

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE

UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

Catedra de filosofie și bioetică

Centrul Național de Bioetică din Republica Moldova
Asociația pentru Filosofie din Republica Moldova

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

Materialele Conferinței Științifice Internaționale
16-17 noiembrie 2018

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

CHIȘINĂU
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2018

CZU 61+17(082)=135.1=161.1

S 19

Approbat de Consiliul de Management al Calității al USMF
Nicolae Testemițanu

Colegiul de redacție:

Vitalie Ojovanu dr. hab., conf. univ.	– redactor responsabil
Teodor N. Țirdea dr. hab., prof. univ.	– membru al colegiului
Svetlana Pustovit (Kiev, Ucraina) dr. hab., prof. univ.	– membru al colegiului
Leontin Popescu (Galați, România) dr. hab., prof. univ.	– membru al colegiului
Valeriu Capcelea (Bălți,) dr. hab., conf. univ.	– membru al colegiului
Ivan Ivlampie (Galați, România) dr. hab., prof. univ.	– membru al colegiului
Ana Pascaru dr. hab., conf. cercet.	– membru al colegiului
Maria Aluaș (Cluj-Napoca, România) dr., conf. univ.	– membru al colegiului

Culegerea de față include articole științifice ce reflectă subiectele prezentate în cadrul Conferinței Științifice Internaționale: „Sănătatea, Medicina și Bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare” din diverse domenii ale științei și filosofiei ce relevă problemele sănătății umane în condițiile societății din prima jumătate a secolului al XXI-lea, caracterizată prin diverse și complexe procese în toate sferile de activitate, ce plasează omenirea în fața unor noi provocări. Materialele constituie cele mai recente și interesante valorificări științifice ale specialiștilor din țară și de peste hotare incluse în trei secții: Medicina și societatea între realizări și probleme presante; Cadrul spiritual și asigurarea calității vieții, bunăstării și siguranței în sănătate; Viața și sănătatea omului contemporan din perspectivă multidimensională.

Materialele publicate sunt realizate în redacția autorilor

Recenzenți:

Tudor Grejdian, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Anatolie Eșanu, doctor în filosofie, conferențiar universitar

Această culegere de articole științifice a fost realizată în cadrul proiectului instituțional „Promovarea și implementarea practică a Bioeticii medicale în Republica Moldova”

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

“Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare”, conferință științifică internațională (2018; Chișinău). Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare: Materialele Conferinței Științifice Internaționale, 16-17 noiembrie 2018 / red. resp.: Vitalie Ojovanu [et al.]. – Chișinău: Medicina, 2018. – 355 p. : fig., tab.

Antetit.: Univ. de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, Catedra de filosofie și bioetică, Centrul Naț. de Bioetică din Rep. Moldova, Asoc. pentru Filosofie din Rep. Moldova. – Texte : lb. rom., rusă. – Rez.: lb. engl. – Bibliogr. la sfârșitul art. – 90 ex.

ISBN 978-9975-82-119-3.

61+17(082)=135.1=161.1

S 19

ISBN ISBN 978-9975-82-119-3.

© CEP Medicina, 2018

© V.Ojovanu ș.a., 2018

CUPRINS

I

MEDICINA ȘI SOCIETATEA ÎNTRE REALIZĂRI ȘI PROBLEME PRESANTE

FENOMENUL «GENDER» ÎN VIZORUL BIOETICII SOCIALE: ANALIZĂ TEORETICO-METODOLOGI CĂ.....	8
Teodor N. Țirdea, Chișinău, R. Moldova	
PREZENȚA BIOETICII ÎN INSTITUȚIILE MEDICALE DIN REPUBLICA MOLDOVA ȘI ROLUL FACTORILOR DE DECIZIE.....	17
Vitalie Ojovanu, Anotolie Eșanu, Vladislav Rubanovici, Didina Nistreanu, Chișinău, R. Moldova	
SUFERINȚA ÎNTRE PRACTICA MEDICALĂ ȘI ACTUL MORAL.....	27
Leontin Popescu, Galați, România	
O FILOSOFIE A INOVĂRII ÎN PROCESUL EDUCAȚIONAL.....	37
Ana Pascaru, Chișinău, R. Moldova	
TWO CONCEPTS OF PUBLIC HEALTH CARE.....	44
B. I. Ostapenko, Kiev, Ukraine	
CUNOȘTINȚE ȘI OPINII DESPRE IMPORTANȚA BIOETICII ÎN SISTEMUL SOCIOMEDICAL AUTOHTON: STUDIU EMPIRIC.....	51
Ludmila Rubanovici, Daniela Rusnac, Chișinău, R. Moldova	
DERIVE ETICE ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA.....	59
Maria Aluaș, Cluj-Napoca, Romania	
SĂNĂTATEA ȘI MORBIDITATEA ONCOLOGICĂ A LUCRĂTORILOR MED- ICALI ȘI NECESITATEA PROGRAMULUI SPECIAL DE COMBATERE A CANCERULUI ÎN REPUBLICA MOLDOVA.....	62
Veronica Șveț, Ion Mereuță, Chișinău, R. Moldova	
SPECIFICUL ABORDĂRII A PROBLEMATICII BIOETICE ȘI A SECURITĂȚII UMANE ÎN CONTEXTUL SOCIOPOLITIC CONTEMPORAN AL REPUB- LICII MOLDOVA.....	68
Serghei Sprincean, Chișinău, R. Moldova	
OPINII CU PRIVIRE LA PROBLEMELE PRIORITARE ALE BIOETICII ÎN SISTEMUL AUTOHTON DE SĂNĂTATE.....	75
Adriana Paladi, Victoria Federiuc, Vladislav Rubanovici, Chișinău, R. Moldova	

REALIZAREA POTENȚIALULUI BIOETIC ÎN CONSTITUIREA UNEI STRATEGII EFICIENTE A PERFECȚIONĂRII SPIRITUALITĂȚII LA CONDAMNAȚII CU TENTATIVĂ DE SUICID83
Viorel Cojocaru, Chișinău, R. Moldova

ACTUALITATEA PRINCIPIULUI CONFIDENȚIALITĂȚII ÎN STOMATOLOGIE.....91
Ala Ojovan, Chișinău, R. Moldova

ASPECTE BIOETICE ALE VACCINĂRII ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE.....96
Viorel Andoni, Chișinău, R. Moldova

II

CADRUL SPIRITUAL ȘI ASIGURAREA CALITĂȚII VIEȚII, BUNĂSTĂRII ȘI SIGURANȚEI ÎN SĂNĂTATE

LOCUL ȘI ROLUL ETICII POSTMODERNISTE ÎN SOLUȚIONAREA PROBLEMELOR STRINGENTE ALE SOCIETĂȚII MILENIULUI TREI.....105
Valeriu Capcelea, Chișinău, R. Moldova

DIMENSIUNI CULTURALE ÎN SPITALELE PUBLICE DIN REPUBLICA MOLDOVA.....112
Nina Globa, Larisa Spinei, Chișinău, R. Moldova

„NOUL UMANISM” ÎN VIZIUNEA LUI MIRCEA ELIADE.....118
Gheorghe Bobână, Chișinău, R. Moldova

VALORI UMANE ÎN CREAȚIA LUI CONSTANTIN STERE.....126
Victor Juc, Lilia Braga, Chișinău, R. Moldova

G. MANTZARIDIS: ETICA GLOBALIZĂRII ÎNTRE HIMERĂ ȘI ADEVĂR .132
Lidia Troianowski, Chișinău, R. Moldova

CONCEPTE MORAL-CREȘTINE ÎN CRONICILE LUI GRIGORE URECHE, MIRON COSTIN, ION NECULCE140
Dumitru Căldare, Chișinău, R. Moldova

SOLUȚII SIMPLE LA PROBLEME COMPLEXE. INTERDISCIPLINARITATE ȘI RAȚIONALITATE ÎN DREPT.....148
Rodica Ciobanu, Chișinău, R. Moldova

VALORILE SPIRITUALE – DETERMINANTE ALE SPECIFICULUI PREZENȚEI OMULUI ÎN LUME: REFLECȚII ALE LUI C. NOICA ȘI N. STEINHARDT.....158
Svetlana Coandă, Chișinău, R. Moldova

SURSE DE INSTABILITATE ȘI CONFLICTE LATENTE DREPT OBSTACOLE ALE SECURITĂȚII ȘI DEZVOLTĂRII DURABILE.....	167
Leancă Viorica, Chișinău, R. Moldova	
CRIZELE GLOBALE ȘI PROBLEMA VALORII PROGRESULUI TEHNICO-ȘTIINȚIFIC.....	172
Ecaterina Lozovanu, Chișinău, R. Moldova	
NOI TENDINȚE ÎN ETICA ȘI MORALITATEA CONTEMPORANĂ.....	177
Ion Sîrbu, Chișinău, R. Moldova	
PARADIGMA TRANZIȚIEI POSTCOMUNISTE: IDENTIFICĂRI CONCEPTUALE ȘI HERMENEUTICE.....	184
Pantelimon Varzari, Chișinău, R. Moldova	
BOLILE NETRANSMISIBILE ÎN CONTEXTUL DEZVOLTĂRII DURABILE	191
Galina Obreja, Olga Penina, Chișinău, R. Moldova	
CONCILIAREA INTERETNICĂ ȘI COOPERAREA REGIONALĂ ÎN CONTEXTUL MODERNIZĂRII DEMOCRATICE A REPUBLICII MOLDOVA ..	199
Elena Balan, Chișinău, R. Moldova	
SEMNIFICAȚIA CONCEPTULUI DE CULTURĂ ÎN EXISTENȚA SOCIALĂ	207
Luis Serdeșniuc, Chișinău, R. Moldova	
DINAMICA CALITĂȚII VIEȚII ÎN REABILITAREA OSTEOARTROZEI ARTICULAȚIILOR PORTANTE.....	212
Anișoara Cimil, Chișinău, R. Moldova	

III

VIATA ȘI SĂNĂTATEA OMULUI CONTEMPORAN DIN PERSPECTIVĂ MULTIDIMENSIONALĂ

INSTUMENTE DE MENȚINERE ȘI PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII GENERAȚIEI VÎRSTNICE.....	219
Tudor Grejdian, Anatol Negară, Leonid Margine, Vlad Bădan, Gabriela Șoric, Chișinău, R. Moldova	
IMPACTUL DECESELOR EVITABILE ÎN REPUBLICA MOLDOVA.....	225
Denis Cernelea, Larisa Spinei, Chișinău, R. Moldova	
COMUNICAREA INTERPERSONALĂ ȘI INTENȚIA DE A INFLUENȚA COMPORTAMENTE.....	235
Silvia Nastasiu, Chișinău, R. Moldova	

PARTICULARITĂȚILE HORMONULUI ANTI-MULLERIAN ÎN DETERMINAREA REZERVEI OVARIENE.....	244
Victoria Voloceai, Chișinău, R. Moldova	
ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА КАК ОСОБЫХ ОБЪЕКТОВ ГРАЖДАНСКОГО ПРАВА В ЦЕЛЯХ ТРАНСПЛАНТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ.....	253
Игорь Арсени, Борис Сосна, Комрат, Р. Молдова	
ASPECTE PSIHOLOGICE ALE FAMILIILOR COPIILOR CU NEVOI SPECIALE.....	262
Margareta Căărăuș, Globa Nina, Chișinău, R. Moldova	
ASPECTE PRIVIND IMPLICAREA SECTORULUI PRIVAT ÎN REFORMA SĂNĂTĂȚII.....	268
Ludmila Goma, Chișinău, R. Moldova	
OBSTACOLELE IN DETERMINAREA GRADULUI DIZABILITĂȚII LA PERSONELE DE VÂRSTĂ APTĂ DE MUNCĂ.....	275
Alina Ferdohleb, Livia Țapu, Narcisa Mamaliga, Vladimir Bebîh, Svetlana Siminovici, Chișinău, R. Moldova	
ASPECTE CLINICE ȘI PARACLINICE A PACIENTELOR CU SINDROMUL OVARELOR POLICHISTICE.....	281
Victoria Voloceai, Diana Mitriuc, Chișinău, R. Moldova	
О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ТРУДОВЫХ ДОГОВОРОВ С МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ	288
Александр Сосна, Кишинэу, Р. Молдова	
INSTRUMENTUL DE SUPRAVEGHERE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII OCUPAȚIONALE – PRO ȘI CONTRA.....	294
Alina Ferdohleb, Vladimir Bebîh, Svetlana Siminovici, Chișinău, R. Moldova	
FENOMENUL DE ÎMBĂTRÎNIRE A POPULAȚIEI, CA PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ.....	302
Anatol Negară, Tudor Grejdian, Leonid Margine, Vlad Bădan, Alexandru Lavric, Gabriela Șoric, Chișinău, R. Moldova	
PARTICULARITĂȚII MEDICO-SOCIALE A SĂNĂTĂȚII PERSONALULUI MEDICAL DIN INSTITUȚIILE DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ	310
Iurii Lupacescu, Chișinău, R. Moldova	
PARTICULARITĂȚI METODOLOGICE DE DETERMINARE A	

DIZABILITĂȚII ȘI CAPACITĂȚII DE MUNCĂ LA ADULȚI.....	315
Ludmila Sochircă, Chișinău, R. Moldova	
О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ЗАЩИТЫ ТРУДОВЫХ ПРАВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	320
Леонид Витюк, Кишинэу, Р. Молдова	
STUDIUL COMPARATIV A PROSTATITEI ȘI AFECȚIUNILOR RINOSINUSOGENE LA PERSOANELE DIN MEDIUL RURAL AL REPUBLICII MOLDOVA..	327
Marcel Balagura, Daniela Balagura, Chișinău, R. Moldova	
TENDINȚE INTERDISCIPLINARE ÎN ENDOCRINOLOGIA CONTEMPORANĂ.....	332
Vitalina Ojovan, Chișinău, R. Moldova	
SĂNĂTATEA ANGAJAȚILOR ȘI RISCURI OCUPAȚIONALE ÎN SISTEMUL MEDICAL.....	336
Iurii Lupacescu, Chișinău, R. Moldova	
DIMENSIUNELE SĂNĂTĂȚII PRIN PRIZMA EXPERTIZEI MEDICALE A VITALITAȚII.....	342
Ludmila Sochircă, Chișinău, R. Moldova	

ANIVERSĂRI

VITALIE OJOVANU LA 60 DE ANI, O VÂRSTĂ A MATURITĂȚII ȘI CONSACRĂRII.....	349
Teodor N. Țîrdea, Anatolie Eșanu	
JURAMANTUL LUI HIPOCRATE CIZELAT DE AXIOLOGIA LUI SOCRATE.....	354
Dumitru Căldare, Svetlana Coandă, Vasile Țapoc, Petre Dumitrescu, Marius Dumitrescu, Ecaterina Lozovanu	

I

MEDICINA ȘI SOCIETATEA ÎNTRE REALIZĂRI ȘI PROBLEME PRESANTE

FENOMENUL «GENDER» ÎN VIZORUL BIOETICII SOCIALE: ANALIZĂ TEORETICO-METODOLOGICĂ

Teodor N. Țârdea, dr. hab. în filos., prof. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

THE GENDER PHENOMENON IN THE VIEW OF SOCIAL BIOETHICS: THEORETICAL-METHODOLOGICAL ANALYSIS

The essence, content and especially the manifestation of the phenomenon of "gender" in the social world presents one of the most difficult to understand and to discuss problem of contemporary science and philosophy. It is proposed to interpret and analyze concretely the development of homosexuality's action as a problem of gender from the point of view of social bioethics, which in turn studies the degree of socium's bioethisation and the level of adaptation of bioethics to the segments of social reality.

Actualmente, fenomenul gender rămâne a fi una dintre cele mai complicate și contradictorii probleme ale științei, filosofiei și practicii contemporane, mai ales în ce privește interpretarea acestuia în contextul unui nou tip de bioetică – bioeticii sociale. Cea din urmă este examinată de noi pentru prima dată în literatura de specialitate (a.2011) într-un nou sens, netraditional, ca un fenomen științific specific și neordinar ce analizează gradul de bioetizare a sociumului și nivelul de acomodare a bioeticii la segmentele sociumului într-o strânsă interconexiune și interacțiune a acestora.

În acest scop au fost utilizate noi metode de cercetare, cum ar fi cea activitațional-sistemică și cea sinergetică [1, c.96-99]. În această ordine de idei, ca acțiune-cheie în relevarea esenței și conținutului bioeticii sociale se impune determinarea nuanțelor ce deosebesc procesele care au loc în momentul coliziunii între socium și cunoștințele bioetice. La intersecția lor apare efectul sistemico-sinergetic, adică aici se manifestă noi fenomene de o natură aparte, care astăzi nu sunt studiate. Societatea și bioetica, fiind sisteme deschise, aliniare, dezechilibrate și autoorganizate, cu o structură complicată, permanent interacționează între ele, se influențează reciproc: pe de o parte, societatea, bioetizându-se treptat, tot mai mult și mai mult

se socializează sub influența cunoștințelor bioetice; pe de altă parte, etica cu prefixul „bio”, venind în raport cu sociumul și contactând cu membrii acestuia, sub presiunea tradițiilor lor și obiceiurilor socioculturale, dogmelor religioase și a particularităților naționale tot mai mult și mai mult se adaptează la segmentele sociumulului. Altfel spus, devenim martorii apariției a două noi procese neordinare, contrar opuse, de natură socioculturală – bioetizarea societății și acomodarea bioeticii la segmentele acesteia, rolul cărora în evaluarea semnificației fenomenului gender este extrem de important. O atare interpretare indică la faptul că fenomenul «gender» este un „gen social”, perceput în cadrul interacțiunii acestuia cu o cultură morală concretă. Totodată, întâlnim și definiția biologică a genului, corelată cu structura corpului uman (al bărbatului sau al femeii), noțiunea „gender” având sens sociocultural - al feminității și al bărbăției. Or, în abordarea noastră fenomenul «gender» devine nu doar o noțiune, dar și obiect de studiu al bioeticii sociale [1, c.99], element al organizării relațiilor sociale, produs al culturii. Mai mult ca atât, interpretarea fenomenului inegalității gender indică prezența și recunoașterea lui în definirea relațiilor de putere dintre genuri.

Societatea a înregistrat actualmente anumite succese în egalarea statutului social al femeilor și al bărbaților, dar stereotipurile gender au rădăcini profunde în conștiința umană, fiind relevate mai ales pe piața muncii, în distribuirea rolurilor în familie, în decizia asupra unor probleme biomedicale. Aceasta necesită o atenție deosebită față de institutul familiei și relațiile familiale, față de propaganda valorilor ce determină egalitatea genurilor, redimensionarea problemelor bioetice în procesul de transformare a conștiinței sociale.

Experții și savanții în domeniul bioeticii sociale demonstrează că unele deosebiri de gen se manifestă, de exemplu, în atitudinea față de problemele biologic-mediceale. Astfel, reprezentanții sexului „masculin” admit auto-definirea în chestiuni ce țin de participarea la experimentele biomedicale, de libertatea alegerii între viață și moarte, privind tratamentul forțat, implementarea ingineriei genetice și a altor tehnologii noi în biomedicină, în timp ce femeile sunt mai atente în astfel de chestiuni. Primul tip – cel masculin, admite tratamentul forțat, al doilea tip – cel feminin, este mult mai reticent față de el. Femeile se deosebesc și prin poziția lor față de dreptul de a decide soarta altui om. Tipul „masculin” are o atitudine mai loială

și față de tehnologiile de reproducere: transplantul, ingineria genetică etc., tipul „feminin” fiind, la rândul său, mai prudent, adesea abținându-se de a recurge la ele (anume femeile atrag atenția asupra posibilității abuzului în cazul eutanasiei).

O chestiune bioetică nouă, apărută recent ce se înscrie în contextul realizărilor și posibilităților biomedicinii și geneticii, și care a trezit discuții aprinse și poziții diametral opuse, este problema identificării și transformării gender. Este vorba, întâi de toate, de problemele deconstrucției sexuale (deconstrucția gender) [2, c.121] și de consecințele ei medico-reproductive și moral-normative; avem în vedere, îndeosebi, transsexualitatea și atitudinea față de homosexualitate.

Deconstrucția sexualității este întemeiată pe anumite concepte filosofice. Este vorba aici, despre teoria psihoanalitică a lui Sigmund Freud, care reabilitează într-un fel homosexualitatea, negând natura ei patogenă sau perversă și care propune teoria despre biosexualitatea înnăscută a omului. Fundamentarea problemei date poate fi găsită și în filosofia existențialistă, în caracterul contrariant al esenței și existenței omului. Faptul că existența și esența nu coincid îl obligă pe om să trăiască o viață străină lui și îl face nefericit. Mai mult ca atât, atribuind o importanță deosebită libertății alegerii, existențialismul afirmă că omul se deosebește de mamifere anume prin capacitatea de „a se alege singur pe sine”, de a fi el însuși, de a nu proceda și a nu gândi „ca toți”, de a merge împotriva curentului de apă, de a nu fi de acord cu normele adoptate de majoritate, riscând să fie „străin printre ai săi”. În pofida acestor temeuri filosofice, societatea nu este pregătită să le accepte, de aceea formarea toleranței față de deconstrucția sexuală necesită dezbateri serioase ale cercetărilor științifice în domeniu. Aici bioetica socială posedă arii de influență colosală. E necesar doar de a găsi instrumente de măsurare a acesteia (sociologice, psihologice, juridice, morale etc.).

Deci, una dintre cele mai contradictorii și discutabile probleme ale științei și practicii gender la etapa contemporană rămâne cea a homosexualității. Termenul homosexualitate a fost introdus de către medicul din Ungaria K.–M. Benkert în anul 1869, pentru a desemna fenomenul atracției sexuale față de persoanele de același gen. În anul 1923 S. Freud a propus ca atracția sexuală față de reprezentanții propriului gen să fie definită ca inversie sexuală, urmând a se face deosebire între persoanele absolut invertite (obiecți sexuali pentru ele pot fi doar reprezentanții propriului gen) și

persoanele ambigen-invertite (obiecți sexuale pentru ele pot fi atât reprezentanții propriului gen cât și ai genului opus).

Homosexualitatea poate fi masculină și feminină. Datele statistice privind răspândirea acestui fenomen sunt controversate. De regulă, se crede că de orientare homosexuală sunt 1- 6% bărbați, 1-4% femei. Conform datelor A.- C. Kinzi, cel puțin un contact homosexual în timpul vieții l-au avut 48% din bărbați și 28 % din femei. Potrivit datelor mai recente, relații homosexuale a avut, episodic sau temporar, fiecare al treilea bărbat. Din alte surse aflăm că orientările sexuale netradiționale se manifestă în perioada adolescenței la o parte din tineri: 30-50% la băieți și 30% la fete. Mai târziu acest procent la băieți scade până la 5-10%, iar la fete – până la 3-5%. Profesorul și preotul John Breck ne comunică că cel puțin 10% din populație este angajată într-o formă oarecare de homosexualitate sau ar dori să facă acest lucru, în timp ce 3-4% sunt de orientare exclusiv homosexuală [3, p.142].

Imaginile de pe pereții grotelor confirmă că homosexualitatea este cunoscută din timpurile paleolitolului tardiv. La sfârșitul secolului al XIX-lea, în lume este înființată mișcarea pentru legalizarea homosexualității și doar în anul 1973 asociația americană a psihiatrilor a exclus-o din lista bolilor. Actualmente este răspândită aproape în toate statele lumii, în unele țări oficial este admisă căsătoria homosexuală. În Occident este răspândită părerea conform căreia homosexualitatea este o variantă a normei, de aceea nu trebuie să ne ocupăm de tratamentul acesteia. Însă, unele chestiuni în această ordine de idei rămân totuși discutabile.

În literatura teoretico-filosofică acest fenomen (homosexualitatea) este abordat în diferite configurații și aspecte: biologic-medicală, socială, religioasă, psihologică, juridică, bioetică. Ultimele două aspecte – juridic și moral, ocupă în tematica bioeticii sociale o poziție deosebită. Se consideră că dacă nu vom reuși să controlăm homosexualitatea sub aspect biologic, apoi legalizarea juridică a acestuia va conduce la reducerea potențialului reproductiv al populației, ceea ce contravine teoriei evoluționiste și principiilor strategiei supraviețuirii civilizației contemporane [4, c.181].

Orientarea sexuală netradițională este o comunitate epatică, organizată după norme etice și legi juridice concrete, în baza unui anumit model socio-cultural; ea provoacă în societate tensiuni, intervenții intolerante, totodată fiind acceptată în diferite state europene. Sub aspectul statutului juridic, mai multe sisteme juridice din Occident sunt tolerante față de homosexualitate,

unele chiar îl promovează, admitând, de exemplu, familiile de același gen. Situația nu este una simplă și în Republica Moldova. În anul 2011, Guvernul elaborează și adoptă Legea „Despre prevenirea și lupta împotriva discriminării”, în care accentul se pune pe drepturile minorităților naționale și sexuale. Aceasta a trezit o anumită revoltă a societății civile, îndeosebi a organizațiilor religioase. Și mai complicată este situația în alte state din Europa, mai ales din CSI. Totodată, adepții orientării sexuale netradiționale consideră că homosexualii sunt aceiași oameni, de aceea ei nu trebuie persecutați moral sau juridic. Conform aprecierilor lor, homosexualitatea este un fenomen nu atât de răspândit ca să poată influența negativ procesul de reproducere a omenirii. Homosexualitatea are o perspectivă vădit sociobiotică. Sub acest aspect, deseori homosexualilor, ca reprezentanți ai minorităților sexuale, nu li se acordă aceleași drepturi ca heterosexualilor. În multe culturi, societăți ei sunt apreciați ca perverși sau criminali sexuali.

Cum explică bioetica socială fenomenul homosexualității? Este puțin să afirmăm că este un fenomen social deosebit. Devine important să apreciem și chiar să măsurăm nivelul manifestării lui în societate, aplicând metodologia bioeticii sociale, care studiază de pe pozițiile abordării activitaționale procesele de bioetizare a sociumului și de adaptare a bioeticii la diferite segmente ale societății. Bioetica socială apreciază și măsoară nivelul bioetizării fenomenului studiat (în cazul concret – atitudinea morală față de homosexualitate) și nivelul adaptării bioeticii la acest fenomen [5, c.59]. La procesul de abordare a fenomenului nominalizat (orientarea sexuală netradițională) poate și trebuie să participe nu doar reprezentanții bioeticii, dar și sociologii, psihologii, preoții, juriștii, medicii, biologii etc. În așa fel am obține condiții și posibilități complexe pentru analiza acestui fenomen neordinar – homosexualitatea, ceea ce admite pătrunderea în esența și conținutul lui, elucidarea acestuia, descifrarea specificului unor astfel de manifestări în diferite situații și regiuni ale lumii.

Cauzele apariției homosexualității nu sunt irevocabil elucidate. În literatura de specialitate sunt evidențiate următoarele: (a) predeterminarea de particularitățile mediului familial: super-tutelarea din partea mamei, perceperea negativă a tatălui, experiența negativă a relațiilor cu frații și pozitivă cu surorile, și invers; mediul profesional: artiștii, care în mare parte duc un mod de viață boemic sau mod un de viață structurat după modelul șatrei țigănești etc.;(b) o situație predestinată și însușită (atracția homosexuală,

contacte homosexuale cu semenii de aceeași vârstă etc.); (c) predestinare temporară – contactele homosexuale pe o perioadă de timp le schimbă pe cele heterosexuale (în colective de același gen izolate – penitenciare, internate, unități militare); (d) predestinare imaginată (se dezvoltă sub influența informației erotice, pornografice, fanteziilor cu conținut homosexual); (e) predestinare personală (în rezultatul dezvoltării narcisiste a personalității, a fricii de nereușita sexuală); (f) predestinare biologică (factorii: genetici, constituționali, neuroendocrinologici, endocrini și prenatali, anomalii organice la creier).

Conform teoriei psihoanalitice a lui S. Freud, copilul mic, la fel ca și omul primitiv este liber în alegerea obiectului sexual, adică poate aparține genului său sau celui opus. Fiecărui om îi este caracteristică apartenența bisexuală, subliniază S. Freud, dar momentul crucial al deciziei finale privind alegerea obiectului sexual este cel al maturizării sexuale și depinde de mai mulți factori. Această idee este promovată și de A.–C. Kinzi, care subliniază: homo- și heterosexualitatea nu sunt fenomene izolate, dar sunt variabile ale aceluiași grup, centrul căruia îl ocupă biosexualii. De aceea, apariția homosexualității la bărbați poate fi determinată de: (1) concentrarea băiețelului în copilărie asupra mamei, căutarea în perioada maturizării adolescentului a persoanelor ce se aseamănă cu ea, pe care el vrea să le iubească așa cum l-a iubit pe el mama; (2) reținerea în dezvoltarea sexuală în copilărie, în rezultatul căreia apare alegerea obiectului heterosexual; (3) educația în familie, unde era „o mamă rece, rea” și un tată bun.

Conform teoriei neuroendocrinologice, homosexualitatea este determinată de anomaliiile procesului de diferențiere a genurilor de către creier din perioada prenatală. La bărbații-homosexuali la introducerea hormonilor sexuali feminini apăreau reacții comportamentale specifice femeilor, iar la femei – masculine. Aceasta vorbește despre masculinizarea insuficientă a creierului la bărbații-homosexuali și despre masculinizarea parțială a creierului la femeile-lesbiene. Aceste anomalii, chiar dacă nu formează atracții homosexuale, reprezintă o premisă pentru schimbarea autoconștiinței și a comportamentului de gen. În dependență de predeterminarea homosexualității, sunt evidențiate următoarele categorii: (1) pseudohomosexualitate: actele homosexuale nu se realizează după motive homosexuale, dar în baza altor temeuri, de exemplu, din cauza unor beneficii materiale; (2) homosexualitatea perioadei dezvoltării, caracterizată de reținerea,

nematurizarea atracției sexuale la etapa copilăriei; (3) homosexualitatea, determinată de reținerea în dezvoltarea psihică, nevroze sau nematurizarea personalității, care se manifestă prin frica față de heterosexuality; (4) homosexualitatea „adevărată”, determinată de tendințe homosexuale, care se manifestă în reprezentări homosexuale și în vise, în concentrarea atenției asupra Sinelui, în comportamentul homosexual.

Conform altei tipologii, homosexualii se împart în două grupuri: prima – persoanele, la care homosexualitatea, dezvoltată pe fonul transformării rolului de gen, odată cu schimbarea psihosexuală prematură, atinge nucleul personalității. Ei nu se adresează la specialiști, sunt social adaptați, iar în relațiile cu partenerii joacă rolul reprezentantului genului opus (bărbații își asumă activitățile din casă, se folosesc de cosmetică, îmbracă haine femeiești). Partenerii sunt aleși după manifestările comportamentului masculin. Ei descoperă întregul spectru al sentimentelor în relația cu partenerul: dragostea, iubirea, gelozia etc. Această varietate a homosexualității se păstrează pe parcursul întregii vieți și nu se supune corectării terapeutice; a doilea grup – persoanele, la care homosexualitatea apare pe fonul reținerii dezvoltării psihosexuale. În rezultatul luptei cu Sine, ei o perioadă îndelungată nu recunosc că au atracții homosexuale, compensându-le cu lucrul, cu activitățile sportive, cu alte ocupații. Manifestarea la ei a homosexualității este mai fină, mai puțin exprimată. Aici bioeticii sociale îi revine rolul și locul principal în aprecierile concrete, chiar calculate ale acestor situații.

La sfârșitul secolului al XIX-lea sunt evidențiate formele activă și pasivă ale homosexualității: unii homosexuali în timpul actului sexual joacă rolul (activ) de bărbat, iar celălalt – de femeie (pasiv). Geneza formelor active și pasive ale homosexualității la femei și la bărbați diferă. Temelia formei active a homosexualității la femei și a formei pasive la bărbați este o deviere pronunțată a dezvoltării psiho-sexuale. Acest fapt poate fi predeterminat de anomalii genetice și exogene ale diferențierii centrelor de gen ale fătului și de producerea hormonilor genului la mamă sau la făt, de sensibilitatea redusă a hipotalamusului fătului față de acțiunea hormonală.

Geneza formei pasive a homosexualității feminine determină formarea relațiilor condițional-reflectorii durabile între perceperea orgasmului și a femeii care l-a provocat. Un analog al formei pasive a homosexualității feminine o reprezintă forma activă masculină. Însă, dezvoltarea ei este mai complicată. La baza acesteia stau nu doar fixarea primelor retrairi puternice

pe imaginea genului său, care le-a provocat, dar și prezența la mulți băieți și adolescenți, în vârstă de 7-8 ani până la 15-16 ani, a perioadei orientării atracției sexuale neidentificate, de asemenea lipsa particularității masculine înnăscute – de a reacționa la agitația sexuală în contactul cu organele genitale femeiești descoperite.

Testul psihologic al reprezentanților grupurilor sexuale nu poate stabili orientarea homosexuală, deoarece aceasta este suficient de autonomă în raport cu alte particularități psihice. Diferențe clare, directe între homo- și heterosexuali printre bărbați n-au fost depistate nici de genetici, nici de endocrinologi. O altă situație atestăm la femei: lesbienele pasive păstrează exteriorul tipic femeilor, îmbrăcămintea, ocupațiile, hobby; cele active se deosebesc printr-o structură a organismului asemănătoare cu cea bărbătească, caracteristicile feții sunt mai dure, o voce joasă, sunt predispuse la activități, de regulă, bărbătești. În acest temei, savanții afirmă că schimbarea la lesbienele pasive este dobândită, iar la cele active este o consecință a schimbării organice înnăscute a creierului. Așadar, un răspuns cu autoritate la întrebarea: ce este homosexualitatea – boală, pervers, viciu, anomalie înnăscută, calitate a personalității – până acum nu s-a găsit. Nici-o teorie nu explică toate datele și mecanismele apariției atracției homosexuale.

O problemă importantă a bioeticii sociale o constituie atitudinea față de homosexualitate, care deseori dobândește caracteristici ale homofobiei – a urii iraționale față de homosexuali, care deseori manifestă frică față de propriile fantezii și impulsuri sexuale. De regulă, ea este bazată pe convingerea că homosexualitatea este amorală, păcătoasă, scade natalitatea, conduce la degradarea personalității, atrage tineretul, este un factor al răspândirii bolilor venerice și a SID-ei. Multe dintre aceste acuzații specialiștii nu le confirmă. De exemplu, teza despre degradarea personalității este respinsă de un număr mare de reprezentanți ai culturii și artelor, care au fost homosexuali. Totodată, respingerea și acuzarea homosexualității conduce la ascunderea orientărilor homosexuale, instabilitatea cuplurilor homosexuale, schimbul des al partenerului anonim. Frica permanentă față de posibilitatea descoperii determină schimbarea caracterului, comportamentului, produce nevrozele, depresia. Însă, aceste presupuneri, poate chiar afirmații, e necesar să treacă prin mecanismele matematico-sociologice ale bioeticii sociale, utilizând instrumentariile ei fundamentale, cum ar fi bioetizarea sociumului și acomodarea bioeticii.

Conform unor investigații, o relație între permisiunea/interzicerea homosexualității și răspândirea ei nu există, iar intoleranța față de homosexuali complică condițiile lor de viață și adaptarea socială. În țările unde homosexualitatea nu este persecutată deseori apar cupluri stabile, legate de aceleași relații interpersonale, emoționale, sexuale, asemănătoare cu cele din cuplurile heterosexuale. Lesbienele se iubesc mai mult una pe alta, sunt predispuse mai mult decât bărbații homosexuali să păstreze fidelitatea. Ambele sexe sunt foarte geloase, pot trăi drame dure, pot ajunge la acțiuni extremale. Însă lesbienele vor ierta mai ușor adulterul cu altă femeie, decât cu un bărbat. Homosexualii pot forma cupluri heterosexuale, dar acestea deseori se încheie nefericit: la bărbați nu apare erecția în timpul actului sexual cu femeia, la femei – dorința sexuală și orgasmul cu bărbatul.

Adresarea către investigația problematicii gender ne permite să ne apropiem de răspunsurile la întrebările fundamentale referitoare la conținutul sociocultural al bioeticii sociale și al tematicii gender, la influența apartenenței etnice, culturale asupra aprecierii tehnologiilor științifice inovatoare, al perspectivelor gender în dezvoltarea socială. Este important, în același timp, să elucidăm și să apreciem impactul documentelor internaționale și al legislațiilor naționale, al sistemului educațional, al științei, culturii și educației bioetice a populației în dezvoltarea egalității de gen, cu scopul de a apăra drepturile și demnitățile Homo-Sapiens.

Bibliografie

1. Цырдя Т.Н. Социальная биоэтика: теоретико- методологические аспекты. În: Экологический Вестник. Научно-практический журнал. Минск, 2011, № 2, с. 95-100.
2. Биоэтика на рубеже тысячелетий. Обзор материалов V Всемирного конгресса по биоэтике (Лондон, 2000). În: Медицинское право и этика, 2001, № 2, с.12-22.
3. Breck John. Darul sacru al vieții. Cluj-Napoca: Patmos, 2001. 358 p.
4. Алексеев Н.А. Гей-брак: семейный статус однополых пар в международном, национальном и местном праве. Москва: БЕК, 2002. 186 с.
5. Цырдя Т.Н. Биоэтическая толерантность в контексте социальной биоэтики и биосоциальной коммуникации: методологический анализ. În: Сахаровские чтения 2012 года: экологические проблемы XXI века. Материалы 12-й Международ. науч. конф. Минск, 2012. 485 с.

PREZENȚA BIOETICII ÎN INSTITUȚIILE MEDICALE DIN REPUBLICA MOLDOVA ȘI ROLUL FACTORILOR DE DECIZIE

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

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

Vladislav Rubanovici, dr. șt. med., asist. univ.

Didina Nistoreanu, dr. în filos., conf. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

THE PRESENCE OF BIOETHICS IN MEDICAL INSTITUTIONS IN RE- PUBLIC OF MOLDOVA AND THE ROLE OF DECISION FACTORS

The role of bioethics in the activity of the entire medical sphere is broadly well known. On the national level, the spread of bioethics knowledge and the publication of various theoretical elaborations have increased considerably. However, we find problems in the knowledge and application of bioethical principles in clinical medical activity. A special role in the existing state of affairs is attributed to decision-makers.

Azi bioetica se afirmă tot mai insistent în mediul instituțional de activitate medicală. Concomitent devine un subiect de abordare interdisciplinară, însă preponderent studiile se focalizează pe subiecte filosofico-medice. Bioetica se implică ca factorul reglator și metodologic de referință al activităților din domeniile ce au ca scop de bază aspecte legate de viață – conservarea și perpetuarea acesteia, anihilarea sau diminuarea suferinței, sporirea calității vieții, optimizarea diverselor relații privitor la viață și sănătate.

Din momentul apariției sale și până la moment bioetica s-a dezvoltat avansat atât în aspect teoretic, cât și în cel aplicativ, devenind în medicină o formă de cultură, manifestare profesională deosebită sau chiar un fenomen social bine statornicit în cadrul societăților apusene, evaluate din punct de vedere economic și social. În paralel cu performanțele atinse în statele post-socialiste și cele în curs de dezvoltare bioetica încă își continuă un traseu dificil de afirmare. În pofida dificultăților existente azi se observă tendințe de unificare a eforturilor de implementare a cunoștințelor, principiilor bioetice și a eficacității schimbului de experiență.

Republica Moldova devine și ea un spațiu de afirmare a bioeticii, marcându-se printr-un proces destul de dificil dar constant. Dacă la începutul anilor '90 s-a fixat temelia unei căi promițătoare de afirmare a bio-

eticii în spațiul autohton, declasându-se abordări teoretice fundamentale cu atribuție la specificul regional [1], atunci în ceea ce privește implementarea în practica clinică a principiilor acestei etici, a acțiunilor funcționale și organizaționale a de formare a structurilor instituționale – Comitetele de Bioetică, în instituțiile medico-sanitare, procesul a decurs destul de anevoios. Chiar și în momentul de față respectarea și implementarea principiilor bioeticii în această privință este destul de incertă. În Republica Moldova aproape douăzeci de ani nu se pot implementa și respecta constant principiile bioeticii în instituțiile medicale de orice nivel și destinație. Respectiva situație a survenit după numeroase și constante acțiuni de formare a cadrelor medicale în perioada studiilor universitare, la unele specialități în studiile de rezidențiat, în procesul studiilor de perfecționare a cadrelor manageriale (șefii și șefii de secții ale spitalelor, policlinicilor, laboratoarelor) în urma instruirii cadrelor medicale prin lecții informative și treninguri formative în incinta acestor instituții, în emisiunile radio și TV, în diferite studii publicate etc. Adică rezultatele obținute n-au făcut față așteptărilor scontate.

Scopul studiului a fost stabilire a surselor de informare, responsabilitatea, instruirea și promovarea bioeticii în rândul specialiștilor în medicină din Republica Moldova și acțiunilor corespunzătoare în vederea implementării principiilor bioetice în practica medicală.

Metodologia. Metoda de selectare a participanților fost aleatorie, dar reprezentativă pentru RM, chiar dacă sondajul nu a inclus și Regiunea Transnistreană. Cercetarea a fost efectuată în baza unui studiu de tip cantitativ și calitativ, în rândul specialiștilor din medicină, bazat pe un chestionar administrat de către colaboratorii catedrei de Filosofie și Bioetică a IP USMF „Nicolae Testemițanu”. În studiu au fost intervievați 456 de medici și asistente medicale, selectați aleatoriu pe teritoriul RM, dintre care 149 bărbați și 307 femei. Vârsta participanților a fost între 21 și 74 ani. Rezultatele sondajului sunt reprezentative pentru segmentul de specialiști cu studii superioare și studii superioare incomplete (școli medicale, colegii) în medicină a RM (doar Malul Drept).

Itemii chestionarului (6 – 8, 10 – 11 din 16 în total) au fost elaborați pentru a investiga părerile lucrătorilor medicali din sistemul autohton de sănătate referitor la implementarea, instruirea, sursele de informare, responsabilii de promovare a bioeticii în instituțiile medicale și îmbunătățirea

calității serviciilor medicale prestate.

Rezultatele studiului. Starea de lucruri ce persistă azi în instituțiile medicale din țară nu satisface exigențele promovate de către standardele internaționale în mai multe privințe, inclusiv în cele ce țin de relațiile morale, atât de mult implicate în toate dimensiunile activității medicale, pe toate segmentele structurale, atât pe verticală, cât și pe orizontală. Pentru a studia starea de lucruri existentă, pe parcursul mai multor ani s-au întreprins unele studii, dar într-o formă sistemică și multilaterală acestea s-au realizat în cadrul implementării proiectului instituțional „Promovarea și implementarea practică a Bioeticii medicale în Republica Moldova” realizat în baza catedrei Filosofie și Bioetică a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. Pentru a avea un tablou cât mai integrat al situației ce caracterizează diverse aspecte ale bioeticii în rețeaua instituțiilor medicale clinice din Republica Moldova s-a alcătuit un chestionar prin care s-au anchetat circa 70% din contingentul de medici, specialiști ai diferitor domenii din spitalele raionale. Rezultatele obținute în urma prelucrării datelor au indicat un nivel scăzut de inițiere în cele mai elementare cunoștințe de bioetică medicală și aplicabilitatea acestora în activitatea clinică practică.

După părerea cadrelor medicale luate în studiu 49,3% consideră că fiecare angajat din instituția medicală este responsabil de promovarea bioeticii în instituțiile medicale, 30,26% medicii, 23,68% membrii comitetului de etică/bioetică și 20,18% administrația instituției medicale (figura 1).

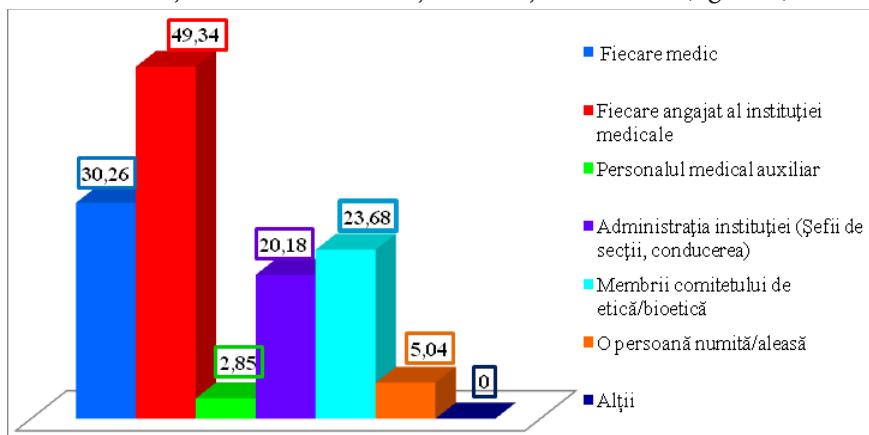


Figura 1. Cine este responsabil în promovarea bioeticii în instituțiile medicale, %

Circumstanțele prezente s-au dovedit a fi aproape că paradoxale – în pofida eforturilor depuse nu au fost obținute rezultatele scontate, cu toate că creării condițiilor necesare ca mecanismul să funcționeze conform obiectivelor trasate. Însă paradoxul propriu-zis constă într-o atitudine emnamente duplicitară față de principiile bioetice în medicina clinică: pe de o parte lucrătorii medicali recunosc importanța acestora, însă, pe de altă parte, în activitatea clinică acestea sunt concepute și aplicate doar formal, fără o prezență a unor convingeri bine statornicite pentru aplicarea efectivă în practică. La fel și contingentul de manageri a manifestat cunoștințe foarte scunde cu percepere deseori confuze a postulatelor bioeticii, eticii medicale și deontologiei medicale, chiar nesesizând diferența dintre ele.

În scopul aprecierii obiective a atmosferei existente și a identificării unor măsuri eficiente de recuperare a curențelor s-au întreprins studii sociologice suplimentare asupra contingentului de manageri în medicină de diferite niveluri. Rezultatele obținute au fost comparate cu realizările teoretice (în bună parte referitor condițiilor regionale) și celor practice (axate pe informarea populației, a contingentului de cadre medicale și a instruirii în bioetică a mediciniștilor). Ca urmare s-au identificat circumstanțele și elementele implicate în corelația bioetică – sferă medicală. Iar în cele din urmă din întreg tabloul creat accentele au fost puse asupra factorilor de decizie din sfera medicală care s-au dovedit a fi responsabili de funcționalitatea reperelor bioetice în activitatea clinică.

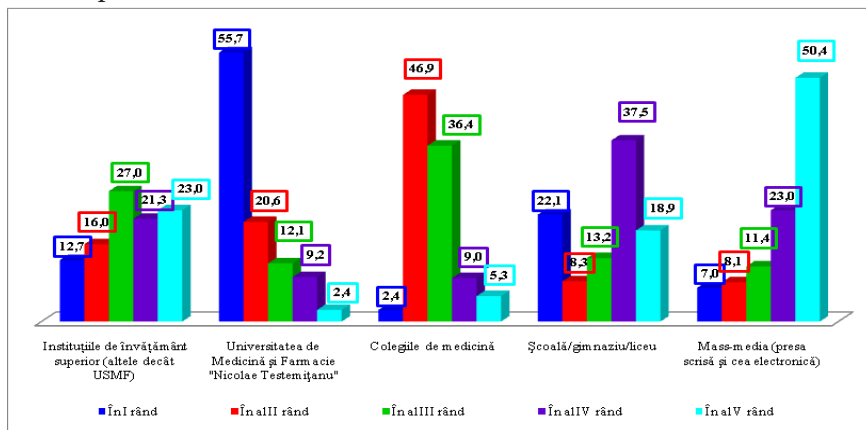


Figura 2. Apreciați în ordine descrescătoare responsabilitatea următoarelor instituții pentru educația în domeniul bioeticii, %

Prezentarea teoretică a proceselor decizionale, ce implică corespunzătorii factori decizionale, constituie fundalul existențial al inițierii și realizării deciziei luate, și constă din: imaginea formată, atitudinile ce poziționează factorii de decizie, valorile implicate, personalitatea factorului de decizie, factorii (interni și externi) ce influențează procesele de luare a deciziilor.

Responsabilitatea instituțiilor pentru promovarea bioeticii în rândul cadrelor medicale revine Universității de Medicină și Farmacie ”Nicolae Testemițanu” cu o pondere de 55,7% în primul rând, colegiile de medicină 46,9% în al doilea rândul, instituțiile preuniversitare (școli, gimnazii, licee) 37,5% în al treilea rândul și mass-media (presa scrisă și electronică) 50,4% în al cincilea rând (figura 5).

Implicarea în procesul anumitor decizii constituie o manifestare socială destul de complexă cu anumite componente care contribuie la producerea faptului decizional. De aceea, pentru întregirea unei imagini mai întregre a acestui proces e necesar de a caracteriza succint unele elemente constitutive implicate. Aici manifestarea esențială este decizia. Decizia este acceptarea unei poziții referitor unei chestiuni ce se dovedește a fi oportună conform unei situații existente pentru a atinge un obiectiv. Adică decizia este direct condiționată de obiectivul trasat. În sursele informative enciclopedice decizia este un „act obligatoriu, normativ, prin care un organ conducător stabilește direcția unei acțiuni și modul ei de realizare. Atribut principal al actului de conducere. Decizia poate fi: economică, socială, politică, juridică, administrativă, tehnică, militară etc.” [2].

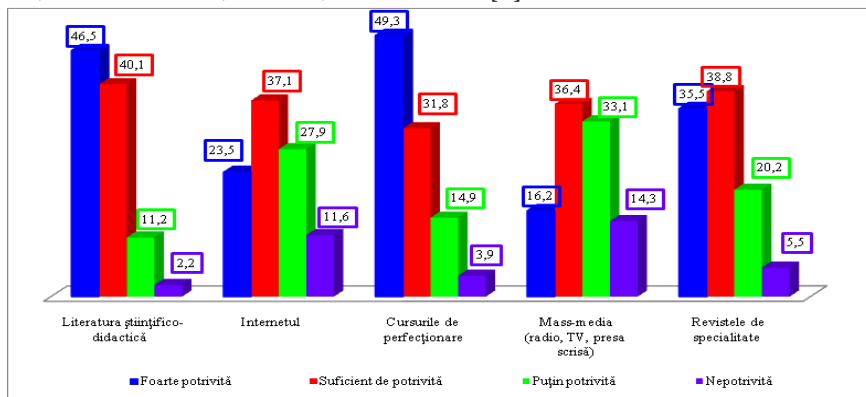


Figura 3. Pentru îmbogățirea cunoștințelor de bioetică, cât de potrivite pentru dumneavoastră sunt fiecare din următoarele surse, %

Pentru îmbunătățirea cunoștințelor în domeniul bioeticii, cadrele medicale considera că cele mai potrivite sunt literatura științifico-didactică cu o pondere de 46,5%, cursurile de perfecționare – 49,3% și revistele de specialitate cu 35,5% (figura 3).

Decizia este o acțiune hotărâtoare, adică decisivă, dar care nu poate să se producă de la sine. Ea are loc pe fundalul unor implicări corelaționale din interiorul procesului antecedent luării deciziei propriu-zise. Componentul esențial care participă activ la elaborarea și lansarea deciziei reprezintă persoanele cu anumite atribuții în majoritatea cazurilor de conducere. Aceste persoane formează contingentul factorilor de decizie.

Factorul de decizie este persoana care este încadrată într-o oarecare unitate (administrativă, economică, culturală, politică, științifică etc.) care, în virtutea funcției ce o deține și a respectivelor însărcinări, are anumite drepturi și obligații funcționale de a realiza anumite acțiuni hotărâtoare – decizii. Aproximativ într-o atare definiție se expune factorul de decizie în legislația curentă a Republica Moldova [3]. Deciziile, în mod direct sau indirect, indiferent de mecanismul producerii lor, sunt luate în ultimă instanță de către factori de decizie concreți. Reieșind din realitățile Republica Moldova factorii de decizie sunt în marea lor majoritate persoane fizice concrete, concomitent atare factori ca regulă pot fi și anumite organizații sau instituții de stat sau, în minoritatea cazurilor, de genul celor sociale sau politice.

Frecvent discuțiile sunt luate de persoane concrete, dar ulterior pronunțate sau promovate tacit din numele organizațiilor respective. Adică, în aceste cazuri, acțiunea decizională este unilaterală, deseori având un mare grad de subiectivism referitor la evaluarea corectă a situației existente și la capacitatea de corespunderea deciziei conform circumstanțelor. Atare acțiuni corelează la moment doar parțial în cazul unor proiecte sau scenarii strategice de perspectivă. Decizia curentă de acest gen creează incomodități, lipsă de sens, neconcordanțe ori chiar aparent și percepție de faptă diletantistă.

Sunt și acțiuni decizionale în care finalul este precedat de studii meticuloase întreprinse de diferite instituții, cu multe etape, cu evaluări de fezabilitate, studii sociologice, concluzii științifice, aplicări de proiecte etc. Atare categorii de decizii de obicei sunt prezente în departamentele sau instituțiile statelor cu economie și relații sociale evaluate. Acestea sunt celea

ce stabilesc strategia statului în anumite domenii și de lungă durată.

Responsabili de instruirea personalului medical în domeniul bioeticii sunt considerați medicul șef cu o pondere de 56,14%, comitetele locale de bioetică – 55,92%, șefii de secție – 51,54%, comitetul Național de bioetică 42,11%, un medic ales de administrația instituției medicale – 35,75%, o persoană delegată de ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale cu 13,38% (figura 4).

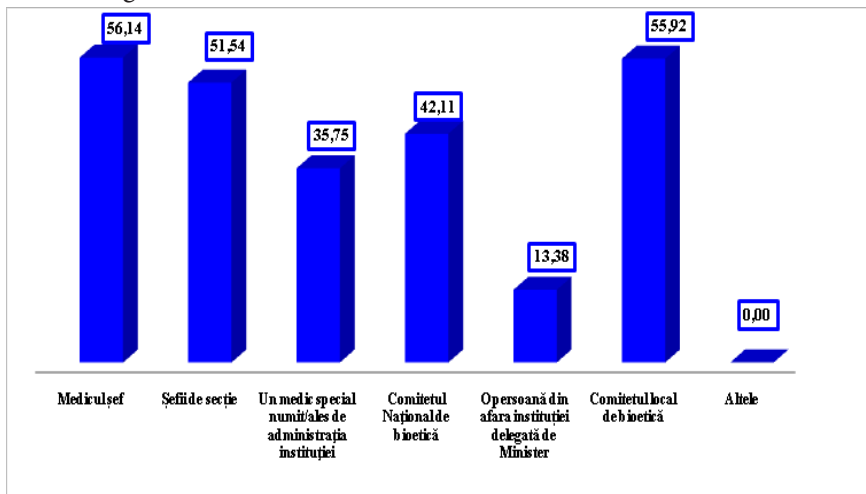


Figura 4. Menționați responsabili de instruirea personalului în domeniul bioetic în instituția medicală (mai multe răspunsuri posibile), %

Procesele decizionale din sfera medicinei include diverse constituente: tradițiile formate de-a lungul timpului (de exemplu cele axate de relațiile morale); performanțele științifice și tehnice; nivelul regional al dezvoltării economice și sociale și, cât de straniu n-ar părea, chiar vectorii politici curenți. Atare imagine denotă prezența mai multor varietăți ale proceselor decizionale în medicină. Așa dar practica decizională din medicină înregistrează o pluralitate de forme reieșind, după cum s-a menționat mai sus, din multitudinea de componente, adică acesta este specificul său în domeniul preocupat de sănătate.

O schemă ideală a luării și aplicării unei decizii ar fi următoarea: 1) fixarea ideii decizionale ca necesitate obiectivă la condițiile interne ori/și externe existente sau ca urmarea unor decizii ale organelor ierarhic superioare; 2) examinarea posibilităților de realizare a obiectivelor deciziei prin

diferite forme de studii, dispute, confruntare a pozițiilor etc. 3) luarea deciziei propriu-zise; 4) supravegherea realizării prevederilor decizionale; 5) analiza rezultatelor preliminare; 6) identificarea și aplicarea posibilităților de corectare, optimizare, ajustare a unor sarcini ale deciziei inițiale ori a unor procese de realizări practice ale ei. O atare schemă poate fi atribuită totalmente luării și realizării deciziilor din sfera medicală. Ea constituie o variantă ideală în medicină și domeniile sale adiacente. Spre regret realitatea este alta, chiar dacă se respectă cele 6 etape sus nominalizate ale procesului decizional. Astfel acțiunile întreprinse din cadrul fiecărei etape pot fi formalizate, aplicate necalitativ, fapt ce poate prejudicia procesul de formare a unei imagini veridice a procesului, de implementare în practică a realizărilor și obținerii rezultatelor scontate.

Pentru implementarea în practică medicală a principiilor bioeticii, cadrele medicale din studiu consideră că medicul șef este responsabil în proporție de 63,8%, comitetul de bioetică – 56,36% și șefii de secție cu 54,17% (figura 5).

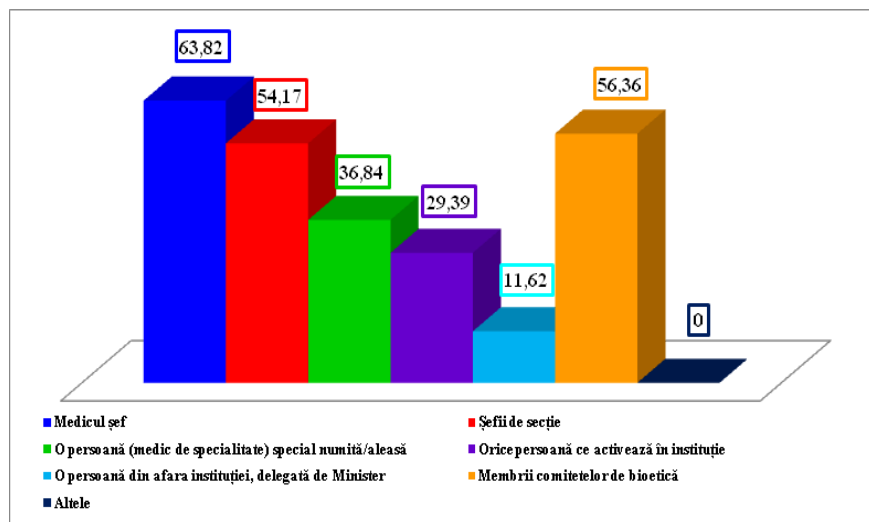


Figura 5. Specificați responsabilii de implementarea în practica cotidiană a principiilor bioetice în instituția medicală (mai multe răspunsuri posibile).

Exemple elocvente de luare și realizare formală a deciziilor au fost înregistrate în perioada sovietică când se trasau obiective ireale de aplicat în practică, deseori chiar totalmente sterile ori nocive, iar deciziile veneau „de

sus” și se transmiteau mai departe prin intermediul organelor „de mijloc” cu scopul implementării în organizațiile, colectivele ori comunitățile „de jos”, adică după o formă piramidală, directivistă de funcționare a procesului decizional. În marea lor majoritate și cu perspective sterile inițiativele luate „de jos” de fapt erau niște scenarii ale organelor superioare de conducere pentru justificarea unor postulate ideologice ale partidului comunist.

La moment condițiile unui proces decizional eficient în sfera medicală din Republica Moldova sunt deloc favorabile: prezența unui climat politic inconsecvent, oscilant și deseori aproape inexistent; economie aflată în criză și abia viabilă; baza materială proprie slabă și alimentată pentru supraviețuire preponderent din fonduri externe; strategiile de dezvoltare sunt ineficiente și bazate pe unele proiecte cu finanțare externă care, la rândul lor, deseori au efecte slabe privitor la evoluarea sistemului național de sănătate; lipsa implicării unui cadru de specialiști capabili să realizeze reforme eficiente; factori de decizie în mare parte dependenți de sistemul administrativ și cel politic etc.

Atare condiții de funcționalitate a sferei medicale în Republica Moldova constituie fundalul activității relațiilor morale din medicină. În pofida numeroaselor eforturi întreprinse starea respectivelor relații lasă mult de dorit. Atestarea carențelor de nuanță etico-medicală și biologică care, în marea lor majoritate, sunt tolerate ori ascunse de administrație, reprezintă un exemplu elocvent în această privință. E revoltător și faptul că până la moment nu s-a elaborat și aprobat legea privitor la malpraxis. Iar codul de etică al lucrătorului medical a fost aprobat cu anumite deficiențe logico-structurale și teoretice [4].

În ceea ce privește deciziile morale din sfera medicinei autohtone e necesar de accentuat faptul că se sesizează aceleași deficiențe funcționale ale în implicarea factorilor corespunzători. În primul rând, există o neproporționalitate în posedarea capacităților teoretico-practice în bioetică manifestate de cadrele medicale de conducere de diferit nivel. Aici, înainte de toate, sunt importante următoarele niveluri: ministru – responsabili în minister – manageri ai instituțiilor medico-sanitare (policlinici, spitale, laboratoare) – șefi de secții. Studiile sociologice recente indică faptul că responsabilitatea de bază în ceea ce privește implementarea cunoștințelor bioetice se concentrează asupra șefilor de instituții medicale. În același timp s-a depistat faptul că anume ei dau dovadă de cele mai slabe cunoștințe de

bioetică elementară. În al doilea rând, nu există un stimulent, fie și elementar, ca principiile bioetice să se realizeze la un nivel acceptabil. Șefii instituțiilor medicale deseori trec sub tăcere greșeli crase ori fapte nedemne ale lucrătorilor medicali din cauza insuficienței de cadre, determinată de salariile mici, concomitent, însă, majoritatea dintre ei nu întreprind măsuri de informare, instruire și perfecționare a cadrelor în privința cunoștințelor și abilităților practice de bioetică medicală. Dincolo de aceasta exigențele de ordin bioetic nu se sesizează nici la nivel central. În al treilea rând, există o bază eficientă de pregătire a viitoarelor cadre medicale prin ținerea de cursuri studenților și rezidenților de profil chirurgical și stomatologic la disciplinele: Bioetica, Bioetica medicală, Bazele filosofiei medicinei, Științele comportamentului în USMF „Nicolae Testemițanu”, fapt mult apreciat de experții în materie de peste hotare.

Actualmente în Republica Moldova persistă o situație contradictorie și destul de dificilă în privința implementării în practica medicală a cunoștințelor și principiilor bioetice. Manifestarea numeroaselor probleme în respectiva zonă de activitate nu constituie la moment o barieră de netrecut în aplicarea cu succes în instituțiile medicale a reperelor bioetice, fapt ce ar contribui substanțial la un act terapeutic calitativ și a unui climat socio-medical favorabil.

Bibliografie

1. Ojovanu V. Dimensiunile performanței. Chișinău: Centrul ed. al UASM, 2007.145 p.
2. Decizie. În: Dicționar Enciclopedic. Vol. II. D-G. București: Editura Enciclopedică, 1996, p.32-33.
3. Lege cu privire la protecția concurenței. (Nr. 1103 din 30.06.2000). În: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=312910> (accesat: 10.05.2017).
4. Codul deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului. În: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=369644> (accesat: 30.04.2017).

SUFERINȚA ÎNTRE PRACTICA MEDICALĂ ȘI ACTUL MORAL

Leontin Popescu PhD.

Universitatea „Dunărea de Jos”, Galați, Romania

SUFFERING: BETWEEN MEDICAL PRACTICE AND MORAL ACT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Presupun că această abordare unidimensională a problemei sănătății

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

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

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

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

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

Bibliografie

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

Enciclopedic, 2006.1060 p.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O FILOSOFIE A INOVĂRII ÎN PROCESUL EDUCAȚIONAL

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

Institutul de Istorie

THE PHILOSOPHY OF INNOVATION IN THE EDUCATIONAL PROCESSES

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

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

primul rând abordării deschiderilor chiar dacă depășirea lor este lăsată la latitudinea fiecărui actor social. În acest sens, ideea conform căreia deschiderile necesită a fi atribuite nu societății bazate pe cunoaștere ci Erei Informaționale, deoarece odată acceptate încadrările conduc la încetățenirea logicii structurării și diminuarea neconcordanțelor dintre lucruri. Astfel încetățenirea logicii structurării contribuie la optimizarea oportunităților care facilitează nu doar accesibilitatea la produsele cercetării, dar și modul în care s-ar accede spre reproductibilitatea produselor obținute nu doar din domeniile științei. De rând cu formarea și încetățenirea de abilități privind reproductibilitatea rezultatelor obținute în cadrul curriculei nu doar universitare, ci a întregului sistem educațional.

Indubitabil este vorba de reliefaarea posibilităților care sunt la îndemâna sistemului educațional în care nu doar se pregătesc viitorii membri ai societății de rând cu familia, dar și cei care devin promotorii și valorificatorii produselor inovării. În contextul în care arealului responsabilităților instituțiilor se regăsește de la randamentul acțiunilor întreprinse de cei instruiți și formați de acestea până la sensibilizarea schimbărilor produse în societate ca urmare a provocărilor. Și nu oricum ci instruiți și formați din perspectiva provocărilor ceea ce înseamnă fructificarea interconexiunilor, interdependențelor și interacțiunilor dintre toate componentele care asigură actul educațional pe de o parte. Pe de alta, asigurarea interconexiunilor, interdependențelor și interacțiunilor și cu mediul social în care își desfășoară activitățile instituțiile educaționale nu doar în vederea pregătirii generației în creștere și a celei tinere. Cu atât mai mult cu cât, sfârșitul de secol XX - primele decenii ale secolului XXI impun cunoașterii explorarea celei cotidiene care nu-i altceva decât înțelegerea caracterul produselor care se modifică mult mai repede în raport cu nivelul de pregătire a membrilor societății pentru a fi consumate, stocate, dar și regenerate în vederea reproductibilității acestora. Astfel asistăm la necesitatea asumării instituțiilor educaționale de la toate nivelurile a contribuției la dezvoltarea socio-cultural a mediului comunitar, inclusiv la capitolul protejării mediului ambiant din care cel uman este ca niciodată o componentă și nu ceva distinct. Este vorba de o redimensionare a clarificărilor privind criteriile contribuțiilor și ale instituțiilor educaționale, dar și a societății în general care se regăsesc în perpetuarea patrimoniului cultural-civilizațional.

Drept exemplu, experiența acumulată în societate cu precădere a celor

în curs de dezvoltare. Se atestă că specialiștii pregătiți în instituțiile universitare de departe nu sunt raportați la nevoile și necesitățile societății. În cazul societăților în curs de dezvoltare specialiștii pregătiți din banii contribuabililor acestora devin contributorii semnificativi pentru economia din societățile dezvoltate. Tendință care se proliferază ascendent și datorită fenomenului migrației mai mult necontrolată decât una reglatoare. Astfel, masa critică atât de necesară mediului comunitar pentru a se dezvolta, răspunzând la provocările Erei Informaționale este una mai degrabă insulară. Iar societatea în curs de dezvoltare care își pierde capitalul important din punctul de vedere al IK-ului riscă să rămână la periferia proceselor integratorii. Or, pentru a beneficia de oportunitățile proceselor respective înseamnă să faci față cerințelor în ascendență și deloc facile de susținut. Și nu doar pentru că aflate în curs de redimensionare societățile în curs de dezvoltare, până la urmă pregătesc forță de muncă înalt calificată pentru economia societăților dezvoltate, dar și că resursele acestora și așa puține nu se reîntorc pentru a fi folosite la satisfacerea nevoilor și necesităților comunitare. Chiar dacă prezența EI rămâne a fi una puțin sensibilizată în societatea în curs de dezvoltare oportunitățile ei demonstrează că, tentativele instituțiilor universitare continuă să consume posibilitățile organizaționale și socio-economice ale mediului în care activează și ne semnificativ se implică în viața comunității.

Desigur, că pentru a fi utile și puse în practică produsele inovării în curricula universitară devin impetuos necesar studierea acesteia. În această ordine de idei, înțelegerea inovării este investigată și din perspectiva aducerii la suprafață nu doar cunoașterea aspectelor ce asigură consistența reperelor, dar și a necesarului de valorificare ale acestora în toate domeniile de activitate. Cu atât mai mult cu cât, reînnoirile din filosofiei demonstrează că valorificarea deschiderilor EI este cheia succesului pentru toate domeniile de activitate doar în condițiile în care se acceptă că acestea țin nu de societatea bazată pe cunoaștere, ci de Era Informațională. Or, abordarea epistemică a deschiderilor dau provocărilor de noi orizonturi dimensiunea viitorului la timpul prezent și ne semnificativ explicând că tendințele cu prezența manifestă peste întreaga realitate, inclusiv cea socială, doar formal diferite, deoarece în esența sunt interconectate, interdependente și interacționează. În acest sens, inovarea poate cel mai elocvent reflectă acest lucru, deoarece nu numai că le înglobează, le evidențiază ci și le pregătește

terenul. Teren care înseamnă de rând cu perpetuarea rezultatelor, în special reproductibilitatea celor științifice și umanizării digitale, dar strâns legat de cel al mediului ambiant.

De asemenea, se elucidează acțiunile societale după modul în care întinlesc cerințele conform cărora inovarea devine o componentă constantă și nu doar una declarativă. Este vorba de faptul că inovarea reprezintă nu doar finalitatea rezultatelor și a produselor obținute, dar ea înșiși este generatoare de reproductibilitatea acestora în condițiile în care îi sunt respectate cerințele. Cerințe la baza cărora se află și reperatele invocate au un caracter complexe și implementarea lor se impune a fi pe potrivă. Acestea doar la suprafață par a fi facil de abordat și valorificat, dar care de fapt denotă prezența unor profunzimi insuficient de cunoscute. În condițiile în care înseși cunoașterea devine vulnerabilă, chiar dacă s-ar părea că periodizările anterior invocate una culturală - Postmodernism și alta civilizațională - Era Informațională i-ar aduce mai multă revelație. Dar șirul continue deoarece nesemnificativ sensibilizată inovare/ inovațiile în dependență de fructificarea asigură perpetuarea patrimoniului umanității și civilizațiilor pe Terra.

Concomitent notăm că relația educație – inovare și vice versa este sub incidența redimensionărilor și recuperărilor. Este vorba de faptul că deschiderile generează procese total diferite de cele anterioare și reflectate de conexiunile acestora și la nivel individual și la cel comunitar. Printre procesele care se află în avangardă redimensionărilor se află cel educațional, de cercetare și conectate cu cel cultural. Redimensionări care înseamnă susținerea și atragerea simultan a părților, inclusiv aducerea complementarității în prim-plan. De asemenea că, atragerile catalizează răsturnările în scala priorităților unde nu partea ci complimentarul deține întâietatea, profilarea de situații care balansează mai mult spre incognoscibil decât cognoscibil. În această situație apelul la complexitate prin studii inter și multidisciplinare de rând cu implicarea și altor actori sociali se va menține fructificarea celorlalte forme ale cunoașterii (de rând cu cele științifice). Cu atât mai mult cu cât, conexiunile grație deschiderilor desemnează ascensiunea rolului comunicării structurale dintre participantele scalei priorităților responsabilă de valorificare și perpetuare. În această ordine de idei, un exemplu mai mult decât edificator din perspectiva realității sociale ține de redimensionarea dezvoltării și transformarea celei sociale din complimentară în una prioritară, începând cu anii 60 ai sec. XX, grație sporirii funcției publice a

științei, accesului la produsele obținute la interferența dintre cercetare - inovare și valorificarea acestora de actorii sociali [3, 4].

Evident prim-planul complementarității însoțit de o realitate pe potrivă, inclusiv socială înseamnă canalizarea eficientă și eficace a energiilor și fructificarea posibilităților. Discutăm aici de necesitatea înțelegerii acțiunilor ce se întreprind la toate nivelurile ierarhice ale mediului comunitar prin prisma fructificării noilor orizonturi. Deoarece fructificarea în sine se exteriorizează și devine direct proporțională modului în care mediul comunitar este/nu disponibil și pregătit de la instituții sociale, grupuri intra și interprofesionale până la membrii de rând ai comunității. Stare de fapt care conduce la solicitarea imperativului privind necesitatea sensibilizării actorilor sociali (instituții și membrii societății) de faptul că aceștia nolens volens sunt și captivii conexiunilor inter și extra cadru care le ajustează, dar și le înnobilează acțiunile în dependență de gradul lor de pregătire [5]. De asemenea că, aceste răsturnări de prim-planuri fac tot mai pregnantă importanța instituțiilor responsabile de pregătirea și disponibilitatea celorlalte în valorificarea eficace și profesională a specialiștilor, în special la capitolul inovării.

Cu siguranță condițiile respective sporesc obligațiile față de calitatea și disponibilitatea tuturor instituțiilor sociale și transnaționale, deoarece o nereușită dintr-un domeniu afectează nu doar domeniul propriu-zis, ci și pe celelalte. Este vorba de faptul că, conexiunile redimensionate axate pe niveluri multiple de la interconectări și intercomunicări intra și extra instituționale din interiorul și exteriorul societății până la cele cu caracter virtual. Astfel, pentru ași asigura calitatea perpetuă instituțiile sunt nevoite să investească mult mai mult în pregătirea și profesionalizarea continuă a angajaților. Investiții care înseamnă conectarea sistemică la inovare /inovații în elaborarea și implementarea nu doar în sistemul educațional și nu doar în curricula universitară, ci la toate nivelurile de organizare a ierarhiei sociale. Deoarece abordarea sistemică a inovării /inovațiilor ulterior fac diferența de la locul pe care instituția îl ocupă în raport cu celelalte organizații până la contribuții privind nivelul de satisfacere a nevoilor și necesităților mediului comunitar. În caz contrar organizația/organizațiile independent de gradul de conștientizare renunță la propria perpetuare, declinul i-a locul concurenței, în timp ce creionările noului care n-au suficient apreciate nu întârzie să se manifeste în alte organizații. Cu remarcă că, într-o organizație gen societate derapările de la abordarea sistemică în toate domeniile

de activitate, inclusiv cele legate de inovare /inovații provoacă declanșarea de procese dezintegratoare a mediului comunitar soldându-se cu scăderea standardelor de viață și migrația populației.

Continuând în aceiași cheie raportul inovare - educație este tratat și ca suport la eficientizarea înțelegerii conexiunilor manifeste în legăturile dintre aspectele care aduc consistență raportului respectiv. Deoarece aspectele raportului educație - inovare îmbracă și alte forme mai puțin cunoscute, dar facilitate de contextul EI. Totodată consemnăm că contextul EI de departe nu este fructificat pe potrivă la identificarea și cunoașterea surselor care le alimentează, inclusiv a căilor responsabile de asigurarea vivacității legăturilor. Și desigur colectarea reflecțiilor privind caracterul legăturilor care exteriorizează, interiorizează, dar și angajează interdependența/interacțiunea/intercomunicarea dintre aspecte și producerea reînnoirii fiecăreia dintre părți. Reînnoirea nu înseamnă renunțări la profunzimi sau repere valorice ci dimpotrivă cu cât mai deschise sunt în comunicare cu atât mai mult se apropie de celălalt și deopotrivă contribuie la edificarea interconexiunilor, interdependențelor și interacțiunilor dintre aspecte invocate. Ceea ce în consecință diminuează aparențele-eveniment și le dezvoltă pe cele sistemice.

Desigur reînnoirile în acest raport din cadrul studiului furnizează și contribuțiile care se aduc și tradițiilor filosofiei și propriului domeniu. În această ordine de idei, investigarea s-a îndreptat spre nivelul universitar al raportului inovare - educație. De ce? Deoarece acesta reprezintă piatra filosofală în valorificarea deschiderilor EI odată cu perpetuarea reînnoirilor și în sistemul educațional, în special cel universitar. Or, acțiunile instituțiilor în cadrul procesului educațional nu fac altceva decât să faciliteze și susțină motivarea și apropierea beneficiarilor de căile ce conduc la familiarizarea și formarea de abilități privind ...intrarea în posesia unui limbaj, a unei cunoașteri, a unei tehnici și aceasta în cadrul unui învățământ și prin el nu înseamnă altceva decât a intra în posesia de sine...devine actul propriu al celui care înțelege...dobândirea cunoașterii nu este decât o condiție pentru crearea de cunoașteri noi[2, p.217]. Astfel, modul de raportare ale instituțiilor/universităților la provocările inerente ale EI de la logistică, curricula până la parteneriatele cu actorii sociali condiționează atât pregătirea celor ce vor crea noi cunoștințe, cât și caracterul acestora. Altfel spus, instituțiilor/universităților în EI li se cere de rând cu disponibilitatea instituțională creionarea de paliere care facilitează elaborarea de curriculum în

care clusterul educație – știință – inovare să depășească inovare-eveniment și să se îndrepte spre inovare – capacitate – sistem.

În acest sens, cea mai succintă radiografie a modului în care se desfășoară procesul educațional evidențiem prezența masivă a curriculei inovare-eveniment. Vorbim de amploarea pe care a luat-o tendința de a ..limita cunoștințele la cele care vor fi efectiv puse în practică. Or, prin exercițiul repetat și al transmiterii cunoștințelor, învățarea îl face pe cel care beneficiază de ea apt pentru un anumit număr de activități, pentru perfecționarea acestora, precum și pentru dobândirea de dispoziții noi...cu cât este mai ridicat nivelul acestui învățământ, cu atât mai mari sunt opțiunea și numărul de “debușeuri” oferite [1, p.223]. Cu toate că, formal se susține că accentul se pune pe inovare-capacitate-sistem. Un exemplu deloc de neglijat ține de Procesul de la Bologna și aplicarea acestuia în realitatea socială pe segmentul european. Conform dezideratelor enunțate procesul dă un nou impuls educației și o aduce la cerințele și necesitățile societății contemporane. Dar dincolo de declarațiile formale trecerea la implementare și aplicat în diferite comunități deja au evidențiat mai multe neconcordanțe, deoarece axat pe pregătirea profesională se viciază componenta de cultură generală a viitorului specialist. Asistăm la perpetuarea tot mai mult la neglijarea caracterului umanist al curriculei, unde disciplinele acestui domeniu sunt trecute de la capitolul fundamental la cel opțional.

Drept exemplu, efectele procesului invocat în realitatea societății Republica Moldova. Societate, ea singură în curs de formare, fiind la etapa inițială de transformare a părții în întreg a acceptat prin instituțiile reprezentative cu prea multă ușurință implementarea Procesului de la Bologna. În această ordine de idei, menționăm că implementarea s-a început contrar faptului că pregătirile pentru demarare nu fuseseră totalmente încheiate. Rapiditatea cu care s-a acceptat nu arareori dau senzația unui act politic/politicianist, decât unul socio-cultural. Astfel, activitățile nefinalizate ale acțiunii, pe parcurs au adus la suprafață renunțări impardonabile. Vorbim de limitarea de cunoștințe care vor fi efectiv puse în practică, dezintegrându-le de partea social-umanistă. Asistăm la abolirea științelor filosofiei și minimalizarea celor sociologice în curricula universitară. La o distanță de aproape trei decenii de la Declarația de Independență procesul educațional, inclusiv la nivel universitar din societatea Republica Moldova disciplinele filosofice și cele sociologice sunt o prezență net inferioară în raport cu de-

schiderile Ei chiar dacă implementăm sârguincios Procesul de la Bologna. Această contradicție face ca instituțiile universitare cu toate că sunt parte a comunității și consumă bunurile ei, nu înzestreză tinerii cu cunoștințe reale despre om și mediul propriu în care locuiesc și unde urmează să-și pună în valoare capacitățile lor adâncesc discrepanțele. Discrepanțe care cumulate cu crizele din care așa și nu s-a ieșit formează la cei tineri motive serioase de a se realiza pe sine în afara societății. Diminuarea componentei umaniste din ambianța criteriilor de pregătire a profesioniștilor surpă și calitatea curriculei universitare, deoarece în mare disciplinele enunțate au fost eliminate și la nivelul pregătirii preuniversitare. Și nu în ultimul rând că, actuala piață de desfacere cere capacitate sistemică atât de la profesioniști, cât și de la produsul finit al instituției, inclusiv celei universitare.

Bibliografie

1. Henry M. Barbarie. Iași: Institutul European, 2008. 261 p.
2. Huntigton S. Ciocnirea civilizațiilor și refacerea ordinii mondiale. București: Editura Humanitas, 1997. 232 p. Iancu Șt. Societatea cunoașterii necesită gândire. www.cogito.ucdc.ro/
3. Pascaru A. Societatea bazată pe cunoaștere: realități și perspective. În: Descentralizarea axiologică în societatea bazată pe cunoaștere? Chișinău: Tipografia Centrală, 2015. 216 p.
4. Taylor Ch. Societatea în era pluralității. Project Syndicate/Institute for Human Sciences, 2010 www.project-syndicate.org
5. Salavăstru C. Critica raționalității discursive: o interpretare problematologică a discursului filosofic. Iași: Editura Polirom, 2001. 216 p.

TWO CONCEPTS OF PUBLIC HEALTH CARE

B.I. Ostapenko, PhD

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine

ДВЕ КОНЦЕПЦИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Introduction. Approach to public health care raises question of feasibility to provide medical care to all members of society. Challenges to consider are financial burden and logistic complexity ad to the medical education convolusion. Furthermore, technological innovations elevate the scope of confront. Moreover, growth of elderly population increases all issues into

obscurity. These enquire several questions to consider. How to finance so much growing aged populace from the limited economically viable income producers? How to provide logistic to deliver health care to so many people with limited mobility? How to warrant medical education overcoming challenging intellectual and financial demands for the scholars while confronting easier and financially very competitive other professional offers? How to deliver innovative avant-guard, that is breakthrough and leading, medical technologies on demand to each and every patient as the cost is skyrocketing? The threatening issues may compromise viability of whole public health care system that set the question what qualitative concept to the public health care should be considered attainable?

Analysis of motivation. Before resolving all the challenges into the viable efficient solution the whole matter of the public health care should be assessed over conceptual level. Within all concepts of health care there are two that qualitatively describe approach to public health. The first concept is the public health care as a privilege that is considered available at premium to the financially capable societal. The second concept is the public health care as a universal public good provided by the society to all its members. Which of the notion is more desirable? To what extend are these concept resolvable and viable?

Looking back to the history of health care we can confirm predominance of the public health care as a privilege from dawn of civilization till the end of XIX for some leading nations and well into late XX for the most countries, while even to XXI centuries for few countries, among which is USA. Availability of professional medical care at its technological best for the time was irregular privilege of the few of the better off. Even upper social classes were dependant on the actual financial possibility at hand rather than secured by the societal status provision. While a privilege, medical care long thought as a desirable social good great to be attainable for at least the proper members of society. However, for the centuries access to the medical doctor and professional medical care was dismal affair for majority of population. There was charity medical care available occasionally on behave of almost heroic physicians who provided medical service for the pure people. These good willing medical doctors deserve tribute. Though that was non-systematic and sporadic thus was not affecting whole picture of the public health. Epidemics, high infant mortality, short life expectancy

and systematic health deprivation were typical and while more so for the non privileged classes it reached upper privileged societal of the nature of infected water, air and food disease contamination. There was no way for the privileged to isolate themselves from the systematic unhealthy general public. Here is a ground for the demand of universal public health care system that shield society from epidemics, elevates life expectancy to genetically determined limit, strengthen productive capacity of work forces and terminate gruesome saga of maternity of constant losses of newborn life. Health care became recognised as a strategic weapon of human capital and precondition for competitive successful nation: “In this 70th anniversary year, WHO is calling on world leaders to live up to the pledges they made when they agreed on the Sustainable Development Goals in 2015, and commit to concrete steps to advance #HealthForAll. This means ensuring that everyone, everywhere can access essential quality health services without facing financial hardship” (Universal Health Coverage (UHC) and World Health Day, 2018).

Civilizational success of any nation indeed depends on public health care (Health, 2018). Abolition of universally attainable comprehensive and obligatory for whole population systematic medical care fetches degradation of public health challenging prospective of national survival. Abolition of universal free health care can be observed in East Europe, Caucasus, and Central Asia. Freely available and obligatory enforced universal populous vaccination has been a good standard in past though become a financial privilege while dependant on cultural advancement or personal prejudice choice. Public health in these regions defined not by modern scientific knowledge and innovative health care technologies but rather depend on least common denominator of uneducated ignorant philistines. This set public care a hostage of the least capable and most destructive sociopaths would it be a man or a woman or a mother of unfortunate child. Here we observe lack of national appreciation of universal health care and return to health care system as a privilege with long term negative consequences for national and personal human capital. Unreasonable expectation to isolate itself and own family from endemic resurrection of many infectious diseases strike back everyone and whole society. Ignorant expectations of “national elite” to stay above the pure and the unfortunate collide with relentless infections which is so disrespectful to upper classes and social boundaries.

This was learned hard by the previous centuries generations who recognised the danger to ruling classes from pure public health condition that breakthrough the social barriers and overwhelmed even monarch families' shields. The monarchs' children got infectious diseases and lost their life despite all privileges, best systematic family access to personal medical care, best sanitary and prophylactics. They were much better off but still suffering systematic losses from diseases spread within common people. The gruesome list of monarchs and their family's' members died from contagious diseases is so long that here we display only few victims from different époque and nations to assert this notion: Ramses V of Egypt died in 1145 BC of smallpox (Koplow, 2003); Peter II of Russia died in 1730 of smallpox (President, 2015; Соловьёв, 1999); Louis XV of France died in 1774 of smallpox (Michel Antoine, 1989, p. 986). Learning attained.

It is important to highlight role of the leading medical professionals who pointed scientific and social attention to the essence of public health care to each individual. It is impossible overestimate leading role of medics and biologists for developing scientific proof and social awareness over individual reliance on public health. Louis Pasteur (Vallery-Radot, 1919, p.332), Ilya Mechnikov (Ilya Mechnikov, 2015) to name the few privileged leaders to gain scientific and social award appreciation. With successful convincing of the scientific society and general public about existence of infectious diseases bacteria elitist believe that pure public health is a problem of those beyond their property fence crashed to oblivion. That reasonable universal health trepidation had come to avail public health care.

Human compassion to those at disadvantage, to the pure in need, to the mothers at the funeral of their newly born infant, to the unfortunate neighbours and the colleagues contracted contagious disease comprise significant and sustain motivation of spiritual leaders of society for many generations. Human capacity to feel for the other people pain and suffering equip human beings with strong force to help, to search for better social and medical care, to better organize society in needs. This commiseration has being expressed in music and literature, poetry and art, charity and religious practices, moving people to transform their society, to gain social attention, to organize systemic and institutes health and palliative care.

Combined force of the trepidation and compassion strengthen individual, family, commons and elite attitude transformation in favour to

recognize public health care as essential universal social necessity whilst privilege is not. As publicly expressed by His Holiness Pope Francis and World Health Organization Director-General: “Health is a right and not a privilege” (HH Pope Francis, 2018).

Analysis of possibilities. General social recognition of the public health care as essential universal social good placed and continue consign a questions of financial, social, logistic and education possibility to provide professional medical care in effective and attainable manner (Universal health coverage, 2018).

Fiscal burden of health care system is a significant challenge on any national economy. To achieve pecuniary attainability the economy should reach sufficient productivity level to generate ample surplus for the public goods expenditure. Among public goods there are universal school education and public health care system. Such sufficient economic productivity had been achieved by leading economies at the end of the XIX and beginning of XX centuries. Even long before economic viability societal and government efforts to organize systematic and gradually universal health care system had taken place. For example, zemskaja medical system in Russian Empire from 1864 gradually developed from regionally self governed to regional and central governance support towards establishment of General Directorate of Public Health, carrying the rights of the ministry in 1916. Already since 1880 free medical care services became available at regional medical facilities. During 1860th and more since 1890 central government had provided subsidies for regional medical facilities and services systematically increasing financial support. Also continues efforts have been conducted for various methods of vaccination from smallpox in England, Germany, France, Russian Empire etc. Thus, by 1800 approximately 2 million inoculations were administered in the Russian Empire, including Catherine the Great, her son Pavel, her great sons Alexander and Konstantin (Massie, 2011, pp387-388).

By the end of XIX century public demand and elite awareness reached point of public attitude and social policy transformation. First, it affected Russian Empire and the Soviet Union. After the Second World War majority of European nations had implemented universal health care. Most civilized nations reached professional and social agreement on decisive necessity of medical care as the universal public good. In XXI century we can

undeniably admit that all scientific, social and economic preconditions for the implementation of the concept of health care as a universal public good are met. Now political organizing efforts should emerge upon public awareness over mutual interdependency of elite, the commons, families and individuals who rely on the public health care universal sustained performance. The nature of infectious diseases tells that only one ill individual may compromise well being of so many when life threatens very many people from various social strata and life style. Lessons attained and remembered.

Conclusion. Sustained national and individual development is only attainable with implementation of universal free health care that is now admitted on the most respectful international level. “Global support for universal health coverage is gathering momentum, with the unanimous adoption of a resolution in the United Nations General Assembly that emphasizes health as an essential element of international development” (Health, 2018). And then it is asserted that “Health is an important cross-cutting policy issue in the international agenda, as it is a precondition and an outcome and indicator of all three dimensions of sustainable development. The resolution calls on Member States to adopt a multisectoral approach and to work on the social, environmental and economic determinants of health to reduce inequities and enable sustainable development” (Health, 2018).

While so “At least half of the world’s population still do not have full coverage of essential health services. About 100 million people are still being pushed into “extreme poverty” (living on 1.90 USD or less a day) because they have to pay for health care. Over 800 million people (almost 12% of the world’s population) spent at least 10% of their household budgets to pay for health care. All UN Member States have agreed to try to achieve universal health coverage (UHC) by 2030, as part of the Sustainable Development Goals.” (Universal health coverage. Key facts, 2018.).

Also World Health Organization provide own vision on the concept of universal health care: “Universal health coverage means that everyone has access to quality health services that they need without risking financial hardship from paying for them. This requires a strong, efficient, well-run health system; access to essential medicines and technologies; and sufficient, motivated health workers. The challenge for most countries is how to expand health services to meet growing needs with limited resources” (World health report, 2013).

These thorough citation provided to demonstrate international recognition of the concept of public health care as the universal health care public good, as “a right and not a privilege” (HH Pope Francis, 2018). This affirms significant international and national efforts to implement universally attainable public health care for all human being that definitely invites East European nations to set the goal and join international efforts to provide universal health coverage for everyone. Therefore, public health care ought to be the universal public good for the nation consider itself civilized.

Bibliography

1. Health: essential for sustainable development. WHO website. URL: http://www.who.int/universal_health_coverage/un_resolution/en/ (accessed on October 29, 2018).
2. HH Pope Francis and WHO Director-General. WHO website. URL: <http://www.who.int/news-room/detail/23-10-2018-hh-pope-francis-and-who-director-general-health-is-a-right-and-not-a-privilege> (accessed on October 29, 2018).
3. Ilya Mechnikov - Biographical". Nobelprize.org. Nobel Media AB. Retrieved 16 March 2015.
4. Koplow, David (2003). *Smallpox: The Fight to Eradicate a Global Scourge*. Berkeley and Los Angeles, CA: University of California Press. ISBN 978-0-520-23732-2.
5. Massie, Robert K. (2011). *Catherine the Great: Portrait of as Woman*, pp. 387–388. Random House, New York. ISBN 978-0-679-45672-8.
6. Michel Antoine. *Louis XV*. Fayard, 1989. France. 1053 p.
7. *President Abraham Lincoln: Health & Medical History*. 24 March 2007. Retrieved 18 June 2007.
8. Universal health coverage (UHC). Key facts. WHO website. URL: [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) (accessed on October 29, 2018).
9. Universal Health Coverage (UHC) and World Health Day. WHO website. URL: http://www.who.int/universal_health_coverage/en/ (accessed on October 29, 2018).
10. Vallery-Radot, René (1919). *The Life of Pasteur*. Translated by Devonshire, R. L. London: Constable & Company, p.332.
11. World health report. Main messages from World health report 2013: Research for universal health coverage. WHO website. URL: <http://www.who.int>

who.int/whr/2013/main_messages/en/ (accessed on October 29, 2018).

12. Соловьёв С.М. Глава вторая. Царствование императора Петра II Алексеевича. История России с древнейших времён. Т. 19. Кн.10: История России с древнейших времен. Т.19-20. Отв. ред.: Копцова В.В. М.: Голос; Колокол-Пресс, 1999. 781 с.

CUNOȘTIŢE ȘI OPINII DESPRE IMPORTANȚA BIOETICII ÎN SISTEMUL SOCIOMEDICAL AUTOHTON: STUDIU EMPIRIC

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

Daniela Rusnac, asist. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

KNOWLEDGE AND OPINIONS ABOUT THE IMPORTANCE OF BIOETHICS IN THE MOLDOVAN HEALTH SYSTEM: EMPIRICAL STUDY

This article is based on the results of an empirical study conducted by the Department of Philosophy and Bioethics of SUMPPh „Nicolae Testemițanu”, with in the project „Promotion and practical implementation of the medical bioethics in the Republic of Moldova”. This study reflects health workers know ledge and opinions about bioethics in the local public health system.

Progresul științifico-tehnologic a favorizat accelerarea dezvoltării medicinei începând cu a doua jumătate a secolului XX. Medicina a reușit, pe de o parte, să acumuleze experiențe de succes în tratarea multor boli, în „gestionarea” și îmbunătățirea vieții umane, iar pe de altă parte, știința și practica medicală, fascinate de cercetarea și progresul lor, într-o oarecare măsură și-au pierdut latura umană, morală și scopul nobil de ajuta și diminua suferința. Aceasta se reflectă prin apariția problemelor și a dilemelor morale care au vizat căutarea unei orientări în lumea valorilor umane nu numai pentru cercetători, biologi sau medici, ci pentru toată societatea. Într-o astfel de situație istorică apare bioetica, domeniu interdisciplinar capabil să unească valorile etice prin dialogul dintre științe și să evite sau cel puțin să diminueze confruntarea dintre tehnologiile contemporane din domeniul biologiei, medicinei și cercetării, precum și din filosofie și etică.

Pe parcursul dezvoltării bioetica a fost interpretată în mai multe accepțiuni de către mai mulți autori: Fritz Jar (1927), Van Rensselaer Potter (1970), Andre Hellegers, T.L. Beachampși J. F. Childress (1977). În acest context ev-

identifiem doar câteva definiții ale bioeticii care redau problematica acestei discipline. 1. Bioetica evaluează moralitatea acțiunilor umane atât în industria biomedicală, cât și în sistemul de sănătate, în conformitate cu normele și valorile morale [1, p.6]. 2. Bioetica contribuie la rezolvarea problemelor morale în societatea contemporană: Bioetica este studiul problemelor etice și sociale generate de biotehnologii [2, p.3]; 3. Bioetica este o nouă disciplină care combină cunoașterea biologică cu cea a sistemului de valori umane. Bioetica este „știință supraviețuirii” [3, p. 9-39]; 4. Bioetica a fost o creație a timpurilor. A fost zămisliță ca un răspuns dat noilor tehnologii în medicină, dar gestația ei s-a realizat într-o cultura sensibilă la anumite dimensiuni etice, în mod special la drepturile indivizilor și la abuzurile suferite din partea unor instituții puternice [4, p. 1-15].

În Republica Moldova bioetica din momentul apariției, de aproximativ două decenii, s-au înregistrat progrese apreciabile în plan teoretic privitor la acceptarea, organizarea, aprofundarea și diversificarea investigațiilor în acest domeniu, implementarea cunoștințelor în rândurile studenților de la USMF „Nicolae Testemițanu”, în mediul științific și cel medical.

Prezentul studiu vine să susțină noile reforme din sistemul medical autohton și politicile publice de îmbunătățirea calității asistenței medicale prin oferirea cunoștințelor relevante și valide despre bioetică și bioetica medicală pentru fortificarea sănătății, oferirea suportului științific și asigurarea securității sănătății populației.

Scopul studiului a fost stabilirea nivelului de cunoștințe de/despre bioetică în rândul specialiștilor din medicină din Republica Moldova și acțiunilor corespunzătoare în vederea implementării principiilor bioetice în practica medicală.

Metoda de selectare a participanților a fost aleatorie, dar reprezentativă pentru R.Moldova, chiar dacă sondajul nu a inclus și Regiunea Transnistreană. Cercetarea a fost efectuată în baza unui studiu de tip cantitativ și calitativ, în rândul specialiștilor din domeniul medical, bazat pe un chestionar administrat de către colaboratorii catedrei de Filosofie și Bioetică a USMF „Nicolae Testemițanu”. În studiu au fost intervievați 456 de medici și asistente medicale, selectați aleatoriu, dintre care 149 bărbați și 307 femei. Vârsta participanților a fost între 21 și 74 ani. Rezultatele sondajului sunt reprezentative pentru segmentul de specialiști cu studii superioare și studii superioare incomplete în medicină (școli medicale, colegii).

Primii șapte itemi ai chestionarului (din 16 în total) au fost elaborați pentru a investiga părerile lucrătorilor medicali din sistemul autohton de sănătate referitor la cunoașterea bioeticii și contribuirea acesteia la îmbunătățirea calității serviciilor medicale.

La îndeplinirea/completarea chestionarului s-au respectat principiile etice de realizare a studiilor de acest gen și anume: participarea voluntară în baza consimțământului informat verbal, asigurarea confidențialității și a anonimatului respondenților. Datele colectate vor contribui la identificarea și rezolvarea pozitivă a conflictelor medic-pacient, medic-medic, medic-societate, la luarea deciziilor morale bine întemeiate, la soluționarea corectă a dilemelor etice.

Respondenții din municipiul Chișinău au constituit 13,60%; din municipiul Bălți 2,19%; partea de Nord – 26,10%; Centru – 29,82% și Sud – 28,29%. Raportul de participare a medicilor față de asistentele medicale este de $\approx 1:5$. Din cei 456 de participanți în studiu, specialiști cu studii superioare au fost – 80,04% (dintre care 60,75% - medici cu profil terapeutic și 39,25% - cu profil chirurgical), iar asistente medicale – 19,96%.

La primul item - Ce înțelegeți prin noțiunea de Bioetică?, participanților li s-a propus să aleagă din 6 definiții pe cea care o consideră mai corectă. Astfel, majoritatea respondenților (fig.1) 62,94% au optat pentru faptul că bioetica este ramură a eticii aplicate ce studiază problemele morale legate de progresul medicinei și biologiei, 50,44% au ales varianta de răspuns că bioetica este o atitudine morală față de tot ce este viu, 42,32% consideră bioetica o știință a reglementării activității biomedicale, 38,60% dintre respondenți cred că bioetica este un mod de viață a omului definit de interacțiunea și responsabilitatea în relația cu lumea vie, 27,71% - aceasta este o modalitate a intervențiilor omului asupra lumii vii, doar 3,07% dintre respondenți consideră că bioetica este orientarea culturii spre utopiile umanitare. Astfel putem conchide că medicii din Republica Moldova înțeleg prin noțiunea de bioetică mai mult o bioetică medicală, adică bioetica în sensul ei îngust.

La întrebarea B2 - Cum credeți, exista deosebire între bioetică și bioetica medicală?, (fig.2) 42,76% dintre participanți au răspuns că există deosebire, 41,23% au afirmat că nu există deosebire, iar 16,01% dintre respondenți nu au știut cum să răspundă. Prin urmare nu este mare diferența dintre cei ce afirmă și cei ce infirmă această constatare. Deci trebuie, totuși să fie orga-

nizate oarecare treninguri cu tematică bioetică unde să fie clarificate aceste

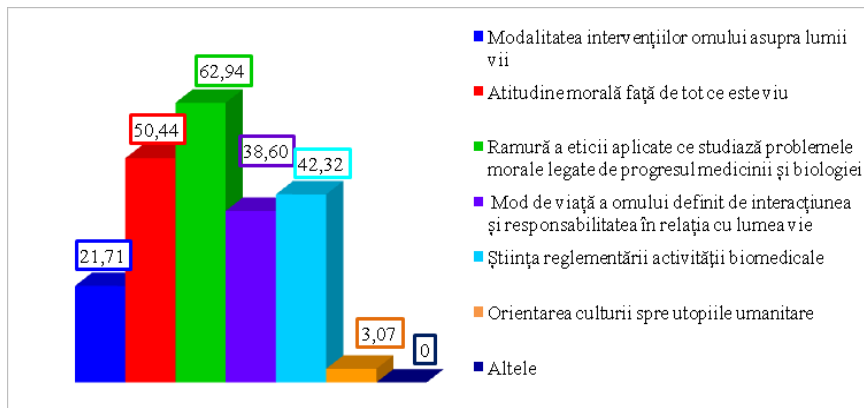


Fig. 1 Pondere a persoanelor care au interpretat ce înțeleg prin noțiunea de Bioetică, %

noțiuni. Pentru a face o delimitare a acestor două trasee remarcăm faptul că în literatura științifică bioetica este înțeleasă în două sensuri: larg și îngust. În sens larg bioetica este un câmp de studiu științific sistematic, pluralistic și interdisciplinar care abordează teoretic și practic problemele morale generate de medicină și științele vieții în raport cu omul și relațiile omului cu biosfera. Iar bioetica (etica biomedicală), tratată în sens îngust, este studiul valorilor etice și morale din perspectiva progreselor medicinei și analiza controverselor etice ce apar în practica medicală modernă [5,p.33].

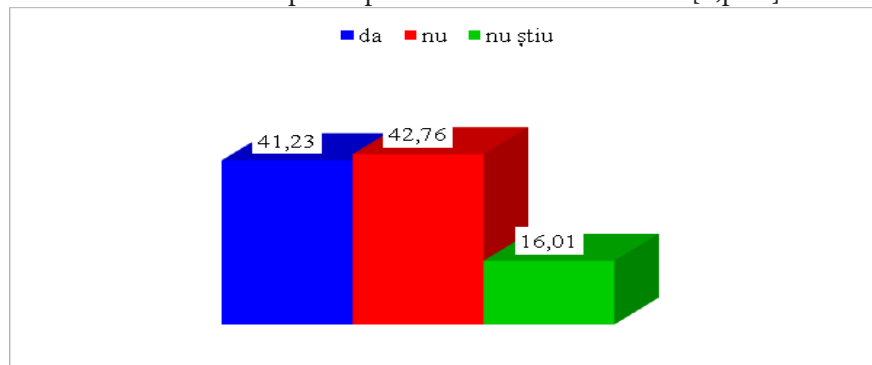


Fig. 2 Pondere a intervievaților care cred că există deosebire între bioetică și bioetica medicală, %

În itemul B3 participanții au trebuit să argumenteze propria viziune - Dacă considerați că există deosebire între bioetică și bioetică medicală Argumentați răspunsul. La această întrebare ponderea persoanelor a fost doar de 24,1%. Răspunsurile au fost diverse, incomplete, neargumentate, unele chiar neîntemeiate. Dar printre acestea găsim și specialiști care dau dovadă de cunoștințe profunde în materie. Concluzionăm că rezultatul căpătat denotă lipsa de instruire și de cunoștințe suficiente din domeniul bioeticii a lucrătorilor medicali din spațiul autohton.

Itemul următor, B4. (fig.3) respondenții au avut de ales mai multe variante de răspuns la întrebarea - aprecierea cu privire la rolul bioeticii în societate. Analizând situația la zi menționăm că rolul bioeticii este de a proteja viața și sănătatea umană, deoarece această variantă de răspuns o plasează pe locul întâi cea mai mare parte a respondenților - 60,53%, sporirea calității serviciilor medicale - 58,11%, 55,70% - dezvoltarea conștiinței morale a populației, 52,41% dintre răspunsuri se referă la educarea moral-spiritu-ală a populației, un alt rol al bioeticii în societate este apreciat cu 26,75% și este acela de a menține sub control imixtiunea progresului tehnico-științific în sfera medicală, cel mai mic rol - cel de a reglementa activitatea socială a fost apreciat cu 22,81%.

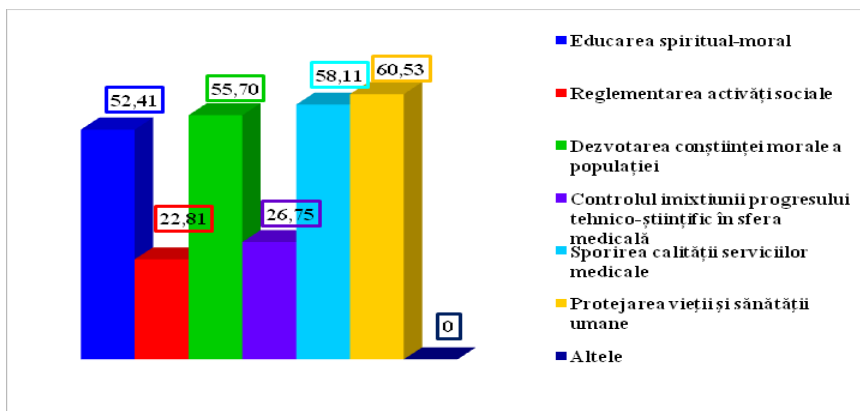


Fig. 3 Procentul celor ce au apreciat rolul bioeticii în societate

O altă întrebare, la care respondenții au fost rugați să răspundă și să aleagă mai multe variante de răspuns, este cea ce ține de necesitatea cunoștințelor bioetice unui lucrător medical. Din 6 variante de răspuns, cel mai mare procentaj a obținut prima variantă și anume 61,84%, pentru

soluționarea dilemelor morale apărute în practica clinică - 60,96%, pentru formarea responsabilității morale - 57,24%, pentru rezolvarea problemelor apărute în contextul medicinei moderne - 50,22%, pentru creșterea nivelului profesional - 48,25%, pentru umanizarea medicinei - 40,57%. Prin urmare se confirmă faptul că cunoștințele din bioetică sunt indispensabile pentru activitatea practică a lucrătorilor medicali (fig. 4).

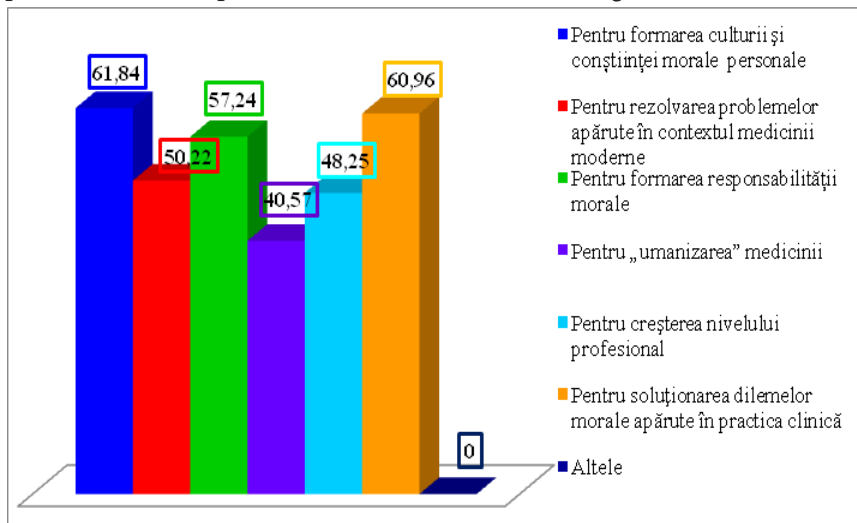


Fig. 4 Ponderea răspunsurilor de ce îi sunt necesare unui lucrător medical cunoștințe de bioetică, %

Pentru a determina - Care este pentru dumneavoastră modalitatea cea mai potrivită de obținere a cunoștințelor de bioetică?, itemul B9, persoanele chestionate au răspuns, prin o pondere mai mare de procente, că cea mai potrivită sursă de căpătare a cunoștințelor din bioetică sunt cursurile speciale din cadrul stagiilor de perfecționare, constituind - 63,4%, următoarea sursă - este literatura din domeniul bioeticii - 48,0%, succesoarea, fiind - training-urile oferite de ONG-uri - 31,1%. Autoinstruirea (26,1%) și participarea la evenimentele socio-științifice - 24,3% au fost clasate pe ultimul loc în topul preferințelor, deoarece insuficiența de timp și suprasolicitarea lucrătorilor medicali din țara noastră nu le permit să apeleze la aceste surse.

La întrebarea B12 respondenților li s-a propus să aleagă răspunsuri considerate de ei cele mai importante pentru necesitatea cunoașterii și implementării principiilor bioetice (variantele posibile fiind consemnate în

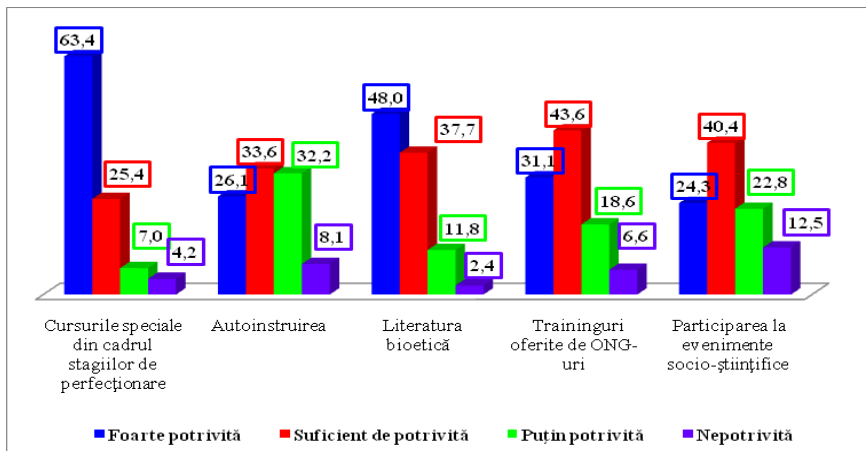


Fig. 5 Care este pentru dumneavoastră modalitatea cea mai potrivită de obținere a cunoștințelor de bioetică, %

item). Răspunsurile au fost repartizate proporțional după cum urmează: 73,90 % au optat pentru promovarea principiilor morale în activitatea medicală, 68,42% - respectarea drepturilor pacientului, 59,21% - pentru a activa mai eficient în domeniul medicinei, 58,33% - pentru a respecta drepturile medicului/personalului medical, 53,95% - respectarea legislației în vigoare

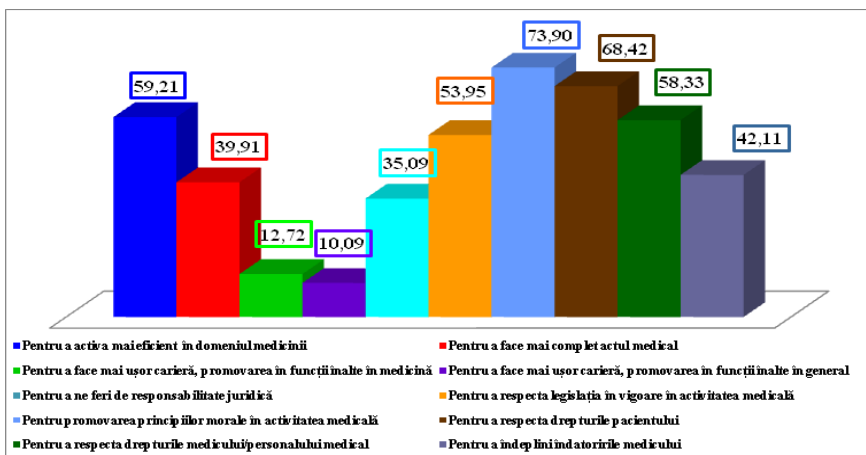


Fig. 6 De ce sunt necesare cunoștințele și implementarea principiilor bioetice? (mai multe răspunsuri posibile), %

în activitatea medicală, 42,11% - pentru a îndeplini îndatoririle medicului, 39,91% - pentru a face actul medical mai complet, 35,09% - pentru a oferi protecție juridică, 12,72% - pentru a face mai ușor carieră, promovarea în funcții înalte în medicină. Cea mai mică pondere de 10,09% a obținut varianta de răspuns-pentru a face mai ușor carieră, promovarea în funcții înalte în general (fig. 6).

Concluzii. Studiul scoate în evidență faptul că lucrătorii medicali din arealul autohton au unele cunoștințe teoretice despre bioetică, dar nu suficiente. Din această cauză considerăm că sunt foarte adecvate studiile de bioetica la universitate, unde se învață teoria de bază, unde se primesc cunoștințe fundamentale în filosofie, etică și bioetică. De asemenea tindem să credem, că aceste cursuri ar trebui să fie mai mult promovate și în colegiile medicale, să se acorde o mai mare atenție implementării acestor cunoștințe în practica de zi cu zi a lucrătorilor medicali. Deoarece majoritatea respondenților au exprimat dorința de a primi mai multe cunoștințe de bioetică la cursurile speciale din cadrul stagiilor de perfecționare, ar fi binevenit ca un specialist din domeniul bioeticii să analizeze inovațiile din domeniul medical, metodele noi de diagnostic, de examinare, de tratament etc. prin prisma principiilor bioetice cu scop de a umaniza medicina contemporană și de a sesiza aspectul moral în practica medicală autohtonă.

Bibliografie

1. Reich W. T. (editor). Encyclopedia of Bioethics. 5 Vol . 1-st edition. New York: The Free Press, 1978. 517 p.
2. Talbot Mariane. Bioethics: an introduction. Cambridge: Cambridge University Press, 2016. 464 p.
3. Поттер ВанРанселер. Биоэтика: мост в будущее. Под ред. С.В. Вековшиной, В.Л. Кулиниченко. Киев: Видавецъ, 2002. 216 с.
4. Jonsen A. R. The Birth of Bioethics. Special Supplement. Hastings Center Report. 1993. In: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.2307/3562928> (accesat: 09.10.2018).
5. Țîrdea Teodor N. Bioetica: Teorie și practică: Suport de curs. Chișinău: Medicina 2016. 224 p.

DERIVE ETICE ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE DIN ROMÂNIA

Maria Aluaș, Assist. Professor, PhD,

Iuliu Hațieganu University of Medicine and Pharmacy, Center for Bioethics, Babes-Bolyai University, Cluj-Napoca, Romania, Legal Advisor to the Order of Physicians, Alba County, Romania

ETHICAL ISSUES IN HEALTH CARE SYSTEM IN ROMANIA

Physicians are facing, more and more often, with ethical issues in their day-by-day practice. The clear emphasis of these issues could lead to appropriate actions and, implicitly, to the improvement of the medical acts.

Introducere. Dintr-o analiză sumară a tabloului mediatic doar al ultimelor luni rezultă că sistemul sanitar din România este unul în derivă. Practici medicale încetățenite de decenii sunt denunțate, zilnic, de pacienți, aparținători sau cadre medicale pe toate rețelele sociale și mediatice. Mass-media prezintă cazuri șocante, extreme ce creează temeri în rândul populației cu privire la medici și la actul medical. Aparținători care depun plângeri contra medicilor și care amenință medicii și cadrele medicale cu denunțuri în mass-media sau în instanțele de judecată. Pacienți care se tem că nu vor fi tratați corespunzător de către medici. Medici care trăiesc zilnic cu teama că vor fi sancționați, indiferent ce ar face. Pare o scenă în care ar fi toți contra toți.

Metodologie. Acest material este rezultatul unor discuții, sub forma unor focus-grupuri, realizate cu trei grupuri de rezidenți (cardiologi, oncologi și radiologi), în timpul efectuării stagiului lor de Bioetică. Scopul acestor discuții a fost acela de a evidenția percepția tinerilor medici cu privire la principalele derive etice cu care se confruntă medicii în sistemul medical din România, din perspective acestor tineri medici. Întrebările au fost grupate în patru categorii: derivele etice/conflictele pe care le întâlnesc curent în practica medicală; factorii/cauzele care au determinat aceste derive; identificarea cuiva/ceva care generează sau perpetuează aceste cauze; și soluțiile pentru a înlătura cauzele care produc aceste derive în practica medicală.

Motivul pentru care studiul a fost făcut cu rezidenți și nu cu medici sau alți subiecți este acela că ei par să fi mai neutri decât medicii implicați în gestionarea cazurilor clinice și în situațiile dificile ale practicii medicale curente. Participanții noștri nu sunt încă direct implicați în luarea deci-

zilor, dar au o bună familiaritate cu practica medicală și cu problemele zilnice ale sistemului medical din România.

Grupurile de rezidenți care au participat la studiu sunt la finalul pregătirii lor, în ultimele două săptămâni de program de rezidențiat, practic sunt deja medici specialiști. Au fost aleși din două motive: 1) datorită faptului că au deja o experiență serioasă în practica medicală; 2) pentru că sunt cele mai mari grupuri de rezidenți (aproximativ 25 de rezidenți în fiecare grup). Considerăm că datorită experienței lor și a faptului că în câteva săptămâni vor fi expuși direct acestor probleme, vor lua propriile lor decizii, asumând responsabilitatea faptelor lor, aceste grupuri ar putea, cel mai bine, să ne ofere o perspectivă largă și informată cu privire la problemele etice identificate în sistemul medical din România, cauzele lor și posibilele soluții.

Participanții la focus grupuri au participat împreună cu colegii lor, medici rezidenți în aceeași specialitate. Au fost organizate trei sesiuni diferite, cu: cardiologi, oncologi și radiologi. Au fost întrebați care sunt problemele etice cu care se confruntă medicii în sistemul de sănătate din România, în percepția lor proprie. În acest context „problemele etice în sistemul de sănătate” se referă la situații dificile, confuzii, interpretări greșite care au legătură cu un comportament etic și care pot produce consecințe asupra pacienților, direct sau indirect. Participanții au răspuns oral la aceste întrebări, au introdus teme noi sau au nuanțat sau aprofundat răspunsurile colegilor lor, sau au furnizat exemple cu scopul de a ilustra problemele etice.

Sesiunile au fost înregistrate. Apoi, au fost transcrise răspunsurile lor. S-a făcut o listă cu toate răspunsurile și cu problemele evidențiate de participanți. S-au clasificat zece teme care au fost evidențiate de majoritatea participanților. În final, am selectat principalele cinci teme, care au fost cele mai dezbătute pe durata acestor ședințe.

Discuții. Cele cinci derivate etice evidențiate de participanții la aceste focus grupuri sunt prezentate în Tabelul 1. Cea mai dezbătută temă a fost cea a încrederii: încrederea în medici, în actele medicale, în sistemul de sănătate, la modul general. Lipsa încrederii se datorează, în primul rând, faptelor de corupție denunțate masiv de mass-media și de rețelele de socializare. Aceasta este principala cauză evidențiată de participanți. Dar și pentru că pacienții sunt tratați de medici într-un mod foarte paternalist, medicul discutând în primul rând cu familia pacientului, și doar ca excepție cu pacientul.

Tabel 1: Derive etice în sistemul de sănătate în România

Clasament	Scenariul
1	Lipsa încrederii pacienților în medici și în sistemul de sănătate;
2	Lipsa informării pacienților în scopul obținerii acordului la tratamentele medicale;
3	Lipsa comunicării între medici din specialități diferite, a medicilor cu personalul medical;
4	Subfinanțarea sistemului de sănătate;
5	Lipsa ghidurilor de practică clinică.

Cea de-a doua temă, foarte aproape de prima este lipsa informării și a comunicării adecvate cu pacienții: ce trebuie să cunoască pacientul despre diagnostic, prognostic, tratament, riscuri și beneficii, efectele secundare, alternative și costuri. De obicei, medicii acuză faptul că nu au suficient timp să furnizeze toate aceste informații cu privire la intervențiile medicale. Un alt element este faptul că nu verifică informația pe care pacientul a primit-o, dacă aceasta, chiar și sumară a fost sau nu înțeleasă de pacient. În plus, formularele de consimțământ informat nu sunt redactate în mod corespunzător, în cele mai multe cazuri, iar medicii nu au dovezi care să susțină faptul că ei au informat, în mod corespunzător, pacienții, pentru obținerea acordului informat la intervențiile medicale.

Pe poziția a treia, participanții au clasificat lipsa comunicării între profesioniști din domeniul medical: medici din diferite specialități, unde pacientul este consultat sau tratat. Ei ar trebui să comunice direct informația, pentru a facilita începerea unui tratament sau a unei investigații importante pentru sănătatea pacientului. Aceste acte pot dăuna pacienților. Și profesioniștii din domeniul medical implicați în aceste acte ar putea comite, astfel, erori medicale sau chiar malpraxis medical.

Subfinanțarea sistemului medical este a patra problemă etică menționată de participanți. Surprinzător este faptul că tinerii medici clasifică doar pe această poziție lipsa fondurilor suficiente pentru tratarea corespunzătoare a pacienților. De obicei, această problemă este menționată des, mai ales în mass-media de către orice medic sau personal medical, atunci când sunt acuzați de neglijență, de erori medicale sau de malpraxis.

A cincea problemă etică la care s-au gândit medicii intervievați este lipsa ghidurilor de practică clinică. Acest lucru duce la crearea de confuzii și

practici eronate în sistemul de sănătate. Ei consideră că practica clinică ar trebui să fie armonizată și uniformă în toate unitățile, pe fiecare specialitate medicală, existând aceleași standarde în toată țara. Până acum există doar câteva proceduri care se regăsesc sub formă de ghiduri, iar multe dintre erorile medicale ar putea fi evitate dacă medicii ar urma aceleași practici.

Concluzii. Acest capitol este o prezentare a unui studiu exhaustiv cu privire la derivatele etice ale sistemului de sănătate din România. Scopul a fost acela de a evidenția cele mai întâlnite probleme etice cu care se confruntă medicii în sistemul de sănătate, în ultimii ani. Clasamentul acestor derivate reprezintă tabloul descris de medicii tineri, poate ceilalți, mai experimentați ar avea alte răspunsuri la aceste întrebări. Studiul va fi continuat cu mai mulți participanți, cu scopul de a aduna o paleta mai largă de opinii, motivații, interpretări și posibile soluții. Ca o concluzie, pentru îmbunătățirea sistemului de sănătate și pentru evitarea faptelor de malpraxis medical tinerei medici propun următoarele soluții: eliminarea faptelor de corupție, mai multă transparență și comunicare, finanțarea adecvată a sistemului de sănătate, reglementări legale și ghiduri de practică coerente care să le faciliteze practica sau să armonizeze practicile medicilor. Aceste schimbări trebuie să fie făcute cu prioritate maximă pentru ca sistemul de sănătate să se schimbe și să apară treptat și efectele lor pozitive.

Bibliografie

1. Aluaș M. Bioetică medicală. Cluj-Napoca: Ed. Medicală „Iuliu Hațieganu”, 2016. 172 p.
2. Breslin J. M. et al. Top 10 health care ethics challenges facing the public: views of Toronto bioethicists. In: BMC Medical Ethics, 2005, nr. 6:5, p. 1-8.

SĂNĂTATEA ȘI MORBIDITATEA ONCOLOGICĂ A LUCRĂTORILOR MEDICALI ȘI NECESITATEA PROGRAMULUI SPECIAL DE COMBATERE A CANCERULUI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Veronica Șveț, asist. univ., doctorand

Ion Mereuță, dr. hab. șt. med., prof. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

ONCOLOGICAL HEALTH AND MORBIDITY OF MEDICAL WORKERS AND THE NEED FOR THE SPECIAL PROGRAM FOR THE CANCER IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

The article elucidates the problem of oncology health and morbidity in medi-

cal workers in the Republic of Moldova highlights the scientific arguments for the elaboration of a special program for combating oncological diseases in the medical workers compared to the mature population, mortality, prevalence, disability, survival at 5 years. Particular attention is paid to the concept of primary, secondary prophylaxis, the role of the patient, the role of the patient, the local administration, the trade unions, etc. A special role is attributed to treatment, including in specialized clinics in the country and abroad, access to specialized medical care of medical workers, monitored them, complex and complete rehabilitation, palliative services and their infrastructure.

Cea mai mare valoare a unui Stat sunt oamenii, iar cea mai mare valoare a oamenilor este sănătatea. Medicii apără, refac și produc sănătatea pentru cetățeni, care valorează și ca factor economic în producerea PIB-lui țării. O problemă specifică este sănătatea grupurilor sociale, de care se ocupă medicina socială. Sub acest aspect tot mai frecvent sunt preocupările medicilor, savanților despre sănătatea medicilor, de diferite specialități conform Nomenclatorului specialităților medicale. Au fost realizate diverse cercetări privind sănătatea și factorii de risc, inclusiv profesionali, a stomatologilor, a chirurgilor, a fizicienilor radiologi, a anesteziologilor, a specialiștilor de diferite specialități. În ultimii ani în literatura de specialitate au fost atestate și lucrări în domeniul sănătății și morbidității medicilor din specialitățile oncologice- a oncologilor chirurgi, oncologilor medicali, a radioterapeuților, radiochirurgilor și hematologilor. Au fost evidențiați factorii de risc profesionali, specifici activităților medicale. Activitatea medicilor oncologi este specifică, ei fiind supuși diverselor factori de risc atât psihofiziologici, cât și fizici. Stresul psihic oncologic, combativ timp îndelungat, arderea profesională, declanșează diverse denaturări psihofiziologice și chiar somatice. Am cercetat și am evaluat starea psihodiagnostică la 82 de medici, specialiști oncologi, cu vârsta cuprinsă între 25-72 ani, 27 femei (33%) și 55 bărbați (67%), grupul de control fiind medicii de familie cu vârsta între 30-67 ani. Majoritatea medicilor oncologi chirurgi 68,9% au apreciat nivelul solicitării psihice „neînsemnat”. Rezultatele testării psihometrice au evidențiat 5 grupe tipologice - hipertim (48,25±1,42%), hiperperseverent (49,12±1,03%), histrionic (10,4±2,1%), anxios (51,23±1,52%) și depresiv (4,23±1,5%). E de argumentat, că apartenența de grup este determinată de particularitățile de personalitate a medicilor oncologi chirurgi și de acțiunea factorilor de stres profesional oncologic, care contribuie la formar-

ea și dezvoltarea stărilor de adaptare a personalității în condiții specifice profesionale de stres. Majoritatea medicilor oncologi chirurghi prezintă un nivel înalt (44,93%) și mediu (29,31%) de rezistență la stres. Totuși, 25% din oncologi-chirurghi manifestă rezistență scăzută în condițiile suprasolicității psihoemoționale permanente comparativ cu 7% la medicii de familie.

Sindromul arderii profesionale la lucrătorii medicali este în creștere continuă și afectează o treime din ei, echilibrându-se aici și medicii și asistentele medicale și chiar medicii rezidenți. În unele instituții acest indice este și mai înalt, ce determină intențiile de schimbare a specialității, locului de muncă, a țării, etc. Se întâlnesc și cazuri de intenție suicidală. E semnificativ, că acest sindrom, la populație este mult mai mic, ce denotă specificul profesiei de medic și riscurile ce se impun în activitatea medicală. Aceasta este evident, deoarece profesiunea de medic impune diverse riscuri profesionale și este considerată cea mai vulnerabilă din punct de vedere a păstrării stării de sănătate psihică și fizică. De aceea, incapacitatea temporară de muncă a lucrătorilor medicali este mai mare în corespundere cu rata globală, pentru că medicii nu se remediază în documentele medicale și nu sunt incluse în statistici. Cercetările au demonstrat, că lucrătorii medicali ocupă locul 5 în structura morbidității profesionale, depășind chiar și lucrătorii din industria chimică. E de menționat, că tuberculoza la lucrătorii medicali, inclusiv la ftiziatri, este de 5-10 ori mai mare ca la alte specialități. Aceasta se referă și la alte afecțiuni - viroze, angine, hepatite, dermatite și altele. Se atestă, că morbiditatea profesională la medicii cu vîrsta de 40 ani și mai mult, au indici crescuți, la bărbați medici 117,6 iar la medicii femei 215,8 cazuri la 100 000. La bărbați prevalează maladiile cardiovasculare, a sistemului respirator, maladii gastrointestinale, la femei - maladiile osteo-articulare, hormonale și genitourinare.

În structura morbidității medicilor formele nosologiile sunt diverse - boli infecțioase 73%, bolile aparatului cardiovascular 23%, patologii gastrointestinale - 4%, patologii sistemului respirator, intoxicații, patologii SNC - 7%, urmate de boli alergice, patologii aparatului locomotor, hormonale, etc. Se atestă o corelație direct proporțională a morbidității cu factorii de risc profesionali. După natura factorilor nocivi, spre exemplu pentru oncologi - intoxicații provocate de inhalarea sau de contactul cu dermul în procesul chimioterapiei, boli prin expunere la energie radiantă, alergii, dermatoze, boli infecțioase, parazitare, boli cronice, dar și cele acute. În un-

ele țări au apărut nosologii speciale - stres ocupațional, stresul psihosocial, sindromul Burnout și altele.

Atât în lume, cât și în Republica Moldova, maladiile oncologice reprezintă probleme majore atât clinico-diagnostice, cât și socio-economice. Creșterea morbidității oncologice pe parcursul deceniilor – 158,5‰ în 2000 și 279,4‰ în 2016, micșorarea numărului de medici și a asigurării la 10 mii locuitori, de la 37,4 în 1990 la 29,2 în 2016, micșorarea numărului de asistenți medicali și asigurarea populației RM la 10 mii locuitori, de la 103,7 în 1990 la 59,9 în 2016 scăderea numărului de medici specialiști și asigurării populației pe toate profilurile, cel terapeutic, de la 72,4% în 2006 la 67% în 2015, influența factorilor exogeni profesionali și endogeni, tumorali, de stres, au dus la majorarea incidenței prin cancer la populația RM de la 158,3‰ în 2000 până la 279,4‰ în 2016, dar și la lucrătorii medicali, la care s-a atestat o creștere în cifre de la 118 în 2000 până la 231 cazuri în 2016, ce corespunde la 348,3‰. Pe de alta parte se atestă concludent și semnificativ creșterea incidenței, mortalității, prevalenței la populația țării și descreșterea supraviețuirii de 5 ani. Așadar incidența a constituit în anul 2000 6786 cazuri, 158,3‰, iar în 2016 – 9930 sunt 279,4‰, morbiditatea 4546 din 124,9‰ în 2000 și 636 sunt 173,4‰ în 2016, prevalența 32.725 în 898,7‰ în 2000 și 52938 din 1489,5‰ în 2016. Semnificativ este și descreșterea supraviețuirii pe 5 ani – 16452 (50,3%) în 2000 și 23340 (44,1%) în 2016.

Aceasta incidența se observa și la lucrătorii specifici – lucrătorii medicali. Incidența prin cancer la lucrătorii medicali a constituit 118 cazuri din 238,3‰ în 2000 și 126 din 317,2‰ în 2016, mortalitatea 61 din 143,4‰ în 2000, și 63 din 1143,2‰ în 2000 și 655 din 1648,7‰ în 2016 și supraviețuirea de 5 ani a scăzut de la 292 (51,6%) în 2000 până la 303 (46,3%) în 2016. Și coeficientul raportului incidența/mortalitate a scăzut de la 0,59 în 2000 până la 0,49 în 2016, ce denotă o stare alarmantă a managementului oncologic pentru acest timp. Acestea sunt argument concludente și semnificative în necesitatea elaborării și implementării unui Program Specific de Control a cancerului la lucrători medicali.

Depistarea tumorilor în stadiul I (T1N0M0) a fost de 15,2% în 2016, iar grupa clinica IV – 22,7%, iar la lucrătorii medicali depistarea precoce 16,3%, grupa clinica IV – 21,6%, ce argumentează necesitatea implementării unor măsuri urgente în asistenta medicală specializată oncologică a lucrătorilor medicali. Este semnificativ și faptul ca în structura morbidității oncologice

primele 5 locuri la populație îi revin cancerului mamar – 12,9%, cancerului colorectal – 12.4% cancerului pulmonar – 9.2%, cancerului cutanat – 9.1%, hemoblastoze – 6.1%.

La lucrătorii medicali, populația masculină din RM (2000-2016) – Cancerul pulmonar 15.3%, cancerul colorectal – 13,1%, cancerul cutanat – 7.9%, cancerul gastric – 8.4%, cancerul prostate – 8.2%. La populația feminină, lucrătorii medicali, Cancerul glandei mamare – 23.5%, cancerul colorectal – 11.1%, cancerul cutanat – 8.8%, colul uterin – 6.1%, hemoblastozele – 7.0%, iar la populația feminină a RM cancerul mamar – 21,8%, la lucrătorii medicali – 23.5%, cancerul colorectal – 11.5%, cancerul cutanat – 10.7%, cancerul colului uterin – 6.2%, hemoblastozele – 7.6%. Afectarea cu tumori maligne la lucrătorii medicali, populația feminină 53.6% (în populația matura a RM 48.6%). Cercetările au demonstrat că lucrătorii medicali din sectorul urban sunt afectați de cancer în 55.4%, populația rurală în 51.5%. Aceste date argumentează că lucrătorii medicali fac cancer mai mult decât populația generală a RM.

Au fost elaborate programe specifice de profilaxie și combatere a tumorilor. Acest argument a fost adus în favoarea necesității elaborării și implementării unui Program special de combatere a cancerului la lucrătorii medicali. Cancerul afectează preponderant grupele de vârstă a lucrătorilor medicali, 50-59 ani 28.2% și 60-69 ani 34.3%. Aceasta confirmă că cancerul la lucrătorii medicali în perioada aptă de muncă, fiind supuși factorilor profesionali, inclusive stresul. E de menționat faptul că Programul Național de Combatere a Cancerului pentru următorii ani include și activități de profilaxie, de diagnostic, de tratament, de reabilitare și tratament paliativ, pentru toată populația și inclusiv pentru lucrătorii medicali.

Având în vedere argumentele sus menționate, e necesar și optim, elaborarea și implementarea Programului Special de combatere a Cancerului la lucrătorii medicali din Republica Moldova. Acest Program conține mai multe compartimente:

1. Dispoziții generale, unde se concretizează situații oncologice pe țări, morbiditatea, mortalitatea, prevalența, supraviețuirea la 5 ani la bolnavii oncologici, structura morbidității, aspecte de epidemiologie, analitică și descriptivă. În acest compartiment se descriu factorii cancerigeni la nivel republican, dar și zone economice, geografice și teritoriale – raionale. Se descrie compartimentul – depistării precoce a bolilor oncologice la lucrătorii

medicali, personalului medical (bolnavului), administrative, a medicului de familie, aportul administrației locale, Agenției teritoriale de sănătate publică, de testare a calității apei potabile, alimentelor etc.

2. Se descrie profilaxia primară

3. Profilaxia secundară are un rol important în monitorizare la medical de familie, dar și la angajator, un registrul special în acest domeniu, coordonat cu Sindicatul de ramură.

4. Tratamentul tumorilor este coordonat în Instituțiile naționale și internaționale. Tratamentul individual chimioterapie, radioterapie, tratamentul complex, combinat, de reabilitare.

Reabilitarea bolnavului – a lucrătorului medical în condiții de ambulatoriu, de staționar, în condiții de spital, la sanatoriul, imunoreabilitarea. Tratamentul paliativ în cadrul Spitalului, în alte instituții teritoriale, în secții paliative, în Hospisuri. Monitorizarea bolnavului cu introducerea datelor în Cancer Registrul Național, Registrul Teritorial dar și în cele instituționale. Considerăm, că implementarea Programului de combatere a cancerului la lucrătorii medicali va avea un impact socio-economic benefic.

Bibliografie

1. Amon G., Melamed S., Dshirom A., et. al. Elevated Burnout Predicts the onset of Musculoskeletal pain among apparently healthy employees journal ad occupational health psychology, 2010; 15,4:399/408.

2. Bria M. Sindromul epuizării profesionale la personalul medical. În: Clujul Medical, 2011, Vol. 84, p.14-19.

3. Codul muncii Nr.154-XV din 28.03.2003. În: Monitorul Oficial al R. Moldova, nr. 159-162 din 29.07.2003.

4. Constituția Republicii Moldova, art.53. În: Monitorul Oficial al R. Moldova, nr.1, din 12.08.2004.

5. Friptuleac Gr., Meșina V., Moraru M. Igiena muncii. Vol. I. Chișinău: Medicina, 2009. 366 p.

6. Mereuță I., Duda B., Șveț V. Zespól wypalenia zawodowego u lekarzy onkologów. În: Streszczenia wystapien, 2013, p.114.

7. Mereuță I., Fornea I., Șveț V. Evaluarea psihodiagnostică a medicilor oncologi. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei, 2015, nr.3 (48), p.214.

8. Mereuță I., Șveț V. Sindromul Burnout – suprasolicitare profesională sau oboșeală cronică la medicii oncologi. În: INFO-MED, 2013, nr.21, p.28-32.

9. Mushet G. A psychotherapist in the horse: A service for distressed junior doctors. In: Brit. J. Med. Psychol., 2003, vol. 73, nr. 3, p.377-380.

10. Şveţ V. Factorii de risc profesional şi controlul lor în activitatea medicilor oncologi. În: Buletinul Academiei de Ştiinţe a Moldovei, 2015, nr.3 (48), p.220.

11. Şveţ V. Factorii de risc profesional şi controlul lor în activitatea medicilor oncologi. În: Buletinul Academiei de Ştiinţe a Moldovei, 2015, nr.3 (48), p.220.

12. Şveţ V. Dezechilibru efort-recompensă în activitatea medicilor oncologi. În: Buletinul Academiei de Ştiinţe a Moldovei, 2015, nr.3 (48), p.37.

13. Мереуцэ И., Форня Ю. Психосоматические исследования онкологических заболеваний. Life and social programs of biological organisms existence qualitz development. Лондон, 2014.

14. Мереуцэ И., Форня Ю. Психосоматические исследования онкологических заболеваний. Life and social programs of biological organisms” existence qualitz development, Лондон, 2014.

15. Федина Н.В. Проблема профессионального риска и качества жизни врачей. In: Здравоохранение Российской Федерации, 2008, № 6, с.28-34.

SPECIFICUL ABORDĂRII A PROBLEMATICII BIOETICE ŞI A SECURITĂȚII UMANEÎN CONTEXTUL SOCIOPOLITIC CONTEMPORAN AL REPUBLICII MOLDOVA

Serghei Sprincean, dr. hab. în şt. polit., conf. univ.
Institutul de Cercetări Juridice, Politice şi Sociologice

THE SPECIFIC OF THE APPROACH ON THE BIOETHICAL AND HUMAN SECURITY PROBLEMATICS IN THE SOCIAL-POLITICAL CONTEMPORARY CONTEXT OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA

In the article are analyzed several specific aspects of the dominant perspective in the contemporary Republic of Moldova on the bioethical and human security problematics in political context of edification of national human security strategy. Human security, as a new constructivist concept in the contemporary security studies, from the perspective of defining of its basic components, supports the fulfilling of most important political purposes in the critical approach of the neorealism. The process of implementation of the

bioethical and human security principles and values is based on assuring the interests and fundamental needs of human individual for a stronger communitarian and personal security. In the paper are stressed the opportunities and impediments in the implementation of the main principles of the concept of human security and bioethics, including on the social and political ground of Republic of Moldova.

În Republica Moldova, problematica bioetică în contextul fortificării securității umane a început să se manifeste mai pregnant și mai univoc în spațiul public odată cu intensificarea procesului de deschidere socială și politică a societății și clasei politice autohtone către tendințele și trendurile sociale și politice mondiale, determinate, în mare parte, de intensificarea problemelor globale și regionale cu care se confruntă inclusiv Republica Moldova, alături de alte state ale lumii, dar și concomitent cu inițierea procesului de racordare a legislației interne la cea europeană în perspectiva aderării Republicii Moldova la Uniunea Europeană.

Apreciem că, în condițiile create, când nu există o concepție de stat sau o viziune strategică clară în problematica bioetică și a securității umane, la fel ca în numeroase state din Uniunea Europeană, ca în Statele Unite ale Americii, Canada, Japonia sau alte țări substanțial avansate pe calea implementării normelor și principiilor bioetice și de securitate umană în diverse sfere ale vieții sociale, inclusiv în domeniul politicului, se cere definierea celor mai importante valori și principii naționale caracteristice culturii noastre autohtone pentru a sta la baza elaborării unui model de strategie bioetică și de securitate umană a Republicii Moldova [5, p.271]. Acest efort trebuie întreprins în vederea ridicării la un rang înalt de politică de stat a concepției bioetice generale cu privire la cele mai diverse dileme de securitate individuală și bioetice, care antrenează în dispute publice și afectează întreaga populație. Aici se au în vedere problemele cu care societatea, clasa politică din Republica Moldova au avut deja ocazia să se confrunte, precum problemele bioetice analizate mai sus sau alte probleme cu implicații bioetice cu care societatea autohtonă se va confrunta în viitorul previzibil, reieșind din tendințele mondiale și regionale existente, amenințările cele mai importante pentru fundamentele morale și spirituale ale societății din Republica Moldova, specificul cultural, economic și social al țării.

Pe plan internațional, avem certitudinea că suportul metodologic oferit

de domeniul bioeticii, ca disciplină academică și practică globalizantă, se manifestă fructuos prin acțiuni individuale, instituții de stat, organisme internaționale sau formațiuni nonguvernamentale, în cele mai vaste și complexe sfere ale economiei mondiale și ale celor naționale, în viața socială, culturală și politică, în forme foarte diverse și în contexte și conjuncturi inedite, potrivit multitudinii de culturi și modele societale de pe Terra [2, p.185].Practicile și metodologia specifică bioeticii tind, totodată, să impună și să promoveze o condiție morală fundamentală standardizată similară, reieșind din specificul caritabil al activității, implicării și incursiunilor bioetice în plan social, ecologic, politic [8, p.205; 9, p.38].

În acest sens, considerăm că promovarea dezideratelor de asigurare a securității sociale, personale și umane, tendința susținută de importante mișcări neguvernamentale, dar și forțe geopolitice din afara Republicii Moldova, provenind, în special, din spațiul civilizațional european, a tins permanent, chiar exagerat uneori, către un idealism armonios cu privire la relațiile interumane, interetnice, drepturile universale ale omului. Aceste deziderate au ajuns, din păcate, în Republica Moldova o cotă precară din cauza nivelului de viață general scăzut, din cauza delăsării sau chiar a persecuțiilor autorităților autohtone din diverse perioade istorice, mai mult sau mai puțin îndepărtate.

Importante ONG-uri locale și internaționale, partenerii externi ai Republicii Moldovaîntreprinzând o serie de acțiuni pentru a promova idealul siguranței și prosperității sociale și individuale, în mod dezinteresat, fără să se mizeze pe acumularea unui capital politic sau compensarea, în vreun fel, a eforturilor depuse. Reiterăm că această preocupare a societății civile și a comunității internaționale se înscrie firesc în tendința mondială de promovare a principiilor bioetice ale binefacerii, echității și carității, alături de alte obiective bioetice, ca justiția, coevoluționismul sau integritatea sistemică, aduse în prim-planul, inclusiv, al vieții sociopolitice a celor mai avansate societăți de pe mapamond, prin implementarea idealul bioetic global, care, cu puțin efort comun, bunăvoința și deschidere spirituală, poate fi promovat cu succes și în societatea autohtonă, ce se află actualmente pe calea europeană, cât și pe calea modernizării profunde în pofida numeroaselor impedimente de ordin extern și intern.

În acest context, principiul universal al justiției și echității se poate impune armonios în cadrul analizei socio-politologice în genere, dar și, spre

exemplu, în analiza problematicii asigurării securității umane și naționale a Republicii Moldova în mod special în vederea soluționării inechităților sociale, precum și în studiul aprofundării suveranității și independenței statului, în sensul său cel mai cuprinzător și vast posibil, prin imperativul necesității corespunderii discursului și acțiunii politice unor standarde universale de echitate și corectitudine istorică, socială și economică în limitele bunului simț și legalității, în baza primării moralității și respectului reciproc în relațiile sociale, economice sau politice la diverse nivele de interacțiune cetățenească, de grup, comunitară, instituțională, statală sau internațională.

Comparând specificul ce ține de securitatea umană, socială și de mediu din cadrul ofertelor pe care le propun vectorii estic și vestic în planul integrării Republicii Moldova în aceste spații și sisteme geopolitice, remarcăm că oferta asocierii pe direcția vestică se deosebește semnificativ de oferta asiatică, atât prin conținutul mult mai diversificat și procedurile aplicative clare și bine întocmite, cât, mai ales, prin siguranța și sustenabilitatea aplicării și garantării acestor prevederi și a bunei funcționări a mecanismelor de protecție și securizare personală, ecologică sau socială. În acest plan, metodologia bioetică se evidențiază a fi utilă și funcțională în evaluarea riscurilor, beneficiilor, a costurilor și vulnerabilităților specifice fiecăreia dintre cele două opțiuni de asociere internațională pentru Republica Moldova, mai ales în domeniul asigurării protecției societale și umane.

Menționăm că exercițiul teoretic de analiză și evaluare a utilității și eficienței pentru statul nostru a relațiilor internaționale prin prisma interesului național al Republicii Moldova, se pliază armonios peste abordarea specifică bioeticii politice în relațiile internaționale dintre state și poate contribui fructuos la evitarea și prevenirea stărilor și perioadelor tensionate în relațiile interstatale prin furnizarea unui material amplu referitor la subiecte ce ar putea deveni componente constitutive ale unei platforme comune pentru colaborare într-un cadru bilateral sau multilateral internațional, cu fortificarea inerentă a mecanismelor și posibilităților de asigurare a securității umane, a celei naționale și deci, a independenței statului [4, p.408].

Un șir de elemente componente ale interesului național al Republicii Moldova, pe lângă asigurarea pentru fiecare cetățean a securității sale individuale și siguranței sale personale, pe lângă aprofundarea suveranității și independenței statului pe plan intern și extern, iese în evidență din natura,

valorile, experiența istorică, potențialul și caracterul Republicii Moldova ca stat și comunitate, cum ar fi creșterea bunăstării socioeconomice a populației și ridicării nivelului de trai, atingerea unui nivel înalt de autosuficiență economică și energetică, realizarea păcii civice interne sau integrarea teritorială, în condițiile fortificării puterii decizionale și execuționale a autorităților centrale și locale, edificarea unui stat de drept și realizarea unui sistem sustenabil și descentralizat de autogestiune locală.

În cadrul analizei date, constând din aplicarea metodei bioetice în evaluarea importanței ideilor și mișcărilor social-politice autohtone în vederea instaurării stabilității interne, independenței, suveranității și fortificării securității umane și de stat a Republicii Moldova, prin urmărirea realizării intereselor naționale ale populației țării, se evidențiază ca fiind de o deosebită aplicabilitate, un șir de principii și teze elaborate în cadrul școlii bioetice din Republica Moldova, axată cu precădere pe aspectul global, noosferic, social și politic al paradigmei bioetice [6, p.7; 10, p.141]. Astfel, fundamentul central al construcției ideatice a bioeticii globale, în viziunea cercetătorilor din cadrul școlii autohtone de bioetică, se conturează a fi principiul biosferocentrismului pe lângă un grup întreg de fundamente metodologico-teoretice ca principiul coevoluției, cel al integrității sistemice a intervențiilor, principiul prioritizării obiectivelor, condiția morală referitor la caracterului caritabil al activității, implicării și incursiunilor bioetice în plan social, ecologic, politic etc., cuprinse de bioetică ca disciplină academică și practică globalizantă, generată de realitățile dure și imprezvizibile ale crizei mondiale multidimensionale și, în consecință, a imperativului supraviețuirii durabile și demne pe Terra a omului ca reprezentant al speciei sale biologice – *homo sapiens sapiens*, dar și ca personalitate desăvârșită cu toate atributele spirituale și materiale firești, cu o perspectivă reală de dezvoltare continuă pe viitor [11, p.93].

Avem certitudinea că un aport metodologic important al aparatului teoretic al bioeticii la edificarea unui mediu durabil și sustenabil de dezvoltare este elaborarea, fundamentarea și extinderea interdisciplinară a principiului integrității sistemice a intervențiilor. Potrivit acestui principiu, pe deplin aplicabil și în plan sociopolitic, acțiunile și intervențiile întreprinse în cadrul unui domeniu sau subsistem distinct trebuie să fie coordonate într-o măsură suficientă, încât să nu genereze disfuncții sau scăderea eficienței și funcționalității altor subsisteme ale sistemului sociopolitic general.

Deși la includerea în Strategia Securității Naționale a Republicii Moldova, adoptată în 2011, a unor astfel de prevederi ce țin de asigurarea securității naționale, cum ar fi promovarea sănătății populației ca un factor determinant pentru ridicarea gradului securității umane în societate, la peste trei ani după intrarea în vigoare a acestei Strategii naționale mai puțin de 40% dintre cetățenii RM se apreciază ca sănătoși, ceea ce reprezintă o autoestimare a stării de sănătate net negativă față de statele europene, potrivit studiului „VOX POPULI – octombrie 2014”, realizat de către Asociația Sociologilor și Demografilor din RM. Astfel că „Potrivit autoestimărilor obținute în urma sondajului, mai puțin de jumătate din cei chestionați (39,6%) sunt sănătoși. Cercetările sociologice efectuate în țările dezvoltate cu privire la starea sănătății, ne demonstrează că procentul cetățenilor care se consideră practic sănătoși constituie majoritatea covârșitoare. Astfel, conform unei investigații sociologice efectuate în Olanda, 81% din persoanele chestionate se consideră practic sănătoase” [7]. După aprecierea autorului, aceste auto-estimări negative ale stării de sănătate la populația din Republica Moldova sunt pe deplin justificate, ținând cont de situația reală la acest capitol, relevată în cadrul primului Studiu național privind evaluarea factorilor de risc pentru bolile netransmisibile dat publicității la sfârșitul anului 2014, care arată că peste 70 la sută din populația țării suferă de hipertensiune și doar un sfert din acești bolnavi se află la evidența medicului, patru din 10 persoane fumează, iar peste 60 la sută din populația totală a Republicii Moldova consumă alcool [3].

Un alt studiu – Barometrul Opiniei Publice din octombrie 2016, organizat de Institutul de Politici Publice, confirmă cele concluzionate prin analizele, potrivit cărora asistența medicală acordată populației îi frustrează pe 73,8% din respondenții din Republica Moldova, iar „îngrijorarea de bază a populației rămâne a fi viitorul copiilor (52,9%), sărăcia (47,7%), prețurile (40%), șomajul este un motiv de îngrijorare pentru 39,1% dintre respondenți, iar corupția – 33,8%” [1].

Prin urmare, respectul pentru dezideratele de securitate umană în societățile în curs de dezvoltare și aflate în faze tranzitorii poate constitui un element fundamental pentru garantarea succesului reformelor dacă aceste principii ale securității umane sunt plasate de către guvernanți ca piloni ai stabilității sociale și obiective intermediare și finale pentru procesul transformărilor societale.

Reieșind din cercetările întreprinse, dar și din prioritățile și necesitățile fiecărui cetățean în parte, a societății Republicii Moldova în ansamblul său, care se confruntă cu grave probleme de securitate personală și societală, inclusiv de natură bioetică, referitoare la insuficiența protecției economico-financiare, psihosociale sau juridico-legale a persoanei, mai ales sub aspectul calității acestei protecții, contra diverselor abuzuri de ordin psihologico-emoțional, instituțional sau sistemic, cum ar fi discrepanța evidentă dintre normele și standardele internaționale, de exemplu în domeniul protecției securității, drepturilor și intereselor subiecților umani ai cercetărilor și experimentelor biomedicale, și nivelul rudimentar al dezvoltării legislației și mecanismelor organizaționale naționale de asigurare a acestor drepturi ale omului în Republica Moldova, chiar în pofida numeroaselor convenții și acte juridice internaționale la care a aderat, le-a semnat și ratificat țara noastră, se impune elaborarea și adoptarea unei strategii bioetice și de securitate umană în Republica Moldova, în vederea promovării unui conceptii bioetice generale de stat, precum și a unei abordări morale optime în societate, cu privire la cele mai diverse aspecte bioetice și de securitate umană în multitudinea de probleme cu care ne confruntăm, precum: politica demografică a statului, combaterea corupției și cartelizării sociale, politica statului în domeniul sănătății populației, referitor la avorturi, eutanasiere, natalitate, transplantarea de organe, aplicarea noilor tehnologii de reproducere umană, inclusiv utilizând elaborările ingineriei genetice, politica de protecție a securității umane prin instituții specializate cum ar fi comitetele bioetice, în vederea apărării drepturilor și libertăților omului etc.

Bibliografie

1. Barometrul Opiniei Publice. Institutul de Politici Publice. Octombrie 2016. În: <http://ipp.md/old/libview.php?l=ro&idc=156&id=804> (accesat: 18.10.2018).
2. Frunzeti T. Globalizarea securității. București: Editura Militară, 2006. 364 p.
3. Moldovenii sunt obezi, consumă mult alcool și nu se alimentează corect, potrivit unui studiu. Publika.md. 12.12.2014. În: https://www.publika.md/studiu-moldovenii-sunt-obezi-consuma-mult-alcool-si-nu-se-alimenteaza-corect_1985441.html (accesat: 18.10.2018).
4. Morgenthau H. Politica între națiuni. Lupta pentru putere și lupta pentru pace. Iași: Polirom, 2007. 735 p.
5. Sprincean S. Securitatea umană și bioetica. Monografie. Chișinău:

F.E.P. „Tipografia Centrală”, 2017. 304 p.

6. Țirdea T.N. Orientarea noosferică în dezvoltarea durabilă – calea spre salvarea omenirii. În: Știința, Tehnica, Medicina și Bioetica în strategia de existență umană: probleme de interacțiune și interconexiune. Materialele Conferinței a VII-a Științifice Internaționale. 24 aprilie 2002. Red. resp. T.N. Țirdea. Chișinău: CEP Medicina, 2002, p.5-11.

7. VOX POPULI – octombrie 2014, aspecte social-economice și politice ale societății contemporane moldovenești în preajma alegerilor parlamentare din 30 noiembrie 2014. Infotag.md. 27.10.2014. În: http://www.infotag.md/press_release-ro/194842// (accesat: 18.10.2018).

8. Гусейнов А. А. Философия, мораль, политика. Москва: Академкнига, 2002. 304 с.

9. Пустовит С.В. Глобальная биоэтика: становление теории и практики (философский анализ). Киев: Арктур, 2009. 322 с.

10. Цырдя Ф. Н. Единство феномена биоэтики и ноосферной парадигмы в стратегии обеспечения безопасного развития современной цивилизации. În: Развитие идей биоэтики у европейскому контексті. Материали IV Міжнародного симпозіуму з біоетики. 11-12 травня 2006 р. Киев: Сфера, 2006 г., с.140-142.

11. Чешко В.Ф., Кулиниченко В.Л. Наука, Этика, Политика: социокультурные аспекты современной генетики. Киев: ПАРАПАН, 2004. 228 с.

OPINII CU PRIVIRE LA PROBLEMELE PRIORITARE ALE BIOETICII ÎN SISTEMUL AUTOHTON DE SĂNĂTATE

Adriana Paladi, dr. în filos., conf.univ.

Victoria Federiuc, asist. univ.

Vladislav Rubanovici, dr. în șt. med., asist. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

OPINIONS ON THE PRIORITY PROBLEMS OF BIOETHICS IN THE MOLDOVAN HEALTH SYSTEM

The current research was carried within the framework of the institutional project "Promotion and practical implementation of medical bioethics in the Republic of Moldova", that aimed the study of the current situation regarding

bioethics knowledge, attitudes, opinions and praxis. The data was obtained through the application of a special questionnaire developed for this purpose. At the study participated 456 health care givers from the three regions of the Republic of Moldova (north, center and south). The sample type is non-homogeneous with the following profile: 149 males and 307 females, aged 21 to 74 years. This article explores 4 out of 16 items of the questionnaire focused on the views of medical professionals on the priority issues of bioethics in the Moldovan health system.

Introducere. Problema priorităților bioetice în activitatea clinică este un subiect de interes științific și social. Actualmente sunt realizate multiple studii cu privire la această problemă în diferite state ale lumii, iar obiectivul generic al acestora este îmbunătățirea practicilor clinice prin perfectarea dimensiunii/componentei lor morale. În această ordine de idei putem menționa câteva dintre ele. Alireza Bagheri în articolul Priority Setting in Islamic Bioethics: Top 10 Bioethical Challenges in Islamic Countries identifică 10 probleme de prioritate ale bioeticii islamice, după cum ar fi: relația dintre lege, etică și religie, dreptatea și alocarea de resurse, drepturile omului, bioetică și educație, drepturile pacientului, moartea cerebrală și transplantul de organe, autonomia și acordul informat, principiile islamice ale bioeticii, avortul, comitetele de bioetică (problemele sunt listate în ordinea priorităților relevate de studiu) [1]. Breslin J.M., MacRae S.K., Bell J. și Singer P.A. studiază provocările etice majore cu care se confruntă canadienii în sistemul local de sănătate și ajunse pe această cale la concluzia că cele mai stringente probleme sunt: 1. Dezacordul dintre pacient/familie și medicii cu privire la deciziile terapeutice; 2. Problema listelor de așteptare; 3. Accesul la resursele necesare pentru pacienții geriatrici, cei cronici și psihiatrici [4]. Alkabba A.F., Hussein G.M., Albar A.A., Bahnassy A.A. și Qadi M., explorând aceeași problemă în Arabia Saudită, concludă că principalele zece probleme etice, percepute de participanți în ordinea importanței lor, sunt: 1. Drepturile pacienților; 2) Echitatea resurselor; 3) Confidențialitatea pacienților; 4) Siguranța pacienților; 5) Conflictul de interese; 6) Etica privatizării; 7) Consimțământul informat; 8) Confruntarea cu sexul opus; 9) Începutul și sfârșitul vieții și 10) Etica echipei de asistență medicală [2].

Listarea studiilor similare poate fi continuată [3; 6]. Ceea ce este de menționat cu titlu de generalizare însă, e că chiar dacă problemele de etică sunt comune în mare parte, ele au o ordine diferită a importanței în funcție

de țară, sistem social, cultură și economie. Consecutiv aceasta presupune o ordine diferită a intervențiilor orientate spre soluționarea lor, fapt care pune în lumină importanța științifică și valoarea socială a unor astfel de cercetări.

În Republica Moldova nu au fost realizate astfel de studii până în prezent. Această lacună a fost identificată de echipa de cercetare a Catedrei de Filosofie și Bioetică a USMF "N. Testemițanu", care și-a propus omiterea acestui deficit prin realizarea unei astfel de cercetări, acesta fiind unul dintre obiectivele proiectului instituțional "Promovarea și implementarea practică a bioeticii medicale în Republica Moldova". În limitele acestui proiect instituțional a fost desfășurată o activitate de cercetare a situației la zi cât privește cunoștințele, atitudinile, opiniile și practicile de bioetică. Datele au fost colectate prin aplicarea unui chestionar special elaborate cu scopul acestei cercetări. În studiu au participat lucrători medicali din cele trei regiuni ale RM (nord, centru și sud) în număr de 456 persoane: 149 bărbați și 307 femei, cu vârste cuprinse între 21 și 74 ani. Ultimii patru itemi ai chestionarului (din 16 în total) au fost elaborați pentru a explora opiniile lucrătorilor medicali cu privire la problemele prioritare ale bioeticii în sistemul autohton de sănătate.

În limitele acestui articol ne propunem să prezentăm rezultatele acestui studiu cu referire la ultimii patru itemi, care abordează în mod particular patru aspecte: I. Opinia participanților cu privire la problemele de bioetică în medicină; II. Aprecieri cu privire la gradul de prezență a anumitor probleme de bioetică în societatea și medicina din Republica Moldova; III. Aprecieri cu privire la problemele bioetice de prioritate pentru personalul medical; IV. Propuneri cu privire la problemele de bioetică altele decât cele menționate în chestionar, cu care se confruntă medicii în activitatea lor practică.

Prezentarea rezultatelor.

I. Opinia participanților cu privire la problemele de bioetică în medicină. Participanților li s-a propus să aleagă dintr-un șir de subiecte în număr de 10, pe acele considerate de ei probleme de bioetică (alegerea multiplă fiind consemnată în item). Astfel, majoritatea respondenților (vezi fig.1) au optat pentru următoarele variante ca fiind probleme de bioetică medicală: atitudinea față de pacienții HIV, avortul, bolnavii muribunzi, atitudinea față de vârstnici și transplantul de organe. Răspunsurile au fost repartizate proporțional după cum urmează: 74,6 % au optat pentru "atitudinea față de pacienții HIV", 62,8% pentru "avort", 61,4% pentru "bolnavii muribunzi",

58,1% pentru ”atitudinea față de vârstnici”, 55,5% pentru ”transplantul de organe”. Problema produselor modificate genetic a abținut cel mai mic scor (35,7%).

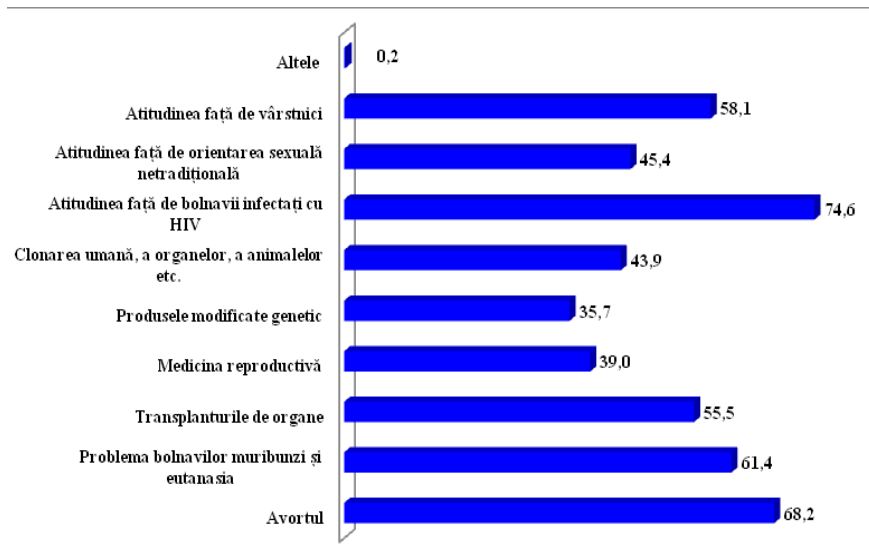


Fig. 1. Distribuția răspunsurilor la întrebarea ”Identificați problemele bioetice în medicină”

Această întrebare cu caracter explorativ denotă că, deși în proporții variate, lucrătorii medicali din Republica Moldova sunt familiarizați cu subiectele de bioetică medicală.

II. Aprecieri cu privire la gradul de prezență a anumitor probleme de bioetică în societatea și medicina din Republica Moldova (fig. 2).

Fiind întrebați despre gradul de prezență a problemelor de bioetică în Republica Moldova pe domenii/arii medicale, respondenții au apreciat frecvența acestora în următoarea consecutivitate descrescătoare: avortul (42,3%), atitudinea față de vârstnici (32,2%), atitudinea față de bolnavii infectați cu HIV (29,4%), transplantul de organe (27,0%); bolnavii muribunzi (25,4%), produse modificate genetic (21,5%), atitudinea față de orientarea sexuală netraditională (20,3%), eutanasia (17,8%), clonarea umană, a organelor, a animalelor etc. (12,5%), medicina reproductivă (11,0%).

Prin urmare, în conformitate cu aceste date problema avortului pare a fi una de prioritate în medicina autohtonă. Iar investigarea consecutivă

a specificului acestei probleme pare a fi imperativă. De ce este considerat avortul problemă prioritară? Care sunt consecințele nesoluționării ei? Care sunt posibilele soluții? Care sunt intervențiile cele mai fezabile pentru diminuarea/soluționarea problemei? sunt doar câteva întrebări pe care ar trebui să le aibă drept obiectiv o cercetare ulterioară axată pe problema dată, și pe depistarea intervențiilor oportune și optimale.

General vorbind, răspunsurile la această întrebare ne permit să elaborăm o listă a problemelor de bioetică în ordinea importanței lor pentru sistemul autohton de sănătate, care ar putea fi folosită de cercetători și factori de decizie ca teme pentru noi cercetări și intervenții centrate pe problemă.

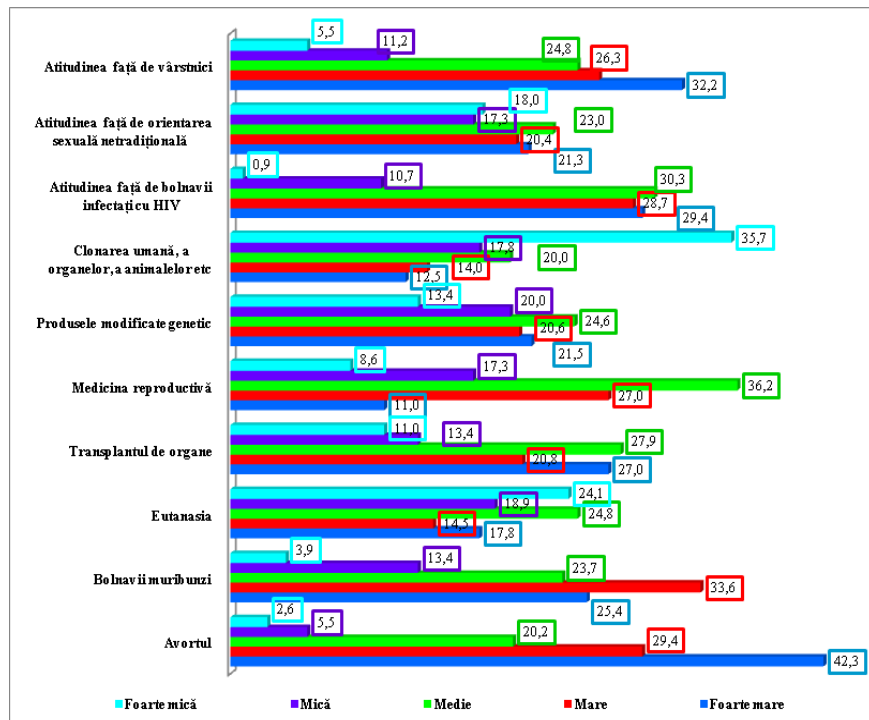


Fig. 2. Distribuția răspunsurilor la întrebarea ”Apreciați gradul prezenței următoarelor probleme în societatea și medicina din R. Moldova”

III. Aprecieri cu privire la problemele bioetice de prioritate pentru personalul medical

Dacă întrebarea anterioară era centrată pe domeniile medicale de interes

bioetic (arii de activitate medicală în general), itemul ”Apreciați situațiile de predilecție (prioritate) a problemelor bioetice pentru personalul medical” îngustează cercetarea punând accent pe dimensiunea clinică. Respondenții au apreciat ca fiind în topul celor cinci cele mai importante probleme de bioetică clinică următoarele: îmbunătățirea relației medic-pacient(51,1%), asigurarea dreptului pacientului la informație (29,8%), evitarea cazurilor de malpraxis (41,9%), distribuirea echitabilă a resurselor în sănătate (materiale, umane, financiare) (41,2%), creșterea autorității lucrătorului medical (40,1%) (fig. 3). Deci, problema percepută ca dominantă este relația defec-tuoasă cu pacientul, celelalte opțiuni fiind în fapt niște cazuri particulare sau exemplificări ale ei. Datele derivate din aceste răspunsuri vin oarecum în concordanță cu estimările Organizației Mondiale a Sănătății cu privire

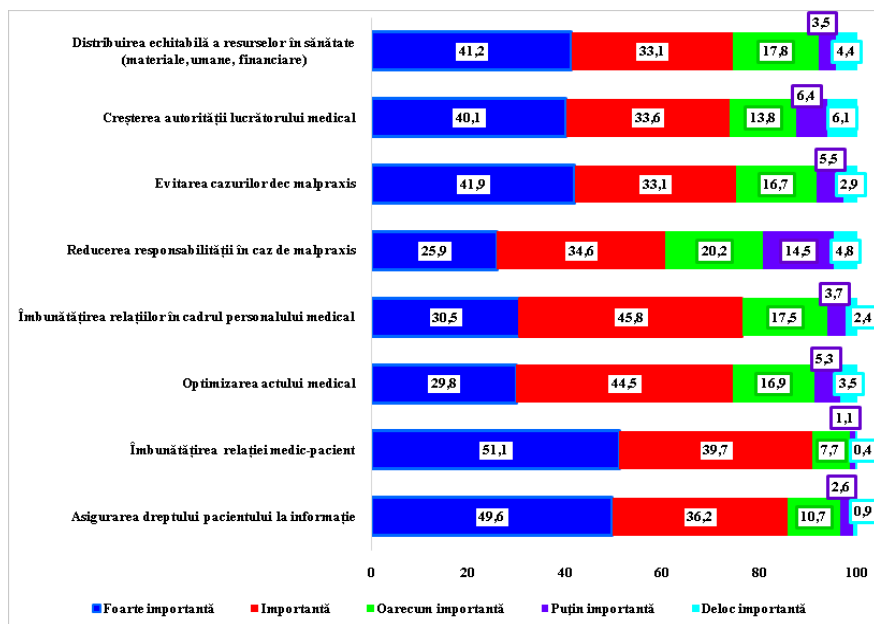


Fig. 3. Răspunsurile la întrebarea ”Apreciați situațiile de predilecție (prioritate) a problemelor bioetice pentru personalul medical”

la aspectele etice cheie ale activității clinice. În Global Health Ethics. Key issues se menționează că practicienii/medicii doresc să ofere pacienților cele mai bune servicii și îngrijiri, realizate în manieră etică, dar pot întâlni în această cale dificultăți. Unele dintre ele menționate în acest document sunt:

a) respectarea dreptului pacientului la informare, pe de o parte, iar pe de altă parte, evitarea supraîncărcării informaționale; b) crearea unor condiții prielnice de relaționare dintre medic și pacient (printre acestea fiind respectarea confidențialității și dreptului la intimitate); c) accesul la servicii de sănătate etc.

IV. Propuneri cu privire la problemele de bioetică, altele decât cele menționate în chestionar, cu care se confruntă medicii în activitatea lor practică.

În partea finală a chestionarului respondenții au fost rugați să vină cu propuneri de soluționare a problemelor de bioetică întâlnite de către ei în activitatea lor medicală, altele decât cele menționate în chestionar. Respondenții au venit cu multiple și variate propuneri. Acestea pot fi clasificate convențional în câteva blocuri tematice, și anume: 1. Cunoștințe de bioetică; 2. Drepturi și responsabilități ale pacienților; 3. Drepturi ale lucrătorului medical; 4. Diverse.

Cât privește primul bloc tematic, răspunsurile participanților relevă nevoia acută de cunoștințe de bioetică și sugestii concrete cu privire la modul de satisfacere a acestei nevoi. Printre acestea fiind sugestii cu privire la organizarea cursurilor speciale de bioetică în limitele stagiilor de perfecționare, a discuțiilor interinstituționale a problemelor de bioetică apărute; educația universitară de bioetică; organizarea de traininguri cu privire la empatie, compasiune etc.; organizarea de conferințe de interes bioetic; obținerea sistematică a informației de la comitetele de bioetică locale; fortificarea capacităților comitetelor locale de bioetică (prin sporirea competenței membrilor și motivarea acestora (inclusiv financiară), etc.

Referitor la blocul ”Drepturile și responsabilitățile pacientului”, mulți dintre respondenți au menționat problema accesului limitat al pacienților la servicii medicale de calitate și au propus pe această cale următoarele soluții: acordarea mai multor servicii medicale acoperite de polița de asigurare medicală obligatorie, mărirea numărului de medicamente compensate (ex. un respondent menționează: ”medicamentele sunt costisitoare și mulți pacienți nu și le pot permite, intervențiile medicale au costuri ridicate...”); aprovizionarea instituțiilor medicale cu medicamente și utilaje necesare pentru actul medical calitativ (pentru diagnostic și tratament) (ex. un respondent spune ”avem secții insuficient amenajate pentru internarea pacienților...”). În același timp câțiva dintre respondenți menționează nevoia de responsabilizarea a pacienților. ”Pacienții știu că au drepturi dar uită că au responsabilități” – con-

clude un respondent. Alt respondent zice că este o problemă ”Nerespectarea regulilor și regimului de staționar de către pacienți”.

Blocul tematic ”Drepturile lucrătorului medical” scoate în lumină nemulțumirile medicilor/personalului medical cu privire la condițiile de lucru, salarii scăzute, încărcătura mare de lucru, conflictele de tot felul, suprasolicitarea și surmenajul, lipsa de respect etc. Majoritatea răspunsurilor relevă nevoia medicilor/personalului medical de a-și revendica propriile drepturi. Mesajele rezumate ale acestora ar fi ”Este imoral să nu apreciezi /remunerezi efortul”, ”Este imoral să lași oamenii să lucreze în asemenea condiții”. Mulți dintre respondenți consideră că motivul esențial al situației deplorabile din sistemul autohton de sănătate se datorează gestionării incorecte a resurselor financiare. Iar ceea ce se cere este transparență în gestionarea resurselor.

Blocul tematic ”Diverse” se referă la răspunsurile singulare oferite de respondenți. Printre cele cu tentă bioetică și cele mai explicit formulate sunt: problema corupției în sistem; problema neglijării bolnavilor cu boli incurabile; marginalizarea bolnavilor cu tuberculoză, HIV și a persoanelor cu dezabilități severe și handicap psihic; educația sexuală a tinerilor pentru prevenirea avorturilor și a altor efecte ale sarcinilor nedorite; problema legalizării eutanasiilor; problema comunicării diagnosticului grav/incurabil; problema comunicării cu pacienții terminali și familiile acestora; lipsa de drepturi a persoanelor vulnerabile; problema confidențialității (mai ales în cazul pacienților HIV pozitivi); problema modului de viață sănătos.

Drept concluzie la cele analizate ar fi de menționat faptul că chiar dacă subiecte incitante de bioetică par a fi cele legate de noile tehnologii în domeniul biomedicinii, după cum ar fi cele de genetică (clonare, celule stem, îmbunătățirea genomului) sau nanotehnologii, totuși problemele acute de bioetică ale practicii medicale curente a lucrătorului medical din sistemul autohton sunt, în mare, probleme ce țin de dreptatea socială, drepturile la sănătate și inechitățile din sistem.

Concluzii generale. Explorarea opiniilor cu privire la problemele bioetice de prioritate în Republica Moldova aduce în atenția factorilor de decizie în domeniul sănătății date utile pentru a determina prioritățile în lista provocărilor bioetice pentru a orienta eforturile în abordarea lor eficientă. În același timp datele obținute sunt unele de suprafață. Ele ar putea fi și ar trebui îmbogățite prin cercetări complementare, realizate prin metode

calitative orientate spre profunzime sau / și cantitative, pentru a atinge o viziune de ansamblu a fenomenului sau problemelor analizate.

Bibliografie

1. Alireza Bagheri, Priority Setting in Islamic Bioethics: Top 10 Bioethical Challenges in Islamic Countries. In: Asian Bioethics Review, 2014, December, Volume 6, Issue 4391- 401.
2. Alkabba A.F., Hussein G.M., Albar A.A., Bahnassy A.A., Qadi M. The major medical ethical challenges facing the public and healthcare providers in Saudi Arabia. In: BMC Med Ethics, 2005, Jun, 26; 6: E5.
3. Bankauskaite V., Jakusovaite I. Dealing with ethical problems in the healthcare system in Lithuania: Achievements and challenges. In: J Med Ethics, 2006, 32:584–7.
4. Breslin J.M., MacRae S.K., Bell J., Singer P.A. University of Toronto Joint Centre for Bioethics Clinical Ethics Group Top 10 health care ethics challenges facing the public: views of Toronto bioethicists. In: J Family Community Med., 2012, Jan, 19 (1):1-6.
5. Global Health Ethics. Key issues World Health Organization 2015 In: <http://www.who.int/ethics/publications/global-health-ethics/en/> (accesat: 22.10.2018).
6. Walker R.M., Miles S.H., Stocking C.B., Siegler M. Physicians' and nurses' perceptions of ethics problems on general medical services. In: J Gen Intern Med., 1991, 6:424–9.

REALIZAREA POTENȚIALULUI BIOETIC ÎN CONSTITUIREA UNEI STRATEGII EFICIENTE A PERFEȚIONĂRII SPIRITUALITĂȚII LA CONDAMNAȚII CU TENTATIVĂ DE SUICID

Viorel Cojocaru, lect. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

REALIZING THE BIOETHICAL POTENTIAL IN ESTABLISHING AN EFFICIENT STRATEGY FOR IMPROVING SPIRITUALITY AMONG DETAINEES WITH ATTEMPTED SUICIDE

The persistence of the spiritual-moral climate issue within the penitentiary institutions remains a taboo element for contemporary society. Spiritual counselling in penitentiary institutions aims to extend and improve the quality of

life for all detainees. Realizing the bioethical potential in the spiritual counselling of detainees with attempted suicide will solve one of the biggest social problems in the penitentiary environment.

Societatea biomedicală, juridico-psihologică și cea socială se consumă univoc în identificarea factorilor care declanșează suicidul, dar și anihilarea lor. În mediul penitenciar, unde viața pendulează spre alte valori, sinuciderea atinge cote maxime, și chiar performante. În urma cercetărilor efectuate, s-a constatat că majoritatea persoanelor private de libertate, în prima perioadă a detenției, au fost măcinate de diverse momente de suicid. Se cunosc doi factori majori care declanșează refugiul condamnatului spre sinucidere: primul factor adaptarea la normele și valorile sistemului de viață privată de libertate și al doilea de evoluție sau involuție a personalității lui în mediul penitenciar. Pentru ambele cazuri individul are nevoie de susținere și consiliere la nivel moral. Fiecare etapă din complexul privațiunii de libertate are riscuri de căderi morale. În plan comportamental deținutul trece repede de la morala conformistă, axată pe vinovăție, la morala frustrării, întemeiată pe convingeri de grup, explicând cauzele infracțiunii, atitudinea lui față de muncă, familie, lege, viitor, etc. Această derapare comportamentală pornește de la încercarea de a justifica faptele săvârșite, așa cum se obișnuiește în mediul penitenciar, în dorința de a fi scutit de pedeapsă, sau ameliorarea ei. În ambele perioade condamnatul trece prin momente de risc, fie că și le-a creat singur, fie că au fost favorizate din anturaj. Cele mai periculoase momente sunt soldate cu automutilarea uneori ajungând până la tentative sau chiar cazuri de suicid.

Pornind de la ideea că bioetica este știința care cuprinde interacțiunea mai multor discipline apte de a oferi societății contemporane metode și forme de prelungire a vieții, a calității vieții, diminuarea suferințelor etc, tot ea ne oferă diverse metode de a preveni și contracara faptele contrare obiectivelor bioetice. Din acest punct de vedere, dorind să menționăm că efortul consilierului spiritual în rezolvarea tentativelor de suicid este unul benefic și acceptat de toți. Forma și metodele prin care consilierul redă sensul vieții (psihice și fizice), confidențialitatea și încrederea au schimbat și au păstrat viața mai multor deținuți. Faptul că se modelează diverse forme de relații armonioase dintre consilier-deținut, medic-deținut, deținut-deținut, accentuează necesitatea consilierii spirituale a condamnaților, mai ales aceora cu tentative de suicid.

Problema suicidului este consemnată ca una dintre cele mai tainice realizări omenești. Ea a fost analizată și cercetată de diverși specialiști: medici, sociologi, preoți, psihologi, juriști, etc. Numeroasele scrieri despre acest flagel nu a satisfăcut societatea contemporană din moment ce numărul sinucigașilor este în creștere. Ba mai mult, se observă o creștere a interesului tinerilor de a lectura romane sau alte opere prin care se ilustrează etapele și „roadele” suicidului. Majoritatea canalelor TV, postărilor pe internet etc, propun spre vizualizare secvențe artistice sau documentare prin care aduc glorie sinucigașilor.

În majoritatea țărilor Europene, suicidul este considerat o problemă a sănătății publice, drept cauză de deces este situată între primele zece premise ale morții [9, p.142]. Mediul penitenciar rămâne focarul deschis pentru deținuții din prima perioadă a detenției, atunci când axa de valori nativ-comportamentale nu coincide cu axa de valori propuse în mediul penitenciar. Pentru a ne referi direct la subiectul de studiu propus trebuie să definim ce este suicidul? Cel mai popular dicționar explicativ român menționează că sinuciderea este „acțiunea prin care omul își ia singur viața” [4, p.1814]. Juriștii definesc sinuciderea ca o „autolezare mortală care implică absența unui conflict juridic” [5, p.213], deci din punct de vedere penal nimeni nu este tras la răspundere de această crimă. Este foarte ușor să atribuim un omor drept sinucidere. Suntem martorii la ideea că sinuciderea este definită diferit de domeniile științifice. Din punct de vedere bioetic sinuciderea este „suprimarea intenționată a vieții” [8, p.315]. Moraliștii din Biserica Ortodoxă definesc suicidul ca o metodă ireparabilă prin care ne distrugem conștient și voluntar propria noastră viață fără vreun motiv serios [12, p.217-218]. Cercetătorii care s-au ocupat de acest fenomen mai în deaproape susțin că prin sinucidere nu se urmărește neapărat moartea sau desființarea propriei persoane, cât fuga de viață, fuga de probleme, modul în care o reprezintă victima [8, p.215] cât și pe șantaj emoțional [2, p.68], ultimul fiind des întâlnit în mediul penitenciar.

Sinuciderea este considerată drept o boală morală care poate fi contagioasă, de exemplu se înregistrează uneori adevărate epidemii de morți voluntare fiind specifice unui anumit timp și unui anumit loc. Un loc aparte astăzi îl prezintă penitenciarele. În instituțiile penitenciare din întreaga lume sunt cunoscute fenomenele de autorănire sau automutilare. Aceste intenții sunt caracterizate printr-un anumit comportament deviant. Ele

sunt reacția unor situații de criză la tensiuni intolerabile incluzând: tăierile venelor, răni superficiale, înghițirea unor obiecte care provoacă răni grave esofagului, tentativele de spânzurare sau otrăvirile impulsive. Comportamentul deținutului și rata sinuciderilor reprezintă o problemă clinică semnificativă și persistentă în mediul penitenciar. În penitenciare de acest fenomen răspund toate direcțiile din instituție, s-a dovedit că cea mai reușită metodă de a-l contracara este lucrul în comun. Aici un aport deosebit îl are consilierul spiritual al instituției, care aduce la cunoștința administrației factorii decisivi în evoluția problemei. Consilierea spirituală în instituțiile penitenciare poate fi desfășurată nu doar de capelan, ci și de medic, jurist, psiholog, asistent social, gardian etc.

Factorii de risc care provoacă această autoagresiune în rândul deținuților sunt diferiți, ei diferă de la caz la caz, însă sunt unii care predomină:

- Faptul că a fost privat de libertate, fie că este în arest de lungă durată, fie că deja este în termen de pedeapsă, îl desparte de libertate, spulberându-i intențiile de viitor, produce o ruptură cu societatea și familia. Aceste tipuri de sinucidere sunt întâlnite în instituțiile penitenciare preventive, sau în camerele de arest preventiv de pe lângă Comisariatele de Poliție municipale sau raionale. De obicei din aceste cazuri fac parte indivizii cu caracter melancolic.

- Cel mai des întâlnit motiv care provoacă sinuciderea în mediul penitenciar este ruperea legăturii cu familia. Codul Familiei al Republicii Moldova prevede că o persoană poate cere divorțul în cazul când cealaltă persoană este privată de libertate pe un termen mai mare de 3 ani [3]. Ruperea legăturilor cu familia și copiii, cu rudele și prietenii provoacă o stare de singurătate în fața problemelor penitenciare și insistă spre tendințe de inutilitate în societate. Pe acest fond crește probabilitatea stigmatizării condamnaților în perioada postdetenție.

- Factorii de risc sunt și statutul socio-economic, dezavantajele, bolile (nevroticii deprimați, dezechilibrul hormonal, slăbirea unor neurotransmițători) [9, p.141], tulburări psihice și anxioase, depresia, etc.

- Găsim uneori și predispoziție familială pentru sinucidere sau transmitere ereditară. O bună parte din condamnații cu tentative de sinucidere provin din familii certate cu legea.

Tentativele de suicid real, trebuie distinse de actele manipulative prin autorânire sau automutilare, care de fapt au scop câștigarea atenției sau

forțarea în promovarea unor beneficii personale. În acest moment apare consilierul spiritual iar în urma discuțiilor personale cu condamnatul poate distinge acțiunile. Majoritatea sinucigașilor în mediul penitenciar într-o perioadă de timp provoacă tentative de suicid până ajung la fapta propriu zisă. Aceste tentative, de cele mai dese ori sunt ascunse de colegii de celulă pentru a nu fi bănuți drept provocatori sau persecutori. De menționat că unii din ei își exercită această funcție pe drept. Consilierea spirituală în grup a locuitorilor din celule este inutilă, deoarece consilierea spirituală impune un moment intim și privat, pentru fiecare caz separat.

Asistentul spiritual în mediul penitenciar joacă un rol de părinte și prieten a celor mai defavorizați condamnați. Succesul lui în penitenciar ține de abilitatea lui de a iniția și a întreține o relație personală cu deținutul, și obligator, respectarea confidențialității. El nu face distincție de vârstă, stare socială, religie, sex sau gravitatea articolului pentru care a fost condamnat. Consilierul se implică în rezolvarea problemelor de comportament, iar în urma consilierii spirituale poate identifica deținuți cu tentative sau probleme de suicid. Comportamentul deținutului cu probleme de suicid nu ține de gravitatea crimei pentru care a fost condamnat. Toți deținuții au dreptul la o viață morală axată pe principii etice, care-l transformă dintr-un individ delicvent într-un individ exemplar. Creșterea încrederii în consilierul spiritual, deschiderea sinceră față de el, va facilita o asistență benefică doar în efectuarea întâlnirilor dese și sistematice. Pornind de la ideea că sinuciderea este considerată în primul rând o crimă împotriva ființei umane și a vieții, crimă împotriva societății, și neascultarea fiind cea mai gravă încălcare a poruncilor divine. În debutul consilierii spirituale a deținuților cu probleme de suicid cea mai reușită posibilitate este de a porni de la postulatul că viața omului este cel mai mare dar primit de la Dumnezeu [10, p.321]. Omul nu este în drept să intervină la acest capitol, ca de altfel și la naștere. În gândirea religioasă valoarea vieții în trup este de neînlocuit, întrucât trupul este templul Duhului Sfânt (I Corinteni 3,17), iar „sinuciderea este un act de insurecție împotriva dăătorului vieții, o distrugere a templului Duhului Sfânt care este trupul” [1, p.184].

Din propria experiență înregistrată pe parcursul activității de consilier spiritual în penitenciarele din R. Moldova, se consideră ca cea mai eficientă metodă de a menține biosul în normele fiziologice și psihologice este menținerea unei vieți spirituale profunde, aceasta este în avantajul tuturor.

Fenomenul acesta nu este întâmplător, deoarece omul fiind izolat de societate, de familie, de serviciu, etc, tocmai în acest anturaj se reactualizează sentimentul religios, punând mari speranțe pe posibilitățile intervenției divine în rezolvarea problemelor sale. Speranțele sunt strict raportate la propriul comportament atât în relație cu el însuși, cât și în relație cu divinitatea, cu colegii de cameră, cu familia, cu gardienii și medicii, etc. Această metodă poate fi aplicată deținuților religioși, sau celora cu tentativă religioasă, indiferent de confesiune. Problema nemuririi din viziunea religiei și a antropologiei va justifica tendințele consilierului. Suicidul poate fi considerat ca încălcarea a sanctității vieții umane, care, „conform convingerilor bioetice, este inalienabilă, sacră, unică și inviolabilă, atât fizic, cât și spiritual” [11, p.90].

La baza consilierii spirituale a condamnaților cu probleme de suicid vom pune cele trei teze de morală creștină care condamnă actul sinuciderii:

- a) sinuciderea este o crimă împotriva firii umane și a vieții;
- b) sinuciderea este o crimă împotriva societății și a familiei;
- c) sinuciderea este o crimă împotriva lui Dumnezeu.

Ființa umană este înzestrată cu un puternic instinct de apărare și utilizează cele mai neașteptate metode de prelungire a vieții. Organismul uman este dotat cu instrumente de apărare folosindu-se de ele mai ales atunci când cineva îi amenință viața. În cele mai dese cazuri omul utilizează toate mijloacele care-i prelungesc existența, vizibil fiind progresul tehnosciențific de tratament a bolilor incurabile. În acest sens sinuciderea vine ca o sfidare asupra firescului uman și depășește barierele dreptului asupra vieții umane. Prelungirea vieții umane, precum și calitatea vieții, este mai înaltă decât problemele și necazurile proprii vieții. Consilierul va aduce exemple reale a unor indivizi care și-au salvat firea umană proprie prin slujirea binelui. Binele este foarte așteptat într-o instituție penitenciară iar consilierul spiritual v-a susține inițiativa condamnatului de a face bine colegilor lui. Pentru a menține o viață spirituală sănătoasă în mediul penitenciar trebuie să ajutăm deținuții să-și fixeze principii morale de existență, care prelungesc și susțin viața, îmbunătățesc calitatea și supremația ei.

O altă metodă de consiliere foarte reușită cu reacții pozitive prompte este explicarea că sinuciderea este o crimă împotriva societății și a familiei. Fiecare persoană este utilă societății. Existența persoanei stă la baza existenței alteleia, iar cine nu-și prețuiește propria viață este indiferent față

de celelalte [9, p.143]. Reactualizarea evenimentelor frumoase trăite în copilărie sau familie, a celor cu impact pozitiv social, valorifică consilierea condamnatului. Acest capitol cuprinde cele mai vaste forme de consiliere și subiecte prin care condamnatul revine la starea lui normală. Amintirea momentelor frumoase și glorioase din viața lui îl va sensibiliza la durerea familiei, a rudelor și a societății. Pe termen lung, consilierul spiritual poate susține restabilirea relației cu familia, rudele și prietenii care vor vizita deținutul în perioada detenției și vor justifica uzualitatea lui socială.

Aducerea drept exemplu de rezistență a friii umane în penitenciare este un mijloc eficace de consiliere spirituală a condamnaților. În consilierea publică a condamnaților cele mai reușite exemple de comportament moral în penitenciare sunt viețile oamenilor care s-au autodidact sau autoculturalizat în închisori. După fiecare discuție și oferirea cărților prin care se descriu aceste fenomene vor facilita prevenirea suicidului în mediile penitenciare. Cele mai lucide evenimente sunt cele petrecute cu intelectualii condamnați politic în perioada comunistă fie la Pitești, Gherla sau Aiud. Operele lor sunt solicitate nu numai în mediile penitenciare ci și de întreaga societate.

O problemă ce nu poate fi ținută sub control strict este sinuciderea condamnaților post detenție. Condamnatul recent eliberat care și-a creat iluzii neîntemeiate despre societate întâmpină mari probleme după eliberare. Faptul că familia nu este suficient de pregătită de a primi noul membru, ce poartă sechele moral-penale îl face pe deținut să se simtă inutil în mijlocul propriei familii. Iar cea mai gravă problemă fiind stigmatizarea societății care naște piedici în realizarea individului post detenție: nu se poate angaja în câmpul muncii, familia și rudele îl resping, prietenii vechi evită întâlnirile, etc. Toți acești factori îmbrâncesc individul post detenție la tentative de suicid. Dacă s-au creat legături strânse cu consilierul spiritual din perioada detenției, aceste momente pot fi ușor depășite, iar în cazul când lipsesc - probabilitatea suicidului este mare. Cea mai reușită metodă de a ține sub control problema suicidului la indivizii post detenție este organizarea din partea consilierul spiritual a unei familii mare sau unui club, în care ei să se întâlnească și să se susțină reciproc, participând la aceste întâlniri și persoane din diferite domenii, dând dovadă de solidaritate.

Reușitele unei consilieri excepționale ține neapărat de metodele terapeutic-comportamentale a consilierului. Valoarea morală a cuvântului în consilierea spirituală este enormă, dar poate fi infertilă dacă comporta-

mentul nu corespunde intențiilor. Cel mai bun exemplu de consiliere sunt faptele asistentului spiritual, menționăm și faptul că deținuții au mari reticiențe la persoanele din libertate, care vor să-i ajute. O consiliere spirituală adecvată ține cont de contemplarea la sensul vieții. Educarea principiilor și normelor morale despre viață este benefic și pentru individul privat de libertate, dar și pentru întreaga societate.

Bibliografie

1. Andrutsos Hristu. Sistemul de morală. Sibiu, 1947. 249 p.
2. Brînză Sergiu. Infracțiuni contra vieții, sănătății, libertății și demnității persoanei. Chișinău, 1999. 234 p.
3. Codul Familiei al Republicii Moldova. Art. 36 alin. c., Chișinău, 2001. 54 p.
4. Dicționar Explicativ Ilustrat al Limbii Române. București: Ed. Arc Gunivas, 2007. 2240 p.
5. Dongoroz Vintilă. Explicații teoretice a Codului Penal român. Vol. III. Partea Specială. București: Editura Academiei, 1971. 86 p.
6. Lemeni Adrian. Asumarea vieții ca dar al lui Dumnezeu în contextul morții a societății contemporane. În: Sensul vieții, al suferinței și al morții. Referatele Simpozionului Internațional, Alba Iulia, 29 februarie - 2 martie 2008. Alba Iulia: Ed. Reîntregirea, 2008, p.203-215.
7. Molodeț Petru. Nise conferă un nou drept: Dreptul de a ne sinucide și de a fi eutanasiați. În: Presa Ortodoxă, 2009, nr. 6, p.15-22.
8. Niță Marian, Gheorghe Iuliana, Ionescu Florin, Otilie Bogdan, Mогоi Cristian, Bușe Violeta. Dicționar de Bioetică. Craiova: Ed. Aius, 2009. 369 p.
9. Popescu Leontin. Bioetica și perspectiva creștină. Brăila: Ed. Istros, 2009. 184 p.
10. Stăniloae Dumitru. Teologia Dogmatică Ortodoxă. Vol. I. București: Editura Institutului Biblic și de Misiune a Bisericii Ortodoxe Române, 1996. 342 p.
11. Țirdea Teodor N. Elemente de Bioetică. Chișinău, 2005. 176 p.
12. Zăgorean Ioan. Morala Creștină. Ediția a V-a. Cluj-Napoca: Ed. Renașterea, 2006. 325 p.

ACTUALITATEA PRINCIPIULUI CONFIDENȚIALITĂȚII ÎN STOMATOLOGIE

Ala Ojovan, dr. în șt. med., conf. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

THE PRESENCE OF THE PRINCIPLE OF CONFIDENTIALITY IN DENTISTRY

A priority concern of bioethics and, equally, of contemporary medical practice is respect for the confidentiality principle. The specificity of the dental field is also manifested in terms of the medical secret status. The current trends in dentistry emphasize increasingly evident the confidentiality of the administered medical act.

Azi comunitatea medicală autohtonă, inclusiv și cea stomatologică, ca și societatea de aici, se află într-o perioadă de tranziție, reforme și diverse remanieri. Condițiile curente de activitate oferă stomatologilor un nivel mare de autonomie și libertate în privința activității cinice: mai ales în practicarea nemijlocită a profesiei, în selectarea modului dorit de activitate (forma de organizare a activității), în posibilitatea selectării tehnicii și materialelor cei oferă siguranță terapeutică și posedă competențe profesionale, în privința identificării timpului și instituției de continuare a educației profesionale în care să se respecte conduita terapeutică bazată pe dovezi și standarde.

Datorită progresului accentuat în acumularea de noi cunoștințe medicale, pe de o parte, și implementarea acestora rapidă în practică, pe de altă parte, medicii stomatologi trebuie permanent să-și mențină gradul de competență la standarde înalte și să se integreze potrivit în sistemul național, dar și internațional de sănătate. În activitatea cotidiană a stomatologului inevitabil apar probleme de ordin etico-moral. Astfel de categorii ale eticii medicale ca confidențialitatea, consimțământul informat, dreptul la autonomie, libera alegere etc, devin evident de importante în relațiile medic-pacient.

Secretul medical își are originea din timpuri antice persistând peste 2500 de ani. În jurământul lui Hipocrate se menționează: "Orice voi vedea sau voi auzi în timpul unui tratament voi păstra în secret, pentru că aici tăcerea este o datorie" [5]. Actualmente în Jurământul medicului se pune în evidență importanța confidențialității medicale: "Să păstrez cu sfințenie secretul medical..."

Dacă pacientul este convins că toate informațiile pe care le expune medicului sunt confidențiale, el va fi motivat să ofere detalii importante pentru

un tratament efectiv. Între el și medicul curant său va dezvolta o relație de încredere care va contribui cu siguranță la succesul procesului curativ.

Confidențialitatea medicală constituie un concept interdisciplinar, reprezentând concomitent unul socio-etic, medical și juridic, care interzice divulgarea datelor despre sănătatea persoanei unor terțe părți. Nu se poate oferi nimănui informații despre diagnoza, starea de sănătate, rezultatul examinării, contactarea instituției medicale sau despre viața personală, obținute în timpul tratamentului sau examinării. Este interzisă divulgarea acestor date dacă sunt obținute în alte moduri. Conform legislației, fiecare cetățean are dreptul să-și păstreze secretele personale. Persoanele care încalcă drepturile cetățenilor, inclusiv și prin nerespectarea confidențialității medicale, sunt plauzibile pentru condamnări în justiție. În articolul 33 al legii R. Moldova „Privind protecția datelor cu caracter personal” se stipulează următoarele: „persoanele vinovate răspund în conformitate cu legislația civilă, contravențională sau penală” [7].

Concomitent secretul medical este și un principiu important al medicinei contemporane obligator pentru toți ce activează în acest domeniu. Etica medicală implică un fapt axiomatic – confidențialitatea unei persoane încredințate altei persoane este o condiție prealabilă pentru examinarea pacientului. Acest fapt este deosebit de important, deoarece medicii posedă informații corespunzătoare despre sănătatea și perspectivele vieții și activității pacientului. Oferind date personale medicilor pentru stabilirea diagnozei, tratament etc., indispensabil necesare pentru succesul actului curativ, acestea nu pot fi pentru a nu dăuna, inclusiv moral, pacientului la moment sau în perspectivă: „Confidențialitatea este dreptul pacientului de a nu divulga informația referitoare la starea sănătății sale fizice și psihice, aspectele intime ale vieții personale. Secretul profesional este obligația lucrătorului medical și farmaceutic de a nu divulga unor terțe persoane informația cunoscută în cadrul activității sale profesionale fără acordul pacientului, cu excepția situațiilor când aceasta este solicitată de către organele judiciare sau prezintă pericol pentru societate, pentru persoane aparte sau pentru însuși pacientul. Divulgarea informației private în cazurile de excepție menționate trebuie să se facă cu precauție, fără a aduce prejudicii morale pacientului, cu maxim respect pentru demnitatea acestuia” [1, p.6].

De fapt actul medical porcede cu „divulgarea” secretului personal care se transformă în unul medical, căpătând noi trăsături și, odată cu aceas-

ta, noi capacități. Secretul este însăși faptul de a căpăta un ajutor medical. Sănătatea umană este un fapt intim, care nu este destinat societății. Solicitarea ajutorului medical este o acțiune a unei persoane ce indică o deteriorare a sănătății. Dezvăluirea informațiilor despre aceste acțiuni poate fi deja interpretată ca dezvăluirea informațiilor despre sănătate cu toate consecințele care decurg din aceasta. Acest lucru are o importanță deosebită dacă cetățeanul care a aplicat o solicitare medicală este o persoană publică. În acest caz divulgarea informațiilor despre faptul că solicită ajutor medical poate fi interpretată nu numai ca o simplă divulgare a informațiilor, care constituie confidențialitate medicală, dar și cauzând suferința morală și/sau afectând reputația sa în afaceri.

Actul medical stomatologic nu se deosebește de celelalte din alte domenii ale medicinei. Cu tot specificul său aparent „mai lejer” sau mai „obișnuit” acesta include, fără excepții, aceleași exigențe etico-normative, inclusiv și în ceea ce privește problema confidențialității. O divulgare a confidențialității la o clinică stomatologică fi ultima zi a reputației și a solidității sale financiare. În acest sens este absolut inacceptabil comunicarea oricărei informații despre pacient la clinica dentară fără consimțământul său confirmat față de ceilalți, atât personal, cât și prin telefon. Orice acțiune legată de divulgarea informațiilor care constituie confidențialitate medicală poate fi efectuată numai cu permisiunea pacientului. Acest lucru este valabil și pentru soluționarea unor situații „rutinare” cum ar fi necesitatea consultării cu alți colegi. În acest caz el trebuie să obțină în prealabil acordul pacientului pentru a informa participanții implicați în consultare referitor informațiilor care constituie secretul medical. În „Legea cu privire la exercitarea profesiei de medic” se stipulează următoarele: „Medicul este obligat să păstreze secretul profesional. Informațiile despre solicitarea asistenței medicale, despre starea sănătății, diagnostic și alte date obținute de medic în examinarea și tratamentul pacientului constituie informații personale și secretul profesional al medicului și nu pot fi divulgate. Cu acordul pacientului sau al reprezentantului său legal, se permite transmiterea informației care constituie secret profesional unor alte persoane, în interesul examinării și tratării pacientului, al efectuării unor investigații științifice, utilizării acestor date în procesul de studii și în alte scopuri. Prezentarea informațiilor care constituie secret profesional către alte persoane fără consimțământul pacientului sau al reprezentantului său legal se admite în următoarele cazuri:

în scopul examinării și tratamentului pacientului care nu este în stare, din cauza sănătății, să-și exprime dorința; în cazul posibilității extinderii unor maladii contagioase, intoxicații și unor alte maladii care prezintă pericol în masă; la cererea organelor de urmărire penală, a procuraturii și instanței judecătorești în legătură cu efectuarea urmăririi penale sau cercetării judecătorești; în caz de acordare a ajutorului medical unei persoane ce nu dispune de capacitate de exercițiu deplină, incapabilă să informeze părinții sau reprezentanții săi legali; în cazul unor circumstanțe în al căror temei se poate presupune că prejudiciul cauzat sănătății persoanei reprezintă consecința unei acțiuni ilegale ș.a.” [3].

Orice altă procedură utilizată de medicul care efectuează tratamentul - consultarea la distanță a radiografiilor, discutarea diagnosticului pe o cartelă de ambulatoriu etc. poate fi interpretată ca dezvăluirea secretului medical (sau a secretului personal), încălcarea confidențialității pacientului. Este necesar să se știe că perioada de valabilitate a cerințelor legislației privind confidențialitatea medicală nu se termină cu sfârșitul tratamentului pacientului. În articolul 12 al legii „Cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului” se menționează că toate datele privind identitatea și starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, pronosticul, tratamentul, precum și datele cu caracter personal sunt confidențiale și urmează a fi protejate chiar și după moartea acestuia [4]. Informațiile introduse în dosarul medical al pacientului dentar, precum și orice alte informații despre pacientul clinicii, care constituie confidențialitate medicală, nu pot fi dezvăluite în viitor. Astfel reiese că confidențialitatea reprezintă una dintre cele mai valoroase obligații în contextul relației medic-pacient.

Nerespectarea secretului medical poate aduce o serie de prejudicii morale, materiale, sociale, psihologice, afective etc. Încălcarea confidențialității prin divulgarea datelor medicale duce la consecințe, ce creează un risc când se pot antrena diverse forme de răspundere: etică, deontologică, disciplinară, administrativă, civilă și penală. Menținerea confidențialității medicale este o datorie morală importantă a fiecărui medic, iar divulgarea lui este, fără îndoială, unul dintre semnele de inadecvare profesională. Protecția confidențialității medicale este responsabilitatea întregului personal medical care are o relație directă cu acesta.

Stomatologia autohtonă, trecând prin diverse și controversate perioade istorice, a moștenit anumite deprinderi și tradiții „neoficializate” care, un-

eroi, nu sunt în concordanță cu actualele documente normative și legislative cu privire la medicină. Astfel, privitor la stomatologie, s-a creat o deprindere conform căreia acest domeniu nu trebuie să fie inclus în categoria celor cu o respectare rigidă a confidențialității profesionale. S-a creat chiar un obicei că o carie dentară, o banală pulpită, o extracție a dintelui nu pot fi incluse în categoria confidențialității deoarece practic toți oamenii trec atare tratamente. În prezent actul medical stomatologic s-a complicat, s-a diversificat, devenind unul interdisciplinar. De exemplu stomatologia din una curativă se transformă tot mai accentuat în una cu menire estetică. Aici deseori are prioritate esteticul, uneori în detrimentul scopului curativ. Odată cu atare tendințe s-a impulsionat mult necesitatea respectării principiului confidențialității. În această privință se pot observa paralele cu chirurgia estetică. Aici confidențialitatea procedeeleor și efectelor estetice domină asupra celor medico-curative.

Bibliografie

1. Codul cadru de Etică (Deontologic) al lucrătorului medical și farmaceutic. Chișinău, 2007. 12 p.
2. Cu privire la aprobarea Codului deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului, Hotărârea Guvernului Nr. 192 din 24.03.2017. In: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=369644> (accesat: 28.09.2018).
3. Cu privire la exercitarea profesiei de medic, Lege Nr. 264 din 27.10.2005. In: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=313062> (accesat: 28.09.2018).
4. Cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, Lege Nr. 263 din 27.10.2005. In: <http://lex.justice.md/viewdoc.php?id=313060> (accesat: 28.09.2018).
5. Jurământul lui Hipocrate. In: <http://www.dentistul.info/juramant-hipocrate-2088.html> (accesat: 28.09.2018).
6. Mureșanu Liviu. Aspecte sociale ale practicii odontologice. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2004. 175 p.
7. Privind protecția datelor cu caracter personal, Lege Nr. 133 din 08.07.2011. In: <http://lex.justice.md/md/340495/> (accesat: 28.09.2018).

ASPECTE BIOETICE ALE VACCINĂRII ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

Viorel Andoni, lect. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

BIOETHICAL ASPECTS OF VACCINATION IN THE PRACTICE OF FAMILY DOCTOR

At present, the attention of the public opinion, the governors, the medical staff, the first pages of the newspapers, the news from the social networks is focused on the aggravated epidemiological situation in the Republic of Moldova, due to the outbreak of measles, a preventable disease by vaccination, therefore a reflection on the bioethical implications of vaccination in the practice of the family doctor is current and welcome in this context.

Actualmente atenția opiniei publice, a factorilor de decizie, cadrelor medicale, diferitor publicații, noutăților din rețelele de socializare etc. este îndreptată asupra situației epidemiologice agravate în Republica Moldova din cauza apariției focarului de rujeolă și alte maladii infecțioase prevenibile prin vaccinare. De aceea o reflecție asupra implicațiilor bioetice ale vaccinării în practica medicului de familie este actuală și binevenită în acest context.

Infecțiile au afectat omenirea de-a lungul istoriei sale. Odată cu apariția vaccinării, a devenit o armă puternică în lupta împotriva epidemiilor care făceau ravagii și au curmat timp de secole milioane de vieți. Vaccinarea a schimbat modul de evoluție a bolilor infecțioase și, într-o anumită măsură, a determinat creșterea speranței de viață de la 35 de ani, în anul 1750, până la 80 de ani, în anul 2014.

Una dincele mai periculoase boli contagioase din istorie a fost variola, care a provocat între 300 și 500 de milioane de decese doar în secolul al XX-lea. Începutul vaccinării se atribuie variolizării - o perfecționare a unei practici asiatice străvechi. În secolul al XVII-lea, pentru prevenirea cazurilor grave, copiii chinezi erau infectați conștient cu variolă de la bolnavii cu o formă ușoară. În Europa tehnica variolizării a fost adusă în secolul al XVIII-lea de către medicul Emanuele Timoni, utilizând-o fiului soției ambasadorului britanic în Turcia, Lady Mary Wortley Montagu. Dincauzanerespectăriiregulilor de carantină s-au îmbolnăvit și au decedat o parte dintreceicăroră li s-a efectuat procedura de variolizare. Mediculenglez Edward Jenner (1749-1823) lansează termenul de vaccin, ce provine de la cuvântul variolae vaccinae (variola de vacă). [10, p.265]. Ulterior vaccinarea

s-a răspândit rapid, ajungând în America de Sud, China.

În societate sesizăm o atitudine diferită privitor la vaccinare. Astfel, s-a creat un nivel îngrijorător de ridicat de refuzuri de la vaccinare, în pofda faptului că aceasta nu este doar problema personală a familiei, ci una de masștab social.

Realitatea de astăzi, modelată de mass-media și medicină, se percepe ca o lume fără maladii infecțioase, fie că infecțiile au dispărut, fie că nu mai sunt periculoase. O sarcină indizerabilă a medicilor de familie ar fi să justifice necesitatea vaccinării. Ca orice manoperă medicală invazivă, vaccinarea prezintă riscuri ale reacțiilor adverse. Antivacciniștii induc o atitudine irațională a populației față de aceste riscuri. Adesea oamenii confundă reacțiile adverse cu reacțiile adverse post-vaccinale mai grave, dar rare: legate de locul administrării; reacții alergice și unele reacții neurologice, care necesită tratament. Însă beneficiile vaccinurilor depășesc riscurile vaccinării. Este binevenită o informare a părinților, onestă și adecvată, pe înțelesul lor, întrucât vaccinarea este dreptul fundamental al copilului și trebuie să fie vaccinat la vârsta potrivită, deoarece nerespectarea calendarului de vaccinare poate duce la creșterea riscurilor efectelor secundare.

Devine necesar de a fi promovat lucrul educațional, strategii noi de comunicare, publicitatea socială, pentru a schimba atitudinea părinților neîncrezători în calitatea și eficiența vaccinurilor. Sistemul de sănătate trebuie să se adapteze nevoilor populației, deși în ultimele decenii, s-a format o opinie greșită, precum că nu pacientul trebuie să poarte responsabilitatea pentru propria sănătate, ci statul. Pacientul poate fuma, utiliza băuturile alcoolice, să se refuze de remediile prescrise de către medicul de familie, să refuze vaccinarea și examinările profilactice, dar în momentul îmbolnăvirii imediat își invocă dreptul la asistența medicală. Statul a decis să-i reamint-ească pacientului, că responsabilitatea pentru sănătatea sa îi revine nu numai sistemului medical. Vaccinarea nu este numai posibilitatea de a proteja pe copil și pe sine de boală, este o responsabilitate socială a cetățeanului. Nivelul vaccinării nu depinde direct de starea socio-economică din țară, dar de politica statului.

Directorul regional al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) pentru Europa, Zsuzsanna Jakab a făcut apel către toate țările să pună imediat în aplicare măsuri ample, adaptate fiecărei situații în parte, pentru a stopa răspândirea rujeolei. De la începutul anului 2018, mai mult de jumătate

din numărul total al bolnavilor de rujeolă din regiunea europeană, a fost înregistrat în Ucraina, constituind 23000 de bolnavi [6], iar în România, conform Centrului Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile, numărul total de cazuri confirmate de rujeolă, raportate de la începutul epidemiei de rujeolă pînă la data 28.09.2018, este 15367, din care 59 de decese [8].

Republica Moldova este situată geografic în mijlocul focarului de rujeolă. În ultimul deceniu se atestă reducerea acoperirii vaccinale cu vaccinul primar ROR (rujeolă, oreion, rubeolă) pînă la 87%, comparativ cu nivelul de imunizare de 95% recomandat de OMS. Pe data de 20 august 2018, în cadrul ședinței Comisiei Naționale Extraordinare de Sănătate Publică, Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale a declarat în Republica Moldova cod portocaliu privind riscul de răspândire a rujeolei. În perioada ianuarie – septembrie 2018 au fost confirmate 294 de cazuri de rujeolă, regiunile afectate sunt Ceadăr-Lunga, Vulcănești, Taraclia, Ungheni, Cahul, Hîncești, Cantemir, Ocnița, Nisporeni, Chișinău, Glodeni, Soroca [9].

Imunizarea populației, conform Calendarului Național de Vaccinare, duce la diminuarea cazurilor de maladii infecțioase sau dizabilității și decese în urma lor. Trebuie de menționat că vaccinurile implică mari economii în societate, nu numai în ceea ce privește viețile și suferințele umane, ci și în termeni pur economici. Guvernul Republicii Moldova a aprobat la 6 octombrie 2016 al cincilea Program Național de Imunizări (pentru anii 2016-2020), care are drept scop eliminarea sau reducerea morbidității, dizabilității și mortalității prin asigurarea populației cu imunizări obligatorii, garantate de stat, contra tuberculozei, hepatitei virale B, poliomielitei, difteriei, tetanosului, tusei convulsive, rujeolei, oreionului, rubeolei, infecțiilor cu Haemophilus influenzae tip b, cu rotavirus, cu pneumococci, precum și prin imunizări suplimentare din indicații epidemice a contingentelor cu risc sporit privind îmbolnăvirea, răspândirea infecției și decedului [5]. Programul se realizează de către serviciul de medicină preventivă în colaborare cu medicina de familie. Într-un studiu al Institutului Superior de Sănătate din Italia în cadrul Săptămânii europene și mondiale a vaccinării în anul 2017, care a analizat procentuală a cazurilor unor boli prevenite prin vaccinare comparativ cu epoca prevaccinală în Italia, prin compararea mediilor anuale a cazurilor de rujeolă în perioada prevaccinală cu cea vaccinală, s-a calculat o reducere de 96% de cazuri, economiile pentru serviciile de

sănătate variază în jurul valorii de 75 milioane de euro [7].

Vaccinofobia a început să se manifeste în istorie odată cu primele tentaive de variolizare. Pe parcurs argumentele anti-vaccinare au fost diverse, dar esența a rămas aceeași - vaccinurile sunt periculoase, beneficiile aduse sunt prea mici, comparativ cu relele ce le provoacă. Între aceste două poziții, mai există și alta, care deși nu este contra vaccinării individuale, neagă obligativitatea acesteea stabilită prin lege. Dezbateră cu privire la vaccinare dezvăluie implicațiile etice profunde, legate de dreptul la libera alegere, cu implicații în domeniul sănătății și integrității personale. De cele mai multe ori, de la vaccinare renunță părinții, regretabil manipulați și dezinformați, care încearcă să se clarifice de sine stătător și să-și asume responsabilitatea pentru sănătatea propriului copil. Pozițiile adoptate de părinți sunt justificate diferit, dar când factorii religioși se împletesc cu cei psihologici, cu neîncrederea cronică, cu „autodidacticismul” din sursele de informare fără suport științific, se contribuie împreună la starea de fapt [3, p.149].

Opoziția față de vaccinuri a primit răspunsul clar din partea statului - decizia Guvernului Republicii Moldova despre vaccinarea obligatorie, interzice instituționalizarea copiilor nevaccinați. Prin decizia din 22 ianuarie 2013, Curtea Constituțională a Republicii Moldova a confirmat constituționalitatea articolului 52, alineatul (6) din Legea 10-XVI din 3 februarie 2009, privind supravegherea de stat a sănătății publice, referitoare la obligativitatea admiterii în colectivități și instituții educaționale și de recreere doar a copiilor vaccinați, cu excepția stărilor medicale grave, care urmează a fi stabilite de către medicul de familie, fiind justificată de scopul legitim al protejării sănătății publice împotriva bolilor infecțioase transmisibile [2]. Legislația Republicii Moldova privind vaccinarea obligatorie nu prevede scutiri de ordin religios sau de altă natură. Părinții care refuză nejustificat vaccinarea copiilor lor pun în pericol sănătatea acestora. Pe de altă parte, există situații în care o decizie părintească de a se abține de la imunizarea copilului supune alte persoane riscului de vătămare – suficientă pentru a justifica intervenția forței de constrângere a statului. Părinții sunt obligați să respecte recomandările medicilor de familie cu referire la asigurarea dezvoltării normale a copilului în perioada pre- și postnatală.

Dacă părinții au decis să nu-și vaccineze copiii, trebuie să-și asume responsabilitatea de educație și învățământ a copiilor fără ajutorul statului. În opinia adversarilor vaccinării, se manipulează cu părinții, folosind drept

argument, învățământul gratuit, ca și cum educația ar fi oponentă sănătății. Este o problemă etică, un conflict între obligativitate și libera alegere, între etica individualistă și cea utilitaristă. Impunerea publică a vaccinării a provocat zvonuri și mituri.

Vaccinarea trebuie să sprijine bunăstarea individului și a societății din care face parte, așadar vaccinarea are întotdeauna un caracter personal și individual și, concomitent, o valoare socială. Sensul de vaccinare constă în protejarea binelui social în fața unor riscuri epidemiologice, deci vaccinarea este o problemă de sănătate publică, unde dreptul comunității de a nu fi expusă unor maladii infecțioase este mai important decât dreptul individual. Accentuând caracterul etico-antropologic al actului legislativ, relația dintre riscurile și beneficiile vaccinării se atribuie eticii sociale. Vaccinarea trebuie efectuată cu responsabilizarea tuturor: a părinților, a medicilor de familie și a statului.

Strategiile de comunicare utilizate în companiile pro-vaccinare nu au avut întotdeauna efectul scontat, de a eradică convingerile false despre vaccinuri, dar din contra, au consolidat opiniile nefondate și intenția unor persoane de a nu recurge la vaccinare. Refuzul de la vaccinare derivă dintr-un mecanism selectiv din mintea noastră, numit „confirmarea prejudecății”, care valorifică și păstrează în memorie convingerile noastre înrădăcinate, cu ignorarea inconștientă a dovezilor evidente. În momentul, când încercăm să convingem de siguranța vaccinurilor un părinte, care crede în existența legăturii dintre vaccinare și autism, probabilitatea că el își va revizui convingerile și va decide să-și vaccineze copilul, deseori scade. Deci, este dificil de eradicat efectul persistent de dezinformare, deoarece când recepționăm o informație, chiar și una greșită, construim un fel de model mental, care explică evenimentele.

În perioada 9-11 noiembrie 2017 la Iași s-a desfășurat a XII-a Conferință națională de bioetică, aniversară, la 20 de ani de la adoptarea Convenției de la Oviedo. În cadrul ei s-au discutat dilemele etice pe care le ridică proiectul Legii vaccinării în România [11]. Adversarii obligativității vaccinării ridică problema încălcării unor drepturi fundamentale și libertăți, afectarea confidențialității relației medic-pacient prin transferarea datelor medicale ale cetățenilor către un sistem național, care pot fi dezvăluite ulterior fără acordul prealabil al deținătorului de drept. Conform legislației drepturilor pacientului, se prevede explicit informarea acestuia privind procedura

medicală, în toate aspectele ei; opinii privind consimțământul pentru vaccinare afirmă că este unul prezumat, încălcând astfel Convenția de la Oviedo („interesele și bunăstarea ființei umane vor prevala intereselor singulare ale societății sau ale științei”). Nu poți expune la un risc de boală sau deces un singur individ pentru a proteja o comunitate întreagă și invers. Informarea cetățeanului după refuzul inițial este „o informare în condiții de constrângere treptată” care contravine consimțământului informat derivat din principiul autonomiei pacientului.

Conform părerilor adepților vaccinării obligatorii, instituționalizarea copilului se va face după ce a fost vaccinat, când părinții vor prezenta documentele, care să ateste dovada vaccinării, fiindcă în colectivitate el poate să se întâlnească cu maladii ce îl vor periclită. În schimb, oponenții obligativității vaccinării, susțin contrariul, că trebuie respectat principiul liberei alegeri și se încalcă dreptul la educație al copilului. Responsabilitatea de a accepta sau nu vaccinarea trebuie să fie a părinților, deoarece în cazul vaccinării obligatorii, părintele nu are nicio responsabilitate, dat fiind faptul, că statul a obligat să vaccineze copilul. În caz de reacții adverse, responsabilitatea statului și a companiilor farmaceutice este plasată pe umerii medicilor, care pot fi acuzați de malpraxis, că nu au evaluat corect persoana vaccinată.

Se atestă non-conformitatea obligativității vaccinale din legea franceză cu Declarația Universală asupra Bioeticii și Drepturilor omului (UNESCO), adoptată în anul 2005, care stipulează că orice intervenție medicală preventivă nu trebuie să fie efectuată decât cu consimțirea prealabilă, liberă și lămurită, a persoanei în cauză și fondată pe informații suficiente; iar singurul interes al științei sau al societății nu trebuie să primeze [1].

Renumitul profesor universitar și bioetician din România, Vasile Astărăstoae, este de părerea, că în societatea contemporană, sentimentul care domină este frica: „Profitând de acest sentiment, instituțiile și autoritățile concep tot felul de politici care limitează drepturile individuale și impun modele autoritare. Astfel se limitează demersul democratic și, cu încuviințarea cetățenilor, se limitează drepturile omului. Drepturile omului au fost și sunt un ideal pentru umanitate, care obligă la protecție internațională și statală în exercitarea lor. Aceste drepturi sunt personale, absolute și imprescriptibile. Autonomia pacientului constituie o expresie a materializării acestor drepturi și sub acest aspect o adevărată legislație și norme deontologice trebuie să impună mecanisme pentru a evita pe de o

parte, încălcarea lor, iar pe de altă parte, abuzul de drept” [4]. De asemenea savantul român concluzionează, că din cauza abandonării metodelor clasice de prevenție, sănătatea a sute de milioane de oameni este amenințată, cauza fiind „intricarea factorilor ecologici și sociali: creșterea demografică, inclusiv urbană și supraaglomerarea, migrația, libera circulație a persoanelor, călătoriile, conflictele armate, sărăcia, subnutriția, condiții insuficiente de igienă, comportamentul individual și colectiv, modificările ecosistemelor, utilizarea produselor antimicrobiene cu spectru larg (aparitia formelor farmacorezistente), infrastructura sanitară deficitară nepregătită în probleme de sănătate publică. Societatea a avut tendința de a limita drepturile individului în favoarea drepturilor colectivității, lucru care în practică nu și-a dovedit eficiența. Regulamentele de sănătate publică pot priva individul de o serie de drepturi: dreptul la libera circulație, dreptul la autonomie, dreptul la respectul vieții private, dreptul la libertate (carantină, internare obligatorie). Prin urmare, au apărut conflicte etice care trebuiau reziliate prin măsuri adecvate”

Ce ne așteaptă în viitorul apropiat? Se preconizează, că cu ajutorul tehnicilor revoluționare de recombinare al ARN-ului vor fi dezvoltate tipuri noi de vaccinuri cu metode noi de administrare, de exemplu vaccinul care ar „învinge caria”, bazat pe imunizarea împotriva glucosiltransferazei, sau celebrele „vaccinuri antidrog”, care blochează trecerea cocainei și nicotinei prin bariera hematoencefalică. Pentru producerea vaccinurilor, se va utiliza ARN-ul agentului bacterian sau viral cu introducerea lor în organism prin intermediul nanoparticulelor. Celulele organismului vor produce proteina virală sau bacteriană, care fiind recunoscută ca străină, va activa sistemul imunitar. Deși procesul bazat pe ARN-ul recombinat și nanoparticule ar reduce semnificativ costurile de producere ale vaccinurilor (timpul de producere ar fi doar 7 zile), mulți savanți consideră, că este o strategie primejdioasă, prezentând riscul declanșării reacțiilor imprevizibile ale organismului „vaccinat”.

În concluzie, putem menționa faptul că vaccinurile pot fi considerate cel mai mare succes al medicinei moderne ce salvează milioane de vieți omenști prin eradicarea maladiilor infecțioase, contribuie la prevenirea multor altor maladii, cum ar fi rujeola, difteria, tetanosul etc. Vaccinurile și-au dovedit eficiența în protejarea copiilor și adulților de boli infecțioase, care pot cauza complicații severe, și, chiar decese. Cu toate acestea în opinia

publică vaccinurile sunt privite ca sursă de riscuri, de efecte severe adverse, adică un eminent pericol, fapt ce a fost amplificat și întreținut artificial, ducând la suspiciuni și refuz. Raportul risc/beneficiu este incomparabil în cazul răspândirii bolilor infecțioase transmisibile, deoarece bolile naturale implică riscuri mult mai mari decât cele ale vaccinurilor. Ca urmare, primul imperativ bioetic este asigurarea vieții și sănătății umane prin activitatea medicului de familie cu o informație corectă și actualizată la subiect. Imunizarea obligatorie ridică probleme, cum ar fi consimțământul informat, obligațiunile ce le revin părinților, posibilitatea conflictelor privind drepturile individuale și drepturile colective ș.a. Însă cel mai important fapt trebuie să fie respectarea principiului integrității terapeutice. Procesul administrării vaccinurilor devine în mod obiectiv o importantă valoare medicală, dar, concomitent și socială, protejând persoana prin anihilarea riscului contractării maladiilor infecțioase nu numai asupra propriei persoane, ci și a întregului mediu microsocioal.

Bibliografie

1. Appel a la raison 11 vaccins: Appel urgent aux personnels et professionnels de sante. În: <https://www.11vaccinsobligatoires.com/appele-montagnier-joyeux/script/> (accesat: 28.09.2018).
2. Decizie Nr.1 din 22.01.2013 a Curții Constituționale a Republicii Moldova de sistare a procesului pentru controlul constituționalității art.52, alin.(6) din Legea 10-XVI din 3 februarie 2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice (Sesizarea nr.28 a (2012), Monitorul Oficial, 2013, Nr. 42-47, art. Nr.5. În: <https://www.monitorul.md/monitor/v-1840-v/> (accesat: 28.09.2018).
3. Donald B.Middleton, Robert M.Wolfe. The Vaccine Misinformation Landscape in Family Medicine, Vaccinophobia and Vaccine Controversies of the 21 st Century, New York, Archana Chatterjee Editor, 2013, 497 p. În: <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7438-8> (accesat: 28.09.2018).
4. Dr. Vasile Astărăstoae. Frica, sănătatea publică și etica. În: www.stiripentruviata.ro/frica-si-sanatatea-publica-si-etica/ (accesat: 28.09.2018).
5. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova „Privind aprobarea programului Național de Imunizări pentru anii 2016-2020”, N 1113 din 6 octombrie 2016, Monitorul oficial Nr.353-354, 11.10.2016. În: <https://www.monitorul.md/monitor/v-191-v/> (accesat: 28.09.2018).

6. Measles cases hit record high in the European Region. În: www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2018/measles-cases-hit-record-high-in-european-region (accesat: 28.09.2018).

7. Riduzione percentuale dei casi di alcune malattie prevenibili da vaccino rispetto all'epoca prevaccinale in Italia. În: <http://www.epicentro.iss.it/temi/vaccinazioni/SettimanaVaccinazioni2017.asp> (accesat: 28.09.2018).

8. Situația actualizată a rujeolei în România. În: <https://cnscbt.ro> (accesat: 28.09.2018).

9. Situația actualizată privind rujeola în Republica Moldova. În: www.anasp.md (accesat: 28.09.2018).

10. Tognotti Eugenia. The eradication of smallpox, a succes story for modern medicine and public health: What lessons for the future?, *J Infect Dev Ctries*, 2010; pp.264-266. În: <https://jidc.org/index.php/journal/article/view/1204/386> (accesat: 28.09.2018).

11. Vaccinarea obligatorie și Convenția de la Oviedo. În: <https://m.active-news.ro/stiri-sanatate/Vaccinarea-obligatorie-si-Conventia-de-la-Oviedo-147522> (accesat: 28.09.2018).

II

CADRUL SPIRITUAL ȘI ASIGURAREA CALITĂȚII VIEȚII, BUNĂSTĂRII ȘI SIGURANȚEI ÎN SĂNĂTATE

LOCUL ȘI ROLUL ETICII POSTMODERNISTE ÎN SOLUȚIONAREA PROBLEMELOR STRINGENTE ALE SOCIETĂȚII MILENIULUI TREI

Valeriu Capcelea, dr. hab. în filos., conf. univ.
Filiala Bălți a Academiei de științe a Moldovei

THE PLACE AND THE ROLE OF POSTMODERNISTIC ETHICS IN SOLVING THE STRINGLY PROBLEMS OF THE SOCIETY IN THE BEGINNING OF THE MILLENIUM

This article deals with issues related to the essence of postmodernist ethics and its contribution to solving the most pressing problems of society in the conditions of globalization. The author demonstrates the need for philosophy to identify the new springs of the moral foundation of the human individual and the society in which he lives. It also highlights the place and role of bioethics, ecological ethics, global ethics, computer ethics, technoethics, that have become factors contributing to the passage of civilization to the scenario of sustainable development.

Morala și etica au fost și continuă să fie un fenomen perpetuu al vieții spiritual-umane, care la acest început de mileniu, trebuie să contureze profiluri potrivite în noile condiții sociale, deoarece normele, principiile și valorile morale au fost profund zdruncinate și, posibil, denaturate iremediabil, mai ales, în țările care se află în procesul de tranziție de la totalitarism la democrație, inclusiv și în Republica Moldova.

În aceste condiții, în opinia noastră, un imperativ categoric îl constituie revenirea la fundamentele etice ale omenirii. Pentru a realiza acest imperativ este necesar să ne reîntoarcem la normele și principiile morale general-umane și, totodată, să instituiem o nouă dimensiune a discursului teoretic moral care să nu se mulțumească doar cu reflecția asupra realității, ci să analizeze transformările care se produc în societatea postmodernă și, în același timp, să înțelegem, să descriem, să prognozăm o lume care nu este încă, dar care ar putea fi. Etica postmodernistă trebuie să intuiască și să propună modalități de rezolvare a problemelor de ordin moral care apar și se vor produce în societate odată cu dezvoltarea tehnicii și tehnologiilor

informaționale, cu declanșarea problemelor ecologice etc.

În ultimele decenii, procesul globalizării a condus la numeroase constatări neliniștitoare și la atitudini imediate, inclusiv și în domeniul moralei și eticii. Astfel, problematica contemporană a tehnicii, medicinei și mediului înconjurător reclamă tot mai mult intervenția eticii în soluționarea lor, deoarece unele descoperiri științifice, crearea unor tehnologii, mașini și mecanisme reprezintă un pericol iminent pentru supraviețuirea și existența vieții pe Terra. Preocupările și idealurile omului contemporan trebuie să-și îndrepte atenția asupra acestor probleme, care au adus la apariția și dezvoltarea unor domenii ale eticii aplicative precum: bioetica, etică ecologică, etica vitalității, tehnetica, etica informațională etc.

La acest început de mileniu, în opinia lui Alin Cristea, oamenii nu mai doresc reguli juste și echilibrate, nu mai acceptă obligații care reclamă renunțarea la ceva și, din această cauză, ne confruntăm cu o viață socială absolută de grijile morale: „este” nu mai e direcționat de „trebuie” [a se vedea: 6]. El consideră că aceasta afirmație trebuie interpretată moderat, completând-o prin trimitere la cartea lui Gilles Lipovetsky *Amurgul datoriei*. Etica nedureroasă a noilor timpuri democratice, în care susține că nu se poate aplica societății postmoderne eticheta de „societate a permisivității generalizate”. De asemenea, el socotește că ar putea fi denumită mai corect „epoca minimalismului”, în care spiritul rigorist nu dispare, ci nu mai este socialmente preponderent. În același timp, eticianul susține, că logica post-moralistă este tendința dominantă a culturii etice din societatea post-modernă, dar nu singura. Ea nu exclude fenomene antinomice, precum acțiunile de caritate sau umanitare, acțiuni îndreptate împotriva avortului sau pornografiei. Cultura post-moralistă nu înseamnă și cultura post-morală, ci o etică fără devotament, în descendența accepțiunii lui G. Lipovetsky [a se vedea: 10].

În aceste condiții, filosofia trebuie să identifice noile resorturi a întemeierii morale a individului uman și a societății în care trăiește. Aceasta, în opinia lui Gheorghe Dănișor, trebuie să înlăture sau măcar să corijeze, în mare măsură, principiile pe care s-a întemeiat modernitatea [7, p.49]. În aceeași ordine de idei, Zygmund Bauman în lucrarea *Etica postmodernă* [a se vedea: 1], remarcă netemeinicia radicalismului postmodern în domeniul eticii pentru care ideea de sacrificiu de sine a fost delegitimată, pe motiv că oamenii nu sunt stimulați sau nu doresc să facă eforturi pentru a atinge

idealuri morale și a păstra valori morale, etc. Adevărata atitudine, susține el, este aceea de a considera că noutatea perspectivei post-moderne asupra eticii constă nu în abandonarea preocupărilor morale tipic moderne, ci în respingerea modurilor tipice pentru modernitate de a aborda problemele morale (adică reacția la preocupările morale prin reguli normative coercitive în practica politică și căutarea filosofică a absolutului, a universalului și a fundamentului în teorie). Totodată, Z. Bauman subliniază faptul că există consecințe neanticipate și trăim în vremuri de incertitudine morală: respectarea unor reguli morale nu dă certitudinea evitării unor consecințe dezastruoase. Sec. al XX-lea a fost veacul laboratorului și al expertizei. Numărul celor implicați a fost atât de mare încât nimeni nu poate fi făcut responsabil pentru rezultatul final și responsabilitatea flotantă dă naștere la paradoxuri: vină fără vinovați, crimă fără criminali, păcat fără păcătoși.

Studiile efectuate ne demonstrează că în societatea postmodernă acționează două tendințe antinomice: una stimulează plăcerile imediate, consumul, distracția, și explodează în supralicitare: drog, pornografie, hiperorexie de obiecte și programe mediatică. Din păcate, fiind fără limite și fără transcendență, obezul postmodern întruchipează cultul individualist al prezentului, escaladarea spre extreme în lipsa regulilor, iar cealaltă tendință este reprezentată de „gestiunea” rațională a timpului și a corpului, „profesionalismul” în fiecare lucru, ideea fixă a excelenței și a calității, a sănătății și igienei. Societatea contemporană care poartă un caracter hedonist orientează oamenii spre captarea energiilor în plăceri, consumul fiind moderat de plăcerile scurte, sporite. Etica actuală a fericirii nu se limitează doar la consum, ea este de natură activă, dinamizând potențialul de care dispunem pentru protecția, întreținerea și valorificarea performanță a capitalului-corp de care dispunem. Noile imperative ale societății post-moderne - tinerețe, sănătate, grație, formă, distracții, sex - duc la o stare de hipermobilizare, de stres și de reciclare permanentă. Astfel, noul model coercitiv apare ca rezultat al imperativului narcisic, ale cărui expresii sunt cultura igienică, ecologică, sportivă, estetică și dietetică, o dinamică a lui a-fi-mai-bine și a-părea-mai-bine.

Individualismul sec. al XX-lea accentua superioritatea individului cu particularitățile sale și cu libertatea personală în fața pierderii structurilor tradiționale, în special, a pierderii religiei și a structurilor sociale tradiționale, ca, spre exemplu, familia. La acestea s-a adăugat respingerea valorilor

absolute, concrete, a obligațiilor și normelor morale severe. În opinia lui G. Lipovetsky, astăzi individualismul a trecut într-o nouă fază în dezvoltarea sa – neindividualismul, care este, în același timp, hedonist și ordonat, dornic de autonomie și nu prea înclinat spre excese: este o „dezordine organizatoare” [1, p.28]. În acest spațiu, criteriile morale se diluează și comportă diferite aprecieri, dar nu se mai întemeiază pe nici o datorie ultimă, ci pe micro-excluderi. Individualismul se prezintă, în același timp, ca individualism responsabil și individualism iresponsabil. Cel responsabil susține „cauza eticilor inteligente și aplicate” care să obțină rezultate benefice pentru om. Formularea unor principii reformatoare devine secundară față de căutarea unor compromisuri rezonabile, a unei etici bazate pe dialog, a unui „echilibru între eficacitate și echitate”. Se acceptă o acțiune „interesată”, dar capabilă să amelioreze soarta oamenilor mai degrabă decât o bunăvoință incompetentă.

Efectuând o analiză a moralității societății la acest început de mileniu, Pascal Bruckner, în lucrarea *Tentația inocenței*, numește „inocența” boala individualismului care constă în încercarea de a scăpa de consecințele actelor tale: „Toți ceilalți sunt vinovați, numai eu, nu” [3, p.23]. Într-o societate în care se mediatizează suferința și se evită particularizarea vinei, complexul victimei se manifestă în figura martirului autoproclamat. Nimeni nu mai vrea să fie considerat responsabil, fiecare încearcă să treacă drept victimă, pentru a beneficia astfel de simpatii și privilegiile victimei. Se caută avantaje nemeritate prin punerea celorlalți în situația de îndatorați față de tine.

În viziunea lui Kenneth Bergen, la baza eticii postmoderniste stă o criză de autoritate, care vizează instituțiile tradiționale ale societății (familia, școala, biserica, statul, justiția, poliția), cu ajutorul cărora modernismul a căutat să organizeze o societate rațională și progresistă [2, p.164-168]. Această criză, în opinia lui B. Sarlo, se manifestă în mai multe moduri: O societate care divinizează tinerii și se supune nazurilor și mofturilor lor; O cultură în cadrul căreia bunăstarea este un semn al succesului și al fericirii; O economie de tip consumerist, unde „a exista” înseamnă a cumpăra, a consuma, a folosi și a arunca; O identitate definită prin achiziții de piață, nu prin ideologii [12, p.27-43].

După G. Lipovetsky, odată cu apariția postmodernismului, la mijlocul sec. al XX-lea, a luat naștere o nouă eră, era post-datorie, care renegă datoria

absolută în domeniul eticii. Noua formă a eticii proclamă dreptul individual la autonomie, fericire și împlinire personală. Postmodernismul este o eră post-moralitate, deoarece desconsideră valorile mai înalte, necondiționate, cum ar fi disponibilitate pentru slujirea celor din jur și sacrificiul de sine. Acestea fiind spuse, s-ar putea ca unii să remarce faptul că etica postmodernistă nu este în totalitate rea. Desigur, există câteva contribuții constructive în ceea ce privește problemele care ne amenință viața în ziua de azi. Un stil de viață sănătos, grija față de mediul înconjurător și lupta contra violenței și discriminării, toate acestea sunt demne de admirat. Mai mult decât atât, postmodernismul scoate în evidență erorile etice din trecut, atât cele teoretice, cât și cele practice. Însă, nici într-un caz nu trebuie să ne lăsăm amăgiți. În opinia lui Raúl Kerbs, în esență, etica postmodernistă nu are motivație morală. În realitate, este vorba de căutarea individualistă a realizării personale și a autonomiei. În timp ce motivul din spatele tuturor eticilor autentice este acela de a înfrânge răul cu bine, postmodernismului îi lipsește suflul moral. Se dorește doar combaterea excesului de rău, dar nu se dorește eradicarea răului. Din păcate, se luptă împotriva unor manifestări ale răului fără a recunoaște rădăcina. Scopul postmodernismului este obținerea autonomiei egoiste - lucru împotriva căruia se spun atât de multe în descrierea biblică a păcatului [a se vedea: 9].

R. Kerbs scrie că, în aceste condiții, apare, în mod legitim, o serie întregă de întrebări: Cum poate un sistem moral să lupte împotriva răului, dacă principiul pe care el însuși se bazează este îndreptat către sine, ceea ce, biblic vorbind, reprezintă sursa răului? Se poate obține fericirea în cadrul acestui tip de moralitate pentru care pledează postmodernismul? Dacă fericirea reprezintă căutarea după autonomie, împlinire personală și satisfacerea dorințelor imediate, o libertate individuală excesivă fără o deschidere sinceră a sufletului către semenii și către Dumnezeu, atunci în cadrul acestei gândiri, căutarea fericirii înseamnă perpetuarea lucrurilor așa cum au fost din totdeauna. Ba mai mult decât atât: un amestec de viață și moarte, plăcere și durere, succes și eșec, bucurie și tristețe. Dar astfel se ignoră ceea ce se află în spatele căutării umane după fericire: dorința de altceva, ceva diferit, ceva ce va pune sfârșit acestor ciocniri antitetice. Acel „altceva” nu intră în căutarea postmodernistă a fericirii. Etica gândirii postmoderniste se mulțumește cu un fleac, se resemnează cu o țintă mai joasă, argumentează că, întrucât moralitatea tradițională, inclusiv cea creștină, nu

ne-a schimbat în mai bine, atunci este timpul să ne coborâm standardele și să-i acceptăm pe oameni așa cum sunt [a se vedea: 9].

Totuși, în opinia noastră, etica postmodernă, în afară de deficiențele ei, contribuie la soluționarea unor probleme de ordin moral care apar în procesul dezvoltării societății. Spre exemplu, bioetica abordează problemele stringente ale contemporaneității precum schimbarea sexului, homosexualismul, travestismul, malpraxisului, eutanasia, problemele biotico-medicale din reanimatologie, transplantologie, medicina legală, medicină reproductivă, psihiatrie, manipularea genetică etc. Etica ecologică constituie un areal al studiilor interdisciplinare, al căror obiect îl întruchipează aspectele morale și spirituale ale atitudinii omului (societății) față de natură, având drept scop revizuirea bazelor axiologice ale civilizației umane în direcția dezvoltării integre a omului și a caracterului organic al activității lui vitale pe Pământ [5, p.186-187]. Totodată, ea investighează posibilitatea elaborării argumentelor raționale pentru a atribui o valoare intrinsecă mediului natural și conținutului său non-uman. Etica globală, sintetizează valorile, normele și principiile morale ale tuturor civilizațiilor. Prin etica globală înțelegem un consens fundamental, bazat pe valori morale esențiale, pe standarde irevocabile și pe atitudini personale. În absența unui astfel de consens în ceea ce privește etica, mai devreme sau mai târziu, orice comunitate va fi amenințată de haos sau de instaurarea unui regim dictatorial, iar indivizii se vor prăbuși și din punct de vedere spiritual” [a se vedea: 4, 11]. Un rol aparte în constituirea eticii globale o are, în opinia Cristinei Gorniak-Kocikowska, etica informațională, care posedă potențialul necesar pentru constituirea unei etici globale, ce poate fi utilă pentru societatea informațională. Ea consideră că natura revoluției informaționale ne indică asupra faptului că etica mileniului III va avea un caracter global în sens spațial, deoarece etica informațională va cuprinde globul pământesc în totalitate și, totodată, ea va fi adresată întregului ansamblu de acțiuni și relații umane [8, p.179]. Tehnoetica cercetează impactul tehnicii asupra dezvoltării sociale, dă naștere unui șir întreg de probleme care nu sunt o consecință nemijlocită a acțiunilor ei, dar pot să producă, în același timp, urmări sociale de amploare care se resimt la nivelul mentalităților individuale și colective, la nivelul politic și economic.

Prin urmare, etica postmodernistă se transformă într-un factor important care contribuie la trecerea civilizației de pe Terra spre scenariul unei

dezvoltări durabile, ce „constă în conservarea civilizației și a biosferei, în evoluția lor inofensivă și indefinit de îndelungată” [13, p.23], ce poate determina existența infinită a umanității.

Bibliografie

1. Bauman Z. Etica postmodernă. Timișoara: Ed. Amarcord, 2000. 284 p.
2. Bergen K. El yosaturado: Dilemas de identidad en el mundocontemporáneo. Barcelona: Ed. Paidós, 1992, p. 164-168.
3. Bruckner P. Tentația inocenței. București: Ed. Nemira, 2005. 292 p.
4. Capcelea V. Etica în fața provocărilor societății post-moderne. Bălți: Indigou Color, 2016. 142 p.
5. Capcelea V., Capcelea A. Introducere în etica ecologică. Chișinău: Ed. ARC, 2015. 332 p.
6. Cristea A. Etica postmodernă. Paradoxuri. Antinomii. Echivocuri. Disponibil pe: www.revistaperspective.ro.
7. Dănișor, Gh. Postmodernismul etic. În: Analele Universității din Craiova - Seria Filosofie, nr. 21 (1/2008), p. 49-54.
8. Gorniak-Kocikowska, K. The Computer Revolutionandthe Problem of GlobalEthics. In: Scienceand Engineering Ethics, 1996, 2 (2). p. 177-190.
9. Kerbs, R. Etica postmodernistă. În: <https://semneletimpului.ro/social/etica-postmodernista.html>.
10. Lipovetsky, G. Amurgul datoriei. Etica nedureroasă a noilor timpuri democratice, traducere și prefață de Victor-Dinu Vlădulescu. București: Ed. Babel, 1996. 320 p.
11. Parlamentul religiilor lumii. Declarația pentru o etică globală. În:<http://ru.scribd.com/doc/98794946/Declaratia-Parlamentului-Religiilor-Lumii#scribd>.
12. Sarlo, B. Escenas de la vida postmoderna: Intelectuales, arte y videocultura en la Argentina. Buenos Aires: Ed. Ariel, 1994, p.27-43.
13. Ursul, A.; Rusandu, I.; Capcelea, A. Dezvoltarea durabilă: abordări metodologice și de operaționalizare. Chișinău: Î.E.P. Știința, 2009. 252 p.

DIMENSIUNI CULTURALE ÎN SPITALELE PUBLICE DIN REPUBLICA MOLDOVA

Nina Globa, *asist. univ.*

Larisa Spinei, *dr. hab. șt. med., prof. univ.*

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

CULTURAL DIMENSIONS IN PUBLIC HOSPITALS IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

The paper outlines the results of a study, which aimed to evaluate the organizational culture in public hospitals in the Republic of Moldova. One of the research objectives was to study the cultural dimensions described by G. Hofstede. The results refer to the following five dimensions: individualism versus the collectivism, power distance, masculinity versus femininity, uncertainty avoidance, and long-term orientation versus short-term orientation.

Actualitate. Orice sistem social, de la națiuni la organizații sau diferite grupuri, la momente diferite de timp, își creează propriu spațiu cultural, care este cel mai important cadru de referință și reprezintă modul său specific de expresie [5, p.8]. Pentru organizații acest spațiu este definit drept cultură organizațională. Cultura organizațională constituie unul dintre domeniile recent apărute în studiul științelor socio-umane. Aflată la confluența unor discipline în continuă ascensiune, cum ar fi psihologia, sociologia, antropologia, managementul, cultura organizațională devine o temă de studiu care deschide noi orizonturi ale cercetării interdisciplinare [8, p.54].

Astfel, actualmente unul din elementele principale care influențează managementul și eficiența organizațiilor și care se dovedește a fi util în soluționarea multiplelor probleme care apar în instituțiile medicale este cultura organizațională. Cercetătorii din domeniu menționează că cultura este un element cheie în realizarea misiunii și strategiei organizației, sporirea eficienței și managementul schimbării [1, p.384]. Cultura reprezintă o componentă organizațională destul de complexă, dificil de înțeles și evaluat dar cu multiple și semnificative influențe asupra acesteia. La rândul său, ea este influențată de un șir de factori printre care, un rol deosebit îl joacă cultura națională și dimensiunile sale.

Material și metode. Lucrarea include rezultatele unui studiu observațional, transversal, care a avut drept scop studierea și evaluarea cultu-

rii organizaționale din spitalele publice din Moldova. Metodele de cercetare utilizate au fost: statistică, istorică, sociologică, psihologică. Unul din obiectivele studiului a fost determinarea dimensiunilor culturale existente în spitalele publice și evidențierea particularităților pentru instituțiile de nivel diferit. În acest scop a fost elaborat un chestionar, în baza diverselor modele întâlnite în literatură [4, p.29]. El conține câte 6 afirmații perechi pentru fiecare din cele 5 dimensiuni culturale propuse de G. Hofstede. Respondentul a fost rugat să aprecieze pe o scară de la 1 la 7 gradul în care se manifestă anumite aspecte în cadrul instituției medicale sau/și opțiunile personale vis-a-vis de acestea. În lucrare sunt elucidate datele obținute din cadrul a trei instituții: un spital republican – 86 angajați chestionați; un spital raional – 117 chestionați și un spital municipal – 104 chestionați, în total 307 respondenți. Datele acumulate din chestionare, au fost prelucrate automatizat, utilizând programele Epi Info, SPSS și Excel. Au fost calculați indicatorii tendinței centrale, indicatorii relativi, indicatorii variabilității și veridicității. Fiecare participant la studiu a semnat acordul informat, din care a făcut cunoștință cu scopul și obiectivele studiului, modul de desfășurare a lui, drepturile sale, posibile riscuri și beneficii.

Rezultate și discuții. Problema influenței culturii asupra managementului instituțional necesită a fi analizată din, cel puțin, două puncte de vedere: cel al culturii naționale și cel al culturii organizaționale. Deși între cele două tipuri de culturi există o relație directă, deși ele se influențează reciproc, ele sunt de natură diferită. În literatura de specialitate sunt descrise șapte dimensiuni clare de diferențiere a valorilor culturale naționale, cu impact asupra culturii organizaționale: individualism/colectivism; evitarea incertitudinii: mare, mică; distanța față de putere: mare, mică; egalitate de gen: masculinitate/feminitate; orientare pe termen scurt /orientare pe termen lung; formalism/neformalist; orientarea în funcție de timp: puțin sau abundent [4, p.29; 7, p.73]. Primele cinci dimensiuni de valoare provin din cercetările lui G.Hofstede, realizate pe parcursul a 18 ani, care au implicat peste 160.000 subiecți din șase țări [4, p.37 - 202]. Ultimele două provin din cercetările calitative ale lui Cresencio Torres și Mary Bruxelles [6; 9]. Un studiu realizat de Dumitrașcu în România utilizând o scară comparativă cu cea din studiile lui Hofstede, a încercat catalogarea țării în funcție de patru dimensiuni și identificarea unor aspecte privind comportamentul și cultura managerială în România. Astfel, specifice pentru români sunt:

un grad înalt de individualism; o distanță mare a puterii; control amplu al incertitudinii (evitarea riscului) și feminitatea [3]. În cercetarea pe care am realizat-o, noi ne-am bazat pe clasificarea descrisă de G.Hofstede și am inclus în studiu primele 5 dimensiuni.

Prima dimensiune analizată a fost dimensiunea individualism versus colectivism. Individualismul exprimă măsura în care nevoile și autonomia indivizilor sunt mai importante decât nevoile colective ale unității de muncă sau ale societății. În culturile individualiste, oamenii sunt identificați mai mult pe baza realizărilor lor proprii decât cele ale grupurilor sau colectivităților, iar drepturile individuale sunt mult mai importante decât responsabilitățile sociale. Societățile orientate spre grup accentuează și evidențiază armonia, unitatea și loialitatea grupului [2].

Reieșind din rezultatele obținute, în spitalele raional și municipal se observă o tendință ușoară spre colectivism, iar în spitalul republican o tendință mai mică spre individualism (tabelul. 1).

Tab. 1. Manifestarea dimensiunilor culturale în spitalele publice

Instituția	Individualism/colectivism Ma ±DS	Distanța față de putere Ma ±DS	Evitarea incertitudinii Ma ±DS	Masculinitate/feminitate Ma ±DS	Orientarea pe termen scurt/lung Ma ±DS
Spital republican	3,6±1.08	3.69±1.37	3.05±1.14	4.46±0.64	4.29±0.51
Spital raional	4.03±1.05	4.25±1.4	3.54±1.13	4.2±0.95	3.96±0.76
Spital municipal	4.15±0.8	3.61±0.7	2.94±1.05	4.57 ±0.84	3.7±0.69
Testul Kruskal Wallis	p< 0.001	p< 0.001	p< 0.001	p< 0.05	p< 0.001

Cu toate că diferențele nu par a fi mari, compararea mediilor cu ajutorul testului neparametric Kruskal Wallis denotă o diferență statistică semnificativă ($p<0.001$) între manifestarea dimensiunilor în instituțiile comparate. O analiză mai aprofundată, în care s-a urmărit evidențierea structurii interne a răspunsurilor, elucidează că 50% din angajații spitalului republican și 39.5% din cei ai spitalului raional au avut o medie situată între 3 și 4, ceea ce și a determinat tendința ușoară spre individualism, iar 44.4% din respondenții spitalului municipal au avut o medie situată între 5 și 6 aceas-

ta orientând vectorul spre colectivism (figura 1). Caracteristicile esențiale ale individualismului în testul propus de noi au fost: persoanele preferă să petreacă timpul liber singure, sunt preocupați mai mult de interesul personal, se bazează doar pe sine, nu doresc implicarea instituției în rezolvarea problemelor lor personale.

Cea de-a doua dimensiune, evitarea incertitudinii exprimă măsura în care oamenii se simt mai mult sau mai puțin limitați în situațiile ambigui și cu incapacitatea de a prevedea evenimentele viitoare. În culturile cu o înaltă evitare a incertitudinii există o mai mare teamă de necunoscut iar securitatea și stabilitatea sunt mai importante, conflictele sunt evitate, planurile și previziunile sunt mai bine evaluate și se pune un accent mai mare pe reguli și reglementări. După cum se observă din tabelul 1, se denotă și la această dimensiune, diferențe statistice semnificative ($p < 0.001$) între rezultatele din spitale. Deși în toate instituțiile se constată o tendință spre evitarea riscului, totuși, în spitalul municipal aceasta este mai accentuată, având o medie de 2.94 ± 1.05 puncte.

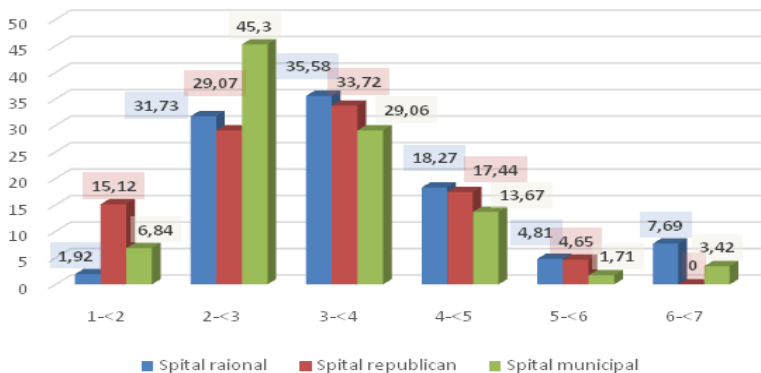


Fig.2. Proporția angajaților care au optat pentru diverse grade de evitare a riscului, (%).

Analizând proporția răspunsurilor, graficul elocvent demonstrează o tendință clară de evitare a riscului în toate instituțiile cuprinse în studiu (figura 2). Menționăm că grupa țărilor caracterizate printr-un grad ridicat de control al incertitudinii și evitare a riscului este alcătuită din țările latine din Europa și America de Sud, Mediteraneene, Japonia, Coreea de Sud și Israel. Caracteristic lor este faptul ca membrii societății sunt educați

în ideea de a căuta sa învingă viitorul. După cum demonstrează rezultatele, ne încadrăm și noi în acest grup, Republica Moldova fiind și ea o țară latină din Europa.

Următoarea dimensiune analizată, distanța față de putere exprimă măsura în care oamenii acceptă diferențele de putere și de statut între ei înșiși. Distanța ierarhică reflectă maniera în care fiecare societate tratează faptul ca indivizii sunt inegali fizic, intelectual, economic etc. Într-o cultură în care distanța față de putere este înaltă, liderii au mai multă autoritate, au drepturi și privilegii speciale, sunt mai puțin accesibili și nu sunt dispuși să împartă puterea cu subordonații. În cazul unei distanțe mici față de putere, liderii și subalternii interacționează ca egali. Conform rezultatelor obținute de noi în cele trei instituții, se constată diferențe statistice semnificative la această dimensiune ($p < 0.001$), în două din ele: spitalul republican și cel municipal se constată o tendință ușoară spre distanța mică a puterii, iar în spitalul raional există tendința spre distanță mai mare (tabelul 1). În organizațiile cu o distanță mică a puterii managerii sunt mai accesibili, practică un stil democrat și țin cont de părerile subordonaților.

Studiind dimensiunea egalitate de gen (masculinitate/feminitate), menționăm că delimitarea ei se face în funcție de diviziunea socială a rolurilor. Aceasta reprezintă măsura în care bărbații și femeile sunt receptivi la un tratament egal, precum și faptul că atât atributele masculine cât și cele feminine sunt considerate importante și dorite. În culturile cu un nivel înalt de egalitate, rolul bărbaților și al femeilor nu este clar diferențiat, locurile de muncă nu sunt restricționate de gen, iar atributele de genul compasiune, empatie și intuiție sunt la fel de importante ca și competitivitatea, raționalitatea obiectivelor sau poziția de afirmare.

Reieșind din rezultatele expuse în tabelul 1, cu referire la dimensiunea dată, deși există o diferență semnificativă statistic între instituții ($p < 0.05$), în toate se constată o tendință spre feminitate, media depășind valoarea 4, iar această diferență se datorează gradului de manifestare a acestei tendințe. Această tendință spre feminitate poate fi explicată și prin specificul activității medicale, profesie care stând la straja vieții și sănătății omului, n-ar putea atinge aceste deziderate fără empatie, compasiune și caritate.

Ultima dimensiune, orientarea pe termen scurt /orientarea pe termen lung reprezintă orientarea cu privire la viață și la muncă. Oamenii cu orientare pe termen lung au o viziune a viitorului, sunt cumpătați, economi

și stăruitori în realizarea obiectivelor. Ei nu solicită imediat returnări ale investițiilor sale. Orientarea pe termen scurt se exprimă prin preocuparea pentru menținerea stabilității personale, a fericirii și pentru nivelul de trai din prezent.

Rezultatele cercetării denotă diferențe semnificative statistic la această dimensiune ($p < 0.001$), în două din cele trei instituții, spitalul raional și municipal, înregistrându-se o mică tendință spre orientarea pe termen scurt, iar în spitalul republican o ușoară tendință spre orientare pe termen lung.

Concluzii. 1. Determinarea dimensiunilor culturale reprezintă componente importante ale diagnosticului cultural în instituțiile medicale și elemente cheie ale managementului culturii. 2. Analiza dimensiunilor culturale în spitalele publice din Republica Moldova: individualism/colectivism; evitarea incertitudinii; distanța față de putere; masculinitate/feminitate; orientare pe termen scurt / lung, denotă diferențe semnificative statistice la toate dimensiunile studiate ($p < 0.05$). 3. Cele mai importante diferențe identificate sunt: tendință mică spre individualism în spitalul republican ($3,6 \pm 1,08$); tendință ușoară spre distanță mare față de putere în spitalul raional ($4,25 \pm 1,4$); tendință moderată de evitarea riscului ($2,94 \pm 1,05$); predominarea valorilor feminine ($4,57 \pm 0,84$); și tendință mică spre orientarea pe termen scurt în spitalul municipal ($3,7 \pm 0,69$). 4. Cunoașterea și evaluarea de către manageri a dimensiunilor culturale și a modului de influență a acestora asupra angajaților și eficienței organizaționale, va permite implementarea unor mecanisme viabile de fortificare a culturii organizaționale și de diminuare a riscurilor cauzate de tendințele cu caracter negativ.

Bibliografie

1. Armstrong Michaiel. *Armstrong's Handbook of Human Resource Management Practice*. 11 th edition. London: Kogan page, 2010. 1062 p.
2. Barb Carmen Sorina. *Influența factorilor endogeni și exogeni asupra managementului firmei*. Teză de doctor în economie, Sibiu, 2003. 298 p.
3. Dumitrașcu D. *Managementul firmei, abordări în perspectivă, teză de doctor în economie*. Sibiu, 2003. 255 p.
4. Hofstede Geert. *Managementul structurilor multiculturale- software-ul gândirii*, București: Editura Economică, 1996. 304 p.
5. Huțu Carmen-Aida. *Cultura organizațională și transfer de tehnologie: premize pentru transformarea competitivă a organizațiilor românești*. București: Editura Economică, 1999. 224 p.

6. Rusu Sergiu, Isac Florin, Cureteanu Radu. Cultural Dimensions in Romanian Management. În: <http://lsma.ro/index.php/lsma/article/view-File/658/pdf> (accesat: 22.10.2018).

7. Schein E. Organizational Culture and Leadership. 4th Edition. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1992. 436 p.

8. Stog L., Caluschi M. și alții. Psihologia managerială. Chișinău: Cartier, 2002. 296 p.

9. Zelenschi A. Cultura managerială și rolul ei în managementul modern. Teza de dr. în filosofie. Chișinău, 2004. 157 p.

„NOUL UMANISM” ÎN VIZIUNEA LUI MIRCEA ELIADE

Gheorghe Bobână, dr. hab. în filoz., prof. univ., prof. cercet.
Institutul de Istorie

„THE NEW HUMANISM” IN THE VISION OF MIRCEA ELIADE

The article studies Mircea Eliade's assessment that the history of religions is meant to play an important role in contemporary cultural life. Understanding of exotic and archaic religions will significantly boost cultural dialogue with the representatives of these religions and, in particular, the understanding of the existential situations expressed by it, the historian of religions will assent to a deeper knowledge of man and the foundation of this knowledge will develop on the world scale a new humanism.

Personalitate cu adevărat enciclopedică a culturii românești, renumit orientalist, etnolog, sociolog, folclorist, eseist, nuvelist, romancier, dramaturg, memorialist, Mircea Eliade este, în primul rând, istoric și teoretician al credințelor și religiilor, apreciat fiind în întreaga lume ca unul dintre cei mai mari specialiști în domeniu.

Cercetarea fundamentală a miturilor, a riturilor, a simbolurilor, a originilor culturii, a sacralului și profanului - toate au condus la elaborarea sistematică a problematicii credințelor și religiilor. De la primele preocupări de istorie a religiilor din anii de studenție, la aprofundarea și sistematizarea chestiunilor de strictă specialitate în calitatea de profesor de logică, metafizică și autor al unor cursuri de istorie a religiilor și până la apariția, în 1949, la Paris, a Tratatului de istorie a religiilor și a monumentalei sinteze Istoria credințelor și ideilor religioase, tipărită inițial la prestigioasa

Editură Payot din Paris în 1976-1983 - iată calea încununată de un succes surprinzător a cercetătorului Mircea Eliade.

Ar fi greșit să credem că Mircea Eliade, ca istoric al religiilor, s-a produs doar în lucrarea sa de sinteză - avem în vedere *Istoria credințelor și ideilor religioase* în trei volume. De fapt majoritatea lucrărilor lui Mircea Eliade într-un fel sau altul aparțin uneia și aceleiași teme - istoria credințelor și a religiilor. Și aceasta pentru că savantul român examinează subiectul nu îngust, ci dintr-o perspectivă largă, într-un complex și o unitate indisolubilă cu toate fenomenele sociale, cu toate manifestările de conștiință ale omului. *Istoria credințelor și religiilor* în principiu este examinată de Eliade ca o știință totală. În Cuvântul înainte la *Tratatul de istorie a religiilor* autorul sublinia că nu poți elibera fenomenul religios de fiziologie, psihologie, sociologie, economie, lingvistică, arte. *Istoria credințelor și ideilor religioase*, menționează Mircea Eliade în Prefața la traducerea românească, a fost scrisă „înainte de toate, pentru a arăta ce s-a întâmplat, în durata timpului istoric, cu o seamă de intuiții, experiențe și idei religioase care au contribuit la constituirea condiției umane, din preistorie și până la începutul erei noastre” [2, p.VII).

Pentru Eliade, axis mundi, centrul universului era homo religiosus. Datorită acestui centru, el a fost capabil să treacă prin mai multe inițieri care i-au permis să se orienteze creator în diferitele lumi în care a trăit. Credința, religiozitatea este examinată de Mircea Eliade ca o esență, o condiție a existenței umane. Omul chiar de la origini a fost religios (homo religiosus), totdeauna a crezut, n-a putut să nu creadă în ceva - în apă, aer, foc, soare, lună..., mai apoi în zei, apoi într-un singur Dumnezeu..., permanent mai credea în bine, adevăr, frumusețe, în iubire, în viitor... Când însă a încercat să nu mai creadă în nimic, a început să-și piardă însăși natura, imaginea, chipul, esența de om. Și atunci, reappare necesitatea credinței, unei noi religii, unui nou umanism de care vorbește și spre care se îndreaptă Mircea Eliade în perioada matură a activității sale.

În creația sa, savantul român de multe ori revine la rolul de cea mai mare importanță a religiei în cultură, în dezvoltarea societății umane, în viitorul umanității. În lucrarea *Nostalgia originilor* Mircea Eliade scria: „Așa cum am spus-o de mai multe ocazii, momentul nostru istoric ne obligă la confruntări pe care nici măcar nu ni le puteam măcar imagina acum cincizeci de ani. Pe de o parte, popoarele Asiei și-au făcut recent reîntoarea în istorie

și, pe de alta, popoarele așa-zis „primitive” își pregătesc apariția la orizontul „marii istorii”; altfel spus, ele năzuiesc să devină subiecte active ale istoriei și nu obiecte pasive, cum au fost până acum” [3, p.15].

Pe baza rolului cultural enorm al credințelor și religiilor în viața popoarelor, Mircea Eliade, după cum am menționat, revine la ideea unui nou umanism, fondând pentru realizarea acestei idei, împreună cu J. M. Kitagawa și Charles Long, un periodic internațional, destinat studiului comparat al istoriei religiilor „History of Religions” (primul număr al periodicului, din ianuarie 1961, se deschide cu articolul introductiv al lui Mircea Eliade Un nou umanism.) Credem că anume această idee de umanism și trebuie considerată ca esențială în activitatea lui Mircea Eliade în calitate de istoric și teoretician al credințelor și religiilor. Tot această idee, considerăm, ar trebui pusă și la baza cercetărilor vizavi de contribuțiile eliadiene la una din ele mai mari probleme ale culturii și ale umanității.

Mircea Eliade afirma că, înaintea tuturor conceptelor despre lume, înaintea tuturor ideologiilor, religiile au înmănușat, într-un recipient supraomenesc al sacrului, elementele de conștiință colectivă a grupurilor umane, conferindu-le identitate și coerență. Religia este o formă specifică, prin care omul intră în legătură cu lumea. Religia îi oferă omului posibilitatea de a se înțelege, de a-și defini locul în structura mediului fizic și social. Această posibilitate i-o oferă omului și filosofia. Omul este liber să aleagă între diferite concepții existențiale, filosofice sau religioase, dar, fără de ajutorul acestor două forme, omul nu poate atinge conștiința de sine, nu se poate manifesta pe deplin, nu-și poate realiza ființa.

Credința este o trăsătură specifică omului, care, alături de alte însușiri, îi determină esența. Credința trebuie înțeleasă nu în sensul ei îngust, de credință religioasă, ci mult mai larg - de credință într-un model, pe care omul îl urmează și în raport cu care se perfecționează, se cizează, dorind să-l atingă, să-l realizeze. O asemenea credință ne determină ființa. O parte a societății se oprește la credința religioasă, alta o depășește, urcându-se la înălțimile idealului uman. Mircea Eliade afirmă că, pentru a ne cunoaște pe sine, trebuie să comunicăm permanent cu conținutul bogat, variat al concepțiilor mito-religioase, deoarece ele insuflă credința.

Pentru Eliade, în documentele religioase ale popoarelor arhaice este prezentă o „ontologie implicită” și chiar și o metafizică exprimată prin simboluri. Tipul de cercetare eliadiană a fost denumit de către exegeții operei

sale o „rearticulare”, pentru a-1 deosebi de alte tipuri deopotrivă prezente în istoria religiilor. Când un om de știință consideră religia ca un mod de acțiune autentic și comprehensibil, fără a pune o necesară distanță între comportamentul religios și comportamentul normal contemporan, el folosește „rearticularea”. Pe această direcție se înscrie Mircea Eliade. În substanță, gândirea lui Eliade, „inșerându-se în acea «literatură a crizei» care se interoghează asupra sensului civilizației occidentale, se prevalează de instrumentul propriu istoriei religiilor (așa cum alții se slujesc de istoria artei, de filosofie etc.). Adversarul ei îi constituie în primul rând premisele pozitivismului religios din secolul al XIX-lea, care se complăcea în a se considera cea mai înaltă formă de umanitate existentă vreodată și se lăsa încrezător în voia cursului ireversibil al istoriei. O dublă criză a deschis posibilitatea unei istorii a religiilor ce redevine semnificativă: pe de o parte slăbirea în interior a certitudinilor amintite, pentru că secolul XX a zdruncinat optimismul providențialist cu evenimente care au născut gândirea filosofică a nimicului și a angoasei, pe de alta, apariția la orizont a Istoriei Orientului asiatic, a țărilor coloniale, a populațiilor primitive, care înțeleg să figureze în ea ca subiecți și ca purtători în Occident de tradiții și valori aproape necunoscute și străni” [1, p.126-127]. Poziția „rearticulativă” a lui Eliade este, constată Ioan Petru Culianu, un dialog necesar, respectuos față de interlocutori.

Mircea Eliade revine adesea la situația „provincială” a culturii occidentale. Cauza este, firește, etnocentrismul. Faptul că Occidentul a impus lumii întregi hegemonia sa culturală este evident arbitrar (arbitrar din punct de vedere al valorii, nu al circumstanțelor care au dus la această situație). Asistăm la ieșirea la rampă a culturilor extraoccidentale, care face necesară înțelegerea reciprocă dintre reprezentanții acestora și cei ai „Occidentului”. Dacă un „primitiv” australian ar vrea din întâmplare să cunoască creștinismul, n-ar putea să-și facă despre acesta o idee corectă doar prin simpla analiză a vieții cotidiene dintr-un sat „creștin” italian sau francez. Tot așa, cercetătorii occidentali care au investigat religiile zise „primitive”, rareori au fost capabili să sesizeze în chip potrivit semnificația „faptelor” înregistrate. Mai mult, ei au schițat explicații reductive pentru a face de înțeles aceste „fapte” de către mentalitatea occidentală medie a epocii lor. Un asemenea procedeu este esențialmente eronat. „Faptele” religioase trebuie să fie tratate în contextul lor religios, fără să fie reduse pur și simplu la semnificații sociologice sau psihologice. „Iată de ce socotim, menționează Mircea Eli-

ade, că istoria religiilor este menită să joace un rol important în viața culturală contemporană. Și aceasta nu numai pentru că înțelegerea religiilor exotice și arhaice va impulsiona în chip semnificativ dialogul cultural cu reprezentanții acestor religii, ci mai ales pentru că, străduindu-se să înțeleagă situațiile existențiale exprimate de documentele pe care le studiază, istoricul religiilor va accede la o cunoaștere mai profundă a omului și pe temelia acestei cunoașteri se va putea dezvolta, la scară mondială, un nou umanism” [3, p.15-16].

În ultimă analiză, conchide gânditorul român, istoricul religiilor este chemat să elucideze un mare număr de situații nefamiliare omului occidental, și depășirea provincialismului cultural devine posibilă tocmai prin înțelegerea acestor situații nefamiliare, „exotice“.

Dar acest fapt implică mai mult decât o simplă lărgire a orizontului, o creștere cantitativă, statică, a „cunoașterii omului”. Este mai ales vorba de faptul că întâlnirea cu „alții” - cu ființe umane aparținând unor tipuri de societăți arhaice și exotice deosebite - este stimulată și avantajoasă din punct de vedere cultural, iar experiența personală a acestei hermeneutici unice este deosebit de creatoare. Este posibil ca descoperirile și „întâlnirile” prilejuite de progresul istoriei religiilor să aibă repercusiuni comparabile cu acelea ale anumitor descoperiri din trecutul culturii occidentale. Mircea Eliade are în vedere, între altele, descoperirea artelor exotice primitive, care a dat un viu impuls esteticii occidentale, mai ales, descoperirea inconștientului în psihanaliză, care a deschis noi perspective înțelegerii asupra omului. În ambele cazuri, deopotrivă, a avut loc o întâlnire cu „străinul”, cu necunoscutul, cu ceea ce nu poate fi redus la categoriile cunoscute - pe scurt o întâlnire cu „altul”. Desigur, această întâlnire cu „altul” nu este lipsită de pericole. Rezistența inițială față de mișcările artistice moderne și față de psihologia adâncurilor este un exemplu concludent. Căci, la urma urmei, recunoașterea existenței „altora” aduce cu sine în chip inevitabil „relativizarea” sau chiar distrugerea orizontului cultural oficial. Universul estetic occidental n-a mai fost același după acceptarea și asimilarea artei cubiste și suprarealiste. Tot astfel, „lumea” în care trăia omul preanalitic a căzut în desuetudine după descoperirile lui Sigmund Freud. Dar aceste „distrugerii”, conchide exegetul, au deschis noi căi geniului creator al Occidentului.

Toate acestea pot sugera posibilitățile fără limite care s-au deschis în fața istoricilor religiilor, „întâlnirile” cu care au trebuit să se confrunte ca

să înțeleagă situații diferite de cele pe care le cunoșteau. Este greu de crezut că experiențe atât de „stranii” precum acelea ale vânătorului paleolitic sau cele ale călugărului budist nu vor avea nici o urmare asupra vieții culturale a omului modern. Desigur, asemenea „întâlniri” pot deveni creatoare din punct de vedere cultural numai atunci când savantul va depăși stadiul purei erudiții - altfel spus, când, după ce va fi adunat, descris și clasificat documentele de care dispune, el va face și efortul de a le înțelege în planul de referință care le este propriu. „În același mod, ni se pare că un dat religios își revelează semnificația sa profundă doar atunci când este considerat în planul său de referință și nu când este redus la unul sau altul din contextele sau aspectele sale secundare. Să dăm un singur exemplu: puține fenomene religioase sunt mai direct și mai evident legate de împrejurările socio-politice ca mișcările mesianice milenariste moderne ale popoarelor coloniale (cargo-cults etc.) Totuși, identificarea și analizarea condițiilor care au pregătit și au făcut posibile aceste mișcări mesianice sunt numai o parte din munca istoricului religiilor. Căci aceste mișcări sunt deopotrivă creații ale spiritului omenesc, în sensul că ele au devenit ceea ce sunt - mișcări religioase, și nu doar simple gesturi de revoltă și protest - printr-un act creator al spiritului” [3, p.21].

Aceasta nu înseamnă, desigur, că un fenomen religios poate fi înțeles în afara „istoriei” sale, adică în afara contextului său cultural și socio-economic. Nu există dat religios „pur”, în afara istoriei, căci nu există fenomen omenesc care să nu fie totodată fenomen istoric. Orice experiență religioasă este exprimată și transmisă într-un context istoric anumit. Dar a admite istoricitatea experiențelor religioase nu implică ideea că ele ar fi reducibile la forme de comportament nonreligioase. A afirma că un dat religios este întotdeauna un dat istoric nu înseamnă că el poate fi redus la o istorie nonreligioasă, de pildă la o istorie economică, socială sau politică: „Nu trebuie niciodată să pierdem din vedere unul din principiile fundamentale ale științei moderne: scara creează fenomenul” [3, p.23].

Mircea Eliade împărtășește concepția că homo religiosus reprezintă „omul total”. Prin urmare, știința religiilor trebuie să devină o disciplină totală în sensul că ea trebuie să utilizeze, să integreze și să articuleze rezultatele dobândite de diversele metode de abordare a fenomenului religios. Nu este de ajuns să sesizezi semnificația fenomenului religios într-o anumită cultură și, prin urmare, să-i descifrezi „mesajul” (căci orice fenomen

religios constituie un „cifru”); este necesar, totodată, să-i studiezi și să-i înțelegi „istoria”, altfel spus, să-i dezvălui schimbările și modificările și, în ultimă instanță, să elucidezi contribuția sa la cultură în ansamblu.

În secolul al XX-lea, un anumit număr de savanți au simțit nevoia să depășească alternativa fenomenologie religioasă – istorie a religiilor. Acești termeni sunt utilizați în cel mai larg sens: „fenomenologia” include savanți care urmăresc studiul structurilor și al semnificațiilor, iar „istoria” pe aceia care caută să înțeleagă fenomenele religioase în contextul lor istoric. De fapt, deosebirea între aceste două tipuri de abordare sunt numai marcate. Există, în plus, un anumit număr de deosebiri - uneori foarte perceptibile - în interiorul grupurilor de fenomenologi și istorici. „Eforturile savanților în momentul de față, consideră Eliade, par să se orienteze către o concepție integrală a științei religiilor” [3, p.24]. Desigur, aceste două abordări corespund, într-o anumită măsură, unor temperamente filosofice deosebite și ar fi naiv să presupunem că tensiunea între cei care încearcă să înțeleagă esența și structurile și cei a căror singură grijă este istoria fenomenelor religioase va dispărea cu desăvârșire într-o bună zi. O asemenea tensiune este, de fapt, creatoare. Grație ei, știința religiilor va putea să scape de dogmatism și de stagnare.

Rezultatele acestor două operații intelectuale sunt la fel de valoroase pentru o mai adecvată înțelegere a lui homo religiosus, căci, dacă „fenomenologii” sunt interesați de semnificația datelor religioase, „istoricii”, la rândul lor, încearcă să arate cum au fost aceste semnificații experimentate și trăite în diverse culturi și în diverse momente istorice, cum s-au transformat ele, îmbogățindu-se sau sărăcind în decursul istoriei. Totuși, dacă vrem să evităm a recădea în vechiul reducționism, trebuie să privim întotdeauna această istorie a semnificațiilor religioase ca făcând parte din istoria spiritului uman.

Mai mult decât oricare altă disciplină umanistă (adică mai mult decât psihologia, antropologia, sociologia etc.), istoria religiilor poate să deschidă calea unei antropologii filosofice, căci sacrul este o dimensiune universală și începuturile culturii au rădăcini în experiențele și credințele religioase. În plus, chiar după ce au fost radical secularizate, creațiile culturale și instituțiile sociale, tehnologia, ideile morale, artele etc., nu pot fi corect înțelese dacă nu li se cunoaște matricea religioasă, originară, matrice pe care ele au criticat-o, în mod tacit, au modificat-o sau au respins-o, devenind ceea ce

sunt acum: valori culturale profane. Astfel, „istoricul religiilor este în stare să surprindă permanența a ceea ce s-a numit situația existențială specifică omului „de a fi lume”, căci experiența religioasă îi este corelativă. În fapt, a deveni conștient de propriul său mod a fi, a-și asuma propria prezență în lume constituie pentru om o experiență „religioasă” [3, p.26].

În ultimă instanță, istoricul religiilor este obligat de efortul său hermeneutic să „retrăiască” o multitudine de situații existențiale și să descopere un mare număr de ontologii presistematice. Un istoric al religiilor nu poate spune, de pildă, că a înțeles religiile australiene, dacă nu a înțeles modul de a fi în lume al australienilor. Și așa găsim de pe acum, chiar la acest stadiu cultural, „noțiunea de pluralitate a modurilor de a fi în lume, precum și conștiința că singularitatea condiției umane este rezultatul unei „istorii sacre” primordiale” [3, p.26]. În fine, aceste lucruri nu pot fi înțelese cum trebuie dacă nu înțelegem că fiecare religie are un „centru”, cu alte cuvinte, o concepție centrală care animă întreg ansamblul de mituri, ritualuri și credințe. Acest lucru este evident în religii precum iudaismul, creștinismul și islamul, în ciuda faptului că modificările introduse în cursul vremilor au obscurat, în unele cazuri, „forma originară”. De pildă, rolul central al lui Iisus ca Mesia este transparent oricât de complexe și elaborate ar putea să pară anumite expresii teologice și ecleziastice contemporane în comparație cu „creștinismul originar”. Dar „centrul” unei religii nu este întotdeauna atât de evident. Unii cercetători nici nu-i bănuiesc măcar existența: ei încearcă mai degrabă să articuleze în funcție de o anumită modă valorile religioase ale unui anumit tip de societate. Astfel, pentru aproape trei sferturi de secol de cercetare, religiile „primitive” au fost înțelese ca ilustrând teoriile care dominau momentul: animismul, cultul strămoșilor, mana, totemismul, etc. Australia, de exemplu, a fost aproape considerată teritoriul prin excelență al totemismului, care, în virtutea presupusului arhaism al australienilor, a fost chiar proclamat drept cea mai veche formă de viață religioasă.

Or, indiferent ce am crede despre diversele idei și credințe religioase reunite sub numele de „totemism”, un lucru pare evident astăzi, anume că totemismul nu constituie centrul vieții religioase australiene. Dimpotrivă, expresiile totemice, la fel ca și alte idei și credințe religioase capătă întreaga lor semnificație și coerență numai atunci când centrul vieții religioase australiene este căutat acolo tinde australienii au afirmat întotdeauna că se află: în conceptul de „timp al visului”, acea epocă fabuloasă, primordială, când

s-a făurit lumea și omul a devenit ceea ce este azi.

Istoria religiilor, afirmă Mircea Eliade, nu este numai disciplină istorică, ca de pildă arheologia sau numismatica. Este și o hermeneutică totală, pentru că este chemată să descifreze și să explice orice tip de întâlnire a omului cu sacrul, din preistorie și până în zilele noastre. Pentru istoria religiilor, ca pentru toate celelalte discipline umanistice, calea spre sinteză trece prin hermeneutică. Conceptul de hermeneutică la Eliade exclude categoric înfeudarea față de vreo filosofie la modă. Un astfel de procedeu a făcut caduce, cu vremea, toate studiile care au venit după el. Hermeneutica în sine este absolut necesară.

Cu ajutorul hermeneuticii totale, creatoare pe care istoria religiilor ar trebui s-o practice, s-ar putea ajunge la un „nou umanism”. Până la urmă, hermeneutica creatoare schimbă omul: e mai mult decât o instruire, este chiar o tehnică susceptibilă de a modifica chiar calitatea existenței. Hermeneutica totală duce în mod necesar la „noul umanism” prin schimbarea pe care ea o operează asupra omului și prin unificarea inteligibilă a tuturor experiențelor umane posibile.

Bibliografie

1. Culiuanu Ioan Petru. Mircea Eliade. Ediția a II-a revăzută. Traducere de Florin Chirișescu și Dan Petrescu. Cu o scrisoare de la Mircea Eliade și o Postfață de Sorin Antohi. București: Editura Nemira, 1998.

2. Eliade Mircea. Istoria credințelor și ideilor religioase. Traducere din limba franceză de Cezar Baltag. Chișinău: Editura Universitas, 1992.

3. Eliade Mircea. Nostalgia originilor. Istorie și semnificație în religie. Traducere de Cezar Baltag. București: Editura Humanitas, 1994.

VALORI UMANE ÎN CREAȚIA LUI CONSTANTIN STERE

Victor Juc, dr. hab. în șt. polit., prof. univ.

Lilia Braga, dr. în filos., conf. cercet.

Institutul de Cercetări Juridice, Politice și Sociologice

THE HUMAN VALUES IN THE CREATION OF CONSTANTIN STERE

Constantin Stere pronounced himself for the moral-ideal unity of mankind. The driving force of human activity being will, pleasure, usefulness, beauty, and kindness. The moral unity of mankind can be accomplished, an

important role in philosophy, meant to ensure the foundation of the conceptual-theoretical support of this process.

Constantin Stere s-a manifestat exemplar nu numai ca un ilustru om politic, ocupând mai multe înalte funcții în stat, ca doctinar, fundamentând poporanismul, ci și ca filosof, supunând analizei mai multor aspecte, inclusiv ce țin de coordonatele moral-etice și umane. Cugetătorul consideră că forța motrice a desfășurării activității umane este voința, plăcerea, utilul, frumosul și bunătatea: „omul vrea să fie fericit, crede că trebuie să fie fericit și cu toate că nu poate ști dacă va izbuti vreo dată, vrea mai bine să moară luptându-se pentru un viitor fericit, decât să se supună faptului crud”. C. Stere se solidarizează cu E. Hartmann, care menționa că omenirea a concentrat atâta putere materială că poate distruge chiar tot universul și deci, problema dacă îl va distruge sau nu depinde de dorința și voința omenirii, de credința ei privind misiunea sa. În această ordine de idei, omul este înzestrat cu prerogativa deciderii, voința lui se bazează pe rațiunea practică, dar și pe domeniul moral. Fiind conduși de voință, oamenii au dreptul de a decide, de a-și determina direcția și conținutul activității, însă această hotărâre are ca suport utilul și moralitatea. Cugetătorul îi acordă fiecărui dreptul la opțiune, dreptul de a alege și fiecare alege fiind dirijat de năzuințele, presupunerile și dezideratele sale, însă în condițiile nonexistenței unei conștiințe de sine a întregii omeniri, a neomogenității extreme a omenirii și luptei dintre diferite grupări de coloratură extrem de nuanțată, probabilitatea transformării acestor tendințe în realitate, șansa lor de izbândă este diversă din cauză că societatea constă atât din individualități, cât și din ignoranți, care nu întotdeauna ei sunt conștienți de activitatea lor și nu toți oamenii au un scop comun de conținut moral.

„Dacă oamenii ar fi moralmente uniți într-un scop comun, problema filosofiei ar fi un lucru comparativ ușor”, ea ar trebui să formuleze conținutul „conștiinței generale” și să constate direcția „voinței generale” a oamenilor. Însă în condițiile unei dispersări totale practic nu există o „conștiință de sine a omenirii” ca formulare a adevărului și a dreptății în adevăr general omenesc, nu este o desăvârșire ideală și deci, nu poate fi vorba despre elaborarea filosofică a idealurilor și problemelor morale ale omenirii, despre necesitatea cărora au menționat I. Kant și A. Riehl. Filosoful român remarcă nonexistența unui scop moral pentru toți oamenii, pe de o parte, iar pe de altă, susține că omul vrea să fie fericit, crede că trebuie să fie fericit.

După toate probabilitățile, aici nu este o contradicție flagrantă – năzuințele de a fi fericit ar fi nu un scop comun și nu pot servi în calitate de factor unificator din punct de vedere moral, ci sunt numai interese generale ale oamenilor sau interese ale diferitelor grupuri de oameni, cu interese variate, de multe ori de conținut diametral opus, precum și lipsei sintezei științei cu năzuințele omenești într-o singură concepție largă și atotcuprinzătoare despre lume și viață.

Gânditorul consideră că unitatea ideală a omenirii, în principiu, poate fi realizată, rolul decisiv în desăvârșirea procesului îi revine filosofiei, aceasta având menirea să fundamenteze teoretic concepția unirii morale a comunității omenești, ținând cont de diversitatea intereselor umane, de multitudinea subdiviziunilor grupurilor de oameni pe orizontală și verticală.

În cadrul elaborării filosofice a ideilor și problemelor morale a omenirii, subliniază C. Stere, se reflectă personalitatea morală a filosofului, fiind valabilă pentru toate timpurile. Filosoful este produsul împrejurărilor, condițiilor concrete în care își desfășoară activitatea și este extrem de dificil să se distanțeze complet de realitate. Însă, cu cât personalitatea lui morală este superioară și mai curată, cu cât ea este mai mult lipsită de determinări înguste, egoiste, cu cât filosoful este mai adânc devotat adevăratelor interese ale omenirii sau în măsura în care în condițiile concrete antagonismul de interese al diferitelor grupuri de oameni nu poate fi înlăturat, cu cât filosoful este mai devotat acelor interese de grup care coincid mai mult cu interesele generale ale omenirii, cu atât el dispune de mai multe șanse de reușită în soluționarea problemelor filosofice. Filosoful nu-și desfășoară activitatea într-un mediu închis în sine, izolat de ceilalți membri ai societății; fiind influențat de realitatea contemporană sie, nu se retrage complet din această realitate, însă cele mai mari șanse de a stabili baza teoretică a concepției unității morale a omenirii au acei filosofi care se apropie în cea mai mare măsură de conceperea intereselor generale ale comunității umane sau a intereselor acelor grupuri de oameni care în cel mai înalt grad sunt similare intereselor generale. C. Stere nu nominalizează interesele generale ale omenirii, ci remarcă numai persistența intereselor de semnificație generală pentru întreaga omenire, dar fără a indica care sunt acestea, fără a le nominaliza. De fapt, în baza celor expuse de C. Stere, care avea perfectă dreptate, aceste interese de ordin general încă nu au fost transpuse în viață din cauza antagonismului și a egoismului care generează interesele de grup, precum și

a lipsei fundamentării teoretice a concepției unității ideale a omenirii. Cert este că unitatea morală a omenirii este condiționată de stabilirea bazei teoretice și de transpunerea în practică a intereselor generale ale comunității umane, valorificarea lor ar semnifica obținerea acestei unități. Este necesar de notat că sintagmele „unirea ideală a omenirii” și „unirea morală a omenirii” poartă un conținut identic - unirea morală a oamenilor este un ideal, iar unirea ideală a oamenilor se bazează pe principii etice. Suntem tentați să credem că unul din interesele generale ale omenirii sau unicul interes de acest gen este năzuința de a fi fericit, de a se bucura de viață pe pământ; calea spre fericire, spre ideal se asigură prin intermediul științei, aceasta ar fi misiunea ei abordată din punct de vedere științific. Prin urmare, C. Stere pornește de la un ideal - unirea morală a oamenilor - și reclamă necesitatea fundamentării de interese a acestei concepții, unui suport filosofic, în vederea depășirii antagonismului de interese și stabilirii unității ideale a familiei umane. Cugetătorul nu prezintă un mecanism concret care ar asigura valorificarea acestui ideal, adică crearea conștiinței de sine a întregii omeniri, ci susține doar că o atare conștiință nu există, iar misiunea filosofiei este de a-i stabili baza teoretică, bază care i-ar argumenta semnificația. Considerăm că ordinea de idei relevată nu și-a pierdut actualitatea, în condițiile cataclismelor la care este expusă lumea necesitatea coeziunii comunității umane este incontestabilă, o asemenea concepție ar fi binevenită.

C. Stere întreprinde în stil clasic o succintă tentativă de a descrie conținutul raporturilor interumane în cadrul societății bazate pe unirea morală a omenirii: în centrul acestei societăți ideale panumane se va afla omul dezvoltat multilateral, înzestrat cu prerogativa de a-și determina într-un mod independent destinul. Trăsătura distinctivă a acestei societăți ideale panumane este stabilirea celui mai înalt grad de perfecțiune, de civilizație privind raporturile mutuale din cadrul societății umane. Conform opiniei cugetătorului, în viitor, în societate vor domina relații interumane bazate pe dreptate, iar fericirea, după toate probabilitățile, este accesibilă omului în condițiile persistenței dragostei reciproce, relațiilor interumane bazate pe dreptate și posibilității determinării independente a destinului propriu.

C. Stere recurge la descrierea destul de evazivă și lapidară a conținutului societății ideale reieșind din următoarele cauze:

- a) se interesa de problema rolului individual ca factor în evoluția so-

cială, fiind nevoit să apeleze și la etică pentru a duce la bun sfârșit raționamentele sale;

b) aceste gânduri au fost expuse în condiții vitrege pentru autor, în timpul aflării sale în Siberia Orientală, când întrebarea „pentru ce să mai trăim?” nu era numai o problemă pur teoretică și el căuta motive pentru consolare și supraviețuire.

Cugetătorul român era de părere că omenirea n-are un caracter etern, ci este localizată în cadrul unor limite temporale și sfârșitul ei este inevitabil. Ordinea de idei reflectată este, în linii mari, similară stării de lucruri descrisă în Sfânta Scriptură privind domnia împăratului Solomon - Statul Israel în perioada lui de domnie a ajuns la culmea ascensiunii, dar spre finele activității împăratului s-a pus baza dezagregării acestui stat unitar, fapt care s-a soldat, în ultima instanță, cu dispariția completă a Statului Evreu din lumea antică. Tabloul zugrăvit de C. Stere este aproximativ identic: omenirea va valorifica idealul suprem, va fi fericită (este de specificat că noțiunea „fericire” și noțiunea „ideal suprem” nu se dovedesc a fi, potrivit opiniei gânditorului, de conținut similar, aceasta din urmă este alcătuită din două componente – „unirea ideală a omenirii” și „stăpânirea deplină a pământului de către toate puterile unite ale omenirii”), însă dispariția acestei societăți ideale panumane și însăși a omenirii este inevitabilă și ireversibilă, chiar și în pofida faptului că oamenii vor depune o rezistență dârză; „homo militans”, această putere reală în univers (anume un așa tip de om apare în scrierea „încercări filosofice”), condus de înaltă responsabilitate civică, cu conștiința datoriei împlinite, trece în neființă.

Cugetătorul este convins de accesibilitatea acestui ideal, potrivit supozițiilor sale, numai slujirea idealului. În toată măsura puterilor poate da un înțeles moral existenței noastre, care, de altfel, rămâne fără rost și fără noimă; numai lupta comună îi apropie pe oameni de acest ideal, fiecare pas în direcția dată apare ca o victorie, ca un triumf al rațiunii și al voinței omenesti, acest pas imprimă prin sine însuși un înțeles moral vieții fiecăruia. Fără îndoială, reflecția lui C. Stere este justă, deoarece omul trebuie să tindă spre ideal, însuși idealul poate fi considerat ca cel mai înalt și cel mai nobil din cadrul tuturor năzuințelor înalte și nobile ale omului. Idealul poate fi accesibil omului, soarta membrilor comunității umane depinde, în mare măsură, și de caracterul scopurilor propuse, precum și de inteligență și capacitatea soluționării lor. Cert este că valorificarea idealului este posibilă

numai în condițiile persistenței tendinței către acest ideal și luptei pentru soluționarea lui, omului revenindu-i în cadrul acestui proces un rol determinant și activ. Cugetătorul acceptă plenar reflecțiile lui A. Fouillée, care menționa că viitorul omenirii se află în mâinile oamenilor, iar societatea umană nu poate mai mult să se convingă că nu mai există un ideal foarte semnificativ pentru sine: „iar ca să credem în posibilitatea de a ne apropia mereu către ideal, susține C. Stere, avem temeuri din cele mai serioase”.

În scopul fortificării încrederii sale în puterea crescândă a omului asupra naturii, C. Stere face apel la raționamentele lui german E. Hartmann, care indica asupra eventualului pericol al distrugerii universului din cauza concentrării în mâinile oamenilor, în proporții tot mai mari, a puterii materiale. În vederea fundamentării concepției privind necesitatea valorificării naturii, cugetătorul recurge la autoritatea scrierilor sfinte, în special la paradigmele iudaismului: „omul este decretat ca stăpân al naturii, fiindcă se supune legii morale, ca temelie a ordinii universale”. În acest sens, omul devine factor al procesului istoric, legea de acest tip stă la baza organizării sociumului. În opinia noastră, având o încredere sporită în posibilitățile umane, C. Stere le-a supraapreciat în mare măsură, tendința de a supune natura intereselor sale și de a domina asupra ei devenea idealul suprem al activității umane privind transformarea întregului glob pământesc într-o modalitate de soluționare a scopurilor omenirii. Fără îndoială, hotarul dintre cunoaștere și necunoaștere (făcând uz de raționamentele lui I. Kant) se deplasează în favoarea cunoașterii, însă necunoașterea întotdeauna va prevala asupra primei. Se cuvine de precizat că este necesar să ținem cont de perioada când au fost expuse reflecțiile cugetătorului - sfârșitul secolului al XIX-lea, perioada marilor descoperiri științifice, a revoluției în fizică cu toate consecințele ei și numai luând în considerare realizările științifice din acel timp, precum și optimismul tineresc și revoluționar al gânditorului, putem estima și justifica reflecțiile lui. Însă dominația totală a omului asupra naturii este un ideal, ca și unirea morală a omenirii, acesta fiind un proces de lungă durată și necesită mult timp: după toate probabilitățile, omenirea nu se află nici în etapa inițială a procesului relevant, din cauză că fundamentarea teoretică a societății ideale panumane, potrivit aserțiunii lui C. Stere, se dovedea a fi o problemă de viitor și... actualmente nu avem destule temeuri pentru a putea afirma cu certitudine că o asemenea bază teoretică a fost deja fundamentată și trasată, iar omenirea s-ar afla pe calea

unirii ideale.

Așadar, Constantin Stere visa la unirea morală ideală a omenirii, care urma să fie bazată pe egala îndreptățire a tuturor membrilor familiei umane, în care s-ar recunoaște principii ale eticii kantiene. Fiind o influență directă a lecturilor sale din operele cugetătorilor neokantieni și cei pozitiviști (Auguste Comte, Alfred Fouillée, Richard Avenarius, Wilhelm Wundt), etica i se părea a fi unicul indiciu sigur al progresului social și o condiție pentru triumful definitiv al omului asupra forțelor oarbe ale naturii. Constantin Stere abandonează plenar teza marxistă privind dinamica antagonismelor sociale, el a prezentat o abordare umanitaristă fondată pe încredere în progresul moral al omenirii, în datoria etică a omului ca individualitate și a umanității în ansamblu. Filosoful se prezintă ca un exeget kantian – numai slujirea idealului cu maximum de efort poate imprima un înțeles moral existenței noastre.

Bibliografie

1. Stere Constantin. Scrieri. vol. V. Chișinău. Ed.: Hyperion. 1991. 556 p.
2. Juc Victor. Istoria gândirii politice din Moldova. Chișinău. F.E.-P. "Tipografia Centrală". 2017. 120 p.
3. Filosofia lui Constantin Stere în contextul culturii românești. Chișinău: "INTEREXȘTIINȚA-PRINT". 1997. 136 p.

G. MANTZARIDIS: ETICA GLOBALIZĂRII ÎNTRE HIMERĂ ȘI ADEVĂR

Lidia Troianowski, dr. în filos.

Institutul de Istorie

G. MANTZARIDAS: THE ETHICS OF GLOBALIZATION AMONG CHIMERA OR TRUTH

This paper is concern to the G. Mantzaradis' view on the bioethics principles in the context of the global transformations. In addition, it's try to put in evidence the importance to maintain the norms and principles of Christian ethics, because without that it lead to the configuration of a one-dimensional character in contemporary bioethics.

Fenomen total care sfidează toate paradigmele cunoscute, globalizarea - o gigantica mutație traumatizanta la toate nivele existenței, care se man-

ifestă ca „o ruptura evidentă față de toate ierarhiile valorice, tradiționale creștine și occidentale umaniste” [3], azi, constatăm, devine din ce în ce mai evidentă, dacă nu mai agresivă, prin orientarea de modificare a valorilor tradiționale și naționale, prin ascendența interacțiunii și corelării dintre state, a zonelor geopolitice și integrării lor într-un sistem unic cu norme, principii, legi economice, politice și culturale comune a fost anticipată de estomparea barierelor administrative și secundată de unificarea în plan mondial a piețelor financiare și informaționale, formarea la nivel planetar nu atât a pieței financiare și informaționale, cât și organizarea și instaurarea spațiului financiar informațional în care determinată se proclamă nu doar sfera comercială, ci întreaga activitate umană. Desemnată ca un fenomen care alimentează o serie de modificări neomogene, fixate empiric, însă subordonate logicii de transformare a lumii, globalizarea adoptă un spectru larg de tendințe care, la prima vedere deconspiră apariția și prosperarea unor corporații transnaționale; creșterea randamentului comerțului extern; migrarea în masă; crearea de concerne mass-media cu rază de acoperire planetară; dezvoltarea ideologiilor cu caracter universal; diminuarea suveranității statelor; imperialismul cultural și tendința de unificare a culturilor etc. Totuși în linii mari toate cele elucidate mai sus sunt substituite unui numitor comun, mai precis scop general motivarea omului către parcursul integraționist.

O analiză de ansamblu a problemelor cu numitor comun care concentrează nu numai atenția, dar suscită și o peremptorie eventualitate concertată a potențialului a celei mai conștiente părți a umanității, constatăm, reprezintă cele cumulate sub semnificativul de globale, probleme ce nu admit indiferență sau intenții de a le transporta la capitolul proiecte de perspectivă în temeiul faptului că ele cer o implicare imediată, manifestă prin eforturi pluridimensionale în vederea rezolvării acestora tergiversare în acest sens, pune sub pericol nu numai progresul social al omenirii dar și soartă, existența acestuia pe viitor.

Simpțomatic faptul, problema crizei globale periclitează atenție specialiștilor din diferite domenii, în special ultimele cinci decenii, azi rămânând una din cele mai stringente, deoarece anume acest fenomen de derivată antropologică vine să afecteze domeniile cardinale de existență a omenirii, verbi causa natura, cultura, economia, relațiile sociale și politice. Având în calitate de punct propice contradicțiile din cultura umană, tendințele și

rezultatele manifeste ale activității omului cu natura, criza globală devine eminentă printr-un șir de probleme rezultate din activitatea, modul de viață și, specialmente din realizările acestuia în domeniul științei și tehnicii. Problemele care pun sub pericol nu numai viitorul, dar cu certitudine și prezentul omenirii, soluționarea lor cere implicarea tuturor, începând de la cetățeanul simplu al Terrei - dator să-și revizuiască atitudinea impasibilă față de lume și propria personalitate, și terminând cu forurile internaționale (ONU,WCED), care prin eforturi conjugate la nivel național și mondial sunt obligate să elaboreze politici eficiente, legislații și norme care să devină un mod de viață.

Bazând-se pe o documentare erudită cele mai febrile și erudite personalități ale contemporaneității analizează, reproduc și configurează diagnoza timpului, expresie utilizată pentru identificarea particularităților ultimilor 50 ani alături de care vin cu complexe analize rezultate din reflecții sistematice materializate în lucrări considerate de referință pentru perceperea și cunoașterea acelor fenomene procese care au periclitat umanitatea în segmentul temporal evocat. Emblematic în acest sens se poziționează și numele acestor cercetători , teoreticieni filosofi și sociologi care cu precădere s-au concentrat asupra problemelor majore a conflictelor, disensiunilor de ordin social, economic și cultural ale ss. XX-XXI – A. Giddens, U. Beck, Z. Baumann, P. Bourdieu, Im. Vallerstein , care ne conturează o imagine pluridimensională a epocii pe ce o traversăm , trasând mai multe prognoze alături de viitorul umanității. Constatările pe care le facei enunțați nu sunt dintre cele mai placide sau consolante, or suntem „antrenați într-o operă tacită de autodistrugere temeinica a ordinii mondiale în care mai domină legitimele state naționale” [8], noi deja am „avansat pe un teritoriu care anterior nu era populat, un teritoriu care anterior cultura nu-l cataloga conform pentru viața” [7], pe acest temei , trăim o stare de incertitudine totală față de perspectivele lumii și vieții iar pretenții față de posteritate pot înainta doar cei care controlează prezentul [9], această eră a tranziției parțial complementară unui secol al extremelor nu este începutul unui nou proces , dimpotrivă este sfârșitul lui, prin urmare, complex stăm față în față cu obscurul [10].

Se poate ilustra cu pregnanță că deceniile de la intersecția celor două milenii abundă în lucrări gen științific sau publicistic, în care subiectul central este consacrat abordării schimbărilor globale, problemă care poate

fi calificată ca una ce focalizează cel mai serios potențial menit să pună sub amenințare existența omului în întreaga complexitate de manifestări. Atenția față de dimensiunea globală a problemelor, ce se configurează din relația om/societate-natură se concentrează nu numai pe tribulațiile de a găsi un răspuns la esența, cauzele, consecințele crizei ambientale [1], dar și eforturi concentrate de a identifica premisele care catalizează această situație critică pe care o atestăm proprie pentru toate domeniile de activitate umană. Traversăm o perioadă când trebuie „să ne exprimăm opțiuni de o importanță fără precedent”, astfel în această conjunctură de circumstanțe putem miza numai pe principiul responsabilității care rămâne a fi una din căile sigure de depășire a crizei dinamicii socioculturale, or „nu mai așteptăm ca înțelepciune legiuitorilor sau perspicacitatea filosofilor să ne elibereze o dată și pentru totdeauna de ambivalența morală și de nesiguranța decizională” [3].

Degradarea morală, deprecierea valorilor etice reprezintă o componentă a crizei personalității care este o expresie a crizei culturii societății globale, problemă care se transformă într-un exercițiu permanent de abordări pentru Profesorul Emerit al Universității Aristotel din Tesalonic (Grecia) – G. Mantzaradis, materializate într-un tezaur spiritual impresionant care îi fac numele cunoscut în întreaga lume. Nu ne propunem o analiză de ansamblu al operei lui G. Mantzaradis care înglobează peste 20 monografii, mai mult de 150 de articole științifice, mare parte din care au fost traduse în peste douăzeci de limbi, fapt care de la sine elucidează importanța și actualitatea realizărilor gânditorului în care deconspiră starea critică din așa domenii ca știința, tehnologia, politica, economia, etică și religia, or, problemele de ordin ambiental sunt catalizate de „...cultul comodității, lipsa de respect față de lucruri, risipa irațională, lipsa măsurii, iresponsabilitatea, nedreptatea, exploatarea, câștigul murdar, eudemonismul, care se manifestă pe toate planurile vieții și activității umane” [8]. Pe acest temei, ne vom rezuma la analiza abordărilor lui G. Mantzaradis ce vizează rolul și locul bioeticii în contextul destrucției axiologice a eticii și moralei manifestă crizei sociodinamicii globale, subiect pe care îl dezvoltă într-o culegere de lucrări intitulată sugestiv Globalizarea și globalismul: himeră și adevăr.

Compartimentul Bioetica - etica datoriei din lucrarea enunțată, în care totul gravitează în jurul naturii, esenței, rolului, locului, principiilor și

valorilor bioeticii, autorul argumentează cauzele , conjunctura de circumstanțe care determină pentru ca acesta să se „configureze ca o direcție independentă de cercetări științifice” [11] în secolul XX (anii '60). Traversăm o perioadă în care atestăm multiple discrepanțe cu privire la problemele de ordin antropologic și cosmologic, care, constată teologul, devin și mai manifeste sub impactul crizei globale, moment care privează omul de orice speranțe sau perspective de schimbări spirituale. Globalizarea distruge valorile morale tradiționale, influențează asupra comportamentului și valorile umane prin promovarea de valori , modele și standarde menite să uniformizeze și omogenizeze conștiința și mentalitatea omului transformându-l într-un atom al unei mase cenușii .

G. Mantzaradis afirmă răspicat că în această epocă a crizei valorilor și sucombării tradițiilor, bioetica, în mare, se configurează ca etica globalizării, or anume ea pretinde să unifice oamenii indiferent de concepte, clasă, confesiuni în rezolvarea problemelor din domeniul medicinei și biologiei . Nu întâmplător se pedalează aserțiunea că viața morală a omului este predeterminată de cea biologică. O altă trăsătură peremptorie a bioeticii pe care o etalează G. Mantzaradis este tendința de a marginaliza etica clasică, obiectul căreia sunt omul și relațiile interpersonale. Azi, opinează autorul, bioetica abordează și rezolvă probleme ce vizează implementarea tehnologiilor performante în medicină și aspectele morale cu privire la controlul asupra natalității, avorturilor, clonare, implantul de organe, eutanasiu etc., probleme care depășesc hotarele medicinei și biologiei, prin urmare se transformă în globale.

Precizăm, prin sintagma probleme globale de-a lungul celor cinci decenii se subînțelege acel areal care se include și derivă din incompatibilitatea relației om-natură-tehnică, probleme de rezolvarea cărora depinde viitorul omenirii. Analiza problemelor globale permit să evidențiem câteva particularități care în egală măsură poate fi aplicată pentru fiecare din ele indiferent din ce categorie fac parte: socioculturală, geopolitică, tehnogenă, ecologică:1. prin însăși natura proprie, afectează interesele vitale nu selectiv ale unui popor, stat, cultură sau spațiu geografic, ci interesele și progresul tuturor; 2. solicită eforturile conjugate ale tuturor.

Autorul subliniază complementaritatea esențială pe care o înregistrează în raportul bioeticii și relațiile omului cu lumea vie, și nu numai, deoarece mulți „încearcă să extindă competențele acestei științe în afara hotarelor

lunii vii, incluzând în ea întreg mediul și cercetând toate problemele vieții omului despre environmental” [13]. Vorbind despre domeniul identificat ca punte către viitor [12] și expresie a conținutului concepțiilor teoretice avansate, care au modificat exhaustiv percepția și înțelegerea omului despre propria natură biologică, sănătate, maladii, norme și devierea de la ele, G. Mantzaradis, demonstrează că una din tendințele defectuoase proprii bioeticii rezidă în faptul că ea se concentrează pe analiza dispozițiilor generale din societate, pe cercetarea problemelor stringente, intenționând să le soluționeze la nivel global prin apel la principiile comune, fără să țină cont de om și relațiile –intra și –inter personale. Principiile pe care le adaptează bioetica: independența, evitarea durerii și răului, dreptatea și caritate [2], G. Mantzaradis le declară nu numai ineficiente dar și contradictorii, moment dictat de faptul, că aceasta nu se fundamentează pe dogmele unor confesiuni religioase sau concepții laice, ci reduce totul la cazuri particulare „încercând să se poziționeze pe valori și principii utilitare, care sunt accesibile tuturor oamenilor” [14]. Altfel spus, G. Mantzaradis apreciază faptul că societatea postindustrială nu are meritul a se deosebi prin principii morale ca altădată, conforme cele industriale, tradiționale, deoarece, chiar și unele stări nefirești a le vieții omului, constată teologul cu stupeoare, sunt recunoscute normale și sunt legalizate.

Bazat pe o documentație erudită G. Mantzaradis demonstrează că bioetica realizează eforturi concentrate în vederea poziționării și re-poziționării rezultatelor obținute de biologie și medicină în vederea excluderii unor consecințe negative și fortificarea unei imagini pozitive și durabile, fapt care eșuează din cauză dezvoltării fulminante în Era Informațională a domeniilor desemnate și direcțiilor complementare lor, care în aserțiunea autorului împiedică „perceperea per ansamblu a lucrurilor și formulării unor recomandări rigide” [15]. În aceeași ordine de idei G. Mantzaradis subliniază caracterul inconsecvent al bioeticii care se lasă a fi scrisă în laboratoare științifice și propagată de media, de aceea mare majoritate a indicațiilor și dispozițiilor emise rămân la nivel de recomandări.

Spre deosebire de concepțiile lui G. Mantzaradis, reprezentanții proiectului global al bioeticii care cer adoptarea de decizii responsabile în domeniul protecției sănătății umane și a conservării mediului ambiant, consideră că bioetica trebuie să se bazeze pe principiile toleranței și democrației, simultan să fie liberă de influențele umanismului și religiei.

Intențiile de a respinge, hărțui și cataloga drept fundamentalistă bioetica bazată pe principiile și valorile religiei creștine de către reprezentanții bioeticii seculare este dur criticată de către G. Mantzaradis, și atestată ca o manifestare peremptorie a crizei spirituale profunde tradusă și prin obscurantismul conștiinței morale.

O poziție indubitabil contradictorie cu cea a lui G. Mantzaradis excerptăm din două opere de referință ce vizează subiectul dezbătut: Bioetica o punte către viitor (1971) și Bioetica globală bazată pe moștenirea lui Aldo Leopold semnate de savantul american V. Potter care declară că „bioetica globală poate coexista cu umanismul secular până atunci, când, acesta va recunoaște, că legile naturale care guvernează biosfera , în plus și universul, nu se modifică în conformitate cu dorințele indivizilor , guvernelor și preferințelor religioase” [5]. Concepția bioeticii este elucidată de către V. Potter ca domeniul care înglobează valorile general umane, științele, cunoștințele științifice obiective, practica umană în vederea creării condițiilor favorabile pentru supraviețuirea omului. Rolul lui V. Potter în configurarea principiilor, normelor, obiectului, scopurilor și direcțiilor pentru devenirea bioeticii rămâne unul incontestabil . Caracterul interdisciplinar trebuie să constituie criteriul cardinal al bioeticii în procesul de aprecierea a tehnologiilor și științei susține V. Potter spre deosebire de G. Mantzaradis care revendica prezența tranșantă a normelor și principiilor eticii creștine ca fundament al ei .

G. Mantzaradis urmărește cu eficiență mobilurile pe care le fixează în raport cu tendințele de identificare în teoriile occidentale a bioeticii - ca etica datoriei . Situație rezultată din procesele de globalizare și, simultan, de laicizare a creștinismului occidental. În acest context, autorul consemnează caracterul precar al acestui tip de etică fundamentată pe principii defectuoase, or este axată doar pe aspectele ce vizează relațiile dintre oameni. Prin urmare, în modul în care este concepută, glosează G. Mantzaradis, bioetica poate fi „tradusă în grila eticii sociale...poate fi interpretată și aplicată pentru atingerea beneficiilor și capriciilor celor bogați și puternici” [16]. În scopul unei comprehensiuni adecvate a atitudinilor , autorul aduce numeroase argumente rezultate dintr-o reflecție sistematică cu privire la caracterul impropriu al principiilor bioeticii. O analiză detaliată ne prezintă cu privire la tendințele de absolutizarea a principiului independenței , situație care conduce inevitabil la haos, degradarea societății

și alienarea, înstrăinarea individului. În acest context, autorul ne explică argumentat cum este tratat principiul abordat - independența în contextual eticii creștine, care determină orientarea personalității către perfecțiunea morală și spirituală.

Premisele comportamentului moral al omului, relația dintre etica creștină și bioetică, esența spirituală a personalității, riscurile și provocările globalizării asupra vieții și valorilor omului, și nu în ultimul rând, misiunea bioeticii, pe care G. Mantzaradis o sesizează în crearea de condiții pentru traducerea în viață a principiilor apte să se contrapună proceselor politice și economice necontrolate cu impact destructiv asupra valorilor și normelor morale, reprezintă o altă dimensiune a intereselor teologului pe care le vehiculează în tentativele de argumentare a impetuozității rolului instrumentarului eticii creștine pentru bioetică.

Concluzia capitală pe care postulează G. Mantzaradis alături de segmentul ideatic abordat rezidă în faptul că principiile bioeticii contemporane trebuie abordate dintr-o perspectivă strict critică. Iar depășirea caracterului unidimensional al bioeticii este realizabil doar prin apelul la metodele și principiile eticii creștine, care abordează distinct problemele personalității și valorile vieții, fapt ce ar facilita aplicarea sigură și eficientă a principiilor bioeticii.

Bibliografie

1. Bauman Z. Etica posmodernă. Timișoara: Amarcord, 2000, p.37.
2. Beauchamp T., Childress J. Principles of biomedical ethics. New-York: Oxford university press, 1994, p.19.
3. Commoner B. Cercul care se închide. Natura, omul și tehnica. București, Editura Politică, 1980.
4. Ica I. Provocarea globalizării mutația umanului în Biserică și multiculturalitate În: Europa sfârșitului de Mileniu. Cluj Napoca: Ed. Presa universitară clujeană, 2001, p.9.
5. Potter V. Global bioethics: building on the Leopold Legacy. Michigan: Edward brothers, 1988, p.152.
6. Potter V. Bioethics: Bridge to the Future. New Jersey: Prentice-Hall, 1971.
7. Бауман З. Индивидуализированное общество. Москва: Логос, 2005. p. 55.
8. Бек У. Космополитическая глобализация. În: «Журнал о мировой политике и международных отношениях». URL: www.globalaffairs.ru

. (accesat: 23.05.2017).

9. Бурдые П. За ангажированное знание. Неприкосновенный запас, 2002, № 5. <http://bourdieu.name/content/burde-za-angazhirovanoe-znanie> (accesat: 12.09.2018).

10. Валлерстайн И. Конец знакомого мира. Социология XXI в. Москва: Логос, 2004, p.5.

11. Мандзаридис Г. Глобализация и глобальность: химера и истина. Фессалоники, 2001, p.21.

12. Ibidem, p.87.

13. Ibidem, p.93.

14. Ibidem., p.94.

15. Ibidem, p.95.

16. Ibidem, p.97.

CONCEPTE MORAL-CREȘTINE ÎN CRONICILE LUI GRIGORE URECHE, MIRON COSTIN, ION NECULCE

Dumitru Căldare, dr. hab., conf.univ.

Universitatea de Stat din Moldova

MORAL-CHRISTIAN CONCEPTS IN THE CHRONICLES OF GRIGORE URECHE, MIRON COSTIN, AND ION NECULCE

In this article there are explained some important aspects regarding the moral - Christian physiognomy of the Moldovan society from the Romanian Chronography from the 16th and middle of the 18th centuries reflected in works of Grigore Ureche, Miron Costin, Ion Neculce ; Good and Evil, Sin and Punishment Justice and Injustice, the respecting of Christian belief, the conception and realizing of the rituals and of moral- Christian norms through real deeds, the determining role of the churches and monasteries in the moral development of people, the cult of relics, the meaning of the marvels, the significance of the Cross.

Studierea operelor lui Gr.Ureche, M.Costin, I.Neculce, demonstrează că în centrul lor se află asemenea categorii moral-creștine, precum sunt Păcatul și Pedepsa, Binele și Răul, Dreptatea și Nedreptatea, acestea constituind elementele principale ale fizionomiei moral-creștine a neamului românesc. De notat însă că în diferite circumstanțe istorice predominau și unele,

și altele sau unele, ori altele. Determinante sunt totuși faptele bune – binele în general. Astfel, M. Costin accentuează valoarea binelui și paguba răului în viața oamenilor și în devenirea societății. Apreciind conținutul fiecărei fapte sub semnul binelui sau al răului, cronicarii formulează anumite concluzii și deducții exprimând în așa mod conceptele etico-moral-creștine. Pornind de la determinismul providențialist, care domină cronicile, avem tot temeiul să afirmăm că fapta bună posedă o semnificație dublă, cronicarii crezând în consecințe de apreciere supremă și pe lumea aceasta, și pe lumea cealaltă.

Cronicarii, fiind adevărați creștini, descriu cursul anilor și viețile domnitorilor, evenimentele și faptele care au loc în societate, manifestând astfel un interes deosebit pentru istorie, întrucât anume aceasta cuprinde și reflectă temeliile credinței creștine, concepute de ei. De aceea faptul în ce mod au fost concepute de oameni anumite ritualuri religioase, care a fost credința lor în perioada medievală, cum respectau ei cerințele moralei creștine, cum apărau ei credința creștină în timpurile de grea cumpănă prezintă un interes deosebit pentru toți cei care vor să se documenteze în trecutul istorico-creștin al neamului, cu anumite generalizări pentru viitor.

Cronicile demonstrează, în mod convingător, că fizionomia morală a societății moldovene feudale capătă o adevărată determinare și integritate în viața ei moral-creștină. Poporul român este un popor creștin de viță ortodoxă. Când Sfântul Apostol Andrei a venit pe meleagurile noastre, el a găsit aici un popor cuminte și iubitor de Dumnezeu. Este semnificativ faptul că „desfășurarea etnogenezei românilor a fost însoțită de răspândirea creștinismului în aria de formare a acestui popor, ceea ce a fundamentat afirmația că „românii s-au născut creștini”. Potrivit tradiției, Sf. Apostol Andrei, cel întâi chemat la apostolat de Hristos, ar fi predicat în Scythia Minor (Dobrogea). Dacă nu există o confirmare prin surse a acestei tradiții, este de netăgăduit faptul că în Scythia Minor a pulsat de timpuriu o puternică viață creștină, atestată de numeroși martiri din această zonă” [1]. Și Nestor Vornicescu, de asemenea, accentuează că în Dacia creștinismul a pătruns din provinciile de la sudul Dunării, din Macedonia, Tracia, de la Sirmium și din Scythia Minor, unde predicaseră Sfinții Apostoli sau ucenicii lor apropiați” [4].

Examinând categoriile dominante ale moralei creștine – binele și răul, putem presupune că nu întotdeauna ceea ce ni se pare nouă că este bine

posedă această valoare și este acceptat de Divinitate, sau dacă ceva ni se pare că este rău, în realitate nu e rău cu adevărat. În cazurile în care judecata morală a divinității se deosebește de aprecierea omului în așa mod încât ceea ce pentru om e negativ, iar pentru Dumnezeu poate fi pozitiv, atunci sunt posibile situații când omul, considerând că el e bun în aprecierea acestei fapte, exprimă în realitate un nonsens. Prin urmare, teza potrivit căreia Dumnezeu e bun și înțelept cuprinde două aspecte: 1) bunătatea divină e concepută de om altfel și deci se deosebește de aceasta: 2) putem admite și ipoteza că omul nu-l prea înțelege pe Dumnezeu, însă se supune, în virtutea credinței și datorită înțelepciunii, măreției și atotputerniciei Lui. Și totuși ce domină în lume, în societate, în viață – Binele sau Răul? Din cele relatate de cărturari, deducem că Binele se afirmă cu greu, prin mari obstacole și primejdii, iar Răul e prezent la orice pas. Și astfel viața moral-creștină are drept obiectiv principal al său afirmarea Binelui și iubirea aproapelui.

Un aspect sau o manifestare reală a Binelui este apărarea creștinismului Cr.Ureche, M.Costin, I.Neculce descriu cu o satisfacție deosebită aceste aspecte (manifestări), când domnitorii sau alți mari demnitari, inclusiv boierimea, se pronunțau în apărarea celor mai sfinte lucruri-fapte – apărarea creștinismului. Ei reproduc evenimente când suveranii țărilor creștine se uneau la lupta comună împotriva turcilor, pe care-i numeau „păgâni”.

În ajunul unei invazii turcești, «craii leșăscu» au trimis soli pe la toate țări creștine, dându-le știre de vinirea asupra sa a împăratului turcescu, cu toată puterea împărăției lor” [2, p.159].

Fiind oameni credincioși și adepți fideli ai creștinismului, cronicarii considerau învățătura lui Hristos ca cea mai dreaptă și cea mai adevărată. De aceea, în viziunea lor, apărarea creștinismului era o datorie sfântă a oricărui om cu adevărat credincios și cu dragoste de Dumnezeu. Deci, domnitorul țării, fiind mesagerul lui Dumnezeu pe Pământ, merită toată elocvența și tot respectul supușilor săi. Conform canoanelor bisericești, toți supușii sunt datori să îndeplinească întocmai poruncile domnitorului, cazurile de ne-supunere fiind calificate drept necredință sau uneltiri ale satanei, „vechiul dușman al neamului omenesc”. Pe vinovați îi așteptau pedepse crunte.

În legătură cu asemenea situații, cronicarii evidențiază mai multe nerespectări ale cerințelor moralei creștine și ale Sfintei Scripturi în ansamblu și, respectiv, multe pedepse divine; iar concluzia ar fi următoarea: lupta permanentă pentru scaunul domnesc reflectă în mod clar, încălcarea po-

runcilor moralei creștine. Și deși neamul nostru este creștin, dreptcredincios. istoria lui este dominată de lupta permanentă pentru putere și deci și de păcate, unele mai grave decât altele. Potrivit cronicarului, „Domnul, ori bun, ori rău, de la toate primejdiile ferit trebuie, că oricum este de la Dumnezeu, este, precum zice Sfânta Scriptură. Nu este nici o putere fără numai de la Dumnezeu“ [3].

Cronicarii dezaprobă vrajba dintre creștini; dintre moldoveni și polonezi (leși), dintre moldoveni și unguri, precum și, îndeosebi, vrajba dintre Țările Române creștine. Ei îi acuză pe domnitorii creștini, care îi lăsau pe moldoveni singuri în fața turcilor păgâni – adevărații dușmani ai întregii creștinătăți. Și, dimpotrivă, descriind evenimente istorice ce cuprindeau și aspecte de afirmare creștinească, cronicarii manifestă prin aceasta și un adevărat patriotism. Relatând, de exemplu, despre apropierea lui Mihai Viteazul, domnul Țării Românești, de Podolia. ai cărei locuitori, deși se aflau în supușenie polonă, erau de viță ortodoxă, Miron Costin remarcă, cu referiri la izvoare polone: „Scrive Hronograful Leșescu că așa era de vestit Mihai-vodă și la Ieși. cât țara Podolii fiindu de lege de suptu ascultarea patriarhului de Țarigrad, ca și noi, pe acele vremi avându mari zarvă și price cu papistașii pentru lege, aștepta cu bucurie pre Mihai-vodă să vie, știindu-l de o lege cu dânșii, să i se închine toți podolenii” [2, p.142].

Din textul cronicilor deducem că autorii acestora acuză faptele de încălcare a cerințelor credinței, a ritualurilor religioase, îndeosebi, nerespectarea posturilor, a săvârșirii căsătoriilor și a cununiilor în perioadele interzise de biserică, precum și alte ritualuri și canoane bisericești și, în același timp, aprobă întru totul devotamentul creștin. Exemplu concludent: în pofida faptului că Suceava era înconjurată de oastea ungurească, Ieremia-vodă „n-au vrut să iasă din beserecă pân nu s-au săvârșit sfinta slujbă” [2, p.1381]. în unele cazuri, nerespectarea ritualurilor sau a cerințelor creștine este examinată în legătură cu neînțelegerea esenței jugului otoman, a războaielor nesfârșite, care aveau loc pe teritoriul Moldovei, sau a calamităților naturale.

În context este semnificativ și exemplul din care rezultă că Miron Costin condamnă pe Gaspar-vodă care „niceodată post n-au avut, că pre ascunșii în toate posturile mânca carne” [2, p.157]. În același timp, el laudă faptele creștinești ale lui Barnovschi-vodă, om cu frica lui Dumnezeu, „de care mărturisii Toma vornicul, fiindu postelnic al doilea la dînsul, că era Barnovschii-Vodă om dumnadzăiescu, și mare rugătoriu spre Dumnedzău” [2,

p.178]. Acceptarea și respectarea ritualurilor creștine demonstrează un anumit climat religios, anumite relații între biserică și credincioși, a unei anumite atmosfere spirituale, în genere. Conștientizarea acestor cerințe-ritualuri se înscrie perfect în atmosfera religioasă a vremii, iar meditățile asupra esenței lor sunt imanente întregii vieți creștine. Astfel, revolta cronicarilor, îndeosebi, în cazurile în care domnitorii sau alți mari demnitari ai țării nu respectau posturile, pornea de la faptul că postul, fiind un ritual de purificare spirituală, avea scopul de bază de a ajuta credincioșilor să intre în comuniune cu Domnul Iisus Hristos. Postul, și îndeosebi Postul mare, avea o semnificație sporită în viața credincioșilor, care prevedea, de asemenea, și anumite restricții. Grigore Ureche îl acuză vehement pe Despot-vodă care, fiind un aventurier, un intrus și un eretic, a ajuns domn al Țării Moldovei. Având o altă confesiune, nefiind „pravoslavnic”, el devine „răsipitor de lege, că nu numai că călca obiceiurile țării și face și jafuri, ce și legea cu totul rămăsese de batjocură” [2, p.93]. Despre Alexandru Lăpușeanu, care omorâse mulți boieri și care semăna groază și moarte, cronicarul scrie că „după atâta nedumnezeire îi păriia că s-au răscumpărat inima” [2, p.99].

Cronicile demonstrează, în mod convingător, că faptele oamenilor căpătau o legitimitate mai adecvată (chiar și în corespundere cu canoanele religioase) numai atunci când erau autorizate de reprezentanții bisericii. În felul acesta, „Ciogolea, spătarul (în timpul domniei lui Vasile Lupu) i s-a destăinuit lui Iosaf, egumenul, care era și duhovnic al tuturor boierilor, despre fuga și trădarea lui Ștefan Gheorghe, logofătul. Egumenul era dispus să respecte întru totul credința neștirnutată în sfințenia cuvintelor mărturisite. Acest jurământ, însă, fiind dezlegat de vlădica Varlaam, mitropolitul, a devenit cunoscut domnitorului Vasile-vodă și apoi tuturor”.

Cu mare durere în suflet descrie Miron Costin faptele amorale, exprimate prin fățarnicie, încălcarea jurământului sau trădare. Nu cu mult timp înainte de aceasta, logofătul Gheorghe Ștefan (care tindea să ocupe scaunul domnesc pe cale violentă) vine la domnitorul Vasile-vodă „cu fața scornită de mare măhniciune”, având și o „hârtie scornită”, precum că jupâneasa lui este bolnavă. Pentru o evidențiere mai profundă, mai integră a momentului, a semnificației și a consecințelor lui, Miron Costin reproduce și anumite stări psihologice. Vasile-vodă este adânc îngrijorat, „din biserică l-au lovit gânduri de purcesul logofătului, așa fără nădejde”. Participanții la acest complot sunt neliniștiți și suferă o dramă sufletească greu de suportat, „cât

pre pășitul lor și pre căutătură, cine le-ar fi luat seama, le-ar fi cunoscut îndată vina”.

Grigore Ureche accentuează profund semnificația moralei creștine în ciclul de capitole morale generalizatoare a unor fapte și evenimente istorice însemnate – „Nacazanie silnim, adecă certarea celor puternici”, „învățatură și certare”. „Certare și învățatură”. Consemnăm faptul că aceste capitole de nuanță moralizatoare, care de obicei urmează după evenimente de o excepțională semnificație sau după anumite concluzii povățuitoare, care decurg din expunerea unor sau altor fapte istorice. îl obsedează în permanență pe cititor, atenționându-l asupra tezei inițiale, expuse în „Predoslovie” – aspectul moralizator. Dar chiar și acest fapt, în aparență nedominant, iar în realitate prezent în cronici, care le atribuie acestora o alură sobră, este un argument în plus privind respectarea de către cronicari a cerințelor universale unanim acceptate privind rolul moralizator al operelor istorico-filosofice și literare. Cu atât mai mult, cu cât cronicarii sunt conștienți de faptul că opera creată de ei constituie un instrument adecvat de cunoaștere a lumii existente și a comportamentului oamenilor în acest proces.

Fiind un bun creștin, Grigore Ureche e întotdeauna de partea „țării” și a crucii, avertizând pe făptași de acțiunea necondiționată a justiției supreme. „Dumnezeu cel dreptu, cela ce ceartă nedireptatea și înalță dreptatea, cu câtă certare pedepsește pre ceia ce calcă jurământul” [2, p.54]. Dumnezeu este simbolul dreptății.

Cronicarii acceptă cu tot sufletul faptele domnitorilor sau ale altor demnitari care apără credința strămoșească chiar și cu propria viață. Scena decapitării lui Constantin Brâncoveanu, domnitorul Munteniei, și a familiei sale este prezentată de Ion Neculce în felul următor: „Deci l-au scos și au tăiet capetele, întâi a patru cuconi ai săi, apoi și al lui și a câțiva boieri, sluji ai lui... Atunce. cându-i tăie feciorii, au fost dzi când unul să-l turcească, să nu-l taie, dar tată-său l-au îmbărbătat tare, să nu-și lasă legea” [2, p.413-414].

Cronicarul este impresionat de aceste fapte creștinești, de acest devotament neșarmurit față de Sfânta Biserică Creștină, față de religia creștină. Biserica Ortodoxă română i-a canonizat mai apoi pe Constantin Brâncoveanu și pe fiii săi.

Spiritul de observare aproape desăvârșit în arta portretistică a lui I.Neculce s-a manifestat mai ales în expunerea portretului lui Dosoflei, marele cărturar al neamului românesc: „Acestu Dosofteiu mitropolit nu

era om prostu de felul lui. Și era neam de mazit: pre învățat, multe limbi știe: elinește, latinește, slovenește și altă adâncă carte și-nvățătură, deplin călugăr și cucernic, și blând ca un miel. în țara noastră pe-aceasta vreme nu este om ca acela” [2, p.5].

Textele cronicilor demonstrează că în viața religioasă (spirituală) a neamului românesc mănăstirile, bisericile dețineau un loc central, determinant, iar faptele și acțiunile oamenilor erau finalizate cu anumite aprecieri creștinești. În acest context, biserica, ca locaș sfânt al lui Dumnezeu sau casa lui Dumnezeu pe Pământ, reprezintă instituția principală a creștinismului, comunitatea religioasă care profesa activitatea liturgică. Anume în cadrul bisericii se obținea armonia între cer și pământ. Între viața pământească și cea de dincolo de mormânt – în cel mai general mod, însă Bisericile concentrau în sine spiritualitatea poporului, viața lui religioasă, privită sub manifestările și aspectele concrete, precum și în legătură cu ritualurile și tradițiile existente în acea perioadă, îndeplinind funcțiile de sacralizare privind cultul și devoțiunea colectivă față de divinitate, bisericile constituiau, în același timp, nu numai un scut de nădejde în temeinicia vieții social-economice și politice a țării, ci exprimau și cel mai adecvat simbol al culturii naționale. Anume din aceste considerente cronicarii aduc argumente decisive în favoarea consolidării și apărării credinței creștine și deci a spiritualității neamului în general.

Chiar de la începutul Letopiseșului său, Grigore Ureche menționează faptul că Alexandru-vodă „au făcut 2 mănăstiri mari în Moldova. Bistrița și Moldovița, în doi ani a domniei sale...” Așjidiria și mitropoliia de la Suceava și episcopia de la Rădăuți și mănăstirea Neamțului și alte mănăstiri” [2, p.30-32]. Din relatările cronicarului aflăm că Alexandru cel Bun considera atmosfera spirituală a epocii (atmosfera religioasă) drept cerință primordială pentru viața oamenilor și consolidarea statului. „Așjidirea întâiaș dată au trimis de au luat blagoslovenie de la patriarșii răsăritului și au făcut mitropolit, de l-au așezat la scaun, la mitropolie în Suceava” [2, p.32].

Trecutul eroic. înălțarea de biserici și mănăstiri după fiecare victorie, respectarea posturilor și a altor canoane religioase, darurile făcute bisericilor contribuiau, în mare măsură, la cultivarea unor sentimente religioase profunde în conștiința boierilor, țăranilor, oștenilor. Grigore Ureche scrie că Ștefan-vodă „au făcut 44 de mănăstiri” [2, p.5,8]. În O samă de cuvinte, Ion Neculce menționează, în legenda a II-a, că „Ștefan-vodă cel Bun multe răz-

boaie au bătut. Și așe se aude din oameni vechi și bătrâni, că câte războaie au bătut, atâte mănăstiri cu biserici au făcut” [2, p.267]. „După izbânda cu noroc”, obținută de oastea Moldovei asupra „ieșilor” în Codrul Cosmînelui, Ștefan-vodă „au ziditu biserica pre numele sfintului mucenicii Dimitrie, în târgu în Suceava, care trăiește și pană astăzi”. în continuare, cronicarul argumentează că înălțarea acestei biserici nu este un fapt întâmplător. „Zic unii să să fie arătat lui Ștefan-vodă la acest războiți sfintul mucenicu. Dimitrie. călare și într-armatu ca un viteazu, fiindu-i întru ajutoriu și dând vâlhvă oștii lui” [2, p.54].

Astfel, divinitatea, care prin Sfântul mucenic Dimitrie a însuflețit și a încurajat oastea moldovenească în lupta împotriva leșilor din Codrul Cosminului, apare și în alte ipostaze. Ea se arată în vis domnitorului-tiran Alexandru Lăpușeanu și acesta, în cele din urmă, a zidit o biserică la Pângarați. însă a zidit-o mai mult de frică, decât de bună voie, că de multe ori i s-a arătat în vis sfântul mucenic Dimitrie, „de-î îngroziiia ca să-i facă biserica pre acel loc, s-au apucat cu toată osârdiiia și o au făcut” [2, p. 87]. Faptul acesta ne dovedește că în unele circumstanțe sfintele locașuri erau înălțate mai mult din frică decât din devotament credincios adecvat, generând la persoanele implicate suferințe sufletești și stări psihologice profunde. Alexandru Lăpușeanu a fost impus, într-un anumit mod, să-și conceapă fărădelegile și crimele săvârșite, spovedindu-se în fața Celui de Sus, reprezentat de Sfântul mucenic Dimitrie.

După victoria de la Catlabuga, unde Ștefan cei Mare „au topit toată oastea turcească... au zidit biserica pre numele sfintului Nicolae, în târgul lașilor” [2, p.50].

Domnitorul Vasile-vodă Lupul a făcut multe și inimoase lucruri creștinești prin care a dovedit devotamentul său și al țării față de Sfânta Cruce. Miron Costin relatează că „au zidit Vasilie-vodă și laudate mănăstiri, și aice, în orașul leșilor, întâi supt numele a trei sfinți învățători a besericii. ce să dzice Trieh Svetitelei, mai pe urmă mănăstirea, a doa mănăstire, a Golăt, cu făptură, cum să vede. peste toate mănăstirile aici în țară mai iscusită [2, p.190].

Consemnăm că în viața religioasă a poporului un rol deosebit îi revine și cultului moaștelor, care generau manifestări de amploare privind devoțiune generală. La români venerația moaștelor constituie un ritual prin care poporul își exprimă cuvioșenia generală, credința nestrămutată, stările

emotive, dar. într-un anumit sens, și superstițiile existente. De-a lungul secolelor, venerația moaștelor, fiind o realitate necesară și pregnantă a psihologiei religioase a poporului, exprimă neliniștea maselor, a domnitorului și a boierimii pentru destinele țării. Viața și faptele miraculoase ale sfinților cultivă la credincioși necesitatea de a se apropia fizic de ei și, mai ales, de a se atinge de lucrurile care le-au aparținut sau de moaștele lor.

Cultul și prezența moaștelor la creștinii ortodocși generează cu necesitate diverse procesiuni, practici și pelerinaje menite să aprofundeze credința și, concomitent, să contribuie la un destin mai bun al oamenilor, la asigurarea securității și a stabilității politice a țării lor. Prezența moaștelor „insuflă” oamenilor încredere și optimism în viață prin comuniunea cu cele sfinte.

Bibliografie

1. Constantinescu, Florin. O istorie sinceră a românilor. București, 2011. 586 p.
2. Letopisețul Țării Moldovei. Chișinău: Hyperion, 1990. 636 p.
3. Ștefanescu, Marin. Filosofia românească. București: Historia, 2008. 466 p.
4. Vornicescu, Nestor. Desăvârșirea unității noastre naționale – fundament al unității bisericii străbune. Craiova: Editura Mitropoliei Olteniei, 1988. 666 p.

SOLUȚII SIMPLE LA PROBLEME COMPLEXE. INTERDISCIPLINARITATE ȘI RAȚIONALITATE ÎN DREPT

Rodica Ciobanu, dr. în filos., conf. univ.
Universitatea de Stat din Moldova

SIMPLY SOLUTIONS TO COMPLEX PROBLEMS. INTERDISCIPLINARITY AND RATIONALITY IN RIGHT

The contemporary society places the human being in front of many challenges. One of the biggest challenges is the reality itself. The contemporary world struggles between order and chaos. It is the current reality that has imposed, on equal terms, the involvement of a knowledgeable subject, regardless of concerns, status, studies, wealth, etc. into a competition for survival. Thus, in order to explain the social realities and solve the problems are involved the

decision-makers, scientific communities, ordinary people, which are desperately trying to identify valid solutions or tools for their existence struggle. Under such conditions, the critical approach towards the human performance, intellectual resources, educational standards, and ultimate rationality of human action are inevitable.

Societatea contemporană este cea care a plasat omul în față multor provocări. Una dintre cele mai mari provocări fiind însuși realitatea. Lumea contemporană se zbate între ordine și haos. Realitatea este cea care a impus în egală măsură implicarea subiectului cunoscător, indiferent de preocupări, statut, studii, avere etc., în condiții de egalitate, în cursa contra cronometru a supraviețuirii. Astfel, în direcția explicării realităților sociale, soluționării problemelor sunt orientați factorii de decizie, comunitățile științifice, oamenii simpli, încercând cu disperare să identifice soluții sau instrumente valabile în lupta pentru existență. În atare condiții, abordarea critică a prestației umane, a resursei intelectuale, a standartelor educaționale, într-un final a raționalității acțiunii umane sunt inevitabile, dar și favorabile

Vom demara cu opinia lui B. Nicolescu expusă în *Ce este realitatea*, unde sunt identificate două momente cheie care, după cum consideră autorul, trebuie să schimbe în profunzime viziunea noastră asupra realității: unul se referă la tripla revoluție din secolul al XX-lea – revoluția cuantica, revoluția biologică și revoluția informatică; altul, este evenimentul din 11 septembrie 2001, care a distrus credința dominantă a modernității precum că trăim într-o lume rațională, deterministă și mecanicistă, destinată unui progres nelimitat. „...E aproape miraculos că specia umană mai există, ... „realitatea” este unul din cele mai degradate din toate limbile pământului. Noi toți credem că știm ce este realitatea, dar, dacă suntem întrebați, descoperim că există tot atâtea accepțiuni ale acestui cuvânt câți locuitori pe pământ. Prin urmare, nu e surprinzător că atâtea conflicte agită mereu indivizi și popoare” [1,p.7].

Odată ce contemporanietate este în căutarea de soluții conflictelor, asigurarea ordinii și echilibrului social etc. inevitabilă este revenirea la domenii de tip normativ ce și-au asumat în calitate de scop major asigurarea și respectare unor norme și valori în jurul cărora s-a organizat și construit societatea umană, dar care la moment se dovedesc ineficiente. Diferite teorii despre organizarea socială, scot în evidență faptul că fie fiind, fie devenind din necesitate o ființă socială, omul se încadrează în diverse tipuri de rapor-

turi reglementate prin intermediul normelor morale și de drept. Implicit dreptul este domeniu, prin excelență uman, și care nu poate exista altfel decât prin manifestări ale acțiunii rațional-umane, ce reprezintă expresia relației dintre gândirea acestuia și exteriorizarea ei prin diverse forme ale gândirii logice. Din acest context, putem deduce relația dintre gândirea juridică și limbajul juridic, în calitate de expresie materială a gândirii. Încă grecii antici apreciau importanța gândirii, exteriorizată prin limbaj, pentru practica socială. Obligația cetățeanului atenian de a cunoaște legile statului și oratoria au contribuit la dezvoltarea din punct de vedere teoretic, dar și practic a legăturii între logică, retorică și drept. În consecință, posibilitatea de cooperare e dictată de posibilitatea de comunicare, asigurată de recunoașterea și la nivel formal a existenței unei limbi, în calitate de mijloc general utilizat în cadrul relațiilor sociale, între membrii societății în cauză. Deci, indiferent de sistemul de drept, de forma organizare există prezențe obligatorii (gândire, vorbire, norme) pentru existență, cooperare și buna funcționare a statului. Unde, la care capitol din relația cauzală rațiune, limbaj, acțiune, realitate este lacuna?

Particularizând, indicăm că pentru elaborarea, dar și pentru punerea în aplicare a prescripțiilor normative devine importantă capacitatea omului de a-și formula și fundamenta opiniile, deciziile și pozițiile. Fundamentarea/argumentarea fiind instrumentul general admis pentru a convinge pe altul despre un lucru just, adică pentru a realiza, prin intermediul limbajului, trecerea unor convingeri de la subiect la auditoriu, în scopul formării unor opinii „cenzurabile juridic”, zice I. Dobrinescu [5, p.53].

În consecință, așa cum conform tradiției Logicii de la Port-Royal, logica este „arta de a gândi”, exact în aceeași măsură pentru domeniile cu caracter normativ, precum este dreptul, gândirea este prioritară. Revenind la relația cauzală rațiune, limbaj, acțiune, realitate vom înainta ipoteza unității acestora în conținutul realității sociale complexe, și necesității formulării unui tip specific de raționalitate.

Căutarea soluțiilor la diversele probleme ale societății contemporane, au dus la faptul că în general mulți „pun sub semnul întrebării raționalismul ca doctrină, depinde în cea mai mare măsură de înțelesul acordat termenului plurivoc (polisemic sau echivoc) raționalitate, care îmbină cel puțin două componente majore: – agentul este considerat rațional în gândire, dacă are capacitatea de a respecta normele raționamentului corect; – agentul este

considerat rațional în acțiune, dacă are capacitatea să-și maximizeze utilitățile proprii” [3, p.26].

Contactul nostru cu prevederile legale are loc prin intermediul cuvântului scris sau vorbit, înaintea căruia ne întrebăm „Ce a vrut să spună?” dincolo de analiza gramaticală a unui text juridic, se profilează analiza logică a ideilor consemnate [11, p.23.]. Același autor continuând, într-un alt context, cu afirmația că: „În cugetul nostru sau, adresativ, iar fără această întrupare (în formă de limbaj), gândirea nu are cum să fie în ordinea umanului...limbajul întrupează gândirea. Limbajul are dublă ipostază de exteriorizare a gândirii și de transmitere a normelor, de apreciere a faptelor Limbajul este cel care organizează întâlnirea și unitate elementelor: rațiunea în rezultatul aprecierilor făcute asupra realităților se exteriorizează în limbaj, limbajul transmite și valorifică prin interpretări conținutul normativ al existenței sociale, limbajul generalizează asupra realităților și oferă aprecieri etc. Dreptul este de fapt o profesie a cuvintelor, limbajul fiind vehiculul prin intermediul căruia sunt transmise normele. Încă de la Montesquieu legăturile dintre drept și limbaj au reținut în mod constant atenția juriștilor și această preocupare a continuat până în ziua de azi, când lingvistica, semiotica și hermeneutica limbajului au dat naștere unor opere notabile în domeniu [10]. Astfel, altfel decât prin relaționare atât din perspectiva elementelor interne, precum și cu cele externe nu poate fi valorificat domeniul. Problematika complexității dreptului și a necesității tratării acestuia prin relaționare pe intern și cu alte domenii, în exterior, nu este un subiect de absolută noutate. Într-un caz, istoria gândirii juridice ne oferă repere în abordarea dreptului în calitate de sistem social normativ, și model ce reflectă realități sociale concrete, motiv pentru care este necesară abordarea acestuia prin corelații și dependențe. În altul, recursul la gândirea filosofică, politică și juridică, care cuprinde o îndelungată și bogată tradiție de cercetare, facilitează identificarea unor dimensiuni noi în teoria și practica juridică actuală. Gaidenco P.P [13] afirmă că știința contemporană este limitată în instrumente interne cognitive și reglatorii (obiectivitate, fundamentarea, sistemicitatea, probarea siguranța etc), din acest motiv este necesară includerea într-o perspectivă unitară, integră a întregului complex cultural, axiologic, și umanitar al societății. 1.Știința contemporană este caracterizată de necesitatea unor abordări de tip integrativ, care implică cercetarea dinamicii proceselor sociale și a cunoașterii științifice, identificarea me-

canismelor sintezelor de tip inter și transdisciplinar orientat spre cercetarea omului și societății în care acesta trăiește. Astfel, se profilează un nou tip de raționalitate (deschisă) necesităților umane concrete. Pentru valorificarea acestui tip de raționalitate pe terenul normativității sociale, în vederea aplicării acesteia la soluționarea problemelor cotidiene și ca instrument de echilibru vom deschide unele paranteze referitoare la ceea ce se numește raționalitate și care sunt avantajele acesteia pentru știința și practica socială.

În general, raționalitatea științifică contemporană pune în centrul atenției cercetarea sistemelor complexe. Acest lucru a fost determinat de faptul că în procesul cercetărilor disciplinare apar unele concepte netradiționale pentru cunoașterea științifică, cum ar fi ideia de dezvoltare, progres, ireversibilitate, întâmplare, imprevizibilitate etc. Dacă știința neclasică a priorizat relația subiect obiect, încadrând subiectul în structura acțiunii sociale și a celei de cunoaștere, optând pentru imposibilitatea excluderii acțiunii din procesul de cunoaștere, atunci cea de tip post neclasic stabilește relația dintre cunoștințele despre obiect cu mijloacele utilizate și cu structurile valorice. Prin această relaționare, determinăm necesitate adecvării instrumentelor utilizate la realitățile complexe aflate în schimbare. În vederea realizării acestei adecvări, o primă etapă ar fi contextualizare și comprehensiunea formelor de raționalitate, dat fiind faptul că termenul raționalitate este unul dintre termenii cu care se operează în prezent în marea majoritate a domeniilor de activitate. Totodată, în concordanță cu acest termen au fost făcute anumite specificări, vorbindu-se despre mai multe tipuri de raționalitate: analitică, instrumentală, procedurală, normativă, barocă etc. În literatură întâlnim mai multe formulări explicative asupra noțiunii raționalitate. G.G. Constandache, făcând trimitere la L.J. Cohen, scoate în evidență următoarele explicații aduse raționalității:

- Într-un sens prioritar, raționalitatea este apreciată drept conformitatea cu legile logicii deductive.
- Un al doilea sens privilegiat al raționalității constă în corectitudinea calculului matematice. Dar cerința raționamentului matematic, numită și „deductiv”, nu poate reprezenta forma arhetipală pentru orice raționament.
- Al treilea sens cognitiv al raționalității reprezintă corectitudinea ce depinde numai de înțelesul cuvintelor.
- Un al patrulea sens al raționalității apare în inducțiile amplificatoare

conforme criteriilor adecvate. De pildă, în cazul inferențelor ce transformă datele experienței într-o teorie generală, explicativă, se face apel și la testarea ipotezelor în contextul unei varietăți relevante de condiții controlate.

- Al cincelea sens al raționalității este prezent în evaluările corecte ale probabilităților matematice.

- Al șaselea sens al raționalității apare legat de inferențele permise în cadrul generalizărilor factuale.

- Un al șaptelea sens al raționalității are în vedere mai curând practica, decât cogniția, cum era cazul în primele șase sensuri deja menționate. Este vorba de raționalitatea prezentă în acțiunile ce conduc la atingerea scopurilor sau intereselor agentului (acțiuni tehnice sau mijlocitoare).

- Al optulea sens al raționalității se raportează tot la practică, dar are în vedere prioritar alegerea scopurilor, respectiv a valorilor, deci nu alegerea mijloacelor pentru atingerea altor scopuri. Cel din urmă înțeles al raționalității din lista propusă de L.J. Cohen se raportează la practică, dar este legat mai curând de comunicarea lingvistică, decât de acțiune sau decizie. În această direcție să menționăm contribuția lui Paul Grice (1979) care face încercarea de depășire a logicii tradiționale pentru a capta limbajul natural utilizând principiul de cooperare. Acestui principiu ar trebui să i se supună vorbitorii, în sensul că fiecare trebuie să asigure interlocutorului elementele necesare înțelegerii enunțurilor produse. La fel este cazul de menționat contribuția din cadrul pragmaticii a lui D. Sperber și D. Wilson (1989). În acest caz teoria se bazează pe un principiu al pertinentei, conform căruia fiecare enunț presupune o relevanță optimală, funcție de efortul depus pentru interpretarea enunțului și de efectele produse prin enunț în contextul la care se raportează interpretarea.

Generalizând indicăm, că conceptul de raționalitate este unul complex care nu poate funcționa (nu are sens) decât în anumite spații conceptuale, în prezența unor premise paradigmatiche specifice. Toți empiriștii, urmașii lui David Hume limitează considerabil orizontul raționalității, permițând rațiunii să caracterizeze gândirea matematică și logică, dar nu se situează la baza proceselor empirice de formare a opiniei sau să aibă un anumit rol în judecățile practice, în special în cadrul diverselor forme de deliberare. Gilles-Gaston Granger menționa, că departe de a fi o formă definitiv elaborată, rațiunea „constituie în fiecare epocă o figură de echilibru provizoriu a imaginației creatoare”. A. Marga [9] în lucrarea Raționalitate, co-

municare, argumentare, indică faptul că în ultima perioadă cele mai multe discuții se duc în jurul problemei raționalității cunoștințelor, acțiunilor și obiectivărilor lor. Pentru a găsi explicațiile adecvate, este necesar de a utiliza mai multe modalități, zice A. Marga: descriptivă, normativă, deductivă. Aprecierea unui demers ca fiind rațional înseamnă a considera că acesta are înțeles, este coerent, este adecvat, respectiv necesar sau potrivit unui scop asumat. În opinia lui A. Marga, raționalitatea este atribut al prestațiilor umane; vorbim cu sens de raționalitate în cazul cunoștințelor și acțiunilor, și al obiectivărilor lor (sisteme de cunoștințe, sisteme sociale), precum și acțiunea umană conformă normelor de diferită natură.

În Raționalitatea și limbajul acțiunilor se indică că „raționalitatea, ca aptitudine a agenților umani, este totodată și proprietate a acțiunilor, respectiv a limbajelor, întrucât acestea satisfac anumite criterii”. Totodată se consideră că se poate vorbi despre mai multe tipuri de raționare sau de raționalitate în dependentță de domeniu, respectiv prin raportare la anumite discipline. Conceptul de raționalitate este asociat, în general, cu acele sisteme teoretice care sunt orientate către individ, către acțiunile și deciziile acestuia. În concordanță cu acest mod de înțelegere, raționalitatea are sens numai în măsura în care este asociată cu individul care acționează, intenționează, deliberează. Pe de altă parte, pare dificil de separat acțiunea individuală de orice formă de raționalitate. Astfel, raționalitatea reprezintă unul dintre conceptele centrale în abordarea comportamentelor și interacțiunilor umane. În literatură raționalitatea este abordată fie ca instrument metodologic, fie ca premisă și problemă ontologică. Această separație este posibilă numai în situațiile în care, a discuta despre raționalitatea indivizilor, este considerat fie metodologic inutilă, fie inadecvat ontologic, zice G. G. Costandache [4].

În acest context, indicăm că în cadrul științei juridice raționalitatea poate și trebuie valorificată în cel puțin două direcții: una, în calitate de atribut al individului; alta în calitate de instrument metodologic. Tratarea în calitate de atribut al individului, duce la sursele existențiale ale societății umane. În cadrul acestui mod de abordare problema fundamentală este cea a determinării criteriilor după care se poate stabili dacă o acțiune, decizie este rațională sau irațională. Și în cadrul acestui mod de abordare pot fi identificate două direcții distincte de analiză și aplicare:

- analize care suprapun, cel puțin parțial, raționalitatea cu logica, inteli-

gența, educația;

- analize ce au ca scop identificarea unor criterii universale și obiective pentru a delimita acțiunile raționale de cele iraționale.

Valorificarea raționalității în calitate de instrument metodologic, pe de o parte, nu se fac asumții cu privire la raționalitatea efectivă a indivizilor, ci se explorează utilitatea explicativă/metodologică a conceptului, pe de altă parte se recomandă conceperea raționalității ca instrument cu cea mai mare putere explicativă a unui fenomen și pornirea de la premisa că indivizii sunt în primul rând raționali. Teoriile explicative asupra raționalității ce se înscriu în această perspectivă au tendința de a explica cât mai mult cu puțință, folosind instrumentul raționalității. Variațiile în aplicarea conceptului de raționalitate în cadrul acestui grupaj sunt determinate de raportul optim dintre o conceptualizare cât mai simplă, îngustă, aplicabilă a raționalității și puterea explicativă cât mai crescută, dată de volumul fenomenelor care pot fi valorificate și elucidate.

În acest sens, J. Coleman (1990) este cel care consideră, în modul cel mai „utilitarist”, că individul trebuie tratat ca rațional, ca maximizator de satisfacție (utilitate). Ludwig von Mises (1944), din punct de vedere praxeologic, consideră că pentru o știință a acțiunii umane, raționalitatea acțiunilor nu ar trebui să se pună în măsura în care ea este rezultatul unor evaluări. Evaluarea și calificarea unei acțiuni ca fiind rațională sau irațională nu face obiectul unei științe obiective și neutre preocupată de stabilirea unor legi apriori ale acțiunii indivizilor. Știința acțiunii nu trebuie să evalueze obiectivele pe care și le propun oamenii și nici mijloacele pe care și le aleg pentru a le atinge.

Un mod de abordare asemănător al raționalității este dezvoltat de epistemologul Karl Popper [12] care susține că raționalitatea este singurul principiu valid care poate anima modelele noastre explicative. El nu se supune principiului falsificabilității deoarece este fals din start. Argumentarea lui K. Popper parcurge în esență următoarele puncte: - Explicația și înțelegerea în științele sociale se realizează numai cu ajutorul analizei situaționale. Se urmărește elaborarea unor modele de situații sociale tipice; - Pentru a anima aceste modele avem nevoie de supoziția că persoanele acționează, în mod adecvat situației sau cum se cuvine. Acesta este principiul raționalității. Acest principiu nu are nimic de a face cu aserțiunile empirice sau psihologice asupra raționalității; - Acest principiu nu are rol de teorie sau

ipoteză. Acest principiu este esențialmente fals deoarece este o simplificare, o aproximare a realității.; - În orice explicație avem un model situațional și un principiu al raționalității care îl animă. Dacă explicația eșuează recomandarea este ca vinovat să fie făcut modelul și nu principiu care îl animă. Este mult mai interesant și instructiv să perfectăm modelele situaționale prin încercări și erori decât să încercăm să perfectăm capacitatea noastră de a acționa adecvat și de înțelege ce este adecvat. Asta mai ales în măsura în care principiu al raționalității deși este fals, el aproximează destul de bine adevărul. Folosirea oricărui alt principiu nu face decât sădea oricărui model un caracter arbitrar. Fiecare acționează adecvat în temeiul situației, cunoștințelor pe care le are.

Dacă în concepția lui David Hume raționalitatea nu presupune decât respectul regulilor din cadrul logicii (deductive), matematice și semantică, astăzi, chiar utilizarea acestor reguli în științele cognitive evidențiază aspecte specifice. Astfel, raționalitatea poate fi raportată la tuturor domeniilor, doar că în dependență de domeniul în care este abordată raționalitatea, vor fi scoase în evidență generalizări specifice domeniului dat.

În consecință, conform acestor explicații deducem că raționalitatea este facultatea de a raționa și acționa a individului. Pornind de la sistematizarea explicațiilor asupra raționalității (L. JonathanCohen) și de la rolurile facultății de a raționa poate fi legitimată și îndreptățită prezența raționalității în domeniul dreptului, care ar putea fi utilă în următoarele direcții:

- Identificarea conformității dintre gândire, acțiune, faptă
- Identificarea conformității dintre legile logicii, legile dreptului și cele morale
- Corectitudinea delimitărilor și aplicării instrumentelor conceptuale
- Determinarea mecanismelor de creștere a respectului față de norme și valorile sociale
- Educarea capacității de evaluare obiectivă și imparțială a acțiunilor proprii și a celorlați
- Valorificarea generalizărilor obiective asupra realităților
- Alegerea mijloacelor eficiente (acțiuni favorabile atingerii scopurilor, intereselor societății umane).
- Raportarea scopurilor la normele morale și interesele generale
- Determinarea conținuturilor normative în dependență de relevanța și necesitatea socială în vederea asigurării ordinii sociale.

- Creșterea gradului de eficiență și aplicare practică a cadrului normativ etc.

Așadar, raționalitatea îmbracă diferite forme, este unul dintre multe modele de acțiune și analiza care ar putea fi utilizat în știința contemporană și practica socială, orientat spre ridicarea performanței gândirii, simplificarea înțelegerii, conștientizarea consecințelor și responsabilizarea acțiunii, creând punți, legături între diversități, interese, aspirații. Creând unitatea, valorificând cele două dimensiuni (teoretică și aplicativă), oferind instrumente capabile de a de a apropia rațiunea, limbajul, acțiunea și realitatea, precum și generând abordări de tip integrat.

Bibliografie

1. Basarab Nicolescu. Ce este realitatea. Iași: Editura Junimea, 2009. 276 p.
2. Calvin O. Schrag. Resursele raționalității. București: Editura Științifică, 1999.
3. Costandache G. Pentru o teorie a raționalității. În: Noema, V.II, Nr.1., 2002. În: <http://noema.crist.ro/> (accesat: 9.09.2018).
4. Costandache G. Raționalitate, Limbaj, Decizie. București: Editura Științifică și tehnică, 1994.
5. Dobrinescu I. Introducere în logica juridică. București: Lumina Lex, 1996. 271 p.
6. Habermas J. Conștiință morală și acțiune comunicativă. București: Editura All, 2000. 184 p.
7. Kant I. Critica rațiunii pure. București: Editura IRI, 1998. 610 p.
8. Lohisse J. Comunicarea. De la transmiterea mecanică la interacțiune. Iași: Editura Polirom, 2002.
9. Marga A. Raționalitate, comunicare, argumentare. Cluj-Napoca: Editura Grinta, 2009.
10. Mateuț Gh., Mihăilă Ar. Logica juridică. București: Lumina Lex, 1998.
11. Mihai Gh. Introducere pentru o logică juridică. Piatra Neamț, 1991.
12. Nemessek Ș. Raționalitatea științifică popperiana. Hunedoara: Editura Realitatea românească, 2010. 244 p.
13. Гайденок П.П. Научная рациональность и философский разум. - М.: Прогресс-Традиция, 2003. 528 с.

VALORILE SPIRITUALE – DETERMINANTE ALE SPECIFICULUI PREZENȚEI OMULUI ÎN LUME: REFLECȚII ALE LUI C. NOICA ȘI N. STEINHARDT

Svetlana Coandă, dr. hab. în filos., conf. univ.

Universitatea de Stat din Moldova

THE SPIRITUAL VALUES - DETERMINANTS OF THE SPECIFIC PRESENCE OF HUMAN IN THE WORLD: REFLECTIONS OF C. NOICA AND N. STEINHARDT

In this article are analyzed the reflections of the Romanian philosophers Constantin Noica and Nicholas Steinhardt on culture as a special medium in which the self-development, identity and originality of man develop. They considered that is an imperative of time when the spiritual values prevailed over material values. C.Noica and N.Steinhardt teach us how to give meaningfulness to life, to eliminate injustice, hatred, envy, and to promote freedom, justice, courage, love. Namely, spiritual values determine the specificity of human presence and value in the world, they have said.

Prioritatea valorilor spiritului a fost dominantă tematică în opera filozofilor români Constantin Noica și Nicolae Steinhardt. Afirmarea ființei umane se produce prin ridicarea omului la cultură, la creația de valori, menționau ei. Cultura este un mediu special, fără de care nu s-ar produce devenirea sinelui, a identității și originalității omului: „Așa cum trăiesc viețuitoarele în apă sau aer, omul trăiește în cultură” [3, p.118].

În lucrarea Simple introduceri la bunătatea timpului nostru, C.Noica descrie, în calitate de trăsături definitorii ale culturii, următoarele: „cultura” vrea să însemne, la început, păstrare a ce s-a dobândit; apoi, viață a spiritului în tiparele a ceea ce a fost găsit bun în trecut; și abia în ultimul rând, dacă lucrul e cu puțință, creație nouă, una care să nu desființeze vechiul, sau atunci să-l răstoarne cu o violență spirituală ale cărei legi nu se cunosc” [4, p.93]. Așadar, tradiția și inovația sunt caracteristici complementare ale culturii.

Cultura națională e înțeleasă de C.Noica în strânsă unitate cu cultura europeană; ele sunt unite prin scopuri și valori comune. Concluzia lui C. Noica este că cultura europeană nu e o cultură ordinară, ci arhetipul oricărei alte culturi, înțeleasă ca manifestare deplină a umanului. Cultura europe-

ană conține în sine sursele depășirii momentelor de criză – prin transfigurarea lor spirituală. Este un imperativ al timpului ca valorile spirituale să prevaleze față de cele materiale, menționa Noica. Civilizația va fi în pericol atât timp cât realizările economice nu vor fi puse în slujba forțelor creatoare ale omului, atât timp cât preocupările de ordin material vor părea mult mai importante decât cele ale spiritului. Trebuie să renunțăm la contrapunerea acestor două tipuri de valori și să le gândim în întrețeserea lor în spirit: - în planul cunoașterii spre lumea transcendențială; - în planul credinței spre lumea transcendenței, susținea el.

În lucrările sale, C.Noica accentua însemnătatea și rolul valorilor spirituale personale, individuale. El vorbește despre Mathesis, care, fiind expresia atotcuprinzătoare a unei discipline a spiritului însuși, a ordinei și a măsurii, îl orientează pe om spre a „pune ordine în natură, în societate, în ființa proprie” [5, p.74]. Dacă vrei să pui lumea din jurul tău în ordine, trebuie mai întâi să te pui pe tine în ordine. Dacă vrei să piară dezordinea exterioară, trebuie mai întâi să faci ordine în omul lăuntric care ești tu însuși. Individul nu trebuie să trăiască la întâmplare, rigoarea trebuie să pătrundă în intimitatea lui, în sufletul lui, în corpul lui, menționa Noica. Deoarece, prin spirit, ca atitudine logică, omul se poate șlefui în permanență, iar prin spiritualizare ca interiorizare neconținută a lumii din afară individul va tinde să ajungă o personalitate. Prin înăbușirea patimilor individuale și prin interiorizarea mediului culturii din care face parte, individul se sporește pe sine, spiritualizându-se. Individul este numai întru cât ființa lumii devine a sa prin această trecere a mediului extern în mediul intern. Concluzia la care ajunge C.Noica este că singura bucurie autentică este cea culturală. Doar cultura și filosofia, ca una dintre formele culturii, sunt capabile să contribuie la înlăturarea sterilității spiritului și la realizarea tuturor posibilităților sădite în om. „Filosofia spune lumii ce e bolnav și ce e sănătos în ea”; filosofia și filosofarea au rolul de medicina entis - tratarea spiritului, fiind capabile să contribuie la înlăturarea maladiilor spiritului, să evidențieze „ce este în carență și ce poate duce la împlinire, sau ce anume înseamnă împlinire ontologică”, menționa C.Noica [5, p.270].

În lucrarea Mathesis sau bucuriile simple, C. Noica evidențiază două tipuri de cultură, aflate în opoziție. Prima el o numește cultura de tip geometric, caracterizată prin ordine, creație, veșnicie, adevăr, iar a doua - cultura de tip istoric, aflată sub semnul destinului și al efemerității. În conformitate

cu aceste două tipuri de cultură, C.Noica distinge oameni care se risipesc și trăiesc de azi pe mâine și oameni, care sunt puțini, dar care „s-au trudit să facă din viața lor o dovadă și un adevăr”, adevăr care conține ideea de ordine [1, p.29]. Istoria este risipire, cheltuire fără sens a energiilor spirituale, un drum fără întoarcere, scria C.Noica în cartea sa. Omul în istorie se lasă „furat” de devenire, și nu de orice devenire, ci de una care-l îndepărtează de esența sa, care e căutarea cu orice preț a unei ordini spirituale – ordinea ideilor. Realitatea istorică e schimbătoare și fantomatică, omul se lasă „născut, trăit și asasinat”, fără drept de apel, de faptele la care nu participă decât ca un actor care nu întotdeauna își cunoaște rolul. Istoria alterează spiritul, îl face să uite de sine. Ar trebui să încercăm, odată, o rezistență împotriva istoriei, împotriva curgerii, împotriva vieții joase”, spunea C.Noica în această lucrare. Bogăția vieții, cu tot cu adevărul ei, nu se regăsește în fâșiile de realitate pe care nu le putem parcurge, istoric, niciodată în întregime, ci în ideea care ordonează. În idee nu trăiești o singură viață, ci toate viețile posibile, nu atingi numai suprafața vieții, ci intri în interiorul ei și o refaci, oferindu-i spiritul tău drept conținut.

Anume de aici, menționa el, reiese diferența între cele două culturi, două moduri de viață: alegerea între a face ceva cu viața sau a te lăsa făcut de ea, alegerea între istorie și ordine, între istorie și geometrie, între istorie și adevăr. Îndemnul, crezul fundamental al lui C.Noica este „Să nu te lași făcut!”; să alegi să preferi în locul modului istoric, „în care primează destinul, durata specifică și moartea”, spiritul matematic, în care „primează creația liberă, generalitatea și veșnicia” [1, p.34]. Pentru a reuși el propune o filosofie a cărei esență este simplificarea vieții și teza „mai puțin”. Aceasta și este, în viziunea lui C.Noica, *Mathesis universalis* - știința universală a vieții, care promovează simplitatea și introduce omul într-o dimensiune a bucuriilor generale, simple și vaste. Oamenii bogați, scria C.Noica, sunt dominați de bunurile lor, de bogăția lor; ei „nu mai dau nimic”, „nu mai creează nimic”, nu știu în ce să creadă, nu trăiesc în ordine și adevăr [1, p.30]. Oamenii săraci, „cu mai puțin” – au un sens, un ideal al lor, nu sunt dominați, obsedați de bunurile materiale, își simplifică viața prin apropierea de idei, ridicând particularul spre universal și creând astfel suportul (limbajul universal) prin care oamenii s-ar putea înțelege unii cu alții. Incorporarea ideilor și modificarea vieții prin simplificare duc omul în planul adevărului, al ordinii, îl introduc, în așa mod, în bucuriile simple și vaste; îl ridică la

dimensiunea universalului.

Așadar, simplitatea vieții este pledoaria pentru ordine, adevăr, creație și veșnicie – bucurii simple și vaste, ce denotă o apropiere a lui C.Noica de morala creștină, care, de asemenea, promovează simplificarea vieții și evitarea exceselor. Bucuriile simple sunt firești, însă dacă ele sunt „prelungite”, are loc „căderea în exces” sau „căderea în păcat”, atenționa și prevenea Constantin Noica. Astfel, de la plăcerea simplă de a mânca, a bea și a vorbi prin exces se ajunge la lăcomie și trăncăneală; mândria și demnitatea prin exces se transformă în trufie; odihna, meritată după muncă prin prelungire poate să treacă în lene etc. Mari vicii sunt invidia, zgârcenia și risipa, care pot conduce la nedreptăți și crime. Iar plăcerile simple și virtuțile asigură fericirea – o bucurie mai mare decât cele simple, fundamentată pe dragostea față de oameni.

Putem face concluzia, deci, că în viziunea lui Constantin Noica, *Mathesis universalis* este o dialectică a spiritului, cea care dă un sens logic vieții, o axează pe creație, pe valori generale și eterne. Valorile spirituale primează, ele determină specificul prezenței omului în lume, autoafirmarea și devenirea lui. Anume valorile spirituale trebuie să ne arate nu numai ce suntem, ci și ceea ce aspirăm să fim, să devenim. Ele promovează constant noul, punerea realizărilor economice și a preocupărilor de ordin material în slujba forțelor creatoare. Omul are o natură specifică, ireductibilă; el tinde spre dragoste, libertate, spre ordine și înțelegere cu sine și cu semenii, ținând seamă de valoarea prezenței fiecărui om în lume, tinde spre bine, dreptate, toleranță, solidaritate. Aceasta și este acea axă, acea *Mathesis universalis*, care asigură legătura între generații și comunicarea dintre culturi.

De rând cu filosofia, după cum se observă bine din cele relatate mai sus, C.Noica evocă și potențialul umanist al religiei creștine, manifestat prin valorile morale pe care le promovează aceasta. Nu doar intelectul este creator de ordine, ci și voința, scria el în lucrarea *De caelo*. Încercare în jurul cunoașterii și individului, Ordinea nu mai trebuie să-i fie prescrisă omului modern din exterior, ea trebuie să irumpă din lăuntru, din „cerul moral” al creștinismului, înțeles ca „îndemn lăuntric la desăvârșire”.

În continuarea reflecțiilor sale, C.Noica accentua că, deși cultura noastră se numește „o cultură minoră”, aceasta nu înseamnă inferioritate calitativă: „Cultura noastră populară, deși minoră, are realizări calitativ comparabile cu cele ale culturilor mari. Și știm că avem în această cultură populară o

continuitate pe care nu o au cele mari” [2, p.7]. Cel mai bine vorbește despre cultura minoră Lucian Blaga, „un adevărat filosof în înțelesul occidental al cuvântului, creator de sistem și de valori filosofice proprii”, - menționează C.Noica. L.Blaga face elogiul satului românesc – „cel mai bun rezervor de creație românească înaltă” și apreciază cultura minoră ca fiind de aceeași calitate spirituală cu cea majoră, pentru că e purtătoarea unei matrice stilistice – „pecetea adâncă a neamului românesc” [2, p.29]. Dezvoltarea culturii românești se va manifesta în „continua noastră umanizare într-un sublimul uman” – scop suprem comun pentru întreaga cultură europeană.

Consonant cu ideile lui C.Noica era N.Steinhardt - de asemenea, o personalitate remarcabilă a culturii românești. Nicolae Steinhardt a fost prietenul și discipolul lui C.Noica, pentru care a avut toată viața, un deosebit atașament și despre care spunea: „în afara părinților mei, e omul care mi-a influențat cel mai mult viața“. Asemenea maestrului său spiritual, N.Steinhardt considera că rostul oricărei vieți, destinul fiecăruia constă în rodnicia talentului din sinea fiecăruia, rodnicie ghidată de valori autentice.

Lucrările lui N. Steinhardt, în primul rând, Jurnalul fericirii, constituie o pledoarie pentru umanism și dreptul omului de a gândi liber, inclusiv într-un regim totalitar (cercetătorii compară această lucrare a lui Nicolae Steinhardt cu Arhipelagul Gulag al lui Alexandr Soljenitșin).

O problemă de mare importanță, ce îl preocupa pe N.Steinhardt și e reflectată în cărțile sale, în special, în Jurnalul fericirii, este problema păstrării demnității, a capacității de a nu ceda, de a nu accepta denunțul de către omul constrâns de diversele forme de încarcerare a sistemul totalitarist, într-un cuvânt, de a-și păstra libertatea, situație în care s-a aflat el însuși în decurs de mulți ani ca deținut politic. N.Steinhardt indică mai multe soluții pentru depășirea „terorii istoriei”, pentru ieșirea din „universul concentraționar”, dar o alege pe aceea a credinței în Dumnezeu, care-i aduce în inimă liniștea sufletească de care avea mare nevoie.

Fiind în detenție, N.Steinhardt nu doar că nu și-a pierdut însușirile morale, ci chiar și-a șlefuit caracterul, a văzut lumea din altă perspectivă, fapt ce l-a determinat să prețuiască altfel omul. S-a convertit la ortodoxism, considerând creștinismul religia fericirii și a rămas în permanență fidel umanismului și valorilor morale fundamentale. Nicolae Steinhardt nota că „a da este nespus mai euforic decât a primi”, că „dăruind vei dobândi”, că marii creatori precum Dickens, Tolstoi, Eminescu sau Shakespeare sunt, în

ultimă instanță, „distribuitori de fericire”. Deviza sa ar putea fi sintetizată, așa cum arată una din cercetătoarele operei sale, Maria Cogălniceanu, în patru cuvinte: rigoare, ordine, muncă și credință.

Dorim să accentuăm că, în ansamblu, concepțiile lui N.Steinhardt țin de filosofia morală, asemenea filosofiei lui Socrate. Astfel, în Jurnalul fericirii el analizează și apreciază lumea prin prisma a două valori morale: suferința și iubirea. Prin prisma acestora, gânditorul român conturează, scoate la iveală și condamnă răul social - cruzimea, trădarea, lașitatea - și apreciază și elogiază demnitatea morală a individului, care poate fi menținută chiar și în cele mai oribile situații și circumstanțe. N.Steinhardt e dureros surprins și înfiorat de faptul, cât de jos poate să decadă omul în condiții de detenție, cât de activă este suspiciunea, ce ură sălbatică poate provoca umilirea individului. Despre toate acestea N.Steinhardt vorbește, însă, cu înțelegere și dragoste. El nu-l condamnă pe omul în suferință, îi iartă dinainte slăbiciunile, căderile și consideră, ca și Kierkegaard, că contrariul păcatului este libertatea. Dă-i omului libertatea și el va fi mai puțin păcătos. Autorul Jurnalului fericirii adaugă, la ideea lui Kierkegaard, sugestia credinței. Omul nu-i fericit doar cu libertatea, cu inteligența și știința lui, dacă nu are în el credință și, ca s-o aibă, trebuie să știe s-o caute și, când a găsit-o, se roagă la Dumnezeu să-i ajute necredința lui.

Observăm că experiența crudă prin care a trecut Steinhardt nu l-a distrus moral, ci dimpotrivă, l-a călit și întărit în promovarea celor mai superioare valori: dragostea, caritatea, credința, cunoașterea etc. Situația lui e mult asemănătoare cu a lui Boethius, care, fiind în închisoare în așteptarea pedepsei, a scris Mângâierile filosofiei, unde accentua, de asemenea, că suportul principal pentru om îl constituie valorile morale, virtuțile, care îi permit omului chiar și în detenție să rămână liber și fericit.

Morala este, după ferma convingere a lui N.Steinhardt, esențială în toate actele spiritului. Gânditorul român apreciază iuțeala minții, puterea morală; desconsideră și respinge categoric „spiritul șmecheresc” și mărturisește că cea mai mare durere a lui este să vadă că lumea totuși merge spre șmecherie, fariseism, duplicitate. Desigur, virtutea supremă pentru N.Steinhardt este credința. Însă, menționa gânditorul, în consens cu imperativul kantian, ne rugăm lui Dumnezeu nu pentru a primi răsplata raiului, ci - „din dragoste pentru un Dumnezeu care s-ar putea să nu existe.” Deci, poate fi considerată credință adevărată, autentică doar credința abso-

lut liberă, fără constrângere, fără intenții meschine, doar din libera alegere, liberul arbitru.

Ca și predecesorii săi, în special B.P.Hașdeu, L. Blaga, C.Noica etc., N.Steinhardt, în lucrările sale, manifestă un profund respect pentru tradițiile spiritualității românești, evidențiind și remarcând cele mai esențiale valori păstrate în spațiul rural, printre care figurează: ospitalitatea, casa, vatra, căminul, locul de sfințenie, „păzitoarea“ casei - femeia, optimismul, setea de viață etc. Astfel, în lucrarea Cultură și credință. Caietele de la Rohia (I-III), el scrie despre sătenii din Rohia, pe care-i vede ca un model al moralității: „De-aș fi întrebat care-i substantivul cel mai potrivit pentru a le defini atitudinea față de viață, aș răspunde fără șovăire: înrădăcinarea. Prin casa, bătaura și grădina lor – care laolaltă li-s vatră – prin biserica satului, prin locașul de veci al strămoșilor, prin locul de arătură ori de pășune, prin stână, prin orizontul lor limitat în kilometraj, dar nu și în potențe spirituale, sătenii din Rohia, din cât mi-a fost dat să cunosc din întreaga țară a Lăpușului, îmi apar din ce în ce mai limpede a fi înfiți într-o realitate cu desăvârșire nesordidă, neîngrăditoare, nesubjugată vorbelor fără conținut; într-o realitate afectivă amplă și cuminte, la jumătatea drumului (distanței) dintre cer și pământ... Un neam de oameni duri, negrăbiți în a-și acorda prietenia, stima ori încrederea, dar ospitalieri, surprinzător de manierați, neamăgiți, neîncrunțați, neposomorâți, iubitori de frumos și chiar de fâlnicie, darnici – și mai presus de orice deștepti (anevoie poți interpune un văl între ochii lor și realitate), neubitori de orice fel de fals idealism, cu gândul la o judecată unde vor fi luate aminte faptele, nu vorbele meșteșugite ori încâlcite”.

După cum am mai menționat, N.Steinhardt are multe în comun cu Socrate. Asemeni filosofului grec, N.Steinhardt considera înțelepciunea, cunoașterea și autocunoașterea, iuțeala minții ca fiind cel mai mare bine, cele mai mari virtuți care contribuie la formarea spirituală a omului, a personalității, iar prostia, ignoranța – cel mai mare rău, un viciu, un păcat. Pentru cine este înzestrat cu darul înțelegerii, prostia - măcar de la un anume punct încolo - este păcat: păcat de slăbiciune și de lene, de nefolosire a talentului, menționa el. Elementara deșteptăciune e o îndatorire, accentua gânditorul român. Dragostea implică iertarea, blândețea, dar nu orbirea și nu prostia. Identificându-se de cele mai multe ori cu marea răutate, slăbiciunea față de prostie este tot una cu a da mână liberă canaliilor, scria N.Steinhardt în Jurnalul fericirii [6, p.23].

O virtute, atât religioasă, cât și laică, este încrederea. Încrederea e calea morală a generării de persoane, menționa el. Numai omul își făurește semenii proporțional cu încrederea pe care le-o acordă și le-o dovedește. Neîncrederea e ucigătoare ca pruncuciderea; desființează ca om pe cel asupra căruia este manifestată. Purtând aproapei dragoste și acordându-i încredere, putem face din el o personalitate. Totodată, împotriva celor vicioși, ticăloși, făcători de rău, e necesar neîntârziat, cât mai repede de luat măsuri și de stârpit aceste porniri, se menționează în Jurnalul fericirii. Căci lumea, în viziunea lui N.Steinhardt, se împarte în oameni și ne-oameni. Aceștia din urmă răsplătesc binele ce li s-a făcut, atacându-și și sfidându-și binefăcătorii. Ni se cere de aceea multă atenție. Bune și frumoase sunt bunătatea și mărinimia, dar nu față de oricine. Nu-i drept și cuminte să ne lăsăm înșelați, batjocoriți și exploatați de ne-oameni. Bunătatea și mărinimia nu se confundă cu orbirea, cu prostia și naivitatea. Niciodată bunătatea și mărinimia nu trebuie să se prefacă în acea jalnică și absurdă slăbiciune care să îngăduie ne-oamenilor să calce în picioare cele sfinte și mărgăritarele. În acest context, N.Steinhardt enumără șapte păcate capitale care, în viziunea lui, sunt: Prostia, Recursul la scuze: Nu știu, n-am știut, Fanatismul, Invidia, Trufia, Turnătoria și Răutatea gratuită.

Pentru mulți dintre oameni, scria el, „marile acte de eroism și mucenicie sunt cu totul improbabile.” Dar gentilețea, răbdarea, politețea, bunăvoirea, stăpânirea de sine, stau la îndemâna oricui și oricând. De nefolos ne este a ne visa făptuitori de vitejii și jertfe fără pereche; util și izbăvitor ne este a da atenție mărunțișurilor și a ne purta constant în mod nobil, liniștit și răbdător. Unul din principiile sale era: biruința nu-i obligatorie; obligatorie e lupta.

De rând cu cele menționate mai sus, o noțiune, un concept fundamental în reflecțiile etico-morale ale lui N.Steinhardt este fericirea. Fericirea trebuie să fie o trăire deosebită, un extaz, o ieșire din viață, cel puțin pentru o clipă, menționa el. Și această clipă, acest catarsis, această purificare a sufletului despre care vorbește Aristotel, Steinhardt a simțit-o în cele mai vitrege condiții, aflându-se în închisoare, cunoscând frica, umilința și violența. Anume aceste condiții i-au acutizat sentimentul fericirii, când el cere și primește botezul creștin, după care „trăiește clipa existențială a fericirii”. „Pentru mine, mărturisise N.Steinhardt, creștinătatea se confundă cu o poveste de dragoste: o dublă îndrăgostire, de biserica creștină și de neamul românesc”. Convingerea lui era că omul are chiar datoria de a fi fericit:

Condiția căzută a omului este nefericită. Ceea ce nu înseamnă că nu avem dreptul la fericire. Ba și datoria de a fi fericiți. Creștinismul este o școală a fericirii. Cea dintâi datorie a unui creștin este să fie fericit.

Așadar, din reflecțiile lui Constantin Noica și Nicolae Steinhardt străbate convingerea că lipsa principilor morale și a credinței în Dumnezeu este cauza ratărilor din viața omului, a pierderii esenței umane. O societate bazată pe violență, minciună, viclenie, pe lipsa de încredere în oameni și lipsa de credință în Dumnezeu nu poate avea viitor.

Asemenea lui Socrate, care-i învăța pe discipolii săi filosofia vieții și a morții, Noica și Steinhardt ne învață cum să dăm un sens demn vieții, să înlăturăm nedreptatea, ura, ignoranța, invidia, trufia și să promovăm libertatea, dreptatea, curajul, bunătatea, iubirea. Valorile spirituale primează, ele determină specificul și valoarea prezenței omului în lume, menționau ei. Omul compensează precaritățile ființei sale prin creații culturale, prin promovarea virtuților. Marii noștri înaintați ne îndeamnă să ne trăim viața „în idee, fără rest, spre deosebire de alții care și-o sfârșesc în rest și care astfel merită să fie regretați” [7, p.10].

Reflecțiile și concluziile proeminenților gânditori români Constantin Noica și Nicolae Steinhardt sunt deosebit de actuale și valoroase, având un mare rol educațional și formativ pentru tânăra generație, o inestimabilă pondere și semnificație în devenirea ființei noastre personale și naționale.

Bibliografie

1. Noica Constantin. Mathesis sau bucuriile simple. București: Ed.Humanitas, 1992. 59 p.
2. Noica Constantin. Pagini despre sufletul românesc. București: Ed.Humanitas, 1991. 112 p.
3. Noica Constantin. Introducere în miracolul Eminescu. București: Ed.Humanitas, 1992. 383 p.
4. Noica Constantin. Simple introduceri la bunătatea timpului nostru. București: Ed.Humanitas, 1992. 263 p.
5. Noica Constantin. Jurnal de idei. București: Ed. Humanitas, 199. 493 p.
6. Steinhardt Nicolae. Jurnalul fericirii. Ediția a II-a. Cluj-Napoca: Ed. Dacia, 1992. 422 p.
7. Viața Românească, 1988, nr. 3.

SURSE DE INSTABILITATE ȘI CONFLICTE LATENTE DREPT OBSTACOLE ALE SECURITĂȚII ȘI DEZVOLTĂRII DURABILE

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

Academia Militară a Forțelor Armate „Alexandru cel Bun”

Institutul de Științe Penale și Criminologie Aplicată

SOURCES OF INSTABILITY AND INTERNAL CONFLICTS AS OBSTACLES FOR SECURITY AND DURABLE DEVELOPMENT

Durable development is a type of resource applied with the purpose of allowing the assurance of fulfilling human necessities, while realizing the necessity of environment preservation, so that this necessities can be assured not only for now, but for the future too. Security is a guarantee for the development and facing the sources of instability are the first steps for right development.

În zilele noastre la nivelul marilor puteri se manifestă tendința de control, indiferent de forma și configurația conflictelor. Aceasta este o strategie cu valențe globale de gestionare a crizelor și conflictelor, întâlnite în strategia de securitatea a mai multor state [5].

Multitudinea problemelor regionale și mondiale, pe care statele și le-au propus să le rezolve a condus la sporirea numărului organizațiilor internaționale. Însă, toate acestea nu oferă o siguranță stabilă ființelor umane. Natura surselor de instabilitate poate fi situată la nivelul dimensiunilor securității (politică, economică, militară, culturală, de mediu ș.a.). Și mai mult, în panopia surselor de insecuritate se completează noi elemente ce își au originea în fenomene ca: terorismul; proliferarea armelor de distrugere în masă și a tehnologiilor pentru arme de distrugere în masă, a materialelor fuzionabile și a celor chimice și biologice; traficul cu arme, droguri și persoane; imigrația ilegală, ca urmare a creșterii populației și a efectelor la nivel politico-social ce decurg de aici. Dispariția sistemului bipolar a creat o sursă de instabilitate majoră prin favorizarea redeșteptării unor ambiții naționale, etnice și religioase care, nu de puține ori, au degenerat în conflicte sângeroase.

Drept surse de instabilitate pot servi proliferarea actorilor, discordanță între politică democratică și implementării principiilor democratice, accesul diferențiat al statelor la resurse afectând relațiile dintre acestea ș.a., ca mai apoi să progreseze în conflicte. Toate conflictele au ca bază surse de instabilitate. Deseori, sursele conflicte-lor nu-l reprezintă sistemele de

valori – nici cele culturale, nici cele etnice, nici cele religioase sau de altă natură, așa cum se susține în multe cazuri, ci interesele. Dinamica intereselor este extrem de complexă. Ea scapă de foarte multe ori analizei și reușește să inducă ideea de reacție la o agresiune împotriva valorilor, în care vina conflictului o prezintă incompatibilitatea valorilor, și nu conflictualitatea intereselor. Pentru a justifica și legitima o astfel de aserțiune, se apelează atât la argumentul războaielor etnice sau religioase de odinioară, cât și la alte argumente care să legitimeze violența.

Adevărata problemă a conflictelor o reprezintă pericolul permanent ca acestea să escaladeze. Anume în această fază se plasează și conflictele latente. În dicționarul explicativ al limbii române explicarea cuvântului latent este “Care stă ascuns, nu se arată și nu se manifestă, dar poate oricând să izbucnească sau să devină activ” [2, p.560].

Sursele de instabilitate și conflictele latente pot degenera în conflicte armate. La rândul lor, conflictele armate urmează, în general, evoluția raporturilor politice dintre state, organizații și organisme internaționale și dintre alte entități. Ele sunt condiționate de aceste raporturi, deși cauzele lor sunt mult mai complexe și rezidă în realități distonante ce devin insuportabile în acumulări de tensiuni, nemulțumiri, nedreptăți și, mai ales, în degradarea condiției umane.

Existențială este poziția și atitudinea marilor puteri, care sunt principalele responsabile de aceste stări, întrucât ele dau tonul conflictualității în lume. Chiar dacă suportul conflictualității se află în marile decalaje dintre lumea bogată și lumea săracă, conflictualitatea violentă nu pornește de aici, ci din natura raporturilor dintre marile puteri care domină sau influențează lumea. Dacă marile entități economice, politice și militare ale lumii se află în raporturi de ostilitate, crizele și conflictele armate se vor întehi.

Dezvoltarea periculoasă a armelor de distrugere în masă și a sistemelor de mare precizie a introdus o nouă variabilă în ecuația puterii și, în consecință, în cea a confruntării: pericolul scăpării conflictualității de sub control și transformarea ei într-un dezastru, în noile condiții, a devenit extrem de periculoasă. Ea nu trebuie întreținută, ci doar controlată și descurajată. Orice focar de criză și de conflict se poate transforma într-un război pustiitor care ar putea genera dezastru regional sau chiar planetar [4, p.148-159].

Transformările produse în gândirea strategică din domeniul securității

internaționale au făcut ca toată atenția comunității internaționale să se îndrepte către evidentierea unei viziuni orientată spre realizării unei consolidări a păcii și securității mondiale, deci să determine reducerea stărilor conflictuale de orice natură, implicit, reducerea, până la eliminare, acolo unde este posibil, a cauzelor ce le generează [3, p.91- 93].

Această viziune presupune, în esență, identificarea la scară globală a vulnerabilităților, a posibilelor riscuri și amenințări ce ar putea conduce la apariția unor surse de instabilitate sau la agravarea unora deja existente. Un element important este ca procesul de identificare a acestora să fie urmat de analize care să ducă la stabilirea acelor instrumente necesare realizării practice a acestei viziuni, astfel încât să se obțină o dezvoltare durabilă, la diferite niveluri (global, regional sau național) și să împiedice, totodată, apariția unor surse noi. Este de presupus că acest proces va căpăta anvergură, atât în dimensiunea sa spațială, cât și în cea temporală, implicând resurse, strategii multiple și acțiuni diversificate, în concordanță cu natura surselor majore de instabilitate. “O pace durabilă poate fi obținută numai prin acorduri cuprinzătoare ancorate în parteneriate regionale și internaționale extinse, profunde și durabile, pe care UE le va promova și le va sprijini” [6].

Securitatea mondială este un concept redefinit prin relația dintre condițiile de mediu și interesele de securitate care s-a transformat într-un catalizator al stabilității socio-politice. S-a constatat că atunci când degradarea mediului coincide cu prezența unei stări de insecuritate a unei regiuni sau țări, amenințarea de natură ecologică își face simțită prezența. Apar animozități, inexistente până atunci, între locuitorii unor zone diferite sau între grupuri (etnice, religioase), generate de poluare sau de insuficiența resurselor naturale.

Unul din principiile înaintat să condiționeze implementarea dezvoltării durabile este - Pacea ca fundament al dezvoltării. Dezvoltarea nu se poate realiza ușor în societățile în care preocupările militare sunt în, sau aproape în, centrul preocupărilor. Societățile al căror efort economic este destinat într-o măsură substanțială producției militare își diminuează inevitabil perspectivele de dezvoltare. Absența păcii determină societățile să dedice un procent mai mare din bugetul lor obiectivelor militare decât nevoilor de sănătate, educație și locuit. Pregătirile de război absorb resurse excesive și împiedică dezvoltarea investițiilor. Situațiile de conflict reclamă o strategie

de dezvoltare diferită de cea din condițiile de pace. Realizarea păcii este o problemă în toate stadiile de dezvoltare. Țările aflate în tranziție pot folosi măsurile de realizare a păcii ca o șansă de a-și plasa sistemele naționale pe drumul dezvoltării durabile .

Analiza surselor de instabilitate existente și conflictelor latente în contextual securității și dezvoltării durabile reiese din clasificarea acestora în funcție de natura lor, care la rândul său se reflectă în tipurile de securitate [1, p.31-32.]. După natura și modul de manifestare, sursele de instabilitate își pot avea originea la nivel: economico-financiar; politic; militar; social; cultural; de mediu.

Aceste niveluri reprezintă palierul clasic de desfășurare a competiției pentru resurse, în special cele energetice, a rivalităților etnice și religioase (care, nu de puține ori, generează conflicte violente de natură etnică, religioasă sau combinate, etnico-religioase, reușind chiar să transceadă granițele naționale, prin existența afinităților etnice sau religioase, și să creeze, astfel, instabilitate în zonele de graniță, apărând riscul de extindere a conflictului pe teritoriile mai multor state) sau a descompunerii statelor. În ultimul deceniu, acestora li s-au adăugat, surse de instabilitate ce își au originea în fenomene ca: terorismul; proliferarea armelor și tehnologiilor pentru arme de distrugere în masă; traficul de arme și de droguri și imigrația ilegală. Realizarea stabilității necesare unei stări de securitate solide nu se înfăptuiește, însă, doar prin acțiunea singulară a factorilor aparținând unei dimensiuni, ci prin acțiunea întretesută a diferiților factori ce se manifestă în toate dimensiunile securității.

Starea de stabilitate este caracterizată de dinamism, având în vedere că ea poate fi afectată de orice factor de la nivelul dimensiunilor securității. Provocările la adresa securității pot crea o serie întreagă de instabilități ce pot avea ca punct de pornire percepții greșite sau neînțelegerea realităților politice, economice, militare, tehnice ș.a. Problemele politice, reale sau percepute deformat, în special cele de sorginte politico-militară și diplomatică, dinamica politicii interne, a promovării cu obstinență a diverselor valori naționale, precum și strategiile în privința asumării riscurilor, pot afecta stabilitatea pe arii impresionant de mari.

În final constatăm, în prezența surselor de instabilitate și a conflictelor latente nu poate fi asigurată securitatea nici a omenirii în întregime, nici a statului în particular, independent de tipul (european, american, rus,

chinez etc.) după care este preconizată asigurarea acestei securități. E necesară lichidarea acestor surse și globalizarea procesului de asigurare a securității, în caz contrar fiind imposibilă rezolvarea problemei de supraviețuire a civilizației contemporane. Sursele de instabilitate sunt în continuă schimbare, iar amenințările aflate în desfășurare au rădăcini locale și externe cu un caracter transnațional. Referindu-ne la relațiile internaționale, înmăntăm tot mai multe abordări care nu au drept scop rezolvarea problemelor ci înțelegerea problemelor, analiza modului în care acestea au apărut și care pun accentul pe rolul cunoașterii și al înțelegerii comune privind securitatea. Securitatea a devenit un concept tot mai complex, însă cu siguranță evoluția acestui concept nu se va opri aici, depinzând nu doar de evoluțiile tehnologice și din domeniul militar ci și de evoluțiile din mediul cultural, social, ecologic și politic al statelor.

Argumentele prezentate ne indică caracterul de sistem al asigurării securității prin dezvoltarea durabilă, deoarece aspectele global, regional, național-teritorial și local sunt unite într-un tot întreg, însă pe baza unor imperative planetare. Caracterul de ansamblu al dezvoltării durabile se manifestă și prin faptul că sintetizează într-un sistem integrat toate sferile. Construirea unei strategii bazată pe măsuri care să potejeze toți factorii ce determină această relație de interdependență nu va face decât să contribuie la creșterea dezvoltării durabile atât la nivelul regiunilor cât și la nivel continental și mondial.

Bibliografie

1. Buzan B. Popoarele, statele și frica. (O agendă pentru studii de securitate internațională în epoca de după războiul rece). Ediția a 2-a. Chișinău: Cartier, 2014. 404 p.
2. Dicționarul explicativ al limbii române. Ediția a II-a. Academia română. București: Univers enciclopedic, 1998. 1192 p.
3. Duțu P., Seserman D. Globalizarea și securitate națională. În: Impact strategic, 2004, Nr. 3, p. 91- 93.
4. Pentilescu Ilie. Crize și conflicte armate: istoric, cauze și motivații. În: Forțele Terestre. Buletin de teorie militară editat de Statul Major al Forțelor Terestre, 2011, Nr.1 (9) p.148-159.
5. Sfăcăreanu Nicolae. Dezvoltarea durabilă din perspectiva provocărilor comune de securitate regional. În: <http://www.arduph.ro/domenii/altele/dezvoltarea-durabila-din-perspectiva-provocarilor-comune-de-securi->

tate-regionala-2/ (accesat: 08.10.2018).

6. Viziune comună, acțiuni comune: o Europă mai puternică O strategie globală pentru politica externă și de securitate a Uniunii Europene 2016. În: https://europa.eu/globalstrategy/sites/globalstrategy/files/eugs_ro_version.pdf (accesat: 10.10.2018).

CRIZELE GLOBALE ȘI PROBLEMA VALORII PROGRESULUI TEHNICO-ȘTIINȚIFIC

Ecaterina Lozovanu, dr. în filoz., conf.univ.,
Universitatea Tehnică a Moldovei

GLOBAL CRISES AND THE PROBLEM OF VALUE OF THE TECHNICAL AND SCIENTIFIC PROGRESS

The technical and scientific progress, which is the fundamental element of technogenic civilization, brought near the development of humanity to its critical limits causing the appearance of global crises. The article analyzes the most important issues caused by the technogenic civilization. In this context, it is emphasized the necessity of re-evaluation of the technical and scientific progress' value criterias which includes, explicitly, social determinations and humanistic guidelines.

Statutul prestigios al științei stimulează desfășurarea unei diversități mari a formelor ei de dezvoltare. Cercetând și analizând cum s-au modificat funcțiile științei în viața socială, se pot dezvălui particularitățile de bază ale cunoașterii științifice, posibilitățile și limitele acesteia. Problema acestor posibilități la etapa actuală se impune foarte acut. ”Însăși dezvoltarea civilizației tehnogene s-a apropiat de limitele critice, care desemnează hotarele acestui tip de creștere civilizațională” [1, p. 98]. Aceasta s-a dezvăluit în a doua jumătate a sec. XX, în legătură cu apariția crizelor și a problemelor globale.

Printre multiplele probleme globale, care au fost create de civilizația tehnogenă și care pun în pericol însăși existența omenirii, pot fi evidențiate trei probleme principale. Prima dintre ele este problema supraviețuirii în condițiile perfecționării continue a armelor de distrugere în masă. În veacul atomic omenirea se află în fața posibilei autodistrugerii și rezultatul trist al acesteia este „efectul secundar” al progresului tehnico-științific, care a

deschis noi posibilități de dezvoltare a tehnicii militare. Cea de-a doua, este creșterea crizei ecologice la dimensiuni globale. Două aspecte ale existenței umane – ca parte a naturii și ca ființă activă, care transformă natura, - se ciocnesc în formă conflictuală acută.

Vechea paradigmă, în care natura este un rezervor nesecat de resurse pentru activitatea umană, s-a dovedit falsă. Omul s-a format în hotarele biosferei – un sistem specific, care a apărut în procesul evoluției cosmice. Ea reprezintă nu numai mediul înconjurător, care poate fi analizat ca un câmp pentru activitatea de transformare ale omului, dar se impune și ca un organism unic și integrat, în care este inclusă umanitatea în calitate de subsistem specific. Activitatea omului impune schimbări permanente în dinamica biosferei și la etapa contemporană de dezvoltare a civilizației tehnogene, dimensiunile expansiunii umane în natură sunt atât de mari, că încep să distrugă biosfera ca ecosistem integrat. Catastrofa ecologică care amenință cere elaborarea unor strategii principial noi de dezvoltare socială și tehnico-științifică, strategii ale unei activități, care ar asigura coexistența omului și a naturii.

În sfârșit, încă una, cea de-a treia – problema păstrării personalității umane, omul ca structură biosocială în condițiile proceselor crescânde de înstrăinare. Această problemă globală deseori este desemnată ca problema rezolvării crizei antropologice contemporane. Omul, complicându-și lumea sa, tot mai des provoacă apariția unor așa forțe pe care el nu le poate controla și care devin străine naturii lui. Cu cât transformă mai mult lumea, cu atât dă naștere unor factori sociali imprevizibili, care formează structuri, care modifică radical viața umană și evident o înrăutățesc. Încă în anii 60 filosoful H. Marcuse a constatat în calitate de una din consecințele dezvoltării contemporane a dezvoltării tehnogene, apariția „omului uni-dimensional” [2, p.21] ca produs al culturii de masă. Cultura contemporană industrială, cu adevărat creează posibilități mari pentru manipularea conștiinței, în care omul își pierde capacitatea de-a conștientiza rațional existența. Atât manipulații, cât și înșiși manipulatorii devin robii culturii de masă, transformându-se în personaje ale unui teatru gigat de păpuși, spectacolul căruia se petrece cu fantele create de om.

Dezvoltarea accelerată a civilizației tehnogene complică problema socializării și formării personalității. Modificarea continuă a lumii distruge multe rădăcini, tradiții, impunând omul să viețuiască concomitent

în diferite tradiții, să se adapteze la diverse condiții, care permanent sunt renovate. Legăturile omului sunt sporadice, ele, pe de-o parte, atrag toți indivizii în unitatea umană, pe de altă parte, izolează oamenii. Tehnica contemporană permite comunicarea oamenilor de pe diferite continente. Putem cunoaște evenimentele care au loc în întreaga lume, putem dialoga la telefon cu colegii din țări îndepărtate dar, în același timp, putem să nu ne cunoaștem vecinii cu care locuim în apropiere de mult timp.

Problema păstrării personalității capătă o dimensiune nouă în lumea contemporană. Pentru prima dată în istoria umanității apare pericolul real de distrugere a fundamentului biogenetic, care constituie premisa existenței individuale a omului și formarea lui ca personalitate, bazele, cu care în procesul socializării se unifică diverse programe de comportament social și orientări valorice, care se păstrează și se elaborează în cultură. Este vorba despre pericolul existenței corporalității umane, care constituie rezultatul evoluției biologice de milioane de ani și care începe să fie deformată activ de lumea contemporană tehnogenă. Avalanșa informației, presiunile stresante, cancerigene, impurificarea mediului înconjurător, acumularea mutațiilor dăunătoare, - toate acestea sunt probleme ale realității de astăzi.

Civilizația a prelungit esențial durata vieții, a dezvoltat medicina, care permite să fie vindecate multe boli, cu toate acestea ea a înlăturat acțiunea selecției naturale, care la începuturile constituirii umanității excludea purtătorii genetici ai erorilor din lanțul generațiilor care se schimbă. Cu creșterea mutațiilor genetici în condițiile contemporane de reproducere biologică a omului apare pericolul înrăutățirii radicale a genofondului omenirii.

Rezolvarea deseori este legată de ingineria genetică. Dar aici persistă noi pericole. Dacă am da posibilitatea de-a se implica în codul genetic al omului, de al modifica, atunci această cale ar duce nu numai spre rezultate pozitive în vindecarea unui șir de boli genetice, dar și deschide perspective periculoase de modificare a însăși temeliei corporalității umane. Apare seducția de perfecționare genetică „planificată” a „materialului antropologic” creat de natură, adaptându-l la noile tensiuni sociale. Despre aceasta astăzi se scrie nu numai în literatura fantastică. O astfel de perspectivă cu seriozitate o analizează biologii, medicii, filosofi și futurologii. Fără îndoială, că progresul tehnico-științific aduce cu sine mijloace puternice, care permit de a influența asupra structurilor genetice profunde, care dirijează re-

producerea corpului uman. Însă, având la dispoziția sa astfel de mijloace, omenirea dobândește ceva care este echivalent, după posibilele urmări, cu energia atomică. La nivelul contemporan de dezvoltare morală se vor găsi „experimentatori” și voluntari pentru experiențe, care ar putea înainta lozincă perfecționării biologice a naturii omului, ca deviză a luptelor politice și a tendințelor ambițioase. Perspectivele restructurării genetice a corporalității umane sunt urmate de perspective, nu mai puțin periculoase, de manipulare a psihicului uman pe calea acționării nemijlocite asupra creierului lui. Cercetările contemporane asupra creierului depistează structuri, acțiunea asupra cărora poate da naștere halucinațiilor, pot provoca apariția unor tablouri evidente ale trecutului, care sunt re trăite la prezent, să modifice starea emotivă a omului etc.. Au apărut deja voluntari, care aplică în practica lor metodele multor experiențe din acest domeniu: implantează, de exemplu, în creier zeci de electrozi, care permit prin excitări slabe electrice să provoace stări neobișnuite psihice, să înlătore somnolența, să capete simțul înviorării etc..

Intensificarea tensiunilor psihice, cu care se întâlnește omul tot mai des în lumea tehnogenă contemporană, contribuie la acumularea emoțiilor negative și deseori stimulează folosirea mijloacelor artificiale de înlăturare a tensiunii. În aceste condiții apare pericolul de răspândire atât a mijloacelor tradiționale (tranchilizatori, narcotice), cât și a celor noi de manipulare a psihicului. În general implicațiile în corporalitatea umană și îndeosebi încercările de a schimba intenționat sfera emotivă și a fundamentelor genetice ale omului, chiar și sub un control riguros, pot duce la consecințe imprevizibile. Să presupunem, că cunoscutului personaj din antiutopia lui J. Orwell „1984” i-ar fi reușit să-și realizeze planul întunecat de modificare genetică a simțului dragostei sexuale. Oamenilor, cărora le-ar fi dispărut această sferă emotivă, nu i-ar mai fi impresionat și nu i-ar mai fi interesat creațiile lui L. Beethoven, Leonardo Da Vinci, pentru ei ar fi dispărut compartimente întregi ale culturii. Premisa biologică nu este pur și simplu un aspect neutru al existenței sociale, aceasta este fundamentul pe care s-a înălțat cultura umană și în afara căreia nu ar fi fost posibilă spiritualitatea umană. Toate acestea sunt probleme de supraviețuire a omenirii, pe care le-a creat civilizația tehnogenă. Crizele globale contemporane pun la îndoială tipul progresului, realizat la etapele anterioare ale dezvoltării tehnogene.

Se pare, că în mileniul trei omenirea ar trebui să înfăptuiască o cotitură

radicală spre noi forme de progres civilizațional. Unii filosofi și futurologi compară procesele contemporane cu schimbările, pe care le-a suportat omenirea la trecerea de la veacul de piatră la cel de fier. Acest punct de vedere are temelie profundă, dacă luăm în considerare, că rezolvarea problemelor globale presupune transformarea radicală a strategiilor anterioare ale activității vitale ale umanității. Orice tip nou de dezvoltare civilizațională impune elaborarea noilor valori, noilor orientări conceptuale. ”Este necesară revizuirea relațiilor anterioare cu natura, idealurilor de dominație, orientate spre transformările forțate a lumii naturale și sociale, elaborarea noilor idealuri de activitate umană, o nouă interpretare a perspectivelor omului” [3, p. 54].

În acest context apare problema legată de valorile caracteristice civilizației tehnogene, științei și progresului tehnico-științific. Există multiple concepții antiscentiste, care încredințează științei și aplicărilor ei tehnologice responsabilitatea pentru problemele globale crescânde. Antiscentismul extrem cu cerințele de a reduce și chiar a încetini progresul tehnico-științific, în esență, propune reîntoarcerea la societățile tradiționale. Dar pe aceste căi în condițiile contemporane rezolvarea problemei de asigurare a populației mereu în creștere cu bunuri materiale este imposibilă.

Rezolvarea constă nu în refuzul dezvoltării tehnico-științifice, dar în atribuirea acestuia a dimensiunii umanistice, ceea, ce la rândul său, înaintează problema noului tip de raționalitate științifică, care include în sine în formă evidentă orientări umanistice și valorice. În legătură cu acesta apare un șir întreg de întrebări: cum este posibilă includerea în cunoașterea științifică a orientărilor valorice exterioare ei? Care sunt mecanismele ale acestei includeri? Nu va duce la deformarea adevărului și a controlului riguros ideologic asupra științei cerința de apreciere în valori sociale? Există premise interioare, în însăși știința, de a trece la o altă poziție? Și cum această nouă poziție va influența soarta cunoștințelor teoretice, autonomia relativă și valoarea ei socială? Acestea cu adevărat sunt probleme cardinale ale filosofiei științei contemporane. Răspunsul la ele presupune cercetarea specificului cunoașterii științifice, geneza ei, mecanismelor de dezvoltare ale ei, clarificarea faptului, cum se pot modifica istoric tipurile raționalității științifice și care sunt tendințele contemporane ale acestor modificări.

Este evident că, primul pas spre aceasta, trebuie să fie analiza specificului științei, dezvoltarea acelor însușiri invariante, care se păstrează cu sta-

bilitate în perioada schimbării tipurilor de raționalitate științifică. În fiecare epocă concret istorică aceste însușiri se pot uni cu cele specifice cunoașterii științifice ale epocii date. Dar dacă dispar însușirile invariante ale științei, prin care ea se deosebește de alte forme de cunoaștere, atunci aceasta va însemna dispariția științei.

Bibliografie

1. Habermas Jurgen. Dialectica raționalizării. Cluj-Napoca: Editura Apostrof, 2005. 270 p.
2. Marcuse Herbert. Omul unidimensional. București: Editura Politică, 1997. 208 p.
3. Степин Вячеслав. О прогностической природе философского знания. În: Вопросы философии (Москва), 2004, №4, с.39-53.
4. Федотова Виктория. Рациональность на перепутье. Москва: Логос, 2003. 234 с.

NOI TENDINȚE ÎN ETICA ȘI MORALITATEA CONTEMPORANĂ

Ion Sîrbu, dr. hab. în filos.

Academia Militară a Forțelor Armate „Alexandru cel Bun”

NEW TENDENCY IN ETHICS AND CONTEMPORARY MORAL

The article deals with problems of contemporary ethics and morality. Morality governs human behaviour, but ethics is the moral theory. Morality is the human subjective reflection and subjection of moral. Traditional or Aristotelian ethics seem to have "become obsolete". In result appeared a lot of ethics as: professional, ecological, bioethics, global, etc. In our days, human practice by much appearance has superiority to aesthetics than ethics. Today's economic interests often lead to the change of morality to superficial, what traditionally was condemnable and amoral today seems to be normal and therefore moral.

Preliminarii. Societatea umană contemporană se caracterizează prin prezența diverselor crize. Criza economică, bancară, demografică, alimentară, ecologică, educației și învățământului, a culturii și spiritualității, etc. Toate acestea duc la diminuarea securității umane, a societății și a naturii terestre.

Moralitatea umană înaltă e unul din factorii principali ai funcționării normale și al dezvoltării ascendente a societății și a membrilor acesteia. Care sunt factorii de care depinde înalta moralitate a oamenilor? Există

progres în dezvoltarea moralei, a moralității și a eticii ca știință despre morală, ca teorie a acesteia? Va învinge oare înalta moralitate tendințele degradării fizicului sau corpului uman, care sunt vizibile în prezent, dar mai ales în viitor? Perspectiva umană e posibilă în lipsa moralității? Răspunsul la acestea și alte interogații le vom formula în continuare.

Viața reală din societatea actuală, literatura științifică ce ține de domeniile menționate, ne-au servit ca material pentru meditațiile prezente. Metodele folosite de autor în expunerea și analiza problemelor țin de dialectică, comparație, extrapolare, generalizare și previziune.

Morala ca formă a culturii, ca formă a conștiinței sociale. Una dintre cele mai vechi forme ale conștiinței sociale sau culturii, conform opiniei autorului, e morala. Aceasta a fost și este din totdeauna un reglementator al comportamentului omului în relațiile cu semenii săi, dar și cu alte comunități umane din exterior, cu alți indivizi umani străini lui.

Morala, în ultimă instanță, reglementează și relațiile omului cu mediul ambiant, cu natura în general. Utilizarea și atitudinea omului față de natură și resursele acesteia la fel depind mult de morală. Depind, mai bine zis, de faptul cum însușește omul morala sau normele, prescripțiile și imperativele morale, deci în ultimă instanță depind de moralitate.

Moralitate, în viziunea mea, e reflectarea și însușirea subiectivă de către individul uman a moralei și a componentelor acesteia. Moralitatea, deci e întotdeauna a subiecților individuali, creație subiectivă individuală. Morala, însă, e o creație colectivă, o creație a comunității sau societății umane. Morala este o creație a numeroaselor generații care au trăit de-a lungul secolelor. Ea devine obiectivă or, e obligatorie pentru fiecare individ, fiecare membru al comunității sau societății umane și nu depinde de voința acestora.

Încălcarea normelor, a principiilor și imperativelor morale în societățile timpurii, tradiționale era aspru pedepsită, deseori chiar cu viața. Odată cu apariția civilizației, deci și a dreptului, încălcarea normelor morale neasigurate de norme juridice, numai este atât de aspru pedepsită. Pedepsele fizice devin un domeniu al dreptului sau jurisprudenței. Normele juridice sunt asigurate de puterea statului, iar cele morale de opinia publică. Deseori condamnarea de către opinia publică era și este, pentru unii indivizi, chiar mai aspră, mai oribilă decât a justiției.

Morala și normele, imperativele și prescripțiile ei sunt asigurate nu numai de opinia public, dar și de conștiința de sine, de moralitatea personală.

Moralitatea indivizilor umani face parte din lumea lor internă, din spiritualitatea lor. Anume moralitatea indivizilor le determină comportamentul lor adevărat și nu morala în integritatea ei. Omul întotdeauna este subiect și acesta alege din morala obligatorie pentru toți numai acele norme morale sau acele aspecte ale acestora care-i convin. Pe acestea el le însușește și aceste-ai formează moralitatea. Astfel, moralitatea nu coincide în totul cu morala. Ultima e mai stabilă și mai constantă decât prima. Odată apărută se schimbă cu greu. Fiind determinată în multe de viața economică, de economie, morala se schimbă mai lent decât acestea. Dacă morala exprimă, în primul rând, interesele societății, moralitatea le exprimă pe cele ale individului, sau ale grupului de indivizi.

Progresează sau nu morala și moralitatea? Morala cu siguranță că da, progresează. Dacă cândva strămoșii noștri practicau canibalismul și acesta atunci era considerat ca ceva normal și deci moral, astăzi nu mai putem accepta o astfel de practică. Canibalismul e considerat de noi ca ceva oribil și absolut anormal și amoral. Or, el nu mai contribuie la supraviețuirea specie umane, cum era altă dată.

Dacă ne punem întrebarea omul de astăzi e mai moral decât a fost în trecut? Nu putem răspunde cu siguranță la această întrebare. Pe de o parte, moralitatea ca și morala a progresat. Or, ambele se răsfrâng nu numai asupra omului, dar și a naturii, asupra animalelor în primul rând. Totuși întâlnim oameni, factori decizionali, savanți și politicieni cu o moralitate joasă, care chiar poate fi caracterizată ca amoralitate. Or, cunoașterea normelor morale colective de către individ e un lucru necesar, însă insuficient pentru formarea înaltei moralități. Pentru aceasta e nevoie de a transforma cunoștințele morale ale individului în convingeri personale. Pentru formarea moralității înalte nici acest lucru nu e îndeajuns. Individul uman mai are nevoie și de o voință, de o abilitate de a activa în concordanță cu normele, principiile și idealurile morale. Anume acestea determină gradul de moralitate al individului – ridicat, înalt sau jos, mediocru.

Etica ca știință și teorie a moralei. Apariția civilizației, ca o nouă etapă în dezvoltarea culturii determină și apariția teoriei moralei, științei despre morală – Etica. Anume aceasta prin reprezentanții săi eticienii – filosofi care sunt preocupați de morală, ca obiect sau domeniu de investigație, fundamentează teoriile, normele, principiile, imperativele morale. Tot ei demonstrează „învechirea” acestora și înaintează altele noi, corespun-

zătoare noilor condiții de trai și de viață.

Numeroși teoreticieni contemporani afirmă că, etica tradițională, fundamentată ca știință încă de Aristotel, nu mai este actuală și că ea ar trebui să creeze locul altei sau altor etici, corespunzătoare condițiilor actuale. Acest lucru e confirmat și de apariția unui șir întreg de etici, deontologii profesionale și nu numai. Toate acestea au dreptul la existență întrucât conțin anumite adevăruri ce țin de morală și moralitate, de normele și principiile morale vechi și mai noi. Trebuie de avut în vedere că în afară de norme morale, principii și idealuri învechite mai există și norme morale general umane, care par a fi eterne și acestea trebuie pozitiv apreciate și ocrotite, păstrate.

Etica, oricare ar fi ea este destinată pentru a demonstra valabilitatea sau invalabilitatea diferitor norme, principii, idealuri morale și a elabora și fundamenta altele noi, care vor fi aprobate sau respinse de opinia publică pentru a fi sau nu incluse în morala culturii date. Etica, mai evidențiat chiar decât morala, progresează, or, ea este în primul rând, știință la care cunoștințe de eri se completează cu altele noi, unele concepții sunt înlocuite cu altele. În știință ca și în tehnică progresul e incontestabil.

Etica contemporană, ca și moralitatea se caracterizează prin anumite tendințe. Putem numi câteva dintre acestea: Tendința ce ține de securitatea și de supraviețuirea speciei umane; crearea de etici și deontologii profesionale; încercările de a înlocui etica tradițională cu diverse etici globale; apariția eticilor, care neagă omul ca valoare supremă; apariția „teoriilor” de negare a eticii și moralității, etc.

Tendința de etică a supraviețuirii o întâlnim în concepțiile despre bioetică a școlii americane și a celei europene. Ambele acestea pun accentul pe bioetică ca știință medicală, sau care ține de medicină [5]. O variantă a școlii de bioetică ține de catedra Filosofie și Bioetică a Universității de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu” din Chișinău. Reprezentanții acesteia dau o interpretare extinsă a bioeticii, ca etică a tuturor formelor de viață, ceia ce corespunde etimologiei termenului de bioetică [3]. Tendințe îndreptate spre securitate, supraviețuire și dezvoltare durabilă sunt evidențiate și de autor în Etica ecologică globală, ca parte componentă a ecosofiei sau înțelepciunii ecologice [6].

Eticele și deontologiile profesionale sunt elaborate în toate domeniile cunoașterii și practicii umane. Deseori autorii acestora nu sunt filosofi sau

eticieni ci doar simpli specialiști din domeniul corespunzător. Nivelul teoretic al acestor etici lasă mult de dorit. Deontologii profesionale sunt elaborate chiar și în domeniile care par incompatibile cu morala [2].

Aflându-ne în epoca globalizării corespunzător apar și etici, bioetici și chiar modele globale de drept și diplomații globale de securizare a biosferei. Printre acestea se evidențiază concepția filosofului A.N. Nîsanbaiev [8, p.11-19] și a juristului M.V. Antonescu [1, p.76-83].

Terorismul și extremismul devine o amenințare din cele mai periculoase la adresa omenirii, afirmă A.N. Nîsanbaev. Lumea, afirmă în continuare el, e interpătrunsă de contradicții și în multe regiuni ale Terrei apar conflicte sociale și militare. Umanitatea stă în fața pericolului autonimicirii și numai dialogul dintre națiuni, confesiuni, culturi și state va contribui la înțelegere în aceste condiții complicate. Bineînțeles că atingerea unui asemenea dialog, deloc nu e un lucru simplu, deoarece acesta nu că e o artă, dar o întregă știință, bazată pe astfel de principii cum ar fi umanismul, democrația, toleranța, echitabilitatea, egalitatea și milostivenia [8, p.12].

O completare a meditațiilor filosofului kazah o găsim și la juristul din România M.V. Antonescu. Marea schimbare de viziune a civilizației umane în sec XXI în relația cu natura, afirmă ea, presupune și un salt etic, dar și o percepție holistică (natura – un organism viu, cu ecosisteme aflate într-un permanent și fragil echilibru și interdependență, în care omul este o parte, o componentă, existența sa depinzând de planetă, de biosferă, de echilibrul dintre sistemele biosferei. Această schimbare de viziune, afirmă ea în continuare, presupune consacrarea, în viitorul drept global al mediului, nu doar a „dreptului omului” la o biosferă (la o planetă) curată, sănătoasă, regenerabilă, sustenabilă, sigură, bogată în resurse (relația juridică tradițională, de tip „doar omul are drepturi, natura fiind un obiect”), ci și relația juridică nouă (de tip „omul este partea naturii, iar natura având calitatea de subiect de drept ca și omul”). Conform autoarei, din această relație juridică nouă apare dreptul naturii și al biosferei (al planetei Pământ) de a fi protejată împotriva intervenției distructive a civilizației umane (inclusiv a actorilor statali și nonstatali, nu doar a omului ca individ sau comunitate organică), dreptul ei la a fi curată, sănătoasă, sigură, regenerată, bogată în resurse, neafectată de conflicte și războaie.

Paradigma dezvoltării durabile, precizează M.V. Antonescu, fixează un prag, o limită a dreptului la dezvoltare al popoarelor și statelor, care nu tre-

buie privit în sens absolutist, izolat de alte drepturi (de dreptul la un mediu internațional pașnic, sigur, de dreptul la un mediu înconjurător sănătos, sustenabil, bogat în resurse) [1, p.78-79].

Limitările etice sunt durabile atunci, când sunt dublate cu cele juridice, iar cele juridice, când sunt consfințite, fortificate cu cele etice, când au o bază etică sau morală. „În cazul managerilor și al directorilor executivi, afirmă Ș.D. Georgescu, etica are o dublă relevanță: funcționează ca instrument, care le limitează libertatea de acțiune pentru ai face responsabili la nivel social; dar, în același timp, etica are un aspect generativ: recomandă acțiuni și metode care sunt atât bune, cât și corecte, din punct de vedere etic, dar și profitabile din punct de vedere economic”. Conform opiniei acestui autor „este de mai mare însemnătatea ce managerii ar trebui să facă, iar nu ceia ce ei ar trebui să nu facă” [2, p.295].

Problemelor eticii și ale moralității li se acordă astăzi o atenție deosebită din partea filosofilor [4, p.141-150]; [7, p.5-46]; [9, p.95-104]. Eticienii au sarcina de a contribui la educarea oamenilor cu o înaltă moralitate. Aceștia sunt necesari pentru o dezvoltare durabilă în toate domeniile activității umane. Or, numeroși indivizi astăzi înclină în spiritualitatea lor spre estetică în detrimentul eticii. Am putea spune că are loc estetizarea în detrimentul etizării. Am putea afirma că într-o anumită măsură astăzi se dă prioritate frumosului și nu binelui, frumuseții și nu moralității și spiritualității.

După cum menționează A.V. Razin, există un întreg complex de probleme cu care ar trebui să se ocupe etica contemporană. Unele dintre acestea țin de morala socială sau publică, altele de problemele de perspectivă ale dezvoltării umanității. În acest context mai e necesară, afirmă A.V. Razin, elaborarea eticii virtuților, dar și aici ca și în alte sfere există diverse abordări. În etica viitorului, vorba e, în esență, despre perfecționarea îndeplinirii unor funcții sociale. Și aici se manifestă un șir întreg de probleme care ar trebui prelucrate. O sarcină de perspectivă este cea a elaborării eticii problemelor globale [7, p.19]. Acest lucru l-am anticipat și noi, publicând în a. 2000 monografia Ecosofia sau filosofia ecologică cu un compartiment consacrat în pionierat eticii ecologice globale.

Etica ecologică globală, în viziunea autorului, se bazează pe trei piloni principali – umanismul tradițional, răsfrânt asupra oamenilor; umanismul etnic, care vizează etniile și umanismul ecologic, care se referă la natura terestră, în primul rând la lumea animală sau la toate ființele vii.

Din cele menționate reiese că, moralitatea este o problemă esențială a lumii contemporane, de rând cu necesitatea edificării și fundamentării unei noi morale și a unei noi etici. Securitatea și supraviețuirea omului, a societății și naturii terestre nu pot avea loc în afara victoriei unei noi morale și moralități, fundamentate de o nouă etică corespunzătoare omului actual și lumii contemporane, bazată pe responsabilitatea majoră a omului și a societății față de natură și de sine însăși. Valoarea supremă pentru om rămâne omul în integritatea sa spirituală și corporală care nu se pot manifesta decât în societate și în natură.

Concluzii. Morala este o formă a culturii, a conștiinței sociale, care e tot atât de matură ca și omul rational.

Etica ca teorie a morale, ca știință filosofică despre morală, apare la etapa civilizației. Ea e chemată de a fundamenta normele, principiile și imperativele moralei existente și de a formula și fundamenta altele noi, care corespund noilor condiții și cerințe.

Moralitatea este reflectarea și însușirea de către indivizii umani a moralei și a aplicării acesteia în comportamentul lor, a societăților și a statelor în interacțiunile lor.

Grație realizărilor enorme ale civilizației, care nu numai ușurează viața omului, dar și îi amenință existența este necesară elaborarea unei noi etici și a unei noi morale, care s-ar baza și ar avea în vedere omul ca valoare supremă pentru om. Toate tendințele în etică și moralitate trebuie îndreptate spre valoarea supremă, deci spre om.

Bibliografie

1. Antonescu M.V. Conceptul de „securizare a biosferei”. Spre o diplomație globală de securitate a biosferei. În: Impact strategic. București: Editura Univ. Naționale de Apărare „Carol I”, 2017, № 1, p.76-83.

2. Geogescu Ș.D. Managementul sub auspiciile moralității. Considerații privind relațiile dintre etică și afaceri. În: Revista de Filozofie, București, 2016, LXIII, Nr. 3, p.290-295.

3. Ojovanu V., Gramma R., Berlinschi P. Evoluarea bioeticii în R. Moldova: tendințe și realizări. În: Bioetica, filosofia, economia și medicina practică în strategia de existență umană. Materialele conf. Red. resp. T.Țîrdea, Chișinău 2004, p.18-25.

4. Silagi D. Moralitatea – o problemă contemporană. În: Revista de filozofie, București, 2016, LXIII, № 2, p.141-150.

5. Sîrbu Ion. Bioetica și etica ecologică globală. În: Bioetica, filosofia, economia și medicina practică în strategia de asigurare a securității umane. Materialele Conf. Red. resp. T.Țirdea,- Chișinău, 2007, p.149-154.

6. Sîrbu Ion. Etica ecologică globală și dialogul civilizațional: aspecte epistemologice și de securitate. În: Studia securitatis, Sibiu, T.IX, Nr. 3, 2015, p.159-168.

7. Мораль в современном мире и проблемы российской этики. În: Материалы Конф. «Круглого стола», Вопросы философии, Москва, 2017, № 10, с.5-46.

8. Нысанбаев А.Н. Становление глобальной этики взаимопонимание. În: Вопросы философии, Москва, № 8, 2017, с.11-19.

9. Попова О.В. Этика, эстетика, анэстетика в контексте развития пластической хирургии. În: Вопросы философии, Москва, 2017, № 4, с.95-104.

PARADIGMA TRANZIȚIEI POSTCOMUNISTE: IDENTIFICĂRI CONCEPTUALE ȘI HERMENEUTICE

Pantelimon Varzari, dr. hab. în șt. polit., prof. cercet., prof. univ.
Institutul de Cercetări Juridice și Politice

THE PARADIGM OF POST-COMMUNIST TRANSITION: CONCEPTUAL AND HERMENEUTICAL IDENTIFICATION

The article identifies some conceptual and hermeneutical milestones of the post-communist transition paradigm. It is demonstrated that the approaches of democracy are quite different in form and content, and the democratic practice of contemporary societies varies from one country to another. It is concluded that the transition from the totalitarian political system to the democratic political system is just the beginning of the construction of a democracy (the first phase of democratization – unfulfilled democracy), where the rules of the game are not clearly defined, but democracy necessarily requires it to be assured, (the second phase of democratization – strengthened democracy).

Studiile tranzitologice fac parte din cele trei mari teme de cercetare asupra fenomenului democrației și a procesului democratizării identificate de către Jean Grugel [4, p.35-41, 57-73]. Politologul britanic include aici: 1)

teorii ale democrației, inclusiv democrația participativă, feminismul, asociaționismul, teoriile cetățeniei și cosmopolitismul etc.; 2) teorii ale democratizării, inclusiv teoria modernizării, teoria sociologiei istorice ș.a. și 3) studii ale tranziției (tranzitologia), numită de politologul britanic abordarea tranziției sau abordarea orientată către agenți și pe interacțiunile dintre elite. Aceste studii sau „abordarea tranzitologistă” reies din considerentul că democrația este creată de actori conștienți, implicați, cu condiția ca actorii să respecte regulile jocului politic – procedurile democratice, consensul politic / voința de compromis la un moment dat, încheierea alianțelor / pactelor în procesul guvernării etc.

Politologul american Philippe Schmitter definește, simplu și cuprinzător, tranzitologia, drept „știința care intenționează să explice, și în același timp să ghideze un regim autocratic către un regim democratic. Tranzitologia se naște dintr-un amalgam complicat de știință și artă și cu o marcantă preocupare pentru practica politică” [11]. Tranzitologia, ca disciplină științifică separată, încearcă să explice procesele de democratizare în societățile aflate în plină schimbare și modernizare într-o varietate de contexte (geografice, geopolitice, politice, economice, sociale, culturale etc.).

Alt punct de reper în literatura de specialitate îl constituie cele două modele de interpretare a termenului „tranziție” [6, p.65]. Într-o primă interpretare, termenul indică trecerea graduală de la un set de circumstanțe la un altul, o trecere non-specifică ce nu se suprapune în mod particular schimbărilor din Centrul și Estul Europei. Cea de-a doua direcție, duplicitară, dar pe fond, univocă, vizează modelele clasice ale tranzitologiei delimitate pe baza valului de democratizare la mijlocul anilor '70 ai secolului XX din Europa de Sud (Spania, Portugalia și Grecia), însă respectivele teorii și-au dovedit limitele atunci când au fost transpuse în analiza tranziției postcomuniste în Europa de Est.

Desigur, nu poate exista un singur model de analiză al tranziției unei societăți de la un sistem politic nedemocratic la unul democratic, de la un regim politic la altul, pentru că practica democratică a societăților contemporane, inclusiv a celor din spațiul postsovietic variază de la o țară la alta (tranziția postcomunistă din Republica Moldova, Ucraina și Georgia diferă, într-un fel sau altul, de schimbările regimului postcomunist din Rusia sau Belarus). Din acest punct de vedere, unii autori afirmă că nu există o „paradigmă a tranziției” care să ofere un model explicativ coerent și univer-

sal, aplicabil în cazul tuturor țărilor intrate în cel de-al treilea val al democratizării [2, p.175-176, 179].

Abordarea huntingtoniană privind cel „de-al treilea val al democratizării” [5, p.18-40] a continuat dezbaterile controversate privind schimbările regimului postcomunist în țările din spațiul postsovietic. Această perspectivă de analiză este susținută și de teoriile modernizării, care arată că dezvoltarea economică și conducerea politică duc la democratizare.

În aprecierea politologului belgian Jean-Michel De Waele, diferențele dintre modelele clasice ale tranzitologiei, delimitate pe baza valului de democratizare din Europa de Sud (Spania, Portugalia și Grecia) sunt foarte mari, cea mai importantă având în vedere obiectul tranziției, și anume că în aproape toate țările din Europa Centrală și de Est, sub aspect tipologic, se realizează concomitent o tranziție politică și economică [3, p.177]. Există și alte modele ale tranziției democratice. Spre exemplu, politologul Victor Saca, din diversele modele ale tranziției, identifică pe acelea ce vizează, într-un mod sau altul, practicile unor țări din mai multe regiuni ale lumii (America Latină, Europa de Sud-Est, spațiul ex-sovietic): modelul tranziției democratice numit „geneza democrației”, elaborat de către D. Rustow; modelul tranziției spre democrație și spre economia de piață, elaborat de către A. Przeworski; modelul tranziției democratice al lui G. O'Donnell și Ph. Schmitter; modelul tranziției în baza factorilor exogenici și endogenici, a „valurilor democratizării” în context global, elaborat de S. Huntington; modelul celor patru tipuri de tranziție la democrație al lui Ph. Schmitter; modelul „finalizării tranziției democratice” și cel al „consolidării democrației”, avându-l ca autori pe J.J. Linz și A. Stepan [10, p.59-61]. Luate în ansamblu, aceste și alte modele se completează reciproc și vizează țările în tranziție democratică din „lumea a treia” sau din spațiul postcomunist, cu niveluri diferite de dezvoltare socioeconomică și politică. Or, aceste țări se deosebesc substanțial una de alta după caracterul, direcțiile, calitatea, ritmurile și efectele transformărilor.

Paradigma tranziției, potrivit cercetătorului britanic Thomas Carothers, se bazează pe cinci ipoteze principale: 1) orice deviere de la autoritarism poate fi considerată o mișcare spre democrație; 2) democrația se desfășoară într-o succesiune predeterminată de pași; 3) alegerile reprezintă un test crucial; 4) nu există condiții prelabile speciale ale democrației; 5) cel de-al treilea val de democratizare are loc în state coerente și funcționale [2,

p.170-173]. De fapt, într-un fel sau altul, experiența din ultimele decenii a multor țări aflate în tranziție democratică a demonstrat că aceste ipoteze nu pot fi luate totalmente în considerare. Ca rezultat, în timp ce numărul statelor calificate drept dictaturi a scăzut, categoria intermediară de pseudo-democrații s-a umflat. Noile regimuri afișează fie sindromul pluralismului fără temeii, fie pe cel al politicii dominante. Ambele sunt stabile pe termen lung și în detrimentul calității vieții democratice, fapt despre care vorbesc realitățile „noilor” democrații din spațiul postsovietic, inclusiv din Republica Moldova (pluralismul ineficient, politica puterii dominante și alte sindromuri sau „boli” ale tranziției).

O țară sau alta, în opinia aceluiași autor, trebuie să parcurgă anumite etape paradigmatiche ale tranziției democratice, începând cu scimbarrea democratică, urmând rapid cu alegeri naționale și de instituirea unui nou cadru instituțional democratic, așa încât „trajectoriile politice ale majorității țărilor celui de-al treilea val ridică semne de întrebare serioase asupra valabilității paradigmei tranziției”. În acest sens, nu mai este viabil să se presupună că majoritatea acestor țări sunt în tranziție către democrație și că țările care renunță la autoritarism încep un proces de democratizare alcătuit din trei etape: de deschidere, de schimbare bruscă și de consolidare. Organizarea de alegeri libere și corecte, la intervale regulate de timp înseamnă atât asigurarea legitimității democratice a noilor guvernări, cât și un pas esențial către adâncirea, pe termen lung, a participării politice și a responsabilității guvernanților. Șansele unei țări de a se democratiza depind, în primul rând, de intențiile și de acțiunile elitei sale politice și nu sunt influențate major de condițiile și moștenirile economice, sociale și instituționale; că procesul de construcție a statului este subsumat celui de construcție a democrației și, în general, primul este un efect secundar al celui de-al doilea.

Prin urmare, tranzitologia nu trebuie privită ca o dogmă, pentru că în prezent, opinează unii autori, „tranzitologia a ajuns la capătul puterilor, s-a încheiat cu o prăbușire de pe urmele căreia a încercat fără succes să „vîn-dece” nu doar țările postsocialiste, ci și pe cele postcoloniale”. „Transition” sau „Transformation”, „tranziție” sau „transformare”? Spre democrație sau către un nou autoritarism? Sau acesta e vectorul de mișcare a postsocialismului într-o știință occidentală (politologie, filosofie politică ș.a.m.d.) necunoscută? În orice caz, multclamata „tranziție” trebuie abordată astăzi cu

rezerve foarte grave. „Mai bine renunțăm cu totul la paradigma mesianică a biruinței comunismului ori capitalismului pe tot globul pământesc” [8]. Un lucru este cert, afirmă cercetătorul Valeriu Capcelea, că în ultimele patru decenii a apărut o disciplină științifică separată care se ocupă de problema tranziției, și anume tranzitologia, care este destul de îngustă, deoarece este construită pe experiența occidentală [1, p.17-18].

În cadrul modelelor explicative ale schimbărilor sociale, produse în țările postcomuniste din Europa de Est, unii autori identifică trei direcții mari de abordare a tranzițiilor democratice. Prima abordare se referă la teoriile tranziției și se concentrează asupra finalității, scopului sau rezultatului schimbării sociale. A doua perspectivă este dată de teoriile transformării, centrate pe rolul situației trecute în inițierea schimbărilor majore. A treia direcție, reprezentată de teoriile reformei, se referă la forma și conținutul schimbării în sine [12, p.259].

Alți autori, cum ar fi sociologul român Daniela Rusu-Mocănașu, scot în evidență două mari categorii de abordări. Prima este cunoscută sub eticheta de „tranzitologie” sau prima generație de teorii și este asociată cu interpretările clasice, economice, neoliberale și teoria clasică a modernizării, care nu sunt în mod necesar cele mai adecvate pentru a înțelege natura și complexitatea transformărilor, iar elementul principal care lipsește este însăși esența transformării, tranziția culturală. A doua generație de teorii sunt abordările alternative, fiind lansate abordările historiciste care critică vehement asumțiile unilaterale și teleologice ale tranzitologiei și manifestă receptivitate pentru semnificația contextuală și continuă a moștenirii istorice. Aceste abordări pot oferi o puternică înțelegere teoretică a interconexiunilor politice, economice, sociale, culturale și alte schimbări pe care fostele țări ex-comuniste ale Europei de Est le-au experimentat după revoluțiile de la sfârșitul anilor '80 ai secolului XX. Studiarea postcomunismului ca un proces de modernizare, multidimensional, cu o pluralitate de agenți de modernizare, cu o analiză detaliată și riguros susținută inclusiv asupra tranziției culturale, plecând de la cazul specific și de la contextul istoric cultural, oferă potențial explicativ considerabil, punând în evidență întreaga complexitate a schimbărilor sociale din țările din această regiune [9, p.51-69].

Pornind de la nivelul valorificării teoretice a tranziției postcomuniste, precum și de la capacitățile practice ale acesteia, pot fi evidențiate anumite

criterii (12) ale acestui tip de tranziție și anume: 1) determinarea gradului de reformare a societății și, respectiv, trecerea la democrație pe calea modernizării, numită în literatura de specialitate „întârziată”, „reflectorie” (în raport cu țările Vestului) și înfăptuită preponderent cu eforturi politice în toate sferile; 2) gradul de evaluare a rezultatului primelor alegeri post-comuniste; 3) gradul de eficacitate a sistemului constituțional; 4) gradul de eficiență a mecanismului tranziției postcomuniste; 5) gradul de corelare și optimizare a ritmurilor reformării structurale și instituționale de ordin economic, social, politic, cultural ca o condiție indispensabilă de realizare a tranziției; 6) criteriul temporal, adică de durată a tranziției, de desfășurare a transformărilor democratice în timp; 7) gradul de asigurare a continuității valorice; 8) gradul de depășire a monopolismului politic și ideologic și de afirmare a pluralismului sociopolitic, economic, cultural, a concurenței libere; 9) gradul de devenire a mentalității democratice și de depășire a mentalității autoritar-totalitare, criteriu ce reflectă un potențial masiv de transformare sistemică, radicală, a societății; 10) gradul de mobilizare a energiei sociale a maselor în procesul de realizare a transformărilor democratice; 11) gradul de eficiență a relațiilor între factorii interni și externi, ca o condiție de realizare continuă a obiectivelor tranziției, și 12) gradul de eficacitate a conducerii sociale în sens larg, ca factor de reglementare a transformărilor democratice și a consolidării democrației. Acest ultim criteriu are un caracter sintetic, întrucât determină caracterul funcționalității și eficienței tuturor celorlalte criterii enumerate [10, p.63-82].

Referindu-ne la cazul Republicii Moldova, poate apărea o întrebare deloc retorică: cum pot fi aplicate criteriile enunțate mai sus la practica tranziției democratice în țara noastră? Luând drept bază în analiza tranziției postcomuniste realitățile politice, economice și sociale existente, rezultatele sondajelor de opinie și diferiți indicatori ai democrației utilizați de unele structuri regionale și internaționale (Freedom House, Transparency International, Institutul pentru Politici și Reforme Europene, Forumul Economic Mondial (WEF), Institutul Internațional Republican (IRI) etc.), putem afirma că starea defectuoasă a democrației în țara noastră, provocările și paradoxurile ei au avut și continuă să aibă un impact anevoios asupra procesului tranzitiv. Dacă ținem cont de numeroasele probleme și dificultăți cu care se confruntă societatea din Republica Moldova pe calea tranziției democratice, pare destul de confuză afirmația unor reprezentanți

ai autorităților publice despre faptul că țara noastră „cu siguranță a depășit faza tranziției și a incertitudinii generale”, iar „cea mai mare realizare a noastră a fost aceea că am putut menține această traiectorie de consolidare a democrației” [7].

Concluzia mai generală care se poate desprinde din analiza de mai sus este că dezbateră pe tematica studiilor tranzitologice, inclusiv pe subiectele legate de evoluțiile postcomuniste din Europa de Est, a devenit controversată. În pofida acestora și altor opinii controversate, putem afirma că Republica Moldova poate fi caracterizată drept un model continuu („neîntrerupt”) al tranziției, traversând un nivel sporit al instabilității în politica internă și cea externă. Tranziția de la sistemul politic totalitar la sistemul politic democratic este doar începutul construcției unei democrații (prima fază a democratizării – democrația neîmplinită), în care nu sunt stabilite clar regulile de joc, însă democrația cere neapărat să fie asigurată și consolidată (a doua fază a democratizării – democrația consolidată).

Bibliografie

1. Capcelea Valeriu. Tranziția moldovenească: fazele, elementele structurale, dimensiunile, paradoxurile, eșecurile și avatarurile. Chișinău: Editura Arc, 2012. 190 p.

2. Carothers Thomas. Sfârșitul paradigmei tranziției. În: Revista Română de Științe Politice, 2002, vol. 2, nr. 1, p. 168-186. În: <https://www.scribd.com/document/46831888/Revista-Romana-de-Stiinte-Politice-Vol-2-Nr-1> (accesat: 13.02.2013).

3. De Waele Jean-Michel. Consolidare democratică, partide și clivaje în Europa Centrală și de Est. În: Partide politice și democrație în Europa Centrală și de Est. București: Editura Humanitas, 2003, p.173-193.

4. Grugel Jean. Democratizarea. O introducere critică. Iași: Editura Polirom, 2008. 267 p.

5. Huntington Samuel P. Al treilea val al democrației. În: Revista Română de Științe Politice, București, 2002, Vol. 2, nr. 1, p. 18-40. În: <http://ro.scribd.com/doc/46831888/Revista-Romana-de-Stiinte-Politice-Vol-2-Nr-1> (accesat: 13.12.2013).

6. Olimid Anca Parmena. Tranziție și consolidare democratică în Sud-Estul Europei: strategii, modele, teorii, concepte. În: Revista de științe politice, Craiova, 2008, nr. 18-19, p. 64-69. În: <http://cis01.ucv.ro/revistadestiintepolitice/files/revista-de-stiinte-politice-nr18-19.pdf> (accesat:

26.08.2015).

7. Pavel Filip: La următoarele aniversări vom putea vorbi despre o țară mai demnă și mai dezvoltată. Interviu IPN. În: <http://ipn.md/ro/special/93169> (accesat: 24.08.2018).

8. Roganov Serghei. Colapsul URSS: o moarte absolută? În: <https://igormocanu.wordpress.com/2011/09/03/colapsul-urss-o-moarte-absoluta/> (accesat: 03.09.2011).

9. Rusu-Mocănașu Daniela. Teorii ale schimbării sociale din societățile postcomuniste din Estul Europei. În: O filosofie a schimbării toposului românesc în context global. Coord. C. Dinică Răzvan. București: Editura Didactică și Pedagogică, 2013, p.44-75.

10. Saca Victor. Tranziția. În: Republica Moldova pe calea modernizării: Studiu enciclopedic. Chișinău: Biblioteca Științifică Centrală „Andrei Lupan”, 2015, p.54-83.

11. Schmitter Philippe C. Reflektions on „transitology” – before and after. În: <https://www.eui.eu/.../Schmitter/ReflectiononTransitologyrev...html> (accesat: 29.09.2018).

12. Vocabular pentru societăți plurale. Ed-e bilingvă. Coord. Gabriela Colțescu. Iași: Editura Polirom, 2005. 552 p. În: <https://alingavreliuc.files.wordpress.com/2010/10/gabriela-coltescu-ed-vocabular-pentru-societati-plurale.pdf> (accesat: 28.08.2015).

BOLILE NETRANSMISIBILE ÎN CONTEXTUL DEZVOLTĂRII DURABILE

Galina Obreja, dr. în șt. med., conf. univ.

Olga Penina, dr. în șt. med., conf. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

NONCONTAGIOUS DISEASES IN THE CONTEXT OF SUSTAINABLE DEVELOPMENT

Sustainable development can be achieved by reducing disease burden and strengthening population health and quality of life. Noncommunicable diseases (NCDs) are now responsible for 68% of the global deaths and according to the estimations will increase to 75% by 2030. Premature deaths account for a large proportion (42%), and most of them occurred in developing countries

(80%). Thus, the growing burden of NCDs will affect both the poverty level and the sustainable development of developing countries with a much greater impact than in the developed countries. The Sustainable Development Goal (SDG) 3.4 has been formulated to underline the importance of the reduction by one third of premature mortality caused by NCDs, through their prevention and treatment and health promotion, including mental health and wellbeing for all by 2030. To achieve this goal, major interventions are required to address the current challenges, focusing on NCDs modifiable risk factors and multisectoral collaboration.

Introducere. Eliminarea sărăciei în toate formele sale, inclusiv a sărăciei extreme, este una din cele mai mari provocări la nivel global și este o cerință indispensabilă pentru dezvoltarea durabilă [1]. O politică de sănătate adecvată ar putea contribui la dezvoltarea durabilă și reducerea sărăciei. Dezvoltarea durabilă poate, la rândul său, să restrângă și să atenueze efectele adverse ale degradării mediului și ale schimbărilor climatice, care au influență maximă asupra grupurilor de populație, care sunt cele mai puțin sănătoase și cele mai sărace [2]. Țările în curs de dezvoltare, inclusiv Republica Moldova, se confruntă cu o povară dublă a bolilor, pe de o parte prevalența continuă a bolilor infecțioase existente (în special tuberculoza și HIV/SIDA) și emergente, iar pe de altă epidemia în creștere a bolilor netransmisibile (BNT).

Agenda privind dezvoltarea durabilă până în anul 2030 adoptată la Summit-ul ONU privind dezvoltarea durabilă din septembrie 2015, recunoaște BNT drept o provocare importantă pentru dezvoltarea durabilă. BNT nu au fost abordate specific de Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului (ODM). BNT cresc rapid, fiind principala cauză a morbidității și mortalității. Prin urmare, Obiectivul de Dezvoltare Durabilă (ODD) 3.4 subliniază importanța reducerii cu o treime a mortalității premature cauzate de BNT prin prevenire și tratament și prin acțiuni de promovarea sănătății și bunăstării până în anul 2030 [3]. BNT sunt, de asemenea, indirect legate de alte ODD, cum ar fi ODD 3.5 - fortificarea prevenirii și tratamentului abuzului de substanțe, ODD 3.8 - acoperirea universală cu servicii de sănătate (AUSS) și ODD 3.9 - reducerea substanțială a numărului de decese și boli cauzate de poluare și de contaminare până în 2030. Reducerea povertii BNT și asigurarea dezvoltării durabile sunt legate direct sau indirect de realizarea celorlalte ODD.

Adoptând Agenda de dezvoltare durabilă 2030, Republica Moldova s-a angajat să elaboreze și să implementeze politici naționale, care să abordeze specific subiectele legate de BNT și factorii lor de risc, conjugând pentru aceasta eforturi intersectoriale. Prezenta lucrare subliniază importanța ODD în context internațional și național și ia în considerare semnificația incorporării BNT în acestea, cu referire specială la Republica Moldova.

Impactul bolilor netransmisibile asupra dezvoltării. Bolile netransmisibile sunt responsabile de circa 68% din toate decesele la nivel global și, conform estimărilor, cota acestor decese va crește până la 75% către anul 2030 [4]. Decesele premature și prevenibile reprezintă 16% din toate decesele la nivel global care apar la vârsta cea mai productivă, sub 60 de ani, iar aproximativ 42% au loc la vârsta sub 70 de ani. Țările cu venit mic și mediu se confruntă cu cea mai mare povară a BNT, 80% din decesele provocate de BNT la nivel global au loc în aceste țări [5]. Povara în creștere a BNT afectează dezvoltarea durabilă la nivel global, deoarece morbiditatea și mortalitatea cauzată de acestea duce la creșterea numărului populației dependente și descreșterea disponibilității durabile a forței de muncă sănătoase, iar ca rezultat se pierde productivitatea. Aceasta contribuie, de asemenea, la perpetuarea sărăciei în rândul celor mai sărace grupuri de populație din cauza decesului prematur al membrilor familiei aducători de venituri, creșterii numărului de persoane dependente și cheltuielilor catastrofale necesare pentru tratamentul bolilor cronice pe tot parcursul vieții.

La nivel global, două treimi din decesele asociate cu BNT au fost cauzate de bolile cardiovasculare (BCV), cancer, diabet și bolile respiratorii cronice. Conform observărilor, mortalitatea prematură cauzată de BNT la nivel global s-a redus cu 15% între 2000 și 2012, în special datorită reducerii deceselor cauzate de BCV. Acest fapt s-a datorat îmbunătățirii situației la nivel populațional cu privire la hipertensiunea arterială, reducerii consumului de tutun și progresului în ceea ce privește tratamentul medical. Totuși, aceste reduceri au fost mai evidente în țările cu venit mare în comparație cu cele cu venit mic [3].

Printre angajamentele asumate în cadrul Agendei 2030, statele membre, inclusiv Republica Moldova, și-au asumat responsabilitatea: să reducă cu o treime mortalitatea prematură din cauza BNT; să fortifice răspunsul în vederea reducerii consumului nociv de alcool; să asigure acoperirea universală cu servicii de sănătate; să fortifice implementarea Convenției-cadru

a OMS privind controlul tutunului (CCCT); să sprijine cercetarea și dezvoltarea vaccinurilor și a medicamentelor pentru BNT care afectează în primul rând țările în curs de dezvoltare; să asigure acces la medicamente esențiale accesibile și vaccinuri pentru BNT. Un studiu care a implicat 23 de țări în curs de dezvoltare a relevat că 24 milioane de decese ar putea fi prevenite prin acțiuni de prevenire și control al BNT, salvând 8 miliarde de dolari, ceea ce reprezintă aproximativ 10% din pierderea anticipată a venitului național în perioada 2006 -2015 [6]. Aceasta arată că povara este BNT este gravă și va continua să crească dacă nu vor fi decise acțiuni de prevenire și control în țările în curs de dezvoltare.

Importanța Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă. Noua Agendă Universală pentru Dezvoltare Durabilă a Națiunilor Unite, cu 17 obiective și 169 de ținte urmărește să dezvolte ODM. Agenda 2030 integrează cele trei dimensiuni ale dezvoltării durabile: economică, socială și de mediu, urmărindu-se asigurarea continuării impulsului generat de ODM după 2015, pentru a oferi o viață demnă tuturor, punând capăt în cele din urmă sărăciei și privării sub toate formele [2].

ODD reafirmă drepturile stipulate în Declarația Universală a Drepturilor Omului adoptată în 1948. Aceste obiective acoperă toate cele trei generații de drepturi acordate persoanelor aflate sub egida Organizației Națiunilor Unite. Majoritatea legilor internaționale și naționale sunt conforme cu această Declarație.

Trecutul a pregătit cele 17 obiective pentru viitor. ODD-urile pentru anul 2030 au fost modelate bazându-se pe rezultatele și limitările convențiilor, declarațiilor și obiectivelor anterioare privind sănătatea și dezvoltarea socială și economică.

Un cadru integrat și îmbunătățit: cele 193 de state membre ale ONU sunt încurajate să urmeze această orientare pentru îmbunătățirea îngrijirilor naționale de sănătate, a economiei, a structurilor sociale și a mediului înconjurător, punând un accent deosebit pe abilitarea femeilor în toate aceste aspecte. Responsabilitatea este integrată în realizarea oricăruia dintre aceste ODD în următorii 15 ani.

Incorporarea bolilor netransmisibile în ODD 3. În materie de sănătate, ODM s-au axat pe grupuri specifice de populație, în particular pe mame, copii și persoane afectate de HIV, tuberculoză și malarie [2]. Chiar dacă BNT sunt în creștere, fiind cauza principală a morbidității și mortalității,

acestea au fost mult timp subapreciate, și nu au fost abordate specific în cadrul ODM. ODD-urile includ, obiectiv specific referitor la BNT și câteva subobiective legate de acestea [3]. BNT au fost incluse în ODD 3 cu un obiectiv specific la ținta 3.4 - reducerea cu o treime a mortalității premature cauzate de BNT prin prevenție și tratament și promovarea sănătății mentale și a bunăstării până în anul 2030. BNT sunt abordate indirect și la țintele 3.5: fortificarea prevenirii și tratamentului abuzului de substanțe; 3.8: asigurarea acoperirii universale cu servicii de sănătate și 3.9: reducerea substanțială a numărului de decese și îmbolnăviri cauzate de substanțele chimice periculoase, poluarea și contaminarea solului și a apei până în 2030 [1].

ODD 3.5: Creșterea nivelului BNT poate fi atribuită factorilor de risc modificabili, cum ar fi regimul alimentar nesănătos, consumul de tutun și consumul nociv de alcool și inactivitatea fizică. Povara BNT poate fi abordată prin reducerea expunerii la și creșterea managementului acestor factori de risc [7]. În conformitate cu acest fapt, obiectivul 3.5 constă în fortificarea prevenirii și tratamentului abuzului de substanțe, inclusiv a abuzului de substanțe narcotice și a consumului nociv de alcool. Întrucât prevenirea este mai bună ca tratamentul, este important să se abordeze factorii de risc modificabili, în special în situația unor constrângeri enorme de resurse pentru a reduce suferința pentru fiecare societate. OMS a recomandat măsuri cost-eficace pentru abordarea acestor factori de risc în vederea abordării problemei BNT [7].

ODD 3.8: acest obiectiv urmărește să atingă acoperirea universală cu servicii de sănătate, inclusiv protecția de riscurile financiare, accesul la servicii esențiale calitative de sănătate și accesul la medicamente esențiale și vaccinuri sigure, eficiente, de calitate și accesibile. Acoperirea universală cu servicii de sănătate este o mișcare internațională sprijinită de Banca Mondială, care se axează specific pe finanțarea sistemelor de sănătate, cercetare și creștere în țările în curs de dezvoltare. Realizarea accesului la asistență medicală adecvată pentru grupurile vulnerabile de populație a reprezentat o parte integrantă a țărilor în curs de dezvoltare și a fost declarată ca un obiectiv global al Națiunilor Unite în 2012 [8].

ODD 3.9: Obiectivul 3.9 vizează reducerea substanțială a numărului de decese și boli cauzate de substanțele chimice periculoase și de poluarea și contaminarea aerului, apei și solului până în 2030. Popularea contribuie la apariția BNT, cum ar fi bolile cardiace, accidentul vascular cerebral, cance-

rul, bolile respiratorii și tulburările de dezvoltare și cele neurologice. Poluarea necontrolată va avea un impact advers sever asupra dezvoltării durabile prin agravarea ciclului sărăciei, aducerea de daune mediului înconjurător și biodiversității, cauzând dizabilitate de-a lungul vieții și stagnând dezvoltarea economică [9].

Deși BNT sunt încorporate specific în ODD 3.4, prevenirea și controlul eficient al acestor boli în cadrul dezvoltării durabile poate fi realizat doar în contextul realizării celorlalte ODD, cu care acesta este în legătură indirectă.

Impactul bolilor netransmisibile în Republica Moldova. Republica Moldova este o țară cu venit mic-mijlociu conform clasificării Băncii Mondiale cu indice de dezvoltare umană înalt (0,700 în 2017), poziționându-se pe locul 112 din 189 de țări [10]. Speranța de viață la naștere a crescut cu 5-6 ani în ultimii 20 de ani ajungând la 68 de ani pentru bărbați și 75 de ani pentru femei în anul 2016, dar se menține o diferență semnificativă între bărbați și femei [12]. Cele patru boli netransmisibile principale și anume bolile cardiovasculare (BCV), cancerul, diabetul și bolile respiratorii cronice sunt responsabile de circa 77% din toate decesele. Bolile cardiovasculare sunt cauza principală a mortalității cu o cotă de 56-57% în ultimii 10 ani [12]. Cu toate acestea, situația cu privire la morbiditatea și mortalitatea cardiovasculară are tendința de stabilizare în ultimul deceniu, iar morbiditatea prin cancer și diabet este în creștere, în special din cauza creșterii incidenței acestor boli.

Emigrarea populației la vârsta aptă de muncă, natalitatea în scădere și îmbătrânirea populației sunt printre principalele provocări care afectează dezvoltarea socioeconomică a țării [13]. Se atestă o prevalență înaltă a factorilor de risc comportamentali: o pătrime din populația adultă, în special bărbați, fumează; unul din cinci adulți este consumator abuziv de alcool; mai mult de jumătate dintre adulți sunt supraponderali sau obezi. Patru din zece adulți au tensiunea arterială crescută, iar unu din zece adulți are diabet sau toleranță scăzută la glucoză [14].

Pe parcursul ultimilor 5-6 ani au fost aprobate intervenții specifice (prin programe naționale și planuri de acțiuni) de prevenire și control al bolilor netransmisibile și a factorilor lor de risc. Acestea cuprind acțiuni de prevenție primordială și primară aplicabile la nivel populațional și de control al tutunului și alcoolului, de îmbunătățire a regimului alimentar și creștere a nivelului de activitate fizică. De asemenea, au fost adoptate intervenții de

prevenție aplicabile la nivel individual, cum ar fi screening-ul cardiovascular, al diabetului și anumitor forme de cancer, precum și asigurarea cu medicamente esențiale a pacienților cu BNT. Prevenția BNT și a factorilor lor de risc implică asigurarea potrivită cu resurse umane și financiare, acțiuni intersectoriale coordonate și un rol adecvat de leadership al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. Programele naționale și planurile de acțiuni sunt instrumentele principale de implementare a ODD.

Conform estimărilor OMS, cheltuielile de sănătate ca procent din PIB s-au redus de la 12,5% în 2009 la 10,3% în 2014 [15]. Trei pătrimi din populație este asigurată în cadrul asigurărilor obligatorii de sănătate. Totuși, cheltuielile private de sănătate au constituit 55,5% din totalul cheltuielilor în anul 2012. 83,2% din cheltuielile private de sănătate au constituit plățile din buzunar pentru medicamente [16].

Concluzii. Îmbunătățirea stării de sănătate, creșterea calității vieții și dezvoltarea sunt interdependente. De aceea, orice efort în vederea asigurării dezvoltării durabile trebuie să ia în considerare prevenirea și controlul bolilor, în special a celor netransmisibile, care constituie cea mai mare povară pentru dezvoltarea economică. Expansiunea epidemiei bolilor netransmisibile și a factorilor lor de risc principali constituie o piedică esențială pentru dezvoltarea durabilă. De aceea, ODD 3.4 urmărește să reducă mortalitatea prematură cauzată de BNT și să promoveze sănătatea, inclusiv cea mentală și bunăstarea până în anul 2030. Pentru realizarea acestui obiectiv este esențial să se adopte și implementeze acțiuni intersectoriale care să țintească în primul rând factorii de risc modificabili pentru BNT cu monitorizarea și evaluarea adecvată a realizării acestora și să se asigure acoperirea universală cu servicii de sănătate.

Bibliografie

1. UNDP. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. In: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E (accesat: 20.10.2018).

2. WHO. Health in 2015: from Millenium Development Goals to Sustainable Development Goals. In: <http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/> (accesat: 20.10.2018).

3. WHO. Towards a monitoring framework with targets and indicators for the health goals of the post-2015 Sustainable Development Goals. In: http://www.who.int/healthinfo/indicators/hsi_indicators_sdg_targetindi-

cators_draft.pdf (accesat: 20.10.2018).

4. WHO. Noncommunicable diseases factsheet. In: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/> (accesat: 20.10.2018).

5. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva, 2014. In: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/> (accesat: 20.10.2018).

6. Abegunde D.O., Mathers C.D., Adam T., Ortegon M., Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. In: *Lancet Lond Engl.*, 2007, nr. 370 (9603), p.1929-38.

7. WHO. WHO tools to prevent and control noncommunicable diseases. In: <https://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/> (accesat: 20.10.2018).

8. The World Bank. Universal Health Coverage Overview, 2015. In: <http://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage/overview> (accesat: 20.10.2018).

9. Global Alliance on Pollution. Pollution: The Silent Killer of Millions in Poor Countries - Global Alliance on Health and Pollution. Global Alliance on Health and Pollution. In: <http://www.gahp.net/new/pollution-the-silent-killer-of-millions-in-poor-countries/> (accesat: 20.10.2018).

10. Human Development Indices and Indicators: 2018 Statistical Update. Republic of Moldova (http://hdr.undp.org/sites/all/themes/hdr_theme/country-notes/MDA.pdf, accesat la 20 octombrie 2018).

11. Biroul Național de Statistică. In:

http://statbank.statistica.md/pxweb/pxweb/ro/20%20Populatia%20si%20procesele%20demografice/20%20Populatia%20si%20procesele%20demografice__POP020/POP020700.px/?rxid=2345d98a-890b-4459-bb1f-9b565f99b3b9 (accesat: 20.10.2018).

12. Centrul Național de Management în Sănătate cnms.md/rapoarte (accesat: 20.10.2018).

13. Notă de concept privind viziunea Strategiei Naționale de Dezvoltare „Moldova 2030”. In: https://cancelaria.gov.md/sites/default/files/document/attachments/viziunea_snd_2030_2_0.pdf (accesat: 20.10.2018).

14. WHO. Prevalența factorilor de risc pentru bolile netransmisibile în Republica Moldova STEPS 2013. In: http://www.old2.ms.gov.md/sites/default/files/prevalenta_factorilor_de_risc_bolile_netransmisibile_in_republica_moldova_studiul_steps_2013.pdf (accesat: 20.10.2018).

15. WHO. European Health Information Gateway. Country profiles:

Republic of Moldova. In: <https://gateway.euro.who.int/en/country-profiles/republic-of-moldova/> (accesat: 20.10.2018).

16. Hone T., Habicht J., Domete S. ș.a. Expansion of health insurance in Moldova and associated improvements in access and reductions in direct payments. In: *Journal of Global Health*, 2016, vol.6, no. 2. doi: 10.7189/jogh.06.020702 (accesat: 20.10.2018).

CONCILIAREA INTERETNICĂ ȘI COOPERAREA REGIONALĂ ÎN CONTEXTUL MODERNIZĂRII DEMOCRATICE A REPUBLICII MOLDOVA

Elena Balan, dr. în șt. polit.

Institutul de Cercetări Juridice, Politice și Sociologice

INTERETHNIC CONCILIATION AND REGIONAL COOPERATION IN THE CONTEXT OF DEMOCRATIC MODERNIZATION OF THE REPUBLIC OF MOLDOVA

The article reveals the dialogues in democratic conditions interethnic reforms of society changing and its effects on impact, strengthening and accelerating regional cooperation multiaspectual, mutually beneficial with neighbor countries and peoples in the context of democratic modernizations of the Republic of Moldova.

Transformările sociale ce au loc în timpul de față în Republica Moldova aduc pe ordinea de zi probleme și sarcini concrete, principal noi, pentru soluționarea cărora se cer și oameni cu o formațiune morală și convingeri noi, o pregătire profesională și facultăți adecvate la nivelul standardelor europene.

În procesul de formare și stabilizare a noii mentalități social-economice, politice și spirituale, de schimbare a mecanismelor sociale care stau la baza modernizării și democratizării societății, luându-se în considerație aspirațiile Republicii Moldova spre integrarea în comunitatea europeană, este de neconceput ocolirea sau neglijarea rolului factorului etnic, a stării de spirit din sfera relațiilor interetnice.

Modul de activitate socială și de comunicare reciprocă între indivizi și între etnii, care determină relațiile interetnice propriu-zise, poartă amprenta realităților concret-istorice ale societății, înzestrând individualitatea fiecărei

personalități cu un colorit național specific. La rândul său, fiecare individ se manifestă ca un purtător și creator al condițiilor și al climatului social-economic, politic și spiritual în evoluția istorică a unei comunități umane.

Societatea contemporană nu poate prospera fără un climat favorabil, corespunzător noilor realități, în cadrul relațiilor interetnice, fără a facilita crearea de condiții optime pentru asanarea și armonizarea acestora, fără o atitudine atentă și responsabilă față de consolidarea în continuare a concordiei interetnice, ca factor favorizant și condiție prioritară în dezvoltarea inofensivă a societății.

Este cazul să menționăm că o societate democratică nu se poate închide în găoacea sa pur națională, ea trebuie să asigure nu numai condițiile necesare pentru păstrarea, ocrotirea și dezvoltarea specificului național irepetabil atât al etniei autohtone titulare, cât și al celorlalte etnii conlocuitoare, dar și să contribuie la includerea acestora în procesul de îmbogățire continuă a valorilor, ce aparțin întregii civilizații umane.

Una din condițiile esențiale ale prosperării naționale este, fără îndoială, și respectarea în fapt a demnității naționale a fiecărei din etniile conlocuitoare, crearea condițiilor necesare pentru afirmarea specificului individualității lor etnice. Aceasta reprezintă o stăvilă sigură în calea încercărilor unor forțe distructive ale societății de a-și realiza scopurile egoiste individuale sau de grup, speculând pe seama sentimentelor naționale ale oamenilor, accelerând, în consecință, întețirea instabilității generale din societate, fapte depistate în repetate rânduri în regiunea de est (și nu numai!), a Republicii Moldova.

Particularitățile evoluției relațiilor interetnice în Republica Moldova dictează actualmente necesitatea de a conștientiza, a revedea atitudinea față de problematica relațiilor interetnice, cea a educației în spiritul coeziunii civice, solidarității tuturor etniilor conlocuitoare din republică. Importanța și actualitatea problemelor educației cetățenilor în spiritul păcii civice, al consensului și concucrării pașnice, încrederii și întrajutorării reciproce, al responsabilității pentru destinele republicii și destinul fiecăruia dintre cetățenii ei capătă o importanță crescândă, deoarece aceasta (educația) se manifestă drept una dintre direcțiile fundamentale ale formării unei personalități cu o înaltă spiritualitate, precum și drept una dintre componentele indispensabile ale dirijării pe baze științifice și social-statale a relațiilor interetnice, drept un factor și un mecanism al asanării și perfecționării acestora.

Este de remarcat faptul că noul peisaj politic a condus, pe de o parte, la o mișcare identitară majoră în țările componente ale fostei Uniuni Sovietice sau aflate în sfera de influență a acesteia, iar pe de altă parte, prin resuscitarea (reînvierea) și detensionarea relațiilor interetnice se încearcă, în bună măsură, resorbirea și convertirea, în limbaj etnic, a diverselor stări conflictuale și tensiuni sociale. Concomitent, evenimentele din ultimii ani, cum ar fi: problematica integrării, renașterea spiritului național în țările post-comuniste, redimensionarea problemei minorităților etnice care devine o redutabilă miză politică în plan intern și extern, persistența și recrudescența conflictelor etnice, „trezirea minorităților” în Vestul Europei au făcut necesară reconsiderarea acestor teme de cercetare, reclamându-se încercarea unor explicații coerente ale faptelor și fenomenelor etnice din perspectiva relațiilor lumii de astăzi [1].

Astfel, întoarcerea la sursele și revendicările identităților etnice, în toate tipurile de societăți, propun științelor sociale numeroase probleme teoretice și metodologice, iar sociologiei politice, în special, îi revine urgența înțelegerii acestor fenomene și analizarea noului imaginar social pe care îl propune etnicitatea.

În acest context, democratizarea și modernizarea societății devine perspectiva cea mai productivă, atât pentru abordările teoretice, cât și pentru rezolvarea practică a problemelor etnice, începând chiar cu definirea lor, căci nu întotdeauna „interlocuitorii” definesc la fel problemele supuse discuției. Într-un regim democratic divergențele se rezolvă, în general, prin dialog și negocieri. Numai în condiții de democrație reală, prin dezvoltarea spiritului critic, a culturii și participării civice, prin voința de respectare de către toți actorii – indivizi, grupuri, colectivități – a unor legi și reglementări adecvate se poate ajunge la soluții de veritabilă pace interetnică. Toate acestea se învață social, deoarece democrația este o construcție mereu perfectibilă. Pe când problematica minorităților naționale, bunăoară, și în general noile fenomene etnosociale și etnopolitice s-au impus atenției comunității internaționale și cercetărilor în domeniu, mai întâi și în special, prin potențialul de conflict al acestora, prin caracterul lor de factor de risc al societății, prin capacitatea de a juca rolul de „dinamită umană”, ceea ce explică importanța ce li se acordă la nivelul organismelor internaționale [2].

Totuși, controversalele interetnice, care în anumite împrejurări se pot transforma în conflicte propriu-zise, rămân a fi o realitate posibilă și în

cadrul societății democratice. Însă ordinea de stat democratică posedă astfel de pârgii de dirijare a proceselor sociale care permit de a depăși astfel de situații nefaste pentru întreaga societate. În acest context devine extrem de oportună problema optimizării politicii statului de reglare a raporturilor interetnice și de consolidare a spațiului juridic unic al țării.

În acest caz e necesar de a se menține în permanență un echilibru al intereselor etniilor conlocuitoare, care ar conduce la obținerea unui model eficace de conlucrare constructivă a organelor puterii de stat de diferite niveluri, dintre care deosebit de favorabil se manifestă consensul situativ. Tendințele unitarismului, precum și manifestările separatismului sau cele ale autarhiei sunt evident dăunătoare pentru păstrarea și consolidarea spațiului unic juridic, economic și spiritual al țării, luându-se în considerație în mod obligatoriu variabilitatea și specificul potențialului economic, social și etnocultural al zonelor și etniilor conlocuitoare și respectându-se, astfel, cu strictețe principiul unității în diversitate [3].

Luând în considerație faptul că reformarea și modernizarea tuturor sferelor vieții societății în dezvoltare activează oamenii în mod obiectiv și deosebit pe acest tărâm transformator, e cazul să menționăm că și procesele interetnice, în consecință, sunt expuse unei anumite influențe și transformări prin intermediul unei sau altei direcții a activității indivizilor, altfel spus, sunt condiționate de orientarea evoluției întregii totalități a relațiilor sociale, de atmosfera generală și concretă a realității înconjurătoare.

Este cert că fiecare om este nu numai un purtător al particularităților naționale, dar și un participant nemijlocit la desfășurarea proceselor etnice. De aici rezultă faptul, că una din sarcinile cardinale ale politicii naționale este orientarea eforturilor în vederea creării condițiilor necesare pentru ca personalitatea să devină un subiect conștient al activității social-transformatoare, un creator activ al unui mediu etnic și interetnic calitativ nou în cadrul țării și în afara hotarelor ei.

E cazul să menționăm o corelație și interpenetrare nemijlocită dintre evoluția relațiilor interetnice în condițiile actuale și procesele de modernizare democratică a societății, de promovare a vectorului european al Republicii Moldova. În literatura de profil persistă un spectru larg de opinii privind fenomenul modernizării societății în aspect actual – de la conceperea acestuia ca proces de dezvoltare ascendentă economică pînă la atribuirea modernizării a multiplelor metamorfoze, însoțite de schimbări

de diferită coloratură socială. Problematika modernizării la etapa actuală se dezvoltă în două direcții mari: cea cu caracteristici fundamentale universale ale contemporaneității și cea privind evoluarea specifică a diverselor societăți, culturi și instituții [4].

Implementarea standardelor și a tehnologiilor moderne avansate, în conformitate cu cele europene și universale în toate domeniile de activitate umană, se realizează prin actualizarea și perfectarea permanentă a tuturor sferelor vieții sociale, atingându-se culmile unei civilizații tehnogene cu un pronunțat conținut complex [5].

Alături de necesitatea stringentă de ajustare a relațiilor de reciprocitate, întrerupte în ultimul timp, între diferite zone economice în cadrul țării, la fel de oportună este și căutarea neîntârziată a căilor optime de realizare a unui dialog permanent de dezvoltare a relațiilor multilaterale de prietenie și cooperare reciproc avantajoasă cu statele vecine și cele mai îndepărtate și popoarele lor, cu atât mai mult, cu cât în unele țări învecinate cu Republica Moldova, bunăoară, în Ucraina, și nu numai, locuiesc din vremurile cele mai străvechi un număr considerabil de moldoveni (români), iar în Moldova – un număr considerabil de ucraineni, precum și reprezentanți ai altor etnii (ruși, evrei, polonezi, găgăuzi, bulgari etc.) [6].

Prin urmare, în linii generale, minoritățile etnice din Republica Moldova și Ucraina, ca, de altfel, și în alte state democratice, se bucură de dreptul de a-și exprima, păstra și dezvolta liber originalitatea etnică, limba și religia, de a sprijini și a dezvolta cultura națională în toate aspectele ei fără a fi expuși oricăror tentative de asimilare contrar propriei voințe. Cu atât mai mult cu cât într-un șir de acte internaționale, inclusiv în documentul Consfăturii de la Copenhaga, se stipulează și faptul că toți cetățenii, fără nici o excepție, se bucură de dreptul de a stabili și a întreține legături nelimitate atât în interiorul țării, cât și în afara hotarelor ei, cu consăngenii, cu care au aceeași obârșie etnică și moștenire culturală, precum și de a se deplasa în țările corespunzătoare, de a desfășura contacte multilaterale și schimburi de informații [7].

Despre aceasta mărturisește în mod elocvent, printre altele, conținutul unor astfel de documente importante precum: Tratatul de bună vecinătate, prietenie și colaborare între Republica Moldova și Ucraina (Chișinău, 23.X.1992) alte documente de vază în care ambele părți și-au asumat angajamente reciproce și în domeniul ocrotirii minorităților etnice corespunzătoare.

Până la ora actuală, părțile ucraineană și moldovenească au semnat o serie de acorduri interguvernamentale în domeniul telecomunicațiilor (martie 1993), învățământului (mai 1994), culturii (august 1995), radio-televiziunii, inclusiv privitor la schimbul de programe (februarie 1995) etc. cu elaborarea respectivă a mecanismului de realizare ulterioară a acestora.

În această privință, deosebit de semnificative sunt întâlnirile periodice ale șefilor de state – a președinților Republicii Moldova, Ucrainei și României, în cadrul cărora, de regulă, sunt abordate și problemele privind ocrotirea drepturilor minorităților etnice și relațiile etnice și interetnice în general.

Desigur, experiența dezvoltării proceselor etnice și interetnice în Republica Moldova, în statele vecine, precum și întreaga experiență a țărilor lumii mărturisește că unica modalitate reală care ar permite de a soluționa problemele și contradicțiile existente în acest domeniu este nu cea a confruntării și separării, a neîncrederii reciproce și a vrajbei, ci calea democratică, bazată pe egalitate în drepturi, legalitate, dialog și colaborare reciprocă între popoare.

În acest context, deosebit de convingătoare și semnificative sunt prevederile Convenției – cadru europene referitoare la cooperarea regională și transfrontalieră a colectivităților sau autorităților teritoriale (Madrid, 1980), în conformitate cu care la 14 august 1998 în or. Galați (România) a fost semnat de către autoritățile locale, situate în zona de frontieră din Moldova (raioanele Cahul, Vulcănești, Cantemir), România (județele Tulcea, Galați, Brăila) și Ucraina (regiunea Odesa) pachetul de documente privind constituirea Euroregiunii „Dunărea de Jos”, scopul principal al căreia este cooperarea transfrontalieră între comunitățile sau autoritățile locale în diverse domenii, cum ar fi ecologia, relațiile economice, lucrările de infrastructură, demografia, știința, învățământul, educația, cercetările, sănătatea, sportul, combaterea criminalității și a calamităților naturale, fapt ce urma să contribuie la accelerarea modernizării diverselor sfere ale realităților de atunci.

Concomitent a fost semnat Acordul privind crearea Euroregiunii „Prutul de Sus”, care a avut loc la Botoșani, România, la 22 septembrie 2000. Semnarea Acordului “Prutul de Sus” deschide pentru toți membrii acestuia noi posibilități în rezolvarea problemelor comune în sferile dezvoltării economice, lărgirii infrastructurii de transport și comunicații la nivelul coridoarelor transeuropene, protecției mediului ambiant și securității

tehnogene, dezvoltării turismului, colaborării în domeniul învățământului, sănătății publice și culturii. Factorul – cheie în soluționarea problemelor ce stau în fața Euroregiunii ”Prutul de Sus” îl reprezintă participarea organelor publice locale în realizarea proiectelor comune.

Impulsionarea activității în cadrul Euroregiunilor ”Dunărea de Jos” și „Prutul de Sus” ar da posibilitate de a accelera lucrările întru elaborarea și realizarea unor proiecte de interes comun și de modernizare multilaterală a ambelor țări.

Finalitatea logică a cooperării economice transfrontaliere urmează să reducă decalajul economic, să accelereze creșterea nivelului de trai al populației, crearea noilor locuri de muncă, avansarea gradului de dezvoltare social-economică a spațiului geografic respectiv, extinderea și aprofundarea gradului de comunicare a colectivităților umane în ansamblu, fapt ce avea să conducă evident la depășirea înstrăinării și neîncrederii între țările învecinate și popoarele lor, la înscăunarea unei atmosfere de încredere și colaborare reciproc avantajoase.

În același cadru al continuității procesului de comunicare rodnică între țările învecinate și popoarele lor se înscrie în mod organic și Reuniunea privind mediul și dezvoltarea durabilă în regiunea Carpato – Dunăreană.

Reprezentanții a 14 state, dintre care șapte președinți, au semnat la 14 aprilie 2001, la București „Declarația pentru mediu și dezvoltare susținută în regiunea Carpato – Dunăreană”. Declarația exprimă intenția de a încuraja și sprijini cooperarea regională și internațională în vederea menținerii și reabilitării resurselor naturale, pentru îmbunătățirea mediului în regiunea carpatică și în bazinul Dunării.

Documentul subliniază și necesitatea intensificării eforturilor regionale și adoptării unor măsuri concrete pentru dezvoltarea durabilă, prevenirea efectelor dăunătoare, care pot deriva din dezvoltarea economică și socială, într-un cuvânt, se prevedea consolidarea modernizării propriu-zise a ambelor țări.

Cooperarea în regiunea carpatică și în bazinul Dunării constituie o contribuție reprezentativă la întărirea caracterului regional al procesului „Mediu pentru Europa” (3 mai 2001) [8], precum și a altor modalități de colaborare transfrontalieră asupra cărora s-a convenit ulterior și a celor de până la ora actuală.

O nouă inițiativă de colaborare transfrontalieră a fost realizată la 2 februarie 2012 prin fondarea organizației internaționale Euroregiunea „Dnestr”

[9], în componența căreia au fost incluse regiunea Vinnița (Ucraina) și Republica Moldova, care prevedea consolidarea relațiilor de colaborare între republicile vecine în domeniul sferei economice, sociale și culturale.

Pentru început s-a planificat construcția unui pod nou peste Nistru, lângă localitatea Iampol. Euroregiunea în cauză este reprezentată oficial la Bruxelles, cu sprijinul Uniunii Europene.

Actualmente se află în deplină desfășurare interconectarea sistemelor electrice dintre cele două maluri ale Prutului, în cadrul realizării Proiectului “Gazoductul Iași-Ungheni” [10], care urmează să ajungă pînă la Chișinău, proiect ce reprezintă poarta prin Republica Moldova, cu susținerea României, care se conectează la sistemul electric din Europa, consolidînduse procesul de modernizare și europenizare a țării.

Astfel, colaborarea regională, recomandată și susținută cu eforturile Uniunii Europene și ale altor organisme internaționale, este de o perspectivă majoră și promite performanțe deosebite în mileniul al treilea, fiind, de fapt, o componentă de bază a integrării economice, politice și culturale europene și a modernizării multilaterale.

E cazul să menționăm că în ultimul timp, în procesul de colaborare multilaterală în acest spațiu transfrontalier, intervin niște manifestări de concurență și rivalitate, când perspectivele de cooperare reciproc avantajoasă sunt umbrite de niște interese de grup sau individuale, fapt care frânează progresul general al acestui spațiu și cooperarea fructuoasă.

Așadar, cauza dezvoltării durabile, a modernizării multilaterale democratice și a cooperării regionale, precum și destinele popoarelor învecinate depind la mod direct de măsura includerii în acest proces complex a reprezentanților tuturor păturilor sociale și a tuturor etniilor conlocuitoare întru dezvoltarea eficientă și rodnică a dialogului regional și interetnic, în baza încrederii reciproce, a păcii civice și a concilierii interetnice, de măsura percepției noilor fenomene și transformării din realitatea înconjurătoare.

Bibliografie

1. Bălașa Ana. Fenomenul etnic – obiect al cercetării sociale actuale. În: Starea societății românești după zece ani de tranziție. București: Polirom, 2000, p.481, 483.

2. Wolfe H.C. Human Dynamite. The story of Europe Minorities. New York, 1939, p. 484.

3. Дробижева Л.М. Завоевания демократии и этнонациональные

проблемы России. (Что может и чего не может дать демократия). În: Общественные науки и современность (ОНС). Москва, Наука, 2005, № 2, p. 26-28.

4. Лебедева Н.Н., Туманянц К.А. Препятствия модернизации в современной России. Москва, Общественные науки и современность, № 1, 2012, p.16.

5. Карцев Е.А. Социально-культурные предпосылки инновационного развития. Москва: Философские науки, 2010, № 9, p. 25.

6. Cotic Viorel. Etnocomponentul moldo-român în contextul proceselor etnopolitice contemporane din Ucraina În: Autoreferatul tezei de doctor în Științe politice. Chișinău, 1998, p. 15-18.

7. Documentele Consfăturii de la Copenhaga (p.32); ale Conferinței privind dimensiunea umană din 29 iunie 1980 la care Moldova a aderat la 10 septembrie 1991.

8. Reuniunea privind mediul și dezvoltarea durabilă în regiunea Carpa-to-Dunăreană (3 mai 2001).

9. [http:// Dnister.eu/atride/Show/3](http://Dnister.eu/atride/Show/3), 2februarie, 2012.

10. Proiectul moldo-român ”Gazoductul Iași-Ungheni ”, 2014.

SEMNIFICAȚIA CONCEPTULUI DE CULTURĂ ÎN EXISTENȚA SOCIALĂ

Luis Serdeșniuc, doctorand

Școala Doctorală a Universității de Stat „Dimitrie Cantemir”

SIGNIFICANCE OF THE CONCEPT OF CULTURE IN SOCIAL EXISTENCE

In this article an attempt is made to study the meaning of the concept of culture, and on this background to understand its role in existence social. The author analyzes the definition of culture based on the literature from an interdisciplinary perspective. Next, it refers to culture that must be perceived as a set of spiritual skills as it presupposes a process of assimilation and subjective subjection of values. It is noted that culture shapes human personality, as culture conveys behavioral patterns, social attitudes, acquired and learned reactions, the entire history of man as a social being. At the same time, it is emphasized that culture preserves the social and cognitive experience, holds

the forms in which the self-consciousness of a society is expressed, develops and maintains the mechanisms by which human creation is asserted.

A defini cultura înseamnă a caracteriza însăși condiția umană, în unitatea și varietatea ei, în încercările nesfârșite de a crea, de a lăsa posterității valori inestimabile. Prin cultură, omul își depășește mediul de existență și îi oferă sens vieții sale. În literatura de specialitate există peste 200 de definiții a culturii, dar nu găsim o definiție standard a ei. În această ordine de idei, ne raliem opiniei lui Abraham Moles, care susține că cultura se pretează la o „definiție deschisă oricând susceptibilă de corecturi și adăugiri” [6, p.45].

Conceptul de cultură poate fi definit folosindu-ne de o perspectivă interdisciplinară care ar putea descifra articulația diverselor sale aspecte și implicațiile socio-umane. De aceea, numai printr-o privire de ansamblu în toate sferele vieții sociale și cu aportul tuturor disciplinelor științifice ce studiază acest fenomen social specific, ne putem face o idee completă în legătură cu ceea ce reprezintă de facto cultura.

Cultura apare ca un ansamblu de limbaje, simboluri și semnificații care sunt integrate într-un amplu și complex proces de comunicare. Cel care îi acordă tonalitate și culoare acestei totalități este omul, interesat mereu de tot ceea ce-l înconjoară.

În acest sens, Edgar Morin afirmă că „omul este o ființă culturală prin natură pentru că este o ființă naturală prin cultură” [7, p.100]. Prin urmare, cultura este un fel de a doua natură a omului, o natură secundară, apărută prin îmbogățirea naturii primordiale fără însă a vorbi de o ruptură radicală între cele două realități. Ele se combină permanent în ființa umană.

Pentru om, cultura reprezintă mediul specific de existență. Ea delimitează un domeniu existențial, caracterizat prin sinteza dintre obiectiv și subiectiv, dintre real și ideal. Cultura definește în mod sintetic modul uman de existență și constituie simbolul forței creatoare a omului. Totodată, cultura reprezintă un adevărat sistem de valori.

Savanții au căutat tot felul de definiții și de explicații care să stabilească sfera în care se mișcă cultura ca realitate sau concept. Pentru a surprinde mai bine acest aspect, trebuie să efectuăm o apreciere legată de latura materială și cea spirituală a creației întrucât ele reprezintă laturile constitutive ale vieții umane. Componenta materială a culturii, care este exprimată, de obicei, prin termenul de civilizație, cuprinde mijloacele și valorile care asigură reproducerea materială a vieții sociale, adică procesele existenței

sociale. O altă parte componentă a culturii este cea spirituală, ce cuprinde sistemele de valori în care se cristalizează eforturile de cunoaștere, atitudinile și reacțiile omului în contact cu ceea ce îl înconjoară. De obicei, acestea îmbracă forma unor sisteme ca filosofia, arta, mitologia, religia, morala, dreptul, etc.

Termenul de cultură a fost preluat de mai toate limbile moderne din limba latină, unde cuvântul cultură avea atât înțelesul de cultivare a pământului, cât și pe cel de cultivare a spiritului. Prin cultură se avea în vedere atât ideea de transformare a naturii exterioare omului, cât și a facultăților naturale ale omului, pe care educația le poate transforma din potențialități în realități. Astfel, termenul trece în sfera largă a educației care urmărește formarea spiritului și a sufletului, instruirea și modelarea personalității pe baza cunoștințelor și a experienței personale.

Conceptul de cultură a început să fie utilizat tot mai frecvent în decursul sec. al XIX-lea, odată cu formarea noilor științe sociale. El a fost asociat cu cel de civilizație, impus încă din sec. al XVIII-lea, pentru a semnifica progresul cunoașterii și al societății pe baza extinderii gândirii raționale și a mijloacelor tehnice. Pe măsură ce a obținut o utilizare frecventă în disciplinele sociale, noțiunea de cultură a căpătat semnificații foarte largi. Astfel, cultura a fost considerată ca un factor definitoriu al existenței umane, ca element indispensabil al realității sociale.

Cercetările din sec. al XIX-lea au condus la cristalizarea unei prime definiții elaborată de antropologul E. Tylor. Acest savant englez pornește de la studiul culturilor primitive pentru a ajunge la o generalizare care înglobează în conceptul de cultură toate manifestările de viață ale unui popor, începând cu mitologia, limbajul, riturile, ceremoniile, simbolurile, cunoștințele, până la instituțiile și formele de organizare socială. Această definiție, E. Tylor a văzut-o ca un „ansamblu complex ce include cunoașterea, credințele, arta, morala, dreptul, tradițiile și orice alte producții și modalități de viață create de omul ce trăiește în societate.”[11, p.682].

În lucrarea, *Primitive culture*, în capitolul I, Știința despre cultură, E. Tylor enunță și alte forme ale culturii: îmbrăcămintea, uneltele, armele, dreptul de proprietate și căsătoria, învățătura morală și religioasă, pentru ca în capitolul II: Dezvoltarea culturii, să afirme că: „recensământul tuturor faptelor vieții obișnuite ale unui popor reprezintă acel întreg pe care îl numim cultură.”[12, p.104] Odată cu aceste idei, paralel cu dezvoltarea stud-

ierii realităților legate de cultura, se observă o proliferare extraordinară a semnificațiilor termenului, chiar dacă au apărut nenumărate ambiguități și confuzii.

Definițiile culturii s-au multiplicat la începutul sec. al XX-lea, când diverse științe sociale au început să cerceteze în mod aplicativ fenomenul cultural, pornind de la: spirit/materie, subiectiv/obiectiv, valori/fapte, creații spirituale/bunuri materiale, tradiție/inovație, particular/universal, etc.

În acest sens, Aurelian Bondrea definea cultura ca: „totalitate de valori materiale și spirituale ale omenirii ajunse la un anumit prag al dezvoltării, produse ale cunoașterii și practicii umane create, transmise și asimilate în procesele social-istorice” [2, p.95]. După Alexandru Tănase [9, p.13], putem înțelege cultura punând-o în corelații cu cel puțin patru sisteme de referință: natură, societate, conștiința individuală/socială și personalitatea umană.

În opinia lui Ovidiu Drîmba, cultura include în sfera ei atitudinile și actele privitoare la spirit, la intelect. Sferei culturii îi aparțin „datinile și obiceiurile, credințele și practicile religioase, divertismentele, operele de știință, filosofie, literatură, muzică, arhitectură, pictură, etc.”[3, p.6]. Totodată, cultura reprezintă o interpretare a lumii, o lectură și o apreciere a existenței, un mod de a traduce experiența în limbaje simbolice.

Importanța ei ca ansamblu, indiferent de modalitățile de abordare, nu poate fi pusă la îndoială. În acest sens, Lucian Blaga, afirma că omul nu poate evada din sfera culturii întrucât i-ar afecta calitatea de om: „Exodul din cultură ar duce la abolirea umanității ca regn” [1, p.410]. Prin urmare, existența umană constituie o existență culturală, cu tot ceea ce implică această condiție.

Literatura din domeniu, reiese și din faptul că cultura poate fi percepută și ca un ansamblu de deprinderi sufletești întrucât presupune un proces de asimilare și trăire subiectivă a valorilor. Însă, aceste deprinderi și stări ale conștiinței sociale și individuale se exprimă în opere, în conduite și practici sociale.

În raport cu personalitatea umană, cultura reprezintă tot ceea ce omul a căpătat în calitatea lui de membru al unui grup social. Ea reprezintă un sistem de idei, de obiceiuri, habitudini, modele comportamentale și reacții caracteristice pentru modul de viață al unei societăți. Fiind un rezultat al aspirației de cunoaștere a lumii, un mecanism de adaptare în lupta pentru existență, cultura constituie „numele colectiv pe care îl dăm diverselor creații ale omului” [5, p.317].

Cercetătorul Eduward Sapir, consideră că nucleul semantic al conceptului de cultură se referă la un „ansamblu de atitudini, de viziuni asupra lumii și de trăsături specifice de civilizație care conferă unui popor anumit locul său original în lume” [8, p.329]. În același timp, Al. Tănase, oprindu-se cu interes asupra aceleiași subiect, a privit cultura ca un dialog al omului cu lumea, dialog care implică: un progres interior al omului pentru cunoaștere de sine și pentru desăvârșirea spirituală, precum și o creștere a puterii sale asupra lucrurilor [10, p.150-151]. Din păcate, lumea modernă pune accent în special pe cel din urmă aspect, nefiind interesată de vreo realizare interioară, spirituală. Acest minus se impută în mod special dezvoltării fără precedent a tehnicii, a mijloacelor materiale.

Așadar, prin cultură se modelează personalitatea umană, întrucât cultura transmite modele comportamentale, atitudini sociale, reacții dobândite și învățate, întreaga istorie al omului ca ființă socială. Totodată, cultura păstrează experiența socială și cognitivă, deține formele în care se exprimă conștiința de sine a unei societăți, elaborează și întreține mecanismele prin care se afirmă creația umană.

Prin urmare, cultura nu este ceva adiacent condițiilor materiale, nu este un lux, ci o latură indispensabilă a existenței umane, un sistem de creații care răspund unor cerințe existențiale concrete. Cultura reprezintă un patrimoniu al valorilor, un univers axiologic în care omul își dobândește demnitatea sa. În cultură omul se întâlnește mereu cu sine însuși [4, p.118-119].

În concluzie, putem constata faptul că am încercat să surprindem doar câteva definiții, opinii și idei legate de conceptul de cultură, în scopul de a înțelege rolul și implicațiile ei în existența socială.

Bibliografie

1. Blaga, L. Trilogia valorilor. București: Ed. Humanitas, 2014. 490 p.
2. Bondrea, A. Sociologia culturii. Ed. a V-a. București: Ed. Fundației „România de mâine”, 2006. 320 p.
3. Drâmba, O. Istoria culturii și civilizației, vol. 1. București: Ed. Vestala și Saeculum I.O., 2001. 323 p.
4. Heisenberg, W. Pași peste graniță. București: Ed Politică , 1977. 279 p.
5. Krishna, D. Cultura. În: Interdisciplinaritatea și științele umane. București: Ed. Politică, 1986, p. 312-319.
6. Moles, Ab. Sociodinamica culturii. București: Ed. Științifică, 1974. 245 p.
7. Morin, Ed. Le paradigme perdu: la nature humaine. Paris: Seuil,

1973. 253 p.

8. Sapir, Ed. Anthropologie. Paris: Editions de Minuit, 1967. 209 p.

9. Tănase, Al. Cultură și religie. București: Ed. Politică, 1973. 160 p.

10. Tănase, Al. Cultură și civilizație. București: Ed. Politică, 1977. 360 p.

11. Tylor, E.B. Cultura primitivă. În: Bonte, P.; Izard, M. Dicționar de etnologie și antropologie. Iași: Ed. Polirom, 1999, p. 682.

12. Tylor, E.B. Cultura primitivă. În: Frigioiu, N. Politologie și doctrine politice. București: Ed. Economică, 2001, p. 103-114.

DINAMICA CALITĂȚII VIEȚII ÎN REABILITAREA OSTEOARTROZEI ARTICULAȚIILOR PORTANTE

Anișoara Cimil, doctorand

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

THE QUALITY OF LIFE DYNAMICS IN THE REHABILITATION OF OSTEOARTHRITIS OF SUPPORTING JOINTS

Osteoarthritis of the supporting joints (hip and knee) are ranked 1-st in the hierarchical structure of adult orthopedic disabilities, as a result of frequent traumas and biomechanical particularities, often resulting in locomotor sequelae. Locomotor disability affects the medical and social independence of patients with osteoarthritis of the supporting joints, so their rehabilitation is a social priority. In the retrospective study was effectuated a statistical analysis of clinical and paraclinical data extracted from 108 medical records of patients treated of gonarthrosis and 75 patients treated of coxarthrosis. A dynamic quantification of functional parameters was performed based on the results of these patients through index quality of life. This statistical analysis provided results of treatment dispersed in 2 groups: of maximum and average curative efficacy. The application of the predictive statistical method proposed by the author Afifi allowed the deduction of a rule as a criterion of discrimination and the assignment of a new element to one of the two groups of results of the curation, with the highest accuracy, offering the possibilities of assessing the prognostic criteria of the Curative Results, according to the importance of the functional parameters value.

Introducere. Conform Raportului OMS din 2012 maladiile degenerative ale aparatului locomotor reprezintă a opta cauză de dizabilitate în

lume, prejudiciind economic societatea la nivel global [9, p.21-30]. Pentru persoanele cu dizabilități locomotorii inserția socio-profesională este indispensabilă, fiind cert necesară promovarea unei politici clare în vederea ameliorării calității vieții centrate pe includerea socială [2, p.102-109; 6, p.18-19]. Definită în nenumărate moduri și având semnificații individualizate calitatea vieții prezumă bunăstarea fizică, psihică și socială, precum și capacitatea pacienților de a îndeplini sarcinile cotidiene [3, p.72]. Astfel, abordarea calității vieții la persoanele cu dizabilități este imperativă din motivul variației subiective al gradului satisfacției, iar conceptele - calitatea vieții și independența pacientului reprezintă ținta globală în Recuperarea Medicală [7, p.14]. Actualitatea reabilitării este justificată prin desăvârșirea abilităților fizice și funcționalității locomotorului, prioritizând calitatea vieții și participația în societate și viceversa, aprecierea eficacității reabilitării pacienților cu sechele ale aparatului locomotor este determinată de dinamica parametrilor funcționali (aprecierea performanței individuale) și independenței sociale [2, p.102-109]. Osteoartroza articulațiilor portante (șold și genunchi) este plasată ierarhic pe locul de frunte în structura dizabilității ortopedice a adultului, ca urmare a expunerii traumatismelor frecvente, precum și particularităților biomecanice soldate frecvent cu accidentări și sechele consecutive acestora; în consecință instalarea dizabilității locomotorii impactează independența medico - socială a acestor pacienți, recuperarea cărora reprezintă o prioritate socială [8, p.36-42]. Astfel, identificarea factorilor predictivi în realizarea potențialului curăției este indispensabilă în scopul raționalizării acesteia, deziderat ce ne-am propus a fi realizat în contextul acestui studiu. Dificultatea curăției artropatiilor portante se datorează solicitării repetitive a acestuia prin multitudinea de mișcări traumatizante, întâlnită cu predilecție la tineri, la vârstnici, principala cauză fiind uzura cronică și degenerescența care se manifestă prin entități nosologice: articulare sau periarticulare, exprimate clinic prin durere, redoare articulară asociate cu hipotrofie și dezechilibru muscular, care invocă claudicație sau deficit de sprigin în timpul mersului [5, p.49-53].

Raționalizarea procesului de diagnosticare și curăție în afecțiunile degenerative și posttraumatice ale articulațiilor portante, urmează a fi optimizată prin estimarea indicelui Calitatea Vieții (CV) și modalităților de prognosticare a eficacității reabilitării acestor pacienți, deziderat ce ne-am propus a fi realizat în studiul de față.

Materiale și metode. Studiul observațional descriptiv s-a realizat în secția Reabilitare Funcțională a Spitalului Clinic de Traumatologie și Ortopedie pe un lot reprezentativ din fișe medicale selectate aleatoriu (108 gonartroza/75 coxartroză) pacienților tratați conservativ la etapa staționar sau/și ambulator pe parcursul anilor 2012 –2016, analizate matematic și statistic în baza formulei elaborate de autorul Mureșanu; criteriile de includere au servit: selectarea informației din fișe de staționar și ambulator a beneficiarilor procesului dereabilitare cu vârsta cuprinsă între 28-68 ani, diagnosticați cu artroze portante prin metode clinice și imagistice. Monitorizarea pacienților a fost realizată la inițierea și finalizarea tratamentului efectuat, evaluând periodic analiza parametrilor clinici și funcționali specifici maladei: intensitatea durerii, deficitul de mobilitate articulară, gradul tulburărilor miotrofice, modalitățile de autoservire, și estimarea repercursiunilor acestora asupra calității vieții și abilităților de a desfășura diverse activități, etc. Examinarea clinică a articulațiilor coxofemorale/genunchi a fost inițiată prin inspecția regiunii în cauză, pentru a localiza durerea (conform scalei SRN) și a decela deformări sau crămente ce survin în timpul mobilizării, asociate cu edem sau hipotrofie, precum și aprecierea statutului funcțional realizat prin goniometrie, care reflectă evaluarea mobilității articulare apreciată prin mobilizarea articulațiilor portante în diverse planuri, care este determinantă în aprecierea tratamentului fizical-kinetic. Cuantificarea forței musculare și tonusului muscular s-a efectuat prin aprecierea valorilor de la 0 la 5 puncte, iar paraclinic - prin intermediul electromiografiei. Confirmarea diagnosticului s-a efectuat și prin utilizarea Razelor X, evidențiind semne radiologice precoce - pensarea și degenerescența articulară și tardive - diformități articulare în poziții vicioase, ecografia fiind de primă intenție în evaluarea țesuturilor periarticulare [3, p. 73].

Ca instrument descriptiv a fost aplicat chestionarul CV (calitatea vieții) promovat de clinicile de recuperare, medicină fizică și balneologie, fiziokinetoterapie din România, (versiunea în limbă română a fost validată prin studiile profesorului Mihăescu Anca-Sanda), care cuprinde întrebări referitoare la aprecierea activităților diurne pe care le desfășoară pacientul cu un scor total de 40 puncte, sintetizând impactul bolii asupra parametrilor funcționali [7, p.71-119]. Instrumentele de evaluare au completat celelalte metode de investigație a pacientului cu osteoartroza articulațiilor portante.

Tratamentul complex de recuperare farmacologic și nonfarmacologic: kinetoterapie și fizioterapie s-a aplicat conform protocoalelor naționale și internaționale, având obiectivele: diminuarea durerii, restabilirea deficitului bilanțului articular și muscular, reducerea claudicației și reeducarea mersului funcțional [5, p.49-53]. Rearmonizarea mecanică articulară și ameliorarea forței și abilității musculare s-a efectuat gradual prin intermediul mobilizării articulare pasive și active pe toate planurile și potențarea abilității musculare prin: stretching muscular, izometrie - izodinamică, dexteritate [4, p.128-161; 10, p.312-404]; aceleași obiective s-au urmărit prin aplicarea diversilor factori fizici [4, p. 148, 158].

Rezultate. Vârsta pacienților ce au beneficiat de curăție a variat între 28 și 80 ani, media erorii standard înregistrată fiind de $56,48 \pm 9,54$ ani și cu vechimea bolii cuprinsă între 2-3 și 6-8 ani, cu o medie de $1,25 \pm 3,02$ ani. Doar 38% din subiecți au fost încadrați profesional, deși 62% din numărul contingentului au avut vârstă activă din punct de vedere profesional. În cadrul studiului s-a realizat abordarea CV validată prin studiile profesorului Mihăescu Anca-Sanda în raport cu curăția (apreciată la inițierea și finalizarea tratamentului recuperator). Rezultatele indecelui CV înregistrate pacienților diagnosticați cu osteoartroza reflectă variații în funcție de diverși factori: variația dinamicii CV raportată vechimii bolii a fost estimată în ambele tipurile de nosologii topografice: în cazul artrozelor coxofemorale se atestază ameliorarea CV cu 20 puncte la pacienții cu debut de la 2 până la 4 ani, iar cu un debut ce depășește 10 ani se atestază ameliorarea CV doar cu 7,8 puncte ($F=1,508$, $p=0,199$); dinamica CV variază deasemenea în funcție de vechimea bolii în cazul gonartrozei, fiind în ascensiune la persoanele ce fac parte din grupele de vârstă tinere (până la 30-40 ani, indicii CV sumar a crescut în medie cu 10,46 puncte; $F=0,721$, $p=0,609$).

Indicii CV au avut dinamică diferențiată în funcție de sex, înregistrând ameliorare CV predilect masculină cu 14,15, iar la feminină cu 12,93 ($F=0,593$, $p=0,444$). Dinamica indicelui CV s-a atestat a fi mai favorabilă la pacienți în fazele incipiente ale bolii (stadiul I-II) și în lipsa asocierii leziunilor periarticulare evaluate radiologic: $M=16,65/15,64$, $F=0,829$, $p=0,365$ și ultrasonografic: $M=15,59/20$, $F=6,589$, $p=0,012$. Dinamica indicelui CV a avut o ascensiune avansată la pacienții cu deficit mediu al bilanțului muscular și bilanțului articular, (19,32 puncte la femei și 18,73 puncte la bărbați), comparativ cu pacienții a căror deficit inițial a fost avansat (14,98

puncte la femei și 15,4 puncte la bărbați) cu veridicitate statistică maximă $p=0$. În aceeași manieră a evaluat dinamica CV la pacienți cu parametri funcționali: hipotrofia, forța și rezistența musculară de intensitate medie în raport cu intensitate avansată: hipotrofie: 17,71 puncte/ 15,87 puncte ($F=0,947$, $p=0,334$); forța musculară 18,04 puncte/15,2 puncte ($F=6,137$, $p=0,015$); rezistența musculară 19 puncte / 18,84 puncte ($F=2,085$, $p=0,153$).

Evaluând calitatea vieții prin utilizarea chestionarului CV, completat de fiecare subiect din studiu la inițierea și finalizarea tratamentului recuperator, s-a înregistrat o dinamică importantă a mediei: de la 19,88 puncte până la 35,92 puncte ($p=0,000142$).

Imposibilitatea utilizării permanente a unui volum vast de indicatori în scopul cuantificării condiției fizice în raport cu curația, prezintă un inconvenient pentru eradicarea căruia s-a intervenit prin intermediul procesărilor statistice discriminante a datelor pacienților din studiu (propusă de autorul Affi), care permite deducerea funcției discriminante, expusă în esența metodei de prognosticare [1, p.466-488]; prin această analiză metodologică, bazată pe cuantificarea indicatorilor procesați statistic s-au identificat factorii determinanți în prognosticul recuperării beneficiarilor curației. Astfel, indicii calității vieții CV și parametri clinico-funcționali, estimați la inițierea și finalizarea tratamentului recuperator au fost distribuiți în două grupuri, ce rezultă o dinamică de eficacitate maximă a parametrilor funcționali și medie: valoarea maximă a rezultatelor a fost identificată la pacienții care au avut continuitate recuperatorie la etapa ambulatorie, iar rezultatele de valoare mai redusă a fost apreciată la pacienții care n-au putut beneficia de continuitatea curației. Este remarcabil faptul, că în studiu au lipsit rezultate ce ar semnifica lipsa dinamicii sau dinamica nesatisfăcătoare a calității vieții. Funcționalitatea pacienților din studiu impactată de procesul recuperării a fost estimată în baza analizei datelor a două selecții decantate statistic cu “rezultate de eficacitate maximă” și “rezultate de eficacitate medie”, ce a permis deducerea unei ordini, ca criteriu de discriminare atribuind un nou element la una din cele două mulțimi cu o exactitate maximă, oferind prognosticarea rezultatelor recuperării aplicate pacienților diagnosticați cu osteoartroză. Utilizarea analizei discriminante în contextul analizei datelor statistice la pacienții tratați, a permis deducerea funcției discriminante, aplicate în esența metodei de prognosticare. Metoda de prognosticare prin analiza statistică a discriminantei decantează iden-

tificarea parametrilor funcționali predictorii curăției favorabile în contextul diagnosticării nosologiei topografice respective.

Subiacent enumerăm parametrii funcționali cu potențial determinant în prognosticarea eficacității curăției osteoartrozelor articulațiilor portante conform ierarhizării: particularitățile mersului, scurtare de membru, intensitatea durerii, diformitatea articulară, rezistența musculară, asocierea maladiilor dismeabolice, care sunt predictorii pe un diapazon dela 91,67% până la 98,48% veridicitate statistică. Metoda aplicată este avantajoasă din punct de vedere clinic prin predictibilitatea prognosticării rezultatelor tratamentului recuperator, fiind justificată aplicabilitatea în algoritmarea programului terapeutic în acest context nosologic. Estimările statistice au fost la baza înaintării prototipului ca Brevet de Invenție nominalizat „Prognosticul rezultatelor reabilitării pacienților diagnosticați cu afecțiuni degenerative și posttraumatice ale articulației mari”, implementarea cărora ar raționaliza un algoritm de tratament cât mai precoce, cu debut insidios și durabil, cu risc sporit de evoluție nefavorabilă și sechelaritatea înaltă a funcționalității locomotorului.

Concluzii. Estimarea parametrilor CV denotă o susceptibilitate mai avansată, în raport cu cele mai elaborate instrumente clinimetrice de apreciere a rezultatelor curăției, oferind posibilitatea raționalizării recuperării conform sechelarității individuale. Studii științifice ce abordează aprecierea eficienței curăției, focusându-se pe independența socială și condiția sănătății, neestimând global indicele CV nu sunt suficient de elocvente.

Identificarea factorilor predictivi cu privire la eficacitatea programului de reabilitare efectuat permite analiza corelațiilor statistice între parametri fizici și calitatea vieții la diverse etape de evaluare, prestația cărora este utilă în interpretarea rezultatelor, precum și în aprecierea impactului asupra activităților diurne.

Aprecierea potențialului de reabilitare la pacienții incluși în studiu efectuată prin analiza statistică discriminantă ofera posibilitatea prognosticării rezultatelor eficiente a recuperării, iar corelată cu decantarea parametrilor funcționali poate fi aplicabilă în scopul raționalizării curăției pacienților cu dizabilități locomotorii. Astfel, aprecierea potențialului de reabilitare la pacienții din studiu și a dinamicii calității vieții acestora sugestionează asupra directivelor în realizarea desăvârșirii calității curăției, raportate nosologiei și sechelarității consecutive.

Considerăm a fi oportun să se faciliteze utilizarea indicilor calității vieții, precum și aplicarea metodei de prognosticare a rezultatelor recuperării de către clinicieni, evenimente ce ar îmbunătăți conduita terapeutică ulterioară și monitorizarea calității vieții acestor pacienți.

Bibliografie

1. Afifi A.A., Azen S.P. Statistical Analysis a Computer Oriented Approach. New York; San Francisco: Academic Press, 1979. 623 p.
2. Dan M., Boca I., Cojocaru E. Beneficiile programului complex de reabilitare funcțională asupra calității vieții persoanelor cu artroză. În: Revista română de kinetoterapie, 2014, Dec., Vol. 20, Issue 34, p.102-109.
3. Fortin M., Hudon C., Dubois M., Almirall J., Lapointe L., Soubhi H. Comparative assessment of three different indices of multimorbidity for studies on health-related quality of life. In: Health Qual Life Outcomes, 2005, p.3; 74. În: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16305743>, (accesat: 09.11.2018).
4. Kiss Iaroslav. Fiziokinetoterapia și recuperarea medicală în afecțiunile aparatului locomotor. București: Editura Medicală, 2018. 284 p.
5. Manek N.J., Lane N.E. Osteoarthritis, current concepts in diagnosis and management. In: American Family Physician. January 1, 2012; vol 85, <https://pdfs.semanticscholar.org/eea7> (accesat: 09.11.2018).
6. Mont Daniel. Measuring health and disability. In: Lancet, 2007, 369:1658-1663. https://www.researchgate.net/publication/313496322_Disability. (accesat: 09.11.2018).
7. Onose Gelu. Recuperare, Medicină Fizică și Balneoclimatologie. Vol. I. București: Editura Academiei Române, 2008. 428 p.
8. Osteoarthritis Research Society International (OARS); Osteoarthritis: A Serious Disease, Submitted to the U.S. In: Food and Drug Administration; December 1, 2016, p.36-42. În: <https://www.oarsi.org/sites/default/files/docs/2016/oarsi> (accesat: 09.11.2018).
9. Raport Mondial Privind Dizabilitatea. Ediție tipărită, 2012 publicat de OMS sub titlul „World Report on Disability, 2011. 327 p.
10. Sbenghe T. Bazele teoretice și practice ale kinetoterapiei. București: Editura Medicală, 1999. 489 p.

III

VIAȚA ȘI SĂNĂTATEA OMULUI CONTEMPORAN DIN PERSPECTIVĂ MULTIDIMENSIONALĂ

INSTUMENTE DE MENȚINERE ȘI PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII GENERAȚIEI VÂRSTNICE

Tudor Grejdian, dr. hab. în șt. med., prof. univ.

Anatol Negară, dr. în șt. med., conf. univ.

Leonid Margine, dr. în șt. med., conf. univ.

Vlad Bădan, lect. super. USMF „Nicolae Testemițanu”

Gabriela Șoric, dr. în șt. med., cercet. științ.

Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie din Republica Moldova
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

TOOLS OF MAINTENANCE AND HEALTH PROMOTION OF OLDER GENERATION

The problem addressed in this article is to develop tools for promoting and maintaining the health of the elderly population at the current and prospective stage in the Republic of Moldova. In this context, improving the health of the elderly depends on the socio-economic status of society, the quality of water and food, as well as the level and quality of the provided health care

Întroducere. Una din particularitățile prioritare care caracterizează prestarea asistenței medicale populației în sec. XXI se manifestă prin recunoașterea că majorarea speranței de viață este doar o afirmare a timpului. Extrem de important este de a reduce concomitent maladiile sociale, invaliditatea, dependența persoanelor vârstnice de nivelul material și de alte categorii ale populației. În acest context, ameliorarea sănătății persoanelor vârstnice depinde de starea social-economică a societății, calitatea apei și a produselor alimentare, precum și de nivelul și calitatea asistenței medicale acordate acestei categorii de populație. Toate aceste măsuri de o importanță vitală asigură succesul în combaterea maladiilor, a mortalității premature și majorării speranței de viață.

Modificările demografice sunt factori determinanți ai schimbărilor distribuției pe vârste în populație, care în ultimul timp au dus la majorarea proporției de oameni care supraviețuiesc până la adânci bătrânețe. Multe

stări patologice grave care înainte afectau persoanele de vârstă medie astăzi sunt caracteristice vârstei înaintate. Îmbătrânirea populației se răsfrânge asupra sistemului de asistență medico-sanitară, deoarece populația în vârstă este cel mai mare consumator al acestor servicii, al căror cost este achitat de populația producătoare.

În Republica Moldova persoanele vârstnice fac parte din păturile sociale cele mai înalt vulnerabile. Tradiția îngrijirii persoanelor în vârstă de către familie a fost compromisă din cauza plecării la muncă în străinătate a membrilor tineri, cei rămași sunt angajați în activitatea de muncă, iar toleranța față de vârstnici a scăzut. Astfel în republică a devenit tot mai răspândită practica de îngrijire a vârstnicilor în aziluri de bătrâni de lungă durată. Pentru contracararea aceste tendințe precare în țările occidentale au fost majorate pensiile, au fost instituite beneficii sociale importante pentru bătrâni, vârstnicii au fost asigurați cu asistență medico-sanitară universală și asistență la domiciliu. În Republica Moldova persistă unele rezerve și este necesar de implementat o politică de susținere și protecție a persoanelor vârstnice care ar presupune anumite intervenții pe termen mediu și lung. Astfel, acțiunile organizatorice întreprinse în vederea menajării persoanelor în etate trebuie efectuate în diferite direcții:

- sunt necesare trei nivele de observație: colectiv, al comunității și individual;
- urmează a fi satisfăcute trei categorii de necesități: sociale, sanitare și psihologice;
- calitatea asistenței medicale trebuie îmbunătățită la cele trei nivele de acordare: teritorială, la domiciliu și spitalicească;
- prestarea serviciilor de asistență socială se bazează pe trei categorii de agenți: publici, privați și voluntari.

Un punct primordial în politica de menținere a sănătății generației în vârstă îl constituie organizarea infrastructurii de asistență medico-socială a bătrânilor, optimal ajustată spre satisfacerea necesităților acestei grupe de vârstă a populației.

Un pilon important a persoanelor vârstnice este familia, care rămâne uneori singurul punct de sprijin și ajutor. Bunele relații în familie trebuie menținute și îmbunătățite. Ajutorul pe care familie îl acordă persoanei vârstnice poate fi financiar, moral-afectiv sau de îngrijire fizică și servicii efective. Odată cu creșterea mediei de vârstă a populației numărul per-

soanelor longevive poate crește și există posibilitatea ca în unele cazuri copiii în vârstă deja să îngrijească părinții mai în vârstă. În aceste cazuri și în multe altele, persoana în vârstă caută ajutorul la verigile ce sunt în afara cercului familial.

Statul este cel care trebuie să-și asume rolul major în implementarea politicii naționale de menținere a bunăstării și sănătății persoanelor vârstnice. Marea majoritate a bătrânilor poartă cea mai frumoasă cunună – amintirea unei vieți oneste. Statul, Guvernul au obligațiuni și la propriu și la figurat față de această categorie a populației. Statul este cel ce trebuie să adopte legislația care ar asigura persoanelor în vârstă o protecție socială apropiată necesităților, acces la serviciile de sănătate, la consultanță juridică, la informare etc.

Instituțiile medico-sanitare publice aspiră să asigure o viață prosperă generației în vârstă prin promovarea modului sănătos de viață și a accesului liber la asistența medico-sanitară la diferite nivele. Asistența medicală primară prin intermediul medicului de familie este veriga de prim contact atunci când în pericol este pusă sănătatea persoanei vârstnice. Tulburările fizice și mentale asociate cu îmbătrânirea au un impact major asupra familiei, societății și sistemului de asistență medico-sanitară. Prevenția maladiilor cronice, ca activitate de bază a medicului de familie, cum ar fi diabetul zaharat, maladiile cardiovasculare și cancerul, crește odată cu vârsta. Dezabilitatea fizică și psihică cauzată de aceste maladii poate limita abilitățile sociale și comunicative ale acestor persoane. Morbiditatea prin maladia Alzheimer – cauza majoră a demenței printre persoanele de peste 50 de ani, precum și prin maladia Parkinson – rigiditate musculară progresivă care compromite funcția motorie, crește odată cu vârsta. Medicul de familie este cel care cunoaște pacientul vârstnic ca un individ unic, integrat în contextul relațiilor familiale ce diferă de la un individ la altul. Medicul de familie acționează asupra membrilor de familie pentru a crea un mediu propice de îngrijire a persoanei vârstnice, iar dacă familia nu poate asigura aceste condiții sau starea sănătății este agravată este necesar de a găsi un plasament într-o instituție comunitară sau într-o instituție curativă.

Asistența socială reprezintă facilități extrem de importante pentru persoana vârstnică, deoarece contribuie la autoacceptarea și prosperitatea ei. Relațiile familiale și sociale au efecte sanitare benefice directe, reducând și din necesitatea instituționalizării. Sănătatea vârstnicului depinde direct

de perceperea de către individ a propriului rol în familie și societate. Activitățile sociale și de recreere sunt părți componente ale oricărei persoane în vârstă. Organizarea și implicarea în aceste activități a vârstnicilor este izolată frecvent, depinde în mare măsură de disponibilitatea și accesibilitatea la facilități sociale și de recreere, cum ar fi facilitățile de reabilitare și securitate socială.

Comunicarea este de o importanță vitală pentru viața și sănătatea persoanelor în vârstă. Disponibilitatea unui sistem de comunicare reciprocă poate fi salvatoare de viață în anumite condiții. Contactul prin telefon poate fi utilizat atât pentru comunicare personală cu membrii familiei, cu prietenii, pentru suport social, cât și pentru alertarea personalului medical în situații de urgență. Această posibilitate oferă persoanei în vârstă senzația de securitate.

Serviciile bine organizate de transport pentru vârstnici le oferă posibilitatea de a avea acces la asistența medico-sanitară, activitățile sociale, de a efectua cumpărături și de a exercita alte activități vitale. Companiile de autobuze gestionate de municipalități deschid frecvent rute speciale pentru persoanele în vârstă.

Modificarea modului obișnuit de viață și tranziția ocupațională sunt elemente importante cu care se confruntă persoana în vârstă. Pensionarea de la serviciu deține atât un potențial de odihnă și recreere, dar și posibilitatea unei izolări și depresii severe. Pregătirea persoanelor pentru această perioadă de tranziție în viață este la fel de importantă ca și menținerea unei sănătăți prospere. Pierderea unei persoane apropiate face parte adesea din această tranziție și necesită măsuri de suport comunitar și familial.

Determinarea metodelor de asistență a vârstnicilor pentru asigurarea integrării funcționale maxime la domiciliu și în societate este de o importanță vitală pentru menținerea capacității sistemului sanitar de a acoperi necesitățile acestui grup populațional. Acoperirea financiară a necesităților populației în vârstă poate avea un impact serios asupra generației tinere. Frecvent, copiii sunt nevoiți să asigure financiar membrii în vârstă ai familiei, ale căror pensii nu sunt suficiente sau care nu sunt acoperite de sistemul național de asigurare socială. Acest fapt poate afecta grav relațiile în familie, condițiile de viață, nutriția, asistența medico-sanitară și multe alte aspecte ale vieții.

Pentru funcționarea adecvată a sistemului comunitar de asistență a generației în vârstă, bazat pe serviciile de asistență socială și/sau sanitară, sunt

necesare măsuri de susținere din partea autorităților sanitare publice. Aprecierea și informarea asupra necesităților, sprijinul profesional în alocarea resurselor, precum și asigurarea directă cu servicii medicale, toate acestea sunt părți componente ale sistemului de sănătate publică. Autoritățile sanitare publice joacă un rol de protejare și promovare a intereselor generației în vârstă. Totodată multe servicii sunt furnizate bătrânilor de către alte agenții, cum ar fi programe de asistență la domiciliu, dezvoltate și implementate de agenții guvernamentale și nonguvernamentale.

Aportul sectorului neguvernamental (organizațiile de caritate, ONG-uri, alte organizații ale societății civile etc.) este evident în optimizarea asistenței medico-sociale de susținere și protecție a vârstnicilor. Cu aportul ONG-urilor pot fi organizate acțiuni concrete destinate persoanelor în etate prin elaborarea și desfășurarea unor programe privind aspectele de geriatrie în teritoriu, deschiderea unor centre de protecție, alimentație, suport psihologic etc., contribuind astfel la antrenarea vârstnicilor în viața socială și relațională.

De asemenea, un rol important pentru persoana vârstnică îl are biserica. Adesea religia este acel pilon unic de sprijin și încurajare morală al vârstnicului.

Familia și rudele, rețeaua medicală (medicul de familie, asistentele medicale de patronaj), rețeaua de asistență socială (asistenți sociali, lucrători sociali, tehnicieni, masa caldă pe roți, îngrijitori etc.) biserica (slujitori voluntari ai bisericii ce acordă) servicii la domiciliu persoanelor, care sunt imobilizați și nu se pot deplasa), ONG-urile și organizațiile de caritate sunt infrastructurile ce asigură calitatea vieții vârstnicului la domiciliu. Diversitatea serviciilor de îngrijire la domiciliu este una din cele mai discutabile probleme pentru a evita pe cât posibil internarea vârstnicului într-un azil de bătrâni. Dar, ponderea ridicată a bătrânilor singuratici impune necesitatea organizării unor forme corespunzătoare de ajutor multidisciplinar, cum ar fi azilurile de bătrâni, centrele de reabilitare, spitalele sociale, etc.

Azilurile de bătrâni sunt de regulă instituții sociale, în cadrul cărora ajutorul se orientează după necesități medicale, reabilitare, sănătate mentală, activitate socială și geriatrie. Persoanele în vârstă necesită adeseori o asistență deplină în aceste servicii (medicale și sociale).

Centrele de reabilitare a bătrânilor și invalizilor sunt predestinate pentru acordarea unui complex de intervenții medicale, psio-pedagogice, pro-

fesionale și juridice, care au scopul de a restabili funcțiile dereglate ale organismului și capacitățile bolnavilor vârstnici și invalizilor.

Spitale sociale sunt instituții curativ-profilactice în cadrul cărora se acordă asistență medicală grupelor social-vulnerabile ale societății (bătrâni, persoane cu handicap etc.).

Actualmente în Republica Moldova activează un Azil republican pentru bătrâni și invalizi, 4 aziluri raionale pentru bătrâni, de asemenea în curs de construire mai sunt câteva aziluri. De remarcat că primele Centre de reabilitare a bătrânilor și invalizilor au fost inaugurate în anul 1999 în raioanele Cahul și Comrat și activează până în prezent.

În multe țări industrializate, majoritatea vârstnicilor sunt protejați prin pensii mari primite de la locul de muncă și de la sistemul de asigurare socială, dar totodată există încă persoane cu un suport financiar inadecvat care duc o viață săracă. Izolarea, singurătatea, pasivitatea socială și malnutriția, devenind un mod de viață, produc morbiditatea. Mulți vârstnici sunt limitați financiar pentru a-și putea permite o nutriție adecvată.

Concluzii. 1. Tendințele demografice globale, în particular și în Republica Moldova, impun necesitatea de efectuarea prognozelor demografice pe termen scurt, mediu și lung care ar elabora politici și strategii de populație, astfel încât să fie reduse costurile economice și sociale ale fenomenului de îmbătrânire în Republica Moldova. 2. Se recomandă inaugurarea unor cabinete specializate de gerontologie și geriatrie la nivelul asistenței medicale primare pentru îmbunătățirea calității asistenței medicale populației vârstnice. 3. Datele studiului impun necesitatea creării, în baza structurilor existente, a unui sistem de protecție medico-socială pentru generația vârstnică (aziluri pentru bătrâni, secții de geriatrie și gerontologie).

Bibliografie

1. Bălăceanu-Stolnici Constantin. Geriatrie practică. București: Editura Medicală Amaltea, 1998, 408 p.

2. Hurjui Ion. Geriatrie selectivă. Iași: Edict, 2002. 300 p.

3. Tintiuc Dumitru, Negară Anatol, Grejdian Tudor. Unele particularități medico-sociale ale persoanelor longevive. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei: Științe Medicale, 2012, nr. 1, p.100-103.

4. Tulchinsky Theodore H., Varavikova Elena A. Noua Sănătate Publică: Introducere în Secolul XXI. Trad. din engl. Chișinău: Ulysse, 2003. 724 p.

5. Андреев В. Н. Профилактика преждевременного старения: к

долголетию. În: Curierul Medical, 2005, nr. 3, p.62-65.

6. Денисова Татяна Петровна, Малинова Лидия Игоревна. Клиническая геронтология: Избранные лекции. Москва: Медицинское Информационное Агентство, 2008. 244 с.

7. <http://www.census.gov>.

8. <http://www.geohive.com>.

9. <http://www.grg.org>. Gerontology Research Group.

10. www.statistica.md.

11. www.who.int.

IMPACTUL DECESELOR EVITABILE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Denis Cernelea, doctorand

Larisa Spinei, dr. hab., st. med, profesor universitar

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

IMPACT OF AVOIDABLE DEATHS IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

Avoidable mortality is a problem of public health worldwide and, in particular, at national level. The scientific evaluation of avoidable deaths, their frequency and causes as well as highlighting vulnerable population groups will raise awareness of the diseases that cause these deaths and their major impact. The share of avoidable deaths in the Republic of Moldova in 2007-2017 accounts for almost half (49.1%) of the total deaths. In 2017 compared to 2007, the number of avoidable deaths decreased by 7 percent. Variations in avoidable deaths recorded in a regional profile demonstrate the existence of a regional specificity, which motivates specific health interventions in these vulnerable areas.

Pentru evaluarea performanțelor sistemelor de îngrijiri și a impactului acestora asupra stării de sănătate a populației sunt utilizate mai multe tipuri de măsurători. În lipsa unor elemente, date relevante, rezultatele îngrijirilor medicale sunt destul de rar evaluate. Evaluările obișnuite sunt axate în special pe măsurarea rezultatelor activității spitalelor sau a sistemului de sănătate luat ca întreg, și mai puțin pe evaluarea impactului asupra sănătății populației. În acest context este introdus conceptul de “decese evitabile” [1].

Perfecționarea tehnologiilor de investigație, diagnostic și tratament

sunt argumentat legate de creșterea speranței de viață și a calității vieții prin diminuarea ratei morbidității și mortalității generale și specifice, dar, în același timp, conduc spre o îmbătrânire demografică [2, 4].

Decese evitabile afectează grupe populaționale active social și economic cu consecințe cu atât mai importante cu cât, în ultimele decenii, asistăm la o diminuare masivă a grupelor active ale societății prin inversarea piramidei vârstelor cu predominanța grupelor dependente social și economic. Din punct de vedere al economiei demografice, factorul mortalității al populației pînă la vârsta de 75 de ani aduce daune considerabile la formarea produsului intern brut, iar aceasta explică necesitatea de a prognoza nivelul mortalității [8, 9].

În acest context, am considerat oportună abordarea fenomenului morții evitabile, în special prin compararea cu indicatorii țărilor din Uniunea Europeană (UE-28), ce pot constitui fundamentul unor strategii de prevenție speciale în funcție de vulnerabilitate unor categorii de populație, obiectiv care se regăsește în Strategia Națională de Sănătate Publică privind necesitatea cercetărilor în domeniul sănătății publice pentru a asigura fundamentarea politicilor pe dovezi științifice [11].

Conceptul de „mortalitate evitabilă” (avoidable mortality) a fost elaborat de către americanul David Ratstein la mijlocul anilor 1970 și dezvoltat în continuare în lucrările mai multor autori, printre care Charlton R.J.(1983) și Mackenbach J.P. (1984) Walter Holland(1997) și Ragnar Westerling [10].

În RM și România unele probleme privind cercetările mortalității populației au fost realizate de către cercetătorii Spinei Larisa, Lozan Oleg, Bolocan Nicoale, Bivol Angela, Elena Raevschi [3, 6, 7].

Actualitatea problemei abordate reiese din faptul că:

- Mortalitatea evitabilă reprezintă o problemă de sănătate publică la nivel mondial și, în special, la nivel național;
- Decesele evitabile implică numeroase consecințe de ordin social, economic și medical, cu impact important asupra populației, reflectând în mod obiectiv starea de sănătate a populației, și deficiențele din sistemul de îngrijiri de sănătate;
- Frecvența redusă a studiilor de măsurare a stării de sănătate a populației în Republica Moldova

Cercetarea realizată poate fi racordată la cercetările internaționale efectuate de către Eurostat al Uniunii Europene [5].

Importanța practică

- Introducerea acestui concept și utilizarea sa în cercetare are ca scop compararea performanțelor sistemelor de sănătate și ierarhizarea acestora la nivel internațional, conform criteriilor stabilite de Organizația Mondială a Sănătății;

- Evaluarea științifică a deceselor evitabile, a frecvenței și a cauzelor acestora, precum și evidențierea grupurilor populaționale vulnerabile; toate acestea având ca obiectiv final sensibilizarea populației, cu privire la afecțiunile ce determină astfel de decese;

- Studiul oferă un suport științific pentru enunțarea unor măsuri profilactice specifice, particulare, adaptate profilului populației vulnerabil, prin elaborarea unui plan de măsuri și ghiduri de prevenție;

În funcție de boala/afecțiunea care determină decesul evitabil, mortalitatea evitabilă poate fi clasificată în [2]:

- mortalitate determinată de afecțiuni tratabile - se referă la acele boli/afecțiuni care ar putea fi evitate prin mijloace terapeutice sau prin mijloace de prevenție secundară mortalitate determinată de afecțiuni prevenibile - se referă la acele afecțiuni care ar trebui evitate prin intermediul politicilor de sănătate publică (măsuri de prevenție, de promovare a sănătății), astfel, evitându-se apariția bolilor

Materiale și metode. Prezenta lucrare s-a bazat atît pe metodologia Biroului European de Statistică Eurostat Materialul de studiu fiind reprezentat de datele statistice extrase din buletinele oficiale ale Biroului Național de Statistică, Centrul Național de Management în Sănătate, Biroului Statistic al Uniunii Europene.

A fost calculat numărul de decese evitabile și calcularea ratei mortalității evitabile din regiunile Republicii Moldova, precum și, evidențierea afecțiunilor ce determină decese evitabile, stabilirea dinamicii deceselor evitabile produse de acestea. Totodată a fost efectuată analiza comparativă a evoluției deceselor evitabile din Republica Moldova și Uniunea Europeană (UE-28);

Rezultate. Pentru evaluarea caracteristicilor epidemiologice ale deceselor evitabile din Republica Moldova, a fost identificat un număr total de 439846 decese în Republicii Moldova, în perioada 2007-2017, din care 235458 s-au încadrat în categoria deceselor evitabile, ceea ce reprezintă 53,4% din totalul deceselor.(Tabelul 1.)

Tabelul 1. Numărul deceselor totale și celor evitabile în Republicii Moldova, în perioada 2007-2017 (abs, și %)

		Anul	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
RM	Abs	T o t a l Decese	42533	41611	42452	43221	38958	39841	37828	39491	39829	38432	35650
RM	Abs	Evitabile	23897	23300	23933	24016	20541	21124	19584	20735	20779	20054	17495
	%	Evitabile	56.2	56.0	56.4	55.6	52.7	53.0	51.8	52.5	52.2	52.2	49.1
Bar- bati	Abs	Evitabile	14402	14225	14691	14955	12843	13156	12190	13110	13172	12803	11287
	%	Evitabile	65.6	65.7	65.4	64.9	62.7	62.6	61.8	63.5	63.0	63.0	60.5
Femei	Abs	Evitabile	9495	9075	9242	9061	7698	7968	7394	7625	7607	7251	6208
	%	Evitabile	46.1	45.4	46.2	44.9	41.6	42.3	40.8	40.5	40.2	40.1	36.5

Numărul deceselor evitabile a variat între 17495, valoare înregistrată în anul 2017 și 23897, valoare înregistrată în anul 2007. Media anuală a deceselor evitabile în perioada studiată a fost de 21405. Numărul de decese evitabile la 100000 de locuitori a variat între 669,4 în anul 2007 și 492,5 în 2017.

Tabelul 2. Dinamica deceselor evitabile, în perioada 2007-2017 la 100 mii populație

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total Decese	1191,4	1165,5	1190,6	1213,4	1094,3	1119,3	1063,0	1110,4	1120,6	1082,0	1003,7
Decese evitabile	669,4	652,6	671,2	674,2	577,0	593,5	550,3	583,0	584,6	564,6	492,5
Decese influențabile medical	407,0	395,7	408,5	400,0	353,7	359,9	336,1	350,7	354,8	341,0	304,3
Decese prevenibile	515,2	504,4	522,3	532,4	448,5	462,1	430,8	459,0	455,8	440,4	379,4

Din totalul de 235458 decese evitabile survenite la nivel național în perioada 2007-2017, 142837 s-au datorat afecțiunilor sensibile la îngrijirile medicale (boli tratabile), iar 183371 s-au datorat afecțiunilor sensibile la promovarea sănătății (boli prevenibile), ceea ce înseamnă o pondere mai mare a deceselor sensibile la prevenție primară (Figura 1)

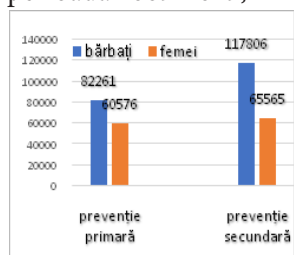


Figura 1. Repartiția în funcție de tipul prevenției (abs)

Din analiza datelor identificate s-a observat că trendul deceselor evitabile, în perioada cercetată, în funcție de cele două categorii, este descendent în ambele situații.

Totuși, s-a constatat un trend descendent mai accentuat în cazul afecțiunilor sensibile la prevenția secundară (o scădere cu 4917 decese, de la un total de 18393 decese în anul 2007 la un total de 13476 în anul 2017), comparativ cu cel al afecțiunilor sensibile la prevenție primară (o scădere cu 3723 decese, de la un total de 14532 decese în anul 2007 la un total de 10809 în anul 2017). Astfel, numărul deceselor evitabile datorate afecțiunilor tratabile s-a redus cu circa 25,6% în 2017 față de 2007, comparativ este și reducerea înregistrată în cazul celor datorate afecțiunilor prevenibile (26,5). De-a lungul perioadei cercetate procentul deceselor evitabile sensibile la prevenție secundară și primară a fost în scădere.

Tabelul 3. Repartiția anuală a deceselor evitabile în funcție de cauza decesului și de sexul decedatului, în perioada 2007-2017

Anul	Decese evitabile totale		Decese evitabile cauzate de boli tratabile		Decese evitabile cauzate de boli prevenibile	
	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei	Bărbați	Femei
2007	14402	9495	8110	6422	11478	6915
2008	14225	9075	7942	6185	11338	6668
2009	14691	9242	8262	6303	11780	6842
2010	14955	9061	8188	6060	12121	6842
2011	12843	7698	7240	5351	10261	5704
2012	13156	7968	7377	5433	10593	5857
2013	12190	7394	6847	5113	9832	5498
2014	13110	7625	7266	5208	10597	5726
2015	13172	7607	7438	5172	10492	5709
2016	12803	7251	7152	4959	10295	5347
2017	11287	6208	6439	4370	9019	4457
Media	13348,5	8056,73	7478,27	5506,91	10709,6	5960,45
Total	146834	88624	82261	60576	117806	65565

Din totalul deceselor evitabile produse în Republicii Moldova, în perioada

2007-2017, 146834 decese evitabile s-au produs la bărbați (62,3%), iar 88624 (37,7%) la femei; sex ratio bărbați:femei fiind de 1,65:1, adică un număr aproximativ dublu de decese evitabile s-au produs la bărbați (Tabelul 3).

Circa jumătate dintre decesele evitabile (45,12%) au survenit consecutiv afecțiunilor cardio-vasculare - bolile ischemice ale inimii, hipertensiunea și bolile cerebro-vasculare.

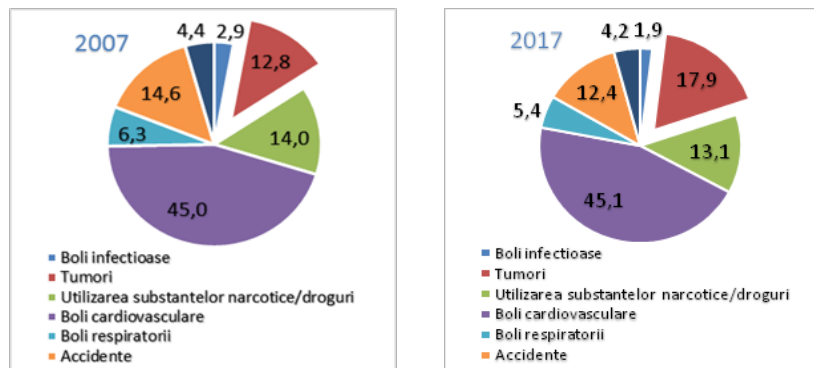


Figura 2. Ponderea Deceselor Evitabile după cauze (2007-2017)

Analiza distribuției pe sexe a celor mai frecvente cauze de deces evitabil stabilite identifică o frecvență mai mare a majorității cauzelor la sexul masculin, exceptând cancerul de sân și cancerul de col și corp uterin. Astfel, în anul 2017 față de anul 2007, s-a înregistrat o scădere a deceselor evitabile cauzate de bolile ischemice ale inimii cu circa 1,35 ori.

Ponderea de reducere este și mai semnificativă în cazul deceselor evitabile prin consecințe ale unor traume și accidente, unde se reduce cu 40 %, în anul 2017 față de anul 2007, s-a înregistrat o scădere a deceselor evitabile cauzate de traume și accidente de la 72,6 la 100 mii populație la 44 în 2017. La bolile cerebro-vasculare la fel se constată o reducere de la 104,8 decese la 100 mii populație în 2007 pînă la 67,1% în 2017. Comparativ cu anul 2007, în anul 2017 decesele evitabile prin cancer de col și corp uterin au înregistrat o majorare cu 4%. Majorări înregistrate în anul 2017 raportat la anul 2007 au fost inclusiv prin hipertensiune (majorări cu 47% la bărbați și cu 60% la femei), această creștere poate fi explicată printr-o depistare mai profundă de către medicii de familie, îndeosebi de cînd a fost introdus ca indicator de performanță.

În anul 2017 observăm o scădere medie cu 31% a deceselor evitabile prin ciroză hepatică sau bolilor provocate de consumul de alcool, de la 94 la 100 mii populație la 64,4 la 100 mii populație. În ceea ce privesc decesele evitabile prin accidente datorate vehiculelor cu motor, de-a lungul anilor analizați s-a evidențiat o amplitudine mai mare a scăderii acestora la sexul feminin (scăderi cu 50% la femei comparativ cu scăderi cu 35% la bărbați).

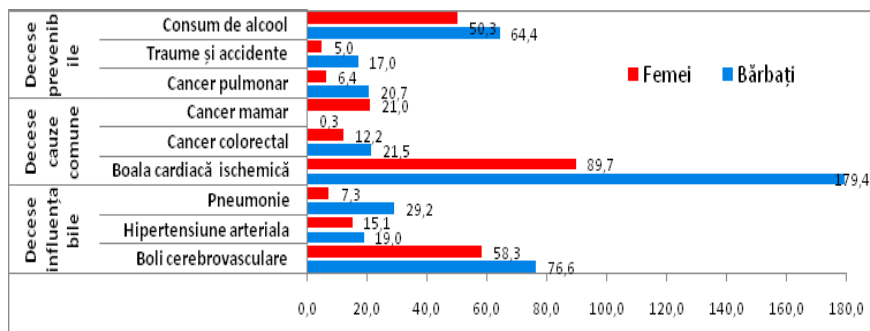


Figura 4. Decese Influențabile, la 100 mii pop, după cauze, după gen (2017)

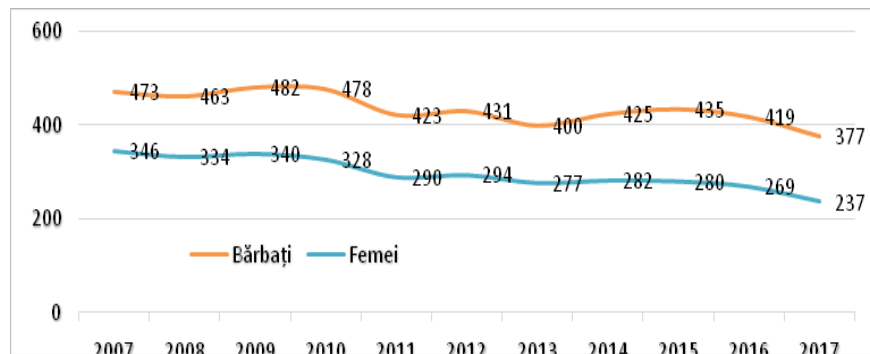


Figura 5. Decese evitabile, după ani (2007-2017)

Privitor la dinamica deceselor evitabile s-au evidențiat modificări importante, trend-ul acestora fiind lent descendent, cu o scădere cu 7% în 2017 față de 2007. Această scădere poate fi explicată pe de-o parte prin implementarea de-a lungul perioadei studiate a unor programe de prevenție eficiente, precum screening-ul pentru cancerul de col uterin sau campaniile anti-fumat, iar pe de altă parte prin utilizarea pe scară tot mai largă a unor mijloace terapeutice mai noi, precum angioplastia coronariană în cazul

ischemiei miocardice sau tratamentele oncologice eficiente și precoce.

Analiza comparativă plasează țara noastră în fruntea clasamentului, urmată de Letonia, România și Ungaria, înregistrând o rată a deceselor evitabile de 435 cazuri la 100 mii populație (Figura 6 Decese Influențabile, la 100 mii populație după gen, Republica Moldova-UE (2015)). Această situație denotă în mare parte diferență funcțională a sistemelor de sănătate, dar și cultura sanitară a populației și eficiența implementării politicilor de prevenire și profilaxie. Examinarea stării de manifestare a ponderii deceselor prevenibile total și după gen în a.a.2007/ 2017 și UE) observăm, că valorile acestei ponderi în UE sunt de 1,9 ori mai scăzute față de situația în Republica Moldova în a.2017, constituind o pondere generală a deceselor prevenibile de cca 53%. Concomitent trebuie să subliniem că în majoritatea cazurilor acestea din urmă sunt determinate de decesele prevenibile în rândul bărbaților din Moldova care sunt aproape de 2 ori mai înalte decât în UE. Aceiași situație se atestă și în rândul genului feminin.

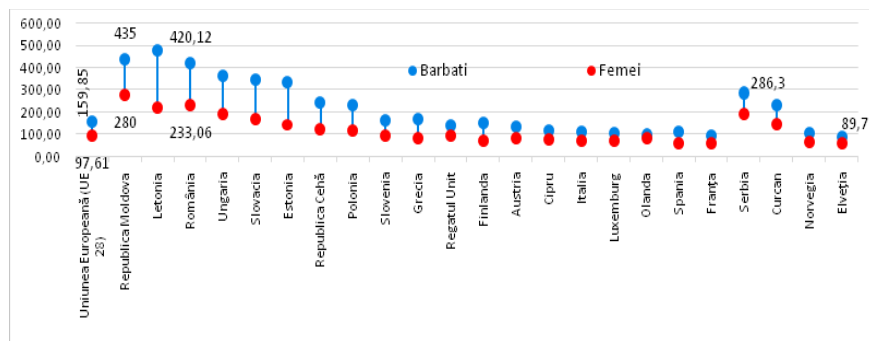


Figura 6. Decese Influențabile, la 100 mii populație după gen, Republica Moldova-UE (2015)

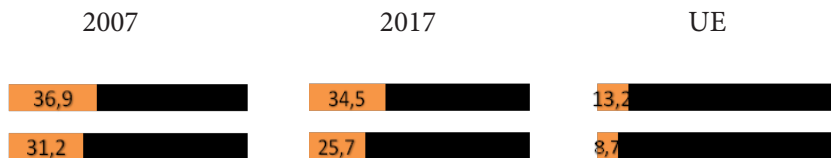


Figura 8. Ponderea deceselor prevenibile după gen (2007, 2017 și UE)

Analiza comparativă a ponderii deceselor influențabile între Republica Moldova și UE se observă o discrepanță și mai avansată, depășind aces-

te valori din UE de peste 3 ori (Figura 9 Ponderea deceselor Influențabile total, după gen (2007, 2017 și UE)). Acest aspect se observă și prin prisma grupelor de gen, înregistrând la bărbații din Moldova valori (a.2017) de 2,6 ori mai mari față de UE, iar în rândul genului feminin aproape de 3 ori mai înalte în Moldova față de cele din UE. Concomitent trebuie de menționat că dinamica în timp (a.2007/a.2017), atât a ponderii deceselor prevenibile, cât și celor influențabile la bărbați și femei în Republica Moldova dețin o tendință de descreștere, constituind la bărbați o decreștere prin decese influențabile cu 2,4%, iar la femei cu 5,5% (față de a.2007).

Cu referință la decesele prevenibile, valorile de manifestare în dinamică (a.2007 și a.2017) la bărbați are loc o descreștere cu 3,9%, iar la femei cu 7,4% (față de a.2007.).

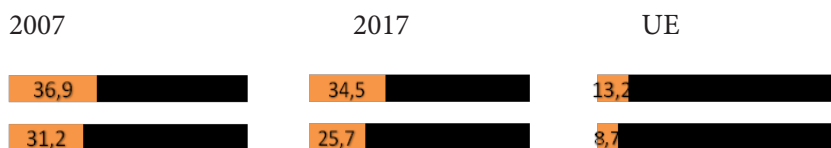


Figura 9 Ponderea deceselor Influențabile după gen (2007, 2017 și UE)
Concluzii generale

1. Mortalitatea evitabilă reprezintă o problemă de sănătate publică la nivel mondial și, în special, la nivel national, analiza căreia constituie o metodă utilă de măsurare a stării de sănătate a populației și impactului exercitat de sistemul de sănătate asupra acesteia (prin măsuri de profilaxie primară și secundară);

2. Evaluarea științifică a deceselor evitabile, a frecvenței și a cauzelor acestora, precum și evidențierea grupurilor populaționale vulnerabile poate sensibiliza populația și autoritățile, cu privire la afețiunile ce determină aceste decese dar și măsurile de prevenire;

3. Decesele evitabile sunt identificate mai frecvent în rândul bărbaților în raport cu femeile. Diferența este mai evidentă pentru grupul bolilor care pot fi prevenite prin măsuri de promovare a unui stil de viață sănătos (60,4%);

4. Conform Evaluării ponderii deceselor evitabile din Republica Moldova pentru anii 2007-2017 constituie aproape o jumătate (49,1%) din totalul deceselor. De-a lungul perioadei cercetate procentul deceselor evitabile sensibile la prevenție secundară și primară a fost în scădere. În anul

2017 comparativ cu anul 2007, numărul deceselor evitabile a scăzut cu 7 procente. Cu excepția creșterii deceselor evitabile prin hipertensiune arterială, prin cancer mamar, cancer colorectal și cancer pulmonar;

5. Principalele cauze de deces evitabil identificate prin prezentul studiu, se regăsesc și la nivel european (bolile ischemice ale inimii; hipertensiunea și bolile cerebro-vasculare; cancerul de trahee, bronhii și plămâni; cancerul mamar; cancerul colorectal);

6. Rata medie de mortalitate evitabilă la nivel național – 584,6 decese/100.000 de locuitori, comparativ cu 127,10 pentru Uniunea Europeană;

Recomandări practice

1. Continuarea cercetărilor în domeniul deceselor evitabile pentru asigurarea politicilor bazate pe dovezi științifice și continuarea evaluării în dinamică a deceselor evitabile, inclusiv în comparație cu țările din Uniunea Europeană, fapt care va contribui la cunoașterea situației reale în context european.

2. Promovarea campaniilor de sensibilizare a publicului privind maladiile cu un grad ridicat de risc.

3. Elaborarea unei formule de calcul pentru calcularea pierderilor economice din cauza deceselor evitabile.

Bibliografie

1. Cucu Alexandra, Domnariu Carmen Daniela, Galan Adriana, Chiriță Cristina, Toader Oana. Tendința deceselor evitabile în România. În: Revista sanatare publica si management sanitar. (București) Institutul Național de Sănătate Publică, 2014, nr. 2, p.1.

2. Vlădescu Cristian, Ciutan Marius, Mihăilă Valentina. Rolul măsurării mortalității evitabile în aprecierea stării de sănătate a populației. În: Revista sanatare publica și management sanitar. (București) Institutul Național de Sănătate Publică, 2010, nr. XIV/3, p.5-11.

3. Dobrin Elena. Cercetări privind decesele evitabile din România, în vederea evaluării stării de sănătate a populației. Teza de doctor. Sibiu, 2016. p.1-18.

4. Paladi Gheorghe, Gagauz Olga, Penina Olga. Îmbătrânirea populației în Republica Moldova: Consecințe Economice Și Sociale. Chisinau, 2009. 222 p.

5. Clasificarea deceselor evitabile. În:

https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth_cdeath_esms_an4.pdf

6. Spinei Larisa, Ștefăneț Svetlana, Moraru Corina, Copcelea Angela, Boderscova Larisa. Noțiuni de bază de epidemiologie și metode de cercetare. Chișinău: Bons Offices, 2006. 224 p.

7. Lozan Oleg. Aspectele Medico-Sociale ale mortalității populației urbane de vîrstă matură în Republica Moldova. Teză de doctor în științe medicale, Chișinău. 1999. 156 p.

8. Пушкарев О.И. Человеческий капитал и моделирование медико-экономической эффективности в здравоохранении. Дисс. Новокузнецк, 2009. 286 p.

9. Rutstein D., Berenberg W., Chalmers T., Child C., Fishman A., Perrin E. Measuring the quality of medical care. In: N Engl J Med., 1976, p.582-588.

10. Strategia Națională de Sănătate Publică Pentru Anii 2014-2020 aprobată de HOTĂRÎRE Nr. 1032 din 20.12.2013, pct.79, alin 9).

11. Vlădescu C., Ursoniu S., Ciobanu V., et al. Sănătate publică și management sanitar. București: Cartea Universitară, 2004. 23-8.

COMUNICAREA INTERPERSONALĂ ȘI INTENȚIA DE A INFLUENȚA COMPORTAMENTE

Silvia Nastasiu, asist. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

INTERPERSONAL COMMUNICATION AND ATTEMPT TO INFLUENCE BEHAVIOR

Communication is a primordial process in establishing harmonious human relationships and gains a special connotation in establishing the professional relationship and, particularly, the doctor-patient one. Communication in medicine, which is substantially determined by this relationship, becomes a complex process. This type of communication involves, in addition to effective professional and communication skills, abilities to influence behavior change. Thereby, these skills interfere, becoming vital in achieving the desired outcome of the act of healing - the healing of the suffering. Thus, the attempt of human communication to influence behaviors becomes the primary purpose, and guides the practical approach of relationship as a distinctive element of humanity. Therefore, its investigation generates vital principles and values to improve life and maintain the well-being of those involved in the process.

Comunicarea în medicină este veriga principală ce face conexiunea între întreaga echipă medicală (medic - medic; medic - asistenta medicală și alți profesioniști implicați în îngrijirea medicală), dar și cu pacientul - beneficiarul actului medical, cât și cu aparținătorii acestuia. Comunicarea cu pacientul devine vitală și foarte importantă deoarece de calitatea dialogului medic - pacient depinde stabilirea corectă a diagnosticului și prescrierea tratamentului adecvat. „Datorită prevalenței bolilor cronice, comunicarea eficientă între medic și pacient capătă o importanță tot mai mare, medicul intervenind nu doar în tratarea bolii, ci și în ajutorarea bolnavului în rezolvarea problemelor create de boală” [6, p.31].

Comunicarea medicală, afirmă Ojovanu, et al. este „o parte a discursului profesional ce reflectă anumite caracteristici și condiții specifice acestei practici. (...) Pentru lucrătorul medical, obiectivul de bază al comunicării reprezintă menirea sa profesională de a diagnostica și a trata. Respectiv, pentru bolnav – de problemele sale de sănătate, ce coincide cu disfuncția fizică și consecințele ei (durerea). (...) Astfel, competența și performanța medicului se centrează asupra două scopuri fundamentale:

- acumularea informației de la pacient și transmiterea eficientă, adecvată a rezultatului diagnosticului;
- acordarea unei consilieri ce ar demonstra compătimirea și respectul față de el, precum și respectarea principiilor morale ale bioeticii medicale” [11, p.64].

Competența de comunicare este una din componentele importante ale formării profesionale a specialiștilor în orice domeniu de activitate, însă capătă o valoare incontestabilă în pregătirea viitorilor medici. „În contextul îmbunătățirii educației medicale moderne, problema găsirii unor direcții sănătoase din punct de vedere psihologic pentru dezvoltarea competenței de comunicare în rândul mediciniștilor este foarte relevantă. Cu cât mai efectiv sunt formate aceste competențe, cu atât este mai calitativă pregătirea profesională a viitorului medic și mai eficientă este comunicarea sa ulterioară cu pacienții (traducerea ne aparține) [10, p.19]. Astfel, în domeniul medical, concomitent cu obținerea competențelor profesionale - cunoștințe medicale pentru a diagnostica și trata boala, „însușirea unei înalte competențe comunicative trebuie să constituie o prioritate pentru profesioniștii din domeniu sănătății, în special pentru medici. Lucrul acesta presupune ca în cadrul relației de comunicare medic-pacient, medicul să

poată recunoaște și descifra corect mesajele verbale și nonverbale transmise de pacient. Totodată, medicul trebuie să știe și să utilizeze modalitățile cele mai adecvate (verbale și nonverbale) de comunicare în scopul de a transmite informații pacientului, în funcție de situația de comunicare existentă (gravitatea bolii, tipul pacientului, urgența, etc.)” [6, p.32], deci este necesar ca medicul să posede abilități în obținerea a cât mai multor informații de la pacient, abilități interpersonale de a răspunde la sentimentele și îngrijorările pacientului, abilitatea de a crea și a menține relația profesională/terapeutică, de a influența schimbarea comportamentelor în vederea sănătății pacientului.

În acest scop am realizat o investigație a înțelegerii acestui proces complex – a comunicării interpersonale. Definițiile comunicării se înscriu într-o arie foarte largă, care se mărginește la un capăt de înțelesul larg „transfer“, iar la celălalt capăt, de înțelesul restrâns „schimb verbal de gânduri sau idei“. În măsura în care nu pot fi asumate în cuprinsul aceleiași cercetări toate înțelesurile, prezentăm un inventar de definiții ale comunicării interpersonale (tabelul nr.1):

Tabelul nr.1. Definiții ale comunicării interpersonale

	Definiții	Autor
1	Comunicarea interpersonală este comunicarea care survine între doi oameni în contextul relației lor și care, pe măsură ce evoluează, îi ajută să-și negocieze și să-și definească relația.	K. Floyd
2	Comunicarea (umană) înseamnă totalitatea proceselor prin care o minte poate să o influențeze pe alta.	W a r r e n Weaver
3	Comunicarea dintre noi are ca suport convingerile, credințele, valorile, prejudecățile, obiceiurile și educația noastră.	G.Albu
4	Comunicarea transmite ideea relației cu celălalt.	J.Lohisse
5	Comunicarea (umană) este un proces prin care un individ (comunicatorul) transmite stimuli cu scopul de a schimba comportamentul altor indivizi.	M. Dinu
6	Comunicarea umană - esență a legăturilor interumane, este singura modalitate a ființei de a exista.	C.Ețco

7	Comunicarea este o modalitate reală de interacțiune între interlocutori, un schimb continuu de diferite mesaje, care stabilește o relație ce poate influența calitativ menținerea sau schimbarea comportamentului individului sau de grup.	D . E ș a - n u - D u m - n a z e v
8	Comunicarea este un act psihosocial, conștient sau nu, voluntar sau involuntar, ce determină un proces complex de interacțiune.	M. Vicol
9	Comunicarea umană este un proces prin care un individ (comunicatorul) transmite stimul cu scopul de a schimba comportamentul altor indivizi (auditoriul).	C. Hovland, I. Janis și H. Kelley
10	Comunicarea interumană este definită drept transfer al informației și înțelesului (semnificației) de la o persoană la alta.	K. Davis, J. Newstrom
11	Comunicarea interumană – un mijloc prin care o persoană transmite un mesaj alteia, așteptându-se la un răspuns.	D. Johnson

Așadar, la prima investigație logică a inventarului de definiții, se relevă faptul că, comunicarea „este un joc de influențe reciproce între persoane, adică între libertăți și afectivități” [3, p.11]. Comunicarea, afirmă cercetătoarea Eșanu-Dumnazev este „o modalitate reală de interacțiune între interlocutori, un schimb continuu de diferite mesaje, care stabilește o relație ce poate influența calitativ menținerea sau schimbarea comportamentului individului sau de grup” [7, p.15].

Cercetătorii Ețco, et al. menționează intenția de a influența în procesul de comunicare: „comunicarea umană nu se realizează niciodată fără intenția de a influența calitativ și nu doar calități. Termenul calitativ face trimitere la sporirea nivelului de calitate a comunicării (inclusiv, profesională), termenul calități – la etica comunicării (inclusiv, la codul deontologic profesional). Autorii consideră comunicarea:

- metodă de bază în influențarea comportamentului și în schimbarea lui (sunt solicitate fenomenele psihice: percepția, motivația, limbajul, învățarea etc.);
- fenomen social de bază (creează și modifică relațiile);
- mod de convingere în relațiile de comunicare - negociere, comu-

nicare - soluționare de conflicte, conturarea normelor de grup; coordonare a activității în grup, dificultățile în comunicarea de grup [6, p.14 -26].

Comunicarea interpersonală, ce are la bază dialogul (între două sau mai multe persoane), ocupă un loc aparte printre tipurile de comunicare. Ea este nu doar un simplu liant informațional al comunicanților, ci reprezintă un mijloc eficient de a influența gândurile, opiniile, atitudinile, credințele, orientările valorice și comportamentele ale oamenilor. „Noi suntem, fiecare, o sumă a tuturor interacțiunilor pe care le-am avut în trecut și pe care le vom avea în viitor, suntem o parte din toți acei cu care ne-am întâlnit în viață și care și-au pus amprenta asupra modului nostru de a înțelege lumea: părinți, dascăli, prieteni, necunoscuți” [12, p.11]. În dezvoltarea sa, ființa umană, interacționează cu cei din jurul său, achiziționând anumite abilități, aptitudini, dar și atitudini. Relațiile noastre interpersonale depind de felul fiecăruia de a înțelege și a relaționa cu o altă persoană. Felul cum comunicăm ne etichetează personalitatea - suntem activi, timizi, generoși, inteligenți, punctuali. Totul se petrece la nivelul comparației cu semenii din jurul nostru și în raport cu viziunile noastre despre persoanele cu care relaționăm, „comunicarea interumană este ancorată adânc în lumea noastră interioară: în stările noastre afective, în motivațiile noastre, în părerea noastră generală despre viață, oameni, relații, fericire, noroc, Dumnezeu. De asemenea, comunicarea dintre noi are ca suport convingerile, credințele, valorile, prejudecățile, obiceiurile și educația noastră” [1, p.13]. Persoanele care au competențe de comunicare eficientă sunt capabile de empatie, etică, adaptabilitate, de complexitate cognitivă, cât și de capacități de monitorizare a emoțiilor. Comunicarea interpersonală este un proces care intervine din necesitatea oamenilor de afecțiune, acceptare și recunoaștere, deaceia prin comunicare ne satisfacem cele cinci necesități cotidiene (acceptate de mai mulți cercetători: Maslow, Adler, Schutz, Tofler, Floyd,) – fizice, relaționale, identare, spirituale și cele instrumentale. Prin necesitățile fizice percepem comunicarea ca un proces care ne ajută să ne păstrăm sănătatea fizică și mintală prin exteriorizarea emoțiilor și trăirilor noastre cotidiene, necesitățile relaționale stau la baza formării relațiilor umane – sociale și personale, iar prin necesitățile identare încercăm să aflăm adevărul despre sine – cine suntem, cine vrem să devenim, cum ne percepem pe noi înșine. Prin manifestarea convingerilor și valorilor noastre ne exteriorizăm necesitățile spirituale, pe când cele instrumentale ne ajută la construirea

relațiilor zilnice, absolvindu-ne de multiplele obligații cotidiene. Astfel, comunicarea devine un proces continuu și de cele mai multe ori – bilateral. Absolut tot ceea ce facem are valoare comunicativă – de la un gest de salut, de aprobare sau dezaprobare, de la un simplu mesaj scris sau transmis oral până la un gest neintenționat, dar expresiv - vin să ne comunice ceva, de care de cele mai multe ori, mulți dintre noi, nu suntem conștienți, se produce neintenționat, la nivel de comunicare nonverbală. Comunicăm diferit în dependență de grupul din care facem parte și de cultura țării de unde provenim, putem și să dobândim o cultură, care este determinată ”de cine ne-a crescut, educat, de locul unde am crescut și de simbolurile, limbajul, valorile și normele locului respectiv” [8,p.59]. Multiplele culturi existente ne oferă posibilitatea de a înțelege diferit unele mesaje la nivel verbal, dar și nonverbal; cum să evităm incertitudinile; însușirea unor coduri de comunicare culturală – idiomurile, jargoanele, gesturile; înțelegerea genului și comunicarea – feminin, masculin și androgen; noțiunea de comunicare influențată de gen. Comunicarea interpersonală „nu precede la propriu nici gândirea, nici munca, nici jocul, nici cultul, dar constituie o condiție a existenței și evoluției lor și se află într-o permanentă și benefică covarianță cu acestea” [5, p.5]. Comunicarea interpersonală eficientă are consecințe semnificative asupra ființei umane și se petrece în cadrul unei anumite relații (părinte – copil, medic-pacient, profesor-student etc.).

Relevant în acest studiu ar fi o trecere în revistă și a definițiilor comunicării medicale vizavi de comunicarea interpersonală, pe care o prezentăm în tabelul nr.2:

Tabelul nr. 2. Definiții ale comunicării medicale

Autor	Definiții	
1	V.Ojovanu et al.	Comunicarea medicală este o parte a discursului profesional ce reflectă anumite caracteristici și condiții specifice acestei practici.
2	D.Cosman	Comunicarea în medicină este determinată de faptul că relația dintre cele două părți (personalul medical și pacientul) este mult mai complexă, implicând, pe lângă nivelul bazal al palierului terapeutic, și un nivel superior de comunicare de top existențial.

3	F.Tudose	Comunicarea medicală (medic-pacient) este o comunicare directă, față în față, nemediată și neformalizată. între doi subiecți ai transferului de informații, are loc un schimb continuu de informații, care îi conduce pe fiecare dintre cei doi parteneri către obiectivele precise ale întrevederii: aflarea răspunsurilor în legătură cu modificarea stării de sănătate, remediile propuse pentru înlăturarea acestora, modalitățile practice de acțiune.
4	N. Miu	Comunicarea este procesul cheie în medicină, fie că este vorba de comunicarea între medic și pacient, fie între diverși profesioniști implicați în îngrijirea medicală.
5	D.L.Dumitrașcu	Comunicarea medicală se definește ca acel tip de comunicare prin care profesioniștii sănătății interacționează cu pacienții, cu aparținătorii lor, între ei și cu publicul larg.
6	C.A.Popescu	Comunicarea terapeutică este comunicarea dintre o persoană care lucrează în domeniul îngrijirilor medicale și un pacient sau familia acestuia.
7	O.Popa-Velea et al.	Comunicarea dintre medic și pacient este un proces direct, simetric, bidirecțional, în general nemediat și care presupune schimbarea și integrarea continuă de informații.

Așadar, comunicarea medic - pacient include actul comunicațional între doi subiecți (medic-pacient / echipa medicală / medic), care se bazează pe schimbul de informații, opinii și acțiuni, care au un rol determinant în prevenirea și tratarea cu succes a persoanelor care se confruntă cu probleme de sănătate.

Medicii, în vederea stabilirii unui diagnostic, apelează la diverse metode de colectare a informațiilor relevante despre pacient, dintre care putem menționa, cu precădere, interviul, ca parte a anamnezei, bazat pe o succesiune de întrebări și răspunsuri. La succesul acestuia contribuie experiența practicianului, care permite stabilirea unor relații interumane corespunzătoare. Interviul inițiat în vederea identificării unui diagnostic nu este încheiat întotdeauna cu succes, consumatorii de servicii de sănătate

declarându-se adesea nemulțumiți de modul în care a decurs întâlnirea cu medicul. De cele mai multe ori se vorbește despre o insuficientă atenție sau răbdare din partea medicului, neacordarea timpului adecvat pentru clarificarea tuturor întrebărilor de natură medicală pe care pacientul ar dori să le adreseze, lipsa de disponibilitate a practicianului, neînțelegerea limbajului utilizat de medic, atitudinea de superioritate demonstrată de acesta. De cealaltă parte intervine frustrarea doctorilor, care au senzația că le vorbesc pacienților degeaba, aceștia nerespectând indicațiile medicale; dacă pacienții ridică, la o nouă întâlnire, aceeași problemă discutată anterior, medicul are sentimentul că nu a fost înțeles [13, p.88].

Medicina, știința despre sănătatea și maladiile omului, reprezintă o ramură străveche a cunoștințelor umane. Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) încă din 1947 definește starea de sănătate ca fiind „o stare completă de bine din punct de vedere fizic, mental și social și nu neapărat doar absența bolilor sau infirmităților”. Această definiție este o recunoaștere a faptului că starea de sănătate este mai mult decât absența suferinței și durerii. Este o stare de armonie, o stare de bine cu privire la evoluția complexului biologic, psihologic și a dimensiunilor sociale ale comportamentului uman.

Boala, în schimb, este definită ca „o serie de modificări biologice și/sau dezabilități sau un risc crescut spre distres și/sau dezabilitate și expune un anume tablou clinic”. Conform Price & Linn (1981) „boala presupune anumiți agenți etiologici clasificați ca fiind exogeni (fizici, chimici, biologici sau psihosociali) și endogeni (de exemplu cei genetici)” [4, p.2].

D. Cosman evidențiază două modele conceptuale de boală: modelul biomedical și modelul biopsihosocial. Primul este un model reduționist, încorporează dualismul cartezian, este cauzal de tip liniar, pune accentul pe starea de boală, face abstracție de persoană, medicul este responsabil de tratarea bolii. Modelul biopsihosocial tratează boala ca având o cauzalitate multifactorială, consideră că psihicul nu poate fi separat de somatic, subliniază atât sănătatea cât și boala, suferința organului induce suferința persoanei, iar responsabilitatea pentru tratament și recuperare este atât a medicului, cât și a societății și a persoanei în cauză [2, p.205].

În final, concluzionăm că intenția comunicării umane de a influența comportamente devine obiectivul ei primordial și ghidează demersul practic de relaționare, ca element distinctiv al umanității, iar investigarea acestuia generează principii și valori vitale pentru ameliorarea vieții și menținere-

rea stării de bine a celor implicați în acest proces.

Bibliografie

1. Albu G. Comunicarea interpersonală. Aspecte formative și valențe psihologice. Iași: Editura Institutul European, 2008. 306 p.
2. Cosman D. Psihologie medicală. Iași: Polirom, 2010. 462 p.
3. Commarmond G., Exida A. Arta de comunicare și de a convinge. Iași: Polirom, 2003. 135 p.
4. David D. Psihologie clinică și psihoterapie. Fundamente. Psihologie. Iași: Polirom, 2006. 2 p.
5. Dinu M. Comunicarea. Repere fundamentale. București: Orizonturi, 2014. 440 p.
6. Ețco C., et. al. Comunicarea pentru schimbarea comportamentală. Chișinău: CEP Medicina, 2008. 163 p.
7. Eșanu-Dumnazev D. Formarea competenței de comunicare în limba străină la studenții mediciști, 2017, Teză de doctor. In: www.cnaa.md/files/theses/2017/52554/esanu-dumnazev_daniela_thesis.pdf (accesat: 22.01.2018).
8. Floyd K. Comunicarea interpersonală. Iași: Polirom, 2013. 502 p.
9. Магазаник Н.А. Искусство общения с больными. М.: Медицина, 1991. 112 с.
10. Манулик В.А., Михайлюк Ю.В. Проблема коммуникативной компетентности в профессиональной деятельности врача (теоритический аспект), 2013, pp. 19-23). In: <http://docplayer.ru/46079199-Problema-kommunikativnoy-kompetentnosti-v-professionalnoy-deyatelnosti-vracha-teoreticheskiy-aspekt-manulik-v-a-mihaylyuk-yu-v.html> (accesat: 02.01.2018).
11. Ojovanu V. (coord). Comunicare și comportament în medicină (cu elemente de bioetică). Chișinău: CEP Medicina, USMF, 2016. 220 p.
12. Pânișoară I.-O. Comunicarea eficientă. Iași: Polirom, 2015, 478 p.
13. Simmons M. A Sociolinguistic Analysis of Doctor - Patient Communication. In: The Japan Conference on English for Specific Purposes Proceedings. November 8, 1997, p. 88.
14. Vicol M. I. Dezvoltarea competențelor comunicative la studenți prin intermediul strategiilor didactice interactive (autoref. tz. de doct.). Chișinău: CEP al USM, 2013. pp. 18-21.

PARTICULARITĂȚILE HORMONULUI ANTI-MULLERIAN ÎN DETERMINAREA REZERVEI OVARIENE

Victoria Voloceai, dr. șt. med., asist. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

PARTICULARITIES OF THE ANTI-MULLER HORMONE IN DETERMINING THE OVARIAN RESERVE

The problem addressed in this article is the appreciation of the anti-Mullerian hormone as a factor not only in estimating the number of oocytes obtained in FIV programs but also in their quality. It has been shown that patients with high levels of AMH are more likely to get good quality oocytes than those with low levels of this hormone.

Hormonul anti-Mullerian (AMH), numit și substanța anti-Mulleriană sau factorul anti-Mullerian, reprezintă unul dintre cei mai importanți markeri ai sistemului reproductiv feminin remarcat în ultimii ani. Aprecierea acestui hormon ovarian nesteroidian a permis studierea mai multor procese profunde de creștere și dezvoltare a foliculilor și elucidarea mai multor probleme ce țin de patogenezabolilor ginecologice. În literatura de specialitate națională nu există informații despre studii efectuate asupra activității și importanței AMH. AMH reprezintă un dimer al glicoproteinei care contribuie la transformarea factorului β de creștere, iar în reglarea funcției ovariene participă împreună cu inhibinele A și B [6], care nu sunt un parametru cert de apreciere a rezervei ovariene.

O perioadă îndelungată funcția AMH în organismul feminin era necunoscută, fiind bine cunoscut însă rolul său în diferențierea sexuală masculină. AMH este secretat, începând cu perioada antenatală și terminând cu menopauza, de către celulele granuloase ale foliculilor în creștere, de la stadiul preantral până la cel antral al foliculilor de 6-8 mm, la toate etapele de foliculogeneză. Secreția este inițiată de recrutarea foliculilor primordiali, iar nivelul maxim se atinge în foliculii preantrali. După ce foliculii ating dimensiuni de 8 mm și mai mult, nivelul AMH scade considerabil și crește activitatea aromatazei și, corespunzător, crește producerea de estradiol. Există o interconexiune clară între producerea foliculului dominant de către granuloză, estradiol și AMH [3]. De asemenea s-a stabilit că foliculii dominanți și cei atreziați conțin o cantitate scăzută de AMH [3].

Rolul funcțional al AMH în faza foliculară timpurie a ciclului menstrual

a fost determinat prin testarea genei AMH (AMHKO) [143]. În lipsa AMH, foliculii primordiali sunt recrutați mai rapid, ceea ce duce la creșterea lor mai accelerată, până la epuizarea rezervei foliculare primare la o vârstă fragedă. Așadar, AMH are un efect inhibitor asupra recrutării timpurii a foliculilor, prevenind intrarea foliculilor primordiali în rezerva ovariană și, respectiv, epuizarea prematură a oocitelor/ foliculilor [144]. Astfel, AMH are o importanță clinică enormă, singurul impediment fiind heterogenitatea sa moleculară care, la moment, nu este elucidată. Nivelul AMH pe parcursul ciclului menstrual rămâne stabil și nu depinde semnificativ de valorile hormonilor gonadotropi, steroizi și inhibinelor. Testarea AMH în orice zi a ciclului menstrual permite obținerea unei informații depline și certe despre starea rezervei ovariene [4]. În cadrul studiilor din domeniu s-au examinat minuțios valorile AMH în perioada unui ciclu menstrual și s-a constatat menținerea acestuia la aceleași valori pe tot parcursul acestei perioade [4].

Noțiunea de rezervă ovariană definește rezerva funcțională a ovarului și apreciază capacitatea dezvoltării unui folicul sănătos, cu un ovocit sănătos, și un răspuns adecvat la stimularea ovariană. Rezerva ovariană apreciază numărul foliculilor în ovar și depinde de factori fiziologici și patofiziologici. Capitalul folicular descrește gradual în perioada reproductivă, cu o continuă inițiere a creșterii anumitor foliculi, urmând ca majoritatea lor să fie supuși apoptozei [218]. În perioada adolescenței există cca 400 000 de foliculi, dintre care doar cca 1 000 ajung până în perioada de menopauză. Suplinirea, prin metode de stimulare, a unei rezerve ovariene normale asigură un răspuns adecvat al ovarului la introducerea inductorilor ovulației.

În literatura mondială, informația referitoare la metode neinvazive de apreciere a rezervei ovariene au început să apară prin anii '80. Până în prezent, interesul față de acest subiect crește tot mai mult, în special în legătură cu extinderea programelor de FIV. Se discută rolul noilor factori de identificare a stării funcționale a ovarelor. O serie de studii din 2014 arată că aprecierea valorii AMH are importanță în estimarea rezervei ovariene, dar totodată este determinantă în conduita terapeutică a anumitor patologii. Назаренко Т. А. și coaut., testând nivelul AMH la 30 de femei sănătoase și la 210 de paciente cu infertilitate, au determinat la pacientele cu infertilitate tubar-peritoneală un nivel scăzut al AMH. În baza rezultatelor obținute autorii au argumentat necesitatea utilizării valorii AMH ca indice de apreciere

a rezervei ovariene [1].

Nivelul seric al AMH are un șir de beneficii comparativ cu alți markeri ai rezervei ovariene [212]. Inițial, nivelul plasmatic al AMH este stabil de la un ciclu menstrual la altul până la formarea foliculului dominant și corpului luteum [217, 220]. Comparativ, numărul foliculilor antrali și valorile FSH și E2 trebuie testate în primele 5 zile ale ciclului menstrual. De asemenea, unul dintre studiile recente a demonstrat că etnia nu influențează nivelul seric al AMH, contrar studiilor anterioare [2]. Cu toate că variațiile sunt minore, nivelul seric al AMH este util când numărul foliculilor antrali este imposibil de determinat, de exemplu la pacientele obeze, virgine sau cu ecogenitate diminuată. AMH este independent de axul hipotalamo-hipofizar și nu se modifică în așa patologie ca hiperprolactinemia, amenoreea funcțională hipogonadotropă sau hipogonadismul hipogonadotrop [16]. Nivelul seric al AMH poate fi influențat de o serie de factori care trezesc controverse. Obezitatea este frecvent asociată cu un nivel mai scăzut al AMH, dar nu în toate studiile [186, 207]. Există contradicții legate și de utilizarea contraceptivelor hormonale: unii autori susțin că COC nu diminuează rezerva ovariană, pe când alții argumentează prin studii scăderea acesteia până la 29-50%, fapt care poate fi explicat prin supresia secreției gonadotropinelor [194, 199].

Van Rooj, studiind minuțios importanța clinică a AMH în programele de FIV a constatat că nivelul acestui hormon depinde de vârstă, nivelul bazal al FSH, nivelul inhibinei B, numărul foliculilor antrali. AMH este, de asemenea, un indicator al răspunsului la stimularea ovariană și al prognosticului de sarcină. Fanchin R. și al., au stabilit că nivelul AMH are o corelație mai pronunțată cu numărul foliculilor antrali decât celelalte teste hormonale care apreciază rezerva ovariană (nivelul bazal al FSH, LH, inhibina B și estradiolul) [10]. Hazout A. și al., au stabilit importanța statistică a nivelului diferit al AMH în grupul pacientelor la care a survenit sarcina în programele de FIV și la cele la care sarcina nu a survenit, vârsta, nivelul bazal al FSH, LH, inhibina B și estradiolul nu se deosebeau în ambele grupe de paciente [5]. S-a apreciat că AMH este factorul care poate aprecia probabilitatea răspunsului negativ în programele de FIV, însă nu-l poate preveni [19].

Un grup de savanți francezi au stabilit că la aceleași femei nivelul AMH nu variază în diferite cicluri menstruale, în comparație cu nivelul bazal al

FSH, inhibinei B, estradiolului și numărul foliculilor antrali [10]. Ebner T. și al., au stabilit că valoarea AMH poate servi drept factor de estimare nu doar a numărului de oocite obținute în cadrul programelor de FIV, dar și a calității lor. s-a demonstrat că paciențele cu un nivel ridicat al AMH au o probabilitate mai mare de a obține oocite de bună calitate, decât cele cu nivel scăzut al acestui hormon [8]. Nivelul FSH nu determină calitatea oocitelor, iar frecvența fertilizării și dezvoltării embrionilor până la stadiul de blastocit nu depinde de nivelul AMH [7].

Conform datelor cercetătorilor britanici, nivelul AMH reflectă nu doar lipsa răspunsului la stimularea ovariană, dar și răspunsul extrem la preparatele FSH. După valoarea AMH poate fi prognozată probabilitatea nașterii unui copil viu după tratamentul conform programelor de FIV. Unii autori subliniază că determinarea nivelului AMH poate ajuta la alegerea unei doze individuale de FSH, în cazul stimulării superovulației [12].

Cercetătorii australieni au demonstrat că la paciențele cu nivel scăzut al AMH (mai puțin de 2 ng/ml) nu a survenit sarcina, spre deosebire de cele cu un nivel înalt al acestui hormon. La paciențele cu AMH scăzut s-a obținut un număr mai mic de oocite, de embrioni și o frecvență mai înaltă a avorturilor spontane până la 12 săptămâni. Dată fiind implicarea sa puternică în patofiziologia SOP, nivelul seric al AMH poate fi considerat standardul de aur în diagnosticul SOP, un criteriu mai sensibil de diagnostic al acestei patologii decât numărul foliculilor antrali, deoarece reflectă statusul hormonal real, comparativ cu numărul foliculilor antrali de dimensiuni extrem de mici, imposibili de ai vizualiza ultrasonografic [18].

În mai multe studii se confirmă că în SOP nivelul AMH este mai ridicat de 2-3 ori. De asemenea s-a demonstrat că nivelul AMH în sânge este în strânsă corelație cu hormonii testosteron, androstendion și cu numărul foliculilor antrali. La paciențele cu SOP testarea nivelului AMH poate înlocui numărarea ultrasonografică a foliculilor, dificilă la paciențele obeze. Trebuie menționat faptul că nivelul crescut al AMH în SOP este condiționat nu doar de numărul mare de foliculi care secretă AMH, dar și de secreția exagerată de AMH de către granuloza acestora. Nivelul ridicat al AMH în SOP depășește valorile normale încă înainte de menarhă, fenomen constat și la fiicele pacientelor cu această patologie. Estimarea nivelului AMH a permis stabilirea instalării tardive a menopauzei la paciențele cu SOP. Cele menționate sunt o dovadă a rolului incontestabil al AMH în patogeneză

za acestui sindrom [9].

Întrucât nu se știe din ce cauză în SOP foliculii rămân în dezvoltare și nu are loc dezvoltarea unui folicul dominant este dificil de a decide dacă nivelul ridicat al AMH este rezultatul stopării dezvoltării foliculilor sau această creștere joacă un rol patogenetic individual. Indiferent de caz, nivelul ridicat al AMH blochează aromataza și împiedică creșterea ulterioară a producerii estradiolului de către granuloză. Cauza unei producții atât de înalte de AMH în foliculii antrali ai pacientelor cu SOP nu este cunoscută, dar există dovezi ale corelației strânse cu hormonii androgeni. A fost raportată o corelație pozitivă dintre nivelul seric al androgenilor și al AMH, o altă sursă de producere a androgenilor ar putea fi defectul intrinsec al celulelor tecale din SOP.

Studiile au arătat că în celulele granuloase ale foliculilor pacientelor cu SOP există un număr crescut de receptoriFSH pentru androgeni, AMH, dar și un nivel crescut al ARNm, care contribuie la creșterea producerii acestui hormon. A fost constatată și scăderea producerii de AMH la creșterea nivelului FSH și, dimpotrivă, creșterea producerii de AMH ca răspuns la administrarea deLH. Nivelul AMH în celulele granuloase ale foliculilor, obținute de la femeile sănătoase, nu se modifică ca răspuns la administrarea în cultură a FSH și LH [6]. Toate aceste rezultate confirmă tulburarea secreției AMH la pacientele cu SOP. Probabil, nivelul ridicat al AMH în foliculii pacientelor cu SOP determină rezistența la FSH. De asemenea, se pare că LH stimulează producerea de AMH de către celulele granuloase la pacientele cu SOP [105]. Achiziționarea receptorilor LH de către celulele granuloase la pacientele cu SOP are loc mai timpuriu [67]. Unii autori au demonstrat că LH reduce expresia genei AMHRII în celulele granuloase, în ovarele normale și la pacientele cu SOP normo-ovulator, lucru imposibil în cazul pacientelor cu SOP non-ovulator. Așadar, acțiunea prematură a LH ar putea, de asemenea, să contribuie la arestul folicular printr-un mecanism care implică AMH.

Nivelul seric al AMH este corelat cu severitatea SOP [5] și este mai înalt în caz de hiperandrogenism [4] sau dacă este prezentă oligo-/ amenoreea [5]. Printr-o simplă testare serică a acestuia, un nivel ridicat al AMHpoate fi considerat un criteriu al hiperandrogenismului și poate fi folosit drept item de substituție a celui de-al doilea criteriu din clasificareade la Rotterdam. În cazul adolescentelor și al femeilor tinere cu SOP este dificil, uneori,

de a evalua ovarele ultrasonografic. De asemenea, poate fi dificil de a estima contribuția fiziologică sau patologică a acnee sau dereglărilor de ciclu menstrual, nivelul seric al AMH fiind în acest caz o alternativă reală recomandată de către Asociația Americană a Endocrinologilor Cliniciști [4]. Amer și al., studiind impactul COC asupra AMH la pacientele cu SOP și la femeile sănătoase, au stabilit că după 6 luni de administrare a COC nivelul AMH nu s-a modificat, pe când volumul ovarelor, numărul total al foliculilor, nivelul FSH, LH, estradiolului și testosteronului s-au micșorat, fapt confirmat statistic.

La moment există doar câteva studii care au examinat puterea de predicție a nivelului seric al AMH ca răspuns la administrarea CC. Mahran et al., au propus o valoare limită a AMH de 3,4 ng/ml mai sus de care se dezvoltă rezistență la CC, sugerându-se necesitatea administrării unei doze de CC mai mari din start. Administrarea Metforminei (în mediu 1500 mg/zi) pe parcursul a 6 luni pacientelor cu SOP a generat o scădere statistic considerabilă a valorii AMH. Hazaout și al., au studiat influența preparatelor agoniste ale liuliberinei în programele de FIV asupra unor indicatori ai rezervei ovariane: AMH, inhibina B, FSH, estradiolul și numărul foliculilor antrali. În baza rezultatelor obținute, autorii au ajuns la concluzia că desensitizarea hipofizei permite obținerea unui număr mai mare de foliculi capabili să răspundă la stimularea ovariană, ca indicator servind nivelul AMH.

Studiile demonstrează rezultate contradictorii în privința AMH și gonadotropinei. Unii autori susțin că gonadotropinele (în special FSH) inhibă producerea de AMH in vivo, în ovarele normale [193]. Alți autori [165] au înregistrat un nivel scăzut de producere a AMH în celulele granuloase ale pacientelor cu SOP stimulate cu FSH, nu și la femeile sănătoase. Un efect de stimulare a FSH asupra AMH a fost consemnat atât în ovarele femeilor sănătoase, cât și la pacientele cu SOP [184]. Studiile recentereconciliază concluzia precedentă: FSH poate stimula direct AMH în foliculii antrali mici atâta timp cât ei nu sunt supuși expresiei aromatazei. În foliculii mai mari, prin creșterea producerii de E2 cu recrutarea unui folicul dominant, FSH va avea un efect indirect inhibitor asupra expresiei AMH printr-un efect feedback negativ al E2.

Nivelul seric al AMH corelează cu severitatea hiperandrogenismului și cu caracterul ciclului menstrual (oligo-/amenoree) Din acest motiv, aprecierea acestui marker seric la pacientele cu SOP poate înlocui criteriile Rot-

terdam de diagnosticare a SOP. Fiind foarte des asociat cu anovulația, SOP este una dintre cauzele infertilității anovulatorii. Iată de ce nivelul seric al AMH reprezintă un criteriu de selecție a protocoalelor de tratament și este util la definirea strategiei optime în vederea realizării inducerii ovulației și restabilirii funcției reproductive. La moment există doar câteva studii care apreciază puterea predictivă a AMH la stimularea cu Clomifen Citrat. Mahran et al., au propus o valoare a AMH de 3,4 ng/ml drept limită a eficienței la stimularea cu CC, sugerând o rezistență la tratament în cazul valorilor mai mari și necesitatea administrării unei doze mai mari din start [6]. Nivelul seric al AMH rămâne a fi un criteriu predictiv extrem de util, în cazul stimulării cu FSH, în vederea evitării unei complicații severe precum sindromul de hiperstimulare ovariană, conform opiniei lui Broer și al., [6]. După nivelul AMH poate fi prognozat și răspunsul la stimularea ovulației la pacientele cu SOP.

Actualmente DOL reprezintă tratamentul de a doua linie al pacientelor cu SOP CC-rezistente, o alternativă a stimulării cu gonadotropine a acestora [123]. Utilitatea markerului AMH în prognosticul DOL a fost abordată [123] în două studii în vederea identificării valorii optime a AMH la pacientele supuse DOL, pentru a urgenta instalarea ciclurilor ovulatorii și survenirea sarcinii [4]. Referitor la administrarea COC pentru reglarea ciclului menstrual la pacientele cu SOP apare întrebarea dacă valoarea AMH se schimbă sau nu după administrarea de durată a acestora [169, 191, 192, 193]. Recent s-a demonstrat că la utilizarea curentă a COC în SOP, SHBG era ridicată, ceea ce determină diminuarea nivelului androgenilor, AMH și a numărului de foliculi antrali. Cu toate acestea, nici un studiu, până la moment, nu a demonstrat că administrarea de durată a COC reduce atât de mult nivelul AMH, încât ar putea pune în pericol fertilitatea.

Pentru a avea un efect hipoandrogenic în SOP este recomandată utilizarea COC în comun cu fracția de Drospirenolone sau Ciproteron acetat, sau Spironolactonă [6]. Unele studii au evaluat corelația dintre IMC, caracterul ciclului menstrual și valoarea AMH la pacientele cu SOP. Moran și al., [17] au obținut o reglare a ciclului menstrual la pacientele care au scăzut în greutate și care au avut din start un nivel mai scăzut al AMH. Nybaka și al., [18] de asemenea au înregistrat o îmbunătățire a funcției reproductive la pacientele obeze care au respectat un regim alimentar de slăbire și au avut un nivel al AMH mai scăzut [12]. S-a constatat o fluctuanță a valorilor AMH

după administrarea preparatului Metformina ca adjuvant în tratamentul pacienților cu SOP.

Dinamica nivelului AMH în faza luteală a ciclului menstrual, în protocolul de stimulare în vederea FIV, a fost studiată de un grup de cercetători francezi [15]. Aceștia au constatat că dinamica scăderii și creșterii nivelului AMH coincide cu dinamica estradiolului, pe când nivelul progesteronului crește treptat din prima zi de administrare a HCG până în a 8-a. Posibilitatea determinării hormonului AMH în sânge a deschis noi perspective în diagnosticul rezervei ovariene în caz de SOP și în grăbirea instalării sarcinii la aceste paciente.

Bibliografie

1. Назаренко Т. А. Синдром поликистозных яичников: современные подходы к диагностике и лечению бесплодия. Москва: Медпресс-информ, 2005. 208 с.
2. Bhide P., Gudi A., Shah A. et al. Serum anti-mullerian hormone levels across different ethnic groups: across-sectional study. In: BJOG., 2015, nr. 12 (122), p.1625-1634.
3. Coffey S., Mason H. The effect of polycystic ovary syndrome on health related quality of life. In: Gynecol. Endocrinol., 2003, vol. 17, p.379-386.
4. Crosignani P. G., Nicolosi A. E. „Polycystic ovarian disease: heritability and heterogeneity”. In: Hum. Reprod. Update, 2001, nr. 1 (7), p. 3-7.
5. Cook C. L., Seow Y., Brenner A.G. et al. Relationship between serum mullerian-inhibiting substance and other reproductive hormones in untreated women with polycystic ovary syndrome and normal women. In: Fertil. Steril., 2002, nr.1 (77), p.141-146.
6. Carlsen S. M., Vanky E., Fleming R. Anti-Mullerian hormone concentrations in androgen – suppressed women with polycystic ovary syndrome. In: Human Reproduction, 2009, vol. 24, p.1732-1738.
7. Deffieux X., Antoine J. M. Inhibins, activins and anti-Mullerian hormone: structure, signaling pathways, roles and predictive value in reproductive medicine. In: Gynecol. Obstet. Fertil., 2003, nr. 11 (31), p. 900-911.
8. Ebner T., Sommergruber M., Moser M. et al. Basal level anti-Mullerian hormone is associated with oocyte quality in stimulated cycles. In: Human Reproduction, 2006, nr. 8 (21), p.2022-2028.
9. Eilertsen T. B., Vanky E., Carlsen S. M. Anti-Mullerian hormone in the diagnosis of polycystic ovary syndrome: can morphologic description

be replaced? In: *Human Reproduction*, 2012, nr. 8 (27), p.2494-2996.

10. Fanchin R., Schonauer L. M., Righini C. et al. Serum anti-Mullerian hormone is more strongly related to ovarian follicular status than serum inhibin B, estradiol, FSH and LH on day 3. In: *Human Reproduction*, 2003, nr. 2(18), p. 323-330.

11. Fanchin R., Schonauer L. M., Righini C. et al. Serum anti-Mullerian hormone, inhibin B, estradiol, FSH and LH on day 3. In: *Human Reproduction*, 2009, nr. 2 (18), p.213-220.

12. Freeman E.W., Gracia C. R., Sammel M. D. et al. Association of anti-Mullerian hormone levels with obesity in late reproductive age women. In: *Fertil. Steril.*, 2007, nr.1 (87), p.101-107

13. Han X., McShane M., Sahertian R. et al. Pre-mixing serum samples with assay buffer is a prerequisite for reproducible anti-Mullerian hormone measurement using the Bekman Coulter Gen II assay. In: *Human Reproduction*, 2014, nr. 5 (29), p.1042-1050.

14. Hazout A., Bouchard P., Seifer D. B. et al. Serum anti-Mullerian appears to be a more discriminatory marker of assisted reproductive technology outcome than follicle stimulating hormone, inhibin B, or estradiol. In: *Fertil. Steril.*, 2004, nr.5 (82), p.1323-1326.

15. Knez J., Kovacic B., Medved M. et al. What is the value of anti-Mullerian hormone in predicting the response to ovarian stimulation with Gn-RH agonist and antagonist protocols? In: *Reprod. Biol. Endocrinol.*, 2015, nr. 1(13), p. 58.

16. Mahran A., Abdelmeged A., El-Adawy A. R. et al. The predictive value of circulating anti-Mullerian hormone in women with polycystic ovarian syndrome receiving clomiphene citrate: a prospective observational study. In: *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2013, nr. 10 (98), p.4170-4175.

17. Moran L.J., Pasquali k., Tende H.J. et al. Treatment of obesity in PCOS: a position statement of the Androgen Excess and polycystic Ovarian Society. In: *Fertil. Steril.* 2009, nr. 6 (92), p.1966-1982.

18. Nelson S. M. Anti-Mullerian hormone: is the writing on the wall for antral follicle count? In: *Fertil. Steril.*, 2013, nr. 5 (99), p.1563-1564.

19. Panidis D., Georgopoulos N. A., Piouka A. et al. The impact of oral contraceptives and metformin on anti-Mullerian hormone serum levels in women with polycystic ovary syndrome and biochemical hyperandrogenemia. In: *Gynecol. Endocrinol.*, 2011, nr. 8 (27), p.587-676.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА КАК ОСОБЫХ ОБЪЕКТОВ ГРАЖДАНСКОГО ПРАВА В ЦЕЛЯХ ТРАНСПЛАНТАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ

Игорь Арсени, доктор права, препод.

Борис Сосна, доктор права, конф. унив.

Комратский государственный университет

LEGAL REGULATION OF THE USE OF HUMAN BODIES AND TISSUES AS SPECIAL OBJECTS OF CIVIL LAW IN THE PURPOSE OF TRANSPLANTATION IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA: COMPARA- TIVE ASPECT

The topic of donation and transplantation of human organs is recognized as very relevant. Firstly, transplantology is a promising area that allows to overcome the most serious diseases. Secondly, it requires a significant amount of financial and material resources. Thirdly, given the demand for transplantology, the main factor in inhibition here is the shortage of donor organs.

Тема донорства и трансплантации органов человека признается весьма актуальной. Во-первых, трансплантология является перспективной сферой, позволяющей преодолеть самые серьезные заболевания. Во-вторых, она требует значительного количества финансовых и материальных ресурсов. В-третьих, с учетом востребованности трансплантологии здесь главным фактором торможения является дефицит донорских органов. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (далее - ВОЗ), за 2017 год было осуществлено 119,873 тыс. пересадок органов. Начиная с 2008 года ежегодный рост в количестве совершаемых операций составляет 1,8%. В 2017 году 27,397 тыс. умерших граждан стали посмертными донорами своих органов [2]. Но даже при таких цифрах количество пересаживаемых органов соответствует лишь 10% расчетной потребности. Также следует учитывать, что существует целый ряд стран мира, в которых трансплантология отсутствует как отрасль здравоохранения в структуре социальной сферы. Оценка уровня развития трансплантологии в Республике Молдова коррелирует с международной оценкой. В 2016 году количество пересадок,

осуществленных в Республике Молдова, увеличилось вдвое по сравнению с 2015 годом. Так, если в 2015 году было проведено десять пересадок почек, то в прошлом году их число достигло 22. Для 14 из них были изъяты почки от доноров с мозговой смертью, а для остальных восемь – от живых доноров. Если в 2015 году были выполнены только четыре пересадки печени, то в 2016 году было девять операций. Органы были взяты от восьми посмертных доноров и от одного живого донора. Количество пересадки роговицы так же почти удвоилось, достигнув 28 операций такого типа. Больше всего на протяжении прошлого года было сделано пересадок ткани – около 600 операций [14]. Число граждан, стоящих в очереди на дорогостоящее хирургическое вмешательство, из года в год растет. В связи с этим, медики намерены увеличить количество операций по пересадке почек на 60%, а по пересадке печени — на 45%. В министерстве здравоохранения, труда и социальной защиты отмечают, что для реализации этих целей, необходимо модернизировать лабораторию, в которой берут иммунные тесты у доноров и потенциальных пациентов, а также обеспечить снабжение всех больных специализированными иммунными лекарствами. Новое оборудование и новое здание также обещают и Банку тканей, который специализируется на трансплантации кожи. В настоящее время медчиновники не скрывают, что возможности по обработке кожи, предназначенной для трансплантации, снижены. До 2021 года власти намерены создать национальную сеть, которая будет координировать отбор проб органов и тканей. Так, в Бельцах и Кагуле планируется открыть соответствующие центры. Приблизительная стоимость внедрения Национальной программы по трансплантологии оценивается в 419 миллионов 454 тысячи леев [15]. В-четвертых, трансплантология вбирает в себя значительное количество проблем биоэтического характера, что требует не только юридического, но и морального осмысления. И в-пятых, начало развитию трансплантологии положено именно в нашей стране. Напомним, что первую в мире операцию по трансплантации провел хирург Ю.Ю. Вороной (1895 - 1961) в г. Херсоне: 26-летней женщине 3 апреля 1933 г. была пересажена почка скончавшегося 60-летнего мужчины. Больная прожила с чужой почкой более двух суток. Одним

из родоначальников мировой трансплантологии считается советский ученый Владимир Петрович Демихов (1916 - 1998) - биолог, физиолог, хирург-экспериментатор.

В Республике Молдова отношения по трансплантации органов и тканей регулируются Законом «О трансплантации органов и тканей» №42 от 06.03.2008г. (далее –Закон) [4]. Данный Закон определяет правовую базу регулирования трансплантации всех органов, тканей и клеток человека, включая гематопозитические 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 гематопозитические клетки), органов, тканей и клеток, полученных от животных, крови и ее компонентов.

Основными принципами в области трансплантации являются:

- a) 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;
- b) 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;
- c) обеспечение качества путем соблюдения профессиональных стандартов и обязательств при любом вмешательстве в области трансплантации органов, тканей и клеток;
- d) прослеживаемость посредством обеспечения идентификации подлежащих пересадке органов, тканей и клеток - в процессе их изъятия, хранения и распределения - от донора получателю и наоборот;
- e) защита прав и свобод личности и предупреждение торговли частями человеческого тела;
- f) справедливый доступ пациентов к трансплантационным услугам.

В статье 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 статье 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 статье 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 (ст. 158 Уголовного кодекса РМ). 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 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) [6]. Государства взяли на себя обязанность активного вмешательства в сферу трансплантационных правоотношений.

Законодательство государств Западной Европы, в частности ФРГ и Великобритании, и законодательство США держатся рамок международно-правовой доктрины.

В частности, законодательство ФРГ о трансплантации, устанавливая уголовно-правовой запрет на коммерческое донорство, любые коммерческие сделки с объектами трансплантации, отдает приоритет посмертному донорству. Государство использует договорные механизмы, учитывая волю донора и его родственников в "расширенной модели посмертного донорства [3, с.207]. При отсутствии разрешения или возражения донора, когда родственники знают о воле донора, либо в процессе переговоров с врачом они могут подтвердить наличие такой воли и разрешить изъятие органа [13]. Договорный механизм прижизненного донорства ограничивается публичным институтом комиссии, создаваемой в соответствии с правом земель ФРГ. Комиссия включает врача, не участвующего в пересадке органа и не подчиняющегося врачу, участвующему в пересадке, лицо с возможностями работать судьей и специалиста

по психологическим вопросам. Она выступает публичным гарантом добровольности волеизъявления донора и реципиента.

По "Акту об анатомическом даре" США, Секция 8, анатомический дар (Акт донорства) может быть сделан во время жизни дарителя с целью трансплантации, терапии, исследования или науки. Даритель может сделать анатомический дар (форма посмертного донорства) путем обозначения согласия на анатомический дар на водительских правах дарителя или удостоверении личности; в завещании; во время смертельной болезни или тяжелых ранений дарителя, в любой форме, выраженной в присутствии как минимум двух совершеннолетних свидетелей, по крайней мере, один из которых является незаинтересованным свидетелем. Даритель или другой человек, уполномоченный сделать анатомический дар, могут оформить анатомический дар и картой дарителя [11]. В США договорные механизмы получили наибольшее распространение при посмертном донорстве, в частности применяется "расширенная модель посмертного донорства". Государство расширяет сферу возможного использования объекта трансплантации, устанавливая уголовный запрет на коммерческое донорство. Судебная практика признает объект трансплантации вещью, что, однако, не находит поддержки у законодателя [8, с.5].

Следует отметить, что законодательство Великобритании о трансплантации сосредоточено в "Акте о человеческих тканях" 2004 г., который предусматривает необходимость наличия генетической связи между донором и реципиентом. Также установлен уголовно-правовой запрет в отношении коммерческого донорства [12].

В государствах СНГ законодательство о трансплантации, в частности, закон Республики Беларусь от 4 марта 1997 г. N 28-3 "О трансплантации органов и тканей" в ст. 3 указывает, что органы и ткани человека не могут быть объектом гражданско-правовых сделок, за исключением сделок, носящих безвозмездный характер [5], т.е. они признаны вещами, ограниченными в обороте. Также указано на необходимость генетической связи донора и реципиента.

Зарубежное и международное законодательство о трансплантации, как правило, признает органы и ткани объектами *suī generis*, ограниченными в обороте, устанавливая уголовный

запрет на коммерческое донорство. Государство выступает в качестве основного регулятора правоотношений в сфере трансплантации органов и тканей, допуская ограниченное использование договорного механизма в сфере посмертного донорства.

В современной цивилистике органы и ткани большинством исследователей рассматриваются в ключе либо вещей [9, с.13], либо особых объектов права [1, с.6], реже - личных нематериальных благ, таких как здоровье и право на телесную неприкосновенность [7, с.101].

Вывод. На наш взгляд, отталкиваясь от цивилистического подхода к правовой сущности органов и тканей, последние - особые объекты гражданского права, причем вещного характера. Объекты трансплантации до отделения и после трансплантации получателю суть нематериальные блага, выраженные в праве на здоровье, телесную неприкосновенность, а также праве на достойное отношение к телу после смерти. В момент отделения возникает новый объект, который в силу тесной личностной связи с донором (генетический код, производность тканей) невозможно однозначно отнести к вещам, но, несомненно, следует признать его вещную природу, поскольку он - предмет материального мира, который может быть в обладании человека и который служит удовлетворению его потребностей.

В отношении объектов трансплантации должно возникать особое вещное право - право трансплантационного использования. Оно имеет абсолютный характер, но ограниченный во времени и осложненный целью использования - осуществление трансплантации в целях спасения жизни и восстановления здоровья реципиента. Право трансплантационного использования передается на возмездной (безвозмездной) основе вместе с объектом трансплантации медицинскому учреждению, имеющему лицензию на забор и хранение объектов трансплантации, по договору донорства. Последнее осуществляет распоряжение данным объектом путем осуществления его имплантации в организм реципиента. Отношения донорства и трансплантации должны регулироваться договорным механизмом.

По договору возмездного донорства одна сторона (донор) обязуется передать вещь (объект трансплантации) на праве

трансплантационного использования другой стороне (медицинскому учреждению), а медицинское учреждение обязуется изъять объект трансплантации из организма донора при непричинении его здоровью существенного вреда, принять изъятый объект трансплантации и уплатить за него определенную денежную сумму (цену), определяемую капитализацией вреда здоровью. По договору безвозмездного донорства (элементы договора дарения) акт донорства осуществляется в форме пожертвования. По договору трансплантации исполнитель (медицинское учреждение) обязуется оказать услуги по имплантации объекта трансплантации в организм реципиента, а реципиент обязуется оплатить эти услуги. Причем оплата трансплантационных услуг осуществляется через систему обязательного медицинского страхования.

Несмотря на то, что в большинстве государств закреплён запрет на возмездное донорство, исключения составляют Иран, Турция и Индия, где сфера трансплантационных услуг от этого не криминализуется [10, с.31].

Предложение. По нашему мнению, государство должно отказаться от "презумпции согласия" на посмертное донорство, признав оптимальность договорного механизма "расширенной модели". В случае прижизненного и посмертного донорства в Республики Молдова, как нигде, необходимо обязательное участие в качестве гаранта добровольности Акта донорства независимой медико-правовой комиссии - представителя публичной власти.

Библиография

1. Аполинская Н.В. Биологические объекты человека в гражданском праве Российской Федерации: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Иркутск, 2009.157с.
2. Глобальная обсерватория по донорству и трансплантации. In: <http://www.transplant-observatory.org>. (посещен: 09.10.2018).
3. Дубовик О.Л., Жалинская А.А. Законодательство ФРГ о трансплантации органов и тканей. В журн: Журнал Российского права, 1998, № 10, с. 206-212.
4. Закон Республики Молдова «О трансплантации органов и тканей» № 42 от 06.03.2008. В сб.: Monitorul Oficial, № 8, 25.04.2008. p. 2-10.
5. Закон Республики Беларусь от 4 марта 1997 г. N 28-3 "О

трансплантации органов и тканей". В журн: Ведомости Национального собрания Республики Беларусь, 1997, № 9, Ст. 196. с.1-15.

6. Конвенция Совета Европы "О защите прав человека и человеческого достоинства в связи с применением биологии и медицины». Овьедо, 4 апреля 1997г. //https:// studfiles. net /preview /2244546 /page:3/ (посещен: 10.10.2018).

7. Красавчикова Л.О. Понятие и система личных неимущественных прав граждан (физических лиц) в гражданском праве Российской Федерации. Екатеринбург: Изд-во Урал. юрид. акад., 1994. 199с.

8. Майфат А.В., Лисаченко А.В. Тело человека, его отдельные части как объекты правового воздействия: Некоторые предложения для обсуждения. В журн: Юридический мир, 2002, № 2, с. 4-15.

9. Малеина М.Н. Статус органов, тканей, тела человека как объектов права собственности и права на физическую неприкосновенность. В журн: Законодательство, 2003, № 11, с. 13-20. 10. Степанова Е.Н. Трансплантация органов человека: мировой опыт и Россия (гражданско-правовой аспект): Дис. ... канд. юрид. наук. Москва, 2004. 228с.

11. Anatomical gift act. In: Code of national conference of commissioners on uniform state laws, 2006, July 7 – 14. (посещен: http://www.uniformlaws.org/shared/docs/anatomical_gift/uaga_final_aug09.pdf (посещен 10.10.2018).

12. Human tissue act - 2004. URL. In: http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2004/ukpga_20040030_en_1. (посещен: 10.10.2018).

13. Transplantationsgesetz-TPG. In Bundesgesetzblatt. Jahrgang, 1997, Teil 1. N 74, s.2631 - 2638.

14. В Молдове делают больше операций по пересадке органов//In: https://noi.md/ru/news_id/204553 (посещен: 09.10.2018).

15. Трансплантация органов: перед хирургами Молдовы ставятся новые задачи. In: <https://ru.sputnik.md/society/20160901/8830648.html> (посещен: 09.10.2018).

ASPECTE PSIHOLOGICE ALE FAMILIILOR COPILOR CU NEVOI SPECIALE

Margareta Cărăruș, asist. univ.

Globa Nina, asist. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF FAMILIES WITH CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS

The families of children with disabilities are faced with a lot of specific problems and main challenges. Sometimes they also need professional help. This article try to contribute to the parents psychological learning, viewing suitable education for children with special requirements, focused on quality education. The classification seeks to improve parents understanding and change their attitude toward disability.

Apariția unui copil pe lume este o experiență față de care nu suntem întotdeauna suficient de pregătiți, nu avem claritate în ceea ce privește acțiunile noastre, nu avem așa-zisul manual de utilizare. Și cu atât mai mare este provocarea în cazul unui copil cu nevoi speciale, părinții se trezesc față în față cu dileme și mai accentuate, disperați și debusolați de neașteptata ”lovitură de fulger”.

În familiile copiilor cu nevoi speciale zilnic apar provocări ce riscă să deterioreze relațiile dintre membrii familiei, fie că e vorba de atenția specială pe care o necesită copilul cu dizabilități sau de costurile financiare necesare tratamentului/recuperării copilului. Aspectele cauzatoare de stres sunt: aflarea diagnosticului, îngrijorarea cu privire la evoluția copilului, integrarea în comunitate etc. Frații copiilor cu nevoi speciale pot simți ca stresante anumite situații: momentul nașterii fratelui/surorii; particularitățile bolii (modurile de manifestare), plasamentul viitor (această responsabilitate revine fraților în cazul în care părinții se îmbolnăvesc sau intervine decesul acestora) și decesul fratelui/surorii bolnav (e). Dificultăți apar și din cauza spitalizărilor frecvente, rutina familiei fiind astfel perturbată, părinții petrecând mai mult timp cu copilul bolnav, în detrimentul fraților/surorilor acestuia. Prin urmare pot apărea gelozia și unele sentimente contradictorii.

Indiferent de tipul de afecțiune sau dizabilitate pe care o prezintă copilul se observă că în cele mai multe cazuri părinții se culpabilizează într-o măsură extrem de ridicată pentru tulburarea de care „suferă” copilul. Astfel

primii care au nevoie de ajutor sunt părinții, însă adesea se întâmplă ca aceștia să-și neghe stările, nevoile, temerile sale. Nevoile părinților vorbesc despre efectele declanșate de vești care destramă, care demontează, vești care duc la separare sau la divorț, vești care îi dezarmează pe părinți în fața necunoscutului.

A fi părintele unui copil cu nevoi speciale înseamnă a da dovadă uneori de capacități supraomenești, de a învăța continuu, de a iubi, de a rezista, de a spera.

Specialiștii indică următoarele stadii de adaptare a familiei copilului cu dizabilități:

Șocul inițial - părinții trăiesc o stare de confuzie, mâhnire și îngrijorare. Când informația despre diagnostic este oferită sporește furia și dezorganizarea familiei.

Negarea, refuzul - se caracterizează prin încercări de negare a stării copilului, părinții își insuflă și enunță precum că copilul nu este chiar atât de afectat cum li s-a spus. La această etapă membrii familiei pot surprinde specialiștii prin așteptări irealiste vizavi de viitorul copilului. Dar aceste expectații optimiste nu înseamnă că părinții nu înțeleg diagnosticul, ci mai degrabă reflectă nevoia familiei de a păstra speranța.

Eforturile de depășire - părinții realizează că copilul lor nu va fi ca ceilalți și încearcă să întreprindă anumite acțiuni care ar facilita dezvoltarea copilului. Este perioada în care părinții renunță la imaginea copilului sănătos sau „așa ca toți” și dezvoltă o altă imagine despre abilitățile de viitor ale copilului.

Acceptarea sau „Trăiește-ți viața!” - faza finală a procesului de adaptare este cea de acceptare a copilului, așa cum este („așa cum l-a dat Dumnezeu”), adaptarea la probleme adăugătoare, continuarea vieții [6].

Limitele stadiilor de adaptare:

- Etapele descrise mai sus se bazează doar pe observații clinice, adică nu sunt confirmate prin cercetări științifice;
- Nu toate familiile trec prin toate etapele de adaptare, iar unele se adaptează mai bine decât altele;
- Stadiile sunt reversibile, deoarece anumite evenimente pot cauza returnarea familiei la una din etapele precedente;
- Fiecare membru al familiei se poate afla în același timp la diferite etape.

În general, părinții reacționează prin supraprotecție, acceptare, negare sau respingere. Aceste reacții au determinat gruparea părinților în următoarele categorii:

1) Părinți echilibrați

Caracteristica acestei familii constă în realismul cu care membrii ei privesc situația. Ei ajung rapid în stadiul de acceptare, se maturizează și pornesc la acțiune. După ce cunosc situația reală a copilului, ei își organizează viața în așa fel încât să acorde atenție copilului cu nevoi speciale.

În funcție de diagnostic și de prognostic, părinții vor găsi resursele necesare pentru a acționa singuri sau cu ajutorul celorlalți membri ai familiei pentru a-l ajuta "pe cel mic". Parintii știu: "ce este necesar", "când și cum trebuie oferit", "ce, cum și cât de mult" poate cere copilului cu nevoi speciale. Aceste reguli constituie un adevărat ghid al comportamentului față de copil. Părinții unui copil cu deficiențe îndeplinesc teoretic aceeași funcție ca și părinții unui copil sănătos. Ei trebuie să rămână în primul rând părinți. Părinții unui copil surd, paralizat nu au nimic de făcut pentru a-l ajuta. Această atitudine aparține părinților echilibrați care privesc toate problemele cu calm. Acești părinți joacă un rol important în medierea relației dintre copil și mediul exterior. Ei mențin un climat de toleranță și de egalitate în sânul familiei și în societate.

Un copil cu deficiență, chiar dacă este susținut are probleme legate de comportamentul natural în fața unei persoane străine. În acest caz, părinții joacă un rol de tampon sau de mediator între două persoane. Aceasta intervenție va permite depășirea jenei și tensiunilor ce pot apărea în cadrul relațiilor interpersonale. Rolul de mediator este ușor de îndeplinit de către părinții echilibrați, care abordează totul cu calm.

În cadrul unei familii echilibrate copilul cu deficiență are drepturi și obligații egale. Ei trebuie să aibă relații de reciprocitate și de egalitate cu frații și cu surorile sale, să se simtă "ca toată lumea". Dacă se simte egal în familie, el va ajunge să se simtă egal și în societate. Practic, familia joacă rolul unui laborator în care copilului cu deficiență i se oferă oportunitatea de a-și găsi locul și de a se obișnui cu situația în care se află. În acest context copilul se dezvoltă în armonie cu cei din anturajul său, care-i acceptă dificultățile.

Familia impune copilului unele restricții, încurajează activitățile gospodărești și mai ales pe cele de autoîngrijire, stimulează abilitățile fizice și sociale ale copilului. O persoană cu deficiență are nevoie de a fi recunoscută pentru ceea ce este și așa cum este. Atmosfera familială va fi caldă doar atunci când fiecare membru își ocupă locul care îi aparține.

Părinții echilibrați sunt calmi, deschiși și își manifestă frecvent dra-

gostea. Căldura implică deschidere către cei din jur, plăcere, atenție, tandrețe, atașament. Acești părinți zâmbesc des, își încurajează copiii fără a folosi critici permanente, pedepse, amenințări. Copiii acestor părinți vor fi atenți, prietenoși, cooperanți și stabili emoțional.

2) Părinții indiferenți

Acești părinți reacționează printr-o hipoprotecție, prin nepăsări, lipsă de interes. La o astfel de situație se poate ajunge prin: lipsă de afecțiune, suprasolicitarea copilului, respingere.

Lipsa de afecțiune - părinții demonstrează copiilor o lipsă de interes, de afecțiune, de îngrijire. Frecvent, acești părinți, sunt reci, ostili, își ceartă copilul pentru nimic, îl pedepsec sau îl ignoră. În aceste familii au loc certuri frecvente, iar copilul este antrenat în disputele dintre părinți.

O altă categorie de părinți lipsiți de afecțiune sunt cei care nu pot accepta sacrificarea vieții profesionale.

Pentru copilul cu deficiență situația este foarte dificilă. El se confruntă cu numeroase probleme pe care nu le poate depăși sau compensa. Dacă copilul nu este ajutat să le depășească, se ajunge la situația de eșec. Sentimentul de inferioritate care apare datorită eșecurilor ajunge să fie trăit intens, devenind traumatizant. Frecvent, în această situație, copilul renunță ușor la eforturi, deoarece nu are o satisfacție mobilizatoare și ajunge la soluții ușoare sau la abandon școlar.

Suprasolicitarea copilului apare atunci când părinții nu țin cont de posibilitățile reale ale acestuia. Părinții unui copil cu deficiențe au o reacție de negare a problemelor. Ei consideră copilul "ca toată lumea" și-i cer rezultate asemănătoare celor ale fraților și surorilor sănătoase. În acest caz, apare o suprasolicitare, care se soldează cu eșecuri demoralizatoare. În situația eșecului părinții reacționează prin reproșuri și chiar pedepse repetate, care duc la apariția sentimentului de neputință, incapacitate și inutilitatea efortului.

Respingerea este o altă modalitate de hipoprotecție. Copilul cu deficiență este mereu comparat cu frații și surorile sănătoase și ridiculizat.

Părinții se detașează emoțional față de copiii cu deficiență, dar le asigură o îngrijire corespunzătoare. Atitudinea de respingere se manifestă mai mult sau mai puțin deschis, sub forma negării oricărei calități sau valori a copilului, care este permanent ignorat și minimalizat. Aceste situații apar atunci când copilul nu a fost dorit. Părinții consideră că nu au nici un fel de ob-

ligații față de copilul lor. Chiar și în fața legii ei își declină responsabilitatea.

3) Părinții exagerați

Cel mai obișnuit răspuns, mai ales din partea mamei, este supraprotecția, o sursă de dependență. Acest comportament împiedică copilul să-și dezvolte propriul control, independența, inițiativa și respectul de sine.

Supraprotecția este un element negativ, generând neagații atât din partea părinților, cât și din partea copiilor. Părinții care se simt vinovați, devin exagerat de atenți, transformând copilul într-un individ dependent și solicitant pentru familie. Această permanentă solicitare va genera reacții de nemulțumire și ostilitate din partea părinților, reacții care-l vor face pe copil să devină nesigur. Pentru copiii cu deficiențe această situație este foarte dificilă, întrucât ei nu beneficiază de un regim care implică stimularea și antrenarea în activitățile casnice.

Acești părinți vor reuși "marea performanță" de a crește un copil singuratic, lipsit de posibilitatea de a-și manifesta propria personalitate. Copilul se va confrunta cu greutățile vieții, dar nu va fi capabil să le facă față, deoarece nu a căpătat instrumentele cu ajutorul cărora să acționeze și să se apere.

4) Părinții autoritari

Acest tip de reacție este tot o formă de hiperprotecție a părinților cu o voință puternică.

Acești părinți își controlează copiii într-o manieră dictatorială. Ei stabilesc reguli care trebuie respectate fără întrebări. Copilul este transformat într-o marionetă, este dirijat permanent, nu are voie să-și asume răspunderi și inițiative, i se pretinde să facă numai "ce", "cât" și "cum" i se spune. Un astfel de comportament din partea părinților are efecte negative, deoarece copilului i se anulează capacitatea de decizie și acțiune.

Uneori autoritatea pune în evidență atenția acordată copilului și grija pentru o îndrumare corespunzătoare. Acest tip de autoritate este justificat mai ales în situația unui copil cu probleme. În aceste cazuri, tânărul este întrebă, participă la discuții, dar în final tot părinții decid, în funcție de părerile lor.

5) Părinți inconsecvenți

Oscilează de la indiferență la tutelă. Cel mai adesea este vorba despre părinți instabili, nesiguri și incapabili de a opta ferm pentru o anumită atitudine. Alteleori copilul este "pasat" la diferiți membri ai familiei, fiind supus unor metode educative diferite, adesea contradictorii.

Crescuți într-un mediu inconstant, lipsit de metode stabile, copilul devine nesigur și ușor de influențat de persoane rău intenționate.

Interacțiunea părinte-copil este conceptualizată ca fiind bidimensională (Bel land Harper, 1977). Factorii care au o influență cantitativă și calitativă directă asupra interacțiunii copilului în mediul familial sunt:

- satisfacția maritală a părinților;
- numărul de frați și surori în familie;
- statutul socio-economic și de educație al familiei;
- sistemul de suport;
- competențele copilului.

Factorii indirecti sunt:

- politicile de stat și naționale (Garbarino, 1990).

Deseori, părinții sunt percepuți ca fiind cei mai buni experți în dezvoltarea copilului. Dar părinții, ca și copiii, nu pot fi perfecți, ei au dreptul de a nu cunoaște anumite lucruri, de a greși. Rolul specialistului este de a ajuta părinții să conștientizeze și să accepte copilul așa cum este, precum și să înțeleagă și să accepte propria imperfecțiune (Mahoney et al., 1999). Întrucât familia reprezintă un actor important în adaptarea psiho-socială, părinții sau aparținătorii care au copii cu nevoi speciale au nevoi la rândul lor, nevoi de suport psihologic și social, sprijinire și orientare către consiliere și psihoterapie pentru familiile aflate în dificultate, participarea la cercuri de discuții în care să-și poată împărtăși unii altora din experiențele și dificultățile trăite de-a lungul timpului.

Puși față în față cu o situație de stres major în care e necesar să înfrunte diagnosticul pe care îl are copilul cu nevoi speciale, părinții/aparținătorii reușesc de multe ori să se mobilizeze, să-și folosească toată energia și toate eforturile și resursele de care dispun pentru a depăși astfel de situații.

Bibliografie

1. Gherguț A. Psihopedagogiapersoanelor cu cerințespeciale. București: EdituraPolirom, 2006. 202 p.
2. Goffman E. Stigmat, les usages sociaux des handicaps. Paris: Les Editions de Minuit, 1975. 176 p.
3. Horga I., Jigău M. (coord.). Situația copiilor cu cerințe educative speciale incluși în învățământul de masă. București: EdituraVanemonde, 2009. 144 p.
4. Pediatric occupational therapy and early intervention. Edited by Jane Case-Smith, 1998. 280 p.

5. Vrăsmaș E. Consiliereașieducațiapărinților. București: Aramis, 2002. 176 p.
6. Ianachevici Mariana. Jumătate din copiii din internatele din Republica Moldova au căpătat o familie. În: https://www.unicef.org/moldova/ro/11941_20966.html (accesat: 15.10.2018).
7. Probleme psihologice ale familiei copillului cu dizabilități. În: <http://www.voinicel.md/index.php?pag=news&tid=725&rid=456&l=ro> (accesat: 04.10.2018).

ASPECTE PRIVIND IMPLICAREA SECTORULUI PRIVAT ÎN REFORMA SĂNĂTĂȚII

Ludmila Goma, dr. în șt. econ., conf. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

ASPECTS OF THE PRIVATE SECTOR INVOLVEMENT IN THE HEALTH REFORM

The involvement of the private sector in the health reform, in the conditions that the medical system can not be sustained only by the state, is essential. This will lead to one increase of the competition's degree between doctors and to better control, optimized management of the medical services and their quality.

Actualitate. La ziua de azi Sistemul sănătății include o combinație de instituții medico-sanitare publice și private, cât și agenții și autorități publice implicate în prestarea, finanțarea, reglementarea și administrarea serviciilor de sănătate. Reformele implementate până în prezent au dus la îmbunătățiri semnificative, dar procesul de reformă este mai degrabă unul continuu, decât unul ad hoc. Conform Portalului guvernamental al datelor deschise (17.09.2017), în țară activează: - 244 Instituții medico-sanitare private acreditate, 7 neacreditate și încă 4 condiționat acreditate; - 16 laboratoare clinice; - 453 cabinete stomatologice.

Tabelul 1. Distribuția IMSP acreditate, conform anului de începere a activității

Anul	Numărul de instituții	Anul	Numărul de instituții
2002	1	2010	24
2003	1	2011	26

2004	5	2012	27
2005	2	2013	38
2006	4	2014	23
2007	11	2015	23
2008	8	2016	22
2009	15	2017	14

Numeroase servicii medicale sunt prestate de sectorul privat (în special prestatori de asistență medicală specializată de ambulator, laboratoare diagnostic, farmacii, și mai puțin frecvent, prestatori de asistență medicală primară și spitalicească).

Prestatorii de asistență medicală privată pot fi contractați de CNAM [4]

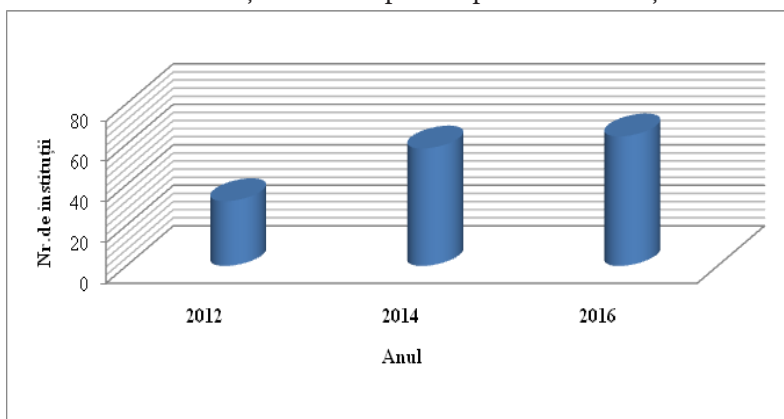


Figura 1. Numarul IMSP contractate de CNAM pe parcursul a 5 ani

Astfel, la moment sectorul medical privat din țară devine o opțiune pentru un șir de pacienți care solicită specialiști și servicii care nu pot fi găsite în instituțiile publice de sănătate, metode eficiente de tratament, garanția siguranței, standarde internaționale, servicii centrate pe pacient. Cu toate acestea, sectorului medical privat îi revine 3% din totalul serviciilor medicale prestate cetățenilor R. Moldova, pe când în țările Europene acestea au o proporție de 20-25%.

În contextul unui sector medical privat subdezvoltat și al unei legislații imperfecte în domeniu, la data de 11 noiembrie 2014 Ministerul Sănătății a inițiat o întâlnire cu reprezentanții mediului medical privat, pentru a

consolida sectorul și a stabili un dialog eficient între furnizorii privați de servicii medicale și autorități. În urma discuțiilor, 8 centre medicale private din Moldova au inițiat crearea unei asociații a furnizorilor privați de servicii medicale, cu scopul de a accelera dezvoltarea serviciilor medicale de calitate, competitive și accesibile pentru fiecare cetățean al Republicii Moldova. Pe data de 28 noiembrie 2014 Uniunea Instituțiilor Medico-Sanitare Private din Republica Moldova a fost înregistrată la Ministerul Justiției. Organizația și-a propus să devină o platformă care facilitează comunicarea dintre autorități și sectorul medical privat și public. Ministerul Sănătății a susținut fondarea asociației, deoarece acest fapt contribuie direct la dezvoltarea serviciilor medicale competitive. La scurt timp după înregistrare, pe 27 februarie 2015, UIMSP a devenit membră a prestigioasei Uniuni Europene a Spitalelor Private – European Union of Private Hospitals, confederație acreditată de Parlamentul European. Statutul de membru obținut de UIMSP este o reconfirmare a serviciilor de calitate oferite de medicina privată din Moldova, prestate conform celor mai înalte standarde internaționale [4].

Conform tabelului 1, observăm ca numărul IMSP, este în creștere din an în an, altele așteptându-și dreptul la activitate în timpul apropiat, și ne rămâne a stabili care este succesul, acestei ascensiuni din sectorul privat, care sunt atu-urile acestor instituții, prin ce se remarcă în sistemul de sănătate din țară, care sunt lacunele lui, dar și prognosticul de viitor.

Scopul cercetării analiza mediului organizațiilor medicale private și evidențierea unor argumentelor pentru implicarea sectorului privat în reformarea sănătății.

Material, metode. 2 chestionare statistice-unul adresat IMS private, al-tul pacienților acestor instituții (100 pacienți); Cercetarea selectivă: selecția totalității parțiale supusă studiului, astfel încât să fie reprezentativă pentru totalitatea integrală, s-a efectuat prin selecția mecanică (sistemică) Analiza SWOT.

Rezultate și discuții.

Factorii mediului intern al instituțiilor medicale private din țară:

1. Scopurile: de a acorda servicii medicale de înaltă calitate, după cele mai desăvârșite standarde; aplicarea echipamentelor medicale și a tehnicilor de ultimă generație - 38% din instituțiile intervievate, au răspuns că dispun de o invenție, un brevet; dovada că urmăresc scopul calității sunt

și colaborările cu instituțiile internaționale - 82% din intervievați; alt scop este de a avea cel mai performant personal medical-scop care este atins cu perfecționarea susținută de către instituție (57,1% din 80,7%-personal ce efectuează perfecționări la un anumit interval de timp),iar la general imaginea pozitivă și reputația constructivă, rămâne un scop atins de către toate instituțiile (76,9%-afirmă acest fapt,iar restul 23,1 % tind spre îmbunătățiri).

2. Structura organizației: interrelația logică a nivelurilor de conducere și a ramurilor funcționale, construită astfel încât să permită atingerea mai eficientă a scopurilor organizației [3].

Ținând cont de cel 2 concepții ce stau la baza structurii organizației: diviziunea specializată a muncii și sfera controlului, atunci acestea se respectă numai de cât - 88,4% din intervievați,au afirmat ca diviziunea muncii este un principiu ce stă la baza dirijării în instituția sa.

De asemenea structura organizației medicale private este afirmată și prin organigrama implementată, fără de care nu ar fi posibilă înființarea instituției. Fiecare organigramă reflectă o diviziune a muncii pe orizontală-separarea personalului în dependență de specialitate,fiecare răspunzând de activitatea sa, cât și o diviziune pe verticală,în care sunt incluși conducătorii instituției-de le cei de nivel superior(directorul general), mediu (șefii de departamente,contabil-șef), până la cel de nivel inferior.

3. Sarcinile instituției: 76,9% din instituțiile cercetate, au sarcina de a acorda servicii medicale unui număr mai mare de 1000 pacienți pe an; altă sarcină este cea de a face față concurenței apreciată ca fiind mare și foarte mare de către 96,1% din intervievați;de a motiva personalul medical, și de a-și menține o reputație bună în timp.

4. Tehnologia: Îndeplinirea sarcinilor include folosirea unei tehnologii concrete ca mijloace de prelucrare a materialului intrat în forma obținută la ieșire [3]. Pentru a acorda servicii medicale eficiente,instituțiile medico-sanitare private utilizează forțe de muncă înalt calificate (79%-din intervievați au apreciat suprem angajații săi), totodată pentru a spori eficacitatea serviciului acordat,se implică în perfecționări,echipamente și aparate performante, contracte clare cu furnizorii de materiale și medicamente (78% din intervievați au confirmat aceasta).

Totodată, efectuând chestionarea clienților IMSP din țară, în proporție de 63 % au răspuns că sunt satisfăcuți de către tehnica de lucru a instituției, și aceasta le sporește mulțumirea.

5. Oamenii:după cum am menționat anterior, o mare majoritate afirmă ca având în instituție personal calificat, perfecționat, 94,2% din intervievați au încredere în susținerea, ajutorul colegilor de breasla în vederea luării deciziilor asupra activităților pe care le practică, iar 92,3 % afirma că se mândresc cui colegii lor, și aceștia oferă instituției o imagine bună. De asemenea pacienții lor în procent de 92,3 vin repetat la necesitate pentru a accesa serviciilor lor modific.

Factorii mediului extern al instituțiilor medicale private din țară:

Organizația ca sistem deschis depinde de mediul extern în ceea ce privește asigurarea cu resurse, energie, cadre și chiar consumatori.

a. Factori cu acțiune directă:

1. Furnizorii de echipamente ,materiale - 78,75% din intervievați au apreciat că contractele cu furnizorii de medicamente,materiale și echipamente sunt precise și clare.

2. Consumatorii - 76,94% din instituțiile cercetate ,deservesc un număr mai mare de 1000 pacienți,care dau dovadă de o fidelitate înaltă.

3. Conurenții: În multe cazuri nu atât consumatorii, cât concurenții determină care rezultate ale activității pot fi vândute și ce preț poate fi cerut [3]. Pentru a depăși această concurență, strategiile preferate de către instituții sunt: cele de creștere-60%, de depășire a slăbiciunilor - 24%, și cele aplicate în condiții de risc - 14%.

4. Legile și organele statale: 55,6 % din intervievați au apreciat legislația cu privire la sistemul privat ca fiind una imperfectă,dându-i un calificativ minor.

b. Cu acțiune indirectă: starea economiei de criză din țară și factorii socioculturali, sunt în corelare directă cu activitatea instituției, astfel încât 68 % din cei 100 pacienți intervievați, apreciază prețurile serviciilor medicale din instituție ca fiind nesatisfăcătoare, și însăși instituțiile cercetate recunosc în proporție de 80,7% dispun de prețuri mari și medii.

Un alt factor cu acțiune indirectă a mediului extern, este progresul tehnico-științific, care motivează instituțiile să avanseze,și să fie actuale.

Evaluând Factorii cu influență directă și indirectă, prin analiza SWOT pot fi propuse strategii de dezvoltare a sistemului medical privat din țară.

Analiza SWOT:

Puncte tari:	c) Oportunități:
Forțele de muncă înalt calificate; Instituții acreditate și licențiate	Prezența parteneriatului public privat;

<p>Existența contractelor precise și clare cu furnizorii de echipamente și materiale; Instituții deschise către inovații și progres; Utilizarea tehnologiei informației ca instrument de marketing (web site); Informatizarea datelor medicale ; Existența unui sistem informațional integrat; Existența unui climat organizațional care favorizează munca în echipă; Grad mare de satisfacție a pacienților ; Disponibilități bănești,echipamente și materiale suficiente Infrastructură de acces către instituții dezvoltată; Promovare de succes; Capacitatea de a deservi conform graficului;</p>	<p>Prezența contractelor între IMSP și CNAM; Colaborarea cu alte instituții medicale, naționale, internaționale și schimbul de experiență; Pătrunderea pe o piață nouă sau încă neexploatăată; Adresabilitatea înaltă(mai mult de 1000 pacienți pe an);</p>
<p>b) Puncte slabe: Lipsa de finanțări nerambursabile, din alte surse cum ar fi cea europeană sau chiar națională; Fluctuația mare de personal (concedieri multiple, angajări numeroase); Lipsa de unui acces echitabil pentru toți clienții;</p>	<p>d) Amenințări: Concurența mare în domeniul de activitate; Legislația cu privire la sectorul privat imperfectă, în curs de schimbare; Schimbări în preferința clienților; Lipsa de facilități fiscale în cazul creării unui număr ridicat de locuri de muncă;</p>

Ca rezultat al analizei SWOT, poate fi selectată strategia de diversificare și dezvoltare a acestui sistem.

Concluzii. 1. Sistemul medical privat din țară este un sistem cu o vârstă

de 16 ani, a cărui continuitate se manifestă prin apariția anuală de noi instituții, atât în capitala țării, cât și la periferie.

2. Acest sistem se bucură de clienți numeroși și fideli, o imagine pozitivă pe piața serviciilor. medicale, apărut ca o noutate amplă și inovatoare, de un real ajutor sistemului de sănătate din țară când vine vorba de metode de diagnostic, tratament și specialiști ce nu se găsesc în sistemul public de sănătate. 3. Eficiența acestui sistem se datorează implementării la baza organizării instituțiilor sale a unei activități de management eficace, având în frunte o conducere vizionară, o echipă managerială puternică, instruită și perfecționată, forța de muncă bine motivată, o structură adecvată operațiunilor culturii organizaționale și mediului în care funcționează, echipă de lucru eficientă în toată organizația, reușind să mențină conflictele sub control, scopuri și strategii bine definite, o preocupare continuă pentru inovare și pentru o utilizare cât mai eficientă a noilor tehnologii, asociată cu capacitatea de a administra și a intensifica schimbarea, o cultură pozitivă a organizării care oferă o totalitate de valori ce pun accentul pe performanțe și calitate. 4. Implicarea sectorului privat în reforma sănătății, în condițiile în care sistemul medical nu mai poate fi susținut exclusiv de stat, este esențială. Barierele economice în accesarea asistenței medicale cu care se ciocnesc cetățenii moldoveni mai săraci reprezintă o inechitate semnificativă în cadrul sistemului. Rezultă ca implicarea sectorului privat poate fi numai complementară și nicidecum substituibilă.

Bibliografia

1. Domete S., Habicht J., Jowett M., Koller T., Vega J. Bariere și factori ce facilitează accesul la serviciile de sănătate în Republica Moldova, Copenhaga, Biroul Regional pentru Europa al OMS, 2012. 146 p.

2. Edwards N. Îmbunătățirea sistemului spitalicesc din Republica Moldova. OMS, 2011. 200 p.

3. Ețco C. Management în sistemul de sănătate. Chișinău: Epigraf, 2006. 886 p.

4. Mincă D.G., Griffin A.V., Noțiuni de bază ale managementului organizațional în sistemul de sănătate. București: Editura universitară „Carol Davila”, 2003. 215 p.

5. Țurcanu G., Domete S., Buga M., Richardson E. Republica Moldova, Revizuirea sistemului de sănătate. În: Sisteme de tranziție în sănătate, 2012, Vol. 14, nr.7. 188 p.

OBSTACOLELE IN DETERMINAREA GRADULUI DIZABILITĂȚII LA PERSOANELE DE VÂRSTĂ APTĂ DE MUNCĂ

Alina Ferdohleb 1, 2 dr. în șt. med., conf. univ.

Livia Țapu 1, 2 rezident

Narcisa Mamaliga 3 director CNDDCM

Vladimir Bebîh 2 dr. în șt. med., conf. cercet.

Svetlana Siminovici 2 master în management în sănătate publică

1 Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

2 Centrul Național de Sănătate Publică

3 Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă din RM

THE OBSTACLES IN DETERMINING THE DEGREE OF DISABILITY IN WORKING AGE PERSONS

The occupational morbidity and disability phenomena are current problems of society, these are a major reason of the work capacity reduction. People with disabilities face with the discrimination and social integration problems. People with disabilities presents a category of population with an impoverished position towards another categories, this situation can be fixed only through mutual exertion of the society and state institutions. In this article are presented some issues of the expertise of occupational morbidity and disability phenomena.

Introducere. Problemele de sănătate legate de muncă ale angajaților se estimează la nivel global cu 4-6% din Produsul Național Brut din Economia ale țării. Pe de altă parte, activități de prevenire a dezvoltării bolilor la muncitorii în domeniul sănătății ocupaționale de bază, costă în mediu în jur de 18 până la 60 de dolari SUA pentru un lucrător. Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) menționează, că din 6300 de decese care au loc în fiecare zi la locul de muncă, 5500 sunt din cauzate de afecțiunilor legate de mediul ocupațional. Estimările ale Organizației Internaționale a Muncii și Organizației Mondiale a Sănătății următoare: decese cauzate de boli profesionale sunt 86% (2,02 milioane) de cazuri și decese cauzate de accidente de muncă - 14% (321.000 de mii) de cazuri.

Noțiunile de dizabilitate, invaliditate, handicap sunt complexe și au trecut prin modificări semnificative în societate. În sensul prevederilor Legii nr. 60 din 30.03.2012, adoptată de Parlamentul Republicii Moldova, privind

incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități, noțiunile principale se definesc după cum urmează:

- persoană cu dizabilități – persoană cu deficiențe fizice, mintale, intelectuale sau senzoriale, deficiențe care, în interacțiune cu diverse bariere/obstacole, pot îngreuna participarea ei deplină și eficientă la viața societății în condiții de egalitate cu celelalte persoane;
- dizabilitate – termen generic pentru afectări/deficiențe, limitări de activitate și restricții de participare, care denotă aspectele negative ale interacțiunii dintre individ (care are o problemă de sănătate) și factorii contextuali în care se regăsește (factorii de mediu și cei personali).

Potrivit estimărilor OMS în lume peste 1 miliard de persoane (estimativ 15% din populația lumii) suferă de o formă de dizabilitate, aproximativ două treimi fiind originari din țările cu economie de tranziție. În Republica Moldova sunt înregistrați aproximativ 184 mii persoane cu dizabilități, înregistrând o tendință generală de creștere a dizabilității în rândul copiilor, tinerilor și populației în vârstă aptă de muncă.

Populația cu dizabilități este angajată de 2-3 ori mai rar în câmpul muncii, iar șansele să obțină un nivel superior de educație sunt cu 50% mai reduse. Totodată, prin ratificarea în anul 2010 a Convenției ONU privind drepturile persoane cu dizabilități, Republica Moldova a demonstrat interes în ceea ce privește privind elaborarea și promovarea politicilor în domeniul incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități, precum și ajustarea legislației naționale în vigoare la dispozițiile celei internaționale. Ratificarea Convenției menționate de către Republica Moldova a marcat o schimbare importantă în domeniul dizabilității, Convenția cu un nou concept de abordare a acestei categorii de persoane, și anume: abordarea persoanelor cu dizabilități nu doar prin prisma protecției sociale și a starea de sănătate, dar, mai întâi de toate, prin prisma drepturilor omului și a incluziunii sociale, în această categorie de persoane fiind recunoscută valoarea umană, beneficiind de aceleași drepturi civile, politice, sociale, culturale ca și ceilalți cetățeni.

În același timp, participarea la piața forței de muncă este direct proporțională cu severitatea gradului de dizabilitate. În republică acest fenomen este o problemă tot mai importantă, fiind cauzat de nivelul înalt al maladiilor cronice, care duc la dizabilitate și criza demografică cu care ne confruntăm.

Bolile profesionale sunt afecțiuni ale organismului, dobândite ca urmare a realizării unui proces de muncă. Conform definiției date de OMS „bolile profesionale constituie afecțiuni ai agenți etiologici specifici sunt prezenți la locul de muncă, asociați cu anumite procese industriale și / sau cu exercitarea unor profesii”. Conform datelor statistice, în Republica Moldova în anul 2013 au fost înregistrate 6 cazuri de boli profesionale, în 2015 a fost 2 cazuri și din anul 2015 până la moment nu s-a înregistrat nici un caz de boală profesională. În 2013 au fost înregistrate 3 cazuri de dizabilitate în urma bolilor profesionale și intoxicațiilor, din 2014 nu a fost înregistrat nici un caz de dizabilitate în urma morbidităților profesionale.

Materiale și metode. În lucrarea s-au utilizat metoda bibliografică, matematico-statistică, socio-igienică, analitico-comparativă. Totodată, s-au realizat un studiu calitativ selectiv-transversal, cu organizare chestionării anonime a medicilor-experti din cadrul Consiliilor pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă. Subiectul cercetării sa axat pe metodologia și mecanismul de expertiză a fenomenului de pierdere capacității de muncă la populația în vârstă aptă de muncă. Datele anchetării au fost prelucrate computerizat cu programe IBM SPSS Statistic 20 și Word-Excel.

Rezultate. În municipiul Chișinău activează zece Consilii de Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă, inclusiv unul din consilii specializat în domeniul pediatrie. În cadrul cercetării sociologice au fost chestionați 30 de medici-experti, ceea ce reprezintă „totalitatea reprezentativă” a medicilor din cadrul a nouă Consilii din municipiul Chișinău. Vârsta medie a respondenților a fost de $55,93 \pm 1,77$ ani, ($SD=9,73$, vârsta minimă fiind de 30 ani și vârsta maximă de 70 ani). Repartizarea după sex a medicilor-experti a fost următoarea: bărbați – 16 persoane (53,3%), femei 14 persoane (46,7%). Medicii experti au absolvit în marea majoritate facultatea de Medicină – 26 (86,7%), facultatea de Pediatrie – 3 (10,0%) și facultatea de Medicină preventivă – 1 (3,3%). Totodată, specializările acestora sunt în următoarele ramuri: Medicină internă - 12 (40,0%), Neurologie – 6 (20,0%), Pediatrie – 3 (10,0%), Chirurgie – 2 (6,7%), Ftiziopneumologie – 2 (6,7%), Oftalmologie – 2 (6,7%), Oncologie – 1 (3,3%), Otolaringologie – 1 (3,3%), Boli infecțioase – 1 (3,3%). Majoritatea medicilor experti au categoria superioară – 28 (93,3%), I categorie– 1 (3,3%) și II-a categorie 1 (3,3%) de cazuri. Vechimea generală în muncă a medicilor experti a fost în medie $33,55 \pm 1,78$ de ani, ($SD=9,79$, variind de la 9 până la 52 de ani). Vechimea

în muncă în calitate de medic-expert este în medie $16,90 \pm 2,10$ de ani, ($SD=11,50$, variind de la 3,5 până la 47,0 ani). Zilnic, în mediu sunt expertizate $14,43 \pm 0,99$ de persoane suspectii la gradul de dizabilitate. Numărul persoanelor expertizate în diferite Consilii este neuniform, variind de la 4 persoane în unele, până la 25 persoane în altele. Se recomandă uniformizarea fluxului de persoane, prin angajarea unui număr suficient de medici experți în Consiliile cele mai solicitate.

Majoritatea respondenților 24 (80,0%) au răspuns că nu au participat niciodată la cursuri de educație continuă în domeniul sănătății ocupaționale / factori de risc profesionali. Iar în 6 (20,0%) cazuri au răspuns că a fost abordat subiect „parțial / unilateral”, în cadrul cursurilor de educație continuă fiind discutate unele aspecte despre sănătatea ocupațională. Necesitatea organizării seminarelor, atelierelor de lucru tematice în domeniul sănătății ocupaționale / factorii de risc a morbidității profesionale au menționat medici-experti, în timpul interviurilor personalizate.

Pe de altă parte, pe parcursul ultimii 12 luni activitatea, 30,0% din medici-experti au avut experiența de a suspecta cazuri de boli profesionale la persoanele expertizate privind pierderea capacității de muncă. Iar pe parcursul de ultimii 5 ani de activitatea, 50,0% din medici-experti au avut experiența de a suspecta cazuri de boli profesionale. Numărul mediu de boli profesionale suspectate în ultimul an este $7,0 \pm 1,51$ de cazuri ($SD=4,27$). Medicii experți au apreciat conlucrarea cu Centrul Republican de Boli Profesionale în felul următor: bună – 7 (23,3%), satisfăcătoare – 2 (6,3%), nesatisfăcătoare 1 (3,3%) - , inexistentă – 20 (66,7%) de cazuri.

Totodată, nu există o „algoritm oficial” de a îndrepta / trimite persoanele cu suspexții la boală profesională la Centrul Republican de Boli Profesionale (CRBP). Așadar, persoanelor să sugerează să se adreseze după consultația la CRBP. Iar, mulți din aceste pacienți refuză să declare factorii etiologici profesionali, ca cauza pierderii capacității de muncă. Cercetarea a evidențiat, necesitatea elaborării și aprobării unei pârghii, care ar permite conlucrarea Consiliilor pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă și Centrul Republican de Boli Profesionale, scopul de îndruma pacienții, de a minimaliza „fenomenul birocratic”, de a elabora „Registrul electronic unic” pacienților în vârstă aptă de muncă cu gradul de dizabilitatea și factorul etiologic ocupațional.

Discuții. Până la anul 2013, în Formularul nr. 088/e erau indicate toate

locurile de muncă a persoanei expertizate - „ruta profesională”. Actualmente, în acest formular statistic se indică doar ultimul loc de muncă, ceea ce limitează medicii în a suspecta un caz de boală profesională, din cauza lipsei informației despre locurile de muncă a persoanelor și condițiilor de muncă. În timpul discuțiilor, s-a menționat importanța și necesitatea introducerii în Formular nr. 088/e - rutei profesionale (în care să fie indicate: toate locurile de muncă, unde au activat persoana expertizată, date despre noxele prezente posibile la locul de muncă, caracterul muncii efectuate, intensitatea muncii, durata etc.). Consilierea psihologică privind reintegrarea în mediul profesional / social persoanelor cu gradul de dizabilitate se realizează de către medicii experți (prin voluntariat). Iar, 22 medici (73,3%) au răspuns că au realizat consilierea persoanelor expertizate privind reintegrarea socio-profesională, totodată 8 (26,7%) de cazuri au răspuns „negativ”.

Obstacolele întâlnite în procesul pentru determinarea dizabilității sunt următoarele: 1) informații și date generale incomplete despre pacient / persoană în 50% de cazuri, 2) informații incomplete despre starea de sănătate a pacientului (Documentație medicală incompletă) - 86,7% de cazuri, 3) Pacient fără discernământ - 16,7% de cazuri, 4) Pacient cu comportament dificil (cu abordarea conflictuală) - 40,0% de cazuri, 5) Pacient necomplabil / necomunicativ - 16,7% de cazuri, 6) Pacient din grupul vulnerabil economic și social-- 46,7% de cazuri, 7) Problemă de sănătate nelegată de cauza gr. de dizabilitate - 26,7% de cazuri, 7) Alte obstacole (diagnoze medicale neconfirmate și neargumentate, etc.) - 16,7% de cazuri.

Medicii consideră că este necesară modificarea algoritmului de determinare a gradului de dizabilitatea și expertizei bolilor profesionale: în totalitate - 6 (20,0%) de cazuri; la unele etape 20 (66,7%) de cazuri, dintre care sunt următoarele: asistența medicală primară - 19 (95,0%) de cazuri, asistența medicală spitalicească - 11 (55,0%) de cazuri, Consilii pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă - 6 (30,0%) de cazuri, Centru Republican de Boli Profesionale - 3 (15,0%) de cazuri, Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice - 6 (30,0%) de cazuri. Medicii consideră că este necesară îmbunătățirii sistemului de sesizare /diagnostic și supraveghere a bolilor profesionale: în totalitate - 10 (23,3%) de cazuri; la unele trepte - 13 (33,3%) de cazuri, dintre care sunt următoarele: asistența medicală primară - 9 (69,2%) de cazuri, asistența medicală spitalicească - 5 (38,5%) de cazuri, Consilii pentru Determinarea Dizabilității și Capacității

de Muncă – 2 (15,4%) de cazuri, Centru Republican de Boli Profesionale – 5 (38,5%) de cazuri, Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice – 4 (30,8%) de cazuri.

Concluzii. Morbiditatea profesională, nivelul înalt a dizabilității populației în vârstă aptă de muncă precum și reabilitarea / reîncadrarea în câmpul socio-profesional sunt probleme importante, care necesită rezolvare prin diverse pârghii. Astfel, morbiditatea profesională și fenomenul dizabilității nu trebuie atribuite doar instituțiilor sanitaro-curative, cel mai corect este implementarea abordării complexe din partea statului, organizațiilor internaționale, organizațiilor nonguvernamentale și a societății civile. Abordarea problemelor de diagnosticare precoce, reabilitarea și reîncadrarea persoanelor cu boli profesionale și cu gradul de dizabilitate este fundamentală, aceasta trebuie realizată la nivel interdisciplinar: expertiza medicală, medicină socială, sănătatea ocupațională, psihologie muncii, asistență socială.

În Republica Moldova sunt rezerve mari în ceea ce privește sesizarea, diagnosticul și cercetarea cazurilor de boli profesionale la toate nivelele ale domeniului. Se constată necesitatea demarării unui program comun al diferitor direcții al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Familiei pentru îmbunătățirea serviciilor de determinare a dizabilităților, de supraveghere a bolilor profesionale și factorilor de risc profesionali, de implicare a tuturor structurilor în determinarea dizabilității și expertiza diagnosticul de boală profesională, începând de la asistența medicală primară, spitaliceasca, specializată și Consilii pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă, și Centrului Republican de Boli Profesionale. De asemenea este necesară fortificării algoritmilor / mecanismelor legislative în domeniu sănătății ocupaționale și expertizei medico-sociale a vitalității, elaborarea unor ghiduri cu privire la expertiza capacității de muncă și sesizarea / diagnosticul bolilor profesionale pentru medicii de familie, medicii specialiști, medicii experți etc.

Bibliografie

1. Ceban T., Rața V., Mamaliga N., Ferdohleb A. - Evolutional aspects of disability appearance in Republic of Moldova. MedEspera 2014. 5th International Medical Congress For Students and Young Doctors. Chisinau, 2014. 266 p.

2. Ferdohleb A., Mamaliga N. - Evoluția fenomenului de dizabilitate la

populația de vârstă aptă de muncă prin prisma medicinei. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2014, nr. 3(54), p. 41-44.

3. Ferdohleb A., Rața V., Bebîh Vl., Mamaliga N., Ceban T., Gurghiș E. - Barierele pentru reîncadrarea în mediul ocupațional persoanelor cu dizabilitate cauzată de maladii netransmisibile. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2015, nr. 3(60), p.74-76.

4. Ferdohleb A., Mamaliga N., Țapu L. Expertiza fenomenului de dizabilitate a populației în vârstă aptă de muncă și morbidității profesionale. În: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale. Revista științifico-practică. Chișinău, 2017, nr. 1(53), p.64-67.

5. Guvernul RM. Hotărârea de nr. 65 din 23.01.2013 „Cu privire la determinarea dizabilității și capacității de muncă”.

6. Parlamentul RM. Legea nr. 154-XV din 28.03.2003. Codul muncii al Republicii Moldova.

7. Parlamentul RM. Legea nr. 166-XVIII din 09.07.2010, (semnată la New-York, la 30 martie 2007), Monitorul Oficial al RM nr. 126-128/428 din 23 iulie 2010 privind ratificarea Convenției ONU privind drepturile persoanelor cu dizabilități.

8. Parlamentul RM. Legea nr. 169-XVIII din 09.07.2010, Strategia de incluziune socială a persoanelor cu dizabilități (2010-2013).

9. Parlamentul RM. Legea nr. 60 din 30.03.2012, privind Incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități.

10. Абашидзе А. Х., Маличенко В.С. Международно-правовые основы защиты прав инвалидов. Медико-специальная экспертиза и реабилитация. 2014. 32 p.

ASPECTE CLINICE ȘI PARACLINICE A PACIENTELOR CU SINDROMUL OVARELOR POLICHISTICE

Victoria Voloceai, dr. șt. med., asist. univ.

Diana Mitriuc, asist. univ.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

CLINICAL AND PARACLINICAL ASPECTS OF PATIENTS WITH POLYCHISTIC OVERSITY SYNDROME

The problem addressed in this article consists in the genesis of Polycystic

Ovary Syndrome confirmed by several theories (hypothalamic, pituitary, adrenal and enzymatic), each having the right to exist due to a multitude of factors and different pathogenetic actions on the female organism. The causes of this condition are unclear, possibly due to a genetic imbalance of the rhythm and amount of Gn-RH secretion.

Infertilitatea este o problemă medicală și socială, afectând indicii demografici, dar și aspectul psihologic al societății. Incidența infertilității la nivel mondial variază între 10% și 30%, cu o tendință de creștere continuă [4, 5]. Republica Moldova se caracterizează printr-un “declin demografic”, rata totală a fertilității este în continuă descreștere, înregistrând în anul 2014 valoarea 1,64; iar către anul 2035 valoarea de 1, 4 copii născuți de o femeie pe parcursul vieții sale fertile [2, 3]. Cercetările medico – sociale demonstrează că la 90% din femei sterilitatea conduce la dezadaptarea psihologică și socială, scade activitatea profesională [3]. Studiile epidemiologice asupra sterilității în Republica Moldova confirmă o creștere a incidenței cuplului steril de la 7% în anul 1987 până la 15% în anul 2007, evidențiind impactul cauzei peritonal - tubare cât și endocrine în structura infertilității feminine [5].

Definirea SOP ca patologie a fost primar raportată în literatura modernă medicală de specialitate de către Stein și Leventhal în anul 1935, care au descris 7 femei care sufereau de amenoree, hirsutism și dimensiuni mărite ale ovarelor cu multiple formațiuni chistice. Sindromul ovarelor polichistice (SOP) reprezintă una din cele mai răspândite forme ale infertilității endocrine manifestat printr-o disfuncție heterogenă complexă. Totodată aceasta este una dintre cele mai studiate patologii din ginecologia endocrinologică și medicina reproductivă. De regulă, acest sindrom este diagnosticat pentru prima dată în primii ani ai perioadei fertile. Expresia clinică este variabilă, dar include oligo/anovulația, hiperandrogenismul (clinic sau biochimic) și semne ultrasonografice de ovare polichistice. Toate acestea îmbinate în complex sunt cauza infertilității anovulatorii [15]. În studierea manifestărilor SOP sunt îndreptate o multitudine de studii clinice și experimentale. Etiologia sindromului rămîne obscură, iar variabilitatea expresiei fenotipice continuă să fie o provocare atât din punct de vedere clinic cât și al cercetării [18].

Consensul de la Rotterdam din 2003 (Rotterdam ESHRE/ASRM – Sponored PCOS Consensus Workshop Group, 2004) este considerat a fi acum

standardul global de definire a SOP [18]. Trebuie menționat că, deși tratează în detalii numeroasele dificultăți în obținerea unui diagnostic standardizat, din nefericire acesta nu a fost capabil să ofere clarificări diferențiate și de perspectivă [18]. Mulți cercetători consideră că definiția stabilită în 2003 are, în mod regretabil, multe puncte slabe, puncte superficiale și dezavantaje, cum ar fi riscul de supra diagnostic. La scurt timp după Rotterdam, la întrunirea ESHRE de la Madrid, a fost aspru criticat, stîrnind dezbateri controversate atît în plan de diagnostic cît și de tratament. Așadar, în ciuda numeroaselor conferințe și congrese organizate de – a lungul anilor, tratament vădit al acestei patologii rămâne încă o enigmă nedeslușită până la final.

Indiscutabil SOP are o rată destul de mare de răspîndire printre pacientele de vîrstă reproductivă. Prevalența SOP, definită de către criteriile NIH/NICHID (criteriile școlii americane) a femeilor de vîrstă reproductivă, indică că această patologie endocrină afectează cca 4 – 8% [7]. Recent, cîteva societăți (ESHRE, ASRM) au demonstrat că prevalența SOP variază în dependență de criteriile de diagnostic utilizate [18]. În baza datelor USG se constată prezența diagnosticului de SOP în 21 – 57% [9, 10]. În rezultatul examinării mai detaliate a pacientelor care prezentau semne USG de SOP s-a constatat că la 80% era prezent cel puțin unul din simptomele clinice caracteristice acestei patologii: dereglări de ciclu menstrual, hirsutism sau acnee. Așadar, conform consensului din Rotterdam 2003 [18], prevalența SOP corespunde la 11 - 15% [17,18], conform criteriilor apreciate de către Societatea Europeană pe Reproducere Umană și Embriologie aceasta variază între 15-20%, fapt care este de 2 – 3 ori mai mare decît cele obținute utilizând criteriile NIH/NICHID.

Ponderea SOP printre pacientele cu sterilitate endocrină SOP este de 53% [7], iar în structura cuplului steril această patologie ocupă locul 5 – 6 și reprezintă 20 – 22% [8]. Variabilitatea expresiei fenotipice determină complexitatea criteriilor de diagnostic al SOP care au suferit o multitudine de schimbări în ultimii ani, începînd cu conferința NIH, Betesta și finisînd cu consensul de la Rotterdam, care menționează drept semne cardinale – hiperandrogenia și ovare polichistice confirmate USG [18]. Conform rezultatelor analizei literaturii de specialitate, clinica polichistozei ovariene variază pe larg [19,28,44]. Femeile cu această patologie vor acuza dereglări de ciclu menstrual, manifestări clinice de hiperandrogenie și infertilitate [9].

Dereglările de ciclu menstrual cel mai frecvent atestate în SOP sunt:

oligomenoreea, amenoreea, și menstruație eretică prelungită [9]. Acestea preponderent se instalează odată cu menarha, unul dintre criteriile inițial ilustrativ pentru SOP. Astfel, Balen și coaut., în baza propriilor studii au stabilit că la 47 – 66% din pacientele cu SOP era prezentă oligo – sau amenoreea. Dereglări de tip meno – metroragie, menoragie sau hemoragii disfuncționale sunt niște simptome cu o frecvență mai rară și s-au constatat doar la 4 – 14% din paciente. Totuși pentru a stabili diagnosticul de SOP este important de a exclude și alte dereglări endocrine cu aceeași prezență clinică, precum ar fi hiperplazia stratului cortical al suprarenalelor, sindromul Cushing și tumorile androgen – secretoare, hiperprolactinemia. Este important de a se ține cont și de patologia glandei tiroide, care mimează cicluri anovulatorii similare SOP. Infertilitatea afectează 40% din pacientele din SOP [15]. SOP este cea mai frecventă cauză a infertilității anovulatorii. Aproximativ 90 – 95% din pacientele anovulatorii cu infertilitate prezintă SOP. În plus, avorturile spontane apar mai frecvent în SOP cu o incidență care variază între 42 – 73% [9].

Pe parcursul ultimilor zeci de ani, nu încetează discuțiile asupra patogenezei acestei maladii. În ciuda numeroaselor cercetări, întrebările asupra etiopatogenezei SOP încă nu sunt elucidate. Studiarea diferitor mecanisme de patogeneză a demonstrat dezvoltarea multifactorială a SOP cu implicarea mai multor organe și sisteme, în special al complexului hipotalamo – hipofizar, a factorilor ovarieni și extraovarieni. Încă din anii 80 a fost demonstrat rolul modificărilor metabolice în fiziopatologia acestui sindrom. Prin studii randomizate s-a demonstrat că la pacientele cu SOP frecvent are loc dereglarea toleranței la glucoză, adică insulino-rezistență cu hiperinsulinemie compensatorie. Toate aceste modificări metabolice conduc la micșorarea hiperandrogeniei ovariene (semn cardinal al SOP), ineficiența inducției ovulației și în consecință la un risc crescut al patologiei cardio-vasculare, DZ, evoluție patologică a perioadei pre – și postmenopauzale.

Conform datelor literaturii din ultimii ani, se confirmă că momentul declanșator al hiperandrogeniei este insulino-rezistența [12]. La moment se consideră că unul dintre mecanismele insulino-rezistenței în SOP este afectarea stringentă a receptorilor proinsulinici [11]. Este remarcat de asemenea, că obezitatea intensifică manifestarea insulino-rezistenței și clinica hiperandrogeniei. Însuși hiperandrogenia intensifică insulino-rezistența [19]. În legătură cu atestarea rolului insulino-rezistenței în patogeniza SOP a

apărut noi conduite terapeutice în tratamentul acestei patologii.

Numeroase teste și markeri sunt folosiți pentru a identifica patogeneza ovariană. Printre aceștia sunt hormonii serici (prolactina, TSH, 17-hydroxyprogesteron), confirmarea serică a hormonilor ovarieni (FSH, LH, estradiol, inhibin B), iar în ultimii ani nivelul hormonului AMH. Mai există evaluarea serică a hormonilor (androstendion, testosteron, testosteronul liber, DHEAS)..

La moment, AMH este propus drept un test hormonal care apreciază infertilitatea feminină și criteriu de diagnostic al SOP. Nivelurile serice ale AMH în testele de rutină sunt utile pacientelor cu SOP care sunt supuse tratamentului chirurgical laparoscopic, dar și celor care sunt supuse tehnologiilor de reproducere asistată și servește drept criteriu cantitativ și calitativ. Nivelul AMH din serul sanguin nu este afectat de către ciclul menstrual și nici nu se modifică în perioada administrării COC, fapt din care este utilizat drept marker al SOP. AMH supresează producerea de FSH și afectează creșterea foliculară prin inhibiția expresiei receptorilor FSH – aromatazici și a receptorilor LH [166]. Nivelul seric al AMH este de 2 – 3 ori mai mare decât media și începe să scadă cu 5 ani mai târziu decât media femeilor sănătoase .

La etapa actuală se practică diferite metode de tratament al SOP. Imposibilitatea definirii SOP drept nosologie unică face ca aceasta să determine 2 direcții de conduită medicală: corecția dereglărilor de ciclu menstrual, acnee, seboree, hirsutism și alopecie, iar pe de altă parte tratamentul infertilității. Frecvent terapia hormonală ajută la soluționarea problemei, dar doar temporar. Odată cu stoparea terapiei hormonale simptomatologia de cele mai dese ori revine. COC reprezintă una dintre metodele cele mai eficiente și pe larg utilizate în terapia medicamentoasă. Mecanismul de acțiune constă în reducerea hormonilor ovarieni contribuind la îndepărtarea nivelului ridicat al androgenilor. Dar, COC nu sunt recomandate în terapia medicamentoasă a femeilor mai în vârstă de 35 ani. În cazurile de SOP cu hiperandrogenie este posibilă asocierea spironolactonei cu COC. Uneori reducerea excesului de androgeni de către ovare apare necesitatea utilizării agonștilor realising – hormoni: decapeptil, diferilin, zoladex, suprefact [12].

Pentru obținerea unei sarcini în SOP, la fel ca și în celelalte cazuri de sterilitate endocrină, are loc stimularea ovulației cu CC sau cu gonadotropine. Conform datelor literaturii, ovulația prin administrarea CC se obține în 40

– 80%, sarcina în 20 – 40% cazuri [Kujak A., Kupesic S.,2000]. Totuși terapia cu CC implică și anumite rezerve: sarcina survine de 2 ori mai rar, decât survenirea ovulației; 20-40% din paciente sunt CC – rezistente; se înregistrează efect antiestrogenic periferic – endometriu subțire și insuficiența glerei cervicale în perioada preovulatorie. În plus, suplimentar terapiei cu CC poate fi recomandată administrarea steroizilor, ceea ce contribuie la reducerea hormonilor sexuali masculini la femei. La pacientele cu SOP și insulino–rezistență, ovulația poate surveni după administrarea de Metformin, preparat care crește sensibilitatea organismului pentru insulină [6].

Astfel, clinicienții din ce în ce mai frecvent se confruntă cu paciente rezistente la inducerea ovulației cu Clomifen, iar terapia cu gonadotropine este însoțită de un risc înalt de dezvoltare a sindromului de hiperstimulare ovariană. Caracteristicile stimulării pa pacientele cu SOP sunt particulare, cu un nivel de reactivitate la FSH scăzut și un răspuns puternic, întotdeauna multifolicular. Aceste elemente determină un număr mare de ovocite, un număr mare de embrioni, o rată de implantare bună și o rată de sarcini bună. Rezerva pe care o putem formula este riscul crescut de sarcini multiple și de hiperstimulare ovariană. Iată de ce, în ultimii ani se atestă discuții din ce în ce mai mari asupra tratamentului chirurgical în patologia SOP, drept metodă de inducere a ovulației.

Așadar, a doua linie de tratament constă în efectuarea terapiei chirurgicale (DOL, laser cu Argon sau CO; rezecție cuneiformă a ovarelor) [13]. Eficacitatea tratamentului chirurgical, indiferent de metoda endoscopică aplicată este aceeași [14]. O serie de studii confirmă frecvența inducerii ovulației post–laparoscopie de cca 70 – 90%, iar frecvența survenirii sarcinii 40 – 70% (Donesky B.W., Adaschi E.Y., 1995) [95]. Unele studii vin nu doar să confirme beneficiul metodei laparoscopice, dar și aprecierea avantajelor și dezavantajelor diferitor tipuri de operații (Гаспаров А.С., 1996) .

Conform unor studii, se apreciază că rezultatele inducerii ovulației prin gonadotropine se pot îmbunătăți, iar reacțiile adverse se pot micșora, dacă acest tratament se realizează post drilling ovarian (Jacobs H.S., 2000) [134]. În raportul său referitor la eficacitatea intervenției chirurgicale în SOP, H. Jacobs (2000), propune utilizarea acestei metode cu predilecție la pacientele slabe cu cicluri anovulatorii, SOP și valori ridicate ale hormonului LH. Totuși din aceste cercetări nu se atestă o conduită individuală în alegerea unei anumite metode de tratament endoscopic în dependență de rezerva

ovariană apreciată preoperator.

În rezultatul aplicării metodelor de tratament descrise mai sus la majoritatea pacientelor cu SOP ar trebui să survină sarcina. Din practică însă, la cca 40% din acestea, acest lucru nu survine. Bine înțeles, printre acest grup de paciente, precum și în alte forme de sterilitate feminină, într-un procent anumit se atestă patologia spermei la soț sau test post – coital negativ. Indiscutabil, în aceste cazuri se recurge la metoda FIV. În lipsa unor factori ai infertilității suplimentari este neapărat necesar neapărat indicarea metodei FIV în caz de ineficiență a tratamentului timp de 6 – 8 luni, în special dacă operația a fost deja efectuată. Așadar, dorim să formulăm concluzii practice pentru stabilirea celui mai eficient protocol de tratament al infertilității la pacientele cu SOP CC - rezistente pentru evitarea sarcinilor multiple și mai ales a sindromului de hiperstimulare ovariană.

Bibliografie

1. Андреева Е.Н., СемичеваТ. В., ВеснинаА. Ф. Молекулярно-генетические аспекты патогенеза синдрома поликистозных яичников. В: Проблемы репродукции, 2007, № 6, с. 29-35.

2. Краснопольская К. В., Горский С. Л., Булычева Е. С. Характер изменений андрогенсекретирующей функции яичников после хирургического лечения синдрома поликистозных яичников и его влияние на эффективность последующего экстракорпорального оплодотворения. В: Акушерство и гинекология, 2009, №1, с. 49-52.

3. Назаренко Т. А. Синдром поликистозных яичников: современные подходы к диагностике и лечению бесплодия. Москва: Медпресс-информ, 2005, 208 с.

4. Adashi E. Y., Rock J. A., Guzick D. et al. Fertility following bilateral ovarian wedge resection: a critical analysis of 90 consecutive cases of the polycystic ovary syndrome. In: Fertil. Steril., 1981, vol. 35, p. 320-325.

5. Azziz R., Woods K. S., Reyna R. et al. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. In: J. Clin. Endocrinol. Metab., 2004, vol. 89, p. 2745-2749.

6. Cohen J. Laparoscopic procedures for treatment of infertility related to polycystic ovary syndrome. In: Hum. Repr. Update, 1996, vol. 2, p. 337-344.

7. Carlsen S. M., Vanky E., Fleming R. Anti-Mullerian hormone concentrations in androgen – suppressed women with polycystic ovary syndrome. In: Human Reproduction, 2009, vol. 24, p. 1732-1738.

8. Diamanti-Kandarakis E., Kandarakis H., Legro R. S. „The role of genes and environment in the etiology of PCOS”. In: J. Endocrine, 2006, nr.1 (30), p. 19-45.

9. Dale P., Tanbo T., Vaaler S. et al. Body weight, hyperinsulinemia and gonadotropin levels in polycystic ovarian syndrome: evidence of two distinct populations. In: Fertil. Steril., 1991, nr.3 (58), p. 487- 491.

10. Farquhar C. Introduction and history of polycystic ovary syndrome. In: Cambridge University Press, 2007, p. 4-24.

11. Franks S., Gharani N., Waterworth D. et al. The genetic basis of polycystic ovary syndrome. In: Human Reproduction, 1997, vol.12, p. 2641-2648.

12. Givens J. R. Familial polycystic ovarian disease. In: Endocrinol. Metab. Clin. North Am., 1988, nr.1(17), p. 1-17.

13. Hughedson P. Morfology and morfogenesis of the Stein - Levental ovary and so called Hypertecosis. In: Rev. Obstet. Gynecol. Surv., 1982, vol. 37, p. 59-77.

14. Homburg R. Polycystic ovary syndrome from gynecological curiosity to multisystem endocrinopathy. In: Human Reproduction, 1996, vol. 11, p. 29-39.

15. Homburg R. Polycystic ovary syndrome: consensus and controversy in polycystic ovary syndrome. In: Human Reproduction, 2001, vol. 12, p.1-9.

16. Homburg R., Arman N.A., Eshee A. et al. Influence of serum LH concentrations on ovulation conception and early pregnancy loss in polycystic ovary syndrome. In: Br. Med., 1989, vol. 297, p. 1024 -1026.

17. Lujan M. E., Jarrett B. Y., Brooks E. D. et al. Updated ultrasound criteria for polycystic ovary syndrome: reliable thresholds for elevated follicle population and ovarian volume. In: Hum. Reprod., 2013, nr. 5 (28), p. 1361-1369.

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ТРУДОВЫХ ДОГОВОРОВ С МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ

Александр Сосна, доктор права, препод.

Молдавский государственный университет; ст. научный сотрудник,

Институт юридических, политических, и социологических исследований

ABOUT SOME FEATURES OF THE CONCLUSION OF INDIVIDUAL EMPLOYMENT CONTRACTS WITH MEDICAL WORKERS

The article highlights the features of the conclusion of individual employment contracts with medical workers and the regulation of their working time. Article 36 of the Constitution of the Republic of Moldova guarantees the rights to health protection. The realization of this most important right largely depends on medical workers. The media reported that many medical workers, dissatisfied with the conditions of their work, leave for other countries. The relevance of the topic is determined by the importance and role of medical workers in the implementation of the constitutional right to health care and insufficient illumination of this topic in the legal literature of Moldovan scientists.

Основным нормативным актом, регулирующим труд медицинских работников, является Трудовой кодекс Республики Молдова (далее – ТК РМ) № 154-XV от 28.03.2003 года [1]. Согласно части (1) ст. 43 Конституции РМ, принятой 29.07.1994 года, каждый человек имеет право на труд, свободный выбор работы, справедливые и удовлетворительные условия труда, а также право на защиту от безработицы [2]. На медицинских работников распространяются нормы ТК РМ и другие нормативные акты, регулирующие трудовые отношения. Согласно ст. 4 ТК РМ трудовые отношения и иные непосредственно связанные с ними отношения регулируются Конституцией Республики Молдова, настоящим кодексом, другими законами, иными нормативными актами, содержащими нормы трудового права.

Приём на работу оформляется путём заключения индивидуального трудового договора, легальное определение которого содержится в ст. 45 ТК РМ. Содержание индивидуального трудового договора должно соответствовать части (1) ст. 49 ТК РМ. Одной из главных особенностей труда медицинских работников является сокращенная продолжительность рабочего времени. Согласно части (1) ст. 324 ТК РМ для медицинских работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени, не превышающая 35 часов в неделю. Согласно части (2) ст. 324 ТК РМ конкретная продолжительность рабочего времени медицинских работников в зависимости от должности и/или специальности с учетом специфики выполняемой работы устанавливается Правительством (часть (3) ст. 96 ТК РМ). Согласно части

(3) ст. 96 ТК РМ для отдельных категорий работников, труд которых требует повышенных интеллектуальных и психо-эмоциональных усилий, продолжительность рабочего времени устанавливается Правительством и не может превышать 35 часов в неделю. Конкретная продолжительность сокращенного рабочего времени медицинским работникам установлена постановлением Правительства РМ № 1223 от 09.11.2004 года «Об утверждении Перечня профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых даёт право на ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск и сокращенный рабочий день для медико-санитарного персонала» [3].

Данный Перечень содержит 215 наименований профессий и должностей медицинских работников медико-санитарных учреждений, которые имеют право на сокращенный рабочий день и дополнительный оплачиваемый отпуск. В частности, пунктом 7 вышеуказанного Перечня предусмотрено, что фармацевт (включая заведующего аптекой), лаборант - фармацевт, санитарка имеют право на сокращенный рабочий день продолжительностью 7 часов при пятидневной рабочей неделе и право на дополнительный ежегодный оплачиваемый отпуск продолжительностью 11 календарных дней. Пунктами 104, 105 и 106 вышеуказанного Перечня предусмотрено, что инженер и техник дезинфекционных установок, врач (включая врача - руководителя), помощник врача, инженер и техник, запятые непосредственно измерением электромагнитных излучений всех типов, инженер и техник по обслуживанию и ремонту медицинской техники и охладительных установок имеют право на сокращенный рабочий день продолжительностью 7 часов при 5-дневной рабочей неделе и право на дополнительный оплачиваемый отпуск продолжительностью 7 календарных дней.

Согласно пункту 165 вышеупомянутого Перечня работники, непосредственно занятые электронорентгенографией и электронными микроскопами напряжением свыше 30 киловольт, имеют право на сокращенный рабочий день продолжительностью 6,5 часов и право на дополнительный оплачиваемый отпуск продолжительностью 7 календарных дней. Индивидуальные трудовые договоры могут быть заключены как на неопределенный срок, так и на определенный срок. Согласно части (1) ст. 54 ТК РМ индивидуальный трудовой договор

закключается, как правило, на неопределенный срок. Согласно части (2) ст. 54 ТК РМ индивидуальный трудовой договор может быть заключен и на определенный срок, не превышающий пяти лет, в соответствии с требованиями настоящего кодекса. Законное основание заключения индивидуального трудового договора на определенный срок указывается в договоре.

Согласно части (1) ст. 55 ТК РМ индивидуальный трудовой договор может быть заключен на определенный срок в соответствии с частью (2) ст. 54 в следующих случаях: а) на период временного отсутствия работника, действие индивидуального договора которого приостановлено (за исключением случаев его участия в забастовке), либо на период нахождения его в одном из отпусков, предусмотренных ст. 112, 120, 123, 124, 126, 178, 299 и 300, или на период его отсутствия по другим причинам; б) на время выполнения временных работ продолжительностью до двух месяцев; б1) на время выполнения сезонных работ, когда в силу природных условий работа может производиться только в течение определенного периода года; с) с лицами, откомандированными на работу за пределы Республики Молдова; с1) с иностранными гражданами, которые трудоустраиваются на территории Республики Молдова; d) на время стажировки и профессиональной подготовки работника на другом предприятии; е) с лицами, обучающимися по дневной форме обучения; f) с лицами, вышедшими согласно действующему законодательству на пенсию по возрасту или пенсию за выслугу лет (либо приобретшими право на такую пенсию) и нетрудоустроенными, – на срок до двух лет. Данный срок может быть продлен сторонами с учетом требований части (2) ст. 54, части (1) и пункта а) части (2) ст. 68; g) с научными работниками учреждений, занимающихся научными исследованиями и разработками, педагогическими работниками и ректорами высших учебных заведений, а также с руководителями учебных заведений дошкольного, начального, общего среднего, специального внешкольного, художественного, спортивного, среднего профессионального, среднего специального образования – по результатам конкурса, проведенного в соответствии с действующим законодательством; h) на период избрания работника на определенный срок на выборную должность в центральных и местных

органах публичной власти, а также в профсоюзных органах, органах патронатов, других некоммерческих организаций, хозяйственных товариществ и обществ; и) с руководителями предприятий, их заместителями и главными бухгалтерами предприятий; j) на период выполнения безработными оплачиваемых общественных работ в порядке, установленном Правительством; k) на время выполнения определенной работы; k1) на период реализации инвестиционного проекта или программы технической и финансовой помощи; k2) для выполнения работ, связанных с увеличением объема производства или оказываемых услуг, временный характер которых (до одного года) может быть обоснован работодателем; k3) с лицами, поступающими на работу на предприятия, созданные на определенный период; l) с творческими работниками из области искусства и культуры; m) с работниками религиозных объединений; а также n) в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

По нашему мнению, пункт f) части (1) ст. 55 ТК РМ, позволяющий заключать срочные индивидуальные трудовые договоры с лицами, вышедшими согласно действующему законодательству на пенсию по возрасту или на пенсию за выслугу лет (либо приобретшими право на такую пенсию), является дискриминационным и должен быть отменен. Учёные неоднократно предлагали отменить эту норму [5, с.20-21].

Пункт f) части (1) ст. 55 ТК РМ противоречит части (1) ст. 8 ТК РМ, части (2) ст. 16 Конституции РМ и закону РМ № 121 от 25.05.2012 года «Об обеспечении равенства» [4].

Согласно части (1) ст. 8 ТК РМ в рамках трудовых отношений действует принцип равноправия всех работников. Запрещается любая прямая или косвенная дискриминация работника по признаку пола, возраста, расы, цвета кожи, национальности, вероисповедания, политических убеждений, социального происхождения, места жительства, наличия ограничения возможностей, ВИЧ/СПИД-инфицирования, членства в профсоюзе или участия в профсоюзной деятельности, а также по иным критериям, не связанным с профессиональными качествами работника.

Заключение индивидуального трудового договора регулируется ст. 56-66 ТК РМ. Согласно части (1) ст. 56 ТК РМ индивидуальный трудовой договор заключается на основе переговоров между

работником и работодателем. Заключение индивидуального трудового договора могут предшествовать специфические обстоятельства (проведение конкурса, избрание на должность и пр.). Согласно части (3) ст. 56 ТК РМ индивидуальный трудовой договор составляется в двух экземплярах и подписывается сторонами. В случае, если работодатель является органом публичной власти, в индивидуальном трудовом договоре проставляется его печать.

Один экземпляр индивидуального трудового договора вручается работнику, другой хранится у работодателя. Согласно части (1) ст. 57 ТК РМ при заключении индивидуального трудового договора лицо, поступающее на работу, предъявляет работодателю: а) удостоверение личности или иной документ, удостоверяющий личность; б) трудовую книжку, за исключением случаев, когда лицо поступает на работу впервые или трудоустраивается по совместительству; в) документы воинского учета – для призывников и резервистов; г) диплом об образовании, квалификационное свидетельство, подтверждающее наличие специальной подготовки, – при поступлении на работу, требующую специальных знаний или качеств; д) медицинское заключение – в случаях, предусмотренных действующим законодательством; е) декларацию под личную ответственность о том, что в период деятельности на предыдущих местах работы не нарушало положений части (2) ст. 7 закона «Об оценке институциональной неподкупности» № 325 от 23 декабря 2013 года, за исключением случаев, когда лицо поступает на работу впервые.

Медицинский работник при приеме на работу обязан предъявить диплом об образовании. Если выяснится, что врач при приеме на работу предъявил фальшивый диплом об образовании, работодатель вправе уволить этого работника по пункту г) части (1) ст. 86 ТК РМ с соблюдением правил применения дисциплинарных взысканий, установленных ст. 206-210 ТК РМ.

Согласно части (1) ст. 58 ТК РМ индивидуальный трудовой договор заключается в письменной форме. Индивидуальный трудовой договор, заключенный до дня вступления в силу настоящего кодекса, может быть оформлен в письменной форме только с согласия сторон. Предложение работодателя об оформлении индивидуального трудового договора в письменной форме доводится до сведения работника под расписку

приказом (распоряжением, решением, постановлением) работодателя. Предложение работника об оформлении индивидуального трудового договора в письменной форме доводится до сведения работодателя путем подачи и регистрации его письменного заявления. Мотивированный отказ одной из сторон оформить в письменной форме индивидуальный трудовой договор сообщается другой стороне письменным ответом в течение пяти рабочих дней.

Библиография

1. Трудовой кодекс Республики Молдова № 154-XV от 28.03.2003. Официальный монитор РМ № 159-162 от 29.07.2003.
2. Конституция Республики Молдова, принятой 29.07.1994. Официальный монитор РМ № 78 от 29.03.2016.
3. Постановление Правительства Республики Молдова № 1223 от 09.11.2004 года «Об утверждении Перечня профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых даёт право на ежегодный дополнительный оплачиваемый отпуск и сокращенный рабочий день для медико-санитарного персонала». Официальный монитор РМ № 212-217 от 26.11.2004.
4. Закон Республики Молдова № 121 от 25.05.2012 года «Об обеспечении равенства». Официальный монитор РМ № 103 от 29.05.2012.
5. Сосна Б., Сосна А., Мыца О. Трудовые книжки. Комментированное научно-практическое, справочное пособие. Кишинэу, 2012. 424 с.

INSTRUMENTUL DE SUPRAVEGHERE ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII OCUPAȚIONALE – PRO ȘI CONTRA

Alina Ferdohleb 1, 2 dr. în șt. med., conf. univ.

Vladimir Bebîh 2 dr. în șt. med., conf. cerc.

Svetlana Siminovici 2 – master management în sănătate publică

1 Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

2 Centru Național de Sănătate Publică, lab. șt. Sănătatea ocupațională

*THE INSTRUMENT OF SURVEILLANCE IN THE DOMAIN OF
OCCUPATIONAL HEALTH - PROS AND CONS*

The article brings out arguments that support the importance and the

necessity of using the International Labor Organization's (ILO) List of Professional Diseases (revised 2010). This occupational health tool provides a well-defined framework for the diagnosis and classification of occupational diseases according to international standards. Aligning the national documentation with the European one will increase the quality of the occupational health services provided and lead to reliable employees' health monitoring.

Introducere. Sănătatea lucrătorilor este o condiție esențială pentru venitul familiei, productivitatea, dezvoltarea economică. Riscurile pentru sănătate la mediul de muncă (temperaturile înalte sau joase, zgomot, praf, substanțe chimice periculoase, proces automatizat monoton non-securizat, riscuri psiho-sociali, stres ocupațional etc.), cauzează boli profesionale și agrava alte probleme de sănătate ale muncitorului. Așadar, menținerea și recăpătarea capacității de muncă este unul din obiectivele de bază a serviciilor în domeniul sănătății ocupaționale. Servicii specializate în domeniul sănătății ocupaționale sunt disponibile doar pentru 15% din lucrătorii din întreaga lume. Iar, în contextul actualei crize globale a șomajului, din ce în ce mai mulți oameni caută un loc de muncă în sectorul informal, în care nu au nici un fel de acoperire de asigurare sau servicii de sănătate la locul de muncă.

Bolile profesionale sunt cauza multor suferințe și pierderi în domeniul muncii. Cu toate acestea spre deosebire de accidente produse la locul de muncă, boli profesionale rămân practic nesesizate. Anual din cauza acestora decedează de șase ori mai multe persoane decât în urma accidentelor la locul de muncă. În procesul activității umane există o interacțiune a mediului de muncă și muncitor. Progresul tehnico-științific și schimbările social-organizatorice la locul de muncă, ca urmare a globalizării rapide, sunt urmate de apariția noilor riscuri profesionale. Factorii nocivi, ocupaționali contribuie la dezvoltarea bolilor profesionale și bolilor legate de profesie.

Materiale și metode. În această lucrarea a fost utilizată metodologia studiu complex de fezabilitate, cu transpunerea în limbaj a noțiunilor de plan de acțiuni, și cu oferirea informațiilor necesare pentru descrierea proiectului în domeniul sănătății și securității ocupaționale. Se cunoaște, că studii de fezabilitate sunt centrate în jurul analizei cost-beneficiu. În realitate, studiu de fezabilitate și analiză cost-beneficiu sunt două noțiuni care se suprapun în foarte mare măsură. Cercetarea s-a realizat prin etape consecutive și a cuprins perioada anilor 1996-2017. Volumul eșantionului de

studiul au fost reprezentativ cantitativ și calitativ [1, 10, 11].

În calitate de obiecte al cercetării a servit documentele, acte normative în domeniul sănătății ocupaționale: Lista bolilor profesionale (CIM-IX) al RM; Lista bolilor profesionale (anul 2016) al RM; Liste bolilor profesionale a României, Ucrainei, Bielorusiei și Rusiei; Lista bolilor profesionale (revizuirea - 2002) a OIM; Lista bolilor profesionale (revizuirea - 2010) a Organizației Internaționale a Muncii în limba engleză, rusă, franceză și spaniolă. Traducerea și adaptarea (după principiul revizuirii - 2002) a fost realizată în cadrul laboratorului științific „Sănătatea ocupațională” al Centrului Național De Sănătate Publică

Rezultate. În Republica Moldova responsabil pentru înregistrarea și comunicarea bolilor profesionale este Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale Familiei, precum și a organelor de inspecție respective (Inspecția Muncii și Centrul Național de Sănătate Publică / Agenția Națională pentru Sănătate Publică). Sistemul existente în domeniul sănătății ocupaționale acoperă toate sectoarele de activitate economică, precum și toate întreprinderile. Cu toate acestea, persoanele angajate pe cont propriu / pe patent nu sunt cuprinse de acesta [6, 7].

Până la anul 2016, în baza acestui sistem a fost Lista națională a bolilor profesionale, care a fost aprobată de Ministerul Sănătății în 1993 (conform CIM-IX). În anul 2016, a fost abrogată Lista națională a bolilor profesionale (revizia a IX-a), Anexa din ordinul MS nr. 257 din 08.11.93 „Despre perfecționarea serviciului de depistare, tratare și profilaxie a maladiilor profesionale în republica” din argumente, că 1) este depășită; 2) nu prevede toate etapele necesare la cercetarea circumstanțelor și cauzelor apariției bolilor (intoxicațiilor) profesionale; 3) lipsește monitorizarea stării de sănătate a persoanelor afectate de boli profesionale.

Astfel, Regulamentul sanitar privind modul de cercetare și stabilire a diagnosticului de boală (intoxicație) profesională, HG nr. 1282 din 29.11.2016, conține în Anexa nr. 1 - Lista nouă a bolilor profesionale elaborată în conformitate cu Clasificația Internațională a Maladiilor (revizia a X-a).

Așadar, Lista a bolilor profesionale pentru fiecare țară este adaptată în funcție de condiție naționale ale țării, dar pentru a simplifica raportarea la nivel european și organizațiilor internaționale (OMS și OIM) este aprobată paralel și Lista bolilor profesionale recomandată de OIM (din Reco-

mandare al Convenției nr. 155/1981). Organizației Internaționale a Muncii (OIM) recomandă înregistrarea și supravegherea bolilor profesionale conform „Listei de boli profesionale” 2002 (nr. 194), adoptate la cea de-a 90 a sesiune Conferinței de OIM. Comitetul care a fost înființat și încredințat pentru a lucra la Recomandarea nr. 194, a solicitat Organului de conducere al OIM pentru a actualiza lista bolilor profesionale. Această nouă listă a bolilor profesionale reflectă evoluția de ultimă oră în identificarea și recunoașterea bolilor profesionale în lumea de azi. Lista indică în mod clar unde ar trebui să aibă loc prevenirea și protecția. Această listă a OIM reprezintă cel mai recent consens la nivel mondial privind bolile care sunt acceptate la nivel internațional ca provocate de muncă. Această listă poate servi drept model pentru stabilirea, revizuirea și revizuirea listelor naționale de boli profesionale. Populația activă a lumii și familiile acestora vor beneficia de această nouă listă.

Pe baza lucrărilor a două reuniuni de experți, organul de conducere al OIM a aprobat o nouă listă de boli profesionale la 25 martie 2010 în cursul celei de-a 307-a sesiuni. Această nouă listă înlocuiește cea precedentă din anexa la Recomandarea nr. 194 adoptată în 2002. Noua listă cuprinde o serie de boli profesionale recunoscute pe plan internațional, de la boli provocate de agenți chimici, fizici și biologici până la boli respiratorii și de piele, tulburări musculo-scheletice și cancer la locul de muncă. Tulburările psihice și comportamentale au fost pentru prima dată incluse în mod specific în lista OIM, revizuirea 2010.

Articolele descrise permit recunoașterea originii profesionale a bolilor care nu sunt specificate în listă dacă se stabilește o legătură între expunerea la factorii de risc care decurg din activitățile de muncă și tulburările contractate de lucrător. Un alt punct avantajos este păstrarea confidențială a datelor, privind problemele de sănătate ale angajatului. Experiența țărilor vecine și europene în domeniul sănătății ocupaționale a arătat necesitatea utilizării: Lista bolilor profesionale (după factori etiologici) a OIM și Lista bolilor profesionale după datele clinico-diagnostice [1].

În anul 2002, în cadrul Conferința generale a OIM s-a recomandat de a creat un Consiliului pentru elaborarea Recomandării nr. 194, cu scopul actualizării listei de boli profesionale anexate la această recomandare al Convenției nr. 155/1981. În continuare, două reuniuni ale experților (din anii 2005 și 2009) au stabilit Listă nouă de boli profesionale. Lista nouă a

fost aprobată de către Consiliul de administrație, la Sesiunea 307 din 25 martie 2010. Listă nouă de boli profesionale înlocuiește Lista adoptată în 2002, care este anexat la Recomandarea 194 (2002) și poate fi numită, ca Lista bolilor profesionale, Revizuire 2010. Această listă este concepută pentru a ajuta țările în prevenirea, înregistrarea, notificarea și dacă este cazul tratarea bolilor profesionale.

Listă nouă de boli profesionale reflectă evoluțiile recente în identificarea și recunoașterea patologiilor profesionale (o serie de boli profesionale recunoscute pe plan internațional, de la bolile respiratorii și boli de piele, la afecțiuni musculo-scheletice și cancer cauzate de agenți chimici, fizici și biologici din mediul ocupațional).

Important să menționăm, că la ultima revizuire a Listei în 2010, au fost incluse pentru prima dată tulburările mintale și de comportament, inclusiv tulburări de stres post-traumatic în mod expres au fost incluse, pentru prima dată în Lista a OIM. Acest lucru face posibilă recunoașterea bolilor profesionale și a altor boli similare, în cazul în care expunerea la factorii de risc la locul de muncă și boli mintale sunt într-o relație directă, întemeiată prin cercetări științifice sau metode adecvat stabilite pentru condițiile și practicile naționale.

Lista are de asemenea puncte deschise în toate secțiunile, care se ocupă cu aceste boli. Ele permit recunoașterea originii profesionale a bolilor nespicate în listă în cazul în care se stabilește o legătură între expunerea la factori de risc care rezultă din activitatea profesională și tulburările contractate de către lucrător.

Decizia de a include o boală profesională în Lista Organizației Internaționale a Muncii (OIM) reflectă cele mai bune hotărâri personale ale experților bazate pe cunoștințele și experiența proprie a lor. Când se propune pentru a fi inclusă o nouă boală în Lista Organizației Internaționale a Muncii, trebuie să fie dată o justificare. Această boală preferabil trebuie inclusă în listele naționale de boli profesionale ce au fost aplicate în practicile naționale cel puțin într-o țară.

Bolile profesionale ar trebui să fie recunoscute în așa fel încât persoanele afectate să fie compensate corespunzător și să fie luate măsuri corespunzătoare pentru a îmbunătăți condițiile de lucru și să prevină recidivele. Factori fizici, chimici, biologici și psihologici noi, care afectează muncitorii, sunt identificați din ce în ce mai mult, și numărul de boli profesionale

care sunt incluse în diverse scheme naționale de compensare a înregistrat o creștere constantă în ultimii ani. În acest cadru, este necesar de a revizui regulat lista bolilor profesionale și de adăugat pe cele noi identificate cu scopul de a maximaliza efectivitatea strategiilor preventive și schemele de compensare adecvate.

Actualizarea listei bolilor profesionale este importantă pentru Organizația Mondială a Sănătății deoarece are un rol important în îmbunătățirea sănătății publice, din acest motiv Organizația Mondială a Sănătății va continua să lucreze cu Organizația Internațională a Muncii cu privire la acest aspect.

Procesul de identificare a bolilor profesionale poate fi foarte complex, mai ales atunci când legătura dintre înrăutățirea stării de sănătate și expunerea la factori de risc la locul de muncă este dificil de dovedit. Simptomele mai multor boli profesionale sunt extrem de eterogene, ceea ce face dificilă identificarea factorilor comuni de influență. Deosebirile fiziologice, genetice, vârstă și sex între indivizi, influențează manifestarea simptomatice și dezvoltarea patologiei. Riscurilor profesionale pot duce la o varietate mare de efecte negative asupra sănătății.

Pe de altă parte, boala poate să manifeste / să dezvolte la mulți ani după ce un angajat a fost expus la un factor dăunător. Prin urmare, o altă problemă este că mulți lucrători nu asociază boala lor cu ultima activitate profesională. În mod similar lucrătorii medicali, care nu au beneficiat de formarea necesară în domeniul riscurilor profesionale și a bolilor profesionale, le este dificil să definească semnele principale ale unei boli profesionale, și factorii profesionale care determină sau nu o boală profesională.

Listă nouă a bolilor profesionale OIM (2010) include BP recunoscute la nivel mondial, de la boli legate de expunerea la factori fizici, chimice și biologici, precum și afecțiuni sistemului respirator, cutanate, musculo-scheletice și cancerul profesional. Așadar, lista bolilor profesionale (BP) sa extins în mod semnificativ și include 40 de tipuri de intoxicații profesionale, inclusiv 9 noi prin acțiunea nichelului, platinei, izocianati amoniu, pesticide, oxizi de sulf, solvenți organici, latex, clor. Lista conține de asemenea și 6 bolilor profesionale provenite prin acțiunea factorilor fizici, inclusiv radiații optice, inclusiv cu laser, și 8 tipuri de bolilor profesionale provenite de la acțiunea factorilor biologici care în versiunea veche a listei nu au fost detaliate (bruceloză, hepatita virală, virusul imuno-deficienței umane, tu-

berculoza etc.). Secțiunea de cancer profesional, a adăugat șase factori noi și conține acum douăzeci de boli.

Patologiile profesionale, spre deosebire de alte discipline clinice, au o nuanță social pronunțată, deoarece constatarea relației de cauzalitate dintre schimbările în starea de sănătate a muncitorului expunere la riscurile profesionale presupune o compensație financiară pentru prejudiciile aduse sănătății sale. Factorii nocivi profesionali contribuie la dezvoltarea nu numai a bolilor profesionale, dar influențează și cursul bolilor comunitare, etiologic ne legate de mediu ocupațional și procesul de muncă. La rândul său bolile comunitare influențează dezvoltarea, cursul și rezultatul bolilor profesionale.

În procesul activității umane, de regulă există o interacțiune a mediului ocupațional și organism. În același timp omul modifică, și adaptează mediul ocupațional la nevoile lui, mediul ocupațional, forma și conținutul lucrării, la rândul său de multe ori au un impact negativ asupra stării de sănătate psiho-emoționale și fizice a angajaților, cu scăderea capacității de muncă și a productivității. Cu fiecare an tot mai mult se schimbă condițiile și natura muncii. O importanță mare o au noi factori de risc profesionali, crește valoarea de industriilor high-tech (tehnologii înalte), legate cu dezvoltarea intensivă a tehnologiilor informaționale și comunicaționale precum și utilizarea pe scară largă a produselor chimice de sintetice. Prezența factorilor nocivi noi la locul de muncă apar în legătură cu apariția noilor tehnologii, cum ar fi nanotehnologia și unele domenii din biotehnologie. În plus, în ultimul timp crește riscul tulburărilor psihice, cauzate de stres, creșterea volumului de muncă, și a cerințelor către angajat. La noile riscuri se referă condițiile precare ergonomice, acțiunea radiației electromagnetice și riscurile psihosociale. Riscurile legate de muncă există aproape în toate profesiile, cu pericole tradiționale continuând cu altele noi în curs de dezvoltare, cum ar substanțele chimice noi, factori de risc musculo-scheletice / ergonomice, stresul ocupațional și arderea profesională.

Concluzii. Persoanele economic active își petrec aproximativ o treime din timpul lor la locul de muncă. Condiții de muncă joacă un rol semnificativ asupra stării de sănătate ale angajatului. În cazuri cel bun, aceste asigură oportunitatea de dezvoltare personală, creșterea nivelului social-profesional și oferă protecție de riscuri ocupaționali. Pe de altă parte, tot ele contribuie indirect și direct la îmbunătățirea relațiilor sociale, stima de sine și la

dezvoltarea efectelor benefice pentru starea de sănătate. Riscul bolilor profesionale există în toate sectoarele economiei naționale, datorită prezenței unei game largi de factori nocivi. Cu toate acestea, o relație de cauzalitate între pericole produse de factori chimici, fizici, biologici, psiho-emoționali sau ergonomice și boli profesionale nu sunt întotdeauna evidente.

Bibliografie

1. Cocârla Aristotel. Boala profesională. Considerații generale. În: *Medicină ocupațională*. Cluj-Napoca, 2009, p. 229-258.

2. Guvernul RM. Hotărâre nr. 1282 din 29.11.2016 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind modul de cercetare și stabilire a diagnosticului de boală (intoxicație) profesională. În: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=367874> (accesat: 19.05.2018).

3. International Labour Organization. Convenția privind Sănătatea și Securitatea la locul de muncă, 155, 1981. În: http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_ILO_CODE:P155 (accesat: 19.05.2018).

4. International Labour Organization. List of occupational diseases (revised 2010) Identification and recognition of occupational diseases: Criteria for incorporating diseases in the ILO list of occupational diseases. International Labour Office. Geneva, 2009. 82 p.

5. International Labour Organization. List of occupational diseases (revised 2010). International Labour Office. Geneva, 2009. 8 p.

6. International Labour Organization. Ministry of Labour, Social Protection and Family of the Republic of Moldova. National study on the system for recording and notification of occupational accidents and diseases in the Republic of Moldova. Chisinau, 2012, 27 p. În: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_208214.pdf (accesat: 19.05.2018).

7. International Labour Organization. Ministry of Labour, Social Protection and Family of the Republic of Moldova. National study on the system for recording and notification of occupational accidents and diseases in the Republic of Moldova. Chisinau, 2012. În: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_208239.pdf (accesat: 19.05.2018).

8. International Labour Organization. Report – Meeting of Experts on the on the Revision of the List of Occupational Diseases (Recommendation

- no. 194). International Labour Office. Geneva, 27–30 October 2009. 26 p.
9. International Labour Organization. Report. Meeting of experts on the revision of the list occupational diseases (Recommendation № 194), Geneva, 27–30 October 2009. În: [http://www.ilo.org/safework / lang-en/ index.htm](http://www.ilo.org/safework/lang-en/index.htm). (accesat: 19.05.2018).
10. International Labour Organization. Studiul naționala privind sistemul de înregistrare și comunicare a accidentelor de munca și a bolilor profesionale în Republica Moldova. Chisinau, 2012. 30 p.
11. Ministerul Muncii, Familiei, Protecției Sociale și Persoanelor Vârstnice din România. Inspekția Muncii. Stresul profesional o provocare colectivă. București, 2016. 64 p.
12. Parlamentul RM. Legea nr. 10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătății publice. În: <http://lex.justice.md/md/331169/> (accesat: 19.05.2018).
13. WHO. Protecting workers' health. În: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health> (accesat: 19.05.2018).

FENOMENUL DE ÎMBĂTRÎNIRE A POPULAȚIEI CA PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Anatol Negară, dr. în șt. med., conf. univ.

Tudor Grejdian, dr. hab. în șt. med., prof. univ.

Leonid Margine, dr. în șt. med., conf. univ.

Vlad Bădan, lect. super.

Alexandru Lavric, lect. super.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Gabriela Șoric, dr. în șt. med., cercet. științ.

Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie din Republica Moldova

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

POPULATION AGING PHENOMENON AS A PUBLIC HEALTH PROBLEM

The issue addressed in this article is the aging of the population, which is a global phenomenon directly linked to the everyday aspects of human life and addresses the issues on which economic prosperity depends: investment and spending, the labor market, pensions, taxation and the transfer of ownership to another generations.

Introducere. În ultimii ani se evidențiază schimbări esențiale în structura demografică a populației. Fenomen demografic ce se datorează modificărilor înregistrate de evoluția principalilor indicatori ai migrației naturale a populației – natalitatea și mortalitatea – caracterizați printr-o tendință constantă de scădere a natalității și fertilității, pe de o parte, și prin scăderea mortalității generale (dar mai ales a mortalității infantile, a copiilor și adulților tineri), pe de altă parte, fenomen cunoscut sub denumirea de „tranziție demografică” [1].

Îmbătrânirea demografică este un proces istoric, ireversibil, care afectează întreaga populație atât prin condiționările sale, cât și prin multiplele sale consecințe. Procesul de îmbătrânire a populației se datorează îndeosebi scăderii natalității – îmbătrânirea „de bază” și mai puțin creșterii duratei medii a vieții – îmbătrânire „de vârf”, noțiunile referindu-se la baza și vârful piramidei vârstelor. Asistăm deci, astăzi, mai ales în țările avansate, la fenomenul spectaculos al „răsturnării piramidei vârstelor”.

Fenomenul îmbătrânirii demografice se evaluează cantitativ prin proporția populației de 60 ani și peste (în %) din totalul populației. Numărul persoanelor vârstnice a crescut în lume fără încetare – de la mai puțin de 100 milioane înainte de cel de-al doilea Război Mondial la peste 200 milioane în anul 1950, apoi circa 460 milioane în 1990 și 672,1 mln în anul 2005. Se presupune că aceste cifre vor crește până la 1,2 mlrd către anul 2025 și până la 2 mlrd către anul 2050, când pentru prima dată în istoria omenirii ponderea vârstnicilor va fi mai mare decât ponderea copiilor [2].

Îmbătrânirea populației reprezintă un fenomen global, legat în mod direct de aspectele cotidiene ale vieții umane și vizează problemele de care depinde prosperarea economică: investițiile și cheltuielile, piața forțelor de muncă, pensiile, impozitarea și transferul proprietății altei generații. Acest proces are consecințe și asupra structurii morbidității și mortalității populației, componenței familiilor, condițiilor de viață. Numărul persoanelor vârstnice crește în lume anual cu 2%, cu mult mai repede decât sporul natural al populației. Creșterea rapidă a numărului populației va necesita reglementări economice și sociale de perspectivă în majoritatea țărilor [3, 4, 5].

Procesul de îmbătrânire demografică are numeroase consecințe și implicații. Astfel, modificarea raportului dintre populația activă și cea pasivă determină o creștere a populației dependenților, pe seama adulților neproducători, fenomen care creează probleme dificile de ordin medical și so-

cial-economic.

Consecințe importante generează procesul de îmbătrânire a populației pe planul protecției sociale și al asistenței medicale persoanelor vârstnice, care reprezintă cel mai numeros grup de populație ca adresabilitate, fiind în același timp categoria populațională în rândul căreia modificările de vârstă produc creșteri importante ale mortalității și invalidității, și la care se produce tranziția de la patologia infecțioasă specifică vârstelor tinere la patologia cronică degenerativă a vârstelor înaintate. Îmbolnăvirile la varstnici au o prevalență ridicată, manifestând o accentuată tendință la cronicizare și la boli asociate [1].

O altă manifestare a procesului global de îmbătrânire a populației planetei este creșterea numărului femeilor în populația persoanelor vârstnice bătrâne. Deoarece durata vieții femeilor este mai mare decât la bărbați, în prezent la 81 bărbați vârstnici revin 100 femei, iar printre cei mai bătrâni oameni la 100 femei revin doar 53 bărbați. Raportul între bărbați și femei de vârstă înaintată este mai redus în regiunile dezvoltate (71 bărbați la 100 femei), decât în cele mai slab dezvoltate (88 bărbați la 100 femei) [9].

Dinamica creșterii numărului populației vârstnice în Republica Moldova, comparativ cu populația tânără și cea adultă, cât și față de populația totală, relevă că în timp ce populația totală a crescut pe parcursul a circa 70 ani (1930-2003) cu 126,3%, populația în vârstă de 60 de ani și peste a sporit cu 345%; în același timp, populația tânără a cunoscut o tendință continuă de scădere [6].

Pentru Republica Moldova procesul de îmbătrânire demografică a început să devină tot mai actual pe parcursul ultimului deceniu, raportul de dependență al populației vârstnice fiind de 21,6 în anul 2003 [7].

Problema îmbătrânirii, a limitelor naturale ale vieții preocupă omenirea încă din cele mai vechi timpuri și pe cele mai diverse planuri : biologic, social, filozofic, etic etc. Ea capătă astăzi o însemnătate crescândă , angajând variate sectoare ale vietii sociale, deoarece omenirea este din ce în ce mai cointeresată în rezolvarea problemelor multiple si complexe pe care le ridică vârstnicii, contingent de populație în continuă creștere [8].

Procesul de îmbătrânire evoluează tot mai mult, de aceea pe ordinea de zi se pune tot mai insistent o nouă problemă umană, aceea a creșterii numărului și a proporției persoanelor foarte vârstnice, de 75 de ani și peste, în totalul populației în vârstă de 60 de ani și peste. Această tendință este o

formă specială a procesului de îmbătrânire demografică ce ar putea fi denumită „îmbătrânire a bătrânilor”. În Republica Moldova, în afară de intensificarea procesului de îmbătrânire demografică a populației, se conturează o tendință de îmbătrânire a populației vârstnice prin creșterea relativă a numărului persoanelor de vârstă a patra sau a marilor bătrâni. Astfel, față de anul 1930, în anul 2004 ponderea persoanelor cu vârsta de 75 de ani și peste a sporit de la 0,82% până la 3,7%. [2].

În republică în prezent nu există o acoperire corespunzătoare cu fonduri a proceselor de îmbătrânire a populației. Criza economică și efectele restructurării societății creează probleme dificile de rezolvat în ceea ce privește asigurarea unei protecții economico-sociale minime, în cadrul căreia ponderea cea mai importantă a beneficiarilor o dețin persoanele vârstnice. După pensionare se accentuează mult diminuarea veniturilor. Starea de sănătate a acestui segment de populație prezintă o serie de particularități, ce se regăsesc la grupe populaționale similare cu cele din alte țări ale Europei. La această categorie de vârstă pe prim plan se evidențiază consecințele medico-sociale ale îmbătrânirii, care includ următoarele probleme mai importante: morbiditatea și starea de sănătate a acestor grupuri de populație; nivelul mortalității specifice acestor grupuri de populație, cauzele de deces și tendințele acestui fenomen; accesul la serviciile de sănătate și modul în care unitățile de profil asigură nevoile de asistență medico-socială a persoanelor vârstnice [6].

Starea de sănătate a persoanelor vârstnice este consecința unui cumul de factori determinanți, între aceștia mai importanți fiind: nivelul de îmbătrânire demografică ; calitatea vieții așa cum este susținută de nivelul pensiilor și al altor măsuri de suport social și economic; de existența unei legislații de protecție socială, de alimentație, de condițiile de locuit etc.; resursele financiare disponibile pentru programele de sănătate ce privesc prevenția bolilor cronice, reforma sistemului de sănătate, rețeaua de servicii medicale și sociale, diversitatea și calitatea acestor servicii.

Situațiunea demografică în Republica Moldova la începutul anului 2016 locuiau 475,2 mii persoane în vârstă de 60 ani și peste, din care mai mult de jumătate (61) sunt femei. Două treimi din numărul total al persoanelor în etate locuiesc în mediu rural. În funcție de vârstă s-a stabilit că fiecare a patra persoană este în vârstă cuprinsă între 60-64 ani iar 11,6 sunt persoane care au mai mult de 80 ani. Îmbătrânirea populației este un fenomen irev-

ersibil, comun tuturor țărilor.

Fenomenul este datorat:

- creșterii numărului absolut al populației vârstnice și a ponderii ei în populația totală; scăderii natalității; creșterii speranței de viață;

- ritmului de creștere al acestei categorii, mai mare ca al populației generale (dacă în 1990 populația vârstnică reprezintă 4% din întreaga populație a țărilor în curs de dezvoltare și 12% în țările dezvoltate, pentru anul 2005, Organizația Națiunilor Unite previzionează că în țările dezvoltate ea va reprezenta 18% din populație, iar în anul 2020 – 22%.

Grupa de vârstă cu cel mai mare ritm de creștere este considerată cea de 80 de ani și peste. Îmbătrânirea este un proces sau un cumul de procese de involuție somatică și funcțională ireversibile, esențial individuale, și nu globale. Există diferențe între țări privind vârsta legală de pensionare și astfel (după unii) începutul vârstei a III-a, atât pentru sexul feminin, cât și masculin. Organizația Mondială a Sănătății, în 1964, a recomandat ca limita pentru încadrarea persoanelor în categoria vârstnicilor, vârsta de 60 de ani, populația în general, sau a unei țări, în special, putând fi împărțită după vârsta fiziologică în trei categorii (populația infantilă, cu vârsta cuprinsă între 0 -14 ani; populația adultă, cu vârsta între 15-59 ani, și populația vârstnică, ce cuprinde persoane cu vârsta de 60 de ani și peste).

Longevitatea se obține numai dacă există și se menține o „stare de bine” a individului. Acest lucru este realizat numai în familie și de către familie, care are obligația realizării unui climat, atât de dorit, de benefic și meritat, celor pe care îi prețuim pentru ceea ce au fost și sunt, părinții și bunicii sau străbunicii. Este cunoscut faptul că, dintre factorii psihosociali cu rol sano-genetic, armonia vieții de familie, generatoare de satisfacții și realizări, este unul dintre elementele cheie ce influențează favorabil durata vieții. Longevitatea, în forma ei activă, nu ni se oferă, ci ea trebuie cucerită; a ști să o cucerești, a ști să îmbătrânești, este deopotrivă o știință și o artă, iar secretul acestei reușite este viața activă, în mijlocul familiei.

Starea de sănătate a populației de vârsta a III-a este direct influențată de bunăstarea socială.

În ultimul deceniu, în aprecierea stării de sănătate a vârstnicului, se insistă tot mai mult pe metode epidemiologie și pe autoevaluarea sănătății. Autoevaluarea se bazează pe capacitatea individului de a-și evalua singur starea funcțională și raportul dependență/independență în legătură cu acti-

vitătea vieții zilnice. O stare bună de sănătate, pe parcursul întregii vieți, este elementul determinat al unei bătrâneți sănătoase, satisfăcătoare. Evoluția morbidității generale și specifice, precum și a morbidității la persoanele de vârstă a III-a sunt mult influențate de o serie de factori socio-economici ca: sărăcia, singurătatea, lipsa locuinței sau locuința improprie nevoilor specifice vârstei, dependența socio-financiară, lipsa afecțiunii din partea celor dragi, lipsa înțelegerii, toleranței, pierderea oricărui țel, a unui sens în viață, depresia, etc.

Consecințele fenomenului de îmbătrânire a populației pot fi:

1. demografice:

- creșterea numărului populației vârstnice;
- creșterea numărului familiilor fără copii și cu persoane vârstnice.

2. medicale:

- polimorbiditate;
- creșterea consumului medical (Organizația Mondială a Sănătății consideră că doar 10% din tineri au o afecțiune și doar 2% din vârstnici sunt sănătoși).

3. sociale:

- pierderea autonomiei;
- incapacității funcționale parțiale sau totale, de unde nevoia de servicii sociale adecvate.

Consecințele demografice cele mai marcante sunt:

1. creșterea numărului persoanelor vârstnice, fără menținerea unui echilibru între celelalte grupe fiziologice de vârstă, generează dezechilibru, cu creșterea indicelui de dependență (numărul populației inactive – copii + vârstnici – este cu mult mai mare decât al populației adulte productive) ce are implicații de ordin psihosocial, demografic, economic, cultural etc.;

2. la nivelul populației, creșterea numărului familiilor fără copii și a celor constituite numai din persoane vârstnice sau chiar numai dintr-o singură persoană și aceea cu vârsta peste 70-80 ani, cresc consumul și nevoile de asistență socio-medicală.

3. scăderea natalității și a fertilității, creșterea numărului familiilor formate numai din persoane vârstnice, duce la depopularea unor zone, mai ales în mediul rural, cu alte implicații socio-economice.

Consecințe medicale:

1. tendința de supradiagnosticare a maladiilor duce la consum medical

crescut;

2. polimorbiditatea apărută odată cu înaintarea în vârstă, cu agregarea mai multor afecțiuni la aceeași persoană, generează dependența și cheltuieli mari printr-un consum crescut de prestații medico-sociale;

3. serviciile medicale ambulatorii, dar mai ales spitalicești pentru vârstnici, la care se apelează des sunt foarte costisitoare, iar resursele financiare ale seniorilor sunt foarte modeste;

4. complexitatea afecțiunilor la vârstnic, precum și evoluția particulară a acestora la terapia administrativă, cresc numărul zilelor de spitalizare, a numărului de paturi ocupate de vârstnici, dar în prezența unei rețele de îngrijiri comunitare, seniorii ar putea continua tratamentul și recuperarea la domiciliu.

Consecințele sociale:

Acestea decurg din pierderea autonomiei persoanei vârstnice, a posibilităților economice, financiare reduse și din instalarea unei incapacități funcționale, ceea ce necesită servicii sociale adecvate:

1. inexistența în comunitate a unor servicii medico-sociale în sistemul de sănătate, generează o serie de disfuncții care ar putea fi evitate prin organizarea unei rețele comunitare de îngrijiri la domiciliu a vârstnicilor, precum și organizarea unor echipe multidisciplinare, care ar permite evaluarea prealabilă a nevoilor în servicii medicale a persoanelor dependente de vârsta a III-a și orientarea acestora către acele servicii care să le satisfacă nevoile;

2. spitalele sunt puse adesea în situația de a găzdui cazuri care sunt de fapt cazuri pur sociale, dar pentru care nu există sprijin din partea familiei sau a comunității, și care ocupă, mai mult sau mai puțin, paturile solicitate frecvent de urgențe medicale, nemaipunând în discuție cheltuielile suplimentare suportate de spital prin internarea acestei categorii de persoane;

3. îmbătrânirea populației crește cererea de asistență geriatrică, gerontologică și de alte specialități, cerute în domeniu;

4. pentru susținerea financiară, medicală, socială este necesar un cadru legislativ adaptat nevoilor vârstnicului și ocrotirii acestuia, cu stimularea rămânerii vârstnicului în propria locuință, încurajarea și stimularea familiilor pentru a-și îngriji vârstnicii în propria familie;

5. găsirea de resurse pentru adaptarea locuințelor persoanelor de vârstă a III-a la gradul și titlul de dependență instalat.

Concluzii. 1. Datele Organizației Mondiale a Sănătății confirmă că pon-

derea populației vârstnice este în continuă creștere, dacă în 1990 populația vârstnică constituia 4% din întreaga populație a țărilor în curs de dezvoltare și 12% în țările dezvoltate în anul 2005 a constituit 18% din populație, iar în anul 2020 – 22%. 2. Longevitatea, în forma ei activă, nu ni se oferă, ci ea trebuie cucerită; a ști să o cucerești, a ști să îmbătrânești, este deopotrivă o știință și o artă, iar secretul acestei reușite este viața activă, în mijlocul familiei. 3. În societatea contemporană, se înregistrează o tendință de creștere a numărului de familii nucleare compuse numai din soț – soție și copii și scăderea numărului de familii lărgite pe verticală sau orizontală sau pe ambele sensuri, ce cuprind și vârstnici (părinți cuplului, bunicii și rudele în vârstă, etc.). 4. Evoluția morbidității generale și specifice, precum și a morbidității la persoanele de vârsta a III-a sunt mult influențate de o serie de factori socio-economici ca: sărăcia, singurătatea, lipsa locuinței sau locuința improprie nevoilor specifice vârstei, dependența socio-financiară, lipsa afecțiunii din partea celor dragi, lipsa înțelegerii, toleranței, pierderea oricărui țel, a unui sens în viață.

Bibliografie

1. Tintiuc D., Grossu Iu. ș.a., Sănătate Publică și Management. Chișinău: C.E.P „Medicina”, 2007. 720 p.
2. Legare J., Consequences économiques, social et culturelles du vieillissement de la population. In : Caselli G., Vallin J., Wunsch G. (red. Demographie: analyse et synthese. Paris, 2004. 205 p.
3. Legare J., Ibrahima M., Sossa O., Smuga M. Le vieillissement démographique: un défi pour les pays en développement. Montreal: Federation international du vieillissement, 2002.100 p.
4. Paladi Gh., Penina O. Unele aspecte demografice ale procesului de îmbătrânire demografică in Republica Moldova. Simpozionul internațional „Probleme demografice ale populației in contextul integrării europene”. Chișinău, 2005, p.16-23.
5. Bolocan D. Evoluția proceselor demografice in Republica Moldova. Conferința „Particularitățile și tendințele proceselor demografice in Republica Moldova”. Chișinău, 2001, p.30-36.
6. Bardet J.P., Dupaquier J. Histoire des populations de l’Europe. Paris, 1997. 220 p.
7. Fuchs M.F., La generation „grands parents”. Materiales de XXV Congrès International de la population. Paris: Juillet, 2005, p.117-136.

PARTICULARITĂȚII MEDICO-SOCIALE A SĂNĂTĂȚII PERSONALULUI MEDICAL DIN INSTITUȚIILE DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

Iurii Lupacescu, competitor

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

MEDICAL AND SOCIAL PARTICULARITIES OF THE MEDICAL PERSONNEL HEALTH IN THE PRIMARY MEDICAL ASSISTANCE INSTITUTIONS

This article describes the main risk factors that contribute to the health problems of medical staff in primary health care institutions, including neurochemical overload, overloading of the analyzers: visual, auditory, sensorial, muscle overloads associated with physical or medium efforts, action of the agents chemical, physical and biological, irrational work regime, night shift in the program, altered microclimate, exaggerated noise, public violence, work accidents.

Actualitatea și importanța temei. Milioane de oameni la nivel mondial lucrează în condiții nesigure, generatoare de boli profesionale. Anual cad victimă bolilor profesionale și accidentelor de muncă un număr de aproximativ 1,1 milioane de persoane și se înregistrează 160 milioane de cazuri noi de boli profesionale sau legate de profesii care includ: boli respiratorii, boli ale sistemului osteomusculoarticular, boli ale reproducerii și boli neuropsihice. Un număr tot mai mare de salariați, prezintă simptome legate de stresul psihic al muncii, prin suprasolicitare. Factorii de stres neuropsohic ai locului de muncă, determină tulburări ale somnului, depresie și constituie un risc crescut de boli cardiovasculare, în principal hipertensiune arterială.

Organizația Internațională a Muncii estimează faptul că stresul ocupațional provoacă scăderea pe plan economic cu 10% a produsului intern brut al unei țări. Îmbolnăvirile provocate de stresul ocupațional sunt distribuite pe profesii.

Principalii factori de risc, ce contribuie la problemele de sănătate asociate sistemului sanitar și sistemului educațional sintetizați din literatura de specialitate se includ: suprasolicitarea neuroemoțională; suprasolicitarea analizatorilor: vizual, auditiv, sensorial; suprasolicitările musculare asociate cu eforturi fizice sau medii; acțiunea agenților chimici, fizici și biologi-

ci;regimul de muncă irațional;schimbul de noapte în program;microclimat alterat, zgomot exagerat;violențe din partea publicului;accidente de muncă (căderi, tăieturi, înțepături de ac, șocuri electrice,etc.); relații de muncă încordate, tensionate cu colegii și șefi. Evoluția fenomenelor mediului ocupațional și a proceselor social - economice, au un impact complex asupra calității vieții angajaților din ramura medicinei primare din republică, cât și din raionul Orhei și Hîncești. Sănătatea reprezintă un drept fundamental al omului ce are ca scop principal protecția, echilibrul și promovarea sănătății cetățenilor și a întregii națiuni. Asigurarea unui mediu sigur și sănătos, prin prisma securității și sănătății la locul de muncă, este pilonul principal a politicilor statului și patronilor pentru îmbunătățirea calității vieții angajaților din ramura medicinei, care au fost permanent în centrul discuțiilor la nivel local,național și internațional. Pentru prima dată OMS la conferința de la Alma-Ata din 1978, a recunoscut faptul că serviciile de sănătate primare sunt cheia realizării Programului Sănătate pentru toți în secolul XXI-lea. Prin acest program menționat OMS înscrie conceptele de prioritate ale sănătății angajaților din ramura medicinei primare care constau în:

- Asigurarea unui mediu sigur și sănătos;
- Promovarea modului sănătos de viață;
- Protecția mediului ambiant;
- Ameliorarea mediului ocupațional și serviciilor de prevenire, tratament, îngrijiri și readaptare.

Strategia securității și sănătății conține o luptă permanentă pentru prelungirea vieții, prevenirea defectuoșității biologice și a statusului social inadecvat al ființei umane și anume a angajaților din ramura medicinei. Sănătatea ca dar a naturii și comoră a vieții asigură dezvoltarea optimă a angajaților din ramura medicinei și învățământului și a societății în întregime.

La etapa actuală a cercetării științifice complexe ce țin de aspectele medico-sociale a stării de sănătate a lucrătorilor din ramura sănătății și învățământului din Republica Moldova nu au fost efectuate.

Argumente ce justifică necesitatea acestui studiu:

- Nivelul în creștere a maladiilor profesionale a angajaților din ramura sănătății din mediul rural;
- Nivelul enorm în creștere a factorilor de risc în mediul ocupațional a angajaților din ramura sănătății din mediul rural;
- Ponderea mărită a stresului ocupațional a angajaților din ramura

sănătății din mediul rural;

- Probleme existente a angajaților din ramura sănătății din mediul rural ce beneficiază de supliment la salariu sau concediu pentru condiții nocive de muncă;
- Ponderea în creștere a migrației personalului din ramura sănătății din mediul rural;
- Procentul în scădere de acoperire cu personal în ramura medicinei din mediul rural;
- Ponderea în creștere de îmbătrânire a personalului din ramura medicinei din mediul rural;
- Nivelul scăzut a calității vieții angajaților din ramura sănătății din mediul rural;
- lipsa unui ghid informațional de securitate și sănătate în muncă a angajaților din ramura sănătății din mediul rural.

Studiul sa efectuat în instituțiile medicale de asistență medicală din Republica Moldova.

Obiectul cercetării au servit angajații din instituțiile medicale primare din mediul rural din Republica Moldova. Pentru abordarea obiectivelor se prevede de a efectua un studiu complex ce va include: studierea morbidității, studierea factorilor de influență socio-economici și psihologici. Se va efectua și evaluarea stării de sănătate în raport cu grupele de sănătate.

Rezultate și discuții. Procesul managerial implică comunicare bilaterală dintre factorii de decizie și angajați. Comunicarea organizațională este un proces, de regulă intenționat, de schimb de mesaje între persoane, grupuri și niveluri organizatorice din cadrul organizației, cu scopul înfăptuirii atât a obiectivelor individuale, cât și a celor colective [1].

Comunicarea managerială este un proces fundamental de interacțiune reciprocă bazat pe feedback, în care managerii de la orice nivel transmit idei, sentimente, decizii subordonaților cu posibilitatea verificării manierei de receptare a mesajului de către aceștia. Ea influențează și modifică percepții, atitudini, comportamente, sentimente, opinii ale indivizilor și ale grupurilor și de aceea constituie o cale prin care oamenii își corelează în mod sinergic eforturile.

Comunicarea managerială este o componentă esențială a comunicării, în general datorită impactului imediat, direct și indirect pe care îl are asupra evoluției colectivității umane. Ea se află în centrul a tot ceea ce întreprinde

organizația, este prezentă în toate activitățile acesteia și își pune amprenta asupra rezultatelor obținute, determinând atât succesul, cât și insuccesul. Este un important instrument de implementare a schimbărilor, a strategiilor, având implicații majore asupra calității și eficienței managementului. Ca stare de spirit și instrument al conducerii, comunicarea managerială este prezentă în toate aspectele muncii managerilor, asigurând operaționalizarea funcțiilor managementului, sporirea performanțelor individuale și colective, statornicirea unor relații corecte și eficiente între angajați atât pe orizontală, cât și pe verticală [2,3].

Astfel, managerii instituțiilor medicale trebuie să ia în considerare opiniile angajaților cu referire la perceperea lor a condițiilor de muncă existente precum și a propunerilor de îmbunătățire a acestora. În cadrul cercetării realizate am întrebat angajații despre părerea lor cu privire la măsurile necesare a fi realizate pentru a îmbunătăți condițiile din instituțiile în care activează. Din figura ce urmează se observă că marea parte a angajaților (78%) consideră că managerii nu le cunosc problemele și își doresc un dialog cu conducerea instituției. Angajații își doresc un echipament mai bun pentru munca profesională (32%) și peste o pătrime din angajați își doresc ca managerii să se implice în organizarea condițiilor pentru alimentația angajaților.

Anterior a fost menționat că angajații au remarcat surmenajul și supra-solicitarea printre cei mai frecvenți factori cu risc pentru sănătate întâlniți în instituția în care activează. Respectiv, fiecare al patrulea angajat consideră că managerii ar trebui să ia în considerare acești factori și să asigure o mai bună respectare a orelor de muncă a angajaților, fără a le solicita munca peste orele de program și cu o programare concreta a pacienților. Totodată, angajații (14%) și-ar dori săli de odihnă și recreare în instituția unde își petrec marea parte a timpului zilei.

Au fost și propuneri ce țin de îmbunătățirea infrastructurii locale, cum ar fi asigurarea cu apă și canalizare, căldură în perioada rece a anului.

Respondenților li s-a solicitat să dea o apreciere atitudinii managerului instituției în care activează față de organizarea condițiilor de muncă a angajaților. Circa o pătrime dintre respondenți au considerat că conducerii instituției îi pasă de condițiile de muncă, există o comunicare permanentă în această privință, se fac îmbunătățiri. Circa 30% dintre respondenți au identificat faptul precum că conducerea este indiferentă față de condițiile de muncă a angajaților. Au fost înscrise și alte răspunsuri, deschise pre-

cum că: ”managerii ar dori să facă mai multe dar nu au condițiile necesare”, ”managerul nu știe și nu vrea să știe problemele angajaților”, ”este greu să faci față problemelor în sărăcie”.

Drept urmare, devine evident că o mare majoritate a managerilor instituțiilor medicale primare ar trebui să acorde mai multă atenție condițiilor de muncă a angajaților din instituțiile AMP din raionul Orhei.

Cu referire la întrebările deschise oferite în chestionare respondenții s-au abținut să ofere careva comentarii referitor la condițiile, sănătatea și securitatea ocupațională, ce aspecte ați dori să se îmbunătățească, să fie eliminate să fie menționate.

Această implicare pasivă poate fi explicată și prin o insuficiență de cunoștințe în domeniul managementului instituțional. Angajații pot să exprime nemulțămirea față de anumite insuficiențe sau aspecte ale organizării instituționale, însă nu pot să formuleze acțiuni decisive ale managerului, care ar trebui să gestioneze aceste probleme.

Concluzii. 1. 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 infirmat acest fapt, iar pentru 12% dintre respondenți a fost greu să se aprecieze cu referire la acest subiect.

2. 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%).

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. Este necesar de investigat separat pentru fiecare instituție care sunt factorii care induc nesiguranța angajaților la locul de muncă.

4. Cu toate că mulți respondenți afirmă că suferă de diferite probleme de sănătate și surmenaj, cu un risc înalt al morbidității maladiilor cronice în rândurile personalului medical din instituțiile AMP, marea parte dintre ei evită să meargă în concedii medicale.

5. Mai mult de jumătate dintre angajați (52%) nu au stat niciodată pe foaie de boală pe parcursul ultimilor 5 ani, iar 26% au susținut că nu au stat niciodată în viață pe foaie de boală. Managerii ar trebui să acorde o atenție sporită asupra monitorizării stării de sănătate a angajaților.

Bibliografie

1. Ciubotaru V.G. Avram E. Optimizarea sănătății. Editura Universitată-
ră, 2010. 234 p.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2010).
Sickness, disability and work: Breaking the barriers. A synthesis of findings
across OECD countries. Paris: OECD, 2010.184 p.
3. Wevers C, Gründemann R, van Genabeek J, Wynne R, Burens I, Bara-
clat D. Sustainable employability of workers with chronic illnesses: Analys-
ing and enhancing good practice in Europe. Introduction to survey ques-
tionnaires. TNO, ANACT, WRC. 2011. 224 p.
4. Chelcea S. Metodologia cercetării sociologice. Metode cantitative și
calitative. București: Editura Economica, 2001. 245 p.
5. Vlăsceanu M. Organizații și comportament organizațional. Bucureș-
ti: Ed. Polirom, 2003.185 p.
6. Dumitrașcu Luminița-Mihaelea. Cercetări privind influența facto-
rilor de risc profesional asupra stării de sănătate la personalul medico-san-
itar dintr-un spital județean. Teza de doctorat. Universitatea "Lucian Blaga"
Sibiu, Facultatea de Medicină "Victor Papilian", 2008. În: [http://doctorate.
ulbsibiu.ro/obj/documents/rez-dumitrascu.pdf](http://doctorate.ulbsibiu.ro/obj/documents/rez-dumitrascu.pdf) (accesat: 20.09.2018).

PARTICULARITĂȚI METODOLOGICE DE DETERMINARE A DIZ- ABILITĂȚII ȘI CAPACITĂȚII DE MUNCĂ LA ADULȚI

Ludmila Sochircă, competitor

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

METHODOLOGICAL PARTICULARITIES FOR DETERMINATION OF DISABILITY AND LABOR CAPACITY IN ADULTS

*This article discusses some peculiarities of determining the level of work
capacity that must be consistent with legal acts, experience and positive prac-
tices in this respect at European and international level. In this regard, it was
proposed to take into account these important aspects of determining disabili-
ty and work capacity in adults.*

Întroducere. Evaluarea capacității de muncă a unei persoane cu dizabil-
ități poate fi reflectată prin limitările în desfășurarea activităților de muncă
cauzate de o problemă de sănătate [1].

Raportul OCDE din 2003 "Transformarea Dizabilității în Abilitate" menționează că reformele cuprinzătoare din ultimul deceniu a dus la o reorientare a politicii pasive de compensare a dizabilității spre cele de integrare activă. Principalul obiectiv al acestei reorientări a fost de a crește participarea persoanelor cu dizabilități în câmpul muncii (New ways of addressing partial work capacity OECD thematic review on sickness, disability and work, Issues paper and progress report April 2007). Un motiv pentru nivelul scăzut de ocupare a persoanelor cu dizabilități în câmpul muncii este politica inadecvată, care duce în final ca acestea să devină dependente de ajutoarele sociale pe termen lung, pe de altă parte, numărul în creștere a persoanelor cu dizabilități este suportat din ce în ce mai greu de bugetele sociale ale statelor, astfel că politicile actuale încearcă să încurajeze în mod diferit accesul sau reîntoarcerea pe piața muncii a persoanelor cu dizabilități.

În concluzie, se poate afirma cu certitudine, că politicile de determinare a dizabilității, sunt redefinite de la cele pasive, dependente de prestații în baza calculării deficienței, către cele active, de calculare a capacității de muncă și accedere/reîncadrare în câmpul muncii. În acest proces abordarea preponderent medicală va fi substituită de cea medico-socială.

Abordarea medico-socială dictează un caracter multidisciplinar al echipei de evaluare [53]. În aceste condiții, pe lângă medicii experți, echipele multidisciplinare pot fi completate cu psihologi, psihopedagoji, asistenți sociali, specialiști în activitatea ocupațională, reprezentanți ai oficiilor forței de muncă sau angajatorilor ș.a.

Criterii și instrumente în determinarea capacității de muncă:

Procesul de evaluare a capacității de muncă necesită stabilirea unor criterii concrete standardizate și instrumente, cu ajutorul cărora poate fi măsurată capacitatea de muncă (restantă/păstrată). Criteriile la care se apelează cel mai des în vederea evaluării capacității de muncă sunt: medical, de funcționalitate, profesional, vârstă, factori de mediu. Drept instrumente, cele mai des utilizate, precum și recunoscute cele mai eficiente pot fi aplicate interviurile structurate (chestionare, teste).

Datele despre funcționalitatea beneficiarului sunt colectate folosind interviul structurat prin intermediul testelor sau chestionarului. Testele de funcționalitate vizează în special, capacitatea de: a apuca, de a sta, de a șede, de a se apleca, a se urca (escalada) etc. (Standardized Evaluation of Work Capacity, Matheson LN, Mooney V, Grant J, Leggett S, Kenny K) și

capacitatea funcțională de: învățare și înțelegere, orientare în spațiu, acomodare la schimbări, socializare etc.

Pe lângă criteriul medical, de bază, care stabilește deficiența medicală a persoanei, și cel funcțional, care stabilește capacitatea funcțională a persoanei, la calcularea capacității de muncă mai trebuie luate în considerare și alte criterii. Astfel de criterii sunt: cel profesional, vârstă, factori de mediu. Spre exemplu, deținerea unei calificări profesionale este un avantaj al persoanei, în comparație cu o persoană care nu are nici o calificare.

Determinarea nivelului capacității de muncă în RM trebuie să vină în concordanță cu actele legale, experiența și practicile pozitive în acest sens pe plan european și internațional. În acest sens a fost propus de a fi luate în calcul aceste aspecte importante și anume:

Procesul de stabilire a dizabilității este abordat prin prisma determinării capacității restante de munca a persoanei cu dizabilități în vîrsta aptă de muncă.. Abordarea respectivă vine să promoveze politicile active în domeniul incluziunii sociale, și mai precis, stimularea încadrării persoanelor cu dizabilități în cîmpul muncii. Or, procentul stabilit al capacității de muncă urmează să reglementeze politicile de motivare atît a angajatorului cît și persoanei cu dizabilități. Exemplul Lituaniei a fost unul reprezentativ în acest sens. În acelaș context, Legea privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități din RM (art. 16) ne oferă detalii premergătoare.

Anterior CREMV a avut drept act normativ ca reper legal în elaborarea recomandărilor privind încadrarea în muncă a invalizilor Ordinul comun al MPSFC și MS Nr. 30/99 din 15 aprilie 2009 cu privire la aprobarea Recomandărilor de muncă în diverse limitări funcționale la persoanele cu dizabilități. Aceste recomandări au fost soluție temporară, dar a apărut necesitatea de a fi revizuite, adaptate și completate, cu întocmirea unui plan general de reabilitare și incluziune socială la adulți și copii.,care a fost elaborat si actualmente se aplica in practica.

Determinarea procentuală a capacității de muncă are diverse avantaje (față de situația până la reformă):

- a) exprimă foarte clar capacitatea restantă de muncă în procente;
- b) procentajul final, calculat în baza celui de medical care este de bază, plus criteriile nemedicale arată gradul de eligibilitate a persoanei pentru prestația pe dizabilitate;
- c) la reexpertizare se va vedea clar evoluția capacității de muncă

(creștere sau descreștere);

se va opta în continuare pentru stabilirea prestației echitabile bănești, precum și lista de servicii individuale ale persoanei concrete.

Potrivit acestei abordări, dizabilitatea se stabilește prin determinarea în procente a capacității restante de muncă (Figura 5.3). Aplicarea în practică a acestei metodologii va scădea numărul de persoane cu dizabilități din actualul grad III de invaliditate, aducând economie bugetului de asigurări sociale și oferind în același timp forțe de muncă suplimentare pentru încadrarea în câmpul muncii.

În aplicarea noii metodologii iau fost luate în calcul următoarele recomandări:

- Criteriul medical să fie considerat în continuare drept criteriu de bază la determinarea procentuală a capacității de muncă.
- Criteriul funcțional este elaborat în baza interviului structurat prin aplicarea chestionarului sau a testelor.
- Se utilizează criterii nemedicale (profesional, vârstă, educație, factori de mediu) în determinarea procentului capacității de muncă păstrate.
- Procentul final al capacității de muncă este un rezultat al coraportării procentului de bază la criteriile funcționale și cele nemedicale.
- Procentul final (obținut în baza criteriul medical) luat la calcularea capacității păstrate de muncă este restant și nu de pierdere.

Pe lângă certificatul de stabilire a dizabilității, care va deschide accesul persoanei la prestația bănească de compensare a dizabilității, persoana primește de la Consiliu și programul de măsuri de reabilitare și incluziune. În capitolele descrise mai sus am demonstrat, care este noutatea abordării ce se propune, și anume a modelului bio-psiho-social, în comparație cu cel medical. Astfel, din moment ce va fi stabilită dizabilitatea și procentul capacității restante de muncă, se prescriu recomandări generale, care în continuare vor fi individualizate (personalizate) de către instituțiile abilitate respective.

Trecerea la modelul bio-psiho-social favorizează implicarea activă a persoanei cu dizabilități în procesul decizional. Prin urmare, atât evaluarea deficiențelor de comunicare, cât și accesibilizarea procesului de evaluare în cazul persoanelor, care au dificultăți de comunicare (cu sau fără retard intelectual), presupune folosirea unor instrumente și materiale, selectate cu grijă, în funcție de particularitățile persoanei. În același timp, evaluatorul sau interlocutorul trebuie să-și adapteze permanent stilul și modalitatea de comunicare, astfel încât să reușească să transmită corect mesajul și să

obțină informații de la persoana cu dizabilități implicată în procesul de evaluare/comunicare.

Concluzii. 1. Acțiunile propuse/aplicate vor accelera procesul de integrare socio-profesională și educațională a persoanelor cu dizabilități și vor spori calitatea vieții acestora, oferind șanse egale de rând cu toți membrii societății.

2. În vederea implementării noii metodologii de determinare a dizabilității, este foarte important aplicarea și adaptarea Instrumentelor de evaluare a dizabilității (inclusiv Criteriilor de evaluare, bazate pe CIF), reeșind din standardele europene și internaționale de evaluare, bazate pe prevederile Convenției ONU pentru protecția persoanelor cu dizabilități. Acest scop poate fi atins în colaborare cu specialiștii experți din mediul academic național, cât și cel internațional. Sursele de referință revizuite vor servi ca instrumente practice de evaluare, dar vor fi și subiecte de studiu în programele de instruire (USMF, Colegii medicale, Universitatea pedagogică etc.) Aceste instrumente vor fi implementate în funcție de capacitățile umane și tehnice din domeniu.

Bibliografie

1. L. Sochircă, „Incluziunea persoanelor cu dizabilități în câmpul muncii – realități și perspective”, *Monitoring social* nr. 16. Chișinău, 2012, p.40-41.

2. Ordinul MS Nr. 153 din 09.03.2010 cu privire la modificarea unor formulare de evidență medicală primară în cadrul instituțiilor medicale.

3. HG Nr. 1065 din 11.11.1999 cu privire la aprobarea Listei bolilor și stărilor patologice care acordă copiilor pînă la vîrsta de 18 ani dreptul la primirea statutului de copil-invalid și alocațiilor sociale de stat conform legislației. Publicat : 17.11.1999 în *Monitorul Oficial* Nr. 128-129 art Nr : 1130, modificat prin HG 1302 din 27.11.07, MO188-191/07.12.07 art.1353 și HG1260 din 17.10.03, MO218/24.10.03 art.1310.

4. Decretul nr 218/7 „Metodologia de Utilizare a Instrumentelor de Expertiză și Evaluare a Copiilor - Elevilor cu dizabilități pentru Orientare Educațională”. România, 2002.

5. Codul muncii al RM, art. 8, art. 108, art. 116, art. 121, art. 183.

6. Legea nr.169 din 09.07.2010 pentru aprobarea Strategiei de incluziune Socială a persoanelor cu dizabilități (2010-2013), Parlamentul Republicii Moldova.

7. Ordinul MS nr. 692 din 01.10.2012 cu privire la Expertiza Incapacității temporare de muncă.

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ЗАЩИТЫ ТРУДОВЫХ ПРАВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Леонид Витюк, докторант

Европейский университет Молдовы

PROTECTION OF LABOR RIGHTS OF MEDICAL WORKERS

The article highlights the basic rights of health care workers and the protection of these rights. The relevance of the topic is due to the role of medical workers in the realization of the right of every person to health protection, guaranteed by art.36 of the Constitution of the Republic of Moldova. Many medical workers who are dissatisfied with the conditions of their work and, above all, with the size of their salaries, leave the Republic of Moldova and go to other countries where the work of medical workers is paid much higher than in the Republic of Moldova. The relevance of this topic is also due to its insufficient coverage in the legal literature of the Republic of Moldova.

Труд медицинских работников регулируется общими и специальными законодательными актами. Согласно ст. 1 Трудового кодекса Республики Молдова (далее – ТК РМ) № 154-XV от 28.03.2003 года работником признается физическое лицо (мужчина или женщина), выполняющее работу, соответствующую определенной специальности, квалификации или должности, и получающее заработную плату на основании индивидуального трудового договора [1].

Понятие индивидуального трудового договора дано в ст. 45 ТК РМ, согласно которой индивидуальный трудовой договор – соглашение между работником и работодателем, на основании которого работник обязуется выполнять работу, соответствующую определенной специальности, квалификации или должности, на которую он назначен, с соблюдением правил внутреннего распорядка предприятия, а работодатель обязуется обеспечить работнику условия труда, предусмотренные настоящим кодексом, иными нормативными актами, содержащими нормы трудового права, коллективным трудовым договором, а также своевременно и в полном размере выплачивать ему заработную плату.

Основные права работников, в том числе и права медицинских работников, установлены частью (1) ст. 9 ТК РМ. Согласно пункту а) части (1) ст. 9 ТК РМ работник имеет право на заключение, изменение,

приостановление действия и расторжение индивидуального трудового договора в порядке, установленном настоящим кодексом. Данная формулировка неточна, т.к. согласно ст. 1 ТК РМ физическое лицо признаётся работником только после заключения индивидуального трудового договора. Любое физическое лицо, в том числе и медицинский работник, имеет право на заключение индивидуального трудового договора.

Необоснованный отказ в приёме на работу запрещен ст. 47 ТК РМ, в соответствии с которой запрещается необоснованный отказ в приеме на работу. Запрещается любое прямое или косвенное ограничение прав либо установление прямых или косвенных преимуществ при заключении индивидуального трудового договора в зависимости от пола, расы, национальности, вероисповедания, места жительства, политических убеждений или социального происхождения. Отказ работодателя в приеме на работу оформляется в письменной форме с указанием данных, предусмотренных пунктом б) части (1) ст. 49, и может быть обжалован в судебную инстанцию. Отказ в приёме на работу физическое лицо может обжаловать в судебную инстанцию, которая в случае признания отказа необоснованным согласно пункту а) части (1) ст. 330 ТК РМ вынесет решение о взыскании неполученной им заработной платы.

Другим важным правом работника является право работника на своевременное и в полном объеме получение заработной платы в соответствии со своей квалификацией, сложностью, количеством и качеством выполняемой работы. Заработная плата регулируется ст. 128-165 ТК РМ, законом РМ «Об оплате труда» № 8477-XV от 16.02.2002 года [2]. Согласно части (1) ст. 128 ТК РМ заработная плата является вознаграждением или заработком в денежном выражении, выплачиваемым работодателем на основании индивидуального трудового договора за выполненную или подлежащую выполнению работу. Согласно части (2) ст. 131 ТК РМ минимальная заработная плата – это установленный государством минимальный размер платы в национальной валюте за простую, неквалифицированную работу, ниже уровня которого работодатель не вправе заплатить за выполненную работником месячную или часовую норму труда.

Предложение. По нашему мнению, ст. 131 ТК РМ следует

дополнить частью (11), согласно которой минимальная заработная плата должна быть не ниже прожиточного минимума. Заработная плата медицинских работников регулируется также постановлением Правительства РМ № 837 от 06.07.2016 года «Об утверждении Положения об оплате труда работников публичных медико-санитарных учреждений, включенных в систему обязательного медицинского страхования» [3].

Согласно пункту 1 Положения об оплате труда работников публичных медико-санитарных учреждений, включенных в систему обязательного медицинского страхования, утвержденного постановлением Правительства РМ № 837 от 06.07.2016 года, Положение об оплате труда работников публичных медико-санитарных учреждений, включенных в систему обязательного медицинского страхования (в дальнейшем – Положение), разработано на основании закона № 411-ХІІІ от 28 марта 1995 года «Об охране здоровья», закона № 847-ХV от 14 февраля 2002 года «Об оплате труда», ТК РМ, закона № 264-ХVІ от 27 октября 2005 года «О врачебной деятельности». Согласно пункту 2 вышеуказанного Положения настоящее Положение определяет метод, размер и условия оплаты труда работников медико-санитарных учреждений, сотрудников клинических кафедр Государственного университета медицины и фармации им. Николае Тестемицану в зависимости от ответственности и сложности задач, объема и качества работы, профессиональных навыков, профессионального риска и уровня достижения показателей эффективности.

Согласно пункту 7 вышеуказанного Положения доход от заработной платы или заработную плату работников публичных медико-санитарных учреждений, включенных в систему обязательного медицинского страхования, составляют: 1) фиксированная часть заработной платы – представляет месячный должностной оклад и составляет минимальную гарантию оплаты труда работников учреждения согласно занимаемой должности; 2) переменная часть заработной платы – состоит из надбавки к месячной заработной плате, установленной за профессиональные навыки и уровень достижения показателей эффективности; 3) другие нормы и гарантии по заработной плате, материальная помощь; другие нормы и гарантии по заработной плате – представляют особые нормы оплаты труда,

компенсирующие надбавки за работу в неблагоприятных условиях, а также другие минимальные гарантии, установленные государством; материальная помощь – денежная поддержка, предоставляемая работнику, как правило, один раз в год к отпуску или на основании заявления.

Надбавки за работу в неблагоприятных условиях (сверхурочная работа, работа в выходные и праздничные дни, в ночное время) установлены ст. 157, 158, 159 ТК РМ. Согласно части (1) ст. 157 ТК РМ при повременной оплате труда сверхурочная работа (ст. 104) оплачивается за первые два часа не менее чем в полуторном размере установленной работнику часовой основной заработной платы, а за последующие часы – не менее чем в двойном размере. Согласно части (2) ст. 157 ТК РМ при сдельной оплате труда с применением тарифной системы оплаты за сверхурочную работу производится доплата в размере не менее 50 % тарифной ставки работника соответствующего разряда с повременной оплатой труда за первые два часа и в размере 100 % этой тарифной ставки за последующие часы, а с применением бестарифных систем оплаты – в размере не менее 50 % часового гарантированного минимального размера заработной платы в реальном секторе за первые два часа и соответственно 100 % за последующие часы.

Согласно части (1) ст. 158 ТК РМ работа в выходные и нерабочие праздничные дни оплачивается (при выплате средней заработной платы, предусмотренной частью (1) ст. 111): а) работникам со сдельной оплатой труда – не менее чем по двойным сдельным расценкам; б) работникам, труд которых оплачивается по часовым или дневным ставкам, – в размере не менее двойной часовой или дневной ставки; в) работникам, получающим месячный оклад, – в размере не менее одинарной часовой или дневной ставки сверх оклада, если работа в выходной или нерабочий праздничный день производилась в пределах месячной нормы рабочего времени, и в размере не менее двойной часовой или дневной ставки сверх оклада, если работа производилась сверх месячной нормы.

Согласно ст. 159 ТК РМ за работу в ночное время устанавливается доплата не менее чем в половинном размере установленной работнику часовой основной заработной платы. Согласно пункту 19 Положения об оплате труда работников публичных медико-санитарных учреждений,

включенных в систему обязательного медицинского страхования, персонал, который, согласно установленному графику работы, осуществляет свою деятельность в ночное время – с 22 часов вечера до 6 часов утра – имеет право за отработанные часы на доплату к заработной плате в размере 50 или 100 % должностного оклада за каждый час, отработанный ночью, согласно приложению № 2 к настоящему Положению.

Вывод. Полагаем, что пункт 19 вышеуказанного Положения следует изменить, установив, конкретный размер доплаты медицинским работникам за работу в ночное время.

Предложение. Учитывая специфику труда медицинских работников, доплата должна составлять 100% должностного оклада за каждый час работы в ночное время. Материальная помощь медицинским работникам выплачивается в соответствии со ст. 1651 ТК РМ, согласно которой работодатель вправе оказывать ежегодно работникам материальную помощь в порядке и на условиях, предусмотренных коллективным трудовым договором, иным нормативным актом на уровне предприятия и/или действующими нормативными актами. Материальная помощь может быть оказана работнику на основании его письменного заявления в любое время года либо присоединена к отпускному пособию (ст. 117). Согласно пункту 25 Положения об оплате труда работников публичных медико-санитарных учреждений, включенных в систему обязательного медицинского страхования, работодатель вправе предоставлять работникам ежегодно материальную помощь в порядке и на условиях, предусмотренных коллективным договором и/или действующими нормативными актами. Размер материальной помощи, предоставленной работнику, не может превышать сумму среднемесячного дохода с учетом надбавок и доплат, установленных в соответствии с действующим законодательством. Условия оплаты труда руководящего персонала публичных медико-санитарных учреждений установлены пунктами 26-32 Положения об оплате труда работников публичных медико-санитарных учреждений, включенных в систему обязательного медицинского страхования. Ответственность за нарушение трудовых прав установлена ст. 330 ТК РМ.

Вывод. По нашему мнению, ст. 151 ТК РМ следует изменить, предусмотрев, что задержка выдачи трудовой книжки даёт право

работнику требовать возмещения ущерба, причиненного задержкой выдачи трудовой книжки, и что работник не обязан доказывать, что его не приняли на работу из-за отсутствия трудовой книжки. Ответственность работодателя за задержку выплаты заработной платы и приравненных к ней платежей установлена частью (2) ст. 330 ТК РМ, в соответствии с которой в случае задержки по вине работодателя выплаты заработной платы (ст.142), отпускного пособия (ст.117), выплат в связи с освобождением (ст.143) или других выплат (ст. 123, 124, 127, 139, 186, часть (8) ст.225 и др.), причитающихся работнику, ему выплачиваются дополнительно за каждый день просрочки 0,3 % от суммы, не выплаченной в срок.

Предложение. По нашему мнению, часть (2) ст. 330 ТК РМ следует изменить, увеличив сумму 0,3 % до 3 %. В случае нарушения трудовых прав работник вправе обратиться в суд первой инстанции в порядке, установленном ст. 332, 348-355 ТК РМ и Гражданского процессуального кодекса Республики Молдова (далее – ГПК РМ) № 225-XV от 30.05.2003 года [4]. Сроки исковой давности установлены частью (1) ст. 355 ТК РМ, согласно которой заявление о разрешении индивидуального трудового спора подается в судебную инстанцию: а) в течение трех месяцев со дня, когда работник узнал или должен был узнать о нарушении своего права; б) в течение трех лет со дня возникновения соответствующего права работника в случае, если предметом спора являются выплаты, связанные с заработной платой, или иные выплаты, причитающиеся работнику.

Предложение. По нашему мнению, пункт а) части (1) ст. 355 ТК РМ следует изменить, увеличив срок исковой давности с 3 месяцев до 1 года. При рассмотрении споров о восстановлении на работе судебные инстанции должны руководствоваться частью (2) ст. 89 ТК РМ, согласно которой при рассмотрении индивидуального трудового спора судебной инстанцией работодатель обязан доказать законность и привести основания перевода или освобождения работника. В случае обжалования работником–членом профсоюза приказа об увольнении судебная инстанция затребует согласие (консультативное мнение) профсоюзного органа (профсоюзного организатора) относительно увольнения данного работника. Часть (2) ст. 89 ТК РМ противоречит части (1) ст. 118 ГПК РМ, в соответствии с которой

каждая сторона должна доказать те обстоятельства, на которые она ссылается как на основание своих требований и возражений, если законом не установлено иное. Согласно части (3) ст. 5 закона РМ «О нормативных актах» № 100 от 22.12.2017 года в случае противоречия между общей нормой и специальной нормой, которые содержатся в нормативных актах одного уровня, применяется специальная норма. В случае, если работник требует только возмещения материального и морального ущерба, он должен предварительно, т.е. до обращения в суд, обратиться к работодателю в соответствии со ст. 332 ТК РМ.

Согласно части (1) ст. 332 ТК РМ письменное заявление работника о возмещении материального и морального ущерба подается работодателю. Работодатель обязан зарегистрировать заявление работника, рассмотреть его, издать соответствующий приказ (распоряжение, решение, постановление) в течение 10 календарных дней со дня регистрации заявления и довести его до сведения работника под расписку. Работник вправе подать в суд исковое заявление о защите своих трудовых прав. Согласно ст. 353 ТК РМ работники или их представители, обратившиеся в судебные инстанции с заявлениями о разрешении споров и конфликтов, вытекающих из отношений, предусмотренных ст. 348, в том числе для обжалования судебных решений (определений) по данным спорам и конфликтам, освобождаются от уплаты судебных расходов (государственной пошлины и расходов, связанных с рассмотрением дела). Часть (1) ст. 167 ГПК РМ позволяет судье требовать перевода искового заявления и приложенных к нему письменных документов, составленных на русском языке, на государственный язык. Многие судьи в 2018 году оставляли без движения иски и приложенные к ним письменные документы, составленные на русском языке, требуя их перевода на государственный язык. Совет по предупреждению и ликвидации дискриминации и обеспечению равенства неоднократно выносил решения о признании требования судей переводить иски и приложенные к ним документы с русского языка на государственный, незаконными, дискриминационными, нарушающими ст. 13, 16 и 20 Конституции РМ, закон РМ «О правах лиц, принадлежащих к национальным меньшинствам, и правовом статусе их организаций» № 382-XV от 19.07.2001 года, закон РМ «Об обеспечении равенства» № 121 от 25.05.2012 года и ст. 14 Конвенции о защите прав человека и основных

свобод от 4 ноября 1950 года.

Вывод. Чтобы предотвратить дискриминацию национальных меньшинств и нарушение их права на свободный доступ к правосудию, гарантированного ст. 20 Конституции РМ, следует принять закон РМ «О функционировании языков», т.к. закон РМ «О функционировании языков на территории Республики Молдова» от Молдавской ССР» № 3465-XI от 01.09.1989 года постановлением Конституционного суда РМ № 17 от 04.06.2018 года был признан устаревшим. В законе «О функционировании языков на территории Республики Молдова» должно быть указано, что русский язык является языком межнационального общения и не считается иностранным языком, о котором идёт речь в пункте а) части (1) ст. 167 ГПК РМ.

Библиография

1. Трудовой кодекс Республики Молдова № 154-XV от 28.03.2003. Официальный монитор РМ № 159-162 от 29.07.2003.
2. Закон Республики Молдова об оплате труда № 8477-XV от 16.02.2002 года, Официальный монитор РМ № 50-52 от 11.04.2002.
3. Положения об оплате труда работников публичных медико-санитарных учреждений, включенных в систему обязательного медицинского страхования, утвержденная Постановлением Правительства РМ № 837 от 06.07.2016 года. Официальный монитор РМ № 204-205 от 12.07.2016.
4. Гражданский процессуальный кодекс Республики Молдова № 225-XV от 30.05.2003 года. Официальный монитор РМ № 285-294 от 03.08.2018.

STUDIUL COMPARATIV A PROSTATITEI ȘI AFECȚIUNILOR RINOSINUSOGENE LA PERSOANELE DIN MEDIUL RURAL AL REPUBLICII MOLDOVA

Marcel Balagura, medic chirurg-urolog

Daniela Balagura, medic ORL, doctorand

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

COMPARATIVE STUDY OF PROSTATITIS AND RINOSINUSOGENIC AFFECTIONS IN THE RURAL AREAS' PEOPLE IN MOLDOVA

The study comprised 1856 people male 1009 men in rural areas were ex-

amined by a urologist and ent 847. The purpose of the study was to establish the level of morbidity of the population in the villages of Moldova by: diseases prostatitis and rinosinusogennye infection established that morbidity for patients with prostatitis, the incidence of diseases constituie 76.34% and for patients with diseases constitute 18.0% rinosinusogennye infection. So patients suffering from prostatitis, the urologist should be consulted. Rinosinusogennye infection presents a factor for chronic prostatitis. It can be confirmed that upper respiratory tract infections are directly related urological diseases, including prostate.

Introducere. La etapa actuală patologiile aparatului urogenital ocupă locul doi, după infecțiile acute ale căilor respiratorii superioare. Prostatita este o afecțiune nespecifică a aparatului urogenital la bărbați și se prezintă ca una din cele mai frecvent întâlnite maladii ale organelor urogenitale la bărbați. Aceste maladii sunt într-o legătură de corelație cu afecțiunile acute și cronice ale nasului și ale sinusurilor paranazale sunt cele mai răspândite dintre patologiile otorinolaringologice. Incidența înaltă a acestor afecțiuni impune eforturi susținute pentru spitalizarea și îngrijirea acestor categorii de patologii cu risc, extrem de vulnerabil biologic, economic și social din partea statului în populația din mediul rural a Republicii Moldova.

Afecțiunile acute și cronice ale nasului și ale sinusurilor paranazale sunt cele mai răspândite dintre afecțiunile otorinolaringologice. În același timp ele au repercusiuni nefaste asupra etiologiei, patogeniei și a evoluției clinice a altor patologii din diferite organe și sisteme ale organismului în general și ale prostatitei în special. Aceste patologii din domeniul „Urologic” și „Otorinolaringologic” necesită a fi diagnosticate cât mai devreme posibil și cât mai corect la medicul de familie.

Afecțiunile prostatitei și rinosinusogene la persoanele cu reședință din mediul rural a Republicii Moldova au o etiologie multifactorială și rezultă din interacțiunile complexe dintre indivizi și mediu, din caracteristicile individuale ale persoanei (sexul, etnia, predispoziția genetică), din influența determinanților sociali, economici și de mediu ai sănătății, cât și din insuficiența factorilor de protecție a sănătății. Aceste patologii sunt legate de factori de risc care stau la baza determinanților acestor boli și care oferă oportunități pentru intervenție.

Factorii de risc asociați pentru aceste afecțiuni pot fi divizați în 3 categorii: 1) determinanți biologici; 2) determinanți ai stilului de viață; 3) de-

terminanți generali: Modificabili, Nemodificabili;

Toate acestea au argumentat, actualitatea, originalitatea și necesitatea efectuării unui studiu complex de evaluare a incidenței afecțiunilor prostatitei și rinosinusogene la persoanele cu reședință din mediul rural al Republicii Moldova și prin care putem să confirmăm că problema abordată în cercetare este suficient studiată.

Evidențierea factorilor de risc ai afecțiunilor prostatitei și rinosinusogene, monitorizarea și evaluarea impactului acestora asupra stării de sănătate a populației din mediul rural și implementarea măsurilor adecvate de control vor contribui la îmbunătățirea sănătății populației și la reducerea costurilor pentru tratament, îngrijiri medicale și asistența socială.

Scopul studiului. Studiarea morbidității afecțiunilor prostatitei și afecțiunilor rinosinusogene la populația din mediul rural din Republica Moldova.

Obiectivele cercetării vizează: 1. Studiarea nivelului și structurii morbidității prin afecțiuni ale prostatei și rinosinusogene la populația din mediul rural. 2. Evidențierea celor mai specifice semne clinice ale patologiilor de prostatita și rinosinusogene. 3. Elaborarea unui algoritm de diagnostic corect și eficient al afecțiunilor de prostatita și rinosinusogene la populația din mediul rural.

Materiale și metode. Studiul descris în lucrarea de față, după caracterul său este de tip observațional-descriptiv, iar conform genului investigației – parțială (cercetarea unei părți din „universul statistic”). Problema abordată în acest articol constă în analiza comparativă a situației privind morbiditatea prin afecțiuni de prostatită și rinosinusogene înregistrate la populația din mediul rural din Republica Moldova, identificarea și estimarea impactului factorilor de risc specifici pentru aceste patologii, precum și elaborarea unor metode și strategii de prevenire și profilaxie a acestora în contextul îngrijirii primare și secundare. Studiul integral a cuprins 1856 de persoane de gen masculin ce s-au repartizat în 2 loturi: Lotul -1 a inclus 1009 bărbați examinați de urolog și lotul - 2 a inclus 847 persoane examinați de otorinolaringolog a populației din mediul rural din diferite sone a Republicii Moldova. Acest studiu a avut ca scop a confirma că între infecțiile aparatului respirator superior există o corelație directă cu afecțiunile urologice, inclusiv ale prostatei.

Metodele studiului: istorică – studiarea, compararea și analiza materialelor publicate la tema abordată în studiu; statistică – determina și aprecierea obiectivă a stării de sănătate; matematică – calcule matematice în

baza diferitor formule specifice utilizate; sociologică –utilizarea anchetei și interviului; comparativă – s-au efectuat comparații la nivel de categorii.

Material si metode. Problema abordată în acest articol constă în analiza comparativă a situației privind morbiditatea prin afecțiuni de prostatită și rinosinusogene înregistrate la populația din mediul rural din Republica Moldova, identificarea și estimarea impactului factorilor de risc specifici pentru aceste patologii, precum și elaborarea unor metode și strategii de prevenire și profilaxie a acestora în contextul îngrijirii primare și secundare. Studiul integral a cuprins 1856 de persoane de gen masculin ce s-au repartizat în 2 loturi: Lotul -1 a inclus 1009 bărbați examinați de urolog și lotul -2 a inclus 847 persoane examinați de otorinolaringolog a populației din mediul rural din diferite sone a Republicii Moldova. Acest studiu a avut ca scop a confirma că între infecțiile aparatului respirator superior există o corelație directă cu afecțiunile urologice, inclusiv ale prostatei. Studiul în cauză a cuprins toate zonele geografice ale Moldovei: centrul, sudul și nordul Republicii Moldova. Rezultatele studiului au fost acumulate într-o anchetă specială în care au fost introduse toate datele examinărilor și rezultatele lor. Pentru stabilirea diagnosticului corect de prostatită și rinosopatie s-a studiat profund anamneza personală și cea eredocolaterală, de asemenea au fost efectuate examenul general și cel specific.

Rezultate și discuții. In continuare vom prezenta rezultatele studiului efectuat complex a acestor probleme de sănătate a populației din cele trei zone a Republicii Moldova.

Din numărul total de 1856 de persoane examinate 847 sau 45,6% au fost examinate de medicul otorinolaringolog , iar 1009 sau 54,4% au fost examinate de medicul urolog. Majoritatea absolută a persoanelor examinate aveau vârsta cuprinsă în intervalul de vârstă 21 și 80 de ani. La această vârstă au fost 818 de persoane sau 96,6% - examinați de urolog și 972 de persoane sau 96,3% - examinate de otorinolaringolog. Aceste date ne permit să afirmăm că studiul în cauză este unul obiectiv și comparativ. Mai puțin de 4% din persoanele examinate aveau altă vârstă.

Medicul otorinolaringolog a diagnosticat 10 forme nosologice aparținând rinosinusitei la 71 de bolnavi, ce constituie 76,34%. Numai la 22 de pacienți cu prostatită 23,66% n-au fost depistate maladii ale nasului si sinusurilor paranazale. Aceste date ne determină să tragem următoarea concluzie: Bolnavii care suferă de prostatită trebuie să fie consultați de uro-

log. Ultimul

Tabelul 1. Repartizarea persoanelor examinate în studiu în raport cu grupele de vârstă

Nr. /o	Grupele de vârstă	urolog			otorinolaringolog		
		abs	0/000	%	abs	0/000	%
1	0-20	5	0,213	0,59	31	1,3	3,1
2	21-40	177	14,84	20,90	348	29,18	34,5
3	41-60	504	51,33	59,51	411	4,18	40,7
4	61-80	137	40,00	16,18	213	62,20	21,1
5	Peste 80 ani	24	6,47	2,82	6	1,62	0,6
6	Total	847	4,04	100,0	1009	4,82	100,0

trebuie să participe la tratamentul acestor bolnavi. Una din sarcinile studiului a fost de a stabili nivelul de morbiditate a populației rurale prin afecțiuni ale nasului și ale sinusurilor paranasale. În aceste cazuri se impune cu necesitate o analiză a morbidității populației rurale prin afecțiuni ale nasului și ale sinusurilor paranasale în vederea determinării incidenței afecțiunilor rinosinusale la pacienții cu prostatită. Datele prezentate confirmă un fapt - cunoscut de majoritatea specialiștilor: afecțiunile otorinolaringologice în general și cele ale rinosinusologiei în special sunt unele dintre cele mai răspândite în patologia umană.

Un al doilea aspect important al studiului constă, că - aceste patologii sunt de câteva ori mai des întâlnită în rândul bolnavilor cu prostatită din mediul rural.

Un ai treilea aspect scos în evidență a studiului - este confirmat de către medici de familie și mai ales de medicii urologi, că bolnavii cu prostatită trebuie să fie examinați în mod obligatoriu de urolog, iar rezultatele trebuie să fie folosite în activitatea practică de medicii O.R.L-iști, cât și de medicii urologi, pentru a depista la timp aceste patologii. Rezultatele studiului confirm, că semne clinice speciale la pacienții cu prostatită și rinosinusite sunt multiple. Iar incidența lor este diferită. Cele mai frecvent înregistrate simptome la pacienții incluși în studiu au fost, prostata mărită în volum de 96,7%, hiperemie, edem și eliminări în fosele nazale - 97,8%.

Concluzii generale. 1. Incidența patologiei la persoanele diagnosticate cu prostatită în Republica Moldova constituie 76,34%. 2. Patologiile rinosinologice sunt mai frecvent înregistrate la persoanele din mediul rural al Republicii Moldova. 3. Incidența afecțiunilor acute și cronice cu caracter rinosi-

nusologic este de 18,0% în rândul populației. 4. Persoanele din mediul rural trebuie să fie obligator examinate de către medicul urolog și medicul otorinolaringolog. 5. Bolnavii care suferă de prostatită au nevoie de consultația medicului urolog care trebuie să participe la tratamentul acestor pacienți.

Bibliografie

1. Alper BS, and Curry SH. Urinary Tract Infection children. In: Am Fam Physician, 2005, nr. 72 (12), p.2483-2487.
2. Abraham E., Singer M. Mechanisms of sepsis-induced organ dysfunction. In: Crit. Care med., 2007, nr.35 (10), p.2408-2416.
3. Bălănuța M., Rudi M., Revenco N. et al. Factori de risc prenatali și perinatali în infecțiile urogenitale. In: Buletin de perinatologie, Chișinău, 2004, nr.2-3, p.29-30.
4. Ciocîrlanu A., Mănescu M., Radulescu D. Infecțiile tractului urinar în nefrologie. București, 2001, p.443-523.
5. Voinea Felix. Infecții urinare nespecifice. București: Editura Medicală, 2005. 195 p.
6. Popa V. Rolul anamnezei în diagnosticul afecțiunilor O.R.L. Recomandări metodice. Chișinău, 2011. 21 p.
7. Popa V. Morbiditatea populației rurale din Republica Moldova. Recomandări metodice. Chișinău, 2011, 21 p.
8. Tănase A. Urologie și nefrologie chirurgicală. Chișinău, 2005. 222 p.
9. Savcenko N.S. Urology for a family doctor. Minsk, 1991. 238 p.

TENDINȚE INTERDISCIPLINARE ÎN ENDOCRINOLOGIA CONTEMPORANĂ

Vitalina Ojovan, medic endocrinolog, doctorand

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

INTERDISCIPLINARY TENDENCIES IN CONTEMPORARY ENDOCRINOLOGY

Contemporary Medicine is characterized by various tendencies in its evolution. One of them represents interdisciplinarity. Endocrinology is not an exception in this regard. In the case of endocrine disorders, close correlations are established between the treatment itself and the rehabilitation applications.

Endocrinologia constituie una dintre cele mai importante, dezvoltate

și solicitate domenii ale medicinei contemporane. Examinarea statisticelor Organizației Mondiale a Sănătății denotă faptul înregistrării în aspect global unui număr de populație cu diferite afecțiuni endocrine în toate statele de pe toate continentele. În mare măsură respectivele afecțiuni sunt determinate de două condiții importante: 1) mediul ambiant și cel de trai; 2) modul de viață al populației. Performanțele marcate în cadrul civilizației, menite să îmbunătățească viața, nu au doar o acțiune benefică asupra stării de sănătate a populației. Sedentarismul, consumul dezechilibrat de alimente, ponderea în alimentație a hidrocarburilor ușor asimilabile, „bombardarea” organismului cu diferiți compuși chimici și factori fizici elaborați de către om, stresul persistent, regimul supraîncărcat ori dezordonat al zilei de muncă, suprasolicitarea fizică și nervoasă etc. duc la declanșarea unui spectru vast de afecțiuni – de la reacții severe ale organismului, până la patologii cronice incurabile. Respective probleme de sănătate, determinate de atare factori și condiții, sunt caracteristice majorității specialităților medicale, endocrinologia nereprezentând o excepție în acest sens.

Atât în spațiul autohton, cât și în cel regional, problemele de sănătate, determinate de sistemul endocrin, devin tot mai frecvente, mai acute și cu o incidență mare asupra populației. Fără a releva cifre concrete, analiza datelor statistice ale ultimilor zece ani denotă incontestabil acest fapt. Dacă tendința de creștere a numărului respectivilor pacienți uneori staționează, aceasta rezultă din emigrarea masivă în țările cu un nivel de trai mai evoluat. Prin aceste procese demografice crește contingentul persoanelor cu afecțiuni endocrine în țările-gazdă. Însă problemele stării lor de sănătate nu dispar deoarece majoritatea îmbolnăvirilor de acest gen sunt de lungă durată, ori chiar cronice.

O particularitate importantă a maladiilor sistemului endocrin constă în faptul că majoritatea acestora sunt depistate accidental, deseori în rezultatul unor analize ori examinări de rutină sau în procesul consultațiilor cu alte probleme de sănătate. De exemplu, vechimea afecțiunilor glandei tiroide și a diabetului zaharat de tip 2 poate fi de zeci de ani până ca acestea să fie depistate.

În prezent practic toate domeniile de activitate umană sunt cuprinse, pe de o parte, de procese ale specializărilor înguste, iar, pe de altă parte, de unele integratoare, care excelează prin sintetizarea a câtorva domenii, formându-se în rezultat unul nou. Dezvoltarea medicinei pe parcursul ultimului secol aduce cu prisosință argumente în acest sens. De rând cu cele-

lalte ramuri ale medicinei contemporane endocrinologia nu poate exista fără o interacțiune ori colaborare cu unele dintre acestea. „Spre deosebire de multe alte specialități medicale, endocrinologia nu poate fi definită prin termeni strict anatomici. Glandele endocrine clasice – hipofiza, tiroida, paratiroidele, pancreasul endocrin, suprarenalele și gonadele – comunică intens cu alte organe prin intermediul sistemului nervos, al hormonilor, al citokinelor și al factorilor de creștere” [4, p.1]. În același timp, însă, domeniul în cauză mult timp s-a dezvoltat drept unul distinct, fără formarea ramurilor în rezultatul interacțiunii și interconexiunii cu alte specialități medicale.

Experiența medicilor cliniciști, cât și studiile recente, denotă un fapt incontestabil și anume: 1) necesitatea unor conlucrări mai strânse cu specialiștii altor domenii medicale; 2) pentru o serie de afecțiuni ale sistemului endocrin, alături de acțiunile curative propriu-zise, sunt necesare cele de reabilitare, Cauzele unei colaborări comparativ mai joase, în această privință, sunt explicabile – endocrinologia, după cum era și firesc, a avut o necesitate obiectivă de ași consolida propriul domeniu în cadrul altor specialități ale medicinei interne, și, concomitent, concentrarea preponderentă pe investigațiile asupra sistemului endocrin, cât și pe acțiunile curative clinice necesare. În evoluarea endocrinologiei se disting câteva perioade: 1) descriptivă; 2) anatomo-clinică și experimentală; 3) dezvoltarea direcțiilor de cercetare; 4) înregistrarea performanțelor în perioada curentă [2, p.13-14].

Reieșind din observațiile noastre de ultimă oră, se întrevide o necesitate și o tendință tot mai accentuată de colaborare și chiar conlucrare cu specialiștii din domeniul reabilitării medicale. Privitor la aceasta, între timp, a evoluat progresiv în spațiul medical și reabilitologia – un sistem complex de acțiuni fizice asupra organismului, alături de cele terapeutice, menite să recupereze total sau parțial starea de sănătate. Concomitent „domeniul recuperării medicale prezintă, pentru orice specialist, un teritoriu bogat și divers de patologie, din nefericire în continuă creștere, și în majoritatea cazurilor, „populat” de pacienți cu vârsta în continuă scădere” [5, p.III].

Cele mai concludente argumente se precipitează pe faptul că majoritatea maladiilor endocrine sunt cronice și necesită acțiuni terapeutice permanente care, reieșind din cadrul anumitor circumstanțe, de regulă își ating scopul destul de dificil. Prescripția obișnuită de medicamente, recomandarea și urmarea dietelor, respectarea unui mod sănătos de viață, își au rostul lor în menținerea nivelului corespunzător de sănătate, dar o eficiență evident de

mare poate surveni prin administrarea în paralel a acțiunilor de reabilitare medicală, acțiuni permanente necesare pentru atare categorii de pacienți.

O primă relație interdisciplinară, realizată în baza domeniului endocrinologiei, constituie cea cu reabilitarea și recuperarea medicală. Aici deja se evidențiază primele aspecte ale acțiunilor comune. Posibilitățile tratate sunt concludente pentru atingerea unor perspective reale. Înainte de toate sunt necesare acțiuni de recuperare-reabilitare pentru pacienții cu diabet zaharat de ambele tipuri. Aceste proceduri se recomandă chiar contingentului juvenil de suferinzi (în cazul tipului 1). Un tandem reușit de acțiuni curative terapeutice medicamentoase și cele de reabilitare constituie un suport temeinic pentru o menținere a vitalității și stării generale de sănătate pe o durată mare de timp. Studii recente realizate pe material autohton, lansate cu câțiva ani în urmă, denotă schimbări benefice în organismul copiilor și adolescenților cu diabet zaharat de tip 1 după administrarea procedurilor de reabilitare în cadrul regimului sanatorial de pe litoralul Mării Negre. Cu același succes respectivele acțiuni se pot extinde și asupra altor categorii de vârstă a diabeticilor, mai cu seamă a celor cu diabet zaharat de tip 2. Cadrul acțiunilor de reabilitare-recuperare poate cuprinde și alte afecțiuni endocrine.

Așa dar, în prezent se conturează tot mai evident tendințe interdisciplinare în câmpul afecțiunilor endocrine. Cele mai evidente colaborări în această privință se manifestă în interconexiunea tot mai imperioasă între endocrinologie și reabilitologie.

Bibliografie

1. Dumitrache C., Panetti A. Endocrinologie: imagini, clasificări, algoritme diagnostice. București: Editura NAȚIONAL, 2000. 168 p.
2. Endocrinologia clinică. Curs de prelegeri. Red. șt. Z. Anestiadi. Chișinău: CEP Medicina, 2004. 344 p.
3. Georgescu Carmen, Valea Ana, Ilie Ioana ș.a. Endocrinologia în balneo-fiziokinetoterapie și recuperare medicală. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2016. 70 p.
4. Jameson Larry J. Harrison. Endocrinologie. București: ALL, 2014. 549 p.
5. Sidenco Elena Luminița. Medicina fizică și recuperarea medicală. București: Ed. Univ. „Carol Davila”, 2005. 246 p.

SĂNĂTATEA ANGAJAȚILOR ȘI RISCURI OCUPAȚIONALE ÎN SISTEMUL MEDICAL

Iurii Lupacescu, competitor

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

EMPLOYEE HEALTH AND EMPLOYMENT RISKS IN THE HEALTH SYSTEM

This article discusses some aspects of health care professionals during the work by being exposed to the action of multiple harmful and unfavorable factors that can affect the physiological state of the organism and health. Permanent contact with sick people, responsibility for patient health, night and 24-hour services, intellectual and psycho-emotional strains, the need to make urgent decisions and the stress situations characterize the physician's work as a tense neuro-emotional one.

Introducere. Personalul medical pe parcursul activității sale este expus acțiunii multor factori nocivi și nefavorabili, care pot afecta starea fiziologică a organismului și sănătatea. Contactul permanent cu persoane bolnave, responsabilitatea de sănătatea și viața pacientului, servicii de noapte și de 24 ore, încordări intelectuale și psiho-emoționale, necesitatea de a lua hotărâri urgente și alte situații stresante caracterizează munca medicului ca neuro-emoțional încordată. Au loc încordări fizice cu eforturi musculare dinamice și statice, se impun poze de lucru forțate cu înclinări ale corpului și poziții incomode. Mediul ocupațional, favorizat de specificul activității și condițiile în care se desfășoară munca lucrătorilor medicali, se caracterizează și prin acțiunea combinată a factorilor fizici, chimici, biologici.

Lista posibilă a bolilor profesionale la personalul medico sanitar în România (2007): boli infecțioase și parazitare; boala de iradiere; boli neurologice; neoplazii; boli psihice; devieri comportamentale; insuficiența venoasă a membrilor inferioare; boli cardio-vasculare; boli osteomusculoarticulare; boli alergice; nevroze de suprasolicitare; astenopie acomodativă, vicii de refracție optică, cataractă, cheratite, conjunctivite, retinite; hemopatii (anemii); hepatite toxice; hepatite virale; sindroame neurocardiovasculare și endocrine; boli digestive; sindrom de „ burn – out “; stresul ocupațional [60].

Factorii de risc în sistemul medical:

- Deficiențe în concepția posturilor de muncă

- Efort fizic
- factori fizici
 - ✓ radiații ionizante
 - ✓ radiații non ionizante
 - ✓ zgomot
 - ✓ iluminat
 - ✓ microclimat
- factori chimici
 - ✓ dezinfectante
 - ✓ antiseptice
 - ✓ reactivi de laborator
 - ✓ medicamente
 - ✓ gaze anestezice
 - ✓ latex
- factori biologici: virusuri, bacterii, ciuperci, paraziți
- Factori psiho-sociali:
 - ✓ relații intercolegiale
 - ✓ relații șef-subaltern
 - ✓ motivația muncii
 - ✓ satisfacția morală și socială a muncii

Instrumente și strategii de acțiune în medicina ocupațională:

- ✓ schimbul de informații (între comunitatea științifică și partenerii sociali);
- ✓ legislația în medicina muncii (alinieră la legislația UE);
- ✓ inspecție și măsuri de constrângere (prevăzute legislativ);
- ✓ stimularea financiară (constituirea fondurilor naționale/regionale de prevenție);
- ✓ campanii publicitare (încurajarea achizițiilor și a acțiunilor sanogenice și prevenționale);
- ✓ acreditarea serviciilor de sănătate ocupațională și certificarea produselor;
- ✓ instruirea (periodică a tuturor actorilor prevenției);
- ✓ cunoașterea ariei de priorități (gestionarea riscurilor prin ierarhizarea acestora);
- ✓ o bună cunoaștere a sectoarelor economice (mobilități de personal și tehnologie specifică tranziției);

- ✓ o bună cunoaștere a categoriilor de lucratori (catagrafiere pe sectoare de activitate);
- ✓ cercetarea de profil (alocare de fonduri, centre topice);
- ✓ evaluarea riscului profesional (metode și tehnici performante și standardizate);
- ✓ managementul riscului profesional (management global și de calitate);
- ✓ dezvoltarea de strategii eficiente (politici guvernamentale);
- ✓ inițiative la nivelul UE de a sprijini statele membre și candidate (atragera de fonduri nerambursabile, proiecte de grant etc.).

Starea de sănătate și bolile profesionale – a angajaților. În perioada aa.2009-2013 în Republica Moldova au fost înregistrate 59 cazuri de boală profesională cu 64 afectați (an. 2013 - 6 cazuri cu 6 afectați). Indicele morbidității profesionale a constituit în medie 1,13 la 100 mii angajați (an. 2013 - 0,51). Printre nozologiile înregistrate în aceasta perioadă ponderea de 46,9% revine osteochondrozei (an.2013 – 5 cazuri); tuberculoză – 10,9%; hepatitele virale și toxice – 6,2% (an.2013 – un caz); encefalopatie și intoxicații cu pesticide - câte 4,7% ; bronșite și astmul bronșic, neurite cohleare, alergiile și artrozele – câte 1,6%; alte forme nozologice în suma– 20,3%. Ponderea persoanelor afectate în dependență de factorii nocivi din mediul de producere, care au provocat aceste maladii, s-au repartizat după cum urmează: vibrațiile – 51,6% (an.2013 – 5 caz); substanțele chimice toxice - 18,7% (an. 2013 - 0); germenii patogeni - 14,0% (an.2013 - 0); produsele de uz fitosanitar - 10,9% (an. 2013 – un caz); zgomotul -1,6% (an.2013 - 0); alți factori - 6,9% (an.2013 - 0), care nu pot fi prognozate, dar organizarea la nivel de întreprindere, ramură a condițiilor optime de muncă pot reduce numărul de cazuri. După ocupații morbiditatea profesională în perioada raportată se distribuie astfel: mecanizatorii – 56,3%; lucrătorii medicali – 17,2%; muncitorii de la întreprinderile industriale – 14,1%; lucrătorii cu preparate de uz fitosanitar și fertilizanți – 4,7%; alte profesii în sumă 7,8% [11].

Analiza morbidității profesionale a lucrătorilor medicali într-o perioadă de 13 ani a demonstrat că incidență constituie 1,84 cazuri la 10 mii de persoane din domeniul ocrotirii sănătății, media pe țară fiind de 0,4. Diagnoza de boală profesională pentru perioada respectivă a fost confirmată la 125 de persoane, ceea ce constituie 18,4% din numărul total de bolnavi (680) cu maladii profesionale, înregistrați în republică. Cele mai frecvente

maladii profesionale printre lucrătorii medicali sunt: tuberculoza – 46,4% (inclusiv tuberculoza aparatului respirator – 40,8%), alergia medicamentoasă - 24,0%, hepatitele – 18,4% (inclusiv hepatitele virale – 17,6%). Aceste trei forme nozologice au alcătuit 88,8% din numărul total de boli profesionale. Majoritatea bolnavilor cu hepatite virale au fost din secțiile ginecologie, boli interne și chirurgie, respectiv 27,3%, 18,2% și 9,1% din numărul total de bolnavi (22) înregistrați cu această maladie. Factorii ce au determinat declanșarea maladiilor profesionale au fost: agenții biologici, care au provocat îmbolnăviri la 64,0% din numărul total de afectați, preparatele medicamentoase – 23,2% (inclusiv antibioticele – 4,8%), substanțele chimice toxice – 10,4%, agenții fizici – 2,4%. Maladiile profesionale s-au depistat în urma adresării pacienților în 74,4% de cazuri, formele cronice au constituit 97,0%, pierderea capacității de muncă s-a stabilit la 64,0% din numărul total de afectați. Majoritatea bolnavilor cu maladii profesionale au fost femei - 83,2%.

Cota bolilor profesionale a fost mai mare la personalul medical mediu - 74,4%, inclusiv: tuberculoza aparatului respirator și a altor organe - 36,8%, hepatitele virale - 10,4%, alergia medicamentoasă - 18,4% din numărul total (125) de bolnavi. La medici tuberculoza a constituit 8,0%, hepatitele virale și alergia medicamentoasă câte 7,2%. Un număr mai mare de îmbolnăviri de tuberculoză și hepatite virale a fost înregistrat la personalul medical mediu cu vechimea în muncă până la 5 ani, respectiv, 28,3% și 23,1%; 5-9 ani - 26,1% (tuberculoza); 10-14 ani - 23,1% (hepatitele virale) din numărul total de bolnavi pentru fiecare nozologie. Alergia medicamentoasă a fost depistată mai frecvent la personalul cu vechimea în muncă de 15 și mai mulți ani - 82,6%. Tuberculoza și alergia medicamentoasă ca maladii profesionale au fost depistate prioritar la medicii cu vechimea în muncă de 20 și mai mulți ani, respectiv, 70,0% și 66,7% din numărul total de bolnavi pentru fiecare nozologie, hepatitele virale - vechimea în muncă de 15 și mai mulți ani - 77,8%. Majoritatea cazurilor de boală profesională la personalul medical mediu s-a înregistrat la vârsta de 30-39 de ani cu vechimea în muncă de 10-14 ani - 11,8% și la vârsta de 40-49 de ani cu vechimea în muncă peste 20 de ani - 19,4% din numărul total de bolnavi din această grupă profesională. La medici majoritatea bolilor profesionale s-au semnalat la vârsta de 40-59 de ani cu vechimea în muncă de peste 20 de ani – 46,9%. Mai mulți bolnavi cu maladii profesionale au fost din instituțiile curative municipale și repub-

licane, în medie - 43,2% din numărul total de afectați (125).

Din numărul total de bolnavi (54) din aceste instituții de tuberculoză erau bolnavi 59,3%, alergia medicamentoasă a fost depistată mai mult la personalul medical, care lucrează în instituțiile medicale din sectorul primar - 42,9%, hepatitele virale la personalul din instituțiile medicale din centrele raionale - 20,9% din numărul total de bolnavi (corespunzător - 28 și 43 de bolnavi din instituțiile respective). Rezultatele cercetărilor au demonstrat că împrejurările și condițiile apariției patologiilor profesionale la lucrătorii medicali au fost determinate de nerespectarea normelor de securitate a muncii și de igienă personală, regimului sanitar-antiepideemic, de încălcarea normelor de protecție și organizare a muncii, asigurarea insuficientă a lucrătorilor medicali cu încăperi social-sanitare și cu mijloace individuale de protecție [62].

Analiza morbidității cu incapacitate temporară de muncă a salariaților (itm) demonstrează că în ultimii 7 ani atestă o micșorare a numărului de cazuri de la 57,6 până la 50,6 la 100 salariați și a numărului de zile de la 843,7 până la 778,5 la 100 salariați (Fig.4.1, 4.2). Durata medie a unui caz de boală cu itm în an.2012 a constituit 15,3 zile.

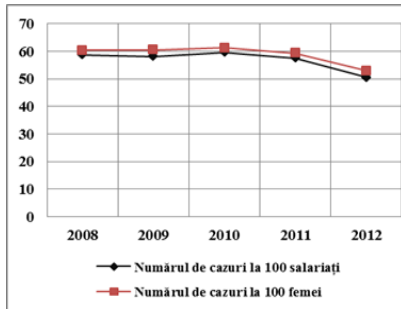


Fig.4.1. Morbiditatea cu incapacitate temporara de munca a salariaților (inclusiv a femeilor) in dinamică (2008-2012) (cazuri)

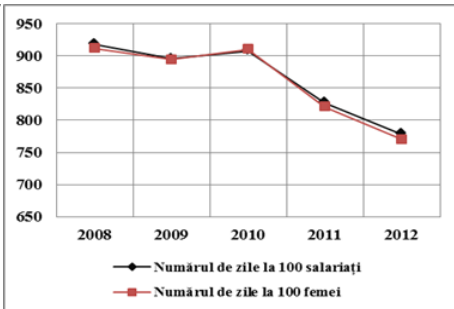


Fig.4.2. Morbiditatea cu incapacitate temporara de munca a salariaților (inclusiv a femeilor) in dinamică (2008-2012) (zile)

Această micșorare nesemnificativă a numărului de cazuri și a zilelor de morbiditate cu incapacitate temporară de muncă (itm) se argumentează prin faptul, că prin Legile nr.56 din 09.06.2011 și nr.227 din 25.11.2011 au fost introduse modificări în Legea nr.289 din 22.07.2004 “Privind indemnizațiile pentru incapacitatea temporară de muncă și alte prestații de

asigurări sociale”, unde în urma acestor schimbări s-a redus cu un procentaj cuantumului lunar al indemnizației pentru incapacitate temporară de muncă în funcție de durata stagiului de cotizare și a fost schimbată sursa de plată a concediului medical.

Concluzii. 1. 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. Este de remarcat faptul că doar o parte mică dintre angajați consideră că prezența unui specialist în consiliere psihologică ar fi foarte utilă (12%), peste 40% dintre respondenți nu au putut să se determine asupra acestui subiect, probabil de lipsa unor cunoștințe detaliate despre rolul unui astfel de specialist în instituție. Condițiile de suprasolicitare a personalului sunt dictate în mare parte lipsa de cadre medicale, atunci când un specialist trebuie să deservească un număr mult mai mare de pacienți. Această constatare trebuie să impună managerii instituțiilor AMP să gândească măsuri pentru organizarea mai bună a zilei de muncă, programarea pacienților etc.

2. Alimentația neregulată, lipsa pauzei și a unor camere de odihnă sunt factori indicați frecvent de respondenți (86%), peste 58% din respondenți suferă de maladii ale aparatului gastro-intestinal. 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. Angajații (14%) și-ar dori săli de odihnă și recreare în instituția unde își petrec marea parte a timpului zilei.

3. Marea parte a angajaților (78%) consideră că managerii nu le cunosc problemele și își doresc un dialog cu conducerea instituției. Angajații își doresc un echipament mai bun pentru munca profesională (32%) și peste o pătrime din angajați își doresc ca managerii să se implice în organizarea condițiilor pentru alimentația angajaților. Mulți dintre respondenți și-au exprimat impresia precum că managerii nu sunt interesați de problemele lor și ignoră intenționat discuțiile despre doleanțele cu referire la îmbunătățirea condițiilor de muncă. Acest fapt ar trebui să impună managerii instituțiilor AMP să își revadă strategia de comunicare organizațională.

Bibliografie

1. Zlate M. Tratat de psihologie organizațional-managerială. Vol. 2. Iași: Editura Polirom, 2007. 160 p.
2. Popescu C., Maricutoiu A., Maricutoiu L. Intervenții la nivel de or-

ganizație. Dezvoltarea organizațională. In: Manual de tehnici și metode în psihologia muncii și organizațională Z. Bogathy (coord.). Iași: Editura Polirom, 2007, p. 287-316.

3. Avram E., Ciubotaru V.Gh., Ciurea A.V. Management în unitățile medico-sanitare. București: Editura Universitară, 2011. 205 p.

4. Nicolescu O. Managementul modern al organizației. București: Editura Tribuna Economică, 2001. 198 p.

5. Neagu G., Udrescu M. Managementul organizației. București: Ed. Tritonic, 2008.155 p.

6. Bogathy, Z. (coord.). Manual de psihologia muncii și organizațională. Iași: Editura Polirom, 2004.265 p.

7. Avram E. Sănătate și siguranță ocupațională. Editura universitară, 2014. 207 p.

8. Omer I. Psihologia Muncii. București: Editura Fundația România de Măine, 2006.185 p.

9. Virgă D. Introducere. Sfera psihologiei muncii și organizațională. Rolul psihologului organizațional. În: Virgă D. Decizie și schimbare organizațională. Timișoara: Editura Universității de Vest, 2007. 174 p.

10. Studiul național privind sistemul de înregistrare și comunicare a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale în Republica Moldova. Publicat în cadrul Proiectului "O mai bună securitate și sănătate în muncă prin prisma Agende privind Munca Decentă" cu susținerea financiară a Uniunii Europene. În: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/ed_protect/protrav/safework/documents/publication/wcms_208239.pdf. (accesat: la: 20.09.2018).

DIMENSIUNELE SĂNĂTĂȚII PRIN PRIZMA EXPERTIZEI MEDICALE A VITALITAȚII

Ludmila Sochircă, competitor

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

THE DIMENSIONS OF HEALTH BY VIRTUAL MEDICINE EXPERTISE

This article discusses some aspects of health measurement through the medical expertise of new trends in the world by gradually moving from the term "disabled person" to "person with disabilities" just to point out that dis-

ability does not is an attribute of the person, but is an attribute of the person-environment relationship. The unadjusted environment is the one that "disables" a person because of the social barriers that they encounter.

Actualitatea și importanța temei. De pe poziții contemporane înlăturarea unei maladii sau a unui sindrom patologic este insuficientă și este absolut necesar examinarea tuturor consecințelor maladiei în general, pentru a obține o reabilitare funcțională și socială cât mai optimală., în vederea integrării persoanei în societate.

De-a lungul timpului, definirea handicapului, invalidității sau a dizabilității a fost dificilă și a trecut prin modificări importante. Termenul de handicap sau invaliditate (pentru unele țări, inclusiv și pentru RM), aplicabil realităților umane, a glisat de la sensul medical de limitare fizică a capacităților oamenilor la cel de dezavantaj social, rezultat al unor deficiențe. În timpul procesului de revizuire a publicației (1980–2001) „Classification internationale du fonctionnement, duhandicap et de la santé” de către OMS s-a renunțat la termenul de handicap, trecându-se la cel de dizabilitate.

Actualmente, noile tendințe pe plan mondial impun trecerea treptată de la termenul “persoană dizabilitată” în locul celei de “persoană cu dizabilități”, tocmai pentru a sublinia faptul, că dizabilitatea nu este un atribut al persoanei, ci este un atribut al relației persoană – mediu. Mediul neadaptat este cel, care „dizabilitează” o persoană datorită barierelor sociale, pe care aceasta le întâmpină [3].

Potrivit Organizației Internaționale a Persoanelor cu Dizabilități (DPI), dizabilitatea este definită ca fiind „rezultatul interacțiunii dintre o persoană care are o infirmitate și barierele, ce țin de mediul social și atitudinal, de care ea se poate lovi”.

Organizația Mondială a Sănătății propune următoarea definiție a dezabilității: „Dizabilitatea este reprezentată de orice restricție sau lipsă (rezultată în urma unei infirmități) a capacității de a îndeplini o activitate în maniera sau la nivelul considerate normale pentru o ființă umană”.

Cea mai recentă definiție propusă de organizație internațională, este cea a ONU din 2006, în cadrul Convenției Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Persoanelor cu Dizabilități: dizabilitatea este un concept ce evoluează și ea rezultă din interacțiunea persoanelor cu deficiențe și a barierelor atitudinale și de mediu care împiedică participarea lor deplină și efectivă în societate, la un nivel egal cu celelalte persoane. Dizabilitatea este un concept

în continuă schimbare.

La nivelul UE, dizabilitatea este văzută ca o problemă a întregii societăți. Aceasta presupune pregătirea și adaptarea continuă în toate sferele vieții, pentru primirea și menținerea acestor persoane în curentul principal al vieții sociale.

Persoane cu dizabilități în datele statistice. Organizația Forumului European al Dizabilității (EDF) prezintă pe site-ul propriu câteva date succinte despre situația persoanelor cu dizabilități în Europa, din care le voi reproduce pe cele mai relevante:

- Numărul persoanelor cu dizabilități este de circa un miliard pe întreg glob pământesc, dintre care 65 de milioane locuiesc în țările UE, ce reprezintă aproximativ 10% din populația UE.

- Unul din patru europeni are în familie un membru cu dizabilitate, iar șase din zece cunoaște o persoană cu dizabilitate în mediul său.

- Populația cu dizabilități, chiar și în țările avansate, este de la două până la trei ori mai puțin angajată în câmpul muncii, formând astfel categoria persoanelor inactive, și având o probabilitate de mai puțin de 50% ca să atingă nivelul superior de educație.

- Cu cât este mai sever gradul de dizabilitate, cu atât scade participarea la piața forței de muncă, iar venitul persoanelor cu dizabilități este în mod dramatic mult mai mic decât cel al persoanelor fără dizabilități; doar 38% dintre deficienții cu vârstele cuprinse între 16 și 34 de ani au venituri prin muncă, față de 68% din cei fără deficiențe (după EDF, 2009).

- Statisticile realizate de Eurostat în 2002 vin în completare cu variațiile procentajului de persoane cu dizabilități angajate din Europa, cel mai mare regăsindu-se în Finlanda (32%) și cel mai mic în România - 5,8%, și doar circa 16% din persoanele cu dizabilități și cu restricții de muncă primesc asistență la locul de muncă.

- 88% dintre europeni consideră, că accesul la transportul public pentru persoanele cu handicap fizic și vizual este dificil; 97% dintre europeni consideră, că trebuie luate măsuri pentru a asigura o mai bună integrare în societate a persoanelor cu dizabilități; 93% exprimă dorința lor de a aloca mai mulți bani pentru a înlătura barierele fizice, care complică viața persoanelor cu dizabilități [6].

Datele statistice pentru ultimii ani remarcă tendința de creștere permanentă a numărului persoanelor cu dizabilități și în RM, cât și un număr

foarte mic de persoane supuse reabilitării medicale și profesionale.

- În anul 2011 se numără circa 180,6 mii persoane cu dizabilități, inclusiv 14,1 mii copii.

- Începând cu anul 2012 numărul acestora este de 184,6 mii și 14,7 mii copii, variind doar în limite neînsemnate (zecimi) la adulți, și micșorându-se evident la copii (până la 12,9 mii în 2015-2016).

- Dacă în 2002 numărul total al persoanelor cu dizabilități constituia 141,4 mii, la 01 ianuarie 2012 acest număr a atins 184,6mii persoane. Ponderea persoanelor cu dizabilități de sex feminin constituie – 43,2%, de sex masculin - 56,8%.

- Aproximativ 60% din numărul total al persoanelor cu dizabilități locuiesc în zona rurală. În funcție de vârstă, printre persoanele cu dezabilități prevalează în intervalul 40 și 59 ani și constituie peste 2/3 din acest contingent.

- Printre maladiile, în baza cărora a fost stabilită invaliditatea, în perioada de referință de 5 ani, prevalează maladiile aparatului circulator (19,9%), urmate de tumorile maligne (18,5%), boli mentale și de comportament (7,1%) și bolile sistemului osteoarticular, muscular și a țesutului conjunctiv (8,3%).

Numărul estimat al persoanelor cu dezabilități în RM actualmente este de 184,5 mii persoane, și reprezintă circa 5,2% din populația, inclusiv 12,9 mii copii cu vârsta de 0-17 ani, care reprezintă 1,9% din numărul total al copiilor din țară.

Cele relatate ne demonstrează importanța și actualitatea problemei dezabilității, prevalența căreia este în creștere continuă la adulți în Republica Moldova. Acest lucru se datorează și faptului îmbătrânirii populației și a riscului sporit de dezabilitate la persoanele de vârsta a treia.

În ultima perioadă se constată tot mai multe solicitări și informații despre corelația dintre sărăcie și dizabilitate. Acest fapt se datorează constatării, că populația cu dizabilități este, în mod disproporțional, cea mai săracă dintre săracii din toate părțile lumii, iar obiectivele de dezvoltare internațională nu pot fi atinse fără a include și persoanele cu dizabilități [21, 124]. Până de curând au existat puține studii și date cantitative despre relația dintre sărăcie și dizabilitate. Totuși, cele mai relevante cifre despre cauza principală a sărăciei au fost găsite ca fiind excluziunea de la viața socială, economică și politică. O declarație comună la toate reuniunile in-

ternațională este cea, că una din cinci persoane sărace din țările în curs de dezvoltare are o dizabilitate..

Costurile socio-economice ale dizabilității. Sarcinile de îngrijire a unei persoane cu dizabilitate revine cel mai adesea membrilor familiei, de obicei ocupându-se mamele sau membri ai familiei de sex feminin, în același timp îngrijirea unui copil cu dizabilități severe poate aduce un plus în efortul casnic al mamei, ea nefiind în stare să se ocupe de alte activități, precum un serviciu. Dizabilitatea nu afectează doar individul, ci are și un impact asupra întregii comunități. Costurile excluderii persoanelor cu dizabilități de la participarea la activitățile comunității sunt foarte crescute, situație, care ar trebui ameliorată de societate, în special în cazul persoanelor, care au grijă de acestea. Excluderea poate să ducă la neproductivitate și pierdere de potențial uman, astfel încât Națiunile Unite estimează că 25% din populație este afectată de dizabilități [4].

Costurile dizabilităților au trei componente principale: costurile directe de tratament, inclusiv cele de transport și acces; costurile indirecte ale celor, care nu sunt afectați (asistenții personali sau alte persoane, care au grijă de aceștea); costurile adiționale datorate incapacităților [23]. Dizabilitatea este parte componentă a condiției umane. Mai multe cercetări scot în evidență faptul, că, indiferent de locul de trai al persoanelor cu dizabilități, acestea se confruntă cu diverse bariere în accesarea serviciilor de sănătate, beneficiază de educație de nivel mai inferior, sunt mai puțin activi din punct de vedere economic și sunt mai des supuse sărăciei în comparație cu persoane fără dizabilități [18]. Eliminarea tuturor barierelor, care împiedică participarea activă a persoanelor cu dizabilități în viața comunității, obținerea unei educații de calitate, găsirea unui loc de muncă decent, ce ar răspunde necesităților persoanelor cu dizabilități, asigurarea securității sociale a populației, sunt în centrul atenției Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului, care abordează provocările principale ale dezvoltării umane, fapt remarcat și în Hotărârea de Guvern a Republicii Moldova nr. 886 din 06 august 2007, privind Politica Națională de Sănătate a RM. [127]. ODM își au originea în acțiunile și sarcinile ce se conțin în Declarația Mileniului, adoptată de către 189 țări și semnată de 147 președinți de state și guvern în cadrul Summitului Mileniului ONU din septembrie 2000 cu obiective spre realizare către anul 2015.

Obiectivul strategic al Planului de Acțiuni 2006-2015, adoptat de către

Consiliul Europei pentru promovarea drepturilor și a deplinei participări a persoanelor cu dizabilități în societate, s-a axat pe implementarea unor strategii viabile, care să contribuie la îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu dizabilități în Europa. Domeniile de interes pentru persoanele cu dizabilități au fost trasate în 15 linii de acțiune, care au definit direcțiile, scopurile și acțiunile specifice, pentru implementare de către care Statele membre [120]. Activând în calitate de expert din partea RM în comitetul de experți al CoE pentru perioada 2008 – 2011, am contribuit personal la elaborarea recomandărilor pe Prima Linie de Acțiune al planului menționat, ce ține de promovarea drepturilor persoanelor cu dizabilități și oferirea șanselor egale la participare în viața politică și publică din societate.

Un alt document important la nivel național ce se referă la problema din studiul dat a servit „Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2010-2013”, ce a inclus acțiuni de consolidare a unui sistem modern de sănătate, inclusiv și a serviciului vizat, capabil să asigure o asistență echitabilă de calitate pentru toți cetățenii, inclusiv și pentru persoanele cu dizabilități.

Subiectul incluziunii sociale a persoanelor cu dizabilități devine tot mai actual în promovarea politicilor sociale a mai multor state, inclusiv și în RM. Printre carențele și fenomenele negative existente în RM în domeniul dizabilității (până la reformă) s-au evidențiat următoarele:

- Inegalitatea în ce privește incluziune socială;
- Lipsa sistemului de registru unic și evidență electronică a persoanelor cu dizabilități;
- Persistența unor forme rezidențiale de protecție socială a copiilor;
- Sistemul de incluziune educațională slab dezvoltat;
- Conlucrarea insuficientă și ineficientă între domeniile de sănătate, ocupării forței de muncă, educației incluzive, protecției sociale ș.a.
- Nivelul scăzut de angajare în câmpul muncii a persoanelor cu dizabilități și motivația redusă pentru angajare;
- Nivelul scăzut al mărimii prestațiilor sociale, care sporește riscul de sărăcie în familii;
- Accesul limitat al persoanelor cu dizabilități la infrastructura socială pe motivul dezvoltării insuficiente a acesteia.
- Nivelul insuficient de dezvoltare a serviciilor de reabilitare medicală, profesională și educațională pentru persoanele cu dizabilități.
- Abordarea preponderent medicală a dizabilității cu limitări în ac-

tivități și participare.

- Persistența virusului corupției în sistem.

Strategia națională privind reforma sistemului de protecție socială a persoanelor cu dizabilități stabilește principalele direcții de dezvoltare a politicii sociale față de aceste persoane, sarcinile și măsurile necesare pentru realizarea lor. Scopul-cheie al Strategiei este armonizarea cu sistemul de protecție socială a persoanelor cu dizabilități pentru asigurarea incluziunii sociale și respectarea drepturilor și libertăților fundamentale ale acestora. O altă direcție extrem de importantă, ce necesita o abordare științifică în acest studiu, este schimbarea metodologiei de determinare a gradului de dizabilitate. Până la reformă aceasta a fost orientată spre obținerea pensiilor, prestațiilor sociale și a altor plăți și facilități și aproape că nu avea legătură cu stabilirea nivelului capacității de muncă a persoanelor cu dizabilități cit și cu factorii de reabilitare și compensare a capacității de muncă. În sistemul de expertiză medicală a vitalității la stabilirea invalidității predomina factorul medical, care limita posibilitățile persoanelor cu dizabilități la incluziune educațională, instruire și reorientare profesională, revenire pe piața muncii, etc. Rămâne a fi insuficient dezvoltată în continuare infrastructura socială prezentă, care este adaptată parțial la necesitățile speciale și diminuează esențial accesibilitatea persoanelor cu dizabilități, referindu-se la dreptul acestora de a se bucura de aceiași capacitate de acces la produse și servicii de care se bucura toți membrii societății. Accesibilitatea este unul din principiile fundamentale ale „Convenției”, ratificată și de RM în 2010.

Actualitatea lucrării este justificată și în contextul elaborării și adoptării Legii privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități nr. 60 din 30.03.2012 și HG nr 65 din 23 ianuarie 2013 „Cu privire la determinarea dizabilității și capacității de muncă”. Scopul primordial al acestor acte este de a promova, proteja și asigura exercitarea deplină și egală de către toate persoanele cu dizabilități a drepturilor și libertăților fundamentale ale omului, precum și de a promova respectarea demnității acestora.

Necesitatea unei noi abordări prin prisma drepturilor omului a persoanei cu dizabilități, m-au determinat să realizez un studiu profund și vizat cu aplicarea metodelor de cercetare, de analiză, evaluare și soldate cu elaborarea unui nou Concept cu propuneri concrete de reformare a serviciului de expertiză medicală a vitalității și aplicarea unei noi metodologii de determinare a dizabilității prin combinarea modelului medical cu cel

socialcu orientarea persoanelor cu dizabilități spre incluziune socială, astfel, formulând scopul și obiectivele cheie ale prezentei cercetări [1, 2, 3, 6, 7].

Bibliografie

1. Sochircă L. O nouă abordare a dizabilității prin prisma expertizei medico-sociale. În: Sănătate publică, Economie și Management în Medicină, nr. 2, Chișinău, 2011. P. 49-50.

2. Sochircă L. Prin evaluarea complexă bazată pe CIF – spre incluziune social. În: Anale Științifice ale USMF „N. Testemițanu”, Volumul 2. Chișinău, 2012, p.382-386.

3. Skvarciany Z. „Biopsychosocial model application in process of establishing disability, working capacity and special needs”. 2nd Baltic & North Sea Conference on PRM. Vilnius, 2011, p.45-46.

4. Națională de Sănătate pe termen lung, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 886 din 06.08.07.

5. Ordinul comun al MPSFC și MS Nr. 30/99 din 15 aprilie 2009 cu privire la aprobarea Recomandărilor de muncă în diverse limitări funcționale la persoanele cu dizabilități.

6. Legea nr. 821-XII din 24.12.1991 privind protecția socială a invalizilor.

ANIVERSĂRI

VITALIE OJOVANU LA 60 DE ANI, O VÂRSTĂ A MATURITĂȚII ȘI CONSACRĂRII



Zilele acestea, la mijloc de brumar Vitalie Ojovanu, doctor habilitat în filosofie, conferențiar universitar, șeful catedrei Filosofie și Bioetică a Universității de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”, rotunjește frumoasa vârstă de 60 ani. S-a născut în pitoreasca localitate Pivniceni din preajma Dondușenilor la 12 noiembrie 1958 în familia Ludmilei și a lui Ion Ojovanu, descendenți din familii de țărani agricultori, prin tradiție cunoscători de carte, promotori ai devotamentului față de neam și de respectare a frumoaselor obiceiuri în familie și comunitate.

Dl V. Ojovanu a moștenit o serie de calități de la mama sa, care și-a educat copiii în spiritul respectului față de oameni, a dragostei pentru credința strămoșească, neam și carte. Tatăl i-a fost un exemplu al demnității și persistenței, fiind o permanentă sursă de promovare a utilității practice a științelor exacte. Cu toate că ambii părinți au promovat doar patru clase a școlii românești interbelice, cunoștințele și experiența lor depășeau mult acest cadru de educație. Părinții au contribuit în mod definitoriu la formarea personalității sale. Tradiția familială moștenită de Dl V. Ojovanu i-a o format o serie de calități, care i-au modelat personalitatea sa în spiritul respectului față de oameni, a dragostei pentru credința strămoșească, neam și carte, al demnității și cumsecădeniei.

După absolvirea școlii medii incomplete (de opt ani) din Pivniceni (1974), o urmează pe cea medie de zece ani din Grinăuți–Moldova, raionul Ocnița (1976).

Având încă de pe băncile școlii o preocupare aparte față de cunoaștere, de înțelegerea evoluției lumii, de esența fenomenului uman, studiile ulterioare și lea orientat către domeniul umanistic. Pe acele timpuri cel mai potrivit și accesibil domeniu pentru realizarea năzuințelor sale de cunoaștere era istoria. Astfel, între anii 1977 și 1982, își face studiile la Universitatea de Stat din Chișinău, (actualmente USM), Facultatea de Istorie.

După finalizarea studiilor, proaspătul licențiat în Istorie este repartizat în câmpul muncii la Institutul de Stat de Medicină din Chișinău (azi USMF „Nicolae Testemițanu”) inițial în calitate de laborant superior la catedra Științe sociale și lector la Facultatea de instruire preuniversitară. Ulterior urmează predarea altor discipline sociale. Din septembrie 1988 se transferă la catedra Filosofie, fiind propus de a fi inclus în componența catedrei ca membru titular de către șeful acesteia – Teodor N. Țârdea. Pe parcursul carierei sale dl. Ojovanu s-a inspirat mult din bogata experiență didactică și managerială a profesorului universitar Teodor N. Țârdea.

Dând dovadă de bune abilități în ținerea cursurilor și seminarelor, V.Ojovanu manifestă concomitent un interes deosebit pentru activitatea științifică. Paralel cu activitatea didactică la catedră, urmează doctoratul (1987-1991) la Institutul de Filosofie, Sociologie și Drept al Academiei de Științe din Moldova, avându-l conducător științific pe academicianul Alexandru N. Roșca, doctorat finalizat cu susținerea tezei de doctor (1994), consacrată problemelor filosofiei sociale. În anul 2013 susține teza de doctor habilitat cu tema: „Axiologia medicală: probleme filosofico-metodologice, socio-bioetice și existențiale”. Devine lector superior universitar (1988), conferențiar universitar (2003), Expert al UNESCO în Etica științei și Bioetică (din 2005), Membru al Comitetului Național de Etică pentru Studiul Clinic al Medicamentelor și Metodelor noi de tratament (din 2009), Șef catedră Filosofie și Bioetică (2008 până în prezent).

Fiind o fire aflată mereu în căutare de noi și actuale subiecte de investigație științifică, dl V.Ojovanu în paralel cu activitatea la catedră, ține cursuri de specialitate la Academia de Studii Economice (Filosofie și Istoria filosofiei), Universitatea de Stat din Moldova (Filosofie), Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” (Axiologie, Axiologie specială, Bioetică, Istoria și filosofia religiei). A stat la începuturile fondării și activității Facultății de Teologie din cadrul Universității de Stat din Moldova. La această Facultate a ținut cursuri de Istoria filosofiei, Filosofie, Teologia și filosofia spiritualității ortodoxe. În paralel colaborează intens în plan științific cu Institutul de Filosofie, Sociologie și Drept al Academiei de Științe din Moldova, fiind participant la diverse activități și studii filosofico-practice.

Încadrat în mod integral în viața și activitatea mediului academic medical, chiar la debutul carierei sale profesionale dl. V. Ojovanu a manifestat un interes deosebit pentru subiecte teoretice și filosofice ale medicinei. Ulteri-

or acestor preocupări domnia sa consacră numeroase și importante lucrări științifice, cu preponderență dedicate eticii medicale, bioeticii, axiologiei, teoriei medicale. Încă din perioada studiului realizat asupra primei teze de doctorat, dlui studiază și publică lucrări cu subiecte originale de axiologie medicală. Preocupările sale științifice se axează pe următoarea tematică de cercetare: bioetică, axiologie medicală, filosofia medicinei. Fiind un cercetător științific consacrat, care și-a adus aportul la valorificarea mai multor probleme importante din sfera științei și inovării, doctorul habilitat, profesorul V. Ojovanu reizează o contribuție semnificativă la evoluția exegezelor filosofice autohtone prin fundamentarea unui nou domeniu al filosofiei și științei contemporane – axiologia medicală.

Vasta și multipla sa activitate înglobează interesul pentru popularizarea evoluției științei, istoriei medicinei și a gândirii etice, istoriei naționale, istoriei filosofiei naționale și universale, istoriei și teoriei religiei, biografiilor personalităților marcante ș.a. Demersul analitic pe care îl întreprinde în acest cadru are drept scop regândirea diferitelor evaluări teoretico-metodologice asupra problematicii filosofico- bioetice, operarea unor clarificări extrem de utile pentru dobândirea de noi cunoștințe veridice cu privire la axiologia medicală, la valorile și normele etico-medicale necesare formării unei culturi bioetice democratice și responsabile la noua generație de cadre medicale, la toți cetățenii Republicii Moldova. Profesorul V. Ojovanu este conducător de doctorat la specialitatea Etică și bioetică. Sub conducerea sa în prezent 5 doctoranzi își urmează doctoratul la catedra pe care o conduce.

În cei peste 36 de ani de activitate didactică și științifică prodigioasă-profesorul V. Ojovanu a publicat cca 150 lucrări științifice, metodicodidactice și de popularizare a științei. Dintre acestea: „Eliade în Moldova” (1994), „Problema sacralului în medicină” (2000), „Torță a înțelepciunii” (2002), „Dicționar de Filosofie și Bioetică” (coautor) (2004), „Cultura și filosofia patristică” (coautor) (2005), „Pledoarie pentru axiologia medicală” (2005), „Bioetica și devenirea axiologiei medicale (reflecții la debut de mileniu)” (2006), „Valori spirituale în creația sturdziană” (2006), „Dimensiunile performanței” (2007), „Axiosfera medicinei și perspectiva asigurării securității umane” (2010), „Bioethics and Dentistry: the establishment of essential subjects” (2012), „Axiologia și medicina: dimensiuni teoretico-metodologice” (2012), „Filosofia medicinei (cu elemente de bioetică medicală). Suport de curs” (coautor) (2017) ș.a. Dedică o lucrare mono-

grafică localității de origine: „Pivniceni. File de istorie” (2008).

O preocupare permanentă, cu ample implicații în mai multe domenii conexe de cercetare, constituie activă participare a domniei sale în cadrul proiectelor științifice, prin acest mod de implicare științifică, aduce împreună cu colectivul catedrei o vădită contribuție activității științifice în universitate, cât și promovării metodelor performante de instruire universitară și postuniversitară a specialiștilor în medicină și farmacie, perfecționării sistemului medical național.

Domnia Sa este director a mai multor proiecte de cercetare: „Omul în spațiul bolii: metode umanistice de cercetare în medicină” dintre Universitatea de Stat de Medicina din Saratov, Federația Rusă și USMF „N. Testemițanu”, Chișinău, R.Moldova (2009); „Promovarea și implementarea practică a Bioeticii medicale în Republica Moldova” dintre AȘM și USMF USMF „N.Testemițanu”, Chișinău, R.Moldova (2014-2018); „Building Bioethics Capacities in Education and Doctoral Training: A Collaborative Network among Moldova, Romania and Switzerland”. Parteneri: Institutul de Etică Biomedicală a Universității din Basel (IBMB), Catedra de Filosofie și Bioetică a USMF „N.Testemițanu”, Centrul de Cercetare în Etică Aplicată, Facultatea de Filosofie, Universitatea din București (2015-2017). Totodată este și participant executor activ a altor proiecte de cercetare: „Popularizarea cunoștințelor din domeniul bioeticii în Republica Moldova” (2004-2006); „Fundamente bioetice ale cercetărilor medico- biologice și genetice” dintre Universitatea de Stat Internațională Ecologică “A.D.Saharov” din Minsk, Belorusia și USMF “N.Testemițanu”, Chișinău, R.Moldova (2010-2011); „Problemele susținerii și protecției sănătății publice în contextul bioeticii sociale și implementării tehnologiilor inovaționale biomedicale” dintre Universitatea de Stat Internațională Ecologică “A.D.Saharov” din Minsk, Belorusia și USMF “N.Testemițanu”, Chișinău, R.Moldova (2015-2016) etc.

Profesorul V.Ojovanu este un adept fervent al consolidării relațiilor interinstituționale și cooperării științifice pe subiecte de cercetare, perfecționare a activităților de predare, schimbului de experiență etc. În acest context întreține relații de colaborare cu colegii de breaslă din AȘM, USM, UPS „Ion Creangă”, US din Tiraspol, IRIM, UTM, cu cunoscuți cercetători și cadre didactice din (București, Iași, Galați) România, (Pittsburg) SUA, (Kiev, Lvov) Ucraina, (Minsk) Bielorusia, (Moscova, Sankt-Petersburg) Rusia, (Riga) Letonia, Polonia, Canada etc. Participă la numeroase foruri științi-

fice naționale și internaționale cu rapoarte pe teme de actualitate. Paralel cu activitatea la catedră participă în activitatea diferitor organizații științifice, obștești, fundații etc. Este expert al UNESCO în Etica științei și Bioetică, membru fondator și vicedirector al Centrului Național de Bioetică, membru al Comitetului Național de Etică pentru Studiul Clinic al Medicamentelor și Metodelor noi de tratament, membru fondator al Fundației Explorării Tradițiilor Moral-Spirituale „Vasiliada”, membru și vicepreședinte al Societății culturale ”Mitropolitul Varlaam”, membru al Asociației pentru Filosofie din Moldova, membru a trei Seminare Științifice de profil.

Spiritul nobil al omagiatului este întregit de soția Ala, doctor în medicină, conferențiar universitar, împreună formând o familie distinsă de mai bine de 33 de ani. Au crescut și educat o fiică demnă de părinții lor, Vitalina, licențiată USMF „Nicolae Testemițanu”, proaspătă absolventă a rezidențiatului în Endocrinologie și doctorand la aceeași specialitate.

Cu ocazia acestui important eveniment din viața domniei sale colegii de catedră, toți cei care îl cunosc și îl respectă, îi doresc multă sănătate, succese remarcabile în domeniile în care domnia sa cu atâta talent, pasiune și perseverență performează. Mulți ani înainte Domnule profesor!

Teodor Țirdea
doctor habilitat în filosofie, profesor universitar
Anatolie Eșanu
doctor în filosofie, conferențiar universitar
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae
Testemițanu” din R. Moldova, Catedra Filosofie și bioetică

Domnului Vitalie Ojovanu
doctor habilitat, șef catedră Filosofie și Bioetică a USMF „N.Testemițanu”
la 60 de ani

Jurământul lui Hipocrate cizelat de axiologia lui Socrate

(Formularea modernă a jurământului este adoptată de Ziua Mondială a Filosofiei la 15 noiembrie 2018:

„Jur pe Sofia-zeiță a înțelepciunii, pe Socrate, Platon, Aristotel, Kant, Hegel și pe toate cărțile pe care le-am utilizat în viața mea și în bibliografia mea că Voi îndeplini acest jurământ și poruncile lui pe cât mă Vor ajuta forțele și rațiunea:

- Să respect pe cel care m-a învățat această artă;
- Să transmit mai departe învățăturile ce țin de axiologia medicală;
- Cărțile mele, exegezele mele să fie făcute numai spre folosul și bunăstare acelor ce tind să ia lumina cunoașterii;
- Sacră și curată îmi voi păstra arta îmbinării filosofiei cu medicina care îmi va conduce viața;
- Voi menține prin toate mijloacele onoarea și nobila tradiție a profesiei de filosof-axiolog;
- Voi apăra aceste valori și voi respecta acest jurământ cu buzduganul fermecat! (un buzdugan frumos este prezentat audienței și înmănat omagiatului)”.

Colegii de breaslă:

Dumitru CĂLDARE

Svetlana COANDĂ

Vasile ȚAPOC

Petre DUMITRESCU

Marius DUMITRESCU

Ecaterina LOZOVANU