociopolitice, militare și conflictelor

regionale în vederea fortificării securității umane pe mapamond, sunt insuficient de amplu expuse, în comparație cu aspectele de politici și strategii naționale de combatere a subdezvoltării și sănătății precare a comunităților și persoanelor. Unul dintre cercetătorii fenomenului dat care au inițiat o nouă abordare asupra securității umane și care a devenit una oficială în politicile din domeniu în Canada, este L. Axworthy, fost ministru al Afacerilor Externe al acestui stat [11]. Securitatea umană trebuia să devină în perioada „postrăzboi rece” un subiect de o importanță fundamentală pentru politica externă a celor mai prospere state din lume, printre care se numără și Canada, care au obligația morală să intervină în regiunile cele mai vulnerabile de pe mapamond pentru restabilirea și fortificarea securității persoanelor, asumându-și rolul de lideri pe plan mondial în problema păstrării păcii mondiale și a amplificării bunăstării la scară globală. Problema siguranței persoanei implică nu numai apărarea echității sociale, a drepturilor omului, ci și eliminarea sau reducerea semnificativă a riscurilor umane în contextul schimbărilor globale care implică bio-pericole imediate și latente [12]. Problema supraviețuirii umane prin construirea unor standarde și norme care să promoveze natura inofensivă și ecologică a biotehnologiei viitorului, a potențialelor inovații, devine o prioritate în discursul public, având în vedere impactul său social și politic pe termen lung. Comunitatea științifică, oamenii de știință și cercetătorii din diferite domenii ale științei, sunt destinați să colaboreze pentru a atinge un obiectiv comun în viitorul previzibil - pentru a dezvolta o politică și o strategie pentru supraviețuirea durabilă și eficientă a comunității umane de pe Pământ și pentru a depăși amenințarea riscurilor biologice globale [13].

R. Thakur, un cercetător indian naturalizat în Canada, ex-vice-rectori al United Nations University, introduce în circuitul academic propunerea de a redirecționa securitatea umană către protecția comunităților și nu a persoanelor pe motiv că anume comunitățile umane sunt structurile cele mai vulnerabile, purtătoare de cultură, morală și modele civilizatoare și în mai puțină măsură indivizii [14]. La fel, acest cercetător elaborează conceptul responsabilității statelor cu o mai mare bunăstare de a proteja și a interveni pe cont propriu în regiunile și în contextul geopolitic în care securitatea umană este încălcată flagrant [15]. Cu toate acestea, considerăm că evenimentele din cele mai fierbinți puncte de pe glob din ultimul deceniu (Ucraina, Siria, Irak, Sudan, Afganistan etc.) oferă suficiente argumente pentru a considera că mecanismele internaționale de intervenție în astfel

de regiuni pentru restabilirea păcii, a drepturilor fundamentale ale omului etc. sunt încă deficiente la capitele: logică, eficiență, sustenabilitate de durată a acțiunilor întreprinse etc.

Un impact major asupra concepției teoretice a securității umane a avut-o A. Suhrke – o cercetătoare norvegiană în domeniul relațiilor internaționale și soluționării conflictelor violente [16], care propune abordarea conceptului în cauză prin prisma intereselor statelor lumii și a potențialului lor de intervenție umanitară. Mai recent, A. Suhrke se concentrează pe investigarea politicilor umanitare și de restabilire a păcii în cadrul sistemului Națiunilor Unite a căștilor albastre, un loc important printre lucrările sale fiind acordat problemei securității umane în Afganistan. Însă, pe lângă cauzele de insecuritate umană (interesele concurențiale dintre state), se remarcă motive umane și naturale ale diminuării securității persoanelor ca: dezastrele naturale, clima nefavorabilă, rebeliunile, revoltele și conflictele violente – toate cu impact dezastruos, inclusiv din perspectiva normelor bioetice, pentru stabilitatea și bunăstarea comunităților și persoanelor [17].

H. Van Ginkel – un om de știință olandez de referință din domeniul geografiei sociale, fost rector al Universității din Utrecht și al United Nations University (Japonia), și cercetătorul E. Newman – profesor de securitate internațională la Universitatea din Leeds (Marea Britanie), au elaborat o abordare a securității umane bazată pe necesitatea respectării demnității umane în primul rând [18]. Cu toate acestea, considerăm că amenințările la adresa securității umane, identificate de cei doi cercetători cum ar fi: teama, ignoranța, sărăcia, foamea, degradarea socială și educațională, nu relevă în totalitate întregul spectru de pericole și surse de insecuritate, necesitând a fi completat cu pericolele de mediu, bioetice sau politico-comunitare [19].

E. Neuman, alt autor de referință în studiul securității umane de la începutul sec. XXI, adoptă, într-un șir de lucrări de ale sale, o poziție constructivistă asupra termenului dat [20]. Totodată, autorul constată că concepția securității umane nu este o elaborare sau o emanație a unei singure școli din sfera studiilor de securitate, ci reprezintă o teorie de consens, influențată de condițiile noi de viață ale omului, determinate de cele mai importante amenințări și pericole globale, teorie în care s-au întrunit cele mai influente tradiții științifice din sfera studiilor de securitate. În altă ordine de idei, E. Neuman amintește despre ambiguitatea termenului de securitate umană, condiționată de imposibilitatea conceptualizării exhaustive a realității postmoderne, a amplorii și consecințelor pericolelor și amenințărilor de

securitate în acest context [21]. Acest cercetător englez, prin lucrările sale, considerăm că se implică în disputa academică pe tema definiției noțiunii de securitate umană, totuși pierzând oarecum din vizor scopul final, în termeni practici, al promovării și dezvoltării concepției date, cum ar fi edificarea unui climat global de bunăstare în corelație cu principiile bioetice, respect pentru persoana umană și demnitatea ei, pentru nevoile și interesele sale, reducând disputa dată la o confruntare teoretică de idei, la o conceptualizare în contextul teoriei relațiilor internaționale.

G. King și Ch. Murray completează conceptual noțiunea de securitate umană prin inducerea necesității combaterii sărăciei generalizate printr-un set de măsuri ai bunăstării: creșterea veniturilor, fortificarea sănătății, aprofundarea educației, amplificarea democrației și libertăților politice [22]. Este de remarcă faptul că, în viziunea acestor politologi, sărăcia generalizată ca sursă a insecurității umane capătă noi valențe non-economice, fiind extinsă către sfera spiritualității, vieții publice și politice. În opinia autorului însă, extensiunea și progresul – elemente obligatorii ale securității umane în concepția lui G. King și Ch. Murray, pe lângă faptul că pot fi evaluate și cuantificate obiectiv și impersonal, sunt stări de fapt care se află în directă dependență de percepția umană subiectivă și individuală, ceea ce merită cu siguranță să fie luat în considerare în contextul previziunilor evoluției nivelul de asigurare a securității și realizarea bunăstării dorite a societății și a individului [23].

Aceste teoretizări ale corelației dintre securitatea umană și morală, fără dubii, sunt foarte valoroase în vederea dezvoltării conceptuale a termenului. Cu toate că, se pierde din vedere procesul de evoluție a eticii ca domeniu de cercetare a normelor morale, dar și ca set de valori prospective adânc înrădăcinate în mentalitatea socială și individuală. Reieșind din aceasta, opinăm că corelația dintre concepția securității umane și abordarea bioetică drept o etapă superioară a dezvoltării teoriei moralei în condițiile crizei globale ar fi capabilă nu doar să diferențieze pe etape evoluția studiilor de securitate în dependență de încărcătura morală a abordărilor, dar și să direcționeze în mod util și benefic evoluția concepțiilor cu privire la securitate către soluționarea imperativelor civilizaționale care stau în fața omenirii, precum dezvoltarea durabilă și depășirea sustenabilă a crizei globale.

Referințe bibliografice

1. Sprincean S., Sohoțchi T-S., Mitrofanov Gh. Criza morală și identitară în contextul cercetării fenomenelor securitare și bioetice. În: Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare. Materialele Conferinței Științifice Internaționale, Ediția a 4-a, 29-30 octombrie 2021. Coord.: V. Ojovanu. Chișinău: Print-Caro, 2021, p.56.
2. Sprincean S. Noi riscuri și amenințări la adresa siguranței persoanei în epoca intensificării biopericolelor globale. În: Știința în nordul Republicii Moldova: probleme, realizări, perspective. Conferința științifică națională cu participare internațională. Ediția a 4-a, 26-27 iunie 2020. Coord. V. Capcelea. Bălți: Tipogr. „Indigou Color”, 2020, p.374.
3. Sprincean S. Securitatea umană și bioetica. Monografie. Chișinău: Tipogr. Centrală, 2017, p. 41.
4. Sprincean S. Cultura securitară ca fundament al bunăstării societății. În: Revista Studiul artelor și culturologie: istorie, teorie, practică. Chișinău. 2019, Nr.2(35), p.149.
5. Спринчан С. Л. Биоэтика, политика и стратегии выживания человечества в контексте модернизации социума. În: Модернизация науки общества: вызовы и ответы: Материалы междунар. науч. конф., Саранск. 2011 г. Саранск: ИП Афанасьев В.С., 2011, с.261.
6. Sprincean S. Politici de asigurare a securității umane în condiții pandemice. În: Top 10 probleme politice a societății în contextul pandemiei de coronavirus de tip nou. Red. șt. V. Juc. Chișinău: ICJPS F.E.-P. «Tipografia Centrală», 2022, p.181.
7. An Agenda for Peace: Preventive Diplomacy, Peacemaking and Peace-keeping. În: <http://graduateinstitute.ch/files/live/sites/iheid/files/shared/Winter/protected/Boutros%20Boutros%20Ghali%20Agenda%20for%20Peace.pdf> (accesat:14.09.2022).
8. Raportul de Dezvoltare Umană al Programului Națiunilor Unite pentru Dezvoltare 1994. În: <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-report-1994> (accesat:14.09.2022).
9. Chen L. C. Human Security: Concepts and Approaches. In: Common Security in Asia. New Concepts of Human Security. Eds. T. Matsumae and L. C. Chen. Tokyo: Tokai University Press, 1995, p.139.
10. Global Health Challenges for Human Security (Studies in Global Equity). Eds. Lincoln C. Chen, Jennifer Leaning et al. Harvard: Global Equity Initiative, Harvard Univ., 2004, p.72.
11. Axworthy L. Canada and Human Security: The Need for Leadership. In: International Journal. 1997, vol. LII, p.185.

12. Sprincean S. Unele stringențe și imperative în studiile contemporane de securitate. În: Dezvoltarea cadrului juridic al Republicii Moldova în contextul necesităților de securitate și asigurare a parcursului european. Republica Moldova în contextul provocărilor interne și externe la adresa securității naționale. Partea a III-a. Red. șt. N. Albu. Chișinău: ICJPS ÎS FEP «Tipografia Centrală», 2019, p.11.
13. Sprincean S. Filosofia supraviețuirii: repere și perspective. În: Revista de Filosofie, Sociologie și Științe politice. Chișinău. 2019, Nr.3, p.277.
14. Thakur R. From National to Human Security. In: Asia-Pacific Security: The Economics-Politics Nexus. Eds. St. Harris and A. Mack. Sydney: Allen & Unwin, 1997, p.53.
15. Thakur R. The United Nations, Peace and Security: From Collective Security to the Responsibility to Protect. Cambridge: Cambridge University Press, 2006, p.257.
16. Suhrke A. Human Security and the Interests of States. In: Security Dialogue. 1999, vol. 30, No. 3, p.267.
17. Sprincean S. Importanța securității umane în optimizarea politică și bioetică a managementului crizelor globale. În: Political Science, International Relations and Security Studies. International Conference Proceedings. The Xth Edition. Sibiu, 2016, 27-29 May, p.464.
18. Van Ginkel H., Newman E. In Quest of Human Security. In: Japan Review of International Affairs. 2000, nr.14 (1), p.63.
19. Спринчан С. Социо-политические аспекты выживания человечества в контексте эколого- и био- этической проблематики. În: Environmental Ethics: the Power of Ethics for Sustainable Development. Collective monogr. Vilnius: Mykolas Romeris Univ., 2010, p.265.
20. Newman E. Human Security and Constructivism. In: International Studies Perspectives, 2001. vol. 2, issue 3, p.242.
21. Sprincean Serghei, Pîrțac Grigore, Sychev Andrey. Human security and ethics in support for sustainable development. In: Vector European. 2022, nr.1, p.39.
22. King G.; Murray Ch. Rethinking Human Security. In: Political Science Quarterly. 2002, nr. 116, p.586.
23. Sprincean S. Problematika securității umane în contextul evoluției societății contemporane. În: Securitatea națională a Republicii Moldova în contextul evoluțiilor geopolitice regionale. Coord. V. Varzari. Chișinău: Tipografia Centrală. 2016, p.79.

Materialul este elaborat în cadrul proiectului de cercetare: 20.80009.1606.05 „Calitatea actului de justiție și respectarea drepturilor persoanei în Republica Moldova: cercetări interdisciplinare în contextul implementării Acordului de Asociere Republica Moldova – Uniunea Europeană”.

PHILOSOPHY, IDEOLOGY AND EXISTENTIAL OF HUMAN LIFE

Borys I. Ostapenko, PhD, Associate Professor

Canada

ostabor@hotmail.com

ФИЛОСОФИЯ, ИДЕОЛОГИЯ И СУЩНОСТЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ

Драма человеческой истории учит, что радикальные философские, политические и идеологические видения и ожидания привели к огромным усилиям по уничтожению «неправильных» форм человеческой жизни. Уроки истории взывают к жизнеутверждающим философским, политическим, идеологическим и социально-экономическим системам. Сочетание внутреннего присущего добродетельному человеку христианского начала и синергии социума может взаимно обогатить инновационно-индустриальное общество и сущность добродетельного человеческого бытия в его живой синергии.

Introduction

Existential of human life – where are confines, within which life is prosper, human dignity is blossom, each generation find its way to creative enriched fulfilment? When human being in its dignified diversity is secured? How to avoid crossing of boundaries beyond which death dominates, a human life is lost, a human dignity is compromised, dignified creativity is constrained and quality of human life is suffer?

Schematization of human nature and life

Schematizations of human nature, reduction of existential of human being to philosophical and ideological demands bring on devastating impact on human life and dignity. Contemplate eugenics, racism, hate crimes, social and ethnic segregation that legitimized and institutionalized crimes against humanities, mass murders, terror and social cannibalism. Philosophical, political and ideological efforts to find universal and final solution for human imperfections propelled to search the philosophers' stone, the elixir of life and final solutions. The concept of Lebensraum, Generalplan Ost, Program T4, the concept of white man's burden, dictatorship of pro-

letariat, the ideology of integral nationalism, genocide of the “others” for the “best” of our nation, democracy or future generations. These are some human theoretical and practical efforts to reach prosperity and overcome imperfection and major hurdle of current life as seen by political philosophers, ideologists and national leaders. These ideas, ideologies, political forces believed in a new better system that will bring prosperity. These philosophies and ideologies declared knowledge of man and social needs in its entirety by schematization of existential of man.

Karl Jaspers raised revealing concern over objectives, possibilities and limitations of philosophy and science in the perspective of World War II experience. In the „Introduction to Philosophy” he elaborates a warning statement: „The question „What is a man?” can never be exhausted within the framework of what is already known in it, but can only be experienced in the primary source of our thinking and acting. Man is something essentially more than he can know about himself” [1]. Moreover, K. Jaspers clarify: „I repeat once again: man as a presence (Dasein) in the world is a knowable object. For example, in the theory of races, a person is comprehended in terms of anthropological features characteristic of him, in psychoanalysis - in terms of the human unconscious and its action, in Marxism - as a living being engaged in productive labour, which, thanks to its productive activity, comes, on the one hand, to society, and on the other hand, to domination over nature: both, as it is erroneously assumed, must appear in some complete image. However, all such paths of cognition comprehend in a person only something that happens in him, but never - a person as a whole. These scientific theories, claiming absolute knowledge of man as a whole - and they all aspired to this - lost sight of the true man and brought to a complete extinction the consciousness of man (in those who believe in these theories) and, in the end, humanity itself. Human existence, freedom is also a relationship with God” [1].

Political philosophy and ideology that brought Germany into national Sozialismus practices declared exactly opposite – the knowledge of man and nation in its entirety. Hence are the devastating results of the ideological illusions. They use terror, violence, genocide, segregation, discrimination and extermination of adult and children on the ground of philosophy and ideology of eugenics, racism and social engineering. They put in state law (Nuremberg Law) the eugenic program T-4 that found vast support of medical doctors. The death toll and indecency become hideous. The repe-

tition of mass murder to implement the best ingenious road map to national prosperity by political visionaries is devastating. So much self-delusion through suffering, torment of dignity, and the guile of the national leaders is to no avail.

In these tragic context and experience it is revealing to examine Karl Jaspers observation: „Of course, the most interesting thing is to trace the process of human cognition, and this advancement yields results if accompanied by scientific criticism. Only in this case does the knowledge of what and how a person knows and within what limits he knows something acquire a methodological character, and how little it is if he does not see the known in the totality of the possible, and also how radically inaccessible to this knowledge is true human existence. Only then are the dangers prevented, which arise due to the blindness of human consciousness by seeming knowledge about a person. Knowing the limits of knowledge, we trust with greater certainty to the guiding leadership (Führung) that we obtain for our freedom through this very freedom, if it is connected with God” [1].

The territory of human life – risks and dangers

For those reasons, let discover the territory of human life in its existential diverse entirety. Is it possible to substitute one successful creator with millions of incompetent followers of ideological determination? How fruitful is to confine infinity of human genius within limitations of ideological visionary? Can an absolute confidence in a leader (Führer) be a warrant of righteous leadership? Is there enough life in the reductionism of nationalism and schematization of eugenics?

These political philosophy schools of thoughts and ideologies are the reactions on real imperfections, drama and tragedy of human life. Though instead of self-assessment one prefer search of the reason of trouble in the others, in the simplified and imaginary causes, major popularity of which lays in the comfort of transferring responsibility on the others. Overcoming ourselves imperfections is rather far too difficult and unpleasant, while blaming the others is a convincing relieve. Thus is an enormous popularity of radical thoughts pointing a blaming finger on the culprits – the others.

The territory of human life – Christian perspective

The Christian vision understands a person in his inner, spiritual life, achievements and mistakes, as integral (inalienable, intrinsic) manifestations of a person. A person can prove oneself excellently in unfavourable conditions, and imperfectly in favourable ones. K. Jaspers highlighted that:

„The existence of man does not proceed only as an event of nature. However, human freedom calls for guiding leadership. We do not consider here the fact that guiding supervision is replaced by the power of man over man. We are asking about the last guiding principle of man. The thesis of philosophical faith is as follows: a person can live, led by God” [1]. In Christian anthropology a man is not a function of external circumstances, but is dynamically incarnated at every moment of life from within own spiritual and intellectual intentions and performance. And ideally one should strive to shy away from sin and think, feel and act virtuously under any circumstances. And do not to allow despondency, despair and anger. Do not to lose heart and do not give up. Positive examples are vast in many nations and epochs, at any circumstances and politico-economical systems.

The territory of human life - socio-economic options

Then, what socio-economic system may provide the least trouble and the best optimum favour for the human being spiritual and material wellbeing in dignity? Let combine spiritual objectives, methods and practices of Christian life with the proven optimum potential of socio-economic organisation that minimize destructive effect of people imperfection and secure spiritual, intellectual and socio-economic performance for the reachable dignified human life.

The socio-economic national and global potential of the innovative-industrial socially oriented market economy is the largest and most stable, because it unites the efforts of all citizens of society and motivates them socially and creatively [2]. An innovative-industrial society is a symbiosis of industrial and innovative production capabilities in one socio-economic system uniting human capital in its full creative potential. The key to socio-economic success of an innovative-industrial society is the unification in one society of scientific, industrial and agricultural production, and the efficiency of the real-time information technology for the competent and sustained provision of knowledge, food, goods and services through the universal employment of the entire folks of nation, for the whole community.

Such integrity of the national human capital substantiates the possibility of a systemic solution to a number of socio-economic problems and provides an increase in the avant-garde power of society [2]. Implementation of a knowledge based industrial economy to the height of innovative-industrial society provides multiple social and economic benefits: firstly, conditions are being created to achieve a balance of world trade between

post-industrial and industrial countries; secondly, systemic opportunities are being created to include folks of a nation in full creative life; thirdly, integration of the whole national human capital are being secured to employ the creative potential of each and every member of society systematically that empower the avant-garde scientific, technical and social potential and productivity of the nation in its synergy.

The most viable for the global competition and for national development is the socio-economic model of society, which provides a balance of the knowledge based industrial economy with industrial and agricultural needs within society itself. That is a society that systematically ensures the simultaneous production of effective and relevant scientific knowledge and technological know-how, national produce of food, energy and industrial products, both for domestic consumption and for export, acquires the possibilities of symbiosis of post-industrial and industrial societies in the knowledge based industrial economy, creating an innovative-industrial society. The innovative-industrial society, employing the knowledge based industrial economy with social cohesion and vertical mobility is the most effective socio-economic system that secures the symbiosis of the human capital within synergy of society in the entire spectrum of socio-economic activities of human being [2].

The territory of human life - the competence of moral judgement

To implement human capital within synergy of society the challenge of the competence of moral judgement raise concern. The twenties century socio-economic engineering efforts brought historical disasters, based upon schematization of man and incompetence of moral judgement. "Each person has its own god" is a popular say within societal discourse and professional philosophers. Inveiglement of comforting talk, allurements of public appeal blandish in words and minds, earn momentum and beam of satisfaction.

Moral disorientation of famous historical figures and lay people, social groups and nations outcry to upcoming generations for endanger the illusion of own gods impose. For generations fate of the own gods' followers return slaughter. Some people and societies expect another result walking the same way justifying that those predecessors failed to performer. They try again and again looking down on sceptics with enlightens arrogance. Yes, they follow their own gods to the own demise followed by the next generations of spiritually and intellectually blinded repeating path of oblivion.

Though path of life is pronounced and well defined. Learning from dramatic history of previous generations, growing on the revealing experience of human culture, shunning of tragedies of ancestors it is wise not to repeat but to do anew better for the modern generations to live in dignity the human being entitled by the conscience voice teach us the absolute of morality.

Absolute of morality revealed by God through the Moses and Jesus Christ enlightenment versus deconstruction of morality advocated by relativism and utilitarianism are the historical and existential competition in human hearts, minds and life [3-6]. There are many schools of thoughts in philosophy and ideology that advocate whatever one like. K. Jaspers points: „Therefore, everything philosophically said is so meagre. It requires a supplement from the hearer’s own being. Philosophy does not give, it can only awaken, and then it can remind and help to strengthen and preserve. Everyone understands in it what he, in fact, already knew” [1].

Therefore a question: where is a reference point for the competence of moral judgement? K. Jaspers clarify: „If we are confident in our freedom, then we immediately take the second step towards our self-understanding: man is a being in relation to God”. Thus is the reference point of the absolute of morality. The guidance and the leadership are of the mighty Creator [7].

Conclusion

Drama of human history teaches that radical philosophical, political and ideological visions and expectations led to the enormous efforts towards killing of “improper” forms of human life. The virtue of human history lessons guides to the search of non-destructive philosophical, political, ideological and socio-economic vision. Therefore, combination of inner and intrinsic for virtuous human being Christian foundation may mutually invigorate the innovative-industrial society and existential of virtuous human life in its lively synergy.

Bibliography

1. Jaspers Karl. Einführung in die Philosophie. Карл Ясперс. Введение в философию. N/ Obnwjdf? Gth/ 2000/ In^ https://www.gumer.info/bogoslov_Buks/Philos/yasp/index.php (Access 17/09/2022/)
2. Ostapenko B.I. Knowledge Based Industrial Economy and Innovative-Industrial Civilization. In: V International scientific-practice conference “Knowledge, Education, Enlightenment,” October 1-2, 2020. Vinnitsa: VNTU, p.1-5. In: https://conferences.vntu.edu.ua/index.php/znanosv/znanosv_2020/paper/viewFile/10750/8984 (Access 17.09.2022).

3. Ostapenko B.I. Methodology of Development of Moral Judgement for the Medical Professionals with the Concept of the Absolute of Morality. In: The Survival Strategy in the Terms of Bioethics, Philosophy and Medicine. Collection of scientific articles with international participation. Volume 23. Chisinau, 2017, p.75-78.
4. Ostapenko B.I. The Concept of the Competence of Moral Judgement. In: VII National Congress on Bioethics. 30 September – 2 October, 2019. Kiev, 2019, p.27-28.
5. Ostapenko B.I. Absolute of Morality versus Deconstruction of Morality: Social and Personal Responsibility. In: “Metaphysical Discourse in Philosophy: History and Modernity.” Theses of International Scientific Conference “XXIX-th Readings, Dedicated to Memory of the Founder of Lvov-Warsaw Philosophy School Kazimierza Twardowskiego”, 10-11 February 2017. Ed.: V.L. Petrushenko. Lvov: Publisher “Liga-Press”, 2017, p.178-180.
6. Остапенко Б.И. Абсолют морали и нравственная дезориентация. In: Здоровье, медицина и философия: стратегии выживания. Материалы IX Международного симпозиума по биоэтике. 15-16 апреля 2021 г., Киев. Ред. С.В. Пустовит, Б.И Остапенко. Киев: Графика и дизайн, 2021, с.54-56.
7. Holy Bible. Proverbs 1:7.

VALOAREA VIEȚII UMANE CA OBIECT DE ANALIZĂ FILOSOFICĂ

Stela Spînu, dr. în filologie, conf. univ.

Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

ID-ul ORCID: 0000-0003-4065-3463

stela.spinu@usmf.md

THE VALUE OF HUMAN LIFE AS AN OBJECT OF PHILOSOPHICAL ANALYSIS

Life and death are fundamental antinomian concepts of human existence. Life as a process of becoming gives us the chance to realize ourselves personally and professionally. Man's attitude towards the value of life, in different historical periods, was different: for the ancient man, life is a

complex process, which sums up contemplative and moral aspects, which would help him delimit truth from falsehood, value from non-value, etc.; for the medieval man, the moral life is in close correlation with the observance of church canons, intelligence being defined as the main instrument of morality; for the modern man, life holds supreme value; the postmodern man is confused and uncertain, discussing contradictory issues related to the meaning and value of life in the context of multiple overlapping crises (spiritual, moral, political, etc.).

Viața și moartea reprezintă concepte antinomice fundamentale ale existenței umane. Viața ca proces în devenire ne oferă șansa de a ne realiza pe plan personal și profesional, ne învață să privim critic evenimentele la care suntem martori, să desprindem învățăminte, să devenim demni, să rămânem buni, tinzând spre noi idealuri, depășind spaima morții. Oricum, viața rămâne a fi o realitate enigmatică, iar moartea ce va urma nu e decât un neant inexplicabil. Este viață și este moarte, susținea scriitorul-filosof Albert Camus, și există frumusețe și melancolie între cele două.

De la începuturile sale, individul privea viața și moartea ca un întreg, viața nefiind o luptă în continuu pentru realizări, ci o cale care trebuie parcursă într-o liniște spirituală [1]. Pe parcursul timpului, oamenii au conștientizat că viața, de facto, este un fenomen mult mai complex și profund, dependent nu doar de voința lor, ci și de realitățile socioeconomice, cultural-istorice și religioase.

În plan diacronic, viața, ca proces de devenire, a cunoscut diverse definiții și interpretări în filosofie, teologie, culturologie etc. În prezentul studiu, vom expune, în plan cronistic, unele abordări filosofice relevante ale conceptului de viață umană, vom elucida problema valorii acesteia în diferite perioade istorice.

Perioada antichității. Omul greco-iudeu avea o concepție naturală și ciclică despre viață, dincolo de ea era locul umbrelor (Hadesul, Sheolul). Darul cel mai mare al divinității era pentru om posibilitatea de a se bucura pe acest pământ de o viață lungă și bogată (bogată în copii, bunuri, victorii asupra dușmanilor) [2]. Primele încercări de a interpreta conceptul de viață umană din perspectiva valorii acesteia aparțin filosofilor antici:

– Potrivit lui Socrate, viața este oferită individului pentru ca acesta să poată delimita adevărul de falsitate, valoarea de nonvaloare, să găsească echilibrul spiritual prin cunoaștere. Filosoful susținea că cea mai bună cale

în viață este practicarea dreptății și a celorlalte virtuți, pe când ceilalți îl combăteau, afirmând că virtutea nu are nici o valoare [3]. Socrate a reușit să-și păstreze demnitatea nu doar pe parcursul vieții, dar și în fața morții: „Mi-am jertfit viața pentru luminarea patriei; dacă meritele mele nu vor fi recunoscute, fără să mă apăr, însemnează că m-am înșelat și că trebuie să mor” [4].

– Pentru Platon, fondatorul Academiei din Atena, ființa umană este totul, ea cuprinzând nemișcatul și mișcatul, viața și moartea etc.; ea are viață, suflet, inteligentă, se mișcă, este identică sieși [5]. Viața bună este o viață morală, concludă filosoful, iar virtutea este suficientă pentru fericire.

– Pentru Aristotel, viața nu este decât unde este suflet, ceea ce înseamnă că sufletul este principiul vieții, forma esențială a acesteia [6]. Viața fericită pare a fi o viață conformă virtuții, aceasta însumând viața contemplativă (sau filosofică) și viața morală (sau politică). Mai exact zis, „specific omului este un anumit mod de viață, constând în activitatea sufletului și în actele ce se conformează rațiunii” [7].

– Epicur considera că filosofia este o învățătură despre înțelepciune, iar înțelepciunea este un mod de viață morală în comunitatea umană. El susținea că scopul vieții și binele suprem este fericirea. Ea se atinge prin satisfacerea necesităților naturale, prin delectare și atingerea liniștei netulburate a sufletului [8]. „Să potolim furtuna sufletului, să nu umblăm după ceea ce ne lipsește, să suprimăm durerea, să renunțăm la plăcerile din care decurg neplăceri” - sunt doar câteva dintre ideile care demonstrează că pentru filosoful grec morala omului depinde de el și că, de aceea, omul este considerat ca ființă care dându-și morala își dă, de fapt, esența și rostul său în lume [9].

– Seneca, cel mai important reprezentant al stoicismului roman, concludă: „Ca o piesa de teatru, așa este viața: nu interesează cât de mult a ținut, ci cât de frumos s-a desfășurat.” Filosoful roman dă sfaturi utile, care îndreaptă omul către bine: „trebuie să privim totul într-o lumină frumoasă, pentru a suporta totul cu inimă ușoară; dacă afli că cineva te-a vorbit de rău, vezi dacă n-ai făcut tu asta mai întâi și pe câți ai vorbit de rău; sărăcia veselă este onorabilă, căci cine are suficient nu este sărac, e sărac doar cel ce dorește să aibă mai mult; nu te vei mai teme decât în clipa când nu vei mai nădăjdui; trăiește cu oamenii ca și când te-ar vedea divinitatea; vorbește cu divinitatea ca și când te-ar auzi oamenii” [10].

Perioada medievală. Omul creștinătății medievale s-a conceput pe sine ca pelerin, a cărui patrie adevărată era cerul, sau ca un servitor fidel care, conform preceptului evanghelic, trebuia să administreze talanții primiți împreună cu darul vieții și să-i facă rodnici, în așteptarea întoarcerii glorioase a Domnului [11]. O normă morală a creștinilor, care da valoare vieții umane prin interzicerea omuciderii, era porunca a șasea din Decalog: „Să nu ucizi!” (Exodul 20:13).

În această perioadă, filosofia are un pronunțat caracter teologic, școlile de gândire ocupându-se cu definirea și sistematizarea concepției creștine asupra lumii și vieții. Mircea Vulcănescu, în eseu „Două tipuri de filosofie medievală” (1942), vorbește despre opoziția dintre metafizica platoniciană (înfățișată de augustinieni) și cea aristotelică (reprezentată de tomiști):

– Pentru augustinieni, viața morală nu va fi posibilă în chip practic, decât ancorată în sfințenie. Fără sfințenie, facerea binelui va fi imposibilă. „Căci avem două vieți: una veșnică, făgăduită nouă de Dumnezeu, și alta trecătoare, în care ne aflăm în prezent”, susținea Augustin [12].

– Pentru tomiști, instrumentul principal al vieții morale rămâne inteligența. Potrivit lui Toma din Aquino, „credința este o pregustare a cunoașterii care ne va face fericiți în viața viitoare”.

Renașterea - perioadă de tranziție de la societatea medievală la cea modernă. Începând cu această perioadă, vom urmări schimbări treptate ale modului de gândire a individului, care învăța să pună în valoare viața, statutul și rolul pe care îl deține în societate. Principiul individualismului, treptat, ia locul colectivismului, schimbând atitudinea oamenilor față de viață, dându-i sens și valoare. Omul renașterist va tinde spre o viață spirituală bogată, perfecțiune, respect, demnitate și independență.

Problemele filosofice ale existenței umane sunt abordate din perspectiva antropocentrismului (omul fiind centrul și scopul universului), umanismului (concepție ce respinge dogmatica religioasă, fiind axată pe binele și măreția omului, bucuriile vieții pământești), secularizării (laicizării) și cultului frumuseții (trupul nu mai era considerat ca păcătos, viața trupească având valoare în sine) [13].

Epoca modernă. Trecerea de la societatea premodernă la cea modernă a dus la o profundă transformare a modului de a percepe viața. Dacă omul creștinătății medievale era un pelerin între pământ și cer, omul modern se concepe ca *homo faber*, un pelerin numai pe acest pământ [14].

Reprezentanții filosofiei moderne au promovat independența și autonomia individului în societate, binele suprem, libertatea voinței, demnitatea etc. Problema valorii vieții umane este crucială pentru ei.

– Spinoza, unul dintre cei trei mari raționaliști, alături de Descartes și Leibniz, susținea: „Omul liber despre nimic mai mult nu gândește ca despre moarte, dar înțelepciunea lui constă în cugetarea nu despre moarte, ci despre viață.”

– Jean-Jacques Rousseau, reprezentant al iluminismului francez, afirma: „Viața se scurge într-o clipă, ea nu este nimic prin sine însăși, valoarea sa depinde de întrebuițarea ei. Singur binele rămâne și tocmai el înseamnă ceva.”

– Immanuel Kant vorbește despre importanța demnității umane, care dă valoare vieții: „Respectul pe care îl port altuia sau cel pe care altul mi-l poate arăta este, de altfel, recunoașterea unei demnități la alți oameni, cum ar fi a unei valori care nu are preț, nici un echivalent, în schimbul căruia să poată fi schimbat obiectul prețurii. Judecarea unui lucru ca neavând nici o valoare este disprețul. Ca atare, orice om are pretenții îndreptățite la respect din partea semenilor săi, și reciproc, el este obligat, de asemenea, să-l respecte pe fiecare dintre ei” [15].

– Émile Durkheim, filosof și sociolog francez, în lucrarea sa „Despre sinucidere” (1897), semnalează asupra schimbării atitudinii omului față de valoarea propriei sale vieți. Individul, fiind marcat de multiple crize (spirituale, morale, politice etc.), nu mai pune în valoare viața sa, iar sinuciderea îi oferă posibilitatea de a ieși din acest cerc absurd viață-moarte: „Fără îndoială, sinuciderea este înainte de toate actul de disperare al unui om, care nu mai dorește să trăiască deoarece a pierdut rostul acestei vieți. În realitate, deoarece suntem încă atașați de viață în momentul în care o părăsim, sinuciderea este un abandon; și, între toate actele prin care o ființă abandonează cel mai prețios dintre toate bunurile sale, există trăsături comune care sunt în mod evident esențiale” [16].

Epoca postmodernă. Această epocă este marcată de o criză profundă a valorilor tradiționale. Astfel, dacă omul medieval avea un scop ultra pământesc, iar omul modern unul pământesc, este greu a spune care este scopul acțiunii omului postmodern, dacă nu narcisismul autosatisfacției urmărite în relațiile multiple, dar cu totul neangajante [17].

Pentru scriitorul-filosof A. Camus, viața reprezintă valoarea supremă, numai că ea înseamnă sfârșiere, incompatibilitate între polii contradicției

absurde. Pentru a spune că viața este absurdă, conștiința are nevoie să fie vie. Pentru a fi, omul trebuie să se revolte, dar revolta sa trebuie să respecte limita pe care ea o descoperă în ea, însăși, și în care oamenii întâlnindu-se încep să fie [18].

Potrivit lui Jean-Paul Sartre, „doar prin ea, însăși, viața nu are nici o valoare; trebuie trăită ca să devină prețioasă. Valoarea pe care o are viața noastră e valoarea pe care noi i-o dăm. Prin urmare, valoarea vieții umane este în dependență de capacitatea individului de a crea noi valori”.

Așadar, atitudinea omului față de valoarea vieții, în diferite perioade istorice, a fost diferită: pentru *omul antic*, viața e un proces complex, care însumează aspecte contemplative și morale, care l-ar ajuta să delimiteze adevărul de falsitate, valoarea de nonvaloare etc.; pentru *omul medieval*, viața morală este în strânsă corelație cu respectarea canoanelor bisericești, inteligența fiind definită drept instrument principal al moralității; pentru *omul modern*, viața deține valoare supremă; *omul postmodern* este confuz și nesigur, discutând în contradictoriu probleme legate de sensul și valoarea vieții în contextul numeroaselor crize suprapuse (culturale, morale, politice etc.).

Este evident că depășirea numeroaselor crize existențiale ale lumii post-moderne și conștientizarea adevăratei valori a vieții umane s-ar produce dacă societatea europeană ar reveni la valorile tradiționale creștine, ar da prioritate valorilor spirituale în detrimentul celor materiale, ar înfrunta etnocentrismul, egoismul și narcisismul, ar fi capabilă să formeze o elită spirituală și intelectuală, aptă să educe și să călăuzească masele.

Referințe bibliografice

1. Enachi, V. Valorile etice ale feminismului european: analize și sinteze. În: *Filosofia în contextul științei contemporane*. Chișinău: Editura ASEM, 2010, p.212.
2. Chinez, I. Bioetica – responsabilitatea față de viața umană. Iași: Sapientia, 2015, p.49.
3. Capcelea, V. *Filosofia socială*. București: Pro Universitaria, 2019, p.48.
4. Bobîna, Gh. *Filosofia antică*. Chișinău: UnAȘM, 2013, p.19.
5. Bobîna, Gh. *Filosofia antică*. Chișinău: UnAȘM, 2013, p.55.
6. Bobîna, Gh. *Filosofia antică*. Chișinău: UnAȘM, 2013, p.90.
7. Bobîna, Gh. *Filosofia antică*. Chișinău: UnAȘM, 2013, p.93.
8. Țirdea, T. et al. *Introducere în filosofia socială*. Chișinău: Universitatea de Stat „Dimitrie Cantemir”, 2019, p.21.
9. Bobîna, Gh. *Filosofia antică*. Chișinău: UnAȘM, 2013, p.103.

10. Bobîna, Gh. Filosofia antică. Chişinău: UnAŞM, 2013, p.121.
11. Chinez, I. Bioetica – responsabilitatea faţă de viaţa umană. Iaşi: Sapiientia, 2015, p.50.
12. Sfântul Augustin. Despre minciună. Bucureşti: Humanitas, 2016, p.141.
13. Sfântul Augustin. Despre minciună. Bucureşti: Humanitas, 2016, p.31.
14. Chinez, I. Bioetica – responsabilitatea faţă de viaţa umană. Iaşi: Sapiientia, 2015, p.51.
15. Bratiloveanu, I. Pedepsele şi demnitatea persoanei umane. În: Rolul Europei într-o societate polarizată. Bucureşti: Editura Hamangiu, 2014, p.34.
16. Durkheim, E. Despre sinucidere. Iaşi: Institutul European, 1993, p.56.
17. Chinez, I. Bioetica – responsabilitatea faţă de viaţa umană. Iaşi: Sapiientia, 2015, p.56.
18. Capcelea, V. Filosofia socială. Bucureşti: Pro Universitaria, 2019, p.245.

CONTROLUL SUBIECTIV ŞI SĂNĂTATEA MENTALĂ

Ioana Todor, dr. în psihologie, conf. univ., director departament
Departamentul pentru Pregătirea Personalului Didactic,
Universitatea „1 Decembrie 1918”, Alba Iulia, România
ioanatodor@gmail.com
ID-ul ORCID: 0000-0002-3130-9444

PERCEIVED CONTROL AND MENTAL HEALTH

This paper presents a general overview of perceived control and related psychological constructs, emphasizing their adaptive roles in psychosocial functioning, individual performance, health and well-being. Exaggerated needs of control that people may have in some situations and the phenomenon of illusory control are explained from an evolutionary and cultural perspective. This paper argues for the promotion of a healthy level of desire/need for control as a premise of mental health.

Introducere

O mare parte a comportamentelor noastre de zi cu zi sunt declanşate automat, ca răspuns la stimuli din mediu, desfăşurându-se involuntar sau chiar în afara câmpului conştiinţei. De exemplu, un zgomot puternic şi neaşteptat poate declanşa un comportament reflex de tip apărare sau evitare, fără ca noi să controlăm în mod conştient acest lucru. Procesele psihice

pot fi, de asemenea, în diverse grade, voluntare sau involuntare, automate sau controlate [1]. Există însă, suficiente evenimente și procese, interne sau externe, în determinarea cărora putem interveni, schimbându-le cursul. Încă de la naștere, începem o adevărată cursă spre câștigarea și menținerea autonomiei, o cursă de altfel puternic susținută socio-cultural, urmând să luăm decizii pe parcursul întregii vieți (unele importante și singulare, cum ar fi alegerea profesiei, altele cotidiene și aparent banale, cum ar fi alegerea unui fel de mâncare sau orientarea voluntară a atenției asupra unor stimuli, în detrimentul altora, din câmpul vizual) [2]. Atunci când, deciziile și acțiunile noastre conduc la rezultate dezirabile, acestea ne consolidează convingerea că deținem controlul, că suntem capabil să ne atingem scopurile, motivându-ne să continuăm. Prin contrast, persoanele care se simt nesigure cu privire la propriile posibilități de control și eficacitate a acțiunilor întreprinse, sunt vulnerabile în a dezvolta sentimente de neajutorare și depresie [2]. O serie de studii din neuroștiințe indică faptul că, ființele umane au o nevoie fundamentală de control, înnăscută, determinată biologic, însă foarte probabil, percepția controlabilității mediului, sentimentul de autoeficacitate și nevoia de autonomie sunt puternic determinate de experiențele de învățare și de factori culturali [2].

Delimitări conceptuale

Conceptul de *control percept* a fost introdus în psihologie în anii '60 de Rotter [3] care, încă de la început, îi evidențiază funcțiile adaptative, considerând că persoanele care simt că dețin controlul asupra propriei vieți și asupra lumii vor avea mai mult succes și vor fi mai sănătoase. Studii ulterioare au confirmat existența unor corelații pozitive între controlul percept și rezultatele academice, nivelul educațional, performanțele cognitive, nivelul de activitate și sănătatea fizică, durata vieții, gradul de satisfacție în viață, concepția pozitivă despre sine, starea de bine etc. [4]. Controlul percept descrie convingerea persoanei că 1) situația este controlabilă (contingența) și 2) în condițiile date, aceasta dispune de abilitățile necesare pentru a obține rezultatul dorit (sau de a evita consecințele neplăcute) (competența). Rotter a delimitat două orientări extreme ale convingerilor privind controlabilitatea: *internă* (locus al controlului intern), persoana fiind convinsă în acest caz că rezultatele obținute se datorează propriilor acțiuni și *externă* (locus al controlului extern), responsabilitatea pentru rezultatele obținute fiind atribuită în acest caz unor forte externe [3, 4]. Controlul percept este un construct cognitiv, diferit de controlul obiectiv.

Iluzia controlului se referă la tendința indivizilor de a supraestima controlabilitatea/gradul de control pe care îl pot exercita asupra unor evenimente, în realitate incontrolabile. Cu alte cuvinte, iluzia controlului apare în situația în care, controlul perceput se situează mult deasupra controlului obiectiv. Existența unei astfel de iluzii reflectă caracterul adaptativ al controlului: sub aspect evolutiv, posibilitatea de a controla mediul le oferă indivizilor șanse sporite de supraviețuire, iar în plan psihologic/subiectiv, controlul perceput se asociază cu sentimente de siguranță, certitudine, predictibilitate, confort emoțional. Evidențiată pentru prima dată de E. Langer (1975) [5], iluzia controlului a fost reconfirmată în numeroase studii [6]. Dincolo de funcțiile sale adaptative, care îi conferă un loc în rândul “iluziilor/distorsiunilor pozitive”, aceasta a fost asociată cu gândirea magică, comportamente de risc, jocul patologic, rumații și regrete nejustificate etc. Astfel, credința că vom putea renunța la fumat cu ușurință atunci când vom dori, aceasta fiind doar o chestiune de voință, sau că, fumatul pe termen lung nu va avea niciun efect negativ asupra corpului nostru, sunt doar câteva ilustrări ale iluziei controlului. În cazul jocului patologic, același tip de iluzie ne face să credem mereu că, în sfârșit am înțeles cum funcționează lucrurile și deținem controlul, întărindu-ne convingerea că merită să mai jucăm o dată.

Nevoia de control este într-o oarecare măsură înăscută, determinată biologic [2], însă un rol important în conturarea acesteia îl dețin diverși factori culturali și situaționali, variabile de personalitate, experiențe de viață, influențe educaționale etc. Un mediu instabil în mica copilărie, evenimentele traumatice, anxietatea ca trăsătură, personalitatea de tip narcisic, sunt doar câteva exemple de factori situaționali sau de personalitate care pot accentua nevoia/dorința de control [7].

Convingerile privind controlabilitatea mediului și sănătatea mentală

Studiile privind percepția controlabilității mediului desfășurate timp de câteva decenii subliniază valoarea sa adaptativă [4, 6, 8]. Persoanele care simt că dețin controlul au o sănătate fizică mai bună, sunt mai dispuse să adopte comportamente sanogene, au stimă de sine mai ridicată, au mai mare încredere în propriile abilități, fac față stresului mai bine, trăiesc emoții pozitive, sunt mai motivate, au performanțe academice și profesionale mai bune, au planuri de carieră mai bine conturate, sunt mai bine integrate social și mai dispuse spre cooperare etc. Prin contrast, un grad mai scăzut de control perceput corelează cu niveluri ridicate de anxietate,

neajutorare, depresie, izolare și abandon, neimplicare, comportamente de evitare, stimă de sine scăzută, dificultăți de relaționare și integrare socială etc. Merită menționat faptul că, sentimentele de neajutorare și depresie se asociază cu un grad scăzut de control perceput, chiar în condițiile în care nivelul de control obiectiv este ridicat [9].

Lucrarea de față își propune, pe de o parte, evidențierea caracterului adaptativ/sanogen al convingerilor privind controlabilitatea mediului, de altfel bine documentat în lieteratura de specialitate, iar pe de altă parte, își propune să contureze unele limite, dincolo de care nevoile ridicate de control, întărite de condițiile de mediu, pot conduce la probleme mentale.

Îmbunătățirea condițiilor de viață, evoluția socială, progresul tehnologic și științific, tind să consolideze în mintea fiecăruia dintre noi, convingerile privind controlabilitatea mediului. Odată cu trecerea timpului, ne simțim tot mai puțin la discreția unui mediu de viață ostil și îndrăznim să credem că putem interveni în mediu în favoarea noastră, aceasta devenind chiar o chestiune de responsabilitate personală. De pildă, dezvoltarea medicinei preventive, multitudinea de cunoștințe disponibile astăzi publicului larg cu privire la cauzele diverselor boli fac ca, pentru tot mai mulți oameni, menținerea unui stil de viață sănătos și controalele medicale periodice să devină obișnuințe menite să le crească durata și calitatea vieții, întărindu-le totodată sentimentul controlabilității mediului/a propriei stări de sănătate. Studiile din literatura de specialitate confirmă existența unor corelații pozitive între sentimentul controlabilității mediului și adoptarea comportamentelor sanogene a unui stil de viață sănătos [10].

Pe de altă parte, în societățile dezvoltate, mediul cultural promovează din plin valori precum autonomia personală, responsabilitatea, libertatea de decizie și libertatea propriilor alegeri.

Succesul social și profesional înseamnă și “a deține controlul”, iar conform studiilor de specialitate, indivizii care prezintă niveluri ridicate de control perceput au performanțe academice și profesionale mai bune, sunt mai educați și tind să se situeze în partea de sus a ierarhiei sociale [4, 6, 8].

Atunci când, convingerile privind controlabilitatea mediului devin exacerbate și rigide, atunci când iluziile privind controlul se ridică mult deasupra posibilităților reale ale persoanei iar nevoia de control devine dominantă și imperativă, sănătatea mentală devine vulnerabilă. Într-o societate în care presiunile spre integrare și performanță sunt suficient de puternice, teama de a pierde controlul și teama de eșec devin temeri comune.

Trăind într-o lume aparent destul de predictibilă, care ne confirmă zi de zi faptul că deținem controlul în domeniile esențiale ale vieții, apariția unor evenimente pe care nu le puteam anticipa – pierderea unei persoane semnificative, o boală acută sau cronică, pierderea locului de muncă, schimbarea locuinței – ne pot distruge într-o clipă iluzia controlabilității, iar în absența unor resurse adecvate de gestionare a situației, pot declanșa crize existențiale, depresie sau tulburări de anxietate de intensitate clinică.

Concluzii

Un număr considerabil de studii indică faptul că, percepția controlabilității mediului este o variabilă adaptativă, asociindu-se cu o mai bună sănătate fizică și psihică, cu starea de bine și cu succesul în viață. Aceleași rațiuni adaptative, se află probabil la baza iluziei controlabilității, „distorsiune pozitivă”, la rândul ei, bine documentată experimental. Cu toate acestea, presiunea socio-culturală și exacerbarea nevoilor de control, convingerile rigide și nerealiste privind controlabilitatea mediului intern și extern, vulnerabilizează persoana în fața evenimentelor de viață negative și neașteptate. Formarea unor convingeri raționale/sănătoase privind controlabilitatea, creșterea toleranței la incertitudine, dezvoltarea unor resurse de gestionare a evenimentelor neprevăzute, sunt doar câteva exemple de strategii menite să contribuie la menținerea stării de bine și a sănătății mentale.

Referințe bibliografice

1. Schneider Walter, Chein Jason M. Controlled & automatic processing: behavior, theory, and biological mechanisms. In: Cognitive Science. A Multidisciplinary Journal. 2010, vol. 27, nr. 3, p.525.
2. Leotti Lauren A., Iyengar Sheena S. & Ochsner Kevin S. Born to Choose: The Origins and Value of the Need for Control. In: Trends in Cognitive Science. 2010, vol. 14, nr. 10, p.457.
3. Rotter Julian B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. In: Psychological Monographs: General and Applied. 1966, vol. 80, nr. 1, p.1.
4. Control, Perceived. In: <https://www.encyclopedia.com/education/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/control-perceived>(accesat: 10.09.22)
5. Langer Ellen J. The illusion of control. In: Journal of Personality and Social Psychology. 1975, nr. 32, p.311.
6. Yarritu Ion, Matute Helena, Vadillo Miguel A. Illusion of Control. The Role of Personal Involvement. In: Experimental Psychology. 2014, vol. 61, nr. 1, p.38.

7. Need to Control Everything? This May be Way. <https://psychcentral.com/blog/why-you-need-to-control-everything#why-you-need-to-control> (accesat 10.09.22)
8. Ly, Verena; Wang, Kainan S.; Bhanji, Jamil; Delgado, Mauricio R. Reward-Based Framework of Perceived Control. *Frontiers in Neuroscience*, 2019. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2019.00065/full> (accesat: 10.09.22)
9. Skinner, Ellen A. A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996, vol. 71, nr. 3, p.549.
10. Hong, Joanna H. The positive influence of sense of control on physical, behavioral, and psychosocial health in older adults: An outcome-wide approach, 2021, *Preventive Medicine*, nr. 149, 106612.

AUTOSTIGMATIZAREA PACIENȚILOR ÎN PSIHIATRIE

Svetlana Condrațiu, dr. în șt. med., cercet. științ. superior
 Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
 „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R.Moldova
svetlana.condrațiu@usmf.md

SELF-STAGMATIZATION OF PATIENTS IN PSYCHIATRY

A serious obstacle to achieving the maximum possible social adaptation of patients, functional recovery and reintegration into society is the phenomenon of stigmatization and self-stigmatization. Self-stigmatization is a series of prohibitions associated with social activity that the mentally ill impose on their own lives, accompanied by a sense of inferiority and social inadequacy. Manifestations of self-stigmatization affect the involvement and participation of the patient in the therapeutic process - motivation for treatment.

Una dintre cele mai importante diferențe dintre psihiatrie și alte specialități medicale este că pacienții săi reprezintă un grup extrem de vulnerabil. O tulburare mintală în sine face ca o persoană să fie lipsită de apărare printre altele, aceasta se suprapune și unui stereotip negativ vechi de secole asupra percepției unor astfel de oameni în societate. Potrivit OMS, în prezent, tulburările mintale au o pondere semnificativă în structura bolilor

cronice și reprezintă o povară grea nu doar pentru serviciile de sănătate, ci și pentru societate în ansamblu. Numeroși factori sociali influențează răspândirea bolilor mintale. Acestea sunt crize politice și economice, războaie, situații sociale instabile. Stresul psiho-emoțional pe care îl creează contribuie la creșterea numărului de pacienți cu tulburări psihogene. Creșterea speranței de viață contribuie la creșterea proporției de pacienți cu tulburări psihice de vârstă înaintată și senilă. Prevalența bolilor mintale depinde în mare măsură de îngrijirea psihiatrică organizată și accesibilă în timp util.

Stigmatizarea este înțeleasă în mod obișnuit ca „o atitudine părtinitoare sau negativă a celorlalți cu privire la faptul că o persoană are unul sau altul semn” [1]. Opinia publică încurajează anumite comportamente acceptabile și nu le „întărește” pe cele inacceptabile. Cele mai comune stereotipuri în societate cu privire la bolnavii mintal sunt: cenzura și acuzațiile acestora, ideile despre pericolul și incompetența lor [2].

Conceptul de stigmatizare este folosit cel mai des în psihiatrie și înseamnă „o consecință socială negativă a diagnosticului unei boli psihice asociată cu stereotipul care s-a dezvoltat în societate pentru a o percepe ca rușinoasă, respingătoare, discriminatorie, care generează la bolnavi, de-a lungul timpului, cu un sentiment de rușine, vinovăție, nesiguranță, teamă de insultă, dorința de a-și ascunde simptomele, se îngreășește și, prin urmare, sta departe de sursele de posibil sprijin” [3].

Monografia sociologului american Irving Goffman „Stigma. On the Peculiarities of a Disabled Personality” (1963) a fost primul studiu cuprinzător dedicat problemei stigmatizării ca formă de discriminare a bolnavilor mintal. În ea, autorul a evidențiat și descris două tipuri fundamentale diferite de stigmatizare: „deformități corporale” și „defecte de caracter individual percepute ca slăbiciune a voinței”, la care autorul a clasificat confuzia, cazierul penal, dependența de droguri, homosexualitatea, pierderea locului de muncă, încercări de sinucidere și o poziție politică radicală [4].

Stigmatizarea bolnavului mintal este descrisă ca un proces de separare a unui individ de societate pe baza faptului de a avea un diagnostic psihiatric, urmat de percepția acestuia de către ceilalți prin prisma ideilor stereotipe despre bolnavul mintal și a răspunsurilor emoționale și comportamentale bazate pe atitudinea față de categoria „bolnavi mintali” [5]. Autorii au descris acest proces ca fiind unul lung și cu mai multe fațete, care se desfășoară la nivel psihologic și social. Dezvoltarea stigmatizării parcurge următoarele etape: 1. izolarea și „marcarea” unei persoane cu diagnostic psihiatric; 2. atribuindu-i

calitati negative in concordanta cu ideile bolnavilor mintal care predomina in aceasta cultura; 3. încadrarea acestuia în „categoria” bolnavului mintal, care este opusă societății și 4. scăderea ulterioară a statutului social al acestei persoane. Cu alte cuvinte, stigmatizarea se formează mai întâi prin definirea celui alt, apoi numindu-l „nedemn”, iar apoi prin atribuirea și sugerarea vinovăției celui alt pentru că este diferit.

V. Link a introdus conceptul de auto-stigmatizare ca reacție la atitudinea negativă a mediului social și propria idee formată anterior despre bolnavul mintal. Autostigmatizarea este o serie de interdicții asociate activității sociale pe care bolnavii mintal le impun propriei vieți, însoțite de un sentiment de inferioritate și eșec social. Autostigmatizarea este definită ca o combinație a statutului unei persoane bolnave mintal în societate și a reacțiilor pacientului la manifestările bolii mintale [7].

Autostigmatizarea se manifestă prin distanțare față de societate, sentimente de vinovăție și rușine. Autostigmatizarea include atât componente frustrante, cât și componente protectoare. Experiența de eșec a pacientului și ideile negative despre bolnavul mintal destabiliza în general stima de sine, în timp ce compensarea se realizează prin reacții de refuz, justificarea propriei pasivități prin boală și atitudinea prejudecată a celorlalți [7].

Problema stigmatizării și discriminării în psihiatrie este considerată deosebit de relevantă în bolile mintale cronice, în principal în schizofrenie și boli neuropsihiatrice, în special, în epilepsie. Fenomenul stigmatizării și consecințele sale asupra individului au fost studiate cel mai pe deplin în raport cu pacienții cu schizofrenie. A fost dezvăluită influența stigmatizării asupra evoluției bolii. Se confirmă ideea că „totalitatea reacțiilor unei persoane la deținerea de stigmat se suprapun semnelor unui proces de boală, ceea ce se poate reflecta în tabloul clinic al bolii, de exemplu, în tabloul clinic al schizofreniei ca productivă. simptomele unei perioade acute (tulburări afective și subafective, idei delirante și supraevaluate). persecuție, relații), iar în remisie, accentuarea manifestărilor deficitare și adâncirea inadaptării sociale” [7]. Fenomene psihopatologice precum apatia, izolarea socială, din punctul de vedere al autorilor, pot fi nu numai semne ale unui defect schizofrenic, ci reflectă și o reacție depresivă la o situație traumatică. Tarakanova E. scrie că schizofrenia se caracterizează printr-un grad ridicat de stigmatizare, care determină formarea calității vieții pacienților [8]. Există cinci elemente structurale ale autostigmatizării ca componentă a fenomenului procesului de stigmatizare. Dintre acestea, două sunt frustrante

(disgabilitatea de a accepta categoria bolnavului mintal ca fiind marginal, auto-alienarea în sfera personală și în sfera emoțiilor profunde) și trei elemente sunt protectoare (autoidentificarea cu categoria bolnavului mintal). În sfera socială, justificarea refuzului de a fi activ prin prezența unei boli, autoidentificare cu categoria bolnavului psihic din domeniul profesional).

După cum observă cercetătorii, cel mai adesea stigmatizarea, și nu simptomele bolii, îngreunează ca o persoană să primească ajutor și să se stabilească în viață; Stigmatul devine o „a doua boală”, iar aceasta poate deveni principalul obstacol în calea recuperării [9]. Frica de stigmatizare duce la ascunderea simptomelor bolii de ceilalți și de medic, întârzierea căutării ajutorului, neutilizarea oportunităților disponibile pentru depistare și tratament și creșterea autoizolării. Parametrii cei mai semnificativi pentru formarea autostigmatizării, ca schimbare a propriei identități, sunt durata bolii și numărul de spitalizări, acestea din urmă conducând la o agravare a componentei comportamentale - o creștere a izolării sociale [10].

Astfel, diseminarea cunoștințelor medicale în societate din punctul de vedere al medicinei bazate pe dovezi și utilizarea programelor psihoeducaționale în rândul consumatorilor de îngrijiri psihiatrice și a familiilor acestora rămân în continuare relevante. Manifestările de autostigmatizare subminează cel mai important mecanism care afectează implicarea și participarea pacientului la procesul terapeutic - motivația pentru tratament. Lupta împotriva formării autostigmatizării ar trebui să includă o varietate de abordări și, aparent, nu poate fi redusă la utilizarea unei singure metode.

Referințe bibliografice

1. Серебряйская Л.Я., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Социально-психологические факторы стигматизации психически больных. In: Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2002, № 9, с.59–68.
2. Corrigan P.W., Kleinlein P. The impact of mental illness stigma. In: On the stigma of mental illness: practical strategies for research and social change. Ed. by P.W.Corrigan. Washington: American Psychological Association, 2005, pp.11–44.
3. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. In: Advances in Psychiatry Treatment. 2000, vol. 6, pp.65–72.
4. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. New York: Prentice-Hall, 1963.
5. Link B. G., & Phelan J. C. Conceptualizing stigma. In: Annual Review of Sociology. 2001, 27, pp.363–385.

6. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных: дисс. ... канд. мед. наук: М., 2005.
7. Ястребов В.С., Гонжал О.А., Тюменкова Г.В., Михайлова И.И. Самостигматизация при основных психических заболеваниях: методические рекомендации. М.: Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009.
8. Тараканова Е. А. Стигматизация и самостигматизация в динамике качества жизни больных шизофренией: автореферат дисс. доктора мед. наук. Волгоград, 2011.
9. Положий Б.С., Руженкова В.В. Стигматизация и самостигматизация больных шизофренией и шизоаффективным расстройством с суицидальным поведением. In: Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация. 2015, № 4 (201), Выпуск 29, с.49-56.
10. Лутова Н.Б., Сорокин М.Ю., Вид В.Д. Психиатрическая стигма - ее проявления и последствия. In: Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 2017, № 3, с.41-45.

DIMENSIUNI CONCEPTUALE ÎN ABORDAREA VULNERABILITĂȚII LA PERSOANE CU PROBLEME DE SĂNĂTATE

Vitalie Ojovanu, dr. hab. in filos, conf. univ., șef catedră
Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R.Moldova
vitalie.ojovanu@usmf.md

CONCEPTUAL DIMENSIONS IN APPROACHING VULNERABILITY IN PEOPLE WITH HEALTH PROBLEMS

Vulnerability is a specific state by which the person is limited in certain actions and possibilities. A multilateral study can make a considerable contribution to solving problems related to vulnerability. It is necessary to reveal some conceptual dimensions in order to have an integral picture in the successful approach to vulnerability.

Studierea vulnerabilității persoanelor de diferită vârstă cu probleme de sănătate constituie un deziderat extrem de important cu relevanță majoră în câteva dimensiuni. Acest fapt poate contribui atât la integrarea unei ima-

gini integre despre complexitatea stării reale a respectivului contingent de populație, cât și a posibilităților de a găsi respectivele soluții în remedierea stării lor de sănătate și a configurării unei tactici durabile de perspectivă în această privință. Implicarea principiilor bioetice în analiza stării de vulnerabilitate la unele grupuri sociale are o importanță deosebită în elaborarea unui suport metodologic ce ar cuprinde toate aspectele acestui subiect de studiu de amploare în esența sa. Potențialul bioeticii constă în oferirea de repere conceptuale în identificarea subiectelor și a principiilor pentru ghidarea cercetătorilor sau a personalului medical, ori de alt gen de activitate, în respectarea unor acțiuni curative, de reabilitare, consiliere, asistență socială etc.

În condițiile unei stări de sănătate precară, afectată de prezența unor maladii cronice, locomotorii ș.a. la respectivul contingent de populație, e necesar de a evidenția inițial câteva dimensiuni ale paradigmei de investigație complexă a subiectului științific trasat.

1. O dimensiune evident necesară în abordarea vulnerabilității rezidă în evidențierea factorilor generali ce pot condiționa starea de vulnerabilitate a persoanei. Unii factori se atribuie drept obiectivi, în raport cu existența umană ca atare, alții sunt categorisiți drept subiectivi deoarece, în mare măsură, pot fi evitați, fără a justifica faptul întâmplării.

2. Altă orientare ține de caracterizarea condițiilor ce duc direct la declanșarea stării de vulnerabilitate. În acest context, de obicei, finalmente se stabilesc trăsăturile specifice ce formează starea vulnerabilă a omului.

3. Odată instalându-se starea de vulnerabilitate, aceasta se profilează în două aspecte: social și medical. Sigur că, în acest caz, există o interdependență dintre cadrul existențial social și cel medical, iar efectul acestei interacțiuni se manifestă la om în mod direct. Analiza situației persoanelor plasate în mijlocul acestor interacțiuni reprezintă nu numai o capacitate de a cunoaște acest fenomen, dar și o posibilitate de a stabili elementele ce se pot implica în identificarea unor soluții rezonabile.

4. Dimensiunea medicală include faptul identificării diverselor capacități de optimizare a tratamentului și de aplicare eficientă a acțiunilor de reabilitare. E necesar ca permanent să se țină cont de realizările contemporane ale științei medicale în diferite domenii ale acesteia, pentru ca să fie aplicate în tratament. Totodată trebuie de avut în vedere faptul, că tot mai actuale devin modalitățile de reabilitare a pacienților care devin cu timpul tot mai diverse ca componente ale recuperării eficiente a organismului, ca

durată și ca mod de aplicare. În prezent se afirmă tot mai frecvent modelul reabilitării biopsihosociale, care are capacitatea de a corela armonios componentele medicale, psihologice și sociale în natura existențială a omului cu sănătatea afectată.

5. Evidențierea unor aspecte ale stării de vulnerabilitate cu posibilitatea implicării potențialului bioeticii este deosebit de actuală și necesară. Modul acestei implicări este unul divers, dinamic și concret. Permanent starea de vulnerabilitate generează numeroase probleme, iar soluționarea acestora reprezintă un fapt complicat și anevoios deoarece permanent pot fi devieri, deseori involuntar, de la principiile eticii viului (bioeticii). De aceea studierea acestei dimensiuni ar contribui evident la elaborarea unui concept teoretico-aplicativ în abordarea eficientă a vulnerabilității.

Așa dar vulnerabilitatea reprezintă o stare nefavorabilă cu anumite particularități, manifestate în câteva aspecte, ce se stabilește în viața persoanei și cu accentuate dificultăți de sănătate. Pentru obținerea unor posibilități eficiente în tratamentul și reabilitarea a respectivului contingent de populație, e necesar de a iniția abordări conceptuale în cadrul cărora vor fi identificate și studiate diferite dimensiuni ale stării de vulnerabilitate.

SUFERINȚA – STARE DE VULNERABILITATE A PACIENTULUI ÎNCARCERAT

Viorel Cojocaru, lector universitar

Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R.Moldova
viorel.cojocaru@usmf.md

SUFFERING – A STATE OF VULNERABILITY OF THE IMPRISONED PATIENT

The penitentiary environment institutionalizes several vulnerable categories, even if this general vulnerability refers to all persons deprived of liberty. Sick detainees are also part of the groups with increased vulnerability. Various treatises on penitentiary ethics and medicine have been written in this regard. An unsolved problem is the suffering of the incarcerated patient, this being the main factor that underlines the vulnerability. The

suffering of the sick detainee needs to be analyzed from the perspective of social bioethics and avoided/improved through bioethical-spiritual counselling mechanisms.

Lipsa de libertate în mediul penitenciar constituie principalul criteriu ce determină vulnerabilitatea deținutului, dar în același timp reprezintă o formă vizibilă de pedeapsă a inculpatului. Pentru mediul social general lipsa libertății rămâne a fi intuit la nivel psihologic, iar în mediul specific carceral ea se manifestă în raport cu personalitatea individului, în corelare cu alte valori morale. Lipsa de libertate poate orienta omul vulnerabil spre o apreciere corectă a libertății, dar și metamorfoza spre oribilitate. Libertatea privată cu nimic nu limitează libertatea morală, ce ține de poziția individului raportată la delictul săvârșit, susținându-l să accepte „libertatea ca regăsire de sine” [1], care devine nu doar valoare ci și instrument de transformare. Din punct de vedere ontologic, libertatea se corelează cu responsabilitatea, fiind realități spirituale care nu pot fi definite decât în termeni antinomici, rezultate din natura umană inteligibilă. Deci, lipsa libertății, disociată de responsabilitatea faptelor, poate cauza mari carențe în focusarea corectă a libertății. În cele mai dese cazuri lipsa libertății nevalorificate poate cauza suferințe de o gravitate majoră.

Factorul primordial ce declanșează deficitul spiritual se consideră abținerea pur și simplu a deținutului să „interacționeze cu un partener potențial, iar această interacțiune îl face vulnerabil la incompetență sau oportunism” [2]. Problema stringentă de bioetică, vulnerabilitatea deținuților în general și în special la cei bolnavi, rămâne în vizorul studiilor medicale, juridice, sociologice, psihologice, etice, etc. Principiul metodologic al vulnerabilității în mediul penitenciar trebuie interpretat în perspectiva celor trei sensuri. Primul - abordarea vulnerabilității în sens general, indiferent că individul uman este sau nu privat de libertate, se manifestă distinctiv la toate ființele vii, care posedă trăsături echivalente cu fragilitatea și moartea. Omul fiind dezarmat în fața acestor fenomene, intensificându-se prin aceasta vulnerabilitatea și dintr-o stare a libertății constrânse. Din acest punct de vedere vulnerabilitatea constituie o manifestare universală a existenței viului, nu doar a existenței umane. Alt sens al vulnerabilității se referă direct pe individul privat de libertate, ce e considerat vulnerabil din perspectiva vitalității, suveranității, exercitării profesionale, culturale, a izolării, etc. Din acest punct de vedere toți deținuții sunt vulnerabili, astfel

că lipsa libertății depline în diverse acțiuni favorizează vulnerabilitatea în exercitarea autonomiei depline. Al treilea sens se caracterizează nu doar prin vulnerabilitatea în general, ci a unor categorii de deținuți în special, cum ar fi: bolnavii, femeile, minorii, condamnații cu deficiențe mintale și fizice, cetățenii străini, infectații cu HIV-SIDA etc.

Remedierea spirituală realizată prin potențialul bioetic contribuie la identificarea multiplelor strategii eficiente în soluționarea problemelor presante ale mediului penitenciar: deficit de încredere, suferința, lipsa confortului fizic, neexplorarea timpului liber, prezența persoanelor cu un comportament deviant (indivizi violenți fizic și verbal, violatorii, simulatorii de boală, autoagresorii, etc.). Pentru elaborarea strategiilor este necesar nu doar de identificat problemele, ci și de repartizat pe diversele grupuri de condamnați, raportați la nivelul vulnerabilității lor. În realizarea potențialului bioetic în acest micromediu social special devine oportună cultivarea valorilor morale ce vor contribui esențial la sporirea calității vieții a deținutului, iar impactul negativ al condamnării va fi unul mai puțin degradant.

Dintre grupurile de condamnați cu o vulnerabilitate accentuată fac parte și bolnavii încarcerați, ne mai vorbind de cei terminali. În acest context, cea mai presantă percepție a condamnaților pe parcursul detenției este cea a deficitului de încredere în capacitățile modului de viață oferite de penitenciar. Suferința persistentă interioară în perioada detenției provoacă mari curențe comportamentale în relațiile deținutului cu alți indivizi, cu lucrătorii medicali, cu gardienii, cu familia sa și cu societatea. Rezultatul incompatibilității conștiinței condamnatului cu suferința, provoacă tensiuni psihologice interioare, care dezechilibrează sănătatea psihică și somatică.

Perioada încarcerării reprezintă condiționări ce determină efecte psihologice și fizice negative ale deținerii, aspect studiat extensiv de cercetătorii abilitați în medicină, drept, psihologie, sociologie, implicând un set de forme și adaptări, care se produc în proporții și etape diferite, ca rezultat la extraordinarele solicitări ale vieții private de libertate. În termeni generali, procesul instituționalizării deținuților implică încorporarea, asimilarea normelor vieții în mediul penitenciar de habitare, de gândire, acțiune și simțire al individului, determinând diverse probleme exprimate prin manifestări negative ale acestor persoane, aceste manifestări se evidențiază într-o complexitate diferită la pacienții încarcerați. Aceste probleme sunt supuse diverselor clasificări, în dependență de criteriul și specificul teoretic abordat, de exemplu sociologul american G. Sykes determină o sin-

gură provocare negativă pe tot parcursul detenției, aceasta fiind suferința, respectiva producând cinci tipuri de probleme de adaptare a individului privat de libertate: în primul rând cele legate strict de privarea de libertate: izolarea dublă (de lumea exterioară și separați în celule), deculturalizarea și devalorizarea eului civil, deposedarea de roluri, etc; apoi probleme provocate de suferința deposedării de bunuri și servicii: izolarea și neîncrederea în sine, subaprecierea, anxietate, etc; a treia fiind suferință, după opinia lui G. Sykes, producând probleme legate de privarea de relații heterosexuale: dificultăți fiziologice sexuale și hormonale, psihologic-sexuale, determinarea unor sentimente voluntare sau involuntare de relații homosexuale, agresivitate, etc; urmată de problemele provocate de suferința pierderii autonomiei: deficit de sinceritate, demnității și integrității persoanei, depersonalizare, diminuarea stimei de sine, deresponsabilizare, anularea inițiativelor; și ultima categorie de probleme, derivate din suferința produsă de privarea de securitate, de violența verbală și fizică, vulnerabilitatea, încălcarea confidențialității, neîncrederea, etc. [3]. Unele studii psihologice asupra problemelor indivizilor privați de libertate s-au axat pe: procesul, modalitățile și strategiile adaptării deținuților la mediul privat de libertate, astfel mulți dintre deținuți își dezvoltă mecanisme proprii defensive, care-i ajută să depășească problemele iscate, uneori chiar și după eliberare, doar condamnatul devine prizonierul acestor mecanisme. Din acest punct de vedere, studiile psihologice au clasificat problemele în trei categorii: în primul rând cele legate de efectele privațiunii – pierderea libertății, pierderea contactului cu sexul opus, monotonia, mortificarea relațiilor cu societatea liberă, alienarea și stigmatizarea; a doua categorie ține de problemele axate pe adaptare: neîncrederea, deficitul de sinceritate, violențele fizice și verbale, ipohondria, depresia, etc.; și cele legate de consecința privațiunii de libertate: nevroze instituționale (transformarea deținuților în indivizi iritați, apatici, nervoși, anxioși, deprimați), lenea, lipsa intereselor, somn agitat, coșmaruri, această categorie unii psihiatri o numesc „sindromul posttraumatic”, existent la mulți dintre foștii deținuți. Specialiștii în psihologie care susțin această taxonomie a problemelor introduc un nou concept de interpretarea mecanismelor de apărare prin adaptarea așa numitului „coping”.

Suferința devine predominantă mediului privat de libertate, iar subiecțul ei a persistat mereu, atât în cercetările de rigoare cât și în formularea diverselor mecanisme de depășire a stărilor negative. Delimitarea conceptuală a durerii în raport cu suferința, determină explicativ și soluționarea

lor. Durerea fiind o senzație fizică, pe când suferința una psihică, „fără simptome dureroase, fiind de fapt o stare mentală” [4]. Cercetătorii contemporani vorbesc despre suferință mai mult decât despre fericire, căutându-se mereu soluții în depășirea momentelor suferinde. Pentru unii suferința este „durerea fizică și morală” [5], din această perspectivă o parte bună a vieții omenești este suferință. Specialiștii în dreptul penal explică suferința ca „rezultat al infracțiunii” [6], rezultând că deținutul suferă meritat și pe bună dreptate, deci penitenciarele sunt instituțiile care nasc suferințe pentru indivizii cu manifestare dificilă în comportament. Unii cercetători susțin că suferința este pentru marea majoritate a oamenilor „modul cel mai cert în care ei percep viața, datorită faptului că suferința este prea intim legată de viața fiecărei zile” [7]. O definiție deosebită o dă teologia, chiar dacă suferința nu se bucură de prea multă atenție din partea teologilor, totuși „suferința este un instrument pedagogic pe care Dumnezeu îl folosește întotdeauna pentru binele omului, pentru izbăvirea lui din capcanele sau din captivitatea unei existențe autonome, suficiente sieși, dedată plăcerilor trecătoare” [8].

Ca și în societate, persoanele private de libertate greu acceptă suferința, ei caută reabilitări prin diverse avantaje. În urma experienței consilierii s-a constatat că pentru o categorie de deținuți, penenciarul devine pilonul de sprijin în continuitatea vieții (15%), acceptând pedeapsa pentru repararea faptei. Aceștia se acomodează ușor în mediul privat de libertate, concomitent păstrându-și intacte capacitățile profesionale și intelectuale, iar tendințele spirituale oportune susțin depășirea momentelor de criză. În atare situație, suferința devine nu doar valoare ci și metoda care transfigurează deținutul la nivelul conștiinței morale personale.

Depășirea crizelor de suferință a condamnatului bolnav se face în comun de către mai mulți consilieri: spirituali, psihologici, sociali, juridici sau medicali. Asistența spirituală propune susținerea deținutului prin anumite convingeri și instrumente, care transformă suferința din non-valoare în valoare veritabilă, perpetuând integritatea spirituală și somatică a individului privat de libertate pe tot parcursul detenției. În justificarea acestei tehnici s-au pronunțat și psihologii, menționând că „există mai multe feluri de a gestiona suferința: să o ții pentru tine, să fugi de ea, să o transferi altcuiva, să-i pui capăt în interior sau să o transformi în ceva util” [9]. Mediului penenciar i se atribuie doar ultimul mecanism, celelalte vor intensifica stările de criză interioară, sau vor denatura relațiile interumane,

de o necesitate stringentă acestui anturaj. Suferința bolnavului carceral mai este alimentată și de lipsa comunicării cu familia, astfel că în libertate la căpătâiul bolnavului satu rudele, în mediul penitenciar se simte lipsa empatiei din partea unor colegi, ceea ce amplifică starea de vulnerabilitatea pacientului încarcerat.

În mediul penitenciar suferința exterioară se manifestă prin cea interioară, deci „suferința exterioară prin foame, inactivitate, frig ce se transformă într-un frig interior. Suferința fizică declanșează un resort misterios ce produce o forță și o efervescență interioară nemaiîntâlnită” [10]. E mai dificil de rezistat în fața suferințelor morale și redirectionându-le spre virtuți, decât în fața suferințelor fizice. Deținuții de azi nu mai suferă de foame sau ger, ci de inactivitate, necomuniune cu libertatea și, cel mai des, din pierderea calităților personalității pe parcursul detenției. Unii din ei suferă și din lipsa sensului vieții, iar pentru menținerea calității ei, în acele momente, inevitabilă este transformarea suferinței.

Metodele transformărilor suferinței nu sunt facile, ele pornesc de la substituirea patimilor cu virtuțile, această metodă debutantă procesului transfigurator o susțin toate confesiunile creștine, ba mai mult „după conceptul bioeticienilor americani, suferința ocupă un loc proeminent în bioetica de azi, și nu este transferată doar teologilor creștine” [11]. Astfel, transformând virtutea nu în principiu, ci în viața însăși ajută condamnatul la identificarea procesului de perpetuare a vieții ca obiectiv superior, astfel depășind cu seninătate toate crizele provocate de mediul penitenciar. Trăirea vieții într-o formă altruistă va duce la schimbarea radicală a paradigmatelor sociale despre viață în mediul de penitenciar, adică valorificarea principiilor morale „care constă în consolidarea, servirea dezinteresată a altor oameni, în sacrificarea intereselor personale pentru binele și fericirea lor” [12]. Poziționarea vieții și sănătății deținutului bolnav pe principii orgolioase și egoiste, va denatura posibilitatea tacceptării și ransfigurării suferinței în virtute veritabilă. Acest aspect se referă nu doar la suferința cauzată de mediul penitenciar, ci și la cea din libertate cauzată de diverși factori. O oportunitate deosebită revine grupului de condamnați credincioși, care ridică calitatea vieții spre sacralitatea vieții, aceasta devenind o obligație divină. În acest aspect se cunosc cărțile de adevărată filosofie religioasă, scrise în celulele temnițelor, prin care condamnatul își mărturisește experiența sa trăită în căutarea sursei spirituale, fapt care poate alimenta sănătatea și integritatea vieții și spirituale a deținutului actual în perioadele

de criză. Aceștia, și mulți alții, care au scris despre suferința penitenciară din propria experiență, depășind-o prin transformare, astfel „suferința umană este transfigurată în starea teopatică, aflată în raportul acesteia cu martiriul” [13].

Din cele expuse, rezultă că mediul penitenciar prezintă o mare provocare pentru toți condamnații, mai ales în procesul evoluării, orientării de la nonvalori către valorile morale. În atare situații deținuții își justifică prezența nonvalorilor ca fiind instinctuale sau obiceiuri formate în libertate. Profesorul în fiziologie și academicianul român N. Paulescu răspunde acestui proces afirmând că omul poate să se împotrivescă imboldurilor instinctive, depinzând totul de propria voință [14]. Cultivarea valorilor morale organizează și sistematizează timpul condamnatului în penitenciar, iar valorificarea vieții în fața multor crize și diversiuni va plasa deținutul în fața unui progres individual axat pe propria voință. Rezultatele firești ale suferinței axate pe dragostea altruistă va genera progresul altor valori necesitare existenței mediului penitenciar: iertarea, împăcarea, responsabilitatea etc.

Referințe bibliografice

1. Ștef T. Despre realitatea umană. Cluj-Napoca: Ed. Paralela 45, 2000, p.115.
2. Elster J. Comportamentul social: fundamentele explicației în științele sociale. București: Ed. ALL, 2013, p.325.
3. Sykes G.M. The Society of captives. A study of maxim un security prison. New York: Ed. Princeton University Press, 2007, p.65.
4. Marinoff L. Întrebări fundamentale: filosofia îți poate schimba viața. București: Ed. Trei, 2013, p.182.
5. Dicționar Explicativ Ilustrat al limbii române. Chișinău: Ed. Arc și Guinivas, 2007, p.1923.
6. Singer P. Tratat de etică. București: Ed. Polirom, 2006, p.398.
7. Rășinărescu V. Paradoxurile facticității sau despre trăirea suferinței într-o lume fără sens. Suferința în orizontul preocupărilor rațiunii umane. În: Sensul vieții, al suferinței și al morții. Materialele simpozionului științific internațional, 29 februarie-2 martie, 2008. Alba Iulia: Ed. Reîntregirea, 2008, p.398.
8. Kraiopoulos S. Taina suferinței. București: Ed. Bizantină, 2007, p.5.
9. Marinoff L. Întrebări fundamentale: filosofia îți poate schimba viața. București: Ed. Trei, 2013, p.190.
10. Brânzaș L. Raza din catacombă. București: Ed. Scara, 2001, p.22.

11. Hoffmaster B. Under standing suffering. In: Suffering and Bioethics. Coord. R.M. Green, N.J. Palpant. New York: Ed. Oxford University Press, 2014, p.45.
12. Dicționar de Filosofie și Bioetică. Autori: T.N. Țârdea, P.V. Berlinschi, D.U. Nistreanu, A.I. Eșanu, V.I. Ojovanu. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic „Medicina”, 2004, p.16.
13. Moldovan I. Viața, suferința și moartea în condiția spirituală a existenței creștine. În: Sensul vieții, al suferinței și al morții. Materialele simpozionului științific internațional, 29 februarie-2 martie, 2008. Alba Iulia: Ed. Reîntregirea, 2008, p.77.
14. Paulescu N.C. Filosofie fiziologică. Cele patru patimi și remediile lor. Bacău: Ed. Vicovia, 2014, p.6.

ASPECTUL MULTIDIMENSIONAL AL VULNERABILITĂȚII LA VÂRSTNICII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Ana Popescu, cercetător științific, asistent universitar

Gabriela Șoric, – cercetător științific coordonator

Laboratorul științific de gerontologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

ana.popescu@usmf.md

gabriela.soric@usmf.md

THE MULTIDIMENSIONAL ASPECT OF VULNERABILITY IN THE ELDERLY FROM THE REPUBLIC OF MOLDOVA

The percentage and absolute growth of the elderly population is one of the essential attributes of the contemporary era. The elderly represent a heterogeneous group from a socio-economic and medical point of view, being the most vulnerable category of patients against the background of current age changes. The quality of life of the elderly population is often accompanied by a physical, cognitive and sensory decline, which can reduce autonomy and favor the establishment of addiction.

Introducere. Procesul de îmbătrânire umană este complex și multifactorial, fiind însoțit de scăderea capacităților funcționale și cognitive ale

corpului uman. Creșterea procentuală și absolută a populației vârstnice este unul dintre atributele esențiale ale epocii contemporane. În anul 2019 circa 703 milioane de persoane de pe globul pământesc aveau vârsta mai mare de 65 ani. Vârstnicii reprezintă un grup eterogen din punct de vedere socio-economic și medical, fiind cea mai vulnerabilă categorie de pacienți pe fundalul modificărilor de vârstă prezente. Modificările apar în toate organele și sistemele de organe, iar evaluarea pacientului vârstnic se concentrează pe o interpretare generală. Calitatea vieții populației vârstnice, este adesea însoțită de un declin fizic, cognitiv și senzorial, care poate reduce autonomia și favorizează instalarea dependenței. Complexitatea factorilor ce influențează sănătatea vârstnicului conduc la scăderea funcționalității și un prognostic negativ.

Scopul: Evaluarea particularităților clinice și stabilirea ponderii sindroamelor geriatrice la pacienții vârstnici vulnerabili.

Materiale și metode. În studiu au fost incluși 399 de pacienți cu vârsta de 65 de ani, medie a constituit $72,71 \pm 0,30$ ani. Toți respondenții au fost examinați consecutiv pe măsura internării în secția specializată de geriatrie a IMSP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății în perioada ianuarie 2020 - august 2022. Cercetarea a inclus anchetarea, examinarea clinică (examenul geriatric complex), scoruri geriatrice de evaluare (Katz, Lawton, Tinetti, MMSE, Nottingham). Datele obținute au fost prelucrate în pachetul soft STATISTICA 7.0.

Rezultate. Din cei 399 de vârstnici implicați în studiu cu vârsta ≥ 65 ani, conform scorului VES-13, 310 vârstnici au prezentat ≥ 3 p., valoarea medie a scorului VES-13- $7,88 \pm 0,19$, vârsta medie a constituit $73,59 \pm 0,36$ ani. Conform EGC: autonomia – scorul Katz($10,24 \pm 0,12$), Lawton($12,04 \pm 0,22$), mersul și echilibrul Tinetti($20,44 \pm 0,85$), statutul cognitiv MMSE($24,42 \pm 0,21$), depresia Hamilton($6,55 \pm 0,28$), statutul nutrițional MNA($23,69 \pm 0,70$), performanța fizică SPPB($7,37 \pm 0,21$), Groningen($6,63 \pm 0,21$). Valorile medii ale scorurilor – Katz a avut corelații directe cu scorurile – GFI($R_r = -0,47$; $p < 0,05$), SARC-F($R_r = -0,57$; $p < 0,05$), SPPB($R_r = 0,46$; $p < 0,05$) ; scorul Lawton a corelat cu: reducerea vitezei mersului($R_r = -0,47$; $p < 0,05$), Indicele Charlson($R_r = -0,40$; $p < 0,05$), GFI($R_r = -0,54$; $p < 0,05$), SARC-F($R_r = -0,60$; $p < 0,05$), SPPB($R_r = 0,61$; $p < 0,05$) ; scorul MMSE a corelat cu : GFI($R_r = -0,43$; $p < 0,05$), SARC-F($R_r = -0,41$; $p < 0,05$), SPPB($R_r = 0,46$; $p < 0,05$) ; scorul Hamilton a corelat cu : GFI($R_r = 0,64$; $p < 0,05$), SARC-F($R_r = 0,53$; $p < 0,05$).

Evaluarea sindroamelor mari geriatrice a relevat ponderea acestora în grupul vârstnicilor vulnerabili, cea mai mare pondere a avut-o sindromul algic – 91,93% de cazuri, cu valoarea medie a scorului Scalei Vizuale Numerice (SVN) – $4,88 \pm 0,12$ de puncte, următorul a fost sindromul de cădere – 61,29% de pacienți, iar la 83,22% de pacienți a fost stabilit un risc crescut de recidivă a căderii. În grupul pacienților incluși în studiu, sindromul de cădere s-a soldat cu consecințe traumatice la 21,29% de cazuri. Sindromul de constipație a fost stabilit la 59,67%, incontinență urinară – 55,80%, sindromul depresiv - 53,87% dereglări cognitive - 23,62% de pacienți vârstnici, sindromul de deshidratare – 23,22% de cazuri, sindromul de malnutriție a fost diagnosticat la 11,93% de cazuri de pacienți.

Evaluând statutul senzorial al pacienților a fost stabilită ponderea hipocuziei de 49,03% și a scăderii acuității vizuale la un procent de 75,48% de vârstnici din studiul dat.

Concluzie. Conform datelor obținute cele mai frecvente sindroame geriatrice depistate la vârstnicii incluși în studiu sunt sindromul algic, de cădere și constipație. Pacienții vârstnici cu multiple sindroame geriatrice au avut o calitate a vieții precară. Cei mai afectați itemi au fost energia, somnul, durerea și abilitatea fizică.

Cuvinte-cheie: vulnerabilitate, sindroame geriatrice, vârstnic.

ASPECTE BIOETICE ALE ACUPUNCTURII ÎN MEDICINA MODERNĂ

Tudor Turchin, student, anul V. Medicină

Facultatea de Medicină nr.1

Coordonator științific: *Vitalie Ojovanu*, dr. hab. în filos., conf. univ.

Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină

și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

tudorturchin1234@gmail.com

BIOETHICAL ASPECTS OF ACUPUNCTURE IN MODERN MEDICINE

Acupuncture is a traditional method of treatment through which we obtain benefits without subjecting the body to adverse effects. A bioethical aspect that I want to highlight in this article is the principle of non-harm

that has as its primary purpose „Primum non nocere”. Clinically, medical staff should not do anything that would intentionally harm patients and should not offer ineffective treatments just for the need to assert themselves as a specialist. Therefore acupuncture comes as a salvation, making the connection between bioethics and modern medicine.

Medicina tradițională reprezintă un tratament natural, o metodă prin care obținem beneficii fără a supune organismul efectelor adverse. Majoritatea medicilor pot alege tratamentul standard pentru o anumită patologie cronică, dar nu toți optează pentru o ramură a medicinei în care se pune accent pe prevenție, în care preparatele farmacologice nu au un rol atât de esențial, iar în centru este poziționat pacientul, dar nu patologia sa. Un loc destul de important în medicina naturistă îl ocupă acupunctura, care nu substituie, dar completează medicina modernă. O deosebire destul de mare dintre medicina orientală și cea occidentală este că ultima divizează „întregul” în părți componente, astfel, sperând că vor înțelege totul despre „întreg”. Medicina orientală pornește de la general spre particular, concluzionând că omul este mult mai important decât suma organelor sale [1].

Acupunctura prezintă o filosofie, o metodă de tratament și de profilaxie a patologiilor, care a fost descoperită prima dată cu mai multe milenii înainte de Hristos, dar primele tratate scrise au ajuns la noi cu 3000 de ani până la era noastră. Cel mai vechi tratat de medicină tradițională chineză în care este bine prezentată baza acupuncturii (*Nei Jing Su Wien*) a fost scris între anii 1000 și 400 î.e.n. și explică dialogul dintre împăratul Huang Di (*Galben*) și unul dintre doctorii săi Qibo [2]. Cartea este formată din 2 texte, fiecare conține câte 81 de capitole, formatul fiind alcătuit dintr-un întreg set de întrebări și răspunsuri. În primul text este specificat fundamentul medicinei tradiționale chineze și metodele de diagnostic. În al 2-lea text se discută acupunctura în detalii la fel sub formă de dialog, începând de la substratul filosofic și terminând cu impactul tratamentului asupra patologiei [3].

Pe continentul european printre primii care au promovat și au studiat acupunctura sunt francezii. George de Morant a cercetat amănunțit cartea „*Nei Jing Su Wen*” timp de 2 decenii, apoi a elaborat propriului său tratat „*L’acupuncture chinoise*” apărut în 1939, iar Darras o traduce integral în franceză (1982). Această lucrare a rămas timp de câteva decenii un adevărat ghid pentru cei care au răspândit acupunctura în occident [4].

În România primele noțiuni despre acupunctură sunt elaborate de N. Vătămanu în „*Reflexoterapia moderna*” din 1934, dar abia în 1958 a fost recunoscută de Ministerul Sănătății și aprobată în practica medicală [2].

Acupunctura în China modernă s-a dezvoltat preponderent după cel de-al doilea război mondial, necesitatea principală fiind aplicarea acestora în scop analgezic. Între anii 1949-1977 au fost publicate peste 8000 de articole în diferite reviste, adică de 27 de ori mai multe decât în prima jumătate a sec. XX-lea. Datorită datelor publicate putem afirma că dezvoltându-se acupunctura s-a transformat într-o emblemă medicală pentru China [5].

Medicina tradițională chineză presupune că o persoană supraviețuiește atât timp, cât prin organismul său circulă energia. De aceea fundamentul acupuncturii este considerat că ar fi bioenergetica umană, o anatomie ascunsă care afectează starea de sănătate a unui pacient și cuprinde de obicei centre de forță vitală.

Mecanismul de acțiune al acupuncturii rămâne a fi destul de dificil de înțeles în primă fază. Pentru a fi explicat au fost descoperite 2 teorii care ar sta la bază: neurovegetativă și neuroendocrină [8]. Teoria neurovegetativă presupune că atât sistemul nervos somatic, cât și cel vegetativ formează un tot întreg. Funcția de coordonare se manifestă prin mai multe tipuri de conexiuni: reflexele visceroviscerale: iritarea unui organ intern poate schimba funcția altui organ; reflexele viscerosomate: iritarea organelor interne se reflectă în funcția sistemului nervos somatic și structurilor pe care le inervează; reflexele somatoviscerale: schimbarea activității organelor interne în urma iritării structurilor somatice. Teoria explică o porțiune din acupunctură pe înțelesul medicilor din occident, punându-se accent pe explicarea științifică [9].

În anul 1970 în urma unei ample cercetări A. Benichou a ajuns la concluzia că datorită înțepăturii acului se formează un micro stres care declanșează o reacție de apărare. Efectul acestei reacții formează un răspuns neuroendocrin rezultatul fiind de natură terapeutică. În urma destrucției tisulare provocată de ac se eliberează substanțe vasoactive care de asemenea constituie un fragment din efectul acupuncturii. Cele mai întâlnite substanțe biologice active sunt: histamina, acetilcolina, serotonina, prostaglandinele ș.a. Această descoperire reprezentând teoria neuroendocrină care ar putea fi un bun argument pentru impactul acupuncturii în profilaxia și tratamentul diferitor maladii [10].

Experiența aplicării pe larg a acupuncturii a evidențiat și o serie de probleme ce țin de domeniul bioeticii. Astfel, un principiu bioetic esențial din cadrul practicii acupuncturii este cel al non-vătămării, care presupune că beneficiile tratamentului trebuie să domine în fața riscurilor. Intenția morală a medicului de a trata ar putea fi bună, dar poate avea efect negativ asupra pacientului. Un exemplu ar putea fi efectuarea unei administrării unei aplicații de acupunctură care, într-un caz individual, se dovedit a fi dăunătoare.

Alt principiu cu potențial de aplicare în acupunctură și, implicit, în medicina tradițională, este principiul integrității terapeutice. Problema principală o reprezintă tratamentul organismului în întregime și acordarea unei deosebite atenții întregului sistem, nu doar unei părți componente, care ar rezolva problema doar dintr-un punct de vedere. Ideea principală aparține luptei pentru organism, iar în cazul dat medicul este cea persoană care, prin aportul său personal, aduce un echilibru semnificativ între sănătatea fizică și cea spirituală. Un exemplu potrivit ar fi întrunirea unor cadre medicale din diferite specialități pentru a discuta și soluționa un caz comun. Dificultatea începe atunci când fiecare își expune punctul de vedere din perspectiva propriei specialități, astfel apar contradicțiile, punând în prim plan boala, dar nu pacientul. Rolul acupuncturii în integritatea terapeutică este de a atribui legătura dintre toate sistemele, unindu-le și formând un tot întreg oferindu-ne posibilitatea de a trata armonios.

Acupunctura susține că organele și funcțiile corpului se află în corelație cu un punct de pe tegument. În momentul apariției unei perturbări a funcției organului la acest nivel, punctul devine dureros la palpare, adică apare un dezechilibru al metabolismului energetic [2]. Procedura se caracterizează prin înțeparea unui punct biologic activ, care este localizat la nivelul pielii și a stratului subcutanat, scopul fiind restabilirea circulației și echilibrului energetic [7].

Pe lângă activarea substanțelor vasoactive acupunctura dezvoltă și alte efecte:

Metabolice – în 1974 Van Nghi a demonstrat că are loc o scădere a nivelurilor plasmatiche ale lipidelor și colesterolului sub influența acupuncturii. *Sanguine* – s-au observat modificări semnificative ale numărului de hematii și leucocite atât creșterea, cât și scderea lor, modificări care nu mai apăreau dacă se înțepea alături de punctul activ. *Endocrine* – Între anii (1965-1968), Bratu și Ionescu Târgoviște au obținut scăderi până la 75%

ale eozinofiliei înlocuim injecția cu ACTH cu o întâpătură în unele puncte active. Studiul a arătat că au fost obținute scăderi mai mari după acupunctură. Astfel obținem mai multe avantaje, în primul rând prin acupunctură tratăm pacientul natural și obținem rezultate, în al doilea rând nu introducem o substanță hormonală care pe lângă scopul terapeutic, dăunează altor organe. *Neurologice* – În 1978 Jean Bossy a demonstrat că există o legătură între piele și măduva spinării prin fibrele nervoase care leagă o zonă cutanată precisă de o zonă neuronală definită a măduvei. De aceea meridianele ar putea fi definite ca linii imaginare care ar exprima prezența legăturilor nevraxiale dintre zonele cutanate și centrii nervoși.

Toate aceste efecte pe care le creează acupunctura demonstrează ca de fapt medicina orientală și cea occidentală au același fundament, dar explicații diferite, un argument ar putea fi că societatea și cultura se bazează pe o filosofie de viață diferită. Dacă am compara Cartea de medicină internă a Împăratului Galben și Canonul lui Hippocrates am înțelege că sunt două puncte de vedere diferite asupra medicinei. În schimb dacă le-am studia aprofundat am observa că reprezintă numeroase asemănări [11].

Pentru a trata pacientul de patologia dobândită avem nevoie de un diagnostic exact, de aceea în acupunctură sunt patru tehnici de diagnostic: *inspecția* – observarea schimbărilor patologice la nivelul feței, limbii, corpului, secrețiilor; *auscultația* – vorbirea, respirația, tusea, eructațiile; *anamneza* – datele generale despre pacient: vârsta, tratamente urmate de pacient, starea de sănătate etc.; *palparea* – se palpează în primul rând pulsul (orice modificare a funcțiilor organelor interne influențează pulsul) [12]. Dacă am analiza mai bine diagnosticul în acupunctură și diagnosticul în medicina internă printr-o simplă comparație în primă fază, observăm asemănările celor patru tehnici de diagnostic. Astfel, putem înțelege că de fapt cele două abordări asupra medicinei au aceeași bază, dar concepte diferite în tratarea pacientului.

Pe parcursul ultimilor ani în rândul populației s-a dezvoltat ideea necesității unui tratament cât mai puțin dăunător organismului. Cea mai importantă cauză care a declanșat acest mod de gândire este pandemia care, în urma infectării cu SARS-Cov-2, pacienții erau supuși unui tratament amplu care includea: antivirale, antibiotice, antiagregante, antiinflamatoare, anticoagulante etc. În realitate problema constă atât în administrarea preparatelor, cât și în reabilitarea organelor interne la etapa postcovid. Pe de o parte, în aspect teoretic pacienții se tratau, iar, pe de altă parte, la ei se

afectau și alte organe, provocându-se un șir întreg de complicații cum ar fi afectarea rinichilor, ficatului etc. Prin urmare acupunctura ar contribui atât la dezvoltarea imunității pacientului, scopul fiind profilaxia, cât și la recuperarea pacientului. Se presupune că principiile și ideile de care se folosește medicina tradițională chineză vor contribui la dezvoltarea medicinei viitorului, deoarece producția în exces de medicamente și administrarea lor, a dus la dezorganizarea organismului, iar drept consecință a apărut o suprapunere de simptome, cu tablouri clinice dificil de diferențiat [13].

Dacă am analiza cheltuielile statului în cazul tratamentului unei maladii în mod obișnuit, conform protocoalelor în vigoare, și impactul tratamentului cu o metode tradiționale, acestea se reduc vizibil. Prin urmare schemele de tratament ar putea fi modificate, având rezultate mai bune, argumentul de bază fiind lipsa efectelor negative, dar întrebarea finală ar fi: Suntem pregătiți pentru o astfel de schimbare?

Una dintre soluții în cazul nostru ar putea fi, în primul rând, informarea mediciniștilor despre punctele forte, dar și lacunele pe care le oferă un anumit tip de tratament, astfel încât atunci când vor ajunge medici în practică deplină, să posede abilități de a îndruma societatea despre posibilități mai extinse ale medicinei. La baza realizării unei legături armonioase dintre medicina tradițională chineză, sau medicina Orientului extrem, și medicina modernă, poate contribui potențialul bioeticii, domeniul care abordează problema principiilor morale și necesitatea respectării vieții. Scopul final ar fi tratamentul organismului fără dăunare, de aceea medicina holistică va rămâne atât o metodă de vindecare, frecvent folosită în trecut, cât și un suport de utilizare eficientă pentru următoarele generații.

Referințe bibliografice

1. Лакуста В. Н. Лин Чжи Шэн Чжень цзютерапия болевых синдромов и неогложных состояний. Кишинев, «МАГА», 1995, с.253-254.
2. Chirilă P. ș.a. Medicina naturistă. București: Editura Christiana, 1987, pp.28-30.
3. Tratatul Împăratului Galben. În: <https://ro.scribd.com/document/415204430/Imparatul-Galben-pdf> (accesat: 29.08.2022).
4. Chirilă P. ș.a. Medicina naturistă. București: Editura Christiana, 1987, pp.31-34.
5. Хоанг Бао Тяу, Ла И Куанг Ниеп. Иглоукалование. Пер. с вьет. М.: Медицина, 1989, с.123-124.

6. Ionescu-Tîrgoviște C. Teoria și practica acupuncturii moderne. București: Editura Academiei Române, 1993, pp.235-236.
7. Chirilă P. ș.a. Medicina naturistă. București: Editura Christiana, 1987, pp.31-32.
8. Гаава Лувсан. Очерки методов восточной рефлексотерапии. Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1991, с.432-433.
9. Лакуста В. Н., Ионеску-Тырговиште К. Традиционные основы акупунктуры. Кишинёв: «Мага», 1995, pp.520-52.
10. Лобко П. И. и др. Вегетативная нервная система: Атлас. Учеб. пособие. Мн.: Выш. шк., 1988, с. 271-272.
11. Chirilă P. ș.a. Medicina naturistă. București: 1987, pp.35-36.
12. Benichou A. La peau et l'acupuncture. Paris: Meridiens, 1970, pp.68-69.
13. Гапонюк П. Я. и др. Акупунктурная (рефлекторно-пунктурная) терапия: Топография точек. Ярославль: Верх.-Волж. кн. изд-во. 1983, с.269-270.
14. Brătilă Florin, Pârnu Elena. Diagnosticul în acupunctură. București: Editura Raco, 1995, pp.33-34.
15. Ромоданов А. П., Богданов Г. Б., Лященко Д. С. Первичные механизмы действия иглокальвания и прижигания. Киев: Головное изд.-во «Вища школа», 1984, с.111-112.

II

CADRUL SPIRITUAL ȘI ASIGURAREA CALITĂȚII VIEȚII, BUNĂSTĂRII ȘI SIGURANȚEI ÎN SĂNĂTATE *THE SPIRITUAL FRAMEWORK AND THE ASSURANCE OF QUALITY OF LIFE, WELL-BEING AND HEALTH SAFETY*

LIBERTATEA VOINȚEI - INTERPRETĂRILE MULTIASPECTUALE CONTEMPORANE

Ecaterina Lozovanu, dr. în filoz., conf. univ., șef departament
Departamentul Științe Socio-umane, Universitatea Tehnică a Moldovei
ecaterina.lozovanu@ssu.utm.md

FREEDOM OF THE WILL - CONTEMPORARY MULTIASPECTUAL INTERPRETATIONS

The dispute over the possibility of free will has a history equivalent to the conscious history of humanity. For a long time, the prerogative of contradictory disputes on this topic was considered to belong to philosophers or theologians. At the current stage, reflections on the problem of free will have crossed traditional boundaries, gradually becoming the concern of science. This is explained by the fact that the way it is solved has a defining impact both on the conscience and on the moral foundation of human society. Contemporary science claims that the fine combination of quantum effects with chaos theory creates an indeterministic world, so the man is the creator of his own life and responsible for his destiny.

Întreaga civilizație umană se bazează pe concepția libertății voinței din care sunt deduse noțiunile de compensare, pedeapsă și responsabilitate personală. Interogația la care se revine periodic se reduce la faptul, dacă cu adevărat există voință liberă. Posibil că aceasta este o modalitate rațională și eficientă de a menține integritatea, unitatea societății, dar în acest caz

se încalcă principiile științifice și morale. Această contradicție atinge nu numai miezul teoriei cuantice, dar și fundamentul moral al societății.

La etapa actuală majoritatea neurobiologilor susțin, cu încredere, că liberul arbitru nu este posibil. Aceasta este explicat prin faptul că unele tipuri de comportamente anormale sunt corelate cu dereglări concrete ale creierului. Spre exemplu, cercetările efectuate asupra creierului unor ucigași „în serie” a arătat prezența unor modificări în structura acestuia. În acest caz, persoanele care au comis infracțiunile, nu pot avea răspundere de acțiunile lor monstruoase. Ei au nevoie de ajutor, nu de pedeapsă, deoarece creierul acestora este dereglat. Într-un anumit sens se poate susține, că atunci când sunt comise acte infracționale, acestea sunt lipsite de liberul arbitru. Un alt experiment, efectuat de neurologul Benjamin Libet, a demonstrat că creierul ia hotărâri mai înainte de reacția conștientă. Aceasta impune concluzia, că libertatea voinței este o ficțiune, o iluzie.

Drept rezultat, se impune necesitatea de a regândi ideea de libertate a voinței. Această problemă stringentă implică o abordare multiaspectuală. Libertatea voinței este în contradicție directă cu determinismul – învățură filosofică care susține, că evenimentele viitoare sunt determinate de legile fizice. La rândul său, majoritatea religiilor susțin formele determinismului și predestinarea. Dumnezeu omniprezent și atotputernic cunoaște viitorul, de aceea totul este predestinat. Anume problema predestinării a constituit „mărul discordiei”, care a provocat revoluția protestantă. Iar, aceasta a avut drept rezultat separarea Bisericii, vieți pierdute și regiuni pustiite în întreaga Europa.

În deceniul II al secolului XX, în fizica cuantică pătrunde principiul incertitudinii. Într-o formă subită nici un calcul nu mai este credibil, ceea ce poate fi calculat - sunt probabilitățile. În acest sens, manifestările mecanicii cuantice presupun existența voinței libere. De aceea unii savanți au afirmat, că teoria cuantică a reconstruit concepția liberului arbitru. Totuși, reprezentanții determinismului au înaintat un contraargument prin care se susține, că efectele cuantice sunt extraordinar de mici pentru a putea fundamenta și explica libertatea voinței a ființelor umane.

Interogația legată de libertatea voinței rămâne deschisă, deoarece problema este complexă și ambiguă. Nu este clar dacă am putea rezolva această problemă în termeni categorici. Cauzele sunt două: prima, după cum am văzut, este fizica cuantică, cea de a doua – teoria haosului. Chiar, dacă, fizica clasică susține, că mișcarea atomilor este determinată și previzibilă,

în realitate mișcarea acestora nu poate fi predicționată, deoarece sunt implicați un număr mare de atomi.

Cea mai mică fluctuație, fie chiar și a unui singur atom, poate produce efect de undă, care poate crește și provoca schimbări de un nivel foarte ridicat. Acesta poartă numele de „Efectul albinei” utilizat în știință pentru a arăta că cea mai mică perturbație a unui sistem are ca efect evenimente imprevizibile, ce nu pot fi predicționate. Este evident faptul, că indeterminismul în combinație cu haosul crează condiții imposibile pentru o lume strict determinată. Or, aceasta este o confirmare a principiului libertății voinei, care constituie temelia moralității societății umane.

VALOAREA NATURII

Niadi-Corina Cernica, dr., lector univ.

Departamentul de științe umane și social-politice,

Facultatea de Istorie și Geografie,

Universitatea „Ștefan cel Mare”, Suceava, Romania

niadi.cernica@gmail.com

VALUE OF NATURE

My paper presents contemporary philosophy about environment and the rights of animals. This philosophy presents the value of nature and its importance. The place of human being is one of the topics of my paper.

Natura are valoare prin faptul că este o resursă și un mediu de viață. Aceasta implică o problemă: prin epuizarea resurselor naturale vii și prin poluare, natura nu mai poate să ne mai susțină viața, ca oameni. Dispariția pădurilor, poluarea, dispariția unor specii (inclusiv, o mare amenințare: dispariția speciilor de insecte) fac imposibilă continuarea vieții, iar natura încetează a mai fi un mediu care ne asigură viața.

O privire mai profundă în această privință are filosoful norvegian Arne Naess. Natura nu este numai resursă și mediu de viață, este biotop (biosferă). Noi suntem prezenți în natură ca și ursul, urechelnita sau stejarul. În meditația sa asupra unui munte ca biotop, noi ne integrăm în biotop, folosim pentru a trăi resursele biotopului, ca și celelalte ființe vii, iar biotopul rămâne în echilibru dacă nu-l distrugem (cum poate face orice specie alo-

genă). Filosoful consideră că, pentru a înțelege cu adevărat și profund acest lucru, trebuie să trecem printr-o „transformare”, o schimbare a gândirii prin care să înțelegem că suntem la fel, în natură, ca lupul sau urechelnița.

Alte poziții filosofice cu privire la valoarea naturii încearcă o înțelegere a omului ca element al lumii vii, cu propriul său loc; încearcă să-l solidarizeze și să-l unifice (cu diferențe de grad, nu de natură) cu totalitatea lumii vii. Astfel, animalele au inteligență, la un nivel compatibil cu tipul de inteligență uman. Astfel, unele populații de ciori din Japonia folosesc traficul de pe străzi pentru a sparge nuci, pe care le pun pe asfalt și le culeg după ce au fost sfărâmate de mașini. Pentru siguranța lor, nu le pun oriunde, ci pe trecerile de pietoni și le culeg numai când este semnul verde la semafoare, deci nu sunt amenințate de trecerea mașinilor. Specia de șarpe neveninos *natrix* pare a diferenția realitatea de aparență, deoarece folosește aparența în favoarea sa; pentru a evita să fie vânați de berze, care nu mănâncă șerpi morți, șerpii *natrix* stau cu burta în sus, ca morți, când se apropie berzele. Deci, am putea spune, ei „mint”, însă nu prin folosirea limbajului, ci a diferenței dintre aparență și realitate.

De asemenea, animalele par a da dovadă de generozitate și altruism, făcând bine unor indivizi din propria specie, fără a fi dresate sau răsplătite. Cercetătorul Jean Decety a descoperit că „șobolanii ar elibera și alți șobolani din capcane chiar dacă n-ar fi răsplățiți pentru aceasta - și ar elibera un alt șobolan chiar la timp pentru a împărți cu el o masă, pe care primul șobolan ar fi putut-o mânca altminteri singur” [1]. Și maimuțele au asemenea comportamente. Fără a avea norme morale, par a da dovadă de empatie și comportament altruist.

Un alt argument este că unele animale au elemente de structuri sociale (grupuri cu ierarhii și statut dobândit), cum au maimuțele.

Suntem diferiți doar gradual sau prin natură de animale? Răspunsul ar fi că nu putem atribui motivații și reacții umane animalelor și că, observând asemenea comportamente compatibile cu cele umane, le atribuim motivații pe care le au doar oamenii. Unii filosofi au răspuns că, în cazul oamenilor, noi nu avem acces decât la comportamente, nu la motive sau scopuri, care sunt interne și care nu pot fi observate direct, ci doar deduse din comportamente. Un răspuns s-ar putea da acestor filosofi: oamenii sunt ca noi, ei au motivele și scopurile pe care le avem și noi; animalele nu sunt oameni, nu le putem atribui stări interne umane.

O altă poziție a filosofiei contemporane (Peter Singer) este că animalele suferă ca și noi, că ne sunt egale nu în inteligență, ci în suferință fizică și, să

zicem, psihică (având suferințe de tip stres la închiderea în cuști sau după o perioadă lungă de închidere în cușcă, mai ales foarte mică). Pentru Peter Singer niciun experiment asupra animalelor nu este justificat. Argumentul lui este că animalele, simțind durere și plăcere, trebuie luate în calcul în ceea ce privește consecințele unei acțiuni, conform principiului utilitarist al celei mai mari fericiri. Consecințele acțiunilor noastre nu-i privesc numai pe oameni, acțiunile noastre pot să declanșeze suferință și altor ființe. A declanșa suferință în mod nejustificat este imoral.

Din acest tip de observații filosofice derivă ideea de a impune drepturi pentru animale, de exemplu de a nu se admite un tratament crud și crearea de mari suferințe.

Toate acestea pot fi înțelese prin ceea ce Arne Naess numea „eul ecologic” („un sentiment al propriei persoane care își are rădăcinile în conștiințizarea relației noastre cu «marea comunitate a tuturor ființelor»”) [2].

O altă întrebare este dacă putem trata ca pe animalele superioare, plantele și insectele. În filosofia lui Arne Naess – da - ; sub aspectul atribuirii unor aspecte umane comportamentului lor, s-ar părea că nu. Dar creșterea plantelor uneori în propria locuință, tendința de a aduce, prin grădini, plantele mai aproape de oameni, arată că tratamentul special, de atașament, poate fi și față de plante. Putem prefera și aduce în preajma noastră și insecte (chinezii obișnuiau să țină în cutii împletite greieri pentru sunetul lor plăcut). Preferința putem arăta față de specii vii de plante, insecte, animale marine, reptile; deci fără o similaritate a comportamentelor cu oamenii, fără a le atribui trăiri interne sau motive de tip uman.

Ca element al biotopului (biosferei), formele de viață trebuie gândite egal și acest lucru este cu puțință. Noi, tot ca element al biosferei, suntem responsabili pentru orice specie distrusă, care pune în pericol capacitatea de reechilibrare și supraviețuire a biosferei, un sistem în sine, capabil de reechilibrări. Tot ce este distrus și nu se mai regenerează, ducând la distrugerii ale biosferei, înseamnă distrugerea a multor ființe din biotop, de care suntem responsabili.

Pentru filosoful Roger Scruton, „animalele sunt raționale”. Li se poate atribui un comportament rațional, nu inteligent ca al oamenilor, dat fiind că acest comportament are la bază nevoi, motive și scopuri, ca și metode de atingere a scopurilor și chiar elemente de învățare (puii de păsări învață să zboare, unele animale să vâneze) sau joacă (la unele animale superioare). Același filosof consideră însă că animalele nu au drepturi, „pentru că sunt incapabile să înțeleagă obligații. Dreptul la viață al unui om aduce cu sine

obligăția de a nu-i ucide pe alții. Un leu nu poate înțelege obligația de a nu ucide și nu poate avea dreptul la viață” [3]. Totuși, efectul acțiunilor oamenilor asupra animalelor poate duce la concluzia că oamenii au obligații față de animale (dar nu că animalele au drepturi).

Un alt argument mai poate fi adus în privința obligațiilor față de animale: de-a lungul istoriei am folosit animalele și plantele pentru supraviețuire (case și hrană), muncă (animale de povară), nevoi afective (animale de companie), divertisment (pentru vânatoare), sport (curse hipice), apărare (câinii), nevoi științifice (animale folosite pentru experiențe) sau medicale. Ca atare avem obligații față de animalele în captivitate, de a le oferi un minim de condiții de viață și de a nu le declanșa suferințe inutile.

Prin ARN, ADN sau cod genetic aparținem aceleași linii a vieții, cea interesantă. Atitudinea față de animale și plante este atitudinea față de viață, față de tot ce formează biosfera. Nu putem trăi decât ca element al biosferei. Viața este, până la urmă, procesul în care ne integrăm, fie că ne simțim diferiți gradual, fie prin natură, de restul ființelor vii. Prețuirea față de viață ne leagă de orice formă de viață, și chiar față de orice formă de viață extraterestră posibilă.

O atenție aparte trebuie dată filosofiei lui Mary Midgley care consideră că omul, prin cultură, nu se diferențiază totuși ca ființă total de animale. Evoluția ne-a dus către un tip de animal caracterizat prin cultură materială și spirituală. Totuși, cultura umană ar avea o bază naturală: sociabilitatea – omul este animal gregar - , comunicare – pe care o au și alte animale, dar la un nivel minim - , și intervenții asupra mediului – cum au și castorii sau păsările. Nevoia de cultură, crede Mary Midgley, este naturală și pornește de la atributele naturale ale oamenilor.

Totuși, am spune, nicio cioară inteligentă nu face un cuib diferit, nu face un cuib oval sau din alte materiale pentru că ar fi mai bun, mai rezistent sau mai frumos. Cultura noastră materială ne-a dat posibilitatea de a trăi fără să ne mai adaptăm la mediu, pentru că adaptăm mediul la nevoile noastre (avem case care ne asigură o anumită temperatură în ambient și adăpost, creștem animale și plante pentru hrană, avem haine etc.). Folosim mașini care cresc capacitățile noastre mentale (scrisul pentru memorie, calculatorul pentru calcule sau folosirea datelor), ochelari sau microscop pentru văz, căști pentru auz, ochelari speciali pentru a vedea în întuneric –, deci ne sporim și capacitățile simțurilor fără a le modifica sau adapta biologic. Ne putem schimba în viitor mediul terestru cu unul extraterestru (cum fac temporar astronauții). Și toate acestea fără a ne adapta biologic, fără a ne schimba biologic. Omul

nu trebuie să evolueze; adaptează mediul nevoilor și scopurilor sale și crește puterea operațiilor minții sale prin tehnologie. Toate acestea dovedesc că omul a făcut un salt față de restul lumii vii. El va conserva, menține și reface biosfera cu aceeași prețuire față de lumea vie.

Referințe bibliografice

1. Roney Anne. În 15 minute filosof. București: Editura Trei, 2017, p.141.
2. Filosofie. Idei fundamentale. București: Editura Litera, 2020, p.283.
3. Totul despre filosofie. București: Editura Litera,2021, p.191.

STRESUL DE ACULTURAȚIE ÎN CONTEXT MULTICULTURAL

Stela Spînu, dr. în filologie, conf. univ.

Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

ID-ul ORCID: 0000-0003-4065-3463

stela.spinu@usmf.md

ACCULTURATION STRESS IN A MULTICULTURAL CONTEXT

Acculturation is a slow process of learning and adapting to a new culture, contributing to the remodeling of consciousness and being in the bosom of the correlation with the attitude of individuals of their own culture and value. Acculturation can contribute to the enrichment of one's identity, or it can become or threaten that identity. Acculturation stress is associated with a failure to adapt, generated by the inability to adjust to another culture.

„Stresul provine nu din situații, ci din modul
în care răspunzi la acestea”
(Brian Tracy)

Procesul de globalizare, care inițial a dominat doar sfera economică, ulterior a determinat profunde transformări sociale, politice și culturale, având un impact semnificativ asupra culturilor naționale prin uniformizarea acestora și conturarea unei culturi globale. Zygmunt Bauman, sociolog și filosof polonez, susținea: „Globalizarea reprezintă destinul implacabil spre care se îndreaptă lumea, un proces ireversibil care ne afectează pe toți în egală măsură și în același mod”.

Fiind o provocare pentru omenire, globalizarea își are atât părțile sale pozitive, cât și negative. Referindu-ne la efectele pozitive ale acesteia, semnalăm libera circulație a persoanelor, dialogul eventual cu purtători de diverse credințe, valori, tradiții etc., posibilitatea de continuare a studiilor în instituții de învățământ din străinătate, schimbul reciproc de experiențe și bune practici, dar și oportunitatea stabilirii cu traiul temporar sau permanent într-o țară sau alta.

Pentru a ne regăsi în noua realitate politico-economică și socio-culturală, urmează să depășim *procesul de adaptabilitate*, care presupune trecerea prin *enculturalitate* (familiarizarea cu valori, norme, obiceiuri, specifice noii culturi) și *aculturalitate* (învățarea și adaptarea la o nouă cultură).

1. Aculturalitatea – consecință a globalizării culturale. În literatura de specialitate, *aculturalitatea* a devenit obiect de studiu începând cu anii 1935-1936. Antropologii americani au utilizat acest concept pentru a desemna „un set de schimbări, ce au loc în procesul întâlnirii unor societăți cu tradiții culturale diferite” [1]. Inițial, *aculturalitatea* era conceptualizată ca un proces unidimensional, unidirecțional și ireversibil de deplasare către noua cultură mainstream, departe de cultura etnică originală. Ulterior, prin efectuarea mai multor cercetări, s-a demonstrat că *aculturalitatea* este un proces complex bidimensional, bidirecțional, în care asimilarea în cultura mainstream nu este singurul mod de aculturare. Cu alte cuvinte, echivalarea *aculturației* cu *asimilarea* este pur și simplu inexactă [2]. Potrivit „Enciclopediei Britanice”, *aculturalitatea* desemnează nu doar transferul de artefacte, valori, obiceiuri, credințe de la un grup cultural la altul, dar și rezultatele acestor difuzări. Deci, indiferent de voința fiecăruia, contactele culturale își vor lăsa amprenta și vor influența identitatea culturală a indivizilor.

Definind conceptul de *aculturalitate*, Dina Birman și Dorothy Addae susțin că acesta se raportează la schimbarea culturală, care are loc ca urmare a contactului cu noua cultură: în sociologie, de exemplu, se referă la procesul prin care grupurile de imigranți sunt încorporate în societatea mai largă de-a lungul generațiilor; în psihologie, accentul este pus pe înțelegerea modurilor în care indivizii se schimbă ca urmare a contactului cultural [3]. Respectiv, contactul cultural va duce la o schimbare culturală a individului, respectiv a grupului din care face parte. Unele valori, norme, tradiții vor deveni, treptat, comune, fiind depășite diferențele. Din această perspectivă, *aculturalitatea* este un proces bidirecțional, care are loc atunci când două grupuri etnoculturale se află în contact de durată unul cu celălalt; respectiv,

atât grupurile culturale dominante, cât și cele minoritare sunt influențate de contactul intercultural și, în consecință, își modifică anumite aspecte ale culturii lor ca mod de adaptare” [4].

Prin urmare, *aculturalitatea* reprezintă un proces bidirecțional lent de învățare și adaptare pe termen lung la o nouă cultură, ce implică remodelarea conștiinței (care poate include în sine toate formele de identitate), fiind în strânsă corelație cu atitudinea indivizilor față de propria cultură și valoare. Aceasta poate contribui la îmbogățirea propriei identități (individuale/de grup) sau poate deveni o amenințare la adresa acesteia. Totul depinde de scopul propus și context.

2. Stresul de aculturație – eșec în comunicarea interculturală. Atunci când ne aflăm în mediul nostru cultural, alături de oamenii ce împărtășesc aceleași valori, tradiții, religii etc., ne simțim în siguranță, suntem liberi, degajați și încrezuți. Detașându-ne de cultura de origine, devenim panicați, dezorientați și nesiguri. Această stare, de regulă, provoacă *stresul de aculturație*, o consecință a tensiunii și a anxietății, rezultată din contactul persoanei cu o nouă cultură și a sentimentelor de singurătate, confuzie și neputință, cauzate de pierderea indiciilor culturale obișnuite și a regulilor sociale [5].

Firește, *stresul de aculturație* nu are doar consecințe negative, susține Ikonnikova N. K. [6]. Acesta este un răspuns normal al omului la nevoia de adaptare la noile condiții. Cu toate acestea, procesul de adaptare poate fi unul dificil, greu de depășit. Acest fapt i-a îndemnat pe oamenii de știință de la începutul anilor '90 să utilizeze conceptul de *stres de aculturație*, o reacție patologică de „dor de acasă” (*Homesickness*), care reprezintă, în fapt, un eșec de adaptare, generat de incapacitatea de racordare la o altă cultură, și se datorează unei stări psihice interne, care interferează și blochează posibilitatea ajustării [7].

Referindu-ne la Republica Moldova, semnalăm prezența *stresului de aculturație* la studenții străini, care au ales să-și continue studiile la USMF „Nicolae Testemițanu”. Acești tineri au mai puține șanse de a-și contacta prietenii și familia, nu cunosc limba, religia, specificul cultural, nu conștientizează diferențele dintre sistemele educaționale etc. Această stare le provoacă stresul de aculturație, ei devenind nostalgici, nesiguri și impasibili.

Pentru depășirea tensiunii și anxietății, rezultată din contactul cu o nouă cultură, propunem:

- organizarea, în prealabil, a discuțiilor formale și informale cu tinerii ce doresc să-și continue studiile în țara noastră, acestea fiind axate pe

similitudinile și diferențele culturale și educaționale existente;

- la venirea în țară, sunt benefice evenimentele organizatorice, care i-ar familiariza pe tineri cu istoria universității, specificul activităților didactice și relațiile dintre studenți, profesori – studenți;
- ulterior, orele de limbă română, dar și evenimentele culturale și științifice, organizate în comun cu studenții basarabeni, ar facilita comunicarea între tineri, fiind redusă distanța interculturală și depășit stresul de aculturație;
- introducerea în planul de învățământ a disciplinei „Comunicarea interculturală” i-ar familiariza cu diferențele dintre culturi și provocările lumii contemporane, ar facilita cultivarea unei sensibilități interculturale în vederea interacțiunii cu noua cultură, a capacității de a transmite și provoca emoții pozitive.

Referințe bibliografice

1. Cobianu-Băcanu, M. Aculturația: semnificații, caracteristici, procese. 2012. In: <https://ziarulnatiunea.ro/2012/01/04/aculturația-semnificatii-caracteristici-procese/> (accesat: 12.06.2022).
2. Benet-Martínez, V. Multicultural Identity: What It Is and Why It Matters. 2010. In: https://www.researchgate.net/publication/232460772_Multicultural_Identity_What_It_Is_and_Why_It_Matters (accesat: 12.06.2022).
3. Birman, D. et al. Acculturation, Transitions: The development of children of immigration. 2016. In: https://www.researchgate.net/publication/281451003_Acculturation (accesat: 12.06.2022).
4. Neșțian, S. et al. Ghid de interculturalitate în contextul Serviciului European de Voluntariat. 2020. In: <https://www.intercultural.ro/wp-content/uploads/2020/05/Ghid-de-interculturalitate-in-contextul-SEV.pdf> (accesat: 12.06.2022).
5. Oberg, K. Culture shock: Adjustments to new cultural environments. 2008. In: https://www.researchgate.net/publication/261613753_Culture_Shock_and_Cultural_Adjustment/ (accesat: 12.06.2022).
6. Ikonnikova, N. Mecanisme ale percepției interculturale. În: Revista de studii sociologice. 1995, nr. 11, p.56.
7. Borosanu, A. Aspecte antropologice ale unor repere bio-culturale în perioada de tranziție socio-economică în satul românesc; influențe ale modelelor culturale vest-europene. 2020. In: http://www.cesindcultura.acad.ro/images/fisiere/rezultate/postdoc/rapoarte%20finale%20de%20cercetare%20stintifica%20ale%20cercetatorilor%20postdoctorat/lucrari/Borosanu_Adriana.pdf (accesat: 12.06.2022).

EDUCAȚIA ÎN EPOCA MASS-MEDIA: IMPLICAȚII ALE CONSUMULUI DE MASS-MEDIA ASUPRA COPIILOR ȘI ADOLESCENȚILOR

Dorin Opriș, dr. hab., prof.univ.

Universitatea „1 Decembrie 1918”, Alba Iulia, România

dorin_monica@yahoo.com

ID ORCID: 0000-0002-2646-7122

EDUCATION IN THE MASS MEDIA AGE: IMPACT OF MASS MEDIA ON CHILDREN AND ADOLESCENTS

Education in the age of mass media: Implications of media consumption on children and teenagers. The article aims to provide new theoretical foundations and research perspectives, given the unprecedented spread that the mass media has recently known. The almost unanimous interest shown for the information they provide, in contexts and at low costs, raises many questions for the educational system. First related to the impact of the models they promote on the development of the person, especially of children and adolescents. The decisive factor in the impact that mass media has on new generations is related to ease of use, followed by the satisfaction or joy it offers to the consumer.

1. Preliminarii

Articolul de față reia și dezvoltă aspecte analizate anterior [1] legat de impactul mass-media asupra educației copiilor și adolescenților. Ne propunem să oferim noi fundamentări teoretice și perspective de cercetare, dat fiind faptul că răspândirea fără precedent pe care o cunoaște în ultima perioadă mass-media, interesul aproape unanim manifestat pentru informațiile pe care le oferă în contexte și la costuri facile ridică numeroase întrebări legat de impactul [2] modelelor pe care le promovează, deopotrivă asupra dezvoltării persoanei, în special a copiilor și adolescenților. Implicațiile noilor realități se observă în schimbările în plan axiologie din viața acestora și ridică întrebări deopotrivă pedagogiei, psihologiei, științelor comunicării, dar și bioeticii și domeniului medical, pentru cazurile grave de dependență sau depresie înregistrate tot mai frecvent [3]. Cercetări recente vorbesc nu doar de modificări în structura valorică a persoanei și

a societății, concluziile merg până la a se argumenta problemele majore în formarea personalității și în obținerea de performanțe școlare și mai apoi profesionale [4]. Factorul decisiv în impactul pe care îl are mass-media asupra noilor generații este legat de utilizarea facilă, urmat de satisfacția sau de bucuria pe care o oferă consumatorului [5].

Pe măsură ce mass-media schimbă din ce în ce mai radical lumea în care se formează și pentru care se pregătesc actualele generații de copii și adolescenți, sunt necesare analize teoretice și cercetări educaționale tot mai complexe care să le ofere teoreticienilor și practicienilor din spațiul educațional elementele necesare racordării abordărilor din domeniul didacticii la anumite realități și preocupări care definesc unic [6], particularizat, viața copiilor și a tinerilor. Cercetări recente arată că tehnologiile media tradiționale, cum sunt televizorul, calculatorul sau consolele video, înregistrează un declin pronunțat în ceea ce privește utilizarea lor de către copii și tineri, în raport cu tehnologiile mobile, între care se numără în special tabletele, dispozitivele mobile cu jocuri video și telefoanele inteligente. Totodată, tot mai puțini copii și adolescenți sunt interesați să vizioneze emisiuni TV în dormitor, în schimb utilizează din ce în ce mai mult Internetul prin intermediul calculatorului sau al altor dispozitive mobile [7]. Aceste noi situații și contexte de comunicare facilitează utilizarea în comunicare a rețelelor de socializare sau mesageria instantanee, iar provocările cărora este chemată familia să le facă față devin din ce în ce mai complexe și greu de gestionat [8]. Dacă la toate acestea adăugăm și multitudinea de elemente care fac dificilă evidențierea factorilor perturbatori ai comunicării pe coordonatele clasice ale acesteia [9], înțelegem nevoia unor investigații educaționale ample, care să indice soluții aplicabile la nivelul disciplinelor de învățământ.

În ceea ce privește timpul petrecut în fața dispozitivelor electronice care susțin comunicarea, acesta crește odată cu vârsta adolescenților, ceea ce arată deopotrivă un mai mare volum de timp liber, cât și lipsa de supraveghere de către părinți a copiilor care utilizează mass-media. Faptul că adolescenții se arată foarte pricepuți în utilizarea mijloacelor tehnice moderne îi determină adesea pe părinți să acorde mai puțină atenție modului în care aceștia le utilizează, cât și informațiilor pe care ei le preiau, iar această modificare survine în special după ce copiii trec de vârsta de 11 ani, care corespunde cel mai adesea momentului accederii de către aceștia în ciclul gimnazial. Datele arată că, în conformitate cu teoria cognitivu-

lui social, exista încă înainte de perioada restricțiilor pandemice recente o puternică tendință a adolescenților de a copia comportamentul mediatic al părinților, ceea ce sugerează nu doar tendința de imitare sau de petrecere în acest mod, împreună cu copiii, a timpului liber, ci și faptul că părinții constituie până la o anumită vârstă principalul factor de modelare a comportamentului copiilor în ceea ce privește utilizarea mass-media [10]. Datele noastre arată faptul că timpul suplimentar petrecut de preadolescenți și adolescenți alături de părinți în lockdown-ul cauzat de COVID-19 nu a contribuit la creșterea unității familiei, date fiind în special preocupările diferite ale membrilor acesteia, în activitatea desfășurată online de acasă. Cercetări recente arată faptul că este necesară și o analiză în bază de gen, datele arătând faptul că interesul pentru utilizarea mass-media nu este egal distribuit [11].

2. Mass-media și comunicarea în familie

Văzută ca microsistem, familia constituie un puternic factor educativ, chiar dacă folosirea pe scară tot mai largă a noilor tehnologii schimbă modul tradițional în care membrii acesteia interacționează. Rolul important în alfabetizarea copiilor și în dezvoltarea abilităților cognitive ale acestora pe care îl au tehnologiile mass-media poate să devină factor perturbator pentru dezvoltarea lor socio-emoțională, în condițiile în care copiii și adolescenții au acces la elemente de educație informală și nonformală în dizarmonie cu etapa de înțelegere și cu capacitatea de a selecta informațiile, în care se află. Posibilitatea tot mai facilă pe care o au actualele generații de elevi de a comunica în scris sau chiar verbal prin Internet, cu persoane din diferite locuri ale lumii a făcut ca modul de înțelegere a familiei tradiționale și a grupului de persoane din vecinătate, inclusiv din spațiul școlar, să se schimbe radical. Grupul de prieteni se poate extinde acum cu ușurință pe tot globul, iar respectivele interacțiuni pot crea nu doar conexiuni cu familiarități profunde, dar susțin o extindere multiculturală în fața căreia familia copiilor poate ajunge într-o anumită dificultate, date fiind dificultățile inerente de înțelegere a valorilor unei lumi tot mai globalizate.

Utilizarea mijloacelor media în cadrul familiei poate să facă mai dificilă comunicarea în cadrul acesteia și dezvoltarea fizică a copiilor, date fiind noile coordonate de viață, nu doar în mediul urban, conform cărora mișcarea și jocurile în aer liber alături de colegi și prieteni devin din ce în ce mai reduse și puțin atractive pentru adolescenți. Devine important de cercetat corelația dintre interesul tot mai scăzut pentru sport și mișcare al

copiilor și al adolescenților și creșterea numărului de emisiuni și relatări din mass-media despre sport și sportivi cu rezultate foarte înalte, promovare ce poate să inhibe implicarea actualelor generații de elevi în activități recreative sportive realizate în familie sau în grupurile lor de prieteni, fără pretenții sau aspirații de performanță. O altă cauză, complementară acesteia, poate să fie creșterea costurilor pe care le implică activitatea sportivă, chiar și fără pretenții de rezultate notabile în domeniu.

Una dintre noutățile aduse de dezvoltarea tehnologiilor informatice este apariția și utilizarea pe scară largă a sistemului multitasking, în special multitasking-ul media, care face ca modificările în planul capacității de concentrare pe o sarcină unică să fie semnificative. Astfel, la adolescenți, mai ales, se constată o scădere a capacității de interacțiune în cadrul familiei, urmată de dificultăți în realizarea unei singure sarcini de lucru, la școală și mai apoi la locul de muncă [12], cauza principală fiind formarea deprinderii de a trece în mod constant de la o sarcină de lucru la alta, fără un motiv legat de performanța școlară sau profesională.

Multitasking-ul rămâne însă o soluție pentru odihna sau relaxarea cerebrală, ceea ce, în condițiile unei dezvoltări corespunzătoare a funcției executive, poate susține obținerea unor performanțe superioare la nivel universitar. Rămâne de analizat și care sunt efectele pe care le au în timp asupra copiilor reclamele persuasive prezentate în special pe rețelele de socializare sau la posturile de televiziune, în condițiile în care aceștia sunt fascinați de imaginile audio-video extrem de atractive și cu durată redusă.

3. Consumul de mass-media și sănătatea copiilor și adolescenților

Un important domeniu de cercetare este legat de relația dintre timpul petrecut de copii în fața ecranului, la televizor, calculator, telefon etc., și riscul de obezitate dezvoltat de aceștia înspre finalul adolescenței și la maturitate. Alături de modificările pe care le impune pentru învățarea clasică, de tip formal și nonformal, prin modificările la nivel psihologic pe care le aduce, timpul petrecut la fața ecranului se constituie într-o componentă importantă și în ceea ce privește dezvoltarea copiilor și a tinerilor, legat de perspectivele asociate sănătății acestora, în contextul în care ei sunt foarte interesați de reclamele la alimente prezentate la posturile de televiziune, în condițiile în care identificarea pericolului obezității nu constituie o prioritate la aceste vârste.

Cercetări independente realizate în diferite țări, inclusiv în România, arată faptul că posibilele corelații între interesul copiilor pentru reclamele

care prezintă, în special la televizor, dar și pe Internet, diferite produse alimentare și apariția obezității la aceștia pornesc de la ceea ce este numit „mesajul celor 10 secunde” al unei reclame la un produs alimentar, care este în măsură să modifice decisiv alegerile pe care le fac copiii. La acestea se adaugă cu succes la adolescenți anunțurile, știrile, emisiunile, reportajele care promovează sau construiesc „eroi”, pe baza unui repertoriu preponderent mitologic și cu promovarea unei totale libertăți de exprimare și acțiune [13].

Una dintre întrebările pe care și le pun părinții este legată de dorința copiilor de a imita comportamentele unor persoane care apar în reclame sau emisiuni televizate, în contextul în care un control riguros asupra timpului și tipului de emisiuni pe care aceștia le vizionează se dovedește extrem de dificil, mai ales după vârsta de 11-12 ani. Prin urmare, nu poate să surprindă adoptarea unor modele de vestimentație neadevate vârstei copiilor, mai ales în cazul în care anumite persoane cu popularitate ridicată în rândul adolescenților se implică pe termen lung în reclame legate de acest aspect. Una dintre cheile de înțelegere a acestui context o reprezintă o mai bună cunoaștere a rolului pe care îl au tehnologiile media, în raport cu instituțiile mass-media în sine, dată fiind și preocuparea acestora din urmă de a utiliza pe scară largă reclame pe o bază puternic emoțională.

Puterea de influență a reclamelor publicitare asupra copiilor de diferite vârste [14], inclusiv asupra consumului de alcool și droguri de către copii și tineri a fost dovedită de numeroase cercetări. Datele arată că interdicțiile parțiale ale reclamelor publicitare la tutun și alcool ar putea determina reduceri de aproximativ 12-13 puncte procentuale ale consumului, iar reducerea totală a acestora ar conduce la diminuări cu aproximativ 23-24%. Cu toate acestea, dată fiind capacitatea mass-media de a acoperi din punct de vedere tehnologic spații ample, în elaborarea de noi campanii publicitare sunt speculate în permanent noile interese sau preocupări ale publicului țintă, în contextul în care finanțările pentru noi reclame cresc pe măsura derulării campaniilor de prevenire a consumului de alcool, tutun sau droguri. Contra-publicitatea poate fi și ea eficientă dacă este suficient de adaptată așteptărilor publicului țintă. Dificil se dovedește, de asemenea, efortul de conștientizare a pericolului privind consumul acestor substanțe. Dat fiind faptul că în SUA drogurile sunt permise în anumite condiții, cercetările arată faptul că interesul tinerilor pentru reclamele la acestea se menține la cote ridicate. Direcțiile de cercetare pe această problematică nu pot să

eludeze identificarea eficacității programelor de alfabetizare a elevilor în ceea ce privește rolul și posibilele interese ale mass-media în societatea contemporană [15].

4. Provocări ale mass-media asupra educației de mâine

Una dintre noile provocări aduse de extinderea rețelelor mass-media, în special după dezvoltarea tehnologiilor care asigură o viteză ridicată a traficului pe Internet, sunt jocurile video [16]. În abordarea comună, venită mai ales din partea părinților adolescenților și a persoanelor în vârstă, jocurile video sunt catalogate ca un real pericol pentru formarea în spiritul valorilor clasice a noilor generații. Cel mai adesea însă atitudinea tinerilor față de aceste jocuri este total diferită, pentru cei mai mulți dintre aceștia realitatea nu este bipolară, ca urmare a unor ample experiențe individuale, cu atât mai mult cu cât relaționarea cu modelele formative oferite de aceste jocuri nu se dovedește în egală măsură pozitivă sau negativă. Dacă la aceste realități se adaugă și faptul că școala valorifică din ce în ce mai mult potențialul formativ al acestor realizări din domeniul informaticii [17], inclusiv în manualele școlare editate în format electronic, înțelegem de este recomandat ca atenția cercetătorilor din domeniul științelor educației să se concentreze cu precădere asupra înțelegerii efectelor jocurilor video și a mecanismelor prin care unele dintre acestea pot susține învățarea, particularizat pe grupe de vârste, decât să se cantoneze pe analize privind oportunitatea reală a utilizării acestora în educație.

În ceea ce privește riscurile asociate utilizării mass-media până la vârsta maturității, la nivel european cercetările arată creșterea riscurilor la nivelul copiilor și adolescenților, în paralel cu accesul la nivel național la aceste resurse. Principalele temeri ale tinerilor, în contextul utilizării mijloacelor media, sunt legate de posibilele agresiuni cibernetice, urmate de cele privind interacțiunea cu persoane care își atribuie identități false. În foarte mică măsură, copiii sunt deranjați sau consideră o agresiune conținutul media care face trimitere implicită sau explicită la viața intimă. Pe de altă parte, în pofida riscurilor semnificative la care sunt expuși copiii și tinerii în fața unor produse media din această categorie, mai ales în cultura occidentală, se consideră că interzicerea completă a reclamelor sau blocarea accesului este de natură să obstrucționeze dezvoltarea acestora, mergându-se până la a se considera chiar că o astfel de inițiativă poate să limiteze oportunități pozitive pentru tineri.

5. Cercetările pedagogice privind impactul mass-media asupra copiilor și adolescenților și dezvoltarea unor programe educaționale și de sănătate publică

Dacă asupra pericolelor consumului de mass-media la copii și adolescenți punctele de vedere sunt diferite, familia, școala și companiile producătoare de publicitate aflându-se pe poziții destul de diferite, în ceea ce privește posibilele beneficii, punctele de vedere ale actorilor implicați sunt mult mai apropiate. În primul rând, se remarcă apropierea domeniilor de interes în ceea ce privește utilizarea mass-media în domeniul sănătății publice. Difuzarea prin intermediul mass-media a materialelor care prezintă pericolul fumatului, importanța unei alimentații echilibrate și sănătoase, modalitățile prin care tinerii pot să-și stabilească relații care să nu implice riscuri se constituie deopotrivă în realizări și deziderate în domeniul informării și formării prin aceste mijloace.

Un rol important în înțelegerea posibilităților de utilizare a mass-media în educație îl are identificarea caracteristicilor psiho-socio-culturale [18] ale principalelor grupuri de utilizatori ai acestor mijloace de comunicare în masă. În aparență facil, acest aspect rămâne permanent în atenția cercetătorilor, deoarece și tehnologia care susține domeniul este în continuă dezvoltare, fapt care implică nu doar schimbări în relația cu acestea a publicului consumator, ci și costuri financiare tot mai mari. Tot în planul perspectivelor de cercetare se află și aspecte precum rolul educativ prin care producțiile media oferă copiilor posibilitatea de a-și prezenta gândurile sau anumite aspecte care le definesc viața, precum și întrebările legate de menținerea unui echilibru între nevoia de informare a tinerilor și respectarea exigențelor privitoare la dezvoltarea lor normală.

Complexitatea unor astfel de cercetări și absența unor finanțări adecvate au făcut ca până acum să nu se înregistreze date actualizate și relevante privind efectul asupra copiilor și al tinerilor al materialelor livrate de mass-media, dar nici modul în care vocea acestora este luată în seamă în evaluarea respectivelor producții.

Dezvoltarea într-un ritm tot mai rapid a industriei cinematografice a făcut ca mediul educațional să-și pună problema eficienței integrării mesajelor formative ale unor campanii de informare sau prevenire, în aceste tipuri de producții. Percepția în prezent este că acest tip de mesaje nu reprezintă o soluție la problemele tinerilor, în schimb pot să se constituie în pretexte sau bază pentru conversațiile din familie [19], contribuind astfel la întărirea

relațiilor dintre părinți și copii. Creșterea volumului informațional cu care operează educația formală face ca tot mai mult școala să aștepte ajutorul familiei pentru susținerea copiilor în înțelegerea corectă și în realizarea unei selecții adecvate a conținutului media cu care intră în contact, efort cu atât mai necesar cu cât supraîncărcarea cu informații din mass-media îi pune pe copii și pe tineri în fața unei provocări majore atât în privința efectelor, cât și a înțelegerii corecte a conținutului. Se arată oportună cercetarea modului în care părinții sunt pregătiți să-i susțină și să-i monitorizeze pe copii în accesarea în siguranță și selectarea atentă a conținutului media pe care îl urmăresc. O cercetare în acest sens este cu atât mai utilă cu cât numărul de informații false și/sau cu un grad ridicat de violență vehiculate de mass-media contemporană este în continuă creștere, iar interacțiunea cu acestea în era digitală [20] poate să producă efecte negative majore în planul sănătății mintale. Cercetările noastre arată că, deși tinerii consumă constant produse mass-media, iar părinții cunosc starea reală de fapt și posibilele consecințe, totuși aceștia preferă să-și asume riscurile aferente, pentru a le asigura copiilor lor accesul la un conținut mediatic considerat nou și de divertisment.

Considerăm extrem de importantă demararea unui amplu set de cercetări educaționale care să investigheze măsura în care adolescenții sunt influențați de valorile și modelele cu care intră în legătură prin intermediul unor materiale din publicații scrise, site-uri sau de pe diferite rețele de socializare, precum și posibila influență a acestora asupra unor comportamente deviante înregistrate tot mai frecvent la respectiva vârstă [21]. De asemenea, este important de stabilit modul în care respectivele modele sau valori influențează negativ relațiile cu părinții ale copiilor și adolescenților, prin adoptarea în mod conștient sau nu a unor modele în discordanță cu principiile promovate în familie [22]. Nu în ultimul rând, retragerea treptată a elevilor de la activități extrașcolare, aspect care în opinia noastră este legat în mică măsură de restricțiile pandemice recente, indică o posibilă apariție a unor materiale și emisiuni care generează dependență față de „ecran”.

Concluzii

Articolul pornește de la asumția că utilizarea mass-media de către părinți oferă o puternică predicție privind interesul pe care, în viitorul apropiat, urmează să-l manifeste față de aceste mijloace copiii și tinerii. Astfel, particularitățile utilizării mass-media de către părinți reprezintă pentru

aceștia calea principală în identificarea și preluarea obiceiurilor adulților, care se cer (re)modelate astfel încât să nu perturbe formarea copiilor.

Datele lucrării de față considerăm că sunt utile deopotrivă profesioniștilor din spațiul investigativ al științelor educației, cât și celor care nu sunt familiarizați cu problematicile de substanță ale educației, dar care-și înțeleg tot mai bine calitatea de reali parteneri educaționali, prin implicarea în aspectele formative pe care școala nu poate să le gestioneze eficient.

Complexitatea problemelor pe care le implică impactul produselor media asupra copiilor și tinerilor, precum și viteza cu care apar modele și tehnologii noi în acest domeniu, fac dificilă delimitarea clară și rapidă a efectelor pozitive de sursele cu potențial negativ. Totodată, nevoia de noi cercetări în domeniu este sugerată și de limitele relației de parteneriat educațional școală-familie/părinte în ceea ce privește proiectarea și desfășurarea de programe educaționale care să valorifice în mod unitar potențialul formativ al noilor mijloace de comunicare.

Referințe bibliografice

1. Opriș Dorin. Educația copiilor și a adolescenților în epoca mass-media. Provoacă și perspective de cercetare. În: Octavian Moșin, Ioan Scheau, Dorin Opriș (editori). Educația din perspectiva valorilor. Tom XI: Summa Theologiae. București, Editura Eikon, 2017, pp.170-174.
2. UNESCO. 2022 Youth Report social media resources. In: <https://www.unesco.org/gem-report/en/2022-youth-report-social-media>. (accesat: 01.09.2022).
3. Fardiah Dedeh. Anticipating Social Media Effect: Digital Literacy among Indonesian Adolescents. In: International Journal of Multidisciplinary and Current Educational Research (IJMCER). 2021, Volume 3, Issue 3, pp.206-218.
4. Sunder Prem. Use and effects of mass-media on adolescent students. In: International Journal of Advanced Educational Research. 2018, Volume 3, Issue 2, pp.119-122.
5. Fauzi Muhammad Ashraf, Sulaiman Noor Suhani, Kasim Nur Muneerah, Harun Siti Aminah. Digital Addiction among Young Adolescent. Mitigating the Impact of Media Technological Adversity. In: Journal of Physics: Conf. Ser. 2019, pp.1-15. doi.org/10.1088/1742-6596/1529/5/052088.
6. Beyens Ine, Pouwels J. Loes, van Driel Irene, Keijsers Loes, Valkenburg Patti. The effect of social media on well-being differs from adolescent to adolescent. In: Scientific Reports. 2020, Nr. 10(1), pp.1-12. doi.org/10.1038/s41598-020-67727-7.

7. Opreș Dorin, Opreș Monica. Valori, modele și așteptări ale liceenilor din județul Alba. Ediție electronică. Cluj-Napoca: Editura Eikon, 2015.
8. Sisova Tatiana. Probleme și dificultăți în educarea copiilor. Îndrumar pentru părinți. București: Editura Sophia, 2012.
9. Crețu Vasile. Valențe religioase ale comunicării. În: Ortodoxia (București). 2004, Nr. 1-2, pp.171-195.
10. Opreș Dorin. Noile tehnologii ale informației și comunicațiilor în viața adolescenților. Provocări și șanse pentru mediile educaționale. În: Dorin Opreș, Ioan Scheau, Octavian Moșin (editori). Educația din perspectiva valorilor. Tom X: Summa Paedagogica. București: Editura Eikon, 2016.
11. Aldahdouh Tahani Z. Nokelainen Petri, Korhonen Vesa. Technology and Social Media Usage in Higher Education: The Influence of Individual Innovativeness. In: SAGE Open, 2020, Nr. 10(1). doi.org/10.1177/2158244019899441.
12. Ausubel David, Robinson, Floyd. Învățarea în școală. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1989.
13. Bălășescu Mădălina. Mass media: reprezentari sociale si stereotipuri. București: Editura Tritonic, 2013.
14. Plăiaș Ioan. Comportamentul consumatorului. Deva: Editura Intelcredo, 1997.
15. Gheorghe V., Criveanu N., Drăgulinescu A. Efectele micului ecran asupra minții copilului. București: Editura Prodromos, 2007.
16. Ioan Cosmin. Mass-media în educația adolescenților. În: <https://madalin.info/mass-media-in-educatia-adolescentilor>. (accesat: 31.08.2022).
17. Diaconu-Popovici Răzvan. Utilizările tehnologiilor informaționale în educația tinerei generații. În: Plurilingvism și interculturalitate. Reprezentare (inter)culturală și performativitate. Studii și cercetări științifice. Seria Filologie. Bacău: Editura Alma Mater, 2014, pp.145-151.
18. Botoi Oliviu-Petru. Raportul dintre Religie și Morală în educația paideică a educației tineretului contemporan. În: Altarul Reîntregirii,. 2016, Nr. XXI (1), pp.543-558.
19. Buijzen M. The effectiveness of parental communication in modifying the relation between food advertising and children's consumption behaviour. In: British Journal of Developmental Psychology. 2009, Nr. 27, pp.105-121.
20. Keane, John. Mass-media și modernitatea. Iași: Editura Polirom, 2000.
21. Opreș Dorin. Educație și religie. Analize, reflecții, provocări. București: Editura Eikon, 2020.
22. Brudiu Răzvan. Dimensiunea eclesială a familiei. Provocări pastoral-misionare actuale: Ecclesia Domestica și Minimum Fidei. În: Oliviu Botoi, Răzvan Brudiu (editori). Educația creștină într-o cultură pluralistă: cum creștem copiii în lumea de azi. Alba Iulia: Reîntregirea; Stockholm: Felicitas, 2020, pp.287-306.

INTERPRETAREA KAIROS ÎN MODELUL CULTURAL NOICIAN

Vera Panfil, doctorand

Institutul de Istorie, Chişinău, R. Moldova

veronicapanfil2255@gmail.com

KAIROS INTERPRETATION IN THE NOIKA'S CULTURAL MODEL

The given article tries to expose the particularity of the European culture reflected under the aspect of the category of Time in Constantin Noika's philosophy about the complexity of the cultural model. We try to elucidate C. Noika's interogation that the real Time is not from the cyclic or liniar point of view but under the aspect of the time Kairos – the time of the favourable moment, the opportune time convenient for changes. The notion of Time characterized by dynamism and space during their repetition Noika affirms in the retrospection of William Shakespear's Sonets, Rene Descartes, Wilhelm Leibniz, Immanuel Kant, Ilya Prigojine, Mihai Eminescu etc. The actuality of the addressed theme about the kairos's time is determined by dynamism of the scientific culture through its acceleration and creativity, which is named by Noika "historical news" – "Kairicity" – "hypostasis of the European culture in history" – "the thermodynamics of the spirit".

Categoria *timpului* în istoria filosofiei aspectual diferit reflectată continuă să se mențină în actualitate. Chiar dacă categoria respectivă, spre exemplu, la J. Locke și G.W. Leibniz este interpretată în contradictoriu cu dinamismul și staticismul, care se caracterizează prin *repetiție*, pe când G. Hegel relevă partea superioară a timpului. Constantin Noica integrează această categorie în complexitatea aspectului *modelului cultural*, numindu-l „*Timpul cel blând al culturii europene*”: „... cultura europeană pare adesea a se caracteriza în măsura în care se desprinde de natură și de ritmurile ei elementare – mai degrabă prin considerarea timpului sub aspectul lui de slăbiciune, de placiditate, de blândete” [1]. În acest articol tindem să accentuăm particularitatea culturii europene de „impunere” a timpului nu din punct de vedere ciclic (antic), al Sinelui (specificul indian) sau liniar (în viziunea catolico-creștină), ci sub aspectul timpului *kairos*, numit de Noica timpul „momentului favorabil”. *Kairos* din limba greacă semnifică șansa

sau momentul potrivit în timp de posibilitate a schimbării sau schimbărilor. În încercarea de a elucida interogația lui Noica: ce este timpul cu adevărat și atențiunea lui să nu-l confundăm cu timpul cronologic. În etimologie Kronos provine de la rădăcina indo-europeană latinizată *ker* – „a tăia”. Filosoful roman Cicero a asociat Cronus (nume grecesc) cu timpul – ciclurile anotimpurilor, care în perioada dată era denumit de romani Saturn (care își devora copiii), ceea ce simboliza devorarea veacurilor de către timp. Filosofii greci Plutarh și Platon au interpretat Koros ca natură pură și denumire de pârauri curgătoare. Vom întreprinde un mic excurs în mitologia antică, unde *Chronos* (Kronos sau Cronus), fiul *Gaiei* (Mama-bogăție) și tatălui *Uranus* (Tatăl-cer), provenit din bunicii *Haos* și *Hemera* (Mama-Pământ) l-a detronat pe tatăl său și a fost pe tron în epoca de aur a Greciei Antice, perioada de înflorire a agriculturii, deaceia e reprezentat cu o seceră-coasă, simbolizând recolta, ce se sărbătorea printr-un festival. Mai sunt și alte interpretări ale acestui mit, însă acest simbol a fost folosit și pentru destituirea (castrarea) lui Uranus (tatăl său), pusă la cale de mama sa Geia pentru a stopa procesul de *procreare*– a se crea prin generare. *Kronos* anticipă detronarea sa analogică de către copiii săi, înghițindu-i și care la devomarea lor datorită lui Zeus (fiul salvat de soția sa Rhea, care i-a dat să înghită o piatră în loc de copil) în sens filosofic indică reluarea ciclului sezonier, care în Grecia arhaică era foarte important pentru agricultură cu simbolizarea și celorlalți zei: *Poseidon* – sezonul scurgerilor de ape după iarnă (nașterea); *Hera* – simbolizează familia (înflorirea), Demetra – zeița agriculturii este perioada recoltelor (rodul); *Hestia* – vatra care adăpostește (degradarea-toamna); *Hades* – anotimpul de frig al iernii (moartea naturii), iar Zeus – simbolul cerului cu fulgere și furtuni, care aduc apele din ploi, asigură ciclul sezonier ritmic și se situează deasupra timpului. Acest concept este reluat în epoca Renașterii, simbolizând suprimarea viitorului (copiii înghițiți) de către trecut (zeii titanici). Tot în această versiune sunt interpretate miturile indo-europene despre Kumarbi, Anu, Teshub și Ullikumi. Istoria umană reflectă acest simbol de tăiere a cerului în Biblie – geneza Creației de către Dumnezeu la fel în cicluri de identificare a apei din cer, uscat, floră și zi-noapte (soare-lună-stele), care sunt relevate în creațiile autorilor H. J. Rose, Andrew Lang (despre biblia ebraică), Robert Brown și alții. Revenim la importanța acestui concept în cultura occidentală, în care Saturn e o variantă a zeului *Kronos* și religia iudeică-creștină definește din latină ziua a 7-a a săptămânii, sâmbătă de – „Ziua lui Saturn” – „Dies Saturni”, iar

piatra înghițită de *Kronos* face analogia zicalei „Apa trece (timpul sezonier), pietrele rămân”.

Filosoful C. Noica consideră timpul o oportunitate pentru om și dezvoltarea științifică, însă accentuează alunecarea frecventă a cercetărilor „în cronologic, destin și entropie” (o unitate de stare, valoarea căreia crește în rezultatul transformărilor ireversibile sau rămâne constantă). El introduce cititorul în postura interogativă de raport a categoriilor de *timp*, care se caracterizează prin dinamism și *spațiu – câmp*, care este contradictoriu staticismului. Tot Noica ne răspunde că interdependența acestor categorii este *repetiția* lor, ce le determină caracteristicile comune: cantitatea, omogenitatea, vidul ca formă, necesitatea. Ca argument primordial la această afirmație filosoful recurge la Sonetul al XIX-lea al lui Shakespeare, însă nu-l citează. Vom reproduce în întregime acest sonet sub formă de text: „Timp lacom, gheara leului o calcă, Fă glia puii proprii să-și mănânce, Sau smulge colții tigrlui din falcă, Eterna fenix arde-o-n al ei sânge; Ne dă, din fugă, zile reci sau soare, Și fă ce vrei, Timp iute de picior, Cu lumea și cu-averea-i trecătoare, Dar teme-te de cel mai crunt omor! O, nu-ncrusta cu ore fruntea dragă, Nici n-o-nsemna cu vechiul tău penel; Din mers, lui lasă-i frăgezimea-ntregă, Să fie-n veci frumosului model. Sau fă-ți de cap! În ciuda ta, Bătrâne, Cel drag în versu-mi tânăr va rămâne” [2]. Expresiile artistice în adresa Timpului vin în unison cu interpretările filosofice „carul istovit... se coboară gârbov să se-ascundă...” numindu-l „tiran crâncen” „Vreme haină”, „Timp viclean”, „... Nisipul Vremii și a Vremii gheare” sau „coasa vremii” [3] de care nu te poți feri și care se poate înfrunta doar creând pentru valorificarea Timpului în spiritualitatea culturii. Actualitatea sonetelor lui Shakespeare este deosebit de vagă despre valoarea eternă a timpului în fiecare societate și a lumii contemporane: „... Sau, după eie-o boală-a lumii-ntregi, Și toți sunt răi, și-n răul lor îs regi. ...Nu, Timp, nu te fâli că m-am schimbat: De-nalți noi piramide, mai enorme, Nu-mi spun nimica nou, nimic ciudat; Doar haine sunt pe-mbrăcăminte forme” [4]. Virtutea timpului și nimicnicia lui o vom cita din Sonetul 66 al lui Shakespeare în nominalizarea viciilor contemporaneității:

„Și-n pompă-l scaldă pe netrebnic sorții,
Și dalbul Crez trădareacrudă-l paște,
Și cinstea-i pusă-n locuri de ocară,
Și-n laț desfrâul Vergura o strânge,
Și-amar surghiun Virtutea o-mpresoară,

Și-Avântul nou Puterea șchioapă-l frânge,
Și glasul Artei Legile-l sugrumă,
Și Dascăl minții doctorul Prostiie,
Și numele-Adevărului e Glumă,
Și Rău-i sus, iar Binele-n robie ..." [5].

Menționăm guvernarea de proastă calitate a timpurilor noastre prin categoriile scrise de Shakespeare cu literă majusculă: Vergură-desfrâu, Virtute-surghiun, Putere-schioapă, Prostia-minții, Adevărul-glumă, Răul e sus, Binele – în robie! Strigător la cer!

Am menționat mai sus despre *entropia* Timpului în știință contradictoriu timpului monoton cronologic în mecanică și la îndemnul lui C. Noica vom actualiza noutatea științifică a Timpului accelerației adusă de Ilya Prigojine: „... accelerația pare a fi noutatea spiritului științific modern, ... am spune timpul kairicității” și care în aprecierea lui Noica „...este dezmințirea timpului uniform, una care ne ajută să înțelegem timpul el însuși și totodată timpul culturii... timpul este o serie de oportunități puse în valoare sau ratate și ... știința ca orice demers cultural, reprezintă o ieșire din timp, fără o catastrofă a timpului natural ... s-ar putea spune că o anumită formă de temporalitate apare cu fiecare cultură. La fel cum timpul nu-și face ivirea decât prin Creație” [6]. Aici vom face accent pe actualitatea temei abordate despre devenirea creatoare și nu istoricitatea simplă, pe care Noica o numește „*noutate istorică*” „*kairicitate*”, care se confruntă cu determinismul timpului și crează condiții pentru dezvoltarea culturii științifice. Ținem să menționăm actualitatea acestui subiect relevată de Noica cu 50 de ani în urmă despre culturile istorice determinate de progresul tehnico-științific (explozivul atomic), referindu-se la jocurile politice ale Occidentului, nefiind o caracteristică a culturii și spiritului științific.

Ilya Prigojine în studiul său despre timp și dinamica lui, pe care ar fi vrut să-l întituleze *Timpul, dimensiune uitată* aduce argumentele marilor cercetători din secolul al XVIII-lea (Enstein, Lagrange, d' Alembert, Samburgsky, Thales) despre conceptul de conservare a materiei și reflectă punctul său de vedere în conceperea și contemplarea categoriei de timp în sensul filosofic de expunere a termodinamicii de la *existența* „statică” la *devenire*, punând accentul pe ireversibilitate pentru: „Liniile universului, traiectoriile urmate de atomii sau particulele care constituie universul nostru, pot fi parcurse fie spre viitor, fie spre trecut spre ... o înțelegere mai profundă a rolului timpului. Problemele unității științei și a timpului sunt așa de intim

legate între ele, încât nu le putem trata separat” [7]. I. Prigojine renunță la ideea clasică a traiectoriilor în teoria cuantică (a lui Poincare, Boltzmann) și introduce un concept nou de timp reflectat *entropic*. Această lucrare e specifică în domeniul de cercetare al fizicii cuantice bazat pe formele exacte matematice, însă în studiul nostru e important de accentuat noutatea de abordare a timpului de către I. Prigojine numit „timp individual” pentru a face interdependența cu noțiunea de *kairos*. Acest cercetător extrage din dinamică simetria timpului exprimată în categoriile „trecut” și „viitor”, făcând deosebire dintre aceste două noțiuni: „Organismele monocelulare, ca amoeba, se deplasează din medii sărace în hrană în medii bogate în hrană. Până și aceste organisme *anticipează* viitorul prin intermediul semnalelor primite de la mediul înconjurător” [8]. Însă cercetătorul din acest concept, pe care îl consideră primitiv aduce noutatea științifică de „dimensiune istorică” a timpului (pe baza tabloului universului fizic), care Noica îl consideră timp cronologic istoric și accentuează noțiunea timpului *kairos*. Scopul acestui studiu este actualizarea conceptului de timp în interpretarea *kairos* prin contemporaneitate.

Dacă revenim la etimologia noțiunii de *kairos* din Grecia Antică el simboliza timpul adecvat sau oportun pentru acțiune, în timp ce *chronos* este cantitativ, *kairos* are o natură calitativă, permanentă, fiind un termen utilizat în domeniul teologiei creștine, retoricii și științei. În sens direct *kairos* în Grecia Antică semnifica tirul cu arcul și țesere, adică momentul când o săgeată trasă cu o forță anumită ajunge la țintă sau momentul când naveta (suveica) e trecută prin firele de țesut, adică acțiunii bazate pe precizie. De asemenea, acest cuvânt determina responsabilitatea persoanei pentru acțiunile și consecințele ei, fiind și o alternativă a zeității *Caerus* – zeul norocului și al oportunității.

Hipocrate (medic și filosof grec, sec. al V-lea-IV-lea î. H.) utilizează termenul *kairos* ca momentul potrivit în medicină pentru experimentare, referindu-se la măsurarea corectă și proporție, afirmând, că fiecare *kairos* este un *chronos*, dar nu orice *chronos* este un *kairos*.

C. Noica în accentul noutății științifice despre timp reflectă „*kairos-ul*”-ca „prilej favorabil”, reflectându-l în „timpul culturii” cu atenționarea pentru „omul european”, care are atitudine cronologică față de timp, însă: „Totul se schimbă atunci în imaginea noastră despre timp, de vreme ce acesta este slab, blând, bine întâmpinător. El ni se oferă, propunându-ne oportunitățile sale ca tot atâtea prilejuri de-a ne elibera de eventuala sa tiranie” [9].

În această ordine de idei nemaipomenit de actuală tirania timpului legată de războiul Rusiei cu Ucraina și implicarea Europei în răsunetul și consecințele războiului ca confirmare a timpului istoric.

Noica atenționează specificul timpului istoric în analogie cu principiile termodinamicii (conservării, entropie), însă propune timpul în principiul *kairicității*, numindu-l „termodinamica spiritului”, care consideră că este „ipostaza culturii europene în istorie”, determinându-l ca principiul creației în cultura europeană, începând cu Epoca Renașterii (țesăturile Florenței) și Era industrială (mașina de țesut de la Manchester) și propune ieșirea din timpul cronologic (natural) în temeiul *kairicității* – în cultura europeană. La Noica – problema măsurii vieții e apreciată de omul contemporan european doar prin prisma finitudinii ei (problema morții), care în opinia lui Noica creează iresponsabilitate (creștinismul aspiră spre *altă* viață), „... neștiind ce să facă din *această* viață, în perspectiva alteia, de dincolo. ...Nu ieșirea din viață ar trebui să ne uimească și dea de gândit, ci intrarea în viață. Au trebuit să se focalizeze atâtea generații, atâtea coduri genetice, energii și fluizi, pentru ca fiecare dintre noi să-și fi făcut apariția pe lume. Ce extraordinar *kairos* a făcut cu puțință viețile noastre? Și cum să nu devii *responsabil* în fața unui asemenea prilej, ce ne-a fost hărăzit” [10]. Filosoful concluzionează la acest capitol, că *kairos*-ul culturilor încă nu e manifestat pe deplin și e timpul să prindem *kairosul* următor.

Studiul istoriei filosofiei moderne își are începutul în enciclopedismul lui Descartes, Leibniz, Kant și alții, or actualitatea concepțiilor lor pentru această temă constă în „genialitatea de presimțire” a intențiilor în toate domeniile științei (inginerie, medicină, matematici, filologie, fizică, astronomie). Noica simbolizează noțiunea de „enciclopedism” a filosofilor remarcăți mai sus „universalismului”, adică prin oportunitatea timpului contemporan – *kairos* și anume a „universalismului”, care concentrează știința filosofiei nu în „cuprindere”, care „deosebește și înstrăinează”, ci în „fundamentare”, care „cântărește și unifică” [11]. Meritul lui Leibniz în interpretarea lui Noica (sub influența lui Descartes sau nu) constă în ideea de statornicire a științei universale, în care principiul de bază a ordinii și măsurii determină dependența și succesiunea metodică a problemelor una de alta, or filosofia antică determină conceptele, iar filosofia lui Descartes și Leibniz valorifică Unificarea. Astfel, *kairos*-ul în principiul continuității (lui Leibniz) Noica îl caracterizează la etapa aceea în aprecierea de unificator al conștiinței omului contemporan. Astfel Noica elucidează aportul

filosofiei sec. al XVII-lea și începutul secolului al XIX-lea în aplicarea metodei și științelor matematice (algebra, geometria) ca metodică universală pentru alte domenii, ca știință universală. Noica afirmă „termodinamica spiritului”: „Eu am vrut lumea de azi, ei au pregătit-o, chiar dacă visul lor se întinde mult peste zarea noastră. Tot ce era invenție științifică și inovație tehnică îi interesa, iar posibilitățile noastre de comunicație, confortul nostru ingenios, i-ar fi încântat. Când se gândeau la o lume mai fericită, se gândeau și la una mai confortabilă. Noi trăim în ea, dar n-o mai înțelegem bine. Ei aveau o întregă metafizică pentru ea. ... Știința universală este atunci știința înțelepciunii; a acelei înțelepciuni care se caută peste tot, în toate disciplinele, și se găsește pe sine. ... Descartes cel dintâi ne-ar interzice să luăm o asemenea părere drept cunoștință adevărată. De aceea, a vorbi despre întinderea științei universale, despre adâncimea ei, despre roadele ei și, mai ales, despre reușita sau eșecul ei, nu e un lucru chibzuit” [12]. La fel Noica afirmă timpul *kairos* al momentului potrivit pentru invențiile lui Descartes, care depășește metodele de expunere și propune metodele de invenție (știința proporțională; înlocuirea câtimilor cunoscute cu litere mici și a celor necunoscute cu litere majuscule; reducerea geometriei la algebră) și construirea conceptului de știință universală, care nu a fost posibilă pe timpurile lui Descartes fără ideea de geometrie analitică. Descartes generalizează știința matematicilor prin conceptul de spirit omenesc, care se extinde peste alte discipline, or, confirmă noțiunea de știință universală. Noutatea lui Descartes este depășirea (dezvoltarea) metodelor de cercetare (cunoaștere), anume a intuiției și deducției, concentrarea cunoștințelor într-un singur „corp”, numit „știința (mathesis) universală”, adică știința matematicii are o funcție metodică. Putem concluziona, că momentul oportun de statornicire a științei universale se prinde în firul *Vremii* și în evoluția spiritualității. Precum Leibniz analizează și pune în baza cercetărilor și inovațiilor sale conceptele abordate de Descartes, ne revine și nouă astăzi străduința de a pune studiul filosofiei lui Noica în slujba filosofiei contemporane. Elucidăm din acest context noțiunea de concept abordată de Descartes și Leibniz până la conceptul de *Model* și *Timpul* lui Noica. De asemenea, se afirmă, că „unificarea metodelor într-o disciplină universală” este, în final scopul filosofiei, ținând cont de teoriile trecutului și înaintând în științele contemporane, ceea ce , de fapt, și e esența filosofiei. Noica apreciază înaintarea spre unitate în unison cu Timpul și revine la problema culturii, pe care o abordăm în acest context, adică dezvoltarea științelor nu

trebuie să rămână în faptele istorice, ci trebuie fundamentată prin metoda științei universale: „O nouă barbarie este în perspectivă, cu atât mai tulburătoare, cu cât e produsul culturii însăși...De aceea și spunem că totul l-aratrage în cultura veacului nostru, afară poate de filosofie. Nu pentru că n-are avea destul spirit filosofic. Ba pentru că are ceva mai mult decât noi. ...În sfârșit, interesul unei contradicții rezidă în actualitatea ei posibilă. O contradicție poate, în ea însăși interesa, pentru felul în care se pun problemele actuale. Dar ea poate interesa actualitatea și prin gravitatea ei sistematică, în cazul când sistemul pe care îl compromite continua să fie cercetat cu precădere” [13].

Noica, cu toate că a conceput această lucrare în debutul creației sale filosofice, nu numai că studiază (teza de doctorat), și contemplează sistemul Kantian din „interesul istoric” și din punct de vedere al contradicției sistematice, dar și menționează caracteristicile critice la problema lucrului în sine în retrospectiva *Timpului*. Filosoful exprimă atitudinea criticului Maimon privitor lucrului în sine, care în opinia ultimului, poartă doar un rol funcțional și este caracteristica „negativă a conștiinței”, apoi comparându-l cu științele matematice cantitative în „extindere”. Abordăm problema lucrului în sine în această lucrare din motivul aprecierii acestei noțiuni ca concept de „unitate sintetică” și nu de idee ca „unitate sistematică”, care în filosofia lui Kant au „valoare transcendentă”. Acest articol nu are disponibilitatea reflectării acestei categorii filosofice complexe și valoroase, însă *Kairos*-ul lucrului în sine este deosebit de actual și în timpurile noastre chiar menționat de Noica cu circa o sută de ani în urmă (lucrarea e scrisă în 1936).

Afirmarea lui C. Noica că cultura universală (europeană, greacă sau alta) este o reflectare și o „înțelegere a realității”, dar „formală”, „de adevăr matematic” și face o „invitație de exces” (în pofida apologetilor) pentru „un drum nou”: opoziția dintre geometrie-istorie. Conceptul că cultura noastră este de tip geometric se argumentează prin specificul acestei științi care raționalizează corelația elementelor din punct de vedere logic, nu numai matematic; se are în vedere ordinea spiritului: „Ceea ce caracterizează de la prima vedere o cultură, de tip geometric este idealul ei: știința universală, *Mathesis universalis*” [14]. *Kairos*-ul în acest concept constă în particularitatea culturii de a tinde către un sistem, către unificare. Cultura noastră (după Noica) este monoteistă, adică religia creștină înlocuiește „Dumnezeu-natură prin Dumnezeu-Spirit, deci cultura omenească

este relativă („după asemănarea și chipul nostru”), însă realitatea (știința și cultura) nu are nici un sens fără spirit și el se caută pe sine în lucruri doar „pentru a se explica”, adică spiritual omul dă „semnificații” și „valori” universului, construiește cultura geometric (o pune în ordine) și tinde spre știință – *Mathesis*. Noica aduce confirmarea că caracterul dominant al culturii noastre este „făcutul” – înțelesul geometric al științei (ipotezele abordate printr-o anumită metodă, care survin într-o concluzie), dar care nu este transcendent, rămâne închis în conștiință și se orientează către subiect în interior și „urmărită pe tot planul culturii. ... Cultura crește din excesul vieții aduse ei înseși, deci prelungește viața... E necesar câte o dată să uiți de viață. Sunt anumite împrejurări când trebuie să te depășești pe tine prin cultură (despre Pascal, construind figuri geometrice la durerea de dinți). Să te *înstrăinezi* prin cultură. Să pui distanțe în lăuntru tău. Nu face aceasta cultura?” [15], ceea ce și este în fapt filosofia. Pe când cultura se datorește unității în baza conștiinței de cultură. Accentuăm timpul potrivit de actualizare și dezvoltare a ipotezei lui Noica, că *culturile istorice* doar presupun realitatea, punând-o în prim-plan. Nu vom evalua în acest studiu polemica dintre tipurile de cultură geometrică (de formă) și istorică (de conținut), deoarece ambele se reduc la dialectică în afirmația lui Noica, ci abordăm punctul strident al contemporaneității de punere în primordialitate a bunurilor materiale contrar spiritualității!

Un autor mai contemporan, Alexandru Mironescu, reflectă categoria *Kairos* în lucrarea cu aceeași denumire „*Kairos. Eseu despre teologia culturii*”. Nu e accidental să găsim în această lucrare noțiunea de model, care se plasează în timpul istoric și regăsim afirmația lui C. Noica, că „tâlcul adânc al istoriei” este o „... istorie în care să fie implicate textura aceasta spirituală” [16]. În această ordine de idei actualizăm categoria *Kairos* expusă de A. Mironescu prin prisma articolelor lui M. Eminescu referitor la problema rusească elucidată „ca un mare jurnalist de factură occidentală”. Actualitatea acestei tematici este înfiorătoare, făcând o analogie între războaiele duse de Rusia la o diferență de două secole (1806-1812 – cu Turcia, 24 februarie 2022 – cu Ucraina) atenționat de A. Mironescu cu 30 de ani în urmă și la întrebarea pericolului sau consecințelor acestui eveniment pentru România și Republica Moldova găsim afirmația: „E o întrebare cardinală, pentru că noi aparținem în atâtea privințe civilizației occidentale, dar printr-o structură profundă, de răsărit, de care nu ne putem despărți și pe care nu o putem nici tăgădui. E posibil să trecem cu toate armele și bagaje-

le de partea Apusului? Nu cred, și apoi riscăm să fim totdeauna la remorca lui, vorbesc în sens spiritual, în sensul culturii; niște imitatori, niște mai-muțe, cum am și fost de la „marea revoluție pașoptistă”, în care a răsunat ca o ironie și ca o profeție funestă. „Bonjour, popor!” [17]. Și astăzi ne căznim să distingem și să clarificăm aceleași întrebări: dacă solidarizarea cu Rusia este „spre binele” dezvoltării spirituale și dacă avem o concepere clară a situației în rezultatul adordării materialului informativ de diverse concepții și interese. Eseul „*Kairos*” vede actualitatea vremii la sfârșit de mileniu, în unison cu opera lui Spengler ca analogie la regimul biologic a periodicității inevitabile de înflorire și degradare cu următoarea apreciere: „... Vremea aceasta e o vreme de răfuieți, de încheiere a socotelilor, la scară mare, este o vreme de *Judecată*, nu de Judecata de Apoi, nici de repetiție generală, dar una de repetiții s-ar putea să fie ..., până când într-o zi răfuiala va fi uriașă, incluzând întreaga umanitate...” [18]. E intrigantă desfășurarea spirituală a istoriei (am adăuga – cronologia timpului) prin prisma creștinismului, a ortodoxiei (ca punct comun și de reper între Răsărit și Apus), invocând pe Isus Hristos ca „realizare a chipului omenesc”.

Kairos se actualizează astăzi prin timpul primejdios de tentativă asupra integrității omului, ceea ce este, de fapt, întruchiparea personalității în Unitate-Integritate a Conștiinței Absolute. Autorul Alexandru Mironescu prevestește evenimentele de cumpănă și transformări la nivel mondial, punând accentul din nou pe rolul Rusiei: „această Rusie e călare, ca într-o șa, pe Europa și Asia, pe de o parte, iar pe de alta că se frământă să joace un rol planetar... Dar vor veni din nou Vremuri grele și primejdioase, popoarele cu puteri încă mai mari se vor amesteca și se vor cunoaște iarăși ca niște frați răi, iar oamenii își vor pune, pe o scară din ce în ce mai mare și în mod din ce în ce mai profund problema Omului și a Vieții” [19]. Confirmarea acestor preziceri e Pandemia COVID-19 și Războiul Rusiei asupra Ucrainei, care în mod direct sau indirect influențează și afectează orice Țară sau Țărișoară din lume, orice Personalitate sau Omuleț din orice colțișor de Terra și se solicită strident luarea de atitudine și nu ațâțarea spiritelor de prin culise.

- *Kairos* e înșelăciunea absolută a omului contemporan că materialitatea și banul e sinescopul vieții omenești;
- *Kairos* e absurditatea de extindere în exteriorizare (ecologii, noi resurse etc.), adică extravert, pe când adevăratul sens vine din interiorul divin și pur, adică intravert;

- *Kairos* e globalizarea economică și federalizarea de către cei preținși iluminatori de guvernare mondială împotriva umanității și valorilor spirituale de veacuri;
- *Kairos* e rolul spiritual al Culturii și al oamenilor de cultură cărora le revine rolul primordial de iluminare;
- *Kairos* e revigorarea spiritualității prin confruntarea și recontemplarea cu Divinitatea și nici de cum din placardele partidelor (aidoma unor SRL-uri mici) și statisticile de bilanțuri promițătoare, dar false din economie;
- *Kairos* e oportunitatea timpului, când puterile mari profită de hegemonia lor pentru intimidare statală și ambiții cotropitoare prin vecinătăți: „Tirania și distrugerea înfloresc la adăpostul acestor toleranțe. ... se pălăvrăgește despre pace și se trăiește bine de pe urma industriei de război care înarmează popoare barbare, rapace și primitive. Sau popoare care se bat, dar pe sub mână își vând armament ucigașilor împotriva lor înșele. Sau unii plătesc pe alții ca să se bată pentru ei”, este „balamucul zilelor noastre! [20].
- *Kairos* e dramatizarea și adâncirea crizei spirituale mai profund și catastrofal decât a celei economice, care trâmbează despre „calitatea vieții” în descreștere pentru anul 2022 mai mult decât oricând în ultimii 30 de ani.

Referințe bibliografice

1. Noica Constantin. Despre demnitatea Europei. București: Humanitas, 2012, p.172.
2. Shakespeare William. Shakespeare's sonnets (traducere de Teodor Boșca). Cluj: Editura Dacia, 1974, p.63.
3. Ibidem, pp.55, 37, 159, 285, 291, 47.
4. Ibidem, pp.79, 83, 279.
5. Ibidem, p.66.
6. Noica Constantin. Despre demnitatea Europei. București: Humanitas, 2012, pp.174, 176.
7. Prigojine Ilya. De la existență la devenire (traducere de Vasile Vasilescu și Alexandru Boiu). București: Editura Științifică, 1992, pp.7, 28.
8. Ibidem, p.201.
9. Noica Constantin. Despre demnitatea Europei. București: Humanitas, 2012, p.177.
10. Ibidem, pp.179-180.

11. Noica Constantin. Concepte deschise în istoria filosofiei la Descartes, Leibniz și Kant. București: Humanitas, 1995, pp.27-28, 32-34.
12. Ibidem, pp.55, 67.
13. Ibidem pp.131-132, 144.
14. Noica Constantin. Mathesis sau bucuriile simple. București: Humanitas, 1992, p.11.
15. Ibidem, pp.17, 20-21.
16. Mironescu Alexandru. Kairos. Eseu despre teologia istoriei. București: Editura Anastasia, 1996, p.19.
17. Ibidem, p.43.
18. Ibidem, p.49.
19. Ibidem, pp.112-113.
20. Ibidem, p.118.

PROTECTION AND PROMOTION OF THE RIGHTS OF THE CHILD: A DIACHRONIC APPROACH

Remus Runcan, dr., conf. univ.

Faculty of Educational Sciences, Psychology and Social Work
„Aurel Vlaicu” University from Arad, Romania

remus.runcan@uav.ro

ORCID 0000-0002-1282-4942

Patricia Runcan, dr. abilitat, conf. univ.

Faculty of Sociology and Psychology
West University of Timisoara, Romania

patricia.runcan@e-uvt.ro

ORCID 0000-0002-3346-0762

PROTECȚIA ȘI PROMOVAREA DREPTURILOR COPILULUI: O ABORDARE DIACRONICĂ

Această lucrare prezintă istoricul principalelor documente – carte, convenții, declarații și reguli – privind protecția și promovarea drepturilor copilului și, implicit, plasamentul și adopția copilului. Perioada analizată cuprinde aproape mai mult de șase decenii (din 1924 până în 1989). Acest tip de interes – separată sau legată de protecția și promovarea drepturilor

omului, în general, sau de protecția și promovarea altor drepturi (civile, culturale, economice, politice și sociale), în special – este veche de un secol în România, unde legislația trece printr-un proces continuu de adaptare din cauza provocărilor legate de migrație.

Introduction

Protection and promotion of children's rights in Romania has a history of almost a century. Everything began in 1924 with the „**Geneva Declaration of the Rights of the Child**” adopted 26 September 1924 [1], by the League of Nations (1920-1946) (United Nations precursor) – the first global intergovernmental organization whose main mission was to maintain peace in the world – but it was only 60 years later that **child placement** and **child adoption** came under scrutiny.

The main documents – charters, covenants, declarations, and rules – regarding the protection and promotion of the **rights of the child** and, implicitly, **child placement** and **child adoption**, are:

- **1924** – „**The Geneva Declaration of the Rights of the Child**” [1], the first document on human rights approved by an intergovernmental institution, containing five criteria regarding the rights of the child:
 - „1. The child must be given the means requisite for its normal development, both materially and spiritually;
 - 2. The child that is hungry must be fed; the child that is sick must be nursed; the child that is backward must be helped; the delinquent child must be reclaimed; and the orphan and the waif must be sheltered and succoured;
 - 3. The child must be the first to receive relief in times of distress;
 - 4. The child must be put in a position to earn a livelihood, and must be protected against every form of exploitation;
 - 5. The child must be brought up in the consciousness that its talents must be devoted to the service of fellow men”.
- **1948** – „**The Universal Declaration of Human Rights**” [2], which refers to the rights of the child:
 - „Article 25(2): Motherhood and childhood are entitled to special care and assistance. All children, whether born in or out of wedlock, shall enjoy the same social protection”.
 - „Article 26(3): Parents have a prior right to choose the kind of education that shall be given to their children”.

- **1959** – „*The Declaration of the Rights of the Child*”, stating 10 principles regarding the rights of the child:

„The child shall enjoy all the rights set forth in this Declaration. Every child, without any exception whatsoever, shall be entitled to these rights, without distinction or discrimination on account of race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth or other status, whether of himself or of his family.

- The child shall enjoy special protection, and shall be given opportunities and facilities, by law and by other means, to enable him to develop physically, mentally, morally, spiritually and socially in a healthy and normal manner and in conditions of freedom and dignity. In the enactment of laws for this purpose, the best interests of the child shall be the paramount consideration.
- The child shall be entitled from his birth to a name and a nationality.
- The child shall enjoy the benefits of social security. He shall be entitled to grow and develop in health; to this end, special care and protection shall be provided both to him and to his mother, including adequate pre-natal and post-natal care. The child shall have the right to adequate nutrition, housing, recreation and medical services.
- The child who is physically, mentally or socially handicapped shall be given the special treatment, education and care required by his particular condition.
- The child, for the full and harmonious development of his personality, needs love and understanding. He shall, wherever possible, grow up in the care and under the responsibility of his parents, and, in any case, in an atmosphere of affection and of moral and material security; a child of tender years shall not, save in exceptional circumstances, be separated from his mother. Society and the public authorities shall have the duty to extend particular care to children without a family and to those without adequate means of support. Payment of State and other assistance towards the maintenance of children of large families is desirable.
- The child is entitled to receive education, which shall be free and compulsory, at least in the elementary stages. He shall be given an education which will promote his general culture and enable him, on a basis of equal opportunity, to develop his abilities, his individual judgement, and his sense of moral and social responsibility, and to become a useful member of society. The best interests of the child shall be the guiding

principle of those responsible for his education and guidance; that responsibility lies in the first place with his parents. The child shall have full opportunity for play and recreation, which should be directed to the same purposes as education; society and the public authorities shall endeavour to promote the enjoyment of this right.

- The child shall in all circumstances be among the first to receive protection and relief.
- The child shall be protected against all forms of neglect, cruelty and exploitation. He shall not be the subject of traffic, in any form. The child shall not be admitted to employment before an appropriate minimum age; he shall in no case be caused or permitted to engage in any occupation or employment which would prejudice his health or education, or interfere with his physical, mental or moral development.
- The child shall be protected from practices which may foster racial, religious and any other form of discrimination. He shall be brought up in a spirit of understanding, tolerance, friendship among peoples, peace and universal brotherhood, and in full consciousness that his energy and talents should be devoted to the service of his fellow men”.
- **1966 – „*The International Covenant on Civil and Political Rights*”** [4], which mentions the rights of the child:
 - „Article 18 – 4. The States Parties to the present Covenant undertake to have respect for the liberty of parents and, when applicable, legal guardians to ensure the religious and moral education of their children in conformity with their own convictions”.
 - „Article 24 – 1. Every child shall have, without any discrimination as to race, colour, sex, language, religion, national or social origin, property or birth, the right to such measures of protection as axe required by his status as a minor, on the part of his family, society and the State. 2. Every child shall be registered immediately after birth and shall have a name. 3. Every child has the right to acquire a nationality”.
- **1966 – „*The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*”** [5], which also refers to the rights of the child:
 - „Article 10 – The States Parties to the present Covenant recognize that: 1. The widest possible protection and assistance should be accorded to the family, which is the natural and fundamental group unit of society, particularly for its establishment and while it is responsible for the care and education of dependent children. Marriage must be entered into

with the free consent of the intending spouses. 2. Special protection should be accorded to mothers during a reasonable period before and after childbirth. During such period working mothers should be accorded paid leave or leave with adequate social security benefits. 3. Special measures of protection and assistance should be taken on behalf of all children and young persons without any discrimination for reasons of parentage or other conditions. Children and young persons should be protected from economic and social exploitation. Their employment in work harmful to their morals or health or dangerous to life or likely to hamper their normal development should be punishable by law. States should also set age limits below which the paid employment of child labour should be prohibited and punishable by law”.

- „Article 12 – 1. The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. 2. The steps to be taken by the States Parties to the present Covenant to achieve the full realization of this right shall include those necessary for: (a) The provision for the reduction of the stillbirth-rate and of infant mortality and for the healthy development of the child”.
- „Article 13 – 3. The States Parties to the present Covenant undertake to have respect for the liberty of parents and, when applicable, legal guardians to choose schools for their children, other than those established by the public authorities, which conform to such minimum educational standards as may be laid down or approved by the State and to ensure the religious and moral education of their children in conformity with their own convictions”.
- 1974 – ***„The Declaration on the Protection of Women and Children in Emergency and Armed Conflict”*** [6], which asks for the strict observance of the following:
 - „1. Attacks and bombings on the civilian population, inflicting incalculable suffering, especially on women and children, who are the most vulnerable members of the population, shall be prohibited, and such acts shall be condemned.
 - 2. The use of chemical and bacteriological weapons in the course of military operations constitutes one of the most flagrant violations of the Geneva Protocol of 1925, the Geneva Conventions of 1949 and the principles of international humanitarian law and inflicts heavy losses

on civilian populations, including defenceless women and children, and shall be severely condemned.

- 3. All States shall abide fully by their obligations under the Geneva Protocol of 1925 and the Geneva Conventions of 1949, as well as other instruments of international law relative to respect for human rights in armed conflicts, which offer important guarantees for the protection of women and children.
- 4. All efforts shall be made by States involved in armed conflicts, military operations in foreign territories or military operations in territories still under colonial domination to spare women and children from the ravages of war. All the necessary steps shall be taken to ensure the prohibition of measures such as persecution, torture, punitive measures, degrading treatment and violence, particularly against that part of the civilian population that consists of women and children.
- 5. All forms of repression and cruel and inhuman treatment of women and children, including imprisonment, torture, shooting, mass arrests, collective punishment, destruction of dwellings and forcible eviction, committed by belligerents in the course of military operations or in occupied territories shall be considered criminal.
- 6. Women and children belonging to the civilian population and finding themselves in circumstances of emergency and armed conflict in the struggle for peace, self-determination, national liberation and independence, or who live in occupied territories, shall not be deprived of shelter, food, medical aid or other inalienable rights, in accordance with the provisions of the Universal Declaration of Human Rights, the International Covenant on Civil and Political Rights, the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, the Declaration of the Rights of the Child or other instruments of international law”.
- **1985 – „*The United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (‘The Beijing Rules’)*” [7]:**
- „Article 2 – 2.2. For purposes of these Rules, the following definitions shall be applied by Member States in a manner which is compatible with their respective legal systems and concepts: (a) A juvenile is a child or young person who, under the respective legal systems, may be dealt with for an offence in a manner which is different from an adult; (c) A juvenile offender is a child or young person who is alleged to have committed or who has been found to have committed an offence”.

- „Article 4 – 4.1. In those legal systems recognizing the concept of the age of criminal responsibility for juveniles, the beginning of that age shall not be fixed at too low an age level, bearing in mind the facts of emotional, mental and intellectual maturity”.
- „Article 13 – 13.2. Whenever possible, detention pending trial shall be replaced by alternative measures, such as close supervision, intensive care or placement with a family or in an educational setting or home”.
- „Article 18 – 18.2. No juvenile shall be removed from parental supervision, whether partly or entirely, unless the circumstances of her or his case make this necessary”.
- **1986 – „*The Declaration on Social and Legal Principles relating to the Protection and Welfare of Children, with Special Reference to Foster Placement and Adoption Nationally and Internationally*”** [8], containing principles regarding general family and child welfare and child placement and adoption:
 - „Article 5 – In all matters relating to the placement of a child outside the care of the child’s own parents, the best interests of the child, particularly his or her need for affection and right to security and continuing care, should be the paramount consideration.
 - Article 6 – Persons responsible for foster placement or adoption procedures should have professional or other appropriate training”.
 - „Article 8 – The child should at all times have a name, a nationality and a legal representative. The child should not, as a result of foster placement, adoption or any alternative regime, be deprived of his or her name, nationality or legal representative unless the child thereby acquires a new name, nationality or legal representative”.
 - „Article 10 – Foster placement of children should be regulated by law.
 - Article 11 – Foster family care, though temporary in nature, may continue, if necessary, until adulthood but should not preclude either prior return to the child’s own parents or adoption.
 - Article 12 – In all matters of foster family care the prospective foster parents and, as appropriate, the child and his or her own parents should be properly involved. A competent authority or agency should be responsible for supervision to ensure the welfare of the child.
 - Article 13 – The primary aim of adoption is to provide the child who cannot be cared for by his or her own parents with a permanent family.

- Article 14 – In considering possible adoption placements, persons responsible for them should select the most appropriate environment for the child.
- Article 15 – Sufficient time and adequate counselling should be given to the child’s own parents, the prospective adoptive parents and, as appropriate, the child in order to reach a decision on the child’s future as early as possible.
- Article 16 – The relationship between the child to be adopted and the prospective adoptive parents should be observed by child welfare agencies or services prior to the adoption. Legislation should ensure that the child is recognised in law as a member of the adoptive family and enjoys all the rights pertinent thereto.
- Article 17 – If a child cannot be placed in a foster or an adoptive family or cannot in any suitable manner be cared for in the country of origin, intercountry adoption may be considered as an alternative means of providing the child with a family.
- Article 18 – Governments should establish policy, legislation and effective supervision for the protection of children involved in intercountry adoption. Intercountry adoption should, wherever possible, only be undertaken when such measures have been established in the States concerned.
- Article 19 – Policies should be established and laws enacted, where necessary, for the prohibition of abduction and of any other act for illicit placement of children.
- Article 20 – In intercountry adoption, placements should, as a rule, be made through competent authorities or agencies with application of safeguards and standards equivalent to those existing in respect of national adoption. In no case should the placement result in improper financial gain for those involved in it.
- Article 21 – In intercountry adoption through persons acting as agents for prospective adoptive parents, special precautions should be taken in order to protect the child’s legal and social interests.
- Article 22 – No intercountry adoption should be considered before it has been established that the child is legally free for adoption and that any pertinent documents necessary to complete the adoption, such as the consent of competent authorities, will become available. It must also be established that the child will be able to migrate and to join the prospective nationality. adoptive parents and may obtain their nationality

- Article 23 – In intercountry adoption, as a rule, the legal validity of the adoption should be assured in each of the countries involved”.
- **1989 – „*The United Nations Convention on the Rights of the Child*”** [9], which defines the **child** as “every human being below the age of 18 years unless under the law applicable to the child, majority is attained earlier”, details the rights and basic priorities of the child, and tackles the issues of child placement and adoption:
 - „Article 20 – 3. Such care could include, inter alia, foster placement, kafalah of Islamic law, adoption or, if necessary, placement in suitable institutions for the care of children. When considering solutions, due regard shall be paid to the desirability of continuity in a child’s upbringing and to the child’s ethnic, religious, cultural and linguistic background”.
 - „Article 21 – States Parties that recognize and/or permit the system of adoption shall ensure that the best interests of the child shall be the paramount consideration and they shall: (a) Ensure that the adoption of a child is authorized only by competent authorities who determine, in accordance with applicable law and procedures and on the basis of all pertinent and reliable information, that the adoption is permissible in view of the child’s status concerning parents, relatives and legal guardians and that, if required, the persons concerned have given their informed consent to the adoption on the basis of such counselling as may be necessary; (b) Recognize that inter-country adoption may be considered as an alternative means of child’s care, if the child cannot be placed in a foster or an adoptive family or cannot in any suitable manner be cared for in the child’s country of origin; (c) Ensure that the child concerned by inter-country adoption enjoys safeguards and standards equivalent to those existing in the case of national adoption; (d) Take all appropriate measures to ensure that, in inter-country adoption, the placement does not result in improper financial gain for those involved in it; (e) Promote, where appropriate, the objectives of the present article by concluding bilateral or multilateral arrangements or agreements, and endeavour, within this framework, to ensure that the placement of the child in another country is carried out by competent authorities or organs”.
 - „Article 25 – States Parties recognize the right of a child who has been placed by the competent authorities for the purposes of care, protection or treatment of his or her physical or mental health, to a periodic

review of the treatment provided to the child and all other circumstances relevant to his or her placement”.

Evolution of the Protection and Promotion of the Rights of the Child

As mentioned above, **child placement** and **child adoption** had to wait 60 years to be properly detailed. Table 1 below shows the evolution of the debates over the issues of the rights of the child, child placement and child adoption over the years as reflected in the documented detailed above.

Table 1. Evolution of the debates over the issues of the rights of the child, child placement and child adoption between 1924 and 1989

Year of Issue	The Rights of the Child	Child Placement	Child Adoption
1924	+	-	-
1948	+	-	-
1959	+	-	-
1966 (ICCPR)	+	-	-
1966 (ICESCR)	+	-	-
1974	+	-	-
1985	+	+	+
1986	+	+	+
1989	+	+	+

Undoubtedly, of the three documents approaching the issues of child placement and child adoption, „*The Declaration on Social and Legal Principles relating to the Protection and Welfare of Children, with Special Reference to Foster Placement and Adoption Nationally and Internationally*” from 1986 is the most important and it inspired national legislation on adoption (e.g., *Law no. 273 of 21 June 2004 on the adoption procedure*) [10].

It is interesting to note that, no matter the focus of the documents presented above (the rights of the child, child placement, child adoption), they all stress the idea of **family preservation**, possible only when the State acts “to enable children to stay with a family despite severe problems that prevented good parenting” to avoid child abandonment, abuse, or neglect, child removal from the home and child placement or child adoption (Adamc & Miller, 2007) [11]. According to Article 10, 1, of „*The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*” from 1966, **family** is

“the natural and fundamental group unit of society”, and “the parents have not only the right to care for and supervise their children but also the responsibility to do so”. Likewise, Rule 18.2 of „*The United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (‘The Beijing Rules’)*” from 1985 had already emphasised the importance of the family, requiring that the separation of children from their parents [through placement or adoption] be a measure of last resort – “only when the facts of the case clearly warrant this grave step (for example child abuse).”

Conclusions

The concern for the **protection and promotion of the rights of the child** (separated or linked to the *protection and promotion of human rights*, in general, or to the *protection and promotion of other rights – civil, cultural, economic, political, and social*, in particular) is a century old in Romania, but **child placement** and **child adoption** had to wait six decades to be properly tackled.

„*The Declaration on Social and Legal Principles relating to the Protection and Welfare of Children, with Special Reference to Foster Placement and Adoption Nationally and Internationally*” is a seminal document inspiring national legislation on placement and adoption. However, despite the clear specification of child placement and child adoption, the underlying idea of these documents is to preserve the family to avoid child abandonment, abuse, or neglect (within one’s own family), child removal from the home by accredited institutions and child placement or child adoption – be it in professional settings.

References

1. The Geneva Declaration of the Rights of the Child. Adopted by the League of Nations on 26 September, 1924. Geneva.
2. The Universal Declaration of Human Rights. Adopted by the United Nations General Assembly of its 183rd meeting, held in Paris on 10 December 1948. Paris.
3. The Declaration of the Rights of the Child. Adopted by UN General Assembly Resolution 1386 (XIV) of 10 December 1959. New York, NY: U.N.O.
4. The International Covenant on Civil and Political Rights. 1966. New York, NY: U.N.O.
5. The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. New York, NY: U.N.O.

6. The Declaration on the Protection of Women and Children in Emergency and Armed Conflict. Proclaimed by General Assembly resolution 3318 (XXIX) of 14 December 1974. New York, NY: U.N.O.
7. United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (“The Beijing Rules”). Adopted by General Assembly resolution 40/33 of 29 November 1985. New York, NY: U.N.O.
8. The Declaration on Social and Legal Principles relating to the Protection and Welfare of Children, with Special Reference to Foster Placement and Adoption Nationally and Internationally. Adopted by General Assembly resolution 41 (85) of 3 December 1986. New York, NY: U.N.O.
9. The United Nations Convention on the Rights of the Child. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly Resolution 44/25 of 20 November 1989. New York, NY: U.N.O.
10. Legea nr. 273 din 21 iunie 2004 privind procedura adopției republicată. Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 739, din 23 septembrie 2016.
11. Adamec, Christine. Miller Laurie C. The Encyclopedia of Adoption, Third Edition. New York: Facts On File, 2007.

ASPECTE BIOETICE ÎN CONSULTUL MEDICO-GENETIC

Mariana Sprincean^{1,2}, dr.hab. șt. med, conf. univ.

Svetlana Hadjiu^{1,2}, dr. hab. șt. med, prof. univ.

Stela Racovița¹, doctorand, asist. univ.

Olga Tihai¹, doctorand, asist. univ.

Cristina Popa¹, doctorand

Aliona Dumitraș¹, doctorand

Ninel Revenco^{1,2}, dr. hab. șt. med, prof. univ.

¹Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

„Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

²IMSP Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, R. Moldova

mariana.sprincean@usmf.md

BIOETHICAL ASPECTS IN MEDICO-GENETIC CONSULTATION

In the article are emphasized several aspects related to implementation of bioethical concepts in prenatal genetic diagnostic activity. Principles and values of bioethics lat a deep trace on medicine as well as on prenatal genetic diagnostics and medical-genetic counseling and become important

leads in everyday medical activity in the way of its modernization and effectiveness.

Domeniul bioeticii ca o realitate nouă în lumea contemporană a lăsat o amprentă adâncă în diagnosticul prenatal și consultul medico-genetic prin influența profundă a unor asemenea principii și valori precum: respectul pentru viață în general, pentru om și demnitatea lui, respectul pentru pacient, pentru binele său, autonomia sa în cadrul actului medical.

Aspectele bioetice ale cercetărilor medico-genetice, inclusiv cele cu referire la diagnosticul prenatal, la etapa actuală de dezvoltare a științei, continuă să merite o atenție deosebită, la fel ca și aspectele metodice, clinice și cele legate de perfecționarea organizațională a asistenței medico-genetice. Evoluția continuă a societății și dezvoltarea fulminantă a tehnologiilor biomedicale și geneticii medicale, înaintează aspectele bioetice pe prim plan. Anume aspectele etice în genetica medicală și tehnologiile genetice au fost obiectul atenției deosebite a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS, 1998) și de nenumărate ori au fost revăzute în literatura de specialitate [4].

În acest context, în cadrul consultului medico-genetic și diagnosticul prenatal al bolilor ereditare în relația dintre medic-pacient se impune respectarea principiilor bioetice. Recomandările practice se bazează pe următoarele principii generale și fundamente ale bioeticii medicale precum:

1. *Principiul justiției* care presupune evaluarea riscului, minimalizarea riscului și maximalizarea beneficiilor pentru pacient și familia acestuia.

2. *Principiul responsabilității și libertății* se referă la volumul de libertate ce este proporțional cu responsabilitatea, cu cât mai multă libertate posedă atât medicul cât și pacientul, cu atât mai multă responsabilitate are. Principiul responsabilității și libertății pacientului cât și a medicului constă în asumarea riscului de către pacientă a nașterii copilului cu boli genetice, fapt ce reprezintă o libertate individuală inalienabilă, dar care este corelată la nivelul fiecărei viitoare mame cu o responsabilitate în față societății, dar și față de membrii familiei sale. Responsabilitatea medicului constă în reducerea riscului prin informare, evaluare exactă și cunoaștere a gradului de risc.

3. *Principiul acordului informat* presupune ca consultul medico-genetic să includă o informare deplină a pacientului referitor la riscul, caracterul bolii, metodele de profilaxie etc. cu scopul obținerii acordului pacientului de a fi consiliat medico-genetic în cadrul consultului medico-genetic. Pacientul are dreptul să-și dea acordul său benevol, nesilit de nimeni, bazân-

du-se pe informare deplină, pentru efectuarea testelor genetice sau oricăre altă metodă de diagnostic.

4. *Principiul moralității* presupune ca acțiunile medicului trebuie să fie morale, în concordanța cu normele etice generale (să fie onest, să respecte demnitatea, interesele, autonomia pacientului).

5. *Principiul accesibilității la serviciile medico-genetice* se referă la implicarea cât mai multor pacienți ce necesită asistența medico-genetică prin reducerea barierelor dintre ei și medic-genetician.

6. *Principiul eficienței și utilității*, pentru prevenirea nașterii copiilor cu maladii genetice vizează acțiunile colaboratorilor medicali pentru obținerea unei creșteri a eficienței măsurilor profilactice și micșorarea incidenței erorilor medicale în diagnostic prin gradul înalt de calificare a specialiștilor.

7. *Principiul confidențialității* informației medicale și genetice urmărește confortul pacientului și fortificarea relațiilor sale atât cu medicul genetician, cât și cu întreg sistemul de asistență medico-genetică căci datele furnizate de către el medicului, ca și informația constatată în urma analizelor sau cu privire la posibilele riscuri de boli genetice la urmași, poartă un caracter confidențial.

Potrivit acestor principii de bază, asistența medico-genetică, inclusiv diagnosticul prenatal, trebuie prestate celor ce au nevoie de ea, potrivit cu indicațiile medicale, indiferent de nivelul veniturilor acestora și altor condiții sociale și juridice. Diagnosticul prenatal (DP) se bazează pe principiul „benevol”. Esența și valoarea diagnosticului prenatal este determinată în special de informația cu privire la genotipul și manifestările fenotipice la fetuși și evitarea nașterii copiilor cu patologii genetice. Aceste aspecte sunt analizate din toate punctele de vedere luându-se în considerație pronosticul vital, calitatea vieții.

Consultul medico-genetic trebuie să anticipeze diagnosticul prenatal. Medicul genetician oferă femeii (cuplului) informația clinică ce se referă la afecțiunea discutată, evoluția bolii, inclusiv termenii de manifestare [2]. După confirmarea diagnosticului orice decizie, luată de femeie sau de cuplu, trebuie primită cu respect și ocrotită în limitele drepturilor familiei și normelor juridice, ce determină principiile sociale și culturale ale fiecărei țări. Doar părinții și în nici un caz lucrătorii medicali, iau decizii în privința sorții fătului. Consultul medico-genetic repetat se efectuează la indicații în cazul diagnosticului prenatal invaziv și altor teste genetice neinvazive și de laborator. Corespunzător, familia primește informații complete și semnea-

ză „Acordul informat cu privire la investigația sau testul genetic”, iar medicul genetician în activitatea sa clinică se conduce de principiile bioetice de bază și trebuie să ofere familiei următoarele informații:

- Denumirea exactă și caracteristica generală a patologiilor, care pot fi diagnosticate în rezultatul DP. Se va menționa influența stării asupra viitorului copil, părinților și membrilor familiei acestuia.
- Calcularea riscului genetic și descrierea probabilității că copilul poate fi bolnav. Riscul poate fi exprimat în procente, proporții sau prin cuvinte.
- Posibilitatea rezultatelor analizelor nedorite și cazurilor sporadice (întâmplătoare), mutații „de novo”. Probabilitatea obținerii datelor de laborator și ecografice informative pentru diagnostic și profilaxia bolilor ereditare.
- Resursele de ameliorare a dezvoltării copilului născut cu patologie genetică, inclusiv și tratamentul medicamentos și suportul social, de care pot beneficia părinții.
- Căile posibile de soluționare a problemei, dacă copilul va fi bolnav. De exemplu, nașterea și educarea copilului în familie sau instituția medicală de stat, refuzul și acordarea dreptului pentru înfiere, întreruperea sarcinii, tratamentul fătului în timpul gravidității sau imediat după naștere.
- Explicarea anumitor legături de transmitere al bolilor ereditare (mendelian, multifactorial, mutații „de novo”), a unor principii de tratament, rezistența la terapia simptomatică a bolilor ereditare, căci majoritatea patologiilor și malformațiile fetale diagnosticate nu se tratează prenatal.
- Nici un test genetic nu poate da garanția deplină în ce privește sănătatea copilului, deoarece există multe patologii monogenice, care nu se manifestă până la naștere sau au un debut tardiv a manifestărilor clinice (coreea Huntington, sindromul Marfan, neurofibromatoza Recklinhausen). Mai mult ca atât, specialiștii pot fi incomplet informați, dacă această familie are un anumit risc pentru o anumită afecțiune (există situații când ambii soți pot fi purtători a aceleiași mutații genetice în stare heterozigotă și riscă să transmită o afecțiune genetică autozomal-recesivă gravă).
- Informarea cu privire la existența programelor de screening neinvaziv, precum screeningul biochimic ce reprezintă prima etapă de diagnosticare prenatală ce nu permite stabilirea diagnosticului definitiv concret.
- Denumirea și adresa organizațiilor specializate pentru persoanele cu patologii, diagnosticate la fetuși, cu care se poate de contactat la necesitate.

Principiile bioetice enumerate mai sus și aspectele ce reglementează consultul medico-genetic, inclusiv și diagnosticul prenatal, poartă un caracter general și prin toată amploarea sa nu pot prevedea toate complicațiile organizaționale și clinice cu care permanent se confruntă medicul genetician. Bineînțeles că trebuie de luat în considerare și posibilitățile testărilor genetice ce se schimbă și se dezvoltă atât de rapid.

În unele situații și cazuri când sunt diagnosticate patologii grave la făt incompatibile cu viața, avortul terapeutic, până la termenul de 22 s.a, poate și trebuie să devină o soluție salvatoare, deoarece mai important este să trăiești, dar să trăiești sănătos. Decizia de a păstra sau nu sarcina revine cuplului, părinților și/sau viitoarei mame. Uneori, din motive religioase sau altele, familia nu dorește să întrerupă sarcina chiar în cazul prezenței patologiei congenitale sau ereditare grave la făt. Mult depinde de statutul social și cultural, naționalitatea viitorilor părinți. Într-un șir de familii domină motive personale. Unele cupluri sunt gata să efectueze diagnosticul prenatal și să întrerupă sarcina în cazul diagnosticării unor patologii fetale grave, altele chiar și în cazul unui risc înalt pentru afecțiuni ereditare sau congenitale grave refuză diagnosticul prenatal invaziv, iar după constatarea diagnosticului definitiv nu sunt de acord cu acesta și speră la un miracol.

Actualmente biotehnologiile moderne ca fenomen specific etapei contemporane de dezvoltare a științei în genere, dar și ca exponent al dezvoltării vertiginoase a progresului tehnico-științific, lasă o amprentă adâncă în conștiința umană prin multiplele referințe și mize cu o încărcătură și implicație profundă în domeniul percepției tradiționale a sferei medicale [5]. Dezvoltarea tehnologiilor biomedicale pe parcursul ultimilor decenii a schimbat principial situația pentru multe familii din grupul de risc genetic, care au o probabilitate crescută de naștere a copiilor cu patologii ereditare și congenitale.

În Republica Moldova diagnosticul prenatal genetic se utilizează tot mai larg, iar posibilitățile lui în profilaxia bolilor ereditare și congenitale cresc rapid bucurându-se de succese remarcabile. Astfel, diagnosticul prenatal pentru anomalii cromozomiale și malformații congenitale se realizează la nivel populațional prin intermediul testelor de screening biochimic și ecografic, precum și tehnologii de diagnostic citogenetic prenatal. Ca metode neinvazive de diagnostic prenatal al afecțiunilor genetice, inclusiv al malformațiilor congenitale, menționăm screening-ul biochimic (triplu test), care presupune examinarea nivelului alfa-fetoproteinei, gonadotropinei corionice și estriolului neconjugat. Dintre metodele invazive de diagnostic

prenatal cel mai frecvent se indică amniocenteza, cu studiul cariotipului fetal la a 16 – 18 s. a. Cunoașterea și efectuarea testărilor prenatale în I și al II- lea trimestru de sarcină trebuie să devină prioritară. Oricine poate intra în categoria de risc genetic sporit, iar implicarea unui specialist și respectarea indicațiilor acestuia de către femeia însărcinată justifică necesitatea efectuării testelor prenatale. Screening-ul prenatal oferă posibilitatea diagnosticării timpurii a afecțiunilor fetale grave la termene precoce de sarcină [1,6]. Totodată, permite selectarea unui grup de gravide pentru diagnosticul prenatal invaziv – amniocenteza, prin cercetarea citogenetică sau molecular genetică a culturilor de amniocite fetale.

Diagnosticul prenatal are o însemnătate excepțională pentru consultul medico-genetic, deoarece permite trecerea de la probabilitate la prognosticul concret a sănătății copilului în grupele cu risc genetic înalt pentru anomalii cromozomiale și unele boli monogenice. Selecția gravidelor pentru diagnosticul prenatal este efectuată de medicii geneticieni conform indicațiilor clinice: anamneza, eredocolaterală agravată, vârsta avansată a genitorilor, nașterea anterioară a copiilor cu patologie cromozomială, părinți purtători de aberații cromozomiale echilibrate sau mozaici, marcheri ecografici pentru patologia cromozomială, acțiunea factorilor mutageni asupra embrionului în primul trimestru de sarcină, nașterea anterioară a copiilor cu malformații congenitale unice sau multiple, cupluri cu avorturi spontane repetate în anamneză etc.

În cadrul consultului medico-genetic aspectele diagnosticului prenatal trebuie discutate din timp, până la apariția gravidității [3,7]. La întocmirea concluziei medico-genetice este necesar nu numai de a discuta posibilitatea diagnosticului prenatal pentru familia consultată, dar și de a concretiza spectrul persoanelor înrudite, cărora DP ar fi indicat. Efectuarea acestor consultații în timpul sarcinii uneori este nedorită. Aceasta se explică nu numai de lipsa reală de timp ce ține de efectuarea metodelor DP, dar și de faptul că femeia însărcinată, soțul și membrii familiei acestora pe de o parte nu pot aprecia corect toate aspectele pro și contra procedurilor de diagnostic prenatal, și pe de altă parte nu pot efectua o profilaxie pre- și postconcepțională în timp util și informativ.

Concluzii:

1. Principiile și valorile bioetice devin recomandări și postulate obligatorii de urmat în activitatea de zi cu zi în cadrul diagnosticului

genetic prenatal și al consultului medico-genetic în vederea eficientizării și modernizării relațiilor curative ca și din motivul necesității racordării sistemului medical autohton la prevederile internaționale.

2. Diagnosticul bolilor genetice, utilizând tot spectrul de biotehnologii, se efectuează în perioada prenatală. Datorită screening-ului ultrasonografic și biochimic, analizelor citogenetice și molecular-genetice acesta a devenit aplicabil în cazul a sute de patologii ereditare și malformații congenitale.

3. Metodele de diagnostic prenatal sunt considerate a fi teste sigure, aplicate pe scară largă, iar specialistul, medicul genetician în cadrul consilierii medico-genetice, în conformitate cu imperativele bioetice, informează corect și complet, pe înțelesul probandului, rolul, avantajele, gradul de risc, indicațiile și contraindicațiile acestor investigații.

Referințe bibliografice

1. Gorduza E. V. Compendiu de genetică umană și medicală. Red. Eusebiu Vlad Gorduza. Iași: Tehnoprogress, 2007, p.437.
2. Бочков Н.П. Медико-генетическое консультирование по поводу мутагенных и тератогенных воздействий. In: Медицинская генетика. 2009, Т. 8, № 1, p.5.
3. Вахарловский В.Г. Особенности медико-генетического консультирования беременных и проблемы фетологии. In: Журн. акушерства и женских болезней. 2007, Т. LVI, вып. 1, с.141-143.
4. Пренатальная диагностика наследственных и врожденных болезней. Под ред. Э. К. Айламазяна, В.С. Баранова. 2-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2007.
5. Спринчан М.Л. Роль медико-генетического консультирования в модернизации общества. In: Материалы международной научной заочной конференции «Модернизация науки и общества: вызовы и ответы», Российская Федерация, Республика Мордовия, г. Саранск, 10 мая 2011.. Саранск, 2011.
6. Sprincean, M., Revenco, N., Etco, L., Calcii, C., Lupusor, N., Hadjiu, S. Differential diagnosis of cerebral palsies with some neurogenetic pathologies. In: The Romanian Journal of Child and Adolescent Neurology and Psychiatry. 2018, vol. 24, nr. 1, pp.5-19.
7. Sprincean, M., Barbova, N., Halabudenco, E., Ețco, L., Ușurelu, N., Secieru, V., Nour, V., Sacara, V., Stratila, M. Rolul consultului medico-genetic în profilaxia bolilor genetice prin diagnostic citogenetic prenatal. În: Buletin de Perinatologie. 2016, nr. 1(69), pp.31-38.

ОРГАНИЗАЦИЯ УПРАВЛЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ С ПОЗИЦИЙ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Татьяна Дегтяренко, доктор мед. наук, профессор
Владислав Коджебаш, канд. с.-х. наук, доцент
Кафедра биологии и охраны здоровья,
Южноукраинский национальный педагогический университет
имени К.Д. Ушинского, Одесса, Украина
korj_@ukr.net

ORGANIZATION OF MOTOR ACTIVITY MANAGEMENT BY THE PSYCHOPHYSIOLOGICAL APPROACH

The basis of the psychological and psychophysiological mechanisms of functioning is the orienting-exploratory brain activity, which is resumed each time when disagreements are revealed between the planned motor task "action plan" and the result of the motor action at each stage of motor activity control organizing. The article describes five hierarchical levels of human motor activity control and the events occurring on each of them. The internal mechanisms of motor actions differ from the external ones, but at the same time, unity in the goals and subject content of the planned motor program is preserved.

Организация управления двигательной активностью изначально инициируется специфическими сенсорными комплексами, выступающими основой актуализации ощущений личности, энграм, драйвов, т. е. им принадлежит роль биологической мотивации, которая формирует оценку биологической целесообразности будущего поведенческого акта [1, 3, 10].

Психологическое состояние, как известно, определяют такие психофизиологические составляющие, как активизационная, гностическая, мотивационная, эмоциональная и мнестическая [4]. Необходимо подчеркнуть, что эмоционально-волевой тонус личности рассматривается как «маяк» поведения человека, имеющий проявление и в регуляции двигательной активности. Образование ассоциативных контактов между разными участками психофункциональных систем мозга с

использованием обратных связей между ними и внутри них приводит к критическому анализу информационных сигналов разной модальности, а это актуализирует старые и создает надлежащие условия для построения новых энграм. Афферентный синтез обеспечивает переход от элементарных до более сложных сенсомоторных синтезов и приводит к тонкой дифференциации ощущений.

В дальнейшем, в онтогенезе происходит последовательное укрупнение информационных сенсомоторных блоков и наконец впервые (в разные сроки для каждого индивида) образуются условия для полноценного формирования необходимой ориентировочно-исследовательской деятельности мозга – определение целей, мотивации, эмоциональной реакции и волевых усилий по созданию психического образа действия [1, 4, 10]. Благодаря образованию в процессе индивидуального развития многочисленных ассоциаций в неокортексе, которые должны участвовать в управлении конкретными формами поведения личности, обеспечивается оптимальная жизнедеятельность организма, как единого целого [8]. Окончательное завершение оформления специфических сенсомоторных комплексов, специфических сенсорных синтезов, переход от реактивной формы отображения (ощущений) к активной перцепции, усложнение механизмов ориентировочно-исследовательской деятельности мозга, мотивационно-познавательной и эмоционально-чувственной сфер, а также актуализация старых и формирование новых энграмм в арсеналах памяти личности в своей совокупности обеспечивают становление сложнокоординационных видов двигательной деятельности в индивидуальном развитии человека [3, 4, 5].

Вышеприведенное обобщение свидетельствует о сопряженности психологических и нейрофизиологических механизмов, обуславливающих оптимальную двигательную активность человека. Дальнейшая разработка сложной проблемы управления психомоторикой личности находится на пересечении научных достижений нейрофизиологии и когнитивной психологии, а это обуславливает целесообразность рассмотрения ее теоретических основ в концепте психофизиологического подхода.

В функционировании систем управления двигательной деятельностью центральная роль принадлежит правомерному формированию образа нужного будущего, который и осуществляет запуск тех психофизиологических механизмов, которые обеспечивают индивиду построение смысловой структуры и задачи двигательного действия

и определяют соответствующую очередность запуска определенных локомоторных звеньев при реализации двигательной деятельности. Психофизиологические механизмы, которые программируют и дифференцируют элементы двигательного акта по конкретным синергиям на основании внутренних обратных связей обеспечивают согласование намерений двигательных действий с той ситуацией, которая определяется индивидом на основании анализа информационных стимулов внутреннего и внешнего генеза.

Информационные сигналы для организации управления двигательной активностью на основании специфических сенсорных комплексов, специфических сенсомоторных синтезов, онтогенетических энграм, сформированных координационных образов в дальнейшем поступают эфферентными путями в исполнительные структуры опорно-двигательного аппарата, что и приводит к выполнению конкретного двигательного действия [1, 3, 4]. Информационные ответы индивида продолжают функционировать и совершенствоваться благодаря использованию обратных связей: афферентация от проприоцепторов и рецепторов других анализаторов; своевременная корректировка локомоций эфферентными путями. Кодирование информационных сигналов, их аналитический синтез и личностная интерпретация привлекают необходимые психофизиологические механизмы для управления психомоторной организации, и благодаря им индивид в состоянии вносить соответствующие правки и коррекции в собственные формы двигательной деятельности. Одновременно осуществляется запоминание сформированной в реальном времени программы движения и использованных в данный момент адекватных или неадекватных способов управления двигательной активностью, имеющей отношение к формированию онтогенетической энграммы, моторному образу движения, образам выполнения движения локомоторного действия. Вышеуказанное актуализирует функционирование существующих двигательных автоматизмов и стереотипов поведения и создает основу для создания новых, уже усовершенствованных форм двигательной активности.

Реализация сопряженной работы психологических и психофизиологических механизмов происходит на всех иерархических уровнях управления двигательной активностью[2]. На регуляторном А-уровне формируется первая матрица организации психомоторики, она использует внутреннюю афферентацию и обеспечивает условия для

актуализации и функционирования безусловных рефлексов, филогенетических энграм, специфических сенсорных комплексов, дифференциацию ощущений и образование специфических сенсомоторных синтезов. Вторая матрица программы управления движениями формируется уже на базе В-уровня; благодаря связи с экстрапирамидной (субкортикальной) системой она обеспечивает управление различными мышечными группами (основные, вспомогательные и сопутствующие группы мышц) и способствует формированию динамически устойчивых движений на основе тангорецепторной афферентации. Регуляторный В-уровень организации управления движениями обеспечивает построение движений, их шифрование и коррекцию на основании использования схематического образа координации двигательной активности, принимает участие в дифференциации ощущений по модальностям и порогам, а также отвечает за простейшие образы восприятия. Вторая матрица создает моторный образ действия, обеспечивающий всю внутреннюю координационную организацию локомоций, но она функционирует помимо конкретной ситуации, поскольку В-уровень не обеспечивает самостоятельного формирования целей и мотивов двигательной деятельности личности. Только на основе личностных мотивов и ведущих поведенческих влечений у индивида может осуществиться постепенное восстановление адекватных двигательных комбинаций; тогда новые синергии будут замещать первоначальные временные координации или готовые автоматизмы, которые были зафиксированы на В-уровне. Управление двигательной деятельностью на С-уровне выступает основой для формирования третьей матрицы организации психомоторики, функционирование которой обеспечивает сложную переработку мультимодальной афферентации, что будет уже способствовать образованию перцептивно-когнитивной модели поведения индивида (функционирование многочисленных внешних и внутренних дуг обратных связей). На основе прошлого собственного опыта С-уровень управления двигательной деятельностью реализует возможность перехода от драйв-рефлекса к эмоционально-мотивационным формам поведения личности, а также от самопроизвольных движений к предметным осознанным двигательным действиям.

Регуляторный D-уровень (четвертая психомоторная матрица) опирается на индивидуальную интерпретацию личностью триггеров внешнего и внутреннего генеза. Психомоторная матрица D-уровня

обеспечивает актуализацию и формирование онтогенетических энграм, уже адекватных к настоящей ситуации моторного и сенсорного полей, образам выполнения движения, локомоторному действию, двигательной деятельности, а также к предполагаемому индивидом образу нужного будущего. Вообще, в управлении двигательной деятельностью с участием четвертой психомоторной матрицы ярко присутствует уже мотивационный компонент психофизиологического состояния личности, определяемый смысловым аспектом запланированных двигательных действий (предметная деятельность). Именно содержательность поставленной двигательной задачи будет определять смысловую структуру двигательного акта, задающего направления адекватного сенсорно-гностического синтеза и обеспечивающего привлечение ведущего уровня построения и управления двигательной деятельностью для успешной реализации локомоций. Функционирование четвертой психомоторной матрицы обеспечивает организацию топологии восприятия времени, что приводит к возникновению понятий «когда-то», «сейчас», «потом».

На базе высочайшего иерархического E-уровня формируется пятая психомоторная матрица, которая обеспечивает функционирование тех психофизиологических механизмов, которые принимают участие в управлении процессами мышления и речи, а также отвечают за их активность и качество (уровень интеллектуального развития). Как известно, скорость интерпретации индивидом информационных сигналов разной модальности (гностическая составляющая психофизиологического состояния) сказывается на активности процессов мышления и обеспечивает индивидууму высокий уровень вербального интеллекта [2, 5]. Существование приобретенных в результате собственного сенсорного и коммуникативного опыта определенных автоматизмов, управляемых мотивационно-эмоциональной сферой, свидетельствует о том, что на E-уровне личность уже осознанно прорабатывает желаемые координационные воздействия в соответствии с необходимой спецификой выполнения конкретного движения, локомоторного действия и вообще сложных форм двигательной деятельности [7, 9]. В нейроструктурах памяти одновременно происходят процессы консолидации (перевод кратковременной памяти в длительную) при условии успешного достижения индивидом запланированного результата двигательного действия именно задействованными средствами. В

дальнейшем приобретенные новообразования в ассоциативных зонах коры, отлаживаемое гармоническое взаимодействие нервных центров правого и левого полушарий мозга, а также отстройка новых энграм в нейроструктурах памяти будут облегчать прохождение информационных сигналов и коррекционных воздействий по вышеупомянутым иерархическим уровням регуляции двигательной активности [2, 5, 6].

Следует отметить, что сопряженное функционирование психологических и психофизиологических процессов управления двигательной деятельностью происходит у человека циклически и постоянно: изначально формируется отношение индивида к предъявляемой ситуации; одновременно привлекаются психофизиологические механизмы программирования и сопоставления; после восстановления двигательной программы включаются механизмы, обеспечивающие реализацию движения и внесения коррекций; в дальнейшем происходит возвращение к психологическим механизмам, участвующим в формировании возможного изменения отношения индивида (предвидение будущего на основании прошлого и осознание того, что осуществляется сейчас, т.е. в настоящее время). Другими словами, вовлечение психологических и психофизиологических процессов в управление любым видом движений, локомоторным действием, двигательной деятельностью человека может осуществляться по шести основным последовательным этапам. На каждом из шести этапов для конкретного управления движениями наблюдается свой цикл последовательной актуализации следующих событий: 1) формирование психологического отношения индивида к ситуации; 2) включение мотивационного механизма, задающего «замысел» действия; 3) привлечение механизмов, осуществляющих восстановление двигательной программы; 4) функционирование механизма, обеспечивающего аналитическое сопоставление (афферентный синтез); 5) принятие лицом адекватных решений (эфферентный синтез); 6) использование механизмов, реализующих внесение соответствующих коррекций. Основой сопряженного функционирования вышеупомянутых психологических и психофизиологических механизмов является ориентировочно-исследовательская деятельность мозга, которая каждый раз возобновляется при выявлении разногласий между запланированной двигательной задачей «замысел действия» и результатом двигательного действия на каждом из этапов организации управления двигательной активностью.

Таким образом, организация управления двигательной деятельностью осуществляется за счет функционирования иерархически построенных нейрофизиологических регуляторных звеньев, а психомоторная организация отстраивается у каждого индивида своеобразным образом на основе сопряженного взаимодействия психологических и психофизиологических процессов. Несмотря на большое количество научных работ, проблема определения единицы анализа психического остается нерешенной, но общим во взглядах ученых является теоретическое положение, что такой единицей для всех видов психической деятельности человека выступает его поступок. Выявление единицы психического анализа в определенной степени осложняется тем, что психическая деятельность человека и психомоторика в частности осуществится в двух измерениях действительности – внутреннем и внешнем. Следовательно, поиск единицы как психического, так и психофизиологического относительно состояния психомоторики личности должен осуществляться в плоскости пересечения внешнего и внутреннего измерений двигательной деятельности. Установлено наличие генотип-средовых взаимопереходов и взаимопреобразований, а они являются основой для становления, формирования и совершенствования психомоторных качеств личности [2, 6]. Внутренние (психические) механизмы двигательных действий отличаются от внешних способов своего существования, но при этом сохраняется единство в целях и предметном содержании запланированной двигательной программы.

Библиография

1. Александров Ю. И. (ред.) Психофизиология: Учебник для вузов. 3-е изд., перераб. и доп. СПб.: Питер., 2006.
2. Апчел В. Я., Дегтяренко Т. В. Основы генетической психофизиологии. Учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению «Психология». СПб.: ЧОУ ВО НИУД, 2016.
3. Батуев А. С. Физиология высшей нервной деятельности и сенсорных систем: Учебник для ВУЗов. 3-е изд. СПб.: Питер, 2006.
4. Вейтль Д., Хамм А. Концепции специфичности психофизиологических реакций. В кн.: Бауман У., Перре М. Клиническая психология. СПб: Питер, 2007(1312 с.). С. 269-278.
5. Дегтяренко Т., Коджебаш В., Костюк О. Междисциплинарный подход к незу нарушений интеллектуального и психомоторного развития. In: Health,

medicine and bioethics in contemporary society: inter- and pluridisciplinary studies. 4th edition. Chisinau: Print-Caro, 2021, p.141–147.

6. Дегтяренко Т. В., Дразіна Є. В. Психомоторні якості людини в контексті їх генетичної детермінації. In: Modern trends in science and practice. Vol. 2. Collective monograph. Sherman Oaks. California: GS Publishing Services, 2022, p.123–145.
7. Degtyarenko T., Yagotin R., Kodzhebash V. Physical fitness of modern students based on the results of psychophysiological diagnostics. In: Journal of Physical Education and Sport. 2022, Vol. 22 (3), p.696-700.
8. Дегтяренко Т. В., Костюк О. Ю., Орлик Н. А. Психофізіологія індивідуальних відмінностей. Історичні концепції. In: Наука і освіта. 2020, № 3. с.64–73.
9. Макаренко М.В. Основи професійного відбору військових спеціалістів та методики вивчення індивідуальних психофізіологічних відмінностей між людьми. Київ: Ін-т фізіології ім. О. О. Богомольця НАН України, Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України, 2006.
10. Коkun О. М. Психофізіологія. Навчальний посібник. Київ: Центр навчальної літератури, 2006.

ASPECTE PRACTICE ALE CONSILIERII PSIHOLOGICE A PERSOANELOR DIAGNOSTICATE CU DEPRESIE

Cristina Boderscova, studentă, Facultatea de Psihologie
și științe ale educației, sociologie și asistență socială
Coordonator științific: *Natalia Toma*, lector universitar
Universitatea de Stat din Republica Moldova, Chișinău, R. Moldova
cboderscova@gmail.com

PRACTICAL ASPECTS OF PSYCHOLOGICAL COUNSELING OF PEOPLE DIAGNOSED WITH DEPRESSION

Psychological counseling is a joint work of the psychologist and the person with a health problem that aims to restore the „mental immune system”, restore and improve the well-being of people diagnosed with depression. Secondary study, narrative synthesis. Counseling for people diagnosed with depression covers a wider range of problems: adaptation problems, building an optimal system of relationships with other people for solving interpersonal conflicts, problems of personal and professional growth,

education and training, etc. Correct and timely treatment for depression can prevent worsening of symptoms and shorten the recovery time.

Introducere. Termenul de „consiliere” a apărut în anul 1611 și provine de la cuvântul latin „consilium” și avea sensul de „sfat dat cuiva în legătură cu ceea ce trebuie să facă”. Termenii utilizați în domeniul consilierii și orientării sunt cei de “educație vocațională” și ”educația pentru cariera”. Consilierea psihologică este o muncă comună a psihologului și persoanei cu o problemă de sănătate care are scopul de refacerea „sistemului imunitar mental”, restabilește și îmbunătățește starea de bine persoanelor diagnosticate cu depresie.

Obiectivele consilierii psihologice sunt: facilitarea schimbării comportamentului, îmbunătățirea capacității unei persoane de a stabili și menține relații, creșterea productivității unei persoane și a capacității sale de a depăși dificultățile, asistența în procesul decizional, contribuția la dezvoltarea și dezvoltarea potențialului uman.

Material și Metode. Studiu secundar, sinteza narativă. Analiza surselor: PubMed, Med ONE, reviste științifice din domeniul psihologiei În colecțiile bibliotecii științifice USARB; limba: engleză și română. Au fost selectate 48 de surse conform cuvintelor cheie și repartizate în două grupe: 1 – despre consiliere psihologică și 2 – consiliere persoanelor cu depresie.

Rezultate. În urma analizei a fost evidențiat, că eficacitatea consilierii psihologice depinde direct de respectarea etapelor și procedurilor aplicate. Principalele etape ale consilierii psihologice sunt următoarele: (1) etapa pregătitoare, (2) etapa de reglare, (3) etapa de diagnostic, (4) etapa de recomandare și (5) etapa de control.

Succesul consilierii psihologice este atins atunci, când este o „interacțiunea consultativă”: psihologul creează condiții pentru a ajuta la o persoană să învețe un comportament nou care vor contribui la dezvoltarea personalității.

Într-o serie de lucrări sunt descrise reguli privind comportamentul psihologului în timpul unei consilieri, inclusiv și greșelile tipice și măsurile de prevenire a acestora. Acestea reguli comportamentale ale consilierului au câteva aspecte: vorbirea foarte clară, stabilirea contactului non-verbal, să nu provoacă izolarea persoanei, recunoașterea limitărilor propriilor capacități, capacitatea de nu aștepta rezultate rapide din partea persoanei cu probleme de sănătate, să nu se transformă într-un tutore.

Sunt descrise trei poziții posibile ale consultantului în raport cu persoana: poziția de egalitate, poziția „de sus” și poziția „de jos”. Se consideră, că

poziția de egalitate și parteneriat în raport cu persoana este tradițională și mai frecventă cu rolul de îndrumare și de determinare al psihologului.

Relația dintre consilierul și persoana impune câteva condiții de bază: sunt într-un contract psihologic, sunt conștienți de starea de vulnerabilitate a persoanei, a asculta pe celalalt, consilierul nu are voie să pună nici un fel de condiții pentru persoana, consilierul este "o oglindă" empatică a persoanei. Persoana trebuie să se simtă înțeleasă și tratată cu empatie în procesul de consiliere.

A doua parte de surse analizate au permis cunoașterea mai profundă despre depresia. Depresia nu este doar o stare emoțională; este o boală care afectează atât mintea, cât și corpul. Simptomele includ sentimente persistente de tristețe, lipsă de speranță, oboseală, anxietate, pierderea interesului pentru activități, modificări ale somnului și apetitului. Dacă simptomele de acest fel au persistat timp de două săptămâni sau mai mult, cu o scădere redusă sau deloc, depresia este un diagnostic probabil. Uneori, depresia poate rezulta dintr-un eveniment negativ, o schimbare majoră a vieții sau o acumulare de stres. Conform datelor OMS depresia este plasată pe locul II (în anul 1990 a fost pe locul IV) în structura morbidității la nivel mondial, actual circa 9.0% dintre femei și 5.0% dintre bărbați suferă de depresie.

Depresia poate afecta capacitatea unei persoane de a rezolva eficient problemele. Are impact asupra concentrării, face dificilă vizualizarea problemelor în mod realist, scade nivelul de energie, apare o indiferență și unele aspecte ale vieții sunt ignorate. Lucrul cu un consilier poate ajuta să rezolvă eficient problemele în acest moment dificil. Există dovezi puternice care arată cum terapia poate fi o soluție eficientă pentru tratarea depresiei.

Consilierea la persoane diagnosticate cu depresie acoperă o gamă mai largă de probleme: problemele de adaptare, construirea unui sistem optimal de relații cu alte persoane pentru rezolvarea conflictelor interpersonale, probleme de creștere personală și profesională, educație și formare etc.

Pentru un impact psihologic eficient, organizarea spațială și temporală a conversației este esențială.

Tratamentul corect și la timp pentru depresie poate preveni agravarea simptomelor și poate scurta perioada de timp pentru reabilitate. Consilierea de către un terapeut calificat este un tratament eficient pentru depresie, în special atunci când depresia este rezultatul unor evenimente adverse de viață, așa cum pierderea cuiva drag, pierderea unui loc de muncă sau situații de conflicte militare.

Cercetările arată că persoanele cu depresie se simt mai bine și au efect pozitiv mai repede atunci când tratamentul include atât medicamente, cât și consiliere. Consilierul trebuie să aducă la cunoștința persoanei informația că depresia este o afecțiune tratabilă și că simptomele depresiei pot fi gestionate în mod eficient.

În sursele studiate este descris, că consilierea cu persoane diagnosticate cu depresia trebuie să fie orientată spre: analiza cauzelor și găsierea modalităților de rezolvare a problemei cu participarea membrilor familiei, analiza factorilor de risc personali ai problemei sau centrată pe identificarea resurselor pentru rezolvarea problemei de sănătate.

În dependența de unele caracteristici sociale (vârsta, statutul marital, încadrarea în câmpul de muncă etc.) și medicale (anamneza familiei, stadiul bolii, bolile concomitente) ale persoanei consilierea psihologică poate fi efectuată sub formă individuală sau de grup, consultațiile unice sau multiple, fără implicarea unor metode de corecție psihologică și cu implicarea acestor metode. Modalitatea de petrecere a consilierii poate fi cu prezența fizică și la distanță.

Concluzii. Consilierea psihologică este un proces de interacțiune profesională între un psiholog-consultant și o persoană în scopul desfășurării activităților adecvate și eficiente.

Etapele consilierii psihologice – etapele succesive în desfășurarea consilierii psihologice, menite să realizeze obiectivele, care sunt urmărite în procesul acesteia. Respectarea etapelor consilierii psihologice permit clarificarea esenței problemei unei persoane, căutarea și formularea de recomandări pentru soluția practică.

Consilierea persoanelor diagnosticate cu depresie acoperă o gamă largă de probleme: problemele de adaptare, construirea un sistem optimal de relații cu alte persoane pentru rezolvarea conflictelor interpersonale, probleme de creștere personală și profesională, educație și climatul în familie.

Pentru un impact psihologic eficient, organizarea spațială și temporală a conversației este esențială. Tratamentul corect și la timp pentru depresie poate preveni agravarea simptomelor și poate scurta perioada de timp pentru reabilitate.

Cuvinte-cheie: consilierea psihologică, depresia, aspecte practice.

MÂNCARE, ZAHĂR, DEPENDENȚĂ. JURNAL DE LECTURĂ

Ioan Scheau, dr. în filosofie, conf. univ.

Universitatea „1 Decembrie 1918”, Alba Iulia, România

ioanscheau@gmail.com

FOOD, SUGAR, ADDICTION. JOURNAL READING

This paper aims to analyze a problem faced by contemporary society: food/sugar and dependence on them. Through a reading journal, two causes of it are presented: the food industry that influences us, a theory supported by M Moss in his work „Addiction to Food” and our behavior that allows itself to be influenced, a theory supported by D. Gerkens in the paper „Sugar, more dangerous than cocaine?”. The solution to this problem is related to free will because we have to decide what is right and what is wrong for us and our health.

Plutarh îi atribuie lui Socrate o idee care spune că „nu trăim ca să mâncăm, ci mâncăm ca să trăim”. De fiecare dată, maximele lui Socrate sunt adevărate lecții de viață, precum aceasta care ne spune că mâncarea este un mijloc necesar vieții, care nu trebuie să devină un scop în viață. Cu alte cuvinte, mâncarea este un mijloc și nu un scop. Și atunci, de ce facem din mâncare un scop al vieții? Unde și, mai ales, de ce se produce această schimbare a mâncării din mijloc în scop? Poate produce mâncarea o dependență asemănătoare altor substanțe precum cocaina?

Lucrarea de față își propune să încerce să răspundă la aceste întrebări sub forma unui jurnal de lectură, care poate deveni, oricând, un ghid introductiv în problema mâncării și a dependenței de aceasta. Abordând această temă în cadrul discuțiilor de seminar, folosesc o analogie pentru a face problema mai ușor de înțeles. Această analogie sună cam așa: combustibilul este o necesitate pentru un automobil, fără de care nu ar putea funcționa; hrana este o necesitate pentru organism, fără de care viața nu ar fi posibilă. De ce însă, atunci când alimentăm mașina nu introducem mai mult combustibil decât permite capacitatea rezervorului, în timp ce, atunci când mâncăm, tindem să introducem în stomac mai multă hrană decât este necesar? Să fie de vină faptul că stomacul este un mușchi care își poate mări capacitatea și poate primi mai multă hrană decât este necesar? Sau este vorba de o dependență pe care mâncare/hrana o poate da, determinând un consum din

ce în ce mai mare? Preocupat fiind de această temă am căutat răspunsul într-o serie de lecturi ale unor specialiști în problemă. Cele mai importante abordări sunt prezentate în acest jurnal de lectură.

Michael Moss. *Dependenți de mâncare* [1]. Încercând să abordeze această idee, laureatul Premiului Pulitzer, Michael Moss susține că există, la nivelul societății contemporane, o dependență a oamenilor de mâncare, înțelegând dependența conform definiției date de un reprezentant al companiei Philip Morris drept „un comportament repetitiv la care unora le e greu să renunțe” (p.37).

Moss susține că mulți oameni refuză să vadă problema acestei dependențe de mâncare – deși nivelul mare de obezitate la nivelul societăților dezvoltate îi dau dreptate – deoarece „nimănui nu-i place să admită că nu se poate abține de la mâncare” (p.50). A mânca, spune autorul american, este un fapt normal dar, deoarece comportamentul nostru – inclusiv cel alimentar – este influențat de diverși factori interni sau externi, se poate ajunge la dependență. Cu alte cuvinte, „suntem condiționați prin natura noastră să mâncăm” (p. 111), dar trebuie „să mâncăm conștient!!!” pentru că „pofta de mâncare se găsește în creier, nu în stomac” (p.64).

Analizând problema dependenței de mâncare, Moss susține că aceasta are două părți ce trebuie abordate: una nevăzută și una văzută.

În abordarea părții nevăzute a dependenței de mâncare sunt analizate următoarele aspecte: 1. Cum definești dependența?, 2. Unde începe dependența?, 3. Totul e legat de memorie, 4. Suntem condiționați prin natura noastră să mâncăm. Ideea vehiculată de autor este cauzată de doi factori: căutarea plăcerii și nevoia de a scăpa de ceva rău. Cu alte cuvinte, totul este legat de memorie și, deci, de creier, deoarece „mâncăm ca să ne amintim, dar mâncăm și ca să uităm” (p.101). Nu acești doi factori sunt însă vinovați de dependența noastră de mâncare, ci marile companii producătoare de alimente care folosesc publicitatea pentru a ne manipula și a ne determina să consumăm din ce în ce mai multă hrană. La aceasta se adaugă și substanțele introduse în mâncare pentru a stimula dependența, în special zahărul, deoarece „nimic nu stimulează creierul mai ușor decât o poate face zahărul” (p. 91). Deoarece despre zahăr vom vorbi mai mult în partea a doua a lucrării, aici trebuie insistat pe combinația menționată de autor ca fiind utilizată de producătorii de alimente, alături de zahărul propriu zis, pentru a crea dependență, și anume combinația zahăr-grăsime care produce cea mai mare excitație asupra creierului uman, dar care este

foarte rar prezentă în natură. De aceea, spune Moss, oamenii preistorici nu erau obezi. Mai mult, se pare că $\frac{3}{4}$ din alimentele pe care le consumă omul contemporan conțin zahăr adăugat, cele mai multe dintre ele având și partea lor de grăsime.

În abordarea părții văzute a dependenței de mâncare sunt analizate următoarele aspecte: 1. Amatorii de varietate, 2. E periculoasă, 3. Întărește-ți voința, 4. Schema ADN-ului. Ideea vehiculată de autor este că, de fapt, „suntem dependenți de mâncare ieftină” (p. 140), care este plină de zahăr și de grăsimi, după cum am văzut deja, dar și de tot felul de arome, naturale și artificiale, dar și de substanțe chimice (multe!!!). Toate acestea sunt folosite de producătorii de alimente pentru a controla nu doar ce, ci și cum mâncăm. „Dacă înainte ne abțineam să ne stricăm pofta de mâncare înainte de ora mesei, a devenit acceptabil din punct de vedere social să mâncăm orice, oriunde și oricând. Iar când s-a întâmplat asta, am început să gustăm ceva între mese mai mult ca niciodată” (pp. 144-145). De aceea dependența de mâncare și obezitatea sunt consecințe ale stilului nostru de viață controlat, spune Moss, de industria producătoare de alimente.

Ca o concluzie a lucrării se impune schimbarea stilului de viață pentru a scăpa de dependența de mâncare, aceasta însemnând, în primul rând, să nu ne mai lăsăm influențați de goană după profit a celor din industria alimentară. Cu alte cuvinte, să revenim la ceea ce spunea Socrate, deoarece, altfel, rămânem prinși în această capcană în care „ne place să mâncăm mai mult decât mâncăm ce ne place” (p. 256).

Daniele Gerkens. *Zahărul, mai periculos decât cocaina?* [2]. Am văzut că Moss pune zahărul în fruntea listei de substanțe adăugate în mâncare pentru a stimula dependența, iar acest aspect trebuie analizat în profunzime. În acest sens trebuie analizată lucrarea scrisă de Gerkens care, pentru a ne arăta nocivitatea zahărului, ne descrie un experiment personal al unui regim fara zahăr, urmat timp de un an de zile, care i-a adus numeroase beneficii pentru sănătate.

Deși consideră că zahărul este „opiul populației actuale”, fiind „de șase ori mai adictiv decât cocaina” (p. 259), Gerkens consideră că principalii vinovați de dependența de mâncare suntem noi, cei care consumăm acest produs și nu industria alimentară, care îl introduce peste tot, așa cum am văzut că susține Moss. „A te prezenta drept o victimă a zahărului înseamnă a fi lipsit de responsabilitate și de voință. Într-un cuvânt, înseamnă a da vina pe produs și nu pe propriul tău comportament” (p. 252). Deși industria

alimentară are partea ei de vină – Gerkens analizând și ea, ca și Moss, combinația zahăr-grăsime inventată de om – principala vinovăție este a noastră și a comportamentului nostru alimentar (influențat sau nu, prin publicitate). De aceea cartea propune o serie de soluții pentru toți cei responsabili de dependența oamenilor de zahăr, și deci de mâncare.

În primul rând pentru politicienii care au rolul de legiferare și care trebuie să vină cu o serie de măsuri legislative mai dure pentru industria alimentară, cerând acesteia: „1. Să inscripționeze ambalajele alimentelor cu indicatoare colorate; 2. Să condiționeze publicitatea în funcție de calitatea nutrițională a produselor; 3. Să pună la punct un sistem de taxare în funcție de calitatea nutrițională a produselor” (p. 346).

Dar pentru că, de obicei, un proces legislativ este de durată, la care se adaugă faptul că politicienii nu sunt imuni la lobby-ul industriei alimentare, Gerkens susține că puterea este la noi și că putem contracara efectele dependenței de zahăr astfel: „Avem puterea cardului nostru bancar. Avem puterea de a cumpăra sau de a nu cumpăra. Putem alege un produs în detrimentul altuia. Ne putem informa. Putem cere mai multă transparență, mai multă calitate, mai multă informație, mai multă legislație. Putem pretinde să se efectueze studii independente. Putem vorbi despre acest subiect cu cei din jur. Putem susține asociațiile consumatorilor. Putem vota candidați curajoși și independenți. Putem prelua inițiative pozitive. Putem alege să investim ceva mai mult din veniturile noastre într-o alimentație de o mai bună calitate. Putem alege să avem o alimentație mai sănătoasă incitând industria să evolueze, în loc să ne mulțumim s-o criticăm. Ne putem reorienta investițiile financiare către acțiunile unor întreprinderi care ne respectă mai mult sănătatea. Putem exercita presiuni asupra întreprinderilor, a experților, a politicienilor.” (p. 385).

Puterea este, așadar, la noi, trebuie doar să vrem să ne schimbăm comportamentul (iar experimentul autoarei franceze dovedește faptul că acest lucru este posibil) deoarece zahărul este oricum peste tot în jurul nostru și ne influențează sănătatea. Dar... putem trăi fără zahăr?, da, trebuie doar să vrem acest lucru și să începem acest proces cu pași mici: „totul începe adeseori cu lucruri mici: să bei cu un suc mai puțin pe zi, să adaugi mai puțin zahăr în ceai sau în cafea, să nu cumperi un aliment dacă zahărul se numără printre primele trei ingrediente, să nu mănânci desert la fiecare masă... Și funcționează!” (p. 367).

Practic nu trebuie să exagerăm considerând zahărul o otravă – deși este mai periculos decât cocaina – ci trebuie să acceptăm situația actuală, a prezenței zahărului în majoritatea produselor de pe piață și să decidem în favoarea sănătății noastre.

Concluzie

Am văzut o problemă: mâncarea/zahărul și dependența de acestea; am văzut două cauze: industria alimentară și comportamentul nostru; am văzut o soluție (rațională): controlul comportamentului nostru. Este, deci, o problemă filosofică (existentă încă de la Socrate): aceea a liberului arbitru, de a decide ce e bine și ce e rău pentru mine și sănătatea mea. Dar mai e și o problemă de echilibru, de a găsi calea de mijloc, virtuoaasă, atât de dragă lui Aristotel, între cele două extreme, vicioase. Dar acest lucru este mult mai greu de realizat!

Referințe bibliografice

1. Moss Michael. Dependenți de mâncare. Iași: Editura Polirom, 2022.
2. Gerkens Daniele. Zahărul, mai periculos decât cocaina? București: Editura Philobia, 2016.

ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА В МЕЖДУНАРОДНОМ И НАЦИОНАЛЬНОМ ПРАВЕ

Игорь Арсени, доктор права, конференциар (доцент), декан
Кафедра частного права,
Комратский Государственный Университет, г. Комрат, Р. Молдова
igorarseni1987@gmail.com

PROBLEMS OF LEGAL REGULATION OF HUMAN ORGAN AND TISSUE TRANSPLANTATION IN INTERNATIONAL AND NATIONAL LAW

In the article, the author identifies the main problems of legal regulation of human organ and tissue transplantation in international and national law and looks for possible solutions to some of them.

Одним из важнейших прав человека является неотъемлемое и не отчуждаемое право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

Тем не менее оно часто подвергается нарушениям, которые приводят к необратимым последствиям как для человека, так и для общества в целом. Одним из таких нарушений можно считать вмешательство в личные границы человеческой жизни, часто происходящее в рамках биомедицины, одним из наиболее популярных направлений, которой является трансплантация органов и тканей человека.

В современном мире трансплантация органов и тканей человека является популярным методом лечения целого ряда заболеваний жизненно-важных органов. Количество операций, проводимых по пересадке органов, постоянно растет. Несмотря на то, что с точки зрения медицины, трансплантация очень успешна, с юридической точки зрения возникает большое количество проблем относительно ее регулирования и реализации на практике. Одной из наиболее острых проблем в сфере трансплантологии является проблема незаконного изъятия органов и тканей человека, которые впоследствии становятся предметом торговли. ООН известны случаи, когда после продажи органы использовались не в медицинских, а религиозных и других целях [1]. Несмотря на то, что коммерциализация органов строго запрещена международными договорами, например, п. 8 Декларации о трансплантации человеческих органов от 1987 года: «Купля-продажа человеческих органов строго осуждается» [2], а также ст. 21 Конвенции о правах человека и биомедицине от 1996 года: «Тело человека и его части не должны являться источником получения финансовой выгоды» [3], в большинстве государств нормы уголовного закона недостаточно четко регулируют данную сферу, из-за чего процент незаконной торговли органами очень высок [4]. Незаконный оборот органами человека напрямую противоречит основным правам человека и гражданина любого государства и требует качественного урегулирования.

В Республике Молдова отношения по трансплантации органов и тканей регулируются Законом «О трансплантации органов и тканей» №42 от 06.03.2008г. [5]. Данный Закон определяет правовую базу регулирования трансплантации всех органов, тканей и клеток человека, включая гематопэтические клетки, полученные из пуповинной крови, костного мозга и периферийной крови, кроме репродуктивных органов, тканей и клеток (исключая матку), эмбриональных и фетальных органов, тканей и клеток (включая эмбриональные

гематопoэтические клетки), органов, тканей и клеток, полученных от животных, крови и ее компонентов.

Основными принципами в области трансплантации являются: а) защита достоинства и индивидуальности человека и гарантия каждому без исключения соблюдения целостности и прочих прав и основных свобод в связи с трансплантацией органов, тканей и клеток; б) лечебная польза для получателя при целесообразности пересадки органов, тканей и клеток от живого донора или трупа исключительно в случае, если нет альтернативных лечебных методов с сопоставимой эффективностью; в) обеспечение качества путем соблюдения профессиональных стандартов и обязательств при любом вмешательстве в области трансплантации органов, тканей и клеток; г) прослеживаемость посредством обеспечения идентификации подлежащих пересадке органов, тканей и клеток - в процессе их изъятия, хранения и распределения - от донора получателю и наоборот; д) защита прав и свобод личности и предупреждение торговли частями человеческого тела; е) справедливый доступ пациентов к трансплантационным услугам.

В ст. 13 вышеуказанного закона определена презумпция согласия на посмертное изъятие объекта трансплантации у трупа. Изъятие возможно в случае наличия предсмертного согласия умирающего, выраженного в соответствии с законом. Не допускается изъятие ни в какой форме, если при жизни умершее лицо выразило возражение против донорства посредством собственноручно написанного или иного законно составленного акта отказа.

В ст. 15 Закона закреплены условия изъятия при жизни, согласно которой, изъятие органов, тканей и клеток у живого донора разрешается лишь при условии отсутствия подходящего органа, ткани или клетки, полученных от трупа. Изъятие органов, тканей и клеток может быть осуществлено у живого донора, обладающего полной дееспособностью, лишь при наличии его предварительно выраженного, свободного и определенного письменного согласия и, в случае изъятия органов, также разрешения Независимой комиссии по выдаче заключений. Согласно ст. 16 закона, трансплантация осуществляется исключительно с лечебной целью, если нет альтернативных лечебных методов с сопоставимой эффективностью. Трансплантация производится с письменного согласия получателя, данного им после получения информации о возможных рисках и последствиях.

Также в ст. 28 Закона «О трансплантации органов и тканей» запрещены торговля органами, тканями и клетками человека, а также получение финансовой выгоды или преимуществ от торговли телом человека и его частями. Торговля органами, тканями и клетками человека является преступлением и преследуется в соответствии с уголовным законодательством. Однако данным запретом государство, исключило лишь одну из возможных сделок с объектами трансплантации, не поименовав остальные. Следует отметить, что запрет на одну из сделок не исключает иные, что оставляет проблему признания гражданско-правовой природы объектов трансплантации не разрешенной. Также молдавский законодатель не определил возможности использования договорного механизма в регулировании отношений прижизненного и посмертного донорства.

Следовательно, действующее законодательство Республики Молдова ставит перед правовой наукой и правоприменительной практикой следующие вопросы: какой правовой природой обладают объекты трансплантации, возможно ли их рассматривать в качестве объектов гражданского права, какова роль государства в данной сфере? Для этого необходимо произвести сравнительный анализ зарубежного и международного законодательства в сфере трансплантации.

Так, согласно международно-правовой доктрине, коммерческие сделки с объектами трансплантации (объектами *sui generis*) запрещены под угрозой уголовного наказания. Еще в октябре 1987 г. на XXXIX сессии Всемирной медицинской ассамблеи была одобрена „Декларация по трансплантации человеческих органов”. В данном документе подвергнуто резкому осуждению коммерческое донорство. Впоследствии Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала Свод основополагающих принципов по вопросам трансплантологии. В 1991 г. 44 сессия ВОЗ одобрила эти принципы и рекомендовала государствам пользоваться ими при выработке политики в данной области. Согласно основным положениям Свода, „тело человека и его части не могут быть объектом купли-продажи”. Схожих позиций государства придерживались и в Конвенции Совета Европы „О защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением биологии и медицины: Конвенции о правах человека и биомедицине”, принятой в Овьедо 4 апреля 1997 г., гарантировавшей в т.ч. и соблюдение личной неприкосновенности (телесной неприкосновенности).

Государства взяли на себя обязанность активного вмешательства в сферу трансплантационных правоотношений.

Первая проблема связана с тем, что существуют два способа изъятия органов: у живого и у умершего доноров. В международном праве случаи изъятия органов у живого донора регулируются принятыми в 1991 году Руководящими принципами ВОЗ по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов, а именно принципами 3 и 4 [6]. Чаще возникает проблема с умершим донором, поскольку правовое регулирование в данном случае производится на основе установления критерия смерти человека, который является спорным, так как человеческие органы перестают функционировать по-разному, и возникает необходимость определить, прекращение функционирования какого из них является сигналом к изъятию органов. Долгое время данным органом являлось сердце, но врачи научились поддерживать жизнь в теле человека искусственным путем после его остановки, поэтому новым критерием стала выступать смерть головного мозга. С помощью Закона РМ «О трансплантации органов и тканей» данная проблема была урегулирована, и было закреплено, что смерть мозга как необратимую гибель человека.

Огромная проблема, требующая регулирования, состоит в существовании двух разных подходов к правомерному изъятию органов человека: презумпция согласия и несогласия (испрошенное согласие). В Республике Молдова действует презумпция согласия, которая предполагает изъятие органов умершего донора без согласия родственников, за исключением случаев, в которых лицо само возражало против процедуры. Этот же принцип используется во Франции, Австрии. Данный подход часто не позволяет родственникам успеть заявить об отказе на изъятие органов умершего, так как во многих случаях, например, в случае автомобильной аварии, врачам необходимо действовать быстро, поскольку есть риск не успеть изъять жизнеспособные органы [7]. Более логичная практика существует в США и Англии, где нет презумпции согласия, а существует «донор-карта», в которой указано, является ли человек донором. Ее условия регулируются законом США «О едином акте анатомического дара» [8].

Актуальной также остается проблема, связанная с правом человека продавать свои органы при жизни для трансплантации. В данном случае мнения ученых расходятся, поскольку некоторые сравнивают

это с донорством крови и называют реализацией свободы личности. Тем не менее большинство ученых придерживаются противоположной точки зрения и считают, что это может привести к запрещенной в большинстве государств торговле органами, а также побудит малообеспеченную часть населения на продажу своих органов.

Данная проблема требует решения посредством введения норм закона, регулирующих запрет или согласие на продажу органов для нужд трансплантации. В Республике Молдова также существует проблема дефицита органов, которая могла бы быть решена посредством введения перекрестной трансплантации, которая на данный момент никак не регулируется. Подобная практика существует в США, Франции, Нидерландах. При соблюдении необходимых условий реципиент из пары 1 получает орган от реципиента из пары 2, и наоборот. Распределением занимаются специальные организации (во Франции — Агентство по биомедицине). Практика Франции показывает достаточно неплохие результаты в данной сфере, поэтому, возможно, Республики Молдова, чтобы искоренить данную проблему, стоит рассмотреть сложившуюся французскую практику и имплементировать ее. Исходя из проблем, существующих в сфере трансплантации, можно сделать вывод, что законодательство многих стран требует четкого урегулирования данной сферы. Например, РМ, так как существующий закон «О трансплантации органов и тканей» регулирует не все вопросы, а также имеет противоречия. При изменении законодательства в данной сфере можно опираться на Федеральный закон Германии о трансплантации от 1997 г., который очень четко и подробно регулирует данную сферу. К тому же существует необходимость в создании единого международного договора, который бы регулировал трансплантацию на международном уровне и был бы ратифицирован в большинстве стран.

Библиография

1. Орлов К.А. Некоторые проблемы правового регулирования донорства органов и тканей человека. В: Пробелы в российском законодательстве. 2017, № 5, с.87-89.
2. Декларация о трансплантации человеческих органов. Принята 39-ой Всемирной Медицинской Ассамблеей, Мадрид, Испания, октябрь 1987. В: <https://studfile.net/preview/6330457/page:67/> (посещен 10.09.2022г.).

3. Конвенция Совета Европы „О защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением биологии и медицины». Овьедо, 4 апреля 1997 г. В: <https://studfiles.net /preview/2244546/page:3/> (посещен 10.09.2022).
4. Ильяшенко А.В. Правовое регулирование процедуры трансплантации органов и тканей человека в европейских странах. В: Труды академии управления МВД России. М., 2014, № 1, с.89.
5. Закон Республики Молдова «О трансплантации органов и тканей» № 42 от 06.03.2008. В: Monitorul Oficial, № 81 от 25.04.2008.
6. Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации человеческих органов. Резолюция, одобряющая руководящие принципы 1991 года, 13 мая 1991 г., Резолюция WHA 44.25). В: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/202917/WHA44_11_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y (посещен 10.09.2022).
7. Епанчина М. П. Проблема согласия в правовом регулировании изъятия человеческих органов и тканей для трансплантации. В: Вестник российского университета дружбы народов. 2012, №1, с.150-155.
8. Жарова М. Этические проблемы трансплантации органов и тканей. КУДПФю 20106 №13ю D: <http://www.relga.ru/Environ/WebObjects/tgu-www.woa/wa/Main?textid=2726&level1=main&leve l2=articles> (посещен 10.09.2022).

CONFIGURAREA UNOR PERSPECTIVE ALE ACTIVITĂȚII ASISTENTULUI MEDICAL GENERALIST ÎN STOMATOLOGIE

Ala Ojovan, dr. în șt. med., conf. univ.

Catedra de stomatologie terapeutică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

ala.ojovan@usmf.md

CONFIGURING SOME PERSPECTIVES OF THE ACTIVITY OF THE GENERAL MEDICAL ASSISTANT IN DENTISTRY

The profession of medical assistant is one of the most important and in demand. Recently, in a first for the Republic of Moldova, at the „Nicolae Testemițanu” State University of Medicine and Pharmacy, the training of general medical assistants with undergraduate studies began. This year, 2022, was the first promotion. These contingents of specialists have great

prospects in the realization of the profession, including in dentistry. The field of clinical dentistry offers diverse and important possibilities for the activity of the medical assistant with university education.

Profesiunea de asistent medical s-a remarcat drept una dintre cele mai solicitate. Activitatea asistentului medical este o componentă indisolubilă a sistemului de sănătate din momentul apariției spitalelor ca instituții specializate în acordarea ajutorului medical populației. Pe parcursul dezvoltării medicinei asistența medicală a fost pilonul de sprijin pentru orice ramură din cadrul acesteia. Îngrijirile medicale au o importanță socio-medicală deosebită, realizând obiectivele referitor la menținerea, promovarea și protejarea sănătății publice, acordarea de ajutor a celor aflați în suferință și de reabilitare. În permanență tehnicile de asistare competentă au fost performate și utilizate în masă, cu scopul de a spori sănătatea fiecărui individ prin practici medicale de echipă. Asistența medicală în RM reprezintă o cerere presantă pentru sistemul autohton, indiferent de profilul instituției medicale, fie o unitate spitalicească, de ambulatoriu sau centru medical. Există câteva categorii de exigențe patru munca asistentului medical: competență profesională, rezistență fizică, integritate, îmbunătățirea continuă a abilităților și cunoștințelor.

Integrându-se treptat în ramurile medicinei, serviciul de asistent medical a favorizat evoluția deservirii medicale, reușita tratamentului și cooperarea multidisciplinară, inclusiv și în stomatologie. Analizând evoluarea stomatologiei, remarcăm o creștere continuă în necesitatea de asistenți medicali în domeniul respectiv. În prezent, medicul stomatolog exercită o muncă ce solicită mult timp și concentrare. Din acest motiv se caută suplینiri calificate pentru a atinge rezultatele scontate în munca echipă, iar pentru pacienți – satisfacție, fapt ce poate fi garantat prin coordonarea activităților clinice și efectuarea lor într-un mediu sigur de profesioniști.

În R. Moldova până la moment n-a existat experiența de pregătire și aplicare în activitatea practică a competențelor asistenților medicali generaliști cu studii universitare de licență, în comparație cu alte țări care deja au experiență în acest domeniu, cum ar fi de exemplu programul „Asistență de profilaxie stomatologică” cu specializare disponibilă la Universitatea de Medicină și Farmacie ”Grigore T. Popa” din Iași. Actualmente se analizează direcțiile posibile de aplicare în mediul clinic a serviciilor asistenților medicali cu studii superioare care finisează studiile la USMF „Nicolae

Testemițanu”, prin programul de „Asistență medicală generală”, din cadrul Facultății de Medicină nr.1. Evaluând oportunitățile posibile pentru integrarea asistenților medicali generaliști în diverse clinici specializate, e necesar de a lua în considerație necesitatea în forțe noi de muncă și disponibilitatea largă de clinici stomatologice. O prioritate importantă pentru acești absolvenți constituie studiile superioare de licență, programul multidisciplinar universitar și competențele profesionale diverse.

În general pregătirea specialiștilor în asistența medicală generală pentru sistemul medical național reprezintă un nou început, cu atât mai mult în spațiile clinice cu specializări înguste. În acest context este important de a se cunoaște potențialul de acordare a asistenței clinice stomatologice din partea tinerilor specialiști și care ar fi posibilele colaborări multidisciplinare pentru a dezvolta noi cadre de profesioniști pe piața muncii. E necesar, de asemenea, de a stabili punctele-cheie de acțiune pentru a educa asistenți medicali cu studii superioare, inclusiv ținând cont de necesitățile instituțiilor medicale și cele ale societății.

Aceste perspective se concentrează evident spre maximalizarea succesului medical. Este necesar de a diferenția situația: 1) ce ar putea realiza un asistent medical generalist într-o unitate medicală stomatologică și 2) cum acesta ar putea să-și îmbunătățească cunoștințele în domeniu. Un punct de pornire ar fi analiza abilităților de care dispune un asistent cu studii superioare și cât de practicabile sunt acestea în clinica stomatologică. Aici este important de a se analiza opiniile profesioniștilor din domeniul medicinei generale și cel al stomatologiei, stabilind punctul de conexiune ale acestor două situații, ulterior trasându-se strategiile de activare de asistent medical generalist cu specializare în stomatologie.

În anul 2018, conform datelor OMS, activau în întreaga lume 20,7 milioane de asistente medicale, aceasta acoperind 50% din forța de muncă din domeniul sănătății la nivel mondial [1].

Pe parcursul timpului evoluarea multidimensională a societății a dus la modificări ale scopurilor și obiectivelor asistenței medicale, precum și ale rolului și funcțiilor personalului de asistență medicală. Treptat, acestea au devenit mai diverse și mai responsabile. Deja s-a învechit convingerea că asistentul medical este un lucrător care doar execută prescripțiile medicului. Nivelul modern de asistență medicală necesită ca asistentele medicale să fie capabile să evalueze în mod independent starea și nevoile pacientului, să supravegheze în mod corespunzător pacientul și să ia decizii în

cunoștință de cauză, cu un anumit nivel de responsabilitate, în condițiile în care succesul tratamentului depinde în mare măsură de competența sa profesională.

Asistentul medical contemporan trebuie să dispună de capacitatea de a manifesta creativitate în îngrijirea pacienților și de a individualiza și sistematiza îngrijirea. Acesta utilizează metode științifice pentru a identifica nevoile de sănătate ale pacientului, familiei sau comunității.

Conform concepției Virginiei Henderson „Rolul esențial al asistentei medicale constă în a ajuta persoana bolnavă sau sănătoasă să-și mențină sau recâștige sănătatea (sau să-l asiste în ultimele sale clipe) prin îndeplinirea sarcinilor pe care le-ar fi îndeplinit singur, dacă ar fi avut voința sau cunoștințele necesare. Asistentul medical trebuie să îndeplinească aceste funcții astfel încât bolnavul să-și recâștige independența cât mai repede posibil” [2].

Studiile de formare profesională și calificarea asistent medical generalist licențiat este relevantă pe piața muncii pentru nivelul 6 CNCRM obținute în cadrul învățământului superior, direcționează activitatea practică a asistenților medicali generaliști în promovarea sănătății, acordarea îngrijirilor generale de sănătate, identificarea necesităților de îngrijiri generale de sănătate, administrarea tratamentelor conform prescripțiilor medicului, inclusiv independent, în stări de urgență, realizarea activităților de profilaxie și furnizarea serviciilor de formare profesională [3]. Conform reglementărilor europene și naționale, asistentul medical generalist exercită următoarele funcții esențiale: a) de îngrijiri competente persoanelor ținând cont de nevoile bio-psiho-sociale în mediul spitalicesc și comunitar; b) depistează și promovează modul sănătos de viață și comunică aceste observații celorlalți membri ai echipei sanitare; c) formează și dirijează personalul auxiliar necesar pentru a răspunde nevoilor serviciului de asistență din orice instituție de sănătate [4].

Indiferent de instituția medicală sau profilul secției în care este angajat, asistentul poate stabili prioritățile în satisfacerea nevoilor afectate a persoanei în cauză, acest lucru fiind valabil pentru orice tip de pacient (pediatic, ginecologic, chirurgical, ATI, stomatologic, geriatric și altele). Un aspect important este perceperea și determinarea pentru stabilirea necesităților de bază, care trebuie corectate și prin organizarea acțiunilor ulterioare autonome sau cele delegate de medic. La acest moment, asistentul generalist este capabil să organizeze acțiuni terapeutice farmacologice și nefarmacologice pentru pacient, în măsura posibilităților, cu prezentarea

raportului medicului curant, pentru ulterioare modificări, dacă este cazul, sau aprobării planului individual medical.

Dacă aleatoriu ne referim la un pacient stomatologic, aici intervin, de asemenea, mai multe abilități funcționale valabile pentru gestionarea problemelor pacientului propriu-zis. Astfel, în cazul unui pacient cu intervenții complicate, posibil de durată, va fi necesar de a realiza un management al durerii în corelație cu tratamentul prescris, suferindul trebuie susținut prin informare privind aspectele care îl deranjează, depistarea situațiilor neplăcute pacientului, posibilitatea întâlnirii unor dificultăți și depășirea acestora. Așa dar, observăm că obligațiunile asistentului medical general sunt diverse și se specifică de la caz la caz. În procesul de începere a oricărui plan terapeutic, se utilizează formula PES, care desfășurat semnifică: P-problemele existente, E-etologia problemelor, S-soluționarea lor. Toate acestea sunt în datoria asistentului generalist calificat, el le determină prin comunicarea medicală, folosirea unor tehnici speciale, prin empatie și respectarea eticii medicale.

Clinica stomatologică reprezintă o instituție medicală complexă unde fiecare membru al echipei își prioritează responsabilitățile individuale de muncă și le execută pentru aducerea beneficiului terapeutic medical. Rolul asistentului stomatologic pe parcursul timpului evoluează permanent, iar activitatea acestuia devine din ce în ce mai variată și are impact asupra multor componente ale procesului stabilire a diagnozei și de tratament. Primul contact cu pacientul de obicei este realizat de către asistentul dentar. Acesta întâmpină pacientul într-o manieră binevoitoare. Asistentul creează condiții pentru o comunicare ulterioară între pacient și stomatolog și astfel, generând încrederea și confortul corespunzător în timpul actului medical.

Cele mai cunoscute activități de rutină pe care le realizează permanent asistentul medical în stomatologie sunt următoarele: 1) pregătirea, amestecul și manipularea cu biomaterialele dentare; 2) pregătirea echipamentelor, materialelor și a pacienților pentru radiografiile dentare; 3) înregistrarea diagramei dentare și starea țesutului cavității orale; 4) procesarea radiografiei dentare; 5) monitorizarea și susținerea psihologică a pacienților; 6) oferirea unor sfaturi corespunzătoare pacienților; 7) susținerea pacientului și a colegilor în cazul unei urgențe medicale; 8) realizarea unor îndreptări către alți medici din sfera sănătății.

Practica stomatologică curentă a generat trei principii de comportament al asistentului medical generalist: autonomie, activitate și inițiativă. *Principiul autonomiei* constă în faptul că în cadrul tratamentului, asistentul

medical întâlnește pacientul, află despre starea sa de sănătate înainte și după consultație, ia decizii independente și este responsabil pentru aplicarea acestora, să se controleze pe sine în îndeplinirea sarcinilor funcționale. *Principiul activității* se manifestă prin reflecția anticipativă atunci când interacționează cu medicul, adică în capacitatea de a-l înțelege „fără cuvinte”, (de a anticipa deciziile și acțiunile), de a da dovadă de o atitudine proactivă față de pacient, adică capacitatea de a avertiza din timp asupra disconfortului, de a-și explica acțiunile pentru a evita anxietatea. *Principiul inițiativei* se manifestă în indicatorii activității asistentei medicale, cum ar fi abordare creativă a sarcinilor – eforturi pentru a îmbunătăți operațiunile manuale, pentru a găsi modalități mai convenabile de a le efectua pentru sine și pentru medic și prin ingeniozitate – capacitatea de a găsi soluții și de a acționa neconvențional în situații neașteptate și extreme.

Reieșind din necesitățile interne ale instituțiilor stomatologice din R. Moldova este necesar de a evidenția *direcțiile esențiale ale implicării asistentului medical generalist cu studii universitare de licență în serviciul stomatologic autohton*.

Cadrul asistenței stomatologice autohtone, în cazul implicării asistentului medical cu studii superioare, încă nu constituie un mediu de activitate bine stabilit. În ultimul deceniu se observă o dinamică pozitivă a accesibilității și recunoașterii cadrelor medicale generaliste în activitatea de rutină stomatologică. În mare parte, se acceptă necesitatea lor și se regăsesc funcții delimitate pentru integrarea lor în acest sistem.

Direcția mai binecunoscută, dar și importantă, în relevarea activității asistentului generalist rezidă în îndeplinirea tuturor responsabilităților de rutină zilnică, cu acordarea unei deserviri maxime centrate pe nevoile pacientului și a colegului de muncă - doctorul stomatolog.

Un aport indiscutabil al asistenților medicali este implicarea acestora în „Lucrul la patru mâini”, deoarece susținerea lor păstrează simbioza actului medical terapeutic, conlucrând pentru un mediu sigur de echipă. Împreună cu medicul monitorizează corectitudinea și dinamica mișcărilor în vederea economisirii energiei și bunăstării personale. Acest fapt demonstrează rolul siguranței și a echilibrului personal în muncă, deoarece starea de bine proprie aduce satisfacție atât în procesul efectuării actului medical, cât și la finele acestuia. Etapizarea tehnicii de către medic și asistent nu permite executarea erorilor medicale, iar acest fapt scade probabilitatea apariției complicațiilor clinice și totodată crește reușita intervenției [5].

Asistentul medical în stomatologie poate realiza manifestări științifice și didactice cu rol informativ și educativ pentru sănătate, în instituții de învățământ de orice nivel. Organizarea lecțiilor teoretice și practice cu interactivitate de grup pe manechine, în care profesionistul medical explică periajul dentar corect, eventualele consecințe ale unei igiene precare, cum este formată cavitatea bucală și funcțiile ei. Toate aceste lecții medicale, vor servi ca puncte strategice pentru menținerea unei populații responsabile și sănătoase.

Planificarea educației pentru sănătate se poate realiza prin alcătuirea unui dosar de către asistentul medical pentru pacient care este deja diagnosticat cu o patologie dentară și se tratează, sau pentru persoane care doresc să fie informați corect și necesită ajutor în menținerea unui regim sănătos zilnic, în vederea menținerii sănătății orale generale.

O altă direcție de implicare este controlul plăcii bacteriene, ce prevede diagnosticarea nivelului de carie dentară și prevenirea depunerii acesteia pe suprafețele dentare. Depistarea și organizarea planului corect pentru îngrijire de către asistentul medical cum ar fi o igienă riguroasă, monitorizată, și folosirea preparatelor corespunzătoare pentru igienă, pot salva starea sănătății orale a pacienților, în special cei din rândul copiilor.

Asistenții medicali cu studii superioare, pot funcționa ca parteneri medicali cu statut mediu în sistemul serviciilor stomatologice, iar funcțiile lor pot fi mai vaste, decât asistarea, sterilizarea, dezinfectarea sau manipulări de rutină clinică. Parcurgerea unei instruirii suplimentare corespunzătoare în domeniul stomatologic, ar putea să le ofere abilități de management și nursing clinic stomatologic. Drept exemplu este și ierarhia într-o instituție spitalicească sau de ambulator, unde sunt distribuite asistente medicale cu studii medii și asistente cu studii superioare, care în urma unor studii suplimentare și-au crescut competențele. Studiile oferite în universitate au capacitatea de a fortifica potențialul unei serii de capacități: coordonarea și planificarea rațională a regimului intern, aplicarea calitativă a tratamentului preconizat, optimizarea fluxului de pacienți, implicarea în solicitarea rezervelor corespunzătoare în situații excepționale, promovare a și screening-ul pentru sănătate.

Ținând cont de cele menționate anterior, se poate concluziona că la moment nu sunt identificate în mod cert atribuțiile concrete ale asistentului medical cu studii superioare în asistența stomatologică, acest fapt variind de la țară la țară, de la o instituție medicală la alta. În cele mai frecvente

cazuri, însă, această categorie de asistenți medicali se acomodează treptat pentru activitatea în domeniul stomatologie, formându-și cu timpul abilitățile necesare sub supravegherea specialiștilor cu practică clinică de durată și în condițiile instituțiilor de asistență respectivă.

Principalele tipuri de activități ale asistentului medical în instituțiile cu profil stomatologic se referă la asistența medicală terapeutică competentă; controlul și prevenirea infecțiilor; managementul resurselor medicale terapeutice; managementul holistic al pacientului stomatologic.

Perspective importante și promițătoare pentru realizarea deplină a potențialului profesional se proiectează în activitatea asistentului medical generalist cu studii universitare de licență în domeniul asistenței stomatologice din R.Moldova. Această categorie de specialiști ar putea avansa în diverse funcții noi, având posibilitatea de a contribui esențial la îmbunătățirea sănătății populației, devenind lideri în planificare, educație și promovare corectă a modului sănătos de viață. Ei pot contribui la o schimbare importantă pentru sistemul autohton medical, care vor spori randamentul deservirii medicale prin decizii concrete și cooperare alături de echipa medicală.

Referințe bibliografice

1. Hemingway, A., Bosanquet, J. Role of nurses in tackling health inequalities. In: *Journal of Community Nursing*. 2018, 32 (6), pp.62-64.
2. WHO Expert Committee on Nursing. Fifth Report. In: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39827/WHO_TRS_347.pdf?sequence=1&isAllowed=y (accesat: 26.07.2022).
3. Standard de calificare asistență medicală generală. Domeniul de formare profesională Asistență medicală și Moașe. Cadrul Național al calificărilor din Republica Moldova. Chișinău, 2020, 34 p. În: https://didactic.usmf.md/sites/default/files/inlinefiles/Standard%20de%20calificare_6_CNC%20RM_Asistenta_Medicala_Generala.pdf (accesat: 27.07.2022).
4. World Health Organization. (2020). State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. In: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331677> (accesat: 26.07.2022).
5. Năstase C., Terehov A., Nicolau Gh., Gnatiuc P. Optimizarea primirii pacienților stomatologici prin implementarea principiilor de „Lucru la patru mâini“. În: *Medicina Stomatologică*. 2017, nr.1-2 (42-43), pp.16-19; Radlinschii V.N., Radlinschii S.V. Refaceri dentare directe. În red. prof. V.Burlacu. Chișinău: Tip. Centrală, 2014.

EUTHANASIA FROM THE PERSPECTIVE OF LIFE

Adelia Furdui (Florea), lector

Departamentul de asistență socială,

Facultatea de sociologie și psihologie,

Universitatea de Vest, Timișoara, România

adelina.furdui73@e-uvv.ro

EUTANASIA DIN PERSPECTIVA VIEȚII

Se oferă o analiză critică a Convenției pentru Drepturile Omului din perspectiva avortului și eutanasierei, aducând argumente pro și contra dreptului la viață, începând de la concepție și până la faza finală a unei ființei umane.

Since the beginning of mankind, the world has wanted to dominate two realities, life and death, two contrasts, and yet, so united in our lives, our existence will always be closely linked with death [1]. If we enter the stage not of our volition, some would like to exit at the end of the show with dignity, without being a burden to our loved ones; others like Job accept our existential reality and praise the Creator for every day we have on this earth. Different from these are the directors who stop children from entering the scene of life, starting from the second day, and more recently, from the ninth month, as they do not want these little ones to suffer in the show that will follow, dealing with life and death. Life not begun and yet stopped, and death being the end of the run. To be or not to be, that is the question, to be permitted to live before having a day on this earth or to end it when we can't.

The theme „Euthanasia from the perspective of life” was chosen in relation to its actuality because I considered it to be and will always be a dispute between the pro-life and pro-choice social movements, thus it cannot be that there are, first of all, implications that affect the national policies of many nations. Some believe that life starts from the encounter between an egg and sperm, others that pregnancy is only a mistake when it comes to the unprepared, when the fetus has health problems it is a problem that needs to be eliminated, on the other hand, others believe that it is their right to choose how to die, thus, these two camps can never reach a consensus.

General considerations about abortion and euthanasia

General considerations about abortion and euthanasia: Under the European Convention on Human Rights on abortion, a „margin of appreciation” is allowed for each state where the „right to life” begins, therefore the following question arises: When does human life begin? [2]. Doctors E.L. Potter and JM Craig [3], in the pathology of the fetus and child, stated that: “Eachtime a sperm and egg unite, a new being is created that is alive and will continue to live unless death occurs. to be determined by some specific conditions. „Abortion is the termination (cessation) of pregnancy by any means, before the fetus is sufficiently developed to survive, leaving deep wounds upon the woman’s psyche and her family and relationships but also employs physical consequences.

The number of unwanted pregnancies in the world reaches thirty-three million annually [4] Romania being in the first place with mothers under the age of 15, and abortions in 2019 reached 47.492. In this context it can be seen that not often abortion is considered the main method of contraception and by no means the right to physical freedom.

Article 3 of the Universal Declaration of Human Rights states [5]: „Every human being has the right to life, liberty and security of his person. „Arguments regarding the disadvantages that come with performing an abortion, whether we are talking about an unwanted pregnancy following a rape, or we are talking about a spontaneous abortion, let alone, say, that of the abortion on request, all have a common factor: Post-abortion syndrome or SPA is a diagnosable psychological condition, the psychological symptoms described by Stossel [6] are: grief and pain, guilt, anxiety, desire to be accepted, anger, abrupt interruption of the hormonal cycle through abortion, psychosomatic manifestations, depression.

The effects of abortion on the family - the vicious circle of violence:

1. Violence on children.
2. Violence on women: - the woman demands her right to abortion, and the man is in a position to not be able to defend his own child so for him it will be difficult for him to enjoy the reveal of a new pregnancy, because he does not know if his mother will let him live.
3. Abortion survivors: The third circle of violence is the most serious because it affects children who were born into a family who have performed or have been able to perform an abortion, and psychiatrists call these survivors of abortion-Clinical features are: a. existential guilt; b. anx-

iety; c. fear in the relationship with parents and later with other people; d. fear of knowing the truth; e. suspicion, no self-confidence.

4. Abortion and disability - medical constraint - discouraging childbirth of mothers who are at risk of giving birth to children with health problems.

5. Euthanasia with a new coat of paint.

The effects of abortion, whether we like it or not, restricts the respective society: on the social structure, the medical sphere, the legal and economic sphere, the demographics [6].

Arguments against the right to life before birth:

- It is uncertain when human life begins;
- The fetus is only part of the body of the pregnant woman;
- Abortion is the termination of a pregnancy, not the killing of a child;
- Abortion is a confidential issue.

Abortion in the context of the termination of a human life in the fetal stage implies the violation of the right to life of the fetus. Yes, according to human rights, a woman has the right to administer her body in whatever form she wants, but to make an abortion involves the violation of another human's right to life. Abortion is not a right, because by law it implies the obligation of the state to facilitate and provide certain facilities with the safe purpose of harming the life of another human being. In this context, there are many pro-abortion advocates who would like to say that life until week 20 is not viable and that the fetus feels nothing, even though these things have been falsely proven, and in conclusion they have been assigned as „misogynists” due to „caring more about a bundle of cells than a woman.” In this context, abortion does not have a place as a right in a state institution and any person can object to the preventive termination of another human being. Any doctor or medical professional may refuse to attend an abortion procedure because they have freedom of conscience that is in the same context as human rights to physical autonomy [2].

The arguments supported by those who favor euthanasia and assisted suicide:

- choosing the right moment in which we die
- the socio-economic consequences of the increasing number of elderly people and those dependent on certain medical services or medicines.

But all of these are merely „substantial medical, legal, social and theological reasons to counteract this tendency towards suicide and euthanasia” [7] suffering being „in close correlation with suicide, and the current

laws do not punish the one who commits suicide, but the one that facilitates the tragic event” [8].

Euthanasia can be of two types: active and passive. Active euthanasia is the act of committing death at the request of a patient in order to die with dignity, and passive euthanasia or slow death can be represented by interrupting a treatment or feeding knowing that the patient’s death will occur [9]. Euthanasia, in any form of it, violates the fundamental human rights: the right to life according to art.3 described in the European Convention on Human Rights, the Romanian Constitution also comes in support of the right to life with the two rights, the right to life according to art. 34 the right to health according to art. 25 [10]. The convention of human rights was not written from an objective point of view of the individual and its egotism or, but was written with an objective philosophy, pro-life, which puts beyond human values human values and human nature to propagate. If it can be interpreted for this subject, the convention can only promote the reduction abortion to increase life.

Conclusions:

In Romania according to Law no. 287/2009, art. 62 and art. 64 [11] any eugenic practice is completely forbidden, emphasizing at once that the human being is inviolable, and yet when we speak of abortion this unborn human being has no right. The legality of abortion does not provide for abortion to be right. The legality of an object does not provide for an automatic delegation on a service that “suits you.” For example, just because it is legal to own a house, does not mean that you have the right to one, in this context, the state would be viable to provide the service or the respective product.

Both politically and legally, European law does not recognize, much less guarantee, the right to an abortion. Furthermore, international law guarantees the right to life for every human being and encourages States “to reduce the recourse to abortion” which “must, as far as possible, be avoided [2].

The existence of a right to life does not lead to the conclusion that there is an automatic reverse of it, namely a right to die or a right to death. However, in the laws of some countries there have been regulations regarding abortion and euthanasia. If in the case of the former we are talking about someone’s right to take someone else’s life, in the case of euthanasia we are even talking about the legal possibility to choose the moment of death.

Of course, the right to euthanasia is recognized in the legislation only to those who are in an advanced state of the disease, being seen by those who have legislated it as a „right to get rid of the pain caused by the disease”.

Referințe bibliografice

1. Yalom Irvin. D. Love's Executioner and Other Tales of Psychotherapy. Bucuresti:Publishing Three, 2008.
2. Puppinc G. Abortion in european law: human rights, social rights and the new cultural trend. In https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2664972 (accessed: 27.10.2019).
3. Potter, E, L.& Craig, J. M. Pathology of the fetus and the Infant. Chicago: Year BookMedical Publisher, 1975.
4. INS. World Contraception Day. Situation Analysis. In: <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2018/11/Analiza-de-situa%C8%9Bie-ZMC-2018.pdf> (accessed: 27.10.2019).
5. Council of Europe (2013): European convention of human rights and fundamental freedoms. In: https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ROM.pdf on 27.10.2019 . (accessed: 27.10.2019).
6. Stossel P. Myriam, why are you crying? or Abortion Trauma. Resita: Banatul Montan, 2012.
7. Wyatt J. Euthanasia and assisted suicide. Timisoara: Christian center for educationand culture Areopagus, 2015.
8. Pătrașcu M. (2010). Approaching life's end, human euthanasia and the proper intervention of man, in God's plan. In: <https://www.ceeol-com.am.e-nformation.ro/search/viewpdf?id=269486> (accessed: 27.10.2019).
9. Stănilă Laura. (2016). Therapeutic obsession. Pros and Cons of Euthanasia - New Challenges of Romanian Legislation. In: <https://drept.uvt.ro/analele-universitatii-de-vest-din-timisoara-seria-drept-numarul-2-2014.html> (accessed: 27.10.2019).
10. Romanian Constitution – Republished. Published in: Monitorul oficial Nr. 767 from 31 octombrie 2003.
11. Civil Code, updated 2019 – Law 287/2009, published in MONITORUL OFICIAL nr. 505 of 5 iulie 2011.

SECURITATEA ȘI SĂNĂTATEA ÎN ACTIVITATEA PERSONALULUI MEDICAL DIN INSTITUȚIILE MEDICO - SANITARE PUBLICE

Iurii Lupacescu, competitor

Ludmila Sochircă, competitor

Tudor Grejdean, dr. hab. șt. med., prof. univ.
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
„Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova
fiodor.grejdean@usmf.md

SAFETY AND HEALTH IN THE ACTIVITY OF MEDICAL STAFF IN PUBLIC MEDICAL AND SANITARY INSTITUTIONS

One of the most important problem is faced by employees in the workplace is risk factors and specific illnesses. In order to determine the particularities of illness for doctors in Moldova, a study was conducted based on surveys of 180 for 4 categories of health workers (45 therapists, 45 surgeons, 45 nurses care units and 45 nurses from surgical wards) from three medical institutions: Municipal Clinical Hospital “Sfânta Treime”, The Republican Clinical Hospital and Clinical Hospital Orhei. Pathology with the highest weight for medical staff in Moldova is gastrointestinal pathology followed by acute respiratory infections. They are caused by nervous stress and intense physical strain.

În cercetarea realizată am dorit să aflăm percepția lucrătorilor medicali din AMP față de siguranța locului de muncă din instituțiile medicale. Marea parte dintre respondenți (82%) au afirmat precum că se simt în siguranță în instituțiile în care activează, totuși au fost și opinii (6%) ale unor persoane care au înfirmat acest fapt, iar pentru 12% dintre respondenți a fost greu să se aprecieze cu referire la acest subiect.

Securitatea și sănătatea muncii oferă angajatului siguranța necesară în timpul serviciului, îl ajută să își păstreze sănătatea și capacitatea de muncă în programul de lucru. Totodată protecția muncii previne accidentele la locul de muncă, previne bolile cauzate de specificul activității; identifică pericolele existente, evaluează riscurile la care sunt expuși lucrătorii și elaborează programe de prevenire și protecție. Angajatorul este obligat legal să ia toate măsurile pentru protecția muncii, indiferent de domeniul de activitate.

Din rezultatele cercetării observăm că, chiar dacă angajații apreciază pozitiv siguranța locului de muncă, satisfacția față de condițiile create este variabilă. Doar 44,6% dintre respondenți au afirmat că activează în condiții bune și foarte bune, pe când aceeași rată dintre angajați consideră că condițiile sunt doar satisfăcătoare. Iar 12 % dintre respondenți apreciază amenajarea și curățenia locului de muncă ca fiind nesatisfăcătoare.

Totodată, respondenții au fost rugați să aprecieze gradul de risc pentru sănătatea lor datorat condițiilor de muncă. Din rezultatele sondajului de opinie se confirmă, că o parte dintre angajați consideră că lucrează în condiții cu risc major pentru sănătatea lor, aceștia fiind mai mulți din rândul lucrătorilor medicali cu studii medii (11,6%) și de circa 2 ori mai puțini din rândul medicilor (5,3%).

Totodată, peste jumătate dintre lucrătorii medicali cu studii medii au apreciat locul de muncă cu risc moderat (52,4%), pe când medicii au apreciat locul de muncă, în aproximativ aceeași rată (50,2%), cu risc minor pentru sănătate. O parte, considerabil de mică (1,4 și 2%), din ambele loturi au apreciat lipsa a careva riscuri la locul de muncă. Aceste cifre indică că există multe lacune și moment necesar a fi dezvoltate pentru a crește satisfacția angajaților din AMP față de condițiile de muncă în care activează.

Riscurile psihosociale sunt generate de conceperea, organizarea și gestionarea precară a activității, precum și de un context social necorespunzător la locul de muncă și pot avea efecte negative pe plan psihologic, fizic sau social, precum stresul la locul de muncă, epuizarea sau depresia. Printre condițiile de lucru care determină riscuri psihosociale se numără:

- volumul excesiv de muncă;
- cerințele contradictorii și lipsa de claritate privind rolul pe care îl are de îndeplinit lucrătorul;
- lipsa de implicare în luarea deciziilor care afectează lucrătorul și lipsa de influență asupra modului de desfășurare a activității;
- schimbările organizatorice gestionate necorespunzător, nesiguranța locului de muncă;
- comunicarea ineficientă, lipsa de sprijin din partea conducerii sau a colegilor;
- hărțuirea psihologică și sexuală, violența din partea terților.

Atunci când se analizează exigențele de la locul de muncă, este important să nu se confunde riscurile psihosociale, precum volumul de muncă

excesiv, cu condițiile în care mediul de lucru, deși deosebit de stimulator și uneori reprezentând o provocare, este favorabil, lucrătorii fiind bine pregătiți și motivați să își realizeze cât mai bine sarcinile de serviciu. Un mediu psihosocial favorabil sporește performanțele și dezvoltarea personală, precum și bunăstarea psihică și fizică a lucrătorilor.

Pentru a determina care sunt factorii care, în opinia angajaților, le afectează sănătatea, în chestionar au fost propuse mai multe condiții posibile, cu oferirea posibilității de a selecta 5 factori cu cea mai frecventă probabilitate de a fi întâlniți în instituția de AMP. Este important de menționat că majoritatea respondenților au indicat condițiile stresante (98%) și surmenajul (88%) ca fiind cei mai frecvenți factori care au un impact major asupra sănătății lor. Condițiile de suprasolicitare a personalului sunt dictate și de problema lipsei de cadre medicale, atunci când un specialist trebuie să deservească un număr mult mai mare de pacienți. Conform normativelor [51] este fixat criteriul de 1 medic de familie la 1500 populație (6,6 medici la 10000 locuitori) și 13,2 asistenți ai medicului de familie în localități urbane la 10000 locuitori, în localități rurale – de la 13,2 până la 19,8 la 10000 populație. La nivel de țară se constată 4,9 medici de familie la 10000 locuitori (media pe UE este de 7,96/10000 locuitori). În raionul Orhei acest indicator ajunge la 3,5/10000 locuitori, astfel, un medic de familie va deservi peste 2500 locuitori [2].

Lucrătorii sunt confrunțați cu stresul când solicitările de la locul de muncă sunt prea mari, depășindu-le capacitatea de adaptare. Pe lângă problemele de sănătate psihică, lucrătorii care se confruntă cu un stres prelungit pot dezvolta ulterior probleme grave de sănătate fizică, de exemplu afecțiuni cardiovasculare sau musculo-scheletice [3].

La nivelul organizației, printre efectele negative se numără performanța economică generală slabă, creșterea absentism-ului, prezenteism-ului (prezența lucrătorilor la locul de muncă când sunt bolnavi sau când nu își pot îndeplini în mod eficient sarcinile de serviciu) și înmulțirea vătămărilor și a accidentelor. Absențele tind să fie mai lungi decât cele care au la bază alte cauze, stresul la locul de muncă putând să contribuie și la creșterea ratei de pensionare anticipată. Estimările costurilor suportate de întreprinderi și de societate din cauza stresului la locul de muncă sunt considerabile, ridicându-se la miliarde de euro la nivel național.

Aceasta va compromite calitatea serviciilor medicale acordate, reduce accesul populației la serviciile de AMP, sporește gradul de nemulțumire

a pacienților precum și medicilor pentru care crește semnificativ responsabilitățile și obligațiile profesionale.

În întreaga Europă, costurile totale ale problemelor de sănătate mintală (asociate sau neasociate cu locul de muncă) sunt estimate la 240 de miliarde de euro pe an [4]. Mai puțin de jumătate din această sumă provine din costurile directe, cum ar fi tratamentele medicale, în timp ce suma de 136 de miliarde de euro este corelată cu productivitatea pierdută, inclusiv cu absenteismul legat de concediile medicale. Statisticile naționale sunt, de asemenea, elocvente:

- în 2007, costurile naționale ale stresului la locul de muncă în Franța au fost estimate la 2-3 miliarde de euro;
- în Regatul Unit se estimează că în perioada 2009-2010 s-au pierdut aproximativ 9,8 milioane de zile lucrătoare din cauza stresului la locul de muncă, iar lucrătorii au absentat, în medie, câte 22,6 zile;
- în Austria, afecțiunile psihosociale au fost raportate ca fiind principalul motiv al pensionării anticipate a funcționarilor; aceste afecțiuni au cauzat peste 42% din totalul pensionărilor anticipate în rândul acestei categorii de lucrători.

Argumentele economice sunt clare: prevenirea și gestionarea riscurilor psihosociale reprezintă o sarcină importantă și vor conduce la o forță de muncă sănătoasă și productivă, la reducerea nivelului de absenteism, de accidente și vătămări și la un grad mai ridicat de menținere a lucrătorilor la locul de muncă.

Printr-o abordare corespunzătoare, riscurile psihosociale și stresul la locul de muncă pot fi prevenite și gestionate cu succes, indiferent de mărimea sau tipul instituției. Ele pot fi abordate în același mod sistematic și logic ca alte riscuri pentru securitatea și sănătatea la locul de muncă. *Pactul european pentru sănătate mintală și bunăstare* recunoaște problema exigențelor în schimbare și a presiunii din ce în ce mai mari la locul de muncă și încurajează angajatorii să pună în aplicare măsuri voluntare suplimentare pentru promovarea bunăstării psihice. Cu toate că responsabilitatea juridică pentru asigurarea evaluării și controlului adecvat al riscurilor la locul de muncă revine angajatorilor, este esențial ca și lucrătorii să fie implicați. Lucrătorii și reprezentanții lor înțeleg cel mai bine problemele care pot apărea la locul lor de muncă. Implicarea lor va asigura instituirea unor măsuri corespunzătoare și eficiente.

Suprasolicitarea personalului are ca consecință și lipsa pauzelor pentru alimentația și odihna personalului medical, care este cel de al treilea factor frecvent menționat de către respondenți (86%).

Oricare ar fi condițiile de viață a angajaților, managerul instituției medicale trebuie să conștientizeze că personalul trebuie să servească trei mese pe zi, la ore fixe, acordând o importanță majoră micului dejun. Este cunoscut faptul că, alimentația sănătoasă presupune ca cel mult 10% din hrană să provină din produse animale, mai puțin de 1% din uleiuri și mai puțin de 10% din hrană să provină din zaharuri rafinate, miere, siropuri și sucuri de fructe. Se recomandă consumul a minim 400 de grame de fructe și legume zilnic și cel mult 5 grame de sare pe zi. Astfel, angajatorul ar trebui să întreprindă măsuri prin care să ofere acces angajaților la hrană de o calitate cât mai aproape de cerințele pentru alimentația sănătoasă, inclusive asigurarea cu fructe și legume, apă din contul organizației.

Studiile din igiena alimentației confirmă că masa cea mai hrănitoare este aceea în timpul căreia nu facem nimic altceva decât să mâncăm încet, mestecând bine fiecare îmbucătură, fără a ne gândi la altceva decât la mâncat. Spațiul în care se desfășoară toate activitățile legate de alimentație trebuie să fie separat de zona de lucru, să fie curat, luminos și aerisit. În acest spațiu trebuie să existe facilități adecvate pentru spălarea vaselor, pentru păstrarea hranei în mod corespunzător (frigider) și aparatură pentru încălzirea în siguranță a hranei (cuptor cu microunde). Este important ca angajatorul să organizeze aceste condiții pentru angajați

Având în vedere că lucrătorii medicali își petrec cel puțin o treime din zi la locul de muncă este important de organizat alimentația sănătoasă pentru a putea avea randament bun și pentru a evita oboseala cronică și tulburările digestive. Din rezultatele studiului la analiza stării de sănătate a angajaților observăm că peste 58% din respondenți suferă de maladii ale aparatului gastro-intestinal.

Este alarmant faptul că peste o treime dintre respondenți menționează că activează în condiții de temperaturi joase, frigul fiind enumerat ca un factor cu impact asupra sănătății lor (38%). Cu toate că o parte din instituțiile medicale au beneficiat de renovări și reparații în cadrul unui proiect pentru fortificarea capacităților AMP la nivel național (finanțat de Banca Mondială), totuși, instituțiile din unele localități rurale au rămas la încălzire cu sobe, iar construcțiile vechi au un randament crescut în pierderea căldurii, făcând să scadă temperatura în încăperile oferite medicilor de familie. În

aceeași categorie intră și răspunsurile (12%) în care drept factori nocivi pentru sănătate sunt menționate încăperile învechite și iluminarea slabă.

Din rezultatele sondajului observăm că fiecare al cincilea respondent consideră că lucrează cu substanțe și echipamente nocive care le afectează sănătatea. Activitatea medicală este un domeniu legat cu utilizarea diferite substanțe chimice, dezinfectate, antiseptic, în special, atunci când implicăm personalul din laboratoarele medicale. Reieșind din aceste considerente ar fi fost cazul de propus niște evaluări ale condițiilor de ventilare a încăperilor unde se lucrează cu substanțe chimice, oferirea unor produse pentru nocivitate (lapte, produse lactate etc.).

Deoarece marea parte a zilei angajatul o petrece în condițiile locului de muncă, este inevitabil de realizat legătura dintre condițiile de muncă și starea de sănătate/îmbolnăvirea angajaților prin propria prismă și percepție. Din rezultatele acumulate a sondajului de opinie observăm că 42% din respondenți sunt convingși că activitatea în condiții nesatisfăcătoare le-a afectat sănătatea și este cauza îmbolnăvirii, pe când 12% dintre personal le-a fost dificil să facă așa afirmație. Doar mai puțin de jumătate dintre angajații AMP (46%) nu au făcut legătură dintre aceste două momente. Această opinie cu tendință negativă a lucrătorilor medicali indică o demotivare a personalului, cu riscul abandonării profesiei, atunci când pentru angajat apare evident pericolul profesiei pentru propria sănătate.

Referințe bibliografice

1. Normativele aprobate prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 1582 din 30.12.2013.
2. Stresul în muncă. Red. O. Luchian. București, 2010.
3. Chelcea S. Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative si calitative. București: Editura Economica, 2001.
4. Comșa Delia. Riscurile psihosociale și stresul la locul de muncă. In: http://www.itmsibiu.ro/download/SSM/STRESS/Riscuri_psihosociale.pdf (accesat: 10.08.2022).

MANAGEMENTUL DATELOR ÎN PROCESUL DE CERCETARE MEDICALĂ

Vitalina Ojovan^{1,2,3}, doctorand; medic endocrinolog
masterand în științe economice, program management

¹Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, R.Moldova

²Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară, Chișinău

³Academia de Administrare Publică, Chișinău, R.Moldova

vitalina.ojovan@rambler.ru

DATA MANAGEMENT IN THE MEDICAL RESEARCH PROCESS

Managing very large volumes of data and information of various types, as well as conducting high-quality investigations, are cutting-edge issues nowadays. The topic addressed is interesting in that many fields such as economy, business, culture, but also the medical field, need information based on quality data. It is necessary to identify and establish data management policies within the research process carried out in medical institutions.

Gestionarea datelor de cercetare ca domeniu de studiu științific este în continuă evoluție. Managementul datelor atrage din ce în ce mai mult atenția instituțiilor științifice și cercetătorilor datorită importanței sale și perspectivelor de a impulsiona investigația științifică. Datele reprezintă materiale înregistrate, acceptate de obicei în comunitatea științifică ca fiind necesare pentru a valida rezultatele unei cercetări științifice. Managementul datelor înseamnă toate procesele necesare pentru a gestiona toate activitățile pe toata durata ciclului de cercetare. Această are drept scop o bună organizare a lucrărilor efectuate în cadrul cercetării și eficientizarea acestora.

Managementul datelor într-o cercetare medicală prezintă o serie de beneficii: eficiența și vizibilitatea cercetării, protejarea datelor, respectarea codurilor de etică și a legislației de protecție a datelor. Este important ce tipuri de date, metode și tehnici sunt folosite pentru colectarea datelor, unde vor fi datele stocate în timpul și după terminarea cercetării. Datele de cercetare trebuie să fie regășibile, accesibile, interoperabile și reutilizabile. Un management eficient va conferi datelor proiectului o valoare mai mare atât pentru cercetarea curentă, cât și pentru alte cercetări.

Elaborarea unui plan de management al datelor la începutul unei cercetări ar putea asigura o mai bună gestionare a datelor, iar acest lucru ar aduce beneficii importante procesului de cercetare. Managementul datelor în procesul de cercetare cuprinde mai multe activități și procese asociate ciclului de viață al datelor: proiectarea și crearea de date, organizarea, stocarea, securitatea, conservarea și tratarea lor corespunzătoare, astfel încât acestea să fie disponibile pentru acces, utilizare, partajare și reutilizare ori de câte ori apare necesitatea, toate ținând cont de capacitățile tehnice, considerentele etice și legale. Astfel, nevoia adaptării cercetătorilor din domeniul medical la rigorile erei digitale în vederea desfășurării unor cercetări de înaltă calitate, precum și gestionării volumului de informații științifice a devenit un imperativ.

Așadar, în momentul actual este foarte important să existe politici adecvate privind stocarea sigură a datelor de cercetare și să se asigure acces public care să nu prejudicieze autenticitatea datelor. De asemenea este necesară analiza experienței internaționale în gestionarea datelor de cercetare medicală. Organizarea periodică a meselor rotunde sau alte activități ar asigura schimbul de opinii și experiență în domeniul managementului datelor de cercetare.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА В ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАНАХ

Игорь Арсени, доктор права, конференциар (доцент), декан
Кафедра частного права,
Комратский Государственный Университет, г. Комрат, Р. Молдова
igorarseni1987@gmail.com

LEGAL REGULATION OF THE PROCEDURE OF TRANSPLANTATION OF HUMAN ORGANS AND TISSUES IN THE COUNTRIES OF EUROPE

On the basis of domestic and foreign legislation, the author considers a number of problematic issues related to the legal regulation of the procedure for transplantation of human organs and tissues.

Во многих странах Европы человек, его жизнь, здоровье и честь являются неотъемлемыми социальными ценностями. Но, к сожалению, согласно последним событиям, в мире все чаще стали встречаться такие явления, как насилие, агрессия, террор, торговля людьми, которые провоцируют совершение общественно опасных деяний, в число которых входит и незаконное изъятие органов человека с целью обогащения. В ООН все чаще приходят сообщения о фактах незаконного изъятия органов и тканей человека, которые становятся предметом торговли, поскольку их можно использовать во время генетических исследований или же для проведения религиозных или магических обрядов. Но чаще всего они используются с целью трансплантации.

Необходимо отметить, что в большинстве европейских стран достаточно сложно оценить масштабы незаконного оборота органов и тканей человека, поскольку в уголовных законодательствах нормы, регламентирующие данную сферу деятельности, недостаточно четкие. Вместе с тем все основные международные документы, регламентирующие вопросы трансплантации органов и тканей человека, предусматривают запрет коммерциализации пересадок. Так, например, п. 8 Декларации о трансплантации органов человека (1987 г.), ст. 21 Положения о торговле живыми органами (1985 г.), Конвенция о правах человека и биомедицине (1996 г.) содержат основные положения о том, что тело человека и его части не должны быть источником дохода. Законом Бельгии об изъятии и трансплантации органов установлено, что согласие донора должно быть выражено в письменной форме и подписано в присутствии дееспособного свидетеля. В Законе Греции об изъятии и трансплантации человеческих органов и тканей определено несколько альтернативных форм дачи согласия донора: письменная форма с нотариальным удостоверением, письменная форма с удостоверением подписи донора в полиции и устная форма дачи согласия в присутствии двух свидетелей с записью в специальный реестр. В законодательстве Бельгии и Турции содержится требование получения согласия не только самого донора, но даже его супруга [1].

В Украине трансплантация органов и тканей человека осуществляется в соответствии с Законом Украины «О трансплантации органов и других анатомических материалов человеку» при некоторых условиях: наличии добровольного согласия донора на взятие органа, вывода консилиума врачей о возможности трансплантации, после ознаком-

ления потенциального донора с возможными сложностями в связи с будущей операцией, и в случае, если вред здоровью донора в результате операции будет меньше, чем опасность для жизни реципиента [2]. В соответствии со ст. 12 вышеуказанного Закона коммерческое донорство является незаконным, и легально донорами в Украине могут быть лишь близкие родственники или один из супругов.

В Испании установлен абсолютный запрет на прижизненное изъятие трансплантатов у недееспособных лиц [3]. В Дании использование в качестве доноров лиц, не достигших 21-го года, но фактически способных давать согласие на проведение операции по изъятию трансплантата, допускается в исключительных случаях, с разрешения родителей [4]. Законодательством Норвегии аналогичное правило установлено в отношении несовершеннолетних младше 18-ти лет [5].

Некоторые государства допускают изъятие у несовершеннолетних регенерирующих трансплантатов независимо от их фактической способности давать информированное согласие на операцию. Например, Законом Финляндии об изъятии человеческих органов и тканей для медицинских целей установлено, что изъятие регенерирующего трансплантата у лица, не достигшего 18-ти летнего возраста, допускается при отсутствии его возражений, с согласия его законных представителей и санкции Национального совета по здравоохранению.

В Республике Молдова отношения по трансплантации органов и тканей регулируются Законом «О трансплантации органов и тканей» № 42 от 06.03.2008 г. [6]. В ст. 13 вышеуказанного закона определена презумпция согласия на посмертное изъятие объекта трансплантации у трупа. Согласно ст. 15 прижизненная трансплантация производится с письменного согласия получателя, данного им после получения информации о возможных рисках и последствиях.

Законодательство большинства стран вводит строгие ограничения на использование органов и тканей от лиц, недееспособных в силу несовершеннолетия или душевной болезни. Так, Законодательство Греции и Франции разрешает изъятие у несовершеннолетних только костного мозга исключительно для пересадки их братьям или сестрам [7].

Согласно законодательству РМ о трансплантации использование в качестве прижизненных доноров лиц, не достигших 18-ти летнего возраста, не допускается, за исключением донорства костного мозга. Следовательно, дети могут быть донорами костного мозга с согласия их

законных представителей. Подобным образом решен вопрос о донорстве несовершеннолетних и в Конвенции о правах человека и биомедицине. Так, ст. 20 данного международного документа установлено, что в качестве исключения, с письменного согласия законных представителей, допускается использование в качестве доноров регенерирующих трансплантатов недееспособных лиц при отсутствии дееспособного донора и реципиентом являются брат или сестра; если трансплантация может спасти жизнь реципиента и донор не возражает против взятия трансплантата [8]. При любых условиях неправомерно использование несовершеннолетних в качестве доноров нерегенерирующих органов.

Законодательство некоторых государств разрешает при соблюдении определенных условий использование в качестве прижизненных доноров лиц, признанных недееспособными вследствие душевной болезни или слабоумия. Данными условиями является фактическая способность давать согласие на операцию (Турция) [9], получение санкции уполномоченных государственных органов в отсутствие возражений донора (Швеция).

Лицо, давшее согласие на прижизненное изъятие у него органов и тканей для трансплантации, может отозвать его в любой момент и в любой форме. Для обеспечения данного права законодательство Испании устанавливает, что операция по изъятию трансплантата не может быть проведена ранее, чем спустя 24 часа с момента получения согласия донора.

При посмертном изъятии органов и тканей для пересадки оно должно осуществляться с соблюдением ряда юридических условий: как правило, с согласия донора, выраженного прижизненно, либо с согласия его ближайших родственников.

В законодательстве различных стран существует два основных подхода к определению правомерности изъятия трансплантата у умершего человека. В ряде стран действует презумпция согласия умершего на изъятие его органов и тканей для целей трансплантации. Изъятие не производится, если стало известно о том, что умерший при жизни выразил свое отрицательное отношение к посмертному использованию его органов и тканей для трансплантации либо в случае несогласия его родственников. По такой модели построено, в частности, законодательство в данной сфере Франции, Италии, Турции.

В Бельгии презумпция согласия на посмертное использование тела для трансплантации применяется в отношении бельгийских поддан-

ных и резидентов страны, а основанием для посмертного изъятия органов или тканей у иных лиц может служить только их согласие, данное при жизни. Многие зарубежные специалисты по медицинской этике и праву здравоохранения считают, что законодательно установленная презумпция согласия играет лишь отпугивающую роль, вызывая в людях недоверие и побуждая их искать способы зафиксировать свое возражение против посмертного использования их органов [10].

В Швеции до 1988 г. применялась презумпция согласия, однако новый закон о трансплантации заменил ее презумпцией несогласия, сохранив, однако, исключения в отношении «незначительных вмешательств»: изъятия мелких органов и желез, например, роговицы, гипофиза, которые допустимы без каких-либо ограничений, даже вопреки воле родственников или прижизненно выраженной воле умершего. Королевским комитетом выдвинуто предложение отказаться от этого исключения, распространив единый правовой режим на процедуры посмертного изъятия любых человеческих органов и тканей.

Правовое регулирование посмертного донорства связано с установлением критерия смерти человека. Поскольку жизнь не прекращается одновременно во всех органах человеческого тела, важно определить, прекращение деятельности какого из них означает смерть человека и дает возможность изымать у него органы и ткани для пересадки.

Длительное время смерть человека определялась путем констатации прекращения сердечной и дыхательной деятельности. Однако современная медицина позволяет достаточно долго поддерживать такую деятельность организма искусственно. В последние десятилетия на смену критерию прекращения сердечной деятельности пришел критерий смерти головного мозга (Закон Швеции о трансплантации 1988 г.) [11].

В большинстве государств в законодательстве о трансплантации присутствуют нормы, призванные обеспечить независимость профессионального суждения врачей при констатации смерти человека, предотвратить возникновение конфликта интересов. Так, законодательство Бельгии запрещает констатировать смерть потенциального донора врачам, участвующим в лечении потенциального реципиента. Законом Норвегии запрещено осуществлять трансплантацию посмертно изъятых органов врачу, лечившему донора непосредственно перед смертью.

Актуальным является вопрос, а имеет ли человек право продавать свои органы, которые могут изыматься *ex vivo*, для нужд трансплан-

тации? Немногочисленные сторонники положительного ответа на данный вопрос считают, что продажа своих органов – реализация свободы личности, и донорство органов должно материально стимулироваться, подобно донорству крови и спермы.

Однако общественное мнение в целом относится к коммерциализации донорства органов и тканей, в особенности нерегенерирующих, отрицательно. Высказываются обоснованные опасения, что это приведет к эксплуатации малообеспеченных лиц, которые будут вынуждены продавать невозобновляемые ресурсы своего организма. В законодательстве большинства государств содержится запрет купли-продажи донорских органов под страхом уголовного преследования. Вместе с тем представляется допустимым и справедливым, чтобы донор, который вследствие утраты органа вынужден был нести расходы на лечение или утратил трудоспособность, получал возмещение убытков.

Принцип запрета на получение финансовой выгоды от тела человека является также очень важным, ввиду того, что ставится под угрозу сама система донорства, основанная на альтруизме. Учитывая то, что человека, который не является родственником больного, сложно убедить на основе моральных соображений отдать для трансплантации свой орган, существует необходимость в развитии донорства органов и увеличения количества органов, доступных для трансплантации. Кроме того, с целью сохранения здоровья людей необходимо максимально развивать юридические и медицинские принципы, которые позволят отдавать предпочтение донорству от умерших доноров.

Многие страны мира не уделяют достаточного внимания незаконному навязыванию различных услуг и предложения о получении неправомерной финансовой выгоды от продажи органов человека. Подготовка, хранение, перевозка, передача, получение, импорт и экспорт незаконно извлеченных органов человека также должны преследоваться законом. Учитывая результаты проведенных исследований в разных странах мира, возникла необходимость разработки нового международно - правового акта в рассматриваемой сфере.

История создания такого документа началась в 2008 г., когда Советом Европы и Организацией Объединенных Наций было принято решение о подготовке совместного исследования на тему: «Торговля органами, тканями и клетками, а также торговля людьми с целью изъятия органов». Доклад был опубликован в октябре 2009 г. Наряду

с другими вопросами в нем акцентировалось внимание на необходимости разработать международный документ, где содержалось бы юридическое определение понятию «торговля органами, тканями и клетками человеческого происхождения» и был бы закреплён перечень мероприятий, которые должны приниматься странами для противодействия торговли органами, защиты жертв, а также криминального преследования таких действий.

Руководствуясь вышеуказанным мнением, в июле 2011 г. Комитет министров Совета Европы принял решение о создании Комитета экспертов по борьбе с торговлей органами, тканями и клетками человека (РС-ТО), поручив ему разработку конвенции Совета Европы в указанной сфере. Мандат Комитета экспертов предусматривал разработку проекта Конвенции в области криминального права относительно противодействия торговли человеческими органами, а также, в случае необходимости, проекта дополнительного протокола к указанной Конвенции относительно борьбы с торговлей тканями и клетками человеческого происхождения. Комитет объединил усилия признанных специалистов в данной сфере, показав тем самым, что указанные проекты пользуются поддержкой экспертного сообщества и отображают достижения передовой научной мысли и практики.

Окончательная редакция проекта Конвенции Совета Европы против торговли органами человека была утверждена на 63-м заседании Европейского комитета по криминальному праву в декабре 2012 г. и дополнительно отработана соответствующими органами Совета Европы в сентябре 2013 г.

В случае принятия Комитетом Министров Совета Европы Конвенции против торговли органами человека она станет первым международным юридически обязательным инструментом, который будет регулировать вопросы противодействия торговли органами человека в Европе и возможно станет следующим шагом для объединения усилий в борьбе с этим злом на мировом уровне.

Библиография:

1. Фабрика Т.А. Ответственность за незаконную трансплантацию человеческих органов и (или) тканей в зарубежном и российском законодательствах. В: Вестник Челябинского государственного университета. 2010, с.87-88.

2. О трансплантации органов и других анатомических материалов человека: Закон ВР Украины от 16 июня 1999 г. № 1007-XIV. В: СПС Консультант Плюс.
3. Уголовный кодекс Испании. Под ред. Н.Ф. Кузнецовой, Ф.М. Решетникова. М., 1998, с.115.
4. Уголовный кодекс Дании. Пер. с дат. и англ. С.С. Беляева, А.Н. Рычевой. СПб., 2001, с.98.
5. Уголовное законодательство Норвегии. Науч. ред. и вступ. ст. Ю.В. Голика. СПб., 2003, с.195.
6. Закон Республики Молдова «О трансплантации органов и тканей» № 42 от 06.03.2008. В: Monitorul Oficial № 81 от 25.04.2008.
7. Michaud J. French laws on bioethics. In: Europ. j. of health law. Dordrecht. 1995. Vol. 2. № 1, p.56.
8. О защите прав и достоинства человека относительно применения биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине (г. Овьедо, 4 апреля 1997 г.). Сайт «Законы Украины». В: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/994_334 (посещен: 10.09.2022).
9. Уголовный кодекс Турции. Пред. Н. Сафарова, Х. Аджара. СПб., 2003, с.218.
10. Michailachis D. Legislating death: Socio-legal studies of the brain death controversy in Sweden. Uppsala: Ed. Office, 1995, p.90.
11. Залеская М.В. О проблеме презумпции согласия на посмертное изъятие органов в целях донорства. В: Гражданин и право. 2003, № 6, с.9-10.

DECIZIA MORALĂ ÎN ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ

Marinela Rusu, studentă, anul V, Medicină

Facultatea de Medicină nr.1

Coordonator științific: *Ion Banari*, dr. în filos., lect. univ.

Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină

și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

marinelarusu06@gmail.com

THE MORAL DECISION IN THE PALLIATIVE CARE

When a healthcare executive must resolve a disagreement or make an ambiguous judgment involving conflicting values, such as those of the individual, the profession and society as a whole, ethical decision-making

is necessary. Nevertheless, this subject is mainly complicated due to the fact that those principles are properly working only if combined fluently and patiently. The following article has an ambition to explain ethical decision making and its importance, involving both practical and moral sides of the problem.

Dezbaterile etice în cadrul profesiei medicale a unor fenomene cum este moartea, suferința și durerea, devine direct tangențială cu cultura morală, tradiția și modul de a le gândi în cadrul societății. Analiza relevă necesitatea unei abordări interdisciplinare dintre medicină, etică, religie și filosofiei. Actualmente, actul medical se intercalează frecvent cu reflecția etică, mai ales când viața pacientului este marcată de trăirea suferinței și a morții. Astfel, se impune un grad maxim de conștientizare a faptului că menirea activității medicale nu este doar diagnosticul și tratamentul, dar și calitatea vieții bolnavului, atunci când din punct de vedere medical nu se poate face nimic. În această ipostază, medicul apare ca membru al echipei, familiei și comunității ce are menirea să ajute, să îngrijească și să respecte pacientul până în ultima clipă a vieții. Pe de altă parte, Organizația Mondială a Sănătății susține că, îngrijirea paliativă este destinată tuturor pacienților grav bolnavi, nu doar celor muribunzi. Cu alte cuvinte, îngrijirea paliativă este un termen cu o arie extinsă de semnificație, care include protocoalele clinice moderne de tratament (curativ și non-curativ), precum și serviciile de îngrijire de tip hospice. Instituțiile de tip hospice oferă o îngrijire de natură multidisciplinară, holistică, concentrându-se pe ameliorarea simptomelor cu care se confruntă pacienții în faza terminală a vieții, precum și satisfacerea nevoilor de planificare în avans a îngrijirii, soluționarea preocupărilor existențiale. Printre acestea, cercetarea și teoria privind îngrijirea interpersonală eficientă au demonstrat că elementele medicinei centrate pe pacient constau în relații de participare reciprocă ce încurajează autonomia pacientului. Cheia unei metode clinice centrate pe pacient este aceea de a raporta la pacienți așa stări afective încât aceștia să simtă că ideile, sentimentele, așteptările și temerile lor sunt înțelese, acestea fiind elemente esențiale în toate conversațiile stadiului terminal al vieții. Astfel, comunicarea eficientă este esențială pentru ca pacienții să ia decizii informate privind planificarea îngrijirilor medicale.

Printre principiile etice recunoscute în medicina paliativă, care servesc reper etic în deciziile morale, pot fi enumerate: autonomia pacientului,

demnitatea persoanei, binefacerea, nondăunării, echitatea, vulnerabilitatea și calitatea vieții. Acești piloni sunt comuni în culturile orientale și occidentale, dar aplicarea și ponderea lor pot varia în funcție de sistemul medical concret în care sunt practicate. Aspectele sociale și juridice care pot afecta principiile etice în diferite culturi trebuie, de asemenea, tratate cu o mare rigoare, întrucât ele definesc cadrul permisiv a intruziunilor paliative în viața persoanei bolnave.

În literatura de specialitate sunt cunoscute o serie de dificultăți întâlnite de medicii înainte de a recomanda asistență paliativă. Printre acestea le putem evidenția dificultatea de formulare a unui prognostic, negarea diagnosticului terminal și „teroaarea” gândului la moarte, preferința pacienților pentru tratamentul de prelungire a vieții, lipsa de informare privind îngrijirea paliativă, precum și atitudinile sociale în raport cu moartea. Îngrijirea pacientului muribund este una interdisciplinară, comunicarea dintre diferiți furnizori de servicii de îngrijire pe parcursul întregii traiectorii a bolii poate fi dificilă. Medicii au adeseori dificultăți în a iniția un dialog cu pacienții privind stadiul terminal al vieții, privind schimbarea obiectivelor tratamentului și, mai ales, privind tranziția către îngrijirile paliative. Nu e deloc surprinzător că medicii reacționează prin emoții puternice privind moartea iminentă a pacienților, în special a celor cu care avut o relație îndelungată. Cei mai mulți dintre medici par să privească serviciile de îngrijire paliativă ca pe o alternativă și nu ca pe o completare în raport cu îngrijirea medicală tradițională. Combinația dintre dificultatea resimțită de medici în a deschide subiectul îngrijirii paliative și orientarea instrumentalistă a acestora a creat o barieră solidă în calea utilizării acestui tip de îngrijire, și anume tergiversarea discuțiilor pe tema îngrijirii de paliativ. Un alt motiv important în acest sens constă în dificultatea medicilor de a estima cu precizie șansele de supraviețuire ale pacienților.

În afară de ambiguitățile întâlnite în rândul medicilor, nu le putem neglija pe cele ale pacienților și familiile acestora. Pacienții pot întârzia cu înscrierea în sistemul de îngrijire paliativă, deoarece ei sau familiile lor tind să aibă așteptări prea optimiste privind tratamentul. Pacienții/familiile resping, de cele mai multe ori, îngrijirea paliativă ca fiind echivalentă cu o renunțare. Atunci când sunt disponibile alte câteva linii de tratament, este posibil ca pacienții să se împotrivescă noțiunii de îngrijire paliativă și să decidă să nu participe la dialogul privind îngrijirea în stadiul terminal al vieții. Medicii pot limita recomandarea pentru îngrijiri paliative acordate

pacienților dacă, de pildă, ei nu sunt informați sau încrezători în privința serviciilor paliative disponibile sau dacă ei consideră că recomandarea pentru îngrijiri paliative constituie un semnal pentru pacienți și familiile acestora că trebuie să își piardă speranța, sau dacă se așteaptă ca pacienții și familiile acestora să nu dorească să opteze pentru serviciile paliative. Medicii nu sunt conștienți că nedezvăluirea sinceră a informațiilor către pacienți poate reprezenta nu doar un efort de protecție a pacientului, ci și, în egală măsură, o încercare de a se proteja pe ei înșiși și a-și asigura propria supraviețuire emoțională.

În concluzie, poate fi spus că îngrijirea paliativă la sfârșitul vieții urmărește să diminueze suferința, onorând în același timp dorințele finale ale celor care se află între viață și moarte. Cu toate acestea, îngrijirea la sfârșitul vieții reprezintă mai multe dificultăți morale pentru medici. Drepturile, demnitatea și puterea tuturor profesioniștilor care participă la procesul de luare a deciziilor morale trebuie să fie protejate, deoarece acele decizii pot avea un impact asupra familiilor pacienților, societății și asupra personalului medical. Multe dintre dilemele morale care apar în timpul îngrijirii la finele vieții pot fi evitate prin comunicarea deschisă și luarea deciziilor într-o colaborare sănătoasă dintre persoanele din domeniul sănătății, pacienți și familii.

Studiu realizat cu suportul proiectului 20.80009.8007.36 „Abordarea interdisciplinară bioetico-socio-medicală a contigentului vulnerabil de populație cu stare severă de sănătate și posibilitățile de reabilitare” din cadrul Programului de Stat (2020-2023).

III

VIATA ȘI SĂNĂTATEA OMULUI CONTEMPORAN DIN PERSPECTIVĂ MULTIDIMENSIONALĂ *THE LIFE AND HEALTH OF THE CONTEMPORARY MAN FROM A MULTIDIMENSIONAL PERSPECTIVE*

OPINIA REFERITOR LA INFLUENȚA FACTORILOR MODULUI DE VIAȚĂ CE INFLUENȚEAZĂ STAREA DE SĂNĂTATE A POPULAȚIEI 80 ANI ȘI PESTE

Tudor Grejdean, dr. hab. șt. med., prof. univ.

Anatol Negară, dr. în șt. med., conf. univ.

Elena Mihăilași, assist. univ.

Gabriela Șoric, dr. în șt. med., conf. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

„Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

fiodor.grejdean@usmf.md

OPINION REGARDING THE INFLUENCE OF LIFESTYLE FACTORS THAT INFLUENCE THE HEALTH STATUS OF THE POPULATION AGE 80 AND OVER

In these state are described the particularities of the opines sinless forwards to a healthy way of life and the factors that influence the state of health in a population of 80 years and more in Republic of Moldova. The analysis was wading in the North zone: in village, Dondusheni, and in the city of Balti.

Complexitatea schimbărilor condițiilor social-economice și a factorilor ce influențează sănătatea populației, în special a celei vârstnice, necesită efectuarea cercetărilor științifice orientate spre determinarea influenței modului de viață asupra sănătății, care în mare parte caracterizează comportamentul și activitatea omului.

În prezenta lucrare ne-am propus ca scop studierea aspectelor medico-sociale care caracterizează sănătatea și bunăstarea populației de 80 ani și peste. Analiza factorilor s-a efectuat în zona de Nord, ce au fost incluse din mediul rural – raionul Dondușeni și mediul urban – municipiul Bălți, naționalitate, nivel de educație, categorii socio-profesionale, grupe de vârstă și în dependență de activitatea populației de 80 ani și peste în condițiile reformelor social economice.

În continuare ne vom opri asupra factorilor enumerați mai sus, încercând să obținem un tablou cât mai complex și detaliat al nivelului de bunăstare a populației de 80 ani și peste. Din cele justificate mai sus ne-am pus ca scop să efectuăm un studiu observațional, descriptiv și analitic, folosind ca instrument de lucru un chestionar care cuprinde populația de 80 ani și peste, referitor la modul de viață și factorii ce influențează la starea de sănătate. Lotul a fost reprezentat de 338 de persoane din două baze de studiu ce a inclus: mediu rural – raionul Dondușeni și mediul urban – municipiul Bălți. Datele studiului au fost prelucrate prin intermediul programului „Epi-Info - 2002” și analizate în funcție de mediul de reședință.

În sondajul studiului efectuat repartiția populației de vârstă de 80 ani și peste după sex a fost repartizată astfel: bărbații au constituit 46,7%, iar femeile – 53,3%, cu o pondere mai mărită a sexului feminin.

Caracteristicile generale ale persoanelor de vârstă de 80 ani și peste supuse sondajului de opinii în raport de grupurile de vârstă s-au repartizat astfel:

- 80-84 ani – 40,2%
- 85 ani și peste – 59,8%

Din rezultatele studiului realizat al populației longevive în raport de grupele de vârstă intervievate în sondajul de opinii, se poate de concluzionat că ponderea cea mai mărită îi revine grupei de vârstă de 85 ani și peste, ce constituie 59,8%.

Prezintă interes rezultatele obținute din sondajul de opinii ce caracterizează mediul de reședință, care s-au repartizat astfel:

- Mediul urban – 61,1%
- Mediul rural – 38,9%

După rezultatele date ale studiului efectuat a sondajului de opinii, se poate de confirmat, că ponderea cea mai mărită o constituie persoanele în vârstă de 80 ani și peste cu mediul urban de reședință, ce constituie 61,1%.

În studiul ce ține de sondajul de opinii a persoanelor de 80 ani și peste au fost incluse și întrebări referitor la modul de viață și factorii ce influen-

țează la starea de sănătate. În continuare v-om descrie întrebările ce au fost puse și respectiv răspunsurile primite.

La întrebarea „Care-i atitudinea Dvs. față de sănătatea personală?”, variantele de răspuns au fost următoarele:

- conștient și responsabil – 23,4%
- știu că trebuie, dar nu întotdeauna reușesc – 56,5%
- știu că trebuie, dar nu socot că este necesar – 3,3%
- nu am atitudine serioasă față de sănătate – 16,8%

Din rezultatele sondajului de opinii efectuat la această întrebare se poate de concluzionat că, ponderea maximală revine variantei de răspuns – „știu că trebuie, dar nu întotdeauna reușesc” – 56,5% și ponderea minimală la varianta de răspuns – „știu că trebuie, dar nu socot că este necesar” – 3,3%.

Un segment important al sondajului de opinii a persoanelor de vârsta 80 ani și peste îi revine întrebării – „Cum Dvs. vă apreciați astăzi starea de sănătate?”, la care variantele de răspuns au fost următoarele:

- foarte bună – 0%
- bună – 3,3%
- satisfăcătoare – 53,5%
- nu chiar gravă – 33,1%
- grav bolnav – 10,1%

Din categoriile de răspuns la această întrebare se poate de concluzionat, că ponderea maximală a fost la varianta de răspuns – „satisfăcătoare” cu 53,9%, iar ponderea minimală de 3,3% la varianta de răspuns – „bună”.

O secțiune aparte a chestionarului de opinii a persoanelor intervievate ține de întrebarea „Care a fost caracterul vieții Dvs. în familie?”, cu următoarele variante de răspuns:

- cu unele neplăceri, emoții negative – 26,6%
- permanent neajunsuri și stresuri – 3,5%
- relații familiale bune și viață liniștită – 69,9%

Din analiza rezultatelor obținute din sondajul de opinii a persoanelor de 80 ani și peste intervievate în sondaj se poate de concluzionat, că ponderea maximală de 69,9% revine variantei de răspuns „relații familiale bune și viață liniștită”, iar ponderea minimală de 3,5% revine variantei de răspuns – „permanent neajunsuri și stresuri”.

Prezintă interes în sondajul de opinii a persoanelor de vârsta de 80 ani și peste intervievate și întrebarea „Dacă cunoașteți, să numiți care sunt bolile ce vă deranjează?”, a căre-i variante de răspuns au fost următoarele:

- boli a aparatului circulator – 52,4%
- boli a aparatului digestiv – 16,6%
- boli a aparatului respirator - 0%
- boli oncologice – 3,5%
- boli neuropsihice – 7,4%
- alte boli – 20,1%

Din rezultatele sondajului de opinii la această întrebare se poate de concluzionat, că ponderea maximală de 52,4% revine grupului de persoane care suferă de o maladie a aparatului circulator și ponderea minimală de 3,5% revine grupului de persoane cu boli oncologice.

Prezintă interes rezultatele studiului referitoare la opinia persoanelor de 80 ani și peste intervievate în sondajul de opinii la întrebarea „Cum apreciați că va-ți adresat cu această boală la medic?”, cu următoarele variante de răspuns:

- la timp – 28,9%
- târziu – 64,8%
- foarte târziu – 1,5%
- nu știu – 4,8%

Din analiza rezultatelor sondajului de opinii a persoanelor intervievate, se poate de concluzionat, că ponderea maximală cu 64,8% revine grupului de persoane care s-au adresat târziu, iar ponderea minimală de 1,5% revine persoanelor care s-au adresat foarte târziu cu boala respectivă.

Din rezultatele studiului de opinii a persoanelor intervievate, în cazul acutizării maladii, la ce medic ar dori să se adreseze, se poate confirma, că ponderea maximală de 76,4 % revine persoanelor ce s-au adresat medicului de familie, iar ponderea minimală de 3,3% revine persoanelor ce nu s-au adresat la medic.

Din rezultatele sondajului de opinii a persoanelor intervievate referitor la selectarea medicului în caz de acutizare a maladii, se poate de justificat, că ponderea maximală de 56,8% îi revine persoanelor care cred că primul ajutor ar trebui să-l ofere medicul de familie, iar ponderea minimală de 16,6% revine persoanelor care au răspuns la categoria – „echipa asistenței medicale de urgență”.

Complexitatea schimbărilor condițiilor social-economice ce influențează sănătatea populației, în special a populației apte de muncă, necesită efectuarea cercetărilor științifice orientate spre determinarea influenței modului de viață asupra sănătății, care în mare parte caracterizează compor-

tamentul și activitatea omului. În continuare, ne vom opri asupra factorilor de risc ce condiționează apariția hipertensiunii arteriale, încercând să obținem unele răspunsuri la întrebarea „La apariția și dezvoltarea bolii, care factor de risc de bază cunoașteți din cei enumerați mai jos?”. Variantele de răspuns (factorii de risc) au fost:

- stresul – 21,9%
- mâncarea picantă – 13,1%
- fumatul – 15,4%
- folosirea alcoolului – 13,7%
- masa excesivă a corpului – 21,1%
- alimentația neechilibrată – 6,9%
- hipodinamia – 3,5%
- condiții dăunătoare de muncă – 4,4%

Din rezultatele sondajului de opinii a persoanelor intervievate, referitor la factorii de risc ce au condiționat apariția maladiei, se poate de confirmat că ponderea maximală de 21,9% îi revine stresului, iar ponderea minimală de 3,5% îi revine hipodinamiei.

Analiza rezultatelor obținute al sondajului de opinii a persoanelor de vârsta de 80 ani și peste referitor la secretele ce le-au permis de a trăi o viață înaintată, se poate justifica, că ponderea maximală de 42,6% îi revine variantei de răspuns „un mod de viață liniștit și fără stres” și ponderea minimală de 18,1% revine variantei de răspuns „factorul genetic”.

Sondajul de opinie a persoanelor cu vârsta de 80 ani și peste ne-a permis să constatăm starea reală de sănătate a acestui segment de populație, să evidențiem factorii de influență la starea de sănătate și să elaborăm un concept de măsuri de menținere și promovare a sănătății acestui grup de generație.

Referințe bibliografice

1. Vîrstniciei Republicii Moldova. Nota informativă a Departamentului Statistică și Sociologie al R.M, 2004.
2. World Health Organization. Life in the 21st century a vision for all (World Health Report). Geneva, 2003.
3. Borzan Cristina Maria, Mocean Florea. Sănătate Publică. Cluj-Napoca: Ed. Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2002.
4. Бреев Б. К вопросу о старении населения и депопуляции. In: Социологические исследования. 1998, № 26, с.61-66.

OPORTUNITATEA REABILITĂRII MINORILOR CU DIABET ZAHARAT DE TIP 1

Vitalina Ojovan^{1,2}, doctorand, medic endocrinolog

¹Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R.Moldova

²Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară, Chișinău
vitalina.ojovan@rambler.ru

THE OPPORTUNITY FOR THE REHABILITATION OF MINORS WITH TYPE 1 DIABETES

Type 1 diabetes is a chronic disease that is globally widespread. Those most affected by this disease are minors: infants, children, teenagers, and young people up to the age of 18. To reduce some destructive consequences and avoid quite degrading health conditions caused by diabetes during mature life, it is necessary to apply rehabilitation measures. Following the research undertaken, it was established that the most suitable actions to fortify the health status of minors with diabetes are the rehabilitation procedures applied in the age range of 12-18 years. The recommended type of rehabilitation is the bio-psycho-social complex. The bio-psycho-social rehabilitation of minors with type 1 diabetes constitutes an original and innovative algorithm of therapeutic conduct with prospects of achieving visible success.

Diabetul zaharat de tip 1 (DZ tip 1) constituie o afecțiune neinfecțioasă cronică insulino-dependență care se răspândește tot mai progresiv în rândurile populației, prezentând o amenințare pentru toată omenirea și dezvoltând proporțiile unei pandemii globale. Drept urmare a creșterii galopante a cazurilor de diabet, încă în 2006, la Adunarea generală a Organizației Națiunilor Unite (ONU) diabetul zaharat a fost declarat drept „o epidemie netransmisibilă”, până în acel moment termenul de *epidemie* fiind folosit doar pentru maladiile infecțioase. În 2021, numărul total de diabetici era 537 mln, iar către anul 2030 acest număr se estimează că va ajunge la 643 mln și 783 mln până în 2045. Se estimează și o creștere anuală a numărului copiilor și adolescenților cu diabet, astfel că în 2021, peste 1,2 mln de copii aveau diabet zaharat tip 1, iar 1 din 7 nașteri este afectată de diabet gestațional. Diabetul zaharat sporește letalitatea de 2-3 ori, la fiecare 6 secunde o persoană decedează din cauza diabetului (5 mln de morți anual).

Conform datelor OMS către anul 2025 prevalența diabeticii în lume va atinge aproape 20%. Numărul bolnavilor cu diabet crește progresiv, practic dublându-se la fiecare 10 ani. Diabetul se consideră endemie globală în cadrul bolilor neinfecțioase.

În pofida prezenței diverselor studii privitor la etiopatogeneza de ordin genetic, imunitar, metabolic, toxicologic etc., DZ tip 1 rămâne a fi maladia preponderent a copiilor și tineretului. Stabilindu-se, în majoritatea cazurilor, până la vârsta majoratului, DZ tip 1 deja manifestă complicații asupra organismului, accentuându-se în timp și fără capacități reversibile de tratament.

Până la vârsta de 18 ani persoanele minore trec prin etapele firești ale dezvoltării lor: biologice, psihologie, sociale cu toate stările afective dominante și cu problemele cauzate de unele disproporții ale dezvoltării lor, dar care se înscriu în cadrul admisibilului, sau cele survenite din mediul familial sau cel social. Însă unele situații, numite „de criză” sau „probleme presante” în lipsa unor asistențe corespunzătoare, pot evolua în mari dificultăți de ordin psihologic cu accentuate repercusiuni asupra comportamentului sau/și a modului de funcționare a sistemului psiho-somatic ș.a.

Configurarea contingentului de pacienți cu diabet zaharat tip 1 ce cuprinde vârsta de 12-18 ani constituie un interes deosebit pentru investigațiile științifice. Diabetul la acest nivel de vârstă se manifestă prin valori labile ale glicemiei fapt ce provoacă apariția sau agravarea complicațiilor. Este o perioadă dificilă a vieții când, pe de o parte, sunt prezente dificultăți psihoemoționale, comportamentale, fiziologice, probleme ale persoanei în micromediul social, și toate acestea fiind amplificate de maladia cronică de diabet tip 1, iar, pe de altă parte, anume în acest timp sunt necesare acțiuni complexe de reabilitare, redresare a stării de sănătate și a calității vieții. Totodată, începând cu vârsta de 12 ani minorii pot fi mai facil școlarizați, informați și consiliați, de aceea e necesar de aplicat asistența psihosocială corespunzătoare.

Complicațiile cele mai frecvent întâlnite la intervalul de vârstă 12-18 ani sunt cele microvasculare: polineuropatia, nefropatia, retinopatia. Luând în considerație impactul negativ al bolii asupra pacientului, precum și prevalența crescândă a acesteia și amploarea la nivel mondial, educația referitor la cele mai bune practici în managementul și profilaxia diabetului este extrem de importantă. *Devine tot mai actuală necesitatea implicării capacităților de a interveni cu procedee recuperatorii nu doar în cazuri grave, cu evidente complicații și incapacitate de redresare eficientă a funcționalității somatice și/ori psihice a organismului, ci și în cazul perioa-*

delor de vârstă juvenilă, începând cu identificarea afecțiunii. O serie de publicații din ultimii cincisprezece ani accentuează tot mai evident faptul necesității unor măsuri de reabilitare imediat ce s-a stabilit diagnosticul de diabet zaharat tip 1 la minori.

Sunt interesante și, totodată, prezintă un potențial valoros de idei, o serie de publicații apărute în sursele științifice de peste hotare în ultimele două decenii. Acestea, pe de o parte caracterizează influența negativă a diabetului asupra organismului și expun unele soluții imediate pentru ameliorarea stării create, iar pe de altă parte se constată, direct sau indirect, necesitatea unor acțiuni complexe, „orchestrate”, de durată, cu aplicarea metodelor de reabilitare, chiar de la vârstă mică.

În unele surse se fac treceri în revistă a datelor noi despre cercetarea complicațiilor microvasculare diabetice și, prin aceasta, se contribuie la întregirea cu noi idei a tabloului afecțiunii și la îmbunătățirea modalităților terapeutice în perspectivă și identificarea strategiilor de recuperare [1].

Cercetările descriptive identifică o serie de obiective potențiale pentru a îmbunătăți managementul și adaptarea DZ tip 1 la copii, fiind necesare intervenții orientate pentru a reduce riscurile pentru complicațiile pe termen lung și pentru a îmbunătăți conduita cu derularea afecțiunii mai rapid și a spori calitatea vieții [2]. Unii autori menționează că este prezentă următoarea situație: pe de o parte, există o stare catastrofală de cazuri cu efecte negative ale complicațiilor polineuropatiilor diabetice, iar pe de altă parte, până la moment nu se întâlnește pentru aceasta o atenție corespunzătoare în practica clinică și cea de cercetare [3].

Diagnosticarea leziunilor sistemului nervos periferic la etapă timpurie, subclinică, a polineuropatiei este de o mare importanță practică: în această perioadă, deteriorarea nervilor periferici este reversibilă și tratamentul este cel mai eficient, iar în prezent nu există o metodă universală disponibilă pentru diagnosticare într-un stadiu incipient, însă metodele existente au perspective, prin urmare este necesar să se creeze un algoritm clar pentru utilizarea tuturor posibilităților pentru diagnosticarea cea mai precisă a neuropatiei și pentru oferirea acestor abilități endocrinologilor și neurologilor [4].

Selecțiunile realizate din diferite surse atestă lucrări dedicate examinării unor subiecte concrete ce pot contribui la fundamentarea teoretico-științifică a implicațiilor de reabilitare la persoanele cu DZ tip 1. Astfel, se relevă deficiențe de sănătate ale mușchilor scheletici la adolescenți și tineri afectați de diabet și se prezintă o nouă ipoteză: că modificările observate în

DZ tip 1 nu sunt diferite de mușchiul cu o vârstă de dezvoltare mai mare, în special, modificările mitocondriilor, DZ tip 1 (indiferent de durata bolii și vârstă) poate fi considerată o condiție a îmbătrânirii musculare accelerate și că, similar cu îmbătrânirea, disfuncția mitocondrială este un prim factor care contribuie la această complicație [5].

Evaluarea efectelor activității fizice și influența lor asupra rezultatelor biochimice și fiziologice la copii și adolescenți cu DZ tip 1, indică că atât studiile observaționale, cât și cele intervenționale, relevă un acord considerabil al tuturor autorilor asupra faptului, că activitatea supravegheată a activității fizice moderate până la cea viguroasă este mai eficientă în ceea ce privește adipozitatea și capacitatea cardiorespiratorie, decât activitatea fizică obișnuită. De asemenea s-a raportat că activitatea fizică de intensități diferite îmbunătățește sensibilitatea la insulină și scade doza zilnică de insulină [6].

Autori din diferite țări în publicații de specialitate evidențiază eficacitatea exercițiilor aplicate în paralel cu tratamentul. Împreună cu programele convenționale de tratament fie controlul dietei, fie medicamentele, este recomandabil ca pacientului să i se prescrie un regim de exerciții fizice [7].

Analiza a zeci de publicații stipulează efectul pozitiv al exercițiilor fizice asupra organismului minorilor cu DZ tip 1. Sunt elucidate mecanismele moleculare care stau la baza beneficiilor exercițiului fizic pentru DZ tip 1. Iar exercițiul fizic aerobic trebuie să fie piatra de temelie pentru toate persoanele cu DZ tip 1, remarcându-se acțiuni benefice la nivel celular și la țesuturile care reduc riscul de complicații.

Pentru a îmbunătăți calitatea asistenței medicale pacienților cu diabet zaharat, eficientizarea prognozei de compensare și reabilitare, este necesară etapa de reabilitare sanatorială. Potențialul de adaptare este un bun criteriu pentru controlul eficient al programei de tratament la pacienții cu diabet zaharat. Eficacitatea terapiei poate fi considerată bună dacă potențialul de adaptare scade cu o unitate de la nivelul inițial. Este interesantă experiența din anul 2017 a unui grup de copii cu vârsta de la 2 până la 15 ani, care în perioada de vară au beneficiat de un tratament de reabilitare la Centrul de Reabilitare pentru Copii „Sergheevca” din Ucraina. Conform duratei maladiei, prezenței complicațiilor și a patologiilor concomitente, au fost indicate următoarele proceduri: aero-helio-talassoterapie-100%, aplicații cu nămol-70%, laseroterapie-65%, masaj-100%, aeroionoterapie-100%, inhalatii-60%, apă minerală alcalină-100%. Tratamentul de reabilitare este benefic pentru copiii cu DZ tip 1 și poate fi indicat în faza de compensare

și subcompensare a maladiei, observându-se o dinamică pozitivă a parametrilor controlului glicemic exprimat prin scăderea glicemiei medii de la $9,91 \pm 1,94$ mmol/l până la $8,98 \pm 2,23$ mmol/l, fără creșterea riscului de hipoglicemie și cu o scădere a dozei sumare de insulină în medie cu 19,2% comparativ cu doza inițială. Efectul pozitiv al măsurilor de reabilitare nu se reduce doar la îmbunătățirea controlului glicemic, dar permite și un control mai bun al masei corporale, scade riscul cardiovascular și ameliorează starea generală. La fel aceste metode de tratament sunt efective și pentru scăderea glicemiilor postprandiale [8].

Dacă minorii, alături de acele dificultăți provocate de dezvoltarea propriului organism, în corelare cu diferiți factori familiari și/sau sociali, mai sunt afectați și de o maladie cronică, cum ar fi DZ tip 1, atunci un dezechilibru psihoemoțional și comportamental este completamente instalat. Imaginea lumii la acești pacienți este percepută în mod denaturat. Anume până la vârsta de 18 ani se stabilește viziunea asupra lumii, convingerile proprii, și se conturează căile pentru a realiza anumite scenarii individuale de viață, inclusiv și cele cu privire la starea de sănătate.

Respectiv vârsta minoră pentru majoritatea persoanelor în cauză constituie prezența unor dificultăți sau probleme proiectate în diferite dimensiuni. În dependență de familie, mediu social, de îndrumările sau asistența acordată de către pedagogi, rude, medici, antrenori, minorul în mare măsură are posibilitatea de a depăși aceste obstacole ori chiar va persevera în autoperfecționare, în atingerea unor scopuri în studii, sport, artă ș.a. Adică persoanele aflate la această vârstă sunt pe cât de vulnerabile, pe atât de capabile de a însuși și poseda capacități ireproșabile în dezvoltarea lor multilaterală.

Un potențial enorm de influență benefică asupra minorilor revine medicilor care, în paralel cu specialiștii altor domenii, au o capacitate enormă nu numai în conduita terapeutică sau de reabilitare fizică, ci și în redresarea stării psiho-sociale și chiar a celei existențiale a persoanei afectate. Desigur că acest potențial reiese din gradul de pregătire corespunzătoare (profesională, psiho-pedagogică, comunicativă ș.a.) a specialistului în medicină.

Excluzând afecțiunile de natură virală, bacteriană și parazitară, devine evident faptul că principalele cauze ale dezechilibrului metabolic și ale patologiilor cronice constituie un complex de factori care sunt intercorelați – sistemul nutrițional, stilul de viață și starea psihologică a unei persoane.

Cu toate că sunt destul de bine cunoscuți factorii cauzali identificați, totuși până în prezent nu s-a schimbat situația în ceea ce privește promo-

varea stabilă a sănătății, prevenirea sindromului metabolic și în general a patologiilor cronice.

Abordarea modernă, pretutindeni acceptată, a prevenirii și tratamentului diabetului reprezintă acțiuni fragmentate sau preponderent unilaterale care, în general, se ghidează de indicele glicemic prevăzut în dietă, de asemenea de utilizarea medicamentelor hipoglicemice și a insulinei. Dar mult mai puțin, sau aproape deloc, se acordă atenție unor factori atât de importanți precum stilul de viață și sistemul psihosomatic, care sunt de fapt principalele cauze ale diabetului.

Factorul psihologic în cazul pacienților cu diabet zaharat de tip 1 reprezintă un cadru important în ajutorul pacienților minori care sunt în dependență permanentă, de administrarea insulinei și care au nevoie de auto-monitorizarea constantă a parametrilor metabolici. Problemele psihologice ale pacienților cu diabet zaharat pot fi cauza decompensării metabolismului glucidic. În unele studii [9], s-a arătat că la pacienții cu diabet zaharat de tip 1 tulburările de alimentație sunt mai frecvente în comparație cu populația. Comportamentul alimentar special poate fi motivul inexplicabilei imposibilități de a atinge compensația.

În cazul stabilirii unui obiectiv de a menține sau restabili sănătatea, atunci trebuie să se țină cont de faptul că acest proces nu se va produce instantaneu. Aceasta este o lucrare realizată pas cu pas, care necesită o abordare complexă, cu o utilizare lentă, graduală și regulată a algoritmilor de corectare a sindromului cognitiv-emoțional. În același timp omul dispune de posibilități și capacități practic nelimitate. Tot ceea ce conștiința umană este capabilă să-și imagineze, ea este capabilă să primească, pentru aceasta sunt necesare cunoștințe necesare și anumite eforturi. Corpul uman dispune de capacități unice: autoperfecționarea, autoreglare și autovindicare, pentru aceasta trebuie doar de creat condiții necesare și de eliminat cauzele apariției patologiei [10].

Accente esențiale în procesul reabilitării biopsihosociale constau inițial (episodic aplicându-se pe tot parcursul tratamentului) într-o evaluare minuțioasă a stării generale de sănătate a organismului și a componentelor psihoemoționale și sociale, apoi în realizarea monitorizării și optimizării tratamentului, consilierii psihologice și a unui complex de educație medicală, pentru o adaptare mai facilă la DZ tip 1 ce este o boală cronică ce schimbă modul de viață al minorului și familiei acestuia.

Prin acțiuni speciale medicale, psihologice și educaționale, se poate diminua impactul negativ al bolii asupra dezvoltării fizice, psihoemoționale și îmbunătăți capacitățile copilului de a se integra în familie, în colectivul de elevi sau în mediul social.

În scopul redresării stării emoționale și psihice pentru contingentul de vârstă 12-18 ani cele mai potrivite sunt tehnicile terapiei rațional-emoțive și comportamentale. Educația medicală în cazul DZ tip 1 este necesară de a asimila cunoștințele de monitorizare a maladiei, a stării psihoemoționale și al comportamentului social.

Efectele reabilitării biopsihosociale rezidă în ameliorarea acceptării de către minor a diabetului și a tratamentului, în diminuarea emoțiilor negative și dezvoltarea celor pozitive față de sine și viață, în îmbunătățirea atitudinii față de modul de viață impus de conduita cu boala și la îmbunătățirea integrării sociale.

Așa dar, în urma realizării unui studiu teoretic de anvergură, efectele scontate în urma aplicării complexului de reabilitare biopsihosocială sunt configurate în două dimensiuni: 1) cele imediate, de menținere la un nivel corespunzător a sănătății și calității vieții copiilor până la majorat; 2) de prevenire a unor complicații accentuate de la vârstă tânără și până la cea de 40-45 de ani (care în prezent sunt atestate drept „firești”), concomitent mizând pe menținerea unei calități evaluate a vieții. Corelarea acțiunilor recuperatorii propriu-zise cu cele clinico-endocrinologice formează un potențial cu posibilități aplicative novatorii și accentuat efective. Debutul acțiunilor întreprinse e necesar de al derula prin realizarea unui concept teoretico-practic eficient.

Referințe bibliografice

1. Migdalis I. et al. Diabetic Microvascular Complications. In: International Journal of Endocrinology. 2018, Volume 2018, pp.1-2. ID 5683287, In: <https://doi.org/10.1155/2018/5683287> (accesat: 26.03.2022).
2. Streisand R., Monaghan M. Young children with type 1 diabetes: challenges, research, and future directions. In: Current Diabetes Reports. 2014, Vol. 14(9), p.520. doi:10.1007/s11892-014-0520-2 (accesat: 16.05.2022)
3. Ружаткина Л.А. и др. Электронейромиография в диагностике ранних стадий диабетической нейропатии – приглашение к дискуссии эндокринологов, неврологов, электрофизиологов. In: Медицинский Совет. 2016, № 10, с.156-162.
4. Ibidem.

5. Monaco C.M.F., Gingrich M.A., Hawke T.J. Considering type 1 diabetes as a form of accelerated muscle aging. In: Exerc. Sport Sci. Rev. 2019, Vol. 47, No. 2, pp. 98–107.
6. Aljawarneh Y.M. et al. A Systematic Review of Physical Activity and Exercise on Physiological and Biochemical Outcomes in Children and Adolescents With Type 1 Diabetes. In: Journal of Nursing Scholarship. 2019, Vol. 51(8), pp.337-345. In: DOI: 10.1111/jnu.12472 (accesat: 20.05.2022).
7. Kaur J. et al. Physiotherapy and rehabilitation in the management of Diabetes mellitus: A Review. In: Indian Journal of Scientific Research. 2015, No. 6(2), pp.171-181.
8. Chiriac A. et all. Managementul contemporan al diabetului zaharat la copii și adolescenți. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. 2018, Nr. 1 (58), pp.35-39.
9. Neumark-Sztainer D., Patterson J., Mellin A. et all. Weight Control Practices and Disordered Eating Behaviors Among Adolescent Females and Males With Type 1 Diabetes. In: Diabetes Care. 2002, Vol. 25, No 8, pp.1289–1296.
10. Mereuță Ion, Ojovan Vitalina, Fedaș Vasile. Diabetul zaharat: Sistemul integral de corecție a stării funcționale în hiperglicemie. Chișinău: Poliviz-Design, 2022, pp.44-45.

THE RELATIONSHIP BETWEEN PATIENT SAFETY GRADE AND ADVERSE EVENTS REPORTING IN NEUROSURGICAL DEPARTMENTS FROM MOLDOVA

Silvia Danu, PhD Student, doctor

Nicolae Testemitanu Department of Social Medicine and Management

Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy,

German Diagnostic Center, Chisinau, Republic of Moldova

silviadanu@yahoo.com

LEGĂTURA DINTRE FENOMENUL DE RAPORTARE A EVENIMENTELOR ADVERSE ȘI SIGURANȚA PACIENTULUI DE PROFIL NEUROCHIRURGICAL ÎN MOLDOVA

Siguranța pacientului trebuie să devină prioritatea numărul unu pentru prevenirea și evitarea evenimentelor adverse asociate actului medical în orice instituție medicală și, mai ales în departamentele chirurgicale, care prezintă riscuri sporite în acest sens. Studiul reflectă relația dintre fenome-

nul de raportare scrisă a evenimentelor adverse asociate actului medical și siguranța pacientului prin prisma evaluării culturii siguranței pacientului de profil neurochirurgical în serviciul spitalicesc.

Objectives: 1. To explore the perception of Patient Safety Grade among the staff in the neurosurgical departments from Republic of Moldova. 2. To appreciate the frequency of adverse events reporting. 3. To study the correlation between the Patient Safety Dimensions from HSOPSC- Hospital Survey on Patient Safety Culture and the degree of Patient Safety.

Background: Patient Safety can be defined as “freedom for a patient from unnecessary harm or potential harm associated with healthcare” (*Council of the European Union. European Council Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. Brussels 2009*). Patient safety should become a priority for avoiding the adverse events associated with medical care.

Methods: A cross sectional study was performed in neurosurgical departments from Moldova using the HSOPSC Romanian version. There was voluntary involved in the survey 345respondents: doctors- 36.0 %, residents-14.2 %, nurses – 49.8 %.

Descriptive statistics were carried out, comprised the Cronbach “ α ” coefficient, frequency of positive answers PPRs, level of 95% confidence interval, correlation.

Results: 1. The overall grade of Patient Safety was 7.8% (CI 95% [7.6-8.0])which was the „very good level”. 2. About 90 % of respondents did not report adverse events in writing in the last 12 months of activity.3. The correlation between dimensions from HSOPSC and the patient safety grade is presented in table 1.1

Table 1. The correlation between dimensions from HSOPSC and patient safety grade

Nr. Dimension HSOPSC	Dimension of HSOPSC	Coefficient of Correlation with Patient Safety Grade	Rating
VI	Feedback and Communication about Error	0,313	1

VII	Communication Openness	0,271	2
VIII	Frequency of Events Reported	0,267	3
XII	Nonpunitive Response to Errors	0,238	4

Conclusions: For the first time in Republic of Moldova was assessed the perception of patient safety in neurosurgical departments. This study highlighted the phenomenon of underreporting of adverse events associated with medical care and the factors from HSOPSC that determine the degree of patient safety. It is necessary to implement policies and procedures to encourage adverse events reporting and learning from errors.

ASPECTE CONCEPTUALE ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII POPULAȚIEI LA NIVEL COMUNITAR

Angela Baroncea, competitor

Tudor Grejdean, dr. hab. șt. med., prof. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

„Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

fiodor.grejdean@usmf.md

CONCEPTUAL ASPECTS IN HEALTH PROMOTING FOR THE POPULATION AT THE COMMUNITY LEVEL

The scientific work describes some conceptual aspects of population health at the community level. Health has shown a permanent interest both in the academic and scientific environment, as well as on a social level, being a delicate subject through the prism of the relationship that each individual has with personal health and the medical world.

Sănătatea a prezentat interes permanent atât în mediul academic și științific, cât și în realitatea socială, fiind un subiect delicat prin prisma relației pe care fiecare individ o are cu sănătatea personală și cu lumea medicală.

Domeniul sănătății necesită o atenție specială, deoarece sănătatea este fundamentală pentru orice persoană pentru a se putea bucura de elementele vieții în ansamblu.

În prezent medicina are două modalități cu ajutorul cărora poate acționa asupra stării de sănătate a persoanei, aflate într-o interdependență strânsă. Prima este terapia - arta vindecării bolilor, iar cea de-a doua, profilaxia - ansamblul de măsuri care permit să se evite apariția, agravarea sau extinderea unei maladii.

Pentru a menține și a promova sănătatea, persoana sau individul trebuie să examineze și să consolideze sistematic competențele și deprinderile sănătoase pentru a-și asigura nu doar supraviețuirea, dar și o viață armonioasă și împlinită.

Din literatura de specialitate se deduc cinci dimensiuni ale sănătății:

- Sănătatea emoțională, care reflectă emoțiile unei persoane, sentimentele acesteia față de sine, față de alții, față de mediul social și lumea din jur. Cercetările confirmă, că stresul sau tulburarea emoțională îndelungată fac ca sistemul nervos și cel imun să se deregleze, sporind astfel riscul dezvoltării maladiilor care apar pe fond de stres.

- Sănătatea intelectuală-joacă un rol important în starea generală de sănătate a individului și contribuie la organizarea rațională a vieții, la luarea deciziilor, la bunăstarea persoanei, grupului și a populației în ansamblu. Frecvent sănătatea intelectuală este abordată în cadrul sănătății emoționale sau ca o componentă a celei mintale.

- Sănătatea fizică-se referă la starea biologică a organismului și la reacțiile de răspuns ale acestuia la boală sau traumă. Cercetările efectuate la nivel internațional au arătat că exercițiile fizice regulate, efortul fizic dozat, respectarea normelor igienice, recreația și odihna echilibrată, menținerea unei greutate normale a corpului, evitarea abuzurilor alimentare, evitarea emoțiilor negative permit menținerea și promovarea stării de sănătate a organismului.

- Sănătatea socială întrunește posibilitățile individului de a realiza într-un mod reușit necesitățile sociale (necesitatea unui fiu/fiică, părinte, soț, bunic, prieten, cetățean). Realizarea nevoilor umane (fiziologice, emoționale, securitate, atașament față de cei din jur, autorealizarea eu-lui în viață) constituie un factor important în obținerea sănătății personale și sociale.

- Sănătatea spirituală este generatorul de energie ce reprezintă sentimente, aspirații, trăiri prin care comportamentul și valorile fundamentale ale unei persoane se află într-o armonie cu conștiința, credința și conduita individului. Conform opiniilor unor autori, sentimentele și forțele spiritua-

le se dezvoltă în armonie cu divinitatea, universul, cu sine și lumea din jur. În timp ce unii susțin că afiliația religioasă este în strânsă legătură cu rata scăzută a maladiilor cronice, alții, din contra, sunt de părerea că aceasta poate contribui în mod direct la înrăutățirea stării de sănătate.

În baza celor cinci dimensiuni ale sănătății se poate afirma că pentru fiecare persoană sănătatea are o importanță diferită. Astfel, unele persoane sunt mult mai interesate de sănătatea emoțională sau intelectuală decât de cea fizică. Altele primesc o mare satisfacție din relațiile lor cu alte persoane sau din implicarea în realizarea idealurilor religioase.

Un instrument important în promovarea sănătății este modul de viață, care întrunește elementele obiective ale traiului, condițiile materiale, economice și sociale ale vieții oamenilor. Acești factori, în mișcarea lor istorică, contribuie la formarea profilului psihologic al populației, a personalității indivizilor și la structurarea relațiilor sociale. Fiecare individ, grup familial, profesional și societate în ansamblu își are modul său specific de viață care determină activitățile cotidiene: munca, traiul, petrecerea timpului liber, satisfacerea necesităților morale și spirituale, participarea la viața politică și publică, conduita, participarea activă la ocrotirea și promovarea sănătății, generând totodată și multe probleme de sănătate.

Alt instrument în promovarea sănătății constituie stilul de viață, care reprezintă tipul de comportament repetitiv, habitual, condiționat de nivelul de cultură și de trai. La nivel de persoană stilul de viață poate fi modificat prin schimbarea comportamentului personal și a condițiilor de viață, de unde deducem că fiecare persoană are stilul personal de viață. Educația pentru sănătate, componentă a promovării sănătății, apărută în a doua jumătate a sec. XX, este definită ca educație sanitară modernă, care ar putea încorpora educația nutrițională și sexuală, ca un sistem ce include conștiința stării de sănătate, procesul de predare/învățare, participare. Conform datelor din literatura de specialitate, educația pentru sănătate contribuie la formarea și promovarea în rândul populației a unei concepții și a unor comportamente pozitive, echilibrate, de consolidare a sănătății, dezvoltare armonioasă și fortificare a organismului, adaptării lui la condițiile mediului natural și social. Prin intermediul educației pentru sănătate are loc sensibilizarea populației, formarea unei opinii de masă, fundamentate științific, față de respectarea igienei individuale și colective, față de formarea deprinderilor raționale și sănătoase de alimentație, comportament, muncă și odihnă, evitare a factorilor de risc prin respectarea unui mod și stil de viață sănătos.

Educația pentru sănătate include trei compartimente: cognitivă - comunicarea și însușirea noilor cunoștințe; motivațională-convingerea populației privind necesitatea prevenirii și combaterii bolilor, dezvoltării armonioase; comportamental-volitivă – formarea competențelor și aplicarea lor în practica cotidiană.

O bună parte a cercetărilor în educația pentru sănătate este axată pe familie și școală, care reprezintă principalele căi de promovare a cunoștințelor despre sănătate și de formare a aptitudinilor și competențelor sănătoase ale individului. În multe țări, educația pentru sănătate este disciplină obligatorie în școli.

Promovarea și menținerea sănătății depind de mai mulți factori printre care condițiile de muncă și de trai, nivelul de studii și educație, familie, școală, asociații non-guvernamentale, mass-media, etc. Rezultatele unui sondaj de opinii realizat în Republica Moldova a arătat, că 74% dintre adolescenți optează pentru un mod sănătos de viață, 49%- se străduie să urmeze un program și un regim rațional de viață, practică cultura fizică, se alimentează echilibrat și respectă regulile de igienă personală. O bună parte a celor chestionați recunosc necesitatea restructurării vieții sale, dar numai 43%real respectă rigorile unui mod sănătos de viață. 93% consideră că politica statului ar putea fi mult mai eficientă și mai consecventă în acțiunile de promovare a culturii sănătății.

Rezultatele mai multor cercetări arată că bărbații își pot prelungi durata vieții cu 11 ani, iar femeile cu 7 ani dacă nu vor face abuz de alcool, se vor alimenta corect și vor dormi câte 8 ore pe zi. Ponderele factorilor, ce influențează pozitiv sănătatea, se prezintă astfel: 50-55% revin modului sănătos de viață, 20-25% mediului ambiant, 15-20% factorului biologic și 10-15% serviciilor de sănătate.

Modul de viață, comportamentul, atitudinile și obiceiurile individului au impact asupra stării de sănătate. De aceea este necesar de a reorienta activitățile în domeniul sănătății publice spre Medicina Omului Sănătos, cu susținerea și promovarea măsurilor profilactice, în special de educație pentru sănătate și promovare a modului sănătos de viață. În managementul bolilor cronice, cheltuielile sistemului de sănătate pentru asistența medico-sanitară a pacientului sunt cu atât mai exagerate cu cât sunt mai ineficiente serviciile și managementul preventiv. Nereușita serviciilor de prevenire a bolilor și de profilaxie a complicațiilor se transformă în cheltuieli exagerate pentru sistemul de sănătate și duce la un impact fizic și psihologic

mult mai accentuat pentru pacient. Nerespectarea modului sănătos de viață (activitatea fizică redusă, alimentația nerațională, situațiile stresante și alți factori de risc) se răsfrânge negativ asupra sănătății.

Generația în vârstă este un subiect de atenție specială pentru sănătatea publică ca urmare a creșterii continue a dimensiunilor acesteia, a modificărilor în societate și a necesității unor alternative serviciilor medico-sanitare costisitoare. Asistența preventivă cu scop de menținere a sănătății vârstnicilor poate preveni dependența prematură a acestora de serviciile medico-sanitare sau de îngrijire destul de costisitoare.

Îmbătrânirea este rezultatul unor procese inevitabile de uzură, însă rapiditatea cu care acestea înaintează poate fi influențată de capacitatea organismului de a preveni și repara daunele aferente acestui proces natural. Astfel, rigorile vârstei pot fi prevenite printr-o alimentație sănătoasă și nutritivă, printr-o activitate fizică, printr-o viață afectivă activă, destinsă și lipsită de stres. A preveni înseamnă a acționa spre a evita consecințele unui risc - accident, deficiență, maladie, incapacitate. Se disting trei trepte ale prevenției: primară (de a evita apariția unei maladii), secundară (de a diagnostica și de a trata precoce o deficiență sau o maladie) și terțiară (de a limita consecințele incapacităților din domeniul social, psihic și afectiv). Măsurile de menținere a sănătății ar trebui cunoscute și aplicate încă din copilărie și tinerețe, întrucât obiceiurile formate pe parcursul primei părți a vieții determină modul de viață al subiecților în etate, starea lor de sănătate în momentul pensionării.

Un rol important au factorii condiționali asupra sănătății populației la nivel comunitar: alimentația, activitatea fizică, deprinderile nocive, viața personală, familia, viața socială și profesională, ereditatea, etc.

Alimentația. Fructele și legumele sunt o componentă importantă a alimentației sănătoase. Consumând zilnic fructe și legume în cantități suficiente putem preveni bolile cardiovasculare, unele tipuri de cancer, diabetul zaharat și obezitatea. Fructele și legumele sunt o sursă importantă de fibre vegetale, vitamine și microelemente. Nutriționiștii recomandă respectarea câtorva reguli: consumul zilnic a cel puțin 5 tipuri de fructe și legume, a tuturor fructelor și legumelor de sezon, în special în stare proaspătă.

Pentru o alimentație sănătoasă se recomandă: echilibru, diversitate și moderație în consum. O alimentație echilibrată asigură o cantitate de calorii adecvată vârstei și activității fiecărui individ. Rația alimentară trebuie să conțină substanțe nutritive de care organismul are nevoie: proteine, lipide, glucide, vitamine și minerale. Întrucât vitaminele sunt co-factori

enzimatici, cu un rol important în schimbul de substanțe, insuficiența lor este considerată una dintre cauzele dereglării proceselor fermentative la înaintarea în vârstă.

Din cele relatate mai sus putem deduce că dimensiunile sănătății formează un tot întreg: fiecare dimensiune are un efect asupra celorlalte. Activitatea de muncă a individului se desfășoară numai în corelație cu sănătatea și cu celelalte valori vitale, care pot fi realizate cu condiția armoniei dintre corp, minte, suflet și care pot contribui la susținerea sănătății acestuia.

Referințe bibliografice

1. Bălcianu–Stolnici C. Geriatrie practică. București: Editura Medicală Amaltea, 2008.
2. Antonesei L. Șapte studii despre educație, cultură și politici educative. Iași: Ediția Polirom, 2005.
3. Enachescu C. Tratat de igienă mintală. Iași: Ediția Polirom, 2004.
4. Marcu M. Sănătatea publică și management. Partea I. Metode și practici. Cluj-Napoca: Ed. Risoprint, 2000.
5. Nistor F., Ciobanu V. Ghid în educația pentru sănătate. Timișoara: Editura Imprimeria Mirton, 1996.

ASPECTE TEORETICE ȘI METODOLOGICE PRIVIND ANXIETATEA BENEFICIARILOR DE SERVICII STOMATOLOGICE

Alina Vechiu, studentă, anul V, Stomatologie

Facultatea de Stomatologie

Coordonator științific: *Natalia Daniliuc*, dr. în psihologie, conf. univ.
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, Republica Moldova

alinavekiu@gmail.com

natalia.daniliuc@usmf.md

THE THEORETICAL AND METHODOLOGICAL ASPECTS OF ANXIETY IN DENTAL SERVICES

Anxiety is part of our everyday life, it is a normal reaction to stress that under certain circumstances makes us more attentive to the events and

details around us. It is necessary, however, to understand where the border is between anxiety as a normal response and anxiety as an abnormal, exaggerated reaction of the nervous system. In this article, we are trying to explain how to find patients with anxiety, how to manage them and make their stomatological experience more pleasant.

Anxietatea face parte din viața noastră de zi cu zi, reprezintă o reacție normală la stres care în anumite circumstanțe face mai atenți la evenimentele și detaliile din jur. Este necesar însă, de a înțelege unde este limita între anxietate ca răspuns normal și anxietatea ca reacție anormală, exagerată a sistemului nervos. Anxietatea determină ca oamenii să evite situația, locul sau obiectul care le declanșează simptome. Pacienții anxioși în cabinetul stomatologic reprezintă o adevărată provocare pentru specialiștii din domeniul medical. Anxietate în rândul pacienților duce la refuzul de servicii stomatologice, împiedicând astfel prevenirea afecțiunilor orale și adresarea la specialist doar atunci când apar simptomele.

Anxietatea și manifestările acesteia este un obstacol pentru specialiștii în stomatologie de pe întreg glob. În urma mai multor sondaje realizate în 3 state diferite Germania, Japonia și Indias-a determinat că populația tânără este mai anxioasă decât cea în vârstă, femeile sunt mai anxioase decât bărbații. Principala sursă de anxietate pentru persoanele chestionate a fost experiența dureroasă în trecut, iar pe locul doi ca factor de declanșare a anxietății a fost frica de ac [1, 2, 3]. Aceste date relevă că anxietatea este specifică diferitor clase sociale, în diferite state, astfel demonstrând ideea expusă mai sus, că anxietatea este o problemă globală pentru lucrătorii domeniului medical.

Anxietatea este definită de către APA (American Psychological Association) ca „o emoție manifestată prin frică și simptome somatice de tensiune, în care un individ anticipează pericol, catastrofă sau nenorocire iminentă. Anxietatea este considerată un răspuns orientat spre viitor, cu acțiune de lungă durată, concentrate în general pe o amenințare difuză, în timp ce frica este un răspuns adecvat, orientat spre prezent și de scurtă durată la o amenințare clar identificabilă și specifică” [4]. Aceste două stări se suprapun, dar diferă, frica fiind asociată mai des cu creșteri de excitare autonomă necesară pentru luptă sau fugă, pe când anxietatea este asociată cu tensiune musculară în pregătirea pentru pericol în viitor și comportament prudent [5]. Fobia este frica persistentă, nerealistă și intensă la un anumit stimul,

conducând la evitarea completă a pericolului perceput. Frica copleșitoare și irațională de stomatologie asociată cu sentimente de hipertensiune, teroare și neliniște este denumită „odontofobie” și a fost diagnosticată în categoria de fobii specifice conform Manualului de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mentale (DSM)-IV și Clasificarea Statistică Internațională a Bolilor și Problemelor de Sănătate înrudite (ICD)-10.4 [13].

Anxietatea a fost definită de către Janet ca fiind o ”teamă fără obiect”. La rândul său anxietatea este constituită din 2 componente, una fiziologică care se caracterizează prin simptome vegetative ca cefalee, tahicardie, transpirații, disconfort gastric etc. și una psihologică însoțită de senzație difuză de neliniște [6].

Anxietatea dentară reprezintă un fenomen complex multifactorial. În literatura de specialitate, există un număr impunător de factori care au fost legați în mod constant cu o incidență mai mare a anxietății dentare, acestea includ: caracteristici de personalitate, frica de durere, experiențe stomatologice traumatice din trecut, în special în copilărie, influența membrilor de familie sau a prietenilor, colegilor anxioși din punct de vedere dentar, care induc frica într-o persoană (învățare indirectă) și frica de sânge. Mai multe studii au arătat că în stomatologia restaurativă, procedurile efectuate oferă cei mai puternicistimuli declanșatori pentru anxietatea dentară, și anume vederea, sunetul și senzația de vibrația turbinei dentare, asociat cu vederea și senzația de injectare a anestezicului local. Tocmai din acest motiv crizele de anxietate, la pacienții care trebuie să treacă prin procedurile de restaurare, sunt adesea gestionate folosind regula „4 S”, care are ca scop reducerea factorilor declanșatori ai anxietății în cabinetul stomatologic: *Sight* (vederea) – ace, turbine etc.; *Sound* (sunet) – turbina; *Sensations* (senzații) – vibrații cu frecvența înaltă; *Smells* (mirosuri) – mirosuri specifice clinicelor medicale [7].

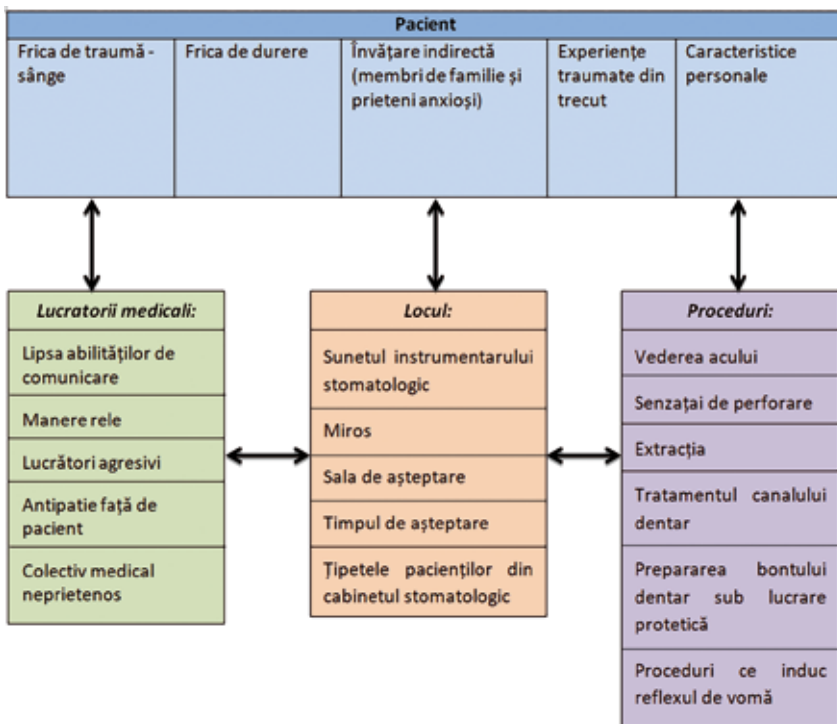


Figura 1. Factorii declanșatori ai anxietății dentale
(după: Raghad Hmud și Laurence J. Walsh)

În figura 1 sunt reprezentați factorii ce pot sta la baza anxietății dentare la pacient, factori direcți ca prima experiență stomatologică traumatică din trecut, în special în copilărie sau indirecti, cum ar fi calea informativă, prin care persoanele învață să se teamă de medicii stomatologi în urma relatării experiențelor neplăcute în cabinetul stomatologic de către membrii de familie sau prieteni [7]. Instrumentele stomatologice reprezintă un trigger important: turbina care produce sunetul specific, micromotorul care provoacă senzații neplăcute în timpul vibrației, poziția forțată a pacientului în scaunul stomatologic la fel și fobiile apărute în urma altor acte medicale (fobia de ace, sânge, anestezie etc.). La instalarea sau intensificarea anxietății contribuie localizarea și designul sălii de așteptare față de cabinetul stomatologic, dacă acestea sunt amplasate în vecinătate, pacienții care aș-

teaptă pot să audă sunetele provocate de către instrumentarul stomatologic sau țipetele pacienților care sunt mai receptivi la durere [7].

Mai multe studii scot în evidență că anxietatea dentară se asociază cu frecvență mică a vizitelor la stomatolog, ceea ce duce la înrăutățirea stării de sănătate, apariția durerii și ulterior creșterea nivelului de anxietate față de tratamentul stomatologic. În figura 2 este redată ideea de „cerc vicios”, acesta a fost folosită pentru a explica relația dintre frica dentară și vizitele la stomatolog. A fost propus un cerc în legătură cu frica dentară prin care consecințele comportamentale și simptomatice ale fricii dentare duc în cele din urmă la menținerea acesteia sau la o posibilă exacerbare. Întârzierea sau amânarea vizitelor la stomatolog duce la apariția problemelor dentare, care în consecință duc la necesitatea unui nivelului mai invaziv de tratament și care, la rândul său, duce la creșterea fricii și anxietății dentare. Așa se formează „cercul vicios al fricii dentare” [9].

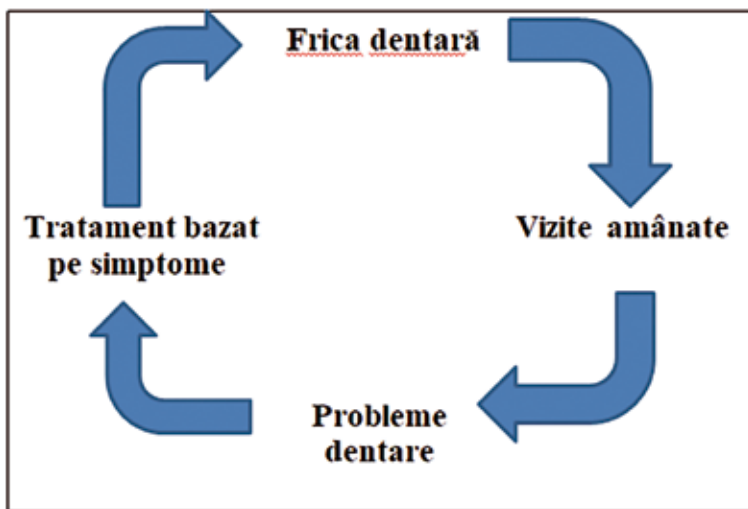


Figura 2. Modelul de cerc vicios al fricii dentare (elaborat de: Jason M. Armfield, Judy F. Stewart și A. John Spencer)

De obicei anxietatea la pacienții din clinicile stomatologice nu este monitorizată. Un studiu realizat în Anglia în 2011 a demonstrat că doar 20% dintre medicii stomatologi au utilizat o metodă de screening pentru a evalua nivelul de anxietate a pacienților [10].

Înainte de tratament ar fi bine ca medicul stomatolog să cunoască nivelul de anxietate a pacientului, pentru a fi capabil să aplice opțiuni de management împotriva anxietății. Sunt elaborate mai multe chestionare cu ajutorul cărora medicul stomatolog poate determina nivelul de anxietate a pacientului. Fiecare stat are aprobate mai multe tipuri de scale pe care specialiștii le pot utiliza. De exemplu, Scala de anxietate dentară modificată (MDAS) stabilită de Humphris este cel mai des utilizat pentru determinarea nivelului de anxietate în Marea Britanie, datorită faptului că conține o întrebare despre injecție cu anestezie locală, care reprezintă un factor major de anxietate pentru pacienți [11]. Chestionarul conține cinci întrebări, fiecare având câte 5 răspunsuri, la care pacienții cu ușurință și rapid răspund. Scorul total fiind 25, dacă scorul este ≥ 19 demonstrează nivel înalt de anxietate, posibil fobie dentară [12].

Un alt chestionar mai vast și pentru completarea cărui este necesar în jur de 10-15 minute este Scala Hamilton de evaluare a anxietății (Hamilton Anxiety Rating Scale - HARS). Această scală a fost propusă în anul 1959 de către Hamilton și a fost una din primele instrumente de măsurare a anxietății. Scala conține 14 itemi care evaluează dispoziția anxioasă, insomnia, tensiunea, starea depresivă, fobii, simptome gastrointestinale, cardiovasculare, genito-urinare, respiratorii, tensiunea musculară și comportamentul în timpul interviului. Fiecare item este evaluat pe o scală de la 0 până la 4, unde 0 – simptom absent, 1 – simptom ușor, 2 – simptom moderat, 3 – simptom sever, 4- simptom foarte sever. Scorul total fiind 56, unde scorul de 14-17 semnifică o anxietate ușoară, 18-24 o anxietate moderată și 25-30 o anxietate severă [6]. Fiecare specialist poate alege orice tip de chestionar pentru evaluarea anxietății, succesul tratamentului și prevenirea afecțiunilor stomatologice într-o mare parte depind de aceasta.

Datorită faptului că medicul stomatolog se întâlnește des cu anxietatea dentară în cabinetul stomatologic, acesta trebuie să cunoască metode de management al pacienților anxioși. Relația medic-pacient este crucială pentru gestionarea anxietății. Medicul trebuie să dețină aptitudini comunicative: capacitatea de a asculta, de a încuraja monologul pacientului și la necesitate, să adreseze întrebări medicului, în cazul unor neclarități sau concretizări. Pacienții trebuie să fie convinși că au fost auziți și că medicului îi pasă de ei. Pacienții trebuie încurajați să pună întrebări despre tratament, opțiuni de tratament, complicații, să le fie explicate toate etapele intervenției. Limbajul să fie pe înțelesul pacientului, când sunt explicate

etapele de tratament. Comunicarea non-verbală, cum ar fi contactul vizual pozitiv, expresiile feței prietenoase și evitarea mișcărilor bruște. Semnele în timpul tratamentului care permite pacientului să comunice cu medicul despre dorința de opri tratamentul pentru o pauză sau de a opri intervenția din cauza durerii. Distragerea atenției pacientului în timpul tratamentului cu ajutorul muzicii, filmelor [13]. Relaxarea prin respirație este socotită a fi benefică pentru pacienții anxioși. Există mai multe variante, de exemplu Milgrom a descris o metodă prin care pacienții respiră lent și adânc, ținând fiecare respirație 5 secunde după care expiră încet [14]. Altă variantă ar fi respirație lentă timp de 2-4 minute, care este eficientă pentru a reduce ritmul cardiac. Ackley a propus pacienților să respire atât de încet, încât dacă ar fi fost sub nas o pană ea să nu se miște [15]. Aceste tehnici sunt ușor de explicat pacienților în cabinetul stomatologic și pot fi practicate înainte de tratament. Toate metodele descrise anterior sunt tehnici de management non-farmacologic. Un studiu a comparat eficacitatea utilizării benzodiazepinelor cu o sesiune de tratament psihologic pentru anxietatea dentară asociată cu chirurgia dentară. Medicamentele au funcționat doar pentru acea vizită. Ulterior, pacienții au constatat că anxietatea le-a revenit. Pacienții care au luat tranchilizante, în 80% nu s-au mai întors. Dintre cei care au avut doar o ședință de tratament psihologic, 70% s-au întors pentru restul tratamentului [14].

Anxietatea dentară reprezintă un complex multifactorial, un set de bariere induse pacientului de multitudinea de factori, atât direcți cât și indirecti. După cum a fost descris mai sus, problema anxietății dentare a căpătat forma unui cerc vicios, unde potențarea fricii dentare duce la scăderea sănătății orale, creșterea complexității tratamentelor, toate având factori ce potențează frica și susțin cercul vicios. Numeroase chestionare cu ajutorul cărora se pot identifica pacienții anxioși ajută la evidențierea factorilor de întreținere a cercului vicios, iar tehnicile pentru managementul non-farmacologic și reduc numărul de pacienți cu anxietate în cabinetele stomatologice. Pentru a îmbunătăți calitatea vieții pacienților și prevenirea afecțiunilor dentare, atât medicii cât și politicile elaborate în domeniul stomatologic trebuie orientat spre minimalizarea traumelor psihologice în urma actului medical. Instruirea medicilor, asistenților medicali și restului societății în utilizarea metodelor de reducere a anxietății vor contribui substanțial la îmbunătățirea sănătății orale și creșterea calității vieții.

Referințe bibliografice

1. Norbert Enkling, Marwinski G., Jöhren P. Dental anxiety in a representative sample of residents of a large German city, 2006. In: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16477408/> (accesat: 11.08.2022).
2. Weinstein P., Shimono T., Domoto P., Wohlers K., Matsumura S., Ohmura M., Uchida H., Omachi K. Dental fear in Japan: Okayama Prefecture school study of adolescents and adults, 1992. In: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8250343/> (accesat: 11.08.2022).
3. Devapriya Appukuttan, Sangeetha Subramanian, Anupama Tadepalli, Lokesh Kumar Damodaran. Dental anxiety among adults: an epidemiological study in South India, 2015. In: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25709973/> (accesat: 11.08.2022).
4. American Psychological Association. APA Dictionary of Psychology. In: https://dictionary.apa.org/anxiety?_ga=2.7465271.480140696.1660990964-665803916.1660990964 (accesat: 12.08.2022).
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. Arlington: VA APA press, 2013, p. 1.
6. Protocol clinic Național, PCN-278. Tulburările de anxietate. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Chișinău, 2017, p.8.
7. Hmud Raghad, Walsh Laurence J.. Dental Anxiety: causes, complications and management approaches. In: International Dentistry SA. Vol. 9, No 5. P.6-14.
8. Pruteanu Lavinia Maria. Anxietatea față de intervențiile stomatologice. Prevalență și variabile asociate. În: Revista de Psihologie. 2014, Vol. 60, Nr.3, pp.233-234.
9. Jason M. Armfield, Judy F. Stewart and A. John Spencer. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. In: BMC Oral Health. 2007, Vol.7, p.1.
10. Armfield JM. Australian population norms for the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C). In: Australian Dental Journal. 2011, Nr.56, p.16-22.
11. Dailey YM, Mand Humphris F., Lenon M A. The use of dental anxiety questionnaire: a survey of a group of UK dental practitioners. In: British Dental Journal. 2001, Nr.190, pp.450-453.
12. University of St Andrews. Modified Dental Anxiety Scale. In: (accesat 19.08.2022).
13. Appukuttan Deva Priya. Strategies to manage with dental anxiety and dental phobia. In: Clin Cosmet Investing Dent. 2015, Nr.8, p.35-50.
14. Milgrom P., Weinstein P., Heaton LJ. Treating fearful dental: a patient management handbook. 3rd edn. Seattle: WA, 2009.
15. Ackley DC. Dental fear. Aren't you tired of it? In: Dental Today. 2003, Nr.22, p.96-102.

EVOLUĂRI POSIBILE ALE POLITICILOR PRIVITOR LA DOPAJUL ÎN SPORT. POZIȚIONĂRI TEORETICE

Vitalie Ojovanu, dr. hab. in filos, conf. univ., șef catedră
Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R.Moldova
vitalie.ojovanu@usmf.md

POSSIBLE POLICY EVOLUTIONS REGARDING DOPING IN SPORTS. THEORETICAL POSITIONS

The use of doping substances in sports is an important problem for the whole society. Sports doping is a subject of scientific approach for the future. Based on the current state of affairs, several variants can be configured regarding the use of doping in the sport of the future.

Evoluarea dopajului în sport reprezintă nu numai prezența unor pagini de istorii captivante, ci și subiecte ce trebuie să provoace rațiunea umană la distingerea faptelor obiective de cele subiective, situațiilor admisibile de cele neadmisibile, adevărului de neadevăr, acesta din urmă deseori fiind camuflat. Odată cu trecerea activității sportive pe principiile concurenței de piață, adică de economie capitalistă, în mediul sportiv s-au produs schimbări esențiale în toate aspectele. Dacă ne referim la dopaj, atunci utilizarea inițială și dirijată a acestuia a fost condiționată de necesitatea câștigării competițiilor reieșind din raționamentul întâietății (sentimente de mândrie că se aduce prestigiu țării, cinste, onoare, patriotism etc.). În prezent aceste obiective, fiind apreciate drept unele firești chiar din timpul competițiilor olimpice în Grecia antică, se suprapun peste diferite interese economice stratificate în câteva categorii: personale; ale clubului sau asociației (formațiunii) sportive; ale marilor concerne cu interes strategic, politic sau/și economic în sport; ale statului (mai ales acele state în care sistemul politic este strâns legat de formațiuni economice ce domină în țară prin structuri de tip mafiot sau prin regimuri dictatoriale). Se poate afirma cu certitudine că sportul s-a comercializat totalmente: se cumpără și se vând sportivii, antrenorii, se fac tranzacții cu echipele, se investește în reclamă, loterii etc. În ultimele decenii s-a schimbat până și lexiconul comentatorilor sportivi.

Toată miza în structura complicată a sportului contemporan până la urmă se pune pe seama sportivului – entitatea primară care aduce „plus-

valoarea”, așteptată de toate structurile și rangurile cu atribuție. Asupra sportivului planează o presiune enormă și, din cauza că în el s-a investit, așteptările trebuie să fie satisfăcute pe măsură. Pentru aceasta pe lângă antrenamentele propriu-zise, sportivul este antrenat în diverse acțiuni, ținerea de regimuri (gastronomice, farmacologice, recuperatorii etc.). În perspectivă se conturează câteva variante posibile ale aplicării dopajului în sport.

1. Dopajul în sens „clasic”, adică așa cum este conceput azi, va dispărea. Vor fi admise o serie de substanțe care se vor elimina din registrul celor dopante (existente în prezent). La acest subiect, de exemplu, să ne amintim de evoluția atitudinii față de cânepă (canabis, marijuana, hasis) și altor plante sau preparate medicale, cum au fost categorisite drept permise pentru consumul general, cu sau fără anumite condiții.

2. Admiterea pentru consum a unor substanțe cu statut temporar de a nu fi în categoria celor dopante, ca ulterior acestea să fie înlocuite cu altele într-un proces continuu de acest gen. Respectiva variantă este o găselniță, o „smecherie” de moment. În atare modalitate de acțiune e necesar un mare efort din partea științei farmacologice și a industriei farmaceutice.

3. E posibil de a admite anumite preparate sau suplimente alimentare. Acestea sunt trecute prin filiera organizațiilor de resort pentru a fi utilizate de către sportivi. În acest caz respectivele substanțe, prin anumite combinații și scheme de administrare, pot genera acțiuni biochimice și fiziologice temporare, producând efectul așteptat de sportivi și antrenori.

4. Varianta la care mizăm mult, dar care a fi irealizabilă, este cea de a verifica minuțios admiterea dopajului, adică de a aplica un radicalism bine pus la punct pentru interdicția utilizării substanțelor dopante. Aici se va pune valoare pe diferite modalități de antrenament, stil sănătos de viață, capacități fizice înnăscute ș.a.

Analizând tendințele contemporane privitor la dopajul în sport, se pot întrevădea câteva variante, susmenționate, de politici sociale și ale factorilor de decizie. Este important de a trasa noi concepte în privința analizării unor aspecte ale procesului aplicării dopajului în sport, inclusiv în obținerea unor previziuni clare, pentru anihilarea urmărilor negative la sportivi și în societate.

VACCINAREA ANTI COVID -19 PRIN PRISMA BIOETICII CONTEMPORANE

Marina Benzari, studentă, anul VI, Medicină

Facultatea de Medicină nr.1

Conducător științific: *Vitalie Ojovanu*, dr. hab. în filos., conf.univ.

Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină

și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

benzari.marina@gmail.com

VACCINATION AGAINST COVID-19 THROUGH THE PRISM OF CONTEMPORARY BIOETHICS

The exceptional situation caused by the COVID-19 pandemic generates complex ethical issues in medical, political and social decision-making. The COVID-19 pandemic gives bioethics both theoretically and practically a special relevance. The context in which the campaign for the new covid-19 vaccines was launched raises a number of additional ethical issues, from the experimental nature of these new vaccines to the speed with which these new pharmaceuticals were tested and brought to market, and to conscientious objection.

Principiile etice ale autonomiei, ale respectării vieții și integrității fizice a pacientului, binefacerii, justiției (nediscriminării) și veridicității ar trebui să rămână ca pietre de temelie în activitatea medicală ,chiar și în contextul pandemiei actuale .Vaccinarea obligatorie încalcă autonomia persoanei și, prin urmare, constituie un prejudiciu real oricărei persoane obligate să accepte vaccinarea sub constrângere. A apărut un conflict etic a cărui rezolvare este greu de găsit: introducerea devreme a unui vaccin pentru salvarea mai multor vieți de COVID-19, riscând efecte secundare sau ineficacitate versus angajarea cercetării în teste mai lungi și mai riguroase (având apoi mai multă încredere în siguranță și eficacitate), dar în acest timp mulți oameni pot muri de COVID-19. Nu există un răspuns magic și, având în vedere catastrofa economică, socială și de sănătate a diferitelor măsuri anti-COVID-19, cum ar fi lockdown-ul, a existat o presiune considerabilă pentru a introduce un vaccin mai devreme cu riscul de a cliva societatea în optimiști și reticenți.

Vaccinarea anti-COVID-19 trebuie să se bazeze și pe trei principii principale: 1) trebuie să fie justificată de nevoi demonstrabile de sănătate publică și nu doar de utilitatea în obținerea unor rate ridicate de vaccinare; 2) nu trebuie să discrimineze anumite grupuri; 3) trebuie să se refere în mod clar la protejarea sănătății publice, nu la culpabilizarea oamenilor nevaccinați.

Dar în pandemie, când resursele sunt sărace, trebuie făcute alegeri profunde, de viață și moarte. În aceste situații principiile utilitarismului oferă cel mai bun răspuns, cu trecerea de la un model de gândire centrat pe pacient la un model de gândire centrat pe societate.

Un rol deosebit și foarte important în vaccinarea anti-COVID-19 îl are îmbunătățirea spectrului de comunicare prin relaționarea cu mass media, crearea mesajelor per grupuri-țintă, alcătuirea listelor de întrebări-răspunsuri pe înțelesul fiecăruia, identificarea și instruirea specialiștilor și experților în comunicare cu populația, monitorizarea și managementul dezinformării, precum și aplicarea datelor disponibile ale studiilor privind noul coronavirus spre schimbarea atitudinii și comportamentului social întru perspectiva vaccinării. Astfel fiind puse bazele pentru obținerea consimțământului informat și oferindu-i persoanei posibilitatea de libera alegere .

Immanuel Kant a susținut că alegerile individuale, conștiente și respect față de ceilalți oameni sunt fundamentele vieții morale. Dar, în cazul pandemiilor, medicilor li se solicită să renunțe la aceste valori și să se concentreze asupra intereselor mai largi ale societății.

În concluzie, esența dilemei etice din spatele impunerii unui vaccin constituie conflictul dintre etica sănătății publice și dreptul la libertate și autonomie individuală.

ABORDARE BIOETICĂ A DILEMELOR MORALE ÎN CONTEXTUL ACTULUI MEDICAL HEPATIC

Adela Cazacu, studentă, anul V, Medicină

Facultatea de Medicină nr.1

Coordonator științific: *Ion Banari*, dr. în filos., lect. univ.

Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină

și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

adelaa.cazacu@gmail.com

THE BIOETHICAL APPROACH OF MORAL DILEMMA IN THE CONTEXT OF THE HEPATIC ACT

In hepatology, as in other medical specialties, the doctor encounters various difficult moments, which make him resort to ethical and moral aspects. Although there are a multitude of dilemmas in hepatology, the approach to nonalcoholic fatty liver disease poses a series of questions that require answers.

Pe parcursul vieții subiectul moral este situat în fața diferitor *dileme*, alege din mai multe variante – una, cea care pare mai potrivită și mai firească circumstanței în cauză. Iar, fiecare alegere pe care o face este supusă unei „selecții” dintre propriile moravuri, fiind analizată, meticolos comparată cu alte variante, unde după importanță și necesitate fiind la fel de importantă ca prima. Mai mult, în literatura de specialitate, *dilema morală* e caracterizată ca fiind un conflict a două datorii, valori sau principii la fel de valabile, dar care, într-o anumită situație, nu pot fi respectate împreună. Firește, ceia ce alege persoana într-un final o caracterizează, nu mereu persistă aceeași părere ca ca la ceilalți (prieteni sau chiar familia, colegii, etc.). Dilema morală ne diferențiază unul de altul prin ansamblul propriilor valorilor morale, propriilor concepte și viziuni. Totodată, dilema morală este o noțiune pe larg utilizată și în practica medicală, domeniul în care foarte fin intercalează noțiunea de etică, morală și deontologie, formând aspectul etico-deontologic al actului medical. În cadrul activității medicale, perspectiva etică asigură crearea condițiilor prielnice formării unei relații medic-pacient cât se poate de corecte, evitând conflicte, străduind în amplificarea conceptului nobil al medicinei, și nicidecum invers.

Pe parcursul ultimilor ani, în secțiile de hepatologie, dilema morală și-a făcut apariția printre rândurile medicilor, care se confruntă cu un număr mare de pacienți diagnosticați cu boala ficatului gras (boala Ficatului gras non-alcoolic - BFGNA). Acesta patologie include mai multe forme precum: steatoza hepatică non-alcoolică, steatohepatita non-alcoolică, carcinomul hepatocelular, având în comun, în pofida non consumului de alcool, prezența histopatogenetică a unei steatoze hepatice preponderent de tip macro-vezicular. BFGNA, este o afecțiune frecventă în regiunea occidentală, cauzat de sindromul metabolic, manifestându-se prin obezitate cu dislipidemii, diabet zaharat de tip II. Patologia poate induce apariția complicațiilor extra-hepatice precum a bolilor cardiovasculare: ateroscleroza, aritmii, hipertensiunea arterială, afecțiunile valvulare, tromboză vasculară prim formarea stresului oxidativ, alterarea metabolismului lipidic, distracției endoteliale, creșterea rezistenței la insulină. Iar, la rândul său, bolile cardiovasculare secundare ficatului gras non-alcoolic sunt cauzele decesului pacientului. Însăși patologia este puțin simptomatică și mai des depistată în stadiul decompensat, cauza fiind lipsa unui screening neinvaziv mai precoce. La moment, standardul de aur în diagnosticul BFGNA este biopsia ficatului, un procedeu invaziv, dureros, costisitor, riscant (hemoragie,

infecție, lezarea unui organ adiacent). Fiind bine delimitată în protocoalele clinice, biopsia ficatului rămâne cea mai credibilă procedură, iar calcularea riscurilor rămân pe seama medicilor și respectiv pacienților.

În rezultat, deși studii pe tema dată sunt și cercetătorii se pronunță despre necesitatea revizuirii abordării pacienților diagnosticați cu BFGNA, anumite cercetări definitive nu s-au produs. Unii pacienți sunt diagnosticați în stadii avansate, îndură proceduri dureroase, sunt confuzi și nedumeriți în privința desfășurării tacticii de tratament. Iar acest context este preelnic în apariția diverselor dileme morale. În încercarea de a evidenția o serie de dileme morale în actul clinic hepatic este oportun să constatăm că acestea de obicei sunt legate de *fapte medicale* (istoricul pacientului, rezultatele diagnostice, riscurile, complicațiile și intervenția anterioară asociată bolii de care suferă pacientul), *caracteristici individuale ale pacientului* (valori, cultură, religie, relații și experiențe anterioare) și *factors ce țin de medic* (valori, cultură, religie, facilitatea logistică, interesele concurente, rivalitate interprofesională etc.). Respectiv, analiza și evaluarea deciziei medicale cu privire la pacientul hepatic necesită și o privire axată pe aceste tipare medicale, morale și sociale, care pot determina apariția unor situații închise.

Studiu realizat cu suportul proiectului 20.80009.8007.37 Bolile cronice hepatice și pancreatice: aspecte nutriționale și chirurgicale din cadrul Programului de Stat (2020-2023).

ABORDAREA MEDICO-ETICĂ A VULNERABILITĂȚII ÎN CONTEXTUL ACTULUI MEDICAL HEPATIC

Daniela Afteniuc, studentă, anul V, Medicină

Facultatea de Medicină nr.1

Coordonator științific: *Ion Banari*, dr. în filos., lect. univ.

Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

dafteniuc@gmail.com

THE MEDICAL-ETHICAL APPROACH OF VULNERABILITY IN THE CONTEXT OF THE HEPATIC ACT

The medical act represents a complex process that is the basis of medicine, being made up of several stages that ultimately aim to treat the patient.

To achieve this, is needed the active involvement of both the doctor and the patient, being in a close physical and psychological connection. In the context of the liver medical act, these characteristics are more accentuated, both participants being physically, emotionally and cognitively vulnerable.

Actul medical este un proces complex ce implică mai multe faze, precum, adresarea la medic, investigațiile, stabilirea diagnozei, determinarea strategiei curative, procesul tratamentului activ, observația post terapeutică activă, finalizarea tratamentului. Desfășurarea acestora este determinată de o serie de condiții atât profesionale, cât și morale. La rândul său conținutul valoric moral permite dezvoltarea actului medical ca un tot întreg. Relația medic-pacient are o importanță majoră în actul medical, deoarece, ambianța dialogului va influența calitatea actului. Iar, analiza unor subiecte precum vulnerabilitatea pacientului hepatic sau condiții etice ale actului medical hepatic poate evidenția punctele forte ce-i îmbunătățește calitatea, dar și a dificultăților ce-l poate diminua.

În primă fază, hepatita afectează semnificativ relațiile interpersonale ale pacientului (relațiile cu familia, relațiile cu prietenii și cu colegii de muncă). Iar vulnerabilitatea pacientului hepatic este caracterizată de o serie de distorsionări din cauza anxietății, depresiei, schimbărilor de dispoziție, furiei, frustrării, temerii nejustificate referitoare la transmiterea bolii, sentimentului de vină (în cazul transmiterii bolii în familie) cu care pacientul se confruntă. Astfel, persoanele infectate cu virusul hepatitei apelează la atitudini negative față de boală boală printre care cele mai frecvente sunt retragerea și negarea. Retragerea are legătură cu izolarea, pacientul nu mai participă la activități sociale și își limitează interacțiunile cu prietenii și colegii din cauza rușinii, a sentimentului de neadecvare dar și a fricii de a nu transmite boala. Negarea nu se manifestă neapărat ca o neacceptare a condiției de bolnav, ci de cele mai multe ori pacienții ascund starea lor de sănătate tocmai din cauză că le este teamă să nu-și piardă prietenii, să nu fie judecați. Stigma, frustrarea datorată diminuării responsabilităților la locul de muncă, absenteismul datorat bolii, restricționarea activităților la locul de muncă – toate acestea afectează nu doar capacitatea de a funcționa în mediul profesional, dar își pun amprenta și asupra relațiilor sale.

În a doua fază, dimensiunea vulnerabilă a actului medical hepatic nu se răsfrânge doar asupra pacientului, ci și asupra medicului. Încercarea medicului de a face față vulnerabilității pacientului hepatic prin abilitățile profesii-

onale, morale și comunicative, implică suprasolicitare, program prelungit de lucru, obsesia de perfecțiune, rezistența scăzută la stres etc., ceea ce generează apariția sindromului Burnout (al epuizării profesionale) și afectează persoana medicului, acesta devenind, la rândul său, vulnerabil sub aspect fizic și psihic în interacțiunea sa cu pacientul. Or vulnerabilitatea medicului afectează și calitatea serviciului medical, respectiv, o prioritate etică, în acest sens, este caracterul moral al medicului. Aceasta accentuează convingerea că pe lângă experiența profesională, medicul are nevoie și de o experiență morală, adică un management etic a ambianței clinice.

În contextul celor semnalate susținem că pacientul hepatic pe lângă îngrijirea medicală are nevoie și de îngrijire interdisciplinară, unde etica și psihologia pot interveni. Sănătate mintală, gândurile pozitive, buna dispoziție, susținerea celor apropiați au o valoare imperativă pentru tratament. Fiind o problemă majoră de sănătate publică hepatitele virale cuprind o multitudine de factori sociali și morali în cadrul relației medic-pacient. Gestionarea și managementul pacientul sunt strâns legate și cu principiile etice care ca urmare determină aderența la viitorul tratament.

Studiu realizat cu suportul proiectului 20.80009.8007.37,,Bolile cronice hepatice și pancreatice: aspecte nutriționale și chirurgicale” din cadrul Programului de Stat (2020-2023).

**PROBLEME ACTUALE DE FIZIOLOGIE UMANĂ ȘI
SĂNĂTATE ÎN ABORDARE INTERDISCIPLINARĂ
*CURRENT ISSUES OF HUMAN PHYSIOLOGY AND
HEALTH IN AN INTERDISCIPLINARY APPROACH***

**INSTITUTUL DE FIZIOLOGIE ȘI SANOCREATOLOGIE,
REPUBLICA MOLDOVA
*INSTITUTE OF PHYSIOLOGY AND SANOCREATOLOGY,
REPUBLIC OF MOLDOVA***

**SEMNIIFICAȚIA CALITĂȚII GRĂSIMILOR CONSUMATE
ȘI A STIMULĂRII HIPOTERMALE ÎN MECANISME
ANTIINFLAMATOARE ȘI ÎN PREVENȚIA OBEZITĂȚII**

Vasile Fedăș, dr. in șt. med., cercetător științific coordonator
Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, Chișinău, R. Moldova
vasilefedash@gmail.com

***THE SIGNIFICANCE OF THE QUALITY OF CONSUMED FATS
AND HYPOTHERMAL STIMULATION IN ANTI-INFLAMMATORY
MECHANISMS AND IN THE PREVENTION OF OBESITY***

An overview analysis highlighting the possibilities of solving the problem of preventing the formation of an obeso- and diabetogenic environment, preventing inflammatory processes in adipose tissue, imbalance in the mechanisms of neuroendocrine interactions of relationships based on an integrated approach, characterized by a harmonious combination of individualized correction of the applied diet with hypothermic stimulation.

Problema dezvoltării mecanismelor fundamentale care stau la baza etiologiei obezității necesită o soluție suplimentară. În prezent, termenul de „mediu obezogen” este din ce în ce mai folosit, ceea ce înseamnă disponibilitatea alimentelor bogate în calorii și o cantitate crescută a consumului acestora datorită proprietăților hedonice îmbunătățite tehnologic, condi-

țiilor sociale caracterizate prin sedentarism și dezvoltarea stresului psihonoemoțional etc. Experții susțin că inovațiile tehnologice în prelucrarea materiilor prime și producția de produse alimentare contribuie la formarea unui mediu și a unui mod de viață dezumidificat. Schimbările stilului de viață rămân piatra de temelie, atât în prevenirea primară, cât și în cea secundară, precum și în corectarea tulburărilor metabolice ale lipidelor și lipoproteinelor, precum și în tratamentul obezității. Modificările stilului de viață recomandate persoanelor cu nivel ridicat de colesterol includ dieta caracterizată prin conținut scăzut de acizi grași saturați și trans, alimente funcționale bogate în substanțe biologice active precum fibre, antioxidanți, steroli vegetali și stanoli în combinație cu exerciții fizice regulate și menținerea unui organism sănătos. indicele de masă. Modernizarea tehnologiilor utilizate în industria alimentară și creșterea nivelului de venit al populației din țările dezvoltate economic au făcut ca o serie de produse alimentare să fie ușor disponibile fără fluctuații sezoniere semnificative [1]. Se știe că abordarea obișnuită în prevenirea obezității este, în primul rând, limitarea consumului de alimente cu un indice de lipide și carbohidrați ridicat. Dintre toate grupele de alimente, s-a demonstrat că carnea consumată în cantități mari, în special, favorizează creșterea în greutate datorită densității sale energetice ridicate și/sau conținutului crescut de grăsimi [2]. Este evident că cantitatea de hrană consumată are un efect semnificativ asupra inițierii și menținerii dezvoltării obezității. Lipidele care circulă în sânge sunt molecule biologice interactive extrem de dinamice care alcătuiesc majoritatea componentelor celulare, precum și moleculele de semnalizare. Lipidele circulante și acizii grași de diferite compoziții acționează ca regulatori cheie în căile anabolice și catabolice și sunt influențați de factorii declanșatori dietetici, farmacologici, hormonal și de mediu [3]. Folosind abordări analitice moderne în evaluarea cantitativă a structurilor lipide complexe, au fost identificați mai mulți metaboliți lipidici din plasmă. Acești metaboliți pot servi ca indicatori de diagnostic, atât în stadiile incipiente, cât și în cele tardive ale sindromului metabolic. Îmbunătățirea metodelor de determinare a compoziției de acizi grași a compușilor lipidici complecși în diferite țesuturi și biofluide are un mare potențial în studiile fundamentale ale interacțiunii mecaniciste a fenotipului metabolic. De exemplu, o creștere a concentrației totale de acizi grași liberi din plasmă și, în special, acidul palmitic, pare să fie asociată cu sindromul metabolic din cauza inducerii lipotoxicității în țesuturile periferice, inclusiv mușchii

scheletici, ficat și pancreasul. Studiile epidemiologice au arătat că toleranța afectată la glucoză, precum și diabetul de tip 2, sunt asociate cu creșterea concentrațiilor plasmatiche de colesterol, palmitat și palmitoleat [4]. S-a găsit o relație pozitivă între modificările concentrației de fosfolipide ale acidului stearic din plasmă și manifestarea incidenței diabetului zaharat [5].

Evident, metabolismul lipidic se reflectă în fluctuațiile concentrației de lipide care circulă în sânge, ceea ce face posibilă descrierea fenotipului metabolic. Este important ca lipidele să fie implicate în formarea și implementarea diferitelor mecanisme moleculare de semnalizare intercelulară de acțiune antiinflamatoare.

Eicosanoizii, acizii grași, sfingolipidele și fosfoinozitidele mediază reglarea proceselor celulare critice, inclusiv metabolismul celular, proliferarea și apoptoza. Acizii grași afectează procesele inflamatorii atât prin interacțiunile lor cu receptorii extracelulari, cât și prin mediatorii de semnalizare intracelulară. Este important ca obezitatea să se afle la intersecția mecanismelor de dezvoltare a proceselor inflamatorii și a tulburărilor metabolice care provoacă aberații ale apărării imune, un risc crescut de diabet de tip 2, ateroscleroză, obezitate hepatică și pneumonie, pentru a numi doar câteva dintre ele. consecințe groaznice. O creștere a procentului de decese și a morbidității în inflamație indusă de patogeneză obezității a condus la un interes sporit al cercetătorilor pentru studiul diferitelor mecanisme moleculare neuroendocrine mediate de lipide.

Este evident că în situațiile în care absorbția de energie depășește consumul acesteia, are loc o încălcare a funcțiilor celulare, se formează o insuficiență a mecanismelor de reglare a apetitului (apetistat), iar probabilitatea dezvoltării transformărilor patogenetice crește. Obezitatea se caracterizează printr-un dezechilibru în căile metabolice ale carbohidraților, dependente de insulină și lipidelor, care contribuie la meta-inflamație care afectează țesuturile și organele cheie și afectează negativ menținerea homeostaziei. Obezitatea în combinație cu sindromul metabolic, inducerea inflamației, contribuie la patogenia bolilor cardiovasculare, astmului, bolii Alzheimer și carcinogenezei, în special, datorită reacțiilor inflamatorii excesive și prelungite [6]. În același timp, o atenție deosebită a cercetătorilor este acordată acizilor grași omega-6 și omega-3, despre care se știe că reglează acțiunea mediatorilor inflamatori în hepatocite și adipocite prin căile ciclooxigenazei și lipoxigenazei. Ele au, de asemenea, un efect puternic asupra producției de eicosanoide [7]. Calea ciclooxigenazei inflamatorii, care

provine din acidul arahidonic, este o etapă critică în dezvoltarea reacțiilor inflamatorii. După cum se știe, ciclooxigenazele catalizează conversia acidului arahidonic în prostaglandine H₂ (PGH₂, precursorul altor prostaglandine, prostaciclului și tromboxanului A₂). Noi produse oxigenate ale metabolismului omega-3, și anume rezolutinele și protetinele, acționează ca mediatori endogeni, prezentând efecte antiinflamatorii și imunoreglatoare puternice. Stimularea inflamatorie pe termen scurt și pe termen lung de-a lungul căii ciclooxigenazei (COX) poate determina o schimbare către căile ciclooxigenazei mai puțin inflamatorii (care implică prostaglandine din seria PG 3 și tromboxanii din seria TX 3).

Rezultatul implementării acestor căi este formarea de lipoxine și rezolvine, care sunt capabile să oprească dezvoltarea procesului inflamator. În plus, dizolvarea căii lipoxigenazei LOX (LT5) de către acizii grași polinesaturați cu lanț lung (LC PUFA), și anume acidul eicosapentaenoic (EPA) și acidul docosahexaenoic (DHA), mediază mecanismul de protecție inflamatorie. Un conținut ridicat de EPA se găsește, și anume, în uleiul de pește. Studii recente arată că o scădere a proporției de țesut adipos la persoanele obeze, precum și reabilitarea acestora cu mijloace exogene, folosind un tip de alimentație adecvat, cu includerea în alimentație a alimentelor îmbogățite cu acizi polinesaturați omega-3, contribuie la eliminarea disfuncției metabolice și a proceselor inflamatorii în țesutul adipos [9]. Cu toate acestea, conform unor autori, rolul acidului docosapentaenoic în calea lipoxigenazei necesită revizuire în contextul acțiunii antiinflamatorii.

De asemenea, este important ca utilizarea unei diete bazate pe conținutul bogat de acizi grași polinesaturați din uleiul de pește poate crește secreția de adiponectină și poate îmbunătăți răspunsul celulelor musculare scheletice la insulină. Aceasta este diferența cheie între a consuma o dietă îmbogățită cu grăsimi saturate, care, dimpotrivă, duce la formarea rezistenței la insulină. LC PUFA reglează, de asemenea, expresia genelor prin factorii de transcripție PPAR și factorul nuclear kappa B (NF- κ B), precum și prin producerea de eicosanoide, reducând producția de citokine proinflamatorii din diferite celule, inclusiv macrofage. Macrofagele infiltrate sunt o parte integrantă a fracției vasculare stromale a țesutului adipos și sunt implicate în producerea proteinei-1 chimioattractante monocitare proinflamatorii, a factorului de necroză tumorală- α (TNF α) și a interleukinei-6 (IL-6). Această proprietate antiinflamatoare a acizilor grași omega-3 poate fi utilizată strategic pentru a reduce rezistența la insulină indusă de obezitate.

În mecanismele de reglare a metabolismului lipidic și a proceselor inflamatorii din țesutul adipos alb, funcția endocrină a țesutului adipos asigură implementarea uneia dintre verigile principale. Această legătură include, după cum știți, procesele metabolice de bază: lipogeneza, bazată pe proliferarea celulară și absorbția acizilor grași liberi circulanți; lipoliză bazată pe hidroliza trigliceridelor la glicerol și acizi grași liberi; precum și oxidarea acizilor grași din interiorul mitocondriilor. Atunci când se formează un bilanț energetic negativ cu un exces de consumare cheltuială de energie față de consumul său, de exemplu, în timpul unui program de exerciții în combinație cu postul, lipidele rezervate sunt mobilizate prin lipoliză. Acizii grași eliberați și glicerolul sunt apoi utilizați prin funcționarea activă a altor țesuturi și organe. Un echilibru energetic pozitiv, evident, se stabilește atunci când consumul de energie, dimpotrivă, depășește consumul acestuia, de exemplu, atunci când se folosește o dietă cu un indice de lipide sau carbohidrați ridicat în combinație cu un stil de viață sedentar inactiv. Cu un bilanț energetic pozitiv, substratul energetic neutilizat este rezervat în principal sub formă de lipide, care se acumulează în țesutul adipos alb datorită absorbției crescute a acizilor grași și inițierii *de novo* a lipogenezei [9]. Dereglarea cronică a balanței energetice din cauza excesului de consum de energie față de cheltuielile acestuia duce la acumularea excesivă de lipide în țesutul adipos alb, ceea ce duce la obezitate. O serie de factori de mediu asociați cu activitatea și stilul de viață individual, numiți stilul de viață occidental, caracterizat prin utilizarea unei diete bogate în calorii, hipokinezie în combinație cu stresul psiho-emoțional, contribuie împreună la dezechilibrul homeostaziei energetice și la dezvoltarea obezității. Datorită naturii pandemice globale a creșterii obezității și a bolilor metabolice asociate, este foarte important să continuăm să descoperim mecanismele care stau la baza reglării metabolismului lipidic, a funcției endocrine a țesutului adipos și a implicării acestuia în căile de reglare neuroendocrine ale interacțiunii dintre nervi și structurile glandulare. Aceste interacțiuni neuroendocrine joacă un rol important în coordonarea a numeroase procese în țesutul adipos alb, brun și bej (WAT, BAT și, respectiv, BeAT), inclusiv rezervarea lipidelor, mobilizarea WAT, oxidarea acizilor grași și termogeneza în BAT și WAT, întunecarea la BeAT, care în cele din urmă asigură homeostazia energetică în mediul intern al corpului. Țesutul adipos brun este un țesut termogenic, ale cărui unități structurale și funcționale consumă o cantitate semnificativă de glucoză și acizi grași ca substrat energetic pentru termogeneza și producerea de energie [10]. Eforturile cer-

cețătorilor în această direcție au oferit descoperirea unui număr de factori umorali sintetizați și secretați în țesutul adipos, care sunt încorporați în circuitele de reglare nervoase care trec dincolo de creier. Datorită eterogenității și plasticității lor, adipocitele albe și maro își modifică morfologia și funcția în funcție de fluctuațiile cererii de energie în anumite condiții fiziologice sau farmacologice.

Așadar, combinația armonioasă a unei alimentații individualizate fundamental cu includerea alimentelor bogate în acizi polinesaturați omega-3, omega-6 și omega-9 după prelucrarea lor tehnologică cruntă cu stimulare hipotermică conține potențialul unui efect benefic asupra plasticității țesutul adipos, funcțiile sale endocrine și prevenirea proceselor inflamatorii din acesta. Prezintă un mare interes identificarea de noi factori endocrini circulanți care mediază efectele benefice ale exercițiilor fizice asupra sănătății. O atenție deosebită este acordată factorilor derivați din mușchii scheletici, cunoscuți sub numele de miokine, echipa noastră de autori și, ca și alți cercetători sunt înclinați către ipoteza că interacțiunile endocrine, realizate, de exemplu, prin adipokine, pot să fie stimulate exerciții care oferă anumite avantaje ale programelor de adaptare și reabilitare în tehnologiile de formare a sănătății.

Referințe bibliografice

1. Brown P.J., Konner M. An anthropological perspective on obesity. În: *Ann N Y Acad Sci.* 1987, Nr 499(1), p.29–46.
2. Bes-Rastrollo M. et al. Predictors of weight gain in a Mediterranean cohort: the Seguimiento Universidad de Navarra Study. În: *Am J Clin Nutr.* 2006, Nr. 83(2), p.362–370; Brown P.J., Konner M. An anthropological perspective on obesity. În: *Ann N Y Acad Sci.* 1987, Nr 499(1), p.29–46.
3. Cannon B., Nedergaard J. Brown adipose tissue: Function and physiological significance. În: *Physiol. Rev.* 2004, Nr. 84, p.277–359; Carpentier A.C., Blondin D.P., Virtanen K.A., Richard D., Haman F., Turcotte E.E. Brown Adipose Tissue Energy Metabolism in Humans. În: *Front. Endocrinol (Lausanne).* 2018, Nr. 9, p.447.
4. Bjørndal B., Burri L., Staalesen V., Skorve J., Berge R.K. Different adipose depots: Their role in the development of metabolic syndrome and mitochondrial response to hypolipidemic agents. În: *J. Obes.* 2011, Nr. 2011.
5. Bouillaud F., Ricquier D., Thibault J., Weissenbach J. Molecular approach to thermogenesis in brown adipose tissue: cDNA cloning of the mitochondrial uncoupling protein. În: *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 1985, Nr. 82, p.445–448.

6. Bi P., Shan T., Liu W., Yue F., Yang X., Liang X.R., et al. Inhibition of Notch signaling promotes browning of white adipose tissue and ameliorates obesity. In: Nat Med. 2014, Nr. 20(8), p.911–918; Bjørndal B., Burri L., Staalesen V., Skorve J., Berge R.K. Different adipose depots: Their role in the development of metabolic syndrome and mitochondrial response to hypolipidemic agents. În: J. Obes. 2011, Nr. 2011.
7. Bouillaud F., Ricquier D., Thibault J., Weissenbach J. Molecular approach to thermogenesis in brown adipose tissue: cDNA cloning of the mitochondrial uncoupling protein. In: Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 1985, Nr. 82, p.445–448.
8. Bouillaud F., Ricquier D., Thibault J., Weissenbach J. Molecular approach to thermogenesis in brown adipose tissue: cDNA cloning of the mitochondrial uncoupling protein. In: Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 1985, Nr. 82, p.445–448.
9. Bjørndal B., Burri L., Staalesen V., Skorve J., Berge R.K. Different adipose depots: Their role in the development of metabolic syndrome and mitochondrial response to hypolipidemic agents. În: J. Obes. 2011, Nr. 2011; Cannon B., Nedergaard J. Brown adipose tissue: Function and physiological significance. În: Physiol. Rev. 2004, Nr. 84, p.277–359.
10. Bouillaud F., Ricquier D., Thibault J., Weissenbach J. Molecular approach to thermogenesis in brown adipose tissue: cDNA cloning of the mitochondrial uncoupling protein. In: Proc. Natl. Acad. Sci. USA. 1985, Nr. 82, p.445–448; Carpentier A.C., Blondin D.P., Virtanen K.A., Richard D., Haman F., Turcotte E.E. Brown Adipose Tissue Energy Metabolism in Humans. În: Front. Endocrinol (Lausanne). 2018, Nr. 9, p.447.

LIPID PROFILE AND LIPOTOXICITY IN PEOPLE WITH HYPOTALAMIC (MORBID) OBESITY

Boris Varsan¹, Anatolie Baciu², Vasile Fedash², Ion Mereuta²

¹Diomid Gherman Institute of Neurology and Neurosurgery, Kishinev, Moldova;

²Institute of Physiology and Sanocreatology, Kishivev, Moldova
anatolimbacio@gmail.com

PROFILUL LIPIDIC ȘI LIPOTOXICITATEA LA PERSOANE CU OBEZITATE HIPOTALAMICĂ (MORBIDĂ)

Acumularea de grăsime viscerală determină un efect lipotoxic asupra hipotalamusului. Inflamația hipotalamică încheie un cerc vicios, agravând perturbarea mecanismelor neuroendocrine de reglare a echilibrului me-

tabolic, inclusiv coordonarea consumului de energie (în timpul metabolismului de bază, activității fizice, termogenezei) și comportamentul alimentar adecvat. Grupul de studiu a inclus 62 de indivizi (femei) cu obezitate. Fiecare pacient a îndeplinit criteriile de diagnostic pentru sindromul hipotalamic idiopatic – forma neuroendocrină cu obezitate. Studiul actual arată că obezitatea de origine hipotalamică este asociată cu o dislipidemie care progresează concomitent cu creșterea indicelui de masă corporală.

Introduction. Inflammation of the hypothalamus is one of the basic mechanisms of disorders of the normal physiological regulation of homeostatic energy and plastic balance. Namely, discordances in this way lead to the genesis of metabolic syndrome, obesity and type 2 diabetes [1]. A diet with a high carbohydrate and lipid index is most likely the main behavioral and ecological factor, which makes a significant contribution to the development of inflammatory processes in the hypothalamus and the development of severe consequences for energy and plastic metabolism [2, 3, 4]. The bidirectional interdependence of brain function and metabolism is evidenced by the fact that discrete neural networks in the hypothalamus have the ability to detect fluctuations in the concentration of long-chain fatty acids in the bloodstream, sensitive to changes in carbohydrates, lipid and protein metabolism, thus ensuring regulation of nutritional behavior, food and water consumption [5, 6]. Defects of the neuronal response to negative feedback signals from obesity in the circulatory bed (leptin, insulin), leptin resistance and insulin resistance aggravate the inflammatory responses of cells, precisely because of excess visceral fat [7, 8, 9, 10]. A dangerous consequence of excess tissue lipids that are not suitable for their storage is lipotoxicity. Accumulation of visceral fat causes a lipotoxic effect on the hypothalamus, whose inflammation closes a vicious circle, aggravating the disturbance of neuroendocrine mechanisms to regulate metabolic balance, including coordination of energy consumption (during basic metabolism, physical activity, thermogenesis) and proper feeding behavior, as well as control of reproduction and growth [11, 12, 13]. With obesity, the hypothalamus becomes insensitive to leptin and insulin, which indicates a deterioration of the regulation of the energy balance by the hypothalamus. Accumulation of ectopic lipids in peripheral tissues, such as β cells of the pancreas, liver, heart, and skeletal muscle, continues to

increase the lipotoxic impact associated with insulin resistance, type 2 diabetes, hepatic steatosis, atherosclerosis, and heart failure [15].

The aim of the research consists of determining the dynamism of changes in lipid and atherogenic metabolism in obese people of hypothalamic origin. Objectives: to evaluate the type of adiposity and body mass, to estimate the plasma concentration of lipoproteins; to determine the atherogenic coefficient; perform a comparative analysis between the levels of plasma lipoprotein concentration and the atherogenic coefficient according to the severity of adiposity, to determine the evolution of dyslipidemia and atherogenicity in patients with hypothalamic obesity.

Material and method. The study group included 62 individuals (women) with obesity, the age limits varying between 18-53 years, with an average of 36.3 ± 3.4 years. Each patient met the diagnostic criteria for idiopathic hypothalamic syndrome – the neuroendocrine form with obesity. Adiposity in these patients is present from childhood or appeared until the age of 30 years and is associated with other neuroendocrine and thermoregulatory disorders, as well as with psychological, vegetative disorders due to the absence of organic brain or somatic lesions, which could develop obesity. Therefore, people with a history of organic brain or somatic lesions with signs of obesity and overweight were excluded from the study. Each patient included in the research list had abdominal obesity determined by the ratio between waist-to-hip ratio (WHR) and increased body weight, determined by body mass index (BMI). As is well known, abdominal obesity, characterized by increased adipose tissue surrounding the intra-abdominal organs, is also called visceral or central obesity (VO). The assessment of WHR and BMI values was performed according to the recommendations of WHO experts [WHO. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry: Report of a World Health Organization (WHO) Expert Committee. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1995]. The BMI value ≥ 30 kg / cm² determined the obesity, and the value of the WHR ratio ≥ 0.88 determined the visceral type of obesity. Of all the patients examined, with a pathological history, some people also had a diagnosis of type 2 diabetes (diabetes mellitus, T2D). These subjects were included and analyzed in a separate group. Thus, according to clinical data and the results of anthropometric measurements, patients were divided into two groups: patients with VO without T2D (n = 46), age limit: 18-46 years, mean age: 34 ± 3 years and patients with VO + T2D (n

= 16), age limit: 46-54 years, mean age: 48.3 ± 3.5 years. The duration of the disease from the establishment of the diagnosis is between 2-8 years, average: 4.7 ± 0.4 years. The control group included 15 normal-weight women, practically healthy; age limits: 20-47 years, average age: 34.2 ± 3.1 years. Plasma concentrations of triglycerides (TG) and total cholesterol (TC) were determined by the enzymatic method in the automatic analyzer (Analyzer A15, BioSystem S.A., Spain). High-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) was dosed into the supernatant after serum precipitation of low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) and very low-density lipoprotein cholesterol (VLDL-C) with bivalent cations. LDL-C and VLDL-C values were calculated according to the Friedewald formula: $LDL-C = TC - (TG / 5) - HDL-C$ (mg / dL). $VLDL-C = TG / 5$ (mg / dL). We can alternatively use units: mmol / L. The atherogenic coefficient (AC) was also established by calculation: $AC = (TC - HDL-C) / HDL-C$.

Results and Discussion. Dyslipidemia was determined at TG values > 1.8 (mmol / L) and / or TC > 6.2 (mmol / L), HDL-C < 1.0 (mmol / L). Blood was collected from each person on an empty stomach in the morning. The veracity of the statistical data obtained was estimated with the application of the t-Student criterion. As a criterion of statistically true significance, the level of significance lower than 0.05 ($P < 0.05$) was considered. The mean values of the WHR index in all patients were higher compared to the values in the control group. For those with VO without T2D, the mean WHR value was 1.28 ± 0.07 ; in patients with VO + T2D: 1.35 ± 0.08 ; and for the persons of the control group only: 0.74 ± 0.04 . The average values of the WHR indices in patients with VO without T2D (***) – $P < 0.001$) and in those with VO + T2D (***) – $P < 0.001$) of the value average of the WHR index of the persons of the control group.

The BMI value in patients with VO without T2D was 38.8 ± 2.7 ; and in the case of VO + T2D: 45.8 ± 3.1 ; but in the persons of the control group only: 22.3 ± 1.3 . It is obvious that a statistically authentic distinction was registered between the BMI values in patients with VO without T2D ($P < 0.001$), and in patients with VO + T2D ($P < 0.001$) compared to the subjects of the control group. These data demonstrate that the subjects in the study group and especially in the cases with VO + T2D had abdominal adiposity, ie visceral, against the background of significantly increased body weight compared to normal weight people. The values of the lipid profile indices in patients were modified and authentically differed from those of the con-

control group. Hypertriglyceridemia and hypercholesterolemia characterized by elevated total cholesterol and decreased HDL-C with an increase in LDL-C, VLDL-C lipoprotein fractions of AC were revealed. Lipid profile values are altered in all patients depending on the severity of obesity. A statistically significant distinction was recorded between the values of the lipid profile indices and those of the subjects in the control group: TG in patients with VO Class II and VO Class III ($P < 0.001$); TC in patients with VO Class II ($P < 0.05$), VO Class III ($P < 0.01$); HDL-C in patients with VO Class I ($P < 0.05$); LDL-C in patients with VO Class I ($P < 0.05$) and VO Class III ($P < 0.001$); VLDL-C in all groups of patients with VO ($P < 0.001$) (Fig. 1.). Atherogenic coefficient (AC) in patients with VO Class I, Class II and Class III was significantly elevated ($P < 0.01$).

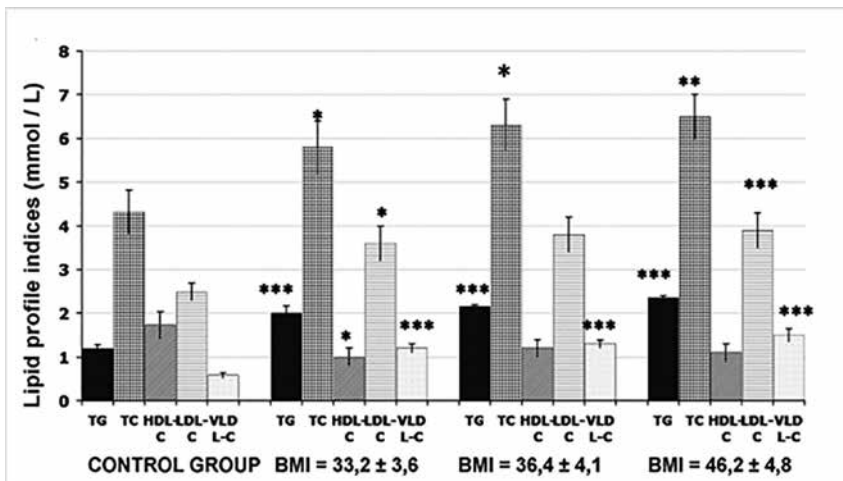


Fig.1. Lipid profile indices by severity of visceral obesity (VO)

Note: * - $P < 0.050$; ** - $P < 0.010$; ***- $P < 0.001$

Thus, obesity can be caused by pathology of the central nervous system and is accompanied by many associated diseases, which will subsequently decrease the hypothalamic production of neuropeptide Y. Adipose tissue is not only a deposit of energy that secretes fatty acids to provide fuel to the body, but also an endocrine organ producing high protein substances with important physiological functions. These factors determinate autocrine

and paracrine regulation mechanisms within adipose tissue and can substantially influence the functions of other organs, such as skeletal muscle, pancreas, and liver. The function of adipose tissue, as an endocrine organ, is important to understand the relationship and interrelationship between excess fat and pathological conditions, such as insulin resistance and type 2 diabetes, cardiovascular disease, obstructive sleep apnea and other types of nocturnal hypoventilation, type 2 diabetes, dyslipidemia, hypertension and thromboembolic disease.

Bibliographical references

1. Wadden TA, Berkowitz RI, Womble L.J. et al. Randomized trial of lifestyle modification and pharmacotherapy for obesity. In: *N. Engl. J. Med.* 2005, Vol. 353, p.2111-2120.
2. Wilnow T.E. Mechanism of hepatic chylomicron remnant clearance. In: *Diab. Med.* 1997, 14 (suppl. 3), p.75-80.
3. Maheus S. et al. Relationship between insulin- mediated glucose disposal and regulation of plasma and adipose tissue lipoprotein lipase. In: *Diabetologia.* 1997, Vol 40, p.850-858.
4. Strohl K.P., Strobel R.J. Obesity and pulmonary function. In: Bray G.A. Bouchard C., James W.P.T. *Handbook of obesity.* New York, NY: Marcel Dekker, 1998, p.725-739.
5. Dedov I.I. et al. Obesity. MIA Moscow, 2006, p.451.
6. Gherasim L. et al. *Medicina Interna.* Vol 2. Boli cardiovasculare si metabolice. 2000, p.1323-1339.
7. Frayn K.N. Insulin resistance and lipid metabolism. In: *Curr. Opin. Lipidol.* 1993, Vol. 4, p.197-204.
8. Howard B.V. Insulin action in vivo: insulin and lipoprotein metabolism. *International textbook of diabetes mellitus.* 2d Ed. Wiley: Chester, 1997, p.531-539.
9. Reaven G.M. Insulin resistance, compensatory hyperinsulinemia and dyslipidemia in syndrome X. In: *Atherosclerosis XI.* Paris: Esvier, 1998, p.259-265.
10. Ferrannini E. et al. Insulin resistance and hypersecretion in obesity. In: *J clin Invest.* 1997, Vol. 100, p.1166-73.
11. Cicuttini F.M., Baker J.R., Spector T.D. The association of obesity with osteoarthritis of the hand and knee in women: a twin study. In: *J Rheumatol.* 1996, Vol. 23, p.1221-1226.
12. Sugerma H.J., Windsor A.C.J., Bessos M.K., Wolfe L. Abdominal pressure, sagittal abdominal diameter and obesity co-morbidity. In: *J. Int. Med.* 1997, Vol. 241, p.71-79.

13. Astrup A., Gotzche P.C., van de Werken K. et.al. Meta-analysis of resting metabolic rate in formerly obese subjects. In: Am. J. Clin. Nutr. 1999, Vol. 69, p.1117-1122.
14. Rader D.J. High-density lipoproteins as an emerging therapeutic target for atherosclerosis. In: JAMA. 2003, Vol. 290, p.2322-2324.
15. Witztum J.L., Steinberg D. The oxidative modification hypothesis of atherosclerosis. Does it hold for humans? In: Trends Cardiovasc. Med. 2001, Vol. 11, p.93-10.

ROLUL PLANTELOR MEDICINALE ONCOPROTECTOARE ÎN MODIFICAREA MICROBIOTEI INTESTINALE

Ana Leorda, dr. în șt.biol., conf. cercetător

Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, Chișinău, R. Moldova
leorda-ana64@mail.ru

Vlada Furdui, dr. în șt.biol., conf. cercetător

Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, Chișinău, R. Moldova
vlada.furdui@mail.ru

Dorina Tolstenco

Universitatea de Stat din Moldova
tolstencodorina@gmail.com

THE ROLE OF ONCOPROTECTIVE MEDICINAL PLANTS IN MODIFYING THE INTESTINAL MICROBIOTA

At the global level, humanity's interest in natural remedies of plant origin against many diseases of various etiologies is currently increasing. A whole series of medicinal plants possess anticancer capabilities, but it is necessary to elucidate those plants, which simultaneously demonstrate prebiotic activity, a fact that will be the basis for the further development of phytooncoprotective microbial preparations.

Cancerul colorectal (CRC) reprezintă aproximativ 10% din noile cazuri de cancer la nivel mondial. Rata sa de incidență este a treia dintre toate tipurile de cancer la nivel mondial, iar rata mortalității este pe locul al doilea dintre toate tipurile de cancer [1]. Creșterea constantă a morbidității oncologice și, în special, a cancerului colorectal afectează starea florei

microbiene intestinale normale, prezentând un element agravant în cazul chimio- și radioterapiei. Este cert faptul, că există variații substanțiale inter-individuale și intra-individuale în compoziția microbiotei intestinale. Într-un studiu al pacienților cu CRC, în care au fost analizate caracteristicile florei fecale și ale factorilor inflamatori ai sângelui în diferite stadii ale tumorii colorectale (de la polipi benini până la adenom avansat), au fost identificate 24 de bacterii legate de CRC, ceea ce demonstrează implicarea florei intestinale în promovarea formării micromediului în procesul de transformare malignă treptată [2]. În prezent, flora cunoscută asociată cu CRC include în principal *Fusobacterium nucleatum* (*F.nucleatum*), *Escherichiacoli* (*E. coli*), *Bacteroides fragilis* (*B. fragilis*), *Campylobacter jejuni* (*C. jejuni*), etc. La momentul actual este demonstrat incontestabil, că scăderea cantitativă a bifido-și lactobacteriilor duce la instalarea disbiozei, care la rândul său provoacă diverse perturbări fiziologice. Studiile cercetărilor de amploare denotă despre interdependența dintre proprietățile fiziologice ale gazdei și microbiota intestinală (MI). Acest lucru este evident din faptul, că fiecare regiune anatomică distinctă de-a lungul tractului gastrointestinal (TGI) este caracterizată de propriile condiții fizico-chimice (motilitate intestinală, pH, potențialul redox, aportul de nutrienți, secrețiile gazdei etc.) și că aceste condiții în schimbare exercită o presiune selectivă asupra microbiotei. MI umană sănătoasă joacă un rol crucial în modelarea epiteliului intestinal, protejarea împotriva agenților patogeni și menținerea imunității [3]. În alte studii s-a demonstrat, că numărul de bifidobacterii a fost semnificativ mai mare în intestinul gros, decât în ileonul terminal, în timp ce delactobacterii – în intestinul gros distal. Numărul de *Eubacteriumrectale* și *Faecalibacteriumprausnitzii* au fost dominante în colonul ascendent și cel descendent. Astfel, colonizarea specifică locului în TGI poate contribui la etiologia unor boli ale intestinului gros. Există date, care indică implicarea unor tulpini de microorganisme intestinale în patofiziologia mai multor boli ale intestinului gros, inclusiv a CRC, boala Crohn și colita ulceroasă. Aceste boli prezintă de obicei modele distincte de incidență în intestinul gros. De exemplu, 50% dintre CRC apar în intestinul gros distal, în timp ce, în contrast, colonul transvers este un loc relativ rar de formare a tumorii, cu incidența crescândă în colonul ascendent și cecum. Pe lângă mecanismele endogene și exogene studiate ale carcinogenezei cum ar fi: predispoziția genetică, factori de mediu, mod poluant de viață (consumul de alcool, fumatul) ș.a., studiile recente au permis iden-

tificarea rolului reprezentanților *Streptococcusbovis*, *Bacteroidesfragilis*, *Fusobacteriumnucleatum*, *Enterococcusfaecalis*, *Escherichia coli* și *Peptostreptococcus anaerobi* în calitate de agenți patogeni ai CRC. Factorii de virulență ai acestora, genotoxinele, stresul oxidativ, unii metaboliți bacterieni și biofilmele prin producerea inflamației și perturbărilor homeostaziei se implică în mecanismele carcinogenezei. Unele bacterii intestinale umane sunt capabile să producă compuși cancerigeni din dietă, precum și din sărurile biliare produse endogen. Această capacitate se datorează prezenței și activității unor enzime, cum ar fi azoreductaza, β -glucuronidază, β -glucozidaza, nitratreductaza, toate acestea fiind capabile să transforme aminele aromatice heterociclice, hidrocarburile aromatice policiclice și acizii biliari primari în agenți cancerigeni activi [4]. Acești metaboliți au activități genotoxice și citotoxice, care pot duce la creșterea anormală a celulelor și la activarea căilor anti-apoptotice în colonocite, contribuind astfel la dezvoltarea CRC [5]. În urma efectuării a tot mai multe cercetări care au menirea de a elucidă mecanismele de interrelații antagoniste și cele biochimice de apărare a bifido- și lactobacteriilor, care fac parte din MI normală, a fost stabilit, că în calitate de biomarker, MI poate servi drept o nouă metodă pentru diagnosticarea precoce a CCR neinvaziv. În același timp, flora intestinală din fecale poate ajuta și la prezicerea acestei maladii, reducând astfel apariția și dezvoltarea CRC. Cu toate acestea, din cauza complexității mecanismului carcinogen, cel mai bun biomarker pentru diagnosticul bolii nu a fost încă determinat [6].

În urma cercetărilor de laborator, s-au obținut multe rezultate promițătoare, care indică efectul antitumoral al probioticelor. În orice caz, rezultatele cercetării prezentate confirmă eficacitatea probioticelor doar pentru prevenirea potențială a cancerului sau ca tratament adjuvant în timpul chimioterapiei anticancer. Probioticele cresc producția de citokine antiinflamatorii și scad producția de citokine proinflamatorii, iar dezvoltarea celulelor canceroase de colon poate fi întârziată. În plus, probioticele pot scădea expresia COX-2, o enzimă care catalizează producția de prostaglandine din acidul arahidonic, care este asociată cu un risc crescut de a dezvolta CRC deoarece stimulează proliferarea celulelor și procesul proinflamator. Microorganismele probiotice reglează, de asemenea, activitatea celulelor natural killer (NK) [7]. Astfel, crește rolul unor plante medicinale oncoprotectoare, care, pe de o parte, reprezintă noi compuși din surse naturale sigure și eficiente împotriva chimiorezistenței și împotriva cancerului, iar, pe de alta, sursă de prebiotice pentru MI. Prebioticele sunt substanțe naturale

sau sintetice nedigerabile care stimulează proliferarea microbilor intestinali. Fructooligozaharidelene digerate din intestinul gros sunt utilizate de către microorganismele benefice pentru sinteza acizilor grași cu lanț scurt pentru propria lor creștere [8]. Datele din literatura de specialitate indică faptul, că doar o mică parte din cele 44 de plante medicinale utilizate în tratamentul bolilor gastrointestinale a fost studiată până acum în ceea ce privește potențialele interacțiuni cu MI. Au fost identificate opt studii *in vitro* relevante care au fost efectuate cu șase dintre aceste plante medicinale, 17 studii *in vivo* efectuate pe animale experimentale care au implicat șapte dintre plantele medicinale și trei studii pe oameni efectuate cu două dintre plante [7]. În anii 1970, unii cercetători sugerau, că creșterea prevalenței CRC a fost rezultatul dietelor sărace în fibre. Aceste ipoteze s-au bazat în principal pe diferențele în ratele cancerului colorectal între națiuni și regiuni cu un aport ridicat și scăzut de fibre, însă, mai multe studii la scară largă au sugerat, că aportul de fibre nu este asociat cu riscul general de cancer colorectal. De exemplu, un studiu de 8 ani pentru prevenirea polipilor a evaluat efectele unei diete bogate în fibre (18 g/1000 kcal), fructe și legume și cu conținut scăzut de grăsimi asupra recurenței polipilor adenomatoși în colon [9]. Acest studiu nu a reușit să arate un efect al dietei asupra recurenței iadenomului după 8 ani de urmărire. Lipsa relației dintre folosirea dietei bogate în fibre și riscul de cancer colorectal poate fi autentică sau poate fi rezultatul perioadei lungi de latență pentru dezvoltarea CRC.

Recent, se acordă din ce în ce mai multă atenție alimentației funcționale, care vizează normalizarea stării tractului digestiv. Conform concluziilor unor cercetători [10], principalele componente ale nutriției funcționale sunt produsele care conțin: bifidobacterii; oligozaharide; fibrealimentare; acizi eicosapentaenoicși arahidonic; aminoacizi, peptide; coline; vitamine. S-au acumulat suficiente materiale care indică faptul, că nutriția funcțională influențează absorbția microelementelor (Ca, Mg, Fe, Zn) în intestinul gros, ajută la reducerea concentrației de colesterol din sânge, normalizează nivelul glucozei din sânge și are efecte anticancerigene și imunomodulatoare. Astfel, prebioticele, probioticele și simbioticele sunt componente importante ale nutriției funcționale. Prebioticele sunt larg distribuite în natură. Se găsesc în multe plante. De exemplu, conținutul de prebiotice în praz este de 3-10%, în ceapă – 2-6%, în sparanghel – 1-30%, în banane – până la 0,7%. Dar o atenție sporită se atrage plantelor medicinale, care demonstrează concomitent proprietăți prebiotice și anticancerigene.

Fibrele de inulină din frunzele de pădărie (*Taraxacum officinale*) multiplică bacteriile prietenoase din intestin, întăresc sistemul imunitar și sunt, de asemenea, cunoscute pentru efectele lor antiinflamatorii, antioxidante și anticancerigene. Usturoiul (*Allium sativum*) acționează ca un prebiotic prin promovarea creșterii *bifidobacteriilor* în intestin și previne creșterea bacteriilor dăunătoare. Cercetările arată, că diferiți compuși din usturoi reduc riscul de boli cardiovasculare, au efecte antitumorale și scad nivelul de glucoză din sânge. Ceapa (*Allium cepa*) similar cu usturoiul, este bogată în inulină și FOS, care întărește flora intestinală, ajută la descompunerea grăsimilor și vă întărește sistemul imunitar prin creșterea producției de oxid nitric în celule. Ceapa este, de asemenea, bogată în quercetină, care conferă cepei proprietăți antioxidante și anticancerigene. Sparanghelul (*Asparagus officinalis*) este o altă sursă excelentă de prebiotice. Sparanghelul a fost asociat cu prevenirea anumitor tipuri de cancer), iar studiile *in vitro* și pe animale arată, că combinația sa de fibre și antioxidanți oferă, de asemenea, beneficii antiinflamatorii. Sarsasapogenolul și asparagozidele C, D, F izolate din *A. officinalis* – posedă activitate antitumorală. S-a cercetat atât activitatea antimicrobiană și antifungică, cât și acțiunea citotoxică a sucului proaspăt și a extractului fluid de rostopască (*Chelidonium majus L.*). Studiul fitochimic al speciei *Symphytum officinale L. fam. Boraginaceae* s-a realizat cu identificarea, izolarea și dozarea unor compuși chimici, cum ar fi: alcaloizi, alantoină, flavonoide, saponozidtriterpenice, substanțeta-nante hidrolizabile, cumarine, acid ascorbic, atât în părți aeriene, cât și în părți subterane de tătăneasă [11]. Rezultatele studiului a calificat tătăneasă (*Symphytum officinale L.*), printre produsele *Symphyti radices* și *Symphytiherba*, ca specie cu o compoziție chimică bogată și foarte variată, cu un potențial terapeutic destul de valoros. Preparatele de pelin (*Artemisia absinthium*) au efect calmant, antifebrific, anticonvulsivant, hemostatic, tonic, formatoare de sânge, coleretic laxativ, ușoară, antipiretic, tonic, vindecarea rănilor și acțiune anthelminthic, stimulează activitatea organelor digestive. Pelinul previne influența histamină, care crește permeabilitatea capilarelor. Decoctul din rădăcina este folosit ca adjuvant în cancerul de rect, stomac și uter. Planta conține alcaloizi, ulei eteric, caroten, acid ascorbic, inulină, rășini, flavonoide, cumarine, uleiuri esențiale, taninuri, mucoase etc. Inulina din rădăcina pelinului ajută eficient la rezolvarea problemelor digestive, îmbogățește compoziția microflorei intestinale și îmbunătățește eliminarea toxinelor din organism. Este clar că rostopasca, tătăneasă,

pelinul, fiind plante atât de puternice necesită respectarea dozei, deoarece aparțin plantelor otrăvitoare.

Astfel, în pofida faptului, că un șir întreg de plante medicinale posedă capacități anticancerigene, totuși este necesar de a elucida acele plante, care concomitent demonstrează și activitate prebiotică, fapt, care va sta la baza elaborării ulterioare a preparatelor microbiene fitooncoprotectoare.

Referințe bibliografice

1. Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A. In: Cancer J. Clinicians. 2018, No 68(6), pp.394-424. doi:10.3322/caac.21492.
2. Zhang, Y., Yu, X., Yu, E. et al. Changes in gut microbiota and plasma inflammatory factors across the stages of colorectal tumorigenesis: a case-control study. In: BMC Microbiol. 2018, No 18(1), p.92. doi:10.1186/s12866-018-1232-6.
3. Bäumlér AJ, Sperandio V. Interactions between the microbiota and pathogenic bacteria in the gut. In: Nature. 2016, No 535(7610), pp.85-93. doi: 10.1038/nature18849.
4. Zhu Q., Gao R., Wu W., Qin H. The role of gut microbiota in the pathogenesis of colorectal cancer. In: Tumor Biol. 2013, No 34, pp.1285-1300. doi: 10.1007/s13277-013-0684-4
5. Dos Reis S.A., Da Conceição L.L., Siqueira N.P. et al. Review of the mechanisms of probiotic actions in the prevention of colorectal cancer. In: Nutr. Res. 2017, No 37, pp.1-19. doi: 10.1016/j.nutres.2016.11.009.
6. Ren L., Ye J., Zhao B. et al. The Role of Intestinal Microbiota in Colorectal Cancer. In: Front. Pharmacol. 2021, No 12, p.674807. doi: 10.3389/fphar.2021.674807.
7. Śliżewska K., Markowiak-Kopec P., Śliżewska W. The Role of Probiotics in Cancer Prevention. In: Cancers (Basel). 2020, Dec 23, No 13(1), p.20. doi: 10.3390/cancers13010020. PMID: 33374549; PMCID: PMC7793079.
8. Kaur AP, Bhardwaj S., Dhanjal DS, Nepovimova E., Cruz-Martins N., Kuča K., Chopra C., Singh R., Kumar H., Şen F., Kumar V., Verma R., Kumar D. Plant Prebiotics and Their Role in the Amelioration of Diseases. In: Biomolecules. 2021, Mar 16, No 11(3), p.440. doi: 10.3390/biom11030440. PMID: 33809763; PMCID: PMC8002343.
9. Slavin J. Fiber and prebiotics: mechanisms and health benefits. In: Nutrients. 2013, Apr 22, No 5(4), pp.1417-35. doi: 10.3390/nu5041417. PMID: 23609775; PMCID: PMC3705355.

10. Abuajah CI, Ogbonna AC, Osuji CM. Functional components and medicinal properties of food: a review. In: J Food Sci Technol. 2015, May, No 52(5), pp.2522-9. doi: 10.1007/s13197-014-1396-5. PMID: 25892752; PMCID: PMC4397330.
11. Nistreanu Anatolie. Contribuții la studiul plantelor medicinale. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. 2020, Nr. 2(66), pp.50-54.

ACTUALITATEA CRIOCONSERVĂRII ÎN PĂSTRAREA RESURSELOR GENETICE

Ion Balan, dr. hab. șt. biol., conf. cercet., șef de laborator

Nicolae Roșca, dr. șt. biol., conf. cerc., cercet. șt. coordonator

Sergiu Balacci, cercet. științific

Vladimir Buzan, cercet. științific

Vasile Harea, dr. șt. agr., conf. univ., cercet. șt. superior

Roman Crețu, cercet. științific

Gheorghe Bacu, doctorand

Artiom Filippov, cercet. șt. stagiar

Iulia Olaru cercet. șt. stagiar

Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie, Chișinău, R. Moldova

balanion@rambler.ru

CURRENTITY OF CRYOPSERVATION IN THE PRESERVATION OF GENETIC RESOURCES

The issue of preserving biodiversity and reproducing healthy offspring is currently of particular importance. To preserve the existing biodiversity, an advantageous method, with no alternative, is cryopreservation by using ultra-low temperatures. The current research methods of the essential parameters of the gametes allow to objectively assess the degree of influence of low temperatures on the structural-functional integrity of the reproductive cells and the prospect of long-term preservation of the animal genome.

Problema conservării biodiversității și reproducerii descendenților sănătoși în prezent are o semnificație deosebită. Progresul global modern continuu expune la noi riscuri și impune sporirea și asigurarea unui nivel înalt de reproducere și conservare a biodiversității. Reducerea în ansamblu a biodi-

versității pune în pericol umanitatea prin pierderea nerecuperabilă a multor resurse genetice, degradarea și distrugerea biosferei. Pierderea diversității resurselor genetice a animalelor poate provoca diferite urmări negative: în primul rând se micșorează esențial eficiența selecției; în al doilea rând rasele deja existente nu vor fi în stare să reziste la agenții patogeni, care permanent evoluționează și vor deveni o jertfă a epizootiilor; în al treilea, va fi pierdut un material deosebit de prețios în studierea evoluției animalelor domestice.

Pentru păstrarea biodiversității existente o metodă avantajoasă, fără alternativă este crioconservarea prin folosirea temperaturilor ultrajoase. Procedeele și metodele eficiente de păstrarea îndelungată a celulelor reproductive descoperă posibilități nelimitate pentru selecție – de la cea liniară până la cea de dimensiuni mari. Cu toate acestea practica selecționară duce la reducerea diversității genetice. Genofondul raselor aborigene de animale treptat se înlocuiește cu cel al raselor productive, care corespunde anumitor condiții de alimentație, reproducție, întreținere și exploatare. Pentru a stopa pierderea materialului genetic este necesar de a susține rasele locale prin crearea băncilor genetice, și mai concret a criobăncilor de material genetic, unde celulele reproductive și embrionii animalelor și plantelor se păstrează în condițiile temperaturii gazelor lichefiate. Durata păstrării obiectelor biologice în această stare este limitată numai de fonul natural de radiație a globului pământesc, ceea ce confirmă că această metodă nu are alternativă. Crearea a astfel de bănci este actuală și pentru soluționarea altor probleme, cum sunt păstrarea materialului genetic a speciilor deosebit de valoroase, rare și care se află pe cale de dispariție, a păsărilor și peștilor, serotipurilor microorganismelor necesare pentru producerea produselor alimentare, preparatelor biologice, vaccinilor etc.

Celula supusă răcirii, congelării și conservării păstrează numai o singură funcție esențială, dar hotărâtoare foarte importantă din punct de vedere biologic – capacitatea de transformare din starea de vitalitate în starea de viabilitate, adică la restabilirea activității funcționale prin restituirea metabolismului biologic funcțional. Varietatea temperaturilor criogene este imensă și de multe ori depășește zona temperaturilor fiziologice. În legătură cu aceasta pentru criobiologie reprezintă interes diverse nivele ale temperaturilor scăzute, în care are loc modificarea proceselor fizico-chimice, utilizarea căror este răspândită în agricultură, medicină, conservarea și menținerea mediului ambiant și alte domenii de activitate ale omului.

În legătură cu crearea criobăncilor de gene a sporit interesul asupra

studierii comportării ADN-ului în procesul păstrării îndelungate a materialului biologic. Temperaturile scăzute pot provoca modificări chiar și a componentelor nucleare, dar într-o măsură mai mică decât a celor citoplasmice. De aceea problema posibilelor schimbări în genomul crioconservat capătă o semnificație deosebită. Prin urmare, la crioconservarea materialului seminal al reproducătorilor selectați după parametrii genetici și reproductivi sunt necesare cercetări sistematice și complexe nu numai a stării fiziologice (mobilitatea), dar și a altor parametri esențiali importanți ai gameților. Astfel de cercetări permit de a aprecia obiectiv gradul de influență a temperaturilor scăzute și a diferitor componenți ai mediilor protectoare asupra integrității structurale și funcționale a celulelor reproductive și, de asemenea, perspectiva păstrării îndelungate a genomului animalelor.

Astfel biotehnologiile reproducerii, la care se referă însămânțarea artificială, transplantarea embrionilor, stimularea și sincronizarea, superovularea, transgeneza, selectarea spermatozoizilor, clonarea, obținerea animalelor himere etc, deschid posibilități enorme în domeniul ameliorării animalelor, atât din punct de vedere de sporire a eficacității selecției de prăsilă, precum și de sporire a capacităților reproductive ale organismului.

ASPECTE PSIHOSOCIALE ALE DIABETULUI ZAHARAT DE TIP 1 LA COPII

Vitalina Ojovan^{1,2}, doctorand; medic endocrinolog

¹Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R.Moldova

²Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară, Chișinău
vitalina.ojovan@rambler.ru

PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF TYPE 1 DIABETES IN CHILDREN

Type 1 diabetes is one of the chronic diseases that mainly occurs in children and adolescents. Since there are no drugs with a wider spectrum of use for this disease the only drug remains to be insulin (present in various pharmaceutical forms depending on the need for administration). At the same time, researchers are looking to develop, diversify the treatment for minors and young people with diabetes. Many hopes relate to the application of

psychosocial factors in the therapeutic conduct of diabetes cases. Along with other ways of rehabilitation the psychological component is essential.

Diabetul zaharat tip 1 este una din cele mai grave boli cronice, fiind necesar tratamentul cu insulină pe tot parcursul vieții. Semnificația socio-economică ridicată a acestei boli determină importanța studierii diabetului nu numai din punct de vedere medical, ci și psihosocial. Până în prezent aspectul medical al acestui tip de diabet a fost studiat în detalii: etiologia, patogeneza, criteriile de diagnostic și tratament. Aspectul psihologic nu a fost suficient studiat, cu toate acestea, sa acordat atenție diverselor fenomene psihologice, printre care caracteristicile personalității unui pacient cu diabet, reacția la diagnostic, atitudinea față de boală, frica față de apariția sau agravarea complicațiilor determinate de boală, necesitatea schimbării modului de viață, monitorizarea permanentă a glicemiilor, probleme în comunicarea cu oamenii din jur, strategii de depășire a situațiilor stresante și depresive, calitatea vieții.

Diabetul zaharat de tip 1 la copii reprezintă o problemă medico-socială importantă în legătură cu creșterea progresivă anuală a prevalenței ei și nivelul înalt de invalidizare precoce. Este cunoscut faptul că factorii psihosociali joacă un rol deosebit în apariția și evoluția diabetului zaharat la copii. Pentru ei această maladie reprezintă un fenomen complex, care se răsfrânge asupra întregii sale vieți. Probleme de ordin psihologic pot apărea la diferite etape de evoluție a diabetului zaharat și în special după stabilirea diagnozei. Debutul unei boli cronice confruntă copiii cu o situație care este extrem de stresantă în diferite moduri. Mai mult, diagnosticul și gestionarea bolii prezintă factori de stres majori pe termen lung și pentru părinți.

Factorul psihologic reprezintă o verigă importantă în ajutorul copiilor cu diabet zaharat tip 1 care sunt în dependență zilnică de administrarea insulinei și care au nevoie de automonitorizarea constantă a parametrilor biologici. Pentru un copil cu diabet zaharat de tip 1, scopul tratamentului constă în reducerea riscului de a dezvolta complicațiile pe termen lung, cauzate de nivelul ridicat al glicemiei, evitând hipoglicemia și asigurând creșterea și dezvoltarea normală atât din punct de vedere fizic, cât și din punct de vedere emoțional. Managementul diabetului în fiecare zi poate fi copleșitor, mai ales pentru copii. A trăi cu diabet poate fi extrem de solicitant atât pentru organism, cât și din punct de vedere psihosocial, întrucât diabetul adaugă un stres adițional vieții pacientului. Copiii cu diabet au

mare nevoie de înțelegere și de confort psihic, în condițiile în care își trăiesc copilăria printre diete, injecții cu insulină și monitorizări de glicemii.

Adolescența reprezintă deseori pentru o persoană cu diabet zaharat tip 1 o perioadă dificilă a vieții când, pe de o parte, sunt prezente dificultăți psihoemoționale, comportamentale, fiziologice, probleme în micromediul social, și toate acestea sunt amplificate de maladia cronică de diabet. Anume în acest timp sunt necesare acțiuni complexe de reabilitare, redresare a stării de sănătate și a calității vieții. Totodată, începând cu vârsta de 12 ani minorii pot fi mai facil școlarizați, informați și consiliați, de aceea e necesar de aplicat asistența psihosocială corespunzătoare.

Crearea unei abordări integrate a diabetului zaharat, care să țină cont alături de aspecte biomedicale și de cele psihosociale ale bolii, este una din cele mai actuale probleme în endocrinologie. Cu toate acestea, există încă provocări în recunoașterea și gestionarea dimensiunilor psihologice și sociale ale bolilor cronice precum e diabetul. În acest context este necesară studierea aspectelor psihosociale ale diabetului zaharat tip 1 la copii și impactul acestora asupra calității vieții pentru eficientizarea metodelor actuale de tratament și reabilitare.

ВЛИЯНИЕ КАЛЬЦИЯ НА ЯИЧНУЮ ПРОДУКТИВНОСТЬ ПРОМЫШЛЕННОГО ПТИЦЕВОДСТВА

Igor Petcu, dr., conf. univ., șef laborator

Ion Balan, dr. hab., conf. univ., cerc. științ. coordonator

Boris Demcenco, cercet. științ.

Feodora Roșca, cercet. științ.

Ana Gramovici, cercet. științ.

Institutul Științifico-Practic de Biotehnologii în Zootehnie și Medicină
Veterinară, s. Maximovca, r-l Anenii Noi, R. Moldova
petcuigorr@gmail.com

INFLUENCE OF CALCIUM ON EGG PRODUCTIVITY OF INDUSTRIAL POULTRY FARMING

Modern poultry farming is the earliest and most dynamically developing branch of the agro-industrial complex, characterized by high egg productivity and the lowest cost per unit of production, which occupies a

significant share in the nutrition of the population. With calcium deficiency, laying hens are prone to various deformations and bone fractures, which makes it one of the most important problems in industrial egg production. In order to avoid the negative effects of calcium deficiency on the egg production and bone system of birds, there is a need for an integrated multifactorial approach.

Промышленное птицеводство - это отрасль интенсивного животноводства, имеющая большое значение в обеспечении продовольственной программы безопасности и является наиболее наукоемкой и динамичной отраслью агропромышленного комплекса. В настоящее время интенсивно ведутся научные работы по поиску новых методов и средств интенсификации производства пищевой продукции птицеводства. С развитием яичного птицеводства на промышленной основе достигнуто значительное увеличение первого биологического года яйцекладки за счет генотипических факторов.

Производство яиц основано на использовании высокопродуктивной гибридной птицы. В настоящее время гибридные куры несушки характеризуются очень высоким потенциалом яичной продуктивности при значительном улучшении конверсии корма в яйцемассу. Современные селекционеры ставят перед собой задачу, чтобы вывести кроссы, куры которых смогут успешно нестись дольше и оставаться при этом здоровыми. При этом, необходим многофакторный подход связанный с особенностями физиологии несушек, в частности костяк курицы, который является основным резервом кальция организма.

При дефиците кальция куры несушки подвержены различным деформациям и переломам костей, вызванным различными факторами, включительно и остеопорозом, что делает его одной из самых важных проблем промышленного производства яиц, связанных с благосостоянием птицы. Снижение массы анатомической структурной части костей – остеопороз, вызывает массового ослабления структурного костяка этого типа птицы. Последнее в течение периода продуктивной яйценокости является основной причиной высокой частоты переломов разных костей у несушек. Остеопорозные нарушения являются следствием прекращения образования структурных компонентов отдельных частей костей с началом яичной продуктивности

кур. Эти отклонения имеют место в организме, поскольку процессы остеогенеза развивающихся под воздействием эстрогена в данном периоде переключаются на более мягкую медуллярную составляющую костей. Медуллярная костная структура является своеобразным мобильным хранилищем кальция. Кальций, как известно, в больших количествах расходуется организмом птицы во время процессов развития и образования скорлупы яиц. Процесс откладывания кальция носит постоянный характер. Депо отложения его является медуллярная структура кости, откуда постоянно мобилизуется. В идеале эти два процесса, отложения и резорбции кальция, в физиологической норме должны находиться в равновесии между собой. Однако при интенсивном яйценоскости кальций может всасывается также и из других структурных частей кости, что, по существу и является следствием проявления симптомов остеопорозных нарушений. В промышленном птицеводстве в течение продуктивного периода, как правило, у несушек развивается остеопорозные отклонения, постепенно приводящие к хрупкости костей, а в результате возникает и повышенная частота их переломов.

Вместе с тем, в любом стаде имеются куры-несушки с высокой яйценоскостью и одновременно с высокой прочностью костяка без признаков остеопороза. Литературными данными показано, что в этом отношении играет важную роль наследственность, то есть примерно около 40% изменчивости показателей качества костяка обусловлено генетическими факторами. Имеющихся проблемы прочности и переломов костей и качества яиц у несушек очень тесно связаны между собой. Здесь важную роль в обеспечении их баланса между собой играет правильное кормление птицы. Тем не менее, во избежание отрицательных влияний селекционных мероприятий на яйценоскость и костной системы птицы, есть необходимость в комплексном многофакторном подходе. Последний должен включать в себя правильную конструкцию клеток для несушек, позволяющей профилактировать и снизить частоту переломов костей, а также необходим многосторонний полный обхват вопросов генетической наследственности и кормления птицы.

MODIFICARI MORFOLOGICE A MIOCARDULUI LA ANIMALELE DE LABORATOR IN CONDIȚIILE ISCHEMIE/REPREFUZIE

Simion Marga, dr. în șt. med., conf. univ.

Catedra de radiologie și imagistică medicală, Universitatea de Stat
de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova
Centrul Medical „Magnamed”, Chișinău, R. Moldova

Gheorghe Apostol, cercetător stagiar IFS, medic morfopatolog, Cen-
trul Medical „Magnamed”, Chișinău, R. Moldova
margasemion@gmail.com

MORPHOLOGICAL CHANGES OF THE MYOCARDIUM IN LABORATORY ANIMALS UNDER CONDITIONS OF ISCHEMIA/REPERFUSION

*Histological research of the myocardium during ischemia and post-is-
chemic stimulation and regeneration methods are of particular relevan-
ce. The processes of post-infarction revitalization with biologically active
substances of cardiomyocytes were the basis of the aim of the given study.
Research has shown that reperfusion of remedy „X” for 10 minutes and
after reperfusion for 2.5 hours does not affect the mortality of rats, but
administration of the remedy in volumes of 1.45 and 2.9 ml/kg reduces the
size of myocardial lesions at 72 hours after ischemia/reperfusion 1.9-fold
and 2.8-fold, respectively.*

În ultimele decenii maladiile cardio-vasculare ocupă un loc primordial printre patologiile umane. Savanții sunt preocupați de ischemia miocardului – infarct, a proceselor de apoptoză și regenerare. Anume aceste procese ale vitalității miocardului după ischemie la nivel de structură celulară necesită cercetări fundamentale. Studiile modificărilor histologice ale miocardului și procesele reparatorii cu administrările proceselor biologice active a fost preocuparea în cercetarea dată. Schimbările morfofologice ale miocardului șobolanilor după ischemie și perfuzie cu remediul ”X” au fost concludente.

Schimbările morfofologice ale miocardului șobolanilor în dependență de gradul de ischemie și hipoxiei.

Tabelul 1. Mortalitatea șobolanilor după simularea IR la diferite intervale de timp.

Grupa	Înainte de operație		0 - 2,5 ore după ocluzie (înainte de reperfuzie)		2,5 ore - 72 ore după ocluzie		Numărul total (excluzând șobolanii care au murit înainte de ocluzie)	
	decedat	supraviețuit	decedat	supraviețuit	decedat	supraviețuit	decedat	supraviețuit
C-0,5	2	12	3 (25%)	9	3 (33%)	6	6 (50%)	6
F-0,1	1	17	6 (35%)	11	5 (45%)	6	11(65%)	6
F-0,25	3	15	6 (40%)	9	2 (22%)	7	8 (53%)	7
F-0,5	2	18	4 (22%)	14	2 (14%)	12	6 (33%)	12
F-1	2	18	1 (6%)	17	5 (29%)	12	6 (33%)	12

Perfuzia intravenoasă a remediei „X” nu a afectat rata mortalității la șobolani. Cu toate acestea, s-a constatat o tendință de reducere a mortalității generale a animalelor de 2 ori pe fonul introducerii unor volume mari de remediu în comparație cu un volum mic: în grupul F-0,1, mortalitatea a fost de 65%, iar în grupele F-0,5 și F-1 - 33 % (P=0,06).

Influența remediei „X” asupra dimensiunii leziunii miocardice la 72 de ore după IR.

La 72 de ore după IR, dimensiunea leziunii miocardice în grupul cu introducerea soluției fiziologice C-0,5 a fost de 17,0 (13,1; 22,7%); în grupuri cu administrarea remediei „X” (Fig. 2, 3):

- F-0,1 – 13,2 (10,4; 18,2)%,
- F-0,25 – 17,7 (12,5; 19,7)%,
- F-0,5 – 9,2 (5,4; 12,8)%
- F-1 – 6,0 (3,9; 12,3)%.

Remediul „X”, administrat în volume mari - 1,45 ml/kg (F-0,5) și 2,9 ml/kg (F-1) a redus dimensiunea de 1,9 și, respectiv, de 2,8 ori afectarea miocardică în comparație cu lotul de control C-0,5. Volumele mai mici ale remediei studiat nu au afectat dimensiunea necrozei. Astfel, a fost indicată doza minimă eficientă a remediei (în intervalul de doze studiate).

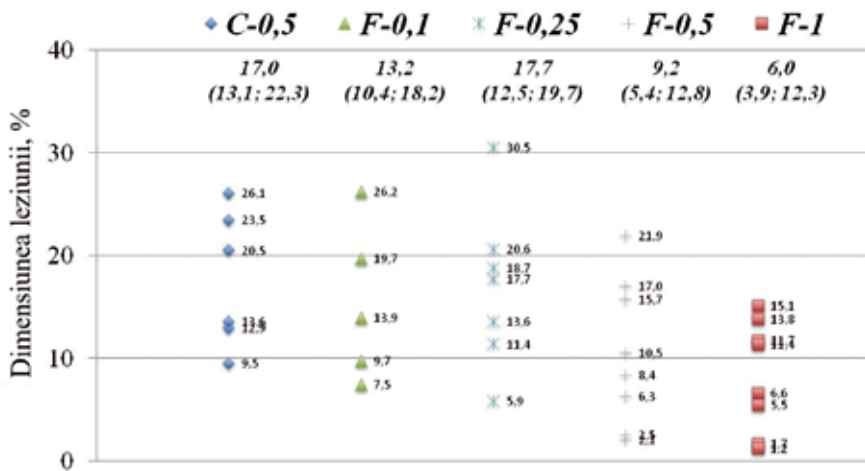


Figura 2. Dimensiunea leziunii miocardice prezentată ca % din dimensiunea totală a inimii la 72 de ore după simularea ischemiei-reperfuzie.

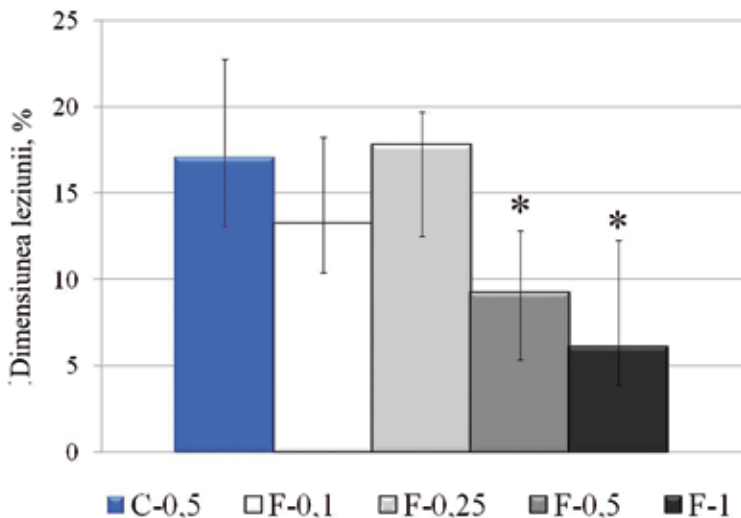


Figura 3. Dimensiunea leziunii miocardice prezentată ca % din dimensiunea totală a inimii la 72 de ore după simularea ischemiei-reperfuzie.* - $p < 0,05$ - pentru grupurile F-0,5 și F-1 comparativ cu grupul C-0,5.

În continuare, am studiat efectul remediei „X” asupra formării infarctelor mari (>9%) și mici (<9%). Infarctul mic a fost înregistrat numai în grupuri cu administrarea remediei „X” efectiv:

- F-0,1 – 7,5%
- F-0,25 – 5,9%
- F-0,5 – 4,4 (2,2; 7,7)%
- F-1 – 4,1 (2,4; 4,9)%

Leziuni mari au fost observate la toate grupurile studiate: la control, C-0,5 - 17,0 (13,1; 22,7)% și la grupurile cu introducerea remediei „X”:

- 14,0 (12,4; 19,7) % - în grup F-0,1
- 18,2 (14,6; 20,1) % - în grup F-0,25
- 13,8 (10,9; 16,7) % - în grup F-0,5
- 13,8 (11,8; 15,1) % - în grup F-1

Ținând cont de dimensiunea eșantionului, s-a efectuat o comparație intergrup a mărimii unui infarct mare. Nu au fost găsite diferențe semnificative statistice în această comparație.

La efectuarea unei analize de frecvență a cazurilor de apariție a infarctelor mici și mari, s-a demonstrat că, odată cu creșterea volumului remediei „X” administrat, a crescut și proporția infarctelor mici în numărul total de infarcte. Astfel, s-a demonstrat că în grupul F-0.1, procentul infarctelor mici a fost de 17%, în grupul F-0.25 - 14%, în grupul F-0.5 - 50% și în grupul F-1 - 58 % (Fig. 4).

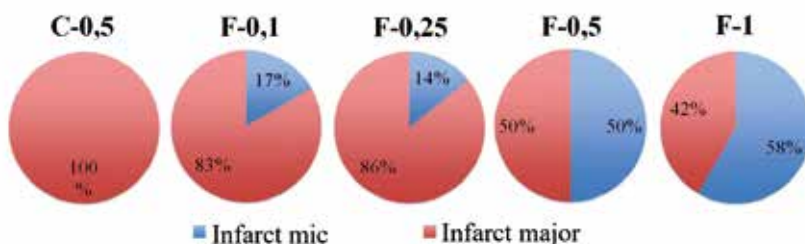


Figura 4. Incidența infarctului miocardic mare și mic în grupurile de studiu.

Deoarece analiza dimensiunii totale a leziunii a arătat că la șobolani cu administrarea remediei „X” la doze de 1,45 ml/kg (F-1) și 2,9 ml/kg (F-1), dimensiunea leziunii a fost mai mică, atunci se poate concluziona că acest efect se realizează datorită scăderii numărului de cazuri de

infarct major de către remediul „X”, mai ales că mortalitatea a avut tendința de a scădea.

Rezultatele sunt în concordanță cu datele obținute anterior privind o scădere a dimensiunii leziunilor miocardice cu perfuzia de remediu „X” la doza de 2,9 ml/kg. Într-un studiu anterior, s-a demonstrat, de asemenea, că o creștere suplimentară a volumului de administrare la o valoare de 5,7 ml/kg a nivelat acest efect. Probabil, doza investigată a remediei de 2,9 ml/kg este valoarea optimă, a cărei introducere realizează efectul cardio-protector. Luând în considerare datele obținute anterior, a fost construit un grafic doză-efect (Fig. 5).

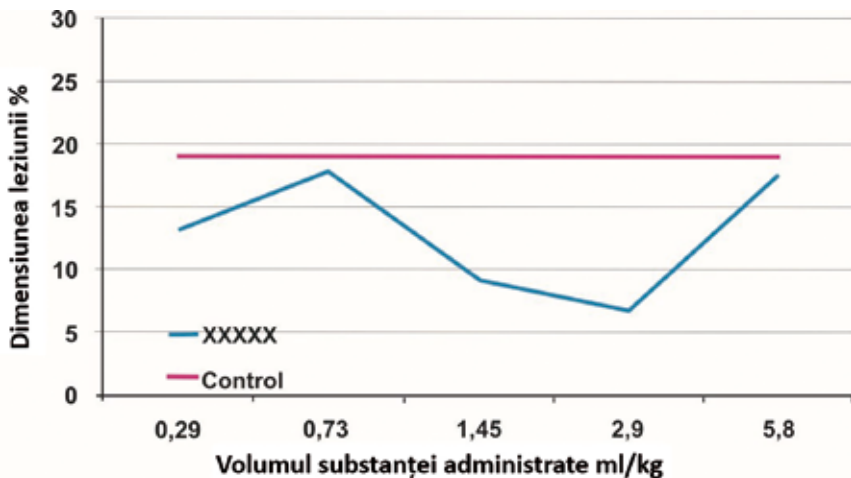


Figura 5. Influența remedeului „X” asupra dimensiunii leziunii miocardice la 72 de ore după ischemie-reperfuzie.

Concluzie

Studiul a arătat că perfuzia remediei „X” timp de 10 minute înainte și după o reperfuzie de 2,5 ore nu afectează mortalitatea șobolanilor, însă, administrarea remediei în volume de 1,45 și 2,9 ml/kg reduce mărimea leziunilor miocardice la 72 de ore după IR de 1,9 și, respectiv, de 2,8 ori.

Abrevieri:

LCA – left coronary artery

IR – ischemia reperfusion

APOPTOZA ȘI CANCERUL

Simion Marga, dr. în șt. med., conf. univ.

Catedra de radiologie și imagistică medicală, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, R. Moldova

Centrul Medical „Magnamed”, Chișinău, R. Moldova

Gheorghe Apostol, cercetător stagiar IFS, medic morfopatolog, Centrul Medical „Magnamed”, Chișinău, R. Moldova

margasemion@gmail.com

APOPTOSIS AND CANCER

In 1972, Kerr and colleagues introduced the term “apoptosis”, which defines the cessation of the cell’s vital function. The term “oncosis” also appeared in the specialized literature of the time, which implied the concept of cell death before the completion of the cell cycle. Oncosis represents the first phase of the accidental death of the cell, which leads to edema, tumor, its swelling. Much has been said in the literature about programmed cell death as well. Researchers use both the terms programmed cell death and apoptosis. Otherwise we appreciate programmed cell death as a stage of apoptosis. In the given article we set our goal to talk about apoptosis and cancer.

Morfologii și oncologii au fost preocupați de proliferarea celulară. Cu toate acestea, în ultimul timp atenția lor se îndreaptă spre studiul apoptozei. Observația legată de apariția apoptozei în tumori este recentă. Cu peste 20 ani în urmă, s-a sugerat că apoptoza este responsabilă de o mare parte din pierderile celulare care apar în tumori, observații obținute în studiile cinetice, și nu mai este o noutate extinderea ei și activarea în tumori ca urmare a aplicării bine cunoscutelor metode terapeutice cum ar fi: iradierea, chemoterapia citotoxică, ablație hormonală. Extinderea cunoștințelor despre controlul apoptozei la nivel molecular a dus la lărgirea semnificației ei, potențialul oncologic depășind simplă alimentare a unei explicații mecanice pentru deleția celulelor tumorale. În particulare, descoperirea faptului că apoptoza poate fi reglată de producții unor anumite proto-oncogene și de gena supresor tumoral p53, a deschis noi drumuri viitoarelor cercetări.

Atunci când modificările de la nivelul ADN cauzează acumularea anormală de celule, se produce transformarea malignă. Ratele comparative ale morții celulare și ale diviziunii celulare, determină viteze de creștere a tumorii canceroase. Anumite celule canceroase se divid mult mai încet decât celulele normale, dar cancerul continuă să se extindă datorită prelungirii timpului de viață a celulei. Mulți carcinogeni provoacă rupturi ADN sau interferează cu enzimele necesare pentru replicarea corectă a ADN. Celula poate răspunde la acest tip de alterare în mai multe feluri: poate întârzia diviziunea celulară până la repararea leziunii, poate suferi apoptoza sau poate progresa fără întrerupere în ciclul de creștere celulară. Acest proces depinde de mai mulți factori.

Apoptoza este o metodă eficientă de prevenire a transformării maligne, deoarece îndepărtează celulele care posedă alterări genetice. Apoptoza anormală poate promova dezvoltarea cancerului, atât prin permiterea acumulării de celule în diviziune, cât și prin blocarea îndepărtării variantelor genetice cu potențial malign ridicat

Apoptoza este o metodă eficientă de prevenire a transformării maligne deoarece ea îndepărtează celulele care posedă alterări genetice. Apoptoza anormală poate promova dezvoltarea cancerului, atât prin permiterea acumulării de celule în diviziune, cât și prin blocarea îndepărtării variantelor genetice cu potențial malign ridicat. Încă nu se cunosc factorii care determină celula să urmeze una din cele trei căi: intrarea în apoptoză după leziune, repararea deteriorării sau continuarea ciclului celular. Paradoxal, anumite gene care stimulează diviziunea celulară, participă la deciderea căii de urmat. Concentrațiile de ARN și proteina pentru c-myc cresc timpuriu în apoptoza și supraexpresia acestor oncogene induce apoptoza în fibroblaste (4, Z). Oncogena bcl-2 ar putea fi „supresorul general al morții celulare” pentru genele care reglează direct apoptoza (4). Toate celulele hematopoetice și limfoide, multe celule epiteliale și neuronii conțin gena bcl-2, întâlnită în special în membrana mitocondrială, nucleu și reticul endoplasmic. Limfoamele foliculare de celule B posedă o concentrație crescută de proteină Bcl-2, datorită translocăției [t(14:18)] care plasează gena bcl-2 sub controlul unui promotor puternic, cel al genei care codifică pentru lanțul greu al imunoglobulinei. Proteinele virusului Epstein-Barr cresc nivelul expresiei genei bcl-2 în celulele limfomului Burkitt (84). Comparativ cu limfocitele B normale, acelea care exprimă bcl-2 supraviețuiesc mai mult în cultură după privarea de factori de creștere și sunt rezistente

atât la radiații ionizante cât și la glucocorticoizi. De asemenea, concentrațiile crescute de Bcl-2 protejează celulele de apoptoză indusă de către c-myc Șoarecii transgenici, care au fost inginerizați pentru a supra-produce proteină Bcl-2, în limfocitele B, deseori dezvoltă limfoame imunoblastice cu celule mari și difuze. La jumătate din aceste tumori cu grad avansat de dezvoltare se remarcă translocția genei c-myc (0). Produsul proteic al genei supresoare tumorale p53 poate întârzia progresia ciclului celular înaintea inițierii sinteze ireplicative de ADN. Multe „S?” cancere umane posedă mutații sau deleții la nivelul genei p53 (). Proteinele codificate deviruşii oncogeni pot, de asemenea, lega și inactiva proteina p53. Proasta funcționare a p53 poate promova dezvoltarea cancerului prin permiterea duplicării DOAMNA în celulele cu mutații secundare, Înainte de o reparare completă. Totuși p53 este doar un inhibitor al diviziunii celulare, în alte situații se comportă ca o „apoptogenă” directă (o genă care cauzează apoptoza). Superproducerea proteinei p53 normale, în linia celulară leucemică mieloidă, induce rapid moartea celulară prin apoptoză Apoptoza poate fi considerată o cale alternativă care distruge celulele incapabile să străbată „punctul de vamă” înaintea replicarea ADN și se petrece în celulele competente activate, când un semnal de progresie este absent sau anormal sau când o celulă nu-și repară o leziune într-o perioadă critică. Majoritatea medicamentelor anticancerigene: inhibitori ai topoizomerazei, agenți alchilanți, fm, antimetaboliți și hormoni antagoniști, produc apoptoza în celulele sensibile În urma acestor observații este subînțeles faptul că eficiența lor nu depinde totdeauna doar de interacțiunea cu o țintă biochimică specifică; un efect asupra evenimentelor retabolice conducând la apoptoză poate, de asemenea, influența răspunsul la chemoterapie. S-a descoperit faptul că, în diferite cancere umane, concentrația endonucleazelor calciu dependente, care degradează ADN pe parcursul apoptozei, variază enorm. Tendința unei celule cancerigene de a suferi apoptoza poate fi importantă în special pentru terapia tumorilor maligne cu o rată scăzută de creștere, care sunt de obicei rezistente la agenți citostatici.

Apoptoza poate fi găsită în toate tumorile virtuale, netratate. Deși s-au efectuat puține studii cantitative precise, evaluările histologice indică faptul că extinderea apoptozei anumite tumori umane se apropie de ceea ce s-a observat în țesuturile cu involuție rapidă, evidențiind semnificația sa cinetică, uneori considerabilă.

Factorii responsabili pentru apariția spontană a apoptozei în tumori sunt, indubitabil, diverși. Apoptoza, deseori este proeminentă mai ales la locusul de confluență cu necroza, unde se presupune ca ischemia moderată este implicată inițierea ei, aceasta este o cauză cunoscută a activării apoptozei în țesuturile non-neoplazice (91, 92). S-a arătat că TNFa (factorul de necroză tumorală) induce apoptoza în liniile de celule tumorale in vitro, astfel, o serie de fenomene apoptotice observate in vivo în tumori ar putea fi atribuite eliberării acestei citokine de către macrofagele infiltrante in alte cazuri, apoptoza poate fi rezultatul atacului tumorii de către limfocitele T citotoxice. Totuși un nivel ridicat al apoptozei este observat și în locurile preneoplazice și în nodulii care se dezvoltă în ficat după administrareade carcinogeni chimici, este improbabil că factorii menționați ar putea fi operativi în aceste circumstanțe. Este posibil ca prezumtivele mecanisme reglatoare ale populațiilor celulare, descrise mai sus, acționează într-o etapă timpurie a procesului de carcinogeneză, cu o apoptoză crescută care echilibrează temporar creșterea proliferării celulare. În sfârșit, nivelurile crescute de apoptoză în tumori pot fi rezultatul unui proces intrinsec al acestor celule. Ratele de apoptoză găsite în tumori similare diferă, fiind rezultatul expresiei diferitelor oncogene.